

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 16 avril 2014
Par DESFOSSEZ Loïc**

DERMATOLOGIE A L'OFFICINE

Membres du jury :

Président : (Siepmann, Juergen, Professeur de Galénique à la faculté de Pharmacie de Lille)

Assesseur(s) : (Karrout, Youness, Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Lille)

Membre(s) extérieur(s) : (Chavoshi, Quentin, Docteur en pharmacie)



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER
	Professeur Régis BORDET
	Professeur Patrick PELAYO
	Professeur Frédéric LOBEZ
	Professeur Monique CAPRON
	Professeur Salem KACET
	Madame Stéphanie DAMAREY
	Monsieur Pierre RAVAUX
	Monsieur Larbi AIT-HENNANI
	Monsieur Edouard DANJOU
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Damien CUNY
Assesseurs :	Mme Nadine ROGER
	Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs :	Monsieur André GENY

Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques

Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
<hr/>			
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
<hr/>			
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques

Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mlle	LEONHARD	Julie	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MOUTON	Nicolas	Physique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Melle	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHARAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie

Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique



Université Lille Nord de France
Pôle de Recherche
et d'Enseignement Supérieur



Université Lille 2
Droit et Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements :

Je tiens à exprimer tout d'abord mes remerciements aux membres du jury :

Mr Siepmann Juergen, professeur de galénique à la faculté de pharmacie de Lille,

Pour m'avoir conseillé et accompagné durant la réalisation de ce travail,

Pour s'être impliqué pour que je puisse mener mon projet à terme,

Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

Mr Karrouit Youness, maître de conférences à la faculté de pharmacie de Lille,

Pour avoir accepté spontanément de faire partie du jury de cette thèse.

Mr Chavoshi Quentin, Docteur en Pharmacie,

Pour avoir accepté amicalement de faire partie du jury de cette thèse.

Mr Rogeau Hugues, Docteur en Pharmacie à Le Cateau-en-Cambrésis,

Pour m'avoir formé tout au long de mes études.

Mme Flament Laurence, Docteur en Pharmacie à Lille,

Pour m'avoir accepté dans sa pharmacie pour faire mon stage de 6^{ième} année.

Mme Squalli Majda, Docteur en pharmacie,

Pour m'apprendre l'assistantat, ainsi que toute l'équipe officinale avec laquelle il est très agréable de travailler.

Je tiens également à remercier mes parents et ma sœur pour leur soutien tout au de mes études et pour les encouragements qu'ils m'ont apporté.

Mes amis qui ont toujours été à mes côtés, pour tous ces bons moments passés à rigoler et à réinventer le monde. Merci les amis, et longue vie au parti trunk!

Et enfin **Louise**,

Pour ta présence à mes côtés et ton soutien tout au long de l'écriture de cette thèse. Bientôt ce sera à moi de te soutenir dans cette étape de tes études, et c'est avec joie que je le ferais.

Table des matières

I.	Introduction	17
II.	La peau	18
II.1	Introduction	18
II.2	L'épiderme	18
II.2.1	Les kératinocytes.....	19
II.2.1.1	Au niveau de la couche basale.....	19
II.2.1.2	Au niveau de la couche épineuse.....	20
II.2.1.3	Au niveau de la couche granuleuse.....	20
II.2.1.4	Au niveau de la couche cornée	20
II.2.2	Les mélanocytes.....	21
II.2.3	Les cellules de Langerhans	21
II.2.4	Les cellules de Merkel	22
II.3	Le derme	22
II.3.1	Les fibroblastes.....	23
II.3.2	Les fibres du derme	23
II.3.2.1	Le collagène	23
II.3.2.2	L'élastine	23
II.3.3	La substance fondamentale.....	23
II.4	L'hypoderme	24
III.	L'acné.....	25
III.1	Introduction	25
III.2	Physiopathologie.....	26
III.2.1	La séborrhée	26
III.2.2	L'hyperkératinisation infundibulaire	27

III.2.3	La colonisation bactérienne.....	27
III.3	Les différents stades de l'acné.....	28
III.3.1	L'hyperséborrhée ou peau grasse.....	28
III.3.2	Les lésions rétentionnelles ou acné microkystique.....	28
III.3.3	Les lésions inflammatoires	30
III.3.4	Le stade cicatriciel.....	32
III.4	Les Facteurs favorisants.....	34
III.4.1	Le soleil	34
III.4.2	Les hormones.....	34
III.4.3	Les médicaments	35
III.4.3.1	Les contraceptifs	35
III.4.3.2	Les hormones.....	35
III.4.3.3	Les antidépresseurs	35
III.4.3.4	Les neuroleptiques	35
III.4.3.5	Les antiépileptiques.....	35
III.4.3.6	Autres médicaments.....	35
III.4.4	Les facteurs génétiques	36
III.4.5	L'alimentation	36
III.4.6	Le stress.....	36
III.4.7	L'acné de contact	36
III.5	Les traitements médicaux	36
III.5.1	Traitement par voie locale	37
III.5.1.1	Les rétinoïdes topiques	37
III.5.1.2	Le peroxyde de benzoyle	39
III.5.1.3	Les Topiques antibiotiques.....	40

III.5.1.4	Les rétinoïdes locaux en association à l'érythromycine ou au peroxyde de benzoyle.....	40
III.5.1.5	L'acide azélaïque.....	41
III.5.2	Traitement par voie générale.....	42
III.5.2.1	Le gluconate de zinc.....	42
III.5.2.2	Les antibiotiques per os.....	43
III.5.2.3	L'isotrétinoïne	44
III.5.2.4	L'hormonothérapie.....	51
III.5.2.5	La microchirurgie	52
III.6	Les conseils pharmaceutiques.....	52
III.6.1	L'hygiène	53
III.6.2	Les soins	55
III.6.3	Le rasage	57
IV.	L'eczéma (ou Dermatite ou Dermite).....	59
IV.1	Introduction	59
IV.2	Lésions de l'eczéma	59
IV.2.1	Eczéma aigu.....	59
IV.2.2	Eczéma chronique.....	61
IV.3	La dermatite atopique	61
IV.3.1	Introduction.....	61
IV.3.2	Physiopathologie	62
IV.3.2.1	Génétique	62
IV.3.2.2	Anomalies de barrière épidermique	62
IV.3.2.3	Immunologie	64
IV.3.2.4	Facteurs environnementaux (théorie hygiéniste)	66
IV.3.3	Facteur déclenchants	67

IV.3.4	Clinique	68
IV.3.4.1	En fonction du moment de l'examen	68
IV.3.4.2	En fonction de l'âge.....	68
IV.3.4.2.1	Chez le nourrisson de moins de 2 ans	69
IV.3.4.2.2	Chez l'enfant de plus de 2 ans	70
IV.3.4.2.3	Chez l'adolescent et le jeune adulte	72
IV.3.4.3	Les autres signes de la dermatite atopique.....	73
IV.3.5	Diagnostic et score de gravité	74
IV.3.6	Evolution.....	79
IV.3.7	Complications.....	81
IV.3.7.1	Surinfections bactériennes.....	81
IV.3.7.2	Surinfections virales	81
IV.3.7.3	Eczéma de contact.....	82
IV.3.7.4	Retard de croissance	82
IV.3.7.5	Complications ophtalmologiques	82
IV.3.8	Prise en charge	83
IV.3.8.1	Traitement médicaux.....	84
IV.3.8.1.1	Les dermocorticoïdes	84
IV.3.8.1.2	Les immunosuppresseurs	89
IV.3.8.1.2.1	Tacrolimus.....	89
IV.3.8.1.2.2	La ciclosporine.....	92
IV.3.8.1.3	Les antihistaminiques oraux	92
IV.3.8.1.4	Les antiseptiques et antibiotiques.....	92
IV.3.8.1.5	La photothérapie.....	93
IV.3.8.1.6	La psychothérapie	93
IV.3.8.2	Les conseils pharmaceutiques.....	93
IV.3.8.2.1	L'hygiène	93

IV.3.8.2.2	Les émoullients.....	94
IV.3.8.2.3	Autres conseils	97
IV.3.8.2.3.1	Environnementaux.....	97
IV.3.8.2.3.2	Vestimentaires	97
IV.3.8.2.3.3	Alimentaires	98
IV.3.8.2.3.4	Eviter les surinfections.....	98
IV.3.8.2.3.5	Vaccinations	98
IV.3.8.2.3.6	Lutte contre les idées reçues	98
IV.4	L'eczéma de contact	99
IV.4.1	Introduction.....	99
IV.4.2	Physiopathologie	99
IV.4.2.1	Phase de sensibilisation.....	100
IV.4.2.2	Phase de révélation	100
IV.4.2.3	Principales causes	100
IV.4.2.4	Clinique	106
IV.4.2.4.1	Caractéristiques des lésions.....	106
IV.4.2.4.2	Topographie	106
IV.4.2.4.3	Chronologie	106
IV.4.2.4.4	Forme clinique particulière : Eczéma photo-allergique	107
IV.4.2.5	Evolutions et complications.....	107
IV.4.3	Traitements médicaux	108
IV.4.3.1	Traitements symptomatiques	108
IV.4.3.2	Eviction de l'allergène et prévention.....	109
V.	L'herpès	110
V.1	Physiopathologie.....	110
V.1.1	Introduction.....	110
V.1.2	Primo-infection	110
V.1.3	Récurrence herpétique buccale.....	112

V.1.4	Facteurs déclenchants	113
V.2	Traitements	113
V.2.1	Traitement de la primo-infection herpétique	114
V.2.2	Traitement de la récurrence herpétique.....	115
V.2.2.1	Traitement par voie orale	115
V.2.2.1.1	Traitements préventifs	115
V.2.2.1.2	Traitement curatif.....	115
V.2.2.1.3	Traitement locaux	115
V.3	Conseil officinal.....	115
V.3.1	Antiviraux ne nécessitant pas de prescription médicale	115
V.3.2	Conseil homéopathique.....	116
V.3.3	Conseils associés.....	117
V.3.3.1	Faciliter la cicatrisation et accélérer la guérison.....	117
V.3.3.2	Éviter la contamination et l’auto contamination	117
V.3.3.3	Autres conseils.....	118
VI.	Les verrues	119
VI.1	Physiopathologie.....	119
VI.1.1	Introduction.....	119
VI.1.2	Les verrues vulgaires	120
VI.1.3	Les verrues plantaires	120
VI.1.3.1	Les myrmécies ou verrues profondes	120
VI.1.3.2	Les superficielles ou mosaïques	121
VI.1.4	Les verrues planes	121
VI.2	Traitements et conseil officinal.....	122
VI.2.1	Traitements kératolytiques	123
VI.2.2	Cryothérapie.....	124

VI.2.3	Stylo à l'Acide trichloroacétique.....	125
VI.2.4	Traitements homéopathiques.....	126
VI.2.5	Le crayon au nitrate d'argent.....	127
VI.2.6	Verrulyse-méthionine.....	127
VI.3	Conseils pharmaceutiques complémentaires.....	128
VII.	Les mycoses	129
VII.1	Introduction	129
VII.2	Physiopathologie.....	129
VII.2.1	Les dermatophytoses	129
VII.2.1.1	Dermatophytoses des plis.....	130
VII.2.1.1.1	Intertrigo interorteils ou pied d'athlète.....	130
VII.2.1.1.2	Atteinte des grands plis ou eczéma marginé de Hébra	131
VII.2.1.2	Dermatophytoses de la peau glabre	131
VII.2.1.2.1	Herpès circiné ou « roue de Sainte-Catherine ».....	132
VII.2.1.2.2	Kérion	132
VII.2.1.2.3	Forme de l'immunodéprimé.....	133
VII.2.1.3	Dermatophytoses unguéales ou onyxis dermatophytique	133
VII.2.2	Les candidoses	134
VII.2.2.1	Candidoses buccales.....	134
VII.2.2.1.1	Perlèche	134
VII.2.2.1.2	Glossite	135
VII.2.2.1.3	Stomatite candidosique ou muguet.	135
VII.2.2.2	Intertrigos candidosiques	136
VII.2.2.2.1	Intertrigo des grands plis	136
VII.2.2.2.2	Intertrigo des petits plis.....	137
VII.2.2.3	Candidoses des phanères	138

VII.2.2.3.1	Folliculite candidosique du cuir chevelu	138
VII.2.2.3.2	Onychomycose candidosique.....	138
VII.3	Traitements	139
VII.3.1	Par voie locale.....	139
VII.3.2	Per os.....	140
VII.4	Conseil officinal.....	141
VIII.	Les brûlures.....	142
VIII.1	Introduction	142
VIII.2	Profondeur	142
VIII.3	Etendue	145
VIII.3.1	Chez l'enfant	146
VIII.3.2	Chez l'adulte.....	146
VIII.4	Localisation.....	147
VIII.5	Conduite à tenir devant une brulure.....	148
VIII.5.1	Brûlures nécessitants une prise en charge médicale ou hospitalière 148	
VIII.5.2	Brulures pouvant être prise en charge à l'officine.....	149
VIII.6	Prise en charge à l'officine	149
IX.	Conclusion	152
X.	Liste des figures	153
XI.	Liste des tableaux	157
XII.	Bibliographie.....	158

I. Introduction

Les questions concernant la dermatologie sont très nombreuses à l'officine. En effet le pharmacien d'officine est souvent le premier professionnel de santé consulté face à un problème dermatologique. Ceci est d'autant plus vrai avec l'augmentation depuis quelques années de l'automédication.

Son activité ne se limite pas à la délivrance des médicaments, mais aussi à informer le patient sur la pathologie, à le conseiller et/ou à le rediriger vers un médecin généraliste ou un spécialiste et à savoir reconnaître une urgence médicale.

Dans cet ouvrage, nous rappellerons d'abord la structure de la peau.

Nous détaillerons ensuite plusieurs affections fréquemment rencontrées à l'officine : l'acné, l'eczéma (de contact et allergique), l'herpès, les verrues et les mycoses (dermatophytoses et candidoses) en détaillant la physiopathologie, les prescriptions médicales, les conseils associés à la délivrance ainsi que les conseils pharmaceutiques nécessaires à la bonne observance, à l'accélération de la guérison et à l'amélioration de la qualité de vie du malade.

Nous traiterons aussi la brûlure qui peut être bénigne ou grave, et qui dans ce cas est une urgence médicale où le pharmacien doit savoir quels gestes de premiers secours doivent être pratiqués.

II. La peau

(1) (2) (3) (4)

II.1 Introduction

La peau, indispensable à la vie, est un des principaux organes du corps humain : Elle pèse environ 3.5 kg environ pour un sujet moyen de 75Kg.

Sa surface est variable entre les individus mais se situe généralement entre 1 et 2 m². Son épaisseur est environ de 3mm. Son aspect et sa consistance dépendent de nombreux facteurs : origine, climat, régions du corps considérées, états de santé, hygiène de vie...

C'est un revêtement continu, souple et résistant, dont les fonctions principales sont la protection contre l'environnement et les agressions extérieures, l'isolation thermique, la réponse immunologique, la perception des stimuli extérieurs.

Histologiquement, la peau est constituée de 3 couches superposées :

- L'épiderme : tissu de protection
- Le derme : « charpente » de la peau
- L'hypoderme : « matelas adipeux »

Elle est recouverte par un film protecteur de nature hydrolipidique.

II.2 L'épiderme

L'épiderme, épithélium pavimenteux de revêtement, constitue la couche la plus superficielle de la peau. Son rôle majeur consiste en la protection de l'organisme contre les agressions extérieures. Son épaisseur varie selon la localisation : de 0.04 mm au niveau des paupières à 1.6 mm au niveau palmo-plantaire.

Il est constitué de quatre types de cellules :

- Les kératinocytes

- Les mélanocytes
- Les cellules de Langerhans
- Les cellules de Merkel

II.2.1 Les kératinocytes

Ce sont les cellules les plus nombreuses, elles représentent 80% de la population cellulaire. Leur principale fonction repose sur la formation de la kératine par un processus appelé la kératinisation. La kératine est une protéine fibreuse, insoluble dans l'eau, qui confère à l'épiderme son rôle de protection.

Les kératinocytes sont à l'origine du phénomène de renouvellement cellulaire, ils naissent au niveau de la couche la plus profonde de l'épiderme pour migrer ensuite vers la surface.

L'épiderme est en effet formé de 4 couches cellulaires superposées traduisant l'évolution métaboliques des kératinocytes. De la profondeur vers la surface cutanée on a :

- La couche basale
- La couche épineuse
- La couche granuleuse
- La couche cornée

II.2.1.1 Au niveau de la couche basale

Les cellules sont cylindriques, hautes, disposées en palissade sur une seule couche, elles ont un noyau dense et volumineux. Les cellules basales synthétisent des tonofibrilles groupées en tonofilaments. Ces kératinocytes sont reliés entre eux par des desmosomes, sur lesquels s'attachent tonofilaments et tonofibrilles. Certains tonofilaments sont orientés vers la jonction dermo-épidermique sur laquelle les kératinocytes s'ancrent par des hémidesmosomes.

C'est au niveau de cette couche que les kératinocytes se multiplient par mitoses successives. Les cellules filles peuvent rester dans la couche basale (pour se diviser à leur tour) ou migrer vers les couches supérieures pour se différencier et fabriquer la

kératine. Ces cellules parcourent la distance entre la couche basale et la couche cornée en 21 jours environ, au bout desquels la cellule sera éliminée sous forme de lamelle cornée : c'est la kératinisation.

II.2.1.2 Au niveau de la couche épineuse

Les cellules sont polyédriques, disposées en mosaïques, leur noyau est gros, vésiculeux et clairs, possédant souvent deux nucléoles.

II.2.1.3 Au niveau de la couche granuleuse

Les kératinocytes sont aplatis, forment 3 à 5 couches, leur noyau commence à dégénérer. Dans ces cellules apparaissent des grains de kératohyaline, qui contiennent une protéine, la filiggrine, dont les rôles sont :

Les kératinocytes des fibres de kératine (synthétisées à partir des tonofilaments)

La composition du Natural Moisturizing factor NMF, le facteur naturel d'hydratation, qui correspond à un réservoir d'eau responsable de la rétention d'eau dans les couches superficielles de l'épiderme.

De plus, les cellules élaborent des corps d'oddland qui contribuent à la formation du ciment intercellulaire. Sa composition est essentiellement lipidique.

II.2.1.4 Au niveau de la couche cornée

Les kératinocytes sont complètement kératinisés, ils ne possèdent plus de noyaux, d'organites cytoplasmiques, ni de kératohyaline. Ils forment des lamelles cornées, ce sont les cornéocytes. On y distingue deux sous couches :

La couche cornée compacte : Les cellules kératinisées sont étroitement soudées par le ciment intercellulaire. C'est elle qui repose sur la couche granuleuse et permet à l'épiderme d'assurer son rôle protecteur.

La couche cornée disjointe : beaucoup plus lâche, et au niveau de laquelle s'effectue la desquamation physiologique des cellules cornées.

La couche cornée correspond donc un ensemble de cellules sans noyau, dites « mortes » mais fonctionnelles, réunies entre elles par le ciment intercornéocytaire. Cet ensemble permet à l'épiderme de remplir sa fonction de protection.

II.2.2 Les mélanocytes

Les mélanocytes se trouvent dans la couche basale de l'épiderme. Ce sont des cellules pigmentaires, responsables de la coloration de la peau. Elles sont de grandes tailles, et leurs nombreux prolongements (dendrites) peuvent atteindre la troisième couche de kératinocytes. On y retrouve des organites habituels de la cellule et des organites spécifiques, denses aux électrons, les mélanosomes, qui migrent le long des dendrites. Le mélanocyte est fixe, ce sont les kératinocytes voisins qui vont véhiculer le pigment. En effet ces dernières vont phagocyter les mélanosomes, qui s'autolysent au fur et à mesure. Cette association fonctionnelle s'appelle l'unité épidermique de mélanisation ; elle est constituée d'un mélanocyte entouré d'une quarantaine de k kératinocytes.

La couleur de la peau n'est pas fonction de la quantité de mélanocytes mais de la qualité de ceux-ci. En effet, on distingue deux sortes de pigments chimiquement différents :

- Les eumélanines : pigments marrons ou bruns, très polymérisés, avec peu de soufre.
- Les phaeomélanines : pigments bruns ou rouges, contenant beaucoup de soufre et moins polymérisés.

En plus de leur fonction de pigmentation cutanée, les mélanocytes ont un rôle de photoprotection naturelle, aboutissant à un épaissement de la couche cornée, qui assure une protection de la peau face à l'agression des ultraviolets.

II.2.3 Les cellules de Langerhans

Elles représentent 2 à 5 % de la population cellulaire épidermique et sont préférentiellement localisées au niveau de la couche épineuse. Elles permettent un contrôle immunologique, ce sont les « macrophages » de l'épiderme.

Ce sont des cellules mobiles dont le rôle est d'aller présenter les antigènes aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques. Après avoir capté les antigènes exogènes, elles migrent jusqu'aux ganglions lymphatiques où elles initieront une réponse immunitaire. Elles réexpriment ces antigènes à la surface, avec des molécules de classe II du CMH, de façon à les présenter aux lymphocytes T. Elles sont donc responsables de l'immunisation contre les antigènes appliqués localement sur la peau, elles jouent un rôle majeur dans l'eczéma de contact. Leur nombre diminue après expositions multiples aux ultraviolets.

II.2.4 Les cellules de Merkel

Les cellules de Merkel sont des cellules neuroendocriniennes produisant des neuromédiateurs, et impliquées dans la fonction du tact. Elles sont localisées dans la couche basale de l'épiderme avec une distribution corporelle irrégulière, elles sont particulièrement abondantes au niveau des lèvres, des paumes, de la pulpe des doigts. Elles sont dispersées en amas appelés alors corpuscules de Merkel. Elles jouent le rôle de mécanorécepteur, et produisent des neuromédiateurs comme la sérotonine, la somatostatine etc... qui permettent l'échange d'informations avec les neurones adjacents.

II.3 Le derme

Le derme est le tissu conjonctif fondamental de la peau. Beaucoup plus épais que l'épiderme, il est relié à celui-ci par une zone d'adhérence, la jonction épidermique qui constitue une surface d'échange considérable entre le derme et l'épiderme.

Par sa charpente fibreuse conjonctive, il est le tissu de soutien de la peau, il renferme le système vasculaire et joue un rôle important dans la thermo régulation. Il intervient dans les processus de réparation et il est le sol d'implantation des annexes cutanées pilo-sébacées et sudorales. Le derme est le réservoir d'eau puisqu'il en contient 60 à 70%.

Il est divisé en 2 zones :

- En surface, le derme papillaire, très vascularisé et riche en fibres de collagène entrelacées, est orienté perpendiculairement à l'épiderme.

- En profondeur, la couche réticulaire, majeure partie du derme. Ses fibres de collagène sont grossières, en faisceaux épais et s'entrecroisent horizontalement par rapport à la surface de la peau.

Il est constitué de fibroblastes qui synthétisent les fibres du derme et la substance fondamentale.

II.3.1 Les fibroblastes

Ce sont les principales cellules responsables de la synthèse et de l'entretien du matériel extracellulaire. Elles synthétisent le collagène, l'élastine, la substance fondamentale et les glycoprotéines de structure. Elles ont beaucoup d'importance dans les phénomènes de cicatrifications.

II.3.2 Les fibres du derme

II.3.2.1 Le collagène

C'est la protéine de structure la plus abondante des tissus conjonctifs comme le derme, l'os, les tendons. Sa fonction est de stocker les forces de tension pour donner une résistance aux tissus et leur permettre de conserver une organisation structurale.

Il existe au moins 5 types moléculaires de collagène, ce sont les types 1 et 3 que l'on retrouve majoritairement au niveau de la peau.

II.3.2.2 L'élastine

Les molécules d'élastine sont disposées en fibres et lames discontinues, et forment les fibres élastiques. Elles possèdent une résistance exceptionnelle aux attaques physiques et chimiques. Contrairement à la plupart des protéines, l'élastine adopte diverses conformations et se replie au hasard, chaque molécule pouvant s'allonger ou se rétrécir. L'ensemble peut se tendre ou se détendre comme un élastique.

II.3.3 La substance fondamentale

Les diverses unités fibreuses baignent dans un gel : la substance fondamentale, composée de glycosaminoglycannes et de protéines de structure.

Parmi les glycosaminoglycannes, l'acide hyaluronique est le constituant le plus important. C'est une molécule assez simple formant une chaîne de polysaccharides non ramifiée. Les autres glycosaminoglycannes établissent des liaisons covalentes avec des protéines pour former des protéoglycannes. Ce sont des molécules géantes, fortement chargées et extrêmement hydrophiles, qui attirent une grande quantité d'eau et d'ions positifs, en particulier le sodium, dans le milieu extracellulaire.

Parmi les protéines de structure la fibronectine et la laminine s'associent étroitement avec le collagène.

Toutes ces macromolécules ont des propriétés hydrophiles, elles retiennent l'eau au niveau du derme et forment une substance fondamentale très hydratée.

II.4 L'hypoderme

L'hypoderme est un tissu conjonctif lâche, constituant un matelas adipeux sous cutané, il est relié à la partie inférieure du derme par des expansions de fibres de collagènes et de fibres élastiques.

Le tissu adipeux représente, chez un individu normal, de poids moyen, 15 à 20% du poids corporel. Les adipocytes sont des cellules sphériques dont l'espace intracellulaire est rempli d'une large vacuole bourrée de triglycérides. Ils peuvent changer de volume rapidement lors d'une perte ou une prise de poids.

Le tissu adipeux a 4 grandes fonctions :

- La mise en réserve des lipides sous forme de triglycérides.
- La plasticité du tissu cutané.
- Il constitue un manteau thermique.
- La mise en réserve d'hormones stéroïdes et le site de transformation des androgènes en œstrogènes.

III. L'acné

III.1 Introduction

(5) (6) (7) (8)

L'acné est une dermatose inflammatoire plurifactorielle évoluant par poussées. Elle se développe aux dépens du follicule pilo-sébacé. Cette pathologie touche environ 80% des adolescents. Dans 20% des cas, cela nécessite un traitement médical. C'est d'ailleurs le principal motif de consultation médicale chez les jeunes car elle provoque une gêne dans la vie quotidienne.

L'acné débute vers l'âge de 11-13 ans, aux alentours de la puberté, pour disparaître spontanément vers 20-25 ans. Elle apparaît plus tôt chez les filles avec 2 pics maximaux de fréquence, un entre 15 et 16 ans et l'autre entre 17 et 18 ans.

L'acné touche 3 zones essentiellement: le visage (95% des sujets acnéiques), le cou (20% des sujets acnéiques), le dos (40% des sujets acnéiques). L'extension au tronc ainsi que la sévérité de l'acné semblent plus fréquentes chez le garçon. On observe d'ailleurs un pic vers 17 ans pour ces 2 dernières localisations.

Les adultes, en particulier les femmes, peuvent aussi être concernés (à peu près 20% des femmes).

III.2 Physiopathologie

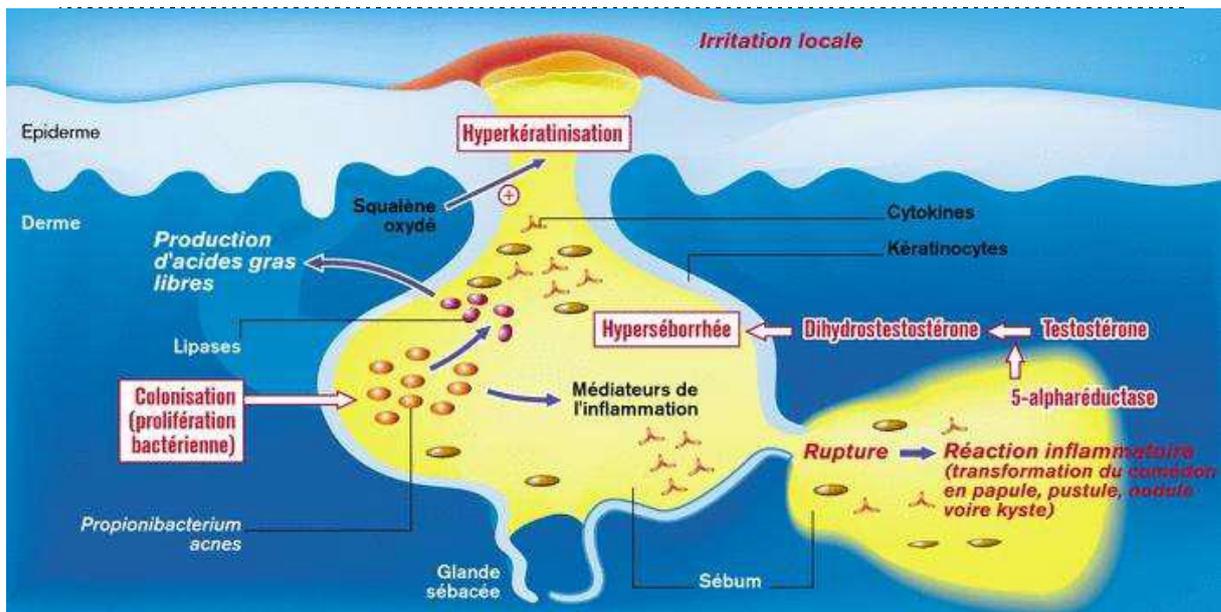


Figure 1 Formation d'un comédon (9)

III.2.1 La séborrhée

(6) (8) (10) (11)

A partir de la puberté, il y a production d'androgènes en grande quantité : la testostérone chez l'homme, les précurseurs de la testostérone chez la femme. Ils sont transformés en dihydrotestostérone (DHT) par la 5 alpha-réductase qui se trouve dans les glandes sébacées, notamment celle du visage et du cuir chevelu. Cette DHT (via un récepteur spécifique présent dans la glande sébacée) provoque une hypertrophie des glandes sébacées et une hyperproduction de sébum.

La 5 alpha-réductase est plus active chez un patient acnéique ce qui conduit à une surproduction de DHT à partir de la testostérone et de ses dérivés et une hyperproduction de sébum.

Le sébum est un mélange de triglycérides (60 à 70%), de cires (20 à 25%) et de squalènes (10 à 15%). Il s'associe aux lipides de la peau pour former un film protecteur contre les agressions extérieures. Chez un patient acnéique, les squalènes et les cires sont en plus grandes quantités, ce sont des substances comédogènes et irritantes. Les triglycérides, eux, peuvent être hydrolysés en acides gras libres par les lipases d'une bactérie (*Propionibacterium acnes*) que l'on retrouve

dans l'acné. Ils sont pro-inflammatoires, l'inflammation étant aussi un facteur de l'acné.

III.2.2 L'hyperkératinisation infundibulaire

(6) (10) (11)

L'hyperkératinisation est due à une augmentation de la prolifération des kératinocytes qui deviennent adhésifs entre eux. Ceci provoque une obstruction du canal de la glande pilosébacée. Le sébum, qui est sécrété en trop grande quantité, ne s'écoule plus. On a une rétention du sébum qui provoque 2 types de lésions : Comédon ouvert aussi appelé point noir et comédon fermé ou microkyste, aussi appelé point blanc.

III.2.3 La colonisation bactérienne

(6) (10) (11)

Propionibacterium acnes est la principale bactérie responsable des lésions inflammatoires de l'acné. Elle prolifère au niveau du comédon et produit des lipases qui hydrolysent les triglycérides en acides gras libres qui ont une activité pro-inflammatoires.

Cette réaction inflammatoire provoque la dilatation des vaisseaux sanguins via des protéines de choc thermique, d'où la couleur rouge des lésions.

Propionibacterium acnes active la libération de protéases et hyaluronase qui dégradent la paroi du follicule. Le comédon se rompt et évolue en papule, pustule, nodule voir kyste.

III.3 Les différents stades de l'acné

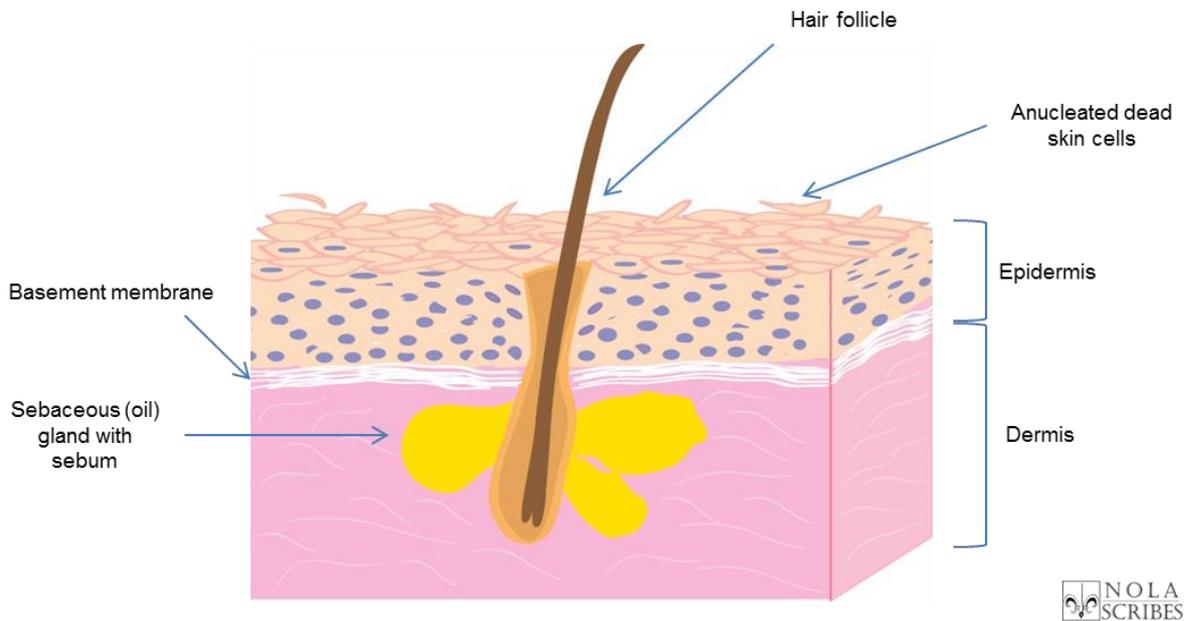


Figure 2 : Peau normale (12)

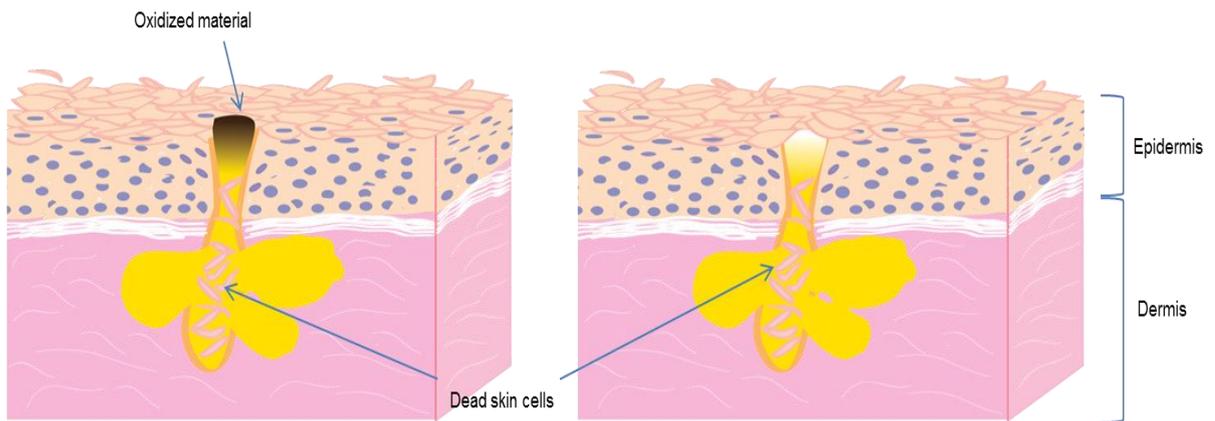
III.3.1 L'hyperséborrhée ou peau grasse

(7) (11)

C'est la première manifestation, précédant l'acné. Les zones touchées sont le visage, le cuir chevelu et la partie supérieure du tronc. Cela peut commencer vers l'âge de 8 ou 9 ans où la peau devient grasse et luisante.

III.3.2 Les lésions rétentionnelles ou acné microkystique

(7) (11)



Open Comedone

Closed Comedone



Figure 3 : Différence entre un comédon ouvert et un comédon fermé (12)

Ces lésions rétentionnelles sont dues à l'hyperkératinisation. Celle-ci empêchant le sébum de s'écouler.

Il y a 2 types de lésions rétentionnelles qui s'observent essentiellement au niveau de la zone « T » (front, nez, menton) :

- Les comédons fermés ou microkystes, aussi appelés points blancs (élément surélevé blanc de 1 à 3 mm de diamètre).

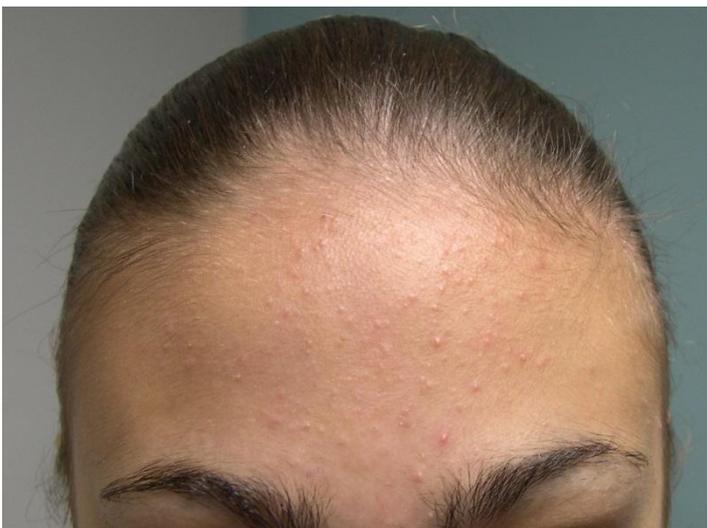


Figure 4 : Comédons fermés ou Points blancs (13)

- Les comédons ouverts aussi appelés points noirs. Ceux-ci résultent du microkyste qui se rompt. Le sébum alors au contact de l'air s'oxyde et devient noir. Le pore est dilaté.



Figure 5 : Comédons ouverts ou points noirs (13)

III.3.3 Les lésions inflammatoires

(7) (11) (14)

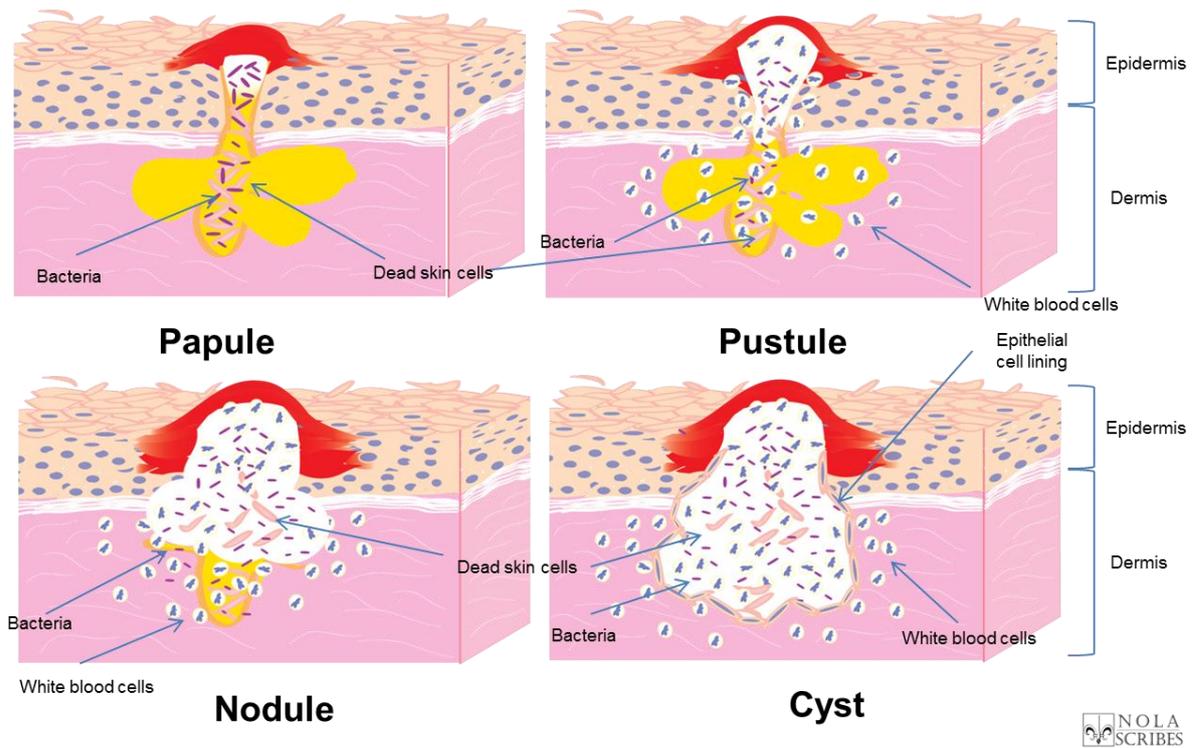


Figure 6 : Différence entre une papule, une pustule, un nodule et un kyste (12)

Les lésions inflammatoires sont dues à la bactérie *Propionibacterium acnes*. Dans un premier temps on parle d'acné papulo-pustuleux. Les lésions sont :

- des papules (petites surélévations rouges de 1 à 5 mm de diamètre)
- des pustules (papules avec un point jaunâtre au centre qui laissent échapper du pus quand elles se rompent).



Figure 7 : Pustules (15)

Ces lésions peuvent être plus profondes et plus étendues. On parle alors d'acné nodulo-kystiques. Les lésions sont :

- des nodules (lésions profondes, dures et douloureuses, de diamètre supérieur à 5 mm) à l'origine de cicatrices.



Figure 8 : Nodules (15)

-des kystes (masses arrondies, molles, mobiles et indolores de la couleur de la peau ou légèrement jaunâtres). Ils peuvent s'enflammer et se surinfecter brutalement, sans raison particulière. Il faut alors pratiquer une exérèse chirurgicale pour éviter toute récurrence.



Figure 9 : Kystes (15)

III.3.4 Le stade cicatriciel

(16) (17)

Dans les cas les plus graves d'acné des cicatrices peuvent persister. Il y a 3 types de cicatrices :

- Les cicatrices atrophiques qui résultent d'une perte de tissu. Elles ne régressent pas spontanément.



Figure 10 : Cicatrices atrophiques du dos (13)



Figure 11 : Cicatrices atrophiques du visage (13)

- Les cicatrices hypertrophiques simples qui ne dépassent pas les limites de la lésion initiale et régressent en 12 à 18 mois et les cicatrices hypertrophiques chéloïdes dues à une surproduction de collagène sous la peau ce qui fait une cicatrice en relief dépassant les limites initiales de la lésion et ne régressant pas spontanément.



Figure 12 : Cicatrices hypertrophiques du dos (13)

- Les macules érythémateuses ou pigmentées sont la conséquence de la cicatrisation des lésions inflammatoires superficielles. Les macules érythémateuses disparaissent spontanément sans laisser de trace en quelques semaines. Les macules pigmentées sont fréquentes chez les sujets à peaux mates ou noires, après exposition solaire. Elles régressent de façon variable très lentement

III.4 Les Facteurs favorisants

(8) (11) (18)

III.4.1 Le soleil

(19)

Pendant l'été on observe une amélioration de l'acné chez les patients acnéiques. Cette amélioration n'est que ponctuelle. Elle est due à l'effet anti inflammatoire des ultra-violets. De plus, la lumière visible va permettre d'éradiquer la bactérie responsable de l'acné. Les UV augmentent l'hyper kératinisation provoquant un épaissement du stratum corneum. Ils augmentent aussi l'oxydation du squalène. On observe donc le plus souvent une aggravation secondaire en automne avec la formation de comédons voir de kystes.

De plus, le soleil favorise l'apparition de cicatrices pigmentées.

III.4.2 Les hormones

(20)

Elles favorisent la sécrétion de sébum (vu dans physiopathologie l'hyperséborrhée). Chez certaines femmes on observe des poussées en deuxième partie de cycle, c'est de l'acné prémenstruelle. Une hyperandrogénie chez la femme (stérilité, hirsutisme, alopecie, obésité androïde) ou un hypercorticisme (hypertension artérielle, des vergetures) peuvent aussi être la cause d'une acné sévère nodulo-kystique, résistant aux traitements.

L'insuline aussi influence les symptômes de l'acné. Il existe un lien entre la résistance à l'insuline et l'augmentation de l'acné. Une augmentation de l'insuline stimule la formation de colonies cellulaires sécrétrices de lipides dans les glandes sébacées. L'IGF-1(insuline-like growth factor 1) est un puissant stimulant de la croissance des glandes sébacées. Son taux est élevé en cas de résistance à l'insuline.

III.4.3 Les médicaments

(21)

Certaines familles de médicaments sont responsables d'acné. On parle d'acné iatrogène.

III.4.3.1 Les contraceptifs

En effet, les progestatifs de première génération (Noréthistérone, Norgestriénone...) et de deuxième génération (Lévonorgestrel, Norgestrel) sont androgéniques.

- Pilules : Triella® Adepal® Daily® Ludeal® Trinordiol® Minidril® Stéridil®
- Implants : Nexplanon® Implanon®
- Stérilets : Mirena®
- Patchs : Evra®
- Anneau vaginal : Nuvaring®

III.4.3.2 Les hormones

- Cortisone (lors des traitements au long court) per os, inhalés ou topiques.
- Androgènes: DHEA

III.4.3.3 Les antidépresseurs

- Lithium

III.4.3.4 Les neuroleptiques

- Phénothiazine: Halopéridol

III.4.3.5 Les antiépileptiques

- Hydantoïnes : Phénobarbital, Triméthadione

III.4.3.6 Autres médicaments

Vitamine B12 Brome Ciclosporine Azathioprine Sels d'or Antituberculeux (Isoniazide et Rifampicine) Anti EGF.

Les lésions sont souvent de types inflammatoires.

III.4.4 Les facteurs génétiques

Certains facteurs génétiques auraient un rôle dans l'apparition de l'acné. Au niveau de l'âge d'apparition et dans la sévérité de celui-ci. Dans 70 à 80% des cas d'acné, des antécédents familiaux ont été mis en évidence.

III.4.5 L'alimentation

(22)

Une trop grande consommation de sucres à absorption rapide, de lait ou produits lactés aurait un impact sur la formation de sébum. Cependant les dermatologues ne préconisent pas de régimes particuliers anti acnéiques.

III.4.6 Le stress

(23)

Certains patients parlent du stress comme facteur déclenchant d'une poussée, stress émotionnel et/ou psychologique. On sait par exemple que pendant la période scolaire les symptômes s'aggravent.

III.4.7 L'acné de contact

Cette acné de contact est due à l'utilisation de cosmétiques. Cosmétiques composés de corps gras « comédogènes ». Cela touche souvent les femmes de 20 à 50 ans qui utilisent ces cosmétiques pour l'hydratation de la peau. Il peut être aussi dû à l'utilisation trop fréquente d'antiseptiques comme Septeal® ou Septivon® sur le visage. Une utilisation trop importante de fond de teint gras peut en être aussi la cause.

Les lésions de l'acné de contact sont de types rétentionnelles et disparaissent en 6 à 8 mois après l'arrêt du cosmétique ou antiseptique responsable.

III.5 Les traitements médicaux

(5) (6) (8) (24) (25) (26) (27)

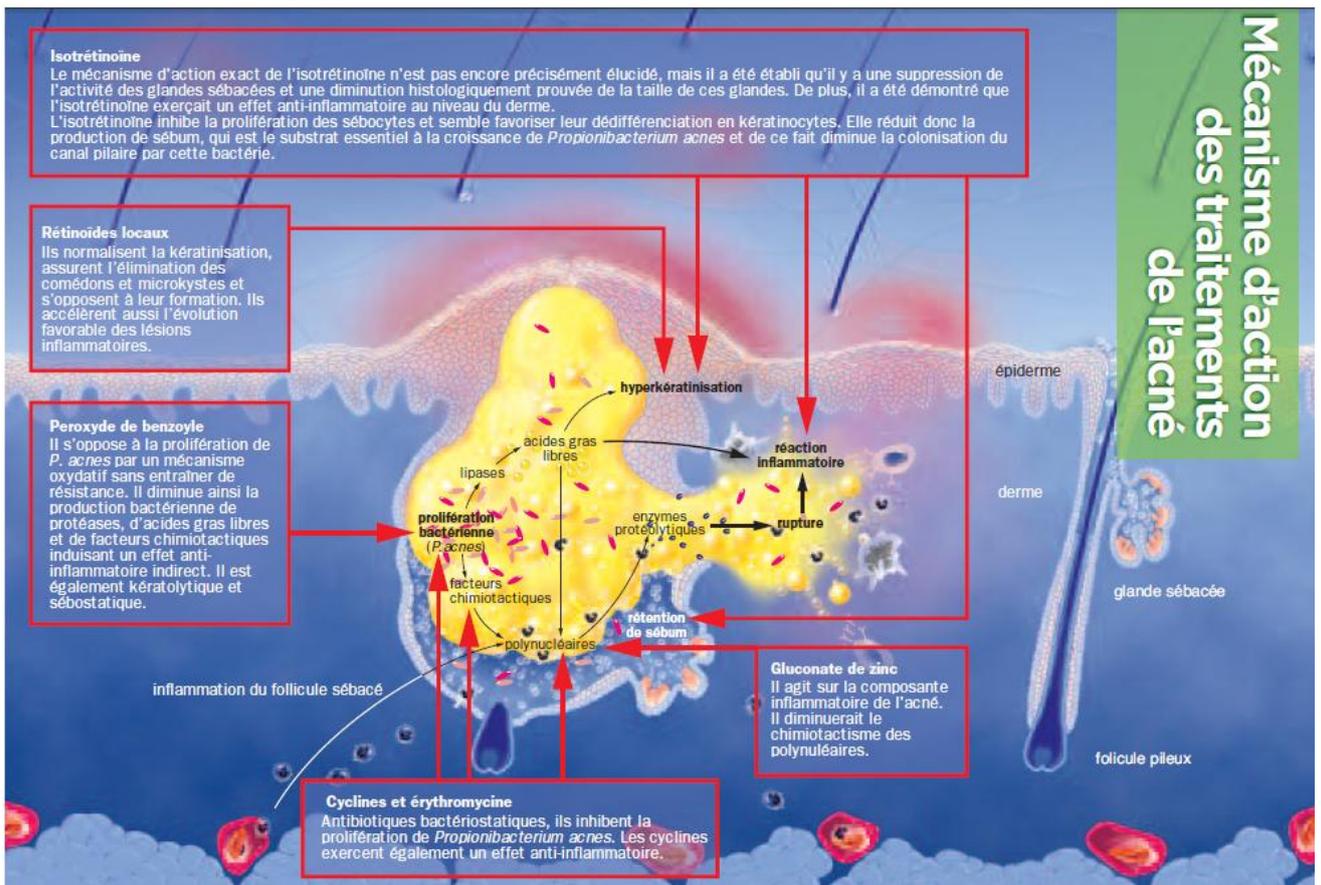


Figure 13 : Mécanisme d'action des traitements anti-acnéiques (6)

III.5.1 Traitement par voie locale

III.5.1.1 Les rétinoïdes topiques

- Adapalène : Differine® 0.1% gel ou crème (ou Adapalène®, son générique)
- Trétinoïne: Effederm® 0.05% gel ou lotion, Ketrel® 0.05% crème, Locacid® 0.05% crème et 0.1% lotion, Retacnyl® 0.025% ou 0.05% crème, Retin A® 0.5% crème
- Isotrétinoïne : Roaccutane® 0.05% gel

On les utilise principalement dans l'acné rétentionnelle. Ils ont une action comédolytique (ils assurent l'élimination des comédons ouverts ou fermés) et une action kératolytique.

L'adapalène peut aussi être utilisé dans l'acné inflammatoire du fait de son action anti-inflammatoire. De plus, il est moins irritant.

Le roaccutane est très peu utilisé car très mal supporté.

Les différentes formes et dosages permettent d'adapter les soins en fonction de la zone traitée. Sur le visage on utilisera plutôt les petits dosages (0.025 à 0.05 %) sur le tronc ou le dos, on utilisera plutôt les dosages plus élevés (0.05 à 0.1%). Les lotions ou gel sont plutôt utilisés pour les régions pileuses.

Ces rétinoïdes topiques sont contre indiqués chez la femme enceinte et sont photo sensibilisants.

Ces produits peuvent être responsables d'irritation (rougeur, desquamation, sensation de brûlure) au début du traitement. Ils peuvent aussi provoquer en début de traitement une poussée inflammatoire le « flare up » On associera dans ce cas une antibiothérapie locale.

Sur les peaux noires des taches d'hypo et/ou d'hyperpigmentation peuvent apparaître.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Ce sont des produits irritants .Si l'irritation est trop forte on conseillera d'espacer les applications au début du traitement, par exemple un jour sur deux. Les applications seront faites le soir, sur une peau propre et sèche, au moins 15 minutes après la toilette et elle pourront être associées à une application de crème hydratante le matin pour apaiser la peau. Le traitement durera au moins 3 mois. Il sera aussi déconseillé d'appliquer des antiseptiques ou après rasage qui sont des substances irritantes.

Il faut éviter le contact avec les yeux et la bouche et bien se laver les mains après l'application.

Il faut bien expliquer qu'une poussée acnéique peut intervenir en début de traitement, qu'elle est normale et qu'elle est synonyme d'une bonne réponse au traitement. En effet l'observance est un problème chez les adolescents qui ne respectent pas forcément les posologies.

De plus comme ce sont des produits photo sensibilisants, il faut une protection solaire maximum (indice 50) si possible une émulsion (moins grasse). En cas d'exposition au soleil, il ne faut pas en appliquer la veille le jour même et le lendemain.

III.5.1.2 Le peroxyde de benzoyle

Brevoxyl® 4% crème, Curaspot® 5% gel, Cutacnyl® 2.5% ou 5% ou 10% gel (ou Peroxyde de benzoyle® 2.5% ou 5%, son générique) Eclaran® 5% 10% gel, Pannogel® 5% 10% gel, Panoxyl® 5% et 10% gel

Le peroxyde de benzoyle est un agent oxydant qui a une action antibactérienne, notamment sur *Propionibacterium acnes* sans risque de provoquer des résistances. Il a donc aussi une action anti inflammatoire et aussi une légère action comédolytique.

On l'utilise dans l'acné inflammatoire et peut aussi être utilisé dans l'acné rétentionnelle.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Ces produits peuvent être irritants et provoquer un eczéma de contact. Ils sont aussi photo sensibilisants. Les conseils seront les mêmes que pour les rétinoïdes topiques.

On les applique le soir sur une peau propre et sèche et une crème hydratante peut être utilisée le soir. Le traitement durera au moins 3 mois. Si des rétinoïdes topiques ou des antibiotique locaux sont simultanément prescrits il ne faut pas les appliquer en même temps, cela les inactiveraient. On conseillera d'en utiliser un le matin et l'autre le soir, ou d'alterner un jour sur deux en les appliquant le soir. Cette deuxième solution est préférable, ces produits étant photo sensibilisants.

Il faut aussi prévenir les patients que c'est un traitement décolorant, donc conseiller de mettre plutôt des draps blancs et bien se laver les mains après l'application et d'éviter tout contact avec les yeux la bouche et les plaies.

Il faut bien sûr, en cas d'exposition solaire, mettre un écran total.

Comme pour les rétinoïdes topiques on utilisera les dosages les plus petits sur le visage et les plus gros sur le tronc et le dos.

Brevoxyl® et Curaspot® sont des médicaments non soumis à prescription médicale. Ce sont des formes conseils qui sont contre indiquées en dessous de 12 ans.

III.5.1.3 Les Topiques antibiotiques

- Clindamycine : Dalacine topic® 1% lotion ou Clindamycine® 1% son générique, Zindacline® 1% gel
- Erythromycine: Eryacne® 4% lotion, Eryfluid® lotion, Erythrogel® 4% gel, Erythromycine® 4% lotion, Stimycine® 2.09% lotion

Les topiques antibiotiques ont une activité antibiotique et anti-inflammatoire. Ils sont irritants mais sont mieux supportés que les 2 classes précédentes. Une résistance à *Propionibacterium acnes* peut apparaître. La clindamycine est utilisée en cas d'allergie à l'érythromycine.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Il faut l'appliquer le soir sur une peau propre et sèche. L'utilisation n'excédera pas 3 mois en raison des résistances qui peuvent apparaître. Il ne faut pas l'utiliser sur les peaux excoriées, sur les muqueuses et autour des yeux.

III.5.1.4 Les rétinoïdes locaux en association à l'érythromycine ou au peroxyde de benzoyle

- Adapalène + peroxyde de benzoyle : Epiduo® gel
- Trétinoïne + érythromycine : Erylik® gel
- Isotrétinoïne + érythromycine : Antibiotrex® gel

On utilise ces produits quand on a une acné mixte important. Ils permettent de ne pas devoir alterner les 2 principes actifs un jour sur 2.

Erylik® gel ou Antibiotrex® gel sont utiles lors du « flare up » vu précédemment lors de l'utilisation de rétinoïde.

Epiduo® gel est utile dans les formes étendues ou d'évolution prolongée.

III.5.1.5 L'acide azélaïque

Finacea® 15% gel, Skinoren® 20% crème

Ils ont une activité antimicrobienne et kératolytique.

Les résultats apparaissent à partir de 4 semaines. Le traitement dure au moins 3 mois.

Une irritation peut apparaître en début de traitement mais elle sera moins importante qu'avec les rétinoïdes et le peroxyde de benzoyle.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

La posologie est d'une application le matin et une le soir. Il faut l'appliquer sur une peau propre et sèche en massant légèrement pour une pénétration complète. Si des irritations apparaissent on passera à une application par jour le soir. Il faut éviter les contacts avec les yeux, la bouche et les muqueuses.

III.5.2 Traitement par voie générale

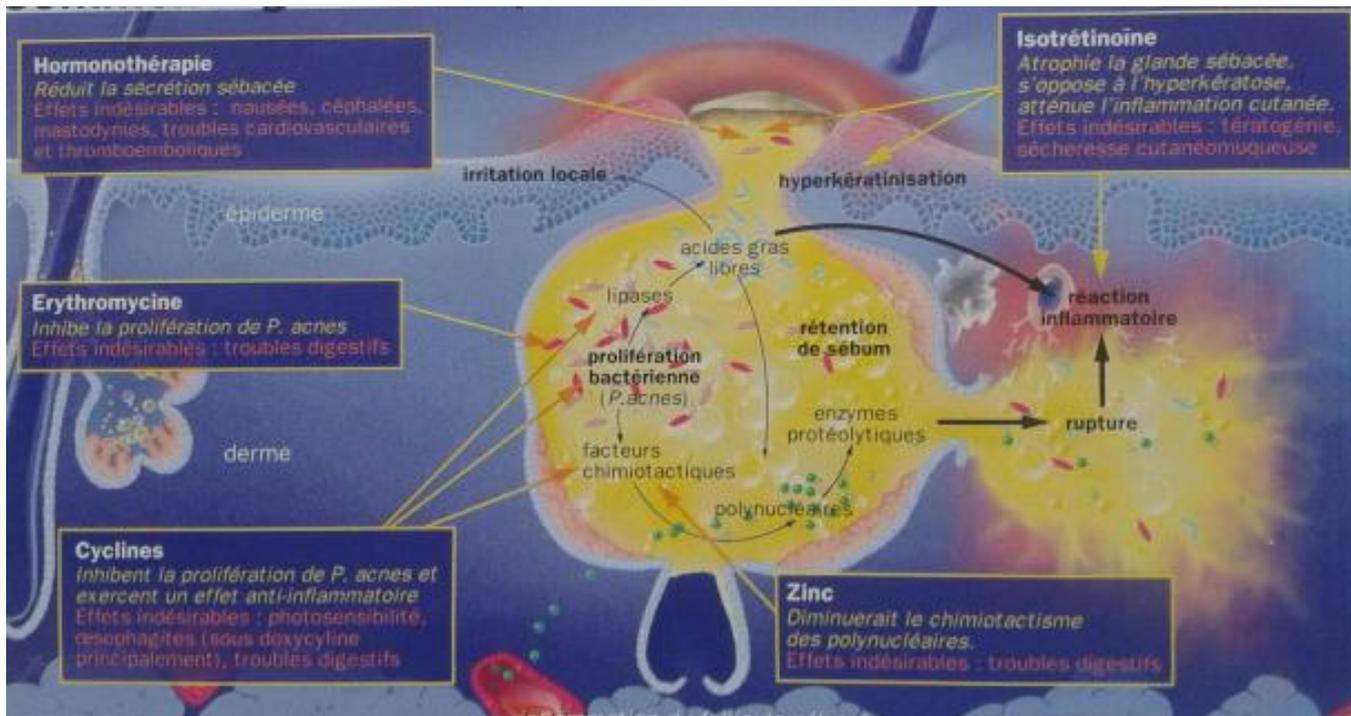


Figure 14 : Traitement anti-acnéiques par voie générale (28)

III.5.2.1 Le gluconate de zinc

Effizinc® 15mg gélules, Rubozinc® 15mg gélules, Granions de zinc® 15mg/2ml ampoules

Il possède un effet anti inflammatoire modéré, inhibe la 5 alpha-réductase, et a un effet bactériostatique sur *Propionibacterium acnes*.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

La posologie est de 30mg par jour en une prise pendant 3 mois puis 15 mg par jour. Il doit être pris à jeun pour éviter une diminution de son absorption.

Ce traitement n'est pas photo sensibilisant donc il peut être utilisé pendant la période estivale. Il est aussi utilisable chez la femme enceinte. Il faut néanmoins prévenir qu'il peut y avoir des problèmes de tolérances digestives.

Le zinc diminue l'absorption de certains antibiotiques. Donc s'il y a en même temps un traitement par cyclines ou fluoroquinolones, il faut espacer les prises d'au moins 2 heures.

III.5.2.2 Les antibiotiques per os

- LES CYCLINES :
 - Doxycycline : Vibramycine® 100mg comprimés et tous ces génériques Doxy Gé®, Doxycycline®, Doxylys®, Granudoxy, Spanor®, Tolexine®.
 - Lymécycline : Tetralysal® 150mg et 300mg gélules.
 - Méthylèncycline : Physiomycline® 300mg gélules.
 - Minocycline : La minocycline n'a plus d'indication dans le traitement de l'acné depuis juin 2012 en raison du profil bénéfice risque défavorable (atteintes auto-immunes, manifestations d'hypersensibilité graves dont DRESS) par rapport aux autres cyclines.
- LES MACROLIDES :
 - Erythromycine : Abboticine® 200mg/5ml suspension buvable Egery® 250mg gélules gastrorésistantes, Erythrocyne® 1000mg et 500 mg en sachets Erythromycine® 500mg comprimés.

Ils ont une activité bactériostatique sur *Propionibacterium acnes* et ont des propriétés anti inflammatoires en diminuant la synthèse de cytokines pro inflammatoires.

C'est le traitement de première intention dans l'acné quand on passe en voie orale.

Ils sont indiqués dans le traitement des formes étendues et d'évolution prolongée de l'acné inflammatoire.

Le traitement dure au maximum 3 mois en continu.

Les cyclines sont contre indiquées chez la femme enceinte, les femmes allaitantes et chez l'enfant de moins de 8 ans. Elles sont contre indiquées avec l'isotrétinoïne pour cause d'hypertension intracrânienne.

Elles sont aussi photo sensibilisantes (surtout les doxycyclines) donc à éviter en période estivales. Conseiller un écran total s'il y a exposition solaire.

Des troubles digestifs de type nausées, vomissements, douleurs abdominales diarrhées peuvent apparaître. Des candidoses buccales, anales et vulvovaginales ont aussi été décrites du fait du dérèglement de la flore. La doxycycline peut aussi provoquer des ulcérations œsophagiennes. Il ne faut donc pas l'associer à un anticoagulant à cause des risques d'hémorragies.

De plus il faut faire attention aux sels de fer, de zinc, de calcium et au topiques gastro-intestinaux qui diminuent l'absorption digestive des cyclines.

L'érythromycine est utilisée en cas de contre-indication des cyclines. Elle peut également provoquer des troubles digestifs mineurs. Etant un inhibiteur enzymatique, elle est contre indiquée avec les dérivés de l'ergot de seigle.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Il faut bien insister sur les conditions de prise des cyclines : au cours d'un repas avec un grand verre d'eau (100 ml), et attendre au moins une heure avant de s'allonger. L'exposition solaire est à éviter en raison du risque de phototoxicité ; on conseillera dans tous les cas, une protection solaire maximale à renouveler toutes les deux heures. Il veillera au respect des contre-indications et des associations déconseillées, et conseillera un écart de deux heures entre les cyclines et les topiques gastro-intestinaux, sels de fer, de zinc ou de calcium (attention aux laitages).

III.5.2.3 L'isotrétinoïne

(29) (30)

- Contracne® 5mg 10mg 20mg 40mg

- Curacne® 5mg 10mg 20mg 40mg
- Procuta® 5mg 10mg 20mg 40mg
- Isotrétinoïne® 5mg 10mg 20mg 40mg

Ce sont tous les génériques de la spécialité Roaccutane® qui n'est plus commercialisée.

L'isotrétinoïne, qui est un métabolite de la vitamine A, est indiquée dans les traitements des formes étendues ou d'évolution prolongée de l'acné inflammatoire après échec des traitements précédents (avec une bonne observance). On le donne en première intention dans les formes sévères d'acné.

L'isotrétinoïne permet une atrophie dose dépendante des glandes sébacées donc une inhibition de la sécrétion sébacée. L'effet sébosuppresseur persiste même après l'arrêt du traitement. C'est pourquoi on fait des cures pour obtenir une dose cumulée qui permettra cet effet à long terme.

L'isotrétinoïne a aussi une activité anti-inflammatoire et kératolytique.

La posologie est entre 0.5mg/kg/j et 1 mg/kg/j. On commence toujours à 0.5mg/kg/j et on augmente la posologie par intervalle d'un mois. Il existe cependant une exception à cette règle. Quand il y a un risque d'acné fulminante chez le jeune garçon (quand il y a un fort acné inflammatoire et rétentionnelles), la posologie initiale est de 0.2 mg/kg/j ou 0.3 mg/kg/j.

Le but est d'atteindre une dose cumulée comprise entre 10mg/kg et 15mg/kg. C'est cette dose qui déterminera la durée du traitement.

Dans certains cas il peut y avoir des récurrences. Une deuxième cure peut être faite à condition qu'il y ait 2 mois au moins entre les 2 traitements.

C'est un traitement très efficace mais qui nécessite une prise en charge particulière : à cause du risque de troubles psychiatriques et du risque de malformation grave du fœtus.

✓ Prise en charge des troubles psychiatriques : (31) (32) (33)

La survenue de troubles dépressifs pouvant aller jusqu'au suicide doit être surveillée. Il faut donc faire attention à tout changement de comportement au début d'un traitement par isotrétinoïne. D'ailleurs il faut informer les patients, hommes et femmes, ainsi que leur entourage sur ce risque avant de débiter le traitement et de signaler tout changements suspect de comportement. Il est d'autant plus important de surveiller l'état psychologique des adolescents car l'acné sévère peut provoquer elle-même des troubles psychologiques et comportementaux. Un outil est mis à la disposition des professionnels de santé pour évaluer le risque dépressif d'un adolescent. Il s'agit de l'échelle ADRS. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire composé de 10 questions.

- 1 Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail
- 2 J'ai du mal à réfléchir
- 3 Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment
- 4 Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.
- 5 Ce que je fais ne sert à rien
- 6 Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir
- 7 Je ne supporte pas grand-chose
- 8 Je me sens découragé
- 9 Je dors très mal
- 10 A l'école, au boulot, j'y arrive pas

✓ Prise en charge des risques de malformation grave du fœtus :

S'il est pris pendant la grossesse et même si la grossesse débute alors que le traitement est stoppé depuis moins d'un mois, il peut y avoir des malformations du système nerveux central, des oreilles externes, du thymus, du système cardiovasculaire, dysmorphies faciales, fentes palatines. Il y a aussi un risque d'avortement spontané.

Il existe un Programme Prévention Grossesse depuis 2004 dans les pays de L'union Européenne (initié par la France en 1997). Ce programme a créé en 2009 le carnet-patiente. Depuis le 15 mars 2010, les prescriptions et les délivrances

d'isotrétinoïne sont conditionnées par la présentation du carnet-patient, après vérification des mentions obligatoires.

Lors de la première prescription, les patientes doivent:

- Être informées et comprendre le caractère tératogène de l'isotrétinoïne et la nécessité d'éviter toute grossesse
- lire attentivement l'exemplaire

**Formulaire d'accord de soins et de contraception
destiné aux femmes en âge de procréer traitées par
les médicaments à base d'isotrétinoïne par voie orale**
(DOCUMENT A REMPLIR, A SIGNER ET A REMETTRE AU MEDECIN)

Ce médicament à base d'isotrétinoïne peut provoquer, lorsqu'il est pris par une femme enceinte, des malformations graves pour l'enfant à naître.
Le risque d'avoir un enfant malformé est extrêmement élevé si :

- vous êtes enceinte lorsque vous débutez le traitement,
- vous devenez enceinte pendant le traitement ou dans le mois qui suit l'arrêt du traitement.

Ce médicament ne doit donc être utilisé qu'avec une contraception efficace. Cette contraception obligatoire doit être commencée 1 mois avant le traitement, continuée pendant toute la durée du traitement et poursuivie un mois après l'arrêt du traitement.

Je soussignée Mme/Mlle Née le
certifie avoir été personnellement informée par le Docteur
(Nom et adresse du médecin)
des risques liés au traitement par ce médicament.

- 1 - Ce médicament m'a été prescrit. En aucun cas, je ne dois donner mes capsules à quelqu'un d'autre. Si à l'arrêt du traitement il reste des capsules non utilisées, je les rapporterai à la pharmacie.
- 2 - Je ne dois pas prendre ce médicament si je suis enceinte.
- 3 - Je ne dois pas débiter une grossesse pendant le traitement ni pendant le mois qui suit l'arrêt du traitement en raison du risque important d'apparition de malformations pour l'enfant à naître. Par conséquent, je dois obligatoirement suivre une méthode contraceptive efficace, pendant au moins un mois avant de commencer le traitement et pendant un mois après l'arrêt du traitement.
- 4 - Je dois effectuer un test sanguin de grossesse avant de commencer le traitement, le 2e ou 3e jour des règles. Je m'engage à débiter le traitement le plus tôt possible après avoir été informée du résultat de ce test, qui doit impérativement être négatif et au plus tard dans les 7 jours suivant la réalisation du test de grossesse.
- 5 - Je devrai effectuer à nouveau un test de grossesse avant chaque consultation, tous les mois à date fixe pendant toute la durée du traitement et 5 semaines après la fin du traitement.
- 6 - Je suis informée qu'un échec de la contraception est possible et que je devrai consulter rapidement en cas d'absence des règles.

Je souhaite être traitée par un médicament à base d'isotrétinoïne par voie orale et j'accepte de suivre les précautions d'emploi ci-dessus mentionnées.

Fait à..... Le.....

Signature de la patiente Pour les patientes mineures, signature des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale.
Pour les patientes majeures protégées par la loi, signature du représentant légal.
Formulaire sur papier dupliqué, un exemplaire conservé par le médecin prescripteur.

Figure 15 : Accord de soins et de contraception à signer par la patiente (34)

- utiliser une contraception efficace depuis au moins 4 semaines
- présenter un test sérologique de grossesse négatif réalisé dans les 3 jours précédant la première prescription

Les patientes doivent présenter leur carnet à chaque consultation et à chaque délivrance d'isotrétinoïne.

Le carnet-patiente indique la date et les résultats des tests de grossesse. La patiente doit effectuer un test sérologique de grossesse tous les mois, dans les trois jours précédant la prescription mensuelle d'isotrétinoïne.

Avant toute délivrance, le pharmacien doit s'assurer que le carnet-patiente mentionne la date du test de grossesse et que l'ordonnance date de moins de 7 jours. Si toutes ces conditions ne sont pas respectées, il n'y aura pas de délivrance d'isotrétinoïne. Il y a d'ailleurs dans le carnet-patiente une case prévue à cet effet.

DATE DE DÉBUT / /	
DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS / /	
DATE DU PROCHAIN TEST DE GROSSESSE / /	
	PREMIÈRE PRESCRIPTION	PREMIER RENOUVELLEMENT
MÉTHODE DE CONTRACEPTION
RÉSULTAT DU TEST DE GROSSESSE	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
DATE EFFECTIVE DU TEST DE GROSSESSE / / / /
SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN		
DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS / / / /
DATE DU PROCHAIN TEST DE GROSSESSE / / / /
NOM DU MÉDICAMENT PRESCRIT
NOM DU MÉDICAMENT DÉLIVRÉ, DATE DE DÉLIVRANCE ET TAMPON DU PHARMACIEN	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : / /	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : / /

Figure 16 : Page 3 du carnet-patiente (35)

Pour les hommes, la première prescription doit être établie pour un mois, par la suite elle peut être faite pour 2 mois maximum.

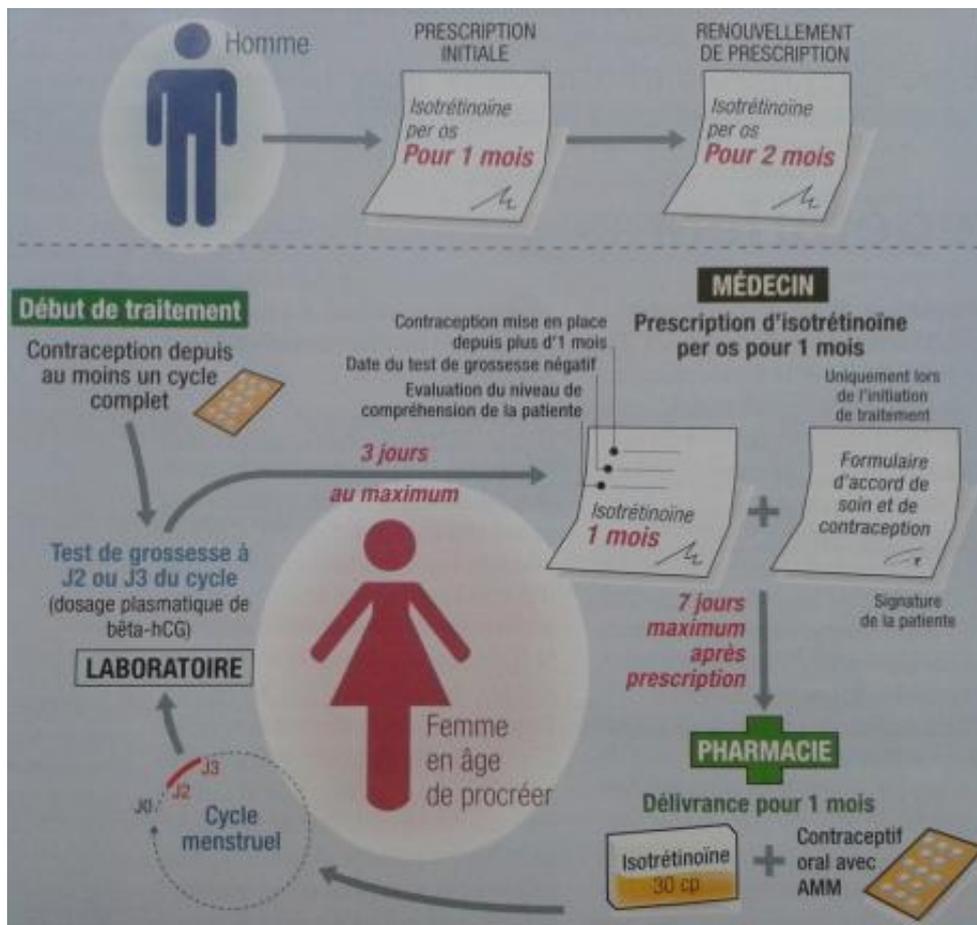


Figure 17 : Schéma récapitulatif des conditions de délivrance d'isotrétinoïne (28)

D'autres effets indésirables existent :

- Les troubles cutané-muqueux : Comme vu précédemment il peut y avoir une poussée inflammatoire lors du premier mois de traitement nécessitant un ajustement de posologie chez le jeune homme. Une sécheresse de la peau et des muqueuses comme du nez (épistaxis), des yeux, des lèvres (chéilite). L'isotrétinoïne est aussi photo sensibilisante.
- Les troubles musculo-squelettiques avec des myalgies, arthralgies, douleurs dorsales chez l'adolescent. On a une élévation des CPK.
- Les troubles gastro-intestinaux avec des iléites et des poussées de maladies inflammatoires digestives.

- Les troubles biologiques : augmentation réversible des transaminases, une hypercholestérolémie, une hypertriglycéridémie, une modification de la glycémie si le patient est diabétique.

On vérifie ces valeurs biologiques avant l'instauration du traitement, un mois après puis tous les 3 mois.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Le pharmacien se doit de rappeler plusieurs conseils essentiels afin d'aider le patient acnéique dans son traitement et d'éviter tout comportement à risque.

- Expliquer qu'il y aura une aggravation de l'acné au début du traitement, mais que cela n'est que temporaire.
- Bien insister sur le fait de ne pas donner de comprimé à un/une amie ; de rapporter les comprimés non utilisés.
- Ne pas faire de don du sang, cela jusqu'à un moi à l'arrêt du traitement.
- S'assurer du bon suivi biologique du patient : Dosage sanguin des triglycérides, du cholestérol total, des transaminases, cela 1 mois avant l'instauration du traitement ainsi que 1 mois après puis tous les 3 mois ; si le patient est diabétique il devra bien surveiller sa glycémie.
- Surveiller l'état psychiatrique du patient.
- Ne pas faire d'activité physique intense à cause de l'augmentation des CPK
- En cas de sécheresse :
 - Appliquer un soin hydratant non comédogène sur le visage
 - Utiliser un soin hydratant pour l'hygiène intime des jeunes filles
 - Utiliser un baume hydratant réparateur pour les lèvres
 - Utiliser des larmes artificielles en cas de sécheresse oculaire
 - Utiliser Homeoplasmine® si sécheresse de la muqueuse nasale. En cas d'épistaxis, utiliser la pommade H.E.C. ®
- Préférer le port de lunettes aux lentilles de contact.
- Pas de soins exfoliants ni kératolytiques.
- Pas d'épilation à la cire pendant le traitement et ce jusqu'à 6 mois après l'arrêt du traitement

- S'il y a exposition solaire, porter des lunettes de soleil, appliquer une protection solaire indice 50 toutes les 2 heures et mettre un stick lèvres photoprotecteur.

III.5.2.4 L'hormonothérapie

(36)

Le traitement hormonal pour les femmes acnéiques n'est pas le traitement de première intention. C'est un traitement qui comporte certain risque, nous l'avons vu récemment dans le « scandale de la Diane 35 ».

En cas de prescription, celle-ci doit être initiée par un gynécologue. C'est un traitement à surveiller mais qui dans la plupart des cas offre un résultat appréciable pour les patientes.

Les pilules de première et deuxième génération contiennent un progestatif androgéniques (lévonorgestrel, noréthistérone...) qui favorise l'acné. Elles n'ont donc aucun intérêt ici.

Les pilules de troisième génération ont un progestatif non androgénique (gestodène, désogestrel, norgestimate...), qui ne favorise donc pas l'acné mais qui ne le traite pas.

Les pilules de quatrième génération ont un progestatif anti-androgénique (acétate de chlormadinone, drospirénone) et donc améliore l'acné.

Il faut savoir que tous ces contraceptifs oestroprogestatifs augmentent le risque thromboembolique, surtout pendant la première année de prise.

Une seule association a l'AMM dans l'indication « contraception + acné » : Tricilest®/Triafemi®, c'est une pilule triphasique éthinyloestradiol + norgestimate

Cas de la Diane 35 : Diane 35 avait l'AMM pour l'acné de la femme et non pour la contraception. L'ASNM considère que le rapport bénéfice risque n'est pas favorable à cause d'une efficacité modérée dans le traitement de l'acné par rapport au risque thromboembolique et la survenue de grossesses non désirées. Ce n'est pas le cas

dans les autres pays de l'union européenne ou Diane 35 a conservé son autorisation, l'EMA estimant que le rapport bénéfice risque était en faveur du médicament.

Elle est d'ailleurs remise sur le marché depuis janvier 2014.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Prendre un comprimé par jour pendant 21 jours consécutifs à heure fixe. Le premier comprimé étant pris le premier jour des règles. Faire une pause de 7 jours entre 2 plaquettes.

En cas d'intervention chirurgicale, interrompre la pilule un mois à l'avance pour diminuer le risque thromboembolique.

Rappeler qu'il est conseillé de ne pas fumer, de manger équilibré et encourager une activité physique.

III.5.2.5 La microchirurgie

Technique qui consiste à élargir l'orifice du sac folliculaire du comédon ouvert ou à inciser légèrement le microkyste à l'aide d'un vaccinostyle ou d'une microlance, à expulser le comédon par pression douce ou à l'aide d'un tire-comédon, et détruire le sac folliculaire par de l'acide trichloracétique à 30 %.

III.6 Les conseils pharmaceutiques

Le pharmacien est souvent le premier professionnel de santé consulté pour de l'acné, avant le médecin généraliste ou le dermatologue. En fonction du stade de l'acné, celui-ci peut conseiller des cosmétiques et/ou diriger vers un médecin.

Dans la prise en charge de l'acné à la pharmacie, les 4 étapes cruciales sont : Nettoyer, Traiter, Hydrater, Matifier.

III.6.1 L'hygiène

(6) (37) (38) (39) (40) (41) (42)

La toilette doit être effectuée matin et soir avec des produits adaptés.

Il faut éviter les savons type savon de Marseille qui sont de très bon détergents mais qui ne respectent pas le pH cutané et sont trop agressifs. Ils provoquent une séborrhée réactionnelle et la formation de comédons.

On utilisera un gel ou une lotion avec un pH légèrement acide pour respecter le pH physiologique de l'épiderme et éviter la prolifération bactérienne, anti séborrhéiques, et astringents pour régulariser la sécrétion de sébum et donner un aspect mat à la peau.

Le but étant de débarrasser la peau de l'excès de sébum, des bactéries et des impuretés sans l'assécher, ni l'irriter.

Les antiseptiques moussant sont trop acides et doivent être évités.

Ils existent des produits avec ou sans rinçage. Le rinçage se fait à l'eau claire ou à l'eau thermale (qui a des propriétés anti inflammatoire) et le séchage se fait par tapotement avec un linge doux. Pour les eaux micellaires on utilise plusieurs cotons imbibés de la lotion jusqu'à ce que le dernier coton soit propre. On peut terminer par une brumisation d'eau thermale et essuyer par tapotement.

Le tableau qui suit nous montre les produits que l'on peut conseiller dans 4 gammes : Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy.

		AVENE	LAROCHE POSAY	BIODERMA	VICHY
HYGIENE	Avec rinçage	Cleanance® gel nettoyant <i>Appliquer sur peau humidifiée</i> <i>Visage et corps</i>	Effaclar® gel moussant purifiant peaux grasses et sensibles <i>Faire mousser dans la main avec un peu d'eau et appliquer sur le visage.</i> <i>Rincer abondamment.</i>	Sebium® gel moussant <i>Appliquer sur peau mouillée, faire mousser et rincer abondamment.</i> <i>Visage et corps</i> <i>(Peut servir de mousse à raser)</i>	Normaderm® gel nettoyant purifiant <i>Appliquer sur visage humide, faire mousser et rincer abondamment.</i> - Normaderm® 3 en 1 (Gel nettoyant) <i>Appliquer 1 fois par jour sur visage humide et rincer abondamment.</i>
	Sans rinçage	Cleanance® eau nettoyante purifiante <i>Appliquer sur visage yeux et cou avec un coton</i>	Effaclar® eau micellaire purifiante peaux grasses et sensibles <i>Appliquer matin et/ou soir à l'aide d'un coton sur le visage et le cou.</i>	Sebium® H2O <i>Appliquer matin et/ou soir à l'aide d'un coton sur le visage et le cou.</i>	-Normaderm® Solution micellaire 3 en 1 <i>Appliquer matin et soir à l'aide d'un coton sur le visage et cou.</i>
	Avec traitement anti-acnéique	Cleanance® crème lavante <i>Appliquer et faire mousser sur peau humidifiée puis rincer abondamment</i>			

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des produits d'hygiène dans l'acné pour les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy

III.6.2 Les soins

(6) (37) (38) (39) (40) (41)

		AVENE	LAROCHE POSAY	BIODERMA	VICHY
SOINS	Imperfections légères à modérée	Cleanance® K gel crème <i>Appliquer 1 fois par jour, matin ou soir sur peau propre et sèche. Eviter les yeux et les lèvres</i>		Sebium® AKN <i>Appliquer matin et/ou soir sur peau propre et sèche.</i>	Normaderm® Soin hydratant anti-imperfections global <i>Appliquer une noisette sur visage parfaitement nettoyé.</i>
	Imperfections légères à modérée et premières rides				Normaderm® anti-âge <i>Appliquer matin et/ou soir sur peau propre et sèche. Eviter le contour des yeux.</i>
	Imperfections localisées	Cleanance® soins localisés <i>Appliquer sur la ou les imperfections 2 à 3 fois par jour.</i>	Effaclar® A.I. <i>Appliquer sur la ou les imperfections jusqu'à disparition.</i>	Sebium® A.I. correcteur <i>Appliquer matin et/ou au cours de la journée. Appliquer en premier sur les boutons le correcteur situé dans le bouchon puis étaler la crème teinté sur l'ensemble du visage. Miroir à l'intérieur du bouchon. Eviter le contour des yeux.</i>	-Normaderm® Hyaluspot <i>Appliquer 2 ou plusieurs fois par jours avec l'applicateur.</i> -Normaderm® stick camouflant anti-imperfections <i>Appliquer sur la ou les imperfections. Unifier avec le doigt si nécessaire.</i>
	Peaux luisantes	Cleanance® lotion purifiante <i>Secouer avant application Appliquer avec un coton en insistant sur la zone T</i>	Effaclar® mat <i>Appliquer matin et/ou soir sur le visage. Eviter le contour des yeux.</i>	Sebium® mat <i>Appliquer matin et soir sur peau propre et sèche.</i>	Normaderm® 3 en 1 (Masque matifiant) <i>Appliquer en couche fine sur le visage 1 fois par semaine. Laisser sécher</i>

					5 minutes puis rincer. Eviter le contour des yeux.
	Peaux luisante/correcteur de teint			Sebium® mat teinté Appliquer matin et soir sur peau propre et sèche.	Normaderm Teint® fond de teint anti-imperfections Appliquer le matin après la crème de soin.
	Grain de peaux irrégulier/Pore dilatés	Cleanance® masque désincrustant Appliquer sur peau sèche ou légèrement humide. Laisser agir 5 minutes. Effectuer des mouvements circulaires avec les mains légèrement humidifiées. Rincer abondamment. 1 à 2 fois par semaine.	-Effaclar® K Appliquer matin et/ou soir -Effaclar® lotion astringente micro-exfoliante Appliquer matin et soir à l'aide d'un coton sur une peau propre et sèche.	Sebium® Pore refiner Appliquer matin et/ou soir. Peut s'appliquer seul ou avant la crème de soin sur tout le visage ou seulement sur la zone T.	-Normaderm® lotion assainissante astringente Appliquer à l'aide d'un coton avant le soin quotidien sans rincer. Eviter le contour des yeux. -Normaderm® soin chrono-action anti-imperfection nuit Appliquer le soir sur peau propre et démaquillée -Normaderm® 3 en 1 (Crème exfoliante) Appliquer une fois par semaine sur visage humide, frotter délicatement puis rincer abondamment.
	Excès de sébum	Cleanance® émulsion séborégulatrice Appliquer sur peau propre et sèche en massant légèrement. Matin et/ou soir	Effaclar® mat Appliquer matin et/ou soir sur le visage. Eviter le contour des yeux.	*Sebium® global Appliquer matin et/ou soir sur peau propre et sèche. Eviter le contact avec les yeux.	Normaderm® Concentré actif anti-imperfections Appliquer le soin à l'aide de votre index sur la zone à traiter.
	Imperfections sévères	Triacnéal® Appliquer sur une peau propre et sèche le soir.	Effaclar® duo Appliquer matin et/ou soir sur le visage	Sebium® sérum Appliquer un soir sur 2 sur	

		<i>Eviter le contour des yeux et des lèvres.</i>		<i>peau propre et sèche. Peut s'utiliser seul ou sous le soin de nuit. Eviter le contour des yeux et les lèvres.</i>	
	Peaux asséchées par traitements anti-acnéiques	Clean-Ac® crème hydratante <i>Appliquer sur peau propre et sèche matin et soir.</i>	Effaclar® H <i>Appliquer sur peau propre et sèche.</i>	Sebium® Hydra <i>Appliquer matin et/ou soir sur peau propre et sèche.</i>	

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des produits de soins dans l'acné pour les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy

- Le gommage : on les utilise pour affiner le grain de peau. Ces soins exfoliants ont une double action, chimique et mécanique par la présence de petites billes. Par massage sur peau humide, ils enlèvent les couches les plus superficielles mortes et facilite la désobstruction des pores. Cependant trop utilisés, ils peuvent augmenter le caractère inflammatoire de l'acné.
- Les masques : Ils purifient la peau par absorption de l'excès de sébum. on les applique en couche épaisse sur le visage, on laisse 5 minutes, on retire l'excédent avec un coton et on rince à l'eau. Cela matifie la peau temporairement.

III.6.3 Le rasage

(43) (44) (45) (46) (47)

La présence de boutons ou de petites lésions rend le rasage difficile et délicat. Avant le rasage on nettoie avec un produit d'hygiène vue précédemment. Ils permettent d'hydrater le poil et de faciliter le passage de la lame. Pour éviter les saignements, il faut se raser avant le petit déjeuner. En effet la digestion augmente la vascularisation de la peau.

Le rasage s'effectue dans le sens du poil : des tempes vers la bouche et du menton vers le cou. Le rinçage se fait à l'eau froide, elle a un effet vasoconstricteur. On pulvérise avec de l'eau thermale pour son effet anti-inflammatoire et on sèche en

tapotant. Enfin on hydrate la peau. Ne surtout pas mettre d'après rasage alcoolisé. On n'oubliera pas de désinfecter la lame à l'alcool après le rasage.

	AVENE	LAROCHE POSAY	BIODERMA	VICHY	EUCERIN
Rasage	-Gel de rasage -Mousse à raser -Crème à raser	- XY Homme gel de rasage émollient micro-exfoliant - XY Homme mousse à raser émolliente sans savon	Sebium® gel moussant	-Code pureté-mousse de rasage purifiante -Mousse à raser anti-irritations -Mousse à raser sans savon triple protection -Gel de rasage anti-irritations	-Silver shave® Mousse à raser -Silver Shave® Gel de rasage
Après rasage	-Baume après rasage -Fluide après rasage	XY Homme® baume normalisant anti-rougeurs			Silver Shave® Baume après rasage
Soin	Dermo K <i>Soigne et prévient les poils incarnés</i>	XY Homme gel hydratant barrière			Deep Moisture® Soin rafraichissant

Tableau 3 : Tableau récapitulatifs des produits disponible pour le rasage dans les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy

IV. L'eczéma (ou Dermatite ou Dermite)

IV.1 Introduction

(48)

La dermatite est une inflammation de la peau. Le terme eczéma désigne plus particulièrement les dermatites caractérisées par une rougeur, un œdème, la formation de vésicules, un suintement et presque toujours des démangeaisons. Nous allons traiter ici l'eczéma de contact et la dermatite atopique.

IV.2 Lésions de l'eczéma

(49) (50) (51)

L'eczéma est caractérisé par une lésion : la vésicule, toujours accompagnée par un prurit important.

IV.2.1 Eczéma aigu

On aura une spongiose (épiderme devient comme une éponge) c'est à dire un œdème à l'intérieur de l'épiderme se formant par un afflux de lymphocytes T (dû à un stimulus immunitaire).

On voit apparaître des vésicules (petites « bulles » pleines d'eau) et une dilatation capillaire superficielle qui induit un érythème.

Évolution en 4 phases:

- 1 L'érythème : Il est diffus, œdémateux, avec des bordures émiettées, des plaques rouges inflammatoires apparaissent.
- 2 Les vésicules : Elles sont petites, prurigineuses, fragiles et se rompent quand on les gratte.
- 3 Le suintement : Après l'éclatement des vésicules. Les débris cellulaires peuvent s'infecter. (Risque d'impétiginisation)

- 4 Les croûtes et les squames : c'est la fin de la poussée, des croûtes et des squames apparaissent. La peau est sèche et peut aboutir à une lichénification. (cf. eczéma chronique)

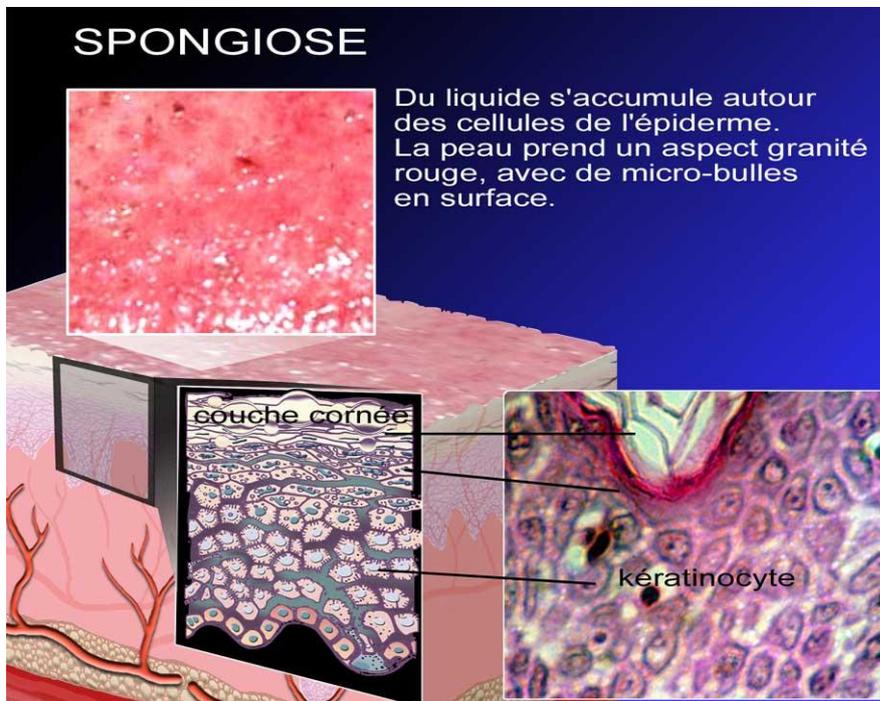


Figure 18 : Spongiose (48)

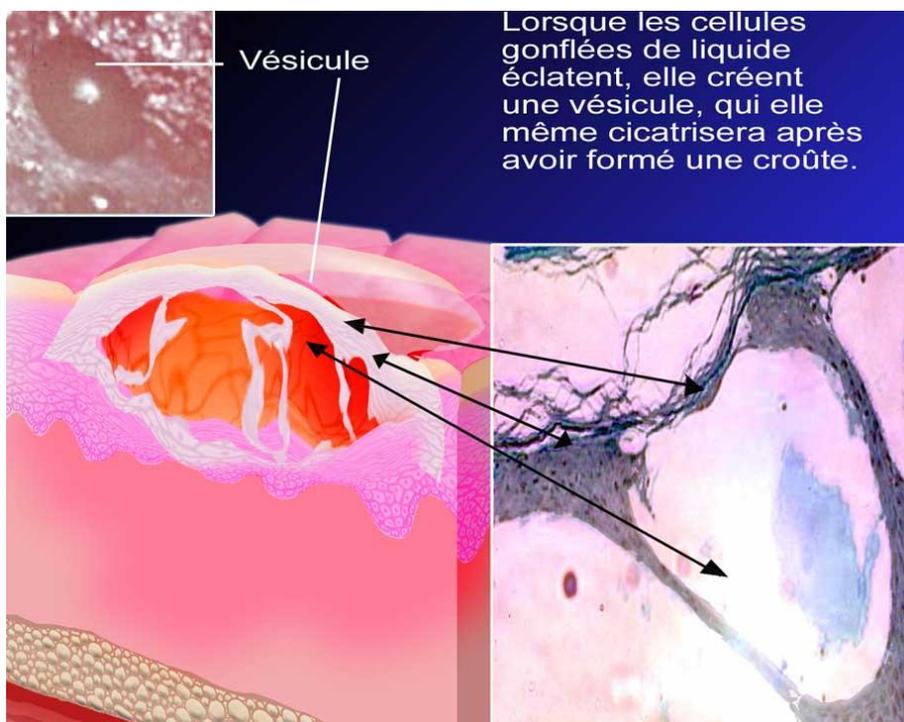


Figure 19 : Vésicule (48)

IV.2.2 Eczéma chronique

On observe une lichénification, c'est-à-dire un épaissement de la peau.

On observera principalement cette lichénification au niveau de la face interne des coudes, et derrière les genoux. En effet ce sont des zones sensibles à l'eczéma.

La peau est complètement épaissit. Ceci est dû au grattage au fur et à mesure des poussées.



Figure 20 : Lichénification de la face interne des coudes (52)

IV.3 La dermatite atopique

IV.3.1 Introduction

(53) (54) (55)

La dermatite atopique est le plus souvent diagnostiquée chez le nourrisson mais existe aussi chez l'enfant et le jeune adulte. Les lésions sont caractéristiques par leur localisation : visage, cou, mains, pieds, plis de flexion des membres. Elle évolue par poussées. Les lésions sont caractéristiques : rougeurs, épaissement et squames en plaques. La peau est très sèche, avec une forte démangeaison et parfois un aspect ichtyosique. Le taux de guérison est variable et les rechutes

peuvent survenir à l'âge adulte. Cet eczéma est fréquemment associé à une élévation, dès les premiers mois de la vie, du taux d'IgE circulantes. L'eczéma atopique précède fréquemment, ou accompagne, ou alterne avec des manifestations d'allergie respiratoire : rhinite, asthme. Il est d'ailleurs plus fréquent chez les familles dont les membres sont sujets au coryza spasmodique saisonnier (rhume des foins) ou à l'asthme. Il est aussi souvent associé à des allergies alimentaires, particulièrement au lait de vache.

IV.3.2 Physiopathologie

La dermatite atopique c'est une réaction immunitaire inflammatoire sur un terrain génétique prédisposant avec des anomalies de barrière cutanée. Cependant tous les mécanismes physiopathologiques ne sont pas élucidés.

IV.3.2.1 Génétique

(56) (57) (58) (55)

50 à 70 % des patients atteints de dermatite atopique ont un parent au premier degré atteint d'une dermatite atopique, d'un asthme ou d'une rhinite allergique.

Plus précisément, si les 2 parents ont une dermatite atopique la prévalence est de 81%, si un parent a une dermatite atopique et l'autre un asthme elle est de 59% et si un parent présente une dermatite atopique et l'autre rien elle est de 56%. De plus l'atteinte maternelle aurait un rôle prépondérant sur la survenue de dermatite atopique, 57% contre 46%.

De plus 15 à 30 % des patients ont des mutations du gène de la filaggrine qui intervient dans les anomalies de la barrière cutanée.

IV.3.2.2 Anomalies de barrière épidermique

(56) (57) (55)

Chez les patients atteints de dermatite atopique il y a une baisse de production de céramides, constituants du ciment intercellulaire. Les kératinocytes sont désolidarisés. Ceci entraîne une perméabilité augmentée aux allergènes à l'origine de l'inflammation et une augmentation de la perte en eau responsable de la xérose.

Il y a une mutation de la filaggrine, c'est une protéine constitutive des kératinocytes qui intervient dans l'hydratation de l'épiderme.

Un problème de **barrière cutanée**

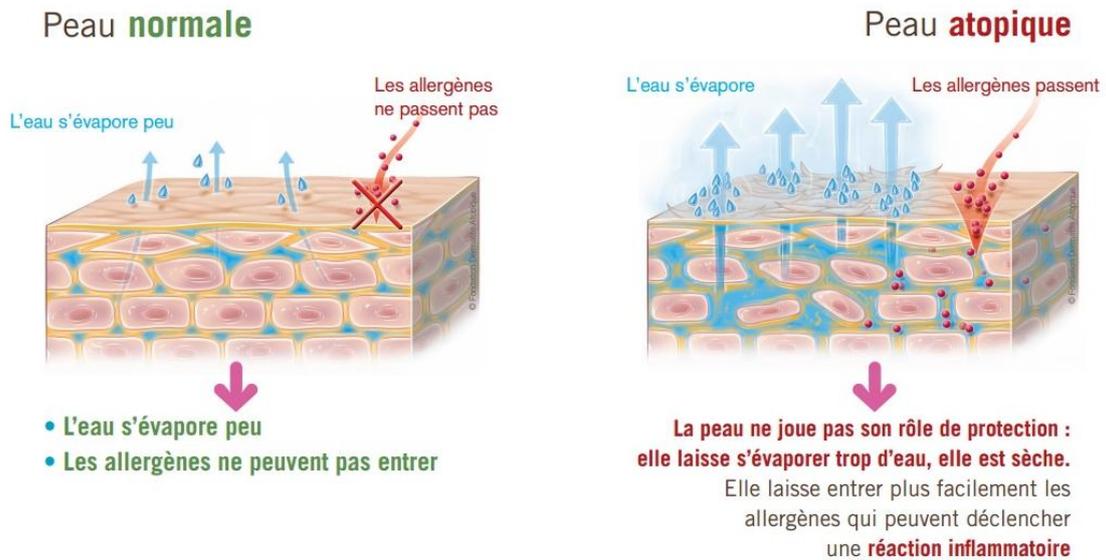


Figure 21 : Comparaison entre une peau normale et une peau atopique (59)

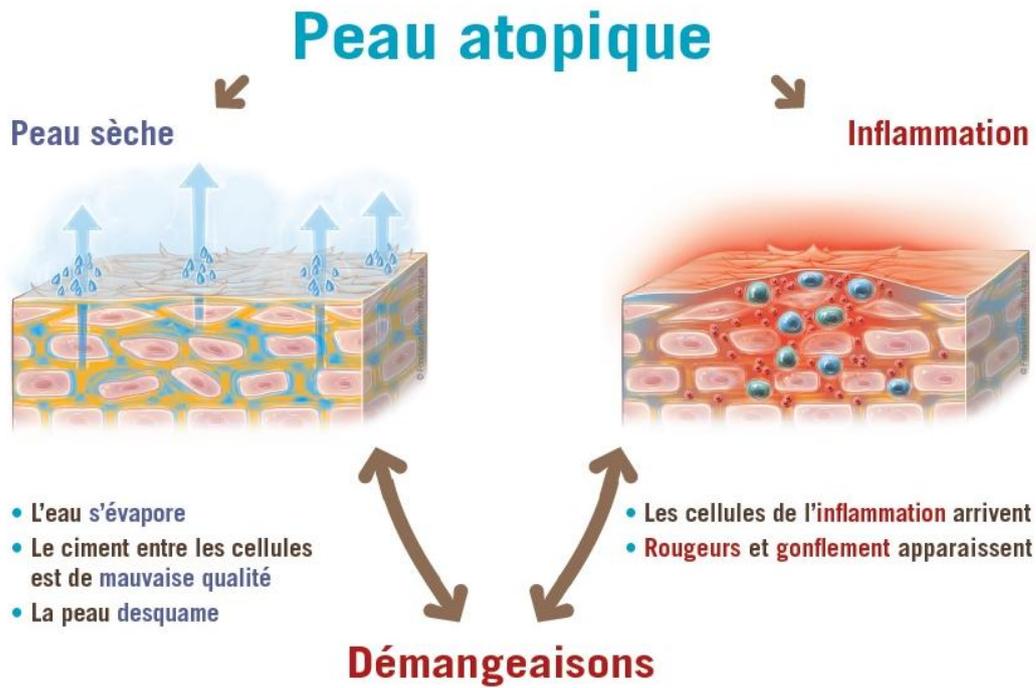


Figure 22 : Conséquences des anomalies de barrière cutanée (59)

IV.3.2.3 Immunologie

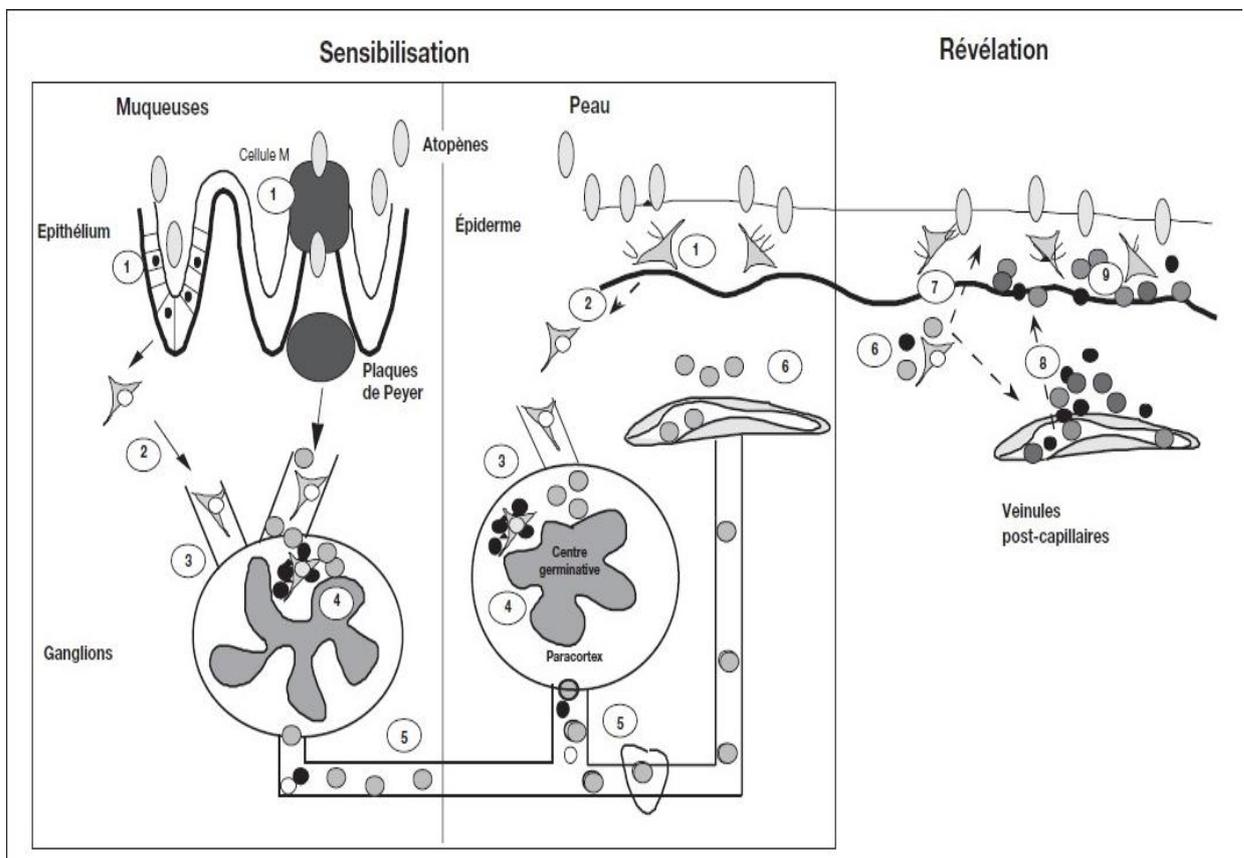


Figure 23 : Immunologie de la dermatite atopique

La réaction inflammatoire comporte 2 phases :

- Phase de sensibilisation :

Elle est cliniquement muette et aboutit à la génération de lymphocyte T spécifiques qui se retrouvent au niveau cutané.

Etape 1 : Cette phase de sensibilisation a lieu classiquement pendant la petite enfance par la pénétration des allergènes de l'environnement au niveau cutané et muqueux (respiratoire et digestif).

Etape 2 : Les allergènes sont pris en charge par les cellules dendritiques des épithéliums cutanéomuqueux (Cellule de Langerhans)

Etape 3 : Les cellules de Langerhans migrent dans les ganglions lymphatiques drainants.

Etape 4 : présentation des allergènes aux lymphocytes T.

Etape 5 : Expansion clonale des lymphocytes T. Les lymphocytes T mémoires quittent les ganglions et passent dans le sang

Etape 6 : Les Lymphocytes T mémoires se retrouvent dans les tissus muqueux et le derme.

- Phase de révélation :

Cela se produit à chaque contact avec l'allergène

Etape 7 : Prise en charge de l'allergène par les cellules de Langerhans, après pénétration des couches superficielles de l'épiderme. Cela aboutit à l'activation des Lymphocytes T CD4 spécifiques.

Etape 8 : Dégranulation des mastocytes qui entraîne la production de cytokines et chimiokines pro-inflammatoires (IL ; TNF α ...)

Etape 9 : Recrutement de leucocytes au niveau des capillaires du derme puis de l'épiderme ou les kératinocytes subissent une intense apoptose

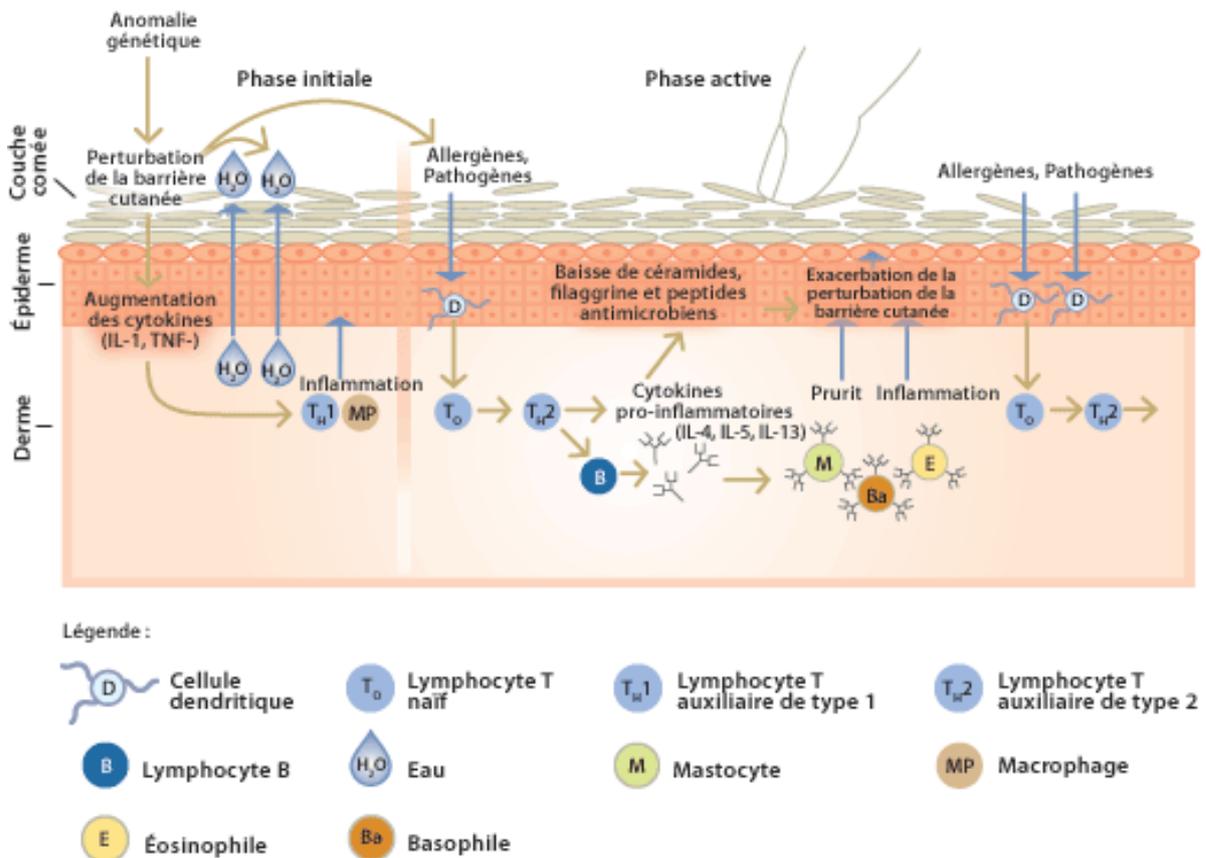


Figure 24 : Anomalie de barrière cutanée et immunologie dans la dermatite atopique (60)

IV.3.2.4 Facteurs environnementaux (théorie hygiéniste)

(57) (61) (62) (55)

La fréquence de la dermatite atopique a doublé voire triplé en 30 ans. Elle touche 10 à 25% des enfants (jusqu'à 10% des adultes) contre 5 à 10 % dans les années 1960 dans les pays industrialisés.

La théorie hygiéniste veut que la diminution de l'exposition aux agents infectieux responsable d'infections chroniques comme la tuberculose, les parasitoses soit responsable de la modification de la régulation du système immunitaire inné, en déviant les réponses immunitaires dans le sens de l'allergie pour provoquer asthme, rhinite allergique et dermatite atopique. Ceci est lié à l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé dans les pays industrialisés. Le système immunitaire n'étant

plus stimulé par des micro-organismes pathogènes développe une réponse immunitaire contre les antigènes qui se trouve dans l'environnement naturel.

IV.3.3 Facteur déclenchants

(63) (64) (51) (55)

Les facteurs déclenchant des poussées sont multifactoriels:

- Exposition à des pneumoallergènes tels que les acariens, les poussières de maison, les moisissures, le pollen, les animaux, la fumée de tabac, la pollution...
- Exposition à des trophoallergènes (allergènes absorbés par voie digestive) tels que l'arachide, les protéines de lait de vache, le poisson, les crustacés, l'œuf, les fruits à coque...
- Épisodes infectieux provoquant un déséquilibre de la balance du système immunitaire. Ce dernier s'emballé pour combattre l'agent infectieux donc cela entraîne une poussée d'eczéma.
- Irritation cutanée : le froid, le vent sec, la chaleur sèche, la salive (contient des molécules enzymatiques à propriétés inflammatoires), la sueur (notamment dans les plis), l'eau calcaire, les savons, les détergents, les produits cosmétiques, la laine...
- Facteurs favorisant la libération d'histamine tels que le stress, les émotions, le sport...
- Le déséquilibre de la flore intestinale pouvant être causé par les antibiotiques, le stress, une alimentation trop riche en sucres rapides.
- Vaccination
- Poussées dentaires chez les petits

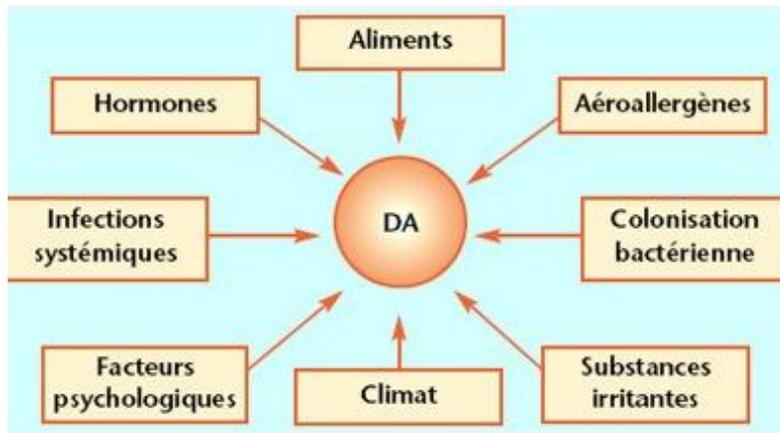


Figure 25 : récapitulatif des facteurs déclenchants de dermatite atopique

IV.3.4 Clinique

IV.3.4.1 En fonction du moment de l'examen

Comme nous l'avons vu précédemment (II.2) la lésion de l'eczéma est évolutive, érythème, vésicules, suintements, croûtes et squames pour l'eczéma aigue voir une lichénification pour l'eczéma chronique.

IV.3.4.2 En fonction de l'âge

(49) (50) (51) (63) (55)

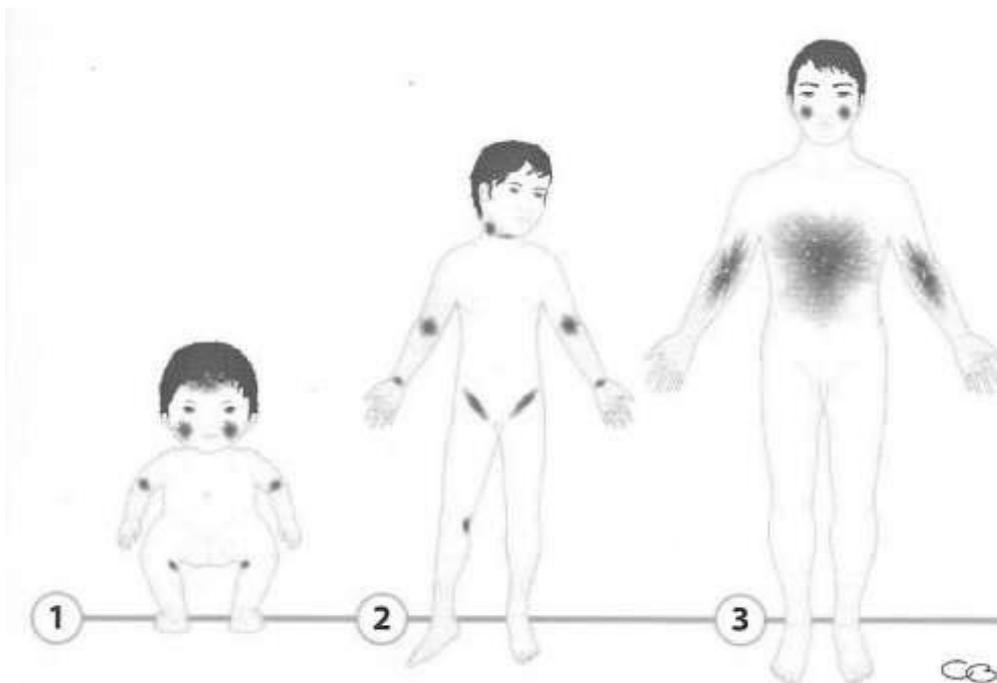


Figure 26 : Localisation des lésions de la dermatite atopique (65)

Comme vu précédemment, les lésions d'eczéma évoluent. L'aspect sera donc variable en fonction du moment de l'examen.

IV.3.4.2.1 Chez le nourrisson de moins de 2 ans

Les premières manifestations cliniques apparaissent dès le premier trimestre (2-3mois).

Elles sont symétriques, la xérose est très fréquente et très marquée et le prurit est aussi important, pouvant entraîner des troubles du sommeil.

Les lésions prédominent sur les parties convexes des joues, du front, des membres, au niveau du cuir chevelu (type dermatite séborrhéique ou croûtes de lait), des plis du cou ou derrière les oreilles.

Il y a un respect médio-facial (c'est-à-dire autour du nez et de la bouche) et un respect de la pointe du nez. Souvent, il n'y a pas d'atteintes des zones sous les couches.



Figure 27: Lésions de dermatite atopique au niveau du visage d'un nourrisson (66)



Figure 28 : Lésions de dermatite atopique chez un nourrisson sur le visage et les bras (66)

IV.3.4.2.2 Chez l'enfant de plus de 2 ans

Les lésions sont plus localisées, le plus souvent au niveau des plis (aine, chevilles, cou, coudes, genoux, poignets, sous les fesses, derrière les oreilles) ou sur des zones comme le dos des mains, les paupières, autour de la bouche, mamelon.

La lichénification est fréquente, la xérose aussi.

En grandissant l'eczéma devient moins diffus et d'autres symptômes peuvent être associés comme des manifestations respiratoires.

Les poussées sont souvent saisonnières (automne-hiver).



Figure 29 : Lésions de dermatite atopique au niveau du pli du coude chez un enfant (66)



Figure 30 : Lésions de dermatite atopique chez un enfant au niveau des bras du tronc et de l'aïne (66)

IV.3.4.2.3 Chez l'adolescent et le jeune adulte

La fréquence des poussées diminue progressivement dans l'enfance. Elles peuvent même totalement disparaître.

Seul 5% des jeunes enfants souffrant de dermatite atopique vont avoir un eczéma persistant à l'âge adulte. Certains facteurs comme le stress favorisent la réapparition des poussées.

On retrouve les lésions à peu près au même endroit que chez l'enfant de plus de 2 ans : visage, cou, plis et partie supérieure du tronc.

Ces lésions sont associées à une xérose et une lichénification comme avant mais aussi un érythème.



Figure 31 : Lésions de dermatite atopique chez l'adulte au niveau du tronc (66)



Figure 32 : Lésions de dermatite atopique chez un adulte au niveau du visage (66)

IV.3.4.3 Les autres signes de la dermatite atopique

Il y a un double repli sous palpébral (signe de Dennie-Morgan), une pigmentation infra-orbitaire et une fissure sous auriculaire.

Les enfants atopiques sont souvent cernés.



Figure 33 : Double repli sous palpébral (52)



Figure 34 : Fissure sous auriculaire (52)

IV.3.5 Diagnostic et score de gravité

(67) (57) (68)

Le diagnostic de la dermatite atopique est clinique et anamnestique :

Tableau 4 : Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'United Kingdom Working (69)

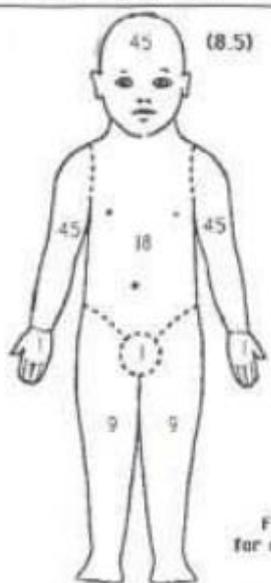
<p>Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associé à 3 ou plus des critères suivants :</p>
<p>1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et / ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.</p>
<p>2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).</p>
<p>3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année.</p>
<p>4. Eczéma des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans.</p>
<p>5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).</p>

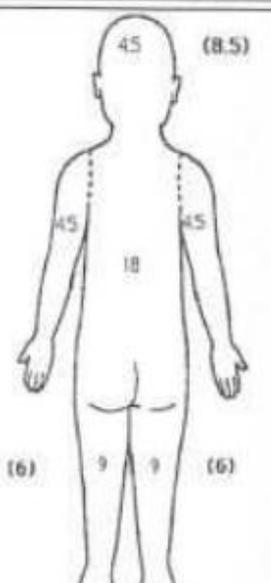
La méthode la plus connue et la plus utilisée pour déterminer la gravité de la dermatite atopique est le SCORAD (Scoring Of Atopic Dermatitis). Elle prend en compte l'étendue, l'intensité et les nuisances sur le sommeil.

- SCORAD inférieur à 15 : la dermatite atopique est minime.
- SCORAD entre 16 et 40 : la dermatite atopique est modérée.
- SCORAD supérieur à 40 : La dermatite atopique est sévère.

Il existe 2 feuillets, un pour le médecin et un pour le patient celui peut être accompagné d'une grille de photos pour aider à noter l'intensité des différents symptômes.

Date of Birth: <input type="text"/>	DD/MM/YY	Potency (brand name) <input type="text"/>
Date of Visit: <input type="text"/>		Amount / Month <input type="text"/>
		Number of flares / Month <input type="text"/>





Figures in parentheses for children under two years

A: EXTENT - Please indicate the area involved <input style="width: 80%;" type="text"/>	
B: INTENSITY <input style="width: 80%;" type="text"/>	C: SUBJECTIVE SYMPTOMS PRURITUS+SLEEP LOSS <input style="width: 80%;" type="text"/>

CRITERIA	INTENSITY	MEANS OF CALCULATION
Erythema	<input type="text"/>	INTENSITY ITEMS (average representative area) 0= absence 1= mild 2= moderate 3= severe * Dryness is evaluated on uninvolved areas
Edema/Papulation	<input type="text"/>	
Oozing/crusts	<input type="text"/>	
Excoriation	<input type="text"/>	
Lichenification	<input type="text"/>	
Dryness *	<input type="text"/>	

SCORAD $A/5 + 7B/2 + C$

Visual analog scale (average for the last 3 days or nights)	PRURITUS (0 to 10) <input style="width: 80%;" type="text"/>	
	SLEEP LOSS (0 to 10) <input style="width: 80%;" type="text"/>	10

TREATMENT:

REMARKS:

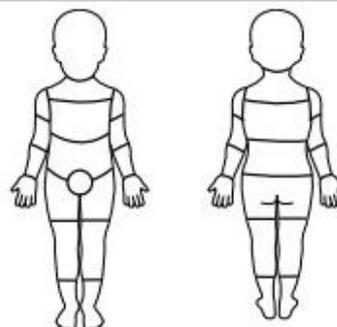
Figure 35 : SCORAD Feuillelet Médecin (70)

Qui complète ce questionnaire :

- Le patient tout seul
- La mère du patient
- Un frère/une sœur du patient
- Le patient avec l'aide d'un parent
- Le père du patient
- Autre (merci de préciser)

● **Surface atteinte**

- patient de - de 2 ans
- patient de + de 2 ans



Sur le dessin, hachurez les zones d'eczéma.

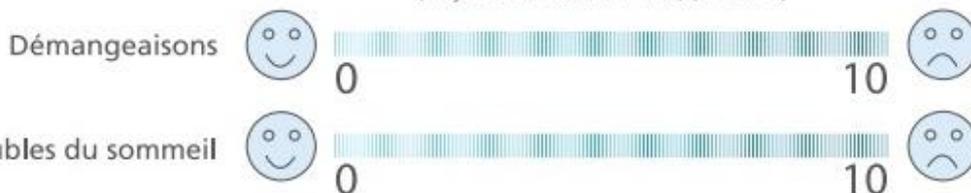
● **Intensité des symptômes**

Critères	Intensité (de 0 à 3)
Sécheresse *	
Rougeur	
Gonflement	
Suintement / Croûtes	
Lésions de grattage	
Épaississement	

* La sécheresse est évaluée sur la peau sans eczéma.

● **Symptômes subjectifs : démangeaisons + troubles du sommeil**

échelle visuelle analogique (moyenne des dernières 48h) (de 0 à 10)



Le calcul de votre POSCORAD sera fait automatiquement sur votre ordinateur ou votre smartphone à l'aide d'une application que vous pouvez télécharger : votre ordinateur créera une courbe selon l'évolution de votre eczéma, vous pourrez l'imprimer et la transmettre à votre médecin.

PO SCORAD du jour :

Figure 36 : SCORAD Feuillelet Patient (71)

● **SURFACE DE LA PEAU**

Regardez la peau où il n'y a pas d'eczéma

La peau est-elle sèche ?

- Pas du tout
- Un peu sèche
- Modérément sèche
- Extrêmement sèche



● ERYTHÈME

Existe-t-il des zones rouges sur les plaques d'eczéma ?

Pas du tout

Un peu rouge

Modérément rouge

Extrêmement rouge



● ŒDÈME

Les zones d'eczéma sont-elles enflées ?

Pas du tout

Un peu enflées

Modérément enflées

Extrêmement enflées



● SUINTEMENTS

Existe-t-il des croûtes ou des zones suintantes sur les plaques d'eczéma ?

Pas du tout

Un peu

Modérément

Extrêmement



● EXCORIATIONS

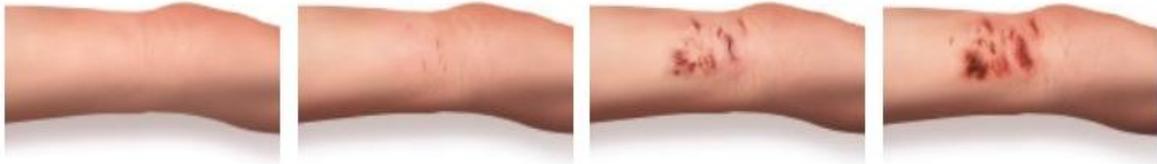
Existe-t-il des lésions de grattage dans les zones d'eczéma ?

Pas du tout

Un peu de grattage

Grattage modéré

Grattage important



● ÉPAISSISSEMENT DE LA PEAU (LICHENIFICATION)

Avez-vous observé un épaissement de la peau sur les zones d'eczéma ?

Pas du tout

Faible épaissement

Épaississement modéré

Épaississement important



IV.3.6 Evolution

(57) (72) (55) (67)

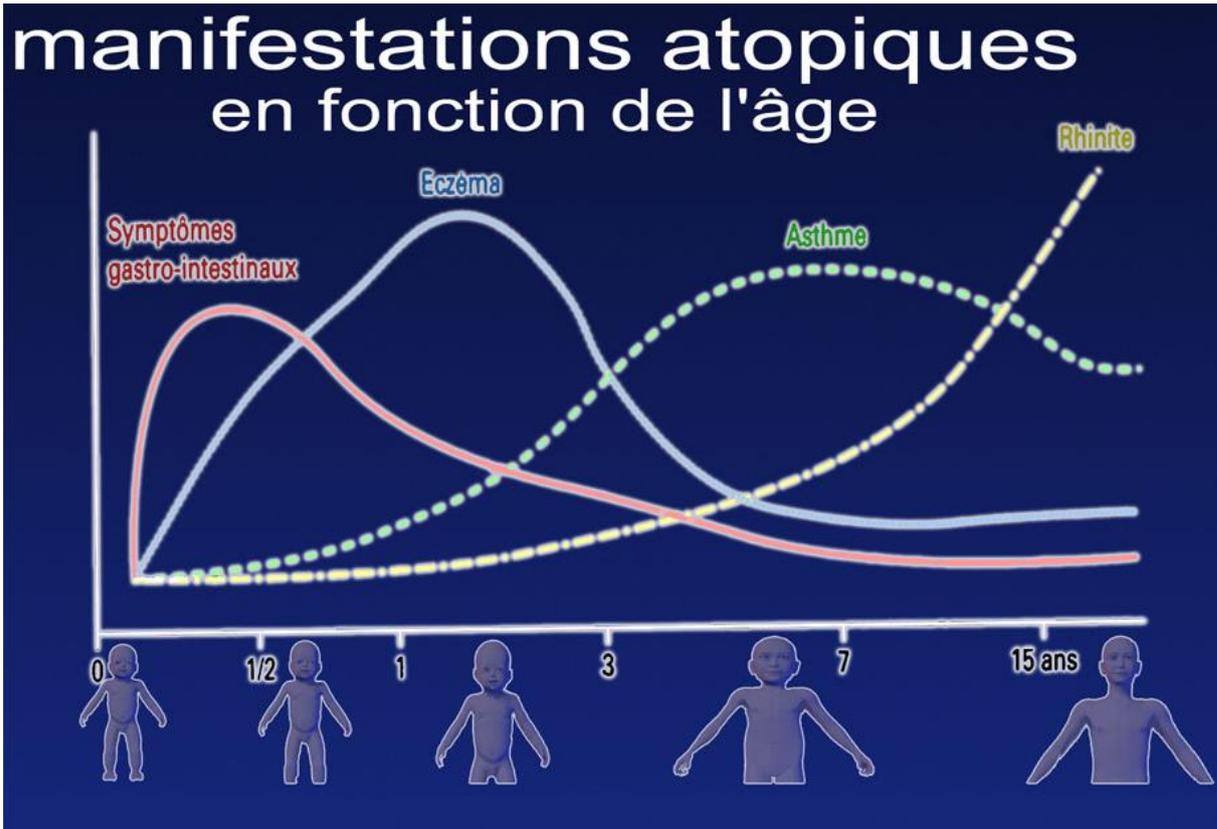


Figure 37 : Manifestations atopiques en fonction de l'âge ou "marche atopique" (72)

C'est chez le nourrisson que la forme est la plus étendue. Les formes persistantes chez l'enfant sont déjà plus localisées puis la majorité des dermatites atopiques s'améliorent puis disparaissent au cours de l'enfance.

Des périodes de recrudescence à l'adolescence ou à l'âge adulte se voient fréquemment en périodes de stress. On ne sait pas pourquoi et ce n'est pas dû à un mauvais traitement pendant l'enfance.

D'autres manifestations atopiques peuvent être associées :

- Allergies alimentaires dès le plus jeune âge : surtout chez le nourrisson et le petit enfant (lait, arachide, poisson, soja et blé).
- Asthme à partir de 3 ans
- Rhinite à partir de l'adolescence

Cette succession s'appelle la « marche atopique ».

Elles seront plus fréquentes s'il y a des antécédents familiaux atopiques. Les poussées de dermatites atopiques peuvent se produire en même temps que les manifestations respiratoires. Quand ces manifestations respiratoires surviennent chez l'enfant, elles deviennent bien plus souvent gênantes pour l'enfant.

IV.3.7 Complications

(51) (57)

IV.3.7.1 Surinfections bactériennes

Staphylocoque est naturellement présent sur la peau. En cas de dermatite atopique, il peut profiter de la rupture de la barrière cutanée et provoquer une impétiginisation.

On la reconnaît par des lésions croûteuses jaunâtres ou purulentes.

Elle sera traitée par une antibiothérapie orale et/ou cutanée. On évite les antiseptiques car trop irritant. La fluorescéine est efficace pour assécher et éviter la surinfection car elle est aussi antiseptique.

Les dermocorticoïdes ne sont pas donnés sinon il y a une aggravation.

IV.3.7.2 Surinfections virales

Les lésions de dermatites atopiques peuvent être surinfectées par :

- Des verrues et molluscum contagiosum
- L'herpès (principalement HSV-1) et sa forme la plus grave : le Syndrome de Kaposi-Juliusberg

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg est une surinfection herpétique très grave, débutant brutalement par une fièvre importante. Cela provoque une extension et une aggravation des lésions de la dermatite atopique. On observera alors des vésicules/pustules nécrotico-hémorragiques.

Dans ce cas, l'hospitalisation est obligatoire. C'est pour cela qu'il ne faut pas faire de bisous aux petits lorsqu'on a un bouton de fièvre.



Figure 38 : Surinfection virale d'une dermatite atopique, Syndrome de Kaposi-Juliusberg (57)

IV.3.7.3 Eczéma de contact

C'est la complication la plus fréquente. Il existe un risque important chez les enfants atteints de dermatites atopiques de sensibilisation à des composants des produits topiques qui sont appliqués sur la peau, pendant de longues périodes comme les corticoïdes, les antibiotiques locaux, les parfums, les antiseptiques.

On évite aussi le contact avec le nickel (dans les bijoux fantaisie, les boutons de jeans) et les contacts répétés avec des parfums.

IV.3.7.4 Retard de croissance

On les observe en cas de dermatite atopique grave. Ils sont corrigés quand la dermatite atopique est traitée efficacement et si l'enfant ne suit pas de régime alimentaire abusif. (Les parents pensent que l'enfant fait des allergies alimentaires).

En cas d'affection chronique de l'enfant, la surveillance de la croissance est indispensable.

IV.3.7.5 Complications ophtalmologiques

Elles sont rares. Il y a des kératoconjonctivites et des cataractes. Elles ne sont pas systématiquement recherchées.

IV.3.8 Prise en charge

Que faire ?

Diminuer l'inflammation, **reconstruire** la peau

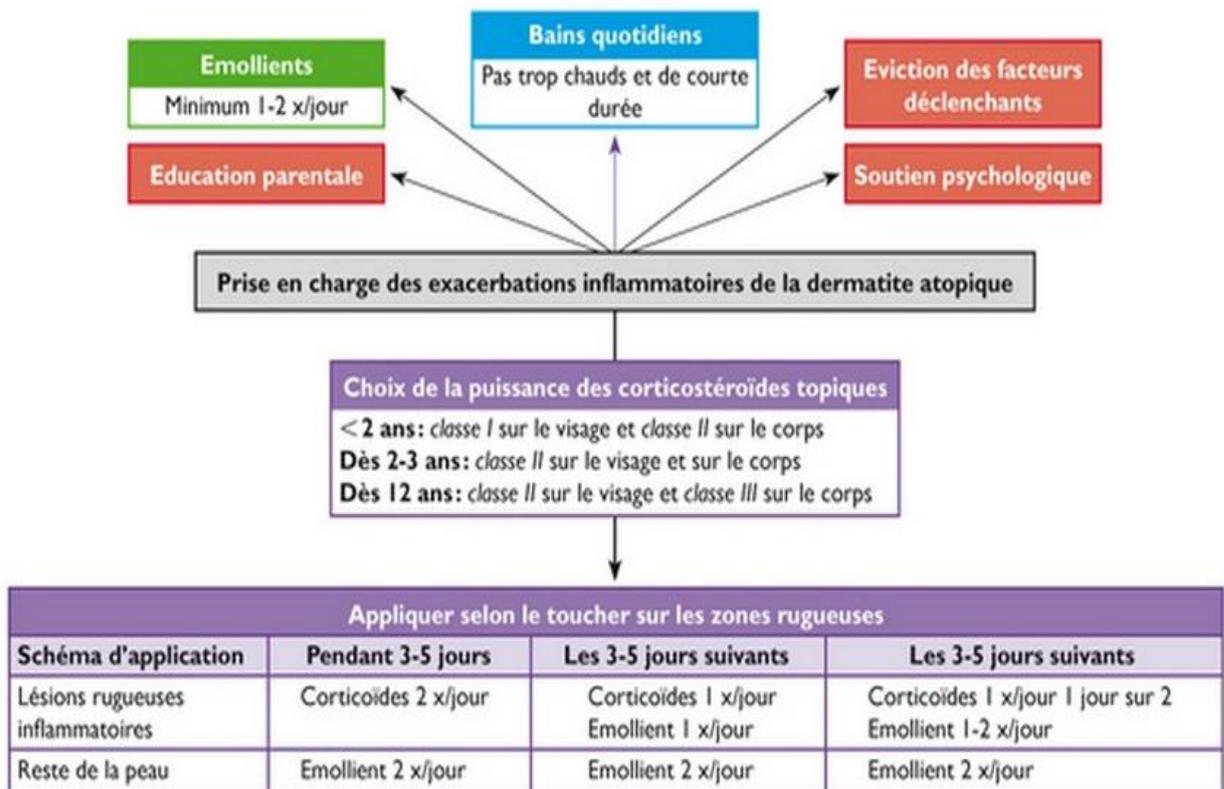
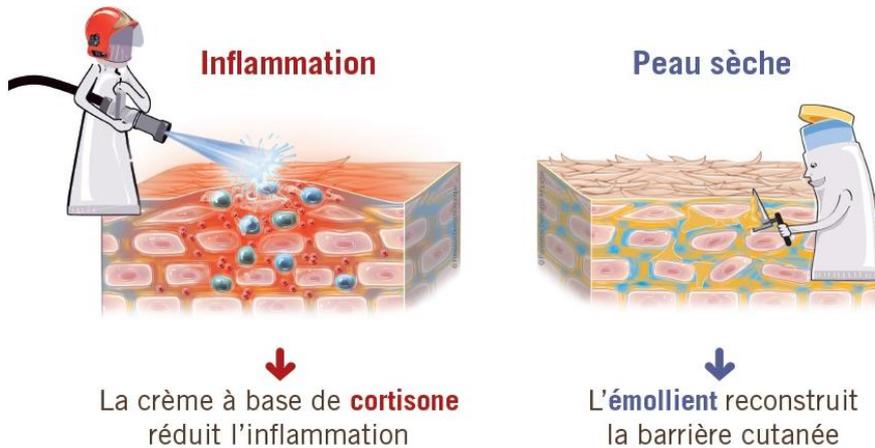


Figure 39 : Récapitulatif de la prise en charge de la dermatite atopique (73)

Le but est de lutter contre l'inflammation et la sécheresse cutanée, ainsi qu'éviter la surinfection. Une grande panoplie de produits est à notre disposition mais ce n'est pas suffisant. Il faut aussi apprendre la pathologie au patient, ou aux parents pour les plus jeunes. C'est-à-dire les facteurs déclenchants, connaître le traitement, savoir

reconnaitre les différents aspects des lésions et adapter le traitement en fonction des périodes de poussées et de rémissions. C'est l'éducation thérapeutique.

IV.3.8.1 Traitement médicaux

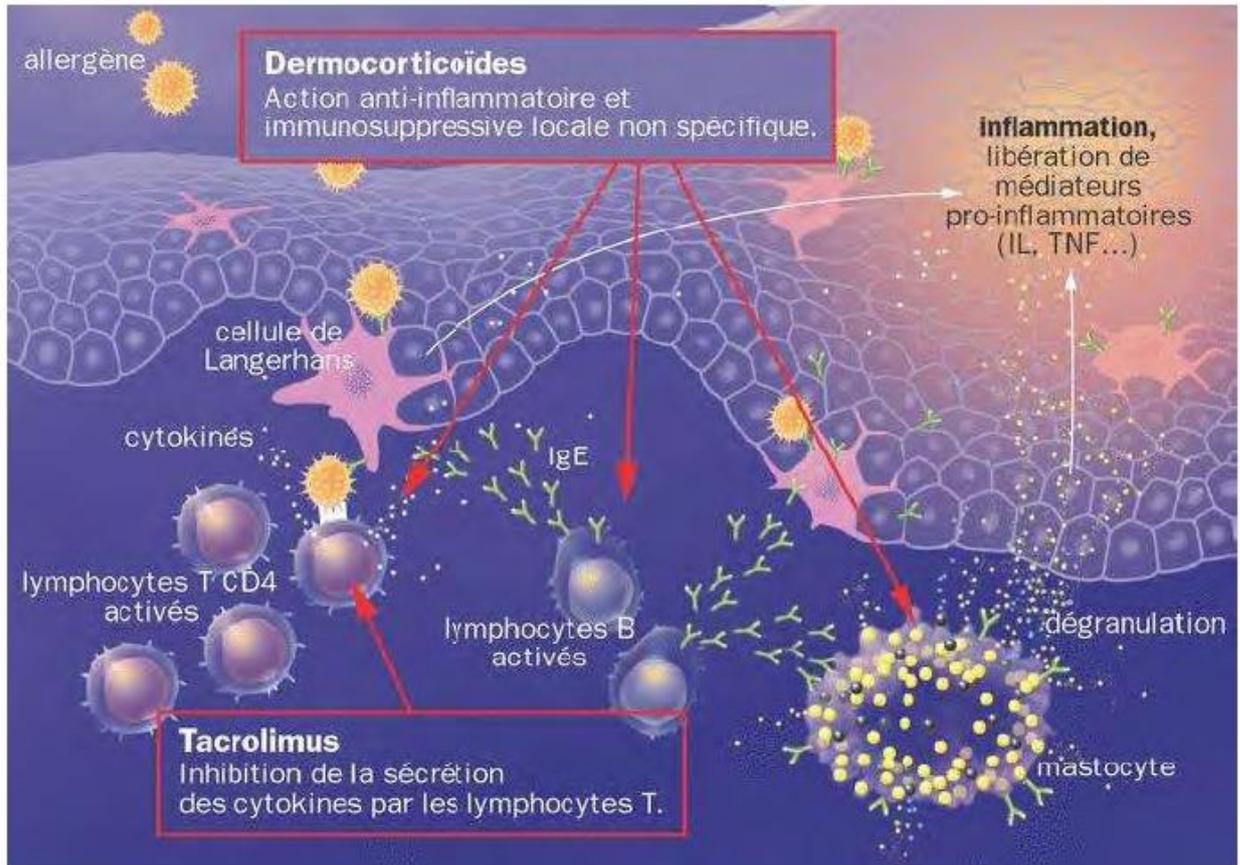


Figure 40 : Mécanisme d'action des topiques utilisés dans le traitement de la dermatite atopique (49)

IV.3.8.1.1 Les dermocorticoïdes

(26) (24) (49) (74) (25) (75)

Ils représentent les traitements de référence des dermatoses inflammatoires non infectieuses. On les choisit en fonction de l'âge, de la sévérité, de la zone à traiter et de l'étendue à traiter.

Les propriétés pharmacologiques sont :

- Inhibition de la production de cytokines pro-inflammatoires

- Augmentation de la production de protéines anti-inflammatoires comme la lipocortine-1 qui a une activité antiphospholipasique A2 (pas de synthèse d'acide arachidonique et de prostaglandines)
- Propriété vasoconstrictrice participant à l'effet anti-inflammatoire. La vasoconstriction locale diminue rapidement l'érythème et l'œdème.
- Diminution du nombre et altération des fonctions des cellules de Langerhans
- Limitation de la présentation des antigènes aux lymphocytes T activés
- Diminution indirecte de la sécrétion d'Ig E
- Limitation du chimiotactisme des cellules participant à la réaction inflammatoire
- Action antiproliférative sur tous les composants cellulaires de la peau

Ces propriétés sont à l'origine du risque infectieux et de l'atrophie cutanée associés à l'utilisation prolongée des dermocorticoïdes. Ils peuvent aussi être responsables de :

- Pseudo cicatrices spontanées
- Retard de cicatrisation
- Acné induite
- Dermite faciale rosacéiforme
- couperose
- vergetures
- dépigmentation
- hypertrichose
- eczéma de contact
- Glaucome et cataracte en cas de traitement prolongé sur les paupières
- Phénomène de rebond à l'arrêt du traitement si non-respect de la décroissance progressive

Les dermocorticoïdes sont classés en 4 classes, d'activité faible à très forte, en fonction de leur action anti-inflammatoire.

- Classe I : activité faible
- Classe II : activité modérée
- Classe III : activité forte

- Classe IV : activité très forte

La classification Française est inversée par rapport à la classification internationale.

On choisit le dermocorticoïde de la manière suivante :

- Les dermocorticoïdes de classe IV sont contre-indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, sur le visage, les plis et le siège.
- Les dermocorticoïdes de classe III sont utilisés en cas de lésions rebelles aux corticoïdes de classe II, en cas de lésions très inflammatoire sur la période la plus courte possible et en cure plus prolongée sur les lésions lichénifiées.
- Les dermocorticoïdes de classe II sont les plus utilisés, ils peuvent être appliqués sur les paupières (en cas de lésions palpébrales), les plis, les zones génitales et chez le nourrisson en cure la plus courte possible.
- Les dermocorticoïdes de classe I n'ont pas d'intérêt dans la dermatite atopique.
- Les crèmes sont préférentiellement utilisées sur les lésions suintantes, mais elles peuvent être appliquées sur toutes les lésions.
- Les pommades et les crèmes épaisses sont adaptées aux lésions sèches, fissurées ou lichénifiées.
- Les lotions et gels sont adaptés aux lésions du cuir chevelu, des plis, des régions pilaires et des muqueuses. (les lotions contiennent de l'alcool et donc sont déconseillées chez le nourrisson)

La posologie est de 1 application par jour jusqu'à guérison des lésions. Aucune donnée ne permet de définir la dose à ne pas dépasser selon le poids. En pratique on dit que la quantité de crème de 15 à 20 gramme couvre le corps d'un adulte.

La corticothérapie générale n'est pas indiquée dans la prise en charge de la dermatite atopique.

Dans le tableau suivant, représentant tous les dermocorticoïdes disponible, on peut remarquer que certains corticoïdes peuvent être dans plusieurs classes différentes. Cela est dû à l'excipient car il participe à l'activité de la spécialité.

Tableau 5 : Dermocorticoïdes disponibles dans le traitement de l'eczéma (les classes IV et I sont citées pour informations) (25) (49) (74)

Classe	Forme galénique	Nom commercial	DCI
Classe IV (Très forte)	<i>Pommade</i>	Diprolène®	Bétaméthasone dipropionate 0.05%
	<i>Crème</i>	Diprolène®	Bétaméthasone dipropionate 0.05%
		Dermoval®	Clobétasol 0.05%
	<i>Shampooing</i>	Clobex®	Clobétasol 0.05%
Classe III (Forte)	<i>Crème</i>	Betneval®	Bétaméthasone valérate 0.1%
		Diprosone®	Bétaméthasone dipropionate 0.05%
		Efficort® hydrophile	Hydrocortisone acéponate 0.127%
		Efficort® lipophile	Hydrocortisone acéponate 0.127%
		Epitopic 0.05%®	Difluprednate 0.05%
		Flixovate®	Fluticasone 0.05%
		Locatop®	Désonide 0.1%
		Locoïd®	Hydrocortisone butyrate 0.1%
		Nerisone®	Diflucortolone valérianate 0.1%
	<i>Crème épaisse</i>	Locoïd®	Hydrocortisone butyrate 0.1%
	<i>Pommade</i>	Betneval®	Bétaméthasone valérate 0.1%
		Diprosone®	Bétaméthasone dipropionate 0.05%
		Flixovate®	Fluticasone 0.05%
		Locoïd®	Hydrocortisone butyrate 0.1%
		Nerisone®	Diflucortolone valérianate 0.1%
		Nerisone gras®	Diflucortolone valérianate 0.1%
	<i>Lotion</i>	Betneval®	Bétaméthasone valérate 0.1%
		Diprosone®	Bétaméthasone dipropionate 0.05%
		Locoïd®	Hydrocortisone butyrate 0.1%
	<i>Emulsion</i>	Locoïd®	Hydrocortisone butyrate 0.1%
	<i>Emplâtre</i>	Betesil®	Bétaméthasone valérate 0.1%

Classe II (modérée)	<i>Crème</i>	Désonide®	Désonide 0.1%
		Locapred®	Désonide 0.1%
		Tridesonit®	Désonide 0.05%
Classe I (faible)	<i>Crème</i>	Calmicort®	Hydrocortisone 0.5%

Des associations sont disponibles, on y retrouve un dermocorticoïde et un autre principe actif comme un antifongique, un antibiotique, un antiseptique ou de l'acide salicylique. La seule association qui a démontrée sont avantages thérapeutiques dans la dermatite atopique par rapport à un dermocorticoïde seul est l'association avec de l'acide salicylique. En effet l'acide salicylique étant un kératolytique, la pénétration du dermocorticoïde est facilitée. On ne l'utilise pas au niveau des yeux, des muqueuses et des parties génitales en raison de l'effet irritant de l'acide salicylique.

- ✓ Corticoïde classe III + acide salicylique : Diprosalic® pommade et lotion et Nérissalic® crème
- ✓ Corticoïde classe II + acide salicylique : Localone® lotion

L'usage de corticoïdes est contre-indiqué en cas de dermatoses infectieuses (qu'elles soient virales, bactériennes ou fongiques) en raison de leur effet immunosuppresseur, en cas d'acné, rosacée et érythème fessier.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Le pharmacien doit rassurer les patients quant à l'utilisation de corticoïdes, pour assurer une bonne observance et éviter l'échec thérapeutique.

Les traitements sont de courte durée : 10 jours, en alternance avec l'utilisation d'émollients. La posologie est d'une application par jour, de préférence le soir pour une meilleure efficacité. Les dermocorticoïdes s'accumulent dans la couche cornée de l'épiderme pour être relargués progressivement vers les couches plus profondes de l'épiderme et du derme. On peut passer à 2 applications par jours quand les lésions sont lichénifiées, toujours sur 10 jours.

On les appliquera toujours sur une peau propre et sèche et uniquement sur les lésions, jamais sur la peau saine.

L'application se fait en couche mince, par un léger massage. Pour la quantité on utilise une noisette ou une phalangette, c'est-à-dire une bande de la longueur de la dernière phalange de l'index. Cette quantité permet le traitement de la surface d'une main.

Il faut bien se laver les mains après chaque application.

On conseillera aux patients de noter le nombre de tubes utilisés entre 2 consultations, ainsi que le nombre de jours d'application. Cela permet d'évaluer un éventuel problème de sur ou sous consommation.

Les pansements occlusif ne seront utilisés que en cas de lésions lichénifiées de surface réduite sur un temps très court. En effet cela augmente leur absorption et donc les risques de passage systémique.

IV.3.8.1.2 Les immunosuppresseurs

(26) (25) (76) (49) (57) (74)

IV.3.8.1.2.1 Tacrolimus

Le nom de la spécialité est Protopic®, c'est un inhibiteur de la calcineurine. Il se présente en tube de pommade à 0.03% ou 0.1%.

Le tacrolimus est un macrolide immunosuppresseur. Dans la dermatite atopique, la fixation de l'antigène sur les lymphocytes T entraîne une libération de calcium dans le cytoplasme de ces lymphocytes qui se lie à la calmoduline. Cette liaison active la calcineurine responsable de la synthèse de cytokines pro-inflammatoires par les lymphocytes T. Le tacrolimus bloque donc l'activation de la calcineurine et inhibe ainsi la synthèse de cytokines pro-inflammatoires par les lymphocytes T.

On ne l'utilise pas en première intention, seulement en deuxième intention dans les formes modérées à sévères quand il y a un échec du traitement par dermocorticoïdes, chez l'enfant ou l'adulte.

✓ Traitement des poussées :

La forme dosée à 0.1% est réservée à l'adulte de plus de 16 ans. Pour l'enfant de plus de 2 ans on utilisera la forme dosée à 0.03%.

Protopic® s'utilise en cures courtes ou en traitement au long court intermittent. Le traitement ne doit pas être continu

Le traitement débute dès l'apparition des premiers signes. On traite chaque zone de la peau jusqu'à disparition ou quasi disparition des lésions.

Pour les adultes de plus de 16 ans on applique Protopic® 0.1% 2 fois par jour jusqu'à guérison, en fonction de l'état clinique on peut essayer de passer à la forme 0.03% ou de réduire la fréquence. Habituellement en 1 semaine on voit une amélioration.

Pour les enfants à partir de 2 ans, on utilise la forme 0.03% à la posologie de 2 fois par jour pendant maximum 3 semaines.

✓ Traitement d'entretien :

Pour les adultes de plus de 16 ans on utilise la pommade 0.1%. On l'applique 1 fois par jour, 2 fois par semaine (lundi et jeudi par exemple) sur les zones habituellement affectées. Il faut toujours au moins 2-3 jours entre 2 applications et au-delà de 12 mois de traitement le médecin décide ou non de continuer.

Pour les enfants à partir de 2 ans c'est la même démarche avec la pommade 0.03%.

La prescription et le renouvellement de cet immunosuppresseur topique sont réservés aux dermatologues et pédiatres, et doivent être rédigés sur une ordonnance d'exception.

Les effets indésirables les plus fréquents sont des sensations de brûlures et de prurit au niveau du site d'application, lors des premières utilisations. On observe cela le plus souvent chez les adultes que chez l'enfant et ces sensations sont locales et

transitoires. Il est cependant important d'en informer le patient pour assurer la bonne observance du traitement.

Une intolérance à l'alcool a également été observée : rougeur du visage et/ou irritation de la peau.

Son utilisation est contre-indiquée en association à la photothérapie et l'exposition solaire en raison du risque photocarcinogène, en cas d'infections cutanées bactériennes, virales ou mycosiques, et chez les immunodéprimés.

Des précautions sont à prendre en cas d'antécédents personnels d'herpès récurrent ou d'herpès dans l'entourage.

L'efficacité est comparable aux dermocorticoïdes de classe III et supérieure à ceux de la classe II. Une amélioration est observée au bout de 1 semaine de traitement, si ce n'est pas le cas, l'arrêt et un changement de traitement sont préconisés.

On peut utiliser le tacrolimus sur toutes les lésions du corps et du visage sauf les muqueuses. L'utilisation au niveau des paupières est autorisée.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

On l'applique en couche mince sur une peau propre et sèche. Si un autre soin est utilisé, comme un solaire ou un émollient, il faut respecter un intervalle de 2 heures.

Il faut bien se laver les mains après chaque application.

L'application en pansement occlusif est à proscrire.

En cas d'exposition solaire, une protection solaire 50+SFP est obligatoire, renouvelée toute les 2 heures, de plus il est conseillé de porter des vêtements couvrant et un couvre-chef.

On ne fera pas de vaccin vivant atténué avant un mois d'arrêt.

IV.3.8.1.2.2 La ciclosporine

C'est un traitement d'exception que l'on utilise en cas d'échec aux autres traitements. La ciclosporine a une AMM dans la dermatite sévère de l'adulte.

Il existe 2 spécialités : Néoral® et Sandimmun®. Elles se présentent sous forme de capsule molle ou de solution buvable.

La posologie est de 2.5 à 5 mg/kg/jr en 2 prises. On adapte la posologie en fonction des concentrations sanguines. On peut avaler les capsules avec un grand verre d'eau. Il est également possible de les mâcher.

C'est un médicament à prescription initiale hospitalier. Cette prescription est valable 6 mois, le renouvellement peut être fait par le médecin traitant.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Il ne faut pas les prendre avec du jus de pamplemousse (inhibiteur enzymatique), car il augmente les concentrations sanguine de ciclosporine. Le millepertuis (inducteur enzymatique), lui diminue les concentrations sanguines.

Il faut contrôler régulièrement la créatininémie et la pression artérielle. L'association à la photothérapie et l'exposition solaire ne sont pas recommandées pendant le traitement en raison du risque carcinogène. En cas d'infection à Herpès simplex, il est préférable de ne pas débiter un traitement par le NEORAL®, en raison de son effet immunosuppresseur.

IV.3.8.1.3 Les antihistaminiques oraux

(57)

Ils n'ont pas d'AMM pour la dermatite atopique et ne peuvent servir que comme traitement complémentaire du prurit. De plus les antihistaminiques de première génération peuvent aussi aider à lutter contre les réveils nocturnes.

IV.3.8.1.4 Les antiseptiques et antibiotiques

(57) (77)

Ils n'ont un intérêt que dans les surinfections des lésions. Lors d'une infection, on utilise une solution moussante à base d'antiseptique, ou encore une crème ou lotion pour les soins locaux. Il est souhaitable d'alterner les antiseptiques afin d'éviter toute sélection bactérienne.

IV.3.8.1.5 La photothérapie

(49) (57)

On l'utilise en cas de résistance aux traitements habituels. On ne l'utilise pas chez l'enfant mais elle peut être commencée à partir de 10 ans.

La photothérapie a des propriétés anti-inflammatoires et antiprurigineuses. On utilise l'association UVA-UVB qui est semblable à l'héliothérapie naturelle.

La fréquence est de 3 séances par semaines mais à long terme c'est carcinogène.

IV.3.8.1.6 La psychothérapie

(49) (57)

Il existe un lien entre la dermatite atopique et les émotions ou le psychisme des patients. Une dermatite atopique grave altère la qualité de vie et peut induire des troubles psychologiques.

De plus, le stress fait partie des facteurs déclenchants. Cependant on ne peut pas l'incriminer chez tous les patients. Il s'agit donc de détecter si une prise en charge psychologique est nécessaire chez certains patients ou leur famille.

IV.3.8.2 Les conseils pharmaceutiques

IV.3.8.2.1 L'hygiène

- Donner un bain court (5 à 10 minutes) à une température tiède (27 à 30°C)
- Utiliser des pains dermatologiques ou des gels sans savon
- Utiliser la main plutôt qu'un gant de toilette
- Rincer abondamment
- Ne pas frotter pour essuyer mais tamponner

- Rajouter éventuellement, dans l'eau du bain, des extraits colloïdaux d'avoine aux propriétés apaisantes et anti-irritantes (Aveeno colloïdal®) ou des huiles nettoyante. Attention, ces produits se fixent vite sur les parois de la baignoire qui devient glissante. On les rajoute donc au dernier moment.

Tableau 6 : Produits d'hygiène disponible dans la dermatite atopique (78) (79) (80) (81)

		AVENE	LAROCHE POSAY	DUCRAY	MUSTELA
HYGIENE QUOTIDIENNE	Période de rémission	Cold cream® Pain surgras	Lipikar® Pain surgras physiologique Anti-dessèchement	Ictyane® Pain surgras	
		Cold cream® gel nettoyant surgras	Lipikar® Surgras douche-crème concentré anti-dessèchement	Ictyane® Crème lavante	Stelatopia® crème lavante
		Xeracalm A.D® huile lavante relipidante	Lipikar® Huile lavante relipidante Anti-irritation		Stelatopia® Huile de bain lactée
					Stelatopia® Eau nettoyante sans rinçage
	Période de poussée	Trixerat+® Selectiose gel nettoyant émollient	Lipikar Syndet® Gel-Crème nettoyant anti-irritation		

Les huiles de bain peuvent être utilisées en rémission et en poussée.

IV.3.8.2.2 Les émollients

(59) (49) (57)

Le pharmacien conseillera des soins émollients. Ils permettent de restaurer la barrière cutanée en réduisant la sécheresse en hydratant la peau et en restaurant le film hydrolipidique. Cela diminue les démangeaisons et les tiraillements et prévient les rechutes.

L'application régulière d'émollient évitera aussi les fissures qui peuvent se former au niveau des plis et des mains qui constituent une porte d'entrée aux allergènes, bactéries, virus et champignons.

Pendant les poussées on les applique uniquement sur les zones non enflammées pour éviter d'augmenter les sensations de brûlure et de prurit, et pendant les remissions on les applique sur l'ensemble du corps, en relais des traitements anti-inflammatoires, 2 fois par jour. On fait chauffer l'émollient dans le creux de la main. On l'applique après la toilette sur une peau légèrement humide, en couche fine et mouvements circulaires. On augmentera l'application d'émollient par temps sec et froid.

Il existe plusieurs formes galéniques d'émollients que l'on utilise suivant le degré de sécheresse de la peau.

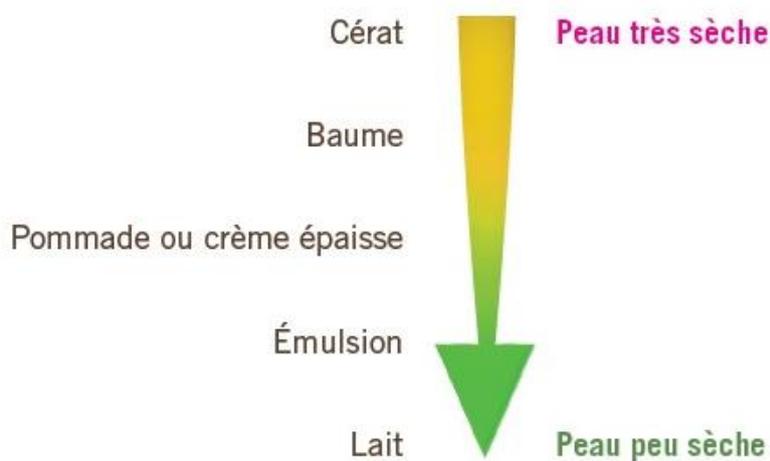


Figure 41 : Schema facilitant le choix de la forme du soin emollient

Tableau 7 : Soins émollients disponible dans dermatite atopique (81) (80) (78) (79)

		AVENE	LAROCHE POSAY	DUCRAY	MUSTELA
SOINS	Période de rémission	Cold cream® Lait corporel nourrissant	Lipikar® Lait relipidant Corps Anti- dessèchement	Ictyane® Lait hydratant	
		Cold cream® crème	Cold cream naturel®	Ictyane® Crème légère	
		Trixerat+® Crème émolliente	Toleriane® Crème riche protectrice apaisante	Ictyane® Crème émolliente	Stelatopia® crème émolliente
		Trixerat+® Baume émollient			
	Période de poussée	Xeracalm A.D ® Crème relipidante	Lipikar® Gel- Fluide Hydratant Corps apaisement intense		
		Xeracalm A.D® Baume relipidant	Lipikar® Baume A.P relipidant Corps Anti- Irritation Anti- Grattage		Stelatopia® Baume relipidant
	Peaux lichénifiées	Akérat 10® Crème corporelle		Ikériane® Crème émolliente kératoréductrice	
		Akérat 30® Crème zones localisées			

Il existe un émollient qui a l'AMM dans la dermatite atopique et qui est donc remboursé. C'est le Dexeryl® il peut être utilisé en période de rémission.

Atopiclair® peut aussi être utilisé comme émollient en période de rémission.

Il faut éviter les émoullients à base d'huile d'amande douce, d'arachide, de sésame ou de noisette et ceux contenant de l'allantoïne, en raison du risque d'allergie.

IV.3.8.2.3 Autres conseils

IV.3.8.2.3.1 Environnementaux

Le système immunitaire n'est pas mature à la naissance, et pour le devenir, il doit être en contact avec les microbes. Il faut donc laisser son enfant jouer à quatre pattes et éviter de tout javelliser.

- Eliminer les allergènes : bien aérer la chambre afin de supprimer la présence d'acariens, de poussières et de poils d'animaux
- Utiliser des housses de matelas anti-acariens, des draps en coton qui doivent être changés toute les semaines.
- Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit.
- Tout contact avec le tabac doit être évité.
- L'adoption d'animaux domestiques, en particulier les chats, est déconseillée.
- Eviter les nids à poussières comme les tapis, les doubles rideaux, la moquette, les peluches. (Les peluches étant difficiles à supprimer, il est recommandé de les laver régulièrement avec peu ou sans lessive et de les tapoter toutes les semaines à l'extérieur)
- Eviter les zones boisées et/ou agricole.
- Eviter les parfums d'ambiance, les insecticides et pulvérisateurs ménagers.
- Ne pas surchauffer la maison (19°C maximum)
- Au-delà de 1200 mètres d'altitude, les acariens ne survivent pas : on peut donc recommander les vacances à la montagne ou même de vivre en montagne.

IV.3.8.2.3.2 Vestimentaires

- Porter des vêtements en coton ou en soie
- Eviter la laine à même la peau
- Utiliser des lessives sans phosphates

- Eviter les vêtements synthétiques ou trop chaud, favorisant la sudation
- Eviter les assouplissants et rincer abondamment

IV.3.8.2.3.3 Alimentaires

- Aucun régime d'éviction alimentaire ne doit être initié sans un bilan allergologie préalable, particulièrement pour les protéines du lait de vache chez le nourrisson. Sans amélioration à 1 mois, le régime ne doit pas être poursuivi. Le rôle bénéfique ou non de l'allaitement n'a jamais été démontré.
- Le changement de lait (ou tout autre régime) ne peut être préconisé qu'après exploration allergologique adaptée confirmant l'allergie alimentaire associée.

IV.3.8.2.3.4 Eviter les surinfections

- Se couper les ongles courts
- Proscrire les bains communs en cas d'infections cutanées, verrues, mycoses
- Toujours se laver après la piscine, le hammam ou le jacuzzi
- Eviter les contacts avec les sujets porteurs d'infections herpétiques

IV.3.8.2.3.5 Vaccinations

Le calendrier vaccinal doit être respecté chez les enfants atteints de dermatite atopique, sauf en période de forte poussée. En cas d'allergie à l'œuf associée, seules les vaccinations contre la grippe et la fièvre jaune nécessitent un avis spécialisé.

IV.3.8.2.3.6 Lutte contre les idées reçues

Il est important pour le pharmacien de lutter contre certaines idées reçues. En effet les malades ou leur entourage peuvent parfois avoir une image faussée de la pathologie qui peut augmenter le retentissement psychique donc le stress et qui peut aussi avoir des conséquences par un traitement inadapté.

- La dermatite atopique n'est pas de cause psychique.

- La dermatite atopique n'est pas une maladie infectieuse
- La dermatite atopique n'est pas une « allergie à quelque chose »
- La dermatite atopique n'est pas une allergie alimentaire
- Le mode d'allaitement n'est pas responsable de la dermatite atopique
- Aucun traitement curatif n'existe
- Le but des traitements est l'amélioration des symptômes et pas la guérison
- Les parents doivent être informés de l'évolution favorable de la pathologie à l'adolescence
- L'utilisation de dermocorticoïdes ne doit pas être limitée par la crainte de leurs effets secondaires. Il ne faut pas non plus les utiliser en excès ni sur la peau saine.

IV.4 L'eczéma de contact

IV.4.1 Introduction

(53) (82)

L'eczéma de contact est une dermatose inflammatoire acquise touchant 1.5% à 5% de la population générale. Il est dû au contact de la peau avec une substance non tolérée ou un allergène, qui peuvent être de différentes origines (médicaments, cosmétiques, substances d'origine minérale, végétale ou synthétique) qui entre en contact avec la peau. L'eczéma de contact de cause professionnelle est parmi les maladies professionnelles indemnisables les plus fréquentes. Il peut aussi être associé à un eczéma atopique, surtout au niveau des mains.

IV.4.2 Physiopathologie

L'eczéma de contact est une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire de type Th1 qui évolue en 2 phases : une phase de sensibilisation et une phase de révélation.

IV.4.2.1 Phase de sensibilisation

(82)

La substance qui est responsable de l'eczéma de contact est un haptène dans la plupart des cas. C'est une substance de petite taille qui n'induit aucune réaction par elle-même. Une fois passé la barrière cutanée, cet haptène se fixe à une protéine. Ce couple haptène-protéine est l'allergène. Il migre par voie lymphatique dermique vers la zone paracorticale des ganglions lymphatiques par l'intermédiaire des cellules de Langerhans. Ainsi les lymphocytes T « naïfs » seront activés. Ils proliféreront et se différencieront en lymphocytes T « mémoires » circulants.

La pénétration de l'haptène est favorisée par l'exposition à des irritants qui fragilisent la fonction barrière de la peau.

Cette phase de sensibilisation est asymptomatique et peut durer quelques jours à plusieurs années.

IV.4.2.2 Phase de révélation

(82) (83)

La révélation survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène. Les lymphocytes T « mémoires » spécifiques de cet allergène reconnaissent l'allergène présenté par les cellules de Langerhans. Cela provoque une réaction inflammatoire via l'intermédiaire des cytokines proinflammatoires IL-2 et TNF α . Cette réaction est responsable des signes cliniques et histologiques de l'eczéma : exocytose (infiltration lymphocytaire dans l'épiderme), spongieuse (œdème de l'épiderme avec séparation des kératinocytes) et vésicules.

IV.4.2.3 Principales causes

(82) (84) (68) (85)

Les allergènes en cause sont très variés. La batterie standard européenne des allergènes comprend les allergènes les plus fréquemment en cause dans les pays européens :

- Nickel : Bijoux fantaisie et accessoires vestimentaires métalliques, pièces de monnaie, clefs, peinture, matériel d'ostéosynthèse.
- Chromates : Ciments, peinture, cuirs tannés au chrome
- Cobalt : Ciments, porcelaine, acier trempé, peinture, matériel d'ostéosynthèse
- Caoutchouc : principaux allergènes du caoutchouc : le mercaptobenzothiazole, le thiurame, le diméthylthiocarbamate de zinc, et l'isopropylphénylènediamine
- Formaldéhyde :(conservateur) papier, encre d'imprimerie, peinture, teinture, textile, déodorants, cosmétiques, shampoings, plâtres orthopédiques, photographie, traitement du bois, tannage du cuir
- Paraphénylènediamine : teintures (cuir, textile ou capillaire)
- Baume du Pérou : cosmétiques, lotions capillaires, brillantines, parfums, topiques médicamenteux, tabac, chocolat
- Colophane : sparadrap, vernis, cosmétiques, caoutchouc, colles Néoprène
- Néomycine : antibiotique large spectre contenu dans les collyres, les crèmes, les poudres, les solutions otiques
- Lanoline : Base d'onguent dans les produits cosmétiques et pharmaceutiques
- Résine époxy : colles, peintures, vernis, boites de conserve, papiers, cuirs
- Fragrance mix : parfums
- Résine butylphénol-formaldéhyde paratertiaire : colle Néoprène
- Méthyldibromoglutaronitrile : (conservateur), savons, huile de coupe, encres
- Lanoline (alcools de laine) : cosmétiques, topiques médicamenteux
- Clioquinol (antiseptique, conservateur)
- Benzocaïne (anesthésique local)
- Budésonide (marqueur des allergies aux corticoïdes du groupe B et D2)
- Néomycine : topiques médicamenteux
- Paraphénylènediamine (PPD) (colorants foncés, teintures, tatouages éphémères).
- Pivalate de tixocortol (marqueur des allergies aux corticoïdes du groupe A).

- Plantes : artichauts, dahlias, chrysanthèmes, primevères, tulipes, laurier noble
 - ✓ Professionnelles (82)

L'eczéma de contact est une des maladies professionnelles indemnifiables les plus fréquentes. Les symptômes débutent et prédominent au niveau des mains et s'améliorent pendant les congés.

Les professions les plus touchées sont les métiers du bâtiment, les coiffeurs, les professions de santé et les horticulteurs.



Figure 42 : Eczéma de contact dû au formaldéhyde chez une coiffeuse (86)



Figure 43 : Eczéma de contact aéroporté aux résines époxy chez un ouvrier du bâtiment (86)



Figure 44 : Eczéma de contact à Rhus toxicodendron chez un jardinier (87)

✓ Médicaments (82) (88)

Les lésions débutent souvent sur la zone d'application mais 's'étendent souvent à distance. Les plus rencontrés sont les dermocorticoïdes, les anti-inflammatoires, les antibiotiques (néomycine), les antiprurigineux, le baume du Pérou, les sparadraps...



Figure 45 : Eczéma de contact dû au Minoxidil® (86)

✓ Cosmétiques (82)

Les lésions sont plus fréquentes chez les femmes et prédominent sur le visage. Les produits responsables sont nombreux : parfums, vernis à ongles, déodorants, shampooings, laques, teintures, lingettes, excipients...



Figure 46 : Eczéma de contact manuporté dû au colophane dans les vernis à ongle (86)

✓ Produits vestimentaires (82)

Des lésions du tronc et des plis peuvent être le signe d'un eczéma de contact à un colorant textile, sur les pieds au cuir, à la colle, au caoutchouc. Le nickel présent dans les bracelets les boucles de ceinture ou bouton de jean cause beaucoup d'eczéma aussi.



Figure 47 : Eczéma de contact dû aux sels de chrome du cuir des chaussures (86)



Figure 48 : Eczéma de contact au nickel d'une boucle d'oreille (86)

✓ Photoallergènes (82)

Les lésions apparaissent sur les zones photo exposées. Les responsables sont le kétoprofène et les autres AINS, les phénothiazines, les filtres solaires chimiques et certains végétaux.



Figure 49 : Eczéma de contact au Kétum® (kétoprofène) (86)

IV.4.2.4 Clinique

IV.4.2.4.1 Caractéristiques des lésions

(88)

Ce sont les lésions élémentaires d'eczéma aigu : vésicules sur fonds érythémateux plus ou moins œdémateux rapidement érodées puis des lésions suintantes et enfin croûteuses avec apparition de squames. Ces lésions sont prurigineuses.

IV.4.2.4.2 Topographie

(88)

La localisation est très importante et peut être évocatrice de l'allergène responsable : exemple lobe de l'oreille ou poignet pour le nickel ou le dos des mains fera penser à un eczéma de contact de cause professionnel ou encore sur le visage pour les cosmétiques.

Au début c'est localisé à la zone de contact avec l'allergène, puis on a une extension rapide débordant de la zone initiale. Parfois on a apparition de lésions à distance.

L'eczéma peut être dû à un contact manuporté, c'est un dire un transfert de produit contenant l'allergène par les mains. Soit par le patient lui-même, exemple du vernis à ongle dans l'eczéma de contact au niveau des paupières. Soit par une autre personne, exemple le conjoint qui développe un eczéma de contact à un des cosmétiques qu'utilise l'autre conjoint. Il peut être dû aussi à un contact aéroporté. Dans ce cas les lésions sont souvent symétriques au niveau des zones découvertes.

IV.4.2.4.3 Chronologie

(88)

C'est aussi important pour le diagnostic car l'eczéma apparaît toujours entre 24h à 48 heures après le contact avec l'allergène. Et devient de plus en plus bref au fil des contacts avec cet allergène. On note aussi une disparition des lésions en l'absence

de contact avec l'allergène, exemple des vacances dans les eczémas professionnels.

IV.4.2.4.4 Forme clinique particulière : Eczéma photo-allergique

(88)

Les lésions se situent au niveau des zones découvertes. Le triangle sous-mentonnier, la région rétro-auriculaire et les paupières sont toujours épargnés (à la différence de l'eczéma de contact par contact aéroporté). Les lésions apparaissent en moyenne 24 h après l'exposition solaire. Les allergènes en causes sont des médicaments, par voie systémiques (phénothiazines, sulfamides), par voie locale (kétoprofène) ou certains végétaux.

IV.4.2.5 Evolutions et complications

(82) (88) (85)

L'éviction de l'allergène permet une guérison en 7 à 15 jours sans cicatrice. S'il n'est pas retiré, les lésions deviennent chroniques, sèches et lichénifiées. Le délai d'apparition est de plus en plus bref au fil des contacts répétés.

✓ Surinfection

On suspecte une surinfection des lésions en présence de croutes jaunâtres, parfois associées à des adénopathies et de la fièvre. Ces croutes sont différentes des croutes succédant la phase suintante.

✓ Erythrodermie

L'érythrodermie est une généralisation progressive des lésions associant un érythème disséminé et un œdème diffus, prurigineux, squameux et vésiculeux. Elle s'accompagne de fièvre et de frissons. C'est assez rare.

✓ Retentissement socio-professionnel

L'eczéma professionnel d'étiologie professionnelle peut conduire à l'absentéisme, un reclassement professionnel et avoir un retentissement psychologique. Parfois une simple mesure de protection comme le port de gants adaptés peut suffire. Il faut le déclarer en maladie professionnelle à la CPAM.

IV.4.3 Traitements médicaux

IV.4.3.1 Traitements symptomatiques

(85)

Le traitement repose sur l'antisepsie locale et surtout sur les dermocorticoïdes.

Le traitement antiseptique consiste à 2 bains ou douches tièdes (33° à 36°C) 2 fois par jour avec un antiseptique dilué (Chlorhexidine, trichlocarbanilide) suivie d'un rinçage soigneux à l'eau pure.

S'il y a une surinfection, l'application de topique antibiotique n'est pas nécessaire. Un traitement antibiotique per os est plus rapide et plus efficace.

Le traitement dermocorticoïde est la base du traitement. Cependant il y a quelques règles à respecter. Ils doivent toujours être utilisés après un traitement antiseptique et s'il y a une surinfection, attendre un délai de quelques jours avant de les appliquer. De plus on choisit la forme galénique et le niveau d'activité selon l'étendue des lésions et leurs localisations. Au niveau du corps on utilise les classes II ; au niveau du visage, les classes III, éventuellement en relais d'une classe II pendant une durée de moins de 8 jours en traitement d'attaque ; au niveau des paupières, la classe IV en raison du risque de cataracte et glaucome à long terme ; on utilise les crèmes en règles générales, sauf sur les lésions lichénifiées ou on utilise les pommades (phase huileuse prédominante) ou d'atteintes des plis et zones pileuses (lotions et gels).

Les antihistaminiques H1 par voie orale, n'ont pas démontré leur efficacité. Ils peuvent être cependant utilisés pour leurs effets sédatifs en cas d'insomnie importante (Atarax® Polaramine® Primalan®)

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

(85)

Il ne faut pas utiliser de savons en même temps que les bains d'antiseptiques car ils sont desséchants, irritants et ils diminuent l'effet antiseptique et ne pas sécher avec une serviette car il y a un risque de prurit. Les soins ultérieurs seront appliqués sur peau humide.

S'il y a une surinfection, il est préférable d'appliquer de la vaseline officinale pour ramollir et décoller les croûtes.

Concernant les dermocorticoïdes : les applications sont biquotidiennes la première semaine, quotidienne la deuxième semaine puis espacées progressivement pour être arrêtées. Ils sont contre indiqués sur les fesses des nourrissons.

IV.4.3.2 Eviction de l'allergène et prévention

(82)

L'éviction de l'allergène est indispensable à la guérison car il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

L'éviction de certains allergènes est très difficile du fait de leur grande ubiquité. C'est la cause de certains eczémas de contact chronique.

Les patients doivent être sensibilisés et avoir la liste des produits à éviter

Lorsque l'éviction de l'allergène est impossible, une protection vestimentaire peut être nécessaire pour éviter le contact (gants, manches longues, chaussures. . .).

Les eczémas de cause professionnelle justifient un arrêt de travail, la réalisation de tests épi cutanés, et peuvent conduire à une déclaration en maladie professionnelle indemnisable.

V. L'herpès

V.1 Physiopathologie

V.1.1 Introduction

(89)

L'herpès est une maladie infectieuse et contagieuse provoquée par un virus de la famille des Herpesviridae : l'herpès simplex dermatoneurotopes. C'est un virus à ADN de types 1 et 2 (HSV1 et HSV2), caractérisé par une atteinte préférentielle de la peau et des muqueuses (type1 : atteinte orofaciale, type 2 : atteinte génitale). Il y a une très forte tendance à la récurrence du fait de la persistance fréquente du virus au sein de l'organisme.

La prévalence est très forte (HSV1 : environ 90%, HSV2 : environ 30%). Cette infection passe très souvent inaperçue et reste localisée du fait de la faible pathogénicité du virus et une bonne défense de l'organisme. L'homme est le seul réservoir de HSV.

Nous verrons ici l'herpès labial. Le pharmacien étant souvent le premier professionnel de santé consulté pour « un bouton de fièvre ».

V.1.2 Primo-infection

(90) (91) (92)

L'herpès se transmet par contact direct muqueux ou cutanéomuqueux avec un sujet excréteur le virus à l'occasion d'une primo-infection, d'une récurrence ou d'une excrétion asymptomatique. Cette transmission est favorisée par une altération du revêtement épithélial.

Le premier contact avec le virus se produit le plus souvent dans la petite enfance (entre 1 et 4 ans dans 80% des cas). En effet jusqu'à l'âge de 6 mois l'enfant est protégé par les anticorps maternels.

Quand le virus a pénétré la barrière cutanée il se multiplie dans les cellules épithéliales. Il passe par le nerf sensitif et se loge dans le ganglion nerveux correspondant. Il va y rester en latence où il est très difficilement accessible au système immunitaire et aux thérapeutiques.

Le virus peut se réactiver sous l'influence de facteurs déclenchants et se multiplier. Il suit le nerf sensitif dans l'autre sens et provoque une poussée d'herpès ou « bouton de fièvre », là où il est rentré lors de la primo-infection.

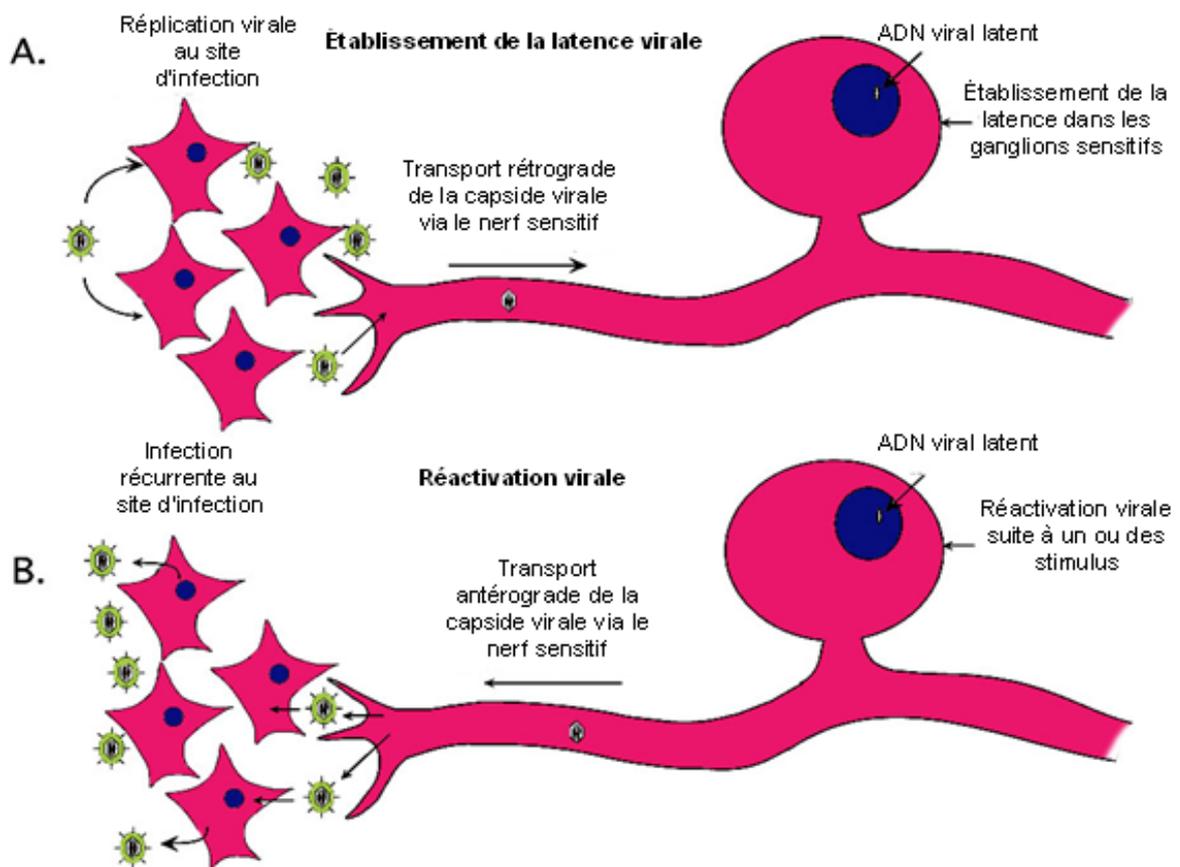


Figure 50 : Primo-infection, mise en latence et récurrence de l'herpès (93)

La primo-infection est asymptomatique dans 90% des cas. Pour certaines personnes ce n'est pas le cas :

-Chez les enfants une gingivostomatite herpétique survient après une incubation de 7 à 14 jours. Il y a alors des bulles et des ulcérations sur la langue, les gencives et l'intérieur des joues et des lèvres, le palais, le pharynx, une fièvre, un malaise, et des

difficultés à s'alimenter à cause des douleurs. Les doigts peuvent être inoculés secondairement (panaris herpétique)



Figure 51 : Gingivo-stomatite herpétique aiguë (94)

-Chez les patients immunodéprimés, la primo-infection peut être buccale, cutanée et génitale.

V.1.3 Récurrence herpétique buccale

Les récurrences sont appelés « bouton de fièvre ». La récurrence est précédée d'une sensation de brûlure localisée, de picotement, laissant rapidement la place à une éruption de vésicules groupées en bouquet, puis à des érosions polycycliques dans la zone péribuccales. Les récurrences se font toujours au même endroit. Par la suite les vésicules se dessèchent, coagulent en croûtes qui vont tomber et en l'absence de grattage et de surinfection il n'y a pas de cicatrice. Une récurrence peut durer de 7 à 10 jours. (95)



Figure 52 : Herpès labial d'un adulte immunocompétent (96)

V.1.4 Facteurs déclenchants

90% de la population adulte héberge l' HSV à l'état latent. Seul 20% des personnes présentent des récurrences cliniques favorisées par des facteurs déclenchants qui sont :

- Une exposition solaire
- Une maladie infectieuse banale
- Les règles
- Le stress
- Une émotion
- La fatigue
- Les traumatismes locaux
- L'alcool
- Le changement de temps

V.2 Traitements

(95) (26)

Il n'existe aucun traitement curatif de l'herpès. On traite les symptômes et on agit sur le virus en phase de réplication. Le virus en latence dans les ganglions ne peut être atteint.

V.2.1 Traitement de la primo-infection herpétique

Il existe 2 molécules antivirales, l'aciclovir et le valaciclovir.

- Aciclovir/Zovirax®

L'aciclovir est un inhibiteur spécifique des herpes virus. Après avoir été phosphorylé en aciclovir triphosphate, il inhibe la synthèse de l'ADN viral. La première étape de la phosphorylation est assurée uniquement par une enzyme virale spécifique. De plus l'aciclovir triphosphate est un inhibiteur compétitif sélectif de l'ADN-polymérase virale. Cette double spécificité fait qu'il n'interfère pas avec le métabolisme des cellules saines.

La posologie est de 200 mg 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours. Cette posologie est la même pour les adultes et les enfants à partir de 2 ans. L'aciclovir existe en comprimé de 200mg et en suspension buvable 200mg/5ml pour les enfants de 2 à 6 ans. Une forme IV existe, la posologie est de 5mg/kg 3 fois par jour pour les formes les plus graves pour les adultes. C'est cette forme qui est aussi utilisée pour les enfants de plus de 3 mois. La posologie est calculée en fonction de la surface corporelle : 250 mg/m² toutes les 8 heures soit environ 10 mg/kg toute les 8 heures.

- Valaciclovir/Zelitrex®

Le valaciclovir est rapidement et presque entièrement métabolisé en aciclovir et en valine.

La posologie est de 500mg 2 fois par jour pendant 10 jours. On donne le Zelitrex® chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans. (Cette posologie sera baissée si le patient présente une insuffisance rénale).

Un traitement symptomatique est aussi prescrit : Antipyrétiques pour la fièvre, antalgiques pour la douleur et lidocaïne visqueuse (Xylocaïne®) pour faciliter l'alimentation.

V.2.2 Traitement de la récurrence herpétique

V.2.2.1 Traitement par voie orale

V.2.2.1.1 Traitements préventifs

Chez les sujets souffrant d'au moins 6 récurrences par an :

-Aciclovir/Zovirax® La posologie est de 400 mg 2 fois par jour (4 comprimés ou 4 doses de 5ml en 2 prises par jour).

-Valaciclovir/Zelitrex® La posologie est de 500 mg 1 fois par jour. (Cette posologie sera baissée si le patient présente une insuffisance rénale).

Dans les 2 cas, le traitement sera réévalué à des intervalles de temps de 6 à 12 mois, afin d'évaluer tout changement possible lié à l'évolution naturelle de la maladie.

V.2.2.1.2 Traitement curatif

-Valaciclovir/Zelitrex®

La posologie est de 2000 mg 2 fois par jour pendant 1 jour. Les 2 prises doivent être espacées de 12H (jamais moins de 6 heures, pendant maximum 1 jour et cette posologie sera baissée si le patient présente une insuffisance rénale).

V.2.2.1.3 Traitement locaux

Aciclovir/Zovirax® en crème 5%. La posologie est de 5 applications par jours pendant 4 à 5 jours sans dépasser 10 jours. L'utilisation de Zovirax® crème permet d'accélérer la guérison. Le bénéfice sur d'autres paramètres (arrêt de l'évolution vers l'ulcère, durée de la douleur) n'a pas pu être mis en évidence.

V.3 Conseil officinal

V.3.1 Antiviraux ne nécessitant pas de prescription médicale

- Aciclovir/Activir®/Herpesedermyl®/Kendix®/Remex®/Zovirax®

C'est un tube de 2 g avec ou sans pompe doseuse. Il est réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans. La posologie est de 5 applications par jours sur les

lésions herpétiques siégeant exclusivement au niveau des lèvres, chaque application étant espacées d'au moins 3 à 4 heures et sans applications nocturne.

Il est conseillé d'appliquer la crème en débordant largement autour des lésions.

Il est conseillé également de commencer le traitement dès les premiers symptômes annonçant une poussée d'herpès labial.

La pompe doseuse doit être amorcée en effectuant 3 à 4 pressions lentes et complètes.

V.3.2 Conseil homéopathique

(97) (98)

L'herpès apparaît le plus souvent dans 3 cas :

- L'herpès cataménial (règles)
- L'herpès par changement de temps (barométrie, humidité, soleil)
- L'herpès du au stress, une angoisse, une émotion, une forte fatigue.

Tout d'abord, sans tenir compte des conditions d'apparition de l'herpès on conseillera une dose de *vaccinotoxinum 9CH* dès l'apparition des premiers symptômes suivie 4 à 5 jours après, d'une dose en *15CH*.

Entre ces 2 doses on conseillera *rhus tox. 7CH* 3 granules 3 fois par jour.

De plus si l'herpès est déclenché par un changement de temps, on conseillera *dulcamara 7CH* à *12 CH* 3 granules au coucher.

Si l'herpès est déclenché par les règles, on conseillera à titre préventif : *dulcamara 9CH* 1 dose le 25^{ème} jour et *graphites 9CH* 1 dose le 26^{ème} jour.

Si l'herpès est déclenché par un stress, une angoisse, une émotion, on conseillera *staphysagria* et/ou *gelsemium* et/ou *ignatia*.

En cas de récurrences fréquentes en allant au soleil (plage ou montagne) on conseillera :

- *vaccinotoxinum 7CH* 1 dose le 1^{er} soir au coucher
- *vaccinotoxinum 9CH* 1 dose le 3^{ème} soir au coucher
- *vaccinotoxinum 12CH* 1 dose le 6^{ème} soir au coucher
- *vaccinotoxinum 15CH* 1 dose le 10^{ème} soir au coucher
- *vaccinotoxinum 30CH* 1 dose le 17^{ème} soir au coucher

V.3.3 Conseils associés

V.3.3.1 Faciliter la cicatrisation et accélérer la guérison

(97) (99)

- Commencer le traitement le plus vite possible, pendant les prodromes. Il peut empêcher la formation de lésions.
- Appliquer locale hexomédine transcutanée® 3 fois par jour suivies de l'application d'une crème au calendula t.m. à 4% Homeoplasmine® ou Cicaderma®.
- Appliquer un patch Compeed®, celui-ci crée un milieu humide favorisant la cicatrisation.
- Ne jamais désinfecter à l'alcool ni éther (risque de brûlure), appliquer 2 fois par jour un antiseptique sans alcool (Diaseptyl®)
- Ne pas gratter les lésions.
- Eviter le maquillage qui entraîne une macération

V.3.3.2 Éviter la contamination et l'auto contamination

(97) (99)

- Appliquer un patch Compeed® il isole la lésion, limitant le risque de contamination.
- Si application de crème d'aciclovir, utiliser un flacon pompe. Si un tube est utilisé ne pas reprendre de crème avec le doigt qui a déjà servi à appliquer la crème pour éviter la contamination du tube.
- Le virus étant présent sur les lésions et dans la salive, ne pas embrasser une autre personne sur la bouche ni même sur la peau.

- Ne jamais humecter ses lentilles avec sa salive.
- S'abstenir de rapports sexuels uro-génitaux.
- Ne pas gratter les lésions.
- Coupez vos ongles courts et brossez-les chaque jour
- Ne vous frottez pas les yeux pour éviter une contamination de l'œil.
- Lavez vos mains dès que vous touchez le bouton et le plus souvent possible
- Evitez les contacts rapprochés et d'embrasser vos proches, en particulier les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées ou souffrantes.
- Ne partagez pas vos gants et serviettes de toilette, ni vos oreillers.

V.3.3.3 Autres conseils

(97) (99)

- Si adénopathie douloureuse pendant la primo-infection, on conseillera une alimentation semi liquide ou liquide pendant quelques jours.
- Ne pas utiliser de corticoïdes local qui aggrave le bouton, ni de crème antibiotique, qui ne servent à rien.
- Utiliser un stick labial photo protecteur lors de toute exposition solaire.
(Ictyane® stick Hydratant solaire SPF 30)
- Ne pas utiliser les patchs et la pommade en même temps.

VI. Les verrues

VI.1 Physiopathologie

VI.1.1 Introduction

(95) (100) (101) (102) (103) (104)

Les verrues s'observent essentiellement chez les enfants et les immunodéprimés. Elles sont dues à un groupe de virus, Human Papilloma Virus (HPV). Ce sont des tumeurs bénignes et modérément contagieuses. Ce virus infecte les kératinocytes, s'il n'est pas détruit par le système immunitaire de l'hôte, il induit une prolifération kératinocytaire.

La durée d'incubation est variable, de 1 à 21 mois avec une moyenne de 4 mois. La transmission se fait par contact direct ou indirect. La contamination est favorisée par certains facteurs comme des traumatismes cutanés, la marche pieds nus notamment dans les vestiaires d'équipement sportif, les piscines, les plages, les salles de bain. Certaines professions sont aussi plus exposées : bouchers, charcutiers, fromagers, abatteurs de volailles, vétérinaires. L'auto inoculation est aussi possible, par exemple d'un doigt à l'autre, la formation de verrues satellites autour de la verrue originale.

On peut guérir spontanément d'une verrue virale mais cela demande beaucoup de temps. Après 2 ans, 80% des patients sont guéris de leurs verrues. Dans 1 à 5% des cas cela prend de 3 à 5 ans. Le patient a alors acquis une bonne immunité. Celle-ci peut baisser ce qui explique les résurgences des verrues chez les patients de 30 ou 40 ans.

On distingue différents types de verrues.

VI.1.2 Les verrues vulgaires

(95) (100)

On les retrouve le plus souvent sur les mains et les pieds, surtout chez les enfants, notamment les doigts. Ce sont des élevures cornées de 1 à 5 mm de diamètre, à surface grisâtre, dure, irrégulière. Leur nombre est variable, de quelques unités à plusieurs dizaines, parfois confluentes.



Figure 53 : Verrue vulgaire (103)

VI.1.3 Les verrues plantaires

On distingue deux variétés : (95) (100)

VI.1.3.1 Les myrmécies ou verrues profondes

C'est la plus fréquente. Elles sont dites en clous cornés douloureux à la pression. Leur surface est composée de petites excroissances filiformes, entourées d'un bourrelet dur, kératosique. On remarque en son centre des petits points noirs. (C'est ce qui permet de les différencier des durillons ou des cals, qui sont des hyperkératoses dues à un appui défectueux, qui sont uniformes lisses et indolores)



Figure 54 : Myrmécie ou verrue profonde (105)

VI.1.3.2 Les superficielles ou mosaïques

Ce sont des verrues superficielles, multiples, indolores et confluentes en un placard kératosique.



Figure 55 : Verrue mosaïque (87)

VI.1.4 Les verrues planes

Ce sont de petites papules épidermiques à peine saillantes, bien limitées, beige clair. Leur surface est bien lisse ou finement mamelonnée. On les retrouve surtout sur le visage, le dos des mains et des doigts, bras, genoux et faces antérieures des jambes. Plus fréquentes chez les sujets immunodéprimés, elles peuvent devenir saillantes et atteindre une grande taille.



Figure 56 : Verrue plane de la jambe (87)



Figure 57 : Verrue plane du visage (87)

VI.2 Traitements et conseil officinal

On dispose à la pharmacie de différents types de traitements. Certains critères vont nous aider à choisir quels traitements conseiller comme le type, le nombre, l'âge, l'emplacement de la verrue et le statut immunologique, l'âge et les désirs du patient.

Les traitements consistent à détruire physiquement les cellules infectées.

VI.2.1 Traitements kératolytiques

(106)

Il existe des spécialités à base d'acide salicylique. Il détruit mécaniquement les cellules infectées et les virus, et stimule une réponse immunitaire grâce à la réaction inflammatoire qu'il engendre.

Il peut y avoir des effets secondaires comme des irritations, brulure, nécrose (surtout quand il est utilisé sous occlusion). Ces effets sont réversibles à l'arrêt du traitement et dépendent de la concentration en acide salicylique utilisée.

On n'utilise pas ces produits chez le nourrisson, sur de grandes surfaces ni sur le visage, sur les verrues infectées et chez les diabétiques.

Voici les spécialités les plus rencontrées en officine :

- Duofilm® et Kerofilm® : Ce sont des solutions à 16.7% d'acide salicylique.
- Transvercid® : C'est un dispositif adhésif à 15% d'acide salicylique.
- M.O. Cochon® : C'est une pommade à 40% d'acide salicylique.

On observe une guérison en 12 semaines dans 60 à 80% des cas.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

- Frotter la surface de la verrue avec une pierre ponce ou une lime à callosités. Eviter de faire saigner la verrue.
- Appliquer la solution kératolytique sur la verrue. 1 à 2 gouttes suffisent. Si la lésion est très épaisse préférer une pommade à 40% d'acide salicylique. Pour éviter de déborder sur la peau saine, utiliser des rondelles protectrices, un vernis protecteur ou un sparadrap.
- Recouvrir par un adhésif type microporeux.
- Si une irritation survient, arrêter le traitement et recommencer après disparition de l'irritation.
- Répéter l'application chaque soir.

VI.2.2 Cryothérapie

(107) (108) (109)

Le froid provoque la mort cellulaire. Les kératinocytes meurent à -30°C. Les dermatologues utilisent de l'azote liquide à -180°C.

A l'officine, nous disposons de plusieurs dispositifs médicaux utilisant la cryothérapie sous forme d'aérosol :

- Cryopharma® (Wartner)
- Stop Verrues (Scholl)
- Dual Action Freeze Away® (Scholl)
- Urgo Verrues Mains et Pieds (Urgo)
- Verruxit® (Cooper)
- Verrue Cryothérapie (Mercurochrome)

Il s'agit d'un mélange de diméthyléther et de propane (et d'isobutane pour Scholl) (non nuisible pour l'environnement) qui permet d'avoir une température de -50°C.

Cette température est suffisante pour attaquer la verrue et ces dispositifs sont de bon compromis.

On met l'embout mousse sur la clef utilisée comme support. On introduit les 2 dans l'aérosol en le maintenant fermement. On appuie pendant quelques secondes le temps que l'embout s'imprègne bien du liquide froid. On applique ensuite cet embout sur la verrue pendant 20 secondes.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Ces dispositifs permettent de faire de 10 à 15 applications

Il convient cependant de respecter certaines règles d'utilisation :

- N'utiliser que sur une verrue.
- Ne pas utiliser en cas de troubles circulatoires
- Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 4 ans

- Ne pas utiliser chez les diabétiques
- Ne pas utiliser en cas de grossesse ou d'allaitement
- Ne pas mettre en contact avec les yeux et tissus sains
- Utiliser uniquement sur les verrues palmaires et plantaires
- Arrêter si apparition de rougeur

VI.2.3 Stylo à l'Acide trichloroacétique

(110)

C'est un dispositif médical indiqué dans le traitement des verrues communes et des verrues plantaires. Dans le stylo applicateur il y a un gel très concentré à base d'acide trichloroacétique. Ce gel permet l'élimination des verrues palmaires et plantaires grâce à son action exfoliante : il provoque la desquamation de la peau et permet la destruction du virus. Enfin, il favorise le renouvellement cellulaire de la peau. Après quelques jours, une peau saine se forme.

LES CONSEILS DU PHARMACIEN :

Mode d'emploi : Il est nécessaire de tourner à plusieurs reprises la molette dans le sens des aiguilles d'une montre pour charger le gel dans l'applicateur transparent. Plusieurs tours complets peuvent être nécessaires jusqu'à l'apparition de la première goutte. Pour les utilisations suivantes, tourner lentement la molette jusqu'à ce qu'une goutte se forme (3 à 5 secondes) puis déposer cette goutte doucement sur le haut de la verrue. Si une trop grande quantité de gel a été appliqué, rincer immédiatement à l'eau claire et au savon puis réappliquer la quantité nécessaire. Laisser sécher le gel pendant 10-15 minutes avant de mettre vêtements ou chaussures.

On fait cette manipulation 2 fois par jour pendant 4 jours, puis retirer délicatement la peau qui pèle sous eau tiède. Si la verrue n'est pas partie, on peut recommencer 4 jours après et ce 4 fois.

Pour les verrues plantaires il est conseillé de limer les callosités pouvant la recouvrir.

Une coloration brunâtre peut apparaître et un épaissement de la peau peut apparaître en raison de la coagulation du sang sous la surface de la verrue.

Une sensation de brûlure et de douleur peut apparaître transitoirement. On protégera la zone traitée des UV.

- Ne pas utiliser ailleurs que sur les mains et les pieds
- Ne pas utiliser en association avec d'autres traitements
- Ne pas utiliser sur les enfants de moins de 4 ans
- Ne pas utiliser en cas de diabète sans avis médical

VI.2.4 Traitements homéopathiques

(98) (111)

- *Thuja occidentalis* 30CH : 1 dose par semaine en traitement de fond.
- *Dulcamara* 9CH : pour les verrues planes et lisses, prendre 5 granules matin et soir.
- *Antimonium crudum* 9CH : pour les verrues cornée (dure) sur le dos des mains et des pieds, prendre 5 granules matin et soir.
- *Nitricum acidum* 9CH : pour les verrues à teinte jaunâtre (souvent le cas pour les verrues plantaires), prendre 5 granules matin et soir.
- *Causticum* 5 ou 7 CH : pour les verrues localisées sur les mains, sous les ongles.

Il existe une spécialité homéopathique Verrulia®, associant *Thuja occidentalis* 9CH, *Antimonium crudum* 9CH et *Nitricum acidum* 9CH. La posologie est de un comprimé à sucer matin et soir pendant un mois.

Il existe une spécialité homéopathique de chez boiron, Verrulia®, composé de *Antimonium crudum* 9CH *Nitricum acidum* 9 CH *Thuja occidentalis* 9 CH. La posologie est de 1 comprimé à sucer, matin et soir pendant un mois. A prendre en dehors des repas.

VI.2.5 Le crayon au nitrate d'argent

(112) (113) (114)

C'est un agent caustique utilisé dans la cautérisation de plaie (bourgeons ombilicaux), verrue ou tissu de granulation. Il contient de 10 à 90% de nitrate d'argent.

C'est un produit indolore à l'application donc il faut bien protéger préalablement la peau saine environnante avec de la vaseline ou un pansement.

Ensuite on humidifie la zone à traiter avec de l'eau purifiée (Ne pas utiliser d'eau courante: le nitrate d'argent forme un précipité insoluble avec certains ions comme les chlorures, et perd ainsi toute son efficacité). On peut éventuellement mettre un peu de salive sur le dos de la main pour humidifier la mine. (Essuyer immédiatement le dos de la main pour éviter une coloration noire.)

On applique la pointe du crayon sur la partie à traiter et on frotte légèrement pendant 15 secondes.

On répète l'application 2 à 3 fois par jour, et pendant une durée maximum d'une semaine.

N'utiliser un seul crayon par plaie.

VI.2.6 Verrulyse-méthionine

(26)

C'est un traitement d'appoint des verrues.

La posologie est de 2 à 4 comprimés par jour au début des repas pour les adultes. Pour les enfants à partir de 6 ans c'est 1 à 2 comprimés.

C'est un médicament à prendre à distance des autres médicaments (au moins 2 heures). (18)

VI.3 Conseils pharmaceutiques complémentaires

(115)

Quelques règles d'hygiène sont à respecter :

- Port de sparadrap sur les verrues plantaires
- Eviction des piscines ou, si cela est impossible, port de chaussons de natation qu'il faut garder dans les vestiaires et pour prendre sa douche.
- Ne pas partager les affaires de toilettes
- Laver soigneusement les serviettes de bains à haute température.
- Changer les semelles des chaussures pour éviter les réinfestations.
- Ne pas gratter les verrues (19)

VII. Les mycoses

VII.1 Introduction

Le pharmacien est souvent sollicité pour des problèmes de mycoses superficielles. Ce sont des pathologies fréquentes et bénignes qui sont dues à la prolifération de champignons microscopiques au niveau de l'épiderme tels que les dermatophytes et les levures du genre *Candida* ou *Malassezia*

VII.2 Physiopathologie

VII.2.1 Les dermatophytoses

(116) (117) (118)

Elles sont dues à des champignons filamenteux qui vivent et se développent au niveau de la kératine. Ils pénètrent par la peau, les cheveux et les ongles et ont un fort pouvoir pathogène. Ils appartiennent essentiellement aux genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton*.

L'humidité, la chaleur, la macération par transpiration, le diabète, l'atopie et une immunodépression (corticothérapie, sida) sont des facteurs qui favorisent la survenue de ces dermatophytoses. Le facteur favorisant principal est une altération épidermique quelle qu'en soit la nature.

La transmission se fait par contact avec des poils ou des squames contaminés, et une adhérence des éléments fongiques à la couche cornée.

Elle peut être :

- ✓ Interhumaine : Par les espèces anthropophiles (*Trichophyton rubrum*, *T. interdigitale*, *Epidermophyton floccosum*...). Il y a une prédominance de la contamination dans les piscines, douches collectives, vestiaires des écoles. Celle-ci est favorisée par la macération (plis chez les obèses, séchage insuffisant, chaussure fermée...)
- ✓ De l'animal à l'homme : par les espèces zoophiles (*Microsporum canis*)

- ✓ Du sol à l'homme Par les espèces géophiles dont l'animal est souvent le vecteur.

VII.2.1.1 Dermatophytoses des plis

Elles sont causées par les dermatophytes à transmission interhumaine.

VII.2.1.1.1 Intertrigo interorteils ou pied d'athlète

(116) (118)

Il touche principalement l'adulte et les 3^{ème} et 4^{ème} espaces. C'est une desquamation sèche ou suintante, associée ou non à des fissures ou des vésicules. Il y a très souvent un prurit.

Les complications possibles sont, un érysipèle de la jambe, une diffusion à l'ensemble du pied et des ongles ou à d'autres régions du corps et une contamination pied-main.



Figure 58 : Intertrigo inter orteils ou pied d'athlète (119)

VII.2.1.1.2 Atteinte des grands plis ou eczéma marginé de Hébra

(117) (120)

C'est une mycose inflammatoire, qui se manifeste par un placard érythémateux-squameux très prurigineux à contours circinés, se développant le plus souvent dans le pli inguinal et qui s'étend sur la face interne de la cuisse. Elle peut aussi toucher les plis interfessiers, sous-mammaires, axillaires et abdominaux. Elle est souvent le fruit d'une auto-inoculation à partir d'une mycose des pieds.



Figure 59 : Eczéma marginé de Hébra (121)

VII.2.1.2 Dermatophytoses de la peau glabre

Elles sont le plus souvent causées par des dermatophytes anthropophiles des pieds ou zoophiles provenant d'un chat ou chien parasité.

La contamination peut être directe ou indirecte.

VII.2.1.2.1 *Herpès circiné ou « roue de Sainte-Catherine »*

(116) (120)

La lésion est caractéristique. C'est un placard arrondi ou polycycliques. Il y en a une ou plusieurs. La bordure est érythémateuse avec des vésicules et des squames. Il peut y avoir un prurit intense. Les bords sont surélevés bien limités et plus sombre que le centre. En effet son extension est centrifuge, le centre ayant tendance à guérir. Ces lésions sont recouvertes de squames.



Figure 60 : Herpès circiné ou "Roue de Sainte-Catherine" (122)

VII.2.1.2.2 *Kérion*

C'est la forme inflammatoire. Elle est due à un dermatophytes d'origine animal. La lésion est nodulaire et pustuleuse.

Cela peut être aussi secondaire à une corticothérapie locale.

VII.2.1.2.3 *Forme de l'immunodéprimé*

On la retrouve chez les patients atteints du sida, chez les corticothérapies per os à haute dose, les diabétiques, les greffés. Les lésions sont atypiques avec absence de bordure évolutive et de prurit. Il y a beaucoup de lésions et l'extension est très rapide.

VII.2.1.3 *Dermatophytoses unguéales ou onyxis dermatophytique*

(118) (123)

Elles sont dues aux espèces anthropophiles. L'atteinte unguéale est quasiment toujours associée à celle des espaces interdigitaux ou de la plante du pied.

Elle débute par la partie distale de l'ongle, au niveau de son bord libre. L'ongle prend le plus souvent une coloration jaunâtre (la coloration peut virer au marron-noir ou au verdâtre) et s'épaissit progressivement par hyperkératose sous-unguéale. La progression se fait vers la matrice. La tablette unguéale s'effrite au fur et à mesure par onycholyse et peut même se détacher.

Les ongles de pieds sont plus souvent atteints que les ongles de la main (80% pour 20%)



Figure 61 : Dermatophytoses unguéales ou onyxis dermatophytique (122)

VII.2.2 Les candidoses

(117) (124)

Candida albicans, c'est le nom du champignon levuriforme, principal responsable de candidoses. Les candidoses sont des infections opportunistes susceptibles de se développer dans les zones de transpiration (aisselles, aines, zones interdigitales).

C'est un champignon naturellement présent dans la bouche et le tube digestif (on dit qu'il est à l'état saprophyte). Son passage de l'état saprophyte à l'état pathogène est favorisé par certaines conditions :

✓ Facteurs locaux :

L'humidité, la modification de l'hydratation par macération (contacts répétés avec l'eau, transpiration, obésité), la modification du pH (savon acide pour la toilette), les irritations chroniques (prothèse dentaires..) et la xérostomie (état de sécheresse de la bouche lié à une hyposialie).

✓ Facteurs généraux :

La modification de la flore cutanéomuqueuse, la grossesse, le diabète, les âges extrêmes et un état immunodéprimé de la vie et certains traitements antibiotiques, hormonaux, immunosuppresseurs, corticoïdes.

VII.2.2.1 Candidoses buccales

Elles sont fréquentes et touchent en majorité les âges extrêmes de la vie et les sujets immunodéprimés.

VII.2.2.1.1 Perlèche

C'est un intertrigo de la commissure des lèvres qui touche un côté ou les deux. Les lésions sont douloureuses, suintantes et recouverte d'un enduit blanchâtre. Elles peuvent fissurer et s'étendre à la peau adjacente et au reste de la lèvre.



Figure 62 : Perlèche (125)

VII.2.2.1.2 Glossite

La langue est érythémateuse et décapillée.

VII.2.2.1.3 Stomatite candidosique ou muguet.

(126)

C'est une inflammation de la muqueuse buccale. Les lésions touchent les gencives, la face interne des joues, le palais et la langue qui sont brillants, rouges, vernissés et douloureux. Elles sont recouvertes d'un enduit blanchâtre qui se détache facilement par raclage. Il y a une xérostomie et une sensation de cuisson, de goût métallique. Cela peut atteindre le pharynx et rendre l'alimentation difficile, notamment chez le nourrisson.



Figure 63 : Stomatite candidosique ou muguet (127)

VII.2.2.2 Intertrigos candidosiques

La lésion est érythémateuse recouverte d'un enduit crémeux malodorant, très souvent fissurée au niveau du pli, limitée par une bordure pustuleuse. Le plus souvent il s'agit d'une auto-inoculation à partir d'un réservoir digestif ou vaginal. Les facteurs favorisants sont l'obésité, la macération, le diabète et le manque d'hygiène. Il y peut y avoir des nombreuses récives.

VII.2.2.2.1 Intertrigo des grands plis

Les plis touchés sont les plis génito-crural, périanal, interfessier et sous mammaires.



Figure 64 : Intertrigo des grands plis (128)

Exemple de la candidose génito-fessière du nourrisson : (116) (124)

Elle est liée à la surinfection d'un érythème fessier. Elle est favorisée par un traitement antibiotique per os et par une diarrhée. Elle débute autour de l'anus avec des lésions érythémateuse, vésiculo-pustuleuse et suintante qui s'étendent ensuite aux plis inguinaux. Elle se recouvre d'un enduit blanchâtre et contamine tout le siège.



Figure 65 : Candidose génito-fessière du nourrisson (129)

VII.2.2.2 Intertrigo des petits plis

Les plis touchés sont les plis interdigitaux des mains ou des pieds. Ils sont favorisés par un contact répété avec l'eau (exemple le plongeur d'un restaurant), une transpiration excessive, le port de chaussures de sécurité de bottes, un prurit fréquent.



Figure 66 : Intertrigo des petits plis (130)

VII.2.2.3 Candidoses des phanères

(118) (123) (124)

VII.2.2.3.1 Folliculite candidosique du cuir chevelu

C'est une inflammation et une suppuration douloureuse du follicule pilosébacé par *Candida albicans*. Le plus souvent cette candidose est associée à une héroïnomanie intraveineuse et témoigne d'une septicémie.

VII.2.2.3.2 Onychomycose candidosique

Dans 90 % c'est *Candida albicans* qui est responsable de cette candidose. Elle touche préférentiellement les ongles des doigts.

Elles débutent par la partie matricielle de l'ongle, sous la forme d'un périonyxis de la zone matricielle et du repli périungéal. C'est douloureux et du pus peut sortir par pression.

La progression de la mycose se fait vers la tablette unguéale. C'est l'onxyis. La coloration est brun-vert.



Figure 67 : Onychomycose candidosique (130)

VII.3 Traitements

(25) (26) (116)

VII.3.1 Par voie locale

Une grande quantité de produits existent. Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous.

On choisit la forme galénique en fonction du type de lésions et de la localisation :

- Lésions sèches : crème
- Lésions macérées ou suintantes : gel, lotion, solution, émulsion, poudre

En fonction de la spécialité, la fréquence d'application n'est pas la même, de 1 à 2 par jours, pendant 1 jours à 6 mois.

DCI	Nom commercial	Galénique	Posologie
Clotrimazole	Mycohydralin®	Crème	2/j
Bifonazole	Amycor®	Crème, solution, poudre	1/j
Éconazole*	Dermazol® Pévaryl® Fongileine® Gynopura® Mycoapaisyl® Mycosedermyl® Myleugyne® Pévaryl® Pevisone®	Crème, émulsion, poudre, solution	2/j
Fenticonazole*	Lomexin®	Crème	1 à 2/j
Isoconazole*	Fazol®	Crème, émulsion fluide, poudre	2/j
Kétoconazole*	Kétoconazole® Kétoderm® Nizoral®(ATU)	Crème, Gel unidose, Gel sachet dose	1 à 2/j Utilisation unique pour l'unidose 1 à 2 par semaine pour les sachets
Miconazole*	Daktarin®	Poudre	2 par jour

Omoconazole	Fongamil®	Gel, Poudre, Solution	1/j pour la crème 2/j pour la poudre et la solution
Oxiconazole	Fonx®	Crème, poudre, solution	1/j
Sertaconazole*	Monazol®	Crème	1/j
Tioconazole	Trosyd®	crème	2/j
Ciclopirox Olamine	Mycoster® Ciclopirox Olamine® Sébiprox®	Crème*, poudre*, solution*, shampooing	2/j pour la crème et la solution 1/j pour la poudre 2 à 3/semaine pour le shampooing
Terbinafine	Lamisil® Lamisildermgel® Terbinafine act® Lamisilate monodose®*	Crème, gel, solution	1/j 1 seule application pour la monodose
Bifonazole	Amycor onychoset®	Pommade	1/j
Amorolfine*	Locéryl® Curanail® Amorolfine® Amorolfine Urgo®	Vernis	1 à 2/semaine
Ciclopirox*	Mycoster® Onychotec® Myconail® Ciclopirox®	Vernis	1/j

Tableau 8 : Traitement des mycoses par voie locale

*=spécialités non soumises à prescription médicale.

VII.3.2 Per os

Les 2 spécialités sont :

- Griséofulvine/ Griséfuline®

C'est un fongistatique sur les dermatophytes. La dose est de 1 gramme par jour chez l'adulte et 20mg/kg/j chez l'enfant. C'est d'ailleurs le seul antifongique per os

que l'on peut utiliser chez l'enfant. La prise doit être faite au milieu d'un repas comportant un corps gras pour améliorer l'absorption.

Cependant, il faut faire attention car il existe beaucoup d'interactions médicamenteuses et elle est photosensibilisante.

- Terbinafine / Lamisil®

La terbinafine est plus efficace car elle est fongicide. La dose est de 250 mg par jour. Elle peut provoquer des troubles digestifs et des troubles du goût. Elle a moins d'interactions médicamenteuse que la griséofulvine mais n'as pas d'AMM ni de forme galénique pour l'enfant.

VII.4 Conseil officinal

- Ne pas marcher pieds nus dans les endroits humides
- Préférer les sous-vêtements et chaussette en coton
- Bien sécher les plis ou entre les orteils pour éviter la macération
- Eradiquer les sources de contamination
- Traiter rapidement pour éviter l'extension des lésions
- Utiliser un antiseptique à large spectre en cas de surinfection (Dakin, Chlorhexidine)
- Traiter l'excès de transpiration : semelle anti-transpirantes, mettre de la poudre antifongique dans ses chaussettes avant toute activité sportive, éviter le port de tissus synthétiques
- Se laver régulièrement les pieds, surtout après avoir transpiré
- En cas de candidose, se laver à l'aide d'un savon alcalin
- Sensibiliser sur l'automédication : les corticoïdes sont contre indiqués

VIII. Les brûlures

(5) (131) (132) (133)

VIII.1 Introduction

Les brûlures sont des lésions tissulaires dues à un contact thermique, chimique, électrique ou un produit adhérent (goudron, plastiques, colles) provoquant une dénaturation des protéines, un œdème et une perte de liquides intravasculaires par augmentation de la perméabilité des vaisseaux.

VIII.2 Profondeur

	Brulure au 1^{er} degré	Brulure au 2^{ème} degré superficielle	Brulure au 2^{ème} degré profonde	Brulure au 3^{ème} degré
Lésions	Erythème douloureux, rouge mais pas de cloques.	Phlyctènes avec sérosités, la sensibilité est intacte	Phlyctènes avec sérosités, la peau est blanche, mal vascularisée et peu sensible	La peau est beige noirâtre, cartonnée parcheminée sèche et indolore
Tissus touchés	Couche corné de l'épiderme	Couche cornée et épiderme mais pas la couche basale de l'épiderme	Epiderme et couche basale détruites et le derme est atteint	Epiderme et derme détruit ainsi que les terminaisons nerveuses
Evolution	Cicatrisation en 5 à 6 jours sans laisser de trace	Cicatrisation en 2 à 3 semaines sans trace	Cicatrisation supérieure à 30 jours et laisse une trace	Pas de cicatrisation spontanée. Motif de greffe

Tableau 9 : Tableau explicatif des degrés de brûlure

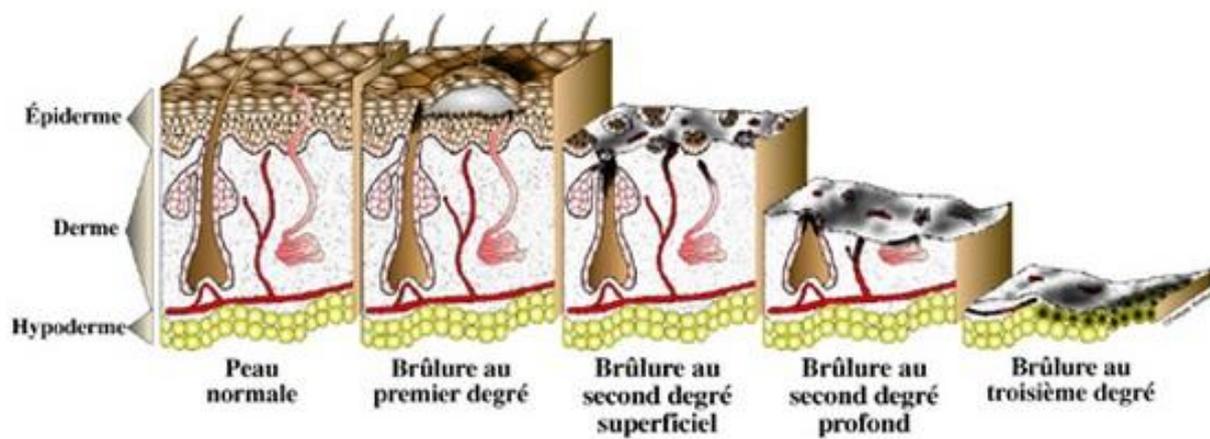


Figure 68 : Schéma de la dégradation tissulaire en fonction du degrés de la brulure (134)

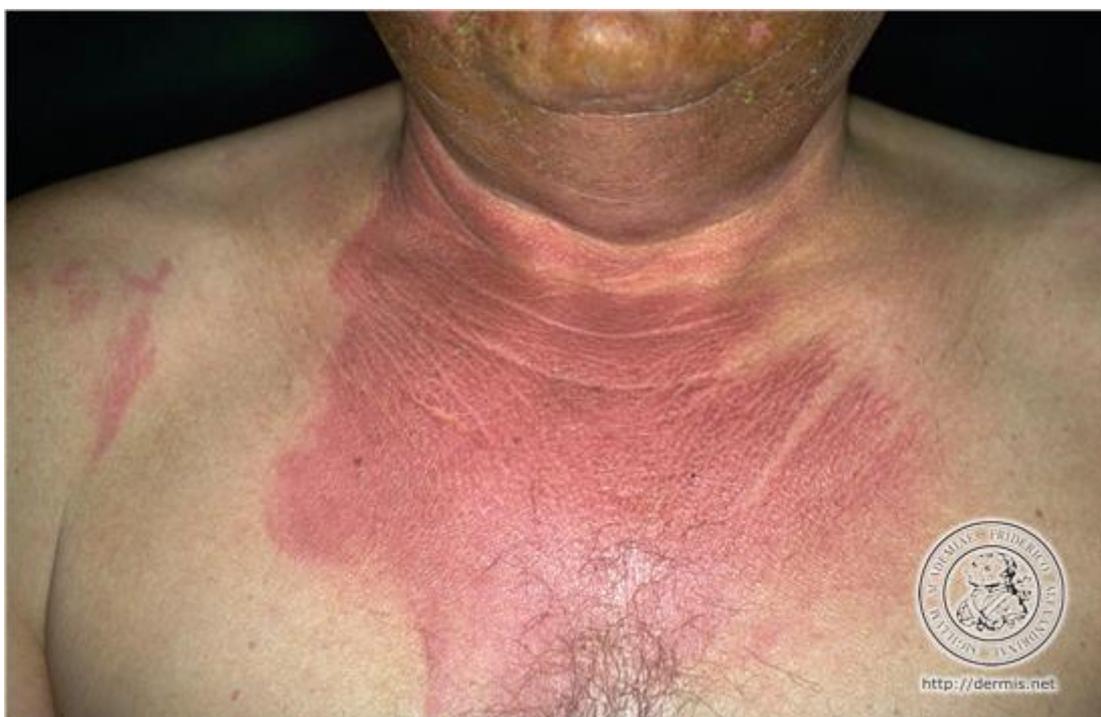


Figure 69 : Brulure au 1er degré (135)



Figure 70 : Brulure au 2ème degré superficielle (136)



Figure 71 : Brulure au 2ème degré profonde (136)



Figure 72 : Brulure au 3ème degré (135)

VIII.3 Etendue

(137)

On estime l'étendue en pourcentage de la surface corporelle.

VIII.3.1 Chez l'enfant

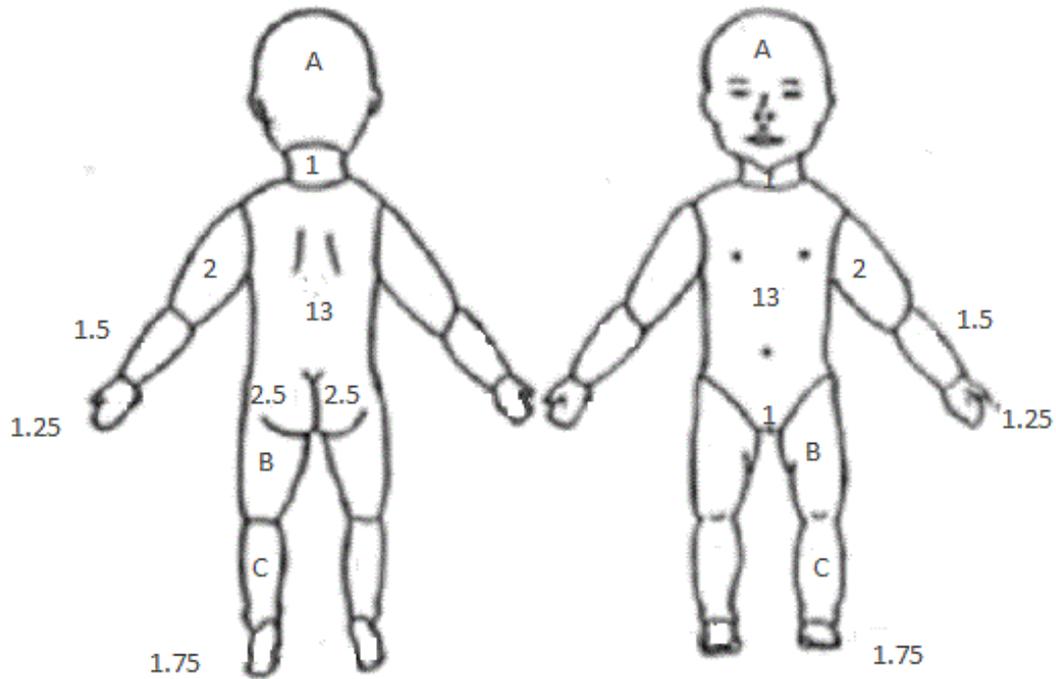


Figure 73 : Découpage du corps de l'enfant en pourcentage de surface corporelle

	< 1an	1 an	5 ans	10 ans
A	9.5	8.5	6.5	5.5
B	2.75	3.25	4.0	4.25
C	2.5	2.25	2.75	3.0

Tableau 10 : Découpage du corps de l'enfant en pourcentage de surface corporelle

VIII.3.2 Chez l'adulte

Règle des 9% de Wallace :

- Tête et cou = 9%
- Chaque membre supérieur = 9%
- Chaque membre inférieur = 18% (cuisse=9% ; jambe et pied = 9%)

- Face antérieure du tronc = 18% (thorax antérieur = 9% ; abdomen = 9%)
- Face postérieure du tronc = 18% (thorax postérieur = 9% ; région lombaire = 9%)
- Demi-bras + demi-thorax = 9%
- Organes génitaux = 1%

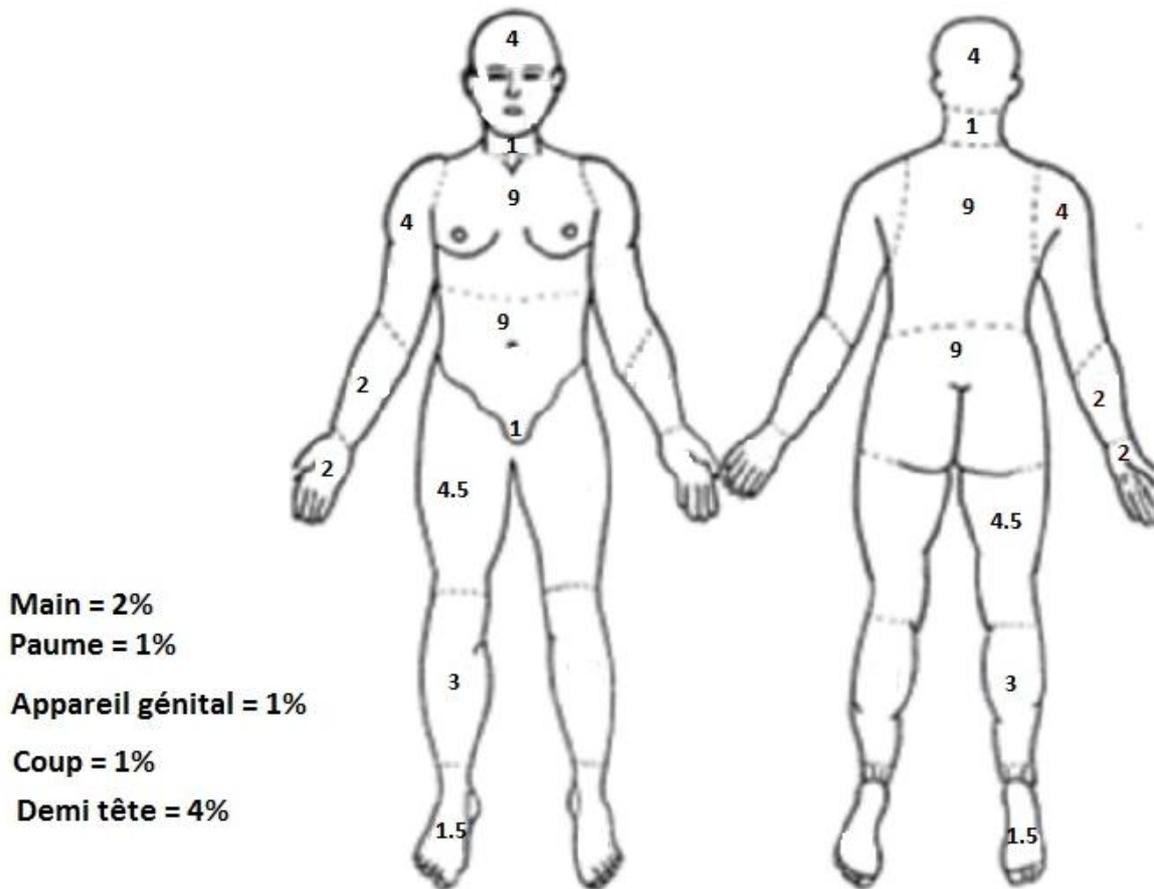


Figure 74 : Découpage du corps adulte en terme en pourcentage de surface

VIII.4 Localisation

Les zones qui sont considérées d'emblée comme grave si elles sont touchées sont : la face, le cou, les mains, les pieds, les organes génitaux externes et les plis de flexion.

Les brûlures des voies aériennes supérieures, des yeux et des orifices anatomiques ont un pronostic vital. Elles sont une indication d'hospitalisation immédiate.

VIII.5 Conduite à tenir devant une brûlure

Face à une brûlure, le pharmacien doit prendre en compte 4 critères principaux : la nature de la brûlure, le type de patient, la localisation et la surface atteinte.

VIII.5.1 Brûlures nécessitant une prise en charge médicale ou hospitalière

✓ Concernant la nature :

Les brûlures chimiques, électriques ou par un produit adhérent nécessitent une prise en charge médicale.

Les brûlures thermiques du 3^{ème} degré et du 2nd degré profond nécessitent aussi une prise en charge médicale.

✓ Concernant le type de patient :

Si la brûlure touche un nourrisson, un enfant, un vieillard, un diabétique, un insuffisant cardiaque, rénal, un immunodéprimé ou un malade atteint d'artériopathie nécessitent une prise en charge médicale.

✓ Concernant la localisation :

Une brûlure péri-orificielle, articulaire, aux plis de flexion, à la tête, au visage ou aux muqueuses nécessitent une prise en charge médicales.

✓ Concernant la surface :

Si la surface atteinte est supérieure à ½ paume de la main, la brûlure nécessite une prise en charge médicale.

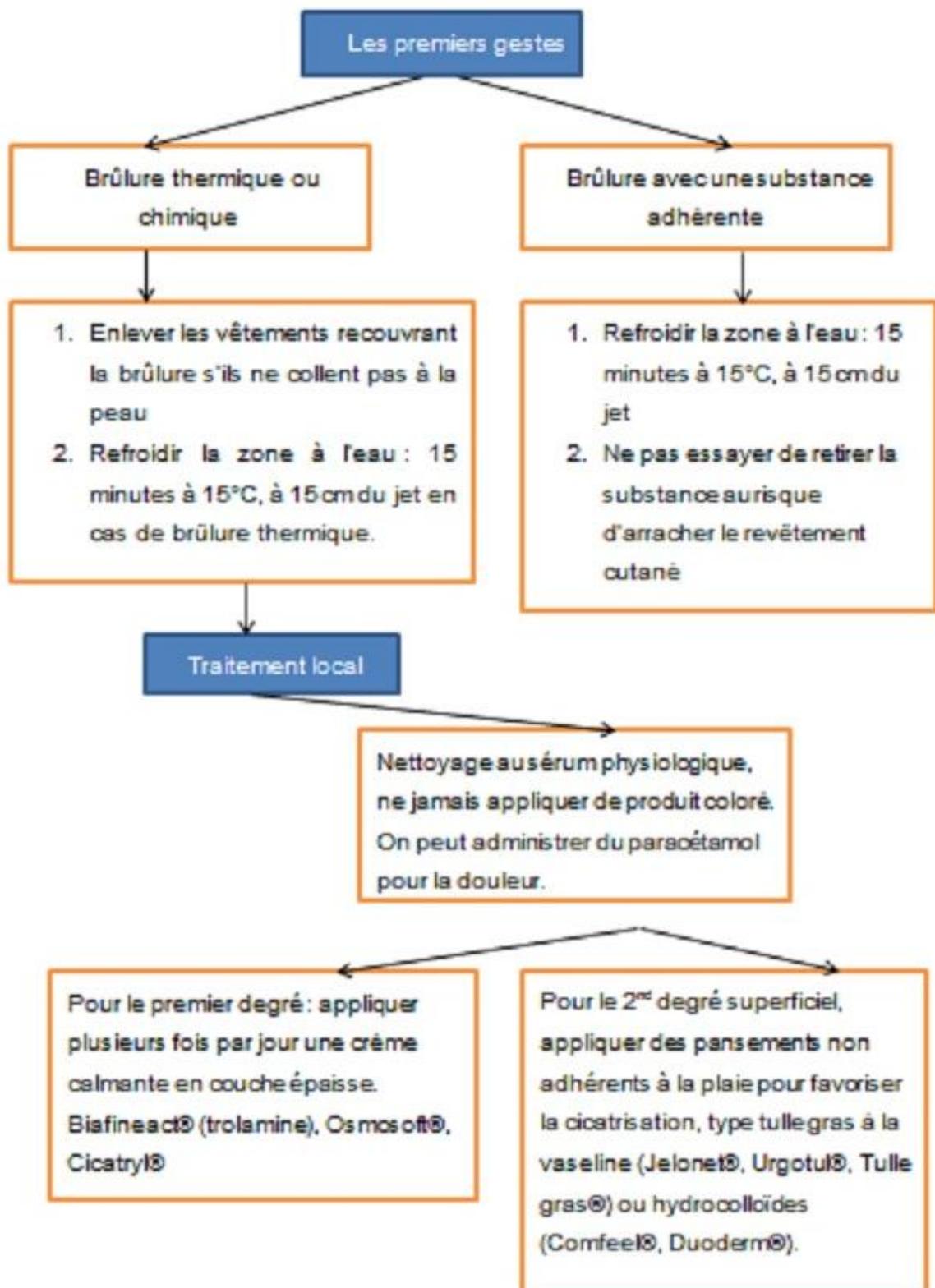
✓ Cas particulier de la brûlure électrique :

On l'appelle l'électrisation. Le courant électrique « entre » et « sort » en traversant une partie du corps. La brûlure suit le trajet du courant électrique. Elle peut détruire des organes traversés par ce courant. C'est donc une urgence médicale.

VIII.5.2 Brulures pouvant être prise en charge à l'officine

On pourra prendre en charge les brulures du 1^{er} degré et 2nd degré superficielles, concernant les types de patients, les localisations non cités précédemment, et une surface inférieure à ½ de la paume de la main.

VIII.6 Prise en charge à l'officine



Dans tous les cas il faut :

- vérifier l'état de la vaccination tétanique du sujet
- Proposer un antalgique type paracétamol
- Eviter toute exposition solaire de la zone brûlée, ou alors en se couvrant et avec une photoprotection d'indice élevé
- Surveiller la température, les maux de têtes et douleurs, les vomissements.
- Si on doit appeler les secours on allonge la victime sur un drap propre sans appui sur une zone brûlée, on couvre la victime (en évitant les zones brûlées) et on la réconforte on lui parle et on la surveille
- Si la brûlure est chimique il faut se protéger avec des gants et des lunettes, éliminer le produit sans faire couler l'eau sur les zones non atteintes et retirer si possible les vêtements imbibés.

IX. Conclusion

Nous avons exposé dans ces thèses différentes affections fréquemment rencontrées au comptoir.

Nous avons pu nous rendre compte que la dermatologie est un domaine complexe qui nécessite une grande attention et beaucoup d'écoute.

Le rôle du pharmacien est tout d'abord de reconnaître la dermatose, de savoir si un conseil suffit ou si une consultation est nécessaire. Il doit aussi savoir reconnaître une urgence et savoir délivrer les gestes de premiers secours si besoin.

Dans le cadre de pathologie chronique, le pharmacien doit être à l'écoute du malade et de sa famille. Il doit savoir expliquer simplement la pathologie, combattre les idées reçues, apporter les conseils nécessaires afin d'espacer les récurrences et ainsi garantir une bonne qualité de vie.

Le pharmacien a aussi pour rôle d'éviter la transmission de pathologies dermatologiques contagieuses qui peuvent être soignées par automédication.

Dans tous les cas, que ce soit sur prescription ou en automédication, le pharmacien doit expliquer clairement le traitement, et ainsi s'assurer de la bonne observance. Une bonne communication est indispensable. Il doit aussi connaître la législation en vigueur concernant les médicaments utilisés.

La connaissance des gammes dermatologiques à disposition du pharmacien est aussi un atout majeur pour aider le patient.

On peut donc conclure que le pharmacien est un acteur de santé indispensable, que ce soit dans la prévention, dans le traitement et dans l'accompagnement du patient.

X. Liste des figures

Figure 1 Formation d'un comédon (9)	26
Figure 2 : Peau normale (12).....	28
Figure 3 : Différence entre un comédon ouvert et un comédon fermé (12)	29
Figure 4 : Comédons fermés ou Points blancs (13)	29
Figure 5 : Comédons ouverts ou points noirs (13).....	30
Figure 6 : Différence entre une papule, une pustule, un nodule et un kyste (12) .	30
Figure 7 : Pustules (15)	31
Figure 8 : Nodules (15).....	31
Figure 9 : Kystes (15)	32
Figure 10 : Cicatrices atrophiques du dos (13).....	32
Figure 11 : Cicatrices atrophiques du visage (13)	33
Figure 12 : Cicatrices hypertrophiques du dos (13).....	33
Figure 13 : Mécanisme d'action des traitements anti-acnéiques (6).....	37
Figure 14 : Traitement anti-acnéiques par voie générale (28).....	42
Figure 15 : Accord de soins et de contraception à signer par la patiente (34).....	47
Figure 16 : Page 3 du carnet-patient (35).....	48
Figure 17 : Schéma récapitulatif des conditions de délivrance d'isotrétinoïne (28)	49
Figure 18 : Spongiose (48)	60
Figure 19 : Vésicule (48)	60
Figure 20 : Lichénification de la face interne des coudes (52).....	61
Figure 21 : Comparaison entre une peau normale et une peau atopique (59)	63
Figure 22 : Conséquences des anomalies de barrière cutanée (59)	64
Figure 23 : Immunologie de la dermatite atopique	64

Figure 24 : Anomalie de barrière cutanée et immunologie dans la dermatite atopique (60)	66
Figure 25 : récapitulatif des facteurs déclenchants de dermatite atopique	68
Figure 26 : Localisation des lésions de la dermatite atopique (65).....	68
Figure 27: Lésions de dermatite atopique au niveau du visage d'un nourrisson (66)	69
Figure 28 : Lésions de dermatite atopique chez un nourrisson sur le visage et les bras (66)	70
Figure 29 : Lésions de dermatite atopique au niveau du pli du coude chez un enfant (66)	71
Figure 30 : Lésions de dermatite atopique chez un enfant au niveau des bras du tronc et de l'aîne (66).....	71
Figure 31 : Lésions de dermatite atopique chez l'adulte au niveau du tronc (66).	72
Figure 32 : Lésions de dermatite atopique chez un adulte au niveau du visage (66)	73
Figure 33 : Double repli sous palpébral (52).....	73
Figure 34 : Fissure sous auriculaire (52)	74
Figure 35 : SCORAD Feuillet Médecin (70).....	76
Figure 36 : SCORAD Feuillet Patient (71)	77
Figure 37 : Manifestations atopiques en fonction de l'âge ou "marche atopique" (72)	80
Figure 38 : Surinfection virale d'une dermatite atopique, Syndrome de Kaposi-Juliusberg (57).....	82
Figure 39 : Récapitulatif de la prise en charge de la dermatite atopique (73)	83
Figure 40 : Mécanisme d'action des topiques utilisés dans le traitement de la dermatite atopique (49).....	84
Figure 41 : Schema facilitant le choix de la forme du soin emollient	95
Figure 42 : Eczéma de contact dû au formaldéhyde chez une coiffeuse (86)	102

Figure 43 : Eczéma de contact aéroporté aux résines époxy chez un ouvrier du bâtiment (86)	103
Figure 44 : Eczéma de contact à Rhus toxicodendron chez un jardinier (87).....	103
Figure 45 : Eczéma de contact dû au Minoxidil® (86)	104
Figure 46 : Eczéma de contact manuporté dû au colophane dans les vernis à ongle (86)	104
Figure 47 : Eczéma de contact dû aux sels de chrome du cuir des chaussures (86)	105
Figure 48 : Eczéma de contact au nickel d'une boucle d'oreille (86)	105
Figure 49 : Eczéma de contact au Kétum® (kétoprofène) (86)	105
Figure 50 : Primo-infection, mise en latence et récurrence de l'herpès (93).....	111
Figure 51 : Gingivo-stomatite herpétique aiguë (94)	112
Figure 52 : Herpès labial d'un adulte immunocompétent (96)	113
Figure 53 : Verrue vulgaire (103).....	120
Figure 54 : Myrmécie ou verrue profonde (105)	121
Figure 55 : Verrue mosaïque (87)	121
Figure 56 : Verrue plane de la jambe (87)	122
Figure 57 : Verrue plane du visage (87)	122
Figure 58 : Intertrigo inter orteils ou pied d'athlète (119)	130
Figure 59 : Eczéma marginé de Hébra (121)	131
Figure 60 : Herpès circiné ou "Roue de Sainte-Catherine" (122)	132
Figure 61 : Dermatophytoses unguéales ou onyxis dermatophytique (122).....	133
Figure 62 : Perlèche (125).....	135
Figure 63 : Stomatite candidosique ou muguet (127).....	136
Figure 64 : Intertrigo des grands plis (128).....	136
Figure 65 : Candidose génito-fessière du nourrisson (129).....	137
Figure 66 : Intertrigo des petits plis (130)	137

Figure 67 : Onychomycose candidosique (130)	138
Figure 68 : Schéma de la dégradation tissulaire en fonction du degrés de la brulure (134).....	143
Figure 69 : Brulure au 1er degré (135)	143
Figure 70 : Brulure au 2ème degré superficielle (136)	144
Figure 71 : Brulure au 2ème degré profonde (136)	144
Figure 72 : Brulure au 3ème degré (135)	145
Figure 73 : Découpage du corps de l'enfant en pourcentage de surface corporelle	146
Figure 74 : Découpage du corps adulte en terme en pourcentage de surface...	147

XI. Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des produits d'hygiène dans l'acné pour les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy	54
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des produits de soins dans l'acné pour les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy	57
Tableau 3 : Tableau récapitulatifs des produits disponible pour le rasage dans les gammes Avène, Laroche Posay, Bioderma, Vichy	58
Tableau 4 : Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'United Kingdom Working (69)	75
Tableau 5 : Dermocorticoïdes disponibles dans le traitement de l'eczéma (les classes IV et I sont citées pour informations) (25) (49) (74)	87
Tableau 6 : Produits d'hygiène disponible dans la dermatite atopique (78) (79) (80) (81)	94
Tableau 7 : Soins émollients disponible dans dermatite atopique (81) (80) (78) (79)	96
Tableau 8 : Traitement des mycoses par voie locale	140
Tableau 9 : Tableau explicatif des degrés de brûlure	142
Tableau 10 : Découpage du corps de l'enfant en pourcentage de surface corporelle	146

XII. Bibliographie

1. **Levacher, A et Melissopoulos, A.** *La peau : structure et physiologie.* s.l. : Lavoisier, 2003.
2. **Peyrefitte, G.** *Biologie de la peau.* 3e. s.l. : Simep, 1997.
3. Sémiologie dermatologique. [En ligne] [Citation : 10 janvier 2014.] http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_1/site/html/1.html.
4. **Aliouat, B.** La peau. *Derma-Cosmétologie.* [Cours universitaire de 5ème année]. Lille : Faculté de pharmacie, 29 septembre 2010.
5. **Belon, J-P.** *Conseils à l'officine, aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009.
6. L'acné, Cahier de formation. *Le moniteur des pharmacies.* 27 avril 2013, Vol. II, 2981.
7. Traitement de l'acné par voie locale et générale. [En ligne] [Citation : 23 octobre 2013.] <http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/acne-argu-4b963af7b7ece256f3da65f256447e32.pdf>.
8. **Desmedt, E.** L'acné. *Derma-Cosmétologie.* Lille : Faculté de Pharmacie, 2010.
9. Les peaux jeunes à problèmes, Cahier de formation. *Le moniteur des pharmacies.* avril 2004, Vol. II, 2533.
10. *Physiopathologie de l'acné.* **Dreno, B.** 9 avril 2005, La presse médicale, pp. 537-539.
11. **Midoun-Mouaci, N et Chivot, M.** *L'acné : De la clinique au traitement.* Paris : Med'com, 2008.
12. Pimple and Circumstance. *ScienceSavvy.* [En ligne] [Citation : 11 septembre 2013.] <http://nolascribes.com/sciencesavvyblog/?p=134>.

13. Acne Vulgaris. *Primary Care Dermatology Society UK*. [En ligne] [Citation : 21 octobre 2013.] <http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/acne-vulgaris#!prettyPhoto>.

14. La Dermatologie par les Dermatologues, information grand public. *Dermato-Info*. [En ligne] Société Française de Dermatologie. [Citation : 25 juillet 2013.] http://dermato-info.fr/article/Les_exereses_chirurgicales.

15. *Medical Pictures Info - Health Definitions Photos & Tips*. [En ligne] [Citation : 31 octobre 2013.] <http://medicalpicturesinfo.com/>.

16. Cicatrices d'acné. [En ligne] [Citation : 25 juillet 2013.] <http://www.traitement-acne.eu/solutions-acne/cicatrices-acne.html>.

17. **Chivot, M, et al., et al.** Cicatrices d'acné : épidémiologie, physiopathologie, clinique, traitement. *Ann Dermatol Venereol*. s.l. : Médicales Elsevier SAS, 2006.

18. Acné. *INSERM*. [En ligne] [Citation : 31 juillet 2013.] <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-hematologie-pneumologie/dossiers-d-information/acne>.

19. **Farhi, D.** Acné vulgaire et soleil. *Mediclickstudio*. [En ligne] [Citation : 31 juillet 2013.] <http://www.mediclickstudio.net/site/Iconographie/DERMATO/ACNE%20VULGAIRE%20ET%20SOLEIL.pdf>.

20. **Thiboutot, D.** Acne : Hormonal Concepts and Therapy. 2004, 22, pp. 419-428.

21. Acné iatrogène. [En ligne] [Citation : 31 juillet 2013.] <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/8946/1/ACNE%20IATROGENE.pdf>.

22. **Cordain, L, et al., et al.** Acne vulgaris. A disease of western civilization. *Arch Dermatol*. 2002, 138, pp. 1584-1590.

23. **Chiu, A, Chon, SY et Kimball, AB.** The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris affected by examination stress. *Arch Dermatol*. 2003, pp. 897-900.

24. **Caulin, C.** *Vidal Recos : Recommandations et pratique: 125 stratégies thérapeutiques.* Issy-les-Moulineaux : Vidal, 2007.

25. *Thériaque.* [En ligne] [Citation : 05 juin 2013.] http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch_simple.php#.

26. *Vidal le dictionnaire.* Issy-les-Moulineaux : Vidal, 2013.

27. *La prise en charge de l'adolescent acnéique.* 68, Novembre/Décembre 2003, La Revue Exercer.

28. *Anti-acnéiques 15 cas pratiques, Cahier de formation.* 2771/2772, 21 mars 2009, Le moniteur des pharmacies, Vol. II.

29. Curacne. *Meddispar.* [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] <http://www.meddispar.fr/Medicaments-a-prescription-restreinte/Medicaments-necessitant-une-surveillance-particuliere-pendant-le-traitement/CURACNE-40-B-30/%28id%29/76#nav-buttons>.

30. ANSM. [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5ab23a8e90378bdc2e6ae3078fe8182a.pdf.

31. Isotretinoïne orale: renforcement du Programme de Prévention des Grossesses et rappel sur la survenue éventuelle de troubles psychiatriques. ANSM. [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] [http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Isotretinoine-orale-renforcement-du-Programme-de-Prevention-des-Grossesses-et-rappel-sur-la-survenue-eventuelle-de-troubles-psychiatriques-Communique/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Isotretinoine-orale-renforcement-du-Programme-de-Prevention-des-Grossesses-et-rappel-sur-la-survenue-eventuelle-de-troubles-psychiatriques-Communique/(language)/fre-FR).

32. Lettre isotretinoïne. ANSM. [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0de37a913143ae8061af2b256ea07669.pdf.

33. Isotrétinoïne orale et prise en charge de l'acné sévère chez l'adolescent - Etude d'acceptabilité de l'utilisation d'un outil d'aide au repérage des symptômes

dépressifs en consultation de dermatologie. ANSM. [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Isotretinoine-orale-et-prise-en-charge-de-l-acne-severe-chez-l-adolescent-Etude-d-acceptabilite-de-l-utilisation-d-un-outil-d-aide-au-reperage-des-symptomes-depressifs-en-consultation-de-der>.

34. Formulaire d'accord de soins et de contraception destiné aux femmes en âge de procréer traitées par les médicaments à base d'isotrétinoïne par voie orale. [En ligne] [Citation : 3 août 2013.] <http://www.abimelec.com/pdf/accord-soin-contraception-isotretinoine.pdf>.

35. ANSM. [En ligne] [Citation : 2 août 2013.] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5ab23a8e90378bdc2e6ae3078fe8182a.pdf.

36. *Dermatologie et Esthétique*. [En ligne] [Citation : 17 octobre 2013.] <http://www.dermatologie-et-esthetique.info/tag/acn%C3%A9>.

37. Cleanance. Avène. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.eau-thermale-avene.fr/visage/soins-specifiques/cleanance>.

38. Effaclar: produit de beauté et soin. *La Roche-Posay*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.laroche-posay.fr/produits-soins/effaclar/peaux-grasses-a-imperfections-r95.aspx>.

39. Normaderm : Soin visage. *Vichy*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.vichy.fr/soin-visage/anti-imperfections/pc99c86.aspx>.

40. Sebium Bioderma : Peau grasse, imperfection : soin, crème, eau nettoyante démaquillante, gel ... *Bioderma*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.bioderma.fr/fr/nos-produits/sebium>.

41. *Les peaux à tendance acnéique, Cahier de formation*. 2693, septembre 2007, Le moniteur des pharmacies, Vol. II.

42. *Les produits lavants, Cahier de formation*. 2623, 8 avril 2006, Le moniteur des pharmacies, Vol. II.

43. Vichy Homme : Soins visage homme, rasage, cosmétique homme. *Vichy*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.vichy.fr/vichy-homme/gamme/r395.aspx>.

44. Les spécificités biologiques de la peau de l'homme, à la lumière de la science. *La Roche-Posay*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.laroche-posay.fr/article/rasage/a779.aspx>.

45. Avène : Mousse à raser. *Avène*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.eau-thermale-avene.fr/homme/rasage/mousse-a-raser>.

46. Eucerin Men rasage. *Eucerin*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www2.eucerin.com/ch-fr/a-propos/news/single-view/la-nouveaute-deucerinR-suisse-eucerinR-men-fini-les-irritations-de-la-peau-apres-le-rasage/>.

47. XY Homme : beauty products and skincare. *La Roche-Posay*. [En ligne] [Citation : 4 décembre 2013.] <http://www.laroche-posay.com/products-treatments/XY-Homme/Skin-sensitive-to-shaving-r43.aspx>.

48. La Dermatite Atopique. *Dermato-Info*. [En ligne] [Citation : 19 décembre 2013.] http://dermato-info.fr/article/La_dermatite_atopique.

49. *La dermatite atopique, Cahier de formation*. 2730, 17 mai 2008, Le moniteur des pharmacies, Vol. II.

50. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012, 114.

51. **Desmedt, E.** La dermatite atopique. *Dermo-Cosmétologie*. Lille : Faculté de pharmacie, 2011.

52. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte . *Medecine ups tlse*. [En ligne] [Citation : 19 décembre 2013.] <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module8/item114/textel1.htm>.

53. **Halpern, B, et al., et al.** Allergie et hypersensibilité. *Encyclopaedia Universalis*. [En ligne] [Citation : 31 octobre 2013.] <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/allergie-et-hypersensibilite/>.

54. Dermatites ou Dermites. *Encyclopædia Universalis* . [En ligne] [Citation : 31 octobre 2013.] <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/dermatites-dermites/>.

55. *La dermatite atopique : Comment s'y retrouver?* **Lagace, C et Maari, C.** avril 2004, Le médecin du Québec, pp. 59-64.

56. Prise en charge de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol*. 2005, pp. 19-33.

57. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. s.l. : Elsevier Masson France, 2012, 114, pp. 85-93.

58. **Harris, J-M, Cullinan, P et Williams, P.** Environmental associations with eczema in early life. *Dermatol*. 2001, 144, pp. 795-802.

59. *fondation dermatite atopique*. [En ligne] [Citation : 20 décembre 2013.] http://www.fondation-dermatite-atopique.org/sites/default/files/Chevalet_FR_def_4.pdf.

60. [En ligne] [Citation : 20 décembre 2013.] http://www.epiceram.ca/fr/physician/new_paradigm.php.

61. **Kay, J, et al., et al.** The prevalence of childhood atopiceczema in a general population. *Journal Of The American Academy Of Dermatology (J Am Acad Dermatol)*. 1994, pp. 30-35.

62. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema . *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) steering committee*. 1998.

63. *Fondation Dermatite Atopique*. [En ligne] [Citation : 20 décembre 2013.] <http://www.fondation-dermatite-atopique.org>.

64. **Augey, F et Nicolas, J-F**. *Le système immunitaire cutané*. Paris : John Libbey Eurotext, 2010.

65. **Bolzinger, M-A, Cambazard, F et Cosolis, S**. *La dermatite atopique, Savoirs et expériences*. Rueil-Malmaison : Arnette, 2006.

66. Atopic Eczema. *DermIS*. [En ligne] [Citation : 22 décembre 2013.] <http://www.dermis.net/dermisroot/en/27284/diagnose.htm>.

67. Dermatite atopique : diagnostic, évolution, traitement. *umvf.univ-nantes.fr*. [En ligne] [Citation : 20 décembre 2013.] http://umvf.univ-nantes.fr/immunologie/enseignement/immuno_114c/site/html/cours.pdf.

68. **Lachapelle, J-M, et al., et al**. *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. 4ème. Paris : Masson, 2004. pp. 49-93.

69. **Williams, HC, et al., et al**. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 1994, pp. 406-416.

70. SCORAD fiche calcul médecin. *Fondation Dermatite Atopique*. [En ligne] [Citation : 19 décembre 2013.] http://www.fondation-dermatite-atopique.org/sites/default/files/SCORAD_fiche_calcul.pdf.

71. SCORAD Feuillet Patient. *Fondation Dermatite Atopique*. [En ligne] [Citation : 19 décembre 2013.] http://www.fondation-dermatite-atopique.org/sites/default/files/o10007-u5487-PO_Scorad_Patients_Feuillet-FR.pdf.

72. DERMATO-INFO. *La dermatite atopique*. [En ligne] [Citation : 20 décembre 2013.] http://dermato-info.fr/article/La_dermatite_atopique.

73. Dermatite atopique de l'enfant : principes généraux de la prise en charge. *Revue médicale suisse*. [En ligne] [Citation : 19 décembre 2013.] http://rms.medhyg.ch/resume.php?ID_ARTICLE=RMS_380_0712.

74. **Dorosz, P, Le Jeune, C et Vital Durand, D.** *Guide pratique des médicaments*. Paris : Maloine, 2014.

75. **Thomas, P, Catteau, B et Carpentier, O.** *L'eczéma, de la clinique à la thérapeutique*. Paris : Med'Com, 2005.

76. *meddispar*. [En ligne] [Citation : 20 juillet 2013.] <http://www.meddispar.fr/>.

77. *Les soins de la peau dans la dermatite atopique*. **Amoric, J-C.** 39, 1999, *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* , pp. 711-714.

78. Avène. [En ligne] [Citation : 25 septembre 2013.] <http://www.eau-thermale-avene.fr/>.

79. Mustela. [En ligne] [Citation : 27 Décembre 2013.] <http://www.mustela.fr/>.

80. Laboratoires Dermatologiques Ducray. [En ligne] [Citation : 25 décembre 2013.] <http://www.ducray.com/fr>.

81. La Roche Posay. [En ligne] [Citation : 25 septembre 2013.] <http://www.laroche-posay.fr/france/beaute/accueil-h.aspx>.

82. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : eczéma de contact. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. s.l. : Elsevier Masson France, 2012, 139, pp. 78-84.

83. **Nosbaum, A, et al., et al.** Eczéma de contact chez l'enfant et chez l'adulte. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. *L'ECN en fiches*. s.l. : Ellipses, 2008, 8, pp. 68-70.

84. **Lepoittevin, J-P et Le Coz, C.** *Dictionnaire des allergènes de contact*. Paris : Springer-Verlag France, 2009.

85. **Belaich, S et Crickx, B.** *Le livre de l'interne ; dermatologie et infections sexuellement transmissibles.* 3ème. Paris : s.n., 2013.

86. **Jacobs, M-c, Tennstedt, D et Lachapelle, J-M.** Dermatite allergique de contact. *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale.* Paris : Elsevier, 1999, pp. 98-145.

87. **White, G.** *Atlas en couleurs de dermatologie.* 3ème. Paris : Maloine, 2004.

88. **Kluger, N et Marque, M.** *Dermatologie.* Paris : Med-Line, 2006. pp. 221-224.

89. **Rassner, G, Steinert, U et Schlagenhauff, B.** *Dermatologie : manuel et atlas.* Paris : Maloine, 2006.

90. **Sterry, W et Paus, R.** *Dermatoses virales : vénérologie, allergologie, phlébologie et andrologie.* [éd.] Maloine. 3ème. Paris : s.n., 2002.

91. **Wirth, J et Battistella, M.** *Atlas de poche de dermatologie.* Paris : Lavoisier, 2013.

92. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent. *HAS-SANTE.* [En ligne] 7 novembre 2001. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes_court.pdf.

93. Le virus herpès simplex de type 1 : résistance aux antiviraux et réponse inflammatoire cérébrale. [En ligne] [Citation : 10 juin 2013.] <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/24960/ch02.html#d0e1483>.

94. *Univ-nantes.* [En ligne] [Citation : 17 octobre 2013.] http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_6/site/html/1.html.

95. **Wallach, D.** *Guide pratique de dermatologie.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007.

96. Images médicales. [En ligne] [Citation : 10 juin 2013.] <http://www.fascicules.fr/image-medicale-dermatologie-photographie-herpes-labial-bouton-de-fievre-272.html?PHPSESSID=ce9430abaa7af2f344e3061d306fe17d>.

97. **Pinto, R.** *Manuel pratique d'homéopathie: répertoire commenté pour le Conseil de l'Homéopathie et des médecines associées à l'officine.* Paris : Maloine, 1990.
98. **Masson, J-L.** *L'homéopathie de A à Z.* Paris : Marabout, 2012.
99. *L'herpés.* 2759, 20 décembre 2008, *Le moniteur des pharmacies*, pp. 26-31.
100. **Morel, P.** *La dermatologie du généraliste.* Paris : Springer-Verlag France, 2001.
101. **Kalis, B, et al., et al.** 12, Paris : s.n., mars 1989, *Le concours médical*, pp. 1011-1018.
102. **Roux, A-M.** *Thèse de pharmacie : "Verrues : Traitement et conseil à l'officine".* Montpellier : s.n., 1986.
103. **Bocquet, H et Bagot, M.** Lésions tumorales bénignes associées. *EMC Dermatologie-Cosmétologie.* s.l. : Elsevier, 2004, pp. 97-112.
104. *Les verrues; petites tumeurs bénignes de la peau.* **Berthelemy, S et Boudrie, J-L.** 428, 2004, *Actualités pharmaceutiques.*
105. La verrue plantaire. *Les 1001 pieds.* [En ligne] [Citation : 24 mai 2013.] <http://les1001pieds.fr/podologie/verrue-plantaire.html>.
106. **Lorette, G et Vaillant, L.** *Traitements locaux en dermatologie.* Paris : Doin, 1995.
107. Cryopharma - L'expert des traitements anti-verrues. *Omega Pharma.* [En ligne] [Citation : 15 mai 2013.] <http://www.omega-pharma.fr/produit.php?docid=1314>.
108. La cryothérapie. *sos-verrue.* [En ligne] [Citation : 15 mai 2013.] <http://www.sos-verrue.com/traitements-medicaux/cryotherapie/69-azote-liquide>.

109. Scholl Verrues. *Scholl*. [En ligne] [Citation : 15 mai 2013.] <http://www.scholl.com/fr-FR/Stop-Verrues/10031188/ProductDetail.raction>).

110. Notice d'utilisation du Stylo anti-verrues Wartner® by Cryopharma®.

111. Traitements verrues Verrulia. *Boiron-Médicament homéopathique*. [En ligne] [Citation : 15 mai 2013.] <http://www.boiron.fr/Nos-produits/Medicaments-homeopathiques/Medication-familiale/Dermatologie/Verrulia>.

112. Argentrix_baton. [En ligne] [Citation : 16 mai 2013.] http://pharmacie.hugge.ch/infomedic/utilismedic/argentrix_baton.pdf.

113. Crayon au nitrate d'argent Salva : Précautions d'emploi - Lettre aux professionnels de santé. *ANSM : Agence nationale de sécurité du médicaments et des produits de santé*. [En ligne] [Citation : 5 septembre 2013.] <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Crayon-au-nitrate-d-argent-Salva-precautions-d-emploi-Lettre-aux-professionnels-de-sante>.

114. Précaution d'emploi. [En ligne] [Citation : 5 septembre 2013.] <http://materielmedicalgros.wordpress.com/precautions-demploi/>.

115. **Graham-Brown, R et Burns, T.** *Cours de dermatologie*. Paris : Arnette, 1991.

116. *Les mycoses superficielles, Cahier de formation*. 2396, 28 avril 2001, Le moniteur de pharmacies, Vol. II.

117. *Les mycoses*. **Gautier, Y.** 194, 23 janvier 2008, Impact pharmacien.

118. Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques : infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. *Annales de Dermatologie et de vénéréologie*. s.l. : Elsevier Masson France, 2012, Vol. 139, pp. 47-51.

119. *Univ-Nantes*. [En ligne] [Citation : 20 avril 2013.] http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_11/site/html/1.html.

120. *Pityriasis et autres mycoses*. 17 avril 2007, Quotidien du pharmacien.
121. *uvp5.univ-paris5*. [En ligne] [Citation : 3 juillet 2013.] http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UV_MED/AC/IntroLien.asp?Rep=DUMG&Nsubj=143&Intro=143-9.
122. Mycose. *Atlas de dermatologie professionnelle*. [En ligne] [Citation : 5 mai 2013.] <http://www.atlasdedermatologieprofessionnelle.com/index.php/Mycose>.
123. *Les mycoses au comptoir, Cahier conseil n°36*. **Pouzaud, F.** 3 mai 2008, Le moniteur des pharmacies, pp. 6-7.
124. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : *Candida albicans*. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012, pp. 40-46.
125. Perlèche. *Dermis*. [En ligne] [Citation : 5 mai 2013.] <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/16245/image.htm>.
126. **Nosbaum, A.** *Dermatologie*. Paris : Ellipses, 2008.
127. Candidose. *Maxillopedia*. [En ligne] [Citation : 5 mai 2013.] <http://www.specialisteschirurgie.ca/wiki/Candidose>.
128. Intertrigo. *lookfordiagnosis*. [En ligne] [Citation : 6 mai 2013.] https://lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=intertrigo&lang=4.
129. Diaper Dermatitis Candida Intertrigo. *DermIS*. [En ligne] [Citation : 10 mai 2013.] <http://www.dermis.net/dermisroot/en/15653/image.htm>.
130. [En ligne] [Citation : 10 mai 2013.] http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/campus-numeriques/campus-dermatologie/enseignement/dermato_10/site/html/1_11_116_1162_1.html.
131. Le traitement des brûlures. [En ligne] http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/pdf-locomoteur/04_traitement_des_bru_lures.pdf.

132. *Bien identifier le type de brûlure.* **Wasserman, D.** 9 février 2006, Le quotidien du pharmacien.

133. *Un conseil pour une brûlure.* **Micos, C.** 15 juillet 2004, Le quotidien du pharmacien.

134. Etude des interactions entre les nerfs sensoriels et les follicules pileux dans un modèle in vitro de peau reconstruite par génie tissulaire. [En ligne] [Citation : 27 novembre 2013.] <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22895/ch01.html>.

135. Brûlure. *DermIS.* [En ligne] [Citation : 27 novembre 2013.] <http://www.dermis.net/dermisroot/en/home/index.htm>.

136. Degrés de gravité Brûlures. *Brûlure.be.* [En ligne] [Citation : 27 novembre 2013.] <http://www.brulures.be/index.php/degres-de-gravite/fr/>.

137. Brûlures étendues récentes: diagnostic et traitement initial. *Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble.* [En ligne] [Citation : 27 novembre 2013.] http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/chirmain/chirmain_et_brules/201a/lecon201a.htm#.

138. Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. [En ligne] 18 décembre 2013. <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module8/item114/texte11.htm>.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2013/2014

Nom : DESFOSSEZ
Prénom : Loïc

Titre de la thèse :

DERMATOLOGIE A L'OFFICINE

Mots-clés : Peau-Acné-Eczéma de contact-Dermatite atopique-Herpes-Verrue-Mycose-Dermatophytose-Candidose-Brulure

Résumé :

La dermatologie occupe une grande place dans l'officine. Le pharmacien est souvent le premier acteur de santé interrogé notamment pour les problèmes dermatologiques. Le rôle de celui-ci et de savoir conseiller et/ou de rediriger le patient vers une consultation médicale.

Dans cette thèse nous verrons dans un premier temps un rappel sur la peau et ensuite différentes pathologies rencontrées au comptoir comme l'acné, l'eczéma, l'herpès, les verrues, les mycoses et enfin les brulures, qui peuvent constituer une situation d'urgence.

Les thèmes abordés seront la physiopathologie, les traitements médicaux, les conseils pharmaceutiques indispensables à la délivrance des médicaments, à leur bonne observance et enfin les conseils supplémentaires concernant l'hygiène et les soins dermatologiques qui peuvent être fait en complément du traitement.

Membres du jury :

Président : (Siepmann, Juergen, Professeur de Galénique à la faculté de Pharmacie de Lille)

Assesseur(s) : (Karrout, Youness, Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Lille)

Membre(s) extérieur(s) : (Chavoshi, Quentin, Docteur en pharmacie)