

UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE PHARMACIE

---

ANNÉE 2008

N° 21

THÈSE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Bénédicte Bouju

-----

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2008

Les pathologies dermatologiques à l'officine :  
Traitements et conseils.

Président du jury :

Mme Nicole GRIMAUD , Maître de Conférences de Pharmacologie

Membres du jury :

Mme. Laurence COIFFARD, Professeur de cosmétologie

Mme. Françoise GELLUSSEAU, Pharmacien

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>LA PEAU</b> .....	<b>2</b>
<b>1. STRUCTURE GENERALE</b> .....	<b>2</b>
1.1. L'EPIDERME .....	3
1.2. LE DERME.....	4
1.3. L'HYPODERME .....	4
1.4. LES ANNEXES .....	4
<b>2. LES FONCTIONS DE LA PEAU</b> .....	<b>4</b>
<b>A COMME ACNE</b> .....	<b>6</b>
<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE</b> .....	<b>6</b>
1.1. L'HYPERSEBORRHEE .....	7
1.2. L'HYPERKERATINISATION DU FOLLICULE PILEUX .....	7
1.3. LA PROLIFERATION BACTERIENNE .....	7
<b>2. TRAITEMENT MEDICAL</b> .....	<b>8</b>
2.1. UTILISATION DES TOPIQUES .....	8
2.1.1. Les rétinoïdes .....	8
2.1.2. Le peroxyde de benzoyle .....	9
2.1.3. Les antibiotiques .....	9
2.2. LES TRAITEMENTS PAR VOIE GENERALE .....	9
2.2.1. L'isotrétinoïne .....	9
2.2.2. Les antibiotiques .....	11
2.2.3. L'hormonothérapie.....	12
2.2.4. Le zinc.....	12
<b>3. LE CONSEIL OFFICINAL</b> .....	<b>12</b>
3.1. LES PRODUITS D'HYGIENE.....	13
3.2. LES PRODUITS DE SOINS .....	13
3.2.1. Les séborégulateurs.....	13
3.2.2. Les kératolytiques .....	14
3.2.3. Les antibactériens.....	14
3.2.4. Les apaisants et anti-inflammatoires.....	14
3.2.5. Les matifiants.....	14
3.2.6. Les hydratants .....	14
3.3. CONSEILS ASSOCIES .....	14
<b>B COMME BRULURES</b> .....	<b>16</b>
<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE</b> .....	<b>16</b>
1.1. EVALUATION DE LA PROFONDEUR D'UNE BRULURE.....	16
1.1.1. Brûlure du 1 <sup>er</sup> degré.....	16
1.1.2. Brûlure du 2 <sup>nd</sup> degré superficiel .....	16
1.1.3. Brûlures du 2 <sup>nd</sup> degré profond.....	17
1.1.4. Brûlure du 3 <sup>ème</sup> degré .....	17

1.2.	EVALUATION DE L'ETENDUE D'UNE BRULURE .....	17
1.2.1.	La règle des 9 de Wallace .....	17
1.2.2.	Par rapport à la paume de la main .....	17
1.2.3.	Evaluation de la gravité d'une brûlure .....	18
<b>2.</b>	<b>TRAITEMENT DES BRULURES .....</b>	<b>18</b>
2.1.	LES BRULURES PROFONDES OU ETENDUES .....	18
2.2.	LES BRULURES DU 1ER DEGRE .....	18
2.3.	LES BRULURES DU 2ND DEGRE SUPERFICIEL.....	18
<b>3.</b>	<b>CONSEILS ASSOCIES.....</b>	<b>18</b>

**E COMME ECZEMA..... 20**

<b>1.</b>	<b>LA DERMATITE ATOPIQUE .....</b>	<b>20</b>
1.1.	PHYSIOPATHOLOGIE.....	20
1.2.	LE TRAITEMENT MEDICAL.....	22
1.2.1.	Le traitement des poussées.....	22
1.2.1.1.	Les dermocorticoïdes .....	22
1.2.1.2.	Les antihistaminiques H1 .....	23
1.2.1.3.	Les antibiotiques .....	24
1.2.1.4.	Les antiseptiques .....	24
1.2.1.5.	Les immunosuppresseurs .....	24
1.2.2.	La photothérapie .....	24
1.2.3.	Les cures thermales.....	24
1.3.	LE CONSEIL OFFICINAL.....	24
<b>2.</b>	<b>L'ECZEMA DE CONTACT .....</b>	<b>26</b>
2.1.	PHYSIOPATHOLOGIE.....	26
2.1.1.	Phase de sensibilisation.....	26
2.1.2.	Phase d'expression de l'eczéma.....	26
2.1.3.	Formes cliniques .....	26
2.1.3.1.	Les dermatites d'irritation.....	26
2.1.3.2.	Les eczémats de contact allergiques.....	27
2.1.4.	Les principaux allergènes de contact .....	27
2.2.	LE TRAITEMENT MEDICAL.....	28
2.3.	LE CONSEIL OFFICINAL.....	28

**H COMME HERPES LABIAL ..... 29**

<b>1.</b>	<b>PHYSIOPATHOLOGIE.....</b>	<b>29</b>
1.1.	LA PRIMO-INFECTION .....	29
1.2.	LES FACTEURS DECLENCHANTS .....	30
1.3.	MANIFESTATIONS CLINIQUES.....	30
<b>2.</b>	<b>TRAITEMENT MEDICAL .....</b>	<b>31</b>
2.1.	TRAITEMENT DE LA PRIMO-INFECTION (GINGIVO-STOMATITE HERPETIQUE).....	31
2.2.	TRAITEMENT DE LA RECURRENCE.....	31
2.2.1.	Traitement par voie générale.....	31
2.2.2.	Traitements locaux.....	31
<b>3.</b>	<b>LE CONSEIL OFFICINAL .....</b>	<b>32</b>
3.1.	LES ANTIVIRAUX DISPONIBLES A L'OFFICINE .....	32
3.2.	LE RECOURS A L'HOMÉOPATHIE .....	32
3.3.	LES PATCHS .....	32
3.4.	CONSEILS ASSOCIES .....	32

**H COMME HYPERKERATOSE..... 33**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>33</b>
1.1. LES DURILLONS .....	33
1.2. LES CORS .....	33
1.3. L'ŒIL DE PERDRIX .....	33
<b>2. TRAITEMENT .....</b>	<b>34</b>
2.1. TRAITEMENT MECANIQUE .....	34
2.1.1. Les protecteurs neutres.....	34
2.1.2. Traitement « chirurgical ».....	34
2.1.3. Les pansements .....	34
2.2. TRAITEMENT CHIMIQUE .....	34
2.2.1. Les principes actifs.....	34
2.2.2. Les présentations commerciales.....	34
<b>3. CONSEILS ASSOCIES.....</b>	<b>35</b>

**M COMME MYCOSES .....** **36**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>36</b>
1.1. LES DERMATOPHYTOSES .....	36
1.1.1. L'herpès circiné.....	36
1.1.2. L'eczéma marginé de Hebra .....	37
1.1.3. Le pied d'athlète.....	37
1.2. LES CANDIDOSES.....	38
1.2.1. Le muguet .....	38
1.2.2. La perlèche.....	39
1.2.3. L'intertrigo .....	39
1.2.4. Candidose génito-fessière du nourrisson .....	40
<b>2. TRAITEMENT .....</b>	<b>40</b>
2.1. MECANISME D'ACTION DES ANTIFONGIQUES .....	40
2.2. STRATEGIE THERAPEUTIQUE.....	41
<b>3. LE CONSEIL OFFICINAL .....</b>	<b>41</b>

**P COMME PELLICULES .....** **43**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>43</b>
1.1. LE PITYRIASIS CAPITIS.....	43
1.1.1. Etiologie.....	43
1.1.1.1. La prolifération des cellules basales de l'épiderme du cuir chevelu.....	43
1.1.1.2. La prolifération de Pityrosporum ovale .....	43
1.1.1.3. La séborrhée.....	43
1.1.2. Les pellicules sèches .....	43
1.1.3. Les pellicules grasses .....	44
1.2. LA DERMITE SEBORRHEIQUE.....	44
<b>2. TRAITEMENT DE LA DERMITE SEBORRHEIQUE.....</b>	<b>44</b>
2.1. UTILISATION DES ANTIFONGIQUES .....	44
2.1.1. Le kétoconazole .....	44
2.1.2. L'éconazole.....	45
2.2. LE DISULFURE DE SELENIUM (SELSUN®).....	45
2.3. LES CORTICOÏDES .....	45
<b>3. LE CONSEIL OFFICINAL .....</b>	<b>45</b>
3.1. LES ANTIFONGIQUES .....	45
3.1.1. Le climbazole.....	45
3.1.2. La pyrithione zinc .....	45
3.1.3. La piroctone olamine .....	46

3.1.4. La ciclopiroxolamine .....	46
3.2. LES KERATOLYTIQUES .....	46
3.2.1. L'acide salicylique .....	46
3.2.2. Les goudrons .....	46
3.3. LE KELUAMIDE .....	46
3.4. LE DISULFURE DE SELENIUM .....	46
3.5. CONSEILS ASSOCIES .....	47

## **P COMME POUX..... 48**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>48</b>
1.1. LE POU .....	48
1.2. SYMPTOMES DE LA PEDICULOSE .....	48
1.3. DIAGNOSTIC .....	49
<b>2. TRAITEMENTS .....</b>	<b>49</b>
2.1. LES ACTIFS NEUROTOXIQUES .....	49
2.2. LES ACTIFS NON NEUROTOXIQUES .....	50
2.3. LES PRESENTATIONS COMMERCIALES .....	51
2.3.1. Les lotions .....	51
2.3.2. Les sprays .....	51
2.3.3. Les shampooings .....	51
2.3.4. Les baumes décolleurs de lentes .....	51
<b>3. CONSEILS ASSOCIES .....</b>	<b>51</b>

## **V COMME VERRUE..... 53**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>53</b>
1.1. LES VERRUES VULGAIRES .....	53
1.2. LES VERRUES PLANES .....	53
1.3. LES VERRUES PLANTAIRES .....	53
1.3.1. La myrmécie .....	53
1.3.2. Les verrues en mosaïques .....	54
<b>2. TRAITEMENT .....</b>	<b>54</b>
2.1. LES TRAITEMENTS KERATOLYTIQUES .....	54
2.2. LA CRYOTHERAPIE .....	54
2.3. TRAITEMENT PAR VOIE ORALE .....	54
2.4. LE TRAITEMENT HOMEOPATHIQUE .....	54
<b>3. LE CONSEIL OFFICINAL .....</b>	<b>55</b>

## **V COMME VARICELLE ET ZONA ..... 56**

<b>1. PHYSIOPATHOLOGIE .....</b>	<b>56</b>
1.1. LA VARICELLE .....	56
1.2. LE ZONA .....	56
<b>2. TRAITEMENT .....</b>	<b>57</b>
2.1. LA VARICELLE .....	57
2.2. LE ZONA .....	57
<b>3. LE CONSEIL OFFICINAL .....</b>	<b>58</b>

## **CONCLUSION..... 59**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 60**

**LISTE DES TABLEAUX ..... 64**

**LISTE DES FIGURES..... 65**

## INTRODUCTION

Le pharmacien d'officine est bien souvent le premier interlocuteur vers lequel se tourne la population en cas de problème médical. Son activité ne se limite donc pas à la délivrance des médicaments sur prescription médicale, mais elle s'exerce aussi par l'information et le conseil au niveau de la pathologie.

A l'heure où l'automédication est vivement encouragée, le conseil pharmaceutique est une nécessité, devant s'appuyer sur des données scientifiques, sémiologiques et pharmacologiques.

Identifier l'origine d'une dermatose n'est pas toujours chose aisée au comptoir, car la peau est le siège de diverses affections que le pharmacien peut contribuer à soulager par un conseil adapté.

Nous avons regroupé dans cette thèse quelques affections cutanées couramment rencontrées à l'officine et exposé les traitements nécessitant ou non une prescription médicale obligatoire, les moyens de prévention, d'accélération de la guérison et d'amélioration du confort du malade.

# LA PEAU

La peau est l'organe le plus étendu et le plus lourd du corps humain puisqu'il représente une surface de près de 2m<sup>2</sup> et pèse entre 3 et 4 kg hors hypoderme chez un adulte de taille moyenne (1).

La peau contient 20 % de la totalité de l'eau de l'organisme humain. Elle est elle-même constituée de 70 % d'eau (80 % chez le nourrisson, moins chez la personne âgée).

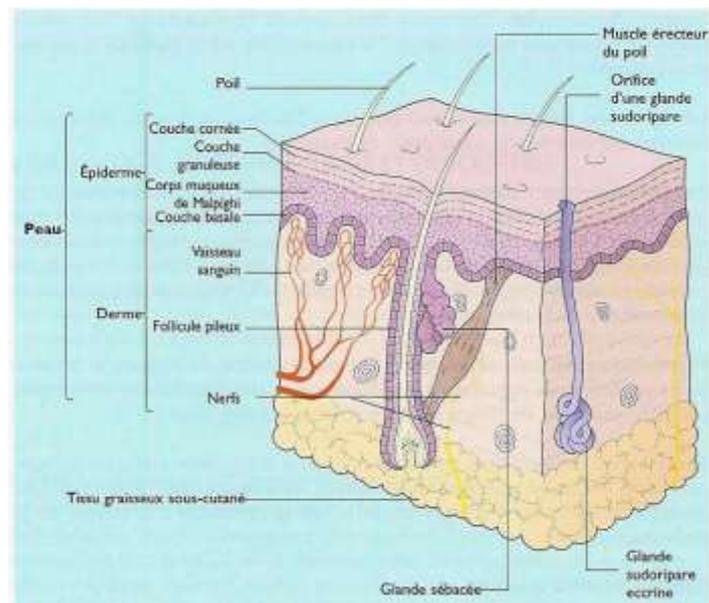
## 1. STRUCTURE GENERALE

L'enveloppe cutanée est élastique et joue un rôle essentiel dans la protection du corps contre les agressions extérieures.

Elle est le siège de nombreuses fonctions : fonction de protection et de thermorégulation, fonction sensorielle, fonction d'échange et fonction métabolique.

Elle est constituée de trois tissus différents superposés :

- l'épiderme, couche superficielle ;
- le derme, couche intermédiaire ;
- l'hypoderme ou tissu-sous cutané, partie la plus profonde (figure 1).



**Figure 1** : Structure de la peau (2)

## 1.1. L'épiderme

L'épiderme est un épithélium de revêtement pavimenteux, stratifié et kératinisé. Il est constitué principalement de kératinocytes (90 %), mais également de mélanocytes (13%), de cellules de Langherans (4%) et de cellules de Merckel (3%). Il repose sur une membrane basale qui le sépare du derme (3, 4).

Il se compose de cinq couches. Tout d'abord la couche basale ou germinative est la couche la plus profonde de l'épiderme. Les cellules qui la composent sont en contact avec le derme et peuvent proliférer et donner naissance aux cellules des couches plus superficielles. La couche basale, composée majoritairement de kératinocytes, présente des cellules peu différenciées ainsi que d'autres types cellulaires, notamment les mélanocytes qui s'intercalent entre les cellules basales et sont responsables de la mélanogenèse.

La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi, ensuite, est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les kératinocytes. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface. Elles sont reliées entre elles grâce aux desmosomes.

La couche granuleuse est constituée, quant à elle, d'une à quatre assises de cellules aplaties. C'est la dernière couche de cellules nucléées de l'épiderme.

La couche claire est formée d'une seule assise de cellules très aplaties. Cette couche n'est retrouvée que dans l'épiderme épais et glabre de la paume des mains et de la plante des pieds. Il s'agit d'une couche de transition continue entre la couche granuleuse encore métaboliquement active et la couche cornée inerte.

La couche cornée est la couche la plus externe. Cette couche est composée de corps cellulaires anucléés (cornéocytes) qui proviennent des couches sous-jacentes et qui desquameront une fois leur rôle de protection joué.

En plus des kératinocytes, majoritaires dans l'épiderme, d'autres cellules se retrouvent dans les couches profondes :

- les mélanocytes responsables de la pigmentation (protection de l'organisme contre les rayonnements ultra-violets) ;
- les cellules de Merkel dont le rôle est de servir de récepteurs sensoriels et qui interviennent plus précisément dans la sensibilité tactile ;
- les cellules de Langerhans, dérivées des monocytes, dont la fonction consiste à phagocyter et à présenter les antigènes aux lymphocytes T (participation à la défense immunitaire de l'organisme).

L'épiderme n'est irrigué par aucun vaisseau sanguin. Les cellules qui le composent sont alimentées par diffusion à partir du derme. En revanche, il contient de nombreuses terminaisons nerveuses.

### **1.2. Le derme**

Le derme est un tissu conjonctif constitué majoritairement de fibroblastes et d'une matrice fibro-élastique de collagène, d'élastine et de substance fondamentale. C'est un tissu de soutien qui assure à la fois la solidité et l'élasticité de la peau. Il est traversé par de nombreuses terminaisons nerveuses ainsi que par des vaisseaux sanguins permettant l'apport de nutriments à l'épiderme (3, 4).

### **1.3. L'hypoderme**

Facilement déformable, il est composé de tissus adipeux et conjonctifs et a pour rôle de servir d'interface entre le derme et les structures mobiles situées en-dessous de lui (muscles, tendons...). Il protège également l'organisme des chocs et sert de réserve adipeuse. Dans le derme et l'hypoderme se trouvent les formations vasculaires et nerveuses (3, 4).

### **1.4. Les annexes**

La peau renferme diverses formations dites annexes , que sont :

- le follicule pilo-sébacé, formé du poil lui-même entouré de gaines épithéliales et auquel est systématiquement annexée une glande sébacée ;
- les glandes sudorales qui sécrètent la sueur, permettant ainsi de réduire la température corporelle et de former avec le sébum le film hydrolipidique de surface.

## **2. LES FONCTIONS DE LA PEAU**

Quatre rôles principaux sont reconnus à la peau. Le premier est un rôle de protection. Cette fonction est essentiellement assurée par l'épiderme. La peau limite les pertes en eau de l'organisme et protège le milieu intérieur des agressions d'origine mécanique (variations thermiques, radiations), chimique et biologique (infectieuse).

Par ailleurs, la peau a un rôle sensoriel. C'est l'organe des sens le plus étendu du corps. Elle renferme les récepteurs sensitifs qui permettent de percevoir les sensations tactiles (toucher,

pression, vibration), de détecter les variations de température (froid et chaud) ainsi que d'alerter en cas d'agression tissulaire.

La peau joue également un rôle dans la thermorégulation. C'est la principale interface par laquelle l'organisme contrôle sa température interne. Les poils et le tissu adipeux sous-cutané servent d'isolants contre le froid. L'évaporation de la transpiration est un moyen de perte thermique important surtout à des températures ambiantes élevées.

Enfin, la peau joue un rôle métabolique : le tissu adipeux sous-cutané (hypoderme) représente une réserve importante d'énergie sous forme de triglycérides principalement. La vitamine D est synthétisée dans la peau par photoréaction en présence des rayons ultraviolets pour compléter l'apport alimentaire. La peau est la cible et le site de transformation de nombreuses hormones en plus de sa propre production en certains facteurs de croissance (4).

## A comme ACNE

L'acné est une dermatose plurifactorielle, probablement liée à une prédisposition génétique. Elle est très fréquente, touchant environ 80% des adolescents, provoquant mal-être et gêne dans leur vie quotidienne (5).

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans la prise en charge de cette pathologie. En effet, parmi les jeunes souffrant d'acné, 70% sont ou ont été traités dont 58% seulement sur prescription médicale (6).

L'acné débute aux alentours de la puberté pour disparaître spontanément vers l'âge de 20 ans.

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

Il existe deux formes d'acné :

- l'acné rétentionnelle : caractérisée par des comédons fermés (points blancs ou microkystes) (figure 2) pouvant évoluer vers des comédons ouverts (points noirs) (figure 3) situés dans les orifices des follicules sébacés (7) ;



**Figure 2** : Comédons fermés (8)



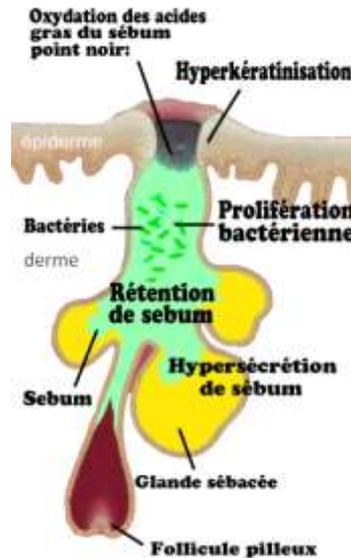
**Figure 3** : Comédons ouverts (8)

- l'acné inflammatoire : caractérisée par des papules, des pustules, des nodules ou des kystes (figure 4).



**Figure 4** : Acné papulopustuleuse (8)

Trois conditions sont indispensables pour la genèse d'une acné (9, 10, 11). Il s'agit de l'hyper-séborrhée, de l'hyperkératinisation du follicule pileux et d'une prolifération bactérienne (figure 5).



**Figure 5** : Formation du comédon (12)

### **1.1. L'hyper-séborrhée**

Lors de la puberté, l'organisme produit des androgènes en quantité importante. Le dérivé le plus connu est la testostérone. Rendue active après sa transformation en dihydrotestostérone sous l'action de la 5-alpha-réductase, elle provoque une hypertrophie des glandes sébacées. La production de sébum est alors accélérée (9, 10, 11).

### **1.2. L'hyperkératinisation du follicule pileux**

Les cellules du canal folliculaire reliant la glande sébacée à la surface de la peau s'épaississent et deviennent cohésives entre elles. Ceci aboutit à la formation d'un véritable bouchon qui obstrue le canal pilosébacé et empêche l'évacuation du sébum. Les pores vont se dilater, le bouchon grossir et évoluer vers l'orifice du follicule pileux pour former le comédon (9, 10, 11).

### **1.3. La prolifération bactérienne**

Dans le pore obstrué, un bouleversement de la flore épidermique se produit. Levures (*Pityrosporum ovale*) et bactéries (*Staphylococcus epidermidis*) colonisent les microkystes. *Propionibacterium acnes* prolifère au niveau de la glande sébacée. Ces germes vont

hydrolyser les triglycérides du sébum en acides gras libres irritants. Le comédon se rompt entraînant la formation de papules, de pustules, voire de kystes. C'est le stade inflammatoire de l'acné (9, 10, 11).

## 2. TRAITEMENT MEDICAL

### 2.1. Utilisation des topiques

#### 2.1.1. Les rétinoïdes

La vitamine A et ses dérivés ont des propriétés comédolytiques et kératolytiques. Ils sont indiqués dans les formes comédonniennes, sauf l'adapalène qui peut être utilisé dans l'acné mixte inflammatoire et rétentionnelle (14). Au début du traitement, une recrudescence de l'acné peut s'observer. Tous peuvent entraîner une desquamation, une sensation de brûlure, un érythème. Ils sont tous photosensibilisants et contre-indiqués pendant la grossesse (tableau I) (13).

DCI	Spécialités	Formes	Posologies	Conseils
<b>Trétinoïne ou vitamine A acide</b>	Effederm <sup>®</sup> Locacid <sup>®</sup> Retacnyl <sup>®</sup> Retin A <sup>®</sup> Ketrel <sup>®</sup> dans Erylik <sup>®</sup>	crème, lotion crème, solution crème crème crème Gel	Une à deux applications le soir sur une peau sèche et propre pendant plusieurs semaines, puis 2 à 3 fois par semaine	Eviter le contact avec les yeux et les muqueuses Eviter l'exposition au soleil et aux U.V. Une irritation peut apparaître au niveau de la région péribuccale et du cou Pour les patients roux ou à peau fine, se limiter à une application tous les 2 jours
<b>Isotrétinoïne</b>	Roaccutane <sup>®</sup> dans Antibiotrex <sup>®</sup>	Gel Gel	Une à deux applications par jour 15 minutes après la toilette pendant 3 mois en moyenne	Ne pas s'exposer au soleil et aux U.V. sinon utiliser une protection solaire
<b>Adapalène</b>	Différine <sup>®</sup>	Gel, crème	Une application au coucher sur une peau propre et sèche	En cas d'exposition au soleil, ne pas appliquer la veille, le jour même et le lendemain. Ne pas utiliser pendant le premier trimestre de grossesse. Lors de l'allaitement, ne pas appliquer sur la poitrine

Tableau I : Utilisation des rétinoïdes topiques dans le traitement de l'acné (15, 16).

### 2.1.2. Le peroxyde de benzoyle

Actif sur *Propionibacterium acnes*, il présente à terme une action satisfaisante sur les lésions inflammatoires (tableau II). Il est irritant pour la peau et peut même entraîner une sensibilisation, voire un eczéma de contact allergique.

DCI	Spécialités	Formes	Posologies	Conseils
<b>Peroxyde de benzoyle</b>	Cutacnyl <sup>®</sup> Eclaran <sup>®</sup> Effacné <sup>®</sup> Panoxyl <sup>®</sup> Brevoxyl <sup>®</sup> Pannogel <sup>®</sup>	Gel, lotion Gel Gel Gel Crème Pain, gel	Appliquer 1 à 2 fois par jour sur une peau propre et sèche	Risque de photosensibilisation. Le principe actif peut décolorer les cheveux, les phanères, les vêtements et autres textiles

Tableau II : Le peroxyde de benzoyle topique dans le traitement de l'acné (15, 16).

### 2.1.3. Les antibiotiques

Ils possèdent une activité anti-inflammatoire en plus de leur activité antibactérienne (tableau III). Ils peuvent être associés aux 2 actifs précédents. Ils peuvent être responsables d'une sensation d'irritation (impliquant l'espacement des applications) et d'un dessèchement de la peau (13).

DCI	Spécialités	Formes	Posologies	Conseils
<b>Erythromycine</b>	Eryacné <sup>®</sup> Eryfluid <sup>®</sup> Erythrogel <sup>®</sup> Erythromycine Bailleul <sup>®</sup> Stimycine <sup>®</sup>	Solution Solution Gel Solution Solution Crème	Tamponner sans frotter les lésions 1 à 2 fois par jour pendant 3 mois	Eviter le contact avec les yeux et les muqueuses
<b>Clindamycine</b>	Dalacine T Topic <sup>®</sup>	Solution	Idem	Eviter l'application autour de l'œil et des muqueuses ou sur une peau écorchée : risque de passage systémique, donc de colites pseudo-membraneuses.

Tableau III : Les antibiotiques topiques dans le traitement de l'acné (15, 16).

## 2.2. Les traitements par voie générale

Souvent associés aux topiques, ils sont indiqués dans les formes étendues, modérées ou graves.

### 2.2.1. L'isotrétinoïne

Il s'agit d'un puissant antiséborrhéique dont l'usage est réservé au traitement des acnés sévères, compte tenu de ses précaution d'emploi et de ses effets indésirables (tableau IV).

L'isotrétinoïne est tératogène. Le pharmacien devra donc être vigilant lors de la délivrance. Il devra vérifier qu'un certain nombre de mentions figurent sur l'ordonnance, à savoir :

- la date du test qualitatif d'hCG plasmatique ;
- l'évaluation du niveau de compréhension du risque tératogène ;
- la signature de l'accord de soins et de contraception ;
- la mise en place d'une contraception efficace depuis au moins un mois.

La prescription d'isotrétinoïne est limitée à 30 jours. Sa délivrance doit avoir lieu dans les 7 jours suivant la prescription.

Le test de grossesse sanguin doit avoir lieu le jour de la visite médicale ou dans les trois jours qui la précèdent (14).

DCI	Spécialités	Posologies	Effets indésirables	Contre-indications
<b>Isotrétinoïne</b>	Roaccutane <sup>®</sup> , Curacné <sup>®</sup> , Procuta <sup>®</sup> , Contracné <sup>®</sup>	0,5 à 1 mg/kg/j en 1 à 3 prises quotidiennes, aux repas	Tératogénéicité Chéilite, xérose, desquamation palmo- plantaire, érythème facial, trouble des phanères, poussée d'acné le premier mois de traitement Douleurs osseuses Sécheresse ophtalmique Elévation du cholestérol, des triglycérides et des transaminases Myalgies, céphalées Photosensibilisation	Grossesse Insuffisance rénale ou hépatique Hypervitaminose A Hyperlipidémie Association avec les cyclines Association avec la norethistérone (Miniphase <sup>®</sup> , Triella <sup>®</sup> )

Tableau IV : L'isotrétinoïne par voie orale dans le traitement de l'acné (14, 15, 16).

Un certain nombre de conseils sont à prodiguer lors de la dispensation d'isotrétinoïne :

- signaler que l'acné peut s'aggraver en début de traitement ;
- rappeler que le patient ne doit effectuer aucun don de sang pendant le traitement ni au cours du mois suivant son arrêt ;
- qu'il doit hydrater son visage, ses yeux et ses lèvres en raison de l'effet desséchant du principe actif ;
- qu'il doit préférer le port de lunettes à celui des lentilles de contact ;
- qu'il doit éviter l'exposition au soleil et aux UV ;
- qu'il ne doit pas utiliser d'autres médicaments pour l'acné, notamment à usage local, ou des produits contenant de la vitamine A ;
- signaler la prise d'isotrétinoïne à tout praticien ;

- qu'il ne doit jamais conseiller ce médicament à un(e) ami(e) ;
- poursuivre la contraception pendant toute la durée du traitement et le mois suivant son arrêt ;
- respecter le calendrier des examens cliniques et biologiques (test sérologique de grossesse, surveillance des triglycérides, cholestérol total, transaminases) ;
- à la fin du traitement, rapporter à la pharmacie les capsules non utilisées.

### 2.2.2. Les antibiotiques

Ils ont une activité anti-inflammatoire en plus de la réduction des colonies de *P. acnes* (tableau V). Les cyclines de deuxième génération (doxycycline, lymécycline, minocycline) sont les plus utilisées. Les antibiotiques sont administrés à des posologies plus faibles qu'en pathologie infectieuse, sans dépasser 3 à 6 mois de traitement sous peine de créer des résistances bactériennes.

DCI	Spécialités	posologies	Effets indésirables	Contre-indications
<b>Doxycycline</b>	Granudoxy <sup>®</sup> , Spanor <sup>®</sup> , Vibramycine <sup>®</sup> , Tolexine <sup>®</sup> , Doxy <sup>®</sup>	100 mg/j en une prise pendant 10 à 15 jours puis 50 mg/j	Photosensibilisation Dyschromie dentaire Vertige Pigmentation Rarement : hépatites, anomalies hématologiques	Grossesse et allaitement (coloration des dents de laits) Enfant de moins de 8 ans Association à l'isotrétinoïne (hypertension intracrânienne)
<b>Minocycline</b>	Mynocine <sup>®</sup> , Mestacine <sup>®</sup> , Minolis <sup>®</sup> , Zacnan <sup>®</sup>	100 mg/j pendant 10 à 15 jours puis 50 mg/j ou 100 mg 1 jour sur 2 (milieu de repas)		
<b>Lymécycline</b>	Tetralysal <sup>®</sup>	300 mg/j en 2 prises pendant 10 à 15 jours puis 150 mg/j ou 300 mg/j 1 jour sur 2 (en dehors des repas)		
<b>Erythromycine</b>	Ery <sup>®</sup> , Erythrocin <sup>®</sup>	500 mg 2 fois par jour avant les repas	Troubles gastro-intestinaux	Association aux dérivés de l'ergot de seigle, au cisapride et certains antihistaminiques

Tableau V : Les antibiotiques *per os* dans le traitement de l'acné ( 14, 15, 16).

### 2.2.3. L'hormonothérapie

Certains contraceptifs (Tricilest<sup>®</sup>, Triafermi<sup>®</sup>), sont aussi prescrits pour leurs propriétés antiacnéiques, ainsi que des associations d'hormones (éthynylestradiol 35 µg et acétate de cyprotérone 2 mg) (tableau VI).

Il faut rappeler que Diane 35<sup>®</sup> n'a l'AMM que dans l'indication « traitement de l'acné chez la femme » et ne peut donc être prescrit comme contraceptif au cours d'un traitement par isotrétinoïne.

DCI	Spécialités	posologies	Effets indésirables	Contre-indications
Ethinylestradiol et Cyprotérone	Diane <sup>®</sup> , Holgyème <sup>®</sup> , Lumalia <sup>®</sup> , Evepar <sup>®</sup> , Minerva <sup>®</sup>	1 comprimé par jour pendant 21 jours, arrêt pendant 7 jours	Nausées, céphalées, prise de poids Saignements intermenstruels, dysménorrhées Irritation oculaire par lentilles de contact	Accidents au antécédents thromboemboliques artériels ou veineux Affections cardiovasculaires Tumeurs malignes du sein et de l'utérus Diabète avec complications vasculaires Rétinopathie vasculaire Hépatopathie sévère Hémorragie gynécologique d'étiologie inconnue Tumeurs hypophysaires

Tableau VI : Place de l'hormonothérapie dans le traitement de l'acné (15, 16).

### 2.2.4. Le zinc

Il est indiqué dans l'acné inflammatoire modérée. Il doit être pris à jeun pour éviter une diminution de son absorption. Les effets secondaires sont peu nombreux (gastralgies). Il peut être prescrit au cours de la grossesse (14).

## 3. LE CONSEIL OFFICINAL

Le pharmacien est fréquemment consulté avant le médecin dans le cas d'une acné. Il devra donc faire la différence entre une légère séborrhée avec quelques comédons et une acné inflammatoire. Seule la première situation l'autorise à conseiller des cosmétiques.

Ce conseil repose sur quatre gestes essentiels : nettoyer, traiter, hydrater et matifier.

### 3.1. Les produits d'hygiène

Une toilette biquotidienne est suffisante, réalisée avec :

- des pains dermatologiques surgras ;
- des gels moussants ;
- des solutions micellaires sans rinçage (tableau VII).

Produits	Actifs	Avantages	Inconvénients
Hyfac plus pain dermatologique, Dermo pain	Association de plusieurs tensioactifs doux	Respect du pH cutané	Rinçage soigneux nécessaire Peu moussants
Cleanance <sup>®</sup> , Nobacter <sup>®</sup> , Effaclar <sup>®</sup> , Neutrogena <sup>®</sup>	Tensioactifs, antiseptiques, acide salicylique, agents adoucissants et apaisants, sels de zinc ou de cuivre	Utilisation simple et agréable	Utilisation sur peau mouillée Rinçage impératif Tolérance
Sebium H2O <sup>®</sup> , Keracnyl <sup>®</sup>	Solutions à base de particules d'esters d'acide gras	Solubilisation des salissures sans délipider Sans rinçage	Traces de produits restants sur la peau

Tableau VII : Les produits de toilette pour peaux à tendance acnéique (13).

Le rinçage de ces bases lavantes doit être soigneux pour éviter toute irritation. La peau sera séchée par tamponnements afin de ne pas la déshydrater.

En complément, le pharmacien pourra conseiller l'utilisation une fois par semaine d'un exfoliant doux (Exfoliac gel désincrustant<sup>®</sup>) pour éliminer les cellules mortes obstruant les pores, ainsi que l'application d'un masque (Purif-Ac<sup>®</sup>, Keracnyl<sup>®</sup>) afin d'absorber les impuretés et l'excès de sébum.

### 3.2. Les produits de soins

Le soin a pour but de limiter la kératinisation, la prolifération bactérienne, l'état inflammatoire et de corriger l'excès de sébum. Les produits utilisés resserrent les pores, hydratent les couches supérieures de l'épiderme et favorisent la restructuration du film hydrolipidique. Ils doivent être appliqués le soir sur une peau propre et sèche.

#### 3.2.1. Les séborégulateurs

Ils sont représentés par le sabal, les sels de cuivre et de zinc (gluconate). Ils réduisent l'aspect luisant de la peau et régulent la sécrétion excessive de sébum (13).

Exemples : Sébium AKN crème active<sup>®</sup>, Purif-Ac émulsion correctrice imperfections<sup>®</sup>

### 3.2.2. Les kératolytiques

Il s'agit des acides glycolique, lactique et salicylique et des dérivés de la vitamine A tel que le palmitate. A faibles concentrations, ces actifs sont hydratants alors qu'à fortes concentrations, ce sont des agents exfoliants qui facilitent la régression des comédons. Ils ont un pH acide, d'où une tolérance parfois incertaine en particulier par les peaux sensibles ou déjà irritées (13).

Exemples : Effaclar K<sup>®</sup>, Hyseac<sup>®</sup>, Kerafnia<sup>®</sup>

### 3.2.3. Les antibactériens

La chlorhexidine et le triclosan, en sont les principaux représentants.

Exemples : Diacnéal émulsion<sup>®</sup>, Papulex<sup>®</sup>

### 3.2.4. Les apaisants et anti-inflammatoires

Ils sont représentés par l'allantoïne, l'alphabissabolol, la vitamine E, les eaux thermales. Ils diminuent l'agressivité des autres actifs, calment les sensations d'irritation et de tiraillement (13).

Exemples : Hydrafnia soins apaisant<sup>®</sup>, Purif-Ac réparateur apaisant<sup>®</sup>

### 3.2.5. Les matifiants

On retrouve dans cette classe le kaolin et les microsphères de copolymères de métacrylate. Ils diminuent l'aspect luisant de la peau par absorption de l'excès de sébum.

### 3.2.6. Les hydratants

Il s'agit du hyaluronate de sodium, des polyols, de l'allantoïne... Ils préviennent le dessèchement cutané et atténuent la desquamation de la peau. Ils doivent être appliqués le matin (Exfoliac crème hydratante matifiante<sup>®</sup>) (13).

## 3.3. Conseils associés

- Rappeler l'importance de l'hygiène dans le traitement sans tomber dans l'excès : une toilette biquotidienne suffit (des lavages trop fréquents provoqueraient une trop grande détergence et donc une augmentation de production de sébum) ;
- Bannir le savon de Marseille, les produits alcoolisés, les gommages agressifs, qui provoquent une stimulation de la sécrétion sébacée ainsi qu'une irritation et un dessèchement supplémentaire ;

- Bien se laver les mains avant la toilette du visage ;
- Rappeler l'importance de l'observance du traitement ;
- Eviter de toucher les boutons ;
- Contrairement aux idées reçues, aucun régime particulier n'est à suivre ;
- Eviter les facteurs aggravants : tabac, stress, anxiété et surtout le soleil. Les expositions aux U.V. font bien disparaître les boutons dans un premier temps mais provoquent une recrudescence de l'acné 3 à 4 semaines après. Il se produit une kératinisation des canaux pilosébacés et donc un épaissement de la couche cornée, ce qui masque et incruste encore plus les comédons et les microkystes. Conseiller une protection solaire d'indice élevé et non grasse (Cleanance SPF 40<sup>®</sup>) ;
- Ne pas appliquer une crème sur une peau humide ou trop près de la bouche ou des yeux (irritation) ;
- Ne pas frotter la peau pour faire pénétrer le produit antiacnéique ;
- Utiliser des produits de maquillage non comédogènes (éviter les dérivés de la lanoline ; les triglycérides présents dans les huiles de coco, d'amandes, d'arachide, le squalène) ;
- Ne jamais oublier de se démaquiller le soir pour éviter l'obstruction des pores ;
- Préférer le rasage électrique au mécanique ;
- Utiliser des mousses à raser adoucissantes, antiseptiques et antibactériennes (Nobacter gel ou mousse<sup>®</sup>, Cible<sup>®</sup>, Avene Homme<sup>®</sup>, Vichy<sup>®</sup>) ;
- Appliquer un soin après-rasage à texture légère, non grasse et sans alcool (Nobacter crème<sup>®</sup>) (13, 14 ,15 ,16).

## B comme BRULURES

La prise en charge d'une brûlure à l'officine est une situation d'urgence. Le pharmacien pourra soigner des brûlures peu étendues, peu profondes, non infectées et récentes.

Le terrain orientera également la prise en charge. Certaines situations (jeune enfant, personne âgée), des pathologies associées (diabète, artériopathie, immunodépression) feront orienter le patient vers une consultation médicale (18).

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

Une brûlure peut avoir une origine physique (thermique, électrique, secondaire à des radiations tel le coup de soleil) ou chimique.

Une brûlure correspond à une destruction des cellules cutanées et donc à des lésions tissulaires.

Il est nécessaire, devant toute brûlure, d'en évaluer la gravité par l'observation de la profondeur, de l'étendue, de la localisation, des lésions associées et en prenant en compte le terrain de la personne et la nature de la brûlure (18, 19).

#### 1.1. Evaluation de la profondeur d'une brûlure

##### 1.1.1. Brûlure du 1<sup>er</sup> degré

On observe un érythème douloureux mais pas de cloques. Il y a une atteinte de la couche cornée de l'épiderme. La cicatrisation se fait sans traces en 5 à 6 jours. L'exemple type est le coup de soleil (figure 6) (18, 20).



**Figure 6 :** Brûlure du premier degré (21)

##### 1.1.2. Brûlure du 2<sup>nd</sup> degré superficiel

Il y a présence de phlyctènes avec des sérosités. Sous les phlyctènes, la peau est rouge, bien vascularisée et très sensible. La couche cornée et l'épiderme sont détruits mais la couche basale, régénératrice de l'épiderme est intacte. La cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines (18, 20).

### 1.1.3. Brûlures du 2<sup>nd</sup> degré profond

Comme pour les brûlures du 2<sup>nd</sup> degré superficiel il y a formation de phlyctènes avec des sérosités. Sous les phlyctènes, la peau est blanc rosé, mal vascularisée et peu sensible. L'épiderme et la couche basale sont détruits, le derme superficiel est atteint. La cicatrisation est supérieure à 30 jours et laisse une trace (18, 20).



**Figure 7 :** Brûlure du deuxième degré (21)

### 1.1.4. Brûlure du 3<sup>ème</sup> degré

On observe un escarre beige noirâtre. La peau est cartonnée, parcheminée, sèche et indolore. L'épiderme et le derme sont atteints en totalité, les terminaisons nerveuses sont détruites. Il n'y a pas de cicatrisation spontanée (18,20).

## 1.2. Evaluation de l'étendue d'une brûlure

L'étendue est estimée en pourcentage de la surface corporelle grâce à 2 méthodes.

### 1.2.1. La règle des 9 de Wallace

On associe à un membre brûlé un pourcentage afin de déterminer le pourcentage total de la surface corporelle atteinte. Ainsi la tête, le cou et chaque membre supérieur représentent 9%. Chaque membre inférieur et les faces antérieures et postérieures du tronc représentent 18% et la région périnéale 1% (22).

Il s'agit d'une méthode rapide mais peu précise. Par contre, elle n'est pas applicable chez l'enfant car les proportions entre la tête et le reste du corps sont variables en fonction de l'âge.

### 1.2.2. Par rapport à la paume de la main

Cette méthode se base sur le fait que l'on estime que la paume de la main du sujet représente 1% de sa surface corporelle (23).

Le pharmacien ne prendra en charge que les brûlures atteignant moins de 1% de la surface corporelle, les autres seront automatiquement orientées vers une consultation médicale.

### 1.2.3. Evaluation de la gravité d'une brûlure

Il existe des zones sensibles qui font que, si elles sont touchées, le patient est orienté vers un médecin. Il s'agit de la face, du cou, des mains, des pieds, des organes génitaux externes et des plis de flexion (23).

## 2. TRAITEMENT DES BRULURES

### 2.1. Les brûlures profondes ou étendues

Ces brûlures nécessitent une consultation médicale. En attendant, on peut dispenser les premiers soins, à savoir :

- placer la partie brûlée sous un courant d'eau froide pendant 10 minutes (une brûlure est une blessure évolutive et ceci permet d'interrompre son processus) ;
- poser des bandes de tulle gras sur la brûlure afin de protéger la peau et soulager la douleur (Urgotul<sup>®</sup>, Tulle Gras Lumière<sup>®</sup>, Biogase<sup>®</sup>, Antibiotulle<sup>®</sup>... ) ;
- administrer un antalgique (paracétamol).

Toute autre action est inutile et peut même aggraver la situation.

### 2.2. Les brûlures du 1er degré

Le premier geste à faire est d'enlever tout ce qui pourrait provoquer un effet garrot si la zone se mettait à gonfler (bagues, montre). Les vêtements en contact avec la brûlure doivent être retirés sauf s'il s'agit de tissu synthétique. Il faut ensuite refroidir la brûlure pendant 10 minutes sous l'eau froide. Si la brûlure n'est pas récente, qu'elle est surinfectée mais qu'elle ne présente aucun signe de gravité, elle sera désinfectée avec un antiseptique aqueux après nettoyage au sérum physiologique ou avec un pain sans savon. Il est utile de conseiller du paracétamol pour traiter la douleur, puis l'application d'une crème hydratante (Biafine<sup>®</sup>, Osmosoft<sup>®</sup>, Cicatryl<sup>®</sup>...) (24).

### 2.3. Les brûlures du 2nd degré superficiel

La zone brûlée sera lavée au sérum physiologique, puis séchée délicatement avec une compresse stérile. Il faut penser à recommander au patient de ne pas percer les phlyctènes, qui protègent la peau en-dessous et évitent donc la surinfection. Si les phlyctènes sont percées, il faut enlever les morceaux de peau en les découpant avec des ciseaux puis désinfecter. Afin de réduire le risque d'infection et de favoriser la cicatrisation, on peut appliquer un pansement gras sur la totalité de la brûlure (25).

## 3. CONSEILS ASSOCIES

En cas de brûlure du 1<sup>er</sup> degré, il ne faut pas s'exposer au soleil les jours suivants. L'utilisation d'une photoprotection externe est fortement recommandée par la suite (20).

En cas de brûlure de 2<sup>nd</sup> degré, il faut surveiller son évolution (tout signe d'infection ou tout retard de cicatrisation doit amener le patient à consulter un médecin). On conseillera l'application d'une protection solaire d'indice élevé (50+) après la cicatrisation pour éviter la survenue de dyschromie.

## E comme Eczéma

Le terme eczéma désigne un groupe de pathologies se manifestant par des lésions cutanées caractérisées par un placard rouge vif sur lequel apparaissent des vésicules transparentes qui crèvent vite, laissant suinter une sérosité. Cet écoulement aboutit à la formation de croûtes, qui précèdent la réparation des lésions (25).

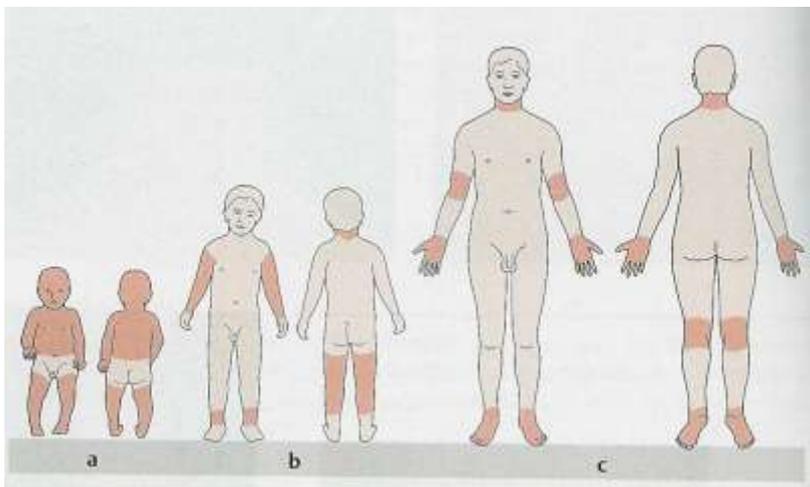
Seuls l'eczéma de contact et la dermatite atopique seront traités dans ce chapitre.

### 1. LA DERMATITE ATOPIQUE

La dermatite atopique est une dermatose souvent associée à d'autres manifestations atopiques tels que l'asthme et la rhinite allergique. Elle se manifeste souvent dès l'enfance, s'accompagnant d'un prurit intense, et possède un caractère chronique et récidivant (26).

#### 1.1. Physiopathologie

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la dermatite atopique comprennent des anomalies génétiques, immunologiques et de la barrière épidermique (anomalie des lipides cutanés de surface). Elle se manifeste par des lésions inflammatoires au niveau de la peau : placards érythémato-oedémateux et vésiculeux au début, puis par des lésions plus sèches qui vont progressivement s'épaissir (27). L'aspect clinique varie selon l'âge (figure 8).



a) nourrisson b) enfant c) adulte

**Figure 8 :** Distribution topographique de la dermatite atopique en fonction de l'âge (26)

- chez le nourrisson la dermatite atopique survient après le deuxième mois. Elle atteint préférentiellement les joues (figure 9), le front, le pouce sucé et les membres. Elle est surtout vésiculeuse et suintante ;



**Figure 9 :** Lésions au niveau des joues dans la dermatite atopique du nourrisson (2)

- chez l'enfant après deux ans la dermatite atopique occupe des localisations caractéristiques : plis et extrémités (figure 10) ;



**Figure 10 :** Lésions au niveau du genou dans la dermatite atopique du jeune enfant (2)

- chez les adolescents et les adultes, les zones atteintes sont surtout les plis. La lichénification et la xérose dominant (28).

D'autres manifestations atopiques peuvent s'associer à l'eczéma : allergie alimentaire avant l'âge de trois ans, asthme dans un tiers des cas, rhinite. La colonisation par le staphylocoque doré, qui entretient l'inflammation et déclenche les poussées, est très fréquente.

Le diagnostic est clinique et repose sur l'existence d'au moins trois facteurs majeurs et trois facteurs mineurs (26). Les facteurs majeurs sont le prurit, la localisation des lésions, l'évolution chronique ou chronique récidivante, l'existence d'antécédents personnels ou familiaux (asthme allergique, rhinite allergique, dermatite atopique). Les facteurs mineurs sont la xérose ou l'ichtyose et la kératose pileaire, les réactions cutanées de type I (urticaire, œdème de Quincke), l'élévation du taux sérique d'IgE, la tendance aux surinfections cutanées, la présence de localisations particulières (dermite des mains et des pieds, chéilite, eczéma du mamelon, vulvite, anite), des signes oculaires (conjonctivite allergique récidivante, cataracte), du prurit à la transpiration (intolérance à la laine, aux textiles synthétiques), une allergie alimentaire (protéines du lait de vache, œuf, arachide, blé, soja, poisson, fruits exotiques...), l'aggravation des lésions sous l'influence de certains facteurs environnementaux (pollution, acariens, animaux domestiques...).

La dermatite atopique évolue par poussées sur fond de xérose. Elle peut disparaître spontanément vers l'âge de 5-8 ans.

## 1.2. Le traitement médical

Le traitement est long et fastidieux. Le caractère chronique et récidivant de la maladie constitue une source de découragement.

### 1.2.1. Le traitement des poussées

#### 1.2.1.1. Les dermocorticoïdes

Ils constituent le traitement de choix de la dermatite atopique. Ils sont répartis en quatre classes (tableau VIII).

Classe	DCI	Spécialité
Classe I (activité très forte)	Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate	Dermoval <sup>®</sup> Diprolène <sup>®</sup>
Classe II (activité forte)	Bétaméthasone valérate Bétaméthasone dipropionate 0,10% Hydrocortisone acéponate Difluprednate 0,05% Hydrocortisone butyrate Diflucortolone valérianate	Betnéval <sup>®</sup> , Celestoderm <sup>®</sup> Diprosept <sup>®</sup> , Diprosone <sup>®</sup> Efficort <sup>®</sup> Epitopic 0,05% <sup>®</sup> Locoïd <sup>®</sup> Nérisone <sup>®</sup>
Classe III (activité modérée)	Désonide Fluocortolone + caproate	Locapred <sup>®</sup> , Locatop <sup>®</sup> , Tridésanit <sup>®</sup> Ultralan <sup>®</sup>

	Bétaméthasone valérate 0,05%	Celestoderm relais <sup>®</sup>
Classe IV (activité faible)	Hydrocortisone	Hydracort <sup>®</sup>

Tableau VIII : Les dermocorticoïdes locaux dans le traitement de la dermatite atopique (16, 29)

On adaptera la classe utilisée en fonction de la localisation des lésions à traiter et de l'importance de ces lésions (tableau IX).

Localisation des lésions	Nourrisson	Enfant	Adulte
Visage	Classe IV si indispensable	Classe IV à III	Classe III
Corps	Classe III	Classe III à II	Classe II
Fesses	Classe IV	Classe III	Classe II
Paume des mains et plante des pieds	Classe III à II	Classe II	Classe I
Cuir chevelu	Classe IV	Classe III	Classe II

Tableau IX : Choix de la classe de dermocorticoïde prescrit (16, 29).

Le traitement des poussées utilise généralement un dermocorticoïde de classe II ou III en une application quotidienne jusqu'à disparition des lésions (30). On utilisera ensuite des produits faiblement dosés (hydrocortisone) et on espacera progressivement la fréquence des applications, afin d'éviter l'effet rebond.

Les pommades sont indiquées dans les cas de lésions sèches et épaisses et sont contre-indiquées sur une dermatose suintante. Les crèmes peuvent être appliquées sans discrimination. Les gels et les lotions sont indiqués pour les dermatoses siégeant sur les zones pileuses (5).

Lors de la délivrance de dermocorticoïdes, il appartiendra au pharmacien de rappeler certains conseils :

- éviter les traitements de plus de 8-10 jours ;
- une application par jour suffit (afin d'éviter la tachyphylaxie) ;
- les applications doivent être précédées d'un nettoyage des lésions (avec un savon surgras ou un pain dermatologique) ;
- arrêter progressivement l'application des dermocorticoïdes pour éviter l'effet rebond (une application par jour jusqu'à disparition des lésions, puis une application un soir sur deux pendant une semaine, puis trois fois par semaine pendant deux semaines (5).

#### 1.2.1.2. Les antihistaminiques H1

Ils luttent contre le prurit. L'oxatomide (Tinset<sup>®</sup>) possède une indication dans la dermatite atopique. Les antihistaminiques à effet sédatif sont également très prescrits pour calmer le prurit et améliorer le sommeil (Atarax<sup>®</sup>, Primalan<sup>®</sup>, Polaramine<sup>®</sup>) (29).

#### 1.2.1.3. Les antibiotiques

Lors de la surinfection bactérienne des lésions, l'application d'antibiotiques en alternance avec les corticoïdes est discutée (risque d'induire une sensibilisation cutanée).

Une antibiothérapie *per os* d'une durée de 10 jours peut être prescrite.

#### 1.2.1.4. Les antiseptiques

Ils sont inutiles car irritants, voire allergisants (30)

#### 1.2.1.5. Les immunosuppresseurs

##### 1.2.1.5.1. la ciclosporine (Sandimmun<sup>®</sup>, Neoral<sup>®</sup>)

Elle est indiquée dans les formes sévères de dermatite atopique de l'adulte, en cas d'inefficacité, d'intolérance ou de contre-indication aux traitements classiques (photothérapie). Elle nécessite une prescription initiale hospitalière, valable six mois et renouvelable par tout médecin de ville.

##### 1.2.1.5.2. le tacrolimus (Protopic<sup>®</sup>)

Le tacrolimus est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte et de l'enfant de plus de deux ans qui n'a pas répondu de façon adéquate aux traitements conventionnels, tels que les dermocorticoïdes (30).

Protopic<sup>®</sup> est un médicament d'exception dont la prescription est réservée aux dermatologues et aux pédiatres. Lors du traitement, il est nécessaire d'éviter les expositions au soleil. Les principaux effets secondaires sont des irritations cutanées, des sensations de brûlures, de prurit et d'érythèmes régressant généralement après une semaine de traitement.

Le tacrolimus est contre-indiqué en cas d'allergie aux macrolides et chez la femme enceinte.

#### 1.2.2. La photothérapie

La photothérapie UVA/UVB peut être d'une aide très significative dans les formes graves (31).

#### 1.2.3. Les cures thermales

Les cures thermales peuvent se réaliser à St Gervais, à La Roche Posay ou à Avène... Elles permettent de diminuer le prurit et l'inflammation, d'assainir la peau, de lutter contre la lichéinification et d'accélérer la cicatrisation. La rencontre d'autres personnes souffrant de dermatite atopique permet de mieux accepter sa maladie tant au niveau physique que psychologique (27).

### 1.3. Le conseil officinal

- donner un bain court (5 minutes) à une température tiède (ne dépassant pas 33°C) ;
- utiliser des pains dermatologiques ou des gels sans savon ;

- éliminer les allergènes : bien aérer la chambre afin de supprimer la présence d'acariens, de poussière et de poils d'animaux ;
- utiliser des housses de matelas anti-acariens ;
- porter des vêtements en coton, en soie ou en polyester à fines fibres ;
- éviter la laine à même la peau ;
- utiliser des lessives sans phosphate ;
- le bénéfice de l'allaitement maternel exclusif prolongé sur la possible survenue d'atopie, chez le nourrisson à risque, est débattu et n'a pas été démontré ;
- la diversification alimentaire sera réalisée avec prudence, de préférence après six mois, en évitant certains légumes (choux, poivrons, salsifis et tomates), les fruits exotiques, les fruits secs (noix, amandes, cacahuète...), les œufs et le poisson (27, 29, 31).

La toilette sera réalisée avec des nettoyants surgras, sans savon et sans parfum, ou des pains dermatologiques. On pourra ajouter dans l'eau du bain des huiles de bain (huile de bain Exomega A-Derma<sup>®</sup>, Lipikar<sup>®</sup> huile de bain La Roche Posay), de l'amidon de maïs ou un sachet Avenoo<sup>®</sup>. Le séchage sera réalisé par tamponnement (32).

La toilette sera suivie par l'application d'un émollient, sur une peau humide. Il faudra éviter leur usage lors des poussées sous peine d'irriter la peau. Par temps froid et sec, il faudra penser à augmenter la fréquence de leur application. Le pharmacien bénéficie d'un large choix de gammes à conseiller (tableau X).

Laboratoire	Spécialité
Uriage	Cu-Zn <sup>®</sup>
Saint Gervais	Eczéane <sup>®</sup>
CS Dermatologie	Effadiane <sup>®</sup>
Roc	Enydrial <sup>®</sup>
La Roche Posay	Lipikar <sup>®</sup>
Ducray	A-Derma Exomega <sup>®</sup>
Avene	Trixera <sup>®</sup>
Lutsine	Xeramance <sup>®</sup>
SVR	Topialyse <sup>®</sup>
Mustela	Stelatopia <sup>®</sup>

Tableau X : Les principaux émollients disponibles à l'officine (16).

Il n'existe que très peu de produits remboursés dans cette indication. Il s'agit du Dexeryl crème<sup>®</sup> et de préparations magistrales comme le Cold Cream ou le Cérat de Galien (32).

Conseils pour l'application de l'émollient :

- les crèmes s'appliquent toujours en petite quantité (mieux vaut 2 fois par jour en petite quantité que 2 fois par semaine en couche épaisse) ;
- ne pas frictionner la peau mais effectuer un massage léger après avoir réchauffé l'émollient dans les mains ;
- allonger l'enfant puis masser en effleurant la peau avec de larges mouvements en commençant par les membres inférieurs (chevilles, cuisses) puis passer aux poignets, aux aisselles et au tronc, sans oublier le dos, continuer vers la nuque, les oreilles puis le visage ;
- si nécessaire, appliquer l'émollient avec le bout des doigts sur les paupières, la bouche et les commissures des lèvres (33).

## **2. L'ECZEMA DE CONTACT**

L'eczéma de contact est la plus fréquente des dermatoses professionnelles et constitue donc un problème de santé publique. Il fait l'objet d'une surveillance permanente en médecine du travail. Il est dû à une sensibilisation à des molécules non tolérées ou allergènes, en contact avec la peau (34, 35).

### **2.1. Physiopathologie**

L'eczéma de contact évolue en deux phases : une phase de sensibilisation et une phase d'expression (34).

#### 2.1.1. Phase de sensibilisation

Le produit sensibilisant est un haptène, molécule de petite taille non immunogène par elle-même. L'haptène traverse la peau et s'associe à une protéine pour former l'allergène. Il se produit alors une activation des lymphocytes T « naïfs », qui prolifèrent et se différencient en lymphocytes T « mémoires ». Cette phase est asymptomatique (35).

#### 2.1.2. Phase d'expression de l'eczéma

Elle se produit 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène. Les lymphocytes T « mémoires » prolifèrent et sécrètent des cytokines qui régulent négativement les phénomènes inflammatoires (35).

#### 2.1.3. Formes cliniques

Il existe deux formes cliniques.

##### 2.1.3.1. Les dermatites d'irritation

Elles se caractérisent par le développement de macules et de placards érythémateux limités de manière précise aux régions qui ont été en contact direct avec le produit irritant (figure 11). Elles ne s'étendent pas à distance, contrairement à l'eczéma de contact allergique. Elles s'estompent rapidement lorsque cesse le contact avec l'agent causal et ne font pas intervenir de mécanismes immunologiques (36).



**Figure 11** : Eczéma de contact du à un constituant de chaussures (35)

#### 2.1.3.2. Les eczémas de contact allergiques

Ils ont l'aspect d'un eczéma classique. Les plaques s'étendent au-delà de la zone de contact (figure 12). La pénétration systémique de l'allergène peut entraîner l'apparition à distance de lésions prurigineuses symétriques (36).



**Figure 12** : Eczéma de contact au nickel (cas d'un bouton de pantalon) (26)

#### 2.1.4. Les principaux allergènes de contact

Sont le plus souvent en cause les métaux (nickel des bijoux fantaisie et des boutons de jeans, chrome, cobalt, mercure), les caoutchoucs, le latex, les matières plastiques, les parfums, les conservateurs, les produits de tannage pour le cuir, les colorants et teintures, certains médicaments (antibiotiques tels que la néomycine ou la bacitracine, antiseptiques, corticostéroïdes) (36, 37).

Afin d'identifier l'allergène en cause, l'interrogatoire a une grande importance. Deux questions sont à poser impérativement. La question « Où l'eczéma a-t-il débuté ? » permet d'identifier la localisation, ce qui aidera à s'orienter vers des allergènes précis.

Exemples :

- les lésions se situant sur le dos des mains feront évoquer une allergie liée à l'activité professionnelle (produits d'entretien pour les ménagères, contact avec le chrome contenu dans le ciment chez les maçons) ;

- les lésions siégeant sur le visage sont le plus souvent dues à l'utilisation de produits cosmétiques ;
- l'eczéma des paupières peut résulter d'une allergie à un vernis à ongle, disséminé *via* les mains par frottement ;
- les lésions au niveau du poignet feront penser à une allergie au bracelet de montre.

L'autre question est la suivante : « Quand l'eczéma a-t-il débuté et comment évolue-t-il ? » Les poussées sont rythmées par les contacts.

Exemples : dans les eczémas professionnels, l'eczéma s'améliore pendant les vacances ou les arrêts de travail et récidive dès la réexposition à l'allergène (35).

La détermination de l'allergène peut être réalisée grâce à des tests épicutanés (36).

## **2.2. Le traitement médical**

Le traitement repose sur l'éviction de l'allergène. Si celle-ci est impossible, une diminution de sa concentration ou un espacement des manipulations est parfois suffisant (36).

Dans certains cas d'eczéma de contact professionnel, l'éviction de l'allergène peut avoir des répercussions importantes sur la vie des patients. Chez un maçon allergique aux sels de chrome du ciment par exemple, l'éviction de l'allergène dans le cadre de son métier est impossible, le changement de profession devient alors obligatoire.

Le traitement symptomatique consiste en l'application de dermocorticoïdes de niveau d'activité forte à très forte pendant 1 à 2 semaines (35).

## **2.3. Le conseil officinal**

Le conseil à l'officine se limite aux lésions érythémateuses sans vésicules.

L'identification de l'allergène est la première étape. S'il est aisément décelable, son éviction est un point essentiel pour permettre aux lésions de ne pas s'aggraver et de guérir. Si l'éviction s'avère impossible, le pharmacien conseillera de protéger la zone de contact (par le port de gants, par exemple).

Le conseil porte ensuite sur le nettoyage des lésions avec du sérum physiologique et l'application d'une eau thermale afin de lutter contre le prurit (38). On pourra ensuite recommander l'application de crèmes ou de laits hydratants contenant du cuivre et du zinc qui permettent une reconstitution de la peau et un effet antiseptique.

Dans tous les cas, une dermatite de contact doit être dirigée vers un médecin car le traitement essentiel repose sur le recours aux dermocorticoïdes qui ne peuvent pas être délivrés à l'officine en conseil.

## H comme HERPES LABIAL

Le pharmacien est très souvent sollicité afin de remédier à un bouton de fièvre. Grâce aux thérapeutiques dont il dispose, il est en mesure de répondre aux lésions peu étendues.

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

L'herpès est une maladie virale provoquée par un virus de la famille des Herpesviridae : l'herpes virus simplex (HSV). Il s'agit d'un virus à ADN dont on connaît deux types :

- HSV1, qui infecte plutôt la partie supérieure du corps ;
- HSV2, responsable des herpès localisés en-dessous de la taille, comme l'herpès génital (39).

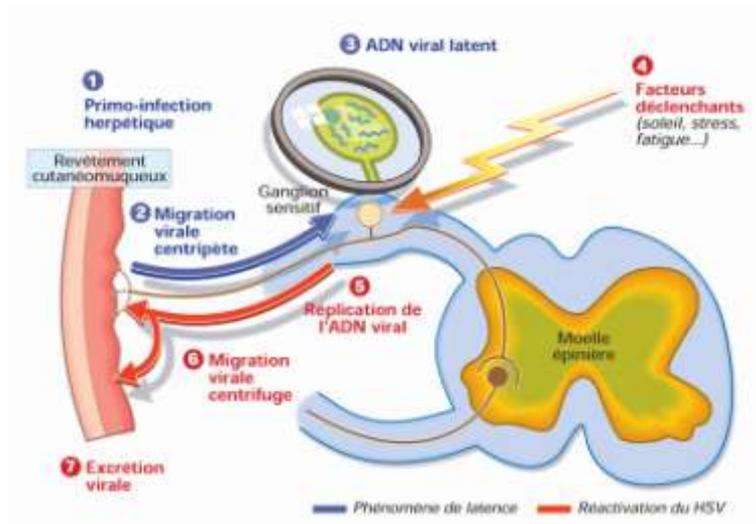
L'homme est le seul réservoir de HSV.

#### 1.1. La primo-infection

L'HSV se transmet par contact direct muqueux ou cutané-muqueux avec un sujet excréteur du virus à l'occasion d'une primo-infection, d'une récurrence clinique ou d'une excrétion virale asymptomatique. Elle est favorisée par des altérations du revêtement épithélial. Le premier contact avec le virus se produit le plus souvent dans la petite enfance car jusqu'à l'âge de 6 mois, l'enfant est protégé par les anticorps maternels. Le virus pénètre par une brèche cutané-muqueuse et se multiplie dans les cellules épithéliales. Il va cheminer dans le nerf sensitif et se localiser dans le ganglion nerveux correspondant où il va rester latent. Dans le ganglion, le virus herpétique est très peu accessible au système immunitaire et aux thérapeutiques (40).

Sous l'influence d'un facteur déclenchant, le virus peut se réactiver et se multiplier. Il va effectuer le trajet en sens inverse et provoquer une poussée d'herpès ou bouton de fièvre, sur le même territoire cutané que celui de la primo-infection (figure 13).

Dans 90% des cas, la primo-infection est asymptomatique et laisse une immunité (41). Mais pour certaines personnes et notamment les enfants, une gingivo-stomatite herpétique peut se développer avec des ulcérations sur la langue, les gencives et l'intérieur des joues. Ceci peut entraîner une hypersialorrhée et un refus de s'alimenter car ces lésions sont douloureuses. La prise en charge d'une gingivo-stomatite herpétique est médicale.



**Figure 13 :** Physiopathologie de l'infection par le virus herpès simplex (42)

### 1.2. Les facteurs déclenchants

Au moins 80% de la population adulte héberge l'HSV à l'état latent et seulement 20% des personnes présentent des récurrences cliniques, favorisées par des facteurs déclenchants que sont une infection générale fébrile, une exposition aux rayonnements UV, les règles, le stress, des traumatismes locaux et l'alcool (40).

### 1.3. Manifestations cliniques

L'infection se caractérise par l'apparition sur la peau ou les muqueuses de bouquets, isolés ou multiples, de petites vésicules remplies de liquide clair se troublant en 48 heures. L'apparition des vésicules est souvent précédée par des manifestations prodromiques à type de fourmillements, picotements, prurit, une sensation de brûlure ou une douleur au site de l'infection (41). L'éruption siège avec prédilection sur le pourtour de la bouche ou la peau avoisinante (figure 14). Si les vésicules surviennent dans la bouche, elles ressemblent à des aphtes.



**Figure 14 :** Vésicules herpétiques sur la lèvre inférieure (8)

Les vésicules formées se rompent en laissant place à de petites plaies à vif, parfois douloureuses. Elles finissent par se dessécher avec formation de croûtes jaunâtres ou noirâtres.

Des lésions récidivantes au même endroit peuvent finir par laisser une cicatrice.

La guérison commence 5 à 7 jours après le début de l'infection et est complète après 2 à 3 semaines (40, 41).

## **2. TRAITEMENT MEDICAL**

Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif de l'herpès. Les molécules disponibles agissent sur le virus en phase active de réplication, mais ne sont pas capables d'agir sur le virus en phase de latence dans les ganglions sensitifs nerveux.

### **2.1. Traitement de la primo-infection (gingivo-stomatite herpétique)**

Le traitement antiviral doit être entrepris dès que le diagnostic clinique est évoqué. L'aciclovir (Zovirax<sup>®</sup>) a fait la preuve de son efficacité. Il agit par inhibition de la réplication virale. Pour être actif, trois phosphorylations successives sont nécessaires, dont une assurée par une enzyme codée par le virus. L'aciclovir exerce donc son action uniquement sur les cellules contaminées et n'est pas toxique.

La voie orale est utilisée à chaque fois que cela est possible (200mg 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours). Chez l'enfant de moins de 6 ans, seule la suspension buvable est utilisée. Chez l'enfant de plus de 2 ans, la posologie est identique à celle de l'adulte (16, 43).

L'adjonction d'un traitement local n'a pas d'intérêt démontré (44).

### **2.2. Traitement de la récurrence**

#### **2.2.1. Traitement par voie générale**

Un traitement préventif peut être prescrit chez des sujets souffrant d'au moins 6 récurrences par an. L'aciclovir possède l'AMM dans cette indication, à la posologie de 400mg 2 fois par jour. Le valaciclovir (Zelitrex<sup>®</sup>), prodrogue de l'aciclovir, peut aussi être utilisé dans cette indication à la posologie de 500mg par jour.

La réévaluation de l'intérêt du traitement devra être faite après 6 à 12 mois de traitement (16).

#### **2.2.2. Traitements locaux**

Dans la plupart des études réalisées lors de récurrences, l'utilisation de l'aciclovir topique (Zovirax 5% crème<sup>®</sup>) a permis 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 de manière statistiquement significative (16).

L'aciclovir 5% crème sera prescrit à la posologie de 5 applications par jour pendant 5 à 10 jours. L'application devra se faire le plus tôt possible, dès les prodromes, pour rendre le traitement plus efficace (16).

### **3. LE CONSEIL OFFICINAL**

#### **3.1. Les antiviraux disponibles à l'officine**

L'aciclovir représente le chef de file des antiviraux pouvant être conseillé par le pharmacien. Il se présente sous forme de crèmes dosées à 5% présentées en tube de 2g (Activir<sup>®</sup>, Aciclovax<sup>®</sup>, Virucalm<sup>®</sup>).

L'ibacitacine (Cuterpes<sup>®</sup>), présenté sous forme de gel à 1% en tube de 5g, peut être appliqué 3 à 10 fois par jour (42).

#### **3.2. Le recours à l'homéopathie**

Lorsque les vésicules sont de petite taille renfermant un liquide clair, on pourra conseiller *Rhus toxicodendron* 15CH, par prise de 5 granules dès les prodromes.

Lorsque le bouquet d'herpès a l'aspect de grosses bulles, on pourra alterner avec *Cantharis* 9CH.

On utilisera *Mezereum* 9CH quand lors des précédentes poussées l'évolution des vésicules s'est faite vers une opacification de leur contenu.

*Apis mellifica* sera conseillé lorsque l'œdème est brûlant, piquant et amélioré par le froid.

Lorsqu'il y a suppuration des vésicules, *Mercurius corrosivus* 9CH est la souche la plus adaptée.

On pourra aussi conseiller une dose de *Vaccinotoxinum* 9CH en tout début de récurrence (45).

#### **3.3. Les patchs**

Il s'agit de patchs invisibles (Compeed<sup>®</sup>) qui soulagent les sensations de brûlures et de picotements. Les patchs isolent le bouton de fièvre, réduisant ainsi le risque de surinfection bactérienne. Ils favorisent la cicatrisation en créant un milieu humide. Il faut appliquer un patch par jour et ce dès les premiers symptômes (46).

#### **3.4. Conseils associés**

Il faut :

- Eviter les facteurs déclenchants (stress, exposition solaire). En cas d'exposition solaire, appliquer un stick labial renfermant un écran solaire ;
- Reconnaître les signes annonciateurs d'une poussée et appliquer les topiques le plus tôt possible ;
- Eviter la contamination : pas de contacts (câlins, baisers...) pendant les poussées ;
- Se laver régulièrement les mains surtout s'il y a eu contact des doigts avec les lésions ;
- Ne pas humecter les lentilles de contact avec la salive ;
- Ne pas se frotter les yeux et les paupières (risque de kératite herpétique) ;
- Eviter le maquillage qui entraîne une macération ;
- Ne pas percer les cloques, ni arracher les croûtes ou gratter les lésions sous peine de garder des cicatrices ;
- Attention à l'automédication : les corticoïdes sont contre-indiqués (risque de kératite herpétique ou d'extension des lésions) (40).

## H comme Hyperkératose

Les hyperkératoses correspondent à un épaissement de la couche cornée, provoqué par une agression mécanique (port de chaussures inadaptées par exemple).

Le pharmacien est très souvent sollicité et pourra prodiguer ses conseils pour les lésions débutantes et bénignes.

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

Les hyperkératoses, ou callosités, ont plusieurs étiologies. Elles peuvent être dues au port de chaussures inadaptées (trop serrées, pointues, trop hautes...), à des causes traumatologiques (suites d'entorses, de fractures ayant entraîné une déformation du squelette) ou bien encore à l'affaissement de la voûte plantaire. Cela va provoquer une hyperpression, ou un frottement, apparaissant en certains points du pied, en regard d'une saillie osseuse. La peau va alors réagir par un épaissement de la couche cornée.

Lorsqu'elles compriment les terminaisons nerveuses, les hyperkératoses peuvent être douloureuses, rendant ainsi la marche difficile (47,48).

#### 1.1. Les durillons

Les durillons sont situés sous la plante des pieds, au niveau des appuis métatarsiens, et sont de couleur jaunâtre. Leur particularité est qu'ils sont mobiles avec la peau. La partie centrale est plus épaisse, allant en s'amincissant vers la peau saine (47, 48)

#### 1.2. Les cors

Les cors se forment sur les orteils, là où le frottement est maximal, c'est-à-dire au niveau de l'articulation séparant la première et la deuxième phalange. Ils correspondent à une masse dure et ronde de petite taille blanchâtre, puis jaunâtre et brunâtre. Si le frottement ne cesse pas, les îlots durs se développent et pénètrent dans le derme, en formant une racine pouvant atteindre les fibres nerveuses ou l'os. Ce « clou kératosique » peut être très douloureux. Le sujet adopte alors une démarche antalgique, pouvant provoquer des arthroses de postures (47,48).

#### 1.3. L'œil de perdrix

Egalement appelé cor mou, il se situe entre les orteils. Il s'agit d'un cor mais l'humidité régnant dans l'espace interdigitale empêche la pointe dure de se former. On rencontre généralement l'œil de perdrix par paire, en vis-à-vis sur chacun des orteils (47, 48).

## **2. TRAITEMENT**

### **2.1. Traitement mécanique**

#### 2.1.1. Les protecteurs neutres

Leur rôle est de diminuer le frottement et la pression s'exerçant sur la zone concernée, diminuant ainsi la douleur et favorisant le ramollissement de la kératose. Il s'agit de coussins plantaires (Epitact<sup>®</sup>, Scholl<sup>®</sup>), de tubes séparateurs d'orteils, d'emplâtres ou de disques adhésifs en mousse ou en feutre (49,50).

#### 2.1.2. Traitement « chirurgical »

Il consiste à enlever la kératose à l'aide de coupe cor. Ce traitement est à déconseiller en raison du risque de survenue d'infection et est contre-indiqué chez les diabétiques. En cas de callosité importante, on recommandera une consultation chez le pédicure.

#### 2.1.3. Les pansements

Il s'agit de pansements hydrocolloïdes ou en gel de silicone qui ont pour but de soulager la douleur et de traiter la callosité (Compeed<sup>®</sup>, Scholl<sup>®</sup>). Ils entretiennent un milieu humide, favorisant la cicatrisation. Leur application doit être renouvelée tous les 3 à 4 jours et le traitement se fait sur une quinzaine de jours (49,50).

### **2.2. Traitement chimique**

#### 2.2.1. Les principes actifs

Il s'agit d'agents kératolytiques, le plus fréquent étant l'acide salicylique. Il peut être utilisé seul ou en association avec un autre kératolytique, comme l'acide lactique, ou avec des substances qui potentialisent son activité (acide acétique, par exemple).

En raison de l'effet corrosif des kératolytiques, ils doivent être utilisés en respectant certaines modalités. Il faut dans un premier temps nettoyer et ramollir la peau pour favoriser l'action du principe actif en effectuant un bain de pied. Après le séchage, on appliquera le coricide uniquement sur la kératose. On protégera la peau saine grâce à des rondelles ou à l'application d'un vernis incolore. Les coricides s'appliquent tous les soirs et la peau morte doit être enlevée tous les matins grâce à une râpe, une lime ou une pierre ponce. Le traitement doit être réalisé jusqu'à disparition complète de la kératose sous peine de récurrence (47, 49, 50, 51).

#### 2.2.2. Les présentations commerciales

Les kératolytiques se présentent sous forme de solutions (Coricide Le Diable<sup>®</sup>, Kérafilm<sup>®</sup>, Feuille de Saule<sup>®</sup>...), de crèmes (Coricide Cochon<sup>®</sup>, crème anticors Scholl<sup>®</sup>...), de pansements (Coripel<sup>®</sup>, Compeed cor +<sup>®</sup>, Compeed œil de perdrix +<sup>®</sup>), d'emplâtres (Feuille de Saule<sup>®</sup>).

### 3. CONSEILS ASSOCIES

- éviter les récurrences en hydratant régulièrement les pieds grâce à des crèmes (Neutrogena<sup>®</sup>, Akiléine<sup>®</sup>, Pedi-relax<sup>®</sup>) ;
- éliminer régulièrement la corne à l'aide de crèmes exfoliantes (Akiléine<sup>®</sup>, Pedi-Relax<sup>®</sup>...);
- porter des chaussures adaptées, ni trop serrées, ni trop pointues, ni trop hautes ;
- alterner tous les jours les chaussures afin de changer les points de frottement et d'appui (50).

## M comme MYCOSES

Les mycoses superficielles sont des pathologies fréquentes et bénignes pour lesquelles les patients demandent souvent conseil à leur pharmacien.

Elles 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*.

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

#### 1.1. Les dermatophytoses

Elles sont dues à des champignons filamenteux qui vivent et se développent au niveau de la kératine : ils pénètrent la peau, les cheveux et les ongles (52). Ils appartiennent essentiellement aux genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton* (53).

Les dermatophytes se transmettent par contact direct ou par l'intermédiaire des sols humides (piscines, salles de bain, vestiaires).

Plusieurs facteurs favorisent la survenue de ces champignons comme l'humidité, la chaleur, la macération par la transpiration, le diabète, l'atopie ou une immunodépression (Sida, corticothérapie...) (54).

##### 1.1.1. L'herpès circiné

Il est caractérisé par une macule arrondie, rougeâtre, prurigineuse, à bords surélevés bien limités et plus sombres que le centre (figure 15). Son extension est centrifuge, le centre ayant tendance à guérir. Ces lésions sont recouvertes de squames. Cette dermatophytie résulte souvent d'une contamination par les animaux (chiens et chats) (55).



**Figure 15 :** Herpes circiné (21)

### 1.1.2. L'eczéma marginé de Hebra

Il s'agit d'une mycose inflammatoire, se traduisant par des macules érythémateuses (figure 16) très prurigineuses se développant le plus souvent dans le pli inguinal et s'étendant sur la face interne de la cuisse. Cette lésion peut aussi affecter les plis interfessiers, sous-mammaires et axillaires (55).



**Figure 16 :** Eczema marginé de Hebra axillaire (21)

### 1.1.3. Le pied d'athlète.

Le pied d'athlète est la dermatophytose la plus répandue (53). Il s'agit d'une atteinte des espaces interdigitoplantaires (figure 17), le quatrième en particulier, par *Trichophyton rubrum* et *Trichophyton interdigitale*. La lésion démange, desquame puis se fendille et peut s'étendre sur la voûte plantaire, le dessus du pied ou les ongles (54). Cette mycose touche préférentiellement les sportifs, la transpiration et la macération dans les chaussures favorisant le développement des dermatophytes.



**Figure 17 : Pied d'athlète (8)**

## **1.2. Les candidoses**

Le principal agent responsable de candidoses est la levure *Candida albicans*, qui est susceptible de se développer dans les zones de transpiration (aine, aisselles et zones interdigitales). Ce champignon est naturellement présent dans la bouche et le tube digestif, mais son développement pathogène est favorisé par des facteurs tels que la modification de l'hydratation (macération, transpiration), la modification du pH (toilette avec un savon acide), la modification de la flore cutanéomuqueuse, la grossesse, le diabète et certains traitements antibiotiques, hormonaux, immunosuppresseurs, corticoïdes (54).

### **1.2.1. Le muguet**

Quand *Candida albicans* envahit la cavité buccale, on parle de muguet (figure 18). On observe un érythème avec des dépôts blanchâtres au niveau de la langue, des gencives et de l'intérieur des joues. Ces lésions sont douloureuses, rendant l'alimentation difficile chez le nourrisson (52).



**Figure 18 :** Candidose buccale ou muguet (21).

### 1.2.2. La perlèche

Il s'agit d'une atteinte touchant les commissures des lèvres (figure 19). Les lésions sont douloureuses, suintantes, recouvertes d'un enduit blanchâtre et peuvent fissurer.



**Figure 19 :** Perlèche (21).

### 1.2.3. L'intertrigo

L'intertrigo est principalement causé par *Candida albicans*, mais les dermatophytes peuvent aussi être responsables de cette affection. On le retrouve aussi bien au niveau des grands plis (inguinaux, sous-mammaires, axillaires) qu'au niveau des petits plis (interdigitaux, inter-orteils). Les lésions sont érythémateuses, humides, avec des pustules confluentes qui se rompent, laissant place à une peau érosive et macérée. Des petites pustules sont présentes en périphérie (collerette). La mycose est prurigineuse et a tendance à fissurer au fond du pli (54).

#### 1.2.4. Candidose génito-fessière du nourrisson

C'est une dermatite candidosique liée à la surinfection d'un érythème fessier (figure 20). Cette mycose est favorisée par un traitement antibiotique *per os* et par une diarrhée. Elle débute autour de l'anus avec des lésions érythémateuses, vésiculo-pustuleuses et suintantes qui s'étendent ensuite dans les plis inguinaux pour enfin se recouvrir d'un enduit blanchâtre et contaminer tout le siège (53).



**Figure 20 :** Candidose génito-fessière (21).

## 2. TRAITEMENT

A l'officine, le pharmacien prendra en charge une mycose limitée, non surinfectée et non récidivante. Le patient sera orienté vers une consultation médicale lorsqu'il présentera un *Pytriasis versicolor*, une teigne, une onychomycose ou s'il s'agit d'une personne immunodéprimée, diabétique ou athéroïpatique.

Les traitements antifongiques que le pharmacien pourra conseiller sont des traitements locaux efficaces dans 80 à 90% des mycoses superficielles (56).

Le traitement d'une mycose superficielle est simple mais peut être long, d'où l'importance d'une bonne observance.

Les antifongiques se présentent sous des formes galéniques différentes, permettant de choisir la forme la mieux adaptée à la lésion. Les poudres sont utilisées dans les mycoses macérées des plis et entre les orteils, ainsi que pour la désinfection des chaussettes et des chaussures. Les émulsions fluides sont choisies pour l'application sur les muqueuses et les peaux fragiles comme la candidose du siège. Les crèmes sont conseillées pour les lésions sèches (57).

### 2.1. Mécanisme d'action des antifongiques

Les antifongiques imidazolés ont une action fongistatique et fongicide en inhibant la synthèse de l'ergostérol, composant de la membrane cytoplasmique des cellules du champignon. Ils sont actifs sur les dermatophytes, *Candida albicans* et sur les bactéries Gram + souvent associées (54, 56).

La terbinafine, quant à elle, bloque la biosynthèse de la membrane du champignon par inhibition de la squalène-époxydase.

DCI	Spécialités	Formes galéniques
Econazole	Pévaryl <sup>®</sup> , Dermazol <sup>®</sup> , Mycoapaisyl <sup>®</sup> , Fongeryl <sup>®</sup>	Poudre, crème, émulsion fluide, solution.
Miconazole	Daktarin <sup>®</sup>	poudre
Oxiconazole	Fazol <sup>®</sup>	Crème, poudre, émulsion
Fenticonazole	Lomexin <sup>®</sup>	crème
Ciclopiroxilamine	Mycoster <sup>®</sup>	Crème, poudre, solution
Terbinafine	Lamisilate <sup>®</sup> , Lamisilate monodose <sup>®</sup>	Crème, solution filmogène

Tableau XI : Antifongiques locaux ne nécessitant pas de prescription médicale (16).

## 2.2. Stratégie thérapeutique

Dans le cas d'un herpès circiné on conseillera l'application d'un antifongique imidazolé en crème, 2 fois par jour pendant 2 semaines (16).

Si l'on diagnostique un pied d'athlète, il faudra désinfecter la lésion avec un antiseptique. Pour les lésions macérées, on procédera à l'assèchement de la lésion à l'aide d'une solution de permanganate de potassium (1g pour 10 litres d'eau). Il faudra bien sécher, puis appliquer un antifongique imidazolé (poudre ou crème) 2 fois par jour pendant 1 à 2 semaines ou de la terbinafine (16). Lamisilate crème<sup>®</sup> sera appliquée 1 fois par jour pendant 1 semaine. Lamisilate monodose<sup>®</sup> permet de traiter les mycoses en une seule application. Le film qui se forme sur la peau après l'application de la solution favorise la pénétration de la terbinafine dans la couche cornée. Il maintient le principe actif à une concentration fongicide sur les dermatophytes pendant 13 jours. Ce traitement est réservé aux adultes. Il n'est pas recommandé au cours de la grossesse, ni chez une femme qui allaite (58).

Pour les candidoses cutanées on préconisera d'appliquer un antifongique imidazolé 2 fois par jour pendant 1 à 2 semaines.

En cas de non récurrence fréquente de candidose du siège, il faudra nettoyer la peau avec un gel surgras ou un pain dermatologique et rincer abondamment, puis sécher par tamponnement et appliquer un antifongique imidazolé en émulsion fluide 2 fois par jour pendant 2 à 3 semaines et appliquer ensuite une pommade protectrice pour le change.

## 3. LE CONSEIL OFFICINAL

- Ne pas marcher pieds nus dans les endroits humides ;
- Préférer les sous-vêtements et les chaussettes en coton ;
- Bien sécher les plis ou entre les orteils pour éviter la macération ;
- Eradiquer les sources de contamination (aspirer les tapis, moquettes...) ;

- Traiter rapidement pour éviter l'extension des lésions ;
- Utiliser un antiseptique à large spectre en cas de surinfection (solution de Dakin, chlorexidine) ;
- Traiter parallèlement la transpiration : utiliser des semelles anti-transpirantes ou mettre de la poudre anti-fongique dans ses chaussettes avant toute activité sportive, éviter le port de tissu synthétique ;
- Se laver régulièrement les pieds, surtout après avoir transpiré ;
- En cas de candidose, se laver à l'aide d'un savon alcalin ;
- Le linge de toilette doit être personnel ;
- Attention à l'automédication : les corticoïdes sont contre-indiqués (54).

## P comme PELLICULES

L'état pelliculaire ou pityriasis capitis est très fréquent, touchant environ un adulte sur deux. Il se traduit par une desquamation du cuir chevelu avec ou sans démangeaison. Cette affection est due à la prolifération d'une levure, *Malassezia furfur*, encore appelée *Pityrosporum ovale*, associée à certains facteurs comme le stress ou la fatigue (59).

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

#### 1.1. Le pityriasis capitis

##### 1.1.1. Etiologie

Trois éléments interviennent dans la genèse des états pelliculaires (60, 61, 62, 63).

##### 1.1.1.1. La prolifération des cellules basales de l'épiderme du cuir chevelu

Le turnover cellulaire, qui se déroule habituellement en 21 jours, s'effectue dans le cas présent en 7 à 10 jours. La production de cornéocytes est elle aussi augmentée. Les cellules cornées n'ont pas le temps de s'éliminer et s'accumulent, formant des agrégats.

##### 1.1.1.2. La prolifération de *Pityrosporum ovale*

Cette levure est naturellement présente sur l'épiderme. En cas de pityriasis capitis, la proportion de *Pityrosporum ovale* peut atteindre 75% de la flore cutanée au lieu des 50% habituels. Lipophile, elle se développe sur les zones grasses du cuir chevelu, du visage et du tronc.

##### 1.1.1.3. La séborrhée

Elle ne concerne que les pellicules grasses. *Pityrosporum ovale* sécrète des lipases qui transforment les triglycérides du sébum en acides gras irritants, provoquant des démangeaisons.

#### 1.1.2. Les pellicules sèches

Elles se présentent sous la forme de squames fines et blanches. Elles se détachent facilement de l'épiderme, tombant sous forme de « neige » sur le col des vêtements. Cet état pelliculaire peut s'accompagner ou non de faibles démangeaisons (64).

### 1.1.3. Les pellicules grasses

Les squames sont jaunâtres, plus épaisses, formant des amas sur le cuir chevelu et les cheveux. Le cuir chevelu est rouge et inflammatoire. Le prurit est important, aboutissant parfois à des lésions de grattage (64).

## 1.2. La dermite séborrhéique

La dermite séborrhéique est caractérisée par des plaques rouges surmontées de squames grasses (figure 21). Ces plaques siègent au niveau des zones riches en glandes sébacées. Sur le cuir chevelu, on les retrouve en avant, débordant sur le front, et en arrière sur la région mastoïdienne (couronne séborrhéique).

Cette dermatose peut se développer au niveau du visage, notamment au niveau des sillons naso-géniens, la racine des sourcils, les plis du pavillon auriculaire, le pli sous-labial et la lisière du cuir chevelu.

Les pellicules et la dermite séborrhéique constitueraient probablement la même entité mais à des stades d'évolution différents. Elles seraient toutes deux dues à la prolifération de *Pityrosporum ovale* (60, 64, 65).



**Figure 21** : Cas de dermite séborrhéique (21)

## 2. TRAITEMENT DE LA DERMITE SEBORRHEIQUE

### 2.1. Utilisation des antifongiques

#### 2.1.1. Le kétoconazole

Le kétoconazole sous forme de sachets doses (Ketoderm 2%®) est indiqué dans le traitement de la dermite séborrhéique. Son application se fera 2 fois par semaine pendant un mois puis 1 fois toutes les semaines ou tous les 15 jours. Il faut laisser agir le produit pendant au moins 5 minutes.

Le kétoconazole possède aussi une activité anti-inflammatoire, d'où son importante efficacité clinique (16, 60, 63, 66).

### 2.1.2. L'éconazole

L'éconazole (Pevary lotion<sup>®</sup>) est utilisé dans le traitement des états pelliculaires sévères. Il doit être appliqué en friction 2 fois par semaine pendant 6 semaines puis 1 fois par semaine en traitement d'entretien.

### 2.2. Le disulfure de sélénium (Selsun<sup>®</sup>)

Il s'agit d'un antifongique possédant des propriétés antiséborrhéiques et diminuant la prolifération cellulaire. Il est indiqué dans le traitement de la dermatite séborrhéique et du pityriasis versicolor. Mais son application peut provoquer certains effets secondaires comme une irritation des conjonctives et du cuir chevelu, une chute des cheveux ou bien leur décoloration. Selsun<sup>®</sup> est à frictionner sur le cuir chevelu et à laisser agir pendant 2 à 3 minutes. On rincera abondamment et répétera l'opération une deuxième fois. Après la seconde application, il faudra veiller à bien se laver les mains et à se brosser les ongles (16).

### 2.3. Les corticoïdes

La bétaméthasone est indiquée dans les dermatoses corticosensibles à composante kératosique ou squameuse, dans la dermatite séborrhéique à l'exception dans la localisation du visage et dans le psoriasis. Elle est utilisée seule en lotion (Diprosone lotion<sup>®</sup>) ou associée à l'acide salicylique (Diprosalic lotion<sup>®</sup>). Ces lotions sont à appliquer raie par raie 2 fois par jour pendant 1 à 2 semaines, puis 1 fois par jour en entretien (16).

## 3. LE CONSEIL OFFICINAL

### 3.1. Les antifongiques

#### 3.1.1. Le climbazole

Le climbazole fait partie de la classe des antifongiques imidazolés. Il est actif contre les levures, les moisissures, les dermatophytes et possède une activité comparable à celle du kétoconazole *in vitro*.

On peut citer comme principaux shampooings contenant du climbazole Hegor climbazole 150<sup>®</sup> en traitement d'attaque des états pelliculaires, Hegor climbazole 50<sup>®</sup> en traitement d'entretien. Squaphane S<sup>®</sup> sera utilisé dans les états squameux sévères tandis que Squaphane P<sup>®</sup> le sera dans les états pelliculaires modérés (59, 60, 63, 67).

#### 3.1.2. La pyrithione zinc

La pyrithione zinc exerce une action inhibitrice sur la prolifération des levures, normalise le phénomène de desquamation mais possède des propriétés irritantes.

On retrouve la pyrithione zinc dans le shampooing Nodé DS<sup>®</sup>, indiqué dans le traitement des états squameux et rebelles et en cas de démangeaisons intenses, ainsi que Nodé P<sup>®</sup>, utilisé dans les états pelliculaires et démangeaisons modérés du cuir chevelu (63).

### 3.1.3. La piroctone olamine

Il s'agit de l'antifongique le plus fréquemment utilisé. Cette molécule possède en plus de son activité antifongique une activité antibactérienne. Elle présente aussi une bonne substantivité et une bonne tolérance. Elle peut être utilisée seule (shampooing antipelliculaire pellicules sèches Charlieu<sup>®</sup>) ou en association (shampooing Squaphane<sup>®</sup>, Kerium DS<sup>®</sup>, T/Gel<sup>®</sup>, T/Gel fort<sup>®</sup>, Node DS<sup>®</sup>, Node DS+<sup>®</sup>, Node P<sup>®</sup>) (63).

### 3.1.4. La ciclopiroxolamine

La ciclopiroxolamine exerce son activité antifongique en bloquant de nombreux systèmes enzymatiques et en inhibant l'assimilation par le champignon d'acides aminés indispensables pour son métabolisme. On retrouve la ciclopiroxolamine dans les shampooings Stiprox<sup>®</sup>, Kelual DS<sup>®</sup> et Node DS<sup>®</sup> (63).

## 3.2. Les kératolytiques

### 3.2.1. L'acide salicylique

L'acide salicylique diminue la cohésion des kératinocytes, favorisant l'élimination des pellicules grasses. Il est utilisé en association avec un antifongique (shampooings Node DS<sup>®</sup>, Squaphane S<sup>®</sup>, Squaphane P<sup>®</sup>, Alphakeptol<sup>®</sup>, Kerium DS<sup>®</sup>) (59, 60, 66, 67).

### 3.2.2. Les goudrons

Les goudrons possèdent en plus de leurs propriétés kératolytiques une activité antiprurigineuse. Beaucoup sont interdits en pharmacie et on utilise plus que l'ichtyol (Node DS<sup>®</sup>, Novophane S<sup>®</sup>) et le kertyol (Kertyol S<sup>®</sup>) (63).

## 3.3. Le kéluamide

Le kéluamide est un anti-inflammatoire non stéroïdien possédant un effet anti prurigineux et favorisant la dispersion des squames. Il est associé à la pyrithione zinc et à la ciclopiroxolamine dans le shampooing Kelual DS<sup>®</sup> (60, 66, 67).

## 3.4. Le disulfure de sélénium

Le disulfure de sélénium à des concentrations inférieures à 1% afin de limiter les effets secondaires vus auparavant est commercialisé sous forme de shampooing conseil. Il est indiqué dans le traitement des pellicules sèches dans les shampooings Seigel<sup>®</sup> et Selsun Blue<sup>®</sup> (59, 60, 66).

Propriétés	Actifs	Cible
Antifongiques	Kétoconazole, climbazole, miconazole, ciclopiroxolamine, piroctone olamine, pyrithione zinc,	Pellicules grasses ou sèches
Kératolytiques ou kératorégulateurs	Goudrons (huile de cade, ichtyol, kertyol), acide salicylique, acide glycolique, urée, résorcinol	Pellicules grasses ou sèches

Apaisants, antiprurigineux, anti-inflammatoires	Kéluamide, glycolle, camphre, menthol, bisabolol, calendula, fenugrec, gluconate de zinc	Pellicules grasses
Antiséborrhéiques	Melaleuca, saule, Sabal serrulata, extrait de curbicia	Pellicules grasses

Tableau XII : Principaux actifs antipelliculaires (68)

### 3.5. Conseils associés

- ne pas gratter afin d'éviter une surinfection ;
- ne pas négliger un état pelliculaire car il peut entraîner une alopecie ;
- les états pelliculaires importants nécessitent une consultation chez le dermatologue ;
- les shampooings traitants ne doivent être appliqués qu'une à deux fois par semaine pendant 4 à 6 semaines seulement ;
- si les cheveux doivent être lavés plus souvent, utiliser un shampooing relais (68).

## P comme POUX

La pédiculose du cuir chevelu est une parasitose exclusive de l'homme, très contagieuse mais bénigne (le pou ne transmettant aucune maladie). Elle touche tous les milieux et particulièrement les enfants scolarisés ou vivant en collectivité (69).

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

#### 1.1. Le pou

La pédiculose du cuir chevelu est due à un ectoparasite, *Pediculus humanis capitis* (figure 22). La femelle mesure en moyenne 2,5mm de long contre 1,5mm pour le mâle. Les poux possèdent 3 paires de pattes, terminées par des crochets appelés tarsi ainsi qu'un important appareil buccal suceur et piqueur. Ce sont des parasites stricts de l'homme, vivant dans les cheveux, au contact du cuir chevelu, et parfois dans la barbe et les sourcils. Les poux sont sensibles à la chaleur et au froid et vivent environ 2 mois (70).



**Figure 22 :** *Pediculus humanis capitis* (71)

La femelle fécondée pond une dizaine d'œufs par jour pendant 30 jours. Les lentes sont fixées sur le cheveu à 0,5mm de la racine du cheveu, par une substance appelée spumaline. A l'intérieur de l'œuf, l'embryon se développe et devient une larve. L'éclosion survient environ 10 jours après la ponte. Les jeunes larves deviennent adultes 12 jours après leur éclosion.

La transmission du parasite se fait par contact direct ou indirect (échange de bonnets, écharpes, peignes...) (70).

#### 1.2. Symptômes de la pédiculose

Le symptôme le plus important est le prurit provoqué par la salive du pou. Des lésions de grattage peuvent survenir et se surinfecter (impétigo). Ces lésions sont le plus souvent localisées au niveau des tempes, autour des oreilles et au niveau de la nuque (zones humides et chaudes propices au développement des poux) (72).

### 1.3. Diagnostic

La parasitose est confirmée par la mise en évidence de poux, grâce à un peigne fin, et de lentes vivantes par simple examen visuel. Les lentes sont de couleur blanchâtre, brillantes et ovoïdes (figure 23). Contrairement aux pellicules, elles ne coulissent pas le long de cheveu (69, 70, 73).

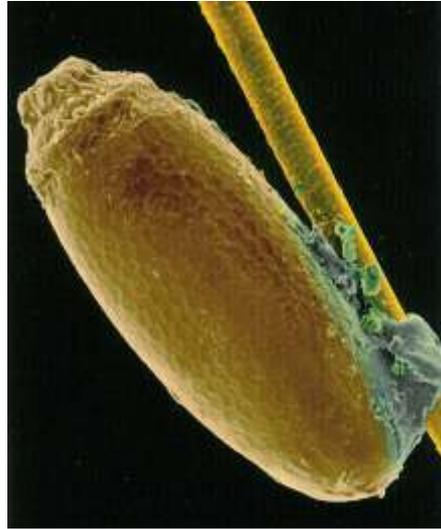


Figure 23 : Lente de pou (71)

## 2. TRAITEMENTS

### 2.1. Les actifs neurotoxiques

Les neurotoxiques sont représentés par le malathion, les pyréthrine naturelles et les pyréthrinoïdes de synthèse (tableau XIII) (74).

Spécialité	Composition	Mécanisme d'action	Contre-indication
Charlieu antipoux <sup>®</sup> , Hegor <sup>®</sup> , Itax <sup>®</sup> , Pyreflor <sup>®</sup> , Item <sup>®</sup> ...	Perméthrine, Phénothrine, d-phénothrine, Dépalléthrine	Blocage de la transmission de l'influx nerveux entraînant la paralysie et la mort du pou	Enfant de moins de trente mois
Prioderm <sup>®</sup> , Paraplus <sup>®</sup>	Malathion	Inhibition de l'acétylcholinestérase	Enfant de moins de 6 mois

		conduisant à la paralysie et à la mort du pou	
--	--	---	--

Tableau XIII : Substances neurotoxiques utilisés dans le traitement de la pédiculose (67, 74)

Il est important de préciser que des résistances à ces deux classes d'agents actifs sont apparues. Chez un enfant infesté pour la première fois, on conseillera en première intention un produit à base de pyréthrine, le malathion étant réservé aux formes résistantes. L'association avec certaines molécules permet de diminuer les phénomènes de résistance. Il s'agit en particulier du butoxyde de pipéronyle, qui inhibe les enzymes que fabriquent les poux pour dégrader les pyréthrines, associé aux pyréthrines dans Pyreflor<sup>®</sup> (75)

## 2.2. Les actifs non neurotoxiques

Il s'agit de substances qui agissent de manière purement mécanique en bouchant les orifices respiratoires, étouffant ainsi le pou. Cette catégorie d'actifs est représentée par la diméticone et des substances végétales lipophiles (tableau XIV) (67, 74).

Spécialité	Composition	Contre-indication
Paranix <sup>®</sup>	Huile de coco, huile essentielle d'anis, huile essentielle d'ylang-ylang	Enfant de moins de 2 ans, ne pas utiliser au cours de la grossesse et de l'allaitement
Poux apaisyl <sup>®</sup>	Dérivés d'huile de noix de coco	Enfant de moins de 2 ans
Pouxit <sup>®</sup>	Diméticone	Enfant de moins de 6 mois
Duo LP-Pro <sup>®</sup>	Oxyphthirine, décolleur de lentes à l'allantoïne	Enfant de moins de 6 mois
Itax lotion <sup>®</sup>	Complexe huileux siliconé	Enfant de moins de 3 ans
Parasidose antipoux <sup>®</sup> , Stopoux <sup>®</sup>	Huile de noix de coco et géraniol	Enfant de moins de 3 mois

Tableau XIV : Les actifs antipoux non neurotoxiques (67, 74)

Afin d'être efficaces sur tout le cycle de reproduction du pou, ces produits anti-poux, qu'ils soient neurotoxiques ou non, doivent voir leur application renouvelée au bout de 7 à 10 jours.

### **2.3. Les présentations commerciales**

#### 2.3.1. Les lotions

Elles doivent être appliquées raie par raie sur cheveux secs. Le temps de pose varie de 10 minutes à 12 heures selon les produits. Les cheveux seront ensuite rincés avec un shampoing doux. Elles sont plus efficaces que les shampooings anti-poux car elles ne sont pas diluées (73, 74).

#### 2.3.2. Les sprays

Leur application se fait sur cheveux secs dans un endroit aéré. Il faudra penser à protéger les yeux, le nez et la bouche avec une serviette. Comme les lotions, ils seront rincés à l'aide d'un shampoing doux après avoir respecté le temps de pose. Afin d'éviter toute recontamination, on peut aussi les pulvériser sur les vêtements, bonnets et écharpes. Ils sont contre-indiqués en cas d'asthme et de bronchite asthmatiforme.

#### 2.3.3. Les shampooings

Ils sont conseillés en cas de contamination débutante. Il faudra veiller à respecter scrupuleusement le temps de contact préconisé par le laboratoire pour éliminer tous les poux et lentes.

#### 2.3.4. Les baumes décolleurs de lentes

Ils s'appliquent sur cheveux mouillés après le shampoing ou la lotion et réclament un rinçage et un peignage soigneux.

### **3. CONSEILS ASSOCIES**

- respecter scrupuleusement le mode d'emploi (temps de pose, renouvellement des applications) ;
- utiliser un peigne fin et un décolleur de lentes pour les éliminer ;
- traiter tous les proches qui sont contaminés en même temps afin d'éviter une réinfestation ;
- laver le linge en contact avec les cheveux à 60°C, si cela n'est pas possible, mettre le linge à l'écart pendant au moins 48 heures (les poux ne survivent qu'au maximum 36 heures en dehors du cuir chevelu) ;
- éviter l'échange de bonnets, écharpes, manteaux, casques, brosses et attacher les cheveux pour lutter contre la propagation ;
- prévenir la collectivité dont dépend l'enfant ;
- après le traitement, vérifier tous les 3 jours si des poux sont présents dans la chevelure ;
- afin de limiter la survenue de résistance, ne traiter qu'en cas de contamination avérée ;
- en cas de résistance des poux, utiliser des produits associant plusieurs molécules ;

- traiter l'environnement à l'aide de sprays ;
- utiliser des répulsifs pour éviter une contamination en cas d'épidémie ;
- ne jamais sécher les cheveux avec un sèche-cheveux, certains produits étant inflammables (70, 73, 74).

## V comme VERRUE

Les verrues sont des hyperkératoses fréquentes, touchant 7 à 10% de la population. Elles sont cosmopolites, contagieuses, auto-inoculables, transmises par contact ou d'une manière indirecte.

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

Les verrues sont de petites tumeurs bénignes de la peau, d'origine virale. Les papillomavirus en sont les agents responsables. La contamination est favorisée par certains facteurs comme des traumatismes cutanés, l'humidité de la peau, l'immunodépression, la marche pieds nus (dans les vestiaires, piscines, salles de bain). Le virus va pénétrer dans la peau et entraîner une prolifération anormale des kératinocytes. La sensibilité à ces virus varie d'un individu à l'autre, en fonction de l'état du système immunitaire. Une verrue peut spontanément disparaître au bout de quelques mois ou années (76, 77).

On distingue différents types de verrues.

#### 1.1. Les verrues vulgaires

Ce sont les verrues les plus fréquentes. Elles forment des excroissances plates, cornées, sèches et de couleur claire. Elles peuvent être solitaires ou bien en amas groupé, auto-inoculés à partir d'une verrue-mère. Elles sont de tailles variables et surtout localisées au niveau des mains. Elles sont indolores, sauf lorsqu'elles sont unguéales ou péri-unguérales, pouvant entraîner une déformation de l'ongle. On peut aussi les retrouver au niveau du visage sur lequel elles sont disséminées par le rasage (76, 77).

#### 1.2. Les verrues planes

Ce sont des lésions à peine saillantes, mesurant 2 à 4 mm de diamètre. Elles sont de couleur jaune chamois ou rosé. Leur surface est lisse ou légèrement granitée. Elles sont présentes le plus souvent sur le visage mais aussi sur le dos des mains. Elles ont un caractère éruptif et sont sensibles aux variations psychiques (76, 77).

#### 1.3. Les verrues plantaires

On en distingue 2 types.

##### 1.3.1. La myrmécie

Il s'agit d'une verrue profonde, douloureuse à la pression et siégeant au niveau des zones d'appui de la voûte plantaire. Elle est le plus souvent solitaire ou bien alors en petit nombre. On remarque en son centre des petits points noirs. C'est le type de verrue plantaire le plus fréquent (76, 78).

### 1.3.2. Les verrues en mosaïques

Ce sont des verrues superficielles, multiples et indolores.

## 2. TRAITEMENT

A l'officine, le pharmacien dispose de thérapeutiques nombreuses et variées. Le plus difficile est de savoir s'il faut ou non traiter la verrue. En effet, les verrues sont des lésions bénignes et leur traitement doit être le plus léger possible. On proposera un traitement uniquement pour les verrues inesthétiques ou douloureuses afin de ne pas exposer le patient à des risques inutiles (cicatrice indélébile, par exemple).

### 2.1. Les traitements kératolytiques

Les agents kératolytiques agissent en détruisant mécaniquement les cellules infectées et les virus, et en stimulant les défenses immunitaires grâce à la réaction inflammatoire qu'ils engendrent.

Les principaux kératolytiques sont des solutions contenant de l'acide salicylique à 5 à 20% et de l'acide lactique à 5 à 20% dans du collodion (Duofilm<sup>®</sup>, Kerofilm<sup>®</sup>...). On en retrouve aussi sous forme de pommades dosées à 40% en ce qui concerne l'acide salicylique (Coricide Cochon<sup>®</sup>). On observe une guérison en 12 semaines dans 60 à 80% des cas (76).

Les solutions doivent être appliquées tous les soirs à l'aide d'un pinceau, en prenant garde de ne pas déborder sur la zone saine (protéger la peau saine à l'aide de rondelles évidées, de vernis incolores, de sparadrap). Il faut frotter doucement la verrue avec une lime tous les 3 à 4 jours sans la faire saigner.

Les kératolytiques ne seront pas utilisés en cas de verrue sur le visage, de verrues multiples, de verrues de grande taille, de verrue infectée, ou encore en cas de diabète.

### 2.2. La cryothérapie

Grâce à Cryopharma<sup>®</sup> et à Scholl Freeze<sup>®</sup>, mélange de diméthyléther et de propane, on peut obtenir une température de -50°C. Ce mélange gèle donc la verrue, qui doit tomber dans les quinze jours suivant son application. Si ce n'est pas le cas, une nouvelle application peut être renouvelée 15 jours après la première. La cryothérapie ne doit pas être utilisée sur le visage, les aréoles des seins, les parties génitales, ni au niveau des aisselles (79).

### 2.3. Traitement par voie orale

Il n'existe qu'une seule spécialité : Verrulyse méthionine<sup>®</sup>. Cette spécialité contient notamment du magnésium, agissant sur le stress (le psychisme influant sur l'apparition des verrues) (16, 77).

### 2.4. Le traitement homéopathique

En cas de verrues planes et lisses, on utilisera *Dulcamara* 5 à 9CH. Pour les verrues plantaires, on conseillera *Antimonium crudum* 5 à 9CH. Si la verrue est jaune-orangée, fissure et saigne facilement, *Nitricum acidum* 7CH est le

mieux adapté. Pour les verrues localisées sur les mains, sous les ongles, *Causticum* 5 ou 7CH est le traitement de choix.

Pour toutes ces souches, la posologie est de 3 ou 5 granules matin et soir jusqu'à amélioration.

En traitement de fond, on préconisera une prise par semaine *Thuja occidentalis* 9CH.

Dans le cas où plusieurs souches peuvent convenir, on conseillera Verrulia<sup>®</sup>, association de 3 souches (*Thuja occidentalis* 9CH, *Antimonium crudum* 9CH, *Nitricum acidum* 9CH). La posologie est de un comprimé à sucer matin et soir pendant un mois (45, 80).

### 3. LE CONSEIL OFFICINAL

- éviter de marcher pieds nus ;
- éviter de partager ses affaires de toilette ;
- changer les semelles des chaussures pour éviter les réinfestations ;
- ne pas gratter les verrues ;
- protéger la verrue en la recouvrant pendant toute la durée du traitement (79).

## V comme VARICELLE et ZONA

La varicelle et le zona ont pour responsable commun un virus de la famille des Herpesviridae humains, le VZV. La primo-infection se traduit par la varicelle, le zona correspondant à la réactivation du virus. La contamination se fait le plus souvent dans l'enfance. La séroprévalence est élevée, plus de 90% de la population étant infectée (81).

### 1. PHYSIOPATHOLOGIE

La transmission du virus se fait soit par voie respiratoire (contact avec un sujet ayant la varicelle), soit par contact direct avec les vésicules (au cours de la varicelle ou du zona). La primo-infection est symptomatique, se traduisant par la varicelle. Le virus dissémine dans tout l'organisme, migre le long d'un nerf sensitif et infecte le ganglion sensitif rachidien où il reste latent. Sous l'influence de facteurs favorisants, le virus se réactive, se propage le long des fibres nerveuses jusqu'à la peau ou les muqueuses où se produit l'éruption vésiculeuse appelée zona (82).

#### 1.1. La varicelle

La période d'incubation est de 21 jours en moyenne. La varicelle se traduit par une éruption vésiculeuse touchant tout le corps s'effectuant en 2 à 3 poussées. Le sujet est contagieux 5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption. Cette éruption, marquée par une fièvre modérée, atteint toujours le cuir chevelu, le tronc et la face, et peut aussi toucher les muqueuses (buccale, génitale). La vésicule contient un liquide clair, puis trouble en phase de prurit, et conduit à la formation de croûtes pouvant laisser des cicatrices en cas de lésions de grattage ou de surinfection (figure 24) (82, 83).



**Figure 24 :** Vésicules en cas de varicelle (21)

#### 1.2. Le zona

Le zona atteint 10 à 20% de la population. Contrairement à la varicelle, l'éruption vésiculeuse n'est pas généralisée, mais localisée au trajet d'un nerf. Dans 50% des cas, les lésions siègent dans les régions intercostales (figure 25), mais on observe également des zonas cervicaux, lombaires, sacrés. Si le nerf optique est touché, on parle de zona

ophtalmique, beaucoup plus rare et potentiellement grave. L'éruption dure 1 à 2 semaines, s'accompagnant de fatigue et de douleurs pouvant persister pendant 1 à 2 ans (82, 84).



**Figure 25 :** Zona intercostal (21)

## 2. TRAITEMENT

### 2.1. La varicelle

Le diagnostic doit toujours être confirmé par un médecin. Le traitement repose sur l'application de solutions antiseptiques et asséchantes sur les vésicules (Aderma Cytélium<sup>®</sup>, Biseptine<sup>®</sup>, éosine...). Le prurit sera calmé par l'administration d'un antihistaminique (Primalan<sup>®</sup>, Théralène<sup>®</sup>, Atarax<sup>®</sup>, Polaramine<sup>®</sup>...). Lorsqu'il existe des lésions buccales et périnéales, le traitement se fait par rinçages ou applications de compresses de peroxyde d'hydrogène ou de sérum physiologique.

Un vaccin contre la varicelle est désormais disponible (Varilrix<sup>®</sup>, Varivax<sup>®</sup>). En France, la vaccination généralisée chez les nourrissons n'est pas recommandée car, mal appliquée, elle pourrait entraîner un déplacement des cas vers l'âge adulte ou une augmentation des cas de zona (85).

### 2.2. Le zona

Le traitement sera adapté en fonction du terrain du sujet atteint (immunodéprimé ou non), de son âge, de la localisation et de l'étendue des lésions et de l'intensité des douleurs lors de l'éruption. Chez le sujet immunocompétent de moins de 50 ans, un traitement local et antalgique est le plus souvent suffisant. Il consiste en l'application de solutions antiseptiques à base de chlorhexidine (Plurexide<sup>®</sup>, Septéal<sup>®</sup>, Biseptine<sup>®</sup>) et l'administration d'antalgiques de palier I (paracétamol) ou de palier II. On pourra associer un antihistaminique pour diminuer le prurit. Les antiviraux contribuent à limiter la survenue de nouvelles lésions, réduisent les douleurs postzostériennes et améliorent la qualité de vie du patient pendant la phase aigüe de l'infection. Leur recours n'est pas systématique (tableau XV) (84).

Spécialité	Indication	Posologies
Aciclovir	Prévention des complications oculaires du zona	800mg 5 fois par jour pendant 7 jours, à débiter

(Zovirax <sup>®</sup> )	ophtalmique	dans les 48 heures suivant l'éruption.
Valaciclovir (Zelitrex <sup>®</sup> )	Prévention des douleurs associées au zona chez le sujet immunocompétent de plus de 50 ans. Prévention des complications oculaires du zona ophtalmique chez le sujet adulte immunocompétent.	1000mg 3 fois par jour pendant 7 jours, à débiter dans les 72 heures suivant l'éruption.
Famciclovir (Oravir <sup>®</sup> )	Prévention des douleurs associées au zona chez le sujet immunocompétent de plus de 50 ans. Prévention des complications oculaires du zona ophtalmique chez le sujet adulte immunocompétent.	500mg 3 fois par jour pendant 7 jours, à débiter dans les 72 heures suivant l'éruption.

Tableau XV : Antiviraux utilisés dans le traitement du zona (84, 16)

Les douleurs postzostériennes, neuropathiques, seront traitées par l'amitriptylline (Laroxyl<sup>®</sup>), la carbamazépine (Tégrétol<sup>®</sup>), la gabapentine (Neurontin<sup>®</sup>) et la prégabaline (Lyrica<sup>®</sup>).

### 3. LE CONSEIL OFFICINAL

- penser à couper les ongles afin d'éviter les lésions de grattage ;
- ne jamais percer les vésicules, au risque de provoquer une infection ;
- lors de la formation de croûtes, attendre qu'elles tombent d'elles-mêmes sans les gratter ;
- changer régulièrement les couches d'un nourrisson atteint de varicelle ;
- préférer les douches aux bains ;
- ne pas partager son linge de toilette ;
- sécher la peau par tamponnement ;
- proscrire l'application de poudre comme le talc favorisant les surinfections ;
- éviter toute exposition solaire ;
- porter des vêtements amples en coton ;
- prendre un bain tiède additionné d'amidon pendant quelques minutes pour diminuer les démangeaisons (81, 84).

## CONCLUSION

Nous avons exposé dans cette thèse différentes pathologies rencontrées couramment à l'officine.

Identifier l'origine d'une dermatose n'est pas toujours une chose facile au comptoir, la dermatologie étant une discipline qui demande de l'expérience. L'interrogatoire sera donc dirigé de façon à recueillir des informations sur les symptômes, la précision du contexte d'apparition et le degré d'urgence afin de savoir si le patient doit être orienté vers une consultation médicale ou si une prise en charge à l'officine peut suffire. Le pharmacien est donc régulièrement confronté à la dispensation de médicaments sans prescription médicale à visée dermatologique, et doit rappeler que l'application d'un médicament sur la peau est loin d'être un geste anodin.

Par ailleurs, les conseils associés concernent également le respect des règles d'hygiène afin d'éviter la surinfection et la transmission de la pathologie. Ces consignes sont également indispensables pour prévenir la réapparition des lésions.

Le rôle de prévention du pharmacien est donc clairement établi, notamment lorsqu'il existe des facteurs favorisants aisément évitables si le patient les connaît : des messages clairs sont donc à faire passer.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Guillet G, Cartier H. Dermatologie, guide pratique. Ed heure de France, collection Réflexe, 1999.
- (2) White G. Atlas en couleur de dermatologie pratique. 3<sup>ème</sup> ed. Maloine 2005.
- (3) Martini M.C. Anatomie et physiologie de la peau. Introduction à la dermatopharmacie et à la cosmétologie. Paris : Tec & Doc ; 2003.
- (4) Hervé N. La cosmétique sur le bout des doigts. Cahier II du moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2374, 2000.
- (5) Belon J-P. L'acné. Conseils à l'officine. 6<sup>e</sup> éd, Paris : Masson ; 2006..
- (6) Anonyme. Les ados souffrant d'acné ne se soignent pas suffisamment. Le Moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2634 ; 2006.
- (7) Bafunta M-L. Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique. Dans : Dermatologie. Ed 2002-2003, Paris : Ed. Estem, Ed. Med-Line. P.69-77.
- (8) <http://www.dermnet.com>
- (9) Hervé N, Allaire A, Mrozowski J-M. Les peaux jeunes à problèmes. Cahier conseil n° 37 du Moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2533 ; 2004.
- (10) Anonyme. L'acné. Le quotidien du pharmacien du 13 septembre 2007.
- (11) Dreno B. Physiopathologie de l'acné. Presse Med. 2005 ;34(7):537-9.
- (12) Peyrefitte G. Cahiers d'esthétique-cosmétique. 1-Biologie de la peau. 3<sup>ème</sup> ed. SIMEP, Paris 1997.
- (13) Schenckéry J, Le Craz S. Les peaux à tendance acnéique. Cahier formation du Moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2693 ; 22 septembre 2007.
- (14) Dreno B. Traitement de l'acné. Presse Med. 2005 ;34(7):540-3.
- (15) Schenckery J et Coll. L'acné. Cahier II du n° 2390 du Moniteur des pharmacies et des laboratoires, 17 mars 2001.
- (16) Vidal 2007. Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques.
- (17) Chosidow O, Dréno B. Acné : des conseils pour votre quotidien. Ed Montrouge : J.Libbey Eurotext, 2004.
- (18) Micas C. Un conseil pour une brûlure. Le quotidien du pharmacien du 15 juillet 2004.
- (19) Faculté de médecine de Grenoble. Brûlures étendues récentes. <http://www.sante.ujf-grenoble.fr>.
- (20) Videment E, Allaire A, Mrozovski J-M. Antiseptiques et pansements. Cahier conseil du n° 2529 du Moniteur des pharmacies et des laboratoires, du 27 mars 2004.
- (21) <http://www.dermis.net>.
- (22) Lambert D, Belon J-P. Brûlures. Thérapeutiques pour le pharmacien : dermatologie. Paris, ed Masson, 1998.

- (23) Piron M-P, Olivier C. Secourisme, Cours de pharmacie 2<sup>ème</sup> année, 2002, UFR de pharmacie, Nantes.
- (24) Wasserman D. Bien identifier le type de brûlure. Le Quotidien du pharmacien du 9/02/2006.
- (25) Garnier, Delamare. Dictionnaire des termes de médecine. Ed Maloine, 2002.
- (26) W. Sterry, R. Paus. Checklists de médecine. Dermatologie, Vénérologie, allergologie, phlébologie et andrologie. 3<sup>ème</sup> édition, Maloine. 2002.
- (27) Fallet C. La dermatite atopique. Impact pharmacien n° 109 du 8 novembre 2006.
- (28) Touraine R, Revuz J. Dermatologie clinique et vénérologie. 4<sup>ème</sup> éd. Masson, 1997.
- (29) Richard D, Azarias P. La dermatite atopique. Cahier II du n° 2415 du moniteur des pharmacies et des laboratoires, 13 octobre 2001
- (30) Dubertret L. Eczéma atopique de l'adulte. Rev Prat. 2006 feb 15;56(3) :266-72.
- (31) Fallet C. Soins de la peau : prévenir les irritations. Impact pharmacien n° 111, 2004
- (32) Bourdon-Lanoy E, De Prost Y. Eczéma atopique de l'enfant. Rev Prat 56(3):258-65, 2006.
- (33) Hervé N, Allaire A, Lefort L et Mrozovski J-M. Conseils associés aux pathologies dermatologiques. Cahier conseil du Moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2594 du 8 septembre 2005.
- (34) Dubertret L. Eczémas. Rev Prat 56(3) : 247-57, 2006.
- (35) Collège des enseignants en dermatologie de France. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : eczéma de contact. Abrégés Dermatologie 3<sup>ème</sup> ed, Paris : Masson ; 2005, 118-126.
- (36) Lachapelle J-M. Stratégie diagnostique et thérapeutique devant une suspicion d'eczéma de contact. Rev Prat 56(3) : 277-83, 2006.
- (37) Bafunta M-L. Eczémas et dermatite atopique. Dermatologie. Paris : Ed. Estem, Ed. Med-Line ; 2001.
- (38) Martini M. C. Imperfections cutanées et dermatoses banales ; cicatrisation et cicatrisants. Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétique. Paris : Tec & Doc ; 2003.
- (39) Fleury H.J.A. Les herpesviridae. Virologie humaine. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2002.
- (40) Anonyme. Item n°84 : infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : Herpes cutané et muqueux. Ann Dermatol Venereol. 2005; 132 (10 Suppl) : 7S21-7S27.
- (41) Sterry W, Paus R. Dermatoses virales. Dermatologie, vénéréologie, allergologie, phlébologie et andrologie. 3<sup>ème</sup> éd. Paris. Edition Maloine. 2002.
- (42) Ramel F. Qu'est-ce que l'herpès ? Cahier formation continue « L'herpès » n°43 du Moniteur des pharmacies n°2379/2380. 2001.
- (43) Guillaume J.-C. Traitements généraux, antiviraux ou non, dans la prise en charge de l'herpès oro-facial et génital (grossesse et nouveau-né exclus). Ann Dermatol Venereol. 2002 ; 129 (4 pt 2) : 625-34.
- (44) Chosidow O., Lebrun-Vignes B. Traitements locaux, antiviraux ou non, dans la prise en charge de l'herpès oro-facial et génital (grossesse et nouveau-né exclus). Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 (4 pt 2) : 635-45.
- (45) Coiffard L. Cours d'homéopathie 5<sup>ème</sup> année de pharmacie, 2005, UFR de pharmacie de Nantes.
- (46) Anonyme. Le Moniteur des pharmacies n°2618 du 4 mars 2006.

- (47) Peigne F. Les hyperkératoses. Cours de dermatologie de 4<sup>ème</sup> année, 2004, UFR de pharmacie de Nantes.
- (48) Fallet C. Les kératoses du pied. Impact pharmacien n° 26, 1998.
- (49) Gregoire B. Les soins des pieds, cahier conseil du Moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2474, 2003.
- (50) Pouzaud F, Allaire A, Lefort L, Mrozovski J-M. Pansements et accessoires pour les pieds. Cahier formation du moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2606 du 3/12/2005.
- (51) Bontemps F. Le conseil à l'officine dans la poche. Editions Groupe Liaison SA ; 2002.
- (52) Bontemps F. Mycoses. Les dermatoses au comptoir, cahier pratique du Moniteur des pharmacie et des laboratoires n°2296, 1999.
- (53) Martel J. Que sont les mycoses superficielles ? Les mycoses superficielles, cahier formation continue n°50 du Moniteur des pharmacies et des laboratoires n°2396, 2001.
- (54) Gauthier Y. Les mycoses. Impact pharmacien n°194 du 23/01/2008.
- (55) Anonyme. Pityriasis et autres mycoses. Quotidien du pharmacien du 17 avril 2007.
- (56) Grégoire B. Les soins des pieds. Le Moniteur des pharmacies et des laboratoires n°2474, 2003.
- (57) Fallet C. Les mycoses cutanées. Impact pharmacien n°43, 2001.
- (58) V.P. Produits. Le Moniteur des pharmacies et des laboratoires n°2672 du 07 avril 2007.
- (59) Anonyme. Soins capillaires. Impact pharmacien n°166 du 27 septembre 2006.
- (60) Guyon L. Physiopathologie et traitements des états pelliculaires. Thèse doct. Pharm., Nantes, 2002.
- (61) Bouhanna P., Reygagne P. Pathologie du cheveu et du cuir chevelu. Ed. Masson, Paris, 1999.
- (62) Fallet C. Cuir chevelu pelliculaire. Impact pharmacien n° 188 du 10 octobre 2007.
- (63) Coiffard L. Les pellicules. Cours de dermatologie et de cosmétologie, 2004, UFR de pharmacie, Nantes.
- (64) Hervé N. Les problèmes de cheveux. Cahier conseil du moniteur des pharmacies et des laboratoires n° 2567 du 25/10/2003.
- (65) Anonyme. La dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol. 2005 (10 suppl):7S186-7S187.
- (66) Quéreux G, Breno B, Chosidow O. Traitement de la dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol. 2004 ;131(1 pt 2):130-4.
- (67) VIDAL pda Parapharmacie 2007.
- (68) Bontemps F, Le Craz S. Les problèmes capillaires. Cahier formation du Moniteur des pharmacies n° 2725 du 12 avril 2008.
- (69) Fallet C. La pédiculose. Impact pharmacien n° 67 du 26 septembre 2001.
- (70) Alliot A. Les ectoparasites de l'homme. Cours de parasitologie, 2003, UFR de pharmacie, Nantes.
- (71) Emschwiler P. Alerte aux poux ! Ed Willer et Associés, juin 2007.
- (72) Bafunta M-L. Pédiculose humaine ou phtiriase. Dermatologie. Paris, Ed Med-Line ; 2001
- (73) Buxeraud J. Les poux : des ectoparasites récurrents. Actualités pharmaceutiques, 433 ; 2004.
- (74) Schenckery J, Le Craz S. Les parasites de l'enfant. Cahier conseil du Moniteur des pharmacies n° 2690 du 1<sup>er</sup> septembre 2007.

- (75) Touraine R, Revuz J. Dermatoses parasitaires. Abrégé de dermatologie clinique et vénéréologie, 4<sup>ème</sup> ed, Masson, 1997.
- (76) Berthélemy S, Boudrie J.L. Les verrues ; petites tumeurs bénignes de la peau. Actualités pharmaceutiques 428 ; 2004.
- (77) Peigne F. Les verrues. Cours de dermatologie, 2004, UFR de pharmacie, Nantes.
- (78) Anonyme. Myrmécie plantaire. <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-dermatologie/Cycle2/Poly/240ico.asp>.
- (79) Pouzaud F, Allaire A, Lefort L, Mrozovski J-M. Pansements et accessoires pour les pieds. Cahier conseil du Moniteur des pharmacies n° 2606 du 3 décembre 2005.
- (80) Masson J-L. L'homéopathie de A à Z. Ed Marabout, 2003.
- (81) Bellon J-P. Les maladies infantiles. Conseil à l'officine. 4<sup>ème</sup> ed, Paris, 2000.
- (82) Imbert B-M. Les herpesviridae. Cours de virologie de 3<sup>ème</sup> année, 2003, UFR de pharmacie, Nantes.
- (83) Vigneau C. Cours de conseil à l'officine de 4<sup>ème</sup> année de pharmacie, 2004, UFR de pharmacie, Nantes.
- (84) Bellin N, Schenckery J. Le zona. Cahier conseil du moniteur des pharmacies n° 2701 du 17 novembre 2007.
- (85) Institut National de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2007-avis du haut conseil de santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 24 juillet 2007.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Utilisation des rétinoïdes topiques dans le traitement de l'acné	8
Tableau II : Le peroxyde de benzoyle topique dans le traitement de l'acné	9
Tableau III : Les antibiotiques topiques dans le traitement de l'acné	9
Tableau IV : L'isotrétinoïne par voie orale dans le traitement de l'acné	10
Tableau V : Les antibiotiques <i>per os</i> dans le traitement de l'acné	11
Tableau VI : Place de l'hormonothérapie dans le traitement de l'acné	12
Tableau VII : Les produits de toilette pour peaux à tendance acnéique	13
Tableau VIII : Les dermocorticoïdes locaux dans le traitement de la dermatite atopique	23
Tableau IX : Choix de la classe du dermocorticoïde	23
Tableau X : Les principaux émoullients disponibles à l'officine	26
Tableau XI : Antifongiques locaux ne nécessitant pas de prescription médicale	44
Tableau XII: Principaux actifs antipelliculaires	50
Tableau XIII : Substances neurotoxiques utilisés dans le traitement de la pédiculose	54
Tableau XIV : les actifs antipoux non neurotoxiques	55
Tableau XV : Antiviraux utilisés dans le traitement du zona	62

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Structure de la peau	1
<b>Figure 2</b> : Comédons fermés	6
<b>Figure 3</b> : Comédons ouverts	6
<b>Figure 4</b> : Acné papulopustuleuse	6
<b>Figure 5</b> : Formation du comédon	7
<b>Figure 6</b> : Brûlure du premier degré	16
<b>Figure 7</b> : Brûlure du deuxième degré	17
<b>Figure 8</b> : Distribution topographique de la dermatite atopique en fonction de l'âge	20
<b>Figure 9</b> : Lésions au niveau des joues dans la dermatite atopique du nourrisson	21
<b>Figure 10</b> : Lésions au niveau du genou dans la dermatite atopique du jeune enfant	21
<b>Figure 11</b> : Eczéma de contact dû à un constituant de chaussures	28
<b>Figure 12</b> : Eczéma de contact au nickel	28
<b>Figure 13</b> : Physiopathologie de l'infection par le virus herpes simplex	32
<b>Figure 14</b> : Vésicules herpétiques sur la lèvre inférieure	33
<b>Figure 15</b> : Herpes circiné	40
<b>Figure 16</b> : Eczéma marginé de Hebra axillaire	40
<b>Figure 17</b> : Pied d'athlète	41
<b>Figure 18</b> : Candidose buccale ou muguet	42
<b>Figure 19</b> : Perlèche	42
<b>Figure 20</b> : Candidose génito-fessière	43
<b>Figure 21</b> : Cas de dermatite séborrhéique	47
<b>Figure 22</b> : <i>Pediculus humanis capitis</i>	52
<b>Figure 23</b> : Lente de pou	53
<b>Figure 24</b> : Vésicules en cas de varicelle	61
<b>Figure 25</b> : Zona intercostal	61

---

Nom - Prénoms : Bouju - Bénédicte

Titre de la thèse : Les pathologies dermatologiques à l'officine : traitements et conseils.

---

Résumé de la thèse :

Le pharmacien est bien souvent le premier professionnel de santé que la population consulte. Il est, par conséquent, fréquemment sollicité pour des problèmes de peau. L'objectif de cette thèse est de présenter les principales pathologies dermatologiques rencontrées à l'officine.

Le pharmacien doit distinguer les pathologies nécessitant une consultation médicale de celles relevant du conseil officinal. Dans le premier cas, il joue un rôle dans l'explication de l'ordonnance du médecin tout en prodiguant des recommandations d'hygiène ou de prévention. Dans le deuxième cas, le pharmacien possède, à sa disposition, tout un arsenal thérapeutique pour proposer un traitement efficace.

---

MOTS CLÉS :  
DERMATOLOGIE-OFFICINE-CONSEIL-PATHOLOGIE

---

JURY

PRÉSIDENT : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences de Pharmacologie  
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Laurence COIFFARD, Professeur de cosmétologie  
Faculté de Pharmacie de Nantes  
Mme Françoise GELLUSSEAU, Pharmacien, Nantes

---

Adresse de l'auteur : Bénédicte Bouju, 23 avenue des pélicans, 44500 LA BAULE