

2022-2023

**Thèse**

pour le

**Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

**Fiches à destination du pharmacien  
pour la prise en charge des affections  
dermatologiques les plus rencontrées  
en officine**

**Sarsam Rand**

Née le 23 août 1990 à Mossoul (99)

**Sous la direction du DR. Papin-Puren Claire**

Membres du jury

Monsieur le professeur LARCHER Gérald | Président

Madame la docteure en pharmacie PAPIN-PUREN Claire | Directrice

Madame la docteure en pharmacie DILÉ Nathalie | Membre

Monsieur le docteur en pharmacie BISI Christophe | Membre

Soutenue publiquement le :  
02 Février 2023



# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée SARSAM Rand déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signée par l'étudiante le **22 / 10 / 2022**

**L'auteur du présent document vous autorise  
à le partager, reproduire, distribuer et  
communiquer selon les conditions suivantes :**

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggèrerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter



**Consulter la licence creative commons complète en Français :**  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes en pied de page



**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS****Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine

D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine

MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

ANGOULVANT Cécile	Chimie thérapeutique	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Pharmacie
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RINUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Médecine

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Éducation Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

### **AUTRES ENSEIGNANTS**

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine

**À Monsieur LARCHER,**

Merci d'avoir fait l'honneur de présider le jury de soutenance de ma thèse. Je tiens à vous exprimer mes remerciements pour tous vos merveilleux enseignements.

**À Madame PAPIN-PUREN,**

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité et réactivité malgré votre emploi du temps bien chargé. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis lors de vos enseignements de grande qualité.

**À Madame DILÉ,**

Merci d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de ma thèse. Je tiens à vous remercier d'avoir enrichi mes connaissances du milieu officinal durant ma scolarité.

**À Monsieur BISI,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je tiens également à vous remercier de m'avoir guidée lors de mes stages au sein de votre officine, toujours avec bienveillance et bonne humeur. Je ne garderai que de bons souvenirs de votre pharmacie si accueillante.

**À tous les enseignants de la faculté d'Angers,**

Merci de m'avoir permis de développer mes connaissances et de m'avoir donné tous les outils dont j'ai besoin pour m'épanouir dans ma vie professionnelle.

**À ma famille et mes proches,**

Merci pour votre soutien depuis toujours. Grâce à vous, j'ai pu surmonter tous les obstacles qui se sont présentés à moi. Je vous aime plus que tout au monde.

# Sommaire

## SOMMAIRE

### LISTE DES ABREVIATIONS

### INTRODUCTION

## I- PHYSIOLOGIE DE LA PEAU

### 1. Structure de la peau

- 1.1. L'épiderme
- 1.2. La jonction dermo-épidermique
- 1.3. Le derme
- 1.4. L'hypoderme
- 1.5. Les annexes cutanées

### 2. Fonctions de la peau

- 2.1. Photoprotection
- 2.2. Fonction immunitaire
- 2.3. Fonction de barrière physique
- 2.4. Thermorégulation
- 2.5. Synthèse de la vitamine D
- 2.6. Fonction sensorielle

## II- LES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DERMATOLOGIQUES

### 1. Les lésions élémentaires primitives

- 1.1. Les lésions visibles mais non palpables
- 1.2. Lésions palpables à contenu solide
- 1.3. Lésions palpables à contenu liquide
- 1.4. Autres lésions élémentaires primitives

### 2. Les lésions élémentaires secondaires

- 2.1. Avec peau recouverte
- 2.2. Avec perte de substance
- 2.3. Avec anomalie de texture
- 2.4. Autres lésions élémentaires secondaires

## III. LES DERMATOSES FACIALES

### 1. Acné

- 1.1. Pathophysiologie
- 1.2. Manifestations cliniques
- 1.3. Prise en charge
- 1.4. Mesures et conseils associés

### 2. Rosacée

- 2.1. Pathophysiologie
- 2.2. Manifestations cliniques
- 2.3. Prise en charge
- 2.4. Mesures et conseils associés

### 3. Dermite séborrhéique

- 3.1. Pathophysiologie
- 3.2. Manifestations cliniques
- 3.3. Prise en charge
- 3.4. Mesures et conseils associés

## IV- LES DERMATOSES PAPULOSQUEAMEUSES ET ECZÉMATEUSES

### 1. Psoriasis

- 1.1. Physiopathologie
- 1.2. Manifestations cliniques
- 1.3. Prise en charge
- 1.4. Mesures et conseils associés

- 2. Dermatite atopique**
  - 2.1. Pathophysiologie
  - 2.2. Manifestations cliniques
  - 2.3. Prise en charge
  - 2.4. Mesures et conseils associés
- 3. Dermatite de contact (eczéma de contact)**
  - 3.1. Pathophysiologie
  - 3.2. Manifestations cliniques
  - 3.3. Prise en charge

## V- LES INFECTIONS VIRALES

- 1. Varicelle**
  - 1.1. Pathophysiologie
  - 1.2. Manifestations cliniques
  - 1.3. Prise en charge
  - 1.4. Mesures et conseils associés
- 2. Herpès orolabial**
  - 2.1. Pathophysiologie
  - 2.2. Manifestations cliniques
  - 2.3. Prise en charge
  - 2.4. Mesures et conseils associés
- 3. Verrues cutanées**
  - 3.1. Pathophysiologie
  - 3.2. Manifestations cliniques
  - 3.3. Prise en charge
  - 3.4. Mesures et conseils associés
- 4. Molluscum contagiosum**
  - 4.1. Pathophysiologie
  - 4.2. Manifestations cliniques
  - 4.3. Prise en charge
  - 4.4. Mesures et conseils associés

## VI- LES INFECTIONS BACTÉRIENNES

- 1. Panaris**
  - 1.1. Pathophysiologie
  - 1.2. Manifestations cliniques
  - 1.3. Prise en charge
  - 1.4. Mesures et conseils associés
- 2. Folliculite, furoncle et abcès**
  - 2.1. Pathophysiologie
  - 2.2. Manifestations cliniques
  - 2.3. Prise en charge
  - 2.4. Mesures et conseils associés
- 3. Impétigo**
  - 3.1. Pathophysiologie
  - 3.2. Manifestations cliniques
  - 3.3. Prise en charge
  - 3.4. Mesures et conseils associés
- 4. Érysipèle**
  - 4.1. Pathophysiologie
  - 4.2. Manifestations cliniques
  - 4.3. Prise en charge
  - 4.4. Mesures et conseils associés

## VII- LES INFECTIONS FONGIQUES

- 1. Infections de la peau glabre**
  - 1.1. Dermatophytose circinée

- 1.2. Intertrigo
- 1.3. Pityriasis versicolor
- 1.4. Prise en charge
- 1.5. Mesures et conseils associés
- 2. Infections mycosiques de l'ongle (onychomycose)**
- 2.1. Onychomycose à candida
- 2.2. Onychomycose dermatophytique
- 2.3. Prise en charge
- 2.4. Mesures et conseils associés
- 3. Teignes**
- 3.1. Pathophysiologie
- 3.2. Manifestations cliniques
- 3.3. Prise en charge
- 3.4. Mesures et conseils associés

## VIII- LES ECTOPARASITOSES CUTANÉES

- 1. Gale**
- 1.1. Pathophysiologie
- 1.2. Manifestations cliniques
- 1.3. Prise en charge
- 1.4. Mesures et conseils associés
- 2. Pédoiculose du cuir chevelu**
- 2.1. Pathophysiologie
- 2.2. Manifestations cliniques
- 2.3. Prise en charge
- 2.4. Mesures et conseils associés

## IX- LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

- 1. Piqûres d'insectes**
- 1.1. Prise en charge
- 1.2. Mesures et conseils associés
- 2. Ampoules de frottement**
- 2.1. Manifestations cliniques
- 2.2. Prise en charge
- 2.3. Mesures et conseils associés
- 3. Callosités : cors et durillon**
- 3.1. Manifestations cliniques
- 3.2. Prise en charge
- 3.3. Mesures et conseils associés
- 4. Brûlures cutanées**
- 4.1. Manifestations cliniques
- 4.2. Prise en charge
- 4.3. Mesures et conseils associés
- 5. Érythème fessier du nourrisson (la dermite en « W »)**
- 5.1. Pathophysiologie
- 5.2. Manifestations cliniques
- 5.3. Prise en charge
- 5.4. Mesures et conseils associés
- 6. Ulcères**
- 6.1. Pathophysiologie
- 6.2. Manifestations cliniques
- 6.3. Prise en charge

## X-LES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET CANCÉREUSES

- 1. Carcinomes**
- 1.1. Carcinome épidermoïde
- 1.2. Carcinome basocellulaire

- 2. Nævus mélanocytaire**
- 3. Mélanome**
- 4. Prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses**
  - 4.1. Les lésions précancéreuses
  - 4.2. Les carcinomes cutanés
  - 4.3. Les mélanomes
- 5. Prévention des cancers cutanés**

## **XI- LES FICHES DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**TABLE DES MATIERES**

**TABLE DES ILLUSTRATIONS**

**TABLE DES TABLEAUX**

**TABLE DES ANNEXES**

## Liste des abréviations

LT	Lymphocytes T
UV	Ultraviolet
CMH	Complexe majeur d'histocompatibilité
AMP	Anti Microbal peptide
CI	Contre-indications
VZV	Virus de la Varicelle et du Zona (Varicella Zoster virus)
AINS	Anti-inflammatoires non-stéroïdiens
Cp	Comprimés
EI	Effets indésirables
IST	Infections sexuellement transmissibles
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
AD	Anti dépresseurs
GI	Gastrointestinaux
GPP	Glycoprotéine P
OATP	Organic anion transport protein
HSV	Herpes simplex virus
LP	Libération prolongée
ICC	Insuffisance cardiaque congestive
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
EGFR	Récepteur de facteur de croissance épidermique
TLR	Récepteur toll-like
TNF	Tumor necrosis factor
IL	Interleukine
PASI	Psoriasis area and surface index
DLQI	Dermatology life quality index
EE	Éthinylestradiol
TTT	Traitemen
CPM	Colite pseudomembraneuse
SA	Substance active
PEC	Prise en charge
AI	Anti-inflammatoires
CM	Consultation médicale
AMM	Autorisation de mise sur le marché
SMR	Service médical rendu
HAS	Haute autorité de santé
ADN	Acide désoxyribonucléique
CBC	Cancer basocellulaire
CE	Cancer épidermoïde
ATCD	Antécédents

# INTRODUCTION

La peau est un organe aux multiples facettes. Elle constitue une frontière qui protège l'organisme contre les agressions environnementales. Elle permet de maintenir l'homéostasie à travers ses échanges thermique et hydrique. Elle est également impliquée dans l'interaction sociale. C'est un organe miroir qui reflète non seulement des signes des maladies internes, mais aussi des réponses aux modifications environnementales.

Les pharmaciens d'officine sont de plus en plus confrontés aux demandes spontanées de dermatologie. Afin d'y répondre, ils doivent pouvoir reconnaître les affections dermatologiques et proposer une démarche scientifique permettant une prise en charge adaptée. Ils doivent également être capables de sécuriser les ordonnances, de conseiller les patients et de proposer des mesures complémentaires au traitement médicamenteux. C'est dans cette optique que j'ai décidé de traiter la dermatologie à l'officine. Pour que ce travail soit adapté au milieu officinal, seules les affections les plus fréquemment rencontrées sont abordées.

Cette thèse traitera, dans un premier temps, la physiologie de la peau ainsi que les lésions élémentaires en dermatologie. Ensuite, elle abordera 8 grandes thématiques : les dermatoses faciales, les affections eczémateuses et papulosquameuses, les infections virales, les infections bactériennes, les infections fongiques, les ectoparasitoses cutanées, les lésions traumatiques et les lésions précancéreuses et cancéreuses. Enfin, des fiches qui récapitulent les affections abordées dans ces thématiques sont proposées. Ces dernières permettent un aperçu concis de leur prise en charge.

# I- PHYSIOLOGIE DE LA PEAU

Afin de mieux comprendre les situations pathologiques, une connaissance fondamentale de la physiologie de la peau est nécessaire. Ainsi, cette première partie traitera les structures cutanées et leurs fonctions principales.

## 1. Structure de la peau

La peau est à la fois l'organe le plus volumineux et le plus lourd du corps humain. Elle a une superficie de 2 m<sup>2</sup> et représente 4-10 kg du poids corporel chez l'adulte. Elle possède une variabilité régionale dans son épaisseur, étant la plus fine au niveau des paupières, du pavillon de l'oreille et du mamelon et la plus épaisse au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds<sup>(1)</sup>.

La structure cutanée est constituée de 3 couches superposées, de la plus superficielle à la plus profonde : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Elle renferme également des annexes cutanées représentées par les follicules pileux, les ongles et les glandes sudoripares et apocrines<sup>(2)</sup>.

### 1.1. L'épiderme

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. Il s'agit d'un épithélium pavimenteux stratifié composé de plusieurs couches cellulaires disposées perpendiculairement sur la membrane basale. Cette dernière sépare l'épiderme du derme sous-jacent et se relie aux cellules épidermiques par le biais des hémidesmosomes.

Il n'y a pas de vaisseaux sanguins dans l'épiderme, l'oxygénation et l'apport de nutriments sont assurés par du liquide interstitiel provenant du derme, les déchets cellulaires sont éliminés dans la lymphe. L'épiderme joue un rôle important dans la protection contre les agressions pathogènes et environnementales et dans la régulation de la perte d'eau transépidermique.

Au niveau structural, l'épiderme se distingue en 4 couches (ou 5 couches : le stratum lucidum est une couche supplémentaire présente uniquement au niveau palmoplantaire) qui sont de la profondeur à la superficie :

- Stratum basale : il s'agit d'une monocouche constituée des cellules basales. Une cellule basale est une cellule souche mitotiquement active de forme cubique à cylindrique. Cette dernière se divise pour donner les kératinocytes de l'épiderme. D'autres cellules se trouvent dispersées dans cette couche entre les cellules basales, ce sont les cellules de Merkel et les mélanocytes.

- Stratum spinosum : il représente la couche la plus épaisse de l'épiderme. Il est constitué de plusieurs couches de kératinocytes qui sont reliés entre eux par des desmosomes. Cette couche comprend également les cellules de Langerhans.

- Stratum granulosum : il se compose de 3-5 couches de kératinocytes contenant de nombreux amas amorphes protéiques appelés granules de kératohyaline.

- Stratum lucidum : 2-3 couches de kératinocytes morts anucléés qui se retrouvent uniquement dans les zones de peau épaisse (paumes, plantes).
- Stratum corneum : il s'agit de la couche la plus superficielle de la peau. Il se compose de 20-30 couches de kératinocytes anucléés morts appelés cornéocytes et d'une matrice lipidique extracellulaire<sup>(3)</sup>.

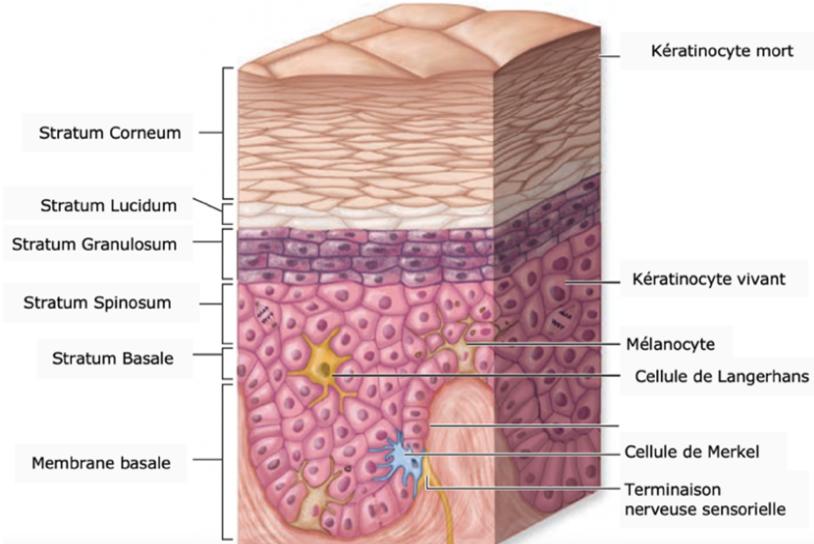


Figure 1 : Structure de l'épiderme<sup>(3)</sup>

L'épiderme est constitué de 4 types de cellules :

### 1.1.1. Le kératinocyte

La cellule la plus abondante dans l'épiderme (environ 85% de cellules épidermiques). Les kératinocytes sont reliés entre eux par des jonctions de nature protéique appelées desmosomes. Ils synthétisent la kératine, une protéine fibreuse et insoluble dans l'eau, qui assure l'imperméabilité de la peau et sa protection contre les agressions extérieures.

Les kératinocytes sont le résultat de la division des cellules basales de l'épiderme et migrent, tout en subissant une différenciation cellulaire, vers les couches supérieures de la peau. A l'issue de cette différenciation, des cellules mortes anucléées et aplatises appelées « cornéocytes » sont formées. Les cornéocytes sont entourés d'une enveloppe lipidique qui est liée aux filaments kératiniques remplissant leur compartiment intracellulaire. Leur structure assure ainsi une rigidité à la surface cutanée.

Le processus de migration et de différenciation des kératinocytes est appelé kératinisation. Elle nécessite approximativement 28 jours et assure un renouvellement continu de la surface cutanée. Les cornéocytes superficiels sont continuellement perdus par lyse cellulaire et sont ensuite remplacés par des cornéocytes qui se trouvent en dessous<sup>(4)</sup>.

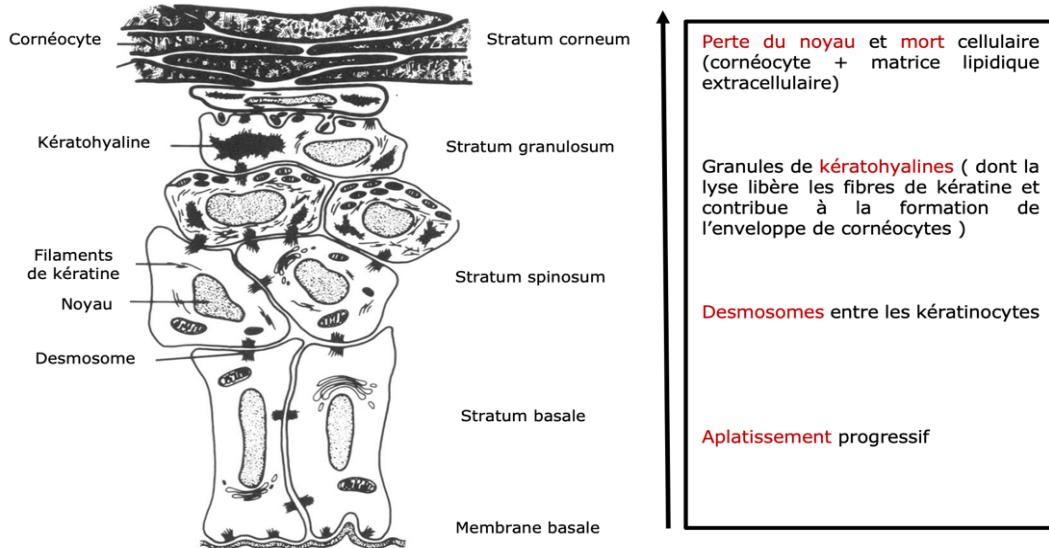


Figure 2 : Étapes de la kératinisation dans l'épiderme (modifié d'après<sup>(4)</sup>)

### 1.1.2. Le mélanocyte

La deuxième grande population cellulaire de l'épiderme. Les mélanocytes résident au niveau du stratum basale, ils sont ovales à fusiformes, dendritiques et plus petits que les kératinocytes voisins<sup>(5)</sup>.

Leur fonction principale est la synthèse de la mélanine « la mélanogenèse ». La mélanogenèse se produit dans des organites subcellulaires appelés mélanosomes. Deux grands types de mélanine sont produits : eumélanine (brun-noir) et phéomélanine (jaune-rouge).

Grâce aux projections dendritiques de mélanocytes, les mélanosomes, également appelés granules de mélanine, sont transférés à l'intérieur des kératinocytes où ils s'accumulent au-dessus du noyau.

La mélanine est impliquée dans la détermination de la couleur de la peau (en fonction de la quantité et de la répartition entre phéomélanine et eumélanine) et dans la photoprotection<sup>(6)</sup>.

### 1.1.3. La cellule de Langerhans

Les cellules de Langerhans se trouvent dispersées entre les kératinocytes au niveau du stratum spinosum. Elles proviennent de la moelle osseuse et appartiennent à la lignée des monocytes-macrophages. Au niveau structural, elles sont caractérisées par des processus dendritiques et la présence de petites structures en forme de raquette appelées « granules de cellules de Broeck ».

Leur fonction principale est la reconnaissance et la présentation des antigènes aux LT localisés au niveau des ganglions cutanés. Les cellules de Langerhans prennent en charge et dégradent l'antigène par des enzymes protéolytiques spécialisées. Cette dégradation produit des fragments peptidiques linéaires qui s'associent aux molécules du CMH de classe II exprimées à leur surface. Cette association interagit avec le TCR des LT cutanés afin de les activer.

Le nombre de cellules de Langerhans diminue avec l'âge et l'exposition aux rayonnements UV. Par conséquent, cela conduit à une diminution de la fonction immunitaire cutanée et joue un rôle dans la carcinogenèse<sup>(7)</sup>.

#### 1.1.4. La cellule de Merkel

Les cellules de Merkel sont des petites cellules ovales rares situées dans le stratum basale de l'épiderme. Contrairement aux mélanocytes et aux cellules de Langerhans, elles sont reliées aux kératinocytes par des jonctions appelées desmosomes.

Leur fonction n'a pas encore été déterminée, elles sont présumées être des mécanorécepteurs impliqués dans la sensation du tact en raison de leur relation anatomique étroite avec les nerfs sensoriels sous-jacents. Une fonction neuroendocrine a été également évoquée<sup>(9)</sup>.

#### 1.2. La jonction dermo-épidermique

La jonction dermo-épidermique est une barrière sélective entre l'épiderme et le derme qui permet l'interaction entre les deux et fournit un ancrage de l'épiderme au derme.

Elle comprend :

- Les membranes plasmiques des cellules basales épidermiques avec leurs hémidesmosomes.
- La lamina lucida avec ses filaments d'ancrage qui relient les hémidesmosomes à la lamina densa.
- La lamina densa constituée de fibres de collagène de type IV.
- Les fibrilles d'ancrage de collagène de type IV. Ces dernières connectent la lamina densa aux fibres dermiques<sup>(10)</sup>.

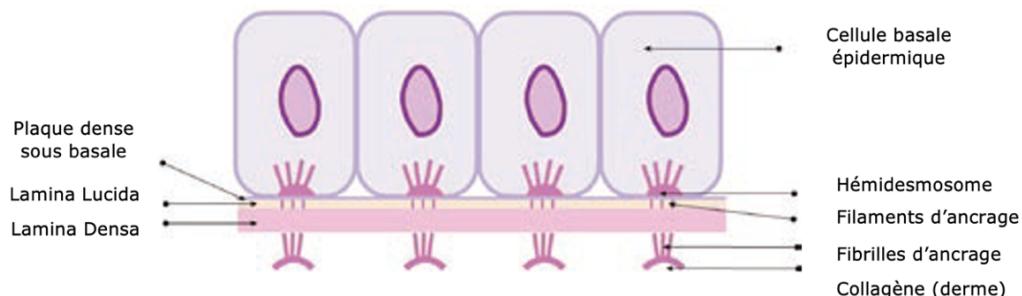


Figure 3 : Jonction dermo-épidermique (modifié d'après<sup>(11)</sup>)

#### 1.3. Le derme

Le derme est une couche du tissu conjonctif située entre l'épiderme et l'hypoderme. Sa composition est majoritairement fibreuse, constituée des fibres de collagène et des fibres élastiques. Le collagène, principalement de type I et III, confère au derme une résistance mécanique, les fibres élastiques apportent de l'élasticité et de la résilience à la peau. Entre ses composants fibreux, réside la substance fondamentale constituée des glycosaminoglycans qui se lient à l'eau pour réhydrater le derme et faciliter les déplacements moléculaire et cellulaire.

Le derme comprend deux sous-couches :

- Le derme papillaire : il s'agit de la couche superficielle du derme qui forme des papilles dermiques. Le derme papillaire se compose de tissu conjonctif fin et lâche. Il renferme des fibres de collagène de type I et III, des fibroblastes, des mastocytes, des cellules dendritiques et des leucocytes.
- Le derme réticulaire : il représente la couche profonde du derme. Il se compose de tissu conjonctif épais et dense. Il contient principalement des fibres de collagène de type I. Un réseau de fibres élastiques y est

présent également, apportant ainsi de l'élasticité à la peau. Le derme réticulaire contient plus de fibres et moins de cellules par rapport au derme papillaire<sup>(3)</sup>.

Le derme est riche en vaisseaux sanguins. Ces derniers sont disposés en deux plexus horizontaux reliés l'un à l'autre : un superficiel dans le derme papillaire et un profond dans la partie inférieure du derme réticulaire. Ces plexus sanguins servent à apporter des nutriments et aident à maintenir la température corporelle. La régulation de la température se fait par des shunts entre les deux plexus. Afin de réduire la température corporelle, le sang est dévié du plexus profond vers le superficiel, permettant ainsi une perte de la chaleur à travers la peau, l'inverse se produit pour préserver la chaleur corporelle<sup>(10)</sup>. Les vaisseaux lymphatiques prennent naissance au niveau des papilles dermiques et forment deux plexus qui accompagnent les plexus sanguins.

Le derme inclut également deux types de terminaisons nerveuses, sensorielles et autonomes. Les terminaisons nerveuses sensorielles sont soit libres, soit associées à des structures spécialisées appelées « corpuscules ». Les fibres sensorielles libres se trouvent dans le derme papillaire et autour des follicules pileux, certaines d'entre elles s'étendent vers l'épiderme pour se trouver en contact rapproché avec les cellules de Merkel. Les corpuscules sont des mécanorécepteurs et comprennent principalement les corpuscules de Meissner, les corpuscules de Ruffini, les corpuscules de Vater-Pacini et les organes terminaux cutanéomuqueux. Les terminaisons autonomes se destinent aux vaisseaux sanguins et aux annexes cutanées<sup>(11)</sup>.

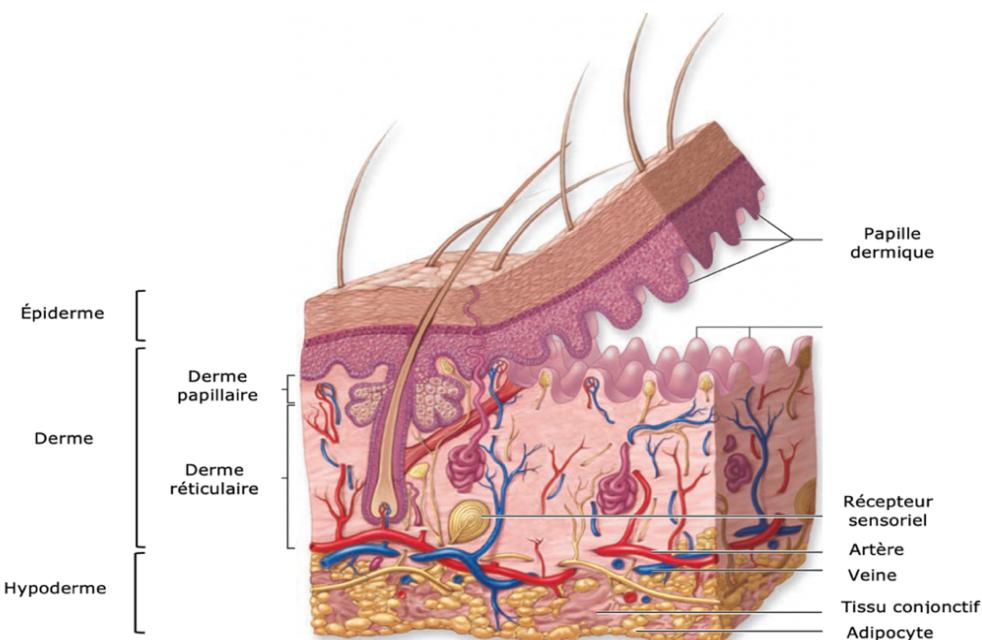


Figure 4 : Vue d'ensemble de la peau (modifié d'après <sup>(3)</sup>)

Les principaux composants cellulaires du derme incluent :

### 1.3.1. Les fibroblastes

La cellule la plus abondante dans le derme. Les fibroblastes sont de forme fusiforme avec un noyau ovale. Ils sécrètent les fibres de collagène et d'élastine ainsi que les glycosaminoglycanes du derme. Quand le derme mûrit, les fibroblastes arrêtent leurs activités et deviennent fibrocytes. Les hormones du cortex surrénalien et les hormones thyroïdiennes sont impliquées dans ce processus.

Certains fibroblastes, appelés myofibroblastes, sont pourvus d'une activité contractile. Ces derniers sont impliqués dans la cicatrisation des plaies cutanées<sup>(3)</sup>.

### **1.3.2. Les histiocytes**

Une sorte de macrophage largement distribué dans le derme. Les histiocytes libèrent des enzymes lytiques (collagénase, élastase) pour digérer l'interstitium. Ils sont également impliqués dans la phagocytose des antigènes étrangers afin de les présenter aux LT<sup>(12)</sup>.

### **1.3.3. Les mastocytes**

Il s'agit des cellules de forme arrondie qui se trouvent autour des capillaires dermiques. Les mastocytes contiennent des petits granules intracytoplasmiques. Ces derniers renferment des médiateurs inflammatoires qui sont libérés à l'extérieur en cas de stimulation. Les mastocytes sont impliqués dans des réactions du type allergique et inflammatoire<sup>(12)</sup>.

### **1.3.4. Les cellules dendritiques dermiques**

Les cellules dendritiques sont localisées entre le derme papillaire et le derme réticulaire. Comme les cellules de Langerhans, ce sont des cellules immunocompétentes exprimant le CMH-II à leur surface. Elles sont impliquées dans la présentation des antigènes aux LT au niveau de ganglions lymphatiques cutanés<sup>(12)</sup>.

## **1.4. L'hypoderme**

L'hypoderme se compose des lobules de cellules graisseuses (adipocytes) qui sont séparés par des cloisons fibreuses traversées par des nerfs et des vaisseaux sanguins. Il est situé entre le derme et le fascia sous-jacent. Il sert de protection mécanique et thermique, il constitue une source d'énergie et il remplit une fonction endocrine soit en sécrétant des hormones ou en exprimant des récepteurs impliqués dans ces processus<sup>(12)</sup>.

## **1.5. Les annexes cutanées**

Elles comprennent les structures glandulaires et les follicules pileux.

### **1.5.1. Les structures glandulaires**

#### **a) La glande sébacée**

Les glandes sébacées se trouvent partout dans la peau, sauf au niveau des paumes et des plantes. Elles sont majoritairement associées aux follicules pileux. Cette association forme l'unité pilosébacée.

Ce sont des glandes holocrines dont les sécrétions sont produites par la dégradation des cellules glandulaires. Ces sécrétions, appelées sébum, sont sous le contrôle des androgènes. Le sébum est évacué au follicule pileux par le conduit de la glande, puis à la surface de la peau. Le sébum forme un film lipidique ayant des propriétés bactériostatiques et fongistatiques et retardant l'évaporation de l'eau<sup>(11)</sup>.

## b) La glande sudoripare apocrine

Les glandes apocrines se trouvent au niveau des aisselles, des régions génitales, des seins, des conduits auditifs externes et des paupières. Elles ne se développent qu'au moment de la puberté.

Ce sont des glandes sécrétoires tortueuses localisées dans le derme profond ou dans l'hypoderme. Elles sont généralement associées aux follicules pileux dans lesquels elles vident leurs sécrétions. Ces sécrétions sont stériles lorsqu'elles sont excrétées, mais subissent une contamination bactérienne à la surface cutanée résultant en une odeur forte et caractéristique. Leur fonction est encore inconnue. Cependant, elles pourraient agir comme des phéromones<sup>(11)</sup>.

## c) La glande sudoripare eccrine

Les glandes eccrines se trouvent partout dans la peau à l'exception du vermillon de lèvres, du lit d'ongle, du conduit auditif externe et des organes génitaux<sup>(2)</sup>.

Ce sont des glandes sécrétoires localisées dans le derme profond. Elles jouent un rôle important dans l'homéothermie corporelle. Elles sont stimulées par la chaleur et des facteurs émotionnels (peur, anxiété). Leur stimulation aboutit à la sécrétion de sueur à la surface de la peau. Cette dernière s'évapore produisant ainsi un effet de refroidissement<sup>(13)</sup>. La sueur permet également d'excréter les déchets sous forme d'urée<sup>(10)</sup>.

Deux à trois millions de glandes sudoripares eccrines se trouvent chez l'homme avec une capacité de sécrétion totale de 10 L de sueur par jour<sup>(13)</sup>.

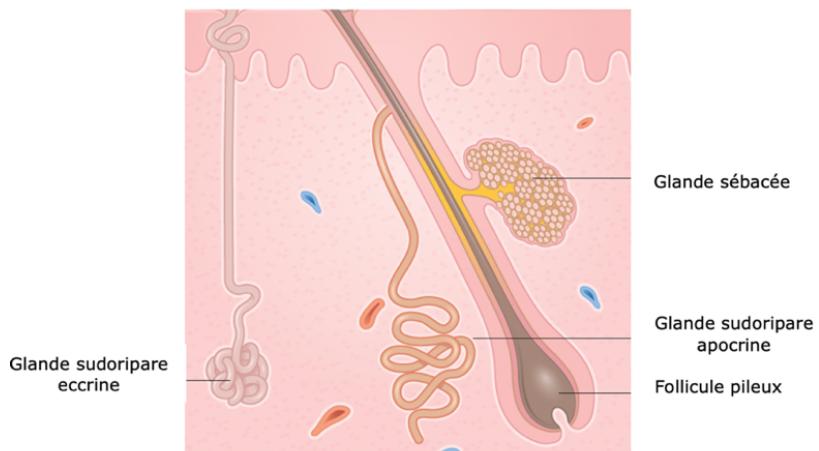


Figure 5 : Glandes cutanées (modifié d'après<sup>(13)</sup>)

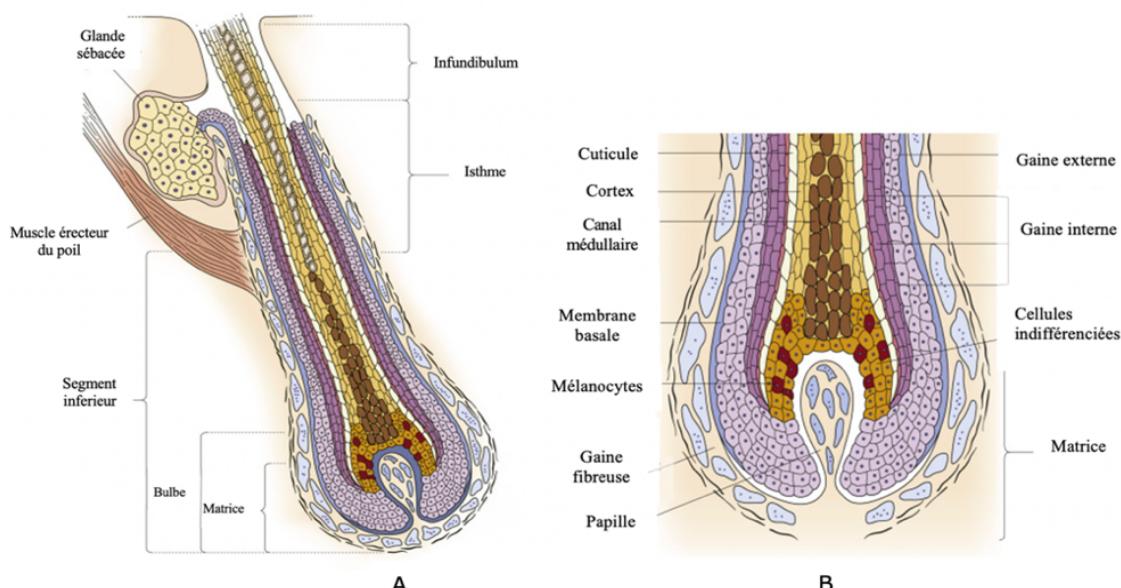
### 1.5.2. Le follicule pileux

Un follicule pileux est une invagination spécialisée de l'épiderme dans le derme. À la naissance, environ 5 millions de follicules recouvrent le corps humain (exceptions : paume de la main, plante du pied, muqueuse génitale et vermillon des lèvres). Aucun nouveau follicule n'est formé après la naissance, contrairement à leur taille qui varie avec le temps, surtout sous l'effet des androgènes.

Le follicule pileux est divisé en 3 parties, de la plus superficielle à la plus profonde :

- Infundibulum : s'étend entre la surface cutanée et l'ouverture de la glande sébacée.
- Isthme : part du point d'insertion du muscle érecteur du poil jusqu'à l'ouverture de la glande sébacée.
- Segment inférieur : s'étend entre le point d'insertion du muscle érecteur du poil et la base du bulbe<sup>(12)</sup>.

À la base du bulbe, la matrice contient des cellules vivantes à prolifération rapide. Les cellules issues de cette prolifération subissent une kératinisation (similaire à celle de l'épiderme) pour former la tige pilaire. La tige pilaire se compose de 3 couches qui sont de l'intérieur vers l'extérieur : le canal médullaire, le cortex et la cuticule. À l'intérieur de la peau, la tige est entourée de 2 gaines, externe et interne, qui s'arrêtent au niveau de l'isthme. Ces 2 gaines servent à protéger et à façonner le poil en croissance<sup>(14)</sup>. Les mélanocytes se trouvent également au niveau du bulbe pileux et sont responsables de la couleur des poils. La papille assure la vascularisation et l'innervation du follicule pileux<sup>(12)</sup>.



Le cycle capillaire est un processus dynamique divisé en trois phases distinctes. Une phase de croissance (anagène), une phase de régression (catagène) et une phase de repos (télogène)<sup>(11)</sup>.

La phase de croissance (anagène) se caractérise par une croissance rapide liée à la multiplication des cellules du bulbe pileux dans le derme profond. Lorsque la croissance cesse, la phase catagène se produit, entraînant l'arrêt de la mitose, l'apoptose et enfin une migration ascendante du bulbe pileux vers le derme moyen. L'extrémité inférieure du poil s'élargit en « club de golf » ce qui fait que le poil rentre en phase de repos (télogène). Ce poil télogène, appelé également poil de club, reste en place pendant 2-3 mois avant d'être expulsé lorsqu'un nouveau poil commence à pousser pour marquer le début d'un nouveau cycle<sup>(2)</sup>.

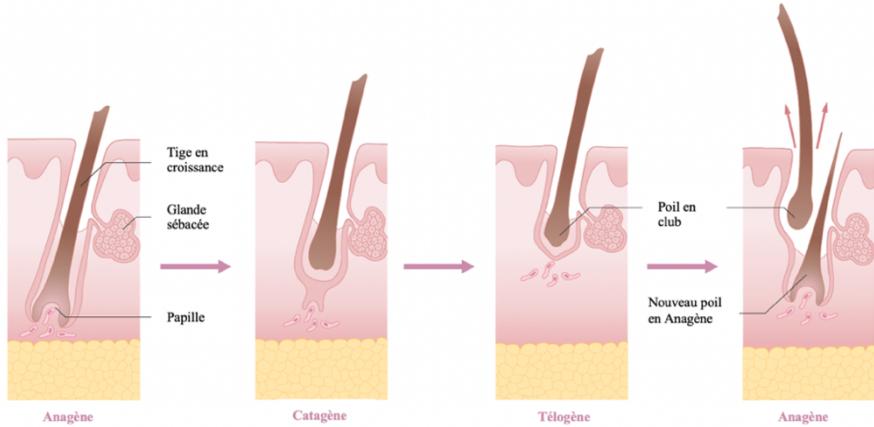


Figure 7 : Phases du cycle capillaire (modifié d'après <sup>(16)</sup>)

### 1.5.3. L'ongle

L'unité unguéale, comme le follicule pileux, est une invagination de l'épiderme. Elle comprend : la tablette unguéale, les replis latéraux et sus-unguéaux, le lit d'ongle, la cuticule et l'hyponychium.

La tablette unguéale recouvre les faces dorsale et distale des doigts et des orteils. Elle varie entre 0,3 - 0,75 mm en épaisseur. Cette tablette est composée des cellules kératinisées (onychocytes) formées à partir des kératinocytes spécialisés au niveau de la matrice. La matrice se trouve sous le repli sus-unguéal et s'étend distalement jusqu'à la lunule (zone blanche sous forme de croissant dans la partie proximale de l'ongle).

Le lit d'ongle se trouve en dessous de la tablette et produit une petite quantité de kératine qui adhère étroitement à celle-ci. Son derme est hautement vascularisé, attribuant donc un aspect rose à l'ongle.

La cuticule représente la couche cornée du repli sus-unguéal et sert à protéger la matrice. L'hypochonrium est l'épiderme kératinisé situé à l'extrémité distale du lit d'ongle en dessous du bord libre de la tablette unguéale. Les replis latéraux et sus-unguéaux recouvrent les côtés et la base de la tablette unguéale.

La croissance des ongles se fait de manière continue à 2-3 mm/mois pour les doigts et à 1 mm/mois pour les orteils, ce qui fait que le remplacement complet de l'ongle nécessite approximativement 6 mois pour les doigts et 18 mois pour les orteils<sup>(11)</sup>.

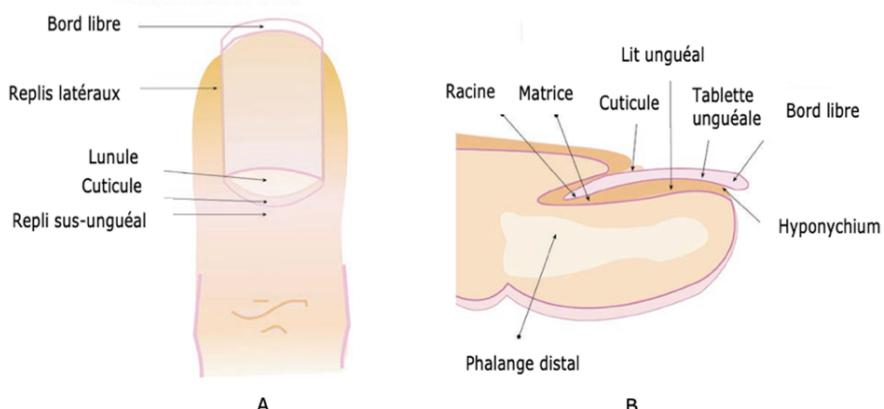


Figure 8 : Structure de l'ongle. Vue longitudinale (A). Vue sagittale(B)<sup>(10)</sup>

## **2. Fonctions de la peau**

Outre sa fonction esthétique, facilitant l'interaction sociale de l'individu, la peau occupe les fonctions suivantes :

### **2.1. Photoprotection**

Les rayonnements UV se composent de 3 types en fonction de leur longueur d'onde :

- Les UVC (200-280 nm) qui sont principalement filtrés par l'ozone.
- Les UVB (280-320 nm) qui sont principalement absorbés au niveau de l'épiderme. Ces rayonnements sont responsables des coups de soleil et contribuent en cas d'exposition chronique au vieillissement et aux cancers cutanés. Ils représentent 1-5% des rayonnements arrivant à la surface de la terre.
- Les UVA (320-400) qui pénètrent plus profondément dans le derme et jouent un rôle majeur dans le vieillissement cutané et dans la pathogenèse des cancers cutanés. Ils représentent 95-99% des rayonnements atteignant la surface terrestre<sup>(18,19)</sup>.

La peau possède deux barrières contre les rayonnements UV : la barrière de mélanine dans l'épiderme et la barrière anatomique constituée du stratum corneum. Les deux fonctionnent en absorbant les rayonnements dans le but de protéger l'ADN cellulaire<sup>(20)</sup>.

### **2.2. Fonction immunitaire**

La fonction immunitaire de la peau est assurée par :

- La flore cutanée qui recouvre la surface cutanée, évitant ainsi la fixation des germes pathogènes.
- Le pH acide de la surface cutanée qui représente un environnement inhospitalier au développement des microorganismes.
- L'activité bactériostatique et fongistatique des sécrétions sébacées.
- La barrière mécanique rigide du stratum corneum.
- Le renouvellement des cornéocytes de surface permettant d'éliminer d'éventuels germes.
- Les cellules présentatrices d'antigène (cellules de Langerhans et cellules dendritiques dermiques) qui reconnaissent et prennent en charge les antigènes afin de les présenter aux LT.
- Les monocytes/macrophages par leur fonction de phagocytose.
- Les AMPs exprimés à la surface des kératinocytes qui éliminent de manière directe un large spectre des microbes (bactéries Gram+/Gram-, champignons et certains virus).
- Les cytokines sécrétées par les kératinocytes, les macrophages et les fibroblastes<sup>(12,20)</sup>.

### **2.3. Fonction de barrière physique**

La barrière physique de la peau est principalement assurée par la couche superficielle de l'épiderme, le stratum corneum. Sa composition de cornéocytes reliés entre eux et intégrés dans une matrice lipidique, lui confère une rigidité. Cette rigidité lui permet de résister aux forces mécaniques et de limiter la pénétration transcutanée des microbes et des produits chimiques.

Le stratum corneum contrôle également la perte d'eau transcutanée et retient l'eau afin de garder la surface cutanée hydratée. Une hydratation adéquate du stratum corneum permet non seulement d'apporter de la souplesse à la peau, mais également de réguler les processus biochimiques au niveau de cette couche<sup>(21,22)</sup>.

L'hypoderme, étant riche en graisses, forme une sorte de coussin permettant de protéger les tissus sous-jacents contre les forces mécaniques et de les isoler thermiquement contre le froid<sup>(10)</sup>.

## 2.4. Thermorégulation

La thermorégulation est le processus par lequel la température corporelle reste constante quelles que soient les variations dans le milieu extérieur. Cette régulation se fait majoritairement au niveau cutané et est assurée par deux structures : les vaisseaux sanguins et les glandes sudoripares eccrines.

Lorsqu'une perte de chaleur est nécessaire, les vaisseaux sanguins superficiels se dilatent permettant à de grandes quantités de sang de circuler près de la surface cutanée, où la chaleur peut être libérée. Les glandes sudoripares augmentent leur sécrétion de sueur, créant un effet de refroidissement par évaporation. Au contraire, lorsqu'une conservation de la chaleur corporelle s'avère essentielle, une vasoconstriction et une inhibition de la sécrétion de sueur se produisent<sup>(23,24)</sup>.

## 2.5. Synthèse de la vitamine D

La peau constitue la source naturelle de vitamine D. Le 7-déhydrocholestérol, présent dans les membranes cellulaires de l'épiderme et du derme, subit une transformation en provitamine D lors de l'exposition au soleil (plus précisément aux rayonnements UVB). La provitamine D, par la suite, se transforme par deux réactions d'hydroxylation (hydroxylation hépatique et hydroxylation rénale), en 1-25 dihydroxyvitamine D (calcitriol) qui est la forme biologiquement active de la vitamine D.

La vitamine D joue un rôle essentiel dans le métabolisme osseux. Sa carence a été corrélée au développement du cancer de colon, du diabète II, des troubles cardiovasculaires et musculaires<sup>(25)</sup>.

## 2.6. Fonction sensorielle

La peau est innervée par un réseau nerveux dense et hautement spécialisé. Les terminaisons sensorielles libres se terminent soit dans le derme superficiel, soit à proximité des cellules de Merkel dans le stratum basale de l'épiderme. Elles détectent les variations de température, la douleur, les démangeaisons et le toucher léger. Les corpuscules sont des mécanorécepteurs. Ces derniers enregistrent la déformation cutanée entraînée par la pression, ainsi que le toucher et les vibrations.

Cette innervation importante permet à l'être humain de percevoir l'environnement et de réagir en conséquence<sup>(8,20,26)</sup>.

## II- LES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DERMATOLOGIQUES

Les lésions élémentaires dermatologiques se distinguent en 2 catégories : les lésions élémentaires primitives et les lésions élémentaires secondaires.

### 1. Les lésions élémentaires primitives

Les lésions élémentaires primitives correspondent au processus pathologique initial. Elles peuvent être visibles mais non palpables, visibles et palpables à contenu solide ou visibles et palpables à contenu liquide. Le tableau (1) récapitule les lésions primitives principales.

#### 1.1. Les lésions visibles mais non palpables

##### 1.1.1. Macules

Une macule est une zone circonscrite dont le diamètre est < à 1 cm. Elle est caractérisée par une modification de la couleur de la peau sans élévation ni dépression. Elles peuvent être colorées (macules rouges et macules pigmentées) ou décolorées (hypochromiques ou achromiques).

###### a) Les macules rouges

Les macules rouges sont classées en 2 types en fonction de leur réponse à la vitropression (l'application d'une pression à l'aide d'une lame en verre) :

- L'érythème : il est issu d'une vasodilatation au niveau des papilles dermiques. Il n'y a pas de fuite de sang dans le derme extravasculaire, expliquant ainsi la disparition de la couleur rouge à la vitropression.

- Le purpura : il est dû à l'extravasation du sang dans le derme d'où sa persistance à la vitropression. Cette extravasation résulte de l'inflammation des parois vasculaires ou d'une anomalie sanguine (en particulier les thrombopénies/thrombopathies). Initialement, le purpura se caractérise par une couleur rouge assez vive qui devient brunâtre au fil du temps. Il finit par disparaître lorsque les macrophages phagocytent et décomposent les cellules sanguines. Le purpura se distingue en fonction de la taille lésionnelle en pétéchie ( $\leq 5$  mm en diamètre) et ecchymose (ayant une taille supérieure).

###### b) Les macules pigmentées

Les macules pigmentées résultent de l'accumulation des pigments dans l'épiderme ou le derme. Elles sont de couleur variable selon le pigment déposé et sa profondeur dans la peau. Il s'agit le plus souvent de la mélanine qui confère à la peau une coloration brune à noirâtre lorsque le dépôt touche l'épiderme superficiel, une coloration grisâtre à brun-violacé lorsque le dépôt se fait le derme superficiel ou une coloration bleue si la mélanine s'accumule dans le derme profond.

###### c) Les macules dépigmentées

Les macules dépigmentées sont dues à une diminution/absence de mélanocytes dans l'épiderme ou/et de la sécrétion de mélanine. Elles sont de couleur claire et de forme et taille variables<sup>(27)</sup>.

## 1.1.2. Tâches

Les tâches sont des macules dont la taille est plus importante (ayant un diamètre supérieur à 1 cm)<sup>(28)</sup>.

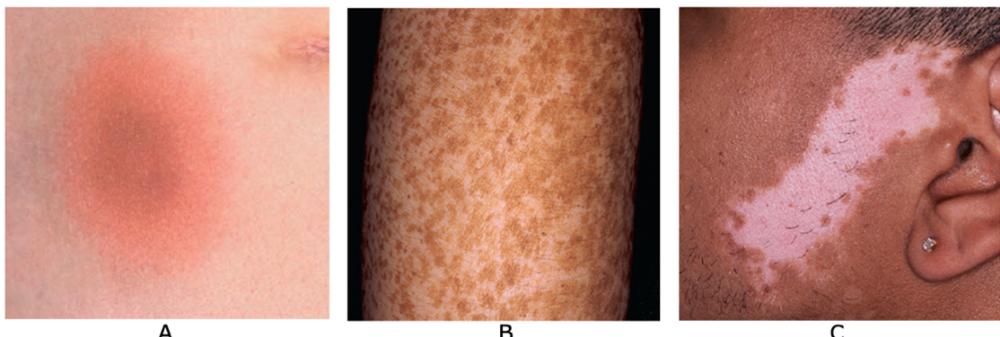


Figure 9 : Lésions visibles non palpables. Macule rouge (A). Macule pigmentée (B). Tâche hypopigmentée (C)<sup>(26,28)</sup>

## 1.2. Lésions palpables à contenu solide

### 1.2.1. Papule

Les papules sont des lésions circonscrites superficielles surélevées de consistance solide. L'élévation est produite par des dépôts locaux, des infiltrats cellulaires inflammatoires, un œdème ou une hypertrophie des éléments cellulaires. Les papules ont un diamètre inférieur à 1 cm et peuvent être épidermiques et bien définies ou dermiques ayant des bordures indistinctes. Elles peuvent également être associées aux glandes sudoripares ou aux follicules pileux<sup>(27)</sup>.

### 1.2.2. Plaque

Les plaques se présentent sous forme d'un plateau solide superficiel surélevé ayant un diamètre supérieur à 1 cm. Elles sont généralement bien définies et se forment le plus souvent par la confluence de papules<sup>(27,28)</sup>.

### 1.2.3. Nodule

Les nodules sont des lésions solides de forme ronde ou ellipsoïde. Ils sont plus grands et s'étendent plus profondément dans la peau (par rapport aux papules). L'élévation est produite par des infiltrats inflammatoires ou néoplasiques ou par des dépôts métaboliques dans le derme ou l'hypoderme. Les nodules sont soit superficiels et bien définis, ou profonds et mal définis (appelés nouures)<sup>(27)</sup>.

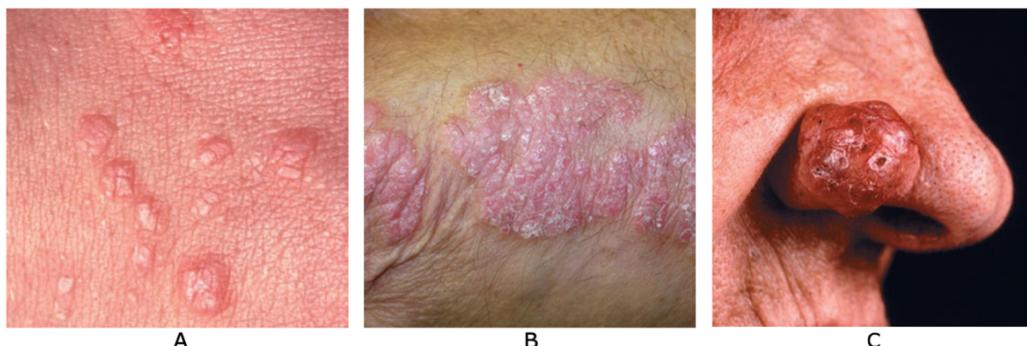


Figure 10 : Lésions palpables et solides. Papules (A). Plaques (B). Nodule (C)<sup>(26,28)</sup>

## 1.3. Lésions palpables à contenu liquide

### 1.3.1. Vésicule

Les vésicules (diamètre <1 cm) sont des lésions circonscrites superficielles surélevées contenant du sang ou du sérum. Elles sont issues d'un clivage, soit dans l'épiderme soit au niveau de l'interface entre l'épiderme et le derme.

Elles possèdent un toit si mince qu'elles sont transparentes permettant de voir leur contenu. Ceci leur confère une couleur rouge à noir (s'il s'agit du sang) ou une couleur jaunâtre (s'il s'agit du sérum). Elles évoluent vers la rupture (laissant en place une érosion recouverte d'une croûte), la coalescence (formation des bulles) ou la pustulation (formation des pustules)<sup>(27,28)</sup>.

### 1.3.2. Bulle

Les bulles sont des vésicules de grande taille (diamètre > 1 cm). Elles évoluent vers la pustulation ou la rupture<sup>(27)</sup>.

### 1.3.3. Pustule

Les pustules sont des lésions circonscrites superficielles surélevées contenant un exsudat purulent et ayant un diamètre < 1 cm. Elles sont de couleur blanche, jaune ou jaune verdâtre. Leur contenu, à la différence de vésicules, est trouble. Elles sont soit intra-épidermiques ou associées aux follicules pileux.

Il existe également des pustules à contenu stérile qu'on observe dans le psoriasis (pustules psoriasiques)<sup>(27)</sup>.

### 1.3.4. Abcès

Les abcès sont des lésions surélevées contenant du liquide purulent et ayant un diamètre > 1 cm<sup>(29)</sup>.

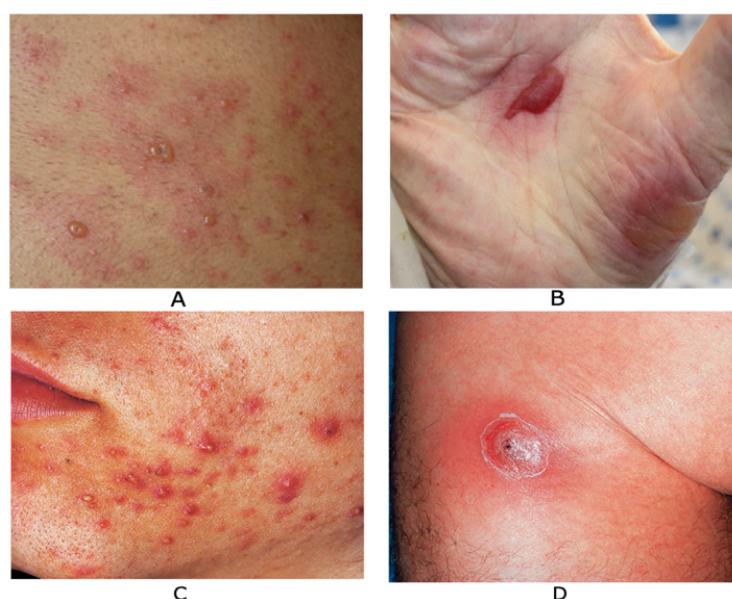


Figure 11 : Lésions palpables à contenu liquide. Vésicules (A). Bulle (B). Pustule (C). Abcès (D)<sup>(10,16,28)</sup>

## 1.4. Autres lésions élémentaires primitives

### 1.4.1. Kyste

Les kystes sont des cavités à contenu liquide, semi-solide ou solide. Ils sont tapissés d'épithélium et possèdent le plus souvent une capsule fibreuse. Leur couleur varie en fonction de leur contenu (chair, rouge, jaune ou bleu). Ils ont un diamètre > à 0,5 cm et peuvent être superficiels ou profonds<sup>(27)</sup>.

### 1.4.2. Wheal

Un wheal est une lésion cutanée surélevée de couleur rose pâle. Il est le résultat d'un œdème transitoire localisé au niveau du derme qui disparaît en moins de 24 heures. Les wheals sont caractéristiques de l'urticaire<sup>(27)</sup>.

### 1.4.3. Sillon

Un sillon correspond à une papule linéaire ou curviligne desquamée à sa surface. Il s'agit de l'une des lésions spécifiques de la gale<sup>(27)</sup>.

### 1.4.4. Comédon

Les comédons sont le résultat d'une hyperprolifération des kératinocytes du follicule pilosébacé associée à des anomalies de leur différenciation. Cela empêche la desquamation dans le canal infundibulaire. Ils peuvent être ouverts ou fermés<sup>(36)</sup>.

### 1.4.5. Télangiectasie

Les télangiectasies correspondent aux petits vaisseaux cutanés dilatés en permanence et visibles à travers la peau<sup>(27)</sup>.

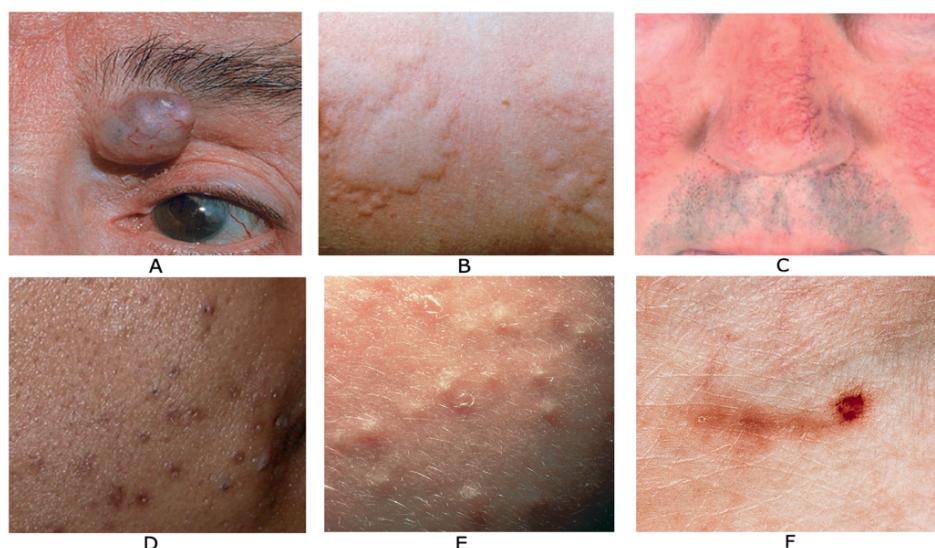
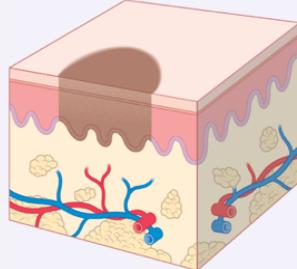
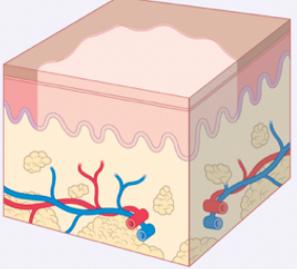
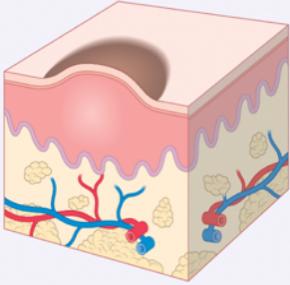
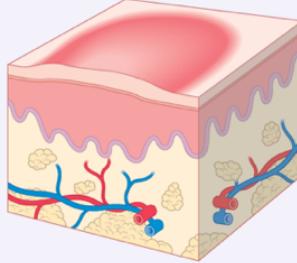
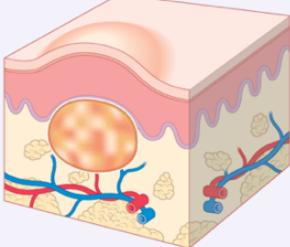
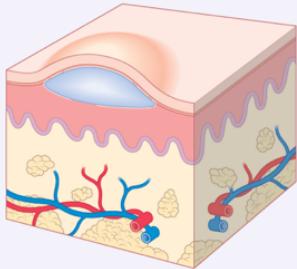
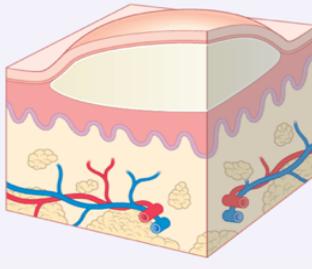
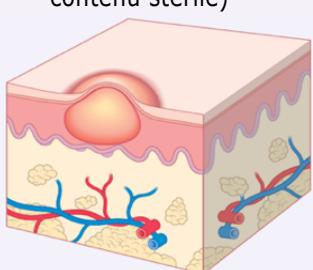
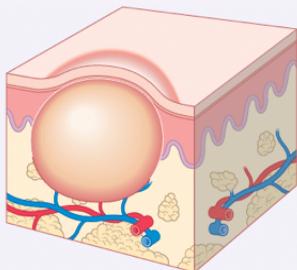


Figure 12 : Autres lésions élémentaires. Kyste (A). Wheal (B). Télangiectasie (C). Comédon noir (D). Comédon blanc (E). Sillon sarcoptique (F)<sup>(28,29)</sup>

Tableau I: Lésions élémentaires primitives principales en dermatologie<sup>(11,26,29)</sup>

	<b>De petite taille (&lt; 1 cm)</b>	<b>De grande taille (&gt; 1 cm)</b>
<b>Lésions visibles mais non palpables</b>	<b>Macule</b> 	<b>Tâche</b> 
<b>Lésions palpables à contenu solide</b>	<b>Papule (superficielle)</b> 	<b>Plaque (superficiale)</b>  <b>Nodule (profond)</b> 
<b>Lésions palpables à contenu liquide</b>	<b>Vésicule (sérum ou sang)</b> 	<b>Bulle (sérum ou sang)</b> 
	<b>Pustule (pus ou plus rarement à contenu stérile)</b> 	<b>Abcès (pus)</b> 

## 2. Les lésions élémentaires secondaires

Les lésions élémentaires secondaires sont issues de l'évolution des lésions primitives. Elles comprennent une grande variété de lésions :

### 2.1. Avec peau recouverte

#### 2.1.1. Squames

Les squames sont des flocons de stratum corneum qui résultent d'une desquamation pathologique de plusieurs couches de cellules cornées au niveau de la surface cutanée. Il existe deux mécanismes de formation de squames : l'hyperkératose rétentionnelle (une cohésion importante entre les couches cornées qui empêche leur desquamation individuelle, aboutissant donc à une desquamation collective anormale), et l'hyperkératose proliférative (une hyperprolifération épidermique). Ils peuvent être minuscules ou grands, lâches ou adhérents<sup>(27,28)</sup>.

#### 2.1.2. Croûtes

Les croûtes se forment à l'issue de la dessiccation d'un exsudat séreux, sanguin ou purulent à la surface cutanée, elles sont donc secondaires à l'évolution des vésicules, bulles et pustules.

Elles peuvent être minces, délicates et friables ou épaisses et adhérentes. Leur couleur est variable : jaune si elles développent à partir du sérum séché, vert ou jaune-vert s'il s'agit du pus séché et de couleur marron, rouge foncé ou noire si elles se forment à partir du sang séché<sup>(27)</sup>.



Figure 13 : Lésions secondaires avec peau recouverte. Croûtes (A). Squames (B)<sup>(28,29)</sup>

### 2.2. Avec perte de substance

#### 2.2.1. Érosion

Une érosion est une perte de substance qui touche uniquement l'épiderme, ce qui fait qu'elle guérit sans formation de cicatrice. À l'exception des excoriations qui sont d'origine mécanique, les érosions sont toujours le résultat d'un clivage intra-épidermique ou sous-épidermique. Elles se forment donc à partir de vésicules ou de bulles<sup>(27,28)</sup>.

#### 2.2.2. Ulcère

Un ulcère est une perte de substance qui s'étend dans le derme ou plus profondément. Il s'agit toujours d'une lésion secondaire qui se produit dans des tissus pathologiquement altérés. Les ulcères guérissent toujours avec formation de cicatrices<sup>(27)</sup>.

### 2.2.3. Fissure

Les fissures sont des érosions ou des ulcères de morphologie linéaire<sup>(27)</sup>.

### 2.2.4. Cicatrice

Les cicatrices sont du tissu fibreux qui remplace un défaut tissulaire profond. Elles correspondent à l'aboutissement du processus de réparation. Elles peuvent être hypertrophiques et dures ou hypotrophiques et molles<sup>(27)</sup>.

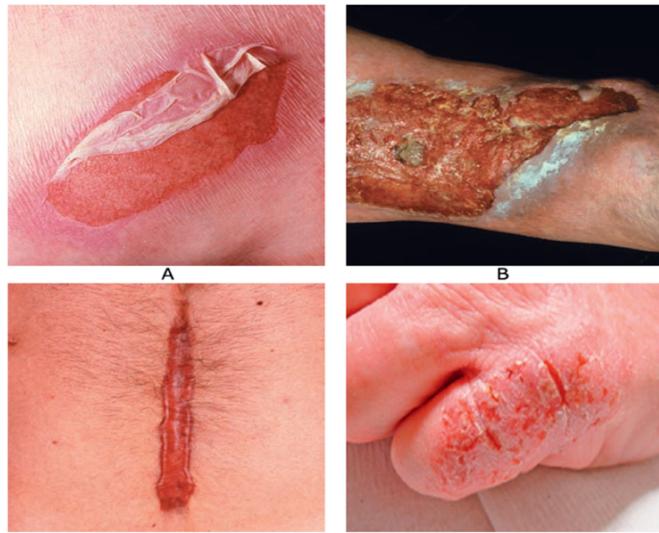


Figure 14 : Lésions secondaires avec perte de substance. Érosion (A). Ulcère (B). Cicatrice (C). Fissure (D)<sup>(28,29)</sup>

## 2.3. Avec anomalie de texture

### 2.3.1. Atrophie

L'atrophie est une diminution de l'épaisseur de certaines ou de toutes les couches de la peau. Au niveau de l'épiderme, elle se manifeste par un amincissement rendant l'épiderme transparent et laissant voir les vaisseaux dermiques sous-jacents. Lorsque l'atrophie touche le derme, il y a une perte du tissu conjonctif aboutissant à une dépression lésionnelle<sup>(27)</sup>.

### 2.3.2. Lichénification

La lichénification est un épaissement de l'épiderme associé à une accentuation des marques cutanées. Elle est liée au grattage et/ou au frottement chronique de la peau. Elle est en général mal définie<sup>(27,28)</sup>.



Figure 15 : Lésions secondaires avec anomalie de texture. Atrophie (A). Lichénification (B)<sup>(28,29)</sup>

## 2.4. Autres lésions élémentaires secondaires

### 2.4.1. Chancre

Un chancre est une érosion ou un ulcère avec un point de départ infectieux<sup>(27)</sup>.

### 2.4.2. Kératose

Une kératose désigne un épaissement touchant uniquement la couche cornée de l'épiderme<sup>(28)</sup>.

### 2.4.3. Sclérose

Une sclérose est une lésion palpable et visible caractérisée par un épaissement associé à une perte de l'élasticité cutanée<sup>(28)</sup>.

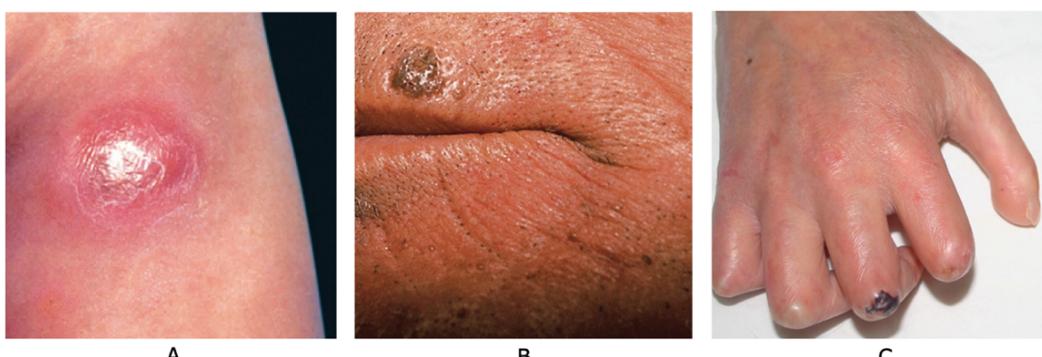
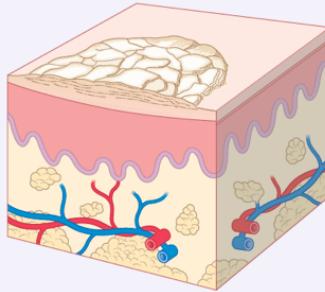
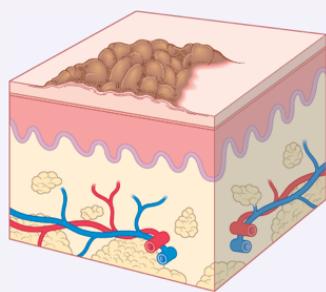
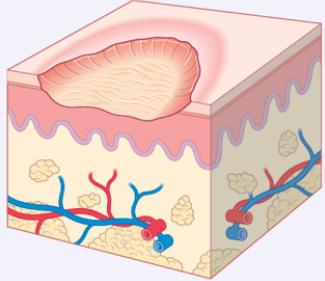
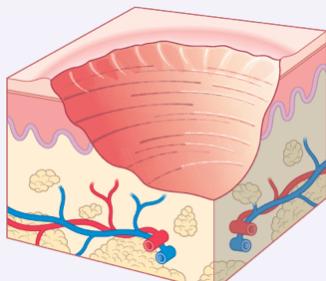
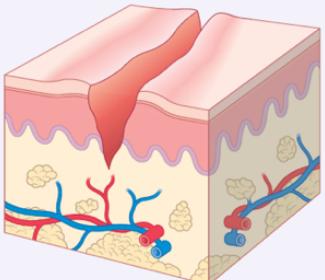
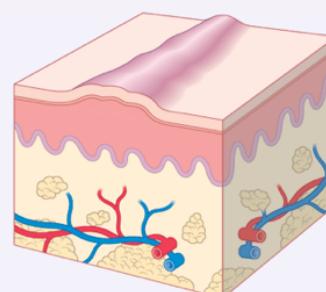
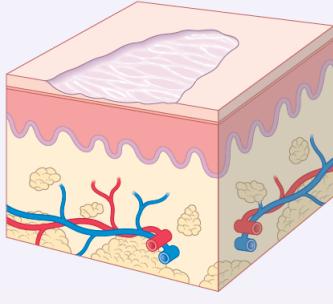
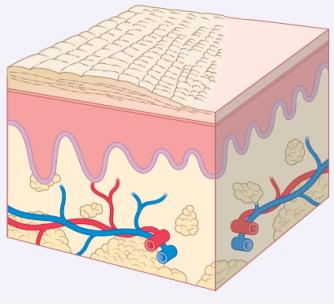


Figure 16 : Autres lésions élémentaires secondaires. Chancre (A). Kératose (B). Sclérose (C)<sup>(28)</sup>

Tableau II : Lésions élémentaires secondaires principales en dermatologie<sup>(11,26,29)</sup>

Les lésions secondaires		
<b>Avec peau recouverte</b>	<b>Squame</b> (desquamation pathologique) 	<b>Croûte</b> (exsudat séché recouvrant une déficience épidermique) 
<b>Avec perte de substance</b>	<b>Érosion</b> (superficielle, guérison sans cicatrice) 	<b>Ulcère</b> (profond, guérison avec formation de cicatrices) 
	<b>Fissure</b> (perte linéaire, superficielle ou profonde) 	<b>Cicatrice</b> (tissu fibreux remplaçant une perte de substance profonde) 
<b>Avec modification de texture</b>	<b>Atrophie</b> (diminution de l'épaisseur d'une ou de plusieurs couches cutanées) 	<b>Lichénification</b> (épaississement de l'épiderme dû au grattage chronique) 

### III. LES DERMATOSES FACIALES

Les dermatoses faciales comprennent l'acné, la rosacée et la dermatite séborrhéique. Leur prise en charge nécessite une consultation médicale, sauf en cas d'acné très légère à légère chez l'adolescent qui peut bénéficier d'une prise en charge officinale.

#### 1. Acné

L'acné est une dermatose faciale chronique inflammatoire du follicule pilosébacé. Son apparition est corrélée à la puberté, pouvant survenir entre 8-12 ans chez les femmes. Les hommes, quant à eux, ont tendance à développer l'acné plus tardivement à l'adolescence, mais la forme est souvent plus sévère que celle retrouvée chez la femme.

Les sujets à risque d'acné comprennent les patients atteints de maladies endocrinianes (syndrome des ovaires polykystiques, hyperandrogénie, syndrome de Cushing, puberté précoce). Il existe une prédisposition à l'acné chez les patients ayant des antécédents familiaux d'acné sévère. L'acné peut être exacerbée par le stress, les fluctuations hormonales et les régimes à index glycémique élevé. Les médicaments susceptibles de déclencher ou d'exacerber l'acné incluent les corticoïdes (locaux et généraux), la progestérone, les androgènes, les antidépresseurs, les antiépileptiques, l'isoniazide et les médicaments anticancéreux surtout les anti-EGFR<sup>(58)</sup>.

##### 1.1. Pathophysiologie

Trois facteurs interviennent essentiellement dans la genèse des lésions élémentaires de l'acné :

- Une augmentation de la sécrétion sébacée par la dihydrotestostérone (DHT) produite à partir de la testostérone libre dans les cellules sébacées.
- Une kératinisation de l'infundibulum du follicule pilosébacé médiée par l'IL-1 et les androgènes.
- Une inflammation liée à la colonisation du follicule pilosébacé par *Propionibacterium acnes*.

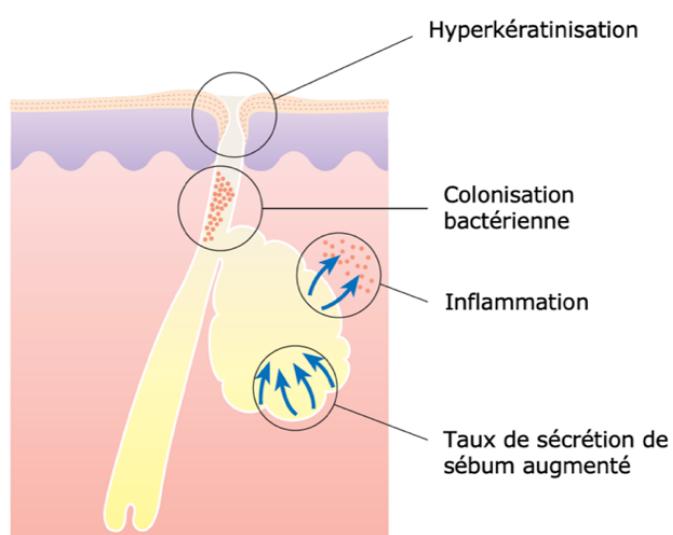


Figure 17 : Pathophysiologie de l'acné (modifié d'après<sup>(8)</sup>)

## 1.2. Manifestations cliniques

L'acné est une maladie polymorphe qui touche le plus souvent le visage et dans une moindre mesure le dos, les bras et le thorax. La séborrhée est fréquente et réalise un aspect de peau luisante et grasse. Le tableau clinique est variable d'une acné rétentionnelle avec ou sans lésions inflammatoires à une atteinte fulminante aggressive avec altération de l'état général.

- Les lésions rétentionnelles comprennent les comédons fermés et ouverts.

Les comédons fermés sont dus à l'accumulation de sébum et de kératine dans un canal infundibulaire dilaté et obstrué à son orifice. Ils sont difficiles à voir et nécessitent une traction sur la peau pour être observés. Ils s'enflamment souvent.

Les comédons ouverts correspondent aux points noirs. Ils sont liés à l'accumulation des kératinocytes oxydés dans un canal infundibulaire dilaté. Ils peuvent soit s'expulser ou s'enflammer<sup>(36)</sup>.



Figure 18 : Comédons. Comédon fermé (flèche supérieure) et comédon ouvert (flèche inférieure)<sup>(27)</sup>

- Les lésions inflammatoires sont soit superficielles ou profondes.

Les lésions inflammatoires superficielles comprennent les papules et les pustules. Les lésions inflammatoires profondes comprennent les nodules. Les lésions inflammatoires induisent la formation de cicatrices qui sont d'autant plus importantes que l'inflammation est chronique et sévère<sup>(36)</sup>.



Figure 19 : Lésions inflammatoires de l'acné. Papules (flèche supérieure), pustules (flèche inférieure) (A) et nodules (B)<sup>(16)</sup>

## 1.3. Prise en charge

La prise en charge comporte un traitement médicamenteux associé aux mesures hygiéniques. Le traitement médicamenteux dépend de l'évaluation de la gravité qui prend en compte la nature des lésions et leur diffusion. Cette évaluation est proposée par la société française de dermatologie à partir de l'échelle de gravité GEA (global acne evaluation) :

Grade 0 : absence de lésions.

Grade 1 : acné très légère. Comédons associés aux papules rares. Le traitement est local par le peroxyde de benzoyle ou les rétinoïdes.

Grade 2 : acné légère. Comédons et quelques papulopustules. Le traitement est local par une association de peroxyde de benzoyle et de rétinoïdes.

Grade 3 : acné moyenne. Nombreux comédons et nombreuses papulopustules qui touchent plus de la moitié du visage. Le traitement est surtout local par une association de peroxyde de benzoyle et de rétinoïdes. Les cyclines par voie orale peuvent y être associées si ceci s'avère nécessaire.

Grade 4 : acné sévère. Nombreux comédons, nombreuses papulopustules et rares nodules. Atteinte de tout le visage. Le traitement est local (association de peroxyde de benzoyle et de rétinoïdes) et général (cyclines par voie orale).

Grade 5 : acné très sévère. Acné très inflammatoire recouvrant tout le visage, avec nodules. Le traitement fait intervenir l'isotrétinoïne orale<sup>(59)</sup>.

Les médicaments indiqués dans la prise en charge de l'acné sont détaillés dans l'annexe (1).

## 1.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Toilette locale : utiliser un produit doux qui respecte le pH de la peau sous forme de gel nettoyant ou d'eau micellaire.

Exemples (gel nettoyant) : PHYS-AC (A-Derma), Sébium (Bioderma), Effaclar (La Roche-Posay), Hyséac (Uriage), Clearance (Avène), Keracynl moussant (Ducray).

Exemples (eau micellaire) : Clearance (Avène), Sébium H2O (Bioderma), Effaclar (la Roche Posay), Hyséac tonique (Uriage), PHYS-AC (A-Derma), Keracynl lotion purifiante (Ducray).

Hydratation de la peau : une crème hydratante permet d'améliorer la tolérance aux médicaments locaux. Elle est appliquée tous les jours matin et/ou soir sur une peau propre et sèche.

Exemples : Keracynl repair (Ducray), Effaclar H (La Roche-Posay), Hyséac Hydra (Uriage), Sébium Hydra (Bioderma), PHYS-AC (A-Derma), Clearance Hydra (Avène).

Soin correcteur : peut être proposé en cas d'acné légère-modérée 1 ou 2 fois/j. Il permet d'atténuer les imperfections et de limiter les marques résiduelles.

Exemples : Clearance Comedomed (Avène), PHYS-AC global (A-Derma), Sébium global (Bioderma), Effaclar A.I. (La Roche-Posay), Hyséac 3-régul (Uriage), Keracynl sérum (Ducray).

Masque sébo-régulateur ou gommage doux anti-brillance : peut s'utiliser 1-2 fois/semaine pour désobstruer les pores et lutter contre la séborrhée.

Exemples : Keracynl (Ducray), Effaclar (La Roche-Posay), Hyséac (Uriage).

Protection solaire à SPF élevé : une protection solaire SPF 30 ou plus est nécessaire étant donné que l'acné est aggravée par le soleil et que les traitements locaux sont photo-sensibilisants. Les rayonnements UV peuvent également favoriser l'apparition de cicatrices hyperpigmentées.

Maquillage : conseiller de se maquiller le moins possible en choisissant des produits dits « non comédogènes ».

Rasage : Conseiller de limiter sa fréquence, de se laver le visage avant le rasage et d'appliquer un baume hydratant « sans alcool » après.

Stress : il est nécessaire de limiter le stress étant donné qu'il favorise les poussées d'acné (activité physique, méditation, yoga, musique ...etc.).

- **Déconseiller :**

- La manipulation des boutons, car elle aboutit à l'apparition des cicatrices irréversibles.
- Le maquillage excessif pouvant aggraver l'acné par son effet occlusif.
- Le rasage trop fréquent.
- Les savons et les antiseptiques, car ils sont très irritants.

Aucune modification de l'alimentation n'est recommandée : actuellement, le lien entre l'excès de sucre ou les produits laitiers et les poussées d'acné est controversé<sup>(31,59)</sup>.

**En homéopathie**

Conseiller de prendre quotidiennement 5 granules de *Selenium metallicum* 9CH (pour les points noirs), d'*Eugenia jambosa* 5CH (pour les microkystes infectés) et de *Sulfur iodatum* 15CH (pour lutter contre l'inflammation cutanée).

En application locale, la teinture mère de bardane à 5% peut être appliquée à l'aide d'un coton tige imbibé jusqu'à 3 fois/j<sup>(34,39)</sup>.

**En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge de l'acné légère (usage traditionnel) :

*Melaleuca alternifolia* (tea tree) : différentes préparations contenant son huile essentielle sont appliquées localement 2-3 fois/j pendant une durée maximale de 1 mois.

Il convient au pharmacien de vérifier l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 2. Rosacée

La rosacée est une dermatose faciale chronique de nature inflammatoire qui évolue par des périodes de poussées entrecoupées de périodes de rémission. Elle survient principalement entre 30-50 ans, avec une nette prédominance féminine. Cependant, les hommes ont tendance à avoir des formes plus graves. La rosacée peut toucher tous les phototypes, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les sujets à peau claire<sup>(36)</sup>.

## 2.1. Pathophysiologie

L'étiologie exacte n'est pas connue, mais une origine multifactorielle (génétique et environnementale) est supposée. Elle ferait intervenir des facteurs vasculaires, inflammatoires et immunologiques.

Il existerait une anomalie de la vascularisation faciale. Les arguments en faveur de cette hypothèse incluent le développement de bouffées vasomotrices paroxystiques, les lésions élémentaires vasculaires (érythème et télangiectasie) et les modifications histologiques vasculaires. Les rayonnements UV interviendraient dans l'apparition de ces lésions par la libération des radicaux libres.

Demodex folliculorum, un acarien retrouvé au niveau des follicules du visage, semble jouer un rôle dans la pathogenèse. Les lésions seraient favorisées par une réaction immunitaire aux protéines de ces acariens. En effet, il a été observé que le portage de demodex est plus élevé chez les sujets atteints de rosacée par rapport aux sujets indemnes et que sa densité est plus importante dans les zones cutanées atteintes par rapport aux zones de peau saine chez le même sujet.

Des altérations de l'immunité innée ont également été évoquées. Elles feraient intervenir des protéines épidermiques clivées sous l'action des protéases en peptides qui vont, à leur tour, activer une cascade inflammatoire<sup>(60)</sup>.

## 2.2. Manifestations cliniques

L'atteinte cutanée est centro-faciale touchant les zones convexes du visage (menton, front, joues et nez) de manière symétrique. Les zones péri-orificielles (péri-oculaire et péri-buccale) sont habituellement épargnées<sup>(61)</sup>.

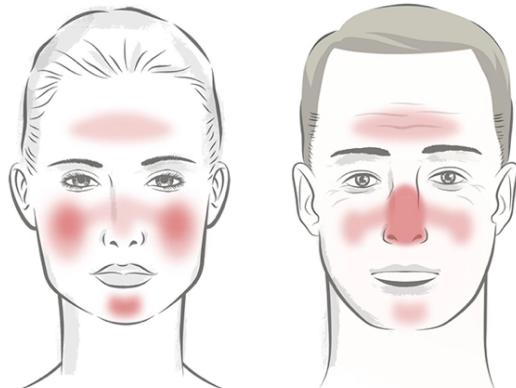


Figure 20 : Rosacée. Les zones de préférence de l'atteinte cutanée<sup>(62)</sup>

La rosacée est caractérisée par 3 formes cliniques :

- La forme érythémato-télangiectasique
- La forme papulo-pustuleuse
- La forme hypertrophique ou le rhinophyma

### 2.2.1. La forme érythémato-télangiectasique

Elle est caractérisée par un érythème permanent centro-facial associé à des télangiectasies (couperose) qui forment un réseau notamment sur les joues et les ailes du nez. Cette forme peut être associée ou non à des poussées soudaines de rougeur paroxystique touchant le visage et le cou appelées bouffées vasomotrices « flushs ». Ces dernières durent plus de 10 minutes et sont accompagnées de sensations de brûlure ou de picotements. Elles sont déclenchées par les changements brusques de température, la consommation d'alcool ou de boissons chaudes ou par les aliments chauds ou épicés<sup>(36)</sup>.



Figure 21 : Rosacée. La forme érythémato-télangiectasique<sup>(63)</sup>

### 2.2.2. La forme papulo-pustuleuse

Elle se présente sous forme de papules et/ou de pustules non-folliculaires sur un fond érythémateux persistant. Les lésions peuvent être étendues, mais respectent les zones péri-oculaires et péri-buccales. L'absence de cicatrices et de comédons permet de faire la différence avec l'acné<sup>(36)</sup>.



Figure 22 : Rosacée. La forme papulo-pustuleuse<sup>(28)</sup>

### 2.2.3. La forme hypertrophique ou le rhinophyma

Cette forme touche de manière préférentielle l'homme. Elle est prédisposée par la présence des télangiectasies sur le nez. Elle se caractérise initialement par l'apparition des pores folliculaires dilatés dans la partie distale du nez. Dans les cas avancés, une hypertrophie progressive des glandes sébacées entraîne des croissances nodulaires qui augmentent de taille et déforment le nez. Le nez prend donc l'aspect classique de la « trogne »<sup>(28,36)</sup>.

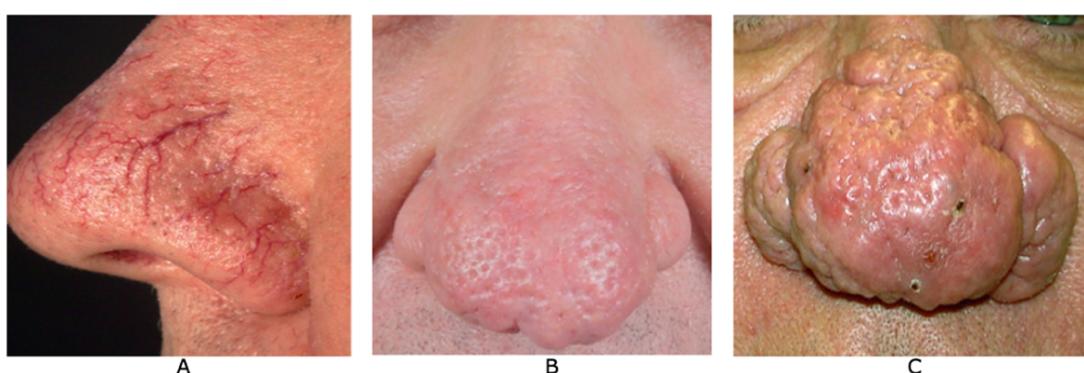


Figure 23 : Rosacée. Les stades du rhinophyma. Télangiectasie (A). Rhinophyma débutant (B). Rhinophyma avancé (C)<sup>(17,28)</sup>

## **2.3. Prise en charge**

La prise en charge dépend de la forme clinique. L'annexe (4) aborde, de manière détaillée, les options thérapeutiques dans le traitement de la rosacée.

## **2.4. Mesures et conseils associés**

### **- Conseiller :**

- Hygiène de la peau : la toilette est réalisée avec un produit doux à propriétés apaisantes. Étant donné que l'eau calcaire provenant du robinet est irritante, il est conseillé d'utiliser des produits ne nécessitant pas de rinçage (de préférence sous forme d'eau micellaire). L'eau micellaire s'applique à l'aide d'un coton matin et soir, et peut-être utilisée pour nettoyer, démaquiller ou apaiser la peau.

Exemples : Sensifluid (A-Derma), Créaline H2O AR (Bioderma), Roséliane fluide dermo-nettoyant (Uriage), eau micellaire ultra peau réactive (la Roche Posay).

- Soins locaux : un soin anti-rougeur est appliqué sur l'ensemble du visage le matin et si besoin le soir. Privilégier la forme émulsion pour la peau mixte à grasse et la forme crème pour la peau sèche ou très sèche. Au niveau des zones où la rougeur est plus marquée, proposer un concentré intensif à appliquer avant le soin matin et soir. Pour apaiser la peau en profondeur, conseiller l'application d'un masque anti-rougeur 1-2 fois/semaine en couche épaisse pendant 5-10 minutes. Ce dernier est retiré à l'aide d'un coton sans frotter.

Exemples (soins anti-rougeur) : Biologie AR (A-Derma), Anti-rougeurs jour (Avène), Créaline AR (Bioderma), Rosaliac UV légère (La Roche-Posay), Roséliane crème (Uriage).

Exemples (concentrés intensifs) : Créaline fort (Bioderma), Rosaliac AR intense (La Roche-Posay), AR fort soin concentré (Avène).

Exemples (masques anti-rougeur) : Roséliane masque (Uriage), Anti-rougeur Calm masque (Avène).

- Maquillage : conseiller des produits dits « non comédogènes ». Le camouflage des rougeurs s'obtient à l'aide d'un correcteur en stick ou d'un fond de teint riche en pigment vert qui neutralise les rougeurs.

Exemples : Anti-rougeur unify soin unifiant (Avène), Créaline AR BB crème et AR teintée (Bioderma), Roséliane CC crème (Uriage), Tolériane sensitive le teint crème (La Roche Posay).

### **- Conseils préventifs :**

Identifier les facteurs déclenchants afin de les éviter : l'ingestion des boissons chaudes ou alcoolisées, des aliments chauds ou épics, les variations importantes de température, les bains chauds, le stress et l'activité physique intense sont les facteurs les plus fréquemment en cause.

Afin de minimiser l'hyperthermie lors de l'activité physique, quelques mesures peuvent être mises en place. Cela inclut le port des vêtements légers et amples, l'exercice en environnement frais et la consommation d'eau froide pendant l'activité physique. Il est conseillé d'éviter les situations de chaud-froid et inversement. Lorsqu'il fait froid ou venteux, il convient de se protéger le visage en le couvrant avec une écharpe. Les aliments ou les boissons déclenchant les flushs doivent être évités.

### **- Déconseiller :**

Les gommages, les produits exfoliants, les produits parfumés, gras ou à base d'alcool car ils sont très irritants<sup>(31,66,67)</sup>.

## **En homéopathie**

Il est conseillé d'associer *Sanguinaria canadensis* 9CH à *Carbo animalis* 5CH. Les deux se prennent quotidiennement à raison de 5 granules/j<sup>(39)</sup>.

### **3. Dermite séborrhéique**

La dermite séborrhéique (DS) est une affection cutanée érythémato-squameuse chronique qui évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission. Elle s'améliore souvent en été pour s'aggraver en hiver. Elle peut se présenter à tout âge, mais elle apparaît le plus souvent chez le nourrisson ou l'adulte d'âge mûr.

Sa prévalence est plus importante chez les personnes atteintes de la trisomie 21, de la maladie de Parkinson et de troubles neurologiques. Elle est également plus souvent observée chez les personnes immunodéprimées. Certains médicaments ont été associés à son développement ou à son exacerbation, ils comprennent le lithium, le psoralène et l'interféron<sup>(58,70)</sup>.

#### **3.1. Pathophysiologie**

La cause de la dermite séborrhéique n'est pas encore entièrement comprise. Elle serait due à une réaction inflammatoire anormale contre *Malassezia furfur* (une levure commensale de la peau) associée à une hyperséborrhée et à une susceptibilité individuelle. En effet, la dermite séborrhéique touche principalement des zones riches en glandes sébacées. Cependant, les patients peuvent avoir une production normale et ceux ayant une production excessive ne sont pas toujours atteints. Ainsi, la quantité de sébum produite ne semble pas être un facteur décisif<sup>(28,58)</sup>.

#### **3.2. Manifestations cliniques**

La dermite séborrhéique a une prédisposition pour les zones où les glandes sébacées sont nombreuses. Les localisations les plus fréquemment touchées incluent le cuir chevelu, le visage (surtout au niveau des sourcils et des sillons nasogénien et glabellaires), l'oreille externe et le thorax. L'atteinte du cuir chevelu est variable. Elle varie entre des formes légères caractérisées par des squames blanchâtres grasses appelées pellicules et des formes plus sévères présentant des croûtes jaunes diffuses et adhérentes. Lorsque la peau est atteinte, des plaques érythémato-squameuses graisseuses de couleur jaunâtre sont observées. L'atteinte est bilatérale et symétrique.

Chez le nourrisson, le cuir chevelu et le siège sont les localisations les plus touchées. L'atteinte se traduit par des plaques érythémateuses pouvant être couvertes de squames jaunâtres avec accentuation de la rougeur au niveau des plis cutanés<sup>(13,27,28)</sup>.



Figure 24 : Dermite séborrhéique. Pellicules (A). Plaque érythémato-squameuse (B). Croûtes de lait chez un nourrisson (C)<sup>(28,70)</sup>

### **3.3. Prise en charge**

La prise en charge de la dermite séborrhéique fait intervenir un corticoïde local dont l'activité et la durée d'application sont adaptées à la réaction inflammatoire. Ce traitement est en général appliqué sur une courte durée et interrompu progressivement pour éviter le phénomène de rebond. Si une action kératolytique s'avère nécessaire, le dermocorticoïde est associé à un agent kératolytique (l'acide salicylique). Lorsqu'il s'agit d'une atteinte profuse et/ou très inflammatoire, la prise en charge fait intervenir des antifongiques topiques en association avec le traitement symptomatique (dermocorticoïde +/- acide salicylique).

Le lithium peut être prescrit en cas de dermite séborrhéique de la peau glabre uniquement, il a une activité anti-inflammatoire et antifongique dose-dépendante.

La forme galénique est choisie en fonction de la localisation et/ou de l'aspect des lésions. La crème convient aux lésions aiguës et suintantes, la pommade est adaptée pour la peau sèche et/ou squameuse, la lotion, quant à elle, s'utilise au niveau des plis et des zones pileuses (dont le cuir chevelu)<sup>(31,71)</sup>.

Les différentes classes thérapeutiques indiquées dans la prise en charge sont détaillées dans l'annexe (5).

### **3.4. Mesures et conseils associés**

#### **- Conseiller :**

Lors de la dispensation des dermocorticoïdes : le pharmacien rappelle l'importance de respecter la durée et le nombre d'applications indiqués sur la prescription médicale. Il précise la quantité à appliquer. Pour les crèmes et les pommades, nous pouvons utiliser la méthode de l'unité phalangette. L'unité phalangette correspond à la quantité de crème ou de pommade déposée d'un trait continu sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index d'un sujet adulte. Cette quantité permet de traiter une surface équivalente à 2 mains d'un adulte. Pour les lotions ou autres formes adaptées pour le cuir chevelu, l'équivalent d'une noix ou d'une cuillère à café peut être conseillé.

Hygiène de la peau : nettoyer la peau matin et soir à l'aide d'un gel moussant apaisant et assainissant en l'appliquant sur une peau mouillée. Faire mousser le produit avant de rincer abondamment.

Exemples : Kélual DS (A-Derma), Créaline DS (Bioderma), DS gel (Uriage).

Soins cutanés : afin de faciliter l'élimination de squames et de limiter la prolifération des levures, une crème de soin peut être conseillée. Celle-ci est appliquée matin et soir sur une peau propre et sèche. Pour lutter contre les irritations cutanées, les eaux thermales peuvent être proposées pour leurs propriétés surtout apaisantes.

Exemple : Kélual DS (A-Derma), Créaline DS+ (Bioderma), Kérium DS (La Roche Posay).

Hygiène du cuir chevelu : se laver les cheveux 2-3 fois/semaine en traitement d'attaque et 1-2 fois/semaine en traitement d'entretien avec un shampooing assainissant à base d'ingrédients agissants sur le genre Malassezia (ciclopirox olamine, Piroctone olamine, zinc pyrithione). Faire mousser le produit et laisser reposer au moins 3-5 minutes avant de rincer. Pour un lavage quotidien, alterner avec un shampooing doux adapté.

Exemples (shampooing en traitement d'attaque et/ou traitement d'entretien) : Kélual DS (A-Derma), Nodé DS (Bioderma), Kerium DS (La Roche-Posay).

Exemples (shampooing doux) : Élution shampooing rééquilibrant (A-Derma), Extra doux shampooing (A-Derma), Nodé shampooing fluide (Bioderma), Kérium antipelliculaire micro-exfoliant (La Roche-Posay).

Soins locaux pour les croûtes de lait : des produits à base d'actifs kératolytiques sont appliqués en massant légèrement. Il est nécessaire de les laisser agir le temps préconisé par le fabricant. Le produit est ensuite rincé à l'aide d'un shampooing doux adapté. Ce soin est à renouveler jusqu'à la disparition des croûtes (quelques mois en général).

Exemples : Kélual émulsion croûtes de lait nourrisson (A-Derma), ABCderm babysquam croûtes de lait (Bioderma), Bébé 1er soin croûte de lait (Uriage).

- **Déconseiller :**

Retrait des croûtes de lait avec les ongles : ceci irrite la peau et augmente le risque infectieux.

Produits irritants : produits à base d'alcool, les colorations à base d'ammoniaque et les cosmétiques parfumés.

L'utilisation d'un sèche-cheveux : aggrave la sécheresse du cuir chevelu<sup>(31,71)</sup>.

### **En homéopathie**

*Viola tricolor* 5CH est conseillée de manière systématique. Ce traitement peut être associé à *Nerium oleander* 5CH en cas d'inflammation du visage et du cuir chevelu. La posologie est de 5 granules/j pour les deux<sup>(39)</sup>.

### **En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge des affections séborrhéiques cutanées (usage traditionnel) :

*Urtica dioica* (grande ortie) et/ou *Urtica urens L* (petite ortie) : la poudre préparée à partir des parties aériennes est utilisée par voie orale pendant 2-4 semaines.

*Arctium lappa* (bardane) : plusieurs formes (substance broyée, poudre, extrait liquide, extrait mou et teinture) sont utilisées 3 fois/j pendant 4 semaines maximum.

Il convient au pharmacien de s'assurer de l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit en conformité avec la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## IV- LES DERMATOSES PAPULOSQUAMEUSES ET ECZÉMATEUSES

Cette partie traitera le psoriasis en affections papulosquameuses, la dermatite atopique et la dermatite de contact en affections eczémateuses. Ce sont des dermatoses qui nécessitent toujours une prise en charge médicale. Par conséquent, en cas de doute, le pharmacien doit orienter vers un médecin pour que le diagnostic soit établi et qu'un traitement adapté soit mis en place.

### 1. Psoriasis

Le psoriasis est une maladie polygénique à médiation immunitaire déclenchée par des facteurs environnementaux, infectieux, médicamenteux ou psychologiques. Parmi les médicaments pouvant déclencher ou aggraver le psoriasis, on retrouve le lithium, les bêta-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, l'interféron alpha et les antipaludéens de synthèse. Le tabac et l'alcool sont des facteurs majeurs de gravité et de résistance thérapeutique. L'obésité joue également un rôle dans la résistance au traitement<sup>(36)</sup>.

#### 1.1. Physiopathologie

La physiopathologie du psoriasis est complexe, néanmoins il est largement admis que la maladie est médiée par un dérèglement des lymphocytes T auxiliaires (Th1/Th17). Le développement du psoriasis est multifactoriel, déclenché par des facteurs de susceptibilité chez une personne génétiquement à risque. La plupart des gènes impliqués interviennent dans la différenciation épidermique et dans le contrôle du système immunitaire. Le gène de prédisposition majeur est le HLA Cw6<sup>(36,58)</sup>.

#### 1.2. Manifestations cliniques

La forme commune du psoriasis est caractérisée par des plaques érythémato-squameuses bien délimitées ovalaires, arrondies ou polycycliques. Les localisations les plus fréquentes sont souvent des zones exposées aux traumatismes ou aux frottements : les coudes, les genoux, les jambes, la région lombosacrée, les paumes, les plantes, le cuir chevelu et les ongles.

Au niveau des ongles, le psoriasis prend l'aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (ongles en « dé à coudre ») ou provoque une onycholyse avec un décollement distal et une coloration cuivrée proximale<sup>(36)</sup>.

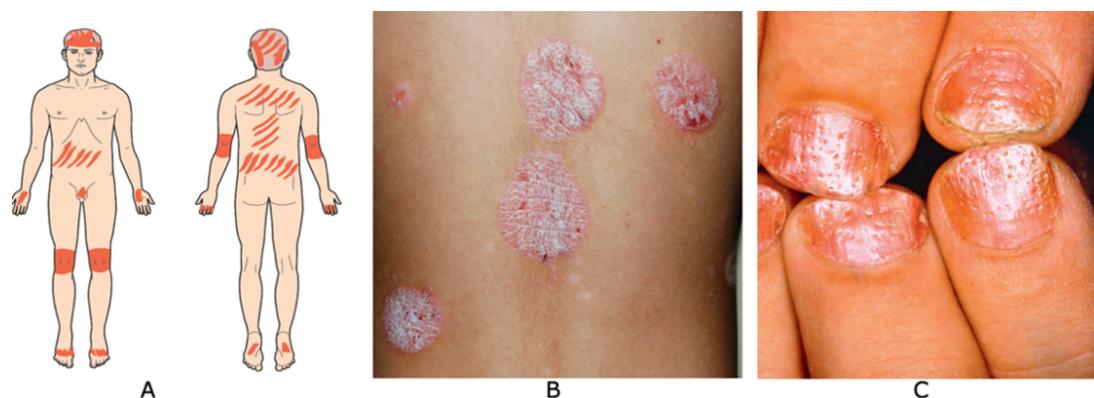


Figure 25 : Psoriasis. Les localisations les plus fréquentes (A). La plaque psoriasique classique (B). Ongles en « dé à coudre » (C)<sup>(16,28)</sup>

## **1.3. Prise en charge**

### **1.3.1. Traitement médicamenteux**

Il doit tenir compte de l'évaluation de la qualité de vie (score DLQI : annexe 6) et de la gravité clinique (score PASI : annexe 7). Lorsque le psoriasis est peu étendu, le traitement local n'est indiqué qu'à la demande du patient. En cas d'atteinte modérée avec un faible retentissement sur la qualité de vie, le traitement local est indiqué d'emblée. Ce dernier fait intervenir les dermocorticoïdes (d'activité modérée, forte ou très forte), les analogues de la vitamine D ou l'association de deux. Ce traitement local peut être associé à un traitement kératolytique complémentaire pour les lésions très squameuses ou/et à un émollient en cas de sécheresse cutanée.

La forme galénique doit être adaptée à la localisation et à la nature de lésions. La pommade convient aux lésions sèches et kératosiques, la crème est conseillée pour les lésions peu squameuses et pour les plis, alors que la lotion, le shampooing et le gel s'utilisent sur le cuir chevelu.

Un traitement général est indiqué après avis dermatologue dans les cas suivants :

- Atteinte modérée avec un retentissement important sur la qualité de vie.
- Atteinte sévère.
- Échec du traitement local bien conduit après un mois de traitement.

Les traitements généraux de 1<sup>ère</sup> intention sont les immunosuppresseurs (méthotrexate ou ciclosporine) ou les rétinoïdes oraux (acitrétine)<sup>(75)</sup>.

### **1.3.2. Photothérapie**

Deux types peuvent être proposés : la puvathérapie ou la photothérapie UVB à spectre étroit.

La principale limite de ce traitement est l'augmentation du risque de cancers cutanés à long terme, limitant ainsi le nombre de cures. Ce risque serait moindre avec la photothérapie UVB à spectre étroit<sup>(75)</sup>.

### **1.3.3. Autres options thérapeutiques**

Indiquées en deuxième intention dans le traitement du psoriasis modéré-sévère chez l'adulte en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance aux autres traitements systémiques dont le méthotrexate et la ciclosporine. Elles comprennent :

- L'apremilast
- La biothérapie
  - A) Anti-TNF (adalimumab, certolizumab pegol et etanercept)
  - B) Anti-IL : anti IL-7 (séukinumab, brodakumab, ixékizumab), anti IL-23 (tildrakizumab, risankizumab, gusulkumab) et anti IL-12 et 23 (ustékinumab)<sup>(33,75)</sup>

Les médicaments indiqués dans la prise en charge du psoriasis sont détaillés dans l'annexe (8).

## **1.4. Mesures et conseils associés**

### **- Conseiller :**

Lors de la dispensation des dermocorticoïdes : le pharmacien rappelle l'importance de respecter la durée et le nombre d'applications indiqués sur la prescription médicale. Il précise la quantité à appliquer. Pour les crèmes et les pommades, nous pouvons utiliser la méthode de l'unité phalangette. L'unité phalangette

correspond à la quantité déposée d'un trait continu sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index d'un sujet adulte. Cette quantité permet de traiter une surface équivalente à 2 mains d'un adulte. Pour les lotions ou autres formes adaptées pour le cuir chevelu, l'équivalent d'une noix ou d'une cuillère à café peut être conseillé.

#### Mesures hygiéniques associées

- Au niveau du cuir chevelu : conseiller un shampooing doux kératoréducteur pour apaiser les démangeaisons et faciliter l'élimination de squames. Il est utilisé 3 fois/semaine pendant 3-6 semaines puis 2 fois/semaines en traitement d'entretien. Sur les plaques rebelles, appliquer un soin kératoréducteur en suivant les instructions pour chaque produit.

Exemples (shampooing kératolytique) : Nodé K (Bioderma), kertyol PSO (Ducray).

Exemples (soin kératolytique) : Nodé K (Bioderma), kératosane 30% urée, Xémose PSO (Uriage), kertyol PSO (Ducray).

- Au niveau de la peau : nettoyer avec un gel à pH physiologique, rincer abondamment et sécher en tamponnant. Appliquer une crème relipidante et kératolytique 1-2 fois/j.

Exemples (gel nettoyant) : kertyol PSO (Ducray), urea repair (Eucerin).

Exemples (crème relipidante et kératolytique) : urea repair (Eucerin), Iso urea MD (La Roche Posay).

Autres conseils : gérer le stress, privilégier les vêtements en fibres naturelles permettant de limiter l'irritation de la peau.

#### **- Déconseiller :**

Alcool et tabac : la consommation d'alcool et de tabac doit être arrêtée ou au moins limitée, étant donné qu'ils représentent des facteurs majeurs favorisant la résistance au traitement.

Tissu synthétique : les vêtements synthétiques aggravent l'irritation cutanée<sup>(31)</sup>.

#### **En homéopathie**

Dans tous les cas, une dose hebdomadaire de *Psorinum* 9CH est recommandée. D'autres souches sont indiquées en fonction du contexte clinique :

- *Arsenicum album* 7CH (3 granules 2/j) est utilisé en cas de brûlures cutanées s'améliorant avec la chaleur locale.

- *Arsenicum iodatum* 7CH (3 granules 2/j) s'utilise en cas de durcissement localisé amélioré par le chaud ou par le froid.

- *Sulfur* 5CH (2 granules 2/j) en cas d'alternance de troubles cutanés avec des poussées de rhumatisme. Il est administré après un drainage de la peau réalisé en utilisant 20 gouttes de *Lappa major* 4DH ou de *Viola tricolor* 4DH.

En application locale, conseiller la teinture mère de *Securidaca*. Cette dernière est appliquée à l'aide d'une compresse 2 fois/j après avoir pulvérisé de l'eau thermale sur les lésions<sup>(34)</sup>.

## 2. Dermatite atopique

La dermatite atopique (ou eczéma atopique) est une dermatose chronique, inflammatoire et prurigineuse survenant chez des sujets génétiquement prédisposés et favorisée par des facteurs environnementaux. Les facteurs les plus impliqués incluent les infections cutanées, les vêtements irritants, les produits chimiques, les émotions et les modifications climatiques<sup>(13)</sup>.

### 2.1. Pathophysiologie

La cause exacte est inconnue. Cependant, elle semble être multifactorielle et elle serait due à des défauts de la barrière épidermique et à des altérations de la fonction immunitaire.

Au niveau de la barrière épidermique, on observe des anomalies des lipides cutanés et une altération de l'expression de la filaggrine, une protéine intervenant dans l'hydratation cutanée, expliquant ainsi la sécheresse cutanée chronique.

Au niveau immunitaire, une réaction d'hypersensibilité retardée active les LT et les cellules présentatrices d'antigène. Les lymphocytes activés libèrent des cytokines (particulièrement IL-4, IL-5 et IL-13) qui seraient responsables de la réaction inflammatoire et de l'apparition des lésions<sup>(36)</sup>.

### 2.2. Manifestations cliniques

La dermatite atopique évolue par poussées caractérisées par l'apparition des vésicules invisibles à l'œil nu (à la différence des vésicules dues aux infections). Leur rupture à la surface cutanée donne le caractère suintant puis croûteux des lésions eczémateuses. Le grattage chronique entraîne un épaississement de la couche cornée de l'épiderme appelé lichenification. En dehors des poussées, la peau est peu inflammatoire et se caractérise par une xérose cutanée qui est plus marquée en hiver.

Chez le nourrisson, la dermatite atopique survient au cours de la 1<sup>ère</sup> année de vie, en général vers 3 mois. Le grattage n'est pas toujours évident et se manifeste par des frottements, de l'agitation et des trémoussements lors du déshabillage. Les zones classiquement atteintes sont les zones convexes du visage et des membres de manière symétrique. Une atteinte du siège est également possible mais moins fréquente.

À partir de 2 ans, les lésions sont souvent localisées aux plis (cou, fissures sous auriculaires, creux poplité, coudes) et dans certaines zones où elles persistent de manière chronique parfois isolée (mains, poignets, chevilles et mamelons). Chez l'adolescent et l'adulte, la dermatite atopique garde souvent le même aspect que celui de l'enfant de >2 ans<sup>(36)</sup>.

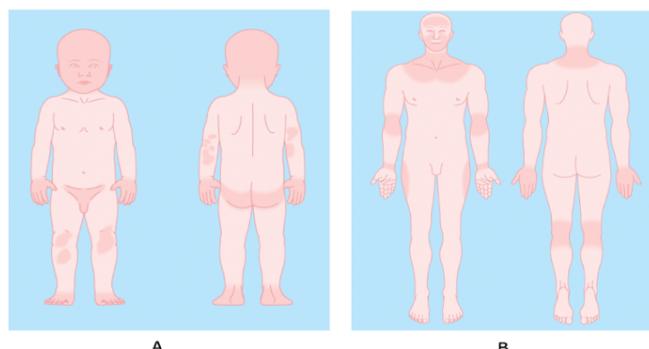


Figure 26 : Dermatite atopique. Zones de prédilection chez le nourrisson (A) et l'adulte (B)<sup>(28)</sup>

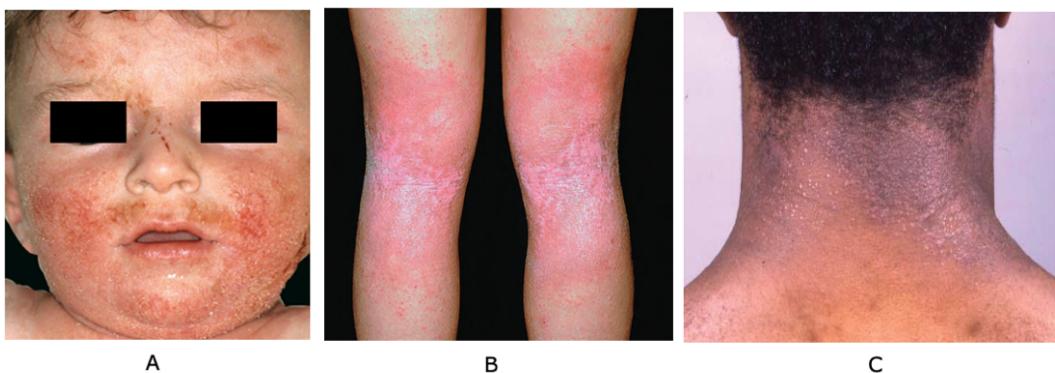


Figure 27 : Dermatite atopique. Atteinte des zones convexes du visage chez le nourrisson(A). Atteinte des creux poplités chez un enfant (B). Lichénification chez un adulte (C)<sup>(16,27)</sup>

## 2.3. Prise en charge

### 2.3.1. Traitement des poussées

Lors de poussées, l'application d'un dermocorticoïde permet de lutter contre la réaction inflammatoire cutanée. Le choix de la classe dépend de la sévérité de la réaction inflammatoire et de sa localisation. Les dermocorticoïdes d'activité modérée ou de forte activité sont indiqués pendant 7-15 jours sur les lésions inflammatoires, ou pendant une durée plus longue en cas de lésions lichénifiées. Les dermocorticoïdes de très forte activité sont utilisés uniquement en cas des lésions très inflammatoires, ils doivent être évités sur le visage et chez l'enfant.

La forme galénique dépend de la localisation et de l'aspect des lésions. La crème est adaptée pour les lésions suintantes et aux plis cutanés, la pommade s'utilise sur les lésions sèches et/ou lichénifiées, la lotion et la mousse conviennent au cuir chevelu.

En l'absence de réponse thérapeutique aux dermocorticoïdes, le tacrolimus peut être utilisé à partir de l'âge de 2 ans. Il s'agit d'un médicament d'exception dont la prescription est réservée aux dermatologues. Le tacrolimus est également indiqué en cas d'intolérance aux dermocorticoïdes. Il a un intérêt particulier pour les lésions du visage, car il n'entraîne pas d'atrophie cutanée.

Le traitement des poussées comprend également l'utilisation d'émollients. Les données actuelles ne permettent pas de privilégier une formulation ou une posologie spécifique. Il convient de choisir des formules hypoallergéniques. Les crèmes à base de glycérol, vaseline, paraffine disposent d'une AMM dans la prise en charge de la dermatite atopique.

Les antihistaminiques H1, surtout sédatifs, peuvent être proposés en courte durée pour diminuer le prurit. Ces derniers n'ont pas d'AMM dans la dermatite atopique<sup>(72)</sup>.

### 2.3.2. Traitement de fond

Les médicaments indiqués dans le traitement de fond sont la ciclosporine, les anticorps monoclonaux anti-IL (dupilumab, tralokinumab), les anti-JAK (baricitinib, upadacitinib, abrocitinib) et les psoralènes (méthoxsalène).

Le méthotrexate, le mycophénolate et l'azathioprine peuvent être utilisés hors AMM en cas de résistance aux autres thérapeutiques indiquées<sup>(72)</sup>.

L'annexe (9) détaille les médicaments indiqués dans la prise en charge des poussées et dans le traitement de fond de la dermatite atopique.

## 2.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Hygiène de la peau : conseiller une douche rapide (5-10 minutes) matin ou soir à l'eau tiède avec une crème ou une huile relipidante. Sécher la peau à l'aide d'une serviette douce propre en tamponnant.

Après la douche ou s'être lavé les mains, il est recommandé d'appliquer un émollient sur une peau légèrement humide.

Exemples (crème lavante) : Dexeryl (Pierre Fabre), Atoderm (Bioderma), Lipikar syndet AP+ (La Roche Posay), Xémose syndet (Uriage).

Exemples (huile lavante) : Xerocalm AD (Avène), Atoderm (Bioderma), Exomega control (A-Derma), Xémose (Uriage).

En dehors de poussée : l'application d'un baume relipidant ou d'une crème relipidante répare la barrière cutanée et protège contre l'entrée des produits irritants, permettant ainsi d'espacer les poussées.

Exemples : Lipikar baume AP+ (La Roche Posay), Xerocalm AD baume relipidant (Avène), Xémose crème relipidante (Uriage), Atoderm PP baume (Bioderma).

En cas de poussées : pour calmer les démangeaisons, l'eau thermale peut être pulvérisée sur la peau autant de fois que nécessaire. Il est également possible de conseiller, s'il s'agit d'une forme légère, des crèmes contre les démangeaisons avec ou sans cortisone. Les crèmes sans cortisone peuvent être appliquées plusieurs fois/j. Si la cortisone rentre dans la composition, il est conseillé d'appliquer sur courte durée à raison de 2 applications/j. Si la réponse n'est pas satisfaisante, une consultation médicale est nécessaire.

Exemples : Xerocalm AD (Avène), Bepanthen Sensicalm (Bayer), Lipikar eczéma MED (La Roche Posay), Cortapaisyl, Cortisédermyl, Dermofenac.

Pour la vie de tous les jours : privilégier les vêtements en coton limitant la transpiration et l'irritation cutanée, choisir des produits hypoallergéniques et non parfumés de préférence, se couper les ongles courts pour éviter les lésions de grattage et le risque de surinfection cutanée.

### - Déconseiller :

Tissu synthétique : les vêtements synthétiques peuvent déclencher des poussées en irritant la peau.

Tout contact avec des personnes ayant une poussée d'herpès : les personnes atopiques risquent de développer une forme sévère d'herpès appelée eczéma herpeticum<sup>(31,73)</sup>.

### En homéopathie

A la phase érythémateuse (rougeur cutanée, vésicules, démangeaisons), conseiller les souches suivantes aussi souvent que nécessaire à 5 granules/prise :

- *Poumon histamine* 15CH de manière systématique.
- *Apis mellifica* 15CH : en cas de démangeaisons soulagées par le froid.
- *Croton tiglium* 15CH : en cas de prurit très intense avec des vésicules associées.
- *Urtica Urens* 5CH : lorsque les démangeaisons sont aggravées par le grattage.

- *Staphysagria* 15CH : lorsque la poussée d'eczéma est consécutive à une contrariété.

À la phase suintante, conseiller à raison de 5 granules 4 fois/j :

- *Mezereum* 15CH : en cas de présence de croûtes.

- *Graphite* 30CH : en cas de suintement de couleur miel<sup>(39)</sup>.

### **En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge symptomatique de l'eczéma léger et récurrent (usage traditionnel) :

*Solanum dulcamara* (morelle ligneuse) : application locale des compresses imbibées d'infusion ou de décoction pendant 2 semaines maximum. Ces formes sont préparées à partir de la tige.

*Glycine max* (soja) : son huile raffinée (graines) est employée pour réaliser des préparations liquides à utiliser comme additif de bain 2-3 fois/semaine.

Il est indispensable que le pharmacien s'assure de l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit en conformité avec la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## **3. Dermatite de contact (eczéma de contact)**

La dermatite de contact est une dermatite eczémateuse provoquée par le contact ou l'exposition à des produits exogènes. Elle est classée en deux types : irritante et allergique.

La dermatite irritante de contact est due aux substances physiques ou chimiques ayant un effet toxique sur la peau. La durée de l'exposition nécessaire est courte lorsqu'il s'agit de produits puissants tels que les acides et les bases fortes ou plus longue si l'agent irritant est faible comme les savons, les détergents et les huiles végétales industrielles.

La dermatite allergique de contact est une réaction immunologique à un allergène environnemental chez une personne génétiquement prédisposée. Les exemples couramment observés comprennent le nickel (bijoux, montres, boutons...etc.) le caoutchouc synthétique, les médicaments topiques (néomycine, antihistaminique, anesthésiques locaux, etc.), les plantes (la primevère par exemple) et les chromates. Certains allergènes nécessitent l'exposition solaire pour déclencher une réaction allergique « photoallergène ».

L'exposition aux allergènes est particulièrement élevée dans certaines professions (jardinier, professionnel de santé, esthéticienne, coiffeurs et ouvriers)<sup>(58)</sup>.

### **3.1. Pathophysiologie**

La dermatite irritante de contact est provoquée par l'exposition à un irritant physique ou chimique pendant une durée suffisante et à une concentration adéquate. Dans sa forme aiguë, l'irritant pénètre à travers le stratum corneum entraînant la libération de médiateurs inflammatoires et l'activation des LT. La forme chronique, liée à une exposition chronique et/ou répétée, se caractérise par une fragilisation des lipides cutanés et une altération du stratum corneum, induisant ainsi une desquamation et une perte d'eau transépidermique importante.

La dermatite allergique évolue en 2 phases : la phase de sensibilisation et la phase de révélation. Pendant la phase de sensibilisation, une substance non-immunogène de petite taille, appelée haptène, pénètre dans la peau. L'haptène s'associe à une protéine pour former le couple haptène-protéine qui constitue l'allergène. Ensuite, l'allergène est pris en charge par les cellules de Langerhans et les cellules dendritiques dermiques qui migrent vers les ganglions lymphatiques pour le présenter aux LT naïfs. Ces derniers se différencient en LT à mémoire. Cette phase est asymptomatique pouvant durer de quelques jours à quelques années. La phase de révélation survient chez un sujet déjà sensibilisé 1-2 jours après un nouveau contact avec le même allergène. Les LT à mémoire reconnaissent l'allergène et sécrètent des cytokines qui recrutent des cellules mononucléées responsables de l'apparition de lésions cutanées<sup>(36,58)</sup>.

### 3.2. Manifestations cliniques

La dermatite aiguë d'irritation se présente sous forme de plaques érythémato-vésiculeuses bien délimitées au niveau des zones d'exposition. Des sensations de brûlure ou de picotements peuvent y être associées. La forme chronique résulte de multiples contacts en dessous du seuil requis pour provoquer une réponse aiguë. Cette forme est caractérisée par un érythème moins défini par rapport à celui de la forme aiguë. Les autres manifestations cutanées incluent la desquamation, la lichénification et l'hyperkératose.



Figure 28 : Dermatite de contact irritante sur les mains (A). Forme chronique (peau fissurée et lichénifiée) (B)<sup>(58)</sup>

La dermatite allergique se caractérise par des vésicules prurigineuses qui se rompent rapidement d'où l'aspect suintant des lésions. Lorsque le contact avec l'allergène persiste, elle devient chronique avec l'apparition des plaques squameuses et des lichénifications. Elle est généralement localisée à la zone d'exposition<sup>(58)</sup>.



Figure 29 : Dermatite de contact allergique. Atteinte généralisée (shampooing) (A). Atteinte localisée au cou (collier) (B) et aux yeux (collyres) (C)<sup>(58)</sup>

### **3.3. Prise en charge**

Que l'eczéma de contact soit irritant ou allergique, l'étape indispensable de la prise en charge est l'éviction de l'agent responsable. Le test épicutané (ou patch test) est réalisé pour différencier les deux, il est positif en cas d'origine allergique et négatif dans la dermatite d'irritation. Ce test permet également de reconnaître l'allergène en cause. Il est réalisé à l'aide d'une batterie européenne qui permet de tester 30 allergènes de manière standardisée. Les patchs sont collés sur le dos pendant 2 jours avant d'être retirés. Le résultat est lu entre J2-J7. La présence d'une réaction eczémateuse en regard d'un allergène donné confirme l'allergie et nécessite l'éviction de celui-ci. La prise en charge des poussées fait intervenir un dermocorticoïde, adapté à la localisation et à la nature des lésions, associé à l'application quotidienne d'émollients<sup>(74)</sup>.

# V- LES INFECTIONS VIRALES

## 1. Varicelle

La varicelle est une infection virale due au virus de la varicelle et du zona (VZV), un virus à ADN appartenant au groupe Herpesviridae. Elle touche principalement les enfants (entre 1-14 ans) avec un pic situé entre 5-9 ans (90% de la population en France est immunisée avant l'âge de 10 ans).

La contamination est strictement interhumaine. Elle se réalise le plus souvent par des gouttelettes respiratoires en suspension dans l'air. La propagation du virus peut se produire plus rarement par contact direct avec le liquide vésiculaire. Le pronostic est principalement favorable avec une résolution spontanée. Cependant, des formes sévères peuvent être observées en cas d'immunodépression et lorsque la varicelle survient chez la femme enceinte, le nouveau-né, le nourrisson, ou chez l'adulte, même immunocompétent<sup>(28,36,37)</sup>.

Seule la varicelle bénigne chez l'enfant immunocompétent sera abordée de manière détaillée. Les formes compliquées et/ou graves sont liées aux terrains spécifiques (mentionnés ci-dessus) et nécessitent une prise en charge hospitalière.

### 1.1. Pathophysiologie

Après contamination nasopharyngée, la période d'incubation est en moyenne de 14 jours. Le virus se dissémine par voie sanguine pour atteindre ses organes cibles : la peau et les muqueuses. Il subit une réplication dans les kératinocytes provoquant leur ballonisation. Celle-ci est responsable de la formation des vésicules intraépidermiques, typiques de l'éruption.

L'infection est limitée par la réponse immunitaire cellulaire et la production d'interférons. Cela explique les formes graves en cas d'immunodépression avec des atteintes pulmonaires, hépatiques et nerveuses centrales.

Après résolution, le virus reste latent dans les ganglions sensitifs des nerfs crâniens et rachidiens. Avec le vieillissement ou l'affaiblissement du système immunitaire, le virus peut se réactiver sous forme de zona. Il est important de noter que le zona peut être contaminant et entraîner la varicelle chez les contacts non immunisés<sup>(28,36)</sup>.

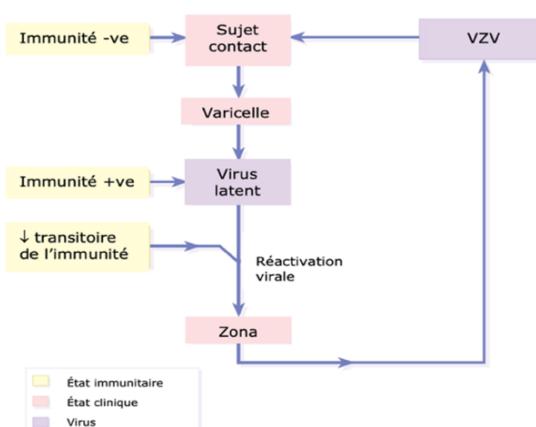


Figure 30 : Pathophysiologie de la varicelle (modifié d'après<sup>(8)</sup>)

## 1.2. Manifestations cliniques

La varicelle survient le plus souvent chez l'enfant d'âge scolaire non immunisé (non vacciné et n'ayant jamais eu la varicelle). Elle est contagieuse à partir de 2 jours avant l'apparition des lésions jusqu'à ce que toutes les lésions soient asséchées.

Après la période d'incubation (2-3 semaines après la contamination), la varicelle débute avec une fébricule et une altération de l'état général. Ces symptômes prodromiques sont en général modérés et inconstants. L'éruption cutanée est très prurigineuse. Elle se présente au début sous forme de macules rosées, qui progressent rapidement vers la formation des vésicules dites en « goutte de rosée ». La vésicule devient rapidement trouble, s'ombille et se dessèche en l'espace de 3 jours, formant ainsi une croûte. Cette dernière tombe en une semaine, laissant une tache hypopigmentée transitoire, parfois des cicatrices (surtout en cas de surinfections). L'éruption touche initialement le cuir chevelu, le tronc et les muqueuses, elle s'étend aux membres (sans atteinte palmoplantaire) et enfin, au visage. L'évolution se fait par poussées qui se succèdent, expliquant ainsi la présence simultanée d'éléments de stades différents (macules, vésicules, pustules, croûtes). La complication la plus fréquente est l'impétiginisation qui correspond à la surinfection bactérienne au staphylocoque doré ou au streptocoque<sup>(36)</sup>.



## 1.3. Prise en charge

La prise en charge de la forme typique est symptomatique et inclut :

### 1.3.1. Traitement antipyrrétique

En l'absence de contre-indications (atteinte hépatique sévère, hypersensibilité au paracétamol ou aux excipients), le paracétamol est le seul médicament pouvant être utilisé en toute sécurité. L'aspirine est contre-indiquée en raison du risque de syndrome de Reye (une maladie grave se manifestant sous forme d'encéphalopathie aiguë associée à une dysfonction hépatique). Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont également à éviter, car ils augmentent le risque de surinfections bactériennes graves<sup>(36)</sup>.

La posologie recommandée chez l'enfant est de 60 mg/kg/j à répartir soit en 4 prises quotidiennes (soit 15 mg/kg/prise) espacées de 6 heures ou en 6 prises (soit 10 mg/kg/j) espacées de 4 heures. La posologie maximale journalière ne doit pas dépasser 80 mg/kg/j.

L'annexe (10) récapitule les formes de paracétamol les plus adaptées aux enfants de < de 50 kg. A partir de 50 kg, le dosage à 1 g est plus adapté, en veillant à ne pas dépasser de 1 g/prise et 3 prises/j.

### **1.3.2. Traitement antiprurigineux**

Les antihistaminiques peuvent être proposés pour leur activité contre les démangeaisons. Les antihistaminiques de 1<sup>ère</sup> génération sont préférés aux antihistaminiques de 2<sup>ème</sup> génération, en raison de leur composante anticholinergique qui additionne un effet sédatif.

Leurs effets indésirables fréquemment observés incluent la somnolence, les vertiges, la céphalée, les nausées, l'asthénie et les effets anticholinergiques (rétenzione des urines, trouble de l'accommodation, constipation, palpitations)<sup>(38)</sup>.

Les antihistaminiques indiqués dans le traitement symptomatique du prurit sont abordés dans l'annexe (11).

### **1.3.3. Antiseptiques locaux**

Les antiseptiques à base de chlorhexidine aqueuse sont utilisés sur les lésions susceptibles de se surinfecter (grande taille, très enflammées, peau excoriée...). La solution est appliquée à l'aide d'une compresse afin de tamponner doucement les lésions (2 fois/j)<sup>(31,38)</sup>.

Ils sont sous forme de flacons (Ex : Septivon® 1,5%, Diaseptyl® 0,5%, Cooper® 0,5%...etc.) ou d'unidoses à usage unique (Ex : Dosiseptine® 0,05%, Cooper® 0,5% ou Gilbert® 0,2% ...etc.).

## **1.4. Mesures et conseils associés**

### **- Conseiller :**

#### Produits parapharmaceutiques

- Un spray asséchant à pulvériser deux fois/j sur les vésicules suintantes.

Exemples : Cicabio lotion spray (Bioderma), Cicalfate+ spray asséchant réparateur (Avène), Cytelium spray asséchant apaisant (A-Derma), Bariéderm Cica-spray asséchant réparateur (Uriage).

- Une crème cicatrisante à appliquer deux fois/j sur les croûtes. Elle permet d'accélérer la réparation et d'éviter la formation de cicatrices.

Exemples : Cicabio crème (Bioderma), Cicalfate crème (Avène), Épithérial AH ultra(A-Derma)<sup>(31)</sup>.

Hygiène corporelle : privilégier les douches à l'eau tiède en utilisant des produits doux (sans savon, pH proche de 5,5). Sécher la peau à l'aide d'une serviette douce en tamponnant.

Couper ses ongles courts : permet d'éviter le grattage des lésions qui favoriseraient la surinfection des lésions et la survenue de cicatrices, faire porter des gants à l'enfant si nécessaire.

Protection solaire : appliquer une crème solaire d'indice 50+ sur les lésions croûteuses.

### **- Déconseiller :**

Les bains : ils entraînent la macération de la peau surtout lorsqu'ils sont de longue durée ou/et chaud.

L'exposition au soleil : favoriserait la formation de cicatrices hyperpigmentées permanentes.

L'application du talc, des poudres ou crèmes antibiotiques, antivirales, antiprurigineuses ou anesthésiques : ces produits augmentent le risque de surinfection par leur effet occlusif et peuvent éventuellement masquer des lésions surinfectées.

Le contact avec le patient : éviter que le patient soit en contact avec des sujets non immunisés surtout s'ils sont à risque des formes graves/compliquées. L'éviction scolaire n'est pas obligatoire mais recommandée jusqu'à la fin de la période de contagiosité (lorsque toutes les lésions deviennent croûteuses).

### **Prise en charge des personnes non immunisées ayant eu contact avec le patient**

En cas de contact rapproché et/ou prolongé avec un cas de varicelle ou de zona, Il existe 2 cas de figure :

- Personnes immunocompétentes de plus de 12 ans (sauf femmes enceintes) : vaccination dans les 3 jours qui suivent le contact.
- Personnes à risque de formes graves/compliquées et pour lesquelles la vaccination est contre-indiquée (femmes enceintes, immunodéprimés) : prophylaxie par immunoglobulines spécifiques<sup>(38)</sup>.

### **En homéopathie**

La prise en charge homéopathique consiste à donner une association de *Vaccinotoxinum* 9CH (1 dose 3 jours de suite) et de *Rhus toxicodendron* 5CH (2 granules 3 fois/j).

D'autres souches peuvent être conseillées en fonction du stade d'évolution :

- *Belladonna* 5CH (2 granules 3 fois/j) : en cas de fièvre importante accompagnée de soif.
- *Mezereum* 5CH (2 granules 3 fois/j) : lorsque les vésicules deviennent croûteuses.
- *Antimonium tartaricum* 5CH (5 granules 2 fois/j) : lorsque les croûtes tombent afin de limiter la formation de cicatrices<sup>(34,39)</sup>.

## **2. Herpès orolabial**

L'herpès labial est une infection par le virus de l'herpès simplex I (HSV-I) dans la majorité des cas. Elle survient par contact direct avec une personne sécrétant le virus, qu'elle soit symptomatique ou non. Le virus de l'herpès simplex 2 (HSV-II), responsable des formes génitales, peut plus rarement être impliqué dans les formes orolabiales. L'auto-inoculation ou les pratiques sexuelles buccales sont les modes de transmission les plus fréquents dans ce contexte<sup>(58)</sup>.

### **2.1. Pathophysiologie**

La transmission se fait par des gouttelettes respiratoires ou par contact direct avec des lésions actives ou des sécrétions salivaires contaminées. Le virus se réplique dans les cellules épithéliales au site de l'inoculation, provoquant ainsi la lyse des cellules infectées et une réaction inflammatoire locale associée à la formation de vésicules. À la suite de cette primo-infection, le virus se déplace pour gagner les ganglions nerveux où la latence est établie. Périodiquement, le virus peut se réactiver en se dirigeant vers les tissus cutanéomuqueux. La réactivation peut être asymptomatique ou au contraire provoquer l'herpès labial couramment appelé « bouton de fièvre ». La réactivation virale est le plus souvent déclenchée par l'immunosuppression, les cycles menstruels, le stress, les rayons UV et les traumatismes locaux<sup>(27)</sup>.

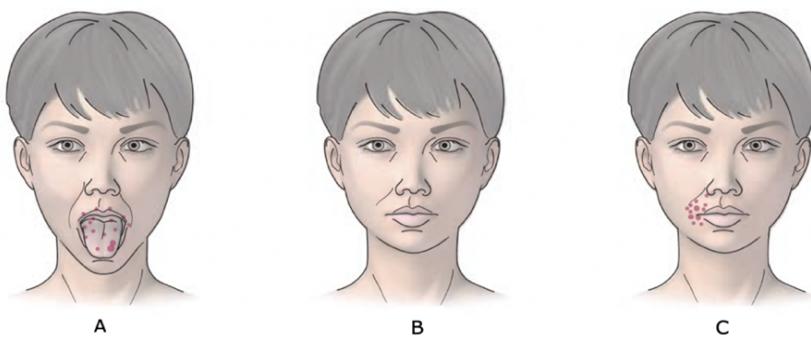


Figure 32 : Physiopathologie de l'herpès labial. Primo-infection « gingivostomatite » (A). Latence clinique (B). Réactivation virale (C)<sup>(27)</sup>

## 2.2. Manifestations cliniques

La primo-infection « gingivostomatite herpétique aiguë » survient le plus souvent chez le jeune enfant. Après une période d'incubation de 3-6 jours, les lésions apparaissent dans un contexte de malaise général avec une fièvre souvent supérieure à 39 °C. Il s'agit des vésicules sur la muqueuse buccale qui se rompent rapidement, provoquant ainsi des érosions tuméfiées couvertes d'un enduit blanchâtre. Il peut y avoir une adénopathie cervicale sensible associée.

La réactivation est caractérisée par des picotements, du prurit et/ou des brûlures qui précèdent l'apparition des lésions cutanéomuqueuses. Une plaque érythémateuse est observée quelques heures avant l'apparition des vésicules groupées en bouquets. Ces dernières se rompent, laissant en place une érosion recouverte d'une croûte qui tombe en quelques jours. L'évolution est favorable et la guérison clinique est obtenue spontanément au bout de 1-2 semaines. Les signes généraux associés sont absents ou minimes<sup>(8,36)</sup>.



Figure 33 : Clinique du HSV. Primo-infection (érosions buccales) (A). Réactivation virale (B)<sup>(8,70)</sup>

## 2.3. Prise en charge

Dans la majorité de cas, une poussée d'herpès labial est bénigne, disparaissant spontanément en l'espace de quelques jours. La prise en charge comprend l'éducation du patient sur les modes de transmission afin de la limiter. Un traitement médicamenteux peut être indiqué pour limiter la douleur, diminuer le temps de guérison et le risque de contagion.

Le traitement médicamenteux est représenté par les inhibiteurs de l'ADN-polymérase virale, une enzyme impliquée dans la réPLICATION de l'ADN viral. Par conséquent, ils n'agissent que sur la population virale active et n'éradiquent pas les virus en latence.

Les antiviraux locaux pouvant être proposés incluent : l'aciclovir 5% (primo-infection ou réactivation) et le docosanol (réactivation). Ils sont conseillés dès l'apparition des picotements, des douleurs ou des brûlures locales. La HAS considère qu'ils n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique étant donné que leur efficacité n'a pas encore été démontrée et qu'ils risquent de sélectionner des souches virales résistantes.

Les antiviraux oraux indiqués dans le cadre d'une infection orolabiale sont l'aciclovir et la valaciclovir (prodigue de l'aciclovir). En cas de résistance à l'aciclovir, le foscavir (Foscarnet® 6 g/250 ml) sous forme de solution pour perfusion est indiqué. Cet antiviral à large spectre est réservé à l'usage hospitalier<sup>(110)</sup>.

L'annexe (12) récapitule les médicaments utilisés dans la prise en charge de l'herpès.

## 2.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Mesures limitant la transmission/l'auto inoculation : hygiène stricte en se lavant les mains plusieurs fois/j surtout en cas de contact direct avec le bouton de fièvre.

Agents filmogènes ou patchs hydrocolloïdes : isolent le virus tout en créant un environnement humide propice à la cicatrisation.

Exemples : Compeed® patch bouton de fièvre (patch hydrocolloïde), Dermaplast® effet patch bouton de fièvre (patch hydrocolloïde), Urgo® filmogel bouton de fièvre (dérivé cellulosique), Ialuset care® patch bouton de fièvre (acide hyaluronique).

Protection solaire (en prévention) : l'utilisation d'un stick lèvres SPF50+ permet d'éviter les poussées liées aux rayonnements UV. L'application nécessite plusieurs passages et se renouvelle fréquemment surtout après une baignade ou s'être essuyé.

Exemples: Avène stick lèvres SPF50+, Anthelios XL stick lèvres SPF50+ (La Roche-Posay), Photoherpès stick lèvres SPF50+ (Bioderma), Protect X-TREM stick invisible (A-Derma).

### - Déconseiller :

Pratiques favorisant la transmission/l'auto inoculation : le partage du linge de toilette ou des produits cosmétiques, les embrassades, les sports de contact, les pratiques sexuelles à risque.

Lors de poussées : les dermocorticoïdes (risque de complications sévères), les produits de maquillage couvrant (retardent la cicatrisation), les produits à base d'alcool (irritent la peau et retardent la guérison)<sup>(31,110)</sup>.

### En homéopathie

Le traitement homéopathique fait intervenir une association de *Vaccinotoxinum* 9CH (une dose/j 3 jours d'affilée) et de *Rhus toxicodendron* 5CH (2 granules 3 fois/j). Celle-ci peut être associée à *Apis mellifica* 5CH (2 granules 3 fois/j) lorsque les symptômes sont soulagés par les applications fraîches ou à *Arsenicum album* 5CH (2 granules 3 fois/j) en cas d'amélioration constatée lors de l'application du chaud (ex : compresse chaude, bouillotte)<sup>(34)</sup>.

### 3. Verrues cutanées

La verrue est une infection virale cutanée par le Human Papilloma Virus (HPV). Elle touche principalement les enfants d'âge scolaire. La transmission se produit par contact direct avec une brèche cutanée ou, plus rarement, par contact indirect avec des surfaces ou des objets infectés (ex : douche, piscine). L'auto-inoculation est également possible. Le risque d'être infecté dépend du statut immunitaire de l'individu, de la charge virale présente lors de l'exposition et du type de contact. Chez les immunodéprimés, les verrues sont plus répandues et résistantes au traitement, elles évoluent plus facilement vers la cancérisation<sup>(36)</sup>.

#### 3.1. Pathophysiologie

La période d'incubation est mal connue, mais elle semble être variable entre quelques semaines et quelques mois en fonction de l'immunité de l'hôte. Pour que l'infection se produise, la particule virale a besoin d'entrer en contact avec les kératinocytes de la couche basale. Ainsi, une altération de la fonction barrière de la peau par un traumatisme, une macération ou les deux prédisposent à l'inoculation du virus.

Le virus infecte les kératinocytes indifférenciés pour établir la réPLICATION virale. L'amplification de l'ADN viral et la formation de nouvelles particules virales ont lieu dans les kératinocytes en cours de différenciation<sup>(36)</sup>.

#### 3.2. Manifestations cliniques

Les verrues se distinguent en 4 principaux types : la verrue vulgaire commune, la myrmécie, la verrue en mosaïque et la verrue plane.

##### 3.2.1. Verrues vulgaires communes

Il s'agit des papules exophytiques hémisphériques ayant une surface hyperkératosique grisâtre qui interrompt les lignes de peau normale. Des points noirs, représentant des capillaires thrombosés, peuvent être observés à la surface. Leur taille est variable de quelques mm à 1 cm. Elles sont le plus souvent localisées sur la face dorsale des mains et sur les doigts<sup>(58)</sup>.



Figure 34 : Verrues vulgaires sur la face dorsale du pouce<sup>(28)</sup>

##### 3.2.2. Myrmécie

Elle se présente initialement sous forme d'une papule circonscrite brillante sur la face plantaire du pied. Elle est caractérisée par des côtés en pente avec une dépression centrale, ressemblant ainsi à une fourmilière (d'où son nom qui signifie fourmilière). Elle prend rapidement l'aspect d'une lésion arrondie hyperkératosique entourée d'un anneau épais. Le grattage de sa surface révèle des petits points de

saignement. La plupart se localisent au niveau des points de pression (talon, tête métatarsienne) d'où la douleur lors de la marche. Elles peuvent également se trouver sur les mains<sup>(20)</sup>.

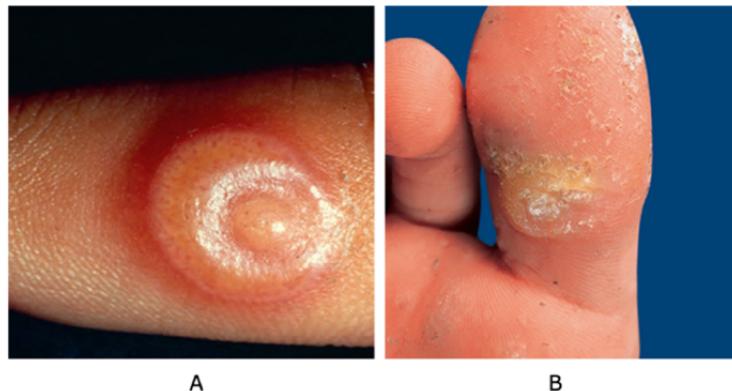


Figure 35 : Myrmécie. Aspect initial (A). Aspect hyperkératosique(B)<sup>(16,28)</sup>

### 3.2.3. Verrues en mosaïque

Elles se présentent sous forme de plaques hyperkératosiques constituées de petites verrues étroitement groupées. La douleur est variable pouvant être absente ou invalidante<sup>(20)</sup>.



Figure 36 : Verrues plantaires en mosaïque. Plaque hyperkératosique avec plusieurs verrues étroitement disposées (A). Après grattage de la surface (B)<sup>(8,28)</sup>

### 3.2.4. Verrues planes

Elles se trouvent souvent sur le visage ou la face dorsale des mains. Il s'agit des papules légèrement surélevées, arrondies ou polygonales. Elles peuvent être de la même couleur que la peau ou plus foncées. Elles sont souvent multiples en plaque ou en strie (auto-inoculation par le grattage)<sup>(20)</sup>.



Figure 37 : Verrues planes sur la face dorsale de la main<sup>(13)</sup>

### **3.3. Prise en charge**

Compte tenu de l'évolution naturelle vers la disparition spontanée (65% en 2 ans), le traitement médicamenteux concerne surtout les formes compliquées.

La prise en charge médicamenteuse comprend l'utilisation des produits topiques kératolytiques à base d'acide salicylique tout seul ou associé à l'acide acétique. Ils sont disponibles sous forme de solution prête à l'emploi, de pommade ou de dispositif d'application cutanée. Ces produits sont appliqués uniquement sur la verrue et recouverts d'un pansement occlusif. Le pansement occlusif permet d'améliorer la pénétration et d'assurer que le produit reste en contact avec la peau (zone de frottement, mains, pieds). Ils ne doivent pas être appliqués sur le visage ou les organes génitaux.

Les produits kératolytiques agissent en détruisant l'hyperkératose cutanée, permettant ainsi l'élimination mécanique de la lésion. Ils peuvent entraîner une irritation locale, notamment lorsque les concentrations sont mal adaptées ou en cas d'application dans des zones sensibles. Ils sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

Un avis médical est nécessaire chez les diabétiques, les sujets atteints d'artérite des membres inférieurs, les femmes enceintes et les enfants<sup>(111)</sup>.

Voici quelques exemples de produits kératolytiques utilisés dans la prise en charge des verrues cutanées :

- A base d'acide salicylique :

Transvercid® pansement : appliqué quotidiennement au coucher et retiré le lendemain matin.

Feuille de saule® solution : appliquée 3 fois/j après la toilette du pied. Elle forme une pellicule incolore après séchage. Cette pellicule est à retirer avant chaque application.

Le Diable® solution : appliquée 1-2 fois/j. Les tissus modifiés sont éliminés au bout d'une semaine de traitement après un bain chaud.

Cochon M.O.® pommade : appliquée chaque soir après un bain chaud. L'application est renouvelée jusqu'à la disparition de la verrue.

- A base d'acide salicylique et d'acide acétique :

Verrufilm® et Duofilm® solutions : 1 application/j de préférence le soir. Il est nécessaire, tous les 2-3 jours, de frotter doucement la partie superficielle à l'aide d'une lime d'usage unique ou d'une pierre ponce sans faire saigner la verrue. En cas saignement, il faut suspendre le traitement pendant 2-3 jours.

Kerafilm® solution : appliquée 2 fois/j (matin et soir). L'application doit être renouvelée jusqu'à la disparition de la verrue<sup>(33)</sup>.

Une dernière option médicamenteuse est la trétinoïne locale (Effederm 0,05%, Retacnyl 0,05%). Elle est surtout réservée aux verrues planes sur le visage à raison de 1-2 applications/j en moyenne. Selon la HAS, la trétinoïne n'a pas de place dans la prise en charge des verrues (SMR insuffisant).

Il existe d'autres options thérapeutiques non-médicamenteuses pour se débarrasser des verrues. La cryothérapie permet de détruire la verrue en appliquant un embout froid (-50 c) sur celle-ci pendant une durée variable de 30-60 secondes. Il convient pour ces dispositifs de suivre les instructions préconisées par le fabricant. Si une seule application ne suffit pas, celle-ci peut être renouvelée approximativement 2

semaines plus tard. Les dispositifs de cryothérapie ne doivent pas être utilisés chez l'enfant de < 4 ans ou sur le visage et les organes génitaux.

Exemples : Excilox® Verruxit, Wartner® cryopharma, Urgo® verrue.

La destruction de la verrue par curetage chirurgical ou électrocoagulation est intéressante en cas de verrues uniques surtout exophytiques. Le laser ablatif ou vasculaire est réservé aux verrues rebelles. Il s'agit d'une méthode efficace, mais elle nécessite plusieurs séances non remboursées par l'assurance maladie<sup>(33,111)</sup>.

### 3.4. Mesures et conseils associés

#### - Conseiller :

Mesures limitant la transmission/l'auto-inoculation : se laver les mains après avoir touché la verrue ou après l'application d'un traitement local.

Consultation médicale dans les cas suivants :

- Localisation sur le visage (produits en accès libre non adaptés) ou péri-unguéale (risque de malformation des ongles).
- Absence de réponse aux traitements habituels.
- Modification d'aspect ou augmentation en nombre.
- Ulcération sur la surface.
- Sujets diabétiques, immunodéprimés ou atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

En prévention : sécher les pieds après une douche ou un bain dans une piscine collective.

#### - Déconseiller :

Pratiques favorisant la transmission/l'auto-inoculation : la manipulation de la verrue (ne pas tenter d'arracher, de couper ou de brûler la verrue).

En prévention : Il est déconseillé de marcher les pieds nus dans des lieux publics (piscines, vestiaires et douches de salles de sport), de toucher ou de gratter les verrues de quelqu'un d'autre et de partager les chaussettes/chaussures, les serviettes ou les produits d'hygiène personnels<sup>(31,111,112)</sup>.

#### En homéopathie

Pour atténuer les douleurs, favoriser l'élimination et la cicatrisation des verrues, un traitement homéopathique peut être conseillé. Parmi les produits disponibles en pharmacie, on retrouve Verrulia de chez Boiron. Il s'agit d'un médicament homéopathique sous forme de comprimés à sucer. Il contient 3 souches homéopathiques : *Antimonium crudum* 9CH, *Nitricum acidum* 9CH et *Thuya occidentalis* 9CH. Il peut être administré à partir de l'âge de 6 ans. La posologie est de 1 cp matin et soir en dehors des repas pendant un mois. Il est également possible de proposer ces 3 souches de manière séparée sous forme de granules.

Un autre médicament homéopathique indiqué dans le traitement des verrues est la solution buvable Thuya complexe N 37. Sa posologie est de 20 gouttes 3 fois/j à prendre avec un peu d'eau chez l'adulte. Cette posologie est réduite chez l'enfant à 10 gouttes 3 fois/j (entre 8-15 ans) et à 5 gouttes 3 fois/j (entre 2-8 ans).

Au niveau local, les teintures mères de Thuya et de Chélidoine peuvent être proposées à raison d'une application/j<sup>(34)</sup>.

## 4. Molluscum contagiosum

Le molluscum contagiosum est une infection virale par le Poxvirus survenant de manière principale chez les enfants. Il peut également toucher l'adolescent ou l'adulte chez qui les lésions sont le plus souvent sexuellement transmissibles (IST). Les sujets atopiques et les immunodéprimés ont une incidence plus élevée du molluscum et sont à risque de développer des formes étendues<sup>(58)</sup>.

### 4.1. Pathophysiologie

Le virus se transmet le plus souvent par contact direct, favorisé par l'humidité locale ou/et l'interruption de la continuité cutanée. La réplication virale se réalise dans le cytoplasme des cellules épithéliales. Chez un sujet immunocompétent, les lésions non traitées disparaissent spontanément en 6 à 9 mois, souvent après une réaction inflammatoire locale<sup>(13,70)</sup>.

### 4.2. Manifestations cliniques

La période d'incubation est variable de 2-6 semaines. Les lésions sont brillantes, en forme de dôme, à bord érythémateux et ayant souvent une ombilication centrale. Leur taille varie entre 2 et 5 mm.

Le visage, le thorax et les membres supérieurs sont les localisations les plus fréquemment touchées chez l'enfant. Les lésions sont initialement asymptomatiques, mais une inflammation peut survenir plus tard<sup>(8,27,58)</sup>.

Chez l'adulte, il s'agit d'une infection sexuellement transmissible localisée au niveau de l'abdomen, des cuisses et des organes génitaux externes chez l'homme. Chez les sujets atopiques, l'infection touche les zones atteintes d'eczéma. En cas d'immunodépression, les lésions sont de grande taille « le molluscum géant » avec une distribution très étendue<sup>(58)</sup>.



Figure 38 : Molluscum contagiosum. Papules de couleur rosâtre ayant une ombilication centrale<sup>(27)</sup>

### 4.3. Prise en charge

En raison de leur résolution naturelle au bout de quelques mois, le plus raisonnable serait l'abstention thérapeutique et la mise en place des mesures pour prévenir la transmission. Lorsque la destruction est souhaitée par le patient, celle-ci se réalise à l'aide de produits topiques (à base d'hydroxyde de potassium) ou de méthodes physiques (curetage et cryothérapie l'azote).

Trois dispositifs médicaux à base d'hydroxyde de potassium (KOH) sont commercialisés en France : Molusderm®, Molutrex® et Poxkare®. Le KOH est une base forte qui dénature les protéines cellulaires d'où son action kératolytique. Ces dispositifs peuvent être employés dès l'âge de 2 ans. Le Molusderm® s'applique 1 fois/j perpendiculairement sur la lésion à l'aide du pinceau fourni. Après séchage, il nécessite

d'être rincé avec une compresse imbibée d'eau. Le Molutrex® et le Poxkare®, quant à eux, sont appliqués 2 fois/j et ne nécessitent pas de rinçage.

Les applications sont répétées quotidiennement jusqu'à l'apparition d'une rougeur à la base de la lésion qui signe sa disparition. A ce moment, le traitement doit être arrêté.

Ces produits ne doivent jamais être appliqués sur une peau saine, infectée ou enflammée, sur le visage ou chez les sujets diabétiques<sup>(33)</sup>.

#### **4.4. Mesures et conseils associés**

- **Conseiller :**

Mesures pour limiter la transmission/l'auto-inoculation : se laver les mains après avoir appliqué un traitement local ou après avoir touché les lésions, se couper les ongles courts, recouvrir les lésions avec un pansement lorsqu'il y a un risque de contact (lors de sport collectif par exemple), laver la serviette après chaque douche/bain.

- **Déconseiller :**

Pratiques favorisant la transmission/l'auto-inoculation : le partage du linge de toilette ou des vêtements et la manipulation des lésions<sup>(31)</sup>.

#### **En homéopathie**

*Vaccinotoxinum* 15CH est le traitement homéopathique le plus utilisé contre le *molluscum contagiosum*. Sa posologie est de 1 dose/semaine jusqu'à la disparition totale. Pour améliorer son efficacité, il est recommandé de l'associer à *Thuya occidentalis* 15CH à la posologie de 5 granules 3 fois/semaine<sup>(39)</sup>.

# VI- LES INFECTIONS BACTÉRIENNES

## 1. Panaris

Il s'agit d'une atteinte bactérienne de la pulpe unguéale. Il se manifeste par une réaction inflammatoire, douloureuse et œdémateuse touchant le plus souvent un seul doigt et pouvant évoluer vers la formation d'un abcès cutané.

### 1.1. Pathophysiologie

Le panaris survient quelques jours à la suite d'une plaie traumatique de la peau péri-unguéale, permettant ainsi la pénétration bactérienne. Il s'agit le plus souvent du staphylocoque doré (65%).

### 1.2. Manifestations cliniques

L'évolution se fait en deux phases :

- Phase catarrhale : caractérisée par un repli unguéal douloureux, rouge, tuméfié et tendu. La douleur est spontanée, mais elle n'empêche pas le sommeil.
- Phase d'état : les signes inflammatoires deviennent plus marqués avec un ramollissement au centre de la tuméfaction, correspondant à l'abcédation. La douleur devient intense, pulsatile et insomniante.

Le panaris peut se compliquer par extension soit vers les tissus de voisinage ou en profondeur pour atteindre les tendons (phlegmon), les os (ostéite) ou les articulations (arthrite). Cela s'observe surtout dans un contexte d'immunodépression ou chez le sujet diabétique<sup>(76,77)</sup>.



Figure 39 : Panaris. Phase catarrhale (A). Phase d'état (B)<sup>(78)</sup>

### 1.3. Prise en charge

#### 1.3.1. Phase catarrhale

Le doigt atteint est trempé dans une solution antiseptique comme la Bétadine® (povidone iodée), l'Hexamidine transcutanée® ou le Dakin® (hypochlorite de sodium) 2-3 fois/j. Il doit être protégé à l'aide d'un pansement pour éviter la propagation. Pour la douleur associée, le paracétamol est conseillé en 1<sup>er</sup> lieu, les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être évités, car ils risquent d'aggraver l'infection. Il est important de garder la lésion propre et sèche.

### **1.3.2. Phase d'état**

Une incision devra être réalisée pour drainer le pus, par conséquent, une consultation médicale est conseillée d'emblée. En post-opératoire, des soins antiseptiques sont en général suffisants. Une antibiothérapie sera prescrite s'il s'agit d'un patient diabétique ou immunodéprimé<sup>(79,80)</sup>.

## **1.4. Mesures et conseils associés**

### **- Conseiller :**

Orientation médicale : s'il s'agit d'un sujet immunodéprimé ou diabétique, en l'absence d'amélioration au bout de 48 heures, en cas d'évolution vers la phase d'état malgré la désinfection cutanée, ou si le vaccin antitétanique n'est pas à jour (à vérifier de manière systématique).

Mesures préventives : se laver régulièrement les mains, nettoyer et désinfecter systématiquement toute plaie cutanée, se protéger lors des activités manuelles (ex : port de gants lors du jardinage).

### **- Déconseiller :**

Phase catarrhale : déconseiller la manipulation des aliments. cela risque de les contaminer, conduisant ainsi aux diarrhées en cas de consommation.

Phase d'état : il est déconseillé de percer l'abcès<sup>(79,80)</sup>.

Pratiques favorisant la création d'une porte d'entrée : il est important d'éviter les traumatismes lors des activités manuelles ou des soins de manucure, de ne pas se ronger les ongles, ou refouler les cuticules<sup>(81)</sup>.

### **En homéopathie**

L'homéopathie s'utilise en attente de consultation ou en association avec l'antibiothérapie :

1 dose de *Hepar sulfur* à haute dilution est administrée dès l'apparition des 1<sup>ers</sup> symptômes et est renouvelée toutes les 12 heures. L'efficacité pourrait s'améliorer en l'associant à la prise de *Belladonna* 9CH toutes les heures. Il est également possible de conseiller la prise de *Myristica sebifera* 15CH à raison de 5 granules 4 fois/j pendant quelques jours. La souche *Tarentula cubensis* s'adresse aux formes sévères et s'utilise en complément de l'antibiothérapie<sup>(39)</sup>.

## **2. Folliculite, furoncle et abcès**

Une folliculite est une infection bactérienne de la partie superficielle du follicule pilosébacé. Un furoncle est une folliculite nécrosante et profonde touchant la totalité du follicule pilosébacé. Un abcès est une collection inflammatoire de pus siégeant n'importe où et pouvant s'étendre en profondeur. Ces infections sont essentiellement dues au *Staphylococcus aureus* et surviennent le plus souvent chez les personnes immunodéprimées, diabétiques ou obèses ou en cas de manque d'hygiène cutanée<sup>(36)</sup>.

### **2.1. Pathophysiologie**

Les abcès résultent souvent d'une inoculation traumatique des bactéries dans la peau, tandis que les furoncles proviennent de l'infection du follicule pilosébacé.

## 2.2. Manifestations cliniques

Une folliculite se caractérise par une pustule centrée par un poil et entourée d'érythème. Elles sont de taille variable et siègent de manière préférentielle au niveau des zones pileuses. Un furoncle est caractérisé par une papule inflammatoire douloureuse centrée par une pustule. Il entraîne la disparition du poil du fait de la nécrose du follicule pilosébacé. Un abcès se présente comme une plaque inflammatoire, rouge et douloureuse<sup>(36)</sup>.

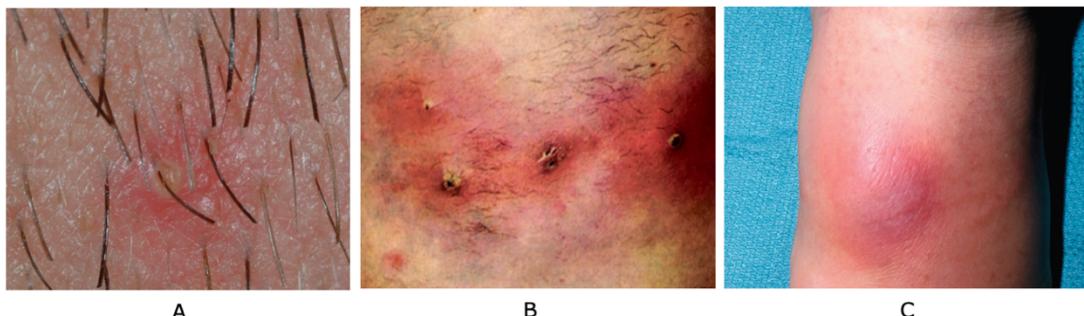


Figure 40 : Infections bactériennes de la peau. Folliculite (A), furoncle (B) et abcès(C)<sup>(11,13)</sup>

## 2.3. Prise en charge

Seule la folliculite peut être prise en charge à l'officine avec des mesures d'hygiène cutanée (lavage à l'eau et au savon). Les furoncles et les abcès nécessitent une consultation médicale pour la mise en place d'une antibiothérapie orale et/ou un drainage chirurgical du pus.

La prise en charge du furoncle nécessite une évaluation de la forme clinique et du risque de complications. Un furoncle isolé, non compliqué et sans risque de complications exige un renforcement des mesures hygiéniques avec des bains antiseptiques quotidiens à base de chlorhexidine (Mercryl®, Hibiscrub®, Cyeal®) pendant une durée de 7 jours. D'autres antiseptiques peuvent être conseillés en cas d'intolérance ou de contre-indication à la chlorhexidine. L'antibiothérapie orale a une place dans la prise en charge en cas de furoncle compliqué ou à risque de complication. Les situations concernées incluent : les extrêmes d'âge, la présence de comorbidités ou d'immunodépression ou en cas de certaines localisations à risque de complication (visage, péri-orificial, mains). Une incision peut être indiquée lorsque le furoncle est suffisamment volumineux.

La prise en charge de l'abcès comprend la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique (5 jours), pouvant éventuellement être adaptée en fonction de l'antibiogramme si cela s'avère nécessaire. Un drainage chirurgical est indiqué lorsque le volume de l'abcès est suffisant (diamètre d'au moins 2 cm). Un traitement antalgique peut y être associé en cas de fortes douleurs.

L'antibiothérapie est généralement secondaire à l'incision et aux mesures d'hygiène associées. Elle est toujours de courte durée (quelques jours). Elle fait intervenir des molécules actives sur le staphylocoque doré : la pristinamycine (VO), la cloxacilline (VO, IV), l'oxacilline (IV) et éventuellement la clindamycine (VO, IV) ou le céfazoline (IV, IM). Les formes injectables sont réservées à l'hôpital dans un contexte de gravité locale ou générale. Un relais par voie orale est mis en place le plus rapidement possible<sup>(117)</sup>.

L'annexe (13) récapitule les antibiotiques indiqués en 1<sup>ère</sup> intention dans la prise en charge des infections bactériennes courantes.

## 2.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Mesures d'hygiène : lavage fréquent de mains à l'eau et au savon, ongles propres et courts, douche quotidienne, vêtements et linge propres.

Pansement protecteur : permet d'éviter la propagation de l'infection ou une éventuelle contamination par d'autres bactéries. Une désinfection préalable de la peau est nécessaire.

Crème réparatrice : appliquée après la résolution de l'infection afin de favoriser une bonne cicatrisation.

EX : Cicabio (Bioderma), Épithérial AH (A-Derma), Cicalfate + (Avène), Ialuset care<sup>(31)</sup>.

### - Déconseiller :

- La manipulation des lésions.
- Le port des vêtements serrés irritants.

### En homéopathie

Le traitement homéopathique est employé au stade inflammatoire en association avec la désinfection cutanée. Il comprend :

- *Belladonna* 5CH, 5 granules toutes les 2 heures.
- *Hepar sulfuris calcareum* 30CH ou *Pyrogenium* 9CH (2 doses/j pendant 2 jours si abcès ou 1 dose/j pendant 3 jours si furoncle)<sup>(39)</sup>.

### En phyto-aromathérapie

- La prise en charge des furoncles de petite taille :

*Commiphora molmol* (myrrhe) : le furoncle est tamponné 2-3 fois/j avec la teinture non diluée (de préférence) pendant 1 semaine. Cette dernière est préparée à partir de la résine de la plante.

*Melaleuca alternifolia* (tea tree) : différentes formes comportant l'huile essentielle de tea tree sont appliquées localement 2-3 fois/j pendant une durée maximale de 1 mois.

Il convient au pharmacien de vérifier l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 3. Impétigo

L'impétigo est une infection superficielle non folliculaire de l'épiderme due au staphylocoque doré ou au streptocoque pyogène ou à l'association des deux. En France, la bactérie principale est *Staphylococcus aureus*. Le streptocoque est fréquent dans les pays en cours de développement et doit être pris en considération dans un contexte de voyage.

L'impétigo est très contagieux, affectant particulièrement les enfants et se transmettant principalement par contact direct interhumain avec possibilité d'auto-inoculation et d'épidémie familiale ou de collectivité<sup>(36,82)</sup>.

L'impétigo se caractérise par deux formes cliniques : bulleuse et non-bulleuse. Cependant, cette distinction n'a pas d'intérêt majeur étant donné que la prise en charge reste identique.

### 3.1. Pathophysiologie

*Staphylococcus aureus* est le germe le plus fréquemment impliqué que ce soit dans l'impétigo bulleux ou non-bulleux. L'impétigo non bulleux représente la réaction de l'hôte à l'infection, alors que la forme bulleuse est liée à la production locale de toxines, appelées exfoliatines A et B. Ces toxines ciblent une protéine (desmoglycine 1) qui rentre dans la composition des desmosomes et qui joue un rôle essentiel dans la cohésion entre les kératinocytes. La conséquence est donc une rupture de cette cohésion et l'apparition des bulles<sup>(36,70)</sup>.

### 3.2. Manifestations cliniques

L'impétigo non-bulleux survient principalement chez les enfants sur le visage (zone péri-orificielle) ou au niveau des extrémités. Il débute avec un érythème sur lequel développe rapidement une vésicule ou une pustule. La vésicule/pustule se rompt aboutissant à la formation d'une érosion recouverte de croûtes mélicériques.

L'impétigo bulleux, quant à lui, est moins fréquent. Il débute avec une vésicule qui se transforme en bulle flasque à bord net. Celle-ci est fragile et se rompt pour former une lésion jaunâtre croûteuse ou non. Il survient sur une peau grossièrement normale, le plus souvent au niveau des zones intertrigineuses humides comme le siège, les aisselles et les plis du cou<sup>(8)</sup>.



Figure 41 : Impétigo. Non bulleux (A) et bulleux (B)<sup>(70)</sup>

### 3.3. Prise en charge

La prise en charge repose surtout sur l'association de l'antibiothérapie aux mesures hygiéniques. On distingue deux formes en fonction de la sévérité :

Impétigo peu sévère : se caractérise par une association de :

- Atteinte de < de 2% de la surface cutanée.
- Nombre de sites lésionnels actifs < à 5.
- Pas d'extension rapide.

Impétigo sévère : se présente avec au moins 1 des caractéristiques suivantes :

- Atteinte de > de 2% de la surface cutanée.
- Nombre de sites lésionnels actifs > à 5.
- Extension rapide.
- Terrain immunodéprimé.
- Épidémie dans la famille.

- Zone délicate pour un traitement local (lèvres).
- Allergie de contact aux traitements locaux.
- Présence de signes généraux (fièvre, adénopathie).
- Ecthyma (forme sévère nécrotique)<sup>(82)</sup>.

Un traitement antibiotique probabiliste est mis en place et est adapté ensuite en fonction de l'antibiogramme si cela s'avère nécessaire. Celui-ci comprend :

Pour les formes peu sévères : une antibiothérapie locale par la mupirocine en 1<sup>ère</sup> intention. Celle-ci est préférée à l'acide fusidique et à la chlorotétracycline qui présentent un risque élevé de multirésistance bactérienne.

Pour les formes sévères : une antibiothérapie par voie orale d'une durée moyenne de 7 jours.

-Chez l'enfant : l'amoxicilline-acide clavulanique ou le cefadroxil (josamycine si allergie aux bétalactamines) en 1<sup>ère</sup> intention.

-Chez l'adulte : la pristinamycine (surtout si allergie aux bétalactamines) ou le céfalexine en 1<sup>ère</sup> intention<sup>(83)</sup>.

L'annexe (13) récapitule les antibiotiques indiqués en 1<sup>ère</sup> intention dans la prise charge des infections bactériennes courantes.

### 3.4. Mesures et conseils associés

#### - Conseiller :

Toilette locale : elle est réalisée pour toute forme d'impétigo 2 fois/j à l'eau et au savon, possibilité d'utiliser un gel nettoyant assainissant. Cela contribue au décollement des bactéries et à l'élimination des croûtes. Exemples (gel nettoyant assainissant) : Cicalfate + (Avène), Cicaplast B5 lavant (La Roche Posay), Dermalibour + cica-gel moussant (A-Derma), Bariéderm cica-gel (Uriage).

Hygiène corporelle : se laver quotidiennement, privilégier les vêtements en coton pour limiter la transpiration et la macération de la peau, se laver les mains plusieurs fois/j, se couper les ongles courts pour éviter les lésions de grattage.

Protection de la lésion (si possible) avec un pansement toute la durée du traitement. Ceci permettrait d'éviter le risque de contagion et d'auto-inoculation.

Privilégier la forme pommade : l'application d'une pommade facilite l'élimination des croûtes, cette forme est à privilégier en cas d'antibiothérapie locale. En cas d'antibiothérapie générale, conseiller une pommade à la vaseline à appliquer 2 fois/j.

Éviction scolaire : obligatoire si les lésions ne peuvent pas être protégées (ex : surface importante) pendant 3 jours à partir du début de l'antibiothérapie.

Examen dermatologique des contacts : l'entourage du patient et les personnes en collectivité sont examinés pour révéler d'éventuelles contaminations (mini-épidémie).

- **Déconseiller :**

Utilisation des antiseptiques locaux : leur intérêt n'a pas été démontré.

Pratiques favorisant la transmission/l'auto-inoculation : l'échange des vêtements ou des objets de toilette personnels, le contact physique avec d'autres personnes, la manipulation des lésions<sup>(31,82)</sup>.

**En homéopathie**

Associer 5 granules de *Graphite* 30CH à 5 granules de *Mezereum* 15CH 2 fois/j. Pour éviter les récidives, un traitement de fond à visée préventive peut être conseillé (*Antimonium crudum* 9CH 5 granules/j)<sup>(84)</sup>.

## 4. Érysipèle

Il s'agit d'une dermohypodermite bactérienne aiguë non-nécrosante le plus souvent due à un streptocoque bêta-hémolytique. Il survient principalement chez l'adulte et touche de manière préférentielle les jambes. Sa localisation sur le visage est possible mais rare<sup>(36)</sup>.

### 4.1. Pathophysiologie

L'invasion bactérienne survient à la suite d'un traumatisme ou d'une plaie chirurgicale. La fissuration mécanique ou mycosique des espaces interorteils crée une porte d'entrée très fréquente. Les facteurs de risque sont locaux (plaie, œdème chronique, ATCD d'érysipèle) et généraux (malnutrition, immunodépression, diabète, obésité, insuffisance veineuse, AOMI, toxicomanie intraveineuse)<sup>(36,85)</sup>.

### 4.2. Manifestations cliniques

Il débute avec une altération de l'état général (malaise, fièvre, frissons). Quelques heures plus tard, un placard érythémateux, unilatéral, bien circonscrit, œdémateux et douloureux apparaît<sup>(36)</sup>.



Figure 42 : Érysipèle au niveau de la jambe<sup>(16)</sup>

### 4.3. Prise en charge

La prise en charge repose surtout sur l'antibiothérapie orale associée à la prévention secondaire (traitement de la porte d'entrée). Elle est ambulatoire sauf en cas d'immunodépression ou de poly-pathologie associée<sup>(83)</sup>.

L'antibiothérapie est administrée pendant 7 jours. Elle doit être avant tout antistreptococcique avec l'amoxicilline indiquée en 1<sup>ère</sup> intention. En cas d'allergie à la pénicilline, la pristinamycine ou la clindamycine sont utilisées. D'autres antibiotiques sont indiqués en cas de porte d'entrée particulière (morsure, exposition marine, toxicomanie IV, voie veineuse périphérique, etc.), de terrain spécifique (enfant, immunodépression) ou de certaines localisations (périméato-fessière, visage).

Le patient est évalué 2 jours après la mise en place de l'antibiothérapie. En cas d'évolution favorable, l'antibiothérapie est maintenue pendant une durée totale de 7 jours. Une prise en charge spécialisée à l'hôpital est nécessaire si l'évolution est défavorable<sup>(85)</sup>.

L'annexe (13) récapitule les antibiotiques indiqués en 1<sup>ère</sup> intention dans la prise en charge des infections bactériennes courantes.

#### **4.4. Mesures et conseils associés**

##### **Mesures associées au traitement**

- Mise à repos : rester au lit avec la jambe surélevée et éviter les frottements ou les appuis tout au long de la cicatrisation. Ne marcher qu'en cas de nécessité avec des béquilles.
- Prévention du thromboembolisme : une contention veineuse est indiquée dès la diminution des douleurs en l'absence de contre-indications. L'anticoagulation préventive est discutée en cas de facteurs de risque thromboembolique associés.
- Traitement antalgique : utiliser le paracétamol en 1<sup>ère</sup> intention et en l'absence de contre-indications. Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont évités, car ils favorisent la diffusion de l'infection.
- Une bonne hydratation et une alimentation riche en protéines sont recommandées.

##### **Prévention de récidives**

- Hygiène rigoureuse surtout des pieds. Toute plaie, même minime, doit être désinfectée pour éviter d'éventuelles portes d'entrée.
- Perte de poids en cas de surcharge pondérale.
- Arrêt ou limitation de la consommation de tabac et d'alcool.
- Réalisation de séances de drainage lymphatique (massage dans le sens de la circulation lymphatique) et le port des bas de contention pour lutter contre l'œdème chronique<sup>(85,86)</sup>.

## VII- LES INFECTIONS FONGIQUES

Deux groupes de champignons sont principalement impliqués dans les infections mycosiques chez l'homme. Il s'agit de dermatophytes qui ont une affinité pour la peau et les phanères, et de levures (surtout le genre *Candida*) qui sont responsables des infections de la peau, des muqueuses et des phanères.

### 1. Infections de la peau glabre

Elles comprennent la dermatophytose circinée, l'intertrigo et le pityriasis versicolor.

#### 1.1. Dermatophytose circinée

La forme la plus fréquente des dermatophytoses de la peau glabre. Elle se transmet par contact direct avec la peau infectée d'une personne ou d'un animal ou par contact indirect avec des objets contaminés. Les enfants sont les plus fréquemment atteints. Elle est également fréquente chez les patients immunodéprimés ou diabétiques<sup>(36)</sup>.

La période d'incubation est de 1-3 semaines. Les lésions sont sous forme de placards arrondis ou polycycliques, prurigineux ayant des bordures érythémato-vésiculo-squameuses évocatrices. Elles évoluent par croissance centrifuge associée à une guérison centrale. Elles concernent surtout la peau découverte<sup>(36)</sup>.



Figure 43 : Dermatophytose circinée. Lésion initiale (A). Forme polycyclique plus évoluée avec guérison centrale (B)<sup>(28)</sup>

#### 1.2. Intertrigo

Il s'agit d'une infection mycosique des plis par des dermatophytes ou des champignons du genre *Candida*.

Intertrigo candidosique : Infection d'un ou plusieurs plis par le genre *Candida*. Il est souvent le résultat d'une auto-inoculation à partir d'un réservoir digestif ou vaginal. Les facteurs favorisants incluent le diabète, l'obésité, la macération et le manque d'hygiène locale. Il est caractérisé par une lésion érythémateuse, fissurée, recouverte d'un enduit malodorant et limitée par une bordure desquamative ou pustuleuse. Il touche les grands plis de manière symétrique ou les petits plis (mains ou pieds)<sup>(36)</sup>.



Figure 44 : Intertrigo candidosique. intertrigo de petits plis (A). intertrigo de grands plis (B)<sup>(11)</sup>

Intertrigo dermatophytique : il touche notamment les petits plis entre les orteils (intertrigo inter-orteils) ou les grands plis. L'intertrigo inter-orteils (pied d'athlète) se présente comme une desquamation sèche ou suintante. Des fissures ou des vésicules peuvent être observées au fond du pli ou sur la face interne des orteils.

L'atteinte de grands plis survient principalement au niveau des plis inguinaux. Les lésions sont identiques à celles observées sur la peau glabre (cf. dermatophytose circinée). Le fond du pli ne présente ni fissures ni érythème. L'atteinte est en général unilatérale<sup>(36)</sup>.

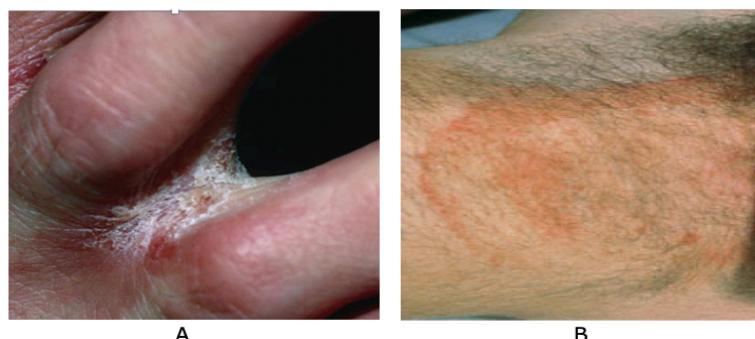


Figure 45 : Dermatophytose des plis. Intertrigo inter-orteils (A). Intertrigo du pli inguinal (B)<sup>(70)</sup>

### 1.3. Pityriasis versicolor

Le pityriasis versicolor est une infection fongique par le genre *Malassezia*. Il est fréquemment observé chez les jeunes adultes, mais peut survenir à n'importe quel âge. Il se présente sous forme de macules asymptomatiques, finement squameuses hypo ou hyperpigmentées. Ces dernières se trouvent le plus souvent sur la partie supérieure du bras ou du thorax, sur le dos et occasionnellement sur le visage. Les macules peuvent fusionner pour former des grands patchs étendus de forme irrégulière. Leur couleur est variable (blanc, chamois ou brun)<sup>(70)</sup>.



Figure 46 : Pityriasis versicolor. Macules chamois sur la partie supérieure du bras<sup>(70)</sup>

## **1.4. Prise en charge**

La prise en charge fait intervenir un traitement antifongique local en cas d'atteinte pauci-lésionnelle. Lorsque l'atteinte est extensive ( $> 3$  lésions sur la peau, atteinte  $\geq 3$  plis ou/et atteinte non limitée aux plis), il est recommandé d'associer les antifongiques oraux à l'application locale pendant 2-4 semaines.

Afin d'améliorer l'observance, il est fortement conseillé de préférer les antifongiques locaux à une application/j (bifonazole, kéroconazole, sertaconazole, fenticonazole, oxiconazole, omoconazole et terbinafine). La forme galénique doit être adaptée à l'aspect des lésions. Les crèmes, les solutions et les émulsions conviennent pour la peau non macérée, alors que les poudres s'utilisent en cas des lésions macérées, particulièrement au niveau des plis.

Les antifongiques locaux sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité à la substance active ou aux excipients. En raison du risque de passage systémique, l'application sur de grandes surfaces ou sur une peau lésée doit être évitée. Leurs effets indésirables sont essentiellement locaux (rougeur, prurit, brûlure et douleur).

Les antifongiques oraux comprennent 3 molécules : le fluconazole, l'itraconazole et la terbinafine. Le fluconazole et l'itraconazole sont des imidazolés à spectre large ayant de puissants effets inhibiteurs sur le CYP 3A4 qui contre-indiquent leur co-administration avec grand nombre de médicaments métabolisés par ce dernier. D'autres contre-indications sont l'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients et l'insuffisance cardiaque congestive (itraconazole). Leurs effets indésirables fréquents sont les troubles gastrointestinaux, les maux de tête, les éruptions cutanées et les altérations du bilan hépatique (fluconazole).

La terbinafine est un antifongique à large spectre de la famille des allylamines. Ses effets indésirables les plus fréquents sont la fatigue, les éruptions cutanées, les troubles gastrointestinaux, la myalgie, les troubles de la vision, les vertiges, la céphalée, l'altération du goût et la dépression. Il est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la terbinafine ou aux excipients, de maladie hépatique chronique ou active, et d'insuffisance rénale sévère (CL <30 ml/min).

Il est important de savoir qu'aucun antifongique systémique ne doit être administré chez la femme enceinte sauf si le pronostic vital est engagé<sup>(91)</sup>.

Les antifongiques indiqués dans la prise en charge des mycoses cutanées sont abordés dans l'annexe (14).

## **1.5. Mesures et conseils associés**

### **- Conseiller :**

Mesures associées au traitement et en prévention : privilégier les vêtements en coton, changer de vêtements idéalement tous les jours et les laver à 60 °C, utiliser un produit lavant sans savon adapté au pH cutané pour la toilette locale (gel, crème ou pain surgras) et bien sécher la peau après, utiliser un déodorant antitranspirant (en cas de transpiration excessive).

Pour les pieds d'athlète : privilégier les chaussures ouvertes (si possible), choisir les chaussettes en coton afin de limiter la transpiration, changer de chaussettes tous les jours, alterner les chaussures d'un jour à l'autre.

- **Déconseiller :**

Pratiques favorisant la persistance de l'infection : le port de chaussures serrées, les vêtements/chaussettes en tissu synthétique.

Pratiques favorisant la transmission : le partage du linge de toilette ou des vêtements<sup>(31)</sup>.

**En homéopathie**

En cas de lésions circinées, le traitement homéopathique fait appel à une association d'*Arsenicum iodatum* 9CH et de *Berberis vulgaris* 5CH. Les deux se prennent à 5 granules/j.

Lorsque les plis sont touchés, il est recommandé de prendre *Graphite* 30CH (5 granules 2 fois/j) pendant une durée de 5 jours. Après résolution, une dose/semaine de ce dernier est indiquée pour prévenir les récidives.

En application locale, conseiller l'application de la teinture mère de *Calendula* 2 fois/j ou de l'utiliser comme additif de bain<sup>(34,39)</sup>.

**En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge de la transpiration excessive (usage traditionnel) :

*Salvia officinalis* (sauge officinale) : plusieurs formes (infusion, extrait liquide ou sec) préparées à partir des feuilles de la sauge officinale sont utilisées par voie orale (3/j).

*Juglans regia* (noyer) : la substance végétale broyée, préparée à partir des feuilles, est utilisée en décoction appliquée localement sur les zones touchées (2/j).

- La prise en charge du prurit et des irritations en cas de pied d'athlète (usage traditionnel) :

*Melaleuca alternifolia* (tea tree) : l'huile essentielle est utilisée en application locale (3/j) ou diluée dans l'eau pour tremper les pieds (1/j) pendant un mois maximum.

Il convient au pharmacien de vérifier l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 2. Infections mycosiques de l'ongle (onychomycose)

Elles comprennent l'onychomycose à candida et l'onychomycose à dermatophytes.

### 2.1. Onychomycose à candida

L'onychomycose candidosique survient secondairement à une paronychie. Elle est caractérisée par une coloration marron verdâtre dans les zones proximale et latérale de l'ongle. Les ongles des doigts sont plus fréquemment touchés. Cette infection est particulièrement observée chez les professions ayant un contact prolongé avec l'eau (pâtissier, femme de ménage, etc.)<sup>(36)</sup>.



Figure 47 : Onychomycose à candida. Paronychie associée à l'atteinte de l'ongle<sup>(36)</sup>

## 2.2. Onychomycose dermatophytique

L'onychomycose dermatophytique se caractérise initialement par une leuconychie et une hyperkératose sous-unguéale. Elle peut évoluer vers la lyse et le décollement de l'ongle dans les formes avancées. Elle survient dans la partie distale ou/et latérale de la tablette unguéale et touche principalement les ongles du pied. Elle est associée, dans la majorité des cas, à une atteinte des espaces interorteils ou/et de la plante du pied. Le dermatophage le plus impliqué est *T. rubrum*<sup>(36)</sup>.



Figure 48 : Onychomycose dermatophytique. Atteinte de la partie distale de l'ongle (A). Atteinte évoluée avec onycholyse<sup>(28,92)</sup>

## 2.3. Prise en charge

La prise en charge fait intervenir des mesures hygiéniques auxquelles s'ajoute l'utilisation de médicaments antifongiques. Lorsque la mycose ne touche que la partie distale d'un seul ongle, seuls les antifongiques locaux sont indiqués. Un traitement oral y est associé dès que la partie proximale est atteinte ou si plusieurs ongles sont touchés<sup>(91)</sup>.

L'annexe (14) récapitule les antifongiques indiqués dans la prise en charge de l'onychomycose.

## 2.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Insister sur l'observance : informer les patients sur la nécessité de continuer le traitement jusqu'à repousse d'un ongle sain. Cette durée est en général de 3 mois pour les doigts de mains et de 6-9 mois pour les orteils, mais elle est variable en fonction du taux de croissance de l'individu.

Mesures associées au traitement et en prévention : privilégier les chaussures ouvertes (si possible), choisir des chaussettes en matières naturelles (ex : coton, lin, soie) permettant de limiter la transpiration, bien

sécher la peau après la toilette, changer de chaussettes et de chaussures de manière quotidienne, laver les chaussettes à 60 °C.

- **Déconseiller :**

Pratiques favorisant la persistance de l'infection : le port des chaussures serrées, les chaussettes en tissu synthétique.

Pratiques favorisant la transmission : le partage du linge de toilette ou des vêtements<sup>(31,91)</sup>.

**En homéopathie**

Trois souches homéopathiques sont essentiellement indiquées dans les infections mycosiques de l'ongle. Ce sont *Antimonium crudum*, *Graphite* et *Dermatophagoides*. Ils doivent être utilisés en association avec le traitement antifongique<sup>(39)</sup>.

**En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge de la transpiration excessive (usage traditionnel) :

*Salvia officinalis* (sauge officinale) : plusieurs formes (infusion, extrait liquide ou sec) préparées à partir des feuilles de la sauge officinale sont utilisées par voie orale (3/j).

*Juglans regia* (noyer) : la substance végétale broyée, préparée à partir des feuilles, est utilisée sous forme de décoction appliquée localement sur les zones atteintes (2/j).

Il convient au pharmacien de vérifier l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 3. Teignes

Une teigne signifie l'infection du follicule pilo-sébacé par un dermatophyte. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'enfant avant la puberté. La transmission est surtout indirecte (échange de bonnets, matériel de coiffure par exemple). Chez l'adulte, elle touche principalement la barbe ou la moustache. Cette forme est rarement observée et ressemble à une folliculite bactérienne aiguë.

### 3.1. Pathophysiologie

Le dermatophyte est inoculé à la suite d'un traumatisme. L'infection de la tige pilaire survient 3 semaines plus tard et se propage aux follicules voisins.

### 3.2. Manifestations cliniques

La teigne se caractérise par quatre formes cliniques : la teigne tondante microsporique, la teigne tondante trichophytique, le favus et le kerion (teigne inflammatoire). Ces deux derniers ne seront pas abordés, étant donné qu'ils sont rares en pratique clinique.

### **3.2.1. Teigne tondante microsporique**

Elle se caractérise par de grandes plaques alopéciques squameuses à extension centrifuge. Au niveau de celles-ci, les cheveux sont cassés à quelques millimètres de la surface cutanée et s'arrachent facilement. Le dermatophyte le plus impliqué est *M. canis*. Les chats ou les chiens constituent des vecteurs potentiels pour cette forme<sup>(20,36)</sup>.



Figure 49 : Teigne tondante microsporique<sup>(27)</sup>

### **3.2.2. Teigne tondante trichophytique**

Elle se présente avec de petites plaques alopéciques mal-circonscrites squameuses ou squamo-croûteuses. La plupart des cheveux au sein des plaques sont cassés à leur émergence et englués. Les dermatophytes les plus fréquemment impliqués sont *T. tonsurans* et *T. violaceum*. La transmission de cette forme est toujours anthropophile<sup>(20,36)</sup>.



Figure 50 : Teigne tondante trichophytique<sup>(27)</sup>

## **3.3. Prise en charge**

La prise en charge de la teigne requiert, en plus du traitement local, un traitement antifongique oral de plusieurs semaines. Les antifongiques topiques sont sous forme de crème ou d'émulsion. Ils sont généralement appliqués 2 fois/j. Concernant le traitement oral, deux médicaments sont actuellement cités dans les références : la terbinafine et l'itraconazole. Ils peuvent être administrés à partir d'un poids corporel de 10 kg. Ces deux antifongiques oraux ne sont pas indiqués chez l'enfant dans d'autres contextes. En effet, pour faire face à la suppression de la griséofulvine en 2021, des nouvelles recommandations ont été élaborées en concertation avec les sociétés savantes concernées<sup>(93)</sup>.

Les antifongiques indiqués dans la prise en charge de la teigne sont abordés dans l'annexe (14).

## **3.4. Mesures et conseils associés**

Mesures associées au traitement : se couper les cheveux courts, laver le linge mis en contact avec les cheveux à 60 °C ou l'enfermer avec une poudre antifongique dans un sac plastique pendant 24 h, désinfecter le matériel de coiffure à l'aide des lingettes désinfectantes, faire examiner les membres de la famille par un médecin ainsi que d'éventuels animaux de compagnie par un vétérinaire afin de traiter de manière simultanée.

L'éviction scolaire : signaler à l'établissement scolaire la survenue d'une teigne chez l'enfant. Ce dernier peut retourner à l'école dès que le traitement a été mis en route<sup>(93)</sup>.

# VIII- LES ECTOPARASITOSES CUTANÉES

## 1. Gale

La gale est une ectoparasitose due à la contamination de la peau par un acarien (*Sarcoptes scabiei var. hominis*). Elle peut survenir à tout âge et quel que soit le milieu socio-économique. Il s'agit d'une infection très contagieuse, stricte à l'homme qui se transmet dans la grande majorité des cas par contact humain direct, rapproché et prolongé (contexte familial/couple). La transmission peut se faire plus rarement de manière indirecte par les vêtements ou la literie d'une personne atteinte (surtout en cas de forte densité parasitaire)<sup>(36)</sup>.

### 1.1. Pathophysiologie

Les acariens traversent 4 stades dans leur cycle de vie : œuf, larve, nymphe et adulte. Après la fécondation de la femelle adulte, le mâle meurt et la femelle accouplée creuse des sillons dans la couche cornée de la peau en se déplaçant avec un rythme de progression de l'ordre de 1-2 mm/j. Lors de ce déplacement, la femelle pond des œufs (2-3/j) pendant 2 mois avant de mourir. Les œufs éclosent dans l'espace de 3-4 jours pour donner des larves. Celles-ci muent ensuite plusieurs fois pour devenir des nymphes et enfin des adultes. Ce cycle parasitaire dure environ 20 jours.

La contamination se fait par la femelle adulte ou plus rarement par la larve, elle est favorisée par le contact intime et prolongé, la précarité sociale et la vie en collectivité<sup>(28,40)</sup>.

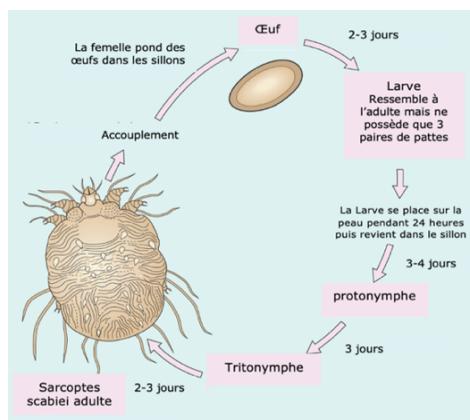


Figure 51 : Cycle parasitaire du *Sarcoptes scabiei var. hominis* (modifié d'après<sup>(28)</sup>)

### 1.2. Manifestations cliniques

La forme typique se développe après une période d'incubation de 2-6 semaines (plus courte en cas de réinfestation). Elle est caractérisée par un prurit intense de recrudescence nocturne ayant un caractère familial ou conjugal. Les lésions cutanées sont essentiellement non spécifiques, liées au grattage et ayant une topographie évocatrice (espaces interdigitaux, face antérieure du poignet, coude, ombilic, face interne de la cuisse, fesses, organes génitaux externes chez l'homme, mamelon et aréole chez la femme). Des lésions spécifiques plus rares peuvent être observées et doivent être recherchées de manière systématique. Ce sont :

-Sillons scabieux : ils correspondent au trajet de la femelle dans le stratum corneum de l'épiderme. Il s'agit des lésions sinuées ayant une légère surélévation à l'une de leurs extrémités correspondant à la position

de la femelle. Ils sont surtout visibles au niveau des espaces interdigitaux et de la face antérieure du poignet.

-Vésicules perlées : des lésions translucides sur un fond érythémateux. Elles siègent essentiellement au niveau des espaces interdigitaux.

-Nodules scabieux : des papulo-nodules de couleur rouge ou violacée, pouvant être excoriés par le grattage. Ils se trouvent surtout sur les organes génitaux masculins<sup>(36)</sup>.



Figure 52 : Lésions spécifiques de la gale. Nodule scabieux(A). Sillon scabieux(B). Vésicules perlées (C)<sup>(8,41)</sup>

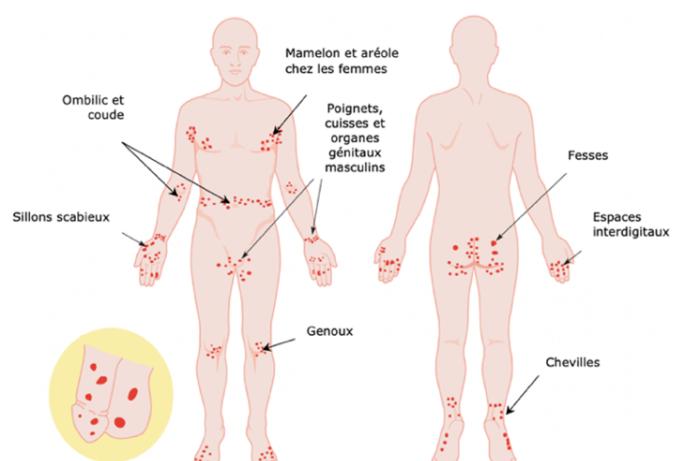


Figure 53 : Topographie de lésions de grattage de la gale (modifié d'après<sup>(27)</sup>)

Chez le nourrisson/enfant, la gale est caractérisée par la présence des vésicules palmoplantaires et des nodules scabieux péri-axillaires<sup>(36,43)</sup>.



Figure 54 : Gale du nourrisson/de l'enfant. Nodules scabieux (A). Atteinte plantaire vésiculaire (B)<sup>(36,43)</sup>

### 1.3. Prise en charge

Trois molécules existent actuellement en France pour traiter la gale sarcoptique : la perméthrine (crème 5%), le benzoate de benzyle (émulsion 10%) et l'ivermectine (comprimé 3 mg)<sup>(33)</sup>. Ces médicaments sont détaillés dans l'annexe (15).

En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de niveau de preuve suffisant permettant de recommander préférentiellement le traitement local, le traitement par voie orale ou l'association de deux, selon l'avis de la commission de la transparence HAS juin 2016.

## 1.4. Mesures et conseils associés

**Conseils associés au traitement :** il est important d'informer les patients que les démangeaisons peuvent persister jusqu'à 4 semaines après un traitement bien mené en raison d'une réaction allergique aux cadavres des acariens. Par conséquent, cette persistance du prurit ne doit pas mener à refaire le traitement. Une consultation médicale s'impose lorsque le prurit persiste plus longtemps pour contrôler par examen parasitologique.

Afin d'éviter d'éventuelles réinfestations, il est conseillé de traiter en même temps tous les sujets parasités, leur entourage familial et toute personne ayant eu un contact intime avec le patient (partenaires sexuels) même asymptomatiques<sup>(42)</sup>.

### En homéopathie

Une alternance entre *Psorinum* 9CH et *Sulfur* 9CH est conseillée par les homéopathes dans le but de diminuer le risque de récidive. Ils sont pris à raison de 2 granules 3 fois/j. Aucune souche homéopathique n'est conseillée à visée curative<sup>(34)</sup>.

### Traitements de l'environnement

Il est réalisé le lendemain de chaque application (donc à J1 et à J9). Il convient de :

- Laver le linge (vêtements portés depuis 3 jours, literie, serviettes) à la machine à 60 °C et sécher à haute température si possible. Les tissus ne pouvant pas être lavés à 60 °C, sont enfermés dans des sacs plastiques hermétiquement clos. La durée est de 4 heures en cas de pulvérisation d'un produit acaricide à l'intérieur du sac, ou de 3 jours au minimum sans acaricide en veillant à vider les sacs de leur air.
- Aspirer énergiquement les surfaces absorbantes (tapis, moquettes, coussins, matelas). La pulvérisation de produits acaricides peut être conseillée surtout s'il s'agit de formes cliniques graves (profuse ou hyperkératosique). Les surfaces froides et inertes (plastique, verre, bois...etc.) ne sont pas contaminantes et ne nécessitent pas de traitement<sup>(42,43)</sup>.

Les acaricides sont soit à base de pyréthrines naturelles ou de pyréthrinoïdes de synthèse. Ces composés sont toxiques surtout chez les animaux aquatiques qui manquent les enzymes nécessaires pour les hydrolyser. Il est donc important d'éviter toute contamination des aquariums ou des terrariums et de ne pas jeter les résidus à l'égout<sup>(44)</sup>.

Il est nécessaire lors de l'utilisation des sprays acaricides de :

- Nettoyer méticuleusement la/les pièces à traiter.
- Eloigner les animaux domestiques de la pièce à traiter.
- Ne pas pulvériser en présence d'un sujet asthmatique (risque de provoquer une crise).
- Respecter les instructions et la durée d'application préconisées par le fabricant.
- Laisser agir le produit et aérer ensuite pendant plusieurs heures avant de se remettre à l'intérieur de la pièce traitée.

- Aspirer plusieurs fois dans les jours qui suivent afin d'éliminer les acariens morts à fort pouvoir allergisant.

A titre d'exemple et de façon non exhaustive : A-par® radical nuit (D-tétraméthrine), Ascaflash® spray anti acarien (perméthrine), Enviroscab® aérosol antiparasitaire, Ront® (phénothrine et perméthrine)<sup>(45)</sup>.

## 2. Pédocephalose du cuir chevelu

La pédocephalose du cuir chevelu est une infestation du cuir chevelu par le pou de tête, *Pediculus humanus var. capitis*. La transmission se réalise par contact interhumain direct, ou plus rarement par contact indirect avec des objets contaminés (brosse, peigne, bonnet...etc.). Elle touche essentiellement les enfants d'âge scolaire<sup>(36)</sup>.

### 2.1. Pathophysiologie

Le cycle de vie du pou de tête comporte 3 stades : œuf, nymphe et adulte. Le pou de tête adulte est un insecte hématophage plat, ayant 3 paires de pattes et sans ailes. Il se déplace à une vitesse pouvant atteindre 23 cm/min sans pouvoir sauter. Il se nourrit du sang toutes les 4-6 heures.

Un à deux jours après l'accouplement, la femelle commence à pondre approximativement 7-10 œufs/j. Ces œufs, appelés lentes, sont cimentés à proximité de l'émergence de cheveux à l'aide d'une matrice protéique ayant une structure semblable aux acides aminés de la tige pilaire. La lente éclot au bout de 6-7 jours pour libérer une nymphe. Celle-ci traverse 3 stades pour donner le pou adulte en environ 7 jours.

Les poux adultes ont une durée de vie de 30 jours sur leur hôte. Loin de l'hôte, ils meurent au bout de 1-2 jours<sup>(46-48)</sup>.

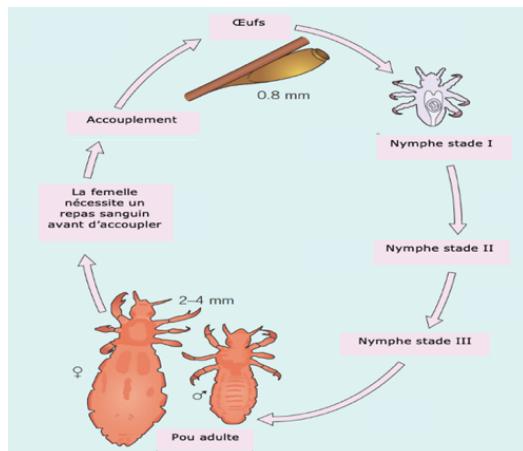


Figure 55 : Cycle de vie de *Pediculus humanus* var. *capitis* (modifié d'après<sup>(28)</sup>)

### 2.2. Manifestations cliniques

Lors de la 1<sup>ère</sup> infestation, la période d'incubation est entre 4-6 semaines en moyenne. Elle reflète le développement d'une réponse immunologique à la salive ou aux déjections des poux. Elle est, par conséquent, plus courte en cas de réinfestation.

L'infestation est caractérisée par un prurit pouvant être diffus ou à prédominance occipitale et rétroauriculaire. Le grattage provoque des excoriations, des desquamations et des papules rouges sur le cuir chevelu. Ces lésions peuvent être surinfectées. Ainsi, tout impétigo de la nuque ou du cuir chevelu

doit faire penser à une pédiculose. Autres signes cliniques pouvant accompagner le prurit incluent : une fébricule, une lymphadénopathie, une conjonctivite ou même une réaction d'hypersensibilité.

Une inspection méticuleuse peut détecter des lentes collées aux cheveux à proximité du cuir chevelu et ne coulissant pas le long de la tige pilaire. Les lentes sont plus facilement visibles au niveau de la région occipitale et rétroauriculaire. Avant l'éclosion, elles se caractérisent par une couleur beige à brune. À la suite de la libération des nymphes, les lentes vides restent collées à la tige pilaire et sont de couleur blanchâtre et transparente. Les poux adultes sont également visibles à l'œil nu. Cependant, ils sont plus difficiles à repérer en raison de leur mobilité.

Il est important de savoir que certains individus atteints restent asymptomatiques et peuvent être considérés comme des « porteurs »<sup>(2,28,36)</sup>.

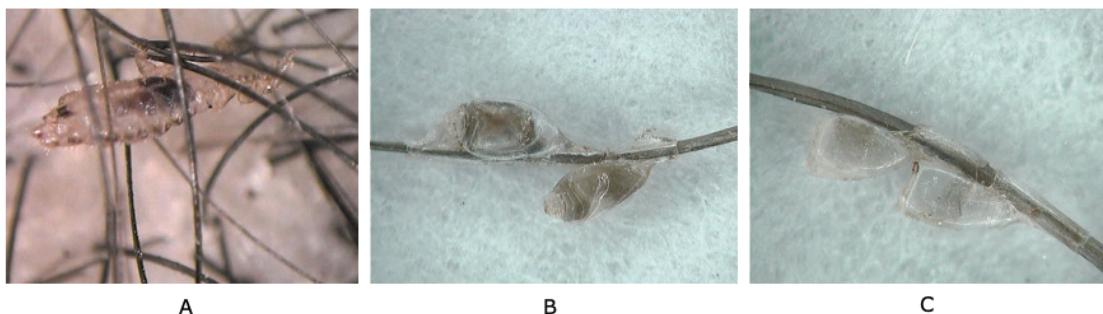


Figure 56 : Pédiculose du cuir chevelu. Poux adulte actif (A). Lentes avant éclosion(B). Lentes vides(C)<sup>(49)</sup>

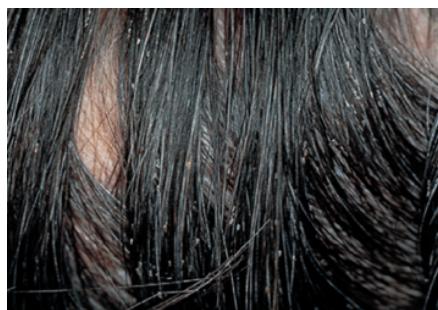


Figure 57 : Pédiculose du cuir chevelu illustrant des lentes fixées sur les cheveux<sup>(28)</sup>

## 2.3. Prise en charge

### 2.3.1. Traitement mécanique

Le traitement mécanique consiste à peigner soigneusement sur cheveux mouillés pendant 30 minutes 3 fois/j. Ceci est réalisé à l'aide d'un peigne métallique à dents fines et serrées, en allant du cuir chevelu à l'extrémité des cheveux. La durée préconisée est de 3 semaines.

Ayant une efficacité insuffisante de 50%, il est recommandé de l'associer à d'autres traitements<sup>(50,51)</sup>.

### 2.3.2. Traitement par des produits asphyxiants

Les produits asphyxiants ont été développés pour répondre à la suppression de médicaments anti-poux. Il s'agissait d'insecticides à base de pyréthrines ou de malathion. Leur commercialisation a été arrêtée en raison d'une baisse d'efficacité thérapeutique liée à l'apparition de résistances chez les poux<sup>(50)</sup>.

### **- À base de diméticone**

La diméticone est une huile de silicone. Il forme un film occlusif qui asphyxie les poux et perturbe leur équilibre hydrique. En effet, les poux excrètent l'eau ingérée dans le cadre de repas sanguins à travers des ouvertures appelées spiracles. Le blocage créé par ce film inhibe l'excration d'eau, entraînant un stress osmotique au niveau de l'intestin et provoquant sa rupture, aboutissant ainsi à la mort de l'insecte. En raison de ce mécanisme d'action physique, l'apparition de résistances à la diméticone semble peu probable.

Le traitement comprend 2 applications (à J0 et à J7), la 2<sup>ème</sup> application est justifiée en raison d'une activité peu importante sur les lentes qui éclosent dans un délai de 6-7 j.

Concernant les formes disponibles en pharmacie, il en existe principalement trois: la lotion, la solution ou la mousse en spray. Ils peuvent être utilisés à partir de 6 mois et chez la femme enceinte/allaitante<sup>(50,52)</sup>. Exemples : Pouxit® flash spray anti-poux (solution en spray), Pouxit® XF spray anti-poux (solution en spray), Pouxit® easy (mousse en spray), Pouxit® XF (lotion), Ecoprioderm® (lotion), Cinq sur cinq® radical nuit (lotion).

Il convient lors de l'utilisation des produits à base de diméticone de :

- Respecter les instructions et la durée d'application préconisées par le fabricant.
- Se couvrir les épaules avec une serviette lors de l'application pour éviter de tâcher les vêtements.
- Masser pour faire répartir le produit de manière homogène.
- Se mettre à l'écart de toute source de chaleur jusqu'au rinçage (la diméticone est inflammable).
- Se protéger les cheveux surtout en cas d'application la nuit.
- Se laver les mains après l'application.
- Éviter l'utilisation de sprays chez les patients asthmatiques (risque de provoquer une crise)<sup>(50,51)</sup>.

### **- Autres produits commercialisés**

Il s'agit des produits dont l'efficacité est non évaluée ou moins évaluée par rapport à la diméticone. Ils agissent tous par effet occlusif pour asphyxier l'insecte<sup>(50,53)</sup>.

Voici quelques exemples non exhaustifs :

- A base d'huiles végétales : Apaisyl® anti-poux Xpress 15 (huile de noix de coco), Pouxit® shampooing traitant anti-poux (noix de coco), Puressentiel® anti-poux lotion (amande douce, calophyllum, coco, jojoba, ricin et tournesol), Pranarôm® spray anti-poux (huile de coco et huile d'abricots).
- A base de complexe d'acide gras : Pouxit® végétal lotion.
- A base d'huiles minérales : Apaisyl® anti-poux xpert, Paranix® extra fort shampooing (huile de paraffine).
- A base de cire d'abeille : Elimax® green lotion.
- A base de Biococidine : Parasidose® soin traitant poux- lentes.
- A base de Oxyphthirine (un agent filmogène fabriqué à partir des triglycérides naturels) : Duo Lp Pro® lotion anti-poux<sup>(50,54-57)</sup>.

## **2.4. Mesures et conseils associés**

Coupe de cheveux : facilite le traitement local anti-poux, mais n'élimine pas les lentes. Il est important, en cas de coupe, de placer les cheveux coupés dans un sac en plastique fermé, étant donné qu'ils représentent une source de recontamination.

Shampooings/après shampooings : aident à apaiser les démangeaisons, purifier et démêler le cuir chevelu afin de faciliter le décrochage des lentes.

Exemples : Poudoux® shampooing doux et après shampooing, Phytosun® shampooing à la lavande.

Décollement des lentes : des baumes décolleurs de lentes peuvent également être utilisés à la fin du traitement pour faciliter le retrait des lentes mortes. Ils sont de compositions variables permettant de dissoudre la spumaline qui fixe la lente à la tige pilaire.

Exemples : Pouxit® baume décolleur de lentes (isononyl isononanoate), K.O. ® lentes baume démêlant et décolleur (huile essentielle de menthe, de romarin, d'eucalyptus, d'armoise de safran, d'hysope, de sauge, de thuya et de myrte)<sup>(50,54-57)</sup>.

Contrôle de l'efficacité du traitement : il est recommandé à J2 et à J12. Cela est réalisé à l'aide d'un peigne à poux passé, mèche par mèche, au-dessus d'une surface blanche afin de révéler facilement d'éventuelles lentes/poux. En cas de présence de lentes collées à distance du cuir chevelu (>1 cm), il est indispensable de rassurer le patient, étant donné qu'il s'agit des lentes mortes ou vides qui ne risquent pas de relancer l'infestation<sup>(36,50,51)</sup>.

Répulsifs anti-poux : peuvent être proposés à visée préventive pour éviter la réinfestation. Ils sont principalement à base d'huiles essentielles. Ils doivent donc être évités chez l'enfant de < 3 ans et chez la femme enceinte. Leur efficacité n'a pas encore été démontrée.

Exemples : Puressentiel® anti-poux spray (citriodiol), Apaisyl® répulsif (citriodiol), Pranarôm® spray répulsif (lavandin grosso, tea tree, ylang ylang, ravintsara, niaouli, clou de girofle, origan).

Examen de l'entourage : l'entourage doit être inspecté et traité (uniquement si parasité).

Informer l'établissement scolaire : cela permet le dépistage de l'ensemble des élèves ainsi que l'avertissement et l'information des parents afin de rompre la chaîne de transmission. À savoir que L'éviction scolaire n'est pas obligatoire sauf s'il s'agit d'une pédiculose surinfectée (impétiginisation).

Éducation des parents : pour qu'ils fassent apprendre à leurs enfants à ne pas partager leurs habits ou leurs objets personnels, que ce soit à l'école ou au domicile. Cela constitue une mesure importante non seulement pour éviter la dissémination (si l'enfant est atteint) mais également en prévention primaire.

Consultation médicale : en cas de pédiculose surinfectée (impétiginisation) ou de persistance de l'infestation malgré deux traitements bien conduits<sup>(51)</sup>.

#### Traitements de l'environnement

- Laver le textile de l'enfant (linge de lit, serviettes, bonnets, chapeaux, foulard ...etc.) à une température >50 °C. En cas d'impossibilité de lavage à cette température, placer dans des sacs en plastique fermés pendant au moins 3 jours. Une fois sortis du sac, ils doivent être lavés à la température habituelle. Il est également possible d'utiliser un additif lessive (ex : Cinq-Cinq) permettant d'éliminer les poux et les lentes à une température de lavage < 50 °C.

- Faire tremper les brosses et les peignes contaminés dans un produit insecticide pendant au moins 10 minutes et patienter 3 jours avant de les réutiliser.

La désinfection des locaux n'est pas recommandée<sup>(50,51)</sup>.

# IX- LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

## 1. Piqûres d'insectes

Une piqûre d'insecte se traduit par une réaction inflammatoire localisée associée parfois à des démangeaisons pendant quelques jours.

Les piqûres de guêpe, d'abeille ou de frelon se présentent en général avec une douleur immédiate liée au venin de l'insecte. Elles sont particulièrement dangereuses en cas de prédisposition allergique.

D'avril à septembre, les piqûres d'aoûtats donnent des plaques rouges sous la ceinture, les sous-vêtements, l'élastique des chaussettes ou dans les plis cutanés.

Les piqûres de tiques se produisent surtout dans les zones boisées et humides, les herbes hautes des prairies, les jardins et les parcs forestiers ou urbains. Leur pic d'activité se situe entre le début du printemps et la fin de l'automne. Les piqûres de tiques sont susceptibles de transmettre la maladie de Lyme. Enfin, les piqûres de moustiques sont en général banales, mais peuvent provoquer de fortes démangeaisons.

### 1.1. Prise en charge

Une évaluation initiale de la gravité de la réaction et de sa localisation est nécessaire. S'il s'agit d'une piqûre d'abeille, le dard doit être retiré le plus rapidement possible avec le bord non-tranchant d'un couteau. Ce dernier est glissé parallèlement à la surface cutanée pour éviter de comprimer la glande à venin qui pourrait s'éclater et libérer encore plus de venin. En l'absence de réactions graves, les premiers soins sont effectués en 1<sup>er</sup> lieu, en nettoyant la peau à l'eau et au savon et en désinfectant le siège de la piqûre (Biseptine®, Mercryl®, chlorhexidine aqueuse par exemple). Les bagues et les bracelets doivent être retirés en cas de piqûres au niveau des mains afin d'éviter une éventuelle compression si un œdème survient.

Le statut vaccinal antitétanique du patient doit être vérifié. Le schéma vaccinal comporte 3 doses en primovaccination à 2,4 et 6 mois. Des rappels sont ensuite recommandés à l'âge de 6 ans, entre 11-13 ans, à 25 ans, à 45 ans, à 65 ans, puis tous les 10 ans.

Afin de soulager les démangeaisons, le pharmacien peut proposer des préparations locales (avec ou sans cortisone). Des antihistaminiques oraux peuvent y être associés en cas de gêne importante. La durée du traitement est limitée à quelques jours. Si aucune amélioration n'est obtenue, un avis médical s'impose.

Le tableau suivant récapitule les options médicamenteuses dans la prise en charge des démangeaisons en cas de piqûres d'insectes :

Tableau III : Médicaments indiqués dans la prise en charge des démangeaisons liées aux piqûres<sup>(33)</sup>

Dermocorticoïdes de faible activité	
<u>Exemples :</u> Onctose hydrocortisone®, Cortapaisyl®, Dermofenac® : >6 ans <u>Posologie :</u> 1-2 applications/j	Appliquer par touches espacées et étaler avec un massage léger pour faciliter l'absorption. Se laver les mains après chaque application. Ils ne sont pas adaptés aux grandes surfaces. EI : rares, liés surtout à un usage prolongé et/ou inadapté.

	<u>CI</u> : plaies, lésions ulcérées, acné, rosacée, infections cutanées.
Crèmes anesthésiantes	
Eurax® (10% crotamiton) Quotane® (0.5% quinisocaïne)	Appliquer en massant légèrement. Se laver les mains après chaque application. <u>EI</u> sont rares (prurit, réactions allergiques). <u>CI</u> : peau suintante ou infectée, hypersensibilités à l'un de leurs composants, enfants ayant des ATCD de convulsion (uniquement pour Quotane en raison de la présence des dérivés terpéniques).
Antihistaminiques H1 local	
<u>Exemples :</u> Apaisylgel®, Onctose®, Phénergan®, Sédermyl® : > 2 ans <u>Posologie</u> : 2-3 fois/j avec pendant 5 jours.	Appliquer en couche fine en massant légèrement. Se laver les mains après chaque application. <u>EI</u> sont rares (réactions allergiques). <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, peau infectée, suintante, ou eczémateuse.
Antihistaminique oral	
Cétirizine (Cp 10 mg) : > 6 ans  <u>Posologie</u> 6-12 ans : ½ cp 2 fois/j >12 ans : 1 cp/j	Avaler avec un verre d'eau. <u>EI</u> fréquents : somnolence, fatigue, maux de tête, vertige et sécheresse de la bouche. <u>CI</u> : hypersensibilité à la substance active, à l'un des excipients, à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine, IR terminale (CL<15 ml/min).

Chez les personnes allergiques, le pharmacien s'assure que les patients sont en possession d'une trousse d'urgence et qu'ils savent comment l'utiliser. La trousse comporte de l'adrénaline auto-injectable, un antihistaminique à action rapide et un corticoïde. La date de péremption de ces différents produits est à vérifier périodiquement afin de pouvoir remplacer ceux qui sont périmés<sup>(31,33,106)</sup>.

En cas de piqûre de tiques, la tique doit être retirée le plus rapidement possible pour diminuer le risque de transmission de la maladie de Lyme. Il est également important de conseiller la surveillance de la zone piquée car il y peut apparaître, un érythème migrant. Il s'agit d'une plaque érythémateuse ronde ou ovale de plusieurs cm de diamètre à croissance centrifuge avec un éclaircissement central. L'érythème migrant apparaît généralement 3-30 jours après la piqûre. Cette mesure permettra une prise en charge médicale précoce, prévenant ainsi l'apparition des formes disséminées de la maladie de Lyme.



Figure 58 : Érythème migrant. Plaque rouge autour de la piqûre (A). Extension centrifuge avec éclaircissement central (B)<sup>(13,70)</sup>

Un avis médical urgent s'impose en cas de :

- Piqûres d'insectes dans la bouche ou la gorge entraînant une difficulté respiratoire.

- Piqûres d'hyménoptères multiples (>20 chez l'adulte, autour de 5 chez l'enfant).
- Réaction allergique généralisée (allergie au venin)<sup>(107)</sup>.

## **1.2. Mesures et conseils associés**

### **Les mesures de prévention**

#### A) Prévention générale des piqûres d'insectes

- Porter des vêtements couvrants de couleur claire. Les vêtements colorés ou à motif attirent les insectes. La couleur claire aide également à repérer facilement leur présence sur le corps.

- Éviter les produits parfumés étant donné que les odeurs attirent les insectes.

- Ne pas marcher les pieds nus ou en chaussures ouvertes en nature.

- L'application de répulsifs cutanés sur la peau découverte. Ils referment du DEET (le plus efficace, mais contre-indiqué chez la femme enceinte et les enfants <2 ans), de l'icaridine, de l'IR3535 (le plus adapté aux enfants) ou de l'huile essentielle d'eucalyptus citriodora. Ils existent sous forme de spray, crème, stick ou lotion. Ils doivent être appliqués sur les parties découvertes en massant pour faire pénétrer le produit.

Il est important de rappeler que les sprays répulsifs ne doivent pas être utilisés à proximité de la nourriture, d'une source de chaleur ou dans une pièce fermée. Ils ne doivent pas être appliqués sur les seins chez les femmes qui allaitent ou sur les mains des enfants. La durée de protection est variable entre 4-8 heures selon la substance, sa concentration et la température extérieure. Il convient pour ces produits de respecter les instructions d'application préconisées par le fabricant. En cas d'utilisation d'une crème solaire, cette dernière est appliquée 20-30 minutes avant le répulsif.

#### B) Autres mesures spécifiques à l'insecte impliqué

- **Les hyménoptères**

- Ne pas rester à proximité de plantes à fruit, de nids, de ruches ou de corbeilles de fruits.

- En présence rapprochée d'hyménoptères, rester calme et éviter les mouvements brusques. Il est important de rappeler que les hyménoptères ne piquent que pour se défendre. La meilleure attitude serait de rentrer à l'abri calmement et de se protéger la tête avec les mains.

- En cas de pique-nique, vérifier l'absence de zones de verger ou d'apiculture à proximité. Les aliments et les boissons sucrés doivent être évités dans la mesure du possible, car ces derniers attirent les guêpes et les abeilles.

- Faire retirer les nids d'insectes près du lieu d'habitation (en campagne surtout)<sup>(107)</sup>.

- **Les moustiques**

Compte tenu du risque de transmission de maladies, des mesures de protection personnelles sont indiquées pour les personnes se rendant ou vivant dans des zones endémiques. Ces mesures incluent :

- L'installation d'une moustiquaire de préférence imprégnée au-dessus du lit et d'un grillage au niveau des fenêtres.
- L'aération du logement en ouvrant une fenêtre de côté ombragé de l'immeuble, étant donné que les moustiques sont moins nombreux de ce côté-là.
- La limitation des activités d'extérieur aux moments où les moustiques sont les plus actifs.
- Les mesures d'appoint peuvent être utilisées, mais elles ne dispensent en aucun cas de mesures de protection personnelle. Elles incluent : les insecticides en bombes ou en diffuseur électrique, les raquettes électriques, la climatisation ou la ventilation et des spiraux anti-moustiques à l'extérieur.

Des mesures inefficaces à déconseiller comportent l'homéopathie, les appareils à ultrasons, les bracelets anti-insectes, les huiles essentielles, la vitamine B1, les rubans, les autocollants et papiers sans insecticides<sup>(109)</sup>.

- **Les tiques**

- Marcher sur les chemins bien tracés sans végétation dense ou hautes herbes afin de limiter le contact avec les tiques
- L'inspection du corps entier après une promenade en zone à risque. Une 2<sup>ème</sup> inspection est recommandée le lendemain, celle-ci peut révéler d'éventuelles tiques engorgées du sang, donc plus facilement repérable.
- L'achat d'un tire-tique, avant la sortie en zone à risque, permet de retirer d'éventuelles tiques sans délai. En cas de tique fixée, celle-ci doit être retirée le plus rapidement possible. Le tire tique s'applique à la base de la tique sans l'écraser, il faut ensuite tourner et tirer doucement jusqu'à ce que la tique se décroche. Il est important d'éviter l'utilisation des produits chimiques avant le retrait de la tique en raison du risque de régurgitation. Ceci augmenterait le risque de transmission de la maladie de Lyme si la tique est infectée. La désinfection de la peau se réalise donc après le retrait. La zone de la piqûre est à surveiller pendant 1 mois au minimum pour détecter l'éventuelle apparition d'un érythème migrant<sup>(88,90)</sup>.

- **Les aoûtats**

- Éviter de se coucher dans l'herbe et les pelouses, surtout en fin d'été et le soir.
- Surveiller les animaux de compagnie qui peuvent en être porteurs.

### **En homéopathie**

Il est conseillé de prendre *Hypericum perforatum* 5CH, *Apis mellifica* 5CH et *Ledum palustre* 5CH à raison de 2 granules 3/j. En cas de réaction inflammatoire importante, *Vespa crabro* 5CH s'y ajoute à la même posologie.

Au niveau local, l'application de la teinture mère de *Calendula* à l'aide d'une compresse (3 fois/j) permet de soulager les démangeaisons grâce à ses propriétés apaisantes<sup>(34,108)</sup>.

### **En phyto-aromathérapie**

- La prise en charge des symptômes liés aux piqûres d'insectes (usage traditionnel) :
- Melaleuca alternifolia* (tea tree) : son huile essentielle (diluée ou non) s'utilise en préparations liquides à appliquer sur la piqûre 1-3 fois/j pendant 1 semaine maximum.

Il convient au pharmacien de vérifier l'absence de contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 2. Ampoules de frottement

Une ampoule est une vésicule dont la cause est le décollement de l'épiderme provoqué par un échauffement excessif. Elle se produit le plus souvent en raison de frottements répétés.

Les ampoules sont surtout localisées au niveau de pieds, liées aux frottements avec des chaussures mal ajustées (trop serrées, neuves, sans chaussettes, etc.) et favorisées par l'hyperhidrose plantaire. Elles peuvent se présenter également au niveau des mains en cas d'activités physiques ou manuelles.

Les ampoules ne sont pas de gravité. Cependant, elles nécessitent une prise en charge adaptée pour éviter une éventuelle surinfection cutanée.

### 2.1. Manifestations cliniques

L'évolution comprend 3 stades :

- Stade I : rougeur et douleur localisées.
- Stade II : décollement de l'épiderme avec apparition de la vésicule.
- Stade III : la vésicule se rompt du fait de la persistance des frottements, laissant en place une zone rouge douloureuse qui peut saigner ou s'infecter<sup>(94)</sup>.



Figure 59 : Ampoule. Ampoule intacte (A). Ampoule percée (B)<sup>(95)</sup>

### 2.2. Prise en charge

#### Stade I

Dès l'apparition d'une rougeur cutanée douloureuse, une protection sous forme de stick, de crème ou de pansement hydrocolloïde est conseillée. Ces protections permettent de soulager les frictions et d'éviter l'évolution vers la formation d'une ampoule. Ils peuvent être également utilisés sur les zones soumises aux frottements même avant l'apparition d'une rougeur cutanée.

- Les sticks ou les crèmes agissent par un effet lubrifiant et en formant une couche protectrice limitant les frictions (ex : Compeed® en stick « huile végétale hydrogénée », Akileïne® sport NOK anti-frottement « beurre de karité », Alvadiem® sport crème anti-frottement « miel d'acacia »).
- Les pansements hydrocolloïdes sont appliqués sur une peau sèche et propre en positionnant la partie centrale sur la zone douloureuse. Ils permettent de protéger contre les frottements (effet coussinet) et de

soulager la douleur. Ces pansements peuvent être retirés à la fin de l'activité ou après avoir enlevé les chaussures (ex : Urgo® prévention ampoule, Compeed® pansement ampoule).

### Stade II

La peau est nettoyée à l'eau et au savon et séchée délicatement sans frotter. Ensuite, un pansement hydrocolloïde est appliqué sur la peau en positionnant la partie centrale sur la vésicule. Il est laissé en place jusqu'à ce qu'il commence à se décoller tout seul au bout de 2-3 jours en général. Ils protègent contre l'éclatement de la vésicule et soulagent les sensations douloureuses (ex : Compeed® pansement ampoule, Urgo® ampoule, Elastoplast® SOS ampoule, etc.)

Il est important, à ce stade, de déconseiller le perçage de l'ampoule car cela permettrait de créer une porte d'entrée pour les agents infectieux.

### Stade III

En cas d'ampoule déjà percée, la première étape est de désinfecter la peau à l'aide d'un antiseptique incolore (à base de chlorhexidine par exemple). Ensuite, un pansement hydrocolloïde est appliqué sur la peau en positionnant la partie centrale sur l'ampoule. Il est laissé en place jusqu'à ce qu'il commence à se décoller tout seul au bout de 2-3 jours en général. Il aide à créer un environnement humide favorisant la cicatrisation tout en évitant les frictions<sup>(31,96)</sup>.

## **2.3. Mesures et conseils associés**

- **Conseiller :**
- 

### Consultation médicale si :

- L'ampoule présente des signes infectieux.
- L'ampoule (vésicule) n'est pas liée aux frottements.
- L'ampoule est très étendue.
- Personne diabétique, immunodéprimé ou atteinte d'artérite de jambes (risque infectieux important)<sup>(96)</sup>.

### En prévention

- Chaussures adaptées : les chaussures doivent être adaptées à la taille. En cas de port de chaussures neuves, il est important d'adapter ses pieds de manière progressive (en les portant sur de courtes périodes < à 2 heures).

- Lutter contre l'humidité : l'humidité favorise la formation des ampoules. Afin de la limiter, changer de chaussettes plusieurs fois/j et privilégier les fibres naturelles (ex : coton, lin, soie) qui limitent la transpiration.

- Protection anti-frottement : appliquer un produit protecteur (stick, crème, pansement hydrocolloïde) avant de pratiquer une activité physique. Sur les mains, l'utilisation du talc ou le port des gants permet de protéger contre les frottements lors des activités manuelles<sup>(31,94,97)</sup>.

- **Déconseiller :**

Facteurs favorisant l'apparition des ampoules : le port de chaussures neuves sur de longues périodes, le port de chaussures sans chaussettes (surtout les baskets), le port des chaussures trop serrées ou au contraire trop larges, le port des chaussettes humides ou en fibres synthétiques.

### 3. Callosités : cors et durillon

Ce sont des zones circonscrites d'hyperkératose apparaissant à la suite des pressions et/ou des frictions récurrentes exercées essentiellement sur les pieds.

#### 3.1. Manifestations cliniques

Le cor se présente sous forme d'un noyau arrondi dense qui s'enfonce en profondeur, comprimant ainsi les terminaisons nerveuses d'où la douleur associée. Les cors peuvent apparaître sur n'importe quelle partie du pied. Ils sont plus fréquents chez les femmes en raison du port de chaussures étroites ou de talons. Ils peuvent être associés à des déformations des pieds (hallux valgus, orteils en marteau ou en griffe).

Les cors sont de deux types :

- Cor dur : il se localise principalement sur la face dorsale des 3 derniers orteils au niveau des articulations interphalangiennes et sur la partie latérale du petit orteil. Ils sont très douloureux, rendant la marche compliquée.
- Cor mou ou œil-de-perdrix : il se développe lorsque 2 articulations sont comprimées l'une contre l'autre. Il se localise le plus souvent entre le 4ème et le 5ème orteil. Il est caractérisé par une couleur blanchâtre cernée du rouge et dotée parfois d'un petit point noir dans son centre. Il a une consistance spongieuse due à l'humidité provenant de la transpiration entre les orteils. Il peut être douloureux.

Le durillon est une zone d'hyperkératose peu étendue localisée sur la plante de pieds (plus rarement sur la paume). Il est moins profond par rapport aux cors et se caractérise par la présence des stries sur sa surface (à la différence des verrues). Il peut devenir douloureux avec le temps<sup>(98)</sup>.



Figure 60 : Callosités du pied. Cor (petit orteil) (A). Durillon (plante du pied) (B). Œil-de-perdrix(C)<sup>(98)</sup>

### **3.2. Prise en charge**

La prise en charge des cors ou des durillons fait intervenir des produits kératolytiques. En effet, ils permettent de dissoudre la kératine de la couche cornée épaisse. Il s'agit des produits à base d'acide salicylique ou d'urée. Ils sont appliqués en général 1-2 fois/j.

L'acide salicylique existe sous 2 formes :

- Produits à application locale : appliqué uniquement sur le cor ou le durillon, nécessitant ainsi de protéger la peau saine environnante (par du vernis, du feutre ou un pansement).
- Pansements dotés d'un disque qui intègre une pastille d'acide salicylique, permettant de protéger contre les frottements et d'éviter que l'acide soit en contact avec la peau saine.

Exemples : Pommade M.O. cochon® (acide salicylique), Kerafilme® (acide salicylique + acide lactique), Urgo coricide®, Scholl® pansement cors ou durillon, Elastoplast® pansement cors.

L'urée est également connue pour ses propriétés kératolytiques lorsqu'elle est fortement concentrée. Ces produits ne sont pas adaptés pour les enfants < 3 ans.

Exemples : Xerial 30 ou 50 extrême crème (SVR), Kératosane 30% (Uriage).

Des pansements hydrocolloïdes peuvent également être utilisés. En effet, ils agissent comme une seconde peau protégeant contre les frottements et permettant de soulager la douleur associée. Ils ramollissent les cors/durillons en hydratant la peau afin d'accélérer leur disparition. Ils peuvent être laissés en place jusqu'à ce qu'ils commencent à se décoller.

Exemples : Urgo® traitement cors et œil de perdrix ou durillon, Compeed® pansement cors ou durillon.

### **3.3. Mesures et conseils associés**

#### **- Conseiller :**

Consultation médicale : Elle est nécessaire en cas de malformations de pieds ou d'anomalie posturale. Dans ces cas-là, le port de semelles orthopédiques s'avère primordial. Pour être pris en charge, il faut une ordonnance initiale médicale. Cette ordonnance peut être renouvelée, voir adaptée, par un podologue sur une prescription médicale initiale datant de moins de 3 ans, si le médecin n'a pas exclu cette possibilité par une mention expresse sur l'ordonnance<sup>(31,99,100)</sup>.

#### En prévention

- Soins locaux : hydratation quotidienne de pieds, utilisation d'une râpe ou d'une ponce pierre (de préférence après un bain chaud) pour enlever l'hyperkératose en cours de formation, utilisation éventuelle d'une protection orthopédique sous forme de digitube ou de séparateur d'orteils afin de soulager des zones soumises aux frottements.
- Chaussures adaptées : privilégier les chaussures en matières souples.

#### **- Déconseiller :**

Facteurs favorisant les frictions aux pieds : le port de chaussures à bouts pointus ou de talons surtout sur de longues périodes, le port de chaussures dont la taille est inadaptée<sup>(31,101)</sup>.

## 4. Brûlures cutanées

La brûlure est une destruction tissulaire due à l'agression du revêtement cutané, voire des structures sous-jacentes, consécutive à l'exposition aux agents thermiques, chimiques, électriques ou radiologiques. La gravité d'une brûlure dépend de la surface touchée, de la profondeur, de l'âge de la victime et de la présence d'autres lésions traumatiques associées<sup>(102)</sup>.

Les brûlures sont classées en fonction de l'étiologie en 4 types :

### - Brûlures thermiques

Les brûlures thermiques représentent la forme la plus fréquente. Elles sont surtout domestiques et accidentelles, ayant comme cause principale les flammes et les liquides chauds. Leur gravité dépend de la nature de l'agent brûlant, du temps de contact avec ce dernier et de sa température.

### - Brûlures chimiques

Les brûlures chimiques s'observent dans le cadre d'accidents professionnels ou domestiques. Selon la nature de l'agent responsable, elles peuvent atteindre des structures plus ou moins profondes. Les bases entraînent une dénaturation puis une liquéfaction des protéines associée à une saponification des acides gras, favorisant ainsi l'atteinte en profondeur. Contrairement aux brûlures par acide qui entraînent plutôt des nécroses superficielles par coagulation des protéines sans l'approfondissement des lésions. Certains produits entraînent, en outre, une toxicité générale : rénale, métabolique, hépatique ou hématologique. La gravité de ces brûlures dépend de la nature de l'agent incriminé, de sa quantité et sa concertation, de l'étendue et la durée de contact et du risque de toxicité systémique associé.

### - Brûlures électriques

Les brûlures électriques sont rares en France. Elles surviennent surtout dans un contexte professionnel et touchent de manière préférentielle les membres inférieurs. Elles sont le plus souvent dues à une dépolarisatation liée au passage du courant. La chaleur dégagée dépend de la résistance tissulaire. Étant donné que cette dernière est plus importante pour les vaisseaux et les nerfs, ils sont les premiers à être lésés. Ceci explique les thromboses vasculaires extensives consécutives à ce type de brûlures.

### - Brûlures radiologiques

Les brûlures radiologiques sont dues à une exposition importante aux rayonnements ionisants. Elles surviennent dans un contexte d'accidents professionnels et/ou médicaux. Les irradiations ont un fort pouvoir de pénétration et peuvent toucher tout organe<sup>(102)</sup>.

### 4.1. Manifestations cliniques

Cette partie traitera uniquement les brûlures thermiques, compte tenu de leur fréquence élevée et étant donné qu'elles sont les seules pouvant bénéficier d'une prise en charge officinale.

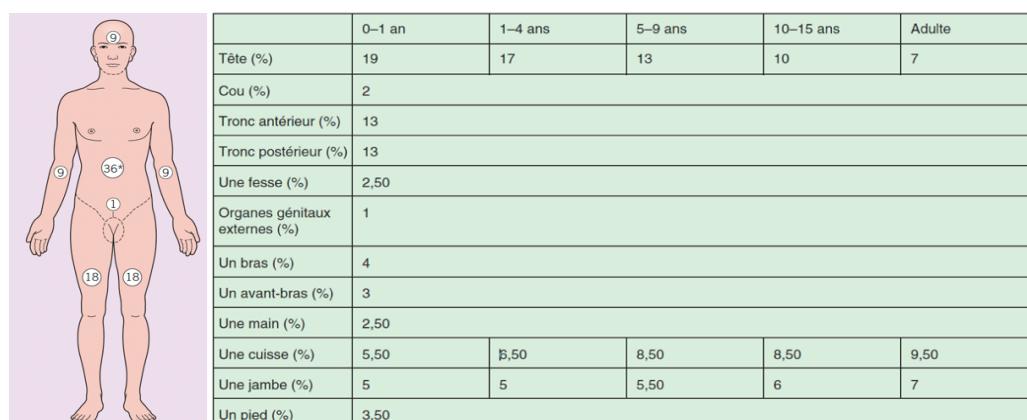
Les brûlures thermiques sont classées, selon leur profondeur, en 3 degrés :

- Brûlures du 1er degré : elles touchent uniquement l'épiderme et se caractérisent par un érythème douloureux. La guérison se fait sans laisser de cicatrice en 4-5 jours. Les coups de soleil représentent un exemple des brûlures du 1er degré.

- Brûlures du 2ème degré superficiel : elles s'arrêtent au derme superficiel. Elles se présentent avec une douleur et une sensibilité locale importantes. Des vésicules et éventuellement des érosions ou des exsudations s'observent au siège de la brûlure. Elles laissent des cicatrices légères (10-14 jours).
- Brûlures du 2ème degré profond : Elles touchent l'épiderme et la plupart du derme y compris les structures folliculaires. Elle est caractérisée par une douleur moins importante liée à la destruction des nerfs cutanés. Elle se traduit par des bulles et des érosions séro-sanguines. La cicatrisation met 21-35 jours en général et laisse des cicatrices hypertrophiques ou des contractures cutanées.
- Brûlures du 3ème degré : il s'agit d'une atteinte de toute l'épaisseur de la peau. Elle se présente avec des zones sèches, dures, carbonisées, non-blanchissantes et insensibles. Il n'y a aucune possibilité de cicatrisation spontanée. Une correction chirurgicale est indiquée<sup>(28)</sup>.

Le degré de la brûlure et le calcul de la surface cutanée touchée permettent d'évaluer sa gravité. Afin d'estimer la surface corporelle atteinte, on utilise la règle de neuf de Wallace. Elle attribue des multiples de 9% à différentes zones cutanées : 9% pour la tête et le cou, 9% pour chaque membre supérieur, 18% pour chaque face du tronc, 18% pour chaque membre inférieur et 1% pour la région périnéale. Cette formule n'est pas adaptée aux enfants, pour lesquels on utilise le tableau de Lund et Browder.

En règle générale, une atteinte de plus de 20 % de la surface corporelle chez l'adulte constitue une brûlure grave nécessitant une prise en charge dans un centre de traitement de brûlés. Ce seuil est de 5% pour les nourrissons et de 10% pour les enfants<sup>(28,102)</sup>.



## 4.2. Prise en charge

Devant une brûlure, comme toute autre pathologie, le pharmacien doit connaître les limites de la prise en charge officinale. Ceci permet d'orienter les patients vers un médecin ou vers une structure d'urgence si cela s'avère nécessaire. Les brûlures graves répondent aux critères suivants :

- Brûlures chimiques, électriques ou radiographiques.
- Brûlures du 2ème degré profond ou du 3ème degré.
- Surface corporelle brûlée supérieure à 10% chez l'adulte et à 5% pour les extrêmes d'âge.
- Localisations à risque : visage, cou, mains, voies aériennes, brûlures circulaires des membres, plis de flexion, seins, périnée et organes génitaux externes.
- Traumatisme important associé.

- Brûlures associées à l'inhalation du gaz ou des fumées.

Seules les brûlures thermiques du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> degré de faible étendue peuvent être prises en charge à l'officine. Le 1<sup>er</sup> geste à adopter est le refroidissement de la partie brûlée en faisant couler de l'eau fraîche (15-25 C) pendant une durée de 15 minutes et à 15 cm du robinet (la règle de trois 15). Cette mesure permettra d'éviter la propagation de la chaleur en profondeur, limitant ainsi l'aggravation des lésions.

La peau est ensuite nettoyée au sérum physiologique et séchée en tamponnant. La désinfection de la peau est recommandée lorsqu'il s'agit d'une brûlure du 2<sup>ème</sup> degré superficiel. Il est important, dans le cadre d'une brûlure du 2<sup>ème</sup> degré, de déconseiller le perçage des phlyctènes en raison d'un risque infectieux associé.

Le pharmacien conseille, en l'absence de contre-indications, un protecteur cutané à base d'oxyde de zinc (Agathol pommade, Brulex pommade), de trolamine (Biafine émulsion, Biafineact émulsion) ou de glycérol/vaseline/paraffine. Ils possèdent des propriétés calmantes et apaisantes et sont appliqués 2-3 fois/j, en massant légèrement pour améliorer la pénétration. Un pansement hydrocolloïde, ou moins fréquemment hydrogel, peut être utilisé surtout en cas de brûlure du 2<sup>ème</sup> degré superficiel, il permettra de créer un milieu humide propice à la cicatrisation et de protéger la brûlure contre les agressions extérieures. En cas de douleur associée, le paracétamol est conseillé en 1<sup>er</sup> lieu (après avoir vérifié l'absence des CI).

Enfin, Le pharmacien recommande une consultation médicale en cas d'apparition d'un œdème important, du pus, d'une douleur forte ou en l'absence d'amélioration au bout de 48 heures. Les enfants et les personnes âgées ou diabétiques doivent être orientés de manière systématique vers un médecin<sup>(104)</sup>.

### **4.3. Mesures et conseils associés**

#### **- Conseiller :**

Consultation médicale : il est nécessaire si le statut vaccinal antitétanique du patient n'est pas à jour. En sachant que le schéma vaccinal comporte 3 doses en primovaccination à 2,4 et 6 mois. Des rappels sont ensuite recommandés à l'âge de 6 ans, entre 11-13 ans, à 25 ans, à 45 ans, à 65 ans, puis tous les 10 ans.

#### En prévention

- Coups de soleil : rechercher les endroits ombragés, se protéger avec de vêtements couvrants et un chapeau à large bord, appliquer un écran solaire adapté au phototype et à l'exposition envisagée (cf. prévention des cancers cutanés).

- Au domicile : expliquer aux enfants les risques liés au feu et à la chaleur, tenir les allumettes ou les briquets hors de portée des enfants, empêcher l'accès à la cuisine lorsqu'un appareil électrique fonctionne, placer les casseroles sur les plaques de fond et orienter leurs poignées vers l'intérieur de la cuisinière, utiliser des cache-prises, porter des gants en cas de manipulation des produits chimiques.

- **Déconseiller :**

Situations favorisant les coups de soleil : l'exposition au soleil lorsqu'il est le plus fort (entre 12h et 16h), l'exposition de longue durée, l'application ou le renouvellement insuffisants des produits de protection solaire.

Situations à risque au domicile : des fils dénudés, un fer à repasser allumé sans surveillance, des boissons chaudes à portée des enfants...etc<sup>(104)</sup>.

**En homéopathie**

Pour toute brûlure au 1er degré, associer *Apis mellifica* (9CH ou 15CH) à *Belladonna* (9CH ou 15CH). *Apis mellifica* est administré à raison de 1 dose ou de 5 granules toutes les 10-15 minutes alors que *Belladonna* se prend à 1 dose ou à 5 granules toutes les heures. Les prises sont à espacer au fur et à mesure que la douleur diminue.

En cas de brûlures du 2ème degré, conseiller *Cantharis vesicatoria* 15CH (5 granules toutes les 2 heures) et espacer les prises en fonction de l'amélioration.

Que la brûlure soit du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> degré, l'application locale d'une préparation à base de *Calendula* permettra, par ses propriétés apaisantes, de soulager la douleur et d'accélérer la cicatrisation<sup>(34,39)</sup>. Cicaderma de chez Boiron et Calendoron de chez Weleda sont des exemples de préparations homéopathiques indiquées dans le cadre de brûlures peu étendues. Ils s'appliquent 2-3 fois/j sur une peau propre et sèche sans dépasser une durée de 1 semaine sans avis médical. Il convient de s'assurer que le patient ne soit pas allergique à leurs composants.

**En phyto-aromathérapie**

- Prise en charge des brûlures du 1<sup>er</sup> degré (usage traditionnel) :

*Calendula officinalis* (souci) : des pansements imprégnés d'infusion sont appliqués 2-4/j sur les zones atteintes pendant 1 semaine. La partie utilisée pour préparer l'infusion est la fleur.

*Avena sativa* (avoine) : plusieurs formes à application locale sont préparées à partir du fruit réduit en poudre. Elles sont appliquées pendant 1 semaine.

*Matricaria recutita* (matricaire) : plusieurs formes, préparées à partir de la fleur, sont appliquées localement plusieurs fois/j pendant 1 semaine.

Il convient au pharmacien de s'assurer de l'absence des contre-indications et que le produit conseillé soit conforme à la Pharmacopée européenne ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

## 5. Érythème fessier du nourrisson (la dermite en « W »)

La dermite d'irritation représente un problème fréquemment rencontré chez le nouveau-né voire le jeune enfant. Les autres causes de dermatites du siège sont brièvement abordées dans l'annexe (16), afin de les reconnaître dans le but d'orienter vers une consultation médicale.

## 5.1. Pathophysiologie

La dermite en « W » résulte de l'interaction de plusieurs facteurs associés. L'effet occlusif des couches entraîne une augmentation importante de l'humidité provoquant une macération du stratum corneum. Cette macération diminue l'effet barrière de la peau et la rend plus susceptible d'être endommagée par des frottements avec la couche. L'exposition aux urines aggrave l'humidité et entraîne une modification du pH cutané. Cette dernière est issue de la transformation de l'urée en ammoniacal par les uréases bactériennes fécales. Les selles contiennent également des enzymes d'origine pancréatique (la lipase et la protéase) qui agressent l'épiderme et des sels biliaires qui sont essentiellement irritants.

La diminution de la fonction barrière et la modification du pH cutané (indispensable au maintien d'une flore cutanée normale) rendent la peau plus susceptible d'être envahie par les bactéries et les levures pathogènes, d'où un risque infectieux important<sup>(29,30)</sup>.

## 5.2. Manifestations cliniques

La dermite d'irritation est caractérisée par une topographie en « W ». Elle se manifeste par des tâches érythémateuses finement desquamées, touchant les surfaces convexes en contact avec la couche et épargnant les plis cutanés.

La dermite d'irritation est le plus souvent bénigne. Elle survient pendant les 2 premières années de vie avec un pic d'incidence entre 6-12 mois<sup>(30)</sup>.

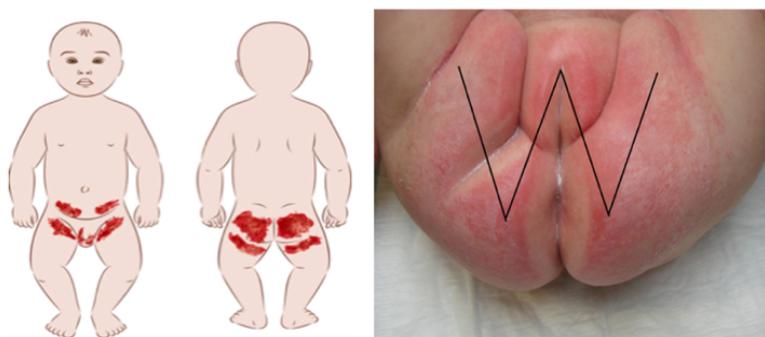


Figure 62 : Dermite d'irritation ou la dermite en « W » (modifié d'après<sup>(30,35)</sup>)

## 5.3. Prise en charge

### - Les protecteurs cutanés allopathiques

Quatre médicaments sont recommandés en cas de dermite sèche : Bepanthen®, Oxyplastine®, Aloplastine® et Déflamol®. Ils agissent en favorisant la restauration de la barrière cutanée et en formant une couche protectrice contre les agressions. Ils sont appliqués plusieurs fois/j sur une peau propre et sèche. Ils ne doivent pas être utilisés sur une peau suintante ou infectée.

### - Les soins réparateurs en parapharmacie

Le choix du réparateur cutané dépend de la nature de la dermite d'irritation en place. Pour une dermite sèche, conseiller une crème ou une pommade réparatrice.

Exemples: ABC Derm change intense (Bioderma), Cicalfate+ crème (Avène), Cicaplast baume B5 (La Roche Posay), Dermalibour + Cica-crème réparatrice (A-Derma), Bariederm cica-crème réparatrice (Uriage)<sup>(31)</sup>.

En cas de dermite suintante, des sprays asséchants réparateurs sont plus adaptés. Une fois l'érythème est asséché, prendre le relais avec une crème ou une pommade réparatrice.

Exemples : Cicabio lotion spray (Bioderma), Cicalfate + spray asséchant réparateur (Avène), Cytelium spray asséchant apaisant (A-Derma), Bébé premier spray asséchant (Uriage)<sup>(31)</sup>.

## 5.4. Mesures et conseils associés

### - Conseiller :

Choix des couches : choisir des couches absorbantes dont la taille est adaptée au poids et à la morphologie de l'enfant. La couche ne doit être ni trop serrée ni trop lâche.

Choix de vêtements : privilégier le coton pour limiter la transpiration et l'apparition ou l'aggravation de la macération cutanée.

Change : le change doit être régulier ( $\geq 6$  fois/j) afin d'éviter un contact prolongé avec les urines/matières fécales. La fréquence de changement de couche est à augmenter en cas d'épisodes diarrhéiques.

Hygiène du siège : réalisée avant chaque change. Le lavage des mains est indispensable avant les soins d'hygiène. Utiliser un produit « type syndet » dont le pH est adapté à la peau. Après rinçage, la peau séchée soigneusement en tamponnant avec une serviette douce propre. Enfin, le lavage des mains est également nécessaire après chaque change (d'autant plus s'il s'agit d'un épisode de gastro-entérite).

Liniment oléocalcaire : pourrait être proposé entre les changes surtout en préventif. Il s'agit d'un mélange de 50% de solution d'hydroxyde de calcium (eau de chaux) et de 50% d'huile végétale, ce qui fait qu'il présente deux phases : huileuse et aqueuse. Le pH basique de l'eau de chaux neutralise le pH acide irritant des urines. La phase huileuse, quant à elle, forme une couche protectrice au niveau de la surface cutanée. Étant donné qu'il s'agit d'une émulsion, il est nécessaire d'agiter avant chaque emploi. L'application se réalise à l'aide d'un carré de coton jetable sans rinçage nécessaire.

Il est important de vérifier la composition des produits proposés et de s'assurer qu'ils contiennent le moins d'ingrédients possible.

Inserts en coton (exemples : Cotocouche®, Cottonprotect®) : ils sont glissés dans la couche et changés après chaque miction/défécation. Leur intérêt principal est d'éviter un contact direct entre la peau et les urines ou les matières fécales irritantes. Ils peuvent donc être utilisés pour soulager l'irritation si l'érythème est déjà en place ou à visée préventive.

### - Déconseiller :

Facteurs favorisant l'apparition ou aggravant l'érythème fessier : les vêtements serrés, les vêtements en matières synthétiques, l'utilisation des produits de toilette irritants parfumés ou à base d'alcool<sup>(30-32)</sup>.

### En homéopathie

L'homéopathie peut s'ajouter aux mesures déjà évoquées.

Par voie orale : la prise de *Medorrhinum* 9CH (2 granules 3 fois/j) permet de rapidement soulager la macération cutanée. En cas de présence de diarrhées associées, *Chamomilla* 5CH (2 granules 3 fois/j) peut y être ajouté. *Belladonna* 5CH (2 granules 3 fois/j) s'utilise pour lutter contre l'inflammation de la peau

(peau rouge, chaude et douloureuse), dès que la réaction inflammatoire se met en place. Les granules doivent être dissous dans une petite quantité d'eau avant de les administrer aux nourrissons.

En application cutanée : les préparations homéopathiques cutanées à base de *Calendula officinalis* peuvent être proposées. Cette plante présente un intérêt thérapeutique, notamment sous forme de teinture mère, grâce à ses fleurs de couleur orange vif. Elle est désinfectante et apaisante, elle est également cicatrisante en stimulant la prolifération cellulaire<sup>(34)</sup>.

Parmi les produits à proposer, on retrouve des médicaments homéopathiques (crème au calendula et pommade au calendula LHF de chez Boiron) ainsi que des produits cosmétiques (gamme Dermoplasmine de chez Boiron, gamme bébé de chez Weleda, Lehning crème au calendula, Pranarôm huile de massage au Calendula). Une consultation médicale s'impose en l'absence d'amélioration au bout de 5 jours.

## 6. Ulcères

Un ulcère est une perte de substance cutanée touchant à la fois l'épiderme et le derme. Les ulcères sont souvent chroniques et d'étiologies variables. La plupart des ulcères surviennent sur les membres inférieurs et sont de nature vasculaire ou neuropathique périphérique<sup>(28)</sup>.

### 6.1. Pathophysiologie

#### Ulcère veineux pur

Les ulcères veineux résultent d'une hypertension veineuse ambulatoire secondaire à :

- Une incompétence valvulaire aboutissant à un reflux du sang dans les veines superficielles.
- Un reflux et/ou une obstruction dans les veines profondes.
- Une déficience de la pompe musculaire du mollet<sup>(36)</sup>.

#### Ulcère artériel

L'ulcère artériel est directement lié à un défaut de perfusion artérielle dans les membres, entraînant une ischémie locale. Ses facteurs de risque sont le tabagisme, l'obésité, l'hyperlipidémie, le diabète et l'âge.

#### Ulcère de pression (escarres)

Il s'agit d'une variété d'ulcères artériels caractérisée par des zones de nécrose tissulaire. Les escarres sont dus à des forces de pression, de frottement ou de cisaillement, agissant seules ou en combinaison, entraînant une compression des tissus mous entre une proéminence osseuse et une surface externe rigide<sup>(13,36)</sup>.

#### Ulcère neuropathique

Un ulcère neuropathique survient le plus souvent chez le sujet diabétique. La neuropathie périphérique interfère avec la capacité d'apercevoir la douleur, entraînant des traumatismes répétitifs aux points de pressions. De plus, elle peut provoquer une déformation du pied qui prédispose aux traumatismes au niveau des zones sensibles. Enfin, la dysfonction du système autonome conduit à une hypohidrose qui entraîne la formation de fissures et de callosités. Tous ces éléments contribuent à l'apparition des ulcères neuropathiques<sup>(70)</sup>.

## Autres ulcères

Les ulcères peuvent être de causes inflammatoires (pyoderma gangrenosum), infectieuses (mycobactériose, mycose profonde, parasitose, tuberculose), cancéreuses, hématologiques (syndrome myéloprolifératif), iatrogènes ou même psychiatriques<sup>(36)</sup>.

## **6.2. Manifestations cliniques**

Les ulcères veineux sont le plus souvent uniques, de grande taille, moyennement douloureux et localisés au niveau du tiers inférieur du mollet. La peau péri-ulcéruse se caractérise par des plaques érythémato-squameuses autour de la malléole interne, mais pouvant être plus étendues. La jambe est œdèmeuse et des varices peuvent être visibles sur la peau.

Les ulcères artériels sont uniques ou multiples, souvent très douloureux surtout à la marche et de topographie suspendue ou distale. La peau péri-ulcéruse est froide, dépilée et lisse.

Les ulcères neuropathiques sont des ulcères indolores localisés au niveau des points de pression sur la face plantaire des pieds. L'ulcère est souvent de petite taille mais pénètre profondément. Il peut y avoir des déformations associées (orteils en griffe, articulations de Charcot, pieds plats)<sup>(36,70)</sup>.



Figure 63 : Ulcères. Ulcère veineux (A). Ulcère artériel (B). Ulcère neuropathique<sup>(28,70)</sup>

Les escarres débutent avec un érythème cutané persistant. Si la compression persiste, une perte d'une partie ou de toute l'épaisseur de la peau peut survenir et se manifeste par une nécrose cutanée. L'escarre peut impliquer des structures sous-jacentes (muscles, os, tendons, articulations). Ils sont surtout localisés en régions sacrée et talonnière<sup>(28,36)</sup>.

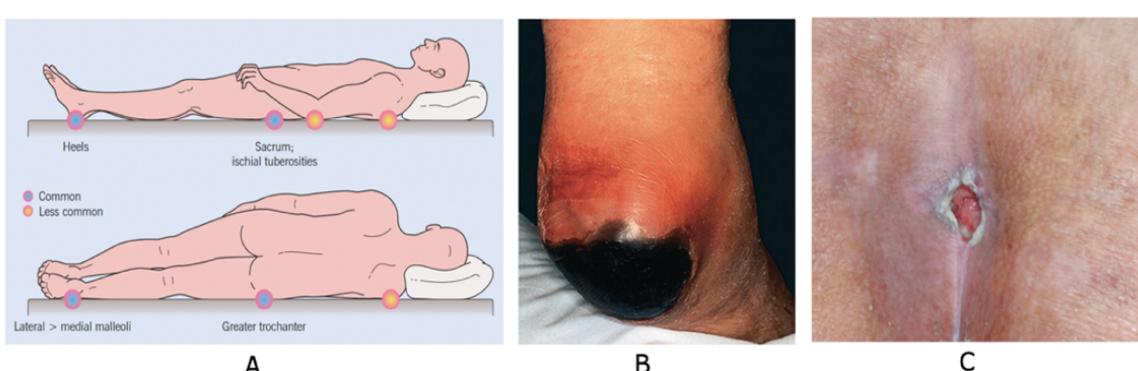


Figure 64 : Escarres. Les localisations les plus touchées (A). Escarre du talon (B). Escarre du sacrum (C)<sup>(28)</sup>

### 6.3. Prise en charge

Tout type d'ulcère exige une prise en charge étiologique associée à sa prise en charge locale. Dans le cadre de ce travail, la prise en charge étiologique ne sera pas abordée.

La prise en charge d'un ulcère cutané nécessite des soins locaux quel que soit son stade d'évolution. Le nettoyage se réalise avec du sérum physiologique, de préférence en unidoses pour diminuer le risque de contamination. L'usage des antiseptiques doit être limité, car ils favorisent la sélection de souches bactériennes résistantes<sup>(115)</sup>.

Un pansement adapté est ensuite appliqué. Les principales familles de pansement sont détaillées dans l'annexe (17). Le choix du pansement se fait en fonction de la phase de cicatrisation et du degré d'exsudation de la plaie :

Tableau IV : Choix du pansement en fonction de la plaie et de son stade de cicatrisation<sup>(116)</sup>

		Plaie peu exsudative	Plaie moyenement exsudative	Plaie très exsudative
●	Plaie nécrotique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrogel + Hydrocolloïde mince ou épais</li> <li>Irrigo-absorbant</li> </ul>		
●	Plaie fibrineuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrogel + Hydrocolloïde mince ou épais</li> <li>Hydrocolloïde épais</li> <li>Irrigo-absorbant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibre Haut Pouvoir Absorbant - CMC ou Polyacrylate*</li> <li>Alginate</li> <li>Irrigoabsorbant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibre Haut Pouvoir Absorbant - CMC ou Polyacrylate*</li> <li>Hydrocellulaire Superabsorbant</li> <li>Alginate</li> </ul>
●	Plaie bourgeonnante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrocellulaire mince ou épais</li> <li>Hydrocolloïde mince</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibre Haut Pouvoir Absorbant - CMC*</li> <li>Hydrocellulaire mince ou épais</li> <li>Alginate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibre Haut Pouvoir Absorbant-CMC*</li> <li>Hydrocellulaire Superabsorbant</li> <li>Alginate</li> </ul>
●	Plaie en phase d'épidermisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interface</li> <li>Hydrocellulaire mince ou épais</li> <li>Tulles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrocellulaire mince ou épais</li> </ul>	
●	Plaie malodorante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charbon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charbon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charbon</li> </ul>

\* Fibre à Haut Pouvoir absorbant : pansement à base de fibre de CMC (ancienne appellation : hydrofibres) ou de Polyacrylate. CMC = Carboxy-Methyl-Cellulose.

# X-LES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET CANCÉREUSES

Les lésions cancéreuses sont classées en 3 catégories en fonction du type cellulaire atteint. Les carcinomes (épidermoïde ou basocellulaire) qui impliquent les cellules épithéliales, les mélanomes qui touchent les mélanocytes et les lymphomes malins qui concernent les lymphocytes cutanés. Le rôle du pharmacien repose sur l'orientation vers une consultation médicale pour une prise en charge dans les meilleurs délais. Pour ce faire, il est primordial de pouvoir les reconnaître. Le pharmacien joue également un rôle important dans la prévention en sensibilisant les patients et en les aidant à lutter contre les facteurs de risque. Les lymphomes cutanés, étant rares, ne seront pas abordés dans cette partie.

## 1. Carcinomes

Les carcinomes sont les cancers cutanés les plus fréquents. Ils comprennent les cancers épidermoïde et basocellulaire, ayant comme facteurs de risque communs, l'exposition solaire et le phototype de peau. En fait, ces cancers sont plus fréquents chez les sujets à peau claire.

### 1.1. Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde est une tumeur maligne de kératinocytes. Il est le plus souvent dû à l'exposition solaire cumulative, c'est-à-dire la dose totale reçue au cours de la vie. Il peut se localiser sur la peau ou sur les muqueuses. Il évolue par extension locale et/ou par métastase.

Le cancer épidermoïde est précédé par l'apparition de lésions précancéreuses :

Au niveau cutané (kératoses actiniques) : elles siègent dans les zones photo-exposées, surtout le visage et la face dorsale des mains. Il s'agit des lésions érythémateuses squameuses ou croûteuses à surface rugueuse qui saignent facilement lors du grattage.

Au niveau muqueux (leucoplasies) : il s'agit des lésions blanchâtres asymptomatiques localisées sur la muqueuse surtout labiale, le plus souvent liées au tabagisme ou à l'exposition au soleil. Elles ne saignent pas au grattage.

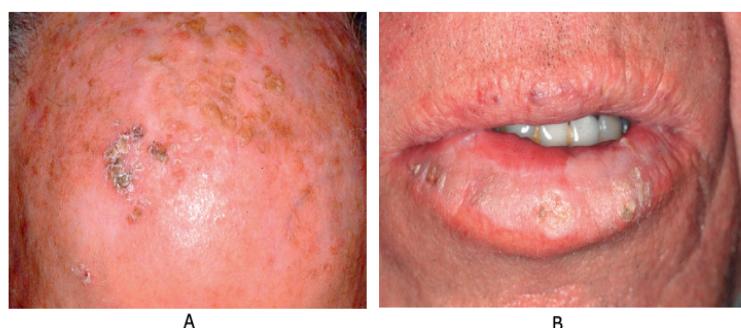


Figure 65 : Lésions précancéreuses. Kératose actinique (A) et leucoplasie (B)<sup>(28)</sup>

La maladie de Bowen est la 1<sup>ère</sup> étape du cancer épidermoïde. Il s'agit d'une lésion cancéreuse non-invasive confinée à l'épiderme sans franchissement de la membrane basale. Elle se présente sous forme d'une plaque érythémateuse bien délimitée, squameuse ou croûteuse.

Ensuite, survient la phase invasive. Cette dernière se traduit par des lésions croûteuses avec induration centrale, des lésions bourgeonnantes, ou l'association de deux<sup>(36)</sup>.

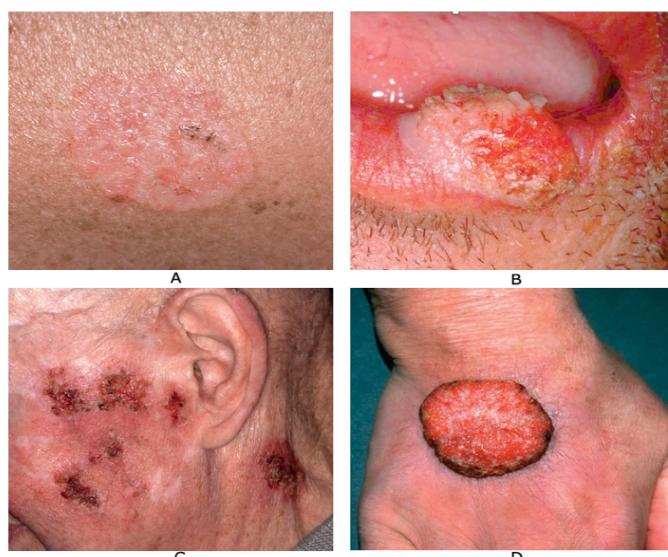


Figure 66 : Cancer épidermoïde. Maladie de Bowen (A). Cancer invasif sur la lèvre (B). Cancer invasif ulcére (C). Cancer invasif bourgeonnant (D)<sup>(28)</sup>

## 1.2. Carcinome basocellulaire

Le carcinome basocellulaire est une tumeur maligne touchant les cellules basales de l'épiderme. Les rayonnements UV constituent la cause principale de ces carcinomes. Il apparaît principalement après l'âge de 50 ans. À la différence des carcinomes épidermoïdes, il n'a pas de précurseurs et il métastase rarement, son extension est régionale dans la majorité des cas<sup>(36)</sup>. Le cancer basocellulaire se développe dans les zones photo-exposées. Il touche uniquement la peau (jamais sur les muqueuses).

Il existe trois variétés cliniques du cancer basocellulaire. La forme la plus fréquente est le cancer basocellulaire nodulaire. Il s'agit d'une papule télangiectasique arrondie, perlée, semi-translucide à extension progressive. Cette dernière apparaît souvent sur le visage (surtout au niveau du nez). La deuxième forme est le cancer basocellulaire superficiel, caractérisé par une plaque érythémato-squameuse, ovale ou ronde, bien délimitée et survenant le plus fréquemment sur le thorax. Enfin, la forme sclérodermique, qui se présente sous l'aspect d'une cicatrice blanchâtre mal limitée. Il s'agit de la forme la plus agressive<sup>(13,36)</sup>.

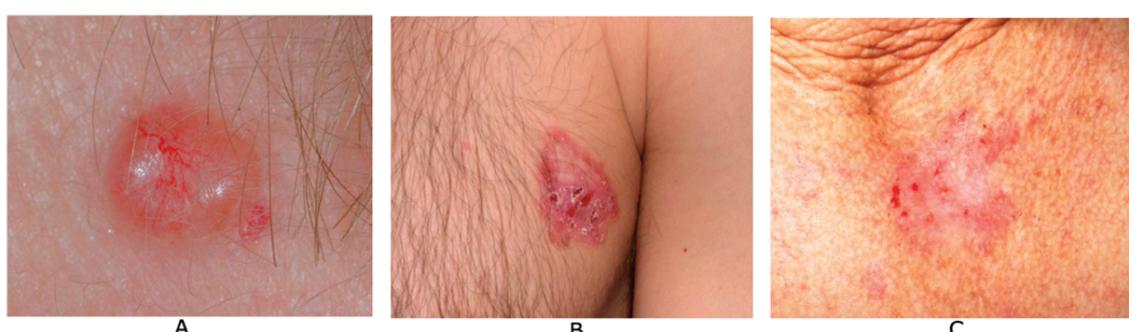


Figure 67 : Cancer basocellulaire. Forme nodulaire(A). Forme superficielle(B). Forme sclérodermique(C)<sup>(13)</sup>

## 2. Nævus mélanocytaire

Le nævus mélanocytaire est une tumeur bénigne des mélanocytes dont la multiplication est en fonction de l'exposition solaire dès la petite enfance. Il est de caractéristiques individuelles qui sont génétiquement déterminées. Les nævus sont principalement d'importance esthétique. Cependant, certains sont atypiques et peuvent représenter un marqueur de risque accru de transformation maligne<sup>(36,70)</sup>.

Les nævus sont des macules, papules ou nodules circonscrites ayant une coloration variable (bleu, brun, noir ou même la couleur de la peau). Ils sont soit congénitaux apparaissant à la naissance ou quelques mois après ou acquis se développant le plus souvent pendant l'adolescence et à l'âge adulte.

Les nævus congénitaux sont classés en fonction de leur diamètre : <1.5 cm (petit), ≥ 1.5cm - 10 cm (moyen) et >20 cm (grand). Bien que tous les nævus congénitaux puissent se transformer en mélanome, ceux de grande taille sont les plus à risque. Ce risque est estimé à 5% avec la moitié des cas survenant avant l'âge de 5 ans.

Les nævus acquis peuvent siéger n'importe où, mais ils se trouvent surtout au niveau des zones photo-exposées. Ils sont de type jonctionnel pendant l'enfance, c'est-à-dire qu'ils sont confinés à l'épiderme. Les nævus jonctionnels apparaissent sous forme de macules rondes ou ovales de couleur brunâtre. Des modifications peuvent survenir à l'adolescence ou à l'âge adulte lorsque certaines cellules migrent vers la partie inférieure du derme, résultant en un nævus composé. Celui-ci est légèrement surélevé et peut-être plus foncé. Chez le sujet adulte, la migration cellulaire vers le derme peut continuer. Lorsque toutes les cellules sont localisées au niveau du derme, le nævus devient intradermique. Ce dernier est plus surélevé et ressemble à un nodule. Avec l'âge, les nævus ont tendance à s'estomper ou disparaître. En conséquence, toute croissance ou modification d'un nævus chez un sujet âgé devrait faire suspecter une transformation maligne<sup>(8,58)</sup>.

Les facteurs de risque de transformation sont l'exposition solaire intense (coups de soleil), le phototype clair, les antécédents familiaux ou personnels de mélanome et la présence d'un nombre élevé de nævus ou de nævus atypiques<sup>(36)</sup>.



Figure 68 : Stades d'évolution d'un nævus. Nævus jonctionnel (A). Nævus composé (B). Nævus intradermique (C)<sup>(58)</sup>

## 3. Mélanome

Le mélanome est une tumeur maligne des mélanocytes. Bien qu'il puisse se développer à partir d'un nævus préexistant, il est estimé que plus de 50% des cas surviennent sans lésions préexistantes<sup>(36,70)</sup>.

Le mélanome se présente, le plus souvent, comme une lésion pigmentée ayant au moins 3 des caractéristiques suivantes (Règle ABCDE) :

- A : asymétrie
- B : bords irréguliers
- C : couleur hétérogène
- D : diamètre >6 mm
- E : évolution (modification de taille, de forme, de couleur ou d'aspect)<sup>(36)</sup>

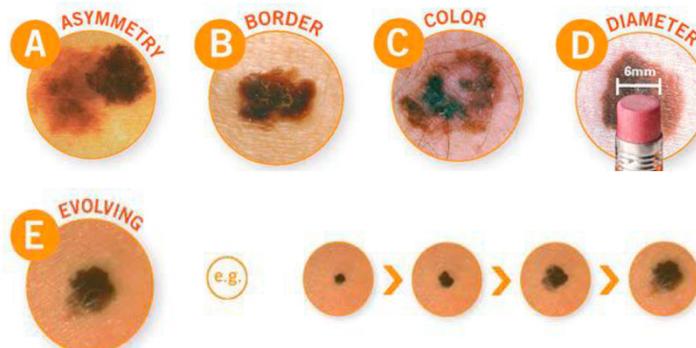


Figure 69 : Règle ABCDE permettant de suspecter un mélanome malin<sup>(58)</sup>

Le mélanome cutané est classé en plusieurs sous-types. Voici les principaux :

- Mélanome superficiel extensif : se localise dans des zones photo-exposées ou non. Il évolue par croissance horizontale dans l'épiderme, suivie d'une croissance verticale pour atteindre le derme. C'est le sous-type le plus fréquent (70%). Le pronostic est excellent s'il est détecté précocement.
- Mélanome de Dubreuilh : localisé surtout sur le visage et le cou, il évolue horizontalement dans l'épiderme pendant plusieurs mois à plusieurs années. Il représente 10-30% des mélanomes.
- Mélanome acral lentigineux : siège surtout sur les paumes, les plantes, les zones latérales des doigts et sous les ongles.
- Mélanome nodulaire : il s'agit d'une forme invasive à évolution rapide. Il représente 10-15% des mélanomes. Il est souvent avancé au moment du diagnostic.

Les mélanomes peuvent également se trouver au niveau des muqueuses buccales, génitales ou anorectales<sup>(36)</sup>.

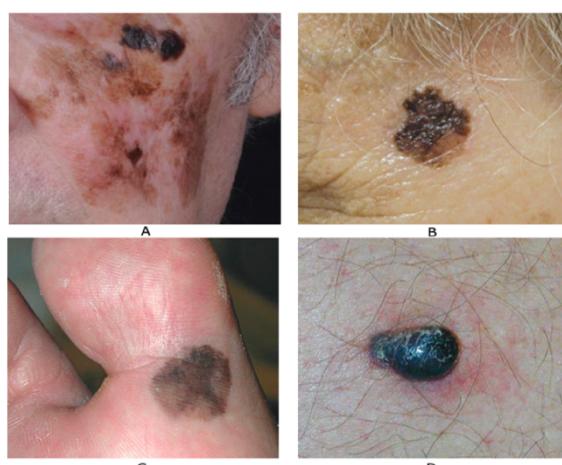


Figure 70 : Principaux sous-types de mélanome. Mélanome superficiel extensif (A). Mélanome de Dubreuilh (B). Mélanome acral lentigineux (C). Mélanome nodulaire (D)<sup>(58,70)</sup>

## **4. Prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses**

### **4.1. Les lésions précancéreuses**

#### **4.1.1. Kératose actinique**

La prise en charge consiste à détruire la lésion :

##### **1- Par la cryothérapie**

L'azote froid est projeté sur la lésion, provoquant sa congélation. Cette dernière devient érythémateuse au départ et finit par se nécroser sous forme d'une croûte qui tombe quelques jours après la séance. La cryothérapie se réalise sans anesthésie au cabinet médical<sup>(113)</sup>.

##### **2- Par un traitement local**

Indiqué dans le traitement des kératoses actiniques cliniquement typiques chez le sujet adulte immunocompétent dans les cas où la taille ou/et le nombre des lésions limitent l'efficacité ou lorsque les autres options thérapeutiques sont non adaptées ou contre-indiquées. Les médicaments indiqués sont détaillés dans l'annexe (18).

##### **3- Par la photothérapie dynamique**

Une technique utile en cas de kératoses multiples. Elle consiste à appliquer un produit sur les lésions. Le produit subit une transformation dans la peau qui entraîne une photosensibilisation. La lésion est ensuite irradiée afin de déclencher une réaction photo-toxique qui la détruit. Cette technique est douloureuse<sup>(113)</sup>.

#### **4.1.2. Leucoplasie**

Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale. L'ablation au laser et la photothérapie dynamique sont des alternatives thérapeutiques ayant des résultats prometteurs<sup>(58)</sup>.

#### **4.1.3. Naevus mélanocytaire**

Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale. Celle-ci est indiquée pour les naevus atypiques ou suspects afin de réaliser un examen histopathologique. L'exérèse peut être également pratiquée pour des raisons esthétiques ou demandée à titre de confort en cas de localisations sujettes aux traumatismes fréquents<sup>(36)</sup>.

### **4.2. Les carcinomes cutanés**

Le traitement de choix des cancers épidermoïde et basocellulaire est l'exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité standardisées et une profondeur allant jusqu'à l'hypoderme.

D'autres mesures sont réservées aux cas inopérables ou pour certaines localisations, elles incluent :

- La radiothérapie.
- La photothérapie dynamique ou l'imiquimod (pour la forme superficielle de cancer basocellulaire uniquement). L'imiquimod est appliqué 5 fois/semaine pendant 6 semaines en respectant une durée d'application de 8 heures.
- La chimiothérapie pour le cancer épidermoïde afin de réduire la taille tumorale.
- l'Eriedge® (vismodégib 150 mg) à 1 cp/j est utilisé dans le cadre de cancers basocellulaires inopérables sous surveillance médicale<sup>(36)</sup>.

### 4.3. Les mélanomes

La prise en charge dépend du stade tumoral. Au stade primitif, l'exérèse chirurgicale avec une marge de sécurité variable en fonction de l'épaisseur tumorale (l'indice de Breslow) suffit. Lorsque le stade est plus évolué (atteinte ganglionnaire régionale ou métastase), d'autres mesures peuvent être indiquées :

- Les anticorps monoclonaux anti CLTA-4 (ipilimumab) et anti PD-1 (nivolumab, pembrolizumab) par perfusion IV.
- Les antinéoplasiques (dacarbazine, carmustine, fotémustine et lomustine). Ils sont administrés par perfusion sauf le lomustine qui se prend par voie orale.
- Les inhibiteurs de la protéine kinase anti-MEK (tramétinib et cobimétinib) et anti-BRAF (dabrafénib et vemurafénib)<sup>(36,33)</sup>.

## 5. Prévention des cancers cutanés

La prévention repose sur l'orientation vers un médecin lorsque des lésions suspectes sont observées ou si le patient décrit une lésion cutanée chronique qui ne disparaît pas, surtout si celle-ci est localisée sur une zone photo-exposée. Ces lésions, étant asymptomatiques, n'alertent pas les patients. En effet, il s'agit le plus souvent des personnes âgées qui consultent rarement pour des raisons esthétiques.

L'importance des mesures de protection solaire doit être évoquée avec tous les patients, mais surtout avec ceux de phototype clair qui sont plus sujets aux cancers cutanés. Ces mesures incluent :

- Évitement solaire : éviter de s'exposer au soleil lorsque le soleil est le plus fort (entre 12h et 16h), rechercher des endroits ombragés, se protéger avec des vêtements couvrants, avec un chapeau à large bord et avec des lunettes de soleil absorbantes de rayons UV. Il est aussi important de déconseiller les lits de bronzage qui augmentent le risque de cancer cutané et provoquent un vieillissement prématué de la peau.
- Protection solaire en utilisant un écran solaire permettant d'absorber et/ou de réfléchir les rayonnements UV. L'écran solaire ne remplace pas les mesures évoquées ci-dessus mais s'utilise avec. Il est à appliquer généreusement sur la peau découverte 30 minutes avant l'exposition et à renouveler toutes les 2-3 heures. Il faut un produit qui protège contre les UVA et les UVB, étant donné que les deux sont impliqués dans le processus de cancérogenèse.

Cette mesure est d'autant plus importante pour les enfants et les adolescents, étant donné que leur peau et yeux sont plus fragiles et sensibles aux rayonnements UV. Les bébés, quant à eux, ne doivent jamais s'exposer au soleil.

Afin de choisir un produit adapté, il faut prendre en considération deux facteurs : la sensibilité au soleil et les conditions d'exposition. La sensibilité au soleil varie en fonction du phototype. En effet, plus la peau est claire, plus elle est sensible au soleil et plus il est nécessaire de la protéger. Concernant les conditions d'exposition, plus l'exposition est intense ou/et prolongée, plus il faut se protéger.

Les tableaux suivants indiquent le niveau d'exposition en fonction de l'activité, la sensibilité au soleil en fonction du phototype et comment choisir le SPF en fonction du phototype et des conditions d'exposition.

Tableau V : Niveau d'exposition au soleil en fonction de l'activité<sup>(114)</sup>

<b>Exposition modérée</b>		Vie au grand air
<b>Exposition importante</b>		Plages, activités extérieures longues, ...
<b>Exposition extrême</b>		Glaciers, tropiques, ...

Tableau VI : Sensibilité au soleil en fonction du phototype de peau<sup>(114)</sup>

<b>Sujet extrêmement sensible au soleil</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet à peau « blanc-laitue » avec de nombreuses tâches de rousseur, des cheveux roux.</li> <li>- Sujet prenant toujours des coups de soleil lors de l'exposition solaire et ne bronzant que très difficilement.</li> <li>- Sujet ayant des antécédents de cancers cutanés ou de pathologies s'accompagnant d'une photosensibilité.</li> </ul>
<b>Sujet sensible au soleil</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet à peau claire, avec souvent quelques tâches de rousseur et/ou cheveux blond vénitien ou auburn.</li> <li>- Sujet prenant souvent des coups de soleil lors de l'exposition solaire, mais pouvant obtenir un hâle.</li> </ul>
<b>Sujet à peau intermédiaire</b>		Peau claire bronzant assez facilement, ne prenant des coups de soleil que lors des expositions intenses.
<b>Sujet à peau assez résistante</b>		Peau mate bronzant facilement sans prendre de coups de soleil.

Tableau VII : SPF recommandé en fonction du phototype et des conditions d'exposition<sup>(114)</sup>

<b>Sujet extrêmement sensible au soleil</b>	<b>Haute Protection</b> (SPF 30-50) 	<b>Très Haute Protection</b> (SPF 50+) 	<b>Très Haute Protection</b> (SPF 50+) 
<b>Sujet sensible au soleil</b>	<b>Moyenne Protection</b> (SPF 15-20-25) 	<b>Haute Protection</b> (SPF 30-50) 	<b>Très Haute Protection</b> (SPF 50+) 
<b>Sujet à peau intermédiaire</b>	<b>Faible Protection</b> (SPF 6-10) 	<b>Moyenne Protection</b> (SPF 15-20-25) 	<b>Haute Protection</b> (SPF 30-50) 
<b>Sujet à peau assez résistante</b>	<b>Faible Protection</b> (SPF 6-10) 	<b>Faible Protection</b> (SPF 6-10) 	<b>Moyenne Protection</b> (SPF 15-20-25) 

Concernant la forme à choisir, les sticks sont conçus pour les lèvres, le nez et le contour des yeux, les crèmes sont plutôt adaptées au visage alors que les sprays, les gels et les laits s'utilisent sur le corps. Il convient de préciser que l'utilisation d'une protection solaire ne permet pas d'augmenter le temps d'exposition au soleil et que l'indice de protection le plus élevé ne permet pas de diminuer la fréquence de renouvellement de l'application<sup>(114)</sup>.

Il est primordial de conseiller aux patients de se faire examiner régulièrement par un dermatologue afin de déceler de manière précoce d'éventuels cancers cutanés. Cette mesure est d'autant plus importante chez les personnes à risque élevé (phototype clair, immunodéprimé, entourage de premier degré d'un patient, antécédents personnels de cancer...). Ces dernières peuvent apprendre à s'auto-examiner 2-3 fois/an<sup>(36)</sup>.

## XI- LES FICHES DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

Cette dernière partie présente des fiches qui synthétisent la prise en charge des affections abordées précédemment dans les différentes thématiques. Les fiches consistent de 3 parties :

- Un arbre décisionnel permettant de proposer une prise en charge lors d'une demande spontanée. Celui-ci comporte de différentes couleurs :
  - Bleu : pour la présentation clinique ou pour les questions à se poser/poser au patient.
  - Vert : pour les situations pouvant être prises en charge à l'officine ou pour la prise en charge officinale.
  - Gris : pour les situations nécessitant une consultation médicale ou pour la prise en charge médicale.
- Une partie conseils comportant les conseils liés au traitement, les conseils d'hygiène de vie et les conseils de prévention.
- Un tableau incluant d'autres options dans la prise en charge officinale (homéopathie et/ou phyto-aromathérapie) si celles-ci sont recommandées. Sinon, une description détaillée des lésions cutanées/autres présentations cliniques est présentée.

Les sources bibliographiques sont les mêmes indiquées dans les parties (prise en charge) et (mesures et conseils associés) de l'affection ou des affections correspondante(s).

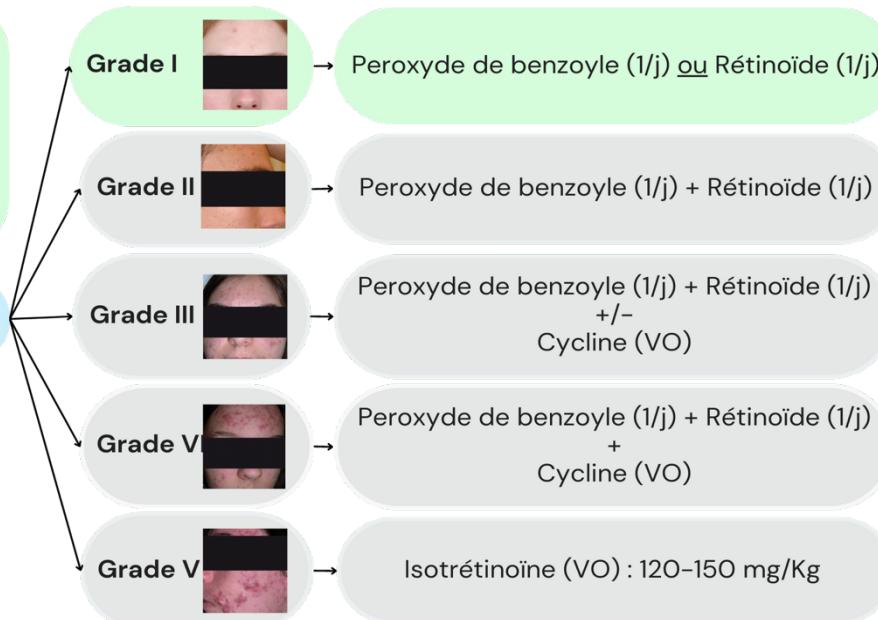
Les fiches sont organisées dans le même ordre que les thématiques, en commençant par les dermatoses faciales (plus précisément l'acné) et en terminant avec les lésions précancéreuses et cancéreuses.



# L'acné vulgaire

**Mesures d'hygiène**  
Toilette locale avec un produit doux à pH adapté (gel nettoyant ou eau micellaire) + Crème hydratante : améliore la tolérance aux TTT locaux (2/j)

Grade de l'acné?



## Autres options dans la PEC officinale

<b>Homéopathie</b>	<p><u>Selenium metallicum 9CH</u> (5 granules/j) : contre les points noirs. +/- <u>Eugenia jambosa 5CH</u> (5 granules/j) : contre les microkystes infectés. +/- <u>Sulfur iodatum 15CH</u> (5 granules/j) : contre l'inflammation cutanée.</p> <p><u>Application locale</u> : teinture mère de bardane 5% (jusqu'à 3/j).</p>
<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<p><u>Melaleuca alternifolia (tea tree)</u> Partie utilisée : feuilles fraîches et branches terminales (pour obtenir l'HE par distillation à la vapeur). Formes : liquide huileux (2-3/j), semi-solide (2-3/j), pansement imprégné d'HE diluée (2-3/j). Voie : cutanée. Durée : 1 mois maximum.</p>
<b>Indication</b> : PEC de l'acné légère.	<p>Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>

## Conseils liés au traitement

### • Produits locaux

-Rétinoïdes locaux (isotrétinoïne, trétinoïne, adapalène)

-Peroxyde de benzoyle

Appliquer en couche fine uniquement sur les zones atteintes après la toilette locale.

### • Produits PO

-Antibiotiques

Cyclines (doxycycline ou lymécycline) en 1ère intention

Doxycycline : 100 mg au cours d'un repas avec un grand verre d'eau. Ne pas se coucher dans l'heure qui suit la prise.

Lymécycline : 300 mg à distance des repas avec un grand verre d'eau.

Si CI aux cyclines : érythromycine 500 mg/j.

### - Isotrétinoïne

0.5 mg/kg/j au cours des repas en 1 ou 2 prises/j.

## Autres options thérapeutiques

Acide azélaïque (local) : Finacea®, Skinoren®

AB locaux : érythromycine, clindamycine

Hormonothérapie (VO) : Diane®, Oedien®, Misofla® et Triaferm®

Gluconate de zinc (VO) : Effizinc®, Rubozinc® et Granions de zinc®

### Conseiller

-Soin correcteur : proposé en cas d'acné légère-modérée (1-2/j)

-Masque sébo-régulateur ou gommage doux anti-brillance (1-2/semaine).

-Maquillage léger en choisissant des produits dits «non comédogènes».

-Protection solaire SPF 30 ou plus.

### Déconseiller

-Le savon et les antiseptiques (très irritants).

-Le rasage fréquent (irritant).

-La manipulation des boutons (risque de cicatrices).

-Le stress (entraîne des poussées).



# La rosacée

## Clinique évocatrice de la rosacée?

Atteinte centro-faciale

+

Zones péri-orificielles épargnées

### Orienter (CM)

Érythémato-télangiectasique



Papulo-pustuleuse



Rhinophyma



Laser

Efficace sur la couperose  
+/- l'érythème

ou

Brimonidine 0.3% gel  
Efficace sur l'érythème  
uniquement (1/j)

TTT local

- Métronidazole (2/j)
- Acide azélaïque(2/j)
- Ivermectine (1/j)

+/-

TTT oral

Doxycycline (100 mg/j)

PEC chirurgicale

Au bistouri ou par  
électrocoagulation

ou

Ablation au laser CO2

## Conseils liés au traitement

Mirvaso®(brimonidine)

Rozex®(métronidazole) → appliquer en couche fine de manière uniforme sur le visage.

Finacea®(acide azélaïque)

Soolantra®(ivermectine)

Doxycycline : prendre au cours d'un repas avec un verre d'eau, au moins 1 h avant le coucher.

### Conseiller

- Toilette locale : avec un produit doux à propriétés apaisantes, de préférence sous forme d'eau micellaire (2/j).
- Soin anti-rougeur : appliquer sur l'ensemble du visage (1-2/j).
- Concentré intensif : appliquer avant le soin (1-2/j) sur les zones les plus foncées.
- Masque anti-rougeur : appliquer en couche épaisse pendant 5-10 minutes et retirer à l'aide d'un coton sans frotter (1-2/semaine).
- Maquillage non comédogène.

### Déconseiller

Les gommages, les produits exfoliants, les produits parfumés, gras ou à base d'alcool.

## Prévention des poussées

Identifier les facteurs déclenchant afin de les éviter :

- Boissons chaudes ou alcoolisées
- Aliments chauds ou épicés
- Variations importantes de la température
- Activité physique intense
- Bains chauds
- Stress

## Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<i>Sanguinaria canadensis</i> 9CH (5 granules/j) + <i>Carbo animalis</i> 5CH (5 granules/j)
Phyto-aromathérapie	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# La dermite séborrhéique

## Clinique évocatrice de la dermite séborrhéique?

- Plaques érythémato-squameuses jaunes graisseuses
- Localisation : zones riches en glandes sébacées
  - Adulte : cuir chevelu, visage, oreille externe et thorax
  - Nourrisson : cuir chevelu et siège



## Orienter (CM)

### Traitements médicamenteux

#### Dermocorticoïde

Activité adaptée à la sévérité de la réaction inflammatoire.

Forme adaptée à la nature et à la localisation des lésions.

+/-

#### Acide salicylique

Si plaques très épaisses

+/-

#### Antifongique local

Si atteinte profuse/très inflammatoire

### Soins d'hygiène

#### - Pour la peau

Gel moussant apaisant et assainissant : appliquer (2/j) sur peau mouillée, faire mousser le produit et rincer.

#### - Pour le cuir chevelu

Shampooing assainissant à base de ciclopirox olamine, de piroctone olamine ou de zinc pyrithione : 2-3 fois/semaine en TTT d'attaque et 1-2/semaine en TTT d'entretien. Laisser agir au moins 3-5 minutes avant de rincer.

## Conseils liés au traitement

S'assurer de la bonne compréhension du TTT.

Conseils liés aux dermocorticoïdes :

- Respecter le nombre d'applications et la durée du TTT sur la prescription médicale.

- Préciser la quantité à appliquer :

- Règle de l'unité phalangette (crèmes, pommades) =
- Une noix ou une C à C (lotions ou autres formes pour le cuir chevelu)

- Lutter contre la corticophobie (les EI sont rares sauf si l'usage est prolongé ou inadapté)

### Conseiller

Crème de soin : facilite l'élimination de squames et limite la prolifération des levures (2/j).

Eau thermale : soulage les irritations cutanées (plusieurs fois/j).

### Déconseiller

- Les produits à base d'alcool.
- Les colorations à base d'ammoniaque.
- Les cosmétiques parfumés.
- L'utilisation du sèche-cheveux.

## Autres options dans la PEC officinale

<b>Homéopathie</b>	<u>Viola tricolor</u> 5CH (5 granules/j) +/- <u>Nerium oleander</u> 5CH (5 granules/j) : si inflammation du visage et du cuir chevelu
<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<u>Urtica dioica</u> (grande ortie) et/ou <u>Urtica urens L</u> (petite ortie) Partie utilisée : parties aériennes Forme : poudre Voie : orale Durée : 2-4 semaines
<b>Indication :</b> PEC des troubles séborrhéiques cutanés.	<u>Articum lappa</u> (bardane) Partie utilisée : racine Formes : substance broyée, poudre, extrait liquide, extrait mou et teintures Voie : orale Durée : 4 semaines maximum  Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a>



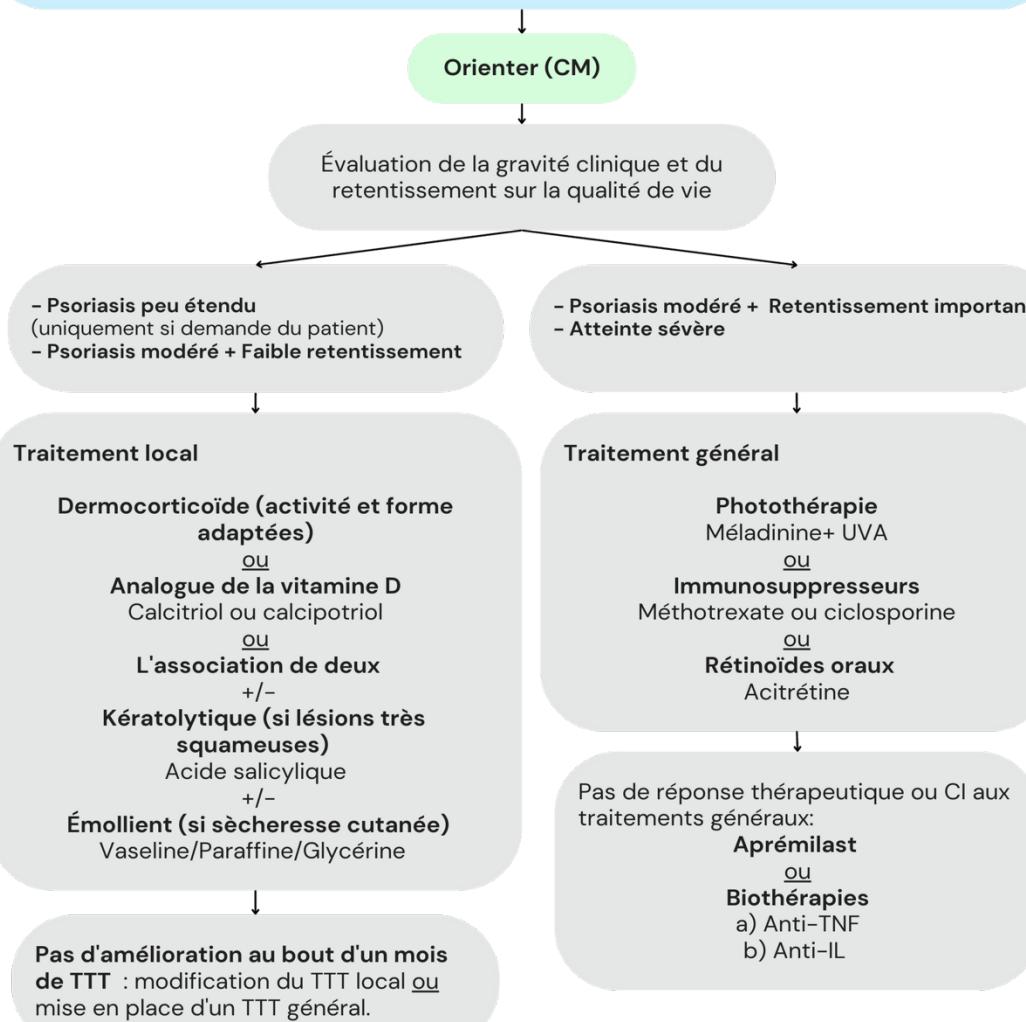
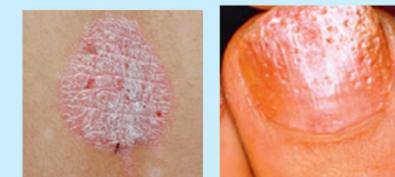
# Le psoriasis

## Clinique évocatrice du psoriasis ?

Plaques érythémato-squameuses bien délimitées

+  
Localisations au niveau des zones exposées aux traumatismes ou aux frottements : coudes, genoux, jambes, région lombosacrée, paumes, plantes et cuir chevelu.

+/-  
Atteinte des ongles (ongles en « dé à coudre » ++)



## Conseils liés au traitement

S'assurer de la bonne compréhension du traitement.

### 1) Dermocorticoïdes

- Respecter le nombre d'applications et la durée du TTT sur la prescription médicale.

- Préciser la quantité à appliquer :

- Règle de l'unité phalangette (crèmes, pommades).
- Une noix ou une C à C (lotions ou autres formes pour le cuir chevelu).

- Lutter contre la corticophobie (les EI sont rares sauf si l'usage est prolongé ou inadapté).

### 2) Analogues de la vitamine D

Appliquer uniquement sur les lésions. Calcitriol (2/j) ou calcipotriol (1/j).

### 3) Immunosuppresseurs

- Méthotrexate : 1 fois/semaine + acide folique le lendemain ou le surlendemain. SC ou VO (7.5 mg- 25 mg/semaine).

### - Ciclosporine

Solution buvable : prélever à l'aide des seringues (1 ml ou 4 ml) et diluer dans une boisson.

Cp : prendre +/- repas.

Posologie : 2,5 mg/kg en 2 prises/j sans dépasser 5 mg/kg/j.

### 4) Rétinoïdes oraux

Acitretine : prendre en une seule fois au cours d'un repas.

Posologie : 25 -30 mg/j pendant 2 à 4 semaines.

## Conseiller

- Pour le cuir chevelu
  - Shampooing doux kératoréducteur (apaise et facilite l'élimination des squames) : 3/semaine pendant 3-6 semaines puis 2/semaines en traitement d'entretien.
  - Soin kératoréducteur (si plaques rebelles).
- Pour la peau
  - Gel nettoyant à pH physiologique + crème rélipidante et kératolytique (1-2/j).

## Déconseiller

- Les vêtements en fibres synthétiques irritants.
- Le tabac et l'alcool (facteurs majeurs de résistance thérapeutique).

	Autres options dans la PEC officinale
Homéopathie	<u>Psorinum 9CH</u> 1 dose/semaine +/- <u>Arsenicum album 7CH</u> (3 granules 2/j): desquamation, peau brûlante, amélioration si chaleur locale. +/- <u>Arsenicum iodatum 7CH</u> (3 granules 2/j) : durcissement localisé, amélioration par la chaleur ou le froid. Application locale : tincture mère de <u>Securidaca</u> (2/j).
Phyto-aromathérapie	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# La dermatite atopique

## Clinique évocatrice de la dermatite atopique?

Lésions suintantes puis croûteuses (lors des poussées)

+

Prurit

+

Xérose cutanée (en dehors des poussées/lors des poussées)

+/-

Lichénification (grattage chronique)

Localisations fréquentes

Nourrisson : zones convexes (visage, membres)

Enfant : plis (cou, fissures sous auriculaires, creux poplité et coude)

+ autres localisations (mains, poignets, chevilles et mamelons)

Adolescent/adulte : mains, poignets, chevilles, mamelon et plis.



## Orienter (CM)

En dehors des poussées

Traitements de fond

Ciclosporine (1ère intention)

Si CI ou intolérance à la ciclosporine :

-AC Inhibiteur IL (SC) : dupilumab, tralokinumab

ou

-Anti-JAK (baricitinib, upadacitinib, abrocitinib)

ou

-Psoralènes (méthoxsalène) + UVA

Lors des poussées

Traitements des poussées

Dermocorticoïde (activité et forme adaptées)

ou

Tacrolimus : > 2 ans

(CI ou intolérance aux dermocorticoïdes)

+

Émollient

Glycérol/Vaseline/Paraffine

+/-

Antihistaminique sédatif

(pour les démangeaisons)

## Conseils liés aux traitements locaux

### Dermocorticoïdes

-Respecter le nombre d'applications et la durée du TTT sur la prescription médicale.

-Préciser la quantité à appliquer :

- Règle de l'unité phalangette (crèmes, pommades)
- Une noix ou une C À C (lotions ou autres formes pour zones pileuses)



-Lutter contre la corticophobie (les EI sont rares sauf si l'usage est prolongé ou inadapté)

Tacrolimus : 2 applications/j pendant 3 semaines maximum, puis 1 application/j.

Débuter dès l'apparition des symptômes. Continuer jusqu'à disparition des lésions.

## Conseils liés aux traitements généraux

Ciclosporine : 2.5 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser 5 mg/kg/j

Capsules : prendre +/- repas.

Solution buvable : prélever à l'aide des seringues (1 ml ou 4 ml) et diluer dans une boisson.

Dupilumab (SC) : à partir de 6 ans

enfants < 60 kg : 1 injection 300 mg à J1 et à J15 puis une injection/4 semaines.

Adolescents et adultes et enfants > 60 kg : 2 injections initiales de 300 mg dans des sites différents puis 1 injection/2 semaines.

Tralokinumab (SC) : à partir de 12 ans (dose initiale de 600 mg puis 300 mg/2 semaines)

Anti-JAK : baricitinib (4 mg/j), upadacitinib (15-30 mg) ou abrocitinib (100 mg/j). Prendre +/- repas.

À partir de 18 ans

### Conseiller

- Hygiène de la peau (crème ou huile relipidante).
- Douche rapide (5-10 mins) matin ou soir à l'eau tiède, sécher en tamponnant.
- Émollient sur peau légèrement humide.
- Vêtements en coton.
- Produits hypoallergéniques et non parfumés de préférence.
- Se couper les ongles courts.
- En cas de poussées légères : crèmes contre les démangeaisons (+/- cortisone).

### Déconseiller

- Les bains (risque de macération de la peau).
- Les tissus synthétiques.

## Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<u>Rougeur cutanée associée aux vésicules avec une sensation de démangeaisons (5 granules/j)</u> : Poumon histamine 15CH +/ <u>Apis mellifica 15CH</u> (si démangeaisons soulagées par le froid) +/ <u>Crotom tiglum 15CH</u> (si prurit très intense) +/ <u>Urtica Urens 5CH</u> (si démangeaisons aggravées par le grattage) <u>Lésions suintantes (5 granules 4/j)</u> : Mezereum 15CH (présence de croûtes) +/ Graphite 30CH (suintement de couleur miel)
Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)	<u>Solanum dulcamara (morelle ligneuse)</u> Partie utilisée : tige Formes : infusion ou décoction Voie : cutanée (compresses imbibées) Durée : 2 semaines maximum  <b>indication : PEC</b> symptomatique de l'eczéma léger ou récurrent.  <u>Glycine max (soja)</u> Partie utilisée : graine Formes : liquides (2-3 fois/semaine) Voie : additif de bain (courte durée)  Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a>





# La dermatite de contact

## Clinique évocatrice de la dermatite de contact?

Lésions suintantes puis croûteuses (lors des poussées)

+  
Démangeaisons

+  
Xérose cutanée

+  
ATCD de contact (allergène ou irritant)

+/-

Lichénification (grattage chronique)



### Orienter (CM)

+

### Conseils hygiéniques

### Traitements de fond

- Éviction de l'allergène ou
- Éviter le contact avec l'agent irritant

### Traitements des poussées

#### Dermocorticoïde

(activité et forme adaptées)

+

#### Emollient

Vaseline/Glycérol/Paraffine

## Conseils liés aux dermocorticoïdes

- Respecter le nombre d'applications et la durée du TTT sur la prescription médicale.

- Préciser la quantité à appliquer :

- Règle de l'unité phalangette (crèmes, pommades).

- une noix ou une C À C (lotions ou autres formes pour zones pileuses).

- Lutter contre la corticophobie (les EI sont rares sauf si l'usage est prolongé ou inadapté).



## Conseiller

- Hygiène de la peau (crème ou huile relipidante).

- Émollient sur peau légèrement humide.

- Vêtements en coton.

- Produits hypoallergéniques et non parfumés de préférence.

- Se couper les ongles courts.

- En cas de poussées légères : crèmes contre les démangeaisons avec cortisone (2/J) ou sans cortisone (plusieurs fois/j).

## Déconseiller

- Les bains (risque de macération de la peau).

- Les tissus synthétiques.

### Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<p><u>Rougeur cutanée associée aux vésicules avec une sensation de démangeaisons (5 granules/j):</u>  <i>Poumon histamine 15CH</i>  <i>+/- Apis mellifica 15CH</i> (si démangeaisons soulagées par le froid)  <i>+/- Croton tiglium 15CH</i> (si prurit très intense)  <i>+/- Urtica Urens 5CH</i> (si démangeaisons aggravées par le grattage)</p> <p><u>Lésions suintantes (5 granules 4/j):</u>  <i>Mezereum 15CH</i> (présence de croûtes)  <i>+/- Graphite 30CH</i> (suintement de couleur miel)</p>
Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)	<p><u>Solanum dulcamara (morelle ligneuse):</u>  Partie utilisée : tige  Formes : infusion ou décoction  Voie : cutanée (compresses imbibées)  Durée : 2 semaines maximum</p> <p><u>Glycine max (soja):</u>  Partie utilisée : graine  Formes : liquides (2-3 fois/semaine)  Voie : additif de bain (courte durée)</p> <p>Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>



# La varicelle

## Clinique évocatrice de la varicelle ?

- Éléments de stades différents (macule → vésicule → croûte)
- Prurit important
- Enfant +++
- +/-
- Érosions des muqueuses



## Terrain particulier ?

Non → PEC officinale

Oui →

- Enfant < 6 mois
- Enfant atteint d'eczéma
- Enfant immunodéprimé
- Adulte (même immunocompétent)
- Femme enceinte

## Traitement symptomatique

- Paracétamol (douleur/fièvre)  
+/-
- Antihistaminique de préférence  
sédatif (démangeaisons)

## Application locale sur les lésions

- Spray asséchant (sur les vésicules, 2/j)
- Antiseptique à base de chlorhexidine aqueuse (sur les lésions à risque infectieux)
- Crème cicatrisante (sur les croûtes, 2/j)

## En cas de contact rapproché et/ou prolongé avec la personne atteinte

- Personne immunisée**  
Aucune PEC nécessaire (immunité à vie)

- Personne non immunisée:**
- Immunocompétente >12 ans (sauf femme enceinte) : vaccination (Varivax®) dans les 3 jours qui suivent le contact.
  - Risque de formes graves ou compliquées (femme enceinte, immunodéprimé) : IgG spécifiques.

## Conseiller

- Les douches à l'eau tiède en utilisant des produits doux (sans savon, pH proche de 5,5). Sécher en tamponnant.
- Se couper les ongles courts, faire porter des gants si nécessaire.
- Crème solaire SPF 50+ sur les lésions croûteuses.

## Déconseiller

- L'utilisation des AINS (risque d'aggraver l'infection) ou de l'aspirine (Cl, risque de syndrome de Reye).
- Les bains (entraînent la macération de la peau).
- L'exposition solaire (risque de cicatrices hyperpigmentées permanentes).
- Le contact avec des personnes non immunisées surtout si elles sont à risque de formes graves ou compliquées (période de contagiosité : à partir de 2 jours avant l'apparition des lésions cutanées, jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses).
- L'application du talc, des poudres ou crèmes antibiotiques, antivirales, antiprurigineuses ou anesthésiques (risque de surinfection).

## Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<u>Vaccinotoxinum 9CH</u> (1 dose 3 jours de suite) + <u>Rhus toxicodendron 5CH</u> (2 granules 3/j) +/- <u>Belladonna 5CH</u> (2 granules 3/j) : si fièvre importante +/- <u>Mezereum 5CH</u> (2 granules 3/j) : lorsque les vésicules deviennent croûteuses +/- <u>Antimonium tartaricum 5CH</u> (5 granules 2/j) : lorsque les croûtes tombent (limite la formation de cicatrices)
Phyto-aromathérapie	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# L'herpès orolabial

## Clinique évocatrice du bouton de fièvre?

Picotements, prurit et/ou brûlures

Plaque érythémateuse + vésicules groupées en bouquets



## Terrain particulier/ herpès compliqué?

Résolution spontanée au bout de 10 jours en général.

- Abstention thérapeutique : forme peu sévère ou > 24 h d'évolution.

### Traitement local

Aciclovir 5% : >6 ans  
ou  
Docosanol : >12 ans

### Agent filmogène ou patch hydrocolloïde

Favorise la cicatrisation et limite le risque de contamination.

Oui

- Personne immunodéprimée  
- Kératite herpétique

TTT antiviral oral pendant 6-12 mois (immunodéprimé ou récurrence fréquente)

Aciclovir  
ou  
Valaciclovir

antiviral ophtalmique (kératite)

Ganciclovir  
ou  
Aciclovir  
ou  
Trifluridine

## Récurrence fréquente (>6/an) ?

Induite par le soleil

Non induite par le soleil

↓  
Protection solaire  
stick lèvres SPF 50+

## Conseils liés au traitement

### Traitement local

Appliquer dès que les 1ers symptômes apparaissent.

Zovirax®(aciclovir) : 5 fois/j. Espacer les applications de 3-4 heures (5 j).

Erazaban®(docosanol) : 5 fois/j. Espacer les applications de 3 heures (4-6 j).

### Traitement oral (peu utilisé)

Valaciclovir : 2 g 2/j en espaçant les deux prises de 12 h (1 j).

## Prévention (transmission/auto-inoculation)

### Conseiller

- Le lavage fréquent des mains surtout en cas de contact direct avec le bouton de fièvre.

### Déconseiller

- Le partage du linge de toilette ou des produits cosmétiques.
- Les embrassades.
- Les sports de contact.
- Les pratiques sexuelles buccales.
- L'application des dermocorticoïdes, des produits de maquillage couvrants et des produits irritants à base d'alcool.

## Autres options dans la PEC officinale

<b>Homéopathie</b>	<u>Vaccinotoxinum 9CH</u> (1 dose 3 jours de suite) + <u>Rhus toxicodendron 5CH</u> (2 granules 3/j) +/- <u>Apis mellifica 5CH</u> (2 granules 3/j) : si symptômes soulagés par le froid. +/- <u>Arsenicum album 5CH</u> (2 granules 3/j) : si symptômes soulagés par la chaleur.
<b>Phyto-aromathérapie</b>	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# Les verrues cutanées

## Formes cliniques des verrues cutanées

### Verrue vulgaire commune

Papule hémisphérique + surface hyperkératosique +/- points noirs  
Localisations fréquentes : face dorsale (mains/doigts)



### Myrmécie

Papule arrondie hyperkératosique entourée d'un anneau épais  
Localisations fréquentes : points de pression (talon, tête métatarsienne)



### Verrue en mosaïque

Plaque hyperkératosique de petites verrues étroitement groupées



### Verrue plane

Papule surélevée, souvent multiples en plaque ou en strie  
Localisations fréquentes : visage ou face dorsale des mains



## Terrain particulier? localisation?

PEC officinale



Produit kératolytique  
(a. salicylique +/- a. acétique)  
+/-

Pansement occlusif

Améliore la pénétration  
ou

-Cryothérapie : > 4 ans

Application locale d'un embout froid (30-60 secondes).

Oui

- Localisation sur le visage ou péri-unguéale
- Modification d'aspect et/ou multiplication
- Ulcération sur la surface
- Sujet diabétique, immunodéprimé ou atteint d'AOMI
- Pas de réponse au TTT habituel
- Signes infectieux
- Femme enceinte
- Enfant

## Conseils liés au traitement

- Respecter la durée du TTT et le nombre d'applications préconisés par le fabricant.
- Protéger la peau saine lors de l'application.
- Ne jamais utiliser ces produits si la verrue se trouve sur le visage ou au niveau des organes génitaux.

## Prévention des verrues

### Conseiller

- Le Lavage des mains après avoir touché la verrue ou après l'application d'un TTT local.
- Sécher les pieds après une douche ou un bain dans une piscine collective (limite la macération qui ↑ le risque de transmission).
- Porter des sandales ou des tongs dans les lieux publics (piscines, vestiaires et douches de salles de sport).

### Déconseiller

- La manipulation de la verrue (ne pas arracher, couper ou brûler la verrue)
- Le partage des chaussettes/chaussures, des serviettes ou des produits d'hygiène personnels.

Autres options dans la PEC officinale	
Homéopathie	<p><i>Thuya occidentalis</i> 5CH (2 granules 3/j) +/- <i>Antimonium crudum</i> 5CH (2 granules 3/j) : verrue volumineuse (surtout plantaire). +/- <i>Nitricum acidum</i> 5CH (2 granules 3/j) : verrue jaunâtre et fissurée.</p> <p><u>Application locale</u> : teinture mère de Thuya ou de Chélioïdine (1/j).</p>
Phyto-aromathérapie	<p><i>Chelidonium majus</i> (chélidoine, latex) : usage traditionnel pas suffisamment étayé selon la Pharmacopée européenne.</p>



# Le molluscum contagiosum

## Clinique évocatrice du molluscum contagiosum?

Papules brillantes en forme de dôme + ombilication centrale

Localisations fréquentes : visage, thorax et membres supérieurs

Enfant +++



## Terrain particulier?

Non

PEC officinale

Oui

- Sujet immunodéprimé
- Enfant atopique
- Adulte (IST)

## Abstention thérapeutique

Résolution naturelle au bout de quelques mois

## Patient souhaite détruire les lésions ?

## Orienter (CM)

### Traitement local : >2 ans

Molusderm® (KOH)

ou

Molutrex® (KOH)

ou

Poxkare® (KOH)

### Méthodes physiques

Curettage

ou

Cryothérapie à l'azote

## Conseils liés au traitement

Appliquer perpendiculairement sur les lésions sans toucher la peau saine. Ces applications sont répétées tous les jours jusqu'à l'apparition d'une rougeur (inflammation) à la base de la lésion qui signe sa disparition. À ce moment-là, le traitement doit être arrêté.

Molusderm®: Après séchage du produit, rincer à l'aide d'une compresse imbibée d'eau (1/j).

Molutrex® et Poxkare® : ne nécessitent pas de rinçage (2/j).

## Conseils de prévention

### Conseiller

- Le lavage des mains après avoir appliqué un TTT local ou après avoir touché les lésions.
- Se couper les ongles courts.
- Couvrir les lésions avec un pansement si risque de contact.

### Déconseiller

- Le partage du linge de toilette ou des vêtements.
- La manipulation des lésions.

## Autres options dans la PEC officinale

### Homéopathie

Vaccinotoxinum 15CH (1 dose/semaine)

+

Thuya occidentalis 15CH (5 granules 3/semaine)

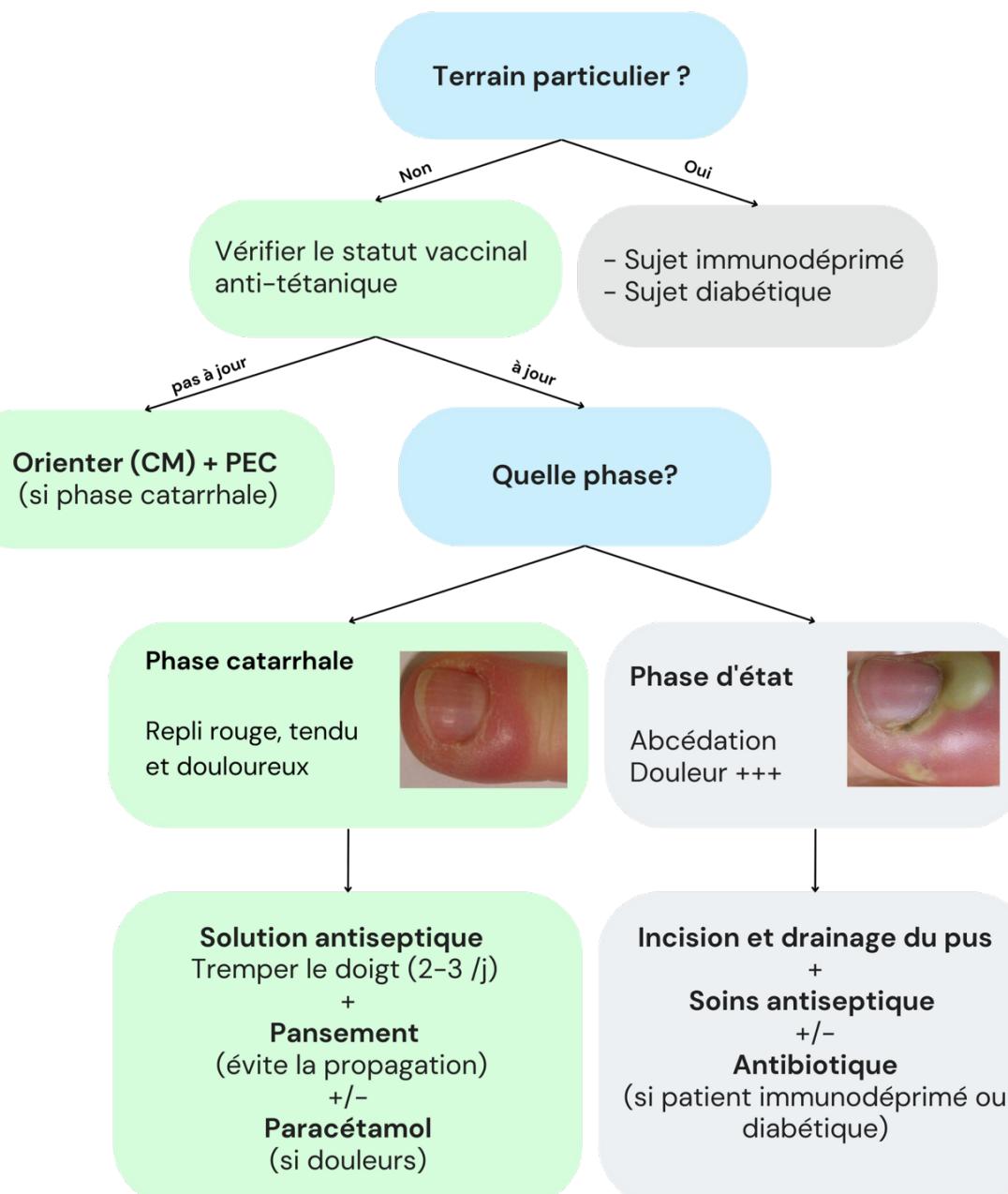
Prendre jusqu'à la disparition totale.

### Phyto-aromathérapie

Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.



# Le panaris



## Conseiller

- Lavage régulier des mains.
- Nettoyage et désinfection des plaies cutanées.
- CM : Si aggravation ou pas d'amélioration au bout de 48 h (phase catarrhale).

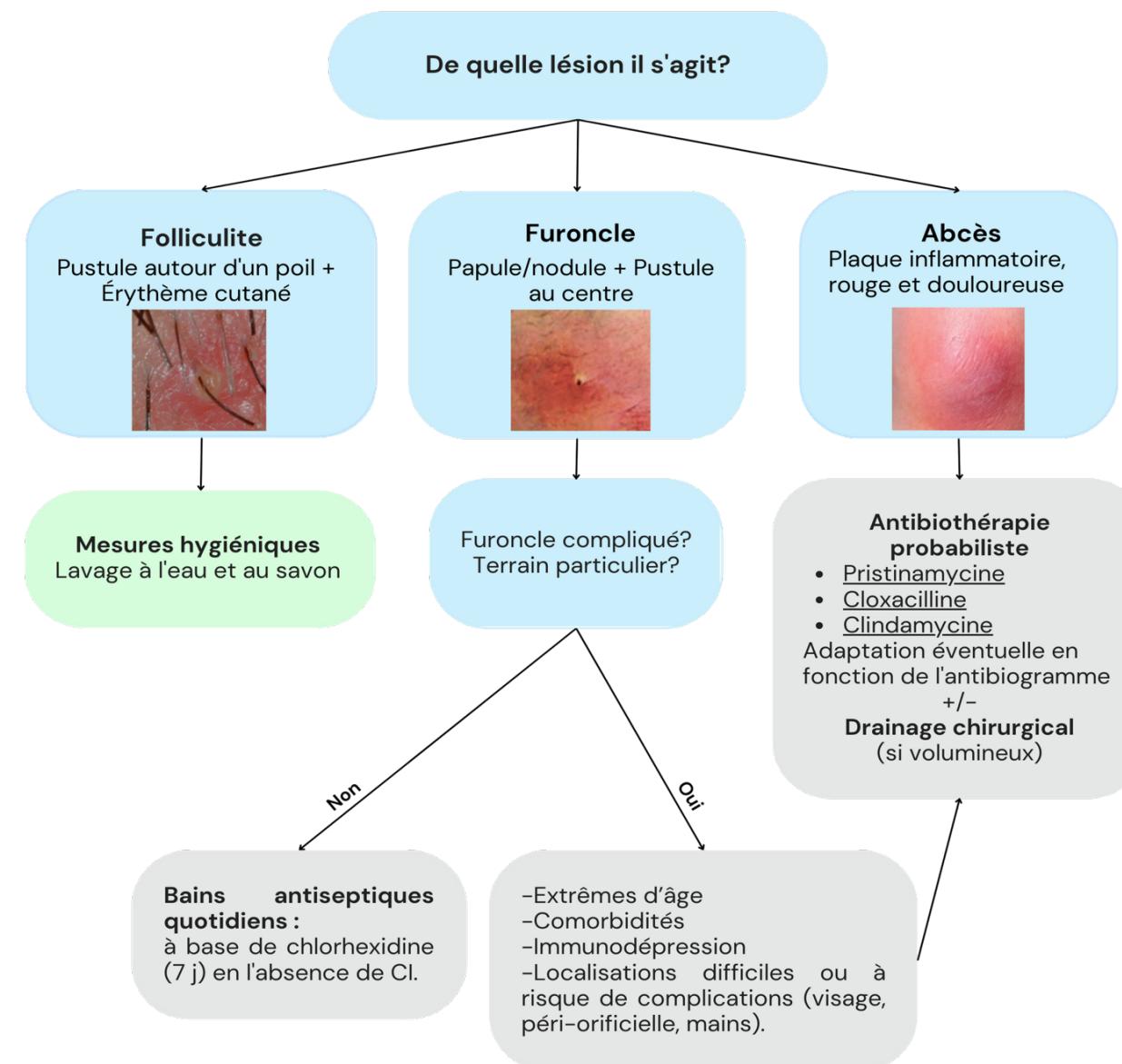
## Déconseiller

- **En cas d'infection**
  - La manipulation des aliments (risque de contamination).
  - Le perçage de l'abcès (phase d'état)
- **En prévention**
  - Activités manuelles sans protection (port des gants par ex).
  - Les soins de manucure excessifs.
  - Se ronger les ongles ou refouler les cuticules.

Autres options dans la PEC officinale	
<b>Homéopathie</b>	<u>Hepar sulfur</u> à haute dilution 1 dose/12 h : dès l'apparition des 1ers symptômes +/- <u>Belladonna 9 CH</u> 1 dose/h : améliore l'efficacité +/- <u>Myristica sebifera 15 CH</u> (5 granules 4/j) +/- <u>Tarentula cubensis</u> : si cas plus sévères  conseillée en attente de consultation ou en association avec l'antibiothérapie.
<b>Phyto-aromathérapie</b>	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# Folliculite , furoncle et abcès



## Conseils liés au traitement

Pyostacine®(pristinamycine) : > 6 ans

Posologie : enfant : 50 mg/kg/j en 2-3 prises  
adulte : 1g 2-3 fois/j

Prendre en fin de repas.

Orbenine®(cloxacilline) : > 6 ans

Posologie : 50 mg/kg/j en 3 prises  
Prendre 30 minutes avant les 3 principaux repas.

Dalacine®(clindamycine) : > 6 ans

posologie : enfant : 8-25 mg/kg/j en 3-4 prises  
adulte : 0,6-2,4 g/j en 3-4 prises

### Conseiller

- Hygiène personnelle

- Se laver les mains à l'eau et au savon.
- Ongles propres et courts.
- Douche quotidienne.
- Vêtements et linge propres en coton.
- Pansement protecteur : évite la propagation de l'infection ou une éventuelle contamination par d'autres bactéries.
- Crème réparatrice : après la résolution de l'infection (favorise une bonne cicatrisation).

### Déconseiller

- La manipulation des lésions.
- Le port des vêtements serrés irritants.

## Autres options dans la PEC officinale

<b>Homéopathie</b>	Au stade inflammatoire avant l'accumulation du pus en association avec la désinfection cutanée :  <i>Belladonna 5CH</i> (5 granules toutes les 2 heures) + <i>Hepar sulfuris calcareum 30CH ou Pyrogenium 9CH</i> 2 doses/j pendant 2 jours (si abcès) 1 dose/j pendant 3 jours (si furoncle)
<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<p><i>Commiphora molmol</i> (myrrhe) Partie utilisée : résine Forme : teinture non diluée (de préférence) ou diluée dans de l'eau Voie : cutanée (2-3/j) Durée : 1 semaine</p> <p><i>Melaleuca alternifolia</i> (tea tree) Partie utilisée : feuilles fraîches et branches terminales (pour obtenir l'HE par distillation à la vapeur) Formes : liquide huileux, semi-solide, pansement imprégné (HE diluée). Voie : cutanée (2-3/j) Durée : 1 mois maximum</p> <p>Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>



# L'impétigo

Clinique évocatrice de l'impétigo?

Érosion recouverte des croûtes mélécériques



## Orienter (CM)

### Hygiène locale

À l'eau et au savon ou à l'aide d'un gel nettoyant assainissant (2/j)

### Impétigo peu sévère

### Impétigo sévère

#### Antibiotique local

- Mupirocine (1ère intention)
- Acide fusidique
- Chlorotétracycline

#### Antibiotique oral (7j)

Chez l'enfant :

- Amoxicilline-acide clavulanique
- Cefadroxil
- Josamycine (si allergie aux bêta-lactamines)

Chez l'adulte :

- Céfalexine
- Pristinamycine (si allergie aux bêta-lactamines)

## Conseils liés au traitement

### Mupiderme®(mupirocine)

2-3/j sur peau propre et sèche (5-10 jours)

### Augmentin®(amoxicilline-acide clavulanique)

- Nourrisson/enfant < 40 kg (suspension buvable)

Posologie : 40-80 mg/kg/j en 3 prises

Administrer à l'aide de la seringue (1 graduation = 1 kg)

- Adulte et enfant >40 kg (cp, sachet)

Posologie : 1 g/prise, 2-3 fois/j

Prendre au cours des repas

### Pyostatine®(pristinamycine)

- Enfant (>6 ans) 50 mg/kg/j en 2-3 prises

- Adulte : 1 g 2-3 fois/j

### Josacine®(josamycine)

- Nourrisson/enfant < 40 kg (suspension buvable)

Posologie : 50 mg/kg/j en 2 prises

Administrer à l'aide de la seringue (1 graduation = 1 kg)

- Adulte et enfant > 40 kg (cp)

Posologie : 1-2 g/j en 2 prises

### Cefadroxil

- Enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (> 6 ans)

- Adulte : 1 g 2 fois/j

### Keforal®(céfalexine)

- Enfant <6 ans (suspension buvable)

Posologie : 25-50mg/kg/j à repartir en 2 prises.

- Enfant >6 ans et adulte (cp)

Posologie : enfant : 25mg/kg 2 fois/j  
adulte : 1 g 2/j

### Conseiller

- Lavage fréquent des mains.
- Vêtements en coton.
- Ongles courts.
- Protection de la lésion (si possible) avec un pansement toute la durée du TTT.
- Pommade à la vaseline 2/j (si traitement oral) permet de ramollir les croûtes, facilitant ainsi leur décollement.

### Déconseiller

- L'échange des vêtements ou des objets de toilette.
- Le contact du patient avec d'autres personnes.
- Toucher/manipuler les lésions.

## Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<u>Graphite 30CH</u> + <u>Mezereum 15CH</u> (5 granules 2/j) +/- <u>Antimonium crudum 9CH</u> (5 granules) : évite les récidives.
Phyto-aromathérapie	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# L'érysipèle

## Clinique évocatrice de l'érysipèle?

Placard érythémateux unilatéral oedème et douloureux

+ Altération de l'état général

+ Localisation (jambe +++)



### Orienter (CM)



#### Antibiotique oral (7 j)

- Amoxicilline (1ère intention)
- Pristinamycine (si allergie aux pénicillines)
- Clindamycine (si allergie aux pénicillines)

+

#### Mise à repos de la jambe atteinte

+

#### Prévention thromboembolique

Bas de contention +/- anti coagulation préventive

+

#### Traitemen<sup>t</sup> antalgique (paracétamol)

+

#### Recherche d'une éventuelle porte d'entrée le plus souvent une mycose au pied

## Conseils liés au traitement

### Clamoxyl®(amoxicilline)

Posologie : 50 mg/kg/j à repartir en 3 prises sans dépasser 6 g/j  
Prendre de préférence au cours des repas (limite les EI digestifs).

### Pyostacine®(pristinamycine)

Posologie : 1 g 3 fois/j  
Prendre de préférence en fin de repas.

### Dalacine®(clindamycine)

Posologie : 600 mg 3- 4 fois/j (4 fois/j si poids > 100 kg)  
Prendre +/- repas.

## Conseils préventifs

- Hygiène rigoureuse surtout des pieds.
- Désinfection de toute plaie même minime.
- Perte de poids si surcharge pondérale.
- Arrêt ou limitation de la consommation de tabac et d'alcool.
- Séances de drainage lymphatique + port de bas de contention (lutte contre l'œdème chronique).



À savoir : dans 5-10% des cas, l'érysipèle se localise au niveau du visage (Placard érythémateux+ bourellet périphérique)



# Les mycoses cutanées

## Clinique évocatrice des mycoses cutanées ?

### Peau

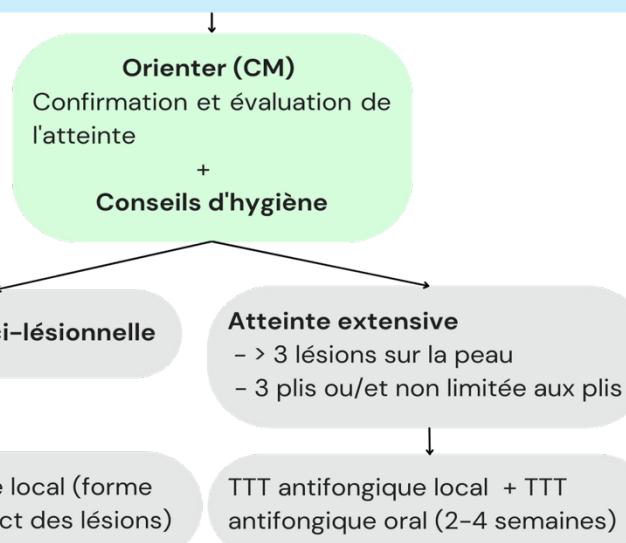
- Dermatophytose circinée
- Placards polycycliques prurigineux
- Bordures érythémato-vésiculo-squameuses
- Croissance centrifuge + guérison centrale



- Pityriasis versicolor
- Macules/patchs asymptomatiques
- Couleur variable (blanc, chamois, brun)
- Localisations : avant bras, thorax et dos

### Intertrigo (atteinte des plis)

- A candida
- Lésion érythémateuse + enduit malodorant
- Fissure au fond du pli
- Grands plis de manière symétrique ou petits plis
- A dermatophytes
- Petits plis : desquamation sèche ou suintante  
+/- fissures ou vésicules au fond du pli
- Grands plis : identique à la dermatophytose circinée
- Unilatéral, plis inguinaux +++



## Conseils liés au traitement

**Antifongiques locaux** : appliquer après la toilette locale sur peau sèche

- Bifonazole 1/j
- Sertaconazole 1/j
- Fenticonazole 1/j
- Kétoconazole 1/j
- Omoconazole 1/j
- Oxiconazole 1/j
- Terbinafine 1/j

- Ciclopipro olamine 2/j
- Éconazole 2-3/j
- Isoconazole 2/j
- Tioconazole 2/j

### **Antifongiques oraux**

Fluconazole : prendre +/- repas.

Itraconazole : prendre immédiatement après un repas.

Terbinafine : prendre au cours d'un repas et à heure régulière.

### **Conseiller**

- Les vêtements en coton.
- Changer de vêtements idéalement tous les jours.
- Laver le textile à 60 C.
- Produit lavant (sans savon, pH cutané) pour la toilette locale (gel, crème ou pain surgras) et bien sécher la peau après.
- Déodorant anti transpirant (si transpiration excessive).
- Privilégier les chaussures ouvertes.
- Chaussettes en coton, changer de manière quotidienne.
- Alterner les chaussures d'un jour à l'autre.

### **Déconseiller**

- Les vêtements serrés ou en tissu synthétique.
- Le partage des serviettes ou des vêtements.

## Autres options dans la PEC officinale

	<b>Homéopathie</b>	<p>Lésions circinées :  <i>Arsenicum iodatum</i> 9CH (5 granules/j)  +  <i>Berberis vulgaris</i> 5CH (5 granules/j)</p> <p>Atteinte des plis cutanés (5j) :  <i>Graphite</i> 30CH (5 granules 2/j), ou 1 dose/semaine afin de prévenir les récidives</p> <p>Application locale : teinture mère de <i>Calendula</i> (2/j) sur la plaie ou effectuer des bains en la diluant dans l'eau.</p>
	<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<p><b>PEC de la transpiration excessive</b></p> <p><i>Salvia officinalis</i> (sauge officinale)</p> <p>Partie utilisée : feuilles</p> <p>Formes : infusion, extrait liquide ou sec</p> <p>Voie orale (3/j)</p> <p><i>Juglans regia</i> (noyer)</p> <p>Partie utilisée : feuilles</p> <p>Forme : décoction</p> <p>Voie cutanée (2/j)</p> <p><b>PEC du prurit et des irritations en cas de pied d'athlète</b></p> <p><i>Melaleuca alternifolia</i> (tea tree)</p> <p>Partie utilisée : feuilles fraîches et branches terminales (pour obtenir l'IHE par distillation à la vapeur)</p> <p>Formes : application locale (3/j) ou diluée dans l'eau (1/j) pour tremper les pieds.</p> <p>Durée maximale : 1 mois.</p>



# Les mycoses des phanères

Clinique évocatrice des mycoses des phanères (ongles/cheveux) ?

## Onychomycose

### A candida

Tuméfaction rouge douloureuse (matrice/repli sus-unguéal)

+  
Coloration marron verdâtre (ongle)

### A dermatophytes

Leuconychie + Hyperkératose sous-unguéale

+/-  
Onycholyse et décollement de l'ongle  
+/-  
Atteinte (espaces interorteils ou/et plante du pied)

## Teigne du cuir chevelu

### Teigne tondante microsporique

Plaques arrondies squameuses et alopéciques  
Grande taille, extension centrifuge

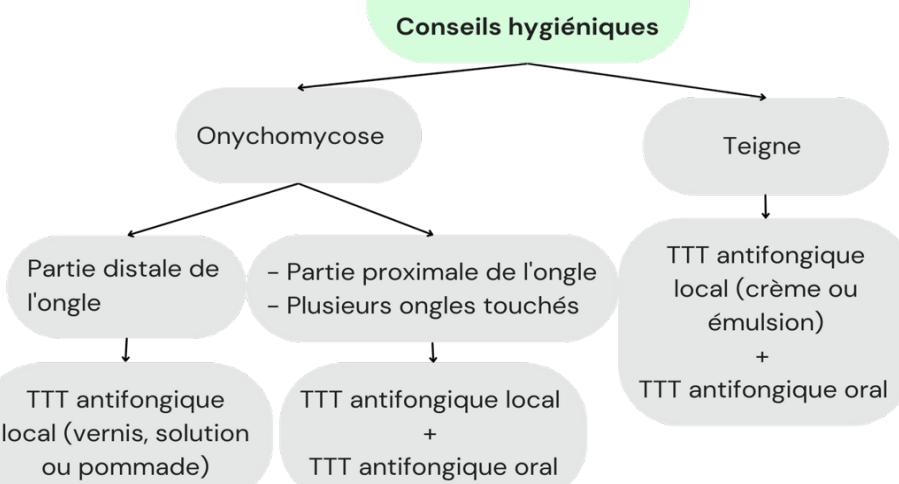
### Teigne tondante trichophytique

Petites plaques éparses alopéciques  
Mal-circconscrites  
Squameuses ou squamo-croûteuses



## Orienter (CM)

### + Conseils hygiéniques



## Conseils liés au traitement

antifongiques locaux : appliquer sur peau propre et sèche.

### Onychomycose

Ciclopirox 1 application/j

Bifonazole 1 application/j

Amorolfine 1-2 applications/semaine

### Teigne

Éconazole 2 applications/j

Isoconazole 2 applications/j

## Antifongique oraux

Terbinafine (onychomycose, teigne microsporique) : 1/j au cours de repas à heure régulière.

Itraconazole (teigne trichophytique ou en TTT probabiliste de la teigne)

Gélule : prendre juste après un repas (1/j).

Solution : prélever le volume nécessaire à l'aide de la seringue, administrer en orientant vers la face interne de la joue.

## Conseiller

### Onychomycose

- Continuer le TTT jusqu'à repousse d'un ongle sain (3 mois pour les doigts et 6-9 mois pour les orteils). Cependant, ceci est variable en fonction du taux de croissance de l'individu.

- Privilégier les chaussures ouvertes.

- Chaussettes en matières naturelles (ex : coton, lin, soie).

- Sécher la peau après la toilette.

- Changer de chaussettes et de chaussures de manière quotidienne.

- Laver les chaussettes à 60 C.

### Teigne

- Se couper les cheveux courts.

- Laver le linge mis en contact avec les cheveux à 60 C ou l'enfermer 24 h dans un sac en plastique avec une poudre antifongique.

- Désinfecter le matériel de coiffure (lingettes désinfectantes).

- Examen de l'entourage/animaux de compagnie.

- Éviction scolaire : retour dès que le traitement a été mis en route.

## Déconseiller

- Le partage des serviettes ou des objets personnels.

Autres options dans la PEC officinale	
<b>Homéopathie</b>	3 souches indiquées avec le TTT médicamenteux (onychomycose) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Antimonium crudum</i></li> <li>• <i>Graphites</i></li> <li>• <i>Dermatophagoides</i></li> </ul>
<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<p><i>Salvia officinalis</i> (sauge officinale)            Partie utilisée : feuilles            Formes : infusion, extrait liquide ou sec            Voie orale (3/j)</p> <p><i>Juglans regia</i> (noyer)            Partie utilisée : feuilles            Forme : décoction            Voie cutanée (2/j)</p> <p>pour en savoir plus :: <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>

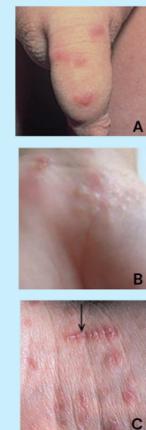


# La gale

## Clinique évocatrice de la gale?

- Prurit intense à recrudescence nocturne
- Caractère familial/conjugal
- Topographie évocatrice : espaces interdigitaux, poignet, coude, ombilic, cuisses, fesses, organes génitaux ( $\sigma$ ) mamelon et aréole ( $\varphi$ ).
- Lésions spécifiques

A-nodules scabieux  
B-vésicules perlées  
C-sillons scabieux



## Orienter (CM)

### Traitements de l'environnement

le lendemain de chaque application (à J1 et à J9) :

- Laver le linge (vêtements portés depuis 3 j, literie, serviettes) à 60 °C. Sinon enfermer dans des sacs plastiques pendant 4 h (si + produit acaricide) ou 3 j (si - acaricide).
- Aspirer les surfaces absorbantes (tapis, moquettes, coussins, matelas etc.).
- Pulvériser un produit acaricide (surtout si formes graves).

### Les options thérapeutiques

- 1-Perméthrine (crème 5%) : > 2 mois
- 2-Benzoate de benzyle (émulsion 10%) : > 1 mois  
Posologie : deux applications (J0 et J8)
- 3-Ivermectine (VO) : > 15 kg  
Posologie : 200 µg/kg/j en une seule prise

#### Traiter en même temps :

- Patient
- Entourage familial
- Partenaire(s) sexuel(les)

## Conseils associés au traitement

S'assurer de la bonne compréhension du TTT.

### Perméthrine (crème 5%)

Prendre un bain ou une douche, sécher la peau et appliquer en couche fine de manière uniforme sur l'ensemble du corps (visage, oreilles et cuir chevelu uniquement chez les enfants ou les PA). Durée : 8 h

### Benzoate de benzyle (émulsion 10%)

Prendre un bain ou une douche et sécher la peau. Agiter avant emploi. Appliquer 2 couches successives (10-15 min d'intervalle) à l'aide d'une compresse sur l'ensemble du corps. Durée : 24 h

### Exceptions

Femme enceinte : une seule couche

Enfant <2 ans : une seule couche + durée de 6 h

### Ivermectine

Prendre avec un verre d'eau, de préférence le matin et à distance des repas (2h avant ou 2h après).

**Informier** que le prurit peut persister 4 semaines après un traitement bien mené. S'il persiste plus longtemps --> CM

### Autres options dans la PEC officinale

Homéopathie	<u>Psorinum 9CH</u> en alternance avec <u>Sulfur 9CH</u> (2 granules 3/j) : le risque de récidive.  <u>Aucune souche homéopathique n'est conseillée à visée curative.</u>
Phyto-aromathérapie	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# La pédiculose du cuir chevelu

## Pédiculose confirmée?

Prurit diffus ou à prédominance occipitale/rétroauriculaire  
+  
Lésions de grattage  
+  
Lentes collées à proximité du cuir chevelu



## Terrain particulier?

Non

### PEC officinale

Oui

- Pédiculose surinfectée
- Persistance de l'infestation malgré un TTT bien conduit

## Traitement mécanique

+

### Produit asphyxiant

+/-

### Shampooing ou après shampooing antipoux

+/-

### Baume décolorant des lentes (après TTT)

## Traitement de l'environnement

- Laver le textile >50°C. Sinon placer dans des sacs fermés pendant au moins 3 j ou ajouter un additif lessive et laver à la température habituelle.
- Faire tremper les brosses et peignes contaminés dans un produit insecticide pendant au moins 10 min.

Aucune désinfection de l'environnement n'est indiquée

## Conseils liés au traitement

### Traitement mécanique

À l'aide d'un peigne métallique à dents serrées. Peigner soigneusement sur cheveux mouillés pendant 30 min 3 fois/j. Durée : 3 semaines.

### Produits asphyxiant les poux

À base de diméticone : > 6 mois (efficacité démontrée)  
Posologie : 2 applications (J0 et J7)

-Contrôle de l'éradication à J2 et J12 : à l'aide d'un peigne à poux passée, mèche par mèche, au-dessus d'une surface blanche afin de révéler d'éventuelles lentes/poux.

### Mesures associées pour rompre la chaîne de transmission

- Examen de l'entourage ( TTT si parasités).
- Information de l'établissement scolaire (évacuation obligatoire uniquement si impétigénisation associée).
- Ne pas partager les habits ou les objets personnels.

### Prévention

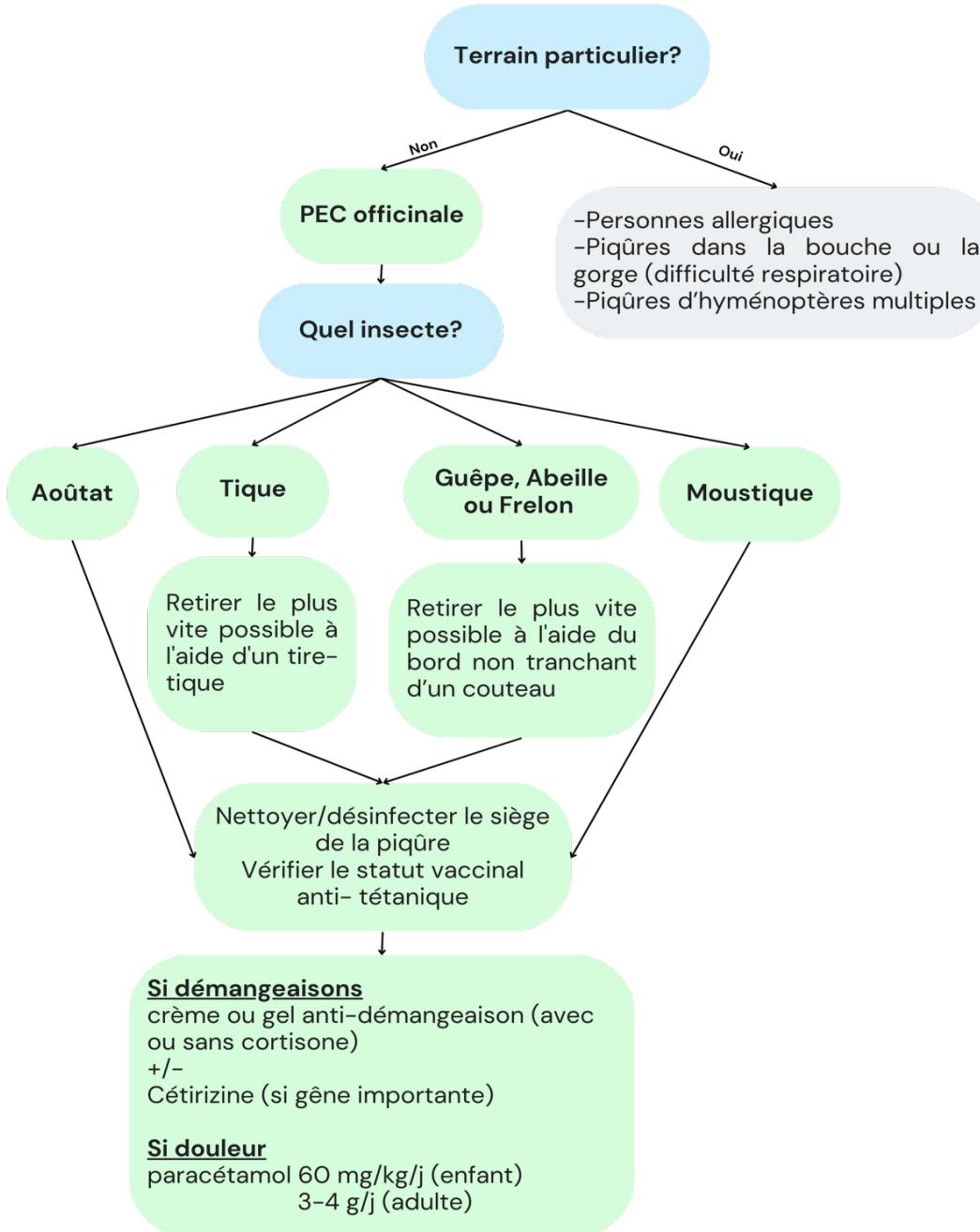
- Répulsifs antipoux (efficacité non démontrée) : évite la réinfestation.
- Ne pas partager les habits ou les objets personnels.

## Autres options dans la PEC officinale

<b>Homéopathie</b>	<i>Staphysagria 9CH</i> (3 granules 2/j) : soulage les démangeaisons. +/- <i>Psorinum 15CH</i> (si infestations fréquentes) 1 dose/semaine pendant 2 mois.
<b>Phyto-aromathérapie</b>	<u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne.</u>



# Les piqûres d'insectes



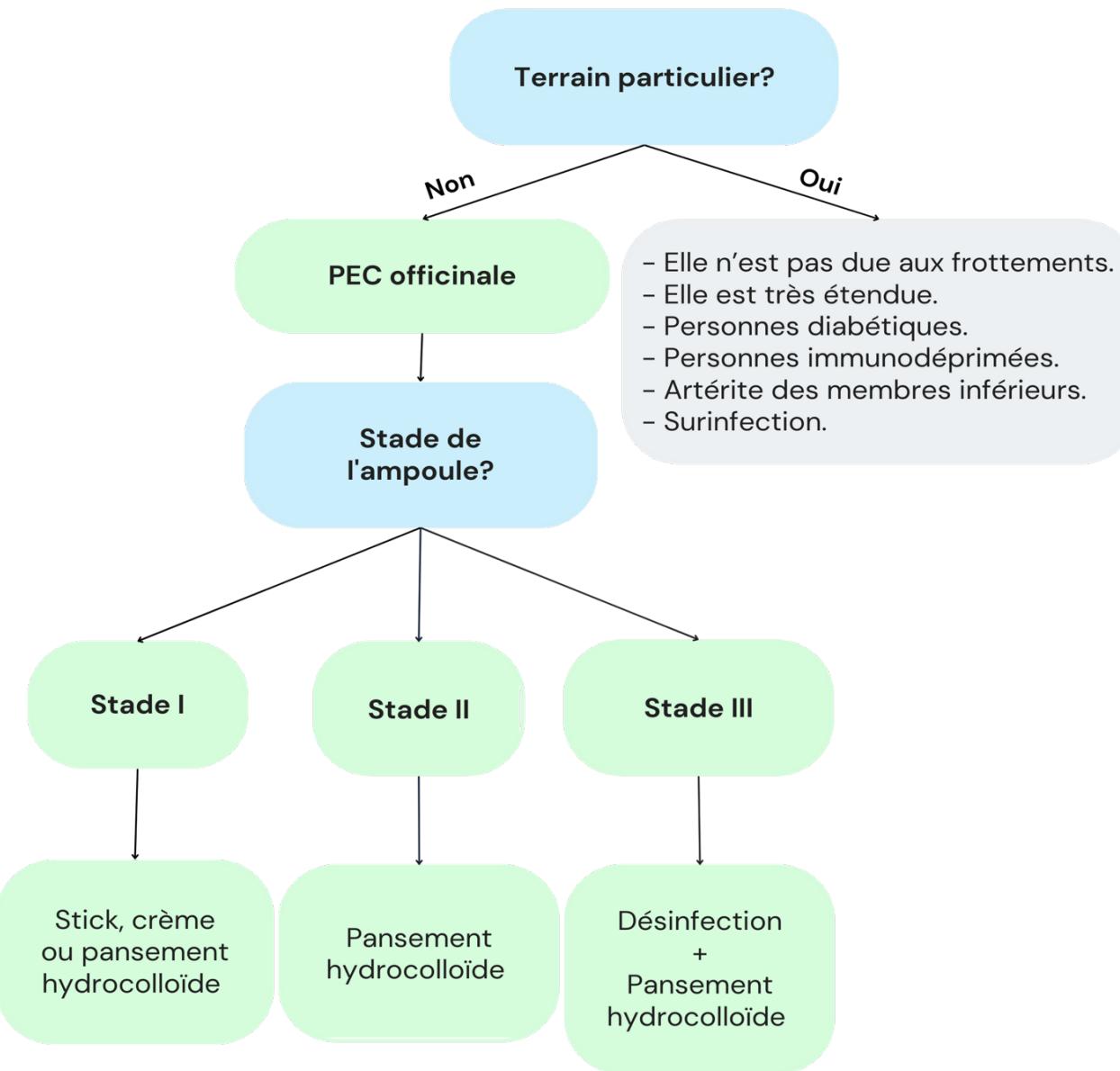
mesures de prévention de piqûres d'insectes et de maladies associées :

- Vêtements couvrants de couleur claire
- Produits non parfumés
- Répulsif cutané sur la peau découverte
- Hyménoptères : en leur présence, rester calme et éviter les mouvements brusques.
- Uniquement en zone endémique (moustiques) : moustiquaire imprégnée au-dessus du lit, grillage au niveau des fenêtres, limiter les activités à l'extérieur. Autres : insecticides en bombes ou en diffuseur électrique, raquettes électriques, climatisation, ventilation, spiraux anti-moustiques à l'extérieur. Vaccination contre la fièvre jaune, l'encéphalite japonaise et la dengue, chimioprophylaxie contre le paludisme.
- Prévention de la maladie de Lyme (tique) : inspection minutieuse du corps entier après une promenade en zone à risque.
- Aoûtat : ne pas se coucher dans l'herbe et les pelouses surtout en fin d'été et le soir, surveiller les animaux de compagnie.

Autres options dans la PEC officinale	
<b>Homéopathie</b>	<p><u>Hypericum perforatum 5CH + Apis mellifica 5CH + Ledum palustre 5CH</u> (2 granules 3/j) +/- <u>Vespa crabro 5CH</u> (2 granules 3/j) : si réaction locale importante</p> <p>Application locale : préparations à base de la teinture mère de <i>Calendula</i>.</p>
<b>Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)</b>	<p><u>Melaleuca alternifolia (tea tree)</u></p> <p>Partie utilisée : feuilles fraîches et branches terminales (pour obtenir l'HE par distillation à la vapeur)</p> <p>Formes : préparations liquides (1-3/j)</p> <p>Durée : 1 semaine maximum</p> <p>Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>



# L'ampoule



## Conseils associés au traitement

Les pansements hydrocolloïdes doivent être laissés en place jusqu'à ce qu'ils commencent à se décoller (en général au bout de 2-3 jours).

### **Conseiller**

- **En cas d'ampoule percée (stade III)**
- La désinfection à l'aide d'un produit non coloré.
- **En prévention**
- Chaussures adaptées à la taille.
- Adapter les pieds de manière progressive en cas de chaussures neuves (courtes périodes < 2H).
- Changer de chaussettes plusieurs fois/j et privilégier les fibres naturelles.
- Protection anti-frottement (stick, crème ou pansement hydrocolloïde).
- Appliquer du talc ou porter des gants (pour les mains).

### **Déconseiller**

- **En cas d'ampoule intacte (stade II)**
- Le perçage de l'ampoule.
- **En prévention**
- Le port des chaussures sans chaussettes.
- Les chaussettes en fibres synthétiques.

**Ampoule** : décollement de l'épiderme le plus souvent à la suite de frottements répétés.

## Les stades de l'ampoule

- Stade I : rougeur cutanée
- Stade II : vésicule intacte
- Stade III : vésicule percée





# Les callosités

Type de la callosité?

Durillon

Cor mou ou dur

Terrain particulier?

PEC officinale

Produit kératolytique  
(acide salicylique +/- acide acétique)  
ou  
Produit à base d'urée  
fortement concentrée

- Personnes diabétiques
- Artérite des membres inférieurs
- Maladie de peau des pieds
- Surinfection
- Gêne importante limitant les activités
- Chute en raison des douleurs associées
- Malformation des pieds

## Conseils liés au traitement

Appliquer uniquement sur la zone concernée.

## Prévention

Conseiller

- Pansement hydrocolloïde (évite les frottements).
- Hydratation quotidienne des pieds.
- Enlever l'hyperkératose en cours de formation à l'aide d'une râpe ou d'une ponce pierre (surtout après un bain chaud).
- Protection orthopédique (digitube ou séparateur d'orteils).
- Chaussures en matières souples.

Déconseiller

- Chaussures à bouts pointus ou les talons.
- Chaussures dont la taille est inadaptée.

## Cors ou durillon ?

**Cors** : hyperkératose arrondie, profonde et douloureuse.  
Il en existe deux types :

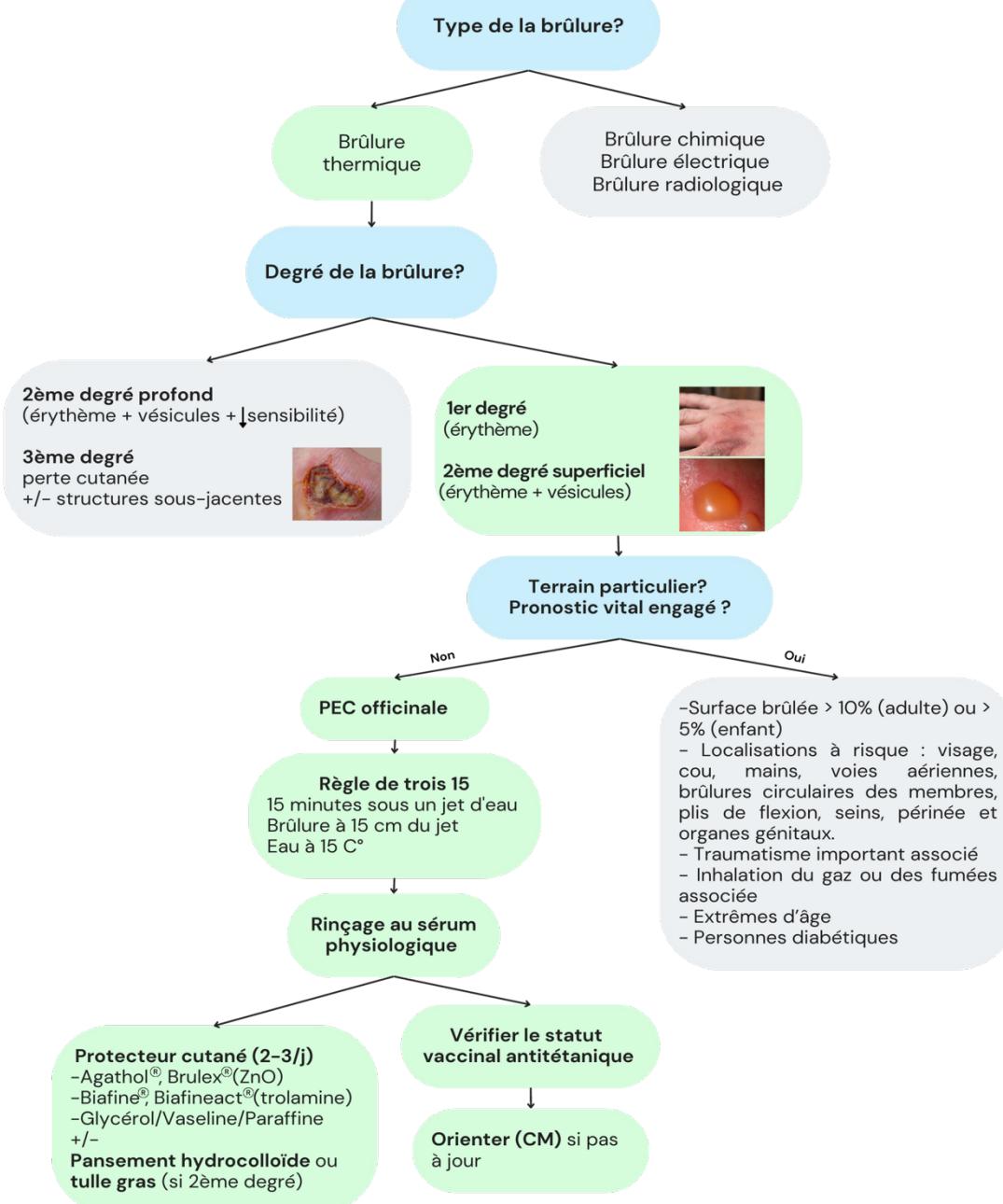
- cor dur : sur la face dorsale des 3 dernières articulations interphalangiennes et sur la partie latérale du petit orteil.
- cor mou : entre les orteils (surtout entre le 4ème et le 5ème). Spongieux due à la transpiration.



**Durillon** : hyperkératose peu étendue localisée le plus souvent sur la plante de pieds. Moins profond qu'un cor, surface striée +/- douleur associée.



# Les brûlures



## Conseiller

- En cas de phlyctènes percées  
Désinfecter à l'aide d'un produit non coloré.
- En prévention
  - Vêtements couvrants et écran solaire adapté renouvelé au moins toutes les 2 heures (coups de soleil).
  - Privilégier les endroits ombragés (coups de soleil).
  - Expliquer aux enfants les risques liés au feu et à la chaleur.
  - Tenir les allumettes ou les briquets hors de portée des enfants.
  - Empêcher l'accès à la cuisine lorsqu'un appareil électrique fonctionne.
  - Placer les casseroles sur les plaques de fond et orienter leurs poignées vers l'intérieur.
  - Vérifier la température du bain pour les jeunes enfants.

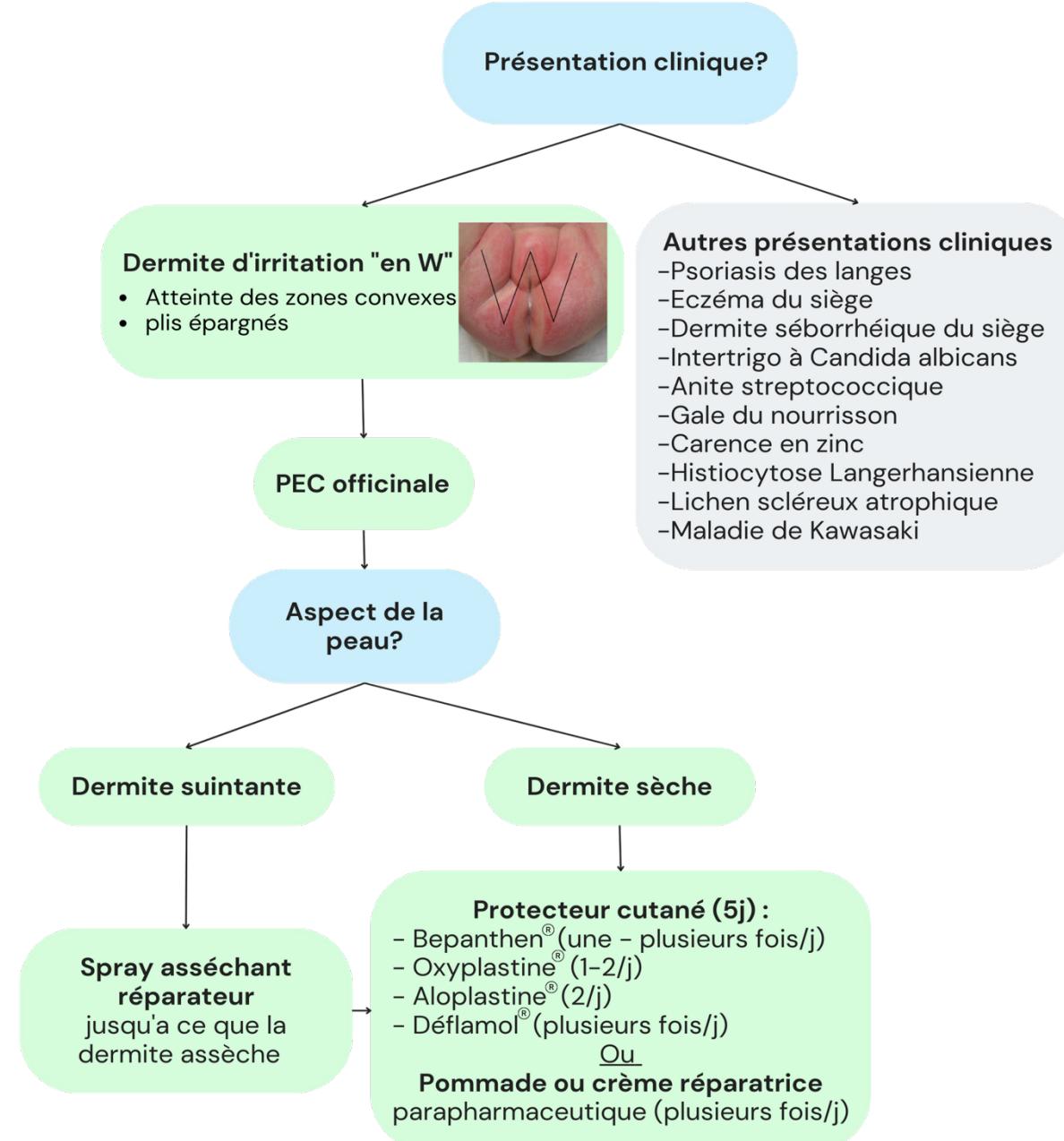
## Déconseiller

- En cas de phlyctènes intactes (brûlure 2ème degré)  
Le perçage des phlyctènes.
- En prévention
  - Exposition au soleil entre 12h et 16h (coups de soleil).
  - Boissons chaudes à portée des enfants.
  - Fer à repasser sans surveillance

Autres options dans la PEC officinale	
Homéopathie	<p><b>1er degré</b> <i>Apis mellifica</i> (9 CH ou 15 CH) 1 dose ou 5 granules toutes les 15 min <i>Belladonna</i> (9 CH ou 15 CH) 1 dose ou 5 granules toutes les h</p> <p><b>2ème degré superficiel</b> <i>Cantharis vesicatoria</i> 15 CH 5 granules toutes les 2 h</p> <p><b>Application locale :</b> préparations à base de <i>Calendula</i>.</p>
Phyto-aromathérapie (usage traditionnel)	<p><b>Indication :</b> PEC symptomatique des brûlures du 1er degré dont les coups de soleil</p> <p><i>Calendula officinalis</i> (souci) Partie utilisée : fleur Formes : infusion - pansements imprégnés (2-4/j) formes semi-solides appliquées directement sur la peau (2-4/j) Durée : 1 semaine maximum</p> <p><i>Avena sativa</i> (avoine) Partie utilisée : fruit réduit en poudre colloïdale Formes : bains cutanés mélangé avec un véhicule (application cutanée) avec de la paraffine liquide (application cutanée) Durée : 1 semaine maximum</p> <p><i>Matricaria recutita</i> (matricaire) Partie utilisée : fleur Formes : infusion - pansements imprégnés ou lavage (plusieurs fois/j) extraits liquides - pansements imprégnés ou lavage (plusieurs fois/j) extrait sec - application en couche fine sur la peau (plusieurs fois/j) Durée : 1 semaine maximum</p> <p>Pour en savoir plus : <a href="http://www.ema.europa.eu">www.ema.europa.eu</a></p>



# L'érythème fessier



## Conseiller

- Couches absorbantes adaptées au poids et à la morphologie de l'enfant.
- Privilégier le coton pour limiter la transpiration et l'apparition ou l'aggravation de la macération cutanée.
- Change régulier : 6 fois/j ou plus si épisodes diarrhéiques.
- Hygiène locale : produit lavant dont le pH est adapté à la peau. Rincer abondamment et sécher en tamponnant avec une serviette douce propre.

## Déconseiller

- Les vêtements serrés pouvant favoriser les frottements et l'irritation de la peau.
- Les tissus synthétiques qui aggravent la macération.

## Orienter vers un médecin

Si aggravation ou absence d'amélioration au bout de 5 jours.

## Prévention

- Liniment oléocalcaire : entre les changes.
- Inserts en coton : évitent un contact direct entre la peau et les urines ou les matières fécales irritantes.

Autres options dans la PEC officinale	
<b>Homéopathie</b>	<p><u>Medorrhinum 9CH</u> : pour la macération cutanée. + <u>Belladonna 9CH</u> : pour l'inflammation cutanée. +/- <u>Chamomilla 5CH</u> : en cas de diarrhées associées.</p> <p><u>Posologie</u> : 2 granules 3 fois/j à dissoudre dans une petite quantité d'eau.</p> <p><u>Application locale</u> : préparations à base de <i>Calendula</i>.</p>
<b>Phyto-aromathérapie</b>	<p><u>Il n'y a pas de plantes indiquées dans cette affection selon la Pharmacopée européenne. L'usage de la phytothérapie est déconseillé chez le nourrisson/l'enfant.</u></p>



# Les ulcères cutanés

## Les principales causes des ulcères cutanés

Ulcère veineux : unique, de grande taille  
+ douleur, +/- œdème, +/- varices.

Localisation : tiers inférieur du mollet



Ulcère artériel : unique ou multiple

Peau froide, dépilée et lisse

Douleur +++

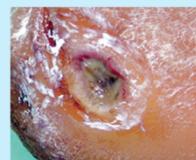
Localisation : suspendue ou distale



Ulcère neuropathique : indolore, de petite taille

+/- malformation des pieds

Localisation : plante du pied



Ulcère de pression (escarre) : variété d'ulcères artériels  
érythème puis perte cutanée +/- profonde

Localisation : sacrum et talon +++



PEC de la cause sous-jacente

PEC locale

PEC de la douleur associée

Nettoyage avec du sérum physiologique (de préférence en unidoses)

+

Pansement adapté à la phase de cicatrisation et à l'exsudation.

## CAS PARTICULIERS

<b>Plaie Hémorragique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alginat pur</li> </ul>
<b>Plaie infectée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pansements antimicrobiens (Argent, Alginat pur)</li> </ul>
<b>Plaie à retard de cicatrisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pansements avec inhibiteur de métalloprotéase</li> <li>Pansements avec acide hyaluronique</li> <li>Thérapie à Pression Négative (TPN - Réservé à l'usage hospitalier)</li> </ul>



# Les lésions précancéreuses et cancéreuses

## Clinique évocatrice des lésions précancéreuses?

### kératose actinique (précurseur du CE)

Lésion érythémateuse squameuse ou croûteuse + surface rugueuse

Localisations fréquentes : zones photoexposées (visage, mains)



### Leucoplasie (précurseur du CE)

Lésion blanchâtre asymptomatique

Localisations fréquentes : muqueuse labiale



### Naevus (précurseur du mélanome)

Macule, papule ou nodule de couleur et de taille variables

Suspect si au moins 3 de ABCDE :

A : asymétrie

B : bords irréguliers

C : couleur hétérogène

D : diamètre > 6 mm

E : évolution



## Orienter (CM)

+

### Conseils de prévention

- Protection solaire adaptée au phototype et à l'exposition
- Arrêt du tabac

### Leucoplasie

#### Exérèse

Autres options :

- Ablation au laser
- ou
- Photothérapie dynamique

### Naevus suspect

#### Exérèse et biopsie

### Kératose actinique

#### Cryothérapie

ou

#### Photothérapie dynamique

ou

#### Traitements locaux

- Imiquimod
- Fluorouracil
- Diclofénac sodique

## Clinique évocatrice des lésions cancéreuses?

### Cancer épidermoïde (CE)

Lésion croûteuse ou bourgeonnante



### Cancer basocellulaire (CBC)

Papule perlée semi-translucide + télangiectasie



### Mélanome

La forme la plus fréquente : mélanome superficiel extensif

Autres formes : mélanome de Dubreuilh

mélanome acral lentigineux

mélanome nodulaire

## Orienter (CM)

Devant toute lésion chronique qui ne cicatrice pas, surtout chez le sujet âgé.

### Mélanome

#### Exérèse chirurgicale + marge de sécurité

+/-

Si atteinte ganglionnaire ou métastase :

- AC monoclonaux anti CLTA-4 (ipilimumab) et anti PD-1 (nivolumab, pembrolizumab)
- Antinéoplasiques (dacarbazine, carmustine, fotémustine, lomustine)
- Inhibiteur de la protéine kinase anti-MEK (tramétinib, cobimétiolib) + anti-BRAF (dabrafénib, vemurafénib).

### CE et CBC

#### Exérèse chirurgicale + marge de sécurité

Si cas inopérables :

- Radiothérapie
- Chimiothérapie (CE)
- Photothérapie dynamique (CBC)
- Imiquimod (CBC)
- Vismodégib (CBC)

## Conclusion

Comme nous avons pu le constater, l'objectif de cette thèse est d'offrir à l'équipe officinale un support qui permet de prendre en charge au mieux les affections dermatologiques à l'officine.

Une connaissance de la physiologie de la peau est primordiale. Elle permet de comprendre les modifications physiopathologiques et, en conséquence, les options thérapeutiques permettant d'obtenir une guérison ou au moins de contrôler le processus pathologique.

En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien d'officine est de plus en plus sollicité par les patients qui ne parviennent pas à prendre rendez-vous chez un médecin et d'autant plus, chez un dermatologue, d'où l'importance de la présentation clinique. En effet, le pharmacien n'est pas autorisé à poser un diagnostic. Cependant, en connaissant les manifestations cliniques de chaque affection, il parvient à faire la différence entre les affections pouvant être prises en charge à l'officine et celles qui nécessitent obligatoirement une consultation. La clinique permet également d'évaluer la sévérité de l'atteinte cutanée et donc l'urgence (ou non) de la prise en charge médicale.

Étant donné qu'une grande partie des affections dermatologiques nécessite une prise en charge médicale, les patients arrivent souvent avec une ordonnance. Dans ce contexte-là, le pharmacien joue un rôle important en s'assurant de l'absence de contre-indications et de la bonne compréhension du traitement par le patient.

Que ce soit une demande spontanée ou une ordonnance à analyser, le pharmacien est tenu de prodiguer des conseils qui optimisent la prise en charge du patient. Ces derniers sont en lien avec les traitements médicamenteux, l'hygiène de vie et la prévention.

Ce travail représente donc un document qui ressemble les éléments nécessaires pour une prise en charge globale des affections dermatologiques courantes. Il aboutit à des fiches faciles à consulter qui récapitulent les points essentiels dans cette prise en charge.

# Bibliographie

1. Dermato-Info. les fonctions de la peau [Internet]. dermato-info.fr. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/c-est-quoi-la-peau/un-organe-multifonction>
2. Das A, Sethi S. Concise Dermatology [Internet]. 1<sup>re</sup> éd. Sarkar R, éditeur. CRC Press; 2021 [cité 1 juill 2022]. 272 p. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781000339642>
3. Mescher AL, Junqueira LCU, Mescher AL. Junqueira's basic histology: text and atlas. 15<sup>e</sup> éd. United states; 2018. 559 p.
4. Eckert RL, Rorke EA. Molecular biology of keratinocyte differentiation. Environmental Health Perspectives. mars 1989;80:109-16.
5. Yousef H, Alhajj M, Sharma S. Anatomy, Skin (Integument), Epidermis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470464/>
6. Cichorek M, Wachulska M, Stasiewicz A. Heterogeneity of neural crest-derived melanocytes. Open Life Sciences. 1 avr 2013;8(4):315-30.
7. Jaitley S, Saraswathi T. Pathophysiology of Langerhans cells. J Oral Maxillofac Pathol. 2012;16(2):239-44.
8. Weller R, Hunter H, Mann M. Clinical Dermatology. 5<sup>e</sup> éd. UK: JohnWiley & Sons Ltd; 2015. 438 p.
9. Munde P, Khandekar S, Dive A, Sharma A. Pathophysiology of merkel cell. J Oral Maxillofac Pathol. 2013;17(3):408.
10. Lanigan SW, Zaidi Z. Dermatology in Clinical Practice. London: Springer London; 2010. 577 p.
11. Hall BJ, Hall JC, Sauer GC. Sauer's manual of skin diseases. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 564 p.
12. Burge SM, Matin R, Wallis D. Oxford handbook of medical dermatology. Second edition. New York, NY: Oxford University Press; 2016. 693 p. (Oxford medical publications).
13. Marks JG, Miller JJ, Lookingbill DP. Lookingbill and Marks' principles of dermatology. Fifth edition. London ; New York: Saunders Elsevier; 2013. 298 p.
14. Martel JL, Miao JH, Badri T. Anatomy, Hair Follicle. StatPearls [Internet]. 2022 [cité 5 juill 2022]; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470321/>
15. Themes UFO. Hair Diseases [Internet]. Plastic Surgery Key. 2020 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://plasticsurgerykey.com/hair-diseases/>
16. James W, Berger T, Elston D. Andrew's diseases of the skin. 11<sup>e</sup> éd. USA: Elsevier inc.; 2011. 959 p.
17. Jain S. Dermatology, Illustrated study guide and comprehensive board review. New York, NY: Springer New York; 2012. 369 p.
18. Rayons du soleil et risques de cancer • Cancer Environnement [Internet]. Cancer Environnement. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/rayons-du-soleil/>
19. D'Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV Radiation and the Skin. Int J Mol Sci. 7 juin 2013;14(6):12222-48.
20. Burns T, Breathnach S, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. 8<sup>e</sup> éd. Vol. 1. UK: Wiley-Blackwell; 2010.
21. van Logtestijn MDA, Domínguez-Hüttinger E, Stamatas GN, Tanaka RJ. Resistance to Water Diffusion in the Stratum Corneum Is Depth-Dependent. PLoS One. 11 févr 2015;10(2):e0117292.
22. Proksch E, Brandner JM, Jensen JM. The skin: an indispensable barrier. Experimental Dermatology. déc 2008;17(12):1063-72.
23. Arens E, Zhang H. The skin's role in human thermoregulation and comfort. In: Thermal and Moisture Transport in Fibrous Materials [Internet]. Elsevier; 2006 [cité 7 juill 2022]. p. 560-602. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9781845690571500168>
24. Cranston WI. Thermoregulation and the Skin. In: Greaves MW, Shuster S, éditeurs. Pharmacology of the Skin I: Pharmacology of Skin Systems Autocoids in Normal and Inflamed Skin [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 1989 [cité 7 juill 2022]. p. 213-21. (Handbook of Experimental Pharmacology). Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-3-642-73797-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-642-73797-8_12)

25. Battault S, Whiting SJ, Peltier SL, Sadrin S, Gerber G, Maixent JM. Vitamin D metabolism, functions and needs: from science to health claims. *Eur J Nutr.* mars 2013;52(2):429-41.
26. Fitzpatrick JE, Morelli JG. Dermatology secrets plus. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby; 2016.
27. Dyall-Smith D. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology [Internet]. 7<sup>e</sup> éd. USA: McGraw-Hill Education; 2013 [cité 10 juill 2022]. 916 p. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-0960.2006.00303.x>
28. Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. Dermatology. 2. 3. ed. s.l.: Elsevier Saunders; 2012. 1187 p.
29. Eichenfield LF, Frieden IJ, Mathes EF, Zaenglein AL. Neonatal and infant dermatology [Internet]. 2015 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: [https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc\\_100052638687.0x000001](https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052638687.0x000001)
30. Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D, Beneton N, Lorette G, Maruani A. Les dermites du siège du nourrisson. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie.* janv 2015;142(1):54-61.
31. FEREY D. Conseils en pharmacie-dermatologie et cosmétologie. paris: Maloine; 2022. 268 p.
32. Les causes et la prévention des fesses rouges [Internet]. VIDAL. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/fesses-rouges-nourrisson/causes.html>
33. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>
34. Quemoun AC, Pensa S. Ma bible de l'homéopathie. Paris: LEDUC S.; 2021. 692 p. (Bible).
35. Fölster-Holst R. Differential diagnoses of diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology.* 2018;35(S1):s10-8.
36. Collège des enseignants en dermatologie de France. Dermatologie. 6<sup>e</sup> éd. Paris: Elsevier Masson; 2014. 428 p.
37. Varicelle [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/varicelle>
38. Recommandations Varicelle [Internet]. VIDAL. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/varicelle-1474.html>
39. Masson J Louis. L'homéopathie de A à Z. Paris: Marabout; 2012. 126 p.
40. Prevention CC for DC and. CDC - Scabies - Biology [Internet]. 2019 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/biology.html>
41. Society PCD. Scabies [Internet]. Primary Care Dermatology Society. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/scabies>
42. Recommandations Gale [Internet]. VIDAL. [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/gale-3396.html>
43. Dermato-Info. la gale [Internet]. dermato-info.fr. [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-gale>
44. Pyréthrines - Produits SCF [Internet]. Société Chimique de France (SCF). [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://new.societechimiquefrance.fr/produits/pryethrines/>
45. Allergie aux acariens [Internet]. [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: [http://www.pneumocourlancy.fr/page\\_allergie\\_acariens.html#](http://www.pneumocourlancy.fr/page_allergie_acariens.html#)
46. Prevention CC for DC and. CDC - Lice - Head Lice - Biology [Internet]. 2019 [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/biology.html>
47. Ko CJ, Elston DM. Pediculosis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* janv 2004;50(1):1-12.
48. Paus R, Cotsarelis G. The Biology of Hair Follicles. Epstein FH, éditeur. *N Engl J Med.* 12 août 1999;341(7):491-7.
49. Micali G, Lacarrubba F. Dermatoscopy in Clinical Practice: Beyond Pigmented Lesions. UK: Informa UK; 130 p.
50. Recommandations Pédiculoses [Internet]. VIDAL. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/pediculoses-3397.html>
51. Poux: comment s'en débarrasser? [Internet]. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poux/bons-reflexes>
52. Burgess IF. The mode of action of dimeticone 4% lotion against head lice, *Pediculus capitis.* *BMC Pharmacol.* déc 2009;9(1):3.

53. Dermato-Info. Prise en charge de la pédiculose du cuir chevelu en 2019 en France [Internet]. dermato-info.fr. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/actualite%C3%A9/communiqué-SFD-prise-en-charge-de-la-p%C3%A9diculose-du-cuir-chevelu-en-2019-en-France>
54. Anti-poux [Internet]. Puressentiel. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://fr.puressentiel.com/collections/anti-poux>
55. Anti-Poux | Pranarôm [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.pranarom.fr/fr/10170-anti-poux>
56. Anti-poux [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.gammeapaisyl.com/anti-poux>
57. Découvrez la gamme Pouxit Traitement [Internet]. insect écran. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.pouxit.fr/gamme/pouxit-traitement>
58. Bobonich MA, Nolen ME, éditeurs. Dermatology for advanced practice clinicians. First edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. 405 p.
59. Recommandations Acné [Internet]. VIDAL. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/acne-1504.html>
60. Rosacée - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1292>
61. Schmutz JL. Signes cliniques de la rosacée. Annales de Dermatologie et de Vénérérologie. sept 2014;141:S151-7.
62. National Rosacea Society [Internet]. Rosacea.org - National Rosacea Society. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.rosacea.org/>
63. FB Dermatology - Healthcare Professional - Kleresca® Rosacea About [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://fb-dermatology.com/en/healthcare-professional/kleresca/rosacea/about>
64. Dermato-Info. la couperose et la rosacée [Internet]. dermato-info.fr. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-couperose-et-la-rosac%C3%A9e>
65. Czernielewski DJ. Rosacée : où en sommes-nous ? REVUE MÉDICALE SUISSE. 2016;6.
66. staff. Conseils des dermatologues pour limiter les poussées de rosacée [Internet]. Société canadienne de l'acné et de la rosacée. 2020 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.rosaceahelp.ca/fr/2020/03/31/conseils-limiter-poussees-rosacee/>
67. Couperose et rosacée : les bons gestes à adopter [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/rosacee-couperose/suivi-medical-bons-reflexes-quotidien>
68. Tavassoli S, Wong N, Chan E. Ocular manifestations of rosacea: A clinical review. Clin Experiment Ophthalmol. mars 2021;49(2):104-17.
69. Cisse M, Maruani A, Bré C, Domart P, Jonville-Bera AP, Machet L. Rosacée fulminante au début d'une grossesse par fécondation in vitro et transfert d'embryons (FIVETE). Annales de Dermatologie et de Vénérérologie. oct 2008;135(10):675-8.
70. Soutor C, Hordinsky MK. Clinical Dermatology. 1<sup>re</sup> éd. USA: McGraw-Hill Education; 2013.
71. Recommandations Dermite séborrhéique de l'adolescent et de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dermite-seborrheique-de-l-adolescent-et-de-l-adulte-1493.html>
72. Recommandations Dermatite atopique de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dermatite-atopique-de-l-adulte-2731.html>
73. Eczéma atopique : que faire ? [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/eczema-atopique/que-faire-quand-consultez>
74. Dermato-Info. l'eczéma de contact [Internet]. dermato-info.fr. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/1%20%80%99ecz%C3%A9ma-de-contact>
75. Recommandations Psoriasis en plaques de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/psoriasis-en-plaques-de-l-adulte-1625.html>
76. MedG) T (admin. Panaris [Internet]. MedG. 2019 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur:

- <https://www.medg.fr/panaris/>
77. Panaris : définition, causes et symptômes [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/panaris/panaris-causes-symptomes>
78. Dr.Salabi. Panaris au doigt : causes, symptômes et traitements - CMEM à Marseille [Internet]. Centre Main Epaule Méditerranée. 2021 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cmem-marseille.fr/actualites-information/panaris-au-doigt-causes-symptomes-et-traitements/>
79. Panaris : consultation et traitement [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/panaris/traitement>
80. Comment réagir en cas de panaris ? [Internet]. VIDAL. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/panaris/que-faire.html>
81. Les causes et la prévention des panaris - VIDAL [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/panaris/causes-prevention.html>
82. Recommandations Impétigo [Internet]. VIDAL. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/impetigo-3525.html>
83. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Annales de Dermatologie et de Vénérérologie. oct 2019;146(10):610-25.
84. Soigner l'impétigo avec l'homéopathie [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.xn--homopathie-d7a.com/pathologies/impetigo.html>
85. Recommandations Érysipèle et autres dermohypodermes bactériennes [Internet]. VIDAL. [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/erysipele-et-autres-dermohypodermes-bacteriennes-1532.html>
86. Érysipèle : consultation et traitement [Internet]. [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/erysipele/consultation-traitement>
87. Kurokawa C, Lynn GE, Pedra JHF, Pal U, Narasimhan S, Fikrig E. Interactions between *Borrelia burgdorferi* and ticks. Nat Rev Microbiol. oct 2020;18(10):587-600.
88. Recommandations Lyme (maladie de) [Internet]. VIDAL. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/lyme-maladie-de-4063.html>
89. Borréliose de lyme [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/borreliose-de-lyme>
90. Morsure de tique et prévention de la maladie de Lyme : que faire ? [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-tique-maladie-de-lyme-que-faire>
91. Recommandations Mycoses cutanéomuqueuses [Internet]. VIDAL. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/mycoses-cutaneomuqueuses-1685.html>
92. Onychomycose - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/pathologie-ungu%C3%A9ale/onychomycose>
93. Actualité - Traitement de la teigne de l'enfant et indisponibilité de la griséofulvine : l'ANSM précise la conduite à tenir - ANSM [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/traitement-de-la-teigne-de-l-enfant-et-indisponibilite-de-la-griseofulvine-lansm-précise-la-conduite-a-tenir>
94. Causes et prévention des ampoules [Internet]. VIDAL. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/ampoule/causes.html>
95. Blisters [Internet]. nhs.uk. 2017 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/conditions/blisters/>
96. Comment réagir en cas d'ampoule ? [Internet]. VIDAL. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/ampoule/que-faire.html>
97. Éviter les ampoules et les cloques [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/ampoules-cloques/eviter-ampoules-cloques>
98. Podoactiva. Leaders en podologie. Podologues experts en Biomécanique et études biomécaniques [Internet]. Podoactiva. Líderes en Podología. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.podoactiva.com/fr/es>

99. Traitement des cors, callosités et durillons des pieds [Internet]. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cors-pieds/traitement>
100. Comment soigne-t-on les cors et les durillons [Internet]. VIDAL. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/cors-durillon-oeil-perdrix/traitements.html>
101. Les causes et la prévention des cors et durillons [Internet]. VIDAL. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/cors-durillon-oeil-perdrix/causes.html>
102. Bich CS, Baus A, Machavoine R, Duhoux A, Brachet M, Lakhel A, et al. Étiologies des brûlures. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 avr 2019;3(2):10-4.
103. J.-L Chabernaud, Claudet I, Rebouissoux L. Accidents et jeux dangereux chez l'enfant. 2016;20.
104. Comment soigner des brûlures légères ? [Internet]. VIDAL. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure/traitements.html>
105. Bonhomme J. QUELS PANSEMENTS POUR QUELLES PLAIES CHRONIQUES. :40.
106. Le traitement des piqûres d'animaux [Internet]. VIDAL. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/piqure-insectes-animaux/traitements.html>
107. Piqûres de guêpes, abeilles, frelons et bourdons [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/piques-guepes-abeilles-frelons-bourdons>
108. Nos médicaments | Boiron [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/nos-produits/nos-medicaments>
109. Prévention commune contre les moustiques [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/piqure-moustique-maladies/prevention-commune>
110. Recommandations Herpès cutanéomuqueux [Internet]. VIDAL. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/herpes-cutaneomuqueux-1479.html>
111. Recommandations Verrue cutanée [Internet]. VIDAL. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/verrue-cutanee-1575.html>
112. Verres : que faire ? [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/verrues/que-faire-quand-consulter-verrues>
113. Dermato-Info. les kératoses actiniques [Internet]. dermato-info.fr. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-k%C3%A9ratose-actinique>
114. Produits solaires - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: [https://archiveansm.integra.fr/Dossiers/Securite-des-produits-cosmetiques/Produits-solaires/\(offset\)/4](https://archiveansm.integra.fr/Dossiers/Securite-des-produits-cosmetiques/Produits-solaires/(offset)/4)
115. Les pansements : Indications et utilisations recommandées - Fiche BUTS [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts)
116. Plaies et cicatrisation [Internet]. OMÉDIT Bretagne. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.omeditbretagne.fr/produit-de-sante/dispositifs-medicaux/plaies-et-cicatrisation/>
117. Recommandations Abcès cutanés, furoncles, anthrax [Internet]. VIDAL. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/abces-cutanes-furoncles-anthrax-4066.html>
118. Dossier thématique - Acné sévère et traitement par isotrétinoïn - ANSM [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/acne-severe-et-traitement-par-isotretinoine>
119. SFD | Scores et échelles [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/page-27-scores-et-echelles>

# Table des matières

<b>SOMMAIRE .....</b>	
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>I- PHYSIOLOGIE DE LA PEAU .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Structure de la peau .....</b>	<b>2</b>
1.1. L'épiderme .....	2
1.1.1. Le kératinocyte .....	3
1.1.2. Le mélanocyte .....	4
1.1.3. La cellule de Langerhans .....	4
1.1.4. La cellule de Merkel .....	5
1.2. La jonction dermo-épidermique .....	5
1.3. Le derme .....	5
1.3.1. Les fibroblastes .....	6
1.3.2. Les histiocytes .....	7
1.3.3. Les mastocytes .....	7
1.3.4. Les cellules dendritiques dermiques .....	7
1.4. L'hypoderme .....	7
1.5. Les annexes cutanées .....	7
1.5.1. Les structures glandulaires .....	7
a) La glande sébacée .....	7
b) La glande sudoripare apocrine .....	8
c) La glande sudoripare eccrine .....	8
1.5.2. Le follicule pileux .....	8
1.5.3. L'ongle .....	10
<b>2. Fonctions de la peau .....</b>	<b>11</b>
2.1. Photoprotection .....	11
2.2. Fonction immunitaire .....	11
2.3. Fonction de barrière physique .....	11
2.4. Thermorégulation .....	12
2.5. Synthèse de la vitamine D .....	12
2.6. Fonction sensorielle .....	12
<b>II- LES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DERMATOLOGIQUES .....</b>	<b>13</b>
<b>1. Les lésions élémentaires primitives .....</b>	<b>13</b>
1.1. Les lésions visibles mais non palpables .....	13
1.1.1. Macules .....	13
a) Les macules rouges .....	13
b) Les macules pigmentées .....	13
c) Les macules dépigmentées .....	13
1.1.2. Tâches .....	14
1.2. Lésions palpables à contenu solide .....	14
1.2.1. Papule .....	14
1.2.2. Plaque .....	14
1.2.3. Nodule .....	14
1.3. Lésions palpables à contenu liquide .....	15
1.3.1. Vésicule .....	15
1.3.2. Bulle .....	15
1.3.3. Pustule .....	15
1.3.4. Abcès .....	15
1.4. Autres lésions élémentaires primitives .....	16
1.4.1. Kyste .....	16
1.4.2. Wheal .....	16
1.4.3. Sillon .....	16
1.4.4. Comédon .....	16
1.4.5. Télangiectasie .....	16
<b>2. Les lésions élémentaires secondaires .....</b>	<b>18</b>
2.1. Avec peau recouverte .....	18

2.1.1.	Squames .....	18
2.1.2.	Croûtes .....	18
2.2.	Avec perte de substance .....	18
2.2.1.	Érosion .....	18
2.2.2.	Ulcère .....	18
2.2.3.	Fissure .....	19
2.2.4.	Cicatrice .....	19
2.3.	Avec anomalie de texture .....	19
2.3.1.	Atrophie .....	19
2.3.2.	Lichénification .....	19
2.4.	Autres lésions élémentaires secondaires .....	20
2.4.1.	Chancre .....	20
2.4.2.	Kérose .....	20
2.4.3.	Sclérose .....	20
<b>III.</b>	<b>LES DERMATOSES FACIALES .....</b>	<b>22</b>
<b>1.</b>	<b>Acné .....</b>	<b>22</b>
1.1.	Pathophysiologie .....	22
1.2.	Manifestations cliniques .....	23
1.3.	Prise en charge .....	23
1.4.	Mesures et conseils associés .....	24
<b>2.</b>	<b>Rosacée.....</b>	<b>25</b>
2.1.	Pathophysiologie .....	26
2.2.	Manifestations cliniques .....	26
2.2.1.	La forme érythémato-télangiectasique .....	26
2.2.2.	La forme papulo-pustuleuse .....	27
2.2.3.	La forme hypertrophique ou le rhinophyma .....	27
2.3.	Prise en charge .....	28
2.4.	Mesures et conseils associés .....	28
<b>3.</b>	<b>Dermite séborrhéique .....</b>	<b>29</b>
3.1.	Pathophysiologie .....	29
3.2.	Manifestations cliniques .....	29
3.3.	Prise en charge .....	30
3.4.	Mesures et conseils associés .....	30
<b>IV- LES DERMATOSES PAPULOSQUAMEUSES ET ECZÉMATEUSES .....</b>	<b>32</b>	
<b>1.</b>	<b>Psoriasis .....</b>	<b>32</b>
1.1.	Physiopathologie .....	32
1.2.	Manifestations cliniques .....	32
1.3.	Prise en charge .....	33
1.3.1.	TraITEMENT médicamenteux .....	33
1.3.2.	Photothérapie .....	33
1.3.3.	Autres options thérapeutiques .....	33
1.4.	Mesures et conseils associés .....	33
<b>2.</b>	<b>Dermatite atopique .....</b>	<b>35</b>
2.1.	Pathophysiologie .....	35
2.2.	Manifestations cliniques .....	35
2.3.	Prise en charge .....	36
2.3.1.	TraITEMENT des poussées .....	36
2.3.2.	TraITEMENT de fond .....	36
2.4.	Mesures et conseils associés .....	37
<b>3.</b>	<b>Dermatite de contact (eczéma de contact).....</b>	<b>38</b>
3.1.	Pathophysiologie .....	38
3.2.	Manifestations cliniques .....	39
3.3.	Prise en charge .....	40
<b>V- LES INFECTIONS VIRALES .....</b>	<b>41</b>	
<b>1.</b>	<b>Varicelle .....</b>	<b>41</b>
1.1.	Pathophysiologie .....	41
1.2.	Manifestations cliniques .....	42
1.3.	Prise en charge .....	42

1.3.1.	Traitements antipyrrétiques .....	42
1.3.2.	Traitements antiprurigineux.....	43
1.3.3.	Antiseptiques locaux .....	43
1.4.	Mesures et conseils associés .....	43
<b>2.</b>	<b>Herpès orolabial .....</b>	<b>44</b>
2.1.	Pathophysiologie .....	44
2.2.	Manifestations cliniques.....	45
2.3.	Prise en charge .....	45
2.4.	Mesures et conseils associés .....	46
<b>3.</b>	<b>Verrues cutanées .....</b>	<b>47</b>
3.1.	Pathophysiologie .....	47
3.2.	Manifestations cliniques.....	47
3.2.1.	Verrues vulgaires communes.....	47
3.2.2.	Myrmécie .....	47
3.2.3.	Verrues en mosaïque .....	48
3.2.4.	Verrues planes .....	48
3.3.	Prise en charge .....	49
3.4.	Mesures et conseils associés .....	50
<b>4.</b>	<b>Molluscum contagiosum .....</b>	<b>51</b>
4.1.	Pathophysiologie .....	51
4.2.	Manifestations cliniques.....	51
4.3.	Prise en charge .....	51
4.4.	Mesures et conseils associés .....	52

## **VI- LES INFECTIONS BACTÉRIENNES .....** **53**

<b>1.</b>	<b>Panaris.....</b>	<b>53</b>
1.1.	Pathophysiologie .....	53
1.2.	Manifestations cliniques.....	53
1.3.	Prise en charge .....	53
1.3.1.	Phase catarrhale.....	53
1.3.2.	Phase d'état.....	54
1.4.	Mesures et conseils associés .....	54
<b>2.</b>	<b>Folliculite, furoncle et abcès.....</b>	<b>54</b>
2.1.	Pathophysiologie .....	54
2.2.	Manifestations cliniques.....	55
2.3.	Prise en charge .....	55
2.4.	Mesures et conseils associés .....	56
<b>3.</b>	<b>Impétigo .....</b>	<b>56</b>
3.1.	Pathophysiologie .....	57
3.2.	Manifestations cliniques.....	57
3.3.	Prise en charge .....	57
3.4.	Mesures et conseils associés .....	58
<b>4.</b>	<b>Érysipèle .....</b>	<b>59</b>
4.1.	Pathophysiologie .....	59
4.2.	Manifestations cliniques.....	59
4.3.	Prise en charge .....	59
4.4.	Mesures et conseils associés .....	60

## **VII- LES INFECTIONS FONGIQUES .....** **61**

<b>1.</b>	<b>Infections de la peau glabre.....</b>	<b>61</b>
1.1.	Dermatophytose circinée .....	61
1.2.	Intertrigo .....	61
1.3.	Pityriasis versicolor .....	62
1.4.	Prise en charge .....	63
1.5.	Mesures et conseils associés .....	63
<b>2.</b>	<b>Infections mycosiques de l'ongle (onychomycose) .....</b>	<b>64</b>
2.1.	Onychomycose à candida.....	64
2.2.	Onychomycose dermatophytique .....	65
2.3.	Prise en charge .....	65
2.4.	Mesures et conseils associés .....	65
<b>3.</b>	<b>Teignes .....</b>	<b>66</b>

3.1.	Pathophysiologie .....	66
3.2.	Manifestations cliniques.....	66
3.2.1.	Teigne tondante microsporique.....	67
3.2.2.	Teigne tondante trichophytique .....	67
3.3.	Prise en charge .....	67
3.4.	Mesures et conseils associés .....	67
<b>VIII- LES ECTOPARASITOSES CUTANÉES .....</b>		<b>68</b>
<b>1.      <i>Gale</i>.....</b>		<b>68</b>
1.1.	Pathophysiologie .....	68
1.2.	Manifestations cliniques.....	68
1.3.	Prise en charge .....	69
1.4.	Mesures et conseils associés .....	70
<b>2.      <i>Pédiculose du cuir chevelu</i> .....</b>		<b>71</b>
2.1.	Pathophysiologie .....	71
2.2.	Manifestations cliniques.....	71
2.3.	Prise en charge .....	72
2.3.1.	Traitement mécanique.....	72
2.3.2.	Traitement par des produits asphyxiants.....	72
2.4.	Mesures et conseils associés .....	73
<b>IX- LES LÉSIONS TRAUMATIQUES .....</b>		<b>75</b>
<b>1.      <i>Piqûres d'insectes</i> .....</b>		<b>75</b>
1.1.	Prise en charge .....	75
1.2.	Mesures et conseils associés .....	77
<b>2.      <i>Ampoules de frottement</i>.....</b>		<b>79</b>
2.1.	Manifestations cliniques.....	79
2.2.	Prise en charge .....	79
2.3.	Mesures et conseils associés .....	80
<b>3.      <i>Callosités : cors et durillon</i> .....</b>		<b>81</b>
3.1.	Manifestations cliniques.....	81
3.2.	Prise en charge .....	82
3.3.	Mesures et conseils associés .....	82
<b>4.      <i>Brûlures cutanées</i> .....</b>		<b>83</b>
4.1.	Manifestations cliniques.....	83
4.2.	Prise en charge .....	84
4.3.	Mesures et conseils associés .....	85
<b>5.      <i>Érythème fessier du nourrisson (la dermite en « W »)</i> .....</b>		<b>86</b>
5.1.	Pathophysiologie .....	87
5.2.	Manifestations cliniques.....	87
5.3.	Prise en charge .....	87
5.4.	Mesures et conseils associés .....	88
<b>6.      <i>Ulcères</i>.....</b>		<b>89</b>
6.1.	Pathophysiologie .....	89
6.2.	Manifestations cliniques.....	90
6.3.	Prise en charge .....	91
<b>X-LES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET CANCÉREUSES .....</b>		<b>92</b>
<b>1.      <i>Carcinomes</i> .....</b>		<b>92</b>
1.1.	Carcinome épidermoïde .....	92
1.2.	Carcinome basocellulaire .....	93
<b>2.      <i>Nævus mélanoctaire</i>.....</b>		<b>94</b>
<b>3.      <i>Mélanome</i>.....</b>		<b>94</b>
<b>4.      <i>Prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses</i> .....</b>		<b>96</b>
4.1.	Les lésions précancéreuses .....	96
4.1.1.	Kératose actinique .....	96
4.1.2.	Leucoplasie.....	96
4.1.3.	Nævus mélanoctaire .....	96
4.2.	Les carcinomes cutanés.....	96
4.3.	Les mélanomes .....	97
<b>5.      <i>Prévention des cancers cutanés</i> .....</b>		<b>97</b>

<b>XI- LES FICHES DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES .....</b>	<b>99</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>126</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>131</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>136</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>139</b>
<b>TABLE DES ANNEXES.....</b>	<b>140</b>

# Table des illustrations

Figure 1 : Structure de l'épiderme <sup>(3)</sup> .....	3
Figure 2 : Étapes de la kératinisation dans l'épiderme (modifié d'après <sup>(4)</sup> ) .....	4
Figure 3 : Jonction dermo-épidermique (modifié d'après <sup>(11)</sup> ) .....	5
Figure 4 : Vue d'ensemble de la peau (modifié d'après <sup>(3)</sup> ) .....	6
Figure 5 : Glandes cutanées (modifié d'après <sup>(13)</sup> ) .....	8
Figure 6 : Follicule pileux. Section longitudinale du follicule pileux (A). La tige pilaire (B) <sup>(15)</sup> .....	9
Figure 7 : Phases du cycle capillaire (modifié d'après <sup>(16)</sup> ) .....	10
Figure 8 : Structure de l'ongle. Vue longitudinale (A). Vue sagittale(B) <sup>(10)</sup> .....	10
Figure 9 : Lésions visibles non palpables. Macule rouge (A). Macule pigmentée (B). Tâche hypopigmentée (C) <sup>(26,28)</sup> .....	14
Figure 10 : Lésions palpables et solides. Papules (A). Plaques (B). Nodule (C) <sup>(26,28)</sup> .....	14
Figure 11 : Lésions palpables à contenu liquide. Vésicules (A). Bulle (B). Pustule (C). Abcès (D) <sup>(10,16,28)</sup> .15	15
Figure 12 : Autres lésions élémentaires. Kyste (A). Wheel (B). Télangiectasie (C). Comédon noir (D). Comédon blanc (E). Sillon sarcoptique (F) <sup>(28,29)</sup> .....	16
Figure 13 : Lésions secondaires avec peau recouverte. Croûtes (A). Squames (B) <sup>(28,29)</sup> .....	18
Figure 14 : Lésions secondaires avec perte de substance. Érosion (A). Ulcère (B). Cicatrice (C). Fissure (D) <sup>(28,29)</sup> .....	19
Figure 15 : Lésions secondaires avec anomalie de texture. Atrophie (A). Lichénification (B) <sup>(28,29)</sup> .....	19
Figure 16 : Autres lésions élémentaires secondaires. Chancre (A). Kératose (B). Sclérose (C) <sup>(28)</sup> .....	20
Figure 17 : Pathophysiologie de l'acné (modifié d'après <sup>(8)</sup> ) .....	22
Figure 18 : Comédons. Comédon fermé (flèche supérieure) et comédon ouvert (flèche inférieure) <sup>(27)</sup> ....	23
Figure 19 : Lésions inflammatoires de l'acné. Papules (flèche supérieure), pustules (flèche inférieure) (A) et nodules (B) <sup>(16)</sup> .....	23
Figure 20 : Rosacée. Les zones de prédisposition de l'atteinte cutanée <sup>(62)</sup> .....	26
Figure 21 : Rosacée. La forme érythémato-télangiectasique <sup>(63)</sup> .....	27
Figure 22 : Rosacée. La forme papulo-pustuleuse <sup>(28)</sup> .....	27
Figure 23 : Rosacée. Les stades du rhinophyma. Télangiectasie (A). Rhinophyma débutant (B). Rhinophyma avancé (C) <sup>(17,28)</sup> .....	27
Figure 24 : Dermite séborrhéique. Pellicules (A). Plaque érythémato-squameuse (B). Croûtes de lait chez un nourrisson (C) <sup>(28,70)</sup> .....	29
Figure 25 : Psoriasis. Les localisations les plus fréquentes (A). La plaque psoriasique classique (B). Ongles en « dé à coudre » (C) <sup>(16,28)</sup> .....	32
Figure 26 : Dermatite atopique. Zones de prédisposition chez le nourrisson (A) et l'adulte (B) <sup>(28)</sup> .....	35
Figure 27 : Dermatite atopique. Atteinte des zones convexes du visage chez le nourrisson(A). Atteinte des creux poplitées chez un enfant (B). Lichénification chez un adulte (C) <sup>(16,27)</sup> .....	36
Figure 28 : Dermatite de contact irritante sur les mains (A). Forme chronique (peau fissurée et lichénifiée) (B) <sup>(58)</sup> .....	39
Figure 29 : Dermatite de contact allergique. Atteinte généralisée (shampooing) (A). Atteinte localisée au cou (collier) (B) et aux yeux (collyres) (C) <sup>(58)</sup> .....	39

Figure 30 : Pathophysiologie de la varicelle (modifié d'après <sup>(8)</sup> ).....	41
Figure 31 : Varicelle. Lésions cutanées (A). Lésions de la muqueuse buccale (B) <sup>(28)</sup> .....	42
Figure 32 : Physiopathologie de l'herpès labial. Primo-infection « gingivostomatite » (A). Latence clinique (B). Réactivation virale (C) <sup>(27)</sup> .....	45
Figure 33 : Clinique du HSV. Primo-infection (érosions buccales) (A). Réactivation virale (B) <sup>(8,70)</sup> .....	45
Figure 34 : Verrues vulgaires sur la face dorsale du pouce <sup>(28)</sup> .....	47
Figure 35 : Myrmécie. Aspect initial (A). Aspect hyperkératosique(B) <sup>(16,28)</sup> .....	48
Figure 36 : Verrues plantaires en mosaïque. Plaque hyperkératosique avec plusieurs verrues étroitement disposées (A). Après grattage de la surface (B) <sup>(8,28)</sup> .....	48
Figure 37 : Verrues planes sur la face dorsale de la main <sup>(13)</sup> .....	48
Figure 38 : Molluscum contagiosum. Papules de couleur rosâtre ayant une ombilication centrale <sup>(27)</sup> .....	51
Figure 39 : Panaris. Phase catarrhale (A). Phase d'état (B) <sup>(78)</sup> .....	53
Figure 40 : Infections bactériennes de la peau. Folliculite (A), furoncle (B) et abcès(C) <sup>(11,13)</sup> .....	55
Figure 41 : Impétigo. Non bulleux (A) et bulleux (B) <sup>(70)</sup> .....	57
Figure 42 : Érysipèle au niveau de la jambe <sup>(16)</sup> .....	59
Figure 43 : Dermatophytose circinée. Lésion initiale (A). Forme polycyclique plus évoluée avec guérison centrale (B) <sup>(28)</sup> .....	61
Figure 44 : Intertrigo candidosique. intertrigo de petits plis (A). intertrigo de grands plis (B) <sup>(11)</sup> .....	62
Figure 45 : Dermatophytose des plis. Intertrigo inter-orteils (A). Intertrigo du pli inguinal (B) <sup>(70)</sup> .....	62
Figure 46 : Pityriasis versicolor. Macules chamois sur la partie supérieure du bras <sup>(70)</sup> .....	62
Figure 47 : Onychomycose à candida. Paronychie associée à l'atteinte de l'ongle <sup>(36)</sup> .....	65
Figure 48 : Onychomycose dermatophytique. Atteinte de la partie distale de l'ongle (A). Atteinte évoluée avec onycholyse <sup>(28,92)</sup> .....	65
Figure 49 : Teigne tondante microsporique <sup>(27)</sup> .....	67
Figure 50 : Teigne tondante trichophytique <sup>(27)</sup> .....	67
Figure 51 : Cycle parasitaire du Sarcoptes scabiei var. hominis (modifié d'après <sup>(28)</sup> ) .....	68
Figure 52 : Lésions spécifiques de la gale. Nodule scabieux(A). Sillon scabieux(B). Vésicules perlées (C) <sup>(8,41)</sup> .....	69
Figure 53 : Topographie de lésions de grattage de la gale (modifié d'après <sup>(27)</sup> ) .....	69
Figure 54 : Gale du nourrisson/de l'enfant. Nodules scabieux (A). Atteinte plantaire vésiculaire (B) <sup>(36,43)</sup> .....	69
Figure 55 : Cycle de vie de Pediculus humanus var. capitis (modifié d'après <sup>(28)</sup> ) .....	71
Figure 56 : Pédiculose du cuir chevelu. Poux adulte actif (A). Lentes avant éclosion(B). Lentes vides(C) <sup>(49)</sup> .....	72
Figure 57 : Pédiculose du cuir chevelu illustrant des lentes fixées sur les cheveux <sup>(28)</sup> .....	72
Figure 58 : Érythème migrant. Plaque rouge autour de la piqûre (A). Extension centrifuge avec éclaircissement central (B) <sup>(13,70)</sup> .....	76
Figure 59 : Ampoule. Ampoule intacte (A). Ampoule percée (B) <sup>(95)</sup> .....	79
Figure 60 : Callosités du pied. Cor (petit orteil) (A). Durillon (plante du pied) (B). Œil-de-perdrix(C) <sup>(98)</sup> .....	81
Figure 61 : Règle de neuf de wallace et tableau de Lund et Browder <sup>(28,103)</sup> .....	84
Figure 62 : Dermite d'irritation ou la dermatite en « W » (modifié d'après <sup>(30,35)</sup> ).....	87
Figure 63 : Ulcères. Ulcère veineux (A). Ulcère artériel (B). Ulcère neuropathique <sup>(28,70)</sup> .....	90

Figure 64 : Escarres. Les localisations les plus touchées (A). Escarre du talon (B). Escarre du sacrum (C) <sup>(28)</sup>	90
Figure 65 : Lésions précancéreuses. Kératose actinique (A) et leucoplasie (B) <sup>(28)</sup>	92
Figure 66 : Cancer épidermoïde. Maladie de Bowen (A). Cancer invasif sur la lèvre (B). Cancer invasif ulcéré (C). Cancer invasif bourgeonnant (D) <sup>(28)</sup>	93
Figure 67 : Cancer basocellulaire. Forme nodulaire(A). Forme superficielle(B). Forme sclérodermique(C) <sup>(13)</sup>	93
Figure 68 : Stades d'évolution d'un nævus. Nævus jonctionnel (A). Nævus composé (B). Nævus intradermique (C) <sup>(58)</sup>	94
Figure 69 : Règle ABCDE permettant de suspecter un mélanome malin <sup>(58)</sup>	95
Figure 70 : Principaux sous-types de mélanome. Mélanome superficiel extensif (A). Mélanome de Dubreuilh (B). Mélanome acral lentigineux (C). Mélanome nodulaire (D) <sup>(58,70)</sup>	95

## Table des tableaux

Tableau I: Lésions élémentaires primitives principales en dermatologie <sup>(11,26,29)</sup> .....	17
Tableau II : Lésions élémentaires secondaires principales en dermatologie <sup>(11,26,29)</sup> .....	21
Tableau III : Médicaments indiqués dans la prise en charge des démangeaisons liées aux piqûres <sup>(33)</sup> .....	75
Tableau IV : Choix du pansement en fonction de la plaie et de son stade de cicatrisation <sup>(116)</sup> .....	91
Tableau V : Niveau d'exposition au soleil en fonction de l'activité <sup>(114)</sup> .....	98
Tableau VI : Sensibilité au soleil en fonction du phototype de peau <sup>(114)</sup> .....	98
Tableau VII : SPF recommandé en fonction du phototype et des conditions d'exposition <sup>(114)</sup> .....	98

## Table des annexes

Annexe 1 : Médicaments indiqués dans la prise en charge de l'acné <sup>(33,59)</sup> .....	141
Annexe 2 : Règles de prescription et points à vérifier pour les rétinoïdes oraux <sup>(118)</sup> .....	143
Annexe 3 : Documents en lien avec l'isotrétinoïne (brochure d'information et carnet patiente) <sup>(118)</sup> ....	144
Annexe 4 : Options thérapeutiques dans la prise en charge de la rosacée <sup>(33,64,65)</sup> .....	145
Annexe 5 : Traitements médicamenteux de la dermite séborrhéique (DS) <sup>(33,71)</sup> .....	146
Annexe 6 : Score DLQI pour évaluer la qualité de vie en cas de psoriasis <sup>(119)</sup> .....	147
Annexe 7 : Score PASI (psoriasis area and surface index) pour évaluer la sévérité du psoriasis <sup>(119)</sup> ....	148
Annexe 8 : Options thérapeutiques dans la PEC du psoriasis <sup>(33,75)</sup> .....	149
Annexe 9 : Traitements médicamenteux de la dermatite atopique (DA) <sup>(33)</sup> .....	152
Annexe 10: Formes de paracétamol adaptées pour le nourrisson/jeune enfant <sup>(33)</sup> .....	154
Annexe 11 : Antihistaminiques indiqués dans la prise en charge des démangeaisons <sup>(33)</sup> .....	155
Annexe 12: Options thérapeutiques dans la prise en charge de l'herpès <sup>(33,110)</sup> .....	156
Annexe 13 : Options thérapeutiques dans la PEC des infections bactériennes courantes <sup>(33,82)</sup> .....	157
Annexe 14 : Médicaments cités dans les références dans la PEC des mycoses cutanées <sup>(33)</sup> .....	158
Annexe 15 : Options médicamenteuses dans la prise en charge de la gale <sup>(33)</sup> .....	160
Annexe 16 : Autres causes d'atteintes du siège chez le nourrisson /jeune enfant <sup>(30,35)</sup> .....	161
Annexe 17 : Principales familles de pansements <sup>(116)</sup> .....	163
Annexe 18 : Options médicamenteuses dans la prise en charge de la kératose actinique <sup>(18,33)</sup> .....	165

## Annexes

### Annexe 1 : Médicaments indiqués dans la prise en charge de l'acné<sup>(33,59)</sup>

<b>Traitements locaux(33)</b>	
	<b>Rétinoïdes locaux</b>
<u>Roaccutane®</u> (isotrétiloïne) Gel : 0.05%	Appliquer en couche fine uniquement sur les zones atteintes après la toilette locale. Se laver les mains après chaque application.
<u>Efferderme®, Ketrel®</u> (trétiloïne) Crème : 0.05%	<b>Précautions</b> -Réduire l'exposition au soleil au minimum. -Ne pas appliquer sur peau lésée, eczémateuse ou souffrant d'érythème solaire. Éviter les contours des yeux, des lèvres et les narines.
<u>Betacycline®</u> (trétiloïne) Crème : 0.25% ou 0.05%	<u>EI</u> fréquents : irritation, érythème, sécheresse, brûlures. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, femme enceinte ou ayant un projet de grossesse.
<u>Differine®</u> (adapalène) Gel ou crème : 1%	
<u>Akliel®</u> (trifarotène) Crème : 50 ug/g	
<b>Posologie :</b> 1 application/j de préférence le soir. Elle est ensuite modulée en fonction de la tolérance du patient (sans dépasser 2 fois/j).	
	<b>Peroxyde de benzoyle</b>
<u>Cutacnyl®</u> Gel : 2,5%, 5% ou 10%	Appliquer en couche mince sur les lésions après la toilette locale et masser légèrement. Curaspot nécessite un rinçage 1-5 min après l'application. Se laver les mains après chaque utilisation.
<u>Curaspot aqua®</u> Gel : 5%	<b>Précautions</b> -Réduire l'exposition au soleil au minimum. -Ne pas appliquer sur peau lésée, eczémateuse ou souffrant d'érythème solaire. -Éviter le contact avec des matières colorées (cheveux ou tissu teint) → provoque une décoloration.
<b>Posologie :</b> 1-2 applications/j. Elle est ensuite modulée en fonction de la tolérance du patient (sans dépasser 2 fois/j).	<u>EI</u> fréquents : irritations, sécheresse, brûlures, prurit. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
	<b>Association peroxyde de benzoyle + rétinoïde</b>
<u>Epiduo®</u> Gel : adapalène 0.1%+ peroxyde de benzoyle 2.5% Gel : adapalène 0.3%+ peroxyde de benzoyle 2.5%	<b>Précautions</b> -Réduire l'exposition au soleil au minimum. -Ne pas appliquer sur peau lésée, eczémateuse ou souffrant d'érythème solaire. -Éviter le contact avec des matières colorées (cheveux ou tissu teint) → provoque une décoloration.
<b>Posologie :</b> 1 application/j le soir. Elle est ensuite modulée en fonction de la tolérance du patient (sans dépasser 2 fois/j)	<u>EI</u> fréquents : irritations, sécheresse, brûlures, prurit. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, femme enceinte ou ayant un projet de grossesse.
	<b>ATB local seul ou en association avec la trétinoïne</b>
<b>Clindamycine</b> <u>Zindacline®</u> (clindamycine) Gel : 1%	Appliquer sur peau propre et sèche. Se laver les mains après chaque application. La durée de TTT est de 3 mois en général.
<u>Zanea®</u> (clindamycine+ trétinoïne) Gel : 1% +0.025	Ils ne sont ni recommandés en monothérapie (risque de résistance bactérienne) ni en association avec les antibiotiques oraux.
<b>Posologie :</b> 1/j de préférence le soir.	<u>EI</u> fréquents : irritations, sécheresse, brûlures, érythème. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA, aux macrolides ou à l'un des excipients, femme enceinte ou ayant un projet de grossesse (Zanea, Erylik). CI spécifiques à la clindamycine : ATCD de maladie de Crohn, de rectocolite hémorragique ou de colite associée aux ATB, ATCD d'eczéma, rosacée ou dermatite périorale, ATCD personnels ou familiaux de cancers cutanés, en cas d'acné conglobata ou fulminans.
<b>Érythromycine</b> <u>Eryfluid®</u> (érythromycine) Lotion: 4%	
<u>Erythrogel®</u> (érythromycine) Gel : 4%	
<u>Eythromycine Bailleul®</u> Solution : 4%	
<u>Erylik®</u> (érythromycine+ trétinoïne) Gel : 4% + 0.025	
<b>Posologie :</b> 1-2 fois/j.	
	<b>Acide azélaïque</b>
<u>Finacea®</u> Gel : 15%	Appliquer sur peau propre et sèche et masser légèrement. Se laver les mains après chaque application.
<u>Skinoren®</u> Gel : 20%	<u>EI</u> fréquents : prurit, brûlures, paresthésie, œdème. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Posologie :</b> 2 applications/j.	
<b>Traitements oraux (33,59)</b>	
	<b>ATB oral</b>
<u>Doxycycline</u> Cp :100 mg	Prendre au cours des repas avec un grand verre d'eau. <b>Précautions</b> -Éviter l'exposition prolongée au soleil, se protéger avec une crème SPF50+ (photosensibilisant). -Éviter de se coucher dans l'heure qui suit la prise.
<b>Posologie :</b> 1 cp/j pendant 3 mois . <u>Indication</u> : antibiothérapie de 1ère intention.	<u>EI</u> fréquents : photosensibilisation, troubles GI. <u>CI</u> : hypersensibilité aux tétracyclines ou l'un des excipients, femmes enceinte ou allaitante, âge <8 ans (coloration définitive des dents), + rétinoïde oral.
<u>Tetralysal® (lymécycline)</u> Gélules : 150 ou 300 mg	Prendre à distance des repas avec un grand verre d'eau.

<p><u>Posologie</u> : 300 mg/j soit en deux prises de 150 mg ou en une prise de 300 mg. La durée préconisée est de 3 mois.</p> <p><u>Indication</u> : antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention.</p>	<p><u>Précautions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éviter l'exposition prolongée au soleil et se protéger avec une crème à SPF élevé (photosensibilisant).</li> </ul> <p><u>EI</u> fréquents : photosensibilisation, troubles GI.  <u>CI</u> : hypersensibilité aux tétracyclines ou l'un des excipients, âge &lt;8 ans, + rétinoïde oral ou un apport élevé en vit A.</p>
<p><u>Egery® (érythromycine)</u>  Gélule: 500 mg  <u>Ery® (érythromycine)</u>  Cp :500 mg</p> <p><u>Posologie</u> : 1 g/j soit 1 comprimé ou 1 gélule deux fois/j pendant au moins 3 mois</p> <p><u>Indication</u> : antibiothérapie de 2<sup>ème</sup> intention en cas de CI ou d'intolérance aux cyclines.</p>	<p>Avaler avec un verre d'eau avant les repas (améliore les taux sériques).</p> <p><u>EI</u> fréquents : troubles GI.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, ATCD de ↑ QT, d'arythmie ventriculaire (surtout torsade de pointe), + alcaloïdes de l'ergot de seigle, bépridil, cisapride, colchicine, dronedarone, ivabradine, mizolastine, pimozide, ou simvastatine.</p>
<p><u>Contracné®</u>  Capsules molles : 5, 10, 20 et 40 mg  <u>Curacné®</u>  Capsules molles : 5, 10, 20 et 40 mg  <u>Procuta®</u>  Capsules molles : 5, 10, 20 et 40 mg</p> <p><u>Posologie</u> : 0.5 mg/kg/j. Elle est ensuite ajustée de manière individuelle. Dose cumulée totale recommandée : 120 à 150 mg/kg.</p> <p><u>Indication</u> : formes sévères en cas de résistance au TTT classique comportant des ATB oraux + TTT local.</p> <p>Remettre à tout patient la brochure d'information et exclusivement aux femmes en âge de procréer, un carnet patiente obligatoire. Celui-ci doit être présenté au pharmacien lors de chaque dispensation (annexe 3).</p> <p>L'isotrétinoïne suit des règles de prescription strictes. L'annexe (2) détaille ces règles et les points à vérifier.</p>	<p><b>Isotrétinoïne</b></p> <p>Avaler au cours des repas en 1 ou 2 prises/j. Une durée de 16-24 semaines suffit normalement pour atteindre la rémission.</p> <p><u>EI fréquents</u> : sécheresse cutanéomuqueuse, aggravation de l'acné en début de traitement, dyslipidémie, ↑ transaminases, arthralgie, douleurs musculaires, céphalées. Un risque psychiatrique (dépression, tendance agressive, modification de l'humeur, idées suicidaires)</p> <p><u>Gestions des EI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécheresse oculaire : éviter le port des lentilles de contact. Utiliser éventuellement des larmes artificielles ou une pommade ophtalmique lubrifiante.</li> <li>- Sécheresse des lèvres : graisser les lèvres en utilisant un stick lèvres hydratant ou la vaseline officinale.</li> <li>- Éviter l'exposition solaire et se protéger avec un écran solaire à SPF élevé.</li> <li>- Éviter les produits irritants et l'épilation à la cire.</li> <li>- Suivi régulier des bilans hépatique et lipidique.</li> <li>- Suivi médical mensuel (risque psychiatrique).</li> </ul> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, femme enceinte ou projet de grossesse, allaitement, IH, ↑ lipidémie, ↑ vitaminoïde A, +tétracycline, cyclines, rétinoïdes ou vit A.</p>
<p><u>Diane® (EE + cyprotérone)</u>  21 cp actifs : 2 mg+ 0.035 mg  <u>Posologie</u> : 1 cp/j pendant 21 jours puis une pause de 7 jours.</p> <p><u>Oedien® et Misofla® (EE + diénogest)</u>  21 cp actifs (2 mg+0.03 mg) + 7 cp placebo  <u>Posologie</u> : 1 cp/j en respectant l'ordre de la prise.</p> <p><u>Triafermi® (EE + norgestimate)</u>  <u>Posologie</u> : 1 cp/j pendant 21 jours puis une pause de 7 jours.</p> <p><u>Indication</u> : uniquement si besoin contraceptif associé et après échec d'un TTT local.</p>	<p><b>Hormonothérapie</b></p> <p>Prendre le cp à la même heure ( ↑ efficacité contraceptive). La durée totale préconisée : 6 mois.</p> <p><u>EI fréquents</u> : nausées, douleurs abdominales, céphalées, prise de poids, modification de l'humeur, douleurs ou tensions mammaires.</p> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, présence ou ATCD de thromboses artérielles ou veineuses ou d'AVC, présence de facteurs de risque multiples ou d'une prédisposition aux thromboses, atteinte ou tumeur hépatique, saignements vaginaux de cause inconnue, tumeurs hormonodépendantes, ATCD de migraine avec signes neurologiques focalisés, +dasabuvir, ombitasvir ou paritaprévir, méningiome ou ATCD de méningiome (Diane®).</p>
<p><u>Effizinc® et Rubozinc®</u>  Gélule (15 mg)  <u>Posologie</u> :2 gélules/j en une seule prise.</p> <p><u>Granions de zinc®</u>  Ampoule (15mg/2ml)  <u>Posologie</u> :2-3 ampoules/j.</p> <p><u>Indication</u> : acné légère-moyenne si CI ou mauvaise tolérance aux autres TTT généraux.</p>	<p><b>Gluconate de zinc</b></p> <p><u>Gélules</u> : prendre avec un verre d'eau et à distance de repas en position assise. Ne pas se coucher au moins 30 min après la prise.</p> <p><u>Ampoule</u> : diluer dans un verre d'eau et prendre à distance des repas.</p> <p><u>EI</u> : aucun rapporté.</p> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, allergie au blé (Rubozinc).</p>

Annexe 2 : Règles de prescription et points à vérifier pour les rétinoïdes oraux<sup>(118)</sup>

### Restriction de prescription

Isotréтиnoïne	Alitréti noïne	Acitréttine
La prescription <b>initiale</b> doit être effectuée <b>uniquement par un dermatologue</b>		
Les <b>renouvellements</b> ne sont pas restreints aux dermatologues, ils sont possibles par tout médecin.	Les <b>renouvellements</b> ne sont pas restreints aux dermatologues, ils sont possibles par tout médecin sans excéder <b>6 mois</b> de traitements consécutifs (5 renouvellements mensuels au maximum).	Les <b>renouvellements</b> ne sont pas restreints aux dermatologues, ils sont possibles par tout médecin sans excéder <b>1 an</b> de traitement. Au-delà, une nouvelle prescription par un dermatologue est requise.

### Chez tous les patients

Points à vérifier	Isotréti noïne	Alitréti noïne	Acitréttine
Avertissements à donner aux patients			Ne jamais donner le traitement à d'autres personnes.
			Rapporter toutes les capsules ou gélules inutilisées à leur pharmacien à l'arrêt du traitement.
	En raison du risque potentiel pour les fœtus, ne pas faire de don de sang au cours du traitement et pendant <b>1 mois après l'arrêt du traitement</b> .	En raison du risque potentiel pour les fœtus, ne pas faire de don de sang au cours du traitement et pendant <b>3 ans après l'arrêt du traitement</b> .	

### Chez toutes les femmes en âge de procréer

Points à vérifier	Isotréti noïne	Alitréti noïne	Acitréttine
Durée de prescription / délivrance	La prescription et la <b>délivrance doivent être limitées à 30 jours</b> de traitement afin d'assurer un suivi régulier, incluant la réalisation des tests de grossesse et la surveillance clinique et biologique par le médecin.		
Délivrance	La <b>délivrance</b> doit se faire au plus tard <b>7 jours après la prescription</b> . Vous devez compléter la carte-patient en indiquant le nom de la spécialité délivrée, la date de délivrance et en apposant votre cachet.		
Test de grossesse négatif	Avant chaque délivrance, <b>vous devez vérifier</b> la négativité du <b>test de grossesse</b> mentionnée sur la carte-patient.		
Contraception efficace et continue	Vous devez vérifier que la patiente utilise <b>au moins une</b> méthode de contraception <b>hautement efficace</b> (dont l'efficacité ne dépend pas de l'observance de l'utilisatrice telle que dispositif intra-utérin ou implant), <b>ou deux</b> méthodes de contraception complémentaires <b>correctement utilisées</b> (si leur efficacité dépend de l'utilisatrice/eur telles que contraceptif oral et préservatif).	Une contraception efficace est nécessaire 1 mois avant le début du traitement et doit être poursuivie pendant toute la durée du traitement et pendant <b>au moins 1 mois après</b> l'arrêt du traitement.	Une contraception efficace est nécessaire 1 mois avant le début du traitement et doit être poursuivie pendant toute la durée du traitement et pendant <b>au moins 3 ans après</b> l'arrêt du traitement.
Contre-indication en cas de consommation d'alcool	Non applicable		Vous devez avertir la patiente qu'il est contre-indiqué de consommer de <b>l'alcool</b> (boisson, aliment, médicament) pendant le traitement et durant les <b>2 mois</b> qui suivent son arrêt.*

Annexe 3 : Documents en lien avec l'isotrétinoïne (brochure d'information et carnet patiente)<sup>(118)</sup>

**BROCHURE D'INFORMATION**  
destinée aux patients et aux patients  
traités par isotriothéine orale

Cette brochure vise à vous apporter des informations sur les risques, importants identifiés de tératogénicité (malformations chez l'enfant n°1), de survenue de troubles psychiatriques, lipidiques et hépatiques (du foie).

## EFFET TÉRATOGENIQUE

### chez les femmes enceintes en âge d'avoir des enfants

L'isotriothéine est contre-indiquée chez les femmes en âge d'avoir des enfants, sauf si toutes les méthodes contraceptives de la Prévention de la Grossesse sont remplies.

Ce médicament peut augmenter le risque d'infarctus du myocarde chez les femmes, peu après la naissance ou présenter un risque très élevé de malformations fœtales graves.

Le préconisé de prendre ces mesures se compose à la partie **mère** en place d'une contraception au moins **1 mois** avant la grossesse et pendant **1 mois** après la naissance, et pendant **1 an** pour les hommes.

N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir toutes les informations concernant les meilleures contraceptions adaptées à votre situation et préoccupations, veuillez garder dans votre cœur.

Veuillez consulter régulièrement les sites [www.mesmethodescontraception.fr](http://www.mesmethodescontraception.fr). Les pharmaciens peuvent également des brochures pratiques sur les différentes méthodes contraceptives.

## EFFETS PSYCHIATRIQUES

Des études de l'efficacité de l'isotriothéine présentent que les patients traités sont souvent déprimés, anxiomaniques, et peuvent développer des troubles de l'humeur ou du comportement importants pouvant nécessiter une prise de temps après l'arrêt du traitement.

Ces troubles se traduisent par des émotions négatives, tels que la tristesse, le changement de l'humeur, crises de larmes, irritabilité, perte de plaisir ou d'intérêt dans les activités, perte de concentration, perte de sommeil, changements de poids ou d'appétit, et peuvent être aggravés par le travail, le stress ou la surcharge de la concentration.

Dans de très rares cas, certains patients ont eu des idées suicidaires ou des tentatives de suicide à l'acte. Très rarement, des patients sont devenus violents ou agressifs lors d'un arrêt de l'isotriothéine. Il est important de savoir que certains de ces patients n'étaient pas déprimés ou anxieux avant de prendre l'isotriothéine.

Bien que le lien entre la prise d'isotriothéine et l'apparition de ces troubles n'est pas établi avec certitude, il est recommandé de faire partie aux changements de l'humeur.

Signalez à votre médecin si vous avez déjà présenté un trouble de l'humeur ou du comportement, ou si vous avez un comportement suicidaire, ou une psychopathie importante. Si vous présentez ces symptômes, arrêtez immédiatement l'isotriothéine et rendez-vous au vu ou vers des cheux qui ne partage pas vos idées suicidaires ou agressives. Si vous avez des pensées suicidaires, appelez le service d'urgence de l'hôpital le plus proche.

Signalez à votre médecin si vous prenez des médicaments pour l'anxiété ou la dépression. Si vous pensez que vous développez des symptômes clés ci-dessous, contactez votre pharmacien ou votre médecin. Ils pourront peut-être arrêter votre traitement. Cependant, l'arrêt du traitement peut ne pas être suffisant pour soulager vos symptômes et vous pourrez avoir besoin d'une aide supplémentaire proposée par un professionnel de santé.

Il est également très important que vous racontez les personnes de votre entourage ce que vous ressentez et comment ça va affecter sur votre humeur ou votre comportement. Si vous avez des idées suicidaires, rapportez les changements de l'humeur que vous n'avez pas remarqués vous-même.

## TROUBLES LIPIIDIQUES ET HÉPATIQUES (DU FOIE)

Un dosage du taux des lipides et des transaminases dans le sang la plus grande partie du temps pendant le traitement, le début du traitement et la suite tous les mois, est recommandé pour surveiller plus rapidement si l'indication est indiquée.

En cas d'augmentation du taux des lipides ou des transaminases dans le sang au-delà du seuil recommandé, votre pharmacien ou votre médecin peut vous prescrire plusieurs doses de prises de sang et prendre toutes les mesures nécessaires.

En cas de douleur intense dans le bas-ventre, l'irritation dans le dos, arrière de la tête, ou de la poitrine, ou de la tête, et contactez immédiatement votre médecin.

Pour une information plus complète, veuillez consulter la notice d'utilisation de votre médicament ou rendez-vous à la base de données publique des notices d'utilisation de médicaments : [public.medicaments.gouv.fr](http://public.medicaments.gouv.fr)

Si ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permet d'identifier les effets indésirables graves pour la sécurité, vous pourrez contribuer à la搜集 information en ligne à l'adresse suivante : [public.medicaments.gouv.fr](http://public.medicaments.gouv.fr)

Si ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permet d'identifier les effets indésirables graves pour la sécurité, vous pourrez contribuer à la搜集 information en ligne à l'adresse suivante : [public.medicaments.gouv.fr](http://public.medicaments.gouv.fr)

<b>DÉCLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES</b>	
<p>Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui n'a pas été mentionné dans la notice d'information.</p> <p>Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé <a href="http://www.signalement-sante.gouv.fr">www.signalement-sante.gouv.fr</a>.</p>	<p>Pour plus d'information, consulter la rubrique "Déclarer un effet indésirable" sur le site Internet de l'ANSM : <a href="http://ansm.sante.fr">http://ansm.sante.fr</a></p> <p>En signalant les effets indésirables, vous contribuez au renseignage d'informations sur la sécurité du médicament.</p> 

<h1>CARTE PATIENTE</h1> <p><b>POUR LA PATIENTE TRAITÉE PAR ISOTRÉTINOÏNE ORALE (ACNETRAIT® / CONTRACNE® / CURACNÉ® / PROCUTA®)</b></p> <p>Ce document est diffusé par les laboratoires commercialisant des médicaments à base d'isotrétiloïne, sous l'autorité de l'ANSM.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><b>IMMEDIATEMENT APRÈS LE TRAITEMENT</b></p> <p><b>CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE SI VOUS ÊTES EN ÂGE D'AVOIR DES ENFANTS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Au moins un mois avant l'intitiation du traitement, pendant toute sa durée et pendant au moins un mois après l'arrêt du traitement :</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous ne devez pas débutez une grossesse ;</li> <li>• Vous devez utiliser :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au minimum une méthode de contraception : tige filante, pilule, un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif (I.U.C.)</li> <li>- Ou correctement, deux méthodes utilisées simultanément et différemment (par exemple, une plicature horizontale et un préservatif).</li> </ul> </li> </ul> <p>Vous devez régulièrement effectuer des visites médicales et des tests de grossesse sanguins ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant de commencer le traitement, vous devez effectuer un test de grossesse sanguine, qui doit être négatif.</li> </ul> <p><b>► Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez.</b></p> <p><b>DECLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES</b></p> <p>Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Cet avertissement fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui n'a pas été mentionné dans la notice d'information.</p> <p>Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires</p> </ul>	<h2>CARTE PATIENTE</h2> <p><b>pour la patiente traitée par isotrétiloïne orale</b></p> <p>Vous devez présenter cette carte à votre médecin à chaque consultation et à votre pharmacien à chaque délivrance d'isotrétiloïne. Vous devez conserver, avec cette carte, le formulaire d'accord de soins signé et le présenter également à votre médecin à chaque consultation.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <b>Nom du dermatologue :</b> .....  <b>Téléphone :</b> .....</td> <td style="padding: 5px;"> <b>L'isotrétiloïne ne doit pas être utilisée pendant une grossesse, et une grossesse ne doit pas être débutée dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>   <b>L'isotrétiloïne peut nuire gravement à l'enfant à naître si elle est prise pendant la grossesse, ou si une grossesse débute dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>   <b>Si vous êtes enceinte ou si vous pensez l'être, arrêtez immédiatement votre traitement par isotrétiloïne et contactez votre médecin.</b>   <b>Listez attentivement la notice avant de commencer le traitement.</b>   <b>Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la prise d'isotrétiloïne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.</b> </td> </tr> </table> <p><b>IMPORTANT : GROSSESSE ET ALLAITEMENT</b></p> <p>La grossesse et l'allaitement sont des contre-indications absolues du traitement par isotrétiloïne.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>AVIS DU PHARMACIEN</b> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>PHARMACIE</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pouvoir  <input type="checkbox"/> Récepteur  <input type="checkbox"/> Date : ....         </td> </tr> </table> <p><b>L'isotrétiloïne est un thérapéutique. Cela signifie qu'il vous faut prendre ce traitement ou dans le mois qui suit l'arrêt du traitement, ce médicament peut provoquer de graves malformations pour l'enfant.</b></p> <p><b>Schéma des malformations externes possibles suite à une grossesse survenue lors d'un traitement par isotrétiloïne : absence de nez, absence de bras et de jambes, grosse tête et petit menton, anomalies oculaires, malformations du palais.</b></p>  <p><b>Des malformations internes sont souvent associées. Ces malformations touchent le cœur, les poumons, le système nerveux et la glande parathyroïde.</b></p> <p><b>Le médicament peut également provoquer une fausse-couche.</b></p>	<b>Nom du dermatologue :</b> ..... <b>Téléphone :</b> .....	<b>L'isotrétiloïne ne doit pas être utilisée pendant une grossesse, et une grossesse ne doit pas être débutée dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>  <b>L'isotrétiloïne peut nuire gravement à l'enfant à naître si elle est prise pendant la grossesse, ou si une grossesse débute dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>  <b>Si vous êtes enceinte ou si vous pensez l'être, arrêtez immédiatement votre traitement par isotrétiloïne et contactez votre médecin.</b>  <b>Listez attentivement la notice avant de commencer le traitement.</b>  <b>Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la prise d'isotrétiloïne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.</b>	<b>AVIS DU PHARMACIEN</b>	<b>PHARMACIE</b>	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....
<b>Nom du dermatologue :</b> ..... <b>Téléphone :</b> .....	<b>L'isotrétiloïne ne doit pas être utilisée pendant une grossesse, et une grossesse ne doit pas être débutée dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>  <b>L'isotrétiloïne peut nuire gravement à l'enfant à naître si elle est prise pendant la grossesse, ou si une grossesse débute dans le mois suivant l'arrêt du traitement.</b>  <b>Si vous êtes enceinte ou si vous pensez l'être, arrêtez immédiatement votre traitement par isotrétiloïne et contactez votre médecin.</b>  <b>Listez attentivement la notice avant de commencer le traitement.</b>  <b>Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la prise d'isotrétiloïne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.</b>																
<b>AVIS DU PHARMACIEN</b>	<b>PHARMACIE</b>																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																
<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....	<input type="checkbox"/> Pouvoir <input type="checkbox"/> Récepteur <input type="checkbox"/> Date : ....																

Annexe 4 : Options thérapeutiques dans la prise en charge de la rosacée<sup>(33,64,65)</sup>

Forme érythémato-télangiectasique	
Laser	<p>-<u>laser KTP</u> : efficace sur les couperoses de petite et de moyenne taille.</p> <p>-<u>laser à colorant pulsé</u> : efficace sur les couperoses plus ou moins sévères en fonction du mode de TTT utilisé.</p> <p>-<u>laser Nd</u> : efficace sur les couperoses profondes et sur l'érythème.</p>
Mirvaso® (brimonidine Gel 0,3%)	<p><u>Posologie</u> : 1 application/j Dose maximale/j = 1 g ou 5 petits pois <u>Indication</u> : forme érythrosique de la rosacée</p> <p>Pratiqué sur peau claire non bronzée de préférence en hiver. En général, il faut compter 2-4 séances pour avoir un résultat satisfaisant.</p> <p>Un érythème cutané associé aux croûtes peut s'observer après les séances, il disparaît en 1-3 j.</p>
Forme papulo-pustuleuse	
<p><u>Pour les formes mineures</u> : TTT local par métronidazole, acide azélaïque ou ivermectine. Si le traitement local ne suffit pas pour contrôler, l'association à la doxycycline PO est à envisager.</p> <p><u>Pour les formes plus sévères</u> (c'est-à-dire rougeur importante et &gt;10 lésions) : TTT général par doxycycline en association avec un TTT local. Après le contrôle de la poussée, Le TTT local à poursuivre pour limiter le nombre de poussées.</p>	
Rozex® (métronidazole) Crème, gel ou émulsion : 0,75%	<p><u>Posologie</u> : 2 applications/j pendant 3-4 mois en général.</p> <p>Appliquer en couche fine sur la surface à traiter (peau préalablement nettoyée et séchée). Se laver les mains après chaque application.</p>
Finacea® (acide azélaïque) Gel : 15%	<p><u>Posologie</u> : 2 applications/j pendant plusieurs mois.</p> <p>Appliquer en couche fine sur la surface à traiter (peau préalablement nettoyée et séchée). Se laver les mains après chaque application.</p>
Soolantra® (ivermectine) Crème : 10mg/g	<p><u>Posologie</u> : Une application/j pendant 4 mois.</p> <p>Appliquer en couche fine sur le visage (peau préalablement nettoyée et sèche). Se laver les mains après chaque application.</p>
Doxycycline Cp : 100 mg	<p><u>Posologie</u> : 1 cp/j pendant 3 mois (fréquemment associé au métronidazole 0,75%).</p> <p>Prendre au cours d'un repas avec un verre d'eau, au moins 1h avant le coucher. Éviter l'exposition prolongée au soleil et protéger la peau avec une crème SPF50+.</p>
Autres traitements locaux et généraux (adapalène 0,1%, peroxyde de benzoyle, trétinoïne, clindamycine, isotrétinoïne)	<p>indiqués pour la PEC de l'acné. Ils peuvent se révéler efficaces dans la rosacée, ils sont proposés dans le cas où les autres TTT sont inefficaces ou intolérés.</p>
Forme hypertrophique ou rhinophyma	
Chirurgie ou laser ablatif au CO <sub>2</sub>	Cette forme ne répond pas au TTT médicamenteux.

## Annexe 5 : Traitements médicamenteux de la dermite séborrhéique (DS)<sup>(33,71)</sup>

<b>Antifongiques locaux</b>	
Sébiprox® (ciclopirox olamine) Shampooing (1,5%)  <u>Posologie</u> : 2-3/semaine. <u>Indication</u> : PEC de la DS du cuir chevelu.	Appliquer sur cheveux mouillés pour obtenir une mousse abondante et masser le cuir chevelu. Laisser agir pendant 3-5 minutes avant de rincer.  <u>EI</u> fréquents : irritation, prurit, érythème, brûlure, rash. <u>CI</u> hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
Mycoster® (ciclopirox olamine) Crème (1%) <u>Posologie</u> : 2/j pendant 2-4 semaines (TTT d'attaque), puis 1/j pendant 28 j (TTT d'entretien).  <u>Indication</u> : PEC de la DS du cuir chevelu.	Appliquer la crème sur les zones atteintes.  <u>EI</u> fréquents : prurit, érythème, brûlure, exacerbation initiale. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
Ketoderm® (kétoconazole) Sachet dose (2%) : >12 ans  <u>Posologie</u> : 2/semaine pendant un mois (TTT d'attaque) puis 1 application tous les 7-14 j (TTT d'entretien).	Mouiller les zones atteintes (peau ou cuir chevelu), appliquer et faire mousser. Laisser agir au moins 5 minutes avant de rincer.  <u>EI</u> : rares (réactions locales). <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Dermocorticoïdes</b>	
Corticoïde à très forte activité <u>Dermoval</u> ® (clobetasol) : > 12 ans Gel capillaire (0.05%) <u>Clarelux</u> ® (clobetasol) : > 12 ans Mousse pour cuir chevelu : 500 ug/g  <u>Posologie</u> : 2/j en TTT d'attaque espacer progressivement. <u>Indication</u> : PEC de la DS du cuir chevelu	<u>Dermoval gel</u> : appliquer, raie par raie, en petite quantité sur les zones atteintes du cuir chevelu. <u>Clarelux</u> : déposer une petite quantité directement sur les lésions. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> fréquent : brûlures/irritations locales. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, ulcère, infection, rosacée, acné, dermite périorale, brûlures, <2 mois.
Corticoïdes à forte activité <u>Diprosone</u> ® (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.05%) <u>Betneval</u> ® (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.1%) <u>Betesil</u> ® (bétaméthasone) Emplâtre (2.250 mg) <u>Locatop</u> ® (désonide) Crème (0.1%) <u>Nérisone</u> ® (diflucortolone) crème, pommade hydré et anhydre (0.1%) <u>Nérisone C</u> ® (diflucortolone + chlorquinadol) Crème (0.1%+1%) <u>Epitopic</u> ® (difluprednate) Crème (0.05%) <u>Flixovate</u> ® (fluticasone) Crème (0.05%) ou pommade (0.005%) <u>Locoid</u> ® (hydrocortisone) Crème ou crème épaisse (0.1%) <u>Efficort</u> ® (hydrocortisone) Crème lipophile ou hydrophile (0,127%)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j	<u>Lotions</u> : appliquer, raie par raie, sur les zones atteintes du cuir chevelu ou autres zones pileuses. <u>Pommades et crèmes</u> : Appliquer par touches espacées et étaler sur les lésions avec un massage léger. Une durée du traitement > 3 semaines nécessitent une surveillance médicale. <u>Emplâtre</u> : en 2ème intention, uniquement chez l'adulte. Découper si nécessaire, retirer le film protecteur et coller sur une peau sèche et propre. La partie non utilisée est à ranger dans la boîte pour être utilisée pour la prochaine application. Éviter de mouiller l'emplâtre, ne pas réutiliser. Maximum 6 emplâtres/24 h. La durée de traitement ne doit pas dépasser 1 mois. Se laver les mains après application.  <u>EI</u> : surtout locaux (brûlure/ irritation), d'autres EI sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné, dermite périorale, brûlures.
Corticoïdes à activité moyenne - <u>Tridesonit</u> ® (désonide) Crème (0.05%) - <u>Locapred</u> ® (désonide) Crème (0.1%)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j pendant quelques jours. <u>Indication</u> : PEC de la DS (plis, siège et visage).	Appliquer sur les lésions avec un massage léger. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares et liés surtout à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné.
<b>Association corticoïde et acide salicylique</b>	
<u>Diprosalic</u> ® (a. salicylique + bétaméthasone) Pommade (3% + 0.05%) Lotion (2% + 0.05%)  <u>Posologie</u> : 2 applications/j pendant 2 semaines, puis 1 application/j suffit (traitement d'entretien) <u>Indication</u> : lésions très kératosiques ou squameuses.	<u>Lotion</u> : appliquer, raie par raie, sur les zones atteintes. <u>Pommade</u> : Appliquer par touches espacées et étaler sur les lésions avec un massage léger. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares et surtout liés à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée, infectée ou suintante, rosacée, acné.
<b>Lithium</b>	
Lithioderm® (gluconate de lithium) Gel (8%)  <u>Posologie</u> : 1 application matin et soir pendant 2 mois. <u>Indication</u> : PEC de la DS du visage chez l'adulte immunocompétent et uniquement sur la peau glabre.	Appliquer en couche mince sur peau sèche et propre. Masser jusqu'à pénétration. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares (brûlures et érythème local). <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.

## DLQI – Dermatology Life Quality Index

### Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout
  
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout
  
3. Votre problème de peau vous a-t-il **gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner** ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres ou vos loisirs** ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché de travailler ou étudier** ?  
 3 Oui       0 Non       0 Non concerné(e)  
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail ou vos études** ?  
 2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e), vos amis ou votre famille** ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)
  
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?  
 3 Enormément       2 Beaucoup       1 Un peu       0 Pas du tout       0 Non concerné(e)

**Score final DLQI : .....(0-30)**

Annexe 7 : Score PASI (psoriasis area and surface index) pour évaluer la sévérité du psoriasis<sup>(119)</sup>

### Formulaire de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles				
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs	
Erythème	<b>0 = aucun</b> <b>1 = léger</b> <b>2 = modéré</b> <b>3 = sévère</b> <b>4 = très sévère</b>					
Induration						
Desquamation						
		Sous-totaux	A1 =	A2 =	A3 =	
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>						
		A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4	
		B1 =	B2 =	B3 =	B4 =	
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	<b>0 = aucun</b> <b>1 = 1 à 9%</b> <b>2 = 10 à 29%</b> <b>3 = 30 à 49%</b> <b>4 = 50 à 69%</b> <b>5 = 70 à 89%</b> <b>6 = 90 à 100%</b>					
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>						
		B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4	
		C1 =	C2 =	C3 =	C4 =	
<b>Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4</b>				<b>PASI =</b>		

**PASI : Psoriasis Area and Severity Index – 0 à 72**

Annexe 8 : Options thérapeutiques dans la PEC du psoriasis<sup>(33,75)</sup>

Les traitements locaux	
Dermocorticoïdes	
Corticoidé à très forte activité <u>Dermoval®</u> (clobetasol) Gel capillaire ou crème : 0.05% <u>Clarelux®</u> (clobetasol) Mousse pour cuir chevelu : 500 ug/g <u>Diprolene®</u> (bétaméthasone) Pommade (0.05%) <u>Clobex®</u> (clobetasol) Shampooing (500 ug/g)  <u>Posologie</u> : 2 applications/j (sauf Clobex® à 1 application/j). L'arrêt doit être progressif.  <u>Indication</u> : PEC des plaques limitées et résistantes surtout au niveau des coudes, des genoux, des paumes et des plantes.	<u>Clarelux®</u> : écarter les cheveux, retourner le flacon et déposer une petite quantité (l'équivalent d'une noix) directement sur les lésions. Possibilité de déposer le produit dans le bouchon du flacon ou sur une autre surface froide avant de l'appliquer. <u>Dermogel® gel capillaire</u> : appliquer, raie par raie, en petite quantité sur les zones atteintes du cuir chevelu. <u>Dermogel® crème et Diprolene® pommade</u> : appliquer en couche fine sur les zones atteintes. <u>Clobex®</u> : appliquer sur un cuir chevelu sec en massant légèrement pour couvrir les lésions. Une ½ cuillère à soupe/application suffit pour couvrir tout le cuir chevelu. La durée d'application=15 min. une fois écoulé, rincer abondamment à l'eau ou laver les cheveux avec le shampooing habituel.  <u>EI</u> fréquent : brûlures/irritations locales. D'autres EI sont plus rares et liés à un usage inadapté et/ou prolongé. <u>CI</u> hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné, dermite pectorale, brûlures, <2 ans.
Corticoides à forte activité <u>Diprosone®</u> (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.05%) <u>Betneval®</u> (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.1%) <u>Betnesil®</u> (bétaméthasone) Emplâtre (2.250 mg) <u>Locatop®</u> (désonide) Crème (0.1%) <u>Nérisone®</u> (diflucortolone) crème, pommade hydré et anhydre (0.1%) <u>Nérisone C®</u> (diflucortolone + chlorquinaldol) Crème (0.1%+1%) <u>Epitopic®</u> (difluprednate) Crème (0.05%) <u>Elixovate®</u> (fluticasone) Crème (0.05%) ou pommade (0.005%) <u>Locoid®</u> (hydrocortisone) Crème ou crème épaisse (0.1%) <u>Efficort®</u> (hydrocortisone) Crème lipophile ou hydrophile (0,127%)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j (1 application pour les enfants <1 an) Emplâtre : en 2ème intention uniquement chez l'adulte. Appliquer pendant 24 H. <u>Indication</u> : PEC des plaques psoriasiques, à l'exception de celles très étendues.	<u>Lotions</u> : appliquer, raie par raie, sur les zones atteintes du cuir chevelu. <u>Pommades et crèmes</u> : appliquer par touches espacées et étaler sur les lésions avec un massage léger. <u>Emplâtre</u> : découper si nécessaire, retirer le film protecteur et coller sur une peau sèche et propre. La partie non utilisée est mise dans la boîte pour être utilisée plus tard, éviter de mouiller l'emplâtre, ne pas retirer ou réutiliser. Maximum 6 emplâtres/24 h. La durée maximale préconisée est de 1 mois. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> surtout locaux (brûlures/ irritations), d'autres EI sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné, dermite pectorale, brûlures.
Corticoides à activité moyenne <u>Tridesonit®</u> (désonide) Crème (0.05%) <u>Locapred®</u> (désonide) Crème (0.1%)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j <u>Indication</u> : PEC des plaques localisées au niveau des plis, des zones pileuses ou en relais d'autres corticoïdes plus forts.	Appliquer sur les lésions avec un massage léger. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné.
Association dermocorticoïde et acide salicylique	
<u>Diprosalic® (a. salicylique +bétaméthasone)</u> Pommade (3% + 0.05%) Lotion (2% + 0.05%)  <u>Posologie</u> : 2 applications/j pendant 2 semaines, suivies d'un traitement d'entretien (1 application/jour suffit). <u>Indication</u> : PEC de plaques psoriasiques très kératosiques ou squameuses.	<u>Lotion</u> : appliquer, raie par raie, sur les zones atteintes du cuir chevelu ou autres zones pileuses. <u>Pommade</u> : Appliquer par touches espacées et étaler sur les lésions en massant légèrement. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée, infectée ou suintante, rosacée, acné.

Analogues de la vitamine D	
<p><u>Calcipotriol</u>  <u>Daivonex®</u> (calcipotriol)  Pommade (50 ug/g)  <u>Daivobet®</u> (calcipotriol + bétaméthasone)  Pommade ou gel (50 ug/0,5mg/g)  <u>Enstilar®</u> (calcipotriol + bétaméthasone)  Mousse cutanée (50 ug/0,5mg/g)  <u>Xamiol®</u> (calcipotriol + bétaméthasone)  Gel pour cuir chevelu : 50 ug/0,5mg/g</p> <p><u>Posologie</u> : 1 fois/j pendant 4 semaines (traitement d'attaque). S'il est nécessaire de continuer au-delà, une surveillance médicale est recommandée  Le dose maximale journalière ne doit pas dépasser 15 g et la surface traitée ne doit pas dépasser 30% de la surface corporelle.  <u>Indication</u> : PEC des plaques psoriasiques</p>	<p><u>Daivonex®</u> : 1-2 fois/j. En cas d'association à un corticoïde, l'un est appliqué le matin et l'autre le soir.  <u>Daivobet pommade®</u> : appliquer sur les lésions. Laisser agir le produit toute la journée ou toute la nuit.  <u>Daivobet gel®</u> : appliquer sur les lésions (peau ou cuir chevelu). Laisser agir le produit toute la journée ou toute la nuit.  <u>Enstilar®</u> : agiter avant emploi, pulvériser directement sur les lésions et masser légèrement. La couche appliquée doit être fine, en sachant qu'une pression de 2 secondes sur le bâton diffuseur permet de délivrer 0.5 g qui suffit pour couvrir à peu près une main chez un adulte. Laisser agir le produit toute la journée ou toute la nuit.  <u>Xamiol</u> : agiter avant l'emploi, appliquer sur les lésions en couche fine, en sachant que 4 g (l'équivalent d'une cuillère à café) suffisent pour couvrir la totalité du cuir chevelu. Laisser agir le produit toute la journée ou toute la nuit.  Se laver les mains après chaque application.</p> <p><u>EI</u> surtout locaux (prurit/excoriations). D'autres EI sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté.</p> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, psoriasis sévère, ATCD de troubles de métabolisme calcique (+CI aux dermocortoïdes pour les produits en contenant)</p>
<p><u>Silkis®</u> (calcitriol)  Pommade (3 ug/g)</p> <p><u>Posologie</u> : 2 applications/j (matin et soir).  <u>Indication</u> : PEC des plaques psoriasiques.</p>	<p>Appliquer sur les lésions sans dépasser 35% de la surface corporelle/j. La dose quotidienne maximale correspond à 30 g de pommade.</p> <p><u>EI</u> fréquents : irritations locales, érythème, prurit.</p> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, psoriasis sévère, ATCD de troubles de métabolisme calcique.</p>
Les traitements oraux	
Rétinoïdes	
<p><u>Soriatane®</u> (acitrétine)  Gélules : 10 ou 25 mg</p> <p><u>Posologie</u> : 25 -30 mg/ j pendant 2 à 4 semaines. Après au moins 2 semaines de traitement, cette posologie initiale pourra être augmentée par paliers hebdomadaires de 10 mg et adaptée en fonction des effets indésirables et du bénéfice thérapeutique. Un TTT d'entretien est habituellement nécessaire.</p> <p>L'acitrétine suit des règles de prescriptions strictes surtout chez la femme en âge de procréer ( tératogène). L'annexe 2 détaille ces règles et les points à vérifier.</p>	<p>prendre en une seule prise/j au cours d'un repas.</p> <p><u>EI</u> fréquents : sécheresse cutanéomuqueuse (dont oculaire), dyslipidémie, ↑ transaminases, arthralgie, douleurs musculaires, céphalées, œdème périphérique, alopecie, anomalie de la texture de cheveux, fragilité cutanée et des ongles, troubles GI.</p> <p><u>Gestion des EI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sécheresse oculaire : éviter le port des lentilles de contact et l'éventuelle utilisation des larmes artificielles ou d'une pommade ophtalmique lubrifiante.</li> <li>-Sécheresse des lèvres : graisser les lèvres en utilisant un stick lèvres hydratant ou la vaseline officinale.</li> <li>-Éviter l'exposition solaire et se protéger avec un écran solaire à SPF élevé.</li> <li>-Suivi régulier des bilans hépatique et lipidique.</li> </ul> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, femme enceinte ou ayant un projet de grossesse, allaitement, IH et IR sévères, hyperlipidémie, hypervitaminose A, association avec tétracycline, avec d'autres rétinoïdes, avec la méthotrexate ou avec la vitamine A.</p>
Immunosuppresseurs	
<p><u>Méthotrexate</u>  <u>Imeth®</u>  Cp séc (10 mg)  Seringue (7.5, 10, 12.5, 15, 17.5, 20, 22.5 ou 25 mg)  <u>Izixate®</u> (méthotrexate)  Stylo (7.5, 10, 12.5, 15, 17.5, 20, 22.5, 25, 27.5 ou 30 mg)  <u>Metoject®</u>  Seringue ou stylo (7.5, 10, 12.5, 15, 17.5, 20, 22.5, 25, 27.5 ou 30 mg)  <u>Nordimét®</u> (méthotrexate)  Stylo (7.5, 10, 12.5, 15, 17.5, 20, 22.5, 25 mg)  <u>Méthotrexate accord®</u>  Cp (2.5 ou 10 mg)  Seringue préremplie (50 mg)  <u>Méthotrexate biodim®</u>  Solution injectable (25 mg)</p> <p><u>Posologie</u> : 7.5 mg/semaine. Elle peut être augmentée si nécessaire jusqu'à 25 mg/semaine.  Après l'obtention d'une réponse adéquate, la posologie doit être diminuée pour obtenir la dose efficace la plus faible.</p>	<p>Il est important lors de la dispensation de rappeler la prise hebdomadaire, de choisir un jour de prise avec le patient (si cela n'a pas été réalisé) et de rappeler la nécessité de prendre l'acide folique le lendemain ou le surlendemain de la prise de méthotrexate.</p> <p>Administré une fois/semaine par voie orale ou par injection sous cutanée (abdomen, cuisses ou la face postérieure du bras).</p> <p><u>EI</u> fréquents : céphalées, somnolence, étourdissements, fatigue, troubles GI, ulcérasions GI, alvéolite/pneumonie interstitielle, éruptions cutanées, alopecie, altération de la fonction hépatique, leucopénie, anémie, thrombopénie.</p> <p><u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, IH ou IR sévères, dyscrasie sanguine, alcoolisme, infections sévères, immunodéficience, ulcères de la cavité buccale ou une maladie ulcéruse gastrointestinale, femme enceinte ou allaitante, en association avec un vaccin vivant atténué.</p>

Ciclosporine <u>Neoral®</u> Cp (10,25,50,100 mg) Solution buvable (100 mg/ml)	<b>Cp :</b> avaler avec un verre d'eau. <b>Solution buvable</b> diluer dans l'eau et agiter avant la prise. Pour prélever la dose nécessaire, 2 seringues sont fournies (1 ml pour les volumes ≤ 1 ml et 4 ml pour les volumes > 1 ml). Après avoir ouvert le flacon, enfoncez le tube plongeur à bouchon blanc dans le flacon. L'embout de la seringue est inséré dans le bouchon blanc et le volume nécessaire est prélevé. Vider la seringue dans un verre contenant une boisson sans qu'elle rentre en contact avec le diluant. Mélanger et prendre immédiatement. La seringue est essuyée avec un mouchoir en papier sec et rangée dans la boîte.	
<b>Posologie :</b> la dose initiale recommandée est de 2,5 mg/kg par voie orale, répartie en 2 prises/j. En l'absence d'amélioration après 1 mois, la dose quotidienne peut être augmentée progressivement, sans dépasser 5 mg/kg/j.		
Une surveillance de la tension artérielle et de la fonction rénale est nécessaire pendant le traitement.		
<b>Autres traitements</b>		
	<b>Aprémiliast</b>	
Posologie : 30 mg matin et soir. Effet anti inflammatoire par inhibition de la PDE-4.	<b>EI</b> fréquents : ↑lipidémie, ↑glycémie, ↑kaliémie, ↑uricémie, tremblements, céphalées, convulsions, paresthésie, leucopénie, hypertension, bouffées de chaleur, troubles GI, hirsutisme, acné, hypertrichose, myalgie, crampes musculaires, fièvre, fatigue, altération de la fonction hépatique ou rénale. <b>CI</b> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, en association avec Hypericum perforatum, avec substrats de GPP ou de OATPs.	
	<b>Biothérapie</b>	
<b>a) anti-TNF</b> -Adalimumab <u>-Certolizumab pégol</u> <u>-Etanercept</u> <u>-Infliximab</u> (hospitalier)	<b>b) Anti-IL</b> - anti IL-7 <u>Séukinumab</u> <u>Brodakumab</u> <u>Ixékizumab</u>  -Anti IL-12 et 23 <u>Ustékinumab</u>  -IL-23 <u>Tildrakizumab</u> <u>Risanikizumab</u> <u>Gusulkumab</u>	Les injections sont réalisées en sous-cutanée et doivent éviter les zones de peau touchées par le psoriasis dans la mesure du possible. Les patients peuvent être formés pour réaliser les injections sous suivi médical rapproché si le médecin le juge approprié.  <b>EI</b> : risque infectieux , réactions au site de l'injection, troubles GI. <b>CI</b> : hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, tuberculose évolutive ou autres infections sévères et opportunistes, ATCD d'Insuffisance cardiaque modérée à sévère, maladie de Crohn active (Kyntheum).

## Annexe 9 : Traitements médicamenteux de la dermatite atopique (DA)<sup>(33)</sup>

TTT des poussées	
Dermocorticoïdes	
<b>Corticoïde à très forte activité</b> <u>Dermoval®</u> (clobetasol) Gel capillaire ou crème : 0.05% <u>Clarelux®</u> (clobetasol) Mousse pour cuir chevelu : 500 ug/g <u>Diprolene®</u> (bétaméthasone) Pommade (0.05%)  <u>Posologie</u> : 2 applications/j pendant 2 semaines maximum en arrêtant progressivement.  <u>Indication</u> : PEC des lésions très inflammatoires (exception : visage et chez l'enfant)	<u>Clarelux</u> : écarter les cheveux et déposer une petite quantité (une noix) directement sur les lésions. Possibilité de déposer le produit dans le bouchon du flacon ou sur une autre surface froide avant de l'appliquer. <u>Dermogel gel capillaire</u> : appliquer, raie par raie, en petite quantité sur les zones atteintes du cuir chevelu. <u>Dermogel crème et Diprolene pommade</u> : appliquer en couche fine sur les zones atteintes. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> fréquent : brûlures/irritations locales. <u>CI</u> hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné, dermite périorale, brûlures, <2 ans.
<b>Corticoïde à forte activité</b> <u>Diprosone®</u> (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.05%) <u>Betneval®</u> (bétaméthasone) Crème, pommade ou lotion (0.1%) <u>Betesil®</u> (bétaméthasone) Emplâtre (2.250 mg) <u>Locatop®</u> (désonide) Crème (0.1%) <u>Nérisone®</u> (diflucortolone) Crème, pommade hydré et anhydre (0.1%) <u>Nérisone C®</u> (diflucortolone + chlorquinaldol) Crème (0.1%+1%) <u>Epitopic®</u> (difluprednate) Crème (0.05%) <u>Flixovate®</u> (fluticasone) Crème (0.05%) ou pommade (0.005%) <u>Locoid®</u> (hydrocortisone) Crème ou crème épaisse (0.1%) <u>Efficort®</u> (hydrocortisone) Crème lipophile ou hydrophile (0,127%) <u>Dermafusone®</u> (a. fusidique + bétaméthasone) Crème (20mg/g + 1 mg/g)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j (1 pour les enfants <1 an) <u>Indication</u> : lésions très inflammatoires chez l'enfant et lésions inflammatoires ou lichénifiées chez l'adulte.	<u>Lotions</u> : appliquer, raie par raie, sur les zones atteintes du cuir chevelu ou autres zones pileuses. <u>Pommades et crèmes</u> : appliquer par touches espacées et étaler sur les lésions avec un massage léger. Se laver les mains après chaque application.  Une durée supérieure à 3 semaines nécessite une surveillance médicale.  <u>EI</u> surtout locaux (brûlures/irritations). <u>CI</u> hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné, dermite périorale, brûlures.
<b>Corticoïdes à activité moyenne</b> <u>Tridesonit®</u> (désonide) Crème (0.05%) <u>Locapred®</u> (désonide) Crème (0.1%)  <u>Posologie</u> : 1-2 applications/j pendant quelques jours. <u>Indication</u> : PEC de la forme localisé au niveau des plis, du siège et du visage.	Appliquer sur les lésions avec un massage léger. Se laver les mains après chaque application.  <u>EI</u> : sont rares et liés à un usage prolongé et/ou inadapté. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, lésion ulcérée ou infectée, rosacée, acné.
Tacrolimus	
<u>Protopic®</u> (tacrolimus) Pommade (0.03%) : >2 ans (0.1%) : >16 ans  <u>Posologie</u> 0.1% : 2 applications/j 0.03% : 2 applications/j pendant 3 semaines maximum puis réduite à 1 application/j.  <u>Indication</u> : PEC de la DA sans réponse suffisante ou en cas d'intolérance aux dermocorticoïdes. La HAS ne recommande pas l'utilisation chez l'enfant (contradiction avec les recommandations européennes)	Débuter dès l'apparition des premiers symptômes. Appliquer sur les zones atteintes jusqu'à disparition ou quasi-disparition des lésions.  Le traitement étant photosensibilisant, nécessite une limitation de l'exposition solaire et une protection à SPF élevé.  <u>EI</u> : effet antabuse, infections locales, réactions locales (brûlures, irritations, paresthésie, prurit) <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
TTT de fond	
Ciclosporine(33)	
<u>Neoral®</u> (ciclosporine) Capsule molle : 10,25,50 et 100 mg Solution buvable : 100 mg/ml  <u>Posologie</u> : la dose initiale recommandée est de 2,5 mg/kg/j à répartir en 2 prises/j. Peut être augmentée à 5 mg/kg/j. Après l'obtention d'une réponse favorable, une diminution progressive et si possible arrêt.  <u>Indication</u> : PEC des formes sévères de la DA.	<u>Capsules</u> : avaler avec un grand verre d'eau. <u>Solution buvable</u> : la dose est à prélever l'aide des seringues fournies (1 ml et 4 ml en fonction de la quantité à administrer). Vider la seringue dans un petit verre contenant une boisson et mélanger avant ingestion. Après utilisation, la seringue est à essuyer à l'aide d'un mouchoir sec.  <u>EI</u> fréquents : ↑lipidémie, ↑glycémie, ↑kaliémie, ↑uricémie, tremblements, céphalées, convulsions, paresthésie, leucopénie, hypertension, bouffées de chaleur, troubles GI, hirsutisme, acné, hypertrichose, myalgie, crampes musculaires, fièvre, fatigue, altération de la fonction hépatique ou rénale.

	<u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, + Hypericum perforatum, + substrats GPP ou des OATPs.
<b>Dupilumab</b>	
<u>Dupixent® (dupilumab)</u> Seringue (200 ou 300 mg) : 6-11 ans Stylo (200 ou 300 mg) : > 12 ans <u>Posologie</u> <60 kg : - Adolescent ou adulte 2 injections de 200 mg puis 1 injection/2 semaines - Enfant entre 6-11 ans 1 injection 300 mg à J1 et à J15 puis une injection/4 semaines >60 kg : Enfant, adolescent et adulte : 2 injections initiales de 300 mg puis 1 injection/2 semaines. <u>Indication</u> : PEC des formes sévères de la DA si échec, intolérance ou CI à la ciclosporine.	Injection sous-cutanée (abdomen ou cuisse) sur une peau saine et propre en alternant les sites d'injection. Elles sont effectuées par un professionnel de santé ou par le patient (après formation). Il peut être associé à la corticothérapie locale ou au tacrolimus. Médicament à prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en dermatologie, allergologie, pneumologie, pédiatrie et médecine interne. Renouvellement possible en ville mais toujours réservé aux spécialistes. <u>EI</u> fréquents : réaction locale, conjonctivite, herpès buccal, arthralgie. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Inhibiteurs des Janus kinases (anti-JAK)</b>	
<u>Olumiant® (baricitinib)</u> Cp pelliculés (2 mg ou 4 mg) : >18 ans <u>Posologie</u> : 4 mg/j. possibilité de diminuer à 2 mg/j en cas de contrôle durable de l'activité. <u>Indication</u> : PEC des formes sévères de la DA en cas d'échec d'intolérance ou de CI à la ciclosporine.	Avaler avec un verre d'eau. <u>EI</u> fréquents : ↑cholestérolémie, infections (surtout des voies respiratoires hautes), thrombocytose, troubles GI, éruption cutanée, acné, altération de la fonction hépatique et rénale. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, grossesse.
<u>Cibingo®(abrocitinib)</u> Cp pelliculé : > 18 ans Posologie : 100 mg/j. <u>Indication</u> : PEC des formes sévères de la DA en cas d'échec d'intolérance ou de CI à la ciclosporine.	Avaler avec un verre d'eau. <u>EI</u> fréquents : céphalées, douleurs abdominales, troubles GI, vertiges, poussée d'herpès, zona. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, grossesse, IH sévère, tuberculose ou autre infection grave active.
<u>Rinvoq® (upadacitinib)</u> Cp LP (15 mg) : >12 ans <u>Posologie</u> : 15-30 mg/ j Si poids <30 kg ou patients >65 : 15 mg/j maximum <u>Indication</u> : PEC des formes sévères de la DA en cas d'échec d'intolérance ou de CI à la ciclosporine.	Avaler avec un verre d'eau <u>EI</u> fréquents : infections (surtout des voies respiratoires hautes), anémie, neutropénie, troubles GI, éruption cutanée, acné, céphalées, altération de la fonction hépatique et rénale. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, grossesse, IH sévère, tuberculose ou autre infection grave active.
<b>Psoralènes</b>	
<u>Méladinine® (méthoxsalène)</u> Cp (10 mg) Solution locale (0.1% ou 0.75%) <u>Posologie</u> Solution : si atteinte limitée Cp : en fonction du poids : 1 cp/séance si <30 kg 2 cp/séance si 31-50 kg 3 cp/séance si 51-65 kg 4 cp/séance si 66-80 kg 5 cp/séance si 81-90 kg 6 cp/séance si >90 kg 2-3 h plus tard : exposition au soleil/UVA. <u>Indications</u> : PEC des formes sévères de la DA après échec du TTT local, général et photothérapie (UVA-UVB ou UV TL01).	<u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau de préférence au cours d'un repas <u>Solution</u> : appliquer à l'aide d'un coton sur les zones atteintes. Éviter la peau saine (risque de tâches hyperpigmentées). <u>Précautions</u> - Contraception pendant la durée de TTT nécessaire chez la femme en âge de procréer - Après chaque séance (pendant 12 h) : porter des lunettes noires filtrantes et de ne pas s'exposer au soleil (si exposition : crème solaire SPF 50+). <u>EI</u> fréquents : troubles GI, réaction cutanée (prurit, érythème) <u>CI</u> : affections cutanées aggravées par le soleil, insuffisance cardiaque, hypertension, IR ou IH, cataracte, ATCD de cancers cutanés, enfant, traitement par radiation ionisante et par des agents arsenicaux.

Annexe 10: Formes de paracétamol adaptées pour le nourrisson/jeune enfant<sup>(33)</sup>

Formes pharmaceutiques	Conseils associés/ commentaires
<b>Solution ou suspension buvable</b> -Doliprane® 2,4% suspension buvable (3-26 kg) -Efferalganmed® pédiatrique 30 mg/ml (4-32 kg)	Administrer à l'enfant en position assise/semi assise avec la pipette orientée contre la face interne de la joue pour éviter les fausses routes.
Pipette graduée permet d'administrer 15mg/kg/prise, par conséquent, la dose à administrer sera obtenue en titrant jusqu'à la graduation correspondant au poids de l'enfant jusqu'à 4 fois/j en espaçant les prises de 6 heures.	Possibilité de donner pure ou de diluer dans une petite quantité d'eau ou autre boissons (lait, jus de fruit etc.) Rincer la pipette et la remettre à l'intérieur de la boîte après chaque utilisation.
<b>Suppositoire</b> -Doliprane® en suppositoire 100 mg (3-8 kg) ,150 mg (8-12 kg), 200 mg (12-16 kg), 300 mg (15-24 kg) -Efferalganmed® en suppositoire 80 mg (4-6 kg), 150 mg (8-12 kg), 300 mg (15-24 kg)	Administrer à l'enfant en position allongée sur le côté avec la jambe du dessus repliée sur la poitrine. Insérer le suppositoire et maintenir les fesses de l'enfant serrées pendant quelques minutes.  En raison de sa toxicité locale, la durée de l'utilisation doit être la plus courte possible. Cette forme est à déconseiller en cas de diarrhée.
La posologie dépend du poids de l'enfant sans dépasser 1 suppositoire/prise, jusqu'à 4 prises/j, les prises sont à espacer de 6 heures.	
<b>Sachet</b> -Doliprane® en sachet poudre 100 mg (6-20 kg), 150 mg (8-30 kg), 200 mg (11-25 kg), 300 mg (16-48 kg), 500 mg (dès 27 kg) - Efferalganmed® en sachet poudre 80 mg (5-16 kg), 150 mg (6-30 kg), 250 mg (13-50 kg) -paracétamol ARROW® en sachet poudre 300 mg (16-48 kg), 500 mg (dès 27 kg) -Dolipraneliquiz® en sachet suspension buvable 200 mg (11-25 kg), 300 mg (16-48 kg) -Efferalgan® en sachet granulé 250mg (14-50 kg), 500 mg (dès 27 kg)	Administrer à l'enfant en position assise/semi assise. Si jeune enfant administrer à l'aide d'une seringue ou une cuillère tout en orientant vers la face interne de la joue.  <u>Poudre</u> : dissoudre dans l'eau et prendre immédiatement après la dissolution complète. <u>Granulés /suspension buvable</u> : administrer directement dans la bouche.
La posologie dépend du poids de l'enfant, en respectant la posologie journalière recommandée et en espaçant les prises de 4-6 h.	
<b>Autres formes adaptées</b> - Efferalgan® en comprimé orodispersible 250 mg (13-50 kg) - plusieurs formes pharmaceutiques disponibles en comprimés à avaler, gélules, comprimés orodispersibles à 500mg (dès 27 kg)	<u>Cp/ gélule</u> : avaler à avec un verre d'eau.  <u>Cp orodispersibles</u> : prendre sans eau ou après dissolution dans l'eau.
La posologie dépend du poids de l'enfant, en respectant la posologie journalière recommandée et en espaçant les prises de 4-6 h.	

Annexe 11 : Antihistaminiques indiqués dans la prise en charge des démangeaisons<sup>(33)</sup>

Les antihistaminiques de première génération ou sédatifs	
<b>Atarax® (hydroxyzine)</b> <u>Sirop</u> : < 6 ans (à partir de 30 mois) <u>Cp sécable</u> (25 mg) : > 6 ans  Posologie maximale = 2 mg/kg/j (<40 kg) ou 100 mg/j (>40 kg)	<u>Sirop</u> : administrer à l'aide de la pipette graduée en ml (1 ml = 2 mg d'hydroxyzine). <u>Cp sécable</u> : avaler avec un verre d'eau. Privilégier les prises de soir (effet sédatif). <u>CI</u> : hypersensibilité à l'un de constituants, glaucome, adénome prostatique, porphyrie, ↑QT, bradycardie significative, association avec des molécules torsadogènes.
<b>Periactine® (cyprohéptadine 4 mg)</b> <u>Cp</u> : > 6 ans Posologie : 1 cp/prise 2-3 fois/j	Avaler avec un verre d'eau. Privilégier les prises de soir (sédatif). <u>CI</u> : hypersensibilité, glaucome, adénome prostatique, ATCD d'agranulocytose.
<b>Polarmine® (dexchlorphéniramine 2 mg)</b> <u>CP sécable</u> : > 6 ans Posologie : - 6-12 ans : 1/2 cp 2-3 fois/j - ≥12 ans : 1 cp 3-4 fois/j	Avaler avec un verre d'eau. Privilégier les prises de soir (effet sédatif). Espacer les prises d'au moins 4h.  <u>CI</u> : hypersensibilité, glaucome, adénome prostatique.
<b>Primalan® (méquitazine)</b> <u>Sirop</u> : 2-6 ans <u>Cp sécables</u> (5 mg) : > 6 ans <u>Cp sécables</u> (10 mg) : réservé à l'adulte Posologie : 1,25 mg/5kg/j à répartir en 1-2 prises quotidiennes	<u>Sirop</u> : utiliser toujours la cuillère mesure, rincer et remettre dans la boîte à la suite de chaque administration (1 cuillère mesure = 1,25 mg de méquitazine). <u>Cp sécable</u> : avaler avec un verre d'eau. Privilégier une seule prise le soir (effet sédatif).  <u>CI</u> : hypersensibilité à l'un des composants, glaucome, adénome prostatique, ↑QT, en association avec des molécules torsadogènes.
Les antihistaminiques deuxième génération (peu ou pas sédatifs)	
<b>Aerius® (desloratadine)</b> <u>Solution buvable</u> : 1-12 ans Posologie : 1-5 ans : 2,5 ml/j 6-11 ans : 5 ml/j ≥12 ans : 10 ml/j  <u>Cp</u> (5 mg) : >12 ans Posologie : 1 cp/j	<u>Solution buvable</u> : utiliser la seringue graduée (deux graduations 2,5 ml et 5 ml). Rincer la seringue à l'eau et la ranger dans la boîte après chaque utilisation. <u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau.  <u>CI</u> : hypersensibilité à l'un des composants.
<b>Bilaska® et Inorial® (bilastine)</b> <u>Cp orodispersible</u> (10 mg) : 6-12 ans Posologie : 1 cp/j <u>Cp à avaler</u> (20 mg) : > 12 ans Posologie : 1 cp/j	<u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>Cp orodispersible</u> : peut être pris directement ou dissout dans une petite quantité d'eau. À distance de repas (au moins 1 h avant ou 2 h après).  <u>CI</u> : L'hypersensibilité à l'un des constituants.
<b>Zyrtecset® (cétilizine)</b> <u>Cp sécable</u> (10 mg) : ≥ 6-12 ans Posologie : 5 mg (soit ½ cp) deux fois/j <u>Cp classique</u> (10 mg) : >12 ans Posologie : 10 mg/j (soit 1 cp)	<u>Cp sécable</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>Solution buvable</u> : prendre pure ou diluée à l'eau dans une cuillère. En cas de dilution, la solution est ingérée immédiatement. Chaque goutte = 0,5 mg.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, IR terminale (CI <15 ml/min).
<b>Zyrtec® (cétilizine)</b> <u>Solution buvable</u> : > 2 ans 2-6 ans : 2,5 mg 2 fois/j (soit 5 gouttes) 6-12 ans : 5 mg 2 fois/ j (soit 10 gouttes) ≥12 ans : 10 mg/j (soit 20 gouttes)	<u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>Lyophilisat oral</u> : placer sur la langue. Ne pas écraser.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Kestin® (ébastine)</b> <u>Cp</u> : > 12 ans Posologie : 1/j	  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Kestinlyo® (ébastine)</b> <u>Lyophilisat oral</u> : >12 ans Posologie : 1/j	  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Telfast® (fexofénadine)</b> <u>Cp</u> (180 mg) : >12 ans Posologie : 1/j	Avaler avant un repas avec un verre d'eau. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Wystamm® (rupatadine)</b> <u>Cp</u> (10 mg) : >12 ans Posologie : 1/j	Avaler avec un verre d'eau (+/- repas). <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Mizollen® et Mizocler® (mizolastine)</b> <u>Cp</u> (10 mg) : >12 ans Posologie : 1/j	Avaler avec un verre d'eau (+/- repas). <u>CI</u> : hypersensibilité, IH sévère, en association avec les macrolides ou les antifongiques azolés, torsade de pointe.
<b>Loratadine</b> <u>Cp</u> (10 mg) : >12 ans Posologie : 1/j	Avaler avec un verre d'eau (+/- repas). <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.

Annexe 12: Options thérapeutiques dans la prise en charge de l'herpès (33,110)

<b>Traitements antiviraux</b>	
<b>Traitement antiviral local</b>	
<b>Zovirax® (aciclovir)</b> Crème (5%) : >6 ans  <u>Posologie</u> : 5 applications/j. Les applications doivent être espacées de 3-4 heures. Durée du traitement = 5 jours. <u>Indication</u> : poussées localisées d'herpès orolabial.	Appliquer sur les lésions dès l'apparition des 1 <sup>ers</sup> symptômes. Lavage des mains après chaque application.  <u>EI</u> : réactions locales rares. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Erazaban® (docosanol)</b> Crème (10 mg/g) : > 12 ans  <u>Posologie</u> : 5 applications/j pendant 4-6 jours en général. <u>Indication</u> : réactivation virale chez l'immunocompétent.	Appliquer en couche fine sur les lésions dès l'apparition des 1 <sup>ers</sup> symptômes. Lavage des mains après chaque application.  <u>EI fréquents</u> : réactions locales. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>Traitement antiviral général</b>	
<b>Zovirax® (aciclovir)</b> Cp (200mg) : > 6 ans Suspension buvable (200mg/5ml) : < 6 ans IV (250 ou 500 mg) : <2 ans ou si VO impossible  <b>1)primo-infection</b> <u>Posologie</u> < 6 ans : 5 ml 5 fois/j (toutes les 4 h) pendant 5-10 jours. >6 ans : 5 cp/j à prendre toutes les 4 h pendant 5-10 jours. <2 ans, VO impossible : 5 mg/kg toutes les 8h (>12 ans) ou 250 mg/m <sup>2</sup> (3 mois -12 ans).	Cp : avaler avec un verre d'eau. <u>Suspension buvable</u> : administrer à l'aide du godet doseur fourni. Rincer le godet à l'eau et le ranger dans la boîte après chaque utilisation.  <u>EI fréquents</u> : troubles GI, céphalées, prurit, sensation ébrieuse, augmentation des enzymes hépatiques, de l'urée et de la créatinine sérique, réaction au site d'injection (forme IV).  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.
<b>2)en prévention chez l'immunodéprimé ou en cas de récurrences fréquentes &gt; 6</b> <u>Posologie</u> >6 ans : 2 cp/prise, 2 fois/j <6 ans : 10 ml de suspension buvable 2 fois/j Durée : 6-12 mois	
<b>Zelitrex® (valaciclovir) :</b> Cp (500 mg) : >12 ans  <b>1)Primo-infection</b> <u>Posologie</u> 1 cp 2 fois/j pendant 10 j (immunocompétent) 2 cp 2 fois/j pendant 5-10 j (immunodéprimé)  <b>2)Réactivation virale (bouton de fièvre)</b> <u>Posologie</u> : Une dose de 4 cp suivie d'une deuxième dose de 4 cp 6-12 h plus tard  <b>3)En prévention</b> <u>Posologie</u> : 1 cp/j (réurrence) ou 1 cp 2 fois/j (immunodépression) pendant 6-12 mois	Avaler avec un verre d'eau.  <u>EI fréquents</u> : troubles GI, vertige, prurit, éruptions cutanées, céphalées.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.

Annexe 13 : Options thérapeutiques dans la PEC des infections bactériennes courantes<sup>(33,82)</sup>

PEC des furoncles/abcès (TTT de 1 <sup>ère</sup> intention)(33)		Antibiothérapie orale
<b>Pyostacine® (pristinamycine)</b> <u>Cp pelliculé</u> (250 ou 500 mg) : >6 ans Posologie : enfant : 50 mg/kg/j en 2-3 prises adulte : 1 g 2-3 fois/j	Avaler avec un verre d'eau en fin des repas. <u>EI</u> fréquents : troubles GI, colite hémorragique, rash. <u>CI</u> : Hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, allergie au blé, + colchicine, allaitement, ATCD de réactions sévères.	
<b>Orbenine® (cloxacilline)</b> <u>Gélule</u> (500 mg) : > 6 ans Posologie : 50 mg/kg/j en 3 prises (maximum 3-4 g/j)	Avaler avec un verre d'eau de préférence 30 min avant les 3 repas. <u>EI</u> fréquents : nausée, vomissement, diarrhée. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.	
<b>Dalacine® (clindamycine)</b> <u>Gélule</u> (75, 150, 300 ou 600 mg) : > 6 ans Posologie enfant : 8-25 mg/kg/j en 3-4 prises. adulte : 0,6-2,4 g/j en 3-4 prises.	Avaler avec un verre d'eau. <u>EI</u> fréquents : trouble GI, CPM, altération du bilan hépatique. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou aux excipients, <6 ans, allaitement.	
PEC de l'impétigo (TTT de 1 <sup>ère</sup> intention) (33,82)		Antibiothérapie locale
<b>Mupiderme® (mupirocine)</b> <u>Pommade</u> (2%) Posologie : 2-3/j sur peau propre pendant 5-10 j.	<u>EI</u> sont rares (brûlures et picotements) <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, sur les seins (si allaitement).	
Antibiothérapie générale		Antibiothérapie générale
<b>Augmentin® (amoxicilline-acide clavulanique)</b>  -Poudre pour suspension buvable (100 mg/12.5 mg) : Nourrisson et enfant <40 kg Posologie : 40-80 mg/kg/j Sans dépasser 3 g/j en 3 prises.  Poudre en sachet dose (1g/125 mg) et cp pelliculé (500 mg/62,5 mg) : adulte et enfant >40 kg Posologie : 1 g/prise, 2-3 fois/j	Prendre au cours des repas  Suspension buvable : agiter pour détacher la poudre, ajouter de l'eau de manière progressive jusqu'au trait en retournant et en agitant le flacon. Agiter avant chaque administration. Celle-ci se réalise à l'aide de la seringue fournie (1 graduation = 1 kg). La seringue est rincée et rangée dans la boîte. <u>Sachet-dose</u> : faire fondre dans un verre d'eau. <u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau.  <u>EI</u> fréquents : troubles GI, candidose cutanéo-muqueuse. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA (ou aux bétalactamines) ou à l'un des excipients, ATCD d'atteinte hépatique sous TTT.	
<b>Pyostacine® (pristinamycine)</b> <u>Cp pelliculés</u> (250 et 500 mg) : > 6 ans posologie : enfant : 50 mg/kg/j en 2-3 prises adulte : 1 g 2-3 fois/j	<u>Cp pelliculé</u> : avaler avec un verre d'eau au moment du repas.  <u>EI</u> fréquents : troubles GI, rash cutané. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou aux excipients, ATCD de réactions sévères, allergie au blé, allaitement, + colchicine.	
<b>Josacine® (josamycin)</b> -Granulé pour suspension buvable : nourrisson/enfant 125 mg/5ml (2-5 kg) 250 mg/5ml (5-10 kg) 500 mg/5ml (10-40 kg) Posologie : 50mg/kg/j en deux prises.  -Cp pelliculé 500 mg ou cp orodispersible 1 g : > 40 kg Posologie : 1-2 g/j en 2 prises.	Granulé pour suspension buvable : ajouter de l'eau jusqu'au trait et agiter. Laisser reposer qq minutes, compléter si besoin et agiter à nouveau. Administrer à l'aide de la seringue graduée, la dose/prise dépend du poids de l'enfant et est indiquée sur le piston de la seringue. Rincer et remettre dans la boîte après chaque usage. <u>Cp pelliculé</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>Cp orodispersible</u> : disperser dans l'eau.  <u>EI</u> fréquents : troubles GI. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, + alcaloïdes de l'ergot de seigle, ivabradine ou colchicine.	
<b>Cefadroxil</b> <u>Cp (500 mg)</u> : > 6 ans Posologie : enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (8-14 j) adulte : 1 g 2/j (8-14 j)	<u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau.  <u>EI</u> fréquents : troubles GI, démangeaisons génitales. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.	
<b>Keforal® (céfalexine)</b> -Poudre pour suspension buvable (250 mg/5ml) : <6 ans posologie : 50mg/kg/j à répartir en 2 prises -Cp (500 ou 1000 mg) : enfant >6 ans et adulte posologie : enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises adulte : 1 g 2 fois/j	Suspension buvable : ajouter de l'eau jusqu'au trait. Agiter pour mettre la poudre en suspension. Administrer la dose nécessaire à l'aide de la cuillère mesure de 5 ml. La cuillère doit être rincée et rangée dans la boîte. <u>Cp</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.	
PEC de l'érysipèle (33)		
<b>Clamoxyl® (amoxicilline)</b> -Gélule 500mg -Cp dispersible 1 g -Poudre pour solution 125 mg/5ml 250 mg/5ml 500 mg/5ml Posologie : 50 mg/kg/j à répartir en 3 prises (max 6 g/j)	<u>Gélule/cp</u> : avaler avec un verre d'eau au cours des repas. <u>Solution</u> : détacher la poudre du fond du flacon. Remplir avec de l'eau jusqu'au trait. Retourner et bien agiter le flacon. Laisser reposer et compléter avec de l'eau jusqu'au trait (si nécessaire). Administrer la dose à l'aide de la cuillère graduée (2.5 ml et 5 ml). <u>EI</u> fréquents : diarrhée, nausée, éruption cutanée. <u>CI</u> : Hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, ATCD de réactions sévères aux β-lactamines.	
<b>Pyostacine® (pristinamycine)</b> -Cp pelliculé (250 mg ou 500 mg) Posologie : 1 g 3 fois/j	Prendre avec un verre d'eau en fin de repas. <u>EI</u> fréquents : trouble GI, colite hémorragique, rash. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, ATCD de réactions sévères, allergie au blé, + colchicine, allaitement.	
<b>Dalacine® (clindamycine)</b> -Gélule (75,150 ou 300 mg) Posologie : 600 mg 3- 4/j	Avaler avec un verre d'eau. <u>EI</u> fréquents : trouble GI, CPM, altération du bilan hépatique. <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA, ou aux excipients, <6 ans, allaitement.	

Annexe 14 : Médicaments cités dans les références dans la PEC des mycoses cutanées<sup>(33)</sup>

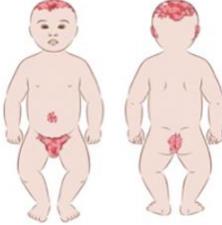
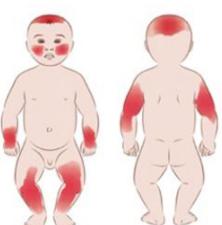
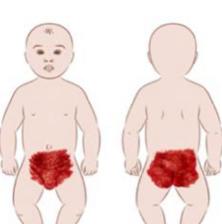
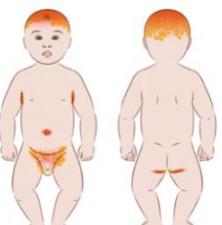
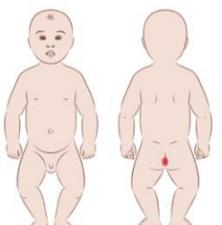
PEC locale des mycoses de la peau glabre <sup>(33)</sup>	
<b>Amycor® (bifonazole 1%)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophytes) et pityriasis versicolor.	1/j sur peau propre et sèche.  <u>Durée</u> 2 semaines : pityriasis versicolor 3 semaines : candidose et dermatophytose
<b>Poudre</b> -Intertrigo macéré (candida, dermatophyte) -Prévention des rechutes de l'intertrigo interorteils	1/j après toilette locale sur peau sèche et propre.
<b>Mycoster® (1% ciclopirox olamine)</b> Crème et solution : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophyte) et pityriasis versicolor	2/j sur peau propre et sèche pendant 3 semaines en général.
Poudre : Intertrigo interorteils à dermatophytes	1/j pendant 4 semaines.
<b>Pevaryl® (éconazole 1%)</b> Crème : mycose de la peau glabre + intertrigo non macéré	2-3/j sur peau propre et sèche pendant 2-4 semaines. <u>Crème</u> : appliquer avec le bout des doigts et masser jusqu'à pénétration.
Poudre flacon : intertrigo macérée	Poudre : poudrer en balayant la zone atteinte.
Solution : pityriasis versicolor	2/j jusqu'à disparition des lésions. Masser jusqu'à pénétration.
<b>Mycoapaisyl® (éconazole 1%)</b> Crème : mycose de la peau glabre + intertrigo non macéré (candida, dermatophyte)	2/j. Appliquer avec le bout des doigts et masser jusqu'à pénétration.
<b>Fongileine® (éconazole 1%)</b> Crème : mycose de la peau glabre + l'intertrigo non macéré (candida, dermatophyte).	2/j pendant 2 semaines en moyenne.  <u>Crème</u> : appliquer avec le bout des doigts et masser jusqu'à pénétration.
Poudre : mycose de la peau glabre + l'intertrigo macéré (candida, dermatophyte)	Poudre : poudrer en balayant la zone atteinte.
<b>Pevisone® (éconazole + triamcinolone)</b> Crème : mycoses de la peau (dermatophyte, candida) très inflammatoire.	2/j sur peau sèche et propre. Masser pour améliorer la pénétration. Durée maximale : 8 jours. Au-delà, le TTT est continué avec l'éconazole tout seul.
<b>Lomexin® (2% fenticonazole)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophyte) et pityriasis versicolor.	2/j sur peau sèche et propre. Masser jusqu'à pénétration. Durée : 2 -4 semaines
<b>Fazole® (2% isoconazole)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophyte) et pityriasis versicolor.	2/j sur peau sèche et propre. Masser pour améliorer la pénétration. Durée : 2 -4 semaines
<u>Emulsion</u> : Atteinte de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophytes) et pityriasis versicolor.	
<b>Ketoderm® (2% kéroconazole)</b> Crème : mycose de la peau (candida et dermatophytes), pli inguinale et intertrigo interorteils (dermatophytes), et pityriasis versicolor.	1-2/j sur la zone atteinte et sa périphérie.  <u>Durée</u> 2-3 semaines : pityriasis versicolor, candida. 2-4 semaines : pli inguinale (dermatophytes) 3-4 semaines : peau (dermatophytes) 4-6 semaines : pied d'athlète (dermatophytes)
<b>Fongamil® (1% omoconazole)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophytes) et pityriasis versicolor.	1 application/j sur peau sèche et propre. Masser pour améliorer la pénétration.  <u>Durée</u> 2-3 semaines : peau (dermatophytes) et grands plis. 2-4 semaines : plis (candida) 2-6 semaines : Intertrigo interorteils
<u>Solution</u> : pityriasis versicolor	2 applications/j. Agiter puis pulvériser sur les lésions. Masser pour améliorer la pénétration.
<b>Fonx® (1% oxiconazole)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida, dermatophyte) et pityriasis versicolor	1/j sur peau sèche et propre.  <u>Durée</u> 2 semaines (candida et pityriasis versicolor) 3 semaines (dermatophytes)
<b>Monazol® (2% sertaconazole)</b> Crème : dermatophytose et intertrigo candidosique non macéré	1/j sur peau sèche et propre. Appliquer sur la zone atteinte et 1 cm en périphérie. Durée : 21 jours.
<b>Lamisil® (1% terbinafine)</b> Crème : mycose de la peau + intertrigo non macéré (candida et dermatophytes) et pityriasis versicolor	1/j sur peau sèche et propre pendant 1-2 semaines. Masser pour améliorer la pénétration. Ne pas appliquer sur le visage.
<u>Solution</u> : dermatophytose de la peau et pityriasis versicolor	1-2/j sur la zone atteinte et sa périphérie pendant 1 semaine. Ne pas appliquer sur le visage.
<u>Monodose</u> : atteinte du pied chez l'adulte	1/j sur les deux pieds (même si l'autre pied n'est pas atteint). Laisser agir 24 heures.
<u>Gel</u> : dermatophytose de la peau et pityriasis versicolor	1/j pendant 1 semaine. Ne pas appliquer sur le visage.
<b>Trosyd (1% tioconazole)</b> Crème : dermatophytose, pityriasis versicolor, candida.	1-2/j sur la zone atteinte et sa périphérie. Masser pour améliorer la pénétration . Durée : 2-4 semaines, jusqu'à 6 semaines.
PEC locale de la teigne dermatophytique (toujours associée à un TTT oral) <sup>(33)</sup>	
<b>Pevaryl® (éconazole 1%)</b> Crème	2-3/j sur peau propre et sèche. Masser jusqu'à pénétration. Durée : 2-4 semaines .
<b>Fazol® (isoconazole 2%)</b> Crème ou émulsion	2/j sur peau sèche et propre. Masser pour améliorer la pénétration. Durée : 2-4 semaines en moyenne.
<b>Mycoapaisyl® (éconazole 1%)</b> Crème	2/j jusqu'à disparition des lésions. Appliquer avec le bout des doigts et masser jusqu'à pénétration. Durée : 4-8 semaines.
<b>Fongileine® (éconazole 1%)</b> Crème	2/j. Appliquer avec le bout des doigts et masser jusqu'à pénétration. Durée : 4-8 semaines.

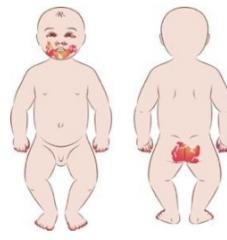
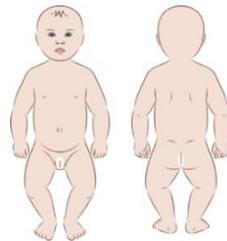
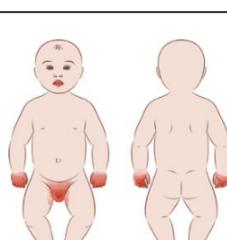
PEC locale de l'onychomycose <sup>(33)</sup>		
<b>Loceryl® (amorolfine)</b> <u>Vernis (5%)</u>	Une toilette soigneuse et un limage de la partie atteinte sont réalisés avant chaque application. Nettoyer la surface de l'ongle avec du dissolvant. L'application se réalise à l'aide des spatules réutilisables en appliquant sur la totalité de l'ongle. Si plusieurs ongles atteints, veiller à nettoyer la spatule avec une compresse imbibée de dissolvant avant de passer à l'ongle suivant.	
<b>Amycor onychoset® (bifonazole + urée)</b> <u>Pommade (1% + 40%)</u>	Se baigner le pied et/ou la main dans l'eau chaude pendant 10 min et bien sécher avant l'application. Celle-ci est réalisée sur la totalité de l'ongle et recouverte d'un pansement occlusif pendant 24 heures. Après avoir ôté le pansement, baigner encore l'ongle dans l'eau chaude et éliminer la partie ramollie de l'ongle avec un grattoir.	
<b>Onytec® et Myconail® (ciclopirox)</b> <u>Vernis (8%)</u>	Appliquer en couche mince sur la totalité de l'ongle. laisser agir pendant au moins 6 h. Il est nécessaire ensuite de nettoyer à l'eau et au savon. Il est recommandé d'enlever les parties onycholytiques et le bord libre de l'ongle de manière régulière.	
<b>Mycoster® (ciclopirox)</b> <u>Solution (8%)</u>	Appliquer en couche mince sur la totalité de l'ongle. 1 fois/semaine, appliquer un dissolvant pour enlever la couche filmogène qui pourrait limiter la pénétration du principe actif et ôter les parties libres en même temps.	
Les antifongiques oraux (toute indication) <sup>(33)</sup>		
<b>Triflucan® (fluconazole)</b> <u>Gélules (50,100 ou 200 mg)</u>	Avaler entier avec un verre d'eau.  <u>Indications</u> Mycoses à candida, à dermatophytes ou pityriasis versicolor lorsqu'un TTT systémique est nécessaire	<u>Posologie et durée</u> -Peau (dermatophytes ou candida) : 150 mg/semaine ou 50 mg/j pendant 2-4 semaines en général. -Pityriasis versicolor : 300-400 mg/semaine pendant 1-3 semaines ou 50 mg/j pendant 2-4 semaines. -Onychomycose : 150 mg/semaine à poursuivre jusqu'à repousse d'un ongle sain.
<b>Sporanox® (itraconazole)</b> <u>Gélules (100 mg)</u> <u>Solution orale (10 mg/ml)</u>	<u>Indications</u> - Mycose à dermatophytes ou pityriasis versicolor lorsqu'un TTT systémique est nécessaire.  - TTT probabiliste des teignes ou de la teigne trichophytique révélée à l'examen direct.  Toujours associé à un TTT antifongique local.	Prendre immédiatement après un repas. <u>Gélules</u> : avaler avec un verre d'eau. <u>Solution buvable</u> : prélever avec une seringue et administrer en l'orientant vers la face interne de la joue.  <u>Posologie et durée</u> - Mycose de la peau (dermatophytes) : 1 gélule/j pendant 15 j ou 2 gélules/j en une seule prise pendant 7 j. - Atteinte kératinisée (mains ou pieds) : 1 gélule/j pendant 30 jours ou 2 gélules 2/j pendant 7 j. - Pityriasis versicolor : 2 gélules 1/j ou 1 gélule 2/j pendant 5-7 j - Teigne : variable en fonction du poids 10-20 kg: 50 mg/j >20 kg: 100 mg/j <u>Durée</u> : 6 semaines
<b>Lamisil® (terbinafine cp 250 mg)</b>	<u>Indications</u> -PEC de l'onychomycose  -PEC des mycoses cutanées à candida et à dermatophytes lorsqu'un traitement général est indiqué.  -TTT de teignes chez l'enfant si teigne microsporique révélée à l'examen direct du prélèvement. Toujours associé à un TTT antifongique local.	Au cours du repas et à heure régulière.  <u>Posologie</u> -Onychomycose et mycoses cutanées : 1 cp/j  <u>Teigne</u> Variable en fonction du poids (en une seule prise/j) : 10-20 kg :62,5 mg/j soit ¼ cp 21-40 kg :125 mg/j soit ½ cp >40 kg :250 mg/j soit un cp entier Les cps peuvent être broyés et mélangés avec une compote ou un yaourt.  <u>Durée</u> - Peau et intertrigo des grands plis : 2-4 semaines - Intertrigo des orteils :2-6 semaines - Onychomycose : 6 semaines- 3 mois - Teigne : 4 semaines

## Annexe 15 : Options médicamenteuses dans la prise en charge de la gale<sup>(33)</sup>

<b>Traitements locaux</b>	
<b>Topiscab® (perméthrine)</b> <u>Crème 5% : &gt;2 mois</u>	<p>Posologie : deux applications à J0 et à J8.</p> <p>Quantité appliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 mois-1 an : une noisette</li> <li>1-5 ans : deux noisettes</li> <li>6-12 ans : ½ du tube</li> <li>≥12 ans : tube entier</li> </ul> <p>Prendre un bain ou une douche, bien sécher la peau et appliquer en couche fine de manière uniforme sur l'ensemble du corps. Éviter le contour des yeux et des lèvres.</p> <p>Adulte : pas d'application sur le visage et le cuir chevelu sauf si atteinte lésionnelle.</p> <p>Enfant/personne âgée : l'application sur le visage, les oreilles et le cuir chevelu est indiquée.</p> <p>La durée minimale de l'application est de 8 heures, suivie d'une douche ou un bain pour enlever les restes de crème.</p> <p><u>EI fréquents</u> : rougeur, prurit, brûlure, sécheresse et paresthésie cutanée.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la perméthrine, à la classe des pyréthrines ou à l'un des excipients.</p>
<b>Ascabiol® (benzoate de benzyle)</b> <u>Émulsion 10% : &gt;1 mois</u>	<p>Posologie : deux applications à J0 et à J8.</p> <p>Prendre un bain ou une douche, bien sécher la peau. Agiter avant l'emploi. Appliquer deux couches successives (10-15 min d'intervalle) à l'aide d'une compresse sur l'ensemble du corps. Éviter le visage et les muqueuses. Durée de l'application est de 24 heures, suivie d'une douche ou un bain pour éliminer le produit restant.</p> <p><u>Exceptions</u>  Femme enceinte : appliquer une seule couche.  Enfant &lt;2 ans : appliquer une seule couche et durée réduite à 6 heures.</p> <p><u>Précautions</u>  -Ne pas utiliser à proximité d'une source de chaleur.  -Ne pas mettre en contact avec des matières plastiques (risque important d'altération du plastique).</p> <p><u>EI</u> : irritation, eczématisations, convulsions (si ingestion accidentelle ou surface importante).  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.</p>
<b>Traitements oraux</b>	
<b>Stromectol® (ivermectine)</b> <u>Cp (3 mg) : &gt;15 kg</u>	<p><u>Posologie</u> : 200 ug/kg de poids corporel en une seule prise.</p> <p>Une 2ème dose est indiquée 2 semaines plus tard si apparition de nouvelles lésions ou si l'examen parasitologique est positif.</p> <p>Avaler avec un verre d'eau, de préférence le matin et à distance de repas (2h avant ou 2h après). Les cps peuvent être écrasés pour les &lt; de 6 ans.</p> <p><u>EI</u> : hyperéosinophilie transitoire, altération de la fonction hépatique, hématurie.  <u>CI</u> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.</p>

Annexe 16 : Autres causes d'atteintes du siège chez le nourrisson /jeune enfant<sup>(30,35)</sup>

<b>Les causes principales</b>		<b>La présentation clinique</b>	
Inflammatoires	<b>Psoriasis des langes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème chronique en plaques confluentes, bien délimité.</li> <li>- Débute dans les plis pour se disséminer à la zone de la couche</li> <li>- Aspect vernissé de la peau, peu ou pas de squames.</li> <li>- Peut être observé à partir de 3 mois.</li> <li>- ATCD familiaux de psoriasis à rechercher.</li> </ul>	
	<b>Eczéma du siège</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vésicules sur un fond érythémateux qui se rompent et suintent.</li> <li>- Deux causes : atopique et allergique.</li> </ul> <p><u>En faveur d'un eczéma atopique</u> : antécédents personnels ou familiaux, lésions sur zones classiques et xérose cutanée.</p> <p><u>En faveur d'un eczéma allergique</u> : prédominance des lésions en zones de contact avec l'allergène.</p> <p>prurit dans les deux cas.</p>	
	<b>Dermatite séborrhéique du siège</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème bien délimité localisé au niveau des plis, recouvert légèrement de squames grasses ou non, non suintant, peu ou pas prurigineux.</li> <li>- Possibilité d'extension à l'ensemble du siège.</li> <li>- Atteinte associée des zones séborrhéiques au niveau du visage et cuir chevelu.</li> <li>- ATCD familiaux peuvent être retrouvés.</li> </ul>	
	<b>Intertrigo à Candida albicans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème vif dans les plis.</li> <li>- Peau fissurée parfois recouverte d'un enduit blanchâtre.</li> <li>- Extension centrifuge expliquant l'atteinte du siège si prise en charge retardée.</li> <li>- Recherche du muguet buccal à réaliser de manière systématique.</li> </ul>	
Infectieuses	<b>Anite streptococcique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème périanal bien délimité pouvant être fissuré.</li> <li>- Extension possible vers les régions génitales.</li> <li>- Germe impliqué : streptocoque bêta-hémolytique +++</li> <li>- Culture pharyngée positive concomitante dans 95% de cas.</li> </ul>	

	<b>La gale du nourrisson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence des lésions non spécifiques et spécifiques.</li> <li>- Présence des pustules palmoplantaires.</li> <li>- Prurit et notion de contagé dans l'entourage.</li> </ul>	
<b>Nutritionnelles</b>	<b>Carence en zinc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lésions érythémateuses érosives initialement au niveau des zones péri-orificielles, se diffusant rapidement à l'ensemble du siège.</li> <li>- Liée à un allaitements maternel exclusif dans un contexte de carence en zinc ou de dénutrition importante chez la mère ou à une alimentation parentérale non supplémentée.</li> <li>- Peut être due à une maladie génétique récessive rare (l'acrodermatite entéropathique)</li> </ul>	
<b>Néoplasiques</b>	<b>Histiocytose Langerhansienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lésions chroniques érosives et papuleuses, pouvant être purpures.</li> <li>- Localisations : dans les plis inguinaux, au niveau du cuir chevelu et du tronc.</li> </ul>	
<b>Auto-immunes</b>	<b>Le lichen scléreux atrophique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème bien délimité et légèrement desquamé.</li> <li>- Apparition des tâches blanches ou/et atrophiques au fur et à mesure de l'évolution.</li> <li>- Les lésions se trouvent au niveau de la peau vulvaire et périnéale chez les filles et évoluent vers des déformations anatomiques dans les formes les plus avancées. Atteinte similaire chez les garçons touchant le gland et entraînant un phimosis.</li> </ul>	
	<b>La maladie de Kawasaki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Érythème et œdème au niveau des mains, des pieds et des lèvres.</li> <li>- Atteinte possible du siège.</li> <li>- L'érythème devient desquamé plus tard.</li> <li>- Autres manifestations : langue de couleur fraise, rougeur conjonctivale sans écoulement et fièvre.</li> </ul>	

## Annexe 17 : Principales familles de pansements<sup>(116)</sup>

HYDROGEL	IRRICO ABSORBANT
<p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Plaies nécrotiques sèches et fibrineuses</p> <p></p> <p><b>LES « PLUS »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrate et ramollit les nécroses et fibrines sèches.</li> <li>Facilite la détersion autolytique et mécanique</li> </ul> <p></p> <p><b>À NE PAS FAIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas utiliser si plaque exsudative ou infectée.</li> <li>A proscrire : le talon artéritique non revascularisable (cf. protocole).</li> <li>Ne pas utiliser de pansement secondaire absorbant.</li> </ul>	<p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Détersion des plaies nécrosées et/ou fibrineuses, infectées ou non, peu ou moyennement exsudatives.</p> <p></p> <p><b>LES « PLUS »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage selon protocole.</li> <li>Appliquer le gel sur toute la surface nécrotique avec une couche d'une épaisseur de 5 mm environ.</li> <li>Recouvrir d'un film transparent de polyuréthane ou d'hydrocolloïde extra-mince pour bien maintenir le gel au contact de la nécrose.</li> </ul> <p></p> <p><b>TRUCS ET ASTUCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une scarification fine (peu profonde, un cm de diamètre) avant l'application du gel favorise l'hydratation.</li> <li>Bien adapter la quantité ou volume de la plaque.</li> <li>Fréquence de réfection : <ul style="list-style-type: none"> <li>Si le pansement secondaire est un polyuréthane =&gt; réfection quotidienne</li> <li>Si le pansement secondaire est un hydrocolloïde : peut rester en place trois jours.</li> </ul> </li> </ul> <p></p> <p><b>COMPOSITION</b></p> <p>Gel de polymère de Carboxyméthyl Cellulose (CMC substance absorbante) + polypropylène glycol (donne la cohésion du gel) composé de plus de 80% d'eau qui agit comme une éponge au niveau des plaies fibrineuses ou nécrosées sèches.</p>
<p><b>HYDROCELLULAIRES</b></p> <p><b>ABSORPTION MOYENNE – ABSORPTION IMPORTANTE</b></p> <p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Recouvrement des plaies exsudatives de la phase de bourgeonnement jusqu'à la phase d'épidermisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>ABSORPTION MOYENNE :</b> A réservé aux plaies chroniques de petit volume (moins de 2 cm<sup>2</sup>) ou plaies digues.</li> <li><b>ABSORPTION IMPORTANTE :</b> Plaies chroniques de plus de 2 cm<sup>2</sup> en s'adaptant à la profondeur et localisation (forme anatomique).</li> </ul> <p></p> <p><b>LES « PLUS »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité d'absorption et de drainage liée à l'épaisseur de la mousse.</li> <li>Très confortable, indolore à la réfection de pansement, à privilégier si la peau périphérique est oblitérée.</li> <li>Protège les bourgeons.</li> <li>Forme spécifiques (sphérique ou tubulaire) pour plaque profonde et possibilité de découper le pansement si besoin.</li> <li>Ne se délitent pas au contact de la plaque.</li> <li>Pas d'odeur désagréable.</li> </ul> <p></p> <p><b>LES « MOINS »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oscillants si multicoques.</li> <li>Pansement attractif =&gt; utilisation non ciblée selon l'indication.</li> </ul>	<p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Absorption des exsudats sans dessèchement de la plaque.</p> <p><b>MODE D'EMPLOI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage selon protocole.</li> <li>Renouvellement d'après saturation, tous les 3 à 5 j en fonction du niveau d'exsudat et de l'état clinique de la plaque.</li> </ul> <p></p> <p><b>TRUCS ET ASTUCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépassagement d'au moins 1 cm des bords de plaies.</li> </ul> <p></p> <p><b>COMPOSITION</b></p> <p>Polymère présenté sous forme de mousse de polyuréthane plus ou moins absorbante.</p>
<p><b>HYDROCELLULAIRES</b></p> <p><b>SUPER ABSORBANT</b></p> <p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Plaies sèches.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas faire de sandwich = pas de compresse sous/sur le super absorbant.</li> <li>Ne se découpe pas</li> <li>Ne pas superposer deux superabsorbants.</li> </ul> <p></p> <p><b>MODE D'EMPLOI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En pansement primaire mais possibilité d'adhésion notamment au niveau des bords selon l'assèchement.</li> <li>En pansement secondaire d'un pansement ALGINATE ou d'une FIBRE à haut pouvoir d'absorption ou d'une INTERFACE.</li> <li>Changement quotidien voir bi quotidien selon l'exsudat.</li> <li>Utiliser un maintien souple pour permettre l'évolution en volume du pansement.</li> </ul> <p></p> <p><b>TRUCS ET ASTUCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sous contention, anticiper la prise de volume en épaisseur.</li> <li>Protection de la peau périphérique avec un topic comme Cold Cream ou Vaseline.</li> <li>Mélanger le pansement avant sa pose (sauf quelques modèles qui sont suffisamment souples).</li> <li>Il existe une taille XL pour les plaies de grand volume.</li> </ul> <p></p> <p><b>COMPOSITION</b></p> <p>3 à 5 couches de Polyacrylate de sodium avec interface variable de fibres de cellulose.</p>	<p><b>CODE COULEUR</b></p>  <p><b>INDICATIONS</b></p> <p>Impératif : pas de contact direct avec les muqueuses.</p> <p><b>MODE D'EMPLOI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage selon protocole.</li> <li>Choisir le format adapté à la plaque.</li> <li>Application de la face blanche sur le lit de la plaque.</li> <li>Recouvrir d'un film transparent de polyuréthane ou d'hydrocolloïde extra-mince.</li> <li>Renouvellement quotidien.</li> </ul> <p></p> <p><b>TRUCS ET ASTUCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Protéger la peau périphérique.</li> <li>Le sens de pose doit être respecté.</li> <li>Existe un grand nombre de formats.</li> <li>Choisir un format de taille inférieure à la plaque.</li> </ul> <p></p> <p><b>COMPOSITION</b></p> <p>Pansements constitués d'un gel de polyacrylate contenant plus de 80% de solution de Ringer, encapsulée dans les particules de polyacrylate</p>

## ALGINATES

### CODE COULEUR



### INDICATIONS

Plaies aigues ou chroniques moyennement à très exsudatives au stade de la détersion.  
Plaies hémorragiques.  
Sites donneurs de greffe.  
Plaies infectées (Alginate pur).



### LES « PLUS »

- Absorption élevée par diffusion passive et par capillarité (effet drainant).
- Activité hémostatique.
- Piège les bactéries.
- Existe sous forme de compresse ou mèche.



### LES « MOINS »

- Les alginates purs peuvent être douloureux au retrait (adhésion à la plaie)
- Une surveillance est nécessaire afin d'éviter un assèchement excessif.



### À NE PAS FAIRE

- Ne pas utiliser de solutions alcalines type dakin (incompatibilité).
- Ne pas utiliser sur des plaies faiblement exsudatives et sur des nécroses sèches.



### MODE D'EMPLOI

- Nettoyage selon protocole.
- Recouvrir l'alginate par un pansement secondaire.
- Renouvellement quotidien si plaque infectée ou très exsudative et/ou en phase détersion.
- Tous les 2/3 jours selon les exsudats et/ou en phase de bourgeonnement.



### TRUCS ET ASTUCES

- Ne pas faire dépasser le pansement du lit de la plaque (risque de macération des bords).
- Lors de la réfection, humidifier le pansement abondamment et respecter un délai de quelques secondes avant son retrait.
- Lors du retrait, il peut rester quelques fibres dans la plaque, non gênantes pour l'évolution ultérieure.



### COMPOSITION

Fibres d'alginate de calcium et/ou de sodium extraits d'algues brunes (+/- Carboxyméthylcellulose).

## HYDROCOLLOÏDE

### CODE COULEUR



### INDICATIONS

Plaies faiblement à modérément exsudatives, aigues ou chroniques. Exemple : escarres (stades I et II), ulcères, brûlures superficielles, plaies chirurgicales post-opératoires.



### LES « PLUS »

- Capacité d'absorption liée à l'épaisseur du pansement.
- Imperméable à l'eau, aux bactéries.
- Adhère à la peau saine (pas à la plaque).
- De nombreuses versions : plus ou moins épaisses selon la quantité d'exsudats ; transparentes ou opaques ; bordures adhésives ou non.



### LES « MOINS »

- Au contact de la plaque, formation d'un gel pouvant être malodorant et qui peut couler hors du pansement (avec risque d'irritation de la peau péri-lésionnelle).
- Peut favoriser l'hyper bourgeonnement (dans ce cas, il y a la nécessité d'orienter le patient vers un médecin).
- Possibilité d'eczème de contact (lié à la masse adhésive).
- Attention les formes épaisses sont plus douloureuses au retrait.



### À NE PAS FAIRE

Ne pas utiliser chez le diabétique.



### MODE D'EMPLOI

- Nettoyage selon protocole.
- Choisir le type de pansement selon la plaque : formes minces pour les plaies peu ou pas exsudatives ; formes épaisses et opaques pour les plaies moyennement exsudatives.
- Pour les plaies très profondes, utiliser la poudre puis recouvrir d'un pansement.
- Choisir le taillé du pansement de manière à ce qu'il dépasse d'environ 3 cm des bords.
- Appliquer sans étirer.
- Lisser les pourtours pour assurer une bonne adhésion.



### TRUCS ET ASTUCES

- Changer le pansement quand il est saturé, tous les 7 jours au maximum.
- Une fréquence de réfection quotidienne signifie que ce type de pansement n'est pas adapté.
- Réchauffer le pansement entre les mains avant la pose afin de l'assouplir.



### COMPOSITION

Carboxyméthylcellulose.  
Partie externe des pansements en polyuréthane ou polyester/polyomide.

## HYDROFIBRE

### FIBRE À HAUT POUVOIR ABSORBANT-CMC

### CODE COULEUR



### MODE D'EMPLOI

- Nettoyage selon protocole.
- Appliquer le pansement sec avec un débord d'au moins 1 cm au-delà de la plaque.
- Selon la quantité des exsudats, mettre en multicouches.
- Recouvrir d'un pansement secondaire permettant de maintenir le milieu humide.
- Renouvellement à saturation sans excéder 7 jours.
- Humidifier avec du sérum physiologique ou retrait si nécessaire.
- Adapter les formes en fonction des plaies.
- Pour les plaies cavitées, utilisation des mèches.



### TRUCS ET ASTUCES

Appliquer en plusieurs couches pour une meilleure absorption



### COMPOSITION

Fibres de Carboxyméthylcellulose sodique pure + trame vertical et horizontal constitué de fibres de celluloses régénérées.

### À NE PAS FAIRE

- Appliquer sur une brûlure du 3<sup>ème</sup> degré.

## CHARBON

### CODE COULEUR



### MODE D'EMPLOI

- Nettoyage selon protocole.
- Appliquer le pansement en faisant déborder de 1 à 2 cm minimum sur la peau saine.
- Recouvrir d'un film transparent de polyuréthane ou d'hydrocolloïde extrêmement épais ou de compresses, bande peu serrée ou sporadrop.



### TRUCS ET ASTUCES

- Essentiellement utilisé en pansement secondaire.
- Peut-être imprégné de solution saline ou d'eau stérile.
- L'une ou l'autre face du pansement au charbon actif peut être placée sur la plaque (selon marquage, vérifier la notice).
- Peut être aisément inséré dans les plaies profondes.
- Essentiellement utilisé en pansement secondaire.



### COMPOSITION

Charbon actif.  
Enveloppe de non-tissé en polyamide.

Annexe 18 : Options médicamenteuses dans la prise en charge de la kératose actinique<sup>(18,33)</sup>

<b>Imiquimod</b>	
<b>Aldara® (crème en sachet 5%)</b>	Appliquer le soir sur peau propre et sèche. Se laver les mains après chaque application. Temps de contact = 8 heures au moins
<b>Bascellex® (crème 50 mg/g)</b>	
<p>Posologie : 3 applications/semaine pendant 4 semaines.</p> <p>Dose maximale/application = 1 sachet</p>	
<b>Zyclara® (crème en sachet 3.75 %)</b>	<p><u>Posologie</u> : 1 application/j en 2 cycles de traitement de 2 semaines séparés par 2 semaines sans traitement.</p> <p>Dose maximale/application = 2 sachets</p> <p><b>El</b> : réactions locales, myalgie, arthralgie, troubles GI, céphalées, insomnie, anorexie, lymphadénopathie et fatigue.  <b>CI</b> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients.</p>
<b>Fluorouracil</b>	
<b>Efudix® (crème 0.5%)</b>	<p><b>Précautions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Éviter l'exposition aux rayonnements UV (photosensibilisant).</li> <li>-Éviter l'application sur une peau lésée ou sur des muqueuses.</li> </ul> <p><b>El fréquents</b> : réactions locales, irritation oculaire.  <b>CI</b> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, grossesse, allaitement, allergie à l'arachide ou au soja, + brivudine, sorivudine ou leurs analogues, + vaccin antiamaril.</p>
<b>Tolak® (crème 40 mg/g)</b>	
<p><u>Posologie</u> : 1 application/j en recouvrant les zones atteintes au niveau du visage, des oreilles ou du cuir chevelu.</p>	
<b>Diclofénac sodique</b>	
<b>Solaraze® (crème 3%)</b>	<p>Appliquer sur peau propre et sèche en massant légèrement pour améliorer la pénétration.</p> <p><b>Précautions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Éviter l'exposition aux rayonnements UV (photosensibilisant).</li> <li>-Éviter l'application sur une peau lésée ou sur des muqueuses.</li> </ul> <p><b>El fréquents</b> : réactions locales, dermatite de contact, éruptions cutanées, réaction eczémateuse, conjonctivite et paresthésie/hyperesthésie locale.  <b>CI</b> : hypersensibilité à la SA ou à l'un des excipients, ATCD d'asthme, de rhinite allergique ou d'urticaire suivant l'administration d'un AI, 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse.</p>



# RÉSUMÉ

## SARSAM Rand

### Fiches à destination du pharmacien pour la prise en charge des affections dermatologiques les plus rencontrées en officine

La peau représente l'interface entre le monde extérieur et notre monde intérieur, elle est donc sujette à de nombreuses pathologies. Le pharmacien d'officine représente fréquemment un premier recours en raison de sa disponibilité immédiate, de son écoute et de ses connaissances dans le milieu médical. Face à une demande spontanée, le pharmacien doit pouvoir distinguer entre les situations pouvant bénéficier d'une prise en charge officinale et celles nécessitant obligatoirement l'orientation vers une consultation médicale. Cette thèse a pour objectif d'aider l'équipe officinale à optimiser la prise en charge des affections dermatologiques, qu'il s'agisse d'une demande spontanée ou d'une ordonnance. En raison de l'étendue du sujet et pour que ce travail soit le plus adapté possible au milieu officinal, nous avons décidé de traiter uniquement les affections cutanées les plus courantes. Celles-ci sont reparties en différentes thématiques : les dermatoses faciales, les affections eczémateuses et papulosquameuses, les infections virales, les infections bactériennes, les infections fongiques, les ectoparasitoses, les lésions traumatiques et les lésions précancéreuses et cancéreuses. Pour finir, des fiches récapitulatives sont proposées permettant de synthétiser les éléments essentiels dans la prise en charge de chacune de ces affections.

**Mots-clés : affections dermatologiques, pharmacien, peau, conseils, prise en charge**

### sheets for the management of the most common dermatological conditions by community pharmacists

# ABSTRACT

The skin represents the interface between the outside world and our inner world; therefore, it is subject to many pathologies. The pharmacist frequently represents the patient's first resort because of his immediate availability, his listening, and his knowledge in the medical field. Faced with a spontaneous request, the pharmacist must be able to distinguish between situations that can benefit from pharmacy care and those that necessarily require referral to a medical consultation. This thesis aims to help the pharmacy team to optimize the management of dermatological conditions whether it a matter of a spontaneous request or a prescription. Given the extent of the subject and for this work to be adapted to the pharmacy environment, we have decided to treat only the most common skin conditions. These are divided into different themes: facial dermatoses, eczematous and papulosquamous conditions, viral infections, bacterial infections, fungal infections, ectoparasitosis, traumatic lesions and precancerous and cancerous lesions. Finally, summary sheets are proposed to sum up the essential elements in the management of each of these conditions.

**Keywords : dermatological conditions, pharmacist, skin, advice, management**