HAL
open science

Les principales dermatoses du visage. Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien

Élodie Malbranche

To cite this version:

Élodie Malbranche. Les principales dermatoses du visage. Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03289226

HAL Id: dumas-03289226

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03289226v1

Submitted on 16 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2020-2021 N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2020

Par Elodie MALBRANCHE

Née le 24/11/1994 à Deauville

Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien

Présidente du jury : Mme Malika SKIBA,
Maître de conférences des universités

Directrice de thèse : Mme Caroline BERTOUX,
Professeur associé

Membre du jury : Madame Amandine MAITRE,
Docteur en Pharmacie

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2020-2021 N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2020

Par Elodie MALBRANCHE

Née le 24/11/1994 à Deauville

Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien

Présidente du jury : Mme Malika SKIBA,
Maître de conférences des universités

Directrice de thèse : Mme Caroline BERTOUX,
Professeur associé

Membre du jury : Madame Amandine MAITRE,
Docteur en Pharmacie

REMERCIEMENTS

Cette thèse vient clôturer ma vie universitaire. Ces années sur les bancs de la fac furent d'une grande richesse, tant par ce que j'ai pu apprendre que par toutes les personnes formidables que j'ai pu y rencontrer. Une page se tourne mais une autre commence qui, je pense, sera toute aussi stimulante avec ce métier que j'affectionne tant chaque jour. Je pense avoir trouvé dans la pharmacie officinale tout ce que je cherchais : un contact permanent avec la population, un aspect scientifique et médicale et le sentiment d'être utile.

Par ces quelques mots, j'aimerai remercier toutes les personnes qui ont participées à mon parcours.

***A Madame Caroline Bertoux**, pour avoir dirigé ce travail de thèse et pour faire partie de mon jury aujourd'hui. Merci de votre disponibilité, de vos relectures, corrections et conseils avisés tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je vous remercie également pour vos enseignements qui nous servent tous les jours dans notre pratique officinale. Vous avez ma profonde reconnaissance,*

***A Madame Malika Skiba,** pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre présence ainsi que de la qualité de vos enseignements. Merci de votre implication tout au long de notre cursus universitaire. Vous avez toute ma gratitude,*

***A Madame Amandine Maître**, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. On peut dire que j'ai fait mes premiers pas en officine avec toi. Merci du temps que tu m'as consacrée et pour m'avoir appris toutes les bases de notre métier. Ce fût un plaisir de travailler avec toi,*

***A mes parents**, pour m'avoir permise de faire ces études et d'exercer aujourd'hui ce métier où je suis pleinement épanouie. Merci de votre soutien et de m'avoir inculquée la valeur du travail. Je suis fière de votre courage et espère qu'après ces années de travail intense vous pourrez un peu plus profiter,*

***A ma mamie**,*

***A ma famille et notamment à mes grands frères et belles sœurs**, car malgré notre différence d'âge, vous avez toujours été présent pour moi et m'avez emmenée un peu partout en vadrouille. Vous avez été et serez toujours pour moi des modèles à suivre. Merci de m'avoir offert ce rôle que j'affectionne tant de tata, je suis très fière de mes quatre neveux et nièce,*

***A mes amis et particulièrement à mes amies de fac**, Morgane, Pauline, Marie, Perrine, Pauline, Léa et Mathilde pour tous ces bons moments ensemble. Merci d'avoir toujours été là. Même si on commence toutes aujourd'hui à prendre des chemins différents je sais qu'on arrivera toujours à se retrouver,*

***A Cathy et Olivier,** merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille et d'avoir donné cette belle éducation à vos fils. Et aussi, d'avoir donné de votre personne Cathy pour l'élaboration de cette thèse…*

***A toutes les pharmacies** où j'ai pu travailler pendant mes études, je vous remercie de tous vos conseils et pour tout ce que vous m'avez appris : la Pharmacie de la Gare notamment, un merci particulier à Mme Petit, Caroline, Julie, Justin, et Dao pour vous être si bien occupés du « Bébé pharmacien ».*

A la Pharmacie de la République, à la Pharmacie Chrétien et à la Pharmacie des Forrières qui m'a offert le plus formateur des stages de 6ème année !

***A Adrien,** sans toi je ne sais pas où en serait cette thèse. Je te remercie pour tes encouragements, ton soutien sans faille et surtout ta patience. Tu peux maintenant être soulagé, ma vie étudiante va être bel et bien finie ! Je suis persuadée qu'un bel avenir nous attend ensemble. Merci d'être là, je t'aime.*

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises
dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020- 2021
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale – Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO-MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique

Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **3**

TABLE DES MATIERES **18**

TABLE DES TABLEAUX **18**

TABLE DES FIGURES **19**

INTRODUCTION **22**

I. PHYSIOLOGIE DE LA PEAU **24**

1. Structure de la peau **25**
1.1 Epiderme 25
1.1.1 Les kératinocytes 25
1.1.2 Les mélanocytes 27
1.1.3 Les cellules de Langerhans 29
1.1.4 Les cellules de Merkel 29
1.2 Jonction dermo-épidermique 30
1.3 Derme 30
1.4 Hypoderme 31

2. Les annexes : glandes et phanères **32**
2.1 Les phanères 32
2.1.1. L'ongle 32
2.1.2. Les follicules pilo-sébacés 33
2.2 Les glandes sudoripares 36
2.2.1 Les glandes sudoripares eccrines 37
2.2.2 Les glandes sudoripares apocrines 38

3. Fonctions de la peau **39**
3.1. Fonction de protection 39
3.2. Fonction de régulation 40
3.3. Fonction sensorielle 41
3.4. Fonction métabolique 42
3.5. Fonction psychologique 42

II. DERMATOSES FACIALES RENCONTREES FREQUEMMENT A L'OFFICINE, TRAITEMENTS ET CONSEILS DU PHARMACIEN **43**

1. Impétigo **43**
1.1. Physiopathologie 43
1.2. Stratégie thérapeutique et prise en charge à l'officine 46

1.2.1. Mesures générales et soins d'hygiène 46
1.2.2. Traitements allopathiques 47
1.2.3. Traitements non allopathiques 51

2. Acné 53
2.1. Physiopathologie 53
2.2. Différentes formes cliniques de l'acné 58
2.2.1. Acné juvénile mixte : forme commune de l'acné 58
2.2.2. Acné de la femme adulte 58
2.2.3. Acné d'origine induite 59
2.2.5. Autres formes d'acné 62

2.3. Facteurs de sévérité 63
2.3.1. Hérédité 63
2.3.2. Alimentation 63
2.3.3. Stress 63
2.3.4. Soleil 63
2.4. Stratégie thérapeutique 65
2.5. Prise en charge non allopathique 75
2.5.1. Homéopathie 75
2.5.2. Aromathérapie 75
2.6. Conseils à l'officine 78

3. Herpès labial 84
3.1. Physiopathologie 84
3.2. Stratégie thérapeutique 88
3.2.1. Prise en charge allopathique 88
3.2.2. Prise en charge non allopathique 90
3.3. Conseils à l'officine 94

4. Chéilite angulaire (ou perlèche) 96
4.1. Physiopathologie 96
4.2. Stratégie thérapeutique 99
4.2.1. Thérapeutique allopathique 99
4.2.2. Thérapeutique non allopathique 101
4.3. Conseils à l'officine 102

5. Dermite séborrhéique 103
5.1. Physiopathologie 103
5.2. Stratégie thérapeutique 106
5.2.1. Prise en charge allopathique 106
5.2.2. Prise en charge non allopathique 111
5.3. Conseils à l'officine 113
5.4. Diagnostics différentiels 115
5.4.1. Le psoriasis 115
5.4.2. La dermatite atopique 120

6. Rosacée 126
6.1. Physiopathologie 126
6.2. Stratégie thérapeutique 132
6.2.1. Prise en charge allopathique 132

6.2.2. Prise en charge non allopathique 139
6.3. Conseils à l'officine 142
6.3.1. Conseils hygiéno-diététiques 142
6.3.2. Conseils dermocosmétiques 143

7. Dermatoses rencontrées suite au port du masque 148

III. ARBRE DECISIONNEL A DESTINATION DU PHARMACIEN 151

LEXIQUE DE L'ARBRE DECISIONNEL :…….. 153

FICHES SYNTHETIQUES A DESTINATION DES EQUIPES OFFICINALES 154

CONCLUSION 161

BIBLIOGRAPHIE 162

SERMENT DE GALIEN 169

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Global Acne Evaluation, 2011 57

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des soins que l'on peut proposer à l'officine contre l'acné 83

Tableau 3 : Produits pouvant être utilisés dans la rosacée pour l'hygiène de la peau 143

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Structure de la peau d'après Louis DUBERTRET, « PEAU », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 17 février 2020. URL : http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie/peau/ 24

Figure 2 : Structure microscopique de l'épiderme d'après Louis DUBERTRET, « PEAU », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 17 février 2020. URL : http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie/peau/ 25

Figure 3 : Examen en immunofluorescence d'un mélanocyte humain normal en culture d'après Mantoux F et Ortonne JP. Physiologie du système pigmentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Dermatologie, ... 27

Figure 4 : Synthèse des mélanines d'après Mantoux F et Ortonne JP. Physiologie du système pigmentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Dermatologie, 98-015-A-10, 2003, 10p 28

Figure 5 : Schéma de l'ongle d'après Baran R. , L'ongle de la clinique au traitement. 2ème éd. Paris, Med'com, 2008..... 32

Figure 6 : Structure d'un follicule pilo-sébacé d'après Comprendre la peau, Ann Dermatol Venereol, 2005 ; 132 : 8S5-48 33

Figure 7 : Les différents types de follicules pilo-sébacés d'après Comprendre la peau, Ann Dermatol Venereol, 2005 ; 132 : 8S5-48 34

Figure 8 : Schéma représentant les différentes glandes sudoripares d'après Comprendre la peau, Ann Dermatol Venereol, 2005 ; 132 : 8S5-48..... 36

Figure 9 : Synthèse de la vitamine D d'après Libon F, Cavalier E, Nikkels AF. LA VITAMINE D ET LA PEAU. Rev Med Liège. :7 42

Figure 10: Impétigo crouteux mélicérique périorificielles d'après Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant. Perfectionnement en Pédiatrie. mars 2018;1(1):25‑31..... 44

Figure 11 : Impétigo bulleux d'après Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant. Perfectionnement en Pédiatrie. mars 2018;1(1):25‑31..... 45

Figure 12 : Les huiles essentielles utilisables chez l'enfant d'après Le Moniteur des pharmacies n°3276, juin 2019 52

Figure 13 : Les différentes formes cliniques de l'acné d'après Acné vulgaris : Origines, symptômes et traitements [Internet]. Bioalternatives. 2017 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.bioalternatives.com/acne-vulgaris-symptomes-traitements/..... 54

Figure 14 : Lésions rétentionnelles d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]. 55

Figure 15 : Lésions inflammatoires d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]; 56

Figure 16 : Acné nodulaire d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0151963818300139?token=892EC2BA2D8 56
Figure 17 : Acné de la femme adulte d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]; 59
Figure 18 : Les médicaments inducteurs d'acné d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1059083/resultatrech 60
Figure 19 : Acné néonatale d'après 1. 5 Things to Know About Pediatric Acne [Internet]. Medscape. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: http://www.medscape.com/viewarticle/910996 61
Figure 20 : Traitements de l'acné de la femme enceinte d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1059083/res 62
Figure 21 : Algorithme recommandations de prise en charge de l'acné d'après Société française de dermatologie française, 2015 66
Figure 22 : Déroulement des infections aux Herperviridae d'après Moisan A. Infections à Herpesviridae [Internet]. 2019 [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: https://universitice.univ-rouen.fr/pluginfile.php/925088/mod_resource/content/2/PH4%20-%20CM6%20-%20HSV%2BVZV%20-%202019.pdf 85
Figure 23: Gingivo-stomatite herpétique aigüe d'après Collège National des Enseignants de Dermatologie, 2011 86
Figure 24 : Les différents facteurs déclenchants de l'herpès labial récurrent d'après Nikkels AF, Piérard GE. L'HERPÈS LABIAL RÉCIDIVANT Comment traiter et prévenir au mieux. Rev Med Liege. 2006;61:5-6:442-447:6. 86
Figure 25: Herpès labial d'après Jannick CHAMBERLIN, Jean DE RUDDER, « HERPÈS », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 19 juin 2020. URL : http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie/herpes/ 87
Figure 26 : Prise en charge herpès orofacial d'après Vidal Reco, 2020 88
Figure 27 : Chéilite angulaire 96
Figure 28 : Dermite séborrhéique typique du visage d'après Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2011 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-289/Dermite-sebo 103
Figure 29 : Dermite séborrhéique du cuir chevelu d'après Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge [Internet]. Revue

Médicale Suisse. 2011 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-289/Dermite-sebo..... 104
Figure 30 : Dermite séborrhéique du nourrisson d'après https://www.sante-sur-le-net.com/sante-enfant/autres-maux-enfant/croutes-de-lait/..... 105
Figure 31 : Prise en charge du psoriasis en plaques d'après Vidal Reco, 2020..... 116
Figure 32 : Psoriasis touchant la lisière du cuir chevelu d'après https://www.skintherapyletter.com/psoriasis/current-management/..... 119
Figure 33 : Psoriasis du visage d'après https://www.resopso.fr/2018/02/05/le-psoriasis-du-visage/..... 119
Figure 34 : Plaque d'eczéma au pli du coude d'après https://www.chu-nantes.fr/la-dermatite-atopique-en-questions..... 121
Figure 35 : Prise en charge de la dermatite atopique d'après Moniteur des pharmacies n° 3150, 12 novembre 2016..... 122
Figure 36 : Principaux traitements locaux de la dermatite atopique d'après Moniteur des pharmacies n° 3150, 12 novembre 2016 124
Figure 37 : Dermatite atopique du visage d'après https:// www.assuranceskin.com/eczema/..... 125
Figure 38 : Erythème centro-facial et télangiectasies d'après Jansen T. Formes cliniques et classification de la rosacée. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 sept 2011;138:S138‑47. 128
Figure 39 : Rosacée papulo-pustuleuse profuse d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S015196381830013..... 129
Figure 40: Rhinophyma d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S015196381830013 ... 130
Figure 41 : Schémal du système lacrymal d'après http://www.institutdeloeil.com/ 138
Figure 42 : Prise en charge de la rosacée selon le stade d'après Le Moniteur des pharmacies n° 2817, 13 février 2010 139
Figure 43 : Cercle chromatique..... 146
Figure 44 : Acné dû au port du masque d'après https://azbigmedia.com/lifestyle/what-is-maskne-and-how-do-you-deal-with-it/ 149

INTRODUCTION

La peau est un organe à part entière qui représente une véritable interface entre un individu et la société. Le caractère visible des lésions cutanées altère l'image que le sujet a de lui-même ainsi que l'image qu'il offre à autrui. L'impact psychologique qu'engendre les dermatoses faciales est fort et la qualité de vie des patients touchés se voit bien souvent détériorée.

Il m'a semblée intéressant de traiter ce sujet de thèse car dans la pratique officinale il n'est pas rare, et même plutôt commun, d'entendre : « Regardez, vous savez ce que j'ai ? Vous auriez une crème à mettre dessus ? »
Bien sûr, les pharmaciens d'officine ne sont pas là pour poser un diagnostic, ceci n'est pas le fondement de ce métier. Mais, ils doivent savoir reconnaître les pathologies dermatologiques les plus courantes et surtout orienter quand cela est nécessaire les patients vers une consultation médicale.

Il est de plus en plus difficile d'avoir rapidement un rendez-vous médical, que ce soit avec un médecin généraliste ou qu'avec un dermatologue. C'est pourquoi, le patient vient souvent en premier recours demander conseil à son pharmacien. Puisqu'il constitue un professionnel de santé accessible sans rendez-vous, avec une amplitude horaire souvent importante et avec un maillage territoriale réglementé.

Certaines dermatoses faciales ont un caractère chronique entraînant des difficultés d'observance des traitements. Le pharmacien a alors un rôle d'accompagnement, de soutien mais aussi d'éducation thérapeutique tout au long de la prise en charge de cette dermatose d'évolution prolongée.

C'est pourquoi, nous verrons dans cette thèse comment aider le pharmacien dans sa pratique de tous les jours. Pour cela, il est nécessaire de comprendre la physiologie de la peau, ce qu'on étudiera dans une première partie. Puis, nous traiterons les principales dermatoses faciales : impétigo, acné, herpès labial, dermite séborrhéique, chéilite angulaire et rosacée en détaillant leurs physiopathologies, leurs traitements et les conseils qu'on peut donner vis à vis de ces pathologies à l'officine.

Nous aborderons aussi brièvement quelques recommandations que l'on peut apporter aux patients suite aux irritations que peuvent engendrer le port du masque.
Et enfin, nous verrons un arbre décisionnel pour pouvoir facilement reconnaître ces pathologies et savoir comment agir à l'officine face à elles grâce à des fiches synthétiques qui pourront aider, je l'espère, pharmaciens, préparateurs et étudiants.

I. PHYSIOLOGIE DE LA PEAU

La peau est le plus volumineux organe du corps humain : elle pèse environ 4 kg chez l'adulte et représente une superficie de $2m^2$, elle est l'enveloppe du corps.

La peau est constituée de trois couches, de la plus superficielle à la plus profonde :

- L'épiderme
- Le derme
- L'hypoderme

Ainsi que d'annexes : la glande sébacée, la glande sudoripare, l'ongle et le follicule pileux.

Ce système tégumentaire assure de nombreuses fonctions : il protège le corps des agressions mécaniques et du soleil, il assure également une régulation de la température corporelle, permet une sensibilité nerveuse et possède aussi une fonction métabolique (synthèse de la vitamine D).

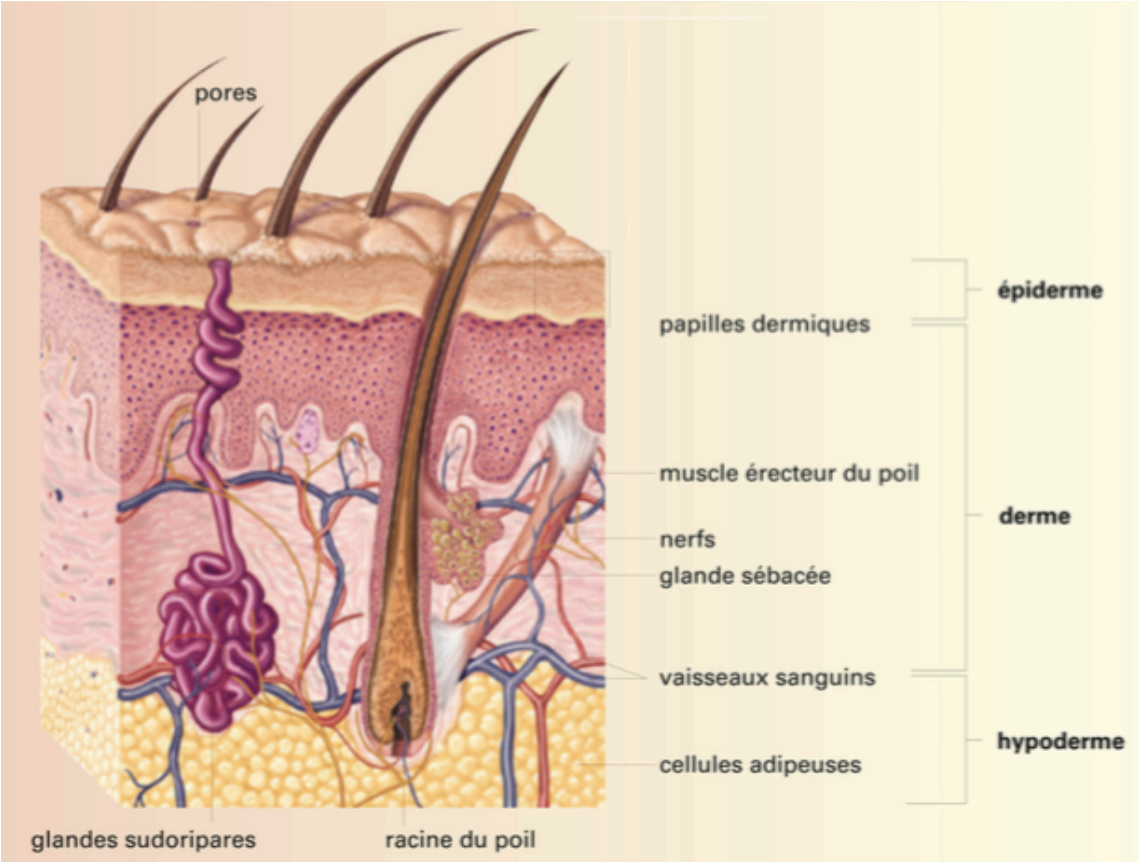


Figure 1: Structure de la peau *d'après Encyclopædia Universalis*

1. Structure de la peau

1.1 Epiderme

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. Il assure principalement un rôle de protection. Il est composé de 4 types cellulaires :

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

1.1.1 Les kératinocytes

Les kératinocytes représentent 80% des cellules de l'épiderme.

On trouve différentes couches de kératinocytes conférant un aspect stratifié à l'épiderme, de la plus profonde à la plus superficielle :

- La couche basale (ou germinative) elle est en contact avec la jonction dermo-épidermique
- La couche épineuse (ou couche du corps muqueux de Malpighi)
- La couche granuleuse
- La couche claire (qui n'existe qu'au niveau de la peau épaisse)
- La couche cornée

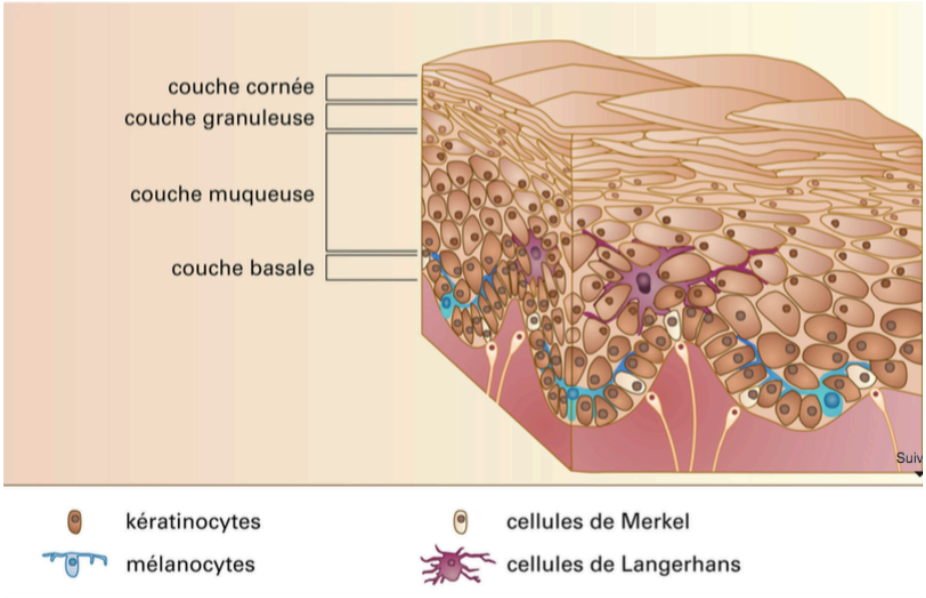


Figure 2 : Structure microscopique de l'épiderme *Encyclopædia Universalis*

Les kératinocytes vont se différencier de façon centrifuge : de kératinocytes basaux ils deviendront kératinocytes cornés.

Ils ont un cycle de vie d'environ 20 jours. Durant cette période les kératinocytes vont se différencier et se remplir de kératine. La kératine est une protéine fibreuse et insoluble qui va former un réseau afin d'assurer la résistance de la peau à l'égard des frictions mécaniques qu'elle subit. A la fin de leur cycle de vie les kératinocytes les plus superficiels, les cornéocytes, se détachent de la surface cutanée par desquamation.

Les kératinocytes sont reliés entre eux par des jonctions appelées desmosomes renforçant cet « effet barrière cutanée » et il existe une substance intercellulaire riche en lipides constituant un ciment intercellulaire. (Melissopoulos et Levacher 2012)

1.1.2 Les mélanocytes

Les mélanocytes représentent environ 1% de la population cellulaire épidermique.
Les mélanocytes synthétisent la mélanine qui participe à la pigmentation de la peau et assure une photoprotection.
Les mélanocytes ont un taux de renouvellement à l'âge adulte assez faible et leur nombre diminue de 8 % tous les 10 ans. Ce qui explique le grisonnement des cheveux et des poils lors du vieillissement. (Mantoux et Ortonne 2006)

Les mélanocytes sont contenus dans la lame basale de l'épiderme ainsi que dans les follicules pileux. On dénombre environ 1 mélanocyte pour 10 kératinocytes.
Ce sont des cellules de forme étoilée grâce à leurs dendrites à l'intérieur desquelles migrent les mélanosomes. Ces dendrites vont s'immiscer entre les kératinocytes de la couche basale et de la couche épineuse. La mélanine est par la suite transférée aux kératinocytes.

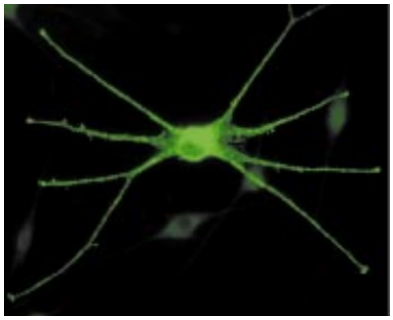


Figure 3 : Examen en immunofluorescence d'un mélanocyte humain normal en culture *d'après Mantoux F et Ortonne JP, Physiologie du système pigmentaire*

Les mélanosomes sont le siège de la synthèse de la mélanine, ce sont des organites d'origine endosomale, on recense deux types de mélanine :

- Les eumélanines (brun-noire)
- Les phéomélanines (jaune-rouge, cuivrée)
- Les mélanines mixtes (copolymérisation impliquant des monomères d'eumélanines et de phéomélanines)

La synthèse de la mélanine est complexe et débute par la tyrosine. L'enzyme principale de cette synthèse est la tyrosinase. (Melissopoulos et Levacher 2012)

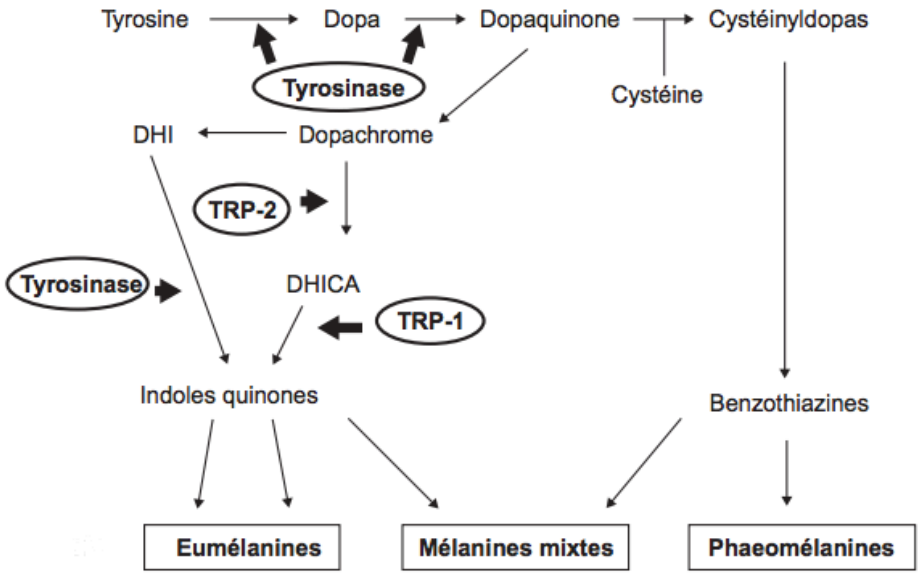


Figure 4 : Synthèse des mélanines *d'après Mantoux F et Ortonne JP , Physiologie du système pigmentaire.*

TRP-2 : Tyrosinase related protein 2
TRP 1 : Tyrosinase related protein 1
DHI : 5,6 – dihydroxyindole
DHICA : acide 5,6-dihydroxyindole-2 carboxylique

1.1.3 Les cellules de Langerhans

Les cellules de Langerhans appartiennent au système immunitaire de la peau. Elles représentent la troisième population cellulaire épidermique. Malgré leur nombre restreint, elles vont former un vrai réseau grâce à leur morphologie : elles possèdent de nombreuses dendrites.

On les trouve entre les kératinocytes de la couche basale et épineuse mais sont surtout dans la couche épineuse et aussi au niveau des annexes cutanées (follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares apocrines).

Elles proviennent de la moelle osseuse et vont finir de se différencier dans l'épiderme.

Ce sont les « macrophages » de l'épiderme ainsi, elles vont capter l'antigène et, par leur mobilité, vont aller le présenter aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques. (Valladeau 2006)

1.1.4 Les cellules de Merkel

Les cellules de Merkel sont les cellules minoritaires de l'épiderme. Leur rôle et mode d'action sont encore un mystère.

Elles se situent dans la couche basale de l'épiderme ainsi que dans la gaine externe des follicules pileux près de la racine.

Les cellules de Merkel ont probablement une origine nerveuse, ce sont des cellules neuro-endocrines produisant des neuromédiateurs dont le rôle est encore inconnu. (Melissopoulos et Levacher 2012)

Elles jouent également un rôle de mécanorécepteurs et sont impliquées dans la fonction du tact.

1.2 Jonction dermo-épidermique

L'épiderme est en contact avec le derme via la jonction dermo-épidermique, c'est une lame basale élaborée par les kératinocytes épidermiques et les fibroblastes dermiques. Elle est constituée de plusieurs couches de matrice extracellulaire.
Elle permet une compartimentation entre l'épiderme et le derme afin de contrôler les échanges cellulaires et est également un point d'ancrage pour les cellules de la couche basale épidermique tout en leur apportant les nutriments nécessaires. Ces nutriments proviennent du réseau sanguin dermique.
De plus, la jonction dermo-épidermique joue un rôle dans la migration des lymphocytes des vaisseaux sanguins jusqu'au site lésé.

1.3 Derme

Le derme est décrit comme un tissu conjonctif dense qui est le support solide de la peau et joue un rôle dans la thermorégulation.
Il est composé principalement de fibroblastes qui vont sécréter la matrice extracellulaire présente en grande quantité.
C'est au sein du derme que l'on retrouve le système vasculaire de la peau. Il contient également des fibres nerveuses et des récepteurs sensoriels. Les annexes cutanées s'implantent au niveau du derme.

On sépare le derme en deux compartiments :

- Le derme papillaire : c'est le derme de surface, zone d'échange nutritif avec l'épiderme profond. Il est très vascularisé et riche en fines fibres de collagène entrelacées et orientées perpendiculairement à l'épiderme
- Le derme réticulaire : la couche profonde du derme en rapport direct avec l'hypoderme. Il est constitué de grosses fibres de collagène qui s'entrelacent de façon anarchique.

Les fibroblastes, principales cellules du derme, vont synthétiser du collagène, de l'élastine, de la substance fondamentale et des glycoprotéines de structure. Cette synthèse est contrôlée par des cytokines (IGF-I et IL-6) ainsi que des facteurs de croissance (TGFβ).
Le collagène et l'élastine donnent la souplesse et l'élasticité à la peau. (Melissopoulos et Levacher 2012)

On retrouve également des cellules du système immunitaire : leucocytes, macrophages et cellules dendritiques dermiques.

1.4 Hypoderme

Couche la plus profonde de la peau, l'hypoderme est considéré comme un tissu adipeux blanc sous-cutané.
Ce tissu est attaché à la partie profonde du derme par des fibres de collagènes et des fibres élastiques.
L'hypoderme est un coussin de protection jouant le relai direct entre la peau et les membranes fibreuses des organes, muscles et os. (Dubertret 2020)
Les principales cellules le constituant sont des adipocytes. Le tissu adipeux forme des lobules, séparés par des cloisons conjonctives permettant le passage des vaisseaux et de fibres nerveuses.
L'épaisseur de l'hypoderme varie en fonction de la localisation ainsi que du sexe, il dessine notre morphologie.
L'hypoderme a une fonction également de thermorégulation ainsi que de régulation énergétique, en effet en période jeûne il va être un vrai réservoir énergétique et au contraire si l'apport alimentaire est supérieur à nos besoins il devient un lieu de stockage des acides gras.

2. Les annexes : glandes et phanères

2.1 Les phanères

2.1.1. L'ongle

L'ongle est une annexe cutanée kératinisée que l'on retrouve sur la partie supérieure des extrémités des doigts et des orteils. On le décrit comme une plaque dure, rectangulaire, de forme légèrement convexe.

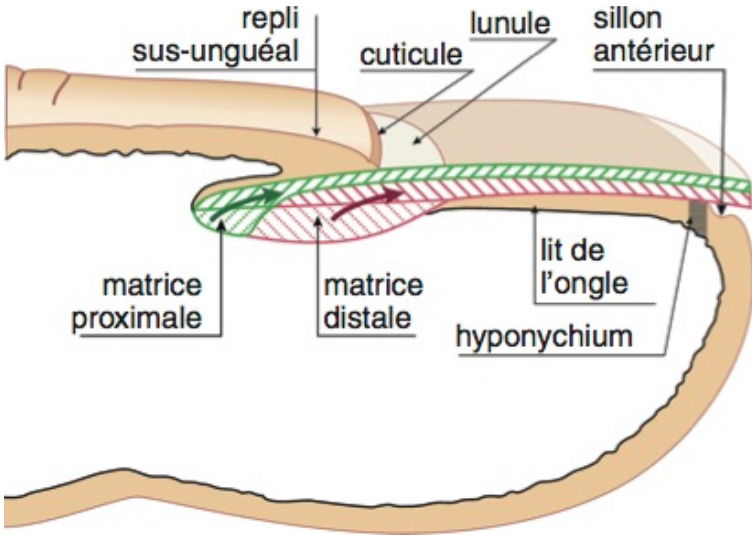


Figure 5 : Schéma de l'ongle *d'après Baran R., L'ongle de la clinique au traitement*

La racine s'insère directement dans la peau et représente un quart à un tiers de la longueur totale de l'ongle.
La lunule va recouvrir la matrice unguéale (correspond à l'épiderme situé sous la racine de l'ongle) et a la forme d'un croissant blanchâtre (surtout visible au niveau des pouces), puis la zone rosée représente la plus grande partie de l'ongle. Le bord libre lui est non adhérent aux tissus. (Melissopoulos et Levacher 2012)

L'ongle est principalement composé de kératine dure (80 à 90% de la kératine) ainsi que de kératine molle. Le soufre va permettre la cohésion des fibres de kératine donnant la dureté et la solidité de l'ongle.

De l'eau, des lipides ainsi que des minéraux (calcium et fer notamment) participent également à la composition de l'ongle. (Crickx 2005)

La croissance de l'ongle est continue avec en moyenne 0,1mm par jour.

L'ongle a un rôle de protection (protéger l'extrémité distale du doigt), de préhension (saisir les objets de petit volume) ainsi que « d'agression » (griffer, gratter).

2.1.2. Les follicules pilo-sébacés

En général, les glandes sébacées sont annexées aux poils, le tout formant le follicule pilo-sébacé. Les glandes sudoripares apocrines peuvent être également annexés à ces follicules pilo-sébacés.

Les follicules pilo-sébacés comportent :

- Le poil et ses gaines
- Le muscle arrecteur du poil, sa contraction entraîne le phénomène d'horripilation
- La glande sébacée

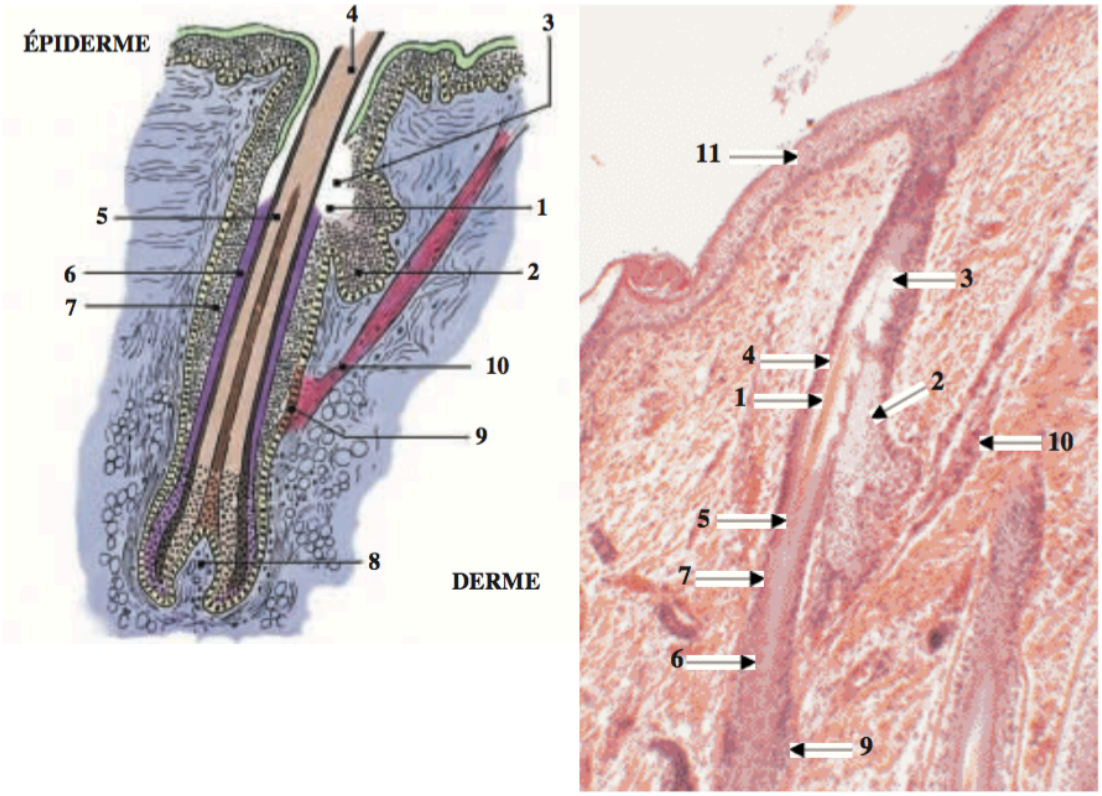


Figure 6 : Structure d'un follicule pilo-sébacé *d'après Comprendre la peau*

A = schéma - B = follicule pilo-sébacé au niveau du cuir chevelu
1 = isthme, 2 = glandes sébacée, 3 = infundibulum, 4 = tige pilaire, 5 = racine du poil, 6 = GEI, 7 = GEE, 8 = papille folliculaire, 9 = buldge, 10 = muscle arrecteur du poil, 11 = épiderme

Les follicules pileux se trouvent sur toute la surface du corps à l'exception de certaines zones : paumes des mains, plantes des pieds, faces latérales des doigts et des orteils, gland et prépuce, petites lèvres et face interne des grandes lèvres. (Crickx 2005)

On dénombre trois types de follicules pileux :

- Les follicules dits « terminaux » présents aux régions pubiennes, axillaires, ce sont aussi les cheveux et la barbe
- Les follicules « velus », ce sont les follicules majoritaires, producteurs importants de sébum
- Les follicules « sébacés », beaucoup moins nombreux et présents au niveau du visage et haut du tronc, ils sont responsables notamment des problèmes d'acné

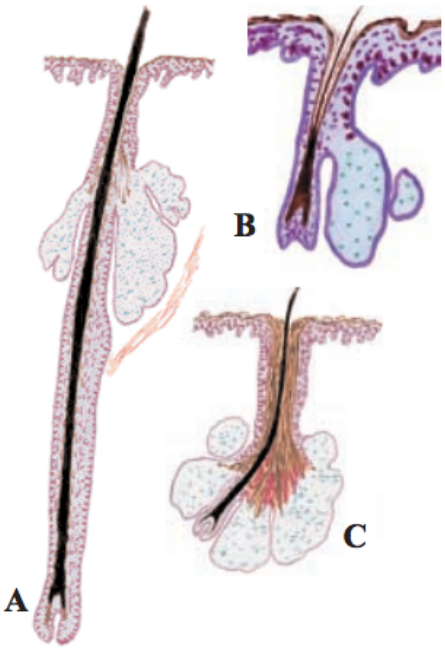


Figure 7 : Les différents types de follicules pilo-sébacés *d'après Comprendre la peau*

A = Follicules terminaux
B = Follicules velus
C = Follicules sébacés

La glande sébacée :

Il existe quelques régions où la glande sébacée n'est pas avec un poil : les lèvres, le gland, la face interne du prépuce, les petites lèvres, l'aréole des mamelons et les paupières.
La glande sébacée est une glande exocrine tubulo-alvéolaire. Les sébocytes une fois mature vont sécréter le sébum au niveau du derme. Le sébum est excrété par le conduit pilo-sébacé. C'est une glande volumineuse et très active.
Le sébum est riche en triglycérides, esters de cires, stérols et squalène. Il va former un film hydro-lipidique à la surface de la peau ayant un rôle de lubrification de la peau et des poils mais aussi une fonction bactériostatique et fongistatique.
Diverses hormones vont réguler la sécrétion sébacée, notamment les androgènes ainsi que d'autres facteurs physicochimiques.

Le poil et ses gaines :

Le poil est une structure kératinisée qui provient d'une invagination tubulaire de l'épiderme dans le derme. A l'extrémité profonde, l'invagination va se renfler ce qui forme le bulbe pileux.
Le bulbe pileux est occupé par un tissu conjonctif vascularisé et innervé : la papille folliculaire.
Le poil prend naissance dans ce bulbe pileux par sa racine puis devient une tige pilaire.
La racine du poil est constituée de trois couches, de la plus profonde à la plus externe : la médullaire, l'écorce du poil et la cuticule. La tige pilaire, elle, ne comprend qu'une écorce et une cuticule. (Crickx 2005)

La croissance du poil n'est pas continue et se fait selon 3 phases de durée inégale :

- La phase anagène
- La phase catagène
- La phase télogène

Des périodes de croissance vont s'alterner avec des périodes de repos.
Certains poils sont sous l'influence des hormones sexuelles, surrénaliennes et thyroïdiennes : les poils du pubis, de la face, des aisselles ainsi que du cuir chevelu.

2.2 Les glandes sudoripares

La nature des glandes sudoripares (aussi appelées sudorales), leurs fonctions, ainsi que les quantités de sueur produites sont assez hétérogènes dans l'espèce humaine. On distingue deux types de glandes sudorales : les glandes sudorales eccrines et les glandes sudorales apocrines.

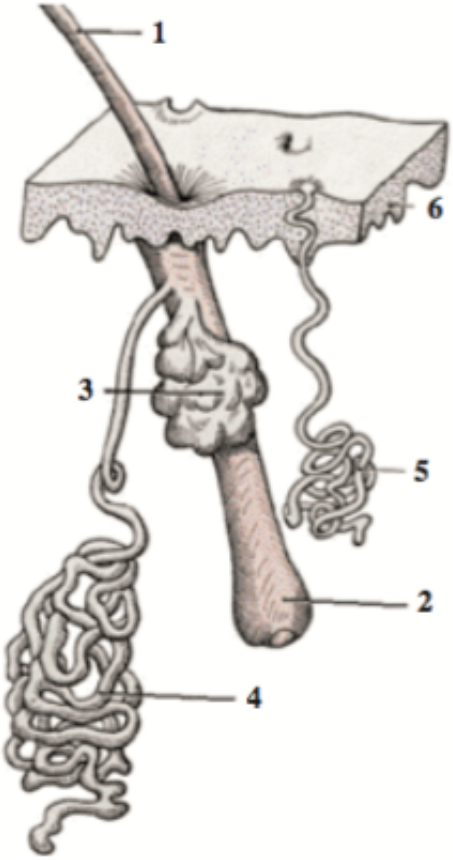


Figure 8 : Schéma représentant les différentes glandes sudoripares *d'après Comprendre la peau*

1 = tige du poil, 2 = follicule pileux, 3 = glande sébacée, 4 = glandes sudoripares apocrines, 5 = glandes sudoripares eccrines (indépendant du follicule pilo-sébacé), 6 = épiderme

2.2.1 Les glandes sudoripares eccrines

Les glandes sudoripares eccrines sont largement présentes sur le corps : on en dénombre entre trois et cinq millions, ce qui correspond à une moyenne de 100 à 200 glandes par centimètre carré. Elles sont absentes au niveau du lit unguéal, des lèvres et sur certaines zones des organes génitaux externes.

Chaque glande sudorale eccrine se compose de 2 parties distinctes :

- Le glomérule sudoral qui va produire la sueur
- Le canal sudorifère qui va évacuer la sueur au niveau de la peau

Les glandes sudoripares eccrines vont principalement avoir une fonction de thermorégulation corporelle, à l'exception des glandes sudoripares eccrines palmoplantaires (où la sécrétion est ici spontanée).
La composition la sueur eccrine va varier selon les individus, le moment et le site du corps. Cette sueur eccrine est principalement composée d'eau bien sûr et de Na^{+}, Ca^{++}, Cl^{-} et K^{+} en électrolytes, ainsi que des lactates, des pyruvates, de l'urée, de l'ammoniaque, des acides aminés, diverses protéines dont des antigènes, des anticorps ainsi que certains médicaments. La sueur est donc salée et acide.
L'activité des glandes sudorales eccrines va répondre aux stimulations cholinergiques, adrénergiques, aux sollicitations thermiques, émotionnelles (stress notamment) ce qui procure une activité sécrétoire assez rythmée. Même sans stimulation particulière, les glandes sudoripares eccrines vont avoir un fonctionnement ralenti sans être au repos.

2.2.2 Les glandes sudoripares apocrines

Les glandes sudoripares apocrines sont présentes chez tous les mammifères et sont retrouvées dans l'espèce humaine essentiellement au niveau des régions axillaires et génitales, puis de façon plus accessoire autour de l'ombilic, du périnée et des aréoles mammaires.

Elles se trouvent au niveau du derme profond. Comme les glandes sudorales eccrines, elles se composent d'un glomérule profond ainsi que d'un canal excréteur qui sera plus large et qui débouchera dans un follicule pilo-sébacé.
Ces glandes deviennent fonctionnelles à la puberté, leur activité restera dépendante des taux d'hormones sexuelles. La sécrétion apocrine répond à des stimulus émotionnels et adrénergiques.

La sueur sécrétée est laiteuse, peu ou non acide, et épaisse. Au niveau de sa composition, on trouve : de l'ammoniaque, des protéines et des lipides (squalène, glycérides, acides gras, cholestérol, esters de cholestérol) et des phéromones. La production de sueur apocrine est intermittente.

Le rôle des glandes apocrines chez l'Homme est pratiquement inconnu. L'étude de la sueur apocrine étant rendue difficile car quand elle est excrétée au niveau cutané, elle est mélangée avec du sébum et les glandes sudoripares eccrines sont généralement à proximité et ont une sécrétion plus réactive et plus abondante. (Crickx 2005)

La sueur apocrine est responsable des mauvaises odeurs. En effet, son émission au niveau de la flore bactérienne cutanée entraîne une dégradation enzymatique et au contact de l'air une oxydation responsable d'un rancissement. Les produits de dégradations sont volatiles et malodorants.

3. Fonctions de la peau

La peau est un organe complexe occupant de nombreuses fonctions.

3.1. Fonction de protection

La fonction première de la peau est de nous protéger : fonction de protection contre les agressions extérieures, elle a une fonction de « barrière ».

Tout d'abord, la peau est une barrière physique. La couche cornée va avoir un rôle primordial dans la protection mécanique de la peau. Son extensibilité lui permet de résister aux étirements et frottements et ce grâce à la kératine dont elle est composée.
La couche cornée va desquamer en permanence, permettant son renouvellement.
Le derme va quant à lui apporter son élasticité grâce à ses fibres de collagène et d'élastine.
L'hypoderme, enfin, de par sa composition en tissu adipeux, va jouer un rôle de coussin thermique et isolant mécanique.
De plus, la peau est un organe imperméable, bien qu'elle autorise certains échanges dans les deux sens, elle empêche certaines substances de pénétrer et au contraire que certains fluides du corps s'échappent. Le sébum joue un rôle très important dans cette fonction. Lorsqu'il est excrété, il va se mélanger à la sueur et à certains débris cellulaires cutanés, le tout formant un film hydrolipidique. (Melissopoulos et Levacher 2012)

La peau va également jouer le rôle de barrière antimicrobienne grâce à sa propre flore résidente : *Propionibacteria*, les *Micrococcaceae*, les streptocoques α-hémolytiques et non évolutifs et les bacilles Gram –. Cette flore assure un équilibre qui empêche l'implantation des pathogènes.
Enfin, certaines cellules, comme les kératinocytes et les cellules de Langerhans vont participer activement au système immunitaire cutané.

La peau nous protège également des rayons solaires grâce au système mélanocytaire. En effet, les mélanines vont agir de deux façons :

- De manière directe en diffractant et/ou réfléchissant le rayonnement UV : lors d'une irradiation, les mélanosomes vont se regrouper au-dessus du noyau des kératinocytes et des mélanocytes pour protéger l'ADN de la cellule
- De façon indirecte en neutralisant les radicaux libres et autres espèces chimiques réactives induites par les UV (ces molécules sont susceptibles d'induire des altérations cellulaires) (Mantoux et Ortonne 2006)

3.2. Fonction de régulation

La peau n'est pas une barrière absolue car elle permet également certains échanges, notamment des échanges thermiques.

L'Homme maintient sa température corporelle à 37°C, même si les températures extérieures changent. Le système circulatoire cutané ainsi que les glandes sudoripares représentent un véritable échangeur thermique du corps humain.

Pour lutter contre le froid, il se produit une vasoconstriction cutanée artériolaire, la circulation se fait alors surtout dans les couches profondes et l'hypoderme a un rôle d'isolant.

De la chaleur se crée grâce à une augmentation du métabolisme cellulaire et au mécanisme réflexe de frisson.

Au contraire, pour faire baisser la température corporelle, le métabolisme cellulaire ralentit et les glandes sudoripares ont un rôle très important pour refroidir le corps grâce à la sécrétion de sueur. On remarque enfin, une vasodilatation du système vasculaire afin d'augmenter les pertes de chaleur. (Simon et Reynier 2016)

3.3. Fonction sensorielle

L'innervation sensitive de la peau, réseau très riche et vaste, permet de recueillir différentes sensations. On peut ainsi distinguer : la sensibilité mécanique, la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur. Ces informations sont transmises au cerveau, afin qu'il mette en place un réflexe de défense ou d'adaptation au milieu environnant.

Les récepteurs sensoriels cutanés sont répartis plus ou moins en profondeur dans la peau et leur densité va varier selon les régions du corps et s'il s'agit d'une peau glabre ou velue.
Ces récepteurs sensoriels sont répartis en deux groupes : les terminaisons nerveuses libres et les terminaisons nerveuses encapsulées.
Les terminaisons nerveuses libres représentent la majorité des récepteurs sensoriels et sont retrouvées au niveau du derme profond et du derme sous-papillaire. Ils regroupent les thermorécepteurs, les nocicepteurs ainsi que les mécanorécepteurs.

Les terminaisons nerveuses encapsulées sont minoritaires et ne concernent qu'une partie de la sensibilité mécanique. On les retrouve dans les zones où la sensibilité est particulièrement développée comme les doigts. Ce sont les corpuscules de Meissner, de Pacini, de Krause ou encore de Ruffini.

Puis les informations seront transmises au cerveau via différentes fibres nerveuses sensitives, qui sont classées en 4 groupes selon leur calibre et leur vitesse de conduction.

3.4. Fonction métabolique

La peau a également une fonction métabolique puisqu'elle synthétise 90% de la vitamine D (les 10% restants provenant de l'alimentation).

En effet, les UV B vont convertir le 7-dyhydrocholestérol en pré-vitamine D3. La vitamine D a un effet sur le métabolisme phosphocalcique et osseux. Mais également dans la prévention de cancers, d'infections, de maladies cardiovasculaires et a également un rôle dans le système immunitaire. (Libon et al. 2013)

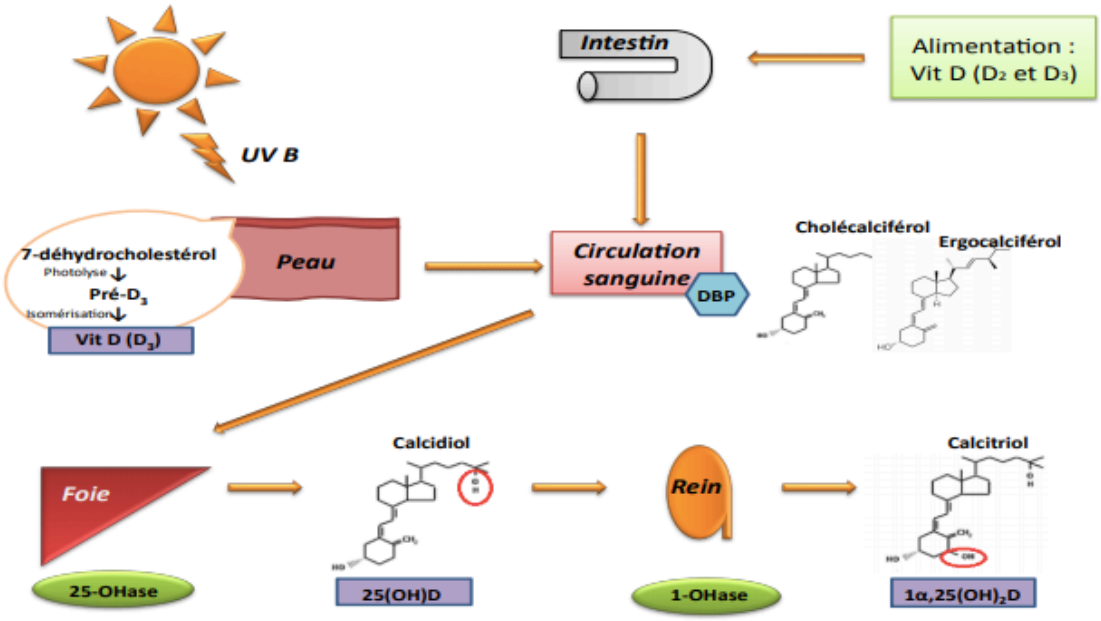


Figure 9 : Synthèse de la vitamine D d'après Libon F, Cavalier E, Nikkels AF. La vitamine d et la peau

3.5. Fonction psychologique

La peau est un moyen de communication, elle peut refléter nos émotions, le rougissement par exemple. De plus, elle est un indicateur de notre santé, certaines dermatoses étant dues au stress. Ainsi, nous pouvons qualifier la peau d'enveloppe vivante du corps humain.

II. DERMATOSES FACIALES RENCONTREES FREQUEMMENT A L'OFFICINE, TRAITEMENTS ET CONSEILS DU PHARMACIEN

1. Impétigo

Infection cutanée bactérienne fréquente et contagieuse chez l'enfant, la prise en charge de l'impétigo doit être individuelle et collective.

1.1. Physiopathologie

Décrit pour la première fois par Dunn et Fox en 1860 (Boudghène-Stambouli 2012), l'impétigo est une infection de l'épiderme due au *Staphylococcus aureus* (dans 90% des cas en France) ou au *Streptococcus pyogenes* du groupe A, notamment dans les pays émergents, ou il peut-être dû à l'association des deux bactéries.
L'impétigo est l'infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez les enfants, sévissant souvent par épidémie dans les collectivités, crèches et écoles et notamment l'été.
C'est une affection très contagieuse se transmettant par manuportage et entraîne une éviction scolaire si l'impétigo est étendu et qu'il ne peut être recouvert. Les parents doivent en informer l'établissement scolaire.
Il survient surtout chez les enfants de deux à cinq ans, mais il peut survenir chez les plus grands, voire même chez l'adulte.
La dissémination est la complication la plus fréquente de l'impétigo. Si l'impétigo est streptococcique, il faut aussi redouter une glomérulonéphrite aiguë si le streptocoque est sécréteur de protéine M et un rhumatisme articulaire aigu. Ces complications concernent surtout les pays de faibles niveaux de ressources. (VIDAL 2020)

Le prélèvement bactériologique des lésions n'est plus recommandé dans les formes bénignes d'impétigo. Il devient nécessaire si l'impétigo est récidivant.

Il existe deux types d'impétigo : l'impétigo crouteux et l'impétigo bulleux.

Figure 10: Impétigo crouteux mélicérique périorificielles *d'après Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant.*

<u>L'impétigo croûteux</u> est la forme la plus commune chez l'enfant. Il débute typiquement sur le visage notamment autour de la bouche ou du nez, puis il peut s'étendre par auto-contamination par le grattage.

Il peut débuter sur une peau saine ou sur une dermatose préexistante (varicelle, piqure d'insectes, dermatite atopique, gale, herpès …), lorsqu'il débute sur une dermatose on parle d'impétiginisation. (Radan 2017)

A l'érythème initial succède une bulle superficielle qui se rompt très rapidement. Un suintement apparaît alors, puis des croûtes mélicériques, c'est à dire couleur de miel.

Il n'y a généralement pas de signes généraux, ni de fièvre mais des adénopathies peuvent être présentes. (VIDAL 2020)

<u>L'impétigo bulleux</u> est plus rare, moins contagieux et touche principalement les nouveaux nés et les nourrissons. Il est dû au *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine exfoliatrice A et/ou B qui clive la desmogléine-1 présente dans les couches superficielles de l'épiderme. (Larquey et Mahé 2018) Il se manifeste par la formation de bulles molles, transparentes d'un à deux centimètres de diamètre. Ces bulles sont entourées d'un halo rouge et se rompent au bout de deux ou trois jours.

Les lésions de l'impétigo bulleux se trouvent principalement sur le tronc, le périnée ou les extrémités des membres. Il peut être accompagné de fièvre, de diarrhée et d'une asthénie. (Radan 2017b)

Figure 11 : Impétigo bulleux *d'après Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant.*

1.2. Stratégie thérapeutique et prise en charge à l'officine

L'impétigo est une pathologie **nécessitant une consultation médicale**. Un traitement antibiotique local ou per os doit être administré pour éviter une dissémination des lésions et des complications éventuelles.
Avant de diriger le patient vers son médecin traitant, le pharmacien pourra d'abord l'interroger pour savoir s'il y a une dermatose sous-jacente à prendre en charge : une dermatite atopique, des lésions de gale, un herpès, etc…

1.2.1. Mesures générales et soins d'hygiène

Le pharmacien pourra prodiguer quelques conseils d'hygiène : les mains de l'enfant doivent être lavées plusieurs fois par jour, les ongles brossés et coupés courts.
Une toilette, bain ou douche, doit être faite au moins une fois par jour avec de l'eau savonneuse.
On conseillera de porter des vêtements amples en coton s'il y a des lésions sur le corps pour éviter une macération. Le linge de toilette, les vêtements et les draps doivent être changés régulièrement.
Des compresses d'eau tiède laissées posées quelques instants sur les croûtes aident à leur décollement ou un corps gras comme de la vaseline ou une crème cicatrisante contenant du cuivre et du zinc luttant contre la prolifération bactérienne comme la crème Cicalfate+ ® Avène ou le baume Cicaplast B5 ® La Roche Posay.

Une éviction scolaire est nécessaire :

- Jusqu'à guérison complète en cas de traitement local
- Pendant 48 heures en cas de traitement per os

Les parents doivent informer la collectivité et la famille (parents, frères, sœurs) devra être également examinée.

1.2.2. Traitements allopathiques

- <u>Dans les formes peu sévères :</u>

Une antibiothérapie locale sera prescrite dans les formes peu sévères, c'est à dire :

- S'il y a moins de 2% de surface cutanée touchée (sachant que la paume de la main représente 1%) et
- S'il y a moins de 5 sites lésionnels actifs et
- S'il n'y a pas d'extension rapide

Dans ce cas, le médecin prescrira une pommade antibiotique à base : d'acide fusidique ou de mupirocine ou de chlortétracycline à la posologie de trois fois par jour (ou à défaut au moins 2 fois par jour chez les enfants scolarisés) pendant 5 à 7 jours. (VIDAL 2020)

Seules ces trois molécules possèdent une AMM dans le traitement de l'impétigo par voie locale.

<u>La mupirocine</u> est le traitement de choix dans l'impétigo peu sévère car elle n'est utilisée que dans les infections à *Staphylococcus aureus* ou à streptocoques bétahémolytiques. De plus, elle n'a pas de résistance croisée avec les autres familles antibiotiques et a très peu de souches résistantes. Elle ne doit pas être utilisée sur une trop grande surface et des réactions allergiques peuvent apparaître. Son application n'est pas recommandée autour des yeux.

La zone traitée peut être recouverte d'une gaze stérile ou d'un pansement occlusif. (ANSM 2020)

Elle existe uniquement sous forme de pommade :

- Mupiderm 2% pommade © et ses génériques
- Bactroban 2% pommade nasale ©

Le Bactroban 2% pommade © est la seule forme topique ayant l'AMM pour l'éradiction du portage nasal de *Staphylococcus aureus* dans les formes récidivantes d'impétigo.

L'acide fusidique existe sous forme de crème ou de pommade. Il faut craindre avec cette molécule une sélection de germes résistants car elle a un spectre plus large.
La forme crème sera préférée sur des lésions suintantes ou macérées. On déconseillera l'application d'une couche trop épaisse, notamment chez les nourrissons, un passage systémique pouvant avoir lieu et il faut craindre dans ce cas des atteintes hépatiques, leur foie étant immature.
Son application n'est pas recommandée autour des yeux. (ANSM 2020)

Il existe sous les formes :

- Fucidine 2% crème © et ses génériques
- Fucidine 2% pommade © et ses génériques

La chlortétracycline présente les mêmes problèmes de résistance que l'acide fusidique.
Elle existe sous les noms commerciaux de :

- Auréomycine Evans 3% pommade ©
- Auréomycine Monot 3% pommade © (VIDAL 2020)

N'existant que sous forme de pommade, son utilisation est déconseillée sur une lésion suintante ou macérée.
L'exposition aux rayonnements UV solaires ou artificiels est à proscrire en raison du risque de photosensibilisation. (ANSM 2020)

Toutes ces crèmes ou pommades doivent s'appliquer sur une peau préalablement nettoyée, avec une eau savonneuse ou un syndet qui sera plus doux. L'utilisation concomitante d'antiseptique n'est pas démontrée et pourrait au contraire augmenter les chances d'allergie ou de dermite irritative.

Le pharmacien doit insister sur l'observance du traitement lors de la délivrance : ne pas sauter une application et même si l'impétigo disparaît il est nécessaire de faire le traitement jusqu'au bout.
S'il n'y a pas d'amélioration au bout de 48h, il est nécessaire de réinviter le patient à consulter son médecin traitant afin qu'une antibiothérapie par voie orale prenne le relais.

- <u>Dans les formes sévères</u>

La forme sera qualifiée de sévère si :

- Plus de 2% de la surface cutanée est touchée ou si
- Plus de 5 sites lésionnels actifs ou si
- L'extension des lésions est rapide ou si
- Présence d'un echtyma (c'est à dire la forme profonde de l'impétigo) ou si
- L'impétigo touche une zone délicate à traiter localement comme les lèvres ou si
- Le patient est immunodéprimé ou si
- Le patient a des antécédents d'allergie de contact aux antibiotiques locaux ou si
- Présence de signes généraux : fièvre, lymphadénopathie ou infection pharyngée associée ou si
- Epidémie familiale

Dans ce cas, une antibiothérapie par voie générale doit être débutée pendant 5 à 7 jours. Plusieurs molécules ont une action anti-staphylococcique et anti-streptococcique.

<u>La cloxacilline,</u> appartenant aux pénicillines du groupe M, possède une AMM dans la prise en charge de l'impétigo. En effet, elle possède une action anti-streptococcique et est efficace également sur les staphylocoques méticilline-sensibles (appelés métiS) qui sont prédominant dans les infections communautaires de l'enfant. (VIDAL 2020)
Elle ne dispose pas de forme pédiatrique, n'existe qu'en gélules, c'est pourquoi la cloxacilline n'est recommandée qu'à partir de 6 ans.
La posologie chez l'adulte et chez l'enfant est la même : 50 mg/kg/jour à prendre en 3 prises.
Le pharmacien doit recommander sa prise une demi-heure avant les repas. (ANSM 2020)

<u>L'association amoxicilline/acide clavulanique</u> est également un traitement de choix dans les formes sévères d'impétigo, d'autant plus qu'une forme pédiatrique existe. Cette association est active à la fois sur les streptocoques et sur les staphylocoques métiS grâce à l'acide clavulanique.

La posologie chez l'enfant de moins de 40kg est de 40 mg/5 mg/kg/jour à 80 mg/10 mg/kg/jour (sans dépasser 3000 mg/375 mg par jour) en trois prises, selon la sévérité de l'infection.
Chez l'enfant de plus de 40kg et chez l'adulte : 1000mg/125mg deux fois par jour.
Le pharmacien doit recommander une prise en début de repas pour améliorer l'absorption de l'acide clavulanique et pour une meilleure tolérance digestive. (ANSM 2020)

L'acide fusidique possède une AMM dans les infections staphylococciques, il est donc moins efficace sur les streptocoques. C'est pourquoi il est doit être utilisé de façon brève et pour des traitements qui ne devront pas être répétés à court terme.
Une galénique nourrisson, enfant et adulte existe.
La posologie usuelle est de : 40 à 60 mg/kg/jour, en fonction de la gravité de l'infection staphylococcique traitée, à répartir en 2 à 3 prises par jour chez le nourrisson et l'enfant.
Chez l'adulte : 1 à 1,5 g/jour en 2 ou 3 prises, en fonction de la gravité des infections staphylococciques traitées. (ANSM 2020)
Une prise pendant le repas est recommandée.

La pristinamycine, seule molécule représente des synergistines, est apparentée aux macrolides. Elle a un moindre taux de résistance des bactéries responsables de l'impétigo. Elle ne possède pas de forme pédiatrique et existe qu'en comprimés. Les comprimés peuvent être écrasés dans un peu de lait ou dans un excipient sucré comme de la confiture pour faciliter sa prise chez un enfant.
La posologie usuelle dans les infections cutanées est de : 1g 2 à 3 fois par jour pendant 8 à 14 jours chez l'adulte.
Chez l'enfant : 50 mg/kg/jour, en 2 ou 3 prises. Cette posologie peut être portée à 100 mg/kg/jour dans des cas pouvant présenter des facteurs de sévérité. (ANSM 2020)
Une prise pendant le repas est recommandée.

Certains macrolides peuvent également être utilisés, mais ils ne sont pas les médicaments de choix dans le traitement de l'impétigo. En effet, de nombreuses résistances sont apparus envers les staphylocoques et les streptocoques.

Parmi les macrolides utilisés dans cette indication on peut citer : l'érythromycine, la josamycine, la roxythromycine et la spiramycine.

Avant de délivrer l'un de ces antibiotiques, le pharmacien vérifiera qu'il n'y a pas d'allergie connue à l'antibiotique prescrit. De plus, il doit s'assurer qu'il n'y pas d'interaction avec les traitements que prend déjà le patient notamment avec l'acide fusidique et certains macrolides. Le pharmacien a également un rôle à jouer pour rappeler l'importance d'une bonne observance lors d'un traitement antibiotique.
On pourra conseiller en parallèle du traitement antibiotique des probiotiques (Lactibiane ATB © ou Ergyphilus ATB ©) afin de limiter l'impact sur le microbiote intestinal et éviter notamment des diarrhées ou des mycoses.
Ces probiotiques sont à prendre à distance des repas et des antibiotiques et de préférence avec un liquide froid.

1.2.3. Traitements non allopathiques

- <u>Homéopathie</u>

L'homéopathie pourra raccourcir l'évolution des lésions, les souches utilisées dans le traitement de l'impétigo sont :

- Graphites 9 CH
- Mezereum 9 CH

} 3 granules de chaque 3 fois par jour, à distance des repas

La pommade au Calendula peut égaler être conseiller afin de ramollir les croûtes. (Horvilleur 1981)

- <u>Aromathérapie</u>

L'impétigo étant une pathologie infectieuse où on peut conseiller d'utiliser une goutte d'huile essentielle d'arbre à thé ainsi qu'une goutte d'huile essentielle de géranium rosat, matin et soir. On peut administrer ces huiles essentielles dans une huile végétale ou directement dans de la vaseline ou même du Cicaplast ® ou Cicalfate + ®.
Pas directement avec les doigts mais à l'aide d'une compresse afin de ne pas répandre l'infection sur une autre partie de son corps. (Leroux 2016)

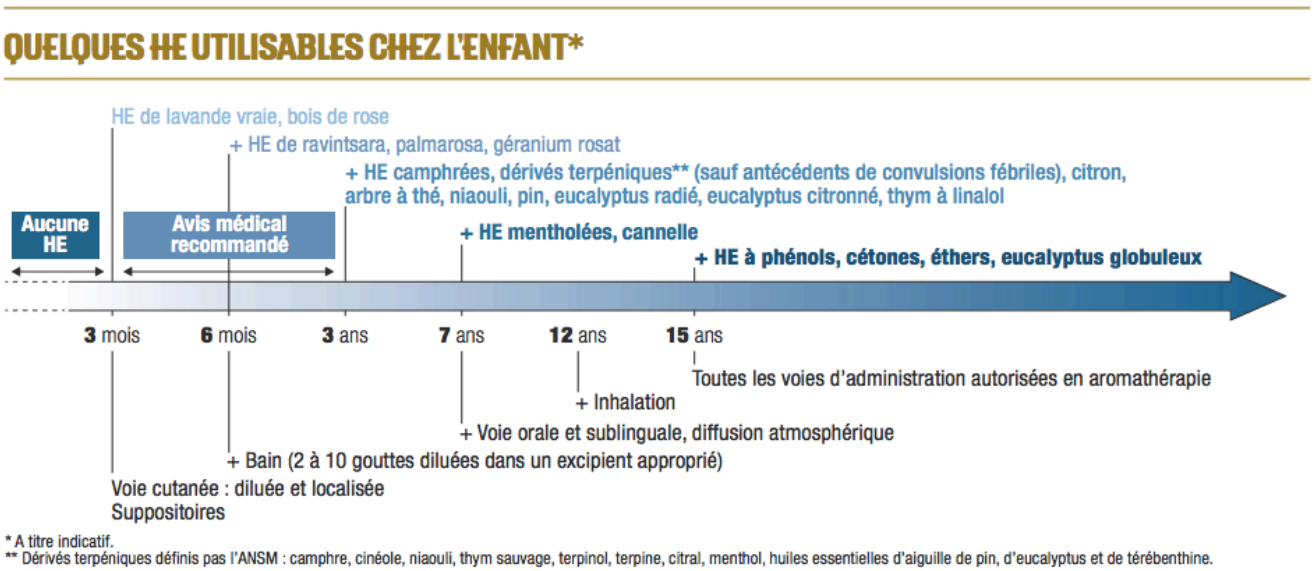


Figure 12 : Les huiles essentielles utilisables chez l'enfant *d'après Le Moniteur des pharmacies*

2. Acné

2.1. Physiopathologie

On estime à 9,4% de la population mondiale touchée par l'acné, c'est donc une maladie largement répandue et avec une forte prévalence. (Tan et Bhate 2015)
L'acné débute généralement aux approches de la puberté, elle commence en moyenne à 12 ans chez les filles et 14 ans chez les garçons. On constate un pic vers 15-16 ans dans les deux sexes.
Mais c'est une maladie qui peut aussi survenir plus tard, touchant surtout la femme adulte.
Quel que soit le stade de sévérité, l'acné a un fort impact psychologique qu'il ne faut pas ignorer.

L'acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé. Les cicatrices sont la complication la plus redoutée de l'acné.
Trois acteurs interviennent dans son développement :

- Le kératinocyte du follicule sébacé : on observe une hyperkératinisation de l'épithélium folliculaire avec obstruction des canaux excréteurs, à l'origine d'une rétention sébacée et de la formation de comédons (points blancs ou points noirs)
- La glande sébacée : présence d'une hyperséborrhée
- *Propionibacterium acnes* : bactérie anaérobie qui est à l'origine de l'inflammation des lésions rétentionnelles

L'hyperséborrhée est la première manifestation de l'acné, la peau présente un aspect brillant en général sur la zone médiofaciale du visage c'est à dire : front, pointe du nez, joue et menton.
La première lésion de l'acné est le microcomédon, c'est une lésion histologique et invisible cliniquement, qui va donner naissance aux lésions cliniques. (Saint-Jean et Dreno 2016)

On distingue deux types de lésions :

- Les lésions rétentionnelles constituées du comédon et du microkyste
- Les lésions inflammatoires qui sont superficielles ou profondes

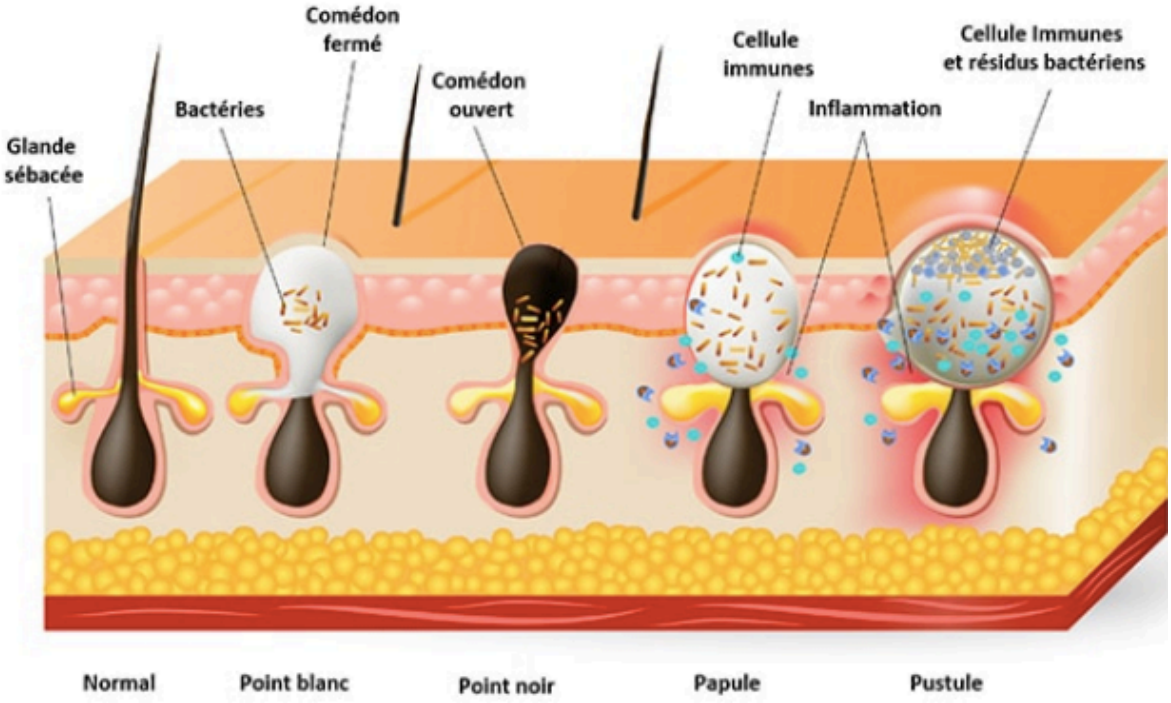


Figure 13 : Les différentes formes cliniques de l'acné d'après Bioalternatives.com

Lésions rétentionnelles

Le **point noir ou comédon ouvert** est un bouchon corné de 1 à 3 mm de diamètre constitué de sébum et de kératine qui obstrue l'orifice infundibulaire, sa coloration externe noire provient de graisses oxydées ainsi qu'à un dépôt de mélanine.

Le **comédon fermé ou microkyste ou « point blanc »** est une petite élevure blanchâtre de 2 à 3 mm de diamètre, due à l'accumulation de sébum et de kératine dans un infundibulum fermé.

La présence de la bactérie *Propionibacterium acnes* va conduire à une inflammation du microkyste et engendre une évolution en papule ou papulopustule.

L'absence de lésions rétentionnelles élimine le diagnostic d'acné. (Dupin 2018)

Figure 14 : Lésions rétentionnelles *d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné*

<u>Lésions inflammatoires</u>

La **papule** est une lésion inflammatoire d'un diamètre inférieur à 5mm, généralement issu d'un microkyste qui se présente comme une élevure rouge, ferme pouvant être douloureuse. Elle évolue vers la résorption ou vers la pustule.

La **pustule** est généralement une papulopustule et elle présente à sa partie apicale un contenu purulent jaunâtre.
L'apparition de plusieurs pustules d'emblée sans papule ou microkyste doit faire suspecter une folliculite à germes gram négatif nécessitant un prélèvement bactériologique.

Figure 15 : Lésions inflammatoires *d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné*

Le **nodule** est une lésion inflammatoire de diamètre supérieur à 5mm, c'est une lésion profonde évoluant souvent vers la formation d'abcès qui se rompt et conduit à la formation de cicatrices. (Saint-Jean et Dreno 2016)

Figure 16 : Acné nodulaire *d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique*

Pour évaluer la sévérité de l'acné, un groupe français d'experts sur l'acné a développé en 2011 et validé une échelle européenne Global Evaluation Acne (GEA) qui distingue six grades de 0 : pas de lésion à 5 : acné très sévère.

Tableau 1 : *Global Acne Evaluation, 2011*

0	Pas de lésion	Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents
1	Pratiquement pas de lésion	Rares comédons ouverts ou fermés disperses et rares papules
2	Légère	Facilement identifiable ; moins de la moitié du visage est atteinte. Quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules
3	Moyenne	Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte. Nombreuses papulopustules et nombreux comédons ouverts ou fermés. Un nodule peut être présent
4	Sévère	Tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules
5	Très sévère	Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules

Cette échelle est très largement utilisée par les dermatologues afin d'orienter leur prescription.

2.2. Différentes formes cliniques de l'acné

2.2.1. Acné juvénile mixte : forme commune de l'acné

L'acné juvénile polymorphe est la forme la plus fréquente d'acné. Elle commence en générale vers 12 ans chez la fille et 14 ans chez le garçon et touche environ 80% des adolescents.

L'acné juvénile associe lésions rétentionnelles et lésions inflammatoires. Les lésions rétentionnelles sont indispensables pour confirmer le diagnostic d'acné.

Les lésions peuvent s'étendre au cou et au tronc (sternum, épaules et dos notamment) et touchent l'ensemble du visage.

L'acné est qualifiée de minime ou modérée s'il n'y a que des lésions rétentionnelles et inflammatoires en nombre variable, elle est qualifiée de sévère s'il y a la présence de nodules. (Dupin 2018)

2.2.2. Acné de la femme adulte

L'acné de la femme adulte concerne généralement la femme de plus de 25 ans. Elle est présente sous deux formes :

- Elle peut être continue et être un prolongement de l'acné de l'adolescence, avec des périodes de rémission possibles
- Elle peut débuter à l'âge adulte

Si l'acné débute à l'âge adulte, elle peut révéler une endocrinopathie.

En effet si l'acné associe hirsutisme, alopécie, prise de poids, aménorrhée ou oligoménorrhée et stérilité, ces symptômes sont les signes cliniques d'une hyperandrogénie, un bilan hormonal est indiqué afin de doser la testostérone libre, la 17OH-progestérone, le sulfate de DHA et la Δ4-androstènedione. La cause la plus fréquente est le syndrome des ovaires polykystiques, une échographie ovarienne est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

S'il n'y a pas de symptôme d'hyperandrogénisme, ce bilan hormonal n'est pas nécessaire. Il faut alors s'assurer que la patiente n'utilise pas de soins locaux comédogènes qu'elle prend des progestatifs (sous forme estropogestatifs ou par un dispositif contraceptif par exemple). (Saint-Jean et Dreno 2016)

Figure 17 : Acné de la femme adulte *d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné*

En général, les lésions acnéiques de la femme sont des papules ou nodules inflammatoires localisés à la partie basse du visage, sur les mandibules principalement, et des lésions rétentionnelles sur la partie supérieure du visage. (Dupin 2018)

2.2.3. Acné d'origine induite

- <u>Acné iatrogène</u>

Les médicaments peuvent entretenir ou induire des lésions acnéiformes. Les lésions induites par un médicament sont le plus souvent de type inflammatoire (papules ou pustules). Les comédons et microkystes sont rares.

Les androgènes chez la femme. Mais le développement du dopage aux androgènes dans les instituts de culturisme et en compétition sportive a augmenté la fréquence des ces acnés chez l'homme. L'acné peut prendre un aspect d'acné fulminante. Il s'agit souvent de patients ayant pris antérieurement des complexes de vitamine B ou des stéroïdes anabolisants
Les contraceptifs oraux contenant des progestatifs androgéniques
Les corticoïdes locaux et généraux incluant les corticoïdes inhalés, et l'ACTH
Les tuberculostatiques avec l'isoniazide (surtout les acétyleurs lents), la rifampicine et l'éthionamide
Les vitamines B_1, B_6 et B_{12}
Les antiépileptiques sébo-inducteurs : barbituriques ; hydantoïne, triméthadione, dantrolène
Les halogènes (bromures, iodures) parfois difficiles à identifier (produit radio-opaque, préparations vitaminées, sirop pour le rhume, l'asthme, etc.)
Les sels de lithium et certains antidépresseurs
Les médicaments immunosuppresseurs, notamment l'azathioprine et la ciclosporine A
Quinine et quinidine
Les inhibiteurs des kinases, notamment les anti-*epidermal growth factors* (EGF)
Cette liste n'est pas exhaustive. Le diagnostic est évoqué sur l'aspect clinique des lésions et la mise en évidence du médicament, et confirmé par la régression progressive des lésions à l'arrêt du médicament

ACTH : *adrenocorticotrophic hormone*.

Figure 18 : Les médicaments inducteurs d'acné *d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné*

- <u>Acné exogène</u>

L'acné ayant une origine exogène a une prédominance de lésions rétentionnelles (comédons ouverts). Les origines ces acnés peuvent être les huiles minérales suite à des expositions professionnelles notamment, la lésion élémentaire est appelée « bouton d'huile ». Les hydrocarbures aromatiques halogénés, surtout polychlorés comme les naphtalènes et les bisphénols polyhalogénés sont particulièrement pourvoyeurs de ces lésions.

Les cosmétiques peuvent également générer de l'acné s'ils contiennent des huiles végétales ou de la vaseline surtout sur le visage.

2.2.4. Acné néonatale

L'acné néonatale est transitoire et survient chez environ 20% des nouveau-nés et plus fréquemment chez les garçons. Elle est due à la stimulation des glandes sébacées par les androgènes maternels, mais le rôle éventuel de *Malassezia furfur* est évoqué. Elle touche principalement le visage et régresse spontanément en quelques semaines.
Les topiques huileux sont proscrits afin d'éviter toute aggravation.

Figure 19 : Acné néonatale *d'après Medscape.com*

2.2.5. *Autres formes d'acné*

L'acné excoriée est une forme d'acné à prédominance féminine, qui peut arriver à l'adolescence ou à l'âge adulte. Le malade entretient son acné en manipulant de façon continue ses lésions. Elle peut être la traduction d'un terrain psychologique sous-jacent fragile et d'anxiété.

L'acné au cours de la grossesse est fréquente, une récente étude française de 2014 a montré que 42,3% des femmes enceintes qui consultent un dermatologue présentent de l'acné. (Dreno et al. 2014) Néanmoins, chez certaines femmes la grossesse améliore considérablement leur acné pré-existant.
L'acné au cours de la grossesse est difficile à prendre en charge par le praticien car de nombreux traitements sont contre-indiqués chez la femme enceinte.

Traitements	Recommandations de leur utilisation au cours de la grossesse
Systémiques	
Isotrétinoïne	Contre-indiquée
Cyclines	Contre-indiquée
Gluconate de zinc	Possible sauf premier trimestre
Érythromycine	Possible
Locaux	
Érythromycine	Possible
Peroxyde de benzoyle	Possible
Trétinoïne	Ne pas utiliser par mesure de précaution
Adapalène	Ne pas utiliser par mesure de précaution
Acide azélaïque	Possible

Figure 20 : Traitements de l'acné de la femme enceinte *d'après Saint-Jean M, Dreno B. Acné*

Citons enfin deux formes graves d'acné, nécessitant une consultation médicale urgente :

- **L'acné conglobata** : c'est une acné nodulaire suppurative chronique
- **L'acné fulminans** : c'est la forme la plus grave de l'acné, elle est très rare et touche surtout les adolescents de sexe masculin, elle associe des signes généraux avec une hyperthermie, une altération de l'état général et des douleurs articulaires et musculaires. Elle peut apparaître spontanément ou être induite par l'isotrétinoïne

2.3. Facteurs de sévérité

Plusieurs facteurs vont influer sur la sévérité de l'acné, on retrouve l'hérédité, un âge supérieur à 17 ans, le soleil, le stress ou encore l'alimentation.

2.3.1. Hérédité

Si certains de ces facteurs ne sont pas encore clairement démontrés, les antécédents familiaux semblent être un facteur pronostique majeur pour la sévérité de l'acné.
Des antécédents d'acné chez le père et/ou la mère et/ou dans la fratrie âgée de plus de 12 ans seraient lié à un début plus précoce de l'acné, un plus grand nombre de lésions rétentionnelles et une rechute plus rapide de l'acné. (Ghodsi et al. 2009)

2.3.2. Alimentation

Le lien entre acné et alimentation est un sujet toujours débattu où aucune réponse claire n'a été apportée. Une étude a montré l'absence d'acné chez des « populations dites primitives » en contraste avec sa fréquence dans « les pays civilisés ».
Parallèlement, les auteurs ont relevé l'absence d'aliments à index glycémique élevé dans leur alimentation. D'autre part, les produits laitiers, particulièrement le lait écrémé, pourraient également aggraver l'acné lorsqu'il est consommé en quantité (2 à 3 fois par jour par rapport à une consommation une fois par semaine). Ceci pourrait être dû à la présence d'hormones et de certains composants du lait stimulant l'insuline et l'IGF-1 (insuline growth factor) dont l'élévation est corrélée à l'acné. (Ferdowsian et Levin 2010)

2.3.3. Stress

Il est commun de penser qu'une poussée d'acné peut arriver lorsqu'on est soumis à un stress.
Les différentes études cherchant un lien ne sont toutefois pas concluantes.
Mais malgré tout, on peut penser que le stress est un facteur aggravant de l'acné car lors d'une période de stress, la cortisolémie augmente. Les sébocytes humains expriment à leur surface des récepteurs à la corticotrophine (CRH). Le stress pourrait donc augmenter la quantité de sébum en stimulant ces récepteurs. (Radan 2017)

2.3.4. Soleil

L'impact du soleil sur l'acné reste controversé. En effet, les rayons de faible longueur d'onde, les UVB, ont l'avantage de dessécher la peau en diminuant la quantité de sébum. Ils permettent aussi de réduire le temps de l'inflammation et donc d'accélérer la guérison.
Néanmoins, l'exposition solaire provoque un épaississement de la couche cornée ce qui aggrave l'acné et entraîne une occlusion de l'infundibulum folliculaire à l'origine de nouveaux comédons. De plus, les UVA vont stimuler la formation d'acides gras ce qui accroît l'effet comédogène. (Radan 2017)

C'est pourquoi en ayant connaissance de ces faits, il est conseillé d'utiliser une protection solaire toute l'année.

2.4. Stratégie thérapeutique

Plusieurs critères conditionnent la nécessité de la consultation médicale et le choix du traitement médicamenteux :

- L'âge du patient et l'ancienneté de la maladie
- La forme et la sévérité de l'acné : en se référant à l'échelle GEA (Global Evaluation Acne)
- Le retentissement de la maladie sur la qualité de vie du patient

En fonction de ces critères, la stratégie thérapeutique repose sur :

- Un traitement topique : antibiotiques locaux, peroxyde de benzoyle, acide azélaïque et rétinoïdes topiques
- Un traitement systémique : gluconate de zinc, antibiotiques, isotrétinoïne ou hormonothérapie

La société française de dermatologie a élaboré en 2015 cet algorithme de recommandations de prise en charge de l'acné :

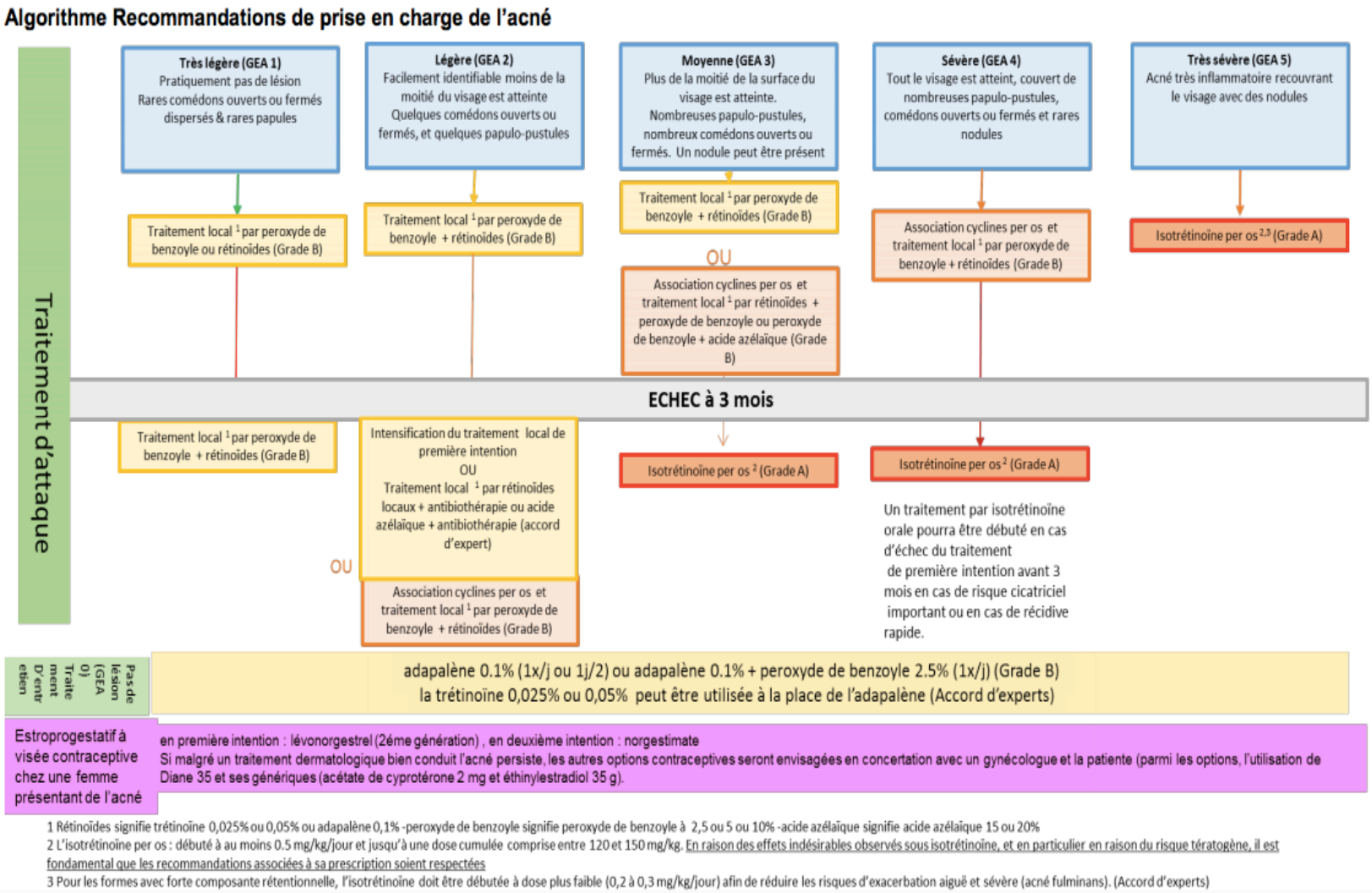


Figure 21 : Algorithme recommandations de prise en charge de l'acné *d'après Société française de dermatologie française, 2015*

2.4.1. Traitements locaux

Le choix du traitement local se fait selon le type de lésions acnéiques. On peut parfois associer plusieurs types de topiques afin d'avoir une synergie d'action et de limiter les effets indésirables.
De manière générale pour tous les traitements locaux, il est recommandé de les appliquer sur l'ensemble du visage et non « bouton par bouton », erreur fréquemment rencontrée. Il est nécessaire d'éviter le contour des yeux

- <u>Peroxyde de benzoyle</u>

Le peroxyde de benzoyle présente une activité anti-infectieuse, bactéricide vis à vis de *P. acnes*, mais aussi comédolytique. Il présente l'avantage d'agir sur l'ensemble des facteurs responsables de l'acné. En effet, après 14 jours d'utilisation de peroxyde de benzoyle à 5% on constate que :

- Les acides gras libres sont diminués de 50 à 60%
- Les bactéries anaérobies de 84% et les bactéries aérobies (*P. acnes*) de 98%
- Réduction du nombre et de la taille des comédons
- Inhibition de la sécrétion de sébum

C'est un traitement utilisable chez la femme enceinte. (Faure 2014)

Le peroxyde présente quatre principaux effets indésirables :

- Une phototoxicité est possible, une application le soir est recommandée
- Une irritation locale peut être constatée en début de traitement, une augmentation progressive de la concentration est préférable
- Des cas d'eczémas contacts peuvent apparaître, contre-indiquant son utilisation
- Cette molécule décolore les vêtements (Saint-Jean et Dreno 2016)

Le peroxyde de benzoyle est retrouvé sur les noms commerciaux de : Cutacnyl ®, Curaspot ® ou Pannogel ® aux concentrations de 2,5, 5 ou 10% sous forme de gel.
Seule la spécialité Curaspot ® n'est pas listée et peut donc être conseillée directement à l'officine.

- Les antibiotiques locaux

Deux molécules sont utilisées en France : l'érythromycine (Eryfluid ®, Stimycine ®, Erythrogel ®, Eryacné ®) et la clindamycine (Dalacine T Topic ®, Zindacline ®), ils ont une action bactériostatique et anti-inflammatoire. Les lésions papuleuses et pustuleuses répondent mieux aux antibiotiques locaux que les lésions rétentionnelles.

Le recours aux antibiotiques locaux peut entraîner des résistances bactériennes, c'est pourquoi leur utilisation doit être limitée dans le temps, une période inférieure à un mois est recommandée et il est préférable de l'associer à un autre topique : peroxyde de benzoyle ou rétinoïde topique.

- Rétinoïdes topiques

Trois isomères de l'acide rétinoïque sont utilisées dans l'acné : l'adapalène (Différine 0,1% ® crème ou gel), l'isotrétinoïne (Roaccutane 0,05% ®) et la trétinoïne (Effederm 0,05% ® crème ou solution, Ketrel 0,05% ®, Retacnyl 0,025% et 0,05% ®).
Ils ont une action kératolytique, l'adapalène présenterait également en plus une activité anti-inflammatoire.
Ils inhibent la formation de comédons tout en facilitant le ramollissement et l'expulsion des comédons existants en augmentant le taux de renouvellement épidermique et en diminuant l'adhésion des cellules cornées. (Faure 2014)
C'est pourquoi les rétinoïdes sont principalement utilisés dans les acnés rétentionnelles.
La couche cornée étant diminuée, la peau est beaucoup plus sensible au soleil, une application le soir au coucher est recommandée. Le patient devra également bien protéger sa peau du soleil dans la journée.
Afin d'éviter d'irriter la peau, on utilise les rétinoïdes par pallier de concentrations croissantes en évitant le contour des yeux et sur une peau propre et sèche. Il est nécessaire de bien hydrater la peau le matin.
Les rétinoïdes topiques sont contre-indiqués chez la femme enceinte en raison du potentiel risque de passage systémique.

- L'acide azélaïque

L'acide azélaïque (Finacea 15 % ® ou Skinoren 20% ®) exerce un effet antimicrobien sur *P.acnes*, principalement utilisé en cas d'acné localisée à prédominance inflammatoire, il a également une influence sur l'hyperkératose folliculaire.

- Traitements combinés

Il existe deux types de traitements combinés :

- Association rétinoïdes et antibiotiques topiques (trétinoïne 0,025% + érythromycine 4% Erylik ® ou trétinoïne 0,025% + clindamycine 1% Zanea ®)
- Association peroxyde de benzoyle 2,5% + adapalène 0,1% ou 0,3% Epiduo ®

Ces associations permettent d'élargir le spectre d'action, d'obtenir un résultat plus rapidement et surtout d'améliorer l'observance.

2.4.2. Traitements systémiques

- Les antibiotiques

Plusieurs antibiotiques peuvent être utilisés dans le cadre du traitement de l'acné, ils présentent des propriétés anti-microbiennes et anti-inflammatoires.

Tout d'abord, les **cyclines de 2ème génération**, la doxycycline et la limécycline, qui sont les antibiotiques de première intention. Ils agissent en inhibant la synthèse protéique et augmentent l'excrétion sébacée et possèdent une action anti-inflammatoire et antilipasique.
La posologie usuelle est :

- Doxycycline : 100 mg/jour en une prise
- Lymécycline : 300mg/jour en une prise

En se limitant à 3 mois de traitement continu. (Faure 2014)

On conseillera une prise en mangeant de ces antibiotiques avec une quantité d'eau suffisante pour ingérer les comprimés. De plus, le patient ne doit pas s'allonger dans l'heure qui suit la prise de l'antibiotique afin d'éviter toute ulcération œsophagienne, notamment avec la doxycycline.
Ce sont des antibiotiques photosensibilisants, on conseillera une prise vespérale pour en diminuer l'effet et une protection solaire est nécessaire durant tout le traitement.
Des troubles digestifs ainsi que des candidoses vaginales sont des effets indésirables qui peuvent être également rapportés.
Les cyclines sont contre-indiqués en cas de grossesse et chez l'enfant de moins de 8 ans car elles peuvent induire une coloration des dents de lait.
L'association avec l'isotrétinoïne par voie générale est également contre-indiqué car ils augmentent le risque d'hypertension intracrânienne.

Si le patient présente une contre-indication aux cyclines, on peut utiliser des **macrolides**, avec l'érythromycine à la posologie de 1g par jour pendant 3 mois continu également. Cet antibiotique peut être utilisé pendant la grossesse. Une utilisation prolongée entraîne le problème de la résistance bactérienne, ce qui en fait un choix de seconde intention.
De plus, l'érythromycine est un inhibiteur du cytochrome P450 3A4 ce qui expose à de nombreuses interactions médicamenteuses.

Citons enfin, la clindamycine, qui appartient à la famille des lincosamides et le sulfamethoxazole-triméthoprime qui peuvent aussi être utilisés, mais de façon beaucoup moins courante.

L'association d'une antibiothérapie locale et d'une antibiothérapie générale n'est pas recommandée. Il est préférable d'associer un rétinoïde topique ou du peroxyde de benzoyle à un traitement systémique antibiotique. (Saint-Jean et Dreno 2016)

- L'isotrétinoïne

L'isotrétinoïne est le seul traitement de l'acné pouvant induire une rémission prolongée voire une guérison, les autres étant seulement suspensifs.
Son mode d'action repose sur l'atrophie de la glande sébacée, une réduction de la sécrétion de sébum, une diminution de l'hyperkératinisation du canal infundibulaire et une réduction de l'inflammation locale.(Saint-Jean et Dreno 2016)

La primo-prescription est réservée aux dermatologues, mais tout médecin peut la renouveler.
La dose initiale proposée est de 0,5 mg/kg puis on peut augmenter jusqu'à 1 mg/kg en une à deux fois par jour, la prise se fait au cours des repas. (VIDAL 2020)
Dans les formes d'acné sévère avec une forte composante rétentionnelle, il est recommandé de débuter à la posologie de 0,25mg/kg pour éviter une possible aggravation initiale. (VIDAL 2020)

Le plus gros risque de l'isotrétinoïne est sa tératogénicité qui entraîne de nombreuses précautions d'emploi :

- La femme en âge de procréer doit obligatoirement signer un consentement après lecture d'une fiche d'information sur les risques de l'isotrétinoïne
- Une contraception doit être mise en place un mois avant le début du traitement et jusqu'à un mois après l'arrêt du traitement, il est même recommandé d'utiliser une contraception mécanique en plus d'une contraception orale, stérilet, implant, etc…
- Un test de grossesse, par dosage des βhCG sériques, doit être réalisé 3 jours avant le début du traitement ainsi que tous les mois pendant le traitement et jusqu'à 5 semaines après la fin du traitement
- Le test de grossesse ne doit pas dater de plus 3 jours pour chaque prescription et la délivrance doit avoir lieu dans les 7 jours suivant la date de prescription
- La patiente doit présenter son carnet de suivi au pharmacien avant chaque délivrance afin qu'il vérifie le résultat du test du grossesse
- Le don de sang est proscrit pendant le traitement et jusqu'à un mois après son arrêt

Il est important de rappeler aux patients l'importance d'une observance rigoureuse, l'acné peut s'aggraver de façon transitoire au début du traitement, l'amélioration n'est effective qu'au bout de plusieurs semaines.

Le dessèchement cutanéomuqueux (bouche sèche, sécheresse vaginale et des narines, peau sèche, yeux secs) est un effet indésirable courant sous isotrétinoïne. C'est pourquoi il est souvent prescrit en parallèle des traitements adjuvants pour pallier à ces effets : larmes artificielles, lubrifiant intime, crème adaptée pour le visage et corps, etc…

Le patient et sa famille doivent également être au courant du risque majoré de dépression et de ses premières manifestations pendant et après l'arrêt du traitement.
Des troubles musculo squelettiques de type myalgie et arthralgie peuvent survenir imposant parfois un arrêt temporaire du traitement ainsi qu'un risque d'hypertension crânienne.

Enfin, on peut constater une élévation du cholestérol, des triglycérides, des transaminases et des enzymes musculaires, ce qui impose un dosage sanguin avant la mise en route du traitement, puis un mois après le début du traitement et enfin tous les trois mois.

Pendant toute la durée du traitement, il est contre indiqué de s'exposer au soleil. Le soleil peut effectivement engendrer des brûlures, l'isotrétinoïne étant très photosensibilisant.
Il est aussi déconseillé de ne pas porter des lentilles de contact, de ne pas pratiquer des épilations à la cire, de ne pas avoir une supplémentation en vitamine A et d'éviter l'utilisation des produits exfoliants et kératolytiques.

L'isotrétinoïne existent sous les noms commerciaux de Procuta ®, Contracne ® et Curacne ® aux dosages de 5, 10, 20 et 40 mg.

- Gluconate de zinc

Le zinc présente une activité anti-inflammatoire en inhibant le chimiotactisme des polynucléaires. Son utilisation est ainsi recommandée dans l'acné inflammatoire minime à modéré et a peu d'action dans l'acné rétentionnelle.
Il est prescrit à la dose de 30 mg de zinc-élément par jour, pris de préférence à jeun, avant le repas afin que le bol alimentaire ne retentisse pas sur son absorption.
Les phytates présents dans le soja, le maïs et le pain complet sont à éviter car ils limitent son absorption.
Le principal effet indésirable du zinc est d'ordre digestif, dans ce cas, on conseillera une prise après le repas.
Le zinc a plusieurs avantages :

- Une prise pendant la grossesse est possible à partir du 2ème trimestre
- Sa prise n'est pas limitée dans le temps
- Il n'est pas photo-sensibilisant

Il est commercialisé sous le nom de Effizinc ® 15mg, Rubozinc ® 15mg et Granions de Zinc 15 mg ®.

- Hormonothérapie

L'hormonothérapie peut être une alternative intéressante chez une femme ayant une acné androgéno-dépendante, une acné faible à modéré où le traitement systémique n'est pas forcément nécessaire et qui souhaite une contraception.

On privilégiera les hormones à activité anti-androgénique. Parmi celles-ci, on trouve les anti-androgènes véritables : acétate de cyprotérone et spironolactone (utilisée hors AMM dans l'acné) et également des oestroprogestatifs.

Les estrogènes, qui ont une composante anti-androgène ont une action bénéfique sur les lésions d'acné. En association avec les estrogènes, les progestatifs de 1ère et 2ème génération peuvent aggraver une acné.

Les progestatifs de 3ème et 4ème génération sont plus appropriés chez une femme présentant des lésions d'acné : désogestrel, gestodène, norgestimate ou drospirénone. Ils sont prescrits seulement après avoir exclus tout risque thromboembolique.

Une seule association estroprogestative possède dans son AMM une mention concernant son efficacité dans l'acné, il s'agit de la pilule Triafemi ®, elle est composée de norgestimate et d'éthinylestradiol.

L'acétate de cyprotérone, Androcur ®, peut être utilisé au dosage de 50 à 100mg par jour en association avec des estrogènes. Cette molécule peut être intéressante chez une femme qui présente des signes d'hyperandrogénie (hirsutisme par exemple).

Diane 35 ®, après avoir vu son AMM suspendu en 2013 puis remise sur le marché un an plus tard, ne présente aujourd'hui plus qu'une indication dans l'acné, bien qu'elle ait un effet contraceptif, même si elle n'en a pas l'indication. Elle se compose d'acétate de cyprotérone et éthinylestradiol.

La spironolactone enfin, est utilisée hors AMM à la posologie de 75 à 150mg par jour. Bien que ce soit un diurétique anti-aldostérone, la spironolactone a une activité anti-androgène liée à son action inhibitrice sur l'activité de la 5 alpha réductase de la glande sébacée, ce qui réduit les sécrétions sébacées.

2.5. Prise en charge non allopathique

2.5.1. Homéopathie

Les remèdes homéopathiques peuvent être une alternative intéressante lorsqu'on cherche à s'affranchir des effets indésirables des autres traitements systémiques.
Le pharmacien pourra conseiller de prendre à raison de 3 granules 3 fois par jour :

- *Selenium metallicum 9CH* : si le patient présente des microkystes ou des points noirs
- *Eugenia jambosa 5CH* : si les microkystes sont infectés et douloureux
- *Kalium bromatum 7CH* : si les lésions se situent sur la face, la poitrine et les épaules
- *Sulfur iodatum 15CH* : pour calmer l'inflammation
- *Antimonium tartaricum 9CH* : si des petites cicatrices violacées apparaissent
- *Graphites 15CH* : si présence de cicatrices boursouflées et chéloïdes (Lamassiaude-Peyramaure 2009)

2.5.2. Aromathérapie

L'aromathérapie présente un intérêt majeur dans le traitement de l'acné, les huiles essentielles pouvant avoir notamment un effet anti-infectieux, anti-inflammatoire et cicatrisant.

L'huile essentielle la plus largement utilisée dans l'acné est celle d'Arbre à thé (Tea tree), elle peut être utilisée pure directement sur les boutons. (Baudoux et Breda 2018)

On peut également proposer un mélange se composant de :

- 1 goutte d'huile essentielle d'eucalyptus mentholé
- 1 goutte d'huile essentielle de lavande aspic
- 2 gouttes d'huile essentielle d'arbre à thé
- 1 goutte d'huile essentielle de romarin CT verbénone

Ou un mélange de :

- 1 goutte d'huile essentielle d'arbre à thé
- 1 goutte d'huile essentielle de lavande aspic
- 1 goutte d'huile essentielle de girofle
- 1 goutte d'huile essentielle de laurier noble

Ces mélanges peuvent être appliqués 2 fois par jour sur les lésions. (Lamassiaude-Peyramaure 2009)

On peut également conseiller des produits prêts à l'emploi comme le Sérum boutons Aromaderm ® du laboratoire Pranarôm ou le soin S.O.S. Peau ® du laboratoire Puressentiel.

2.5.3. Phytothérapie

Trois plantes sont communément utilisées pour traiter l'acné :

- La bardane
- La pensée sauvage
- L'ortie dioïque

La **bardane** est une plante séborégulatrice qui possède en plus une action anti-infectieuse et anti-inflammatoire, on utilise la racine ou les feuilles. Par voie orale, elle est dépurative sur le foie et les reins.
Une prise en gélule est plus simple pour masquer son goût amer mais elle peut être ingérée sous forme de décoction, tisane, teinture mère, extrait ou poudre.
Elle est déconseillée aux jeunes enfants, aux femmes enceintes ou qui allaitent.

La bardane peut être utilisée avec **la pensée sauvage** afin d'avoir une synergie de l'effet dépuratif cutanée.
Ce sont les parties aériennes sèches de la pensée sauvage qui servent à faire des infusions, gélules, teinture mère ou extrait. Elle élimine de façon accrue les toxines au niveau des reins et du foie.
Elle est déconseillée aux enfants de moins de 12 ans et aux femmes enceintes ainsi qu'en cas d'utilisation concomitante avec un diurétique. (Lamassiaude-Peyramaure 2009)

Enfin, **l'ortie dioïque** est indiquée dans l'acné pour freiner la sécrétion de sébum. Les feuilles et les racines servent à faire des gélules ou des tisanes. Elle est déconseillée chez les personnes ayant des problèmes cardiaques ou rénaux. (Bartczak 2014)

2.6. Conseils à l'officine

L'acné est une pathologie très fréquente à l'officine où le pharmacien a un vrai rôle de conseils à apporter aux patients.

Tout d'abord, il est important de rappeler aux patients qu'il ne faut pas manipuler ni percer les lésions pour deux raisons :

- Pour éviter un risque d'infection
- Pour que *P. acnes* ne se propage pas à d'autres follicules pilo-sébacés

Ensuite, l'hygiène a un rôle très important dans la prise en charge de l'acné. Une toilette douce quotidienne ou biquotidienne est nécessaire, ainsi qu'un démaquillage scrupuleux le soir. Des soins trop décapant peuvent être à l'origine d'une séborrhée réactionnelle, des produits adaptés sont donc à privilégier.

On pourra conseiller pour la toilette, des **nettoyants moussants sans savon** qui peuvent être des gels, des pains ou des mousses.
Ils éliminent efficacement les excès de sébum, sueur et impuretés. On les utilise sur peau humide et on masse du bout des doigts pour faire mousser et on rince à l'eau claire. Puis, on sèche soigneusement la peau en évitant de frotter avec une serviette, un séchage doux en tamponnant est préférable.
Le gel moussant Effaclar ® du laboratoire Roche Posay ou encore la mousse nettoyante matifiante ® du laboratoire Avène sont des produits qui peuvent être conseillés à l'officine.

La crème lavante apaisante Cleanance hydra ® du laboratoire Avène peut être un conseil intéressant pour un patient présentant une peau irritée suite à l'utilisation de traitements médicamenteux desséchants.

On peut conseiller d'enrichir ces produits avec deux gouttes d'huile essentielle d'arbre à thé ou de citron pour renforcer l'effet purifiant. Si le choix se tourne vers l'huile essentielle de citron, elle devra être ajoutée le soir car elle est photo sensibilisante. (Radan 2017)

Les eaux micellaires peuvent également être utilisées pour l'hygiène, les micelles qu'elles contiennent vont capter le maquillage et les impuretés. Elles s'utilisent à l'aide d'un coton ou d'une compresse non tissée. Puis un second passage avec un coton humide ou une pulvérisation d'eau thermale qu'on laisse « poser » un court instant puis on essuie avec une serviette éponge en tamponnant est recommandé afin de retirer tout résidu de produit et d'impureté.
Des eaux micellaires spécifiques des peaux mixtes existent comme l'eau micellaire Sébium H_2O ® du laboratoire Bioderma ou encore l'eau micellaire thermale pour les peaux mixtes à grasse ® du laboratoire Uriage.

Il est déconseillé de faire des gommages chimiques ou mécaniques sur une acné inflammatoire afin de ne pas fragiliser plus une peau enflammée. De même que chez un patient étant déjà sous traitement médicamenteux local ou systémique la peau étant déjà sensibilisé.
Les gommages peuvent être utiles lorsque l'acné se manifeste par des points noirs ou des pores dilatés afin d'affiner le grain de la peau, au rythme d'une fois par semaine. Par exemple le Sébium gel gommant ® du laboratoire Bioderma peut être conseillé.

L'utilisation de produits alcoolisés ou antiseptiques est à déconseiller : ils sont inefficaces et parfois irritants et/ou sensibilisants. (Clere 2012)

Après le nettoyage, il est nécessaire d'appliquer un soin hydratant adapté, non comédogène.
En fonction du traitement déjà en cours ou non, divers choix se proposent à nous.

Si le patient est déjà sous traitement anti-acnéique topique ou par voie orale, on peut proposer un soin hydratant compensateur. En effet, ces produits sont généralement desséchants et il est important de restaurer le film hydro-lipidique pour une meilleure tolérance et un meilleur confort.
On pourra conseiller le soin Effaclar H ® du laboratoire La Roche Posay ou la crème Cleanance Hydra ® du laboratoire Avène.

Si le patient présente une acné minime à modérée, on pourra l'orienter vers des soins traitant et lui proposer une routine de soin, par exemple l'utilisation d'une crème hydratante et matifiante (Hyséac Mat' ® du laboratoire Uriage) le matin, sur une propre et sèche et une crème « plus traitante » le soir (Effaclar Duo + ® La roche posay, Normaderm Phytosolution ® du laboratoire Vichy).

Il existe également des soins traitants teintés qui servent à unifier le teint et traiter en même temps l'acné : Sébium Global Cover ® du laboratoire Bioderma.
Une fois la peau nettoyée et hydratée, on peut appliquer un correcteur pour camoufler les lésions, les correcteurs verts sont d'ailleurs largement utilisés à cet égard, efficaces pour masquer une lésion inflammatoire avec un rendu naturel.

Le rasage chez l'homme doit être réalisé que quand c'est indispensable, c'est un acte très irritant pour la peau. Un rasage électrique, moins traumatisant, est préférable à un rasage manuel. Il est conseillé de bien nettoyer la peau avant pour l'assouplir. Les lotions après-rasage à base d'alcool sont déconseillées, on préfèrera simplement hydrater la peau.

Enfin, comme vu précédemment le soleil a un impact négatif sur l'acné, c'est pourquoi une protection solaire adaptée est primordiale. Il existe des crèmes solaires destinées aux peaux mixtes à grasses, par exemple le fluide Photoderm AKN Mat SPF 30 ® de chez Bioderma ou encore la crème Cleanance Solaire SPF 50+ ® de chez Avène.

ETAPES	Patient sous aucun traitement médicamenteux contre l'acné	Patient suivant un traitement médicamenteux contre l'acné (Cutacnyl ®, Finacea ®, Curacné ®, doxycycline …
(1) Hygiène	**Gels Moussants ***	**Crèmes nettoyantes adaptées aux peaux fragilisées ***
	* Que ce soit le gel moussant ou la crème nettoyante : faire mousser une noisette dans la main et appliquer du bout des doigts en évitant le contour des yeux et rincer abondamment à l'eau claire. Ces produits peuvent être utilisés matin et/ou soir.	
	Eaux Micellaires : s'appliquent sur un coton matin et/ou soir. On peut conseiller une pulvérisation d'eau thermale après pour retirer tous les résidus de produit. Adaptées pour le démaquillage.	

(2) **Hydrater**	**Crèmes hydratantes et traitantes** On peut les appliquer matin et soir ou juste le soir si elles sont trop sensibilisantes et conseiller une crème matifiante le matin par exemple	**Crèmes hydratantes compensatrices pour peaux desséchées par les traitements** A appliquer matin et soir en fonction du traitement du patient (ex : si traitement topique à appliquer le soir dans ce cas-là que le matin)
(3) **Traiter localement**	 	Ces soins s'appliquent localement sur une imperfection afin qu'elle cicatrise plus vite

(4) Camoufler	 Ces produits visent à unifier le teint et camoufler les lésions, ils peuvent être également traitant. On préférera conseiller ces crèmes teintées adaptées plutôt que des fonds teints qui peuvent obstruer la peau.
(4) Protéger sa peau du soleil	 Il est impératif de protéger sa peau du soleil quand on souffre d'acné, qu'on soit sous traitement photosensibilisant ou pas. Ces crèmes solaires sont adaptés aux peaux acnéiques.

Tableau 2 *: Tableau récapitulatif des soins que l'on peut proposer à l'officine contre l'acné*

3. Herpès labial

3.1. Physiopathologie

L'herpès cutanéomuqueux est une des infections virales humaines les plus répandues dans le monde. C'est une pathologie due au virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1) et au virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2), ces virus appartenant à la famille des *Herperviridae*. En France, le taux de prévalence du HSV-1 serait de 67% et de 17% pour HSV-2. (Malkin et al. 2002)

L'herpès peut toucher différentes régions du corps (herpès labial, herpès oculaire, herpès génital) il est généralement bénin mais peut être plus grave s'il touche une personne immunodéprimée ou un nouveau-né (herpès néonatal), notons également que l'herpès oculaire est la première cause de cécité infectieuse en France. (Laurent 2005)
Nous développerons ici principalement l'herpès labial car il représente plus de 90% de l'herpès orofacial, mais d'autres localisations sont possibles comme le nez, le menton, les joues ou encore l'intérieur de la bouche.

Les HSV ont une pathogénicité typique, ils se manifestent par une primo infection suivie d'une infection latente qui peut faire suite à des récurrences, plus ou moins fréquentes. La séropositivité persiste ainsi toute la vie.
HSV-1 touche préférentiellement la sphère oro-pharyngée et se loge ensuite en phase de latence dans le ganglion de Gasser du nerf trijumeau et HSV-2 infecte particulièrement les ganglions nerveux sacrés. Mais HSV-1 est de plus en plus rencontré dans les herpès génitaux. (Nikkels et Piérard 2006)

Communément appelé « bouton de fièvre », l'herpès labial est la forme d'herpès la plus largement répandu.
Le virus pénètre la muqueuse buccale au travers d'une micro abrasion à la suite d'un contact direct avec des sécrétions d'un porteur sain ou par une personne présentant une lésion active. S'en suit une réplication virale intense où les particules virales migrent

vers le ganglion sensitif innervant le territoire de la primo-infection par voie rétroaxonale.

C'est ainsi que le virus reste en état de latence dans le ganglion et échappe au système immunitaire ainsi qu'aux antiviraux qui agissent seulement sur la réplication virale.

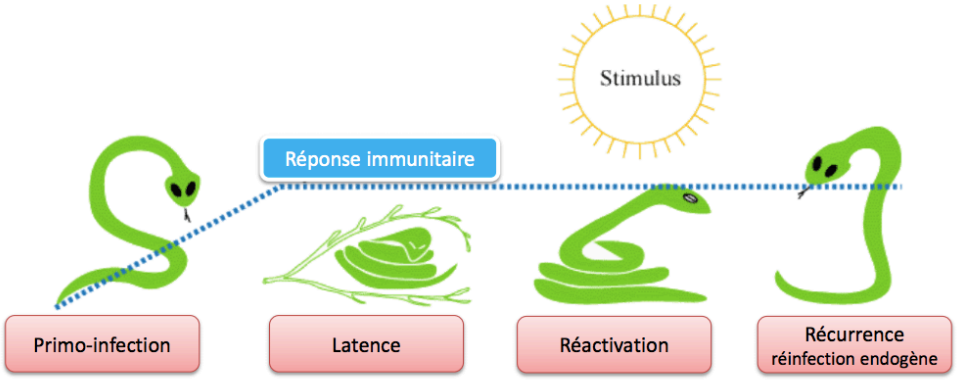


Figure 22 : Déroulement des infections aux Herperviridae *d'après Moisan A. Infections à Herpesviridae*

La primo-infection passe le plus souvent inaperçue, dans 90% des cas et survient habituellement dans l'enfance, entre 6 mois et 5 ans, après la perte des anticorps maternels.

La primo-infection peut avoir une symptomatologie bruyante en se déclarant par une gingivo-stomatite herpétique aigüe.

Après un temps d'incubation entre 2 et 10 jours, de la fièvre apparaît accompagnée d'adénopathies douloureuses sous-maxillaires et cervicales.

La muqueuse de la partie antérieure de la cavité buccale est érythémateuse parsemée d'ulcérations aphtoïdes et croûteuses qui s'étendent également en dehors de la cavité buccale. Un refus d'alimentation ainsi qu'une dysphagie peuvent survenir.

La guérison est spontanée en 15 jours et les complications sont rares (risque de déshydratation principalement). (Laurent 2005)

Figure 23: Gingivo-stomatite herpétique aigüe *d'après Collège National des Enseignants de Dermatologie*

Les récurrences herpétiques correspondent à la réactivation de l'infection ganglionnaire latente. Le virus peut alors « se réveiller » pour de nombreuses raisons : une exposition solaire, suite à une infection, après une extraction dentaire, ect…

Facteurs Systémiques	
Fièvre	«Bouton de fièvre»
Hormonaux	Menstruations (herpès cataménial), grossesse
Infectieux	Grippe, érysipèle, méningite, pneumopathies, etc.
Immunosuppression	Iatrogène, cancer, chimiothérapie, médicamenteux dans un cadre de transplantation d'organes, etc.
Psychogènes	Stress, fatique, facteurs psychologiques
Physiques	Radiation ultraviolette (herpès solaire)
Traumatiques	Par contact direct (herpès gladiatorum), brûlures, coupure
Chirurgicaux	Procédures neurochirurgicales, dentaires, et cosmétiques

Figure 24 : Les différents facteurs déclenchants de l'herpès labial récurrent *d'après Nikkels AF, Piérard GE. L'herpès labial récidivant*

Le début de la récurrence herpétique se manifeste par des prodromes douloureux, des fourmillements et une sensation de brûlure. Bien souvent, les récurrences sont situées dans la même zone anatomique.
Puis, quelques heures à un ou deux jours après, apparaît une tâche rouge qui est le fond d'un bouquet de petites vésicules rempli d'un liquide d'abord clair qui se troublera par la suite. La rupture de ces vésicules laissera place à des croûtes. La guérison a lieu sans laisser de cicatrice en 8 à 10 jours. (Nikkels et Piérard 2006)

Le diagnostic de l'herpès est essentiellement clinique : tant par sa localisation que par ses récurrences et l'aspect des lésions. Des examens biologiques peuvent être nécessaires devant des lésions atypiques ou des complications, ces examens peuvent être un frottis de Tzanck qui recherche des kératinocytes géants plurinucléés mais cet examen n'est pas spécifique de l'herpès, il détecte également le zona et la varicelle. La culture virale est également possible, ainsi que la recherche d'antigènes, la sérologie en cas de primo-infection ou encore la recherche du génome par PCR. (Laurent 2005)

Figure 25: Herpès labial *d'après Jannick CHAMBERLIN, Jean DE RUDDER, Herpès*

3.2. Stratégie thérapeutique

3.2.1. Prise en charge allopathique

Les traitements actuels de l'herpès agissent seulement sur la réplication du virus lors d'une poussée, ils sont virostatiques. Ils n'éradiquent pas le virus latent.

Dans les deux cas (primo-infection ou récurrence), on conseillera aux patients en plus du traitement antiviral de bien désinfecter les lésions pour éviter tout risque de surinfection : Diaseptyl ®, Biseptine ®, Septivon ®…

Des antalgiques peuvent être utilisés afin de limiter la douleur qui peut être intense : paracétamol voire paracétamol et codéine dans les formes les plus algiques. Des anesthésiques locaux à base de lidocaïne sont aussi parfois prescrits.

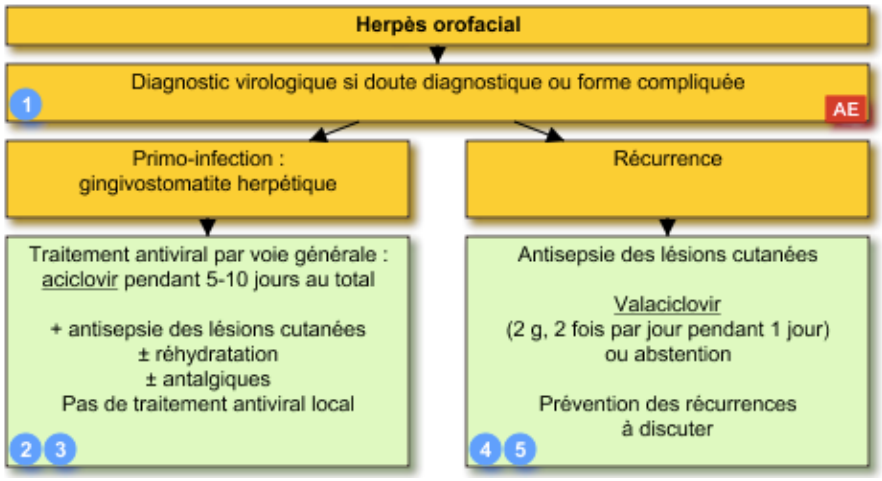


Figure 26 : Prise en charge herpès orofacial *d'après Vidal Reco, 2020*

La primo-infection herpétique nécessite un traitement afin de réduire la sévérité des signes cliniques et la durée de l'infection. Un traitement général par aciclovir est instauré à la posologie de 200 mg 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours à partir de 2 ans et chez l'adulte.

Une suspension buvable existe afin de faciliter la prise chez l'enfant : Zovirax 200mg/5ml ®.

Si la voie per os est impossible ou chez l'enfant de moins de 2 ans, la voie IV sera choisie à la posologie de 5mg/kg toutes les 8h pendant 8 jours et 250mg/m^2 toutes les 8h pendant 10 jours chez l'enfant entre 3 mois et 2 ans.
Le valaciclovir, prodrogue de l'aciclovir et assurant une biodisponiblité supérieure, peut également être utilisé à la posologie de 500mg 2 fois par jour pendant 10 jours.

L'aciclovir ou le valaciclovir agissent en inhibant l'ADN polymérase virale, enzyme qui assure la réplication des chaînes d'ADN. Ces traitements doivent être instaurés le plus tôt possible lorsque le diagnostic a été posé.
On conseillera aux patients de bien s'hydrater pendant le traitement, la posologie sera adaptée chez l'insuffisant rénal ainsi que chez la personne âgée.

Le traitement de l'herpès récurrent repose sur la prise de valaciclovir à la dose de 2 grammes (soit 4 comprimés de 500mg) 2 fois par jour (avec 12h d'intervalle entre les 2 prises) en une journée et dans les 24 heures au plus tard qui suivent les premiers symptômes.

Il est intéressant de dire aux patients de noter sur un agenda à chaque fois qu'ils ont une poussée d'herpès labial, s'ils en ont plus de 6 par an et que chaque poussée a un impact sur leur qualité de vie, la mise en place d'un traitement prophylactique peut se discuter.
Les traitements prophylactiques vont être à base d'aciclovir 400 mg deux fois par jour ou valaciclovir 500 mg une fois par jour et durent entre 6 et 12 mois avant d'être réévalués.
Chez le patient immunodéprimé la posologie est augmentée à 500 mg deux fois par jour de valaciclovir et 200 mg quatre fois par jour pour l'aciclovir. (VIDAL Reco 2020)

Il existe également des traitements locaux sous forme de crème qui ont une AMM dans la prise en charge de l'herpès labial, il s'agit de l'aciclovir 5% et du docosanol contenu dans la spécialité Erazaban 10% ®. Il est bien nécessaire de rappeler aux patients de désinfecter les lésions avant d'appliquer les crèmes.
On conseillera pour l'aciclovir de ne pas hésiter à bien déborder des lésions pour éviter leurs propagations.

Ces crèmes sont à utiliser dès les premiers prodromes de la poussée d'herpès labial et ceci est encore plus vrai pour l'Erazaban qui possède l'AMM seulement pour les phases de prodrome de l'herpès labial. Leur application doit être renouveler 5 fois par jours.
Les crèmes étaient largement utilisées auparavant, elles sont aujourd'hui controversées. En effet, en avril 2018 la HAS a déclaré que ces crèmes n'avaient pas d'efficacité démontrée et qu'au contraire elles pourraient sélectionner des souches résistantes d'HSV. (HAS 2018)

3.2.2. Prise en charge non allopathique

Les antiviraux classiques par voie orale étant sur ordonnance et l'efficacité des crèmes seules étant désormais discutée, d'autres alternatives s'offrent à nous à conseiller à l'officine.

- <u>L'homéopathie</u>

L'une des alternatives aux traitements conventionnels peut être l'homéopathie. En effet, il existe plusieurs souches à utiliser en fonction du stade de la poussée d'herpès labial.

A l'apparition des premiers symptômes, les souches à conseiller sont :

- *Vaccinotoxinum 9 CH* une dose ou 10 granules
- *Rhus toxicodendron 5 CH* et *Apis mellifica 5 CH* : 3 granules de chaque toutes les heures et à continuer le lendemain au rythme de 3 granules 3 fois par jour
- Si la poussée est due à une exposition solaire on ajoutera : *Natrum muriaticum 9 CH*, 3 granules également
- Si l'herpès est d'origine cataménial on ajoutera : *Sepia 7 CH* toujours à la même posologie

Si le traitement est pris dès les prodromes il peut empêcher la sortie des vésicules.

Si les lésions sont apparues :

- *Rhus toxicodendron 5 CH* 3 granules 3 fois par jour qu'on remplacera par *Cantharis 5CH* si les lésions sont brûlantes quand on est au stade de vésicules
- Au stade de croûte, on préférera *Mezereum 5CH* pour des croûtes qui démangent à la posologie de 3 granules 3 fois par jour et *Graphites 5CH* quand elles ne démangent plus (Baumann 2015)

Afin de limiter les récurrences, on peut également prendre un traitement de fond homéopathique à base de *Vaccinotoxinum 15CH*, une dose par semaine.
On rappellera au patient de prendre son traitement homéopathique à distance des repas, du café et des produits mentholés.

- L'aromathérapie

L'aromathérapie se révèle être un traitement de choix dans la prise en charge de l'herpès labial. Nous la déconseillons néanmoins aux femmes enceintes et allaitantes, chez l'enfant de moins de 7 ans ainsi que chez le patient asthmatique ou épileptique.

Les huiles essentielles le plus utilisées dans le traitement de l'herpès sont :

- L'HE de ravinstara
- L'HE de tea-tree
- L'HE de niaouli

Ces trois huiles essentielles antivirales par excellence, présentent l'avantage de ne pas être trop toxiques au niveau cutané.
On peut les utiliser pures chez un patient qui a une bonne tolérance cutanée ou diluées dans une huile végétale (1 goutte d'huile essentielle pour 4 gouttes d'huile végétale), calophylle, calendula, jojoba ou rose musquée par exemple, mais aussi directement dans une crème à base d'aciclovir pour une action synergique ou encore dans une crème cicatrisante Cicaplast ®, Cicalfate ® ou Cicabio ®. On peut les appliquer à la posologie de 2 ou 3 gouttes pures ou diluées sur le bouton de fièvre.
La lavande aspic ou officinale peuvent aussi être employées pour leurs indications antalgique et cicatrisante.

On peut aussi proposer un mélange d'huile essentielles :

- Ravinstara 30 gouttes
- Menthe poivrée 30 gouttes
- Tea-tree 10 gouttes
- HV d'onagre 30 gouttes

2 gouttes de ce mélange sur l'herpès, 6 fois par jour pendant 5 jours. (Baudoux et Breda 2018)

Il existe également un gel prêt à l'emploi de chez Pranarom, le gel labial Boutons de lèvres Labiarom ® ou le gel réparateur SOS labial de chez Puressentiel ® qui en plus de ses 10 huiles essentielles, contient de la propolis.

- Phytothérapie

Comme vu précédemment, une poussée d'herpès est dû à une réactivation du virus, les plantes aux propriétés immunostimulantes peuvent donc permettre lutter contre cette réactivation.

La propolis est un produit de la ruche immunostimulant qui réduit significativement la réplication du HSV-1 et HSV-2. (Yildirim et al. 2016) On peut l'utiliser sous forme de crème (par exemple Apivita Crème avec Propolis ®) ou par voie orale, notamment dans le produit HRPS Chrono ® du laboratoire Activa. Ce dernier, spécifiquement développé pour lutter contre les poussées d'herpès labial, contient en plus de la propolis, de la gelée royale, de l'acérola, de l'achillée, du tribulus, du thym et de la L glycine.
Les produits contenant de la propolis sont contre indiqués chez les personnes allergiques aux produits de la ruche.

L'échinacée est aussi un très bon stimulant du système immunitaire, on peut la retrouver sous forme de teinture mère ou en comprimés.

La mélisse officinale possède également une action antivirale contre le HSV-1 en utilisation locale.(Shakeri et al. 2016) On peut l'utiliser sous forme de crème contenant 1% d'extrait de mélisse qu'on applique 2 à 4 fois par jour ou à l'aide de compresses imprégnées d'infusion de mélisse.

Ces plantes sont à prendre dès les débuts de symptômes pour un résultat optimal.

3.3. Conseils à l'officine

Dans certains cas d'herpès labial, le conseil du pharmacien se limite à la désinfection des lésions et le dirige vers une consultation chez son médecin.
En effet la consultation est nécessaire si le patient est immunodéprimé, chez un jeune enfant, si les poussées sont très fréquentes (plus de 6 par an), si les lésions s'étendent sur le visage au-delà des lèvres (dans les yeux notamment), si les lésions s'accompagnent de fièvre et d'une douleur intense et si les lésions ne cicatrisent pas après 10 jours. (Ameli 2019)

Le pharmacien peut proposer des patchs cicatrisants (Compeed ® Patch bouton de fièvre discret) qui sont des petits pansements hydrocolloïdes, ils permettent d'éviter la surinfection des lésions mais aussi une contamination à l'entourage.
De plus, ils masquent le bouton de fièvre et permettent de se maquiller par-dessus. Il n'est pas possible de les associer à de la crème comme de l'aciclovir, car le pansement risque de se décoller. Le but est de garder le pansement 24h sur 24 jusqu'à ce que le bouton de fièvre soit guéri.

Le soleil étant un facteur déclenchant de l'herpès, il est très important de protéger ses lèvres avec un stick lèvres très haute protection : Anthelios stick lèvres ® de La Roche Posay, Photoderm Max stick labial ® de Bioderma par exemple. L'application est à renouveler plusieurs fois par jour. Ces produits s'appliquent directement avec le doigt, après un lavage des mains, pour ne pas contaminer le stick.

D'autres conseils associés à la prise en charge de l'herpès peuvent être intéressant si l'herpès est dû à un stress intense par exemple, ou à une grosse fatigue, il est donc toujours important de demander aux patients à quoi peut être dû cette poussée d'herpès pour également traiter le problème de fond afin d'éviter des récidives.

Enfin, il est nécessaire de rappeler quelques règles d'hygiène dans cette pathologie qui est contagieuse :

- Bien se laver les mains avant et après appliquer un topique sur le bouton de fièvre
- Éviter de manipuler les lésions pour ne pas les disséminer par auto-inoculation et pour qu'elles ne se surinfectent pas
- Eviter les contacts rapprochés avec un nouveau-né, une femme enceinte, une personne immunodéprimée ou une personne présentant de nombreuses lésions d'eczéma (afin d'éviter une surinfection herpétique grave : Syndrome de Kaposi-Juliusberg)
- Eviter les rapports sexuels oraux-génitaux
- Ne pas prêter son baume à lèvres ni ses affaires de toilettes

4. Chéilite angulaire (ou perlèche)

4.1. Physiopathologie

La chéilite angulaire aussi appelée perlèche (qui signifie « par léchage ») est un processus inflammatoire cutané qui est localisé à la commissure des lèvres. L'inflammation est caractérisée par des fissures, une desquamation, un érythème et la formation de croûtes.
L'inflammation est généralement bilatérale et symétrique.

Figure 27 *: Chéilite angulaire*

Les commissures des lèvres sont un endroit particulièrement sensible car elles sont l'interface entre la muqueuse buccale et l'épithélium pavimenteux du visage. De plus, les commissures sont soumises à des contraintes mécaniques car elles sont une charnière pour l'ouverture de la bouche.

Cette inflammation peut être multifactorielle mais fait souvent suite à une surproduction de salive entraînant une macération à la commissure des lèvres. La macération excessive induit une dermatite de contact qui devient le siège d'une colonisation par les organismes commensaux locaux. L'infection est la cause la plus courante de perlèche.
Candida albicans est très souvent retrouvé dans cette infection mais une surinfection bactérienne est possible par des espèces de staphylocoques, *S. aureus* notamment et plus rarement par des streptocoques. (Oza et Doshi 2017)
Dans la perlèche bactérienne, la fissure horizontale peut être recouverte d'un enduit suintant ou purulent, croûteux. Dans la perlèche candidosique, les bords de la lésion sont plutôt squameux. (Samimi 2016)
L'infection peut être mixte : à la fois d'origine fongique et bactérienne.

Une production excessive de salive peut s'expliquer par une altération de la structure de la bouche : une prothèse dentaire mal ajustée, des états édentés, une malocclusion rétrognatique, une perte d'élasticité cutanée due au vieillissement ou une perte de poids rapide… (Federico et al. 2020)

La perlèche peut également avoir comme étiologie, au contraire, une bouche trop sèche (environ 5% des chéilites angulaires). En effet, la salive en quantité normale possède un rôle protecteur de la muqueuse buccale, un manque de production peut induire une mycose qui peut s'étendre à la commissure des lèvres et entraîner une chéilite angulaire.

La xérostomie peut s'expliquer par certains médicaments (médicaments ayant une action anticholinergiques ou isotrétinoïne par exemple), une radiothérapie localisée au niveau de la tête et du cou, un diabète, une hypervitaminose A ou encore un syndrôme de Gougerot-Sjögren.

La mycose buccale (ou aussi appelé muguet) peut avoir quant à elle d'autres causes que la xérostomie :

- Comme un diabète qui augmente le taux de glucose salivaire permettant la prolifération de *Candida albicans*
- Une diminution de l'immunité locale suite à une utilisation chronique de corticoïdes (inhalés ou par voie orale), une chimiothérapie ou un VIH
- Une utilisation d'antibiotiques qui ont altéré la flore commensale buccale et permettent ainsi le développement pathogène de *Candida albicans*

Une perlèche doit toujours faire rechercher une mycose buccale sous-jacente.

Dans les autres causes de perlèche on trouve aussi, la dermatite de contact allergique ou irritante due au nickel (chez un porteur d'appareil dentaire notamment) ou aux arômes et conservateurs des aliments, ou à un dentifrice, ou à un cosmétique pour les lèvres, ect…

La chéilite peut également être la manifestation d'une carence nutritionnelle en vitamines B, fer ou zinc et une malnutrition protéique générale. Les personnes âgées, les patients atteints de MICI, les personnes défavorisées, les végétaliens, les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique sont des populations sensibles à ces carences.

Ces facteurs de risque entraînent une prédisposition à une surinfection microbienne.

4.2. Stratégie thérapeutique

Lorsque la perlèche est débutante au stade de dermatite irritative de contact, par exemple due à un allergène, chez un enfant qui suce son pouce ou utilise une sucette ou une surexposition salivaire, on conseillera dans un premier temps un émollient afin de restaurer la barrière cutanée, un baume est préférable à un stick à lèvres, le stick contenant généralement parfums et conservateurs. (Federico et al. 2020)
Le baume Cicaplast lèvres ® de la Roche Posay ou le baume Cicalfate lèvres® de chez Avène sont des conseils intéressants à proposer car ils vont cicatriser et former un film protecteur. La crème ABCDerm Péri-oral ® de chez Bioderma peut être conseillée chez les enfants.

Si la lésion persiste, on doit la traiter de façon empirique comme une infection étant la cause la plus fréquente de perlèche.

4.2.1. Thérapeutique allopathique

Dans un premier temps on vérifiera qu'il n'y a pas de muguet sous-jacent. Si le muguet est confirmé, il doit être traité (soit par nystatine en suspension buvable, l'amphotéricine B en suspension buvable ou le miconazole en gel buccal ou en comprimé gingival muco-adhésif en pouvant y associer des bains de bouche au bicarbonate) et sa cause recherchée.

Le traitement va également reposer sur une restauration prothétique afin de diminuer l'accentuation du pli et ainsi éviter la macération locale. (Samimi 2016)
Les prothèses dentaires peuvent être un réservoir à *Candida albicans*, il faut assurer un nettoyage régulier et parfois les désinfecter avec de l'hypochlorite ou de la chlorhexidine, voire parfois aller jusqu'au traitement anti-fongique.

Localement, on appliquera dans un premier temps une crème anti-fongique imidazolé (bifonazole, éconazole, fenticonazole, isoconazole, kétoconazole, oxiconazole, sertaconazole, omoconazole, tioconazole) ou du ciclopirox olamine ou encore de la terbinafine.(Federico et al. 2020)

On peut conseiller plutôt une crème nécessitant une seule application par jour afin que l'observance soit meilleure (bifonazole, ketoconazole, omoconazole, oxiconazole, sertaconazole, terbinafine).
Certaines de ces crèmes ne sont pas listées (éconazole, fenticonazole, ciclopirox olamine ou sertaconazole par exemple) et peuvent donc être proposés en conseil directement à l'officine sur une perlèche qui ne s'étend pas sur la joue, qui n'est pas associé à une candidose buccale, sans autres symptômes généraux et qui n'est pas purulente.
On rappellera au patient d'appliquer la crème une à deux fois par jour en fonction de la crème délivrée, sur une peau bien sèche et propre en débordant un peu de la lésion pendant 2 à 3 semaines.

S'il n'y pas d'amélioration, la lésion peut s'être impétiginisée et le traitement reposera alors sur une crème antibiotique : acide fusidique ou mupirocine à la posologie de 2 ou 3 fois par jour pendant 7 jours. (Guide HPCI 2018) Comme vu dans l'impétigo, ces crèmes antibiotiques nécessitent une bonne observance afin de ne pas faire émerger de souches résistantes.
Dans le cas de perlèche bactérienne récidivante, un traitement des narines, réservoir possible de *S. Aureus* peut être entrepris avec du Bactroban ® pour éviter le portage.

Si l'infection est bien contrôlée par un antifongique ou par une crème antibiotique, on peut parfois avoir recours à un corticoïde pour calmer l'inflammation : hydrocortisone ou désonide notamment. (Federico et al. 2020)
On recommandera une utilisation plutôt le soir au coucher, en fine couche et ne pas s'exposer au soleil après l'application.

4.2.2. Thérapeutique non allopathique

- Homéopathie

Afin d'accompagner le traitement allopathique, on peut conseiller en plus :

- *Sepia Officinalis* 5CH
- *Monilia albicans* 5CH
- *Mercurius solubilis* 5CH

A la posologie de trois granules de chaque trois fois par jour.

Condurango 5CH peut également être utilisé à la dose de cinq granules deux fois par jour.
(Eymard 2017)

- Aromathérapie

L'huile essentielle d'arbre à thé est un excellent conseil en aromathérapie dans le cas de perlèche, elle est en antibactérienne et antifongique. (Baudoux et Breda 2018)
On peut conseiller de l'appliquer directement sur les lésions 2 à 3 fois par jour, pure ou diluée dans un peu d'huile de coco, huile végétale reconnue elle-même pour ses propriétés antifongiques ou dans une crème cicatrisante et antibactérienne comme du Cicalfate ®.

4.3. Conseils à l'officine

Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler au patient de ne pas se lécher le pourtour des lèvres pour rendre moins sèches les lésions, cela ne fera que retarder la cicatrisation.
Le tabac est également un facteur de récidive.

Si la perlèche est d'origine allergique, l'évitement des allergènes est nécessaire.

Afin d'éviter des récidives de candidose buccale, on rappellera aux patients de bien se rincer la bouche après l'administration de corticoïdes inhalés. De plus, une bonne hygiène buccale est primordiale avec des produits adaptés.
Des probiotiques peuvent être proposés afin de refaire la flore buccale et du tube digestif, ils permettront de réensemencer correctement en bonnes bactéries et éviter la prolifération de *Candida Albicans* : Lactibiane Cnd10M ® de chez Pileje par exemple.

Une bonne hydratation des lèvres est nécessaire pour éviter les rechutes avec un émollient (baume ou stick à lèvres, le stick Atoderm ® de chez Bioderma par exemple).

Les patients doivent utiliser une nouvelle brosse à dents au début de la prise en charge car leur brosse à dents peut être contaminée. (Stoopler et al. 2013)

On recommandera également d'adopter une alimentation équilibrée pour éviter toute carence et réduire également la consommation de sucre. Boire suffisamment d'eau est aussi important pour réduire la bouche sèche.

5. Dermite séborrhéique

5.1. Physiopathologie

La dermite séborrhéique est une dermatose inflammatoire évoluant par des phases de poussées et de rémissions. Elle touche le plus fréquemment le cuir chevelu et le visage notamment les sillons nasogéniens, les ailes du nez, les sourcils, les oreilles, les paupières parfois, la lisière antérieure du cuir chevelu ainsi que la barbe et la moustache chez l'homme. Ces zones sont des zones riches en glandes sébacées, bien que le rôle du sébum n'ait pas été encore clairement démontré. (Dupin 2018)

Figure 28 : Dermite séborrhéique typique du visage *d'après Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge*

Dans les formes diffuses, les lésions peuvent même s'étendre au tronc : au niveau intermammaire et interscapulaire et parfois les régions génitales peuvent être atteintes. (Netgen 2011)

La dermite séborrhéique se manifeste par des plaques squameuses et érythémateuse d'aspect grasses, qui peuvent parfois être jaunâtres. Un prurit peut être présent mais il n'est pas systématique. (Clark et al. 2015)
Parfois, les lésions peuvent donner une sensation de brûlure superficielle.

Figure 29 : Dermite séborrhéique du cuir chevelu *d'après Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge*

La physiopathologie de la dermatite séborrhéique n'est pas encore clairement élucidée. Les champignons du genre Malassezia : M. furfur, M. globosa, M. restricta, M. obtusa, ect… occuperaient une place importante dans la pathogénicité de la maladie, car les endroits où se développent la dermite séborrhéique sont les lieux où on retrouve la plus forte densité de ces levures. Les levures envahissent la couche cornée, libérant des lipases qui entraînent la formation d'acides gras libres et déclenchent le processus inflammatoire. L'inflammation occasionne une hyperprolifération de la couche cornée et les cornéocytes ne vont plus se différencier correctement. (Clark et al. 2015)

Cette pathologie touche 1 à 3% des adolescents et adultes et préférentiellement les hommes.

La prévalence est plus forte chez les patients infectés par le VIH, c'est d'ailleurs pourquoi une dermite séborrhéique grave et/ou chronique doit conduire à un dépistage du VIH.

Elle est aussi plus élevée chez les patients souffrants de Parkinson, car il y a dans cette maladie neurologique une hyperséborrhée. (Humbert 2016)
Ou encore chez les personnes sous neuroleptiques (par syndromes extrapyramidaux iatrogènes), les alcooliques chroniques, ou chez les malades traités pour des carcinomes des voies aérodigestives supérieures.

Plusieurs facteurs peuvent induire des poussées : le stress notamment, la fatigue, le surmenage, les problèmes personnels. Au contraire, le soleil et les vacances ont un effet favorable sur l'évolution de la maladie. C'est une maladie non contagieuse.

La dermite séborrhéique peut également toucher les nourrissons, plus connue sous le nom de « croûtes de lait ». Elle touche aussi bien les nourrissons filles que garçons et apparaît à partir de la deuxième semaine de vie puis disparaît spontanément, même sans traitement, vers l'âge de 4 à 6 mois.
Les hormones maternelles résiduelles vont induire une hyperséborrhée permettant la prolifération des levures *Malassezia*. Elle touche également le cuir chevelu et le visage principalement mais peut s'étendre au siège et aux plis axillaires.

Figure 30 : Dermite séborrhéique du nourrisson *d'après https://www.sante-sur-le-net.com/sante-enfant/autres-maux-enfant/croutes-de-lait/*

5.2. Stratégie thérapeutique

Les objectifs du traitement sont triples :

- La réduction du sébum résiduel
- La réduction de la colonisation fongique
- La lutte contre l'inflammation

Il conviendra de rappeler au patient que c'est une maladie chronique où le but du traitement est d'obtenir une rémission et non une guérison définitive car il n'y a pas de traitement curatif.

5.2.1. Prise en charge allopathique

Les caractères sémiologiques vont orienter le traitement médicamenteux :

- Si les lésions sont très inflammatoires on peut recourir à un dermocorticoïde au début du traitement
- S'il y a beaucoup de squames, croûtes, desquamation on peut utiliser un kératolytique
- Si les lésions sont diffuses et/ou inflammatoires : on se dirigera vers un antifongique et un dermocorticoïde

➢ <u>Les antifongiques locaux</u>

Les antifongiques locaux agissent sur la colonisation cutanée par les champignons du genre *Malassezia*.
Ces antifongiques doivent être appliquée sur une peau préalablement nettoyée et séchée.

- Le kétoconazole :

Le kétoconazole est un antifongique imidazolé. Il agit en inhibant la synthèse de la chaîne de l'ergostérol se situant dans la membrane fongique, indispensable à la croissance cellulaire et à la stabilité membranaire.

De plus, le kétoconazole présente une grande affinité aux structures kératinisées, il pénètre donc rapidement dans la couche cornée et dans les cheveux.
Il a également une activité anti-inflammatoire puisqu'il inhibe la biosynthèse de médiateurs majeurs de l'inflammation : les leucotriènes.
Seuls les sachets doses de gel moussant de Kétoconazole à 2% ont l'AMM dans la dermite séborrhéique. Ils s'utilisent deux fois par semaine le premier mois, puis une fois par semaine ou deux fois par mois en entretien par la suite pour éviter les rechutes.
Le gel moussant doit être appliqué sur toutes les zones atteintes. Il faut le faire mousser et le laisser poser 5 minutes afin qu'il soit bien efficace, puis rincer abondamment à l'eau claire.

La crème Kétoconazole 2% ne possède pas d'AMM pour la dermite séborrhéique, mais elle est utilisée parfois hors AMM dans les formes localisées du visage.

Le kétoconazole peut engendrer en début de traitement une majoration de l'inflammation due à une lyse des champignons et une libération des substances chimiotactiques, c'est pourquoi on l'associe parfois au début à un dermocorticoïde, notamment dans les formes très inflammatoires.
Il peut irriter la peau en donnant des sensations de brûlures et de dessèchement, si ces effets indésirables perdurent, il faut changer de traitement.

C'est un produit qu'on ne peut conseiller à l'officine car il est sur prescription médicale.

- La ciclopirox olamine :

La ciclopirox olamine est un antifongique appartenant à la famille des pyridones.
Elle agit en inhibant la cellule fongique de nutriments, en la privant d'énergie par inhibition de la chaîne mitochondriale et en accumulant des déchets toxiques.
Comme le kétoconazole, elle a aussi une action anti-inflammatoire par blocage de la voie de la cyclo-oxygénase et de la lipo-oxygénase.

Elle existe en crème (Mycoster ®) ainsi qu'en shampooing (Sebiprox ®).

La crème est la seule crème antifongique présentant dans son AMM la prise en charge de la dermite séborrhéique du visage.

La crème doit être appliquée deux fois par jour pendant deux à quatre semaines en traitement d'attaque puis une fois par jour en entretien pendant un mois. Tout comme le kétoconazole, une exacerbation transitoire des signes locaux peut survenir en début de traitement (sensation de brûlure, prurit, érythème), mais il semblerait que la ciclopirox olamine soit mieux tolérée. (Chosidow et al. 2003)

Le shampooing est indiquée dans la dermatite séborrhéique du cuir chevelu et est utilisé deux à trois fois par semaine pendant quatre semaines. Il est nécessaire de le laisser poser 3 à 5 minutes avant de le rincer.
On peut conseiller un shampooing doux en relais ou entre deux utilisations : Shampooing rééquilibrant Elution ® de chez Ducray par exemple.

C'est une molécule qui n'est pas sur prescription médicale, qu'on peut donc conseiller à l'officine si la dermite séborrhéique est clairement identifiable.

- Le bifonazole :

Bien que n'ayant pas dans son AMM l'indication de la dermite séborrhéique du visage, la crème Amycor ® est également efficace sur les levures de type *Malassezia furfur*.
Elle est utilisée une fois par jour.

- <u>Les dermocorticoïdes</u>

Bien que seul l'hydrocortisone (Hydracort 0,5%) possède une AMM dans la dermite séborrhéique, les dermocorticoïdes sont utiles à court terme dans les formes très inflammatoires afin de limiter le prurit et l'érythème. (Naldi et Rebora 2009).
Notamment lors de l'initiation d'un traitement avec un antifongique qui, comme vu précédemment, peut exacerber l'inflammation initiale.

Ils ne doivent pas être utilisés à long terme car ils sont moins efficaces que les antifongiques et ils comportent un risque de corticodépendance, de rebond et ne sont pas dénués d'effets indésirables, surtout sur le visage : dermite péri-orale, télangiectasies, atrophie cutanée…

Dans les formes très squameuses, notamment au niveau du cuir chevelu, un kératolytique (acide salicylique) peut être associé à un dermocorticoïde (bétaméthasone) : Diprosalic ® existant sous la forme de pommade ou de lotion, la forme lotion étant plus adaptée pour le cuir chevelu.
Ce produit s'utilise en début de traitement, dès qu'une amélioration est constatée, le relai doit être pris avec un antifongique.

Les dermocorticoïdes de classe I et II sont à éviter sur le visage, on les utilisera plutôt au niveau du cuir chevelu.
Ceux qu'on peut utiliser au niveau du visage sont ceux à base de désonide : Locapred 0,1% ® ou Tridésonit 0,05% ®.

Lors de la délivrance de dermocorticoïde, il est nécessaire de rappeler l'importance d'une décroissance progressive pour éviter tout effet rebond, d'insister sur l'inutilité d'appliquer le dermocorticoïde plus d'une à deux fois par jour et sur la faible quantité de produit à appliquer.

- Le lithium

Le gluconate de lithium à 8%, Lithioderm gel ®, possède une AMM dans la dermite séborrhéique de la peau glabre, c'est à dire sans poils.
Le lithium agit sur la composante inflammatoire par inhibition de la production d'acide arachidonique et également sur les levures en inhibant la production d'acide gras libre nécessaires à la croissance des levures.

Le lithioderm peut donner, lui aussi, une sensation de brûlure et une majoration de l'érythème souvent transitoire.

Il s'applique deux fois par jour pendant deux mois en couche mince, après une toilette préalable et il est conseillé de déborder des zones où on en met pour éviter une extension de l'inflammation.

Le lithium doit être évité chez les femmes en âge de procréer.

- Autres traitements utilisés hors AMM

Des immunosuppresseurs inhibiteurs de la calcineurine topiques : tacrolimus (Protopic ® et Takrozem ®) et pimécrolimus (Elidel ®) ont montré leur efficacité dans une étude en double aveugle randomisée par rapport à un placebo. (Netgen 2011)
Ces traitements sont réservés aux formes très sévères de dermite séborrhéique où les autres traitements ont été inefficaces. Car ce sont des traitements très coûteux et on ne connaît pas encore les effets à long terme de leur utilisation sur une zone photo-exposée.
L'isotrétinoïne est également parfois utilisée dans cette indication, son intérêt réside dans la diminution de séborrhée qu'elle entraîne et ce à de faibles doses. (Geissler et al. 2003)
Mais aucune étude récente n'a été réalisé, son utilisation est à l'heure actuelle empirique.

La phothérapie par UVB peut être utilisée dans des cas très étendus et/ou résistant aux traitements topiques mais elle n'a pas fait l'objet d'études randomisées. (Naldi et Rebora 2009)

5.2.2. Prise en charge non allopathique

- Homéopathie

Plusieurs souches homéopathiques peuvent aider à réduire les symptômes d'une dermatite séborrhéique en complément d'un traitement local :

- *Viola tricolor* 5CH est le remède principal de la dermite séborrhéique à raison de 5 granules par jour par cure de 2 mois renouvelable, la posologie peut être augmentée si les symptômes s'intensifient à 3 granules trois fois par jour à la dilution de 9CH
- *Natrum muriaticum* 7CH en deux prises quotidiennes de 5 granules pour limiter la séborrhée avec du *Graphites* 9CH et *Oleander* 9CH si les lésions atteignent le visage
- *Calcarea carbonica* 9CH peut être utilisé chez les nourrissons dans le traitement des croûtes de lait à la posologie d'une dose par jour en association avec du *Lycopodium* 5CH : 5 granules trois fois par jour

- Aromathérapie

Plusieurs huiles essentielles pourront être utilisées dans cette pathologie, seules ou en synergie pour une action plus complète.

Les plus traditionnellement utilisées sont :

- L'huile essentielle de géranium rosat : pour ses propriétés antifongiques et anti-inflammatoires sur les peaux sujettes aux rougeurs, elle est, de plus, régénérante cellulaire
- L'huile essentielle d'arbre à thé : antifongique majeur et purifiante qui présente en plus une bonne tolérance cutanée
- L'huile essentielle de palmarosa : antifongique et assainissante
- L'huile essentielle de lavande aspic : cicatrisante, anti inflammatoire et apaisante (Baudoux et Breda 2018)

Elles peuvent par exemple être utilisées dans les shampooings, en y ajoutant 2 gouttes de l'huile essentielle de notre choix dans une noisette de shampoing extra-doux, qu'on laisse poser 3 à 5 minutes avant de rincer abondamment.
De même, on peut administrer une goutte dans une noisette de gel moussant nettoyant pour le visage, en évitant bien sûr le contour de l'œil.

On peut également les utiliser en synergie :

- 5 gouttes d'huile essentielle de Géranium Rosat
- 8 gouttes d'huile essentielle de Tea Tree
- 8 gouttes d'huile essentielle de Lavande Aspic
- 160 gouttes (8 mL) d'huile végétale de nigelle

Cette préparation peut être utilisée à hauteur de 5 à 10 gouttes sur la zone à traiter deux fois par jour par cure de 3 semaines en laissant une semaine de repos à la peau au moins entre chaque cure.
L'huile végétale de nigelle présente des propriétés réparatrice, régénérante, anti-inflammatoire et cicatrisante. (de la Charie 2019)

Le gel d'aloe vera est également adapté à cette pathologie car il est hydratant, régénérant, antifongique et antiseptique, on peut l'appliquer une fois par jour en y administrant une goutte d'huile essentielle d'arbre à thé ou de géranium rosat par exemple.

5.3. Conseils à l'officine

Il est important de rappeler aux patients que la dermite séborrhéique est une maladie chronique évoluant par poussée, où la prise en charge doit donc être continue.

C'est une maladie inesthétique mais non contagieuse, il faut veiller à ce que le patient ne s'isole pas car la dermite séborrhéique peut avoir de nombreuses répercussions sur la vie sociale, affective et parfois même professionnelle.

Les lésions ne doivent pas être grattées ce qui pourraient les aggraver. Les bains trop chauds sont à éviter et la peau doit être séchée doucement par tapotement.
Il faut bien protéger la peau avant de s'exposer au soleil afin de ne pas sensibiliser davantage la peau.

On rappellera également aux patients d'avoir une bonne hygiène de vie en limitant la consommation d'alcool, le tabac, les repas trop riches et le stress.

L'hygiène est primordiale et doit être quotidienne, car elle permet de limiter le pool résiduel de sébum. Les produits trop agressifs sont à proscrire, on préfèrera un pain sans savon ou un nettoyant doux.
Il existe des produits adaptés à cette pathologie :

- Le Créaline DS+ gel moussant ® de chez Bioderma
- DS Gel moussant régulateur ® de chez Uriage

Des soins cosmétologiques adaptés sont nécessaires afin d'hydrater la peau tous les jours sans l'irriter :

- Kerium DS crème ® de chez La Roche Posay
- Créaline DS+ crème ® de chez Bioderma
- DS Emulsion apaisante régulatrice ® de chez Uriage

Ces trois crèmes contiennent notamment du piroctone olamine, principe actif utilisé comme conservateur en cosmétologie mais qui présente aussi des propriétés antifongiques, elles sont à utiliser dans les phases d'entretien de la pathologie, pour justement éviter une nouvelle poussée.

Au niveau du cuir chevelu, des shampooings sont à utiliser pour éviter les récidives, ils contiennent en général du : zinc pyrithione ou du piroctone olamine ou du sulfure de sélénium, ayant une composante antifongique.

Citons parmi eux : le shampooing Kelual DS ® de chez Ducray, c'est un shampooing traitant qu'on utilise en phase d'attaque 3 fois par semaine puis une fois par semaine en entretien en le laissant bien poser 5 minutes à chaque utilisation.
Le shampooing Elution ® de chez Ducray s'utilise en relais des shampooing traitants (par exemple en relais d'un shampooing Sebiprox ou du Kelual DS) pour limiter les récidives. Entre ces shampooings, on pourra conseiller un shampooing extra doux comme le Kerium Doux extrême ® de chez La Roche Posay.

Chez le nourrisson, pour prendre en charge les croûtes de lait, on pourra conseiller d'appliquer de la vaseline ou de l'huile d'amande douce qu'on laisse poser au moins 2 heures avant de rincer en faisant un shampooing extra doux adapté pour nourrisson.
Ou on peut également appliquer un soin local comme l'émulsion Kelual kératoréductrice ® de chez Ducray, contenant du kéluamide le principe actif kératoréducteur. Elle se laisse poser 20 minutes avant de faire le shampooing.
La crème ABCDerm BabySquam ® de chez Bioderma est également adapté aux croûtes de lait, elle se laisse poser 30 minutes avant de rincer.
Puis il faut brosser avec une brosse souple, sans décoller avec les ongles ni gratter les croûtes.

5.4. Diagnostics différentiels

Le psoriasis et la dermatite atopique sont deux pathologies qui peuvent être difficiles à différencier de la dermite séborrhéique. Il est donc nécessaire d'avoir quelques connaissances sur celles-ci afin d'essayer de les distinguer de la dermite séborrhéique.

5.4.1. Le psoriasis

- Physiopathologie

Le psoriasis est une maladie inflammatoire cutanée chronique non contagieuse qui touche 2 à 3% de la population française. Il peut commencer à n'importe quel âge, mais il débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune.
Il survient chez les personnes génétiquement prédisposées, un facteur physique (un tatouage, un coup de soleil, une lésion de grattage…) ou psychologique (comme un choc émotionnel ou un stress intense) favorisant généralement son apparition. Certains médicaments peuvent aussi déclencher une poussée : les bêta-bloquants, mais également les infections, surtout celles touchant la sphère ORL. (Dupin et al. 2017a)

Il existe de nombreuses formes de psoriasis, mais en général la maladie se caractérise par l'apparition d'une papule érythémato-squameuses au contour bien délimité. La couche superficielle squameuse blanchâtre peut être très épaisse.
La taille des lésions est très variable : le psoriasis peut être en plaques, nummulaire (c'est à dire de la même taille qu'une pièce de monnaie) ou encore en gouttes.
Les plaques, la forme la plus fréquente de psoriasis, surviennent le plus souvent sur une zone de frottement de la peau : genou, coude, avant-bras et région-lombosacrée mais le psoriasis peut toucher aussi le cuir chevelu ou encore les ongles. Le psoriasis du visage est une manifestation assez rare de psoriasis.
Il peut également prendre d'autres formes : psoriasis des plis, psoriasis palmoplantaire, érythrodermie psoriasique, psoriasis pustuleux généralisé ou encore atteindre les articulations : le rhumatisme psoriasique.

La physiopathologie du psoriasis n'est pas encore tout à fait élucidée, mais il semblerait que la peau soit constamment enflammée. Cette inflammation, attestée par la présence dans la peau de cellules sanguines du système immunitaire, les lymphocytes, entraîne un emballement de la prolifération des cellules de l'épiderme : les kératinocytes.

Au lieu de se renouveler en 21 jours, les kératinocytes se renouvellent en 7 jours. Ce renouvellement accéléré de l'épiderme s'accompagne d'une anomalie des cellules qui n'ont pas le temps de bien finaliser leur maturation normale. L'épiderme s'épaissit, on appelle ce phénomène l'acanthose. (Viguier et al. 2019)

- Traitements

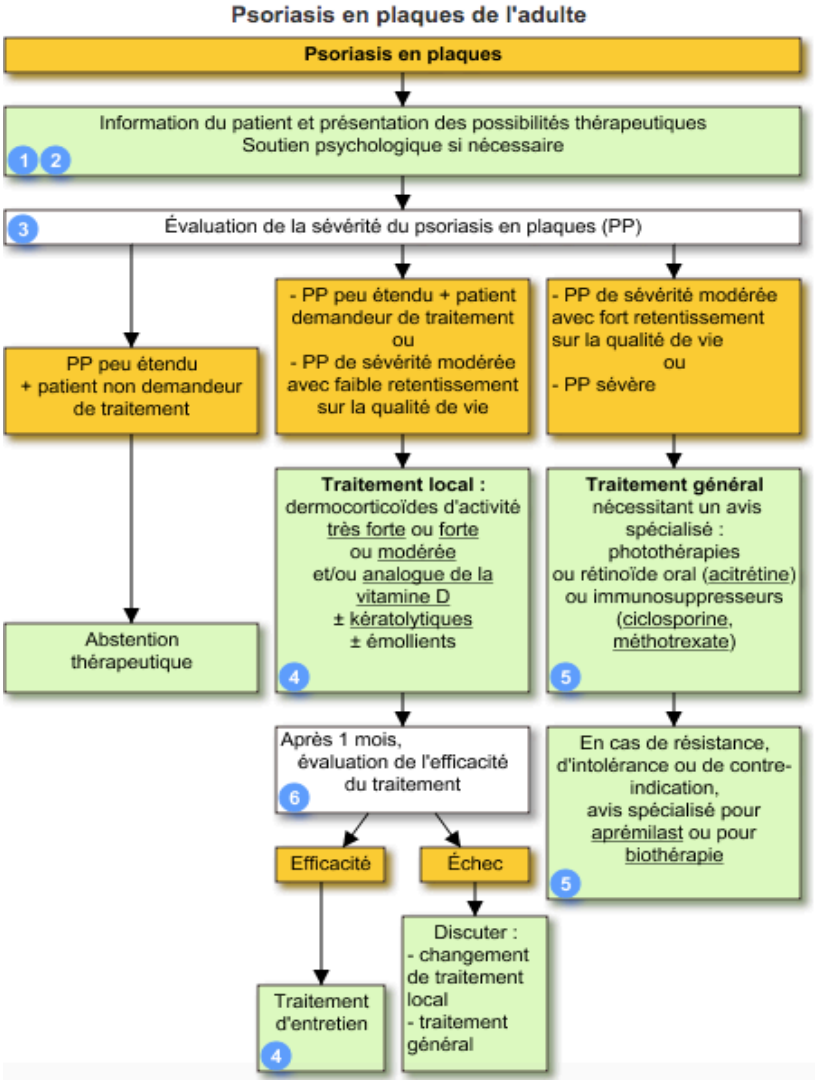


Figure 31 : Prise en charge du psoriasis en plaques d'après Vidal Reco, 2020

Les traitements actuels du psoriasis n'entraînent pas la guérison définitive de la maladie, mais permettent la réduction de l'intensité des lésions et l'amélioration de la qualité de vie.
Le choix de la thérapeutique va prendre en compte la gravité ainsi que l'étendue des lésions, mais aussi le retentissement de la maladie sur la vie du patient.
La sévérité de la maladie est déterminée grâce à deux scores : le DLQI qui évalue la qualité du patient et le PASI qui évalue la gravité clinique de la maladie.

Les traitements locaux

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence du psoriasis, ils luttent contre l'inflammation. En fonction de la surface atteinte et de la sévérité de la lésion des dermocorticoïdes d'activité très forte (Diprolène 0,05% ®, clobétasol) ou d'activité forte (bétaméthasone, fluticasone, ect…) seront choisis.
En début de traitement, ils peuvent être associés à un kératolytique (Diprosalic ®) pour diminuer l'épaisseur de l'épiderme afin que le dermocorticoïde puisse pénétrer.
Ils sont souvent utilisés associés avec des analogues de la vitamine D3 : Daivobet ®, Enstilar®.
Mais les analogues de la vitamine D3 peuvent également être utilisés seuls avec le calcipotriol (Daivonex ®). (Dupin et al. 2017a)
Les analogues de la vitamine D3 agissent sur la multiplication et la maturation des kératinocytes.

Les émollients sont aussi très importants, ils sont à appliquer à distance des autres traitements locaux. Ils permettent de réduire la sécheresse et l'état squameux dû à la maladie.
On pourra également conseiller aux patients de prendre des bains avec de l'amidon de blé afin d'adoucir la peau.

La photothérapie :

(Traitement qui utilise la lumière ou des rayonnements du spectre solaire comme les ultraviolets)

Deux types de photothérapies peuvent être proposés :

- La puvathérapie (administration d'un psoralène photosensibilisant, généralement de la méthoxsalène, et utilisation de cabines à UVA) ;
- La photothérapie UVB à spectre étroit (dite TL01) à raison de 3 séances hebdomadaires pendant environ 2 mois, puis 1 ou 2 séances hebdomadaires pendant plusieurs mois en entretien

Les traitements généraux :

Les trois traitements généraux utilisés en première intention sont :

- L'acitrétine (Soriatane ®), un rétinoïde
- Le méthotrexate, un immunosuppresseur aux propriétés anti-inflammatoires prescrit dans cette pathologie à faible dose
- La ciclosporine, un immunosupresseur

Des biothérapies (anti-TNα, anti-IL12/IL23, anti IL17 et anti-IL 23) sont aussi utilisés après l'échec de deux traitements « classiques ».

- <u>Différences avec la dermite séborrhéique</u>

Dans certains cas, la dermite séborrhéique peut être difficile à différencier d'un psoriasis, voici quelques clés pour les identifier l'une de l'autre.

Les lésions du psoriasis à la lisière du cuir chevelu ont une délimitation souvent plus nette.

Figure 32 : Psoriasis touchant la lisière du cuir chevelu *d'après https://www.skintherapyletter.com/psoriasis/current-management/*

Les squames du psoriasis apparaissent plus fines, sèches et sont blanchâtres, rappelons que dans la dermite séborrhéique elles sont plutôt jaunâtres.

Le psoriasis n'est en général pas seulement localisé au visage et cuir chevelu et touche d'autres régions du corps : les genoux, les ongles, les coudes, ect…

Figure 33 : Psoriasis du visage *d'après https://www.resopso.fr/2018/02/05/le-psoriasis-du-visage/*

5.4.2. La dermatite atopique

- <u>Physiopathologie :</u>

La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire chronique récurrente évoluant par poussée. Cette pathologie est due à un terrain atopique, des altérations de la fonction barrière de la peau, l'hyper réactivité du système immunitaire et certains facteurs environnementaux.
L'atopie est une prédisposition d'origine génétique à produire des anticorps d'isotype IgE lors de l'exposition à des allergènes environnementaux.
L'atopie peut se manifester autrement : allergies alimentaires, asthme ou rhinite allergique par exemple en fonction de l'organe qu'elle touche.
Chez un patient atteint de dermatite atopique on retrouve dans 50 à 70% des cas un parent du premier degré souffrant également d'atopie. (Dupin et al. 2017b)

La barrière cutanée d'un patient atteint de dermatite atopique présente un déficit en lipides dans les couches superficielles de la peau, la rendant sèche et perméable aux allergènes environnants. De plus, la filaggrine, protéine permettant la cohésion et l'imperméabilité de la couche cornée peut présenter des anomalies. Le gène codant cette protéine présente souvent une mutation dans cette pathologie.

Certains produits irritants peuvent déclencher une poussée d'eczéma : savon, détergent, tabac, tissus rêches, chaleur, sueur… Ces substances sont à éviter chez les personnes atteintes.
On constate classiquement une aggravation de la maladie pendant la période hivernale.

La dermatite atopique débute habituellement dans la première année de vie. Des poussées peuvent survenir à tout âge bien qu'elle touche surtout les enfants et persiste plus rarement à l'âge adulte.

Les localisations des lésions varient selon l'âge :

- *Chez le nourrisson* : le visage surtout avec les joues, le front et le menton et aussi la face externe des bras et des cuisses
- *Chez l'enfant* : le cou, les plis des coudes, les poignées et l'arrière des genoux
- *Chez l'adulte* : cou, visage, plis des coudes et arrière des genoux

L'aspect clinique diffère en fonction du stade :

- *En phase aiguë, c'est-à-dire en phase d'eczéma* : les lésions apparaissent érythémateuses et vésiculeuses (les vésicules sont généralement non visibles à l'œil nu). Les vésicules se rompent, suintent et laissent place à des croûtes
- *En phase chronique* : les lésions sont érythémateuses et squameuses avec un contour émietté. La peau peut prendre un aspect épaissi, quadrillé et même se pigmenter si le grattage est chronique : c'est ce qu'on appelle la lichénification.

A la différence du psoriasis, les lésions de dermatite atopique sont mal délimitées. Le prurit est quasi constant, pouvant même être jusqu'à insomniant. La xérose, c'est à dire le dessèchement de la peau, est aussi présente chez les adolescents et les adultes, elle n'est pas forcément présente chez le tout-petit. (Staumont 2019) (Dupin et al. 2017b)

Figure 34 : Plaque d'eczéma au pli du coude *d'après https://www.chu-nantes.fr/la-dermatite-atopique-en-questions*

➢ Traitements :

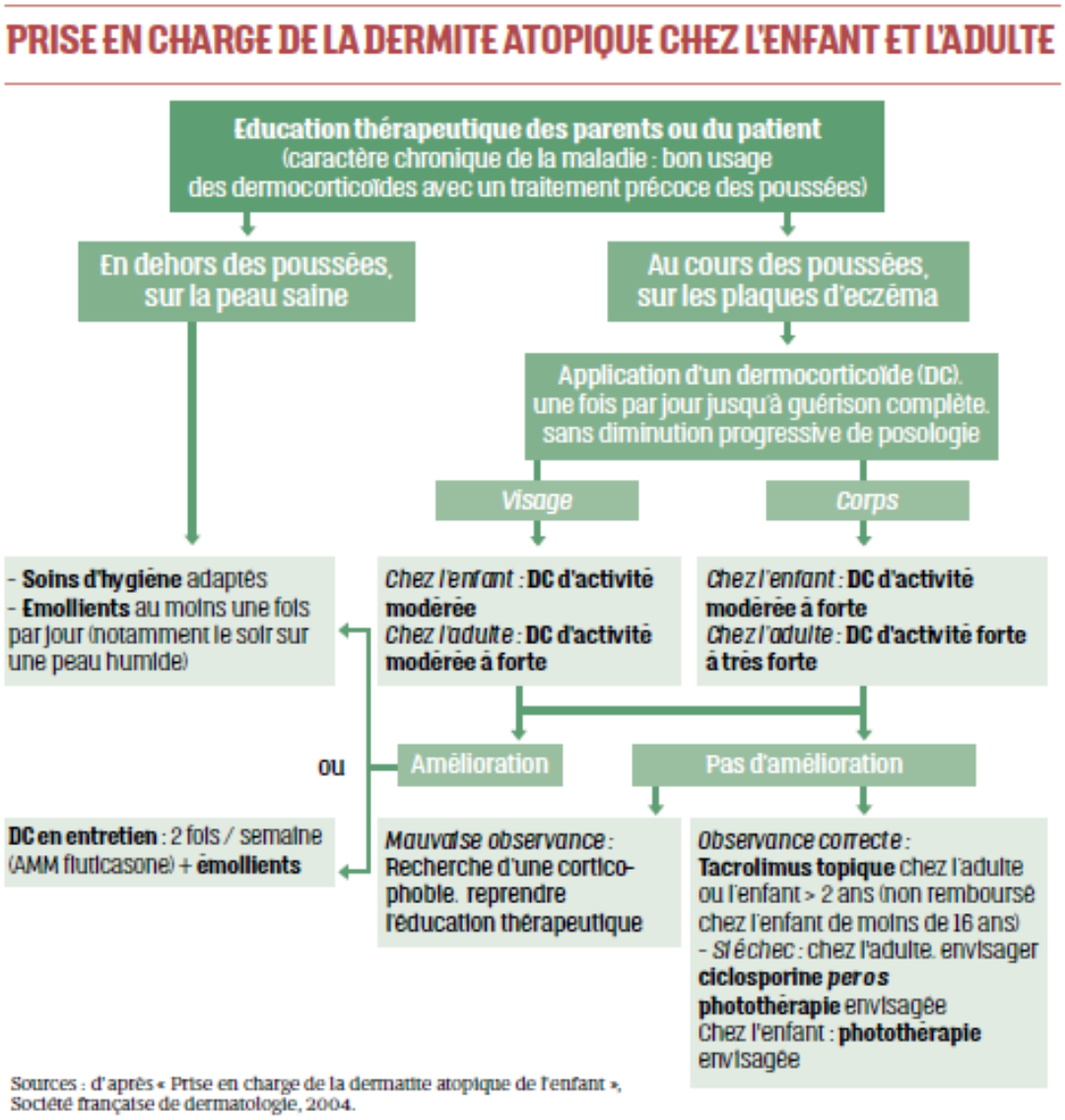


Figure 35 : Prise en charge de la dermatite atopique *d'après Moniteur des pharmacies*

Il est toujours nécessaire de soigner une lésion d'eczéma car celle-ci peut facilement sur surinfecter.

Les traitements locaux :

Les dermocorticoïdes sont la base du traitement d'une phase aiguë. On choisira plutôt une crème à appliquer sur une lésion suintante ou dans un pli et une pommade sur une lésion très sèche.

Sur le visage, les plis ou avant 2 ans le dermocorticoïde utilisé sera d'activité moyenne. Sur le corps ou après 2 ans le dermocorticoïde utilisé sera d'activité forte. Les dermocorticoïdes d'activité très forte sont utilisés sur une courte durée pour des lésions lichénifiées.
Dès que les lésions ont disparu, il n'est plus utile d'appliquer le dermocorticoïde local, mais il faut prendre le relais avec une crème émolliente pour hydrater la peau.

Les émollients sont très importants à utiliser en relais des dermocorticoïdes. Il est nécessaire de choisir un produit adapté à la peau atopique, sans parfum et de les utiliser quotidiennement. (Ex : Xeracalm AD baume relipidant ® Avène)
De plus, on conseillera un produit d'hygiène adapté (sans savon et sans parfum) et un bain ou une douche quotidienne rapide à l'eau tiède.

Lorsque les dermocorticoïdes n'entraînent pas d'amélioration, un immunossupresseur inhibiteur de la calcineurine topique peut être utilisé : le tacrolimus (Protopic ®).

PRINCIPAUX TRAITEMENTS LOCAUX DE LA DERMATITE ATOPIQUE

DCI	Spécialités/présentations	Posologie	A retenir
DERMOCORTICOÏDES D'ACTIVITÉ MODÉRÉE			
Désonide	**Locapred** 0,1 % crème **Tridésonit** 0,05 % crème	1 application/jour (jusqu'à 2 x/jour selon l'AMM) sur les plaques d'eczéma, le soir après la toilette	Principale classe prescrite sur le visage et chez le nourrisson
DERMOCORTICOÏDES D'ACTIVITÉ FORTE			
Bétaméthasone	**Diprosone** 0,05 % crème, pommade et lotion **Betneval** 0,1 % crème et pommade **Betneval Lotion** 0,1 % émulsion	1 application/jour (jusqu'à 2 x/jour selon l'AMM) sur les plaques d'eczéma, le soir après la toilette Flucticasone : en traitement d'entretien, 2 applications par semaine	Principale classe prescrite sur le corps, les galéniques ne sont pas interchangeables. Lutter contre la corticophobie : application d'une quantité suffisante jusqu'à disparition complète de la lésion. Reprise précoce du traitement si récidive, dès l'apparition des rougeurs et démangeaisons.
Désonide	**Locatop** 0,1 % crème		
Diflucortolone	**Nérisone** 0,1 % crème et pommade **Nérisone Gras** 0,1 % pommade anhydre		
Difluprednate	**Epitopic** 0,05 % crème		
Fluticasone	**Flixovate** 0,05 % crème **Flixovate** 0,005 % pommade		
Hydrocortisone	**Efficort** 0,127 % crème hydrophile et crème lipophile **Locoïd** 0,1 % crème, crème épaisse, pommade, émulsion fluide et lotion		
DERMOCORTICOÏDES D'ACTIVITÉ TRÈS FORTE			
Bétaméthasone	**Diprolène** 0,05 % pommade	1 fois/jour (jusqu'à 2 x/jour selon l'AMM) sur les plaques d'eczéma, le soir après la toilette	Classe réservée aux plaques rebelles (par exemple, en cas d'eczéma chronique des mains). Dès amélioration, passer à un dermocorticoïde d'activité plus faible.
Clobétasol	**Dermoval, Clarelux** 0,05 % crème S **Dermoval** gel		
IMMUNOSUPPRESSEUR TOPIQUE			
Tacrolimus	**Protopic** 0,03 % (enfant > 2 ans et adulte) **Protopic** 0,1 % (> 16 ans) pommade	**Traitement d'attaque** : 2 x/jour jusqu'à disparition des lésions (max. 3 semaines chez l'enfant, puis 1 x/jour). Si efficace, possibilité de passer à 1 x/jour, ou chez l'adulte au dosage plus faible **En entretien** : 2 x/semaine (et réévaluation à 12 mois)	Traitement d'attaque à reprendre dès les premiers signes d'une nouvelle poussée ; intérêt du traitement d'entretien évalué au cas par cas. Prescription réservée aux dermatologues et pédiatres. Médicament d'exception. Non remboursé chez l'enfant de moins de 16 ans et en traitement d'entretien

Sources : medicaments.gouv.fr ; Liste non exhaustive ; S : substituable. Le niveau d'activité du dermocorticoïde dépend de la molécule, de ses sels, de sa concentration et/ou de la nature des excipients.

***Figure 36 : Principaux traitements locaux de la dermatite** atopique d'après Moniteur des pharmacies*

Les traitements généraux :

Des anti-histaminiques H1(cétirizine, bilastine, rupatadine…) sont prescrits parfois, hors AMM, pour calmer le prurit.

Pour les formes sévères et rebelles, des immunosuppresseurs tel que le méthotrexate ou la ciclosporine peuvent se voir utiliser dans cette pathologie.

La photothérapie peut être utile dans les cas de dermatite atopique s'améliorant en période estivale.

- Différences avec la dermite séborrhéique :

La dermatite atopique du visage peut faire penser aussi à une dermite séborrhéique. Leur principale différence réside dans le fait que la dermatite atopique ne touche pas que les zones riches en sébum, elle peut toucher les joues notamment. De plus, on trouve plus de squames dans la dermite séborrhéique.

Il y a généralement un terrain atopique sous-jacent (asthme, rhinite allergique…) dans la dermatite atopique, un prurit très important et un aspect lichénifié parfois des lésions. (Netgen 2011)

Figure 37 : Dermatite atopique du visage *d'après https:// www.assuranceskin.com/eczema/*

6. Rosacée

6.1. Physiopathologie

La rosacée est une dermatose inflammatoire du visage touchant environ 4 millions de personne en France. Chronique, cette pathologie évolue par période de poussées et de rémissions. L'étiologie exacte de la maladie n'est pas encore connue, mais on suppose une origine multifactorielle.

Elle touche principalement les adultes après l'âge de 20 ans et prédomine largement dans la population féminine avec un ration F/H environ égal à 2. Les personnes à peau claire, yeux clairs et cheveux clairs sont les plus atteintes. On constate un pic de fréquence entre 30 et 50 ans.(Dupin 2018)
Des antécédents familiaux sont retrouvés dans 30 à 40% des cas. (Jansen 2011)

Il existe quatre sous-types de rosacée d'après la NRS (National Rosacea Society) :

- Sous-type 1 : rosacée érythémato-télangiectasique
- Sous-type 2 : rosacée papulo- pustuleuse
- Sous-type 3 : rosacée hypertrophique
- Sous-type 4 : rosacée oculaire

Et dans la pratique, on classe la rosacée en quatre stades de gravité :

- Le stade I correspond à l'érythrose paroxystique
- Le stade II à l'érythrose permanente et télangiectasies
- Le stade III à la rosacée papulopustuleuse
- Et enfin, le stade IV correspond à l'œdème persistant

La progression du premier stade aux suivants n'est pas systématique. Ainsi, une personne atteinte de rosacée peut ne présenter que des flushs transitoires tout au long de sa vie. Chez d'autres, le visage peut d'emblée montrer des rougeurs permanentes ou des papulo-pustules. Seule la rosacée hypertrophique n'est pas spontanée, elle apparaît en cas d'absence ou d'insuffisance de traitement au stade précédent.

Le sous-type 1, la rosacée érythémato-télangiectasique est la forme la plus fréquente et représente la forme vasculaire.
Elle est caractérisée tout d'abord par des bouffées vasomotrices (aussi appelées flushes) qui pourront laisser place à un érythème persistant et des télangiectasies. (Weber 2013)

Les bouffées vasomotrices persistent pendant environ 5 minutes et s'accompagnent d'une sensation désagréable de brûlure superficielle et/ou de picotement. Elles font suite à une circonstance évocatrice comme l'ingestion d'un plat épicé, d'alcool, de boissons ou aliments chauds ou peuvent être déclenchées par un changement de température.

Certains médicaments sont connus pour déclencher des flushs, qu'ils s'utilisent par voie locale : les corticoïdes notamment ou par voie générale, parmi les plus importants, il faut souligner la morphine, les stéroïdes systémiques, la ciclosporine, le tamoxifène, la vancomycine et la rifampicine. (Netgen 2000)

Les télangiectasies correspondent à des dilatations de petits vaisseaux cutanés formant de fines lignes rouges, parfois violettes, à la surface de la peau. On appelle également ce phénomène communément « couperose ».

L'érythrose se concentre principalement au centre du visage : joues, nez, menton et partie médiane du front en épargnant le pourtour des yeux et de la bouche. La rougeur s'accompagne d'une sensibilité exacerbée qui rend l'application de produits cosmétiques difficiles.
Au microscope, la peau apparaît œdémateuse, les vaisseaux du derme étant dilatés et irréguliers et les cellules de l'épiderme sont disjointes.
L'œdème peut être visible à l'œil nu, avec une peau parfois sèche qui desquame. (Trouche 2019)

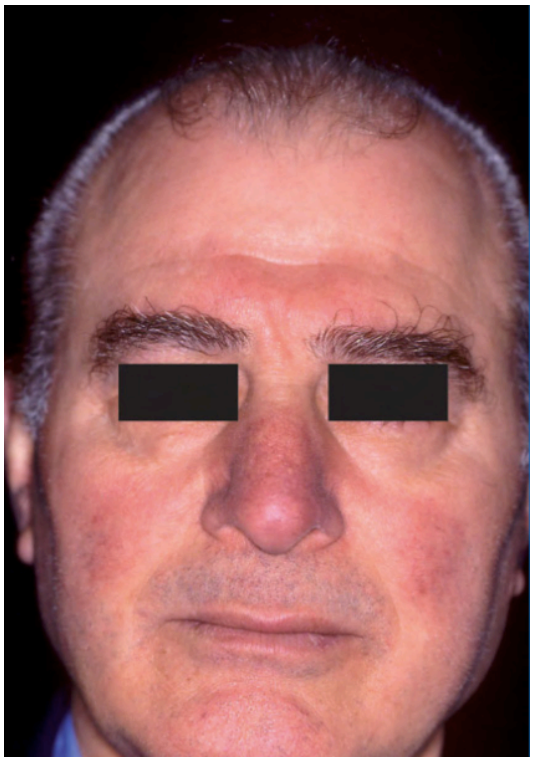


Figure 38 : Erythème centro-facial et télangiectasies *d'après Jansen T. Formes cliniques et classification de la rosacée.*

Le sous type 2, la rosacée papulo-pustuleuse, comporte en plus de l'érythème permanent et des télangiectasies, des papules et des pustules, pouvant la confondre avec de l'acné tardive.

C'est pourquoi on employait autrefois le terme « d'acné rosacée ». Ce terme est à abandonner aujourd'hui car il induit une confusion de diagnostic. Les deux maladies peuvent coexister mais sont différentes. Il n'y a pas de comédons dans la rosacée ni de séborrhée.

Généralement, le nombre de papules et de pustules augmentent au fur et à mesure des poussées. Les poussées se rapprochant au fils des mois ou années. (Trouche 2019)

Figure 39 : Rosacée papulo-pustuleuse profuse *d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique*

Le sous-type 3, la rosacée hypertrophique est le stade ultime de la rosacée. La peau prend un aspect bourgeonnant hypertrophié, entraînant une déformation importante et persistante du nez, du menton et du front.

La rosacée hypertrophique touche principalement les hommes, dans plus de 95% des cas, généralement après 50 ans.

Le rhinophyma, épaississement de la peau du nez, est la forme la plus fréquente. Le nez augmente de volume avec des orifices folliculaires dilatés. (Dupin 2018)

Figure 40: Rhinophyma *d'après Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique*

Enfin, le sous-type 4, la rosacée oculaire touche 30 à 50% des personnes souffrant de rosacée. Elle peut prendre la forme de conjonctivite, blépharite (inflammation des paupières), kératite (inflammation de la cornée), chalazions, télangiectasies des paupières, hyperhémie conjonctivale, irrégularités visibles du bord des paupières. Les malades souffrent aussi de sécheresse oculaire et de photophobie. Cette forme de rosacée peut précéder la forme cutanée.

Les causes exactes de la rosacée sont imparfaitement connues. Mais il semblerait que trois facteurs aient clairement été identifiés :

- L'origine vasculaire :
    - Il existerait une anomalie de l'écoulement de la veine faciale entraînant une homéothermie moins efficace, la veine faciale drainant les zones classiquement atteintes par la rosacée
    - Il y aurait une stagnation du sang dans les vaisseaux de la face, entraînant une dilatation des vaisseaux, un œdème et une altération de l'endothélium des veines du visage
- La prédisposition génétique : cette pathologie touchant préférentiellement les sujets à peau claire, yeux clairs et cheveux clairs, on la qualifiait autrefois de « malédiction des Celtes »
- Le rôle du *Demodex folliculorum* :
    - C'est un parasite saprophyte cutanée qui agit comme agent pro-inflammatoire
    - De plus, les zones atteintes par la rosacée on constate une fréquence de portage de *D. folliculorum* plus élevé que dans les zones saines

Des études sont en cours pour vérifier la probable implication d'*Helicobacter pylori* également dans cette pathologie. (TROUCHE 2019) (WEBER 2013)

Le diagnostic de cette pathologie est clinique, des biopsies peuvent être réalisées dans les diagnostics difficiles.

6.2. Stratégie thérapeutique

Le traitement de la rosacée est un traitement suspensif et non curatif. C'est pourquoi chaque arrêt de traitement expose à un risque de rechute.
Dans tous les cas, le traitement repose aussi sur des mesures hygiéno-diététiques qui éliminent les facteurs déclenchants ou aggravants la rosacée.
En effet, il est nécessaire de rappeler au patient d'éviter la consommation d'aliments épicés, ainsi que de plats et boissons très chauds. L'alcool est également à proscrire.
Les activités sportives intenses sont déconseillées, tout comme les bains trop chauds, sauna et hammam.

6.2.1. Prise en charge allopathique

Les traitements sont différents en fonction des rosacées :

- Dans une rosacée vasculaire (érythrose et télangiectasies) : le traitement va reposer principalement par une application drastique des règles hygiéno-diététiques, d'un topique à base de brimonidine et des méthodes physiques comme du laser
- Dans une rosacée papulo-pustuleuse : en fonction de la sévérité des lésions le traitement ira de l'application de topiques jusqu'à la prise orale d'antibiotiques
- Dans une rosacée hypertrophique : la chirurgie ou le laser sont proposés

➢ <u>Traitement de la rosacée vasculaire :</u>

- Brimonidine en gel :

Le tartrate de brimonidine en gel, commercialisé sous le nom de Mirvaso ®, est un vasoconstricteur α2-mimétique qui permet de traiter les érythèmes faciaux.
Il s'applique une fois par jour jusqu'à disparition de l'érythème facial. Il faut en mettre très peu : 1 gramme de gel au total par jour à diviser en 5 petits pois. Le traitement doit être initié avec une plus faible quantité de gel (inférieure à la dose maximale) pendant au moins une semaine. Ensuite, la quantité de gel peut être progressivement augmentée selon la tolérance et la réponse du patient.
L'effet recherché va perdurer quelques heures avant de se dissiper.

Les principaux effets indésirables de ce produit sont : le prurit, la sensation de brûlure, des flushes avec œdème en périphérie du visage 30 minutes ou plusieurs heures après l'application.
Ce gel n'a pas d'action sur les télangiectasies, seulement sur les formes érythrosiques. De plus, c'est un produit soumis à prescription médicale et n'est pas remboursé par la sécurité sociale. (Theriaque 2020)

- Le traitement par lasers :

L'utilisation de lasers est adaptée pour atténuer les rougeurs et les télangiectasies, ils éviteraient également les récidives. Les lasers visent à réduire la congestion sanguine provoquée par la rosacée. Bien qu'il y ait différentes sortes de lasers (KTP, à colorants pulsés et le laser Nd : Yag), leur principe reste identique et vise à chauffer les vaisseaux à l'origine des rougeurs afin de les détruire.
Les traitements par laser s'effectuent sur une peau claire et non bronzée, de préférence en période hivernale.
C'est généralement l'expérience du dermatologue lasériste qui prime dans le choix du laser à utiliser en fonction de la peau du patient et des lésions à traiter ainsi que dans les nombre de séances à faire.(TROUCHE 2019)

- <u>Traitement de la rosacée papulo-pustuleuse</u>

Dans les formes mineures, le traitement repose sur des formes locales. Pour les formes plus diffuses, le traitement associe généralement une forme systémique à une forme locale.

- Le métronidazole topique :

Existant sous la forme de gel, crème ou émulsion au dosage de 0,75% sous le nom de Rozex ®. Il est également parfois prescrit au dosage de 1% sous forme de préparation magistrale. Le métronidazole représente le traitement de première intention de la rosacée papulo-pustuleuse.

Le métronidazole est un antiparasitaire et un antibactérien actif contre de nombreux germes pathogènes. Il est particulièrement efficace contre la composante inflammatoire papulo-pustuleuse de la maladie. Il reste néanmoins inefficace sur les télangiectasies.

Il s'utilise deux fois par jour, matin et soir, après une toilette en couche mince. La durée habituelle du traitement est de 3 à 4 mois. L'exposition au soleil est à éviter après l'application ainsi que tout contact avec les yeux. (Theriaque 2020)
Le Rozex ® est soumis à prescription médicale et est remboursé par la sécurité sociale.
Il peut parfois générer un phénomène d'irritation avec sensations de picotement ou de brûlure.

- L'acide azélaïque :

L'acide azélaïque, utilisé également dans le traitement de l'acné, agit essentiellement sur le processus inflammatoire de la rosacée. Son mode d'action dans cette pathologie n'est pas totalement élucidé à ce jour.
Les spécialités contenant ce principe actif sont Finacea 15% gel ® et Skinoren 20% ® crème. Seul le Finacea ® possède un AMM pour le traitement de la rosacée papulo-pustuleuse. Ces deux produits ne sont pas remboursés et sont soumis à prescription médicale.
L'acide azélaïque s'applique deux fois par jour après une toilette sur peau sèche.
En cas d'irritation cutanée, notamment due à la présence d'acide benzoïque et de propylène-glycol dans la formulation, la quantité de gel par application doit être diminuée ou la fréquence d'utilisation de ce gel ramenée à une application quotidienne jusqu'à disparition de l'irritation. Si besoin, le traitement devra être suspendu pendant quelques jours.

- L'ivermectine :

Commercialisé sous le nom de Soolantra ®, l'ivermectine en crème possède un effet anti-inflammatoire par inhibition de la production de cytokines inflammatoires. De plus, c'est un principe actif antiparasitaire qui provoquerait la mort des acariens *Demodex*, discuté comme étant un facteur pro-inflammatoire au cours de la rosacée.
C'est pourquoi on l'utilise dans les traitements de la rosacée papulo-pustuleuse.

Cette crème s'utilise une fois par jour pendant 4 mois, si aucun effet bénéfique n'est obtenu à partir de 3 mois de traitement celui-ci doit être suspendu. Il faut appliquer une quantité de médicament équivalente à un pois pour l'ensemble du visage (à répartir sur le front, le menton, le nez et les deux joues). Puis étaler la crème en couche mince sur l'ensemble du visage, en évitant les yeux, les lèvres et les muqueuses. Il faut bien se laver les mains après l'application du produit.
Ce produit est soumis à prescription médicale et n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

- Autres traitements locaux parfois utilisées hors AMM :

En effet, d'autres traitements topiques sont parfois utilisés dans le traitement de la rosacée papulo-pustuleuse bien qu'ils ne possèdent pas d'AMM dans cette indication. Ce sont des traitements proposés dans l'acné : l'adapalène 0,1%, trétinoïne, isotrétinoïne, peroxyde de benzoyle et clindamycine notamment. (Dupin 2018)
Ils peuvent constituer des solutions alternatives dans le cas d'intolérance ou d'inefficacité des autres traitements.

Dans les formes diffuses (plus de 10 lésions papulo-pustuleuses), les traitements locaux sont insuffisants. Les traitements par voie orale sont alors préférés, ils permettent une action plus rapide et agissent également sur la composante oculaire de la rosacée.
Les traitements per os peuvent être associés aux traitements locaux, ainsi à l'arrêt du traitement systémique le traitement local peut être continué en entretien.

- Doxycycline :

Seul antibiotique possédant dans son AMM la prise en charge de la rosacée papulo-pustuleuse. La doxycycline appartient à la famille des tétracyclines de 2ème génération, elle est utilisée aussi dans l'acné, à la même posologie que pour la rosacée : 100mg/jour en une prise par jour, de préférence le soir pendant 3 mois. Des cures répétées sont souvent nécessaires pour maintenir un effet thérapeutique.
Cet antibiotique est utilisé dans cette pathologie non pas pour son action antibactérienne mais pour sa puissante action anti-inflammatoire sur les couches superficielles de la peau.

Comme déjà vu dans l'acné, rappelons ses précautions d'emploi :

- On conseillera une prise en mangeant avec une quantité d'eau suffisante pour ingérer les comprimés
- Le patient ne doit pas s'allonger dans l'heure qui suit la prise de l'antibiotique afin d'éviter toute ulcération œsophagienne
- C'est un antibiotique photosensibilisant, une protection solaire est donc nécessaire pendant tout le traitement
- Des troubles digestifs ainsi que des candidoses vaginales sont des effets indésirables qui peuvent être également rapportés
- Les cyclines sont contre-indiqués en cas de grossesse et chez l'enfant de moins de 8 ans car les cyclines peuvent induire une coloration des dents de lait
- Elle ne doit pas être utilisé en cas d'allergie connue à la classe antibiotique des tétracyclines
- L'association avec l'isotrétinoïne par voie générale est également contre-indiqué car ils augmentent le risque d'hypertension intracrânienne

La doxycycline représente le traitement de référence dans la rosacée en association avec le métronidazole par voie locale. Bien que cette association n'ait pas fait l'objet de consensus elle est pourtant utilisée très couramment dans la pratique.

- Autres traitements utilisés par voie orale dans la rosacée papulo-pustuleuse mais hors AMM :

Dans la famille des cyclines, la <u>lymécycline</u> (Tétralysal ®) est aussi utilisée parfois dans la rosacée. Elle présente une très bonne tolérance (pas d'ulcération œsophagienne en comparaison avec la doxycycline).

En cas d'allergie aux cyclines, les prescripteurs peuvent avoir recours aux macrolides.
La <u>clarithromycine</u> (Zeclar ®) notamment est employée à la posologie de 250 mg deux fois par jour pendant un mois puis 250 mg en une prise quotidienne le mois suivant, cette posologie a donné des résultats concluants, bien qu'elle ne soit pas dans les recommandations actuelles.

L'azythromycine (Zithromax ®) est également parfois employée, elle s'utilise à dose décroissante : 500 mg trois jours par semaine pendant quatre semaines puis 250 mg trois jours par semaine pendant quatre semaines et enfin 500 mg une fois par semaine pendant quatre semaines.
L'érythromycine est rarement utilisée au long cours à cause notamment de sa mauvaise tolérance digestive.

Le métronidazole (Flagyl ®) est aussi prescrit *per os*, mais son utilisation est limitée par son profil de tolérance. C'est pourquoi le métronidazole est un choix de seconde intention après échec des cyclines. De même qu'avec les macrolides, il s'emploie à dose décroissante : 500 mg/ jour pendant un mois, puis 250 mg / jour durant un autre mois et enfin 125 mg /jour pendant les deux derniers mois.

Autre antiparasitaire parfois utilisé *per os*, l'ivermectine (Stromectol ®) peut être employée dans la rosacée, bien qu'aucune étude ne soit effectuée dans cette indication.

L'isotrétinoïne est parfois administré dans les formes de résistance aux traitements classiques. Dans cette indication, il s'utilise à faible dosage : 0,25 mg/kg/jour à 0,5 mg/kg/jour durant des périodes prolongées (6 à 12 mois). Il donne de très bons résultats dans cette pathologie.
Son mécanisme d'action n'est pas encore élucidé, mais il est démontré que la molécule exerce un effet anti-inflammatoire au niveau du derme. Ses nombreuses contre-indications engendrent un suivi dermatologique très strict (bilan hépatique tous les 3 mois et mensuelle chez les femmes en âge de procréer).

- Traitement du rhinophyma :

Le traitement du rhinophyma va reposer sur de l'isotrétinoïne per os ou en topique ainsi que du laser CO_2 qui est un laser ablatif ou de la chirurgie si l'épaississement de la peau est trop important pour être accessible à un traitement médical.

- Traitement de la rosacée oculaire :

La doxycycline est là encore le traitement de référence, elle permet de traiter les symptômes qu'engendrent la rosacée oculaire : blépharite, sécheresse oculaire ou encore conjonctivite).

Si l'œil se surinfecte, des traitements topiques à base d'acide fusidique en gel ophtalmique : Fucithalmic ®, ou à base de trétracycline : Auréomycine Evans ® en pommade ophtalmique également.

De plus, des soins d'hygiène spécifiques sont nécessaires, on pourra conseiller d'effectuer tous les soirs :

- Imbiber une compresse d'eau tiède et la laisser appliquer sur les paupières pendant 5 à 10 minutes
- Masser de bas en haut les paupières supérieures et de haut en bas les paupières inférieures
- Puis rincer l'œil après le massage avec du sérum physiologique stérile

Ces actions ont pour but de faire s'exprimer les glandes de *Meibomius*, glandes situées dans le cartilage de la paupière. Elles sécrètent la couche superficielle lipidique du film lacrymal.

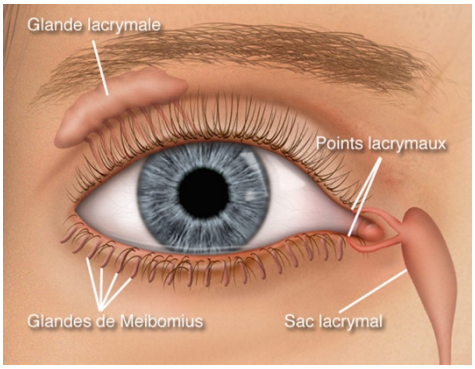


Figure 41 : Schémal du système lacrymal *d'après http://www.institutdeloeil.com/*

On pourra également conseiller aux patients atteints d'utiliser des larmes artificielles (Artelac ®, Lacrifluid ®, Celluvisc ® …) afin de pallier à la sensation de sécheresse.

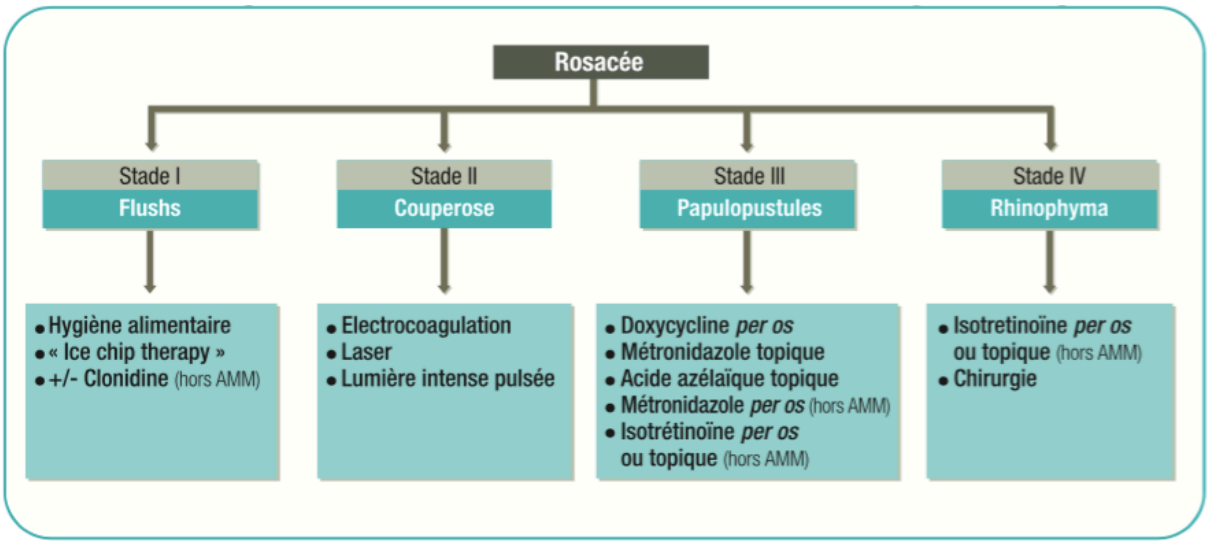


Figure 42 : Prise en charge de la rosacée selon le stade *d'après Le Moniteur des pharmacies*

6.2.2. Prise en charge non allopathique

➢ <u>Homéopathie</u>

Voici quelques exemples de souches homéopathique pouvant être utilisées dans la rosacée :

- *Sanguinaria 9 CH* dans un contexte de bouffées de chaleur, sensation de brûlure localisée de préférence au niveau des pommettes
- *Arnica Montana 9 CH* pour traiter l'atteinte des vaisseaux capillaires
- *Agaricus 4 à 5 CH* dans un contexte circulatoire marqué
- *Pulsatilla 4 à 9 CH* qui prend en charge l'érythème facial émotionnel
- *Eugenia jambosa 4 à 5 CH* si la rosacée est papulo-pustuleuse
- *Lachesis 5 à 9 CH* si le visage est congestif

La posologie sera de 5 granules matin et soir. (Moreddu 2015) (Baumann 2013)

- Phytothérapie

Rappelons que la rosacée a probablement une origine vasculaire. Ainsi, on pourra conseiller des plantes à visée veinotonique : la vigne rouge, le mélilot, la myrtille, l'hamamélis, le cassis ou encore le marronnier d'inde. (Moreddu 2015)
Ces plantes peuvent être utilisées sous forme de tisane ou encore en gélules.

Il existe certains complexes contenant plusieurs de ces plantes afin de bénéficier d'une synergie d'action. Par exemple le produit Circulation bien être ® du laboratoire Activa, contenant des baies de cassis, de l'olivier, de la vigne rouge et de la myrtille, sous forme de gélules qui se prend à la posologie d'une gélule par jour en dehors des repas.

Ou encore la spécialité Esberiven ® contenant du mélilot et du rutoside. La posologie est d'un comprimé deux fois par jour.

Citons également la spécialité Endotélon ® à base de pépins de raisin utilisé également pour ses propriétés veinotoniques, les comprimés se prennent deux fois par jour, matin et soir.

- Aromathérapie

Plusieurs huiles essentielles peuvent être utilisées seules ou en mélange dans la rosacée :

- L'huile essentielle de Camomille noble (*Chamaemelum nobile*) : parfaite pour la couperose grâce à ses propriétés anti-inflammatoire, elle vient calmer les peaux enflammées
- L'huile essentielle de Géranium rosat (*Perlagonium asperum*) : huile très utilisée pour les peaux sujettes aux rougeurs et inconforables ; elle est tonique astringente cutanée et anti-inflammatoire
- L'huile essentielle de Cyprès (*Cupressus sempervirens*) : elle est décongestionnante veineuse et vasoconstrictrice

- L'huile essentielle d'Hélichryse italienne ou Immortelle (*Helichrysum italicum*) : très souvent utilisée dans les hématomes, elle est anti-coagulante et anti-phlébitique, cicatrisante et desclérosante
- L'huile essentielle d'arbre à thé (*Melaleuca alternifolia*) : elle fait des merveilles dans les soins des peaux à imperfections et présente des propriétés anti-inflammatoire

En mélange, on pourra conseiller :

- 15 gouttes d'HE de Cyprès
- 25 gouttes d'HE d'Immortelle
- 10 gouttes d'HE de Carotte cultivée
- Dans 50 gouttes d'HV de Macadamia

Ce mélange s'applique deux fois par jour jusqu'à amélioration. (Baudoux et Breda 2018)

6.3. Conseils à l'officine

6.3.1. Conseils hygiéno-diététiques

En parallèle du traitement, il est primordial de connaître les facteurs pouvant déclencher et aggraver la pathologie, notamment au niveau climatique : chaleur, froid, humidité, vent afin de les éviter.
Si un flush apparaît, étant donné qu'il n'y a pas de traitement spécifique pour ce problème, on pourra conseiller aux patients une pulvérisation d'eau thermale sur le visage ou encore de sucer un glaçon. La technique du glaçon peut être utilisé en amont, afin d'éviter l'apparition d'une bouffée vasomotrice si la température est élevée.

Il est également nécessaire d'apprendre aux patients à gérer leur stress que ce soit avec de la phytothérapie (mélisse, aubépine, passiflore, rhodiole…), avec l'aromathérapie (lavande vraie, petit grain bigarade, camomille noble, mandarinier…) ou l'homéopathie (Gelsemium, Passiflora composé, Ignatia amara…).
L'exercice physique peut également être un bon moyen de gérer son stress, mais de façon modérée pour ne pas élever la température corporelle et aggraver les symptômes de la rosacée.
Les pratiques d'exercices de respiration et méditation sont aussi à conseiller.

Enfin, au niveau alimentaire, on indiquera aux patients les aliments susceptibles de déclencher des flushs et donc aggraver la rosacée : les plats épicés (poivre, piment…) et les plats trop chauds. La consommation d'alcool est également fortement déconseillée. (Galan et Bontemps 2010)

6.3.2. Conseils dermocosmétiques

Afin de renforcer l'efficacité du traitement, conseiller l'application de produits dermocosmétiques hydratants, apaisants et décongestionnants pour le nettoyage et le soin du visage.
La peau doit être séchée par tamponnements, sans frotter. Les gommages sont déconseillés du fait de leur caractère agressif et irritant.

- <u>Hygiène de la peau</u>

Pour nettoyer la peau, on préfèrera un gel moussant adapté aux peaux sensibles, un lait nettoyant ou une eau micellaire.

Tableau 3 : *Produits pouvant être utilisés dans la rosacée pour l'hygiène de la peau*

Différentes catégories de produits pouvant être utilisés dans la rosacée	**Exemples de produits adaptés à la pathologie**	**Conseil d'utilisation**
Gel moussant	Gel moussant Créaline ® Bioderma	Appliquer sur peau humide, faire mousser du bout des doigts en évitant les yeux et rincer abondamment
Lait nettoyant	Lait nettoyant fraîcheur antirougeurs ® Avène	Ces laits s'utilisent sur un coton. Ils ont l'avantage de nettoyer et démaquiller. Ils sont sans rinçage, mais on peut conseiller de pulvériser à la fin de l'eau thermale.

	Toleriane Fluide dermo-nettoyant ® La Roche Posay Créaline lait démaquillant apaisant ® Bioderma	L'eau thermale a des propriétés apaisantes, anti-irritante et adoucissantes.
Eau micellaire	Solution micellaire anti-rougeur ® Bioderma Eau micellaire Ultra pour peaux réactives ® La Roche Posay	Les eaux micellaires s'utilisent sur un coton. Elles ont l'avantage de nettoyer et démaquiller. Elles sont sans rinçage, mais on peut conseiller de pulvériser à la fin de l'eau thermale.

- Hydratation de la peau

Les soins hydratants adaptés à la rosacée contiennent soient :

- Des actifs améliorant la microcirculation : du ruscus chez Avène, de la vitamine CG chez la roche posay qui fortifie les vaisseaux ou le brevet Rosactiv chez Bioderma, vigne rouge et mélilot chez Uriage
- Des actifs apaisants : ils contiennent de l'eau thermale
- Des actifs décongestionnants : du sulfate de dextran chez Avène

Il est primordial d'hydrater sa peau dans la rosacée, celle-ci est souvent desséchée et irritée.

En fonction du type de peau (normale, mixte ou sèche), on pourra utiliser par exemple :

- La crème de jour antirougeurs ® de chez Avène pour une peau sèche ou l'émulsion pour une peau normale à mixte
- La crème Créaline AR ® de chez Bioderma
- La crème Rosaliac UV lègère ou riche ®, en fonction du type de peau, de chez La Roche Posay
- La crème Roséliane anti rougeurs ® riche ou normale de chez Uriage

Ces crèmes s'utilisent quotidiennement sur une peau propre et sèche en évitant le contour des yeux.

- Soins spécifiques

Effectivement, certains laboratoires ont commercialisé des soins anti rougeurs intenses à appliquer localement seulement sur les zones où les vaisseaux sont apparents (les télangiectasies) en plus de la crème de jour.
Il s'agit du concentré Rosaliac AR intense ® de chez La Roche Posay ou du soin concentré antirougeurs fort ® de chez Avène. Ces soins renforcés s'appliquent matin et soir.

De plus, des masques apaisants peuvent être intéressants lorsque les patients sont en crise, avec une peau enflammée et œdémateuse ou encore après une séance de laser.

Par exemple, le masque anti-rougeurs Roséliane ® de chez Uriage ou le masque apaisant antirougeurs calm ® de chez Avène. Ils s'appliquent une à deux fois par semaine, se laissent poser en couche épaisse une dizaine de minutes, puis on essuie l'excédent avec un coton. Enfin, on pulvérise le visage d'eau thermale et on tamponne avec une serviette.

- Le maquillage thérapeutique

Les rougeurs persistantes du visage peuvent avoir un impact important dans la vie des patients, c'est pourquoi un recours à des produits cosmétiques correcteurs peut également être conseillé. La présence de pigments verts dans leur composition permet de neutraliser et de camoufler naturellement les rougeurs sans risquer de les aggraver.

Figure 43 *: Cercle chromatique*

Comme on peut le voir dans le cercle chromatique, la couleur opposée au rouge est le vert.

Ainsi, la présence de pigments verts dans des correcteurs permettent de neutraliser et de camoufler naturellement les rougeurs sans risquer de les aggraver.

Il existe des sticks correcteurs verts (le stick correcteur Couvrance vert ® de chez Avène par exemple) à appliquer sur les rougeurs, ils doivent être un peu estompés du bout des doigts.

Puis, il est nécessaire d'appliquer par-dessus une crème teintée (crème teintée Créaline ® de Bioderma ou Rosaliac CC crème ® de La Roche posay), pour un fini léger ou un fond de teint (Dermablend ® de chez Vichy ou Tolériane teint ® de La Roche posay) pour un fini plus couvrant.

Et enfin, on peut fixer le maquillage avec une poudre de teint.

- La protection solaire

Le risque de photosensibilisation doit être prévenu par l'application d'une protection solaire pluriquotidienne notamment lorsque les patients sont sous un soin traitant comme du Rozex ®, isotrétinoïne en crème ou par voie orale ou encore de la doxycycline par voie orale.

La crème Photoderm AR 50+ crème teintée visage ® de Bioderma peut être intéressante car elle associe protection solaire au brevet anti rougeur Rosactiv et unifie le teint.

- Le rasage

Chez l'homme, le rasage mécanique sera préféré au rasage manuel qui est plus irritant.

7. Dermatoses rencontrées suite au port du masque

La situation sanitaire actuelle suite à l'épidémie de Covid-19 nous oblige à porter des masques de protection dans quasiment toutes nos activités de la vie quotidienne : sport, shopping, travail…
Le port prolongé du masque nous amène depuis quelques temps à voir de nouvelles plaintes cutanées à l'officine : rougeurs, papules, pustules, démangeaisons, sécheresses, marques au niveau du nez…

Ces réactions cutanées s'expliquent par l'effet occlusif que génère le masque. Il impose également de la chaleur et de la friction sur la peau, qui, combinés à un environnement humide de respiration, de conversation ou de transpiration peuvent entraîner des éruptions cutanées. Le masque a tendance à aggraver les prédispositions naturelles de la peau.

Pour éviter ces désagréments, voici quelques conseils que l'on peut donner à l'officine :

1) L'hygiène

Il est important de bien nettoyer son visage matin et soir avec un gel ou un savon doux adapté non comédogène (Gel moussant Effaclar ® La Roche Posay pour une peau à tendance mixte avec imperfections qu'on peut agrémenter d'une à deux gouttes d'huile essentielle de Tea tree ou le Gel moussant Créaline ® Bioderma pour une peau à tendance plus sèche/irritée).

2) L'hydratation

Après le nettoyage, bien hydrater sa peau deux fois par jour. En plus d'hydrater la peau souvent déshydratée par le port du masque, la crème hydratante agira comme une barrière entre le visage et le masque. Les crèmes trop parfumées sont à éviter, elles peuvent être davantage irritantes. Il faut utiliser une crème adaptée à ses problèmes de peau : Effaclar Duo + ® La Roche posay si peau mixte ou Crème pour peaux intolérantes ® Avène si peau à tendance sèche et qui démange par exemple

3) Eviter le maquillage sous le masque, il obstrue davantage les pores ou choisir une texture fluide

4) Changer de masque toutes les 4h : que ce soit un masque jetable ou un masque en tissu. On peut conseiller d'alterner entre les masques jetables et en tissus.

5) Pour les masques en tissus, choisir une lessive pour peau sensible, hypoallergénique et les laver à 60 degrés.

6) Le port du masque peut engendrer des points de pression douloureux et irrités notamment derrière les oreilles ou sur le nez, pour les éviter on pourra conseiller de positionner le matin des bandelettes de pansement hydrocolloïde à ces endroits et d'appliquer le soir une crème cicatrisante comme du Cicalfate ® Avène

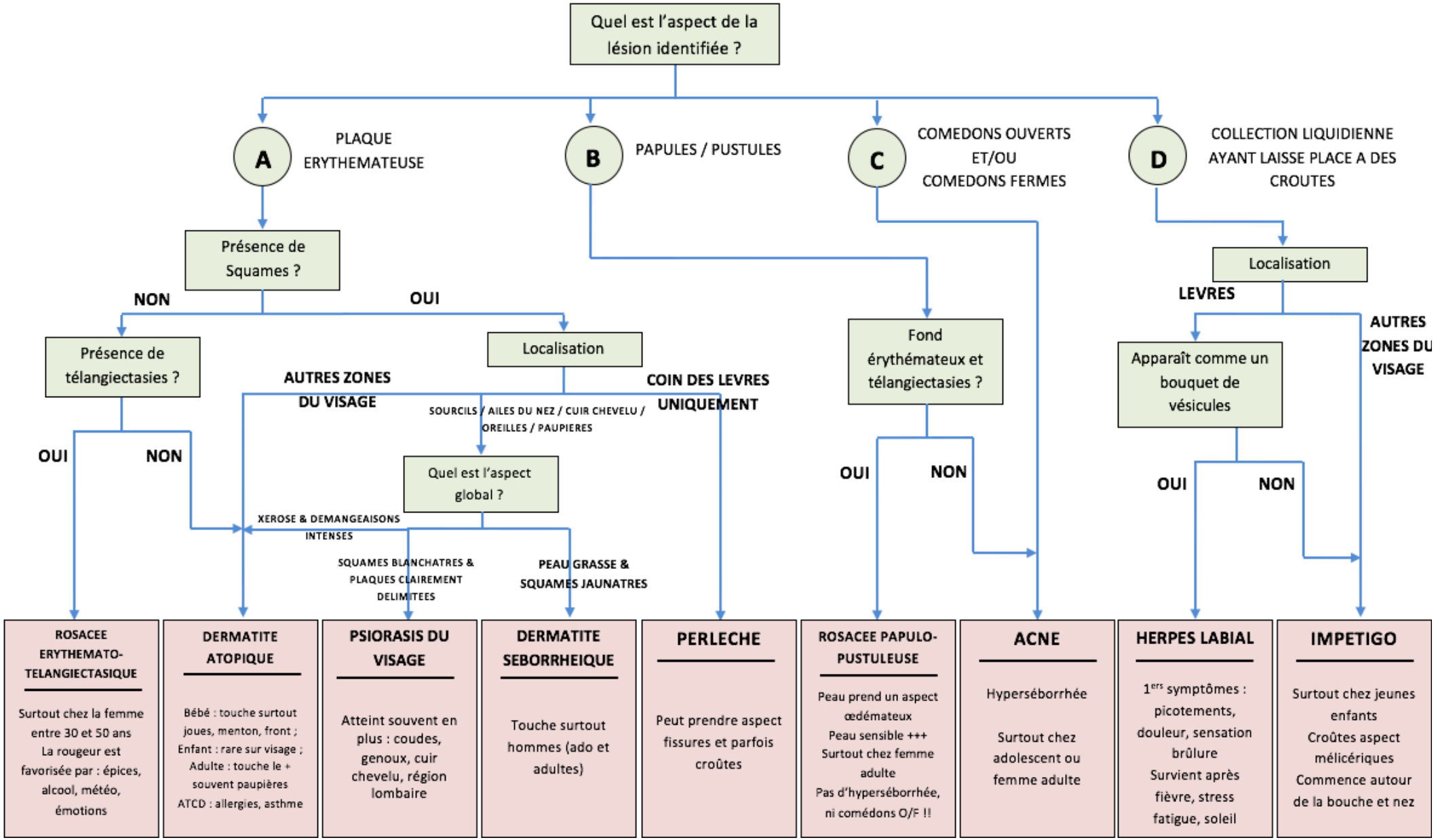
7) Et enfin, éviter de trop toucher son visage avec ses doigts pour ne pas étaler davantage le sébum présent sous le masque et pour ne pas ajouter en plus sur la peau des microbes

Figure 44 : Acné dû au port du masque *d'après https://azbigmedia.com/lifestyle/what-is-maskne-and-how-do-you-deal-with-it/*

Maintenant que nous avons vu les principales dermatoses touchant le visage, voici un arbre décisionnel qui en répondant à des questions simples, permet d'aider à la détermination des pathologies présentées.

III. ARBRE DECISIONNEL A DESTINATION DU PHARMACIEN

LES PRINCIPALES DERMATOSES DU VISAGE : ARBRE DECISIONNEL A DESTINATION DU PHARMACIEN



LEXIQUE DE L'ARBRE DECISIONNEL :

PLAQUE ERYTHEMATEUSE :

C'est une rougeur congestive de la peau, diffuse ou localisée, s'effaçant à la vitropression (c'est à dire à l'appui, via notamment un verre de montre)

SQUAME :

C'est un fragment de couche cornée s'éliminant de la surface de la peau

TELANGIECTASIE :

C'est une dilatation permanente et visible d'un petit vaisseau à la surface de la peau

XEROSE :

C'est un dessèchement de la peau

PAPULE :

C'est une lésion sèche (ne contenant pas de liquide) qui se caractérise par un léger relief cutané, dont la forme va du cône à la demie sphère le plus souvent de couleur rosée à rouge

PUSTULE :

C'est une lésion cutanée se caractérisant par un soulèvement bien délimité de l'épiderme (couche superficielle de la peau) et contenant un liquide purulent (du pus)

COMEDON OUVERT :

C'est ce qu'on appelle communément un « point noir »

COMEDON FERME :

C'est ce qu'on appelle communément un « point blanc »

HYPERSEBORRHEE :

C'est une production excessive de sébum, donnant un aspect gras à la peau

Fiches synthétiques à destination des équipes officinales

L'IMPÉTIGO CROÛTEUX

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ **Infection bactérienne cutanée contagieuse** (due principalement à *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*)
- ✓ Commence typiquement **autour de la bouche ou du nez**, puis se dissémine par auto-contamination
- ✓ Débute par une bulle qui se rompt pour laisser place à des **croûtes mélicériques** (couleur de miel), habituellement pas douloureux, le patient peut se plaindre de démangeaisons
- ✓ Généralement pas de signes généraux associés (mais des adénopathies sont possibles)

FAUT-IL CONSULTER ?

OUI, il faut une antibiothérapie afin d'éviter les complications et les disséminations pour le patient et son entourage

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

En fonction de la sévérité (+/- 2% de surface corporelle et +/- 5 lésions actives) , le traitement sera local ou général:

- ✓ **MUPIROCINE pommade ou ACIDE FUSIDIQUE crème** : 1 app. 2 à 3 fois/jour pendant 5 à 7 jours
- ✓ **AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE PO**: 80mg/kg/jour en 3 prises/jour pendant 7 jours (si pas d'allergie aux pénicllines) sinon **PRISTINAMYCINE** ou macrolides **JOSAMYCINE** par exemple

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

HE* d'Arbre à thé et 1 goutte **d'HE de Géranium rosat** diluées dans HV* ou de la vaseline, Cicaplast baume B5 ®ou Cicabio pommade ® 2 à 3 fois/jour (< 7 ans)

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Graphites	9 CH	3 granules de chaque 3 fois par jour
Mezereum	9 CH	

** HE = Huile essentielle ; HV = Huile végétale*

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

Surtout les **enfants entre deux et cinq ans**, mais est aussi possible chez les adultes.

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ Les **mains doivent être lavées** plusieurs fois par jour, les ongles brossés et coupés courts
- ✓ Un **bain ou une douche** doivent être pris **au moins une fois par jour** avec de l'eau savonneuse
- ✓ Des **compresses d'eau tiède**, laissées posées quelques instants aident au décollement des croûtes ou **l'application d'un corps gras** (vaseline, Cicalfate ®, Cicaplast ®…)
- ✓ Le traitement antibiotique doit être effectué **jusqu'au bout** même si ça va mieux
- ✓ Les crèmes antibiotiques s'appliquent sur **une peau préalablement nettoyée** (de l'eau savonneuse suffit) et séchée
- ✓ **Pathologie très contagieuse** : vérifier l'absence de lésions chez les frères, soeurs et les parents
- ✓ **Couvrir les lésions** avec un pansement quand l'enfant est en contact avec d'autres mais une **éviction scolaire** p-ê mise en place

L'ACNÉ

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ C'est une **maladie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé**
- ✓ L'acné est due à 3 acteurs : la **glande sébacée**, le **kératinocyte** du follicule sébacée et la bactérie ***Propionibacterium acnes***
- ✓ Son premier symptôme est **l'hyperséborrhée** touchant principalement la zone médiofaciale du visage (front, pointe du nez, menton)
- ✓ Elle se manifeste par des **lésions rétentionnelles** : point noir et microkyste et par des **lésions inflammatoires** : papule, pustule, nodule

FAUT-IL CONSULTER ?

Oui si : la forme est très étendue ou s'il y a la présence de nodules, de la fièvre et une altération de l'état général

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

En fonction de la sévérité, le traitement sera local, systémique ou les deux. Parmi les traitements locaux citons les plus utilisés:

- ✓ **PEROXYDE DE BENZOYLE 2,5%, 5% OU 10%**(*Curaspot ® disponible sans prescription médicale)* s'applique le soir
- ✓ Les rétinoïdes topiques : **ADAPALÈNE 0,1%, ISOTRÉTINOÏNE 0,05 % ET TRÉTINOÏNE 0,025% OU 0,05 %** à appl. le soir; CI* chez la femme enceinte
- ✓ Les antibiotiques : **ÉRYTHROMYCINE** et **CLINDAMYCINE**

Les principaux traitements *per os*:

- ✓ Les cyclines de 2ème génération : **DOXYCYCLINE 100MG/J et LYMÉCYCLINE 300MG/J** ; CI chez femme enceinte
- ✓ L'**ISOTRÉTINOÏNE 0,5 À 1MG/KG/J** ; CI femme enceinte
- ✓ Le **ZINC** : **30 MG/JOUR** disponible sans prescription médicale

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

HE* d'Arbre à thé p-ê utilisée pure sur un bouton à raison d'une goutte 2 fois/jour ou peut être ajoutée à une noisette de crème hydratante adaptée à l'acné
HE de citron : une goutte dans le gel moussant le soir

TRAITEMENTS EN PHYTHOTHERAPIE

Les principales plantes utilisées contre l'acné:
La bardane : 1050 à 1750 mg/jour en gélules (< 15 ans)
La pensée sauvage : 870 mg/jour en gélules (< 12 ans)
L'ortie dioïque :825 mg/jour en gélules (< 12 ans)

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Selenium metallicum 9CH Kalium bromatum 7CH Sulfur iodatum 15CH	3 granules 3 fois par jour

** CI = Contre indiquée ; HE = Huile essentielle*

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

- ✓ Les adolescents, filles et garçons : c'est **l'acné juvénile mixte**, forme majoritaire de l'acné
- ✓ La **femme adulte** de plus de 25 ans
- ✓ **Les nourrissons** (régresse spontanément)

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

Acné avec lésions inflammatoires papule/pustule

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ Les traitements locaux s'appliquent sur l'ensemble du visage et non bouton par bouton
- ✓ Prévenir du risque de décoloration des vêtements avec le peroxyde de benzoyle
- ✓ **Ne pas manipuler les lésions**
- ✓ Vérifier qu'il y a bien une contraception mise en place lors de la délivrance d'isotrétinoïne à une femme ainsi que **son carnet de suivi patiente**
- ✓ Conseiller collyres lubrifiants, lubrifiant intime, émollient pour les lèvres aux patients sous isotrétinoïne
- ✓ Dire au patient de ne pas s'allonger dans l'heure qui suit la prise de cyclines
- ✓ En fonction de la situation, conseiller les produits dermo-cosmétiques adaptés mais toujours proposer un **produit d'hygiène** et une **crème hydratante**
- ✓ Préférer un **rasage manuel** à un rasage électrique chez l'homme et éviter les lotions après rasage alcoolisées
- ✓ La plupart des traitements sont photosensibilisant donc attention à l'exposition solaire et conseiller une **photoprotection adaptée** aux peaux à tendance acnéique
- ✓ Le stress peut être un facteur favorisant : conseiller une activité sportive et de la relaxation
- ✓ Pour le maquillage, utiliser uniquement des produits non comédogènes

D'après Malbranche E., Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien, Université de Rouen, 2020

L'HERPES LABIAL

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ **Pathologie virale contagieuse** due au virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1)
- ✓ Différents facteurs peuvent entraîner une poussée d'herpès labial : **fatigue, stress, fièvre, menstruations, exposition solaire**, …
- ✓ Survient sur la lèvre externe et son contour
- ✓ Juste avant la poussée, le patient décrit des **prodromes localisés** : fourmillement, sensation de brûlure, douleur
- ✓ Commence par un **bouquet de petites vésicules** rempli d'un **liquide** qui vont se rompre pour laisser place à des **croûtes,** la lésion dure entre 8 et 15 jours

FAUT-IL CONSULTER ?

Oui si : fièvre ou douleur intense, si diffusion des vésicules au-delà des lèvres et apparition sur d'autres parties du visage (les yeux!!), si < de 6 poussées/an, si aggravation des lésions ou pas de cicatrisation après 10 jours de traitement

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

- ✓ La primo-infection (passe généralement inaperçue) touche principalement les enfants entre 6 mois et 5 ans
- ✓ Les récurrences peuvent arriver à tout âge

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

Avant tout : désinfection du bouton pour éviter une surinfection avec un antiseptique : Diaseptyl® Biseptine®…

Traitements généraux :

- ✓ **ACICLOVIR 200MG** : 1 cp 5 fois/jour pendant 5 à 10 jours *dans le cas de primo-infection herpétique*
- ✓ **VALACICLOVIR 500 MG** : 2 g 2 fois par jour sur 24h *dans le cas de récurrence herpétique*

Traitements locaux :

- ✓ **ACICLOVIR 5% crème** : à app. 5 fois/jour dès les prodromes pour de meilleurs résultats
- ✓ **DOCOSANOL 10% crème** : à app. 5 fois/jour, indiqué uniquement sur la phase de prodrome de l;'herpès

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

***HE de Ravinstara**
HE d'Arbre à thé
HE de Niaouli

< 7 ans
Peuvent être utilisées pures sur le bouton de fièvre ou ajoutées directement dans l'aciclovir crème 2 à 3 fois/jour

TRAITEMENTS EN PHYTHOTHERAPIE

Propolis en gélules 342 à 684 mg/jour < 6 ans
Echinacée en gélules 1620 mg/jour ; <12 ans
Mélisse : localement en crème ou compresses imprégnées d'infusion de mélisse

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Vaccinotoxinum 9 CH : une dose dès les 1ers symptômes

Rhus toxicodendron 5 CH
Apis mellifica 5 CH

3 granules de chaque toutes les heures le 1er jour puis 3 fois par jour

** HE = Huile essentielle*

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ En cas d'exposition solaire, protéger ses lèvres avec un **stick très haute protection**, à appliquer avec le doigt pour ne pas le contaminer
- ✓ C'est un **virus très contagieux** : bien se laver les mains après chaque contact
- ✓ Proposer un **pansement hydrocolloïde** adapté afin d'éviter les disséminations
- ✓ **Ne pas se toucher les yeux** ou les paupières après avoir touché le bouton
- ✓ **Ne pas enlever les croûtes**
- ✓ **Ne pas embrasser** (surtout les enfants en bas âge), même sur la joue jusqu'à cicatrisation complète de la lésion
- ✓ **Se tenir à distance** des personnes présentant une **dermatite atopique** (risque de Syndrome de Kaposi-Juliusberg)
- ✓ Conseiller au patient de **noter** quand il a une poussée d'herpès labial, si plus de 6 par an un traitement prophylactique est envisageable

D'après Malbranche E., Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien, Université de Rouen, 2020

LA PERLECHE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ Processus inflammatoire cutané localisé à la **commissure des lèvres**
- ✓ L'inflammation est caractérisée par des **fissures**, une **desquamation**, un **érythème** et parfois la formation de **croûtes**
- ✓ P-ê due à un excès (ou plus rarement à un manque) de production de salive, entraînant une dermatite irritative de contact. Puis, cette irritation est colonisée par des organismes commensaux
- ✓ *Candida albicans* et *S. aureus* sont alors souvent retrouvés dans cette infection : l'infection p-ê mixte

FAUT-IL CONSULTER ?

OUI si: elle s'étend sur la joue, si elle est associée à d'autres symptômes généraux (elle peut être le reflet d'une carence vitaminique ou d'un diabète par ex.) ,si elle est associée à une mycose buccale ou si elle apparaît purulente et croûteuse

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

Pas de population en priorité décrite dans la littérature.

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

Tout d'abord, proposer un **ÉMOLLIENT** : Baume lèvres Cicaplast ® ou Baume lèvres Cicalfate ® si pas d'amélioration et que les lésions ne sont pas purulentes et croûteuses:

- ✓ Crème antifongique : **ÉCONAZOLE, FENTICONAZOLE, CICLOPIROX OLAMINE** ou **SERTACONAZOLE** sont sans prescription médicale et p-ê directement conseillées à l'officine : 1 à 2 fois/jour en débordant des lésions pendant 2 à 3 semaines

Si les lésions sont purulentes et croûteuses :

- ✓ Crème antibiotique : **MUPIROCINE** ou **ACIDE FUSIDIQUE** 2 à 3 fois/jour pendant 7 jours

Des corticoïdes (**HYDROCORTISONE** ou **DESONIDE**) peuvent être aussi prescrits en association avec antifongique ou crème atb sur une courte période pour calmer l'inflammation

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

HE* d'Arbre à thé : (< 7 ans) propriétés antifongiques et antibactériennes

1 goutte 2 à 3 fois par jour pure ou diluée dans de l'huile de coco ou crème cicatrisante Cicabio ® par exemple

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Sepia Officinalis 5CH Monilia albicans 5CH Mercurius solubilis 5CH	3 granules 3 fois/jour

** HE = Huile essentielle ; HV = Huile végétale*

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ **Ne pas se lécher le pourtour des lèvres** pour rendre les lésions moins sèches : ça ne fait que retarder la cicatrisation
- ✓ Eviter le **tabac**
- ✓ Si la dermatite irritative de contact initiale est allergique (allergie au nickel dans un appareil dentaire ou alimentaire, à un cosmétique…) : **éviction de l'allergène**
- ✓ Avoir une **bonne hygiène dentaire**
- ✓ Eviter les **facteurs déclenchants une mycose buccale** : bien se rincer la bouche après la prise d'un corticoïde inhalé, faire une cure de probiotique si prise d'antibiotiques par exemple
- ✓ **Hydrater** régulièrement ses lèvres
- ✓ **Changer de brosse à dents** au début du traitement d'une perlèche
- ✓ Boire suffisament de l'eau pour **s'hydrater correctement**
- ✓ Avoir une **alimentation équilibrée** pour éviter toute carence et réduire la consommation de sucre
- ✓ Conseiller de **consulter un dentiste** pour régler correctement une prothèse dentaire (une malocclusion dentaire peut favoriser une macération salivaire)
- ✓ Procéder à un **nettoyage régulier** de sa prothèse dentaire
- ✓ **Eviter la tétine** chez les enfants (peut entraîner un excès de salive)

D'après Malbranche E., Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien, Université de Rouen, 2020

LA DERMITE SEBORRHEIQUE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ **Dermatose inflammatoire chronique** évoluant par **phases de poussées** et de **rémissions**
- ✓ Touche surtout : cuir chevelu, sillons nasogéniens, ailes du nez, sourcils, oreilles, paupières, lisière antérieure cuir chevelu, barbe et moustache chez l'homme **= zones riches en glandes sébacées**
- ✓ Se manifeste par des **plaques érythémateuses surmontées de squames jaunâtres +/- grasses**
- ✓ Les levures **Malassezia sp.** occuperaient un rôle important dans la physiopathologie de la DS
- ✓ Prurit p-ê présent, surtout au niveau du cuir chevelu et sensation de brûlure superficielle
- ✓ Stress, fatigue et période hivernale accentue les poussées

FAUT-IL CONSULTER ?

Oui si : la forme est très étendue ou très inflammatoire et si la DS entraîne la chute des cheveux

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

- ✓ Commence généralement à la puberté et à l'âge adulte, surtout chez les hommes
- ✓ Touche le nourrisson « coûtes de lait » (régresse spontanément)
- ✓ Pathologie fréquente chez les malades du VIH

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

Le traitement a 3 objectifs : - du sébum résiduel, ↘ de la colonisation fongique, lutte contre inflammation

- ✓ **KETOCONAZOLE 2%** : gel moussant en sachet à laisser poser 5 minutes sur toutes les zones atteintes : 2 fois/semaine le 1er mois puis 1 fois/semaine en entretien
- ✓ **CICLOPIROX OLAMINE crème pour la DS du visage** : non listée, 2 fois/jour pdt 2 à 4 semaines puis 1 fois/jour 1 mois et **CICLOPIROX OLAMINE shampoing** pour la DS du cuir chevelu : 2 fois/semaine pdt 4 semaines puis 1 fois/semaine en entretien à laisser poser 5 minutes
- ✓ Des dermocorticoïdes p-ê utilisés en tout début de ttt pour les formes très inflammatoires sur une courte période : **HYDROCORTISONE ou DESONIDE** parfois avec un kératolytique si bcp de squames : **DIPROSALIC lotion**
- ✓ **GLUCONATE DE LITHIUM 8% :** 2 fois/jour pdt 2 mois

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

< 7 ans

HE* de Géranium rosat
HE d'Arbre à thé
HE de Palmarosa
HE de lavande aspic

P-ê utilisées ensemble diluée dans HV*, ou seules 1 à 2 gouttes dans un shampooing extra doux ou dans un gel moussant pour visage ou dans gel aloe vera

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Viola tricolor 5CH : 5 gr. /jour en cure de 2 mois

Natrum muriaticum 7CH
Graphites 9CH

5 granules 2 fois par jour

** HE = Huile essentielle ; HV = Huile végétale*

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ Rappeler au patient que c'est une **maladie non contagieuse** mais **chronique** où la prise en charge est continue
- ✓ Le stress accentue les poussées : conseiller de pratiquer une **activité sportive** et de la **relaxation** et avoir une **bonne hygiène de vie**
- ✓ Avoir une hygiène quotidienne rigoureuse afin de limiter l'excès de sébum, si besoin se laver les cheveux quotidiennement
- ✓ Utiliser des **produits dermocosmétiques adaptés** à cette pathologie pour **l'hygiène du visage** (*ex:* Gel moussant Créaline DS+ ®) et pour **l'hydration** (*ex:* Kérium DS crème ®)
- ✓ **Ne pas utiliser de produits agressifs** pour la peau (attention aux colorations à l'ammoniac par exemple et aux lotions pour le visage alcoolisées)
- ✓ Choisir un **shampooing traitant adapté** *ex :* Kelual DS Ducray
- ✓ Conseiller un **shampoing doux** à faire entre les shampooing traitants
- ✓ **Protéger sa peau du soleil**
- ✓ Pour aider à éliminer les croûtes de lait : conseiller de **l'huile d'amande douce** à laisser poser 2 h avant de faire un shampooing
- ✓ **Ne pas retirer les croûtes de lait avec les ongles** et brosser les cheveux après chaque shampooing avec une brosse douce

D'après Malbranche E., Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien, Université de Rouen, 2020

LA ROSACEE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- ✓ **Dermatose inflammatoire chronique** évoluant par phases de poussées et de rémissions
- ✓ Elle se manifeste par des **plaques érythémateuses transitoires (flush)** puis **permanentes**, des **télangiectasies**, des **papules**, **pustules** et peut aller jusqu'à la formation de **phyma**
- ✓ Touche **joues, nez, menton et partie médiane du front** (pourtour des yeux et de la bouche sont épargnés)
- ✓ 3 facteurs en seraient à l'origine : **troubles vasculaires, prédisposition génétique et rôle du *Demodex folliculorum***

FAUT-IL CONSULTER ?

Oui si : des symptômes oculaires (la rosacée p-ê occulaire) sont également ressenti, si c'est une forme étendue ou s'il y a des papulo-pustules pour éviter que ça s'aggrave en phyma

ÇA TOUCHE SURTOUT QUI ?

- ✓ Les adultes après l'âge de 20 ans et principalement les femmes (surtout à yeux et peau clairs)
- ✓ La forme hypertrophique (donnant le plus souvent des rhinophyma) touche plutôt les hommes après 50 ans

ÇA RESSEMBLE À QUOI ?

Rosacée forme vasculaire : plaques érythémateuses et télangiectasies

Rosacée papulo-pustuleuse

LES TRAITEMENTS

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUES

En fonction du stade, le traitement sera local, systémique ou les deux.

Pour les formes vasculaires (érythrose et télangiectasies):

- ✓ **BRIMONIDINE** en gel : 1 app./jour
- ✓ Traitement **LASER** chez un dermatologue
- ✓ + règles hygiéno-diététique

Pour la rosacée papulo-pustuleuse:

- ✓ **METRONIDAZOLE** en gel, crème ou émulsion : 2f/jour
- ✓ **ACIDE AZELAIQUE** gel : 2f/jour
- ✓ **IVERMECTINE** crème : 1f/jour
- ✓ **DOXYCYCLINE** 100mg/j le soir; CI chez femme enceinte

Pour la rosacée hypertrophique:

- ✓ **ISOTRETINOINE** *per os* ou en topique
- ✓ **LASER ABLATIF** ou **CHIRURGIE**

TRAITEMENTS EN AROMATHERAPIE

HE* de Camomille noble
HE de Géranium rosat
HE de cyprès
HE d'Immortelle

Seules ou en mélange, diluée dans une HV* et appliquée localement deux fois/jour

TRAITEMENTS EN PHYTOTHERAPIE

VIGNE ROUGE (< 18 ans) : 870 mg/jour en gélules
HAMMAMELIS (< 18 ans) : 870 mg/jour en gélules
MARRONNIER D'INDE (< 18 ans): 1125 mg/jour en gélules
L'origine de la maladie étant p-ê vasculaire, on pourra conseiller des plantes à visée veinotonique

TRAITEMENTS EN HOMÉOPATHIE

Sanguinaria 9CH
Arnica montana 9CH
Pulsatilla 4 à 9CH

5 granules 2 fois par jour

** CI = Contre indiquée ; HV = huile végétale ;HE = Huile essentielle*

NOTRE CONSEIL À L'OFFICINE

- ✓ **Eviter la consommation d'aliments épicés**, de **plats et boissons très chauds**. L'**alcool** est également à **proscrire**
- ✓ Les **activités sportives intenses** sont **déconseillées**, tout comme les bains trop chauds, sauna et hammam
- ✓ **Protéger sa peau du soleil** pour ne pas la sensibiliser davantage (*ex:* Photoderm AR 50 +)
- ✓ Eviter les grosses variations de température (passage brutal du chaud au froid et inversement) et le vent
- ✓ Lorsqu'un flush apparaît : **pulvérisation d'eau thermale** ou **sucer un glaçon**
- ✓ Utiliser des produits d'hygiène et hydratants **adaptés aux peaux sensibles qui ont tendance à rougir** (*ex :* Gamme Antirougeurs ® Avène ou Créaline ® Bioderma)
- ✓ Les gommages sont à éviter, trop sensibilisant pour une peau atteinte de rosacée
- ✓ Conseiller un maquillage thérapeutique si le patient souffre de son image : stick correcteur vert
- ✓ C'est une maladie chronique : encourager le patient à être bien observant dans son traitement

D'après Malbranche E., Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien, Université de Rouen, 2020

CONCLUSION

Nous avons donc vu que le pharmacien est un acteur de santé de proximité qui a un vrai rôle à jouer en dermatologie puisque de nombreuses classes médicamenteuses y sont représentées : antibiotiques, antifongiques, antiviraux, dermocorticoïdes… associées ou non entre elles. Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé, doit s'assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient ainsi que du bon usage des médicaments.

La dermatologie est un domaine où aromathérapie, phytothérapie et homéopathie ont toutes leur place, puisqu'elles se révèlent être très efficaces pour traiter les pathologies cutanées. De plus, grâce au large choix de produits dermocosmétiques se trouvant dans les officines il est facile de conseiller des produits adaptés à l'hygiène, à l'hydratation et même du maquillage thérapeutique afin que les patients puissent vivre au mieux leur pathologie. Cependant, il reste parfois difficile d'adapter le bon produit à la bonne pathologie et de bien distinguer les différentes pathologies cutanées rencontrées quotidiennement au comptoir. D'autant plus, que la dermatologie est une spécialité complexe où le pharmacien n'a pas toujours les connaissances nécessaires pour répondre aux interrogations des patients.

Ainsi, ce travail de thèse a pour objectif d'aider les pharmaciens à reconnaître les principales dermatoses touchant le visage, donner les conseils adéquates à ces pathologies et choisir ce qu'il sera adapté dans notre arsenal thérapeutique. Mais, il est aussi nécessaire de savoir déceler les facteurs aggravants ou les sujets à risques afin de les orienter rapidement vers le médecin si besoin.

Le travail d'arbre décisionnel et de fiches synthétiques sont là pour récapituler ce travail qui, je l'espère, sera utile. Et pourquoi pas, amener à la discussion de dispensation protocolisée dans le domaine dermatologique pour certaines des pathologies présentées ici.

BIBLIOGRAPHIE

Ameli. Bouton de fièvre : que faire ? [Internet]. 2019 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/herpes-labial/que-faire-cas-faut-consulter

ANSM. RCP Augmentin [Internet]. 2020a [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66053338&typedoc=R

ANSM. RCP Cloxacilline [Internet]. 2020b [cité 9 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65542326&typedoc=R

ANSM. RCP de la Fucidine 2% crème [Internet]. 2020c [cité 9 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60330586&typedoc=R

ANSM. RCP de l'Auréomycine MONOT 3 POUR CENT [Internet]. 2020d [cité 9 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69520658&typedoc=R

ANSM. RCP du Mupiderm 2% [Internet]. 2020e [cité 9 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69265691&typedoc=R

ANSM. RCP Fucidine [Internet]. 2020f [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61051721&typedoc=R

ANSM. RCP Pyostacine [Internet]. 2020g [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63728481&typedoc=R

Bartczak S. Soulager l'acné par les plantes - Page 2 [Internet]. Le Point. 2014 [cité 24 mai 2020]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/sante/soulager-l-acne-par-les-plantes-03-02-2014-1787250_40.php

Baudoux D, Breda ML. Huiles essentielles chémotypées. Amyris. 2018. (Aromathérapie scientifique).

Baumann V. Acné rosacée, quelles solutions en homéopathie [Internet]. Homeophyto. 2013 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur : https://www.homeophyto.com/lacne-rosacee

Baumann V. Traiter l'herpès labial avec l'homéopathie [Internet]. Homeophyto. 2015 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur : https://www.homeophyto.com/traiter-lherpes-labial-avec-lhomeopathie

Boudghène-Stambouli O. Impétigo - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. 2012 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1163&lang=fr#paragraphe-1

De la Charie T. Se soigner par les huiles essentielles. Pourquoi et comment ça marche ? Editions du Rocher; 2019.

Chosidow O, Maurette C, Dupuy P. Randomized, open-labeled, non-inferiority study between ciclopiroxolamine 1% cream and ketoconazole 2% foaming gel in mild to moderate facial seborrheic dermatitis. Dermatol Basel Switz. 2003;206(3):233‑40.

Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis. Am Fam Physician. 1 févr 2015;91(3):185‑90.

Clere N. L'acné, conseils et prise en charge officinale | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2012 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0515370012711710?token=EF17148249904C9AF66D0D6A53FD9D11DB21C1AA61708E429B20AA0FEFCA127DE58FFA4195BADC52FA815307BCD37815

Crickx B. Structures des annexes cutanées. In: Comprendre la peau. 2005. (Ann Dermatol Venereol).

Dreno B, Blouin E, Moyse D, Bodokh I, Knol AC, Khammari A. Acne in Pregnant Women: A French Survey [Internet]. 2014 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: http://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-1594

Dubertret L. PEAU, L'hypoderme - Encyclopædia Universalis [Internet]. 2020 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/peau/4-l-hypoderme/

Dupin N. Poste 109 - UE 4 Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2018 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur : https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0151963818300139?token=892EC2BA2D84F381ED454567C949FE4442F7CC4B60CEA4AE76A4BC90F2159EED17BDE3F70A7D1DB96D09E6856A0EF149

Dupin N, Cribier B, Vabres P, Ludovic M. Psoriasis. In: Dermatologie. Elsevier Masson. 2017. (Les références des collèges).

Dupin N, Cribier B, Vabres P, Martin L. Dermatite (ou eczéma) atopique. In: Dermatologie. Elsevier Masson. 2017. (Les références des collèges).

Eymard J. Traiter la perlèche par homéopathie [Internet]. 2017 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur : https://saintesante.com/homeopathie/maladies-traitees/troubles-cutanes/perleche-et-homeopathie

Faure S. Médicaments de l'acné. Wwwem-Premiumcomdatarevues05153700v53i538S0515370014002663 [Internet]. 6 sept 2014 [cité 6 nov 2019] ; Disponible sur : https://www.em-premium.com/article/921773/resultatrecherche/12

Federico JR, Basehore BM, Zito PM. Angular Chelitis [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536929/

Ferdowsian HR, Levin S. Does diet really affect acne? Skin Ther Lett. Mars 2010 ;15(3):1‑2, 5.

Galan G, Bontemps F. La rosacée. Le moniteur des pharmacies Formation. 13 févr 2010;(2817).

Geissler SE, Michelsen S, Plewig G. Very low dose isotretinoin is effective in controlling seborrhea. J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG. déc 2003;1(12):952‑8.

Ghodsi SZ, Orawa H, Zouboulis CC. Prevalence, Severity, and Severity Risk Factors of Acne in High School Pupils: A Community-Based Study. J Invest Dermatol. 1 sept 2009 ;129(9) :2136‑41.

Guide HPCI. Perlèche (ou chéilite angulaire) [Internet]. Guide HPCI. 2018 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur : https://guide.hpci.ch/perleche-cheilite-angulaire/

HAS C de la transparence. Commission de la Transparence, avis aciclovir [Internet]. 2018 [cité 26 juin 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15632_ZOVIRAX_PISRI_Avis%201_CT15632.pdf

Horvilleur A. Guide familial de l'homéopathie. Hachette. Paris, France; 1981. (Le livre de poche pratique).

Humbert P. Le Parkinson, une maladie à expression dermatologique [Internet]. 2016 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : http://jird.info/wp-content/uploads/2017/01/QF_9.pdf

Jansen T. Formes cliniques et classification de la rosacée. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 sept 2011;138:S138‑47.

Lamassiaude-Peyramaure S. L'acné, des alternatives naturelles à conseiller à l'offi cine | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2009 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0515370009703854?token=E1D13876FA16720660F2DDEBEA80C12F7606F1A5F2774990E80C4A61067A094E7C5833CD701D23810DBBB1B37CEA1A47

Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant. Perfect En Pédiatrie. mars 2018;1(1):25‑31.

Laurent R. Herpès. EMC Elsevier SAS Paris Traité Médecine Akos. 2005;(2‑0697).

Leroux S. Impétigo : le coup de pouce de l'aromathérapie ! [Internet]. Pharmacien Giphar. 2016 [cité 31 mai 2020]. Disponible sur : https://www.pharmaciengiphar.com/maladies/maladies-peau/impetigo/impetigo-coup-pouce-aromatherapie

Libon F, Cavalier E, Nikkels AF. LA VITAMINE D ET LA PEAU. Rev Med Liège. 2013;7.

Malkin J, Morand P, Malvy D, Ly T, Chanzy B, de Labareyre C, et al. Seroprevalence of HSV-1 and HSV-2 infection in the general French population. Sex Transm Infect. juin 2002;78(3):201‑3.

Mantoux F, Ortonne J-P. Physiologie du système pigmentaire. EMC - Dermatol. janv 2006 ;1(1) :1‑10.

Melissopoulos A, Levacher C. La peau, Structure et physiologie. 2ème edition. Paris, France : Lavoisier ; 2012.

Moreddu F. Le conseil associé Tome 1 : à une ordonnance. Le moniteur des pharmacies. 2015. (Pro-officina).

Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. N Engl J Med. 22 janv 2009 ;360(4) :387‑96.

Netgen. Le flushing, impudique symptome [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2000 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2290/20378

Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2011 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur : https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-289/Dermite-seborrheique-manifestations-cliniques-et-prise-en-charge

Nikkels AF, Piérard GE. L'HERPÈS LABIAL RÉCIDIVANT Comment traiter et prévenir au mieux. Rev Med Liege. 2006; 61:5-6:442-447:6.

Oza N, Doshi JJ. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. Indian J Dent Res. 11 janv 2017;28(6):661.

Radan C. L'acné, de l'hygiène au camouflage | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2017a [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S051537001730469X?token=865D3DB0A2C160C71B303A527D124606C90EF110184DA7BC8F559B19B0966FDD61CDE9B93CA1FED63FF4F129EE78EFBB

Radan C. Les pathologies cutanées infectieuses. Actual Pharm. 1 janv 2017b ;56(562) :47‑9.

Saint-Jean M, Dreno B. Acné. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-66931 [Internet]. 31 mai 2016 [cité 13 avr 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1059083/resultatrecherche/20
Samimi M. Chéilites : orientation diagnostique et traitement. Presse Médicale. 1 févr 2016;45(2):240‑50.

Shakeri A, Sahebkar A, Javadi B. Melissa officinalis L. – A review of its traditional uses, phytochemistry and pharmacology. J Ethnopharmacol. 21 juill 2016;188:204‑28.

Simon M, Reynier M. L'EPIDERME, UNE BARRIERE SUR TOUS LES FRONTS [Internet]. https://biologiedelapeau.fr. 2016 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: http://biologiedelapeau.fr/spip.php?article84

Staumont D. la dermatite atopique [Internet]. dermato-info.fr. 2019 [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique

Stoopler E, Nadeau C, Sollecito T. Comment gérer un patient atteint de chéilite angulaire? | jcda [Internet]. 2013 [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: https://jcda.ca/article/d68

Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. Br J Dermatol. 2015 ;172(S1) :3‑12.

Theriaque. Monographie Mirvaso [Internet]. 2020a [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : https://www.theriaque.org/apps/monographie/index.php?type=SP&id=32177

Theriaque. Monographie Rozex 0,75% [Internet]. 2020b [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.theriaque.org/apps/monographie/index.php?type=SP&id=33434&info=POSO

TROUCHE F. la couperose et la rosacée [Internet]. dermato-info.fr. 2019 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-couperose-et-la-rosac%C3%A9e?fbclid=IwAR2JHjHUquf7PYG04zyKKdyVqiZOLPcm7XkrP5vzAyMxcuavpjpAB10h8j4

Valladeau J. Les cellules de Langerhans. médecine/sciences. Févr 2006 ;22(2) :144‑8.

VIDAL. VIDAL - Acné - Traitements [Internet]. 2020a [cité 16 mai 2020]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1504/acne/traitements/#d1038e278

VIDAL. VIDAL - Impétigo de l'enfant - Diagnostic [Internet]. 2020b [cité 26 mars 2020]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/3525/impetigo_de_l_enfant/diagnostic/

VIDAL. VIDAL - Impétigo de l'enfant - Prise en charge [Internet]. 2020c [cité 5 avr 2020]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/3525/impetigo_de_l_enfant/prise_en_charge/

VIDAL. VIDAL - Impétigo de l'enfant - Traitements [Internet]. 2020d [cité 5 avr 2020]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/3525/impetigo_de_l_enfant/traitements/#d4817e183

VIDAL Reco. VIDAL - Herpès cutanéomuqueux - Traitements [Internet]. 2020 [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1479/herpes_cutaneomuqueux/traitements/#d565e314

Viguier M, Beylot-Barry M, Ly S. le psoriasis [Internet]. dermato-info.fr. 2019 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis

WEBER I. Rosacée [Internet]. 2013. Disponible sur : https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1292#biblio

Yildirim A, Duran GG, Duran N, Jenedi K, Bolgul BS, Miraloglu M, et al. Antiviral Activity of Hatay Propolis Against Replication of Herpes Simplex Virus Type 1 and Type 2. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 9 févr 2016;22:422‑30.

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.

MALBRANCHE Elodie

Les principales dermatoses du visage : Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien

Th. D. Pharm., Rouen, 2020, 169 p.

RESUME

Il est assez courant à l'officine d'avoir des demandes en dermatologie : « Regardez ce que j'ai là ? Vous savez ce que c'est ? Vous auriez une crème que je puisse mettre dessus ? ».
C'est pour répondre plus aisément à cette question, que ce travail s'est concentré sur les principales dermatoses que l'on peut rencontrer sur le visage : impétigo, acné, herpès labial, perlèche, dermatite séborrhéique et rosacée.
Pour chacune d'entre elles, après avoir rappelé leurs physiopathologies et principaux traitements médicamenteux, nous étudions les alternatives naturelles (aromathérapie, phytothérapie et homéopathie) et les conseils que nous pouvons apporter à l'officine. En allant des conseils hygiéno-diététiques jusqu'aux conseils dermocosmétiques.
Certaines de ces pathologies présentent des caractéristiques communes, pouvant parfois prêter à confusion. L'arbre décisionnel est là pour permettre au pharmacien d'essayer de les distinguer et de diriger si nécessaire le patient vers une consultation médicale ou de proposer une prise en charge adaptée à l'officine si celle-ci le permet. Des fiches synthétiques sont réalisées afin d'aider rapidement le pharmacien à délivrer conseils et produits adaptés une fois la pathologie identifiée.

MOTS CLES : dermatologie – officine – pharmacien – conseil – visage – fiche synthétique – arbre décisionnel

---

JURY

Présidente : **Mme SKIBA Malika, Maître de Conférence des universités**

Membres : **Mme BERTOUX Caroline, Professeur associé**
Mme MAITRE Amandine, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 10 novembre 2020