



**HAL**  
open science

# Dermatoses de l'adulte : rôle et conseil du pharmacien dans la prise en charge des pathologies les plus courantes

Nolwenne Torrente

► **To cite this version:**

Nolwenne Torrente. Dermatoses de l'adulte : rôle et conseil du pharmacien dans la prise en charge des pathologies les plus courantes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03373044

**HAL Id: dumas-03373044**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03373044>**

Submitted on 11 Oct 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.

**U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

Année 2022

Thèse n°1

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par TORRENTE Nolwenne

Née le 4 Juillet 1995 à Arcachon

Le 3 Septembre 2021

**Dermatoses de l'adulte : rôle et conseil du pharmacien  
dans la prise en charge des pathologies les plus  
courantes**

Sous la direction de Françoise AMOUROUX

Membres du jury :

M. GUILLON Jean  
Mme. AMOUROUX Françoise  
M. LEVET Guillaume

Président, Professeur à l'Université de Bordeaux  
Directeur, Docteur en Pharmacie  
Membre du jury, Docteur en Pharmacie

## Remerciements

A Monsieur **Jean Guillon**,

Je vous remercie de nous faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre enseignement durant ces années d'études de pharmacie, la chimie organique et le tutorat n'auraient pas eu le même attrait sans vous. Avoir fait partie de vos étudiants fut un réel plaisir. Recevez dans ce travail le témoignage de mon profond respect.

A Madame **Françoise Amouroux**,

Un grand merci pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et pour faire partie de ce jury, pour votre disponibilité, votre bienveillance, vos encouragements et pour le temps que vous m'avez accordé. Merci également pour votre pédagogie et votre investissement auprès de la filière Officine durant ces dernières années. Vous trouverez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur **Guillaume Levet**,

Merci de faire partie de ce jury, mais surtout un grand merci pour m'avoir transmis votre passion et vos connaissances pour ce métier. Merci de m'avoir fait confiance et de continuer à le faire aujourd'hui. Vous êtes un véritable exemple. Soyez assuré de ma profonde estime.

A ma **Maman**,

A qui je dédie ce travail. Je te remercie de m'avoir soutenue et supportée, pour ton écoute et ton réconfort sans faille. Ces études ont été longues et parfois très difficiles mais tu as toujours cru en moi et je t'en remercie sincèrement. Merci pour tout l'amour que tu me portes au quotidien. Je t'aime.

A mes grands-parents, **Pépé et Mémé**,

Merci pour tout ce que vous êtes et représentez pour moi. Merci pour votre soutien et votre dévouement indéfectible. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous.

A **Sébastien**,

Merci d'avoir croisé ma route et de partager mon quotidien depuis presque 6 ans. Pour tout l'amour que tu me portes chaque jour, pour ton soutien, ta patience, ton humour, notre complicité et j'en passe. Un immense merci d'être la personne que tu es et de m'apporter autant. J'ai hâte de réaliser avec toi un tas de nouveaux projets. Je t'aime.

Aux filles, **Elodie, Mélanie et Camille,**

Mon noyau dur. Sans vous, ces années de fac n'auraient pas été les mêmes, vous les avez rendu plus belles. Merci pour tous ces moments partagés ensemble et aux nombreux à venir. Vous êtes de vraies amies.

A mon petit frère, **Ugo,**

Merci d'être toi, je suis fière de ce que tu deviens et je serais toujours là pour toi.

A mes **amis,**

De la faculté, à la team officine et aux autres, merci pour tous ces moments partagés et ces soirées inoubliables.

A ma **famille,**

Pour tous ces moments passés ensemble, et votre soutien. Merci d'avoir grandi à vos côtés.

A ma **belle-famille,**

Merci de m'avoir fait sentir à ma place dès le premier jour, pour votre accueil si chaleureux, votre générosité et votre bienveillance. Un grand merci.

A l'équipe de la **Pharmacie du Littoral,**

Cette pharmacie où j'ai débuté avec mon premier stage en officine, et qui m'accueille à nouveau aujourd'hui depuis plus d'un an. Merci de m'accompagner pour ces premiers pas en tant que jeune pharmacien, c'est à vos côtés que j'ai tout appris, et où je continue d'apprendre un peu plus chaque jour.

Je remercie également l'ensemble du corps enseignant de la Faculté de Pharmacie de Bordeaux pour la connaissance et le savoir qu'ils nous ont fait partager.

Aux pharmacies et équipes avec lesquelles j'ai pu travailler.

A tous ceux qui ont croisé mon chemin au cours de ces 6 années d'études.

A ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce que je suis aujourd'hui.

*« De par l'étendue de leurs connaissances, les pharmaciens sont parmi les rares personnes à pouvoir appréhender l'ensemble du monde réel ».*

*Pierre-Gilles DE GENNES, Prix Nobel de Physique de 1991*

# Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières.....	6
Index des Figures .....	8
Liste des abréviations .....	12
Introduction.....	13
<b>Partie I : Généralités et fonctions de la peau .....</b>	<b>14</b>
<b>I. Structure de la peau.....</b>	<b>15</b>
A. L'épiderme.....	15
B. Le derme.....	17
C. L'hypoderme.....	17
<b>II. Les fonctions de la peau.....</b>	<b>17</b>
<b>III. Les annexes de la peau .....</b>	<b>18</b>
A. Les glandes.....	18
B. Les phanères .....	19
<b>IV. Microbiote cutané et pH de la peau .....</b>	<b>19</b>
<b>V. Facteurs influençant la qualité de la peau .....</b>	<b>20</b>
A. Facteurs endogènes .....	20
B. Facteurs exogènes.....	21
<b>VI. Les différents types de peau .....</b>	<b>22</b>
A. La peau normale.....	22
B. La peau sèche.....	22
C. La peau grasse.....	24
D. La peau mixte.....	25
<b>VII. Déterminer son type de peau .....</b>	<b>27</b>
<b>VIII. États de la peau .....</b>	<b>28</b>
A. Peau sensible .....	28
B. Peau déshydratée.....	28
C. Peau mature .....	29
D. Peau acnéique.....	29
<b>Partie II : Intérêt des règles d'hygiène et soins dermo-cosmétologiques .....</b>	<b>30</b>
<b>I. Les différents produits dermatologiques disponibles en pharmacie.....</b>	<b>32</b>
A. Les différentes formes galéniques .....	32
B. Les produits d'hygiène.....	34
<b>II. Les composants à privilégier pour une peau en bonne santé.....</b>	<b>35</b>
<b>Partie III : Dermatoses pouvant être prises en charge par le pharmacien .....</b>	<b>37</b>
<b>I. Dermatoses inflammatoires.....</b>	<b>38</b>
A. L'acné.....	38
B. L'urticaire.....	48
C. La lucite estivale bénigne.....	55
D. La dermatite atopique, dermite atopique ou eczéma atopique de l'adulte .....	61
E. L'eczéma de contact.....	68
F. Le psoriasis.....	73
<b>II. Dermatoses infectieuses.....</b>	<b>79</b>
➤ <i>Infections bactériennes</i> .....	79
A. Le furoncle .....	79

➤	<i>Infections virales</i> .....	84
A.	L'herpès labial ou bouton de fièvre .....	84
B.	La verrue .....	89
➤	<i>Infections fongiques</i> .....	95
A.	Le pied d'athlète.....	95
B.	La candidose vaginale ou mycose vulvaire/vaginale .....	99
➤	<i>Infections parasitaires</i> .....	104
A.	Les poux, Pédiculose de la tête .....	104
B.	La gale commune, Scabiose .....	108
<b>III.</b>	<b>Atteintes des phanères</b> .....	<b>115</b>
A.	L'onychomycose ou mycose des ongles .....	115
B.	Le panaris.....	119
C.	La dermatite ou dermatite séborrhéique du cuir chevelu.....	122
<b>IV.</b>	<b>Hyperkératoses</b> .....	<b>130</b>
A.	Le cor au pied.....	130
B.	Le durillon .....	130
C.	L'œil de perdrix .....	131
<b>V.</b>	<b>Piqûres</b> .....	<b>135</b>
A.	La punaises de lit.....	135
B.	La piqure de guêpe ou d'abeille.....	140
C.	La morsure de tique .....	144
<b>VI.</b>	<b>Autres pathologies</b> .....	<b>149</b>
A.	Brûlures cutanées.....	149
B.	Cicatrices.....	160
<b>Conclusion</b> .....	<b>168</b>	
<b>Annexe</b> .....	<b>169</b>	
<b>Bibliographie</b> .....	<b>175</b>	

## Index des Figures

Figure 1 : Structure de la peau (Microbiologie médicale, la flore cutanée).....	15
Figure 2 : L'ascension des cellules de l'épiderme (Peau dites adieu aux soucis, Sylvie Poulet et Émilie Hébert, Mango éditions) .....	16
Figure 3 : Les annexes de la peau (Cosmeticofficine, les annexes cutanées) .....	18
Figure 4 : Schéma simplifié d'un ongle (KBF Dermatologie, consultation des maladies de l'ongle) .....	19
Figure 5 : Peau dite normale (Eucerin les types de peau).....	22
Figure 6 : Peau sèche (Eucerin).....	23
Figure 7 : Peau grasse (Eucerin).....	24
Figure 8 : Peau mixte .....	25
Figure 9 : Tableau récapitulatif des différents types de peau .....	27
Figure 10 : Choix de la forme galénique en fonction de la sécheresse de la peau.....	33
Figure 11 : Les lésions de l'acné (ASFODER) .....	39
Figure 12 : Lésions acnéiques (SVR) .....	39
Figure 13 : Les lésions caractéristiques de l'acné [18] .....	40
Figure 14 : Acné inflammatoire, nodules (Dermato-info) .....	40
Figure 15 : Les différents types d'actifs retrouvés dans les produits dermocosmétologiques pour les peaux acnéiques [22] .....	46
Figure 16 : Urticaire de contact, de type lésions annulaires, au latex.....	50
Figure 17 : Urticaire superficielle, à contours limités .....	50
Figure 18 : Urticaire superficielle en petites plaques sur l'avant-bras.....	50
Figure 19 : Urticaire superficielle confluyente en grandes plaques .....	51
Figure 20 : Dermographisme .....	51
Figure 21 : Lucite estivale bénigne, éruption (Atlas de Dermatologie).....	55
Figure 22 : Lucite estivale bénigne, Photodermatose (Dermis.net et Jean Claude Beani) ....	56
Figure 23 : Photodermatose lors d'une cueillette (Atlas de Dermatologie) .....	56
Figure 24 : Mécanisme de formation des CPD.....	59
Figure 25 : Mécanisme de formation des 6-4PP .....	59
Figure 26 : Photoproduits induits dans l'ADN par les rayonnements UV [33] .....	59
Figure 27 : Dermato-info .....	60
Figure 28 : Xérose cutanée (Fondation Eczéma) .....	62
Figure 29 : Épaississement de la peau (Fondation Eczéma).....	62
Figure 30 : Dermatite Atopique des doigts et du pli du coude (Atlas de Dermatologie professionnelle).....	63
Figure 31 : Dermatite Atopique du dos et du genou (Atlas de Dermatologie, Dermis.net) ...	63
Figure 32 : Dermatite Atopique localisée au niveau du cou et du décolleté .....	63
Figure 33 : Dermatite atopique en phase de suintement (croûte et vésicule) (Fondation eczéma).....	64
Figure 34 : Dermatite atopique sévère avec lésions de grattage ulcérées (Atlas de Dermatologie).....	64
Figure 35 : Tableau des principaux produits dermocosmétiques adaptés au traitement de la Dermatite Atopique.....	67
Figure 36 : Eczéma du cou par allergie à l'un des composants d'un vernis (Fondation dermatite atopique).....	70

Figure 37 : Dermatitis atopique allergique des mains et poignets causée par le port de gants en latex (Atlas de Dermatologie).....	70
Figure 38 : Eczéma de contact au nickel d'une boucle d'oreille (Fondation dermatite atopique) .....	71
Figure 39 : Dermatitis de contact allergique au Nickel (Atlas de Dermatologie).....	71
Figure 40 : Dermatitis de contact allergique à une cire épilatoire chez une esthéticienne (Atlas de Dermatologie).....	71
Figure 41 : Dermatitis de contact à un colorant capillaire, chez un coiffeur (Atlas de dermatologie).....	71
Figure 42 : Dermatitis d'irritation de contact chez un technicien (due aux frottements des vêtements de travail insuffisamment rincés (lessive irritante) .....	71
Figure 43 : Psoriasis en plaques du bras (Depositphotos).....	74
Figure 44 : Psoriasis vulgaire (Dermis.net) .....	74
Figure 45 : Plaques de Psoriasis sur le genou (Microbiome cutané, A. Souissi).....	74
Figure 46 : Plaques de psoriasis sur les coudes .....	74
Figure 47 : Tableau des principaux produits dermocosmétiques adaptés au traitement du Psoriasis.....	77
Figure 48 : Folliculite superficielle sur le fessier (Dermato-info).....	80
Figure 49 : Papulo-pustule inflammatoire centrée sur un poil [56] .....	80
Figure 50 : Furoncle : élimination du follicule sous forme de bourbillon jaunâtre [57] .....	80
Figure 51 : Infection du follicule pilo-sébacée évoluant vers un bourbillon (Atlas-Dermato) .....	80
Figure 52 : Furoncle dans le cas d'une Staphylococcie de la face [58] .....	81
Figure 53 : Complication d'un furoncle en anthrax et en abcès (Dermato-info).....	81
Figure 54 : Tableau récapitulatif des différents stades de l'Herpes labial [60–62] .....	87
Figure 55 : Myrmécie plantaire, [66][67] .....	90
Figure 56 : Verrue en mosaïque,[64].....	90
Figure 57 : Verrues vulgaires, [68] .....	91
Figure 58 : Verrues planes (Dermato-info).....	91
Figure 59 : Verrue filiforme (Dermato-info) .....	91
Figure 60 : Pied d'athlète dans la région interdigitale des orteils (Dermis.net).....	96
Figure 61 : Mycose interdigitale du pied, [70].....	96
Figure 62 : Zones d'application du Lamisilate monodose, [71] .....	97
Figure 63 : Pou de tête, [78,79] .....	104
Figure 64 : Lente translucide vide, [78] .....	105
Figure 65 : Irritation dans la nuque résultante de la présence de poux, [78] .....	105
Figure 66 : Sarcopte creusant sa galerie dans l'épiderme humain, [84].....	109
Figure 67 : Sillon creusé par une femelle Sarcopte, [85].....	110
Figure 68 : Gale de la main (Atlas de Dermatologie) .....	110
Figure 69 : Vésicules perlées, sillons et pustules, Dermato-info .....	110
Figure 70 : Lésions typiques des espaces interdigitaux avec des vésicules (Le Quotidien du Pharmacien) .....	111
Figure 71 : Nodules scabieux, [85] .....	111
Figure 72 : Gale des mains et des avant-bras (Atlas de Dermatologie) .....	111
Figure 73 : Atteinte distale de la tablette (Dermis.net) .....	116
Figure 74 : Granulations de kératine sur vernis à ongles, [87] .....	116
Figure 75 : Panaris au stade inflammatoire, [94].....	120
Figure 76 : Panaris péri-unguéal au stade d'abcès, [93] .....	120

Figure 77 : Panaris pulpaire, avec œdème ne dépassant pas le pli interphalangien distal, [93]	121
Figure 78 : Dermite séborrhéique rétro-auriculaire, [98]	123
Figure 79 : Desquamation et formation de pellicules, [99] [100]	124
Figure 80 : Psoriasis du visage (plaques localisées, avec squames de petites tailles), [99]	124
Figure 81 : Dermite séborrhéique du visage, [101]	125
Figure 82 : Eczéma de contact (photo à gauche) et Eczéma atopique du visage (photo du milieu et de droite), [101]	125
Figure 83 : Tableau récapitulatif des principaux shampoings indiqués dans la DS	127
Figure 84 : Tableau récapitulatif des principaux produits dermocosmétiques indiqués dans la DS	127
Figure 85 : Infochirped	130
Figure 86 : Cor au pied (MSD)	130
Figure 87 : Durillons, [104]	131
Figure 88 : Œil de perdrix (Institut aquitain du pied)	131
Figure 89 : Punaise de lit	135
Figure 90 : Réaction érythémateuse de piqure de punaises	136
Figure 91 : Excréments de punaise retrouvés sur un matelas	137
Figure 92 : Découverte de punaises et de cuticules	137
Figure 93 : Puce et morsures de puce, [109]	139
Figure 94 : Une abeille (à gauche) et une guêpe (à droite)	140
Figure 95 : Le dard de l'abeille se fige dans la peau en arrachant l'abdomen de l'insecte, [112]	140
Figure 96 : Piqure de guêpe (Dermatonet)	141
Figure 97 : Angio- œdème (œdème sévère allergique de la face et des lèvres) suite à une piqure de guêpe, [113]	141
Figure 98 : Morsure de tique	145
Figure 99 : Érythème migrant suite à une morsure de tique	145
Figure 100 : Extraction d'une tique avec un tire tique (FFMVT)	146
Figure 101 : Tableau récapitulatif des piqures et/ou morsures les plus fréquemment rencontrées	148
Figure 102 : Destruction de l'épiderme, la membrane basale reste épargnée	149
Figure 103 : Destruction totale de l'épiderme et d'une partie du derme, atteinte de la membrane basale et des vaisseaux nourriciers.	149
Figure 104 : différencier une brûlure de 2nd degré, (Brûlure.fr)	150
Figure 105 : Phlyctène signant la présence d'une brûlure de 2nd degré, [120]	150
Figure 106 : Destruction de tout l'épiderme, du derme et atteinte de l'hypoderme, associée ou non à une destruction musculaire ou osseuse	150
Figure 107 : Brûlure du 1er degré sur le cou et le décolleté, (Dermis.net) [121]	151
Figure 108 : Brûlure de 2ème degré superficiel, [122]	151
Figure 109 : Brûlure de 2ème degré profond, [123]	151
Figure 110 : Brûlures de second et de 3ème degré par ébouillement ( Dermis.net)	151
Figure 111 : Règle des 9 de Wallace (Osmo-soft.com)	152
Figure 112 : Tableau classant les différents types de pansements	159
Figure 113 : Étapes de la cicatrisation	160
Figure 114 : Cicatrice atrophique, [129]	162
Figure 115 : Cicatrices atrophiques d'acné (Dermatologie, Saint-Jean M. ; Dreno B)	162

Figure 116 : Cicatrices d'acné, (Eucerin acné et cicatrices).....	162
Figure 117 : Cicatrice hypertrophique, [129].....	163
Figure 118 : Cicatrice hypertrophique (Dermato-info, Dermis.net) .....	163
Figure 119 : Cicatrice chéloïde, [129] .....	164
Figure 120 : Cicatrice chéloïde sur piercing (Dermato-info).....	164
Figure 121 : Masser une cicatrice en 4 étapes (Uriage) .....	166
Figure 122 : Érysipèle (Dermatonet) .....	169
Figure 123 : Roséole infantile .....	169
Figure 124 : Rougeole .....	169
Figure 125 : Rubéole (Dermatonet) .....	170
Figure 126 : Intertrigo inguinal (Atlas dermatologie).....	170
Figure 127 : Télangiectasie, [132] .....	170
Figure 128 : Angiome plan du visage .....	170
Figure 129 : Purpura (msdmanuals) .....	171
Figure 130 : Pityriasis versicolor (Atlas de dermatologie).....	171
Figure 131 : Vitiligo.....	171
Figure 132 : Photo allergie suite à la prise d'un anti-inflammatoire par voie orale (Dermatologie free).....	171
Figure 133 : Rosacée (Dermato-info) .....	172
Figure 134 : Nævus (msdmanuals).....	172
Figure 135 : Xanthomes sur paupières (Dermatonet).....	172
Figure 136 : Zona : vésicules en bouquet (Dermatonet).....	172
Figure 137 : Molluscum contagiosum .....	173
Figure 138 : Varicelle (Dermato-info).....	173
Figure 139 : Vésicules du Pieds-Mains-Bouche (msdmanuals) .....	173
Figure 140 : Dyshidrose avec vésicules palmoplantaires (Dermatologie free) .....	173
Figure 141 : Réaction au Kétoprofène.....	174
Figure 142 : Anthrax (Dermato-info).....	174
Figure 143 : Pustules d'acné (msdmanuals) .....	174

## Liste des abréviations

**UV** : Ultra-Violet  
**mm** : millimètres  
**EPA** : Acide Eicosapentaénoïque  
**DHA** : Acide Docosahexaénoïque  
**ALA** : Acide Gras Linoléique  
**AGE** : Acide Gras Essentiel  
**SPF** : Sun Protection Factor  
**pH** : Potentiel Hydrogène  
**Ac** : Anticorps  
**IgE** : Immunoglobine E  
**PP** : Pellagra Preventing  
**mg** : milligrammes  
**ml** : millilitres  
**AINS** : Antiinflammatoire Non Stéroïdien  
**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente  
**H1** : histaminique 1  
**H2** : histaminique 2  
**kg** : kilogrammes  
**DA** : Dermatite Atopique  
**HSV** : Herpès Simplex Virus  
**cm** : centimètres  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**IEC** : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion  
**CMC** : Carboxyméthylcellulose

## Introduction

La peau est un sujet vaste et complexe ; les demandes d'avis et de conseils en Dermatologie sont nombreux à l'officine. Le pharmacien est très fréquemment sollicité pour son expertise concernant les dermatoses du quotidien.

En effet, le pharmacien, acteur de santé de proximité, est un professionnel de santé disponible, accessible, ne nécessitant pas de prise de rendez-vous et à travers lequel les patients ont confiance.

De plus, le délai pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue est bien souvent très long (plusieurs mois), c'est aussi pour cela que les patients sont de plus en plus demandeurs de conseils à l'officine.

L'objectif de ce travail est de fournir toutes les clés afin de mieux orienter les patients et pouvoir traiter les problèmes « bénins », et ainsi désengorger l'accès aux consultations dermatologiques quand cela n'est pas indispensable. Il s'agit donc ici, de présenter un outil utile et pratique dans l'usage de produits dermatologiques et dermocosmétiques au quotidien, afin d'appuyer et de renforcer le conseil du pharmacien et de l'équipe officinale.

Il est cependant important de rappeler que le rôle du pharmacien n'est pas de poser un diagnostic, mais il se doit de savoir reconnaître les lésions élémentaires et les principales caractéristiques des dermatoses les plus courantes. Identifier ses limites fait également partie intégrante du conseil.

Ce travail a pour but de traiter de façon non exhaustive les pathologies dermatologiques les plus rencontrées au comptoir à l'officine et dont la prise en charge peut être assurée par le pharmacien en première ligne. A noter qu'il ne sera pas mentionné les dermatoses nécessitant d'emblée une consultation médicale, ainsi que tout ce qui est de l'ordre de la pédiatrie, de la personne âgée ou de la femme enceinte.

Il sera décrit dans un premier temps quelques rappels physiologiques et généralités sur la peau. Puis, pour chaque pathologie abordée, il sera détaillé des notions physiopathologiques, ainsi que des illustrations afin d'identifier au mieux les lésions correspondantes, et nous insisterons sur les conseils du pharmacien (allant des traitements, à la dermo-cosmétologie, à l'hygiène de vie en passant par l'aromathérapie) qui seront particulièrement mis en avant afin de valoriser la place que peut avoir ce professionnel de santé au quotidien. Il ne sera cependant pas mentionné les traitements nécessitant une prescription médicale.

Enfin, pour terminer, un tableau regroupant les lésions élémentaires en dermatologie sera présenté en annexe, dans le but de faciliter la reconnaissance des dermatoses pour le pharmacien.

## Partie I : Généralités et fonctions de la peau

# I. Structure de la peau

[1] [2] [3] [4] La peau, organe polyvalent, est le plus lourd et le plus étendu du corps humain.

La peau n'a pas une structure homogène et uniforme, en effet elle est constituée de trois couches superposées que sont (*de la plus superficielle à la plus profonde*) :

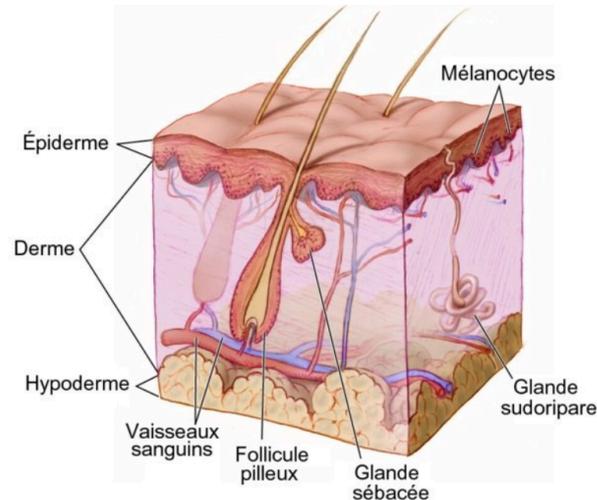


Figure 1 : Structure de la peau (*Microbiologie médicale, la flore cutanée*)

## A. L'épiderme

[5] L'épiderme est un tissu épithélial. Il s'agit de la partie vivante supérieure de la peau en renouvellement permanent et qui constitue la barrière avec l'extérieur en empêchant l'intrusion de corps étrangers. Cette couche, la plus superficielle, se définit par sa souplesse, son imperméabilité et sa résistance. A noter que l'épiderme est dépourvu de vaisseaux sanguins mais est innervé.

L'épiderme est constitué de quatre types de cellules organisées en strates :

- **Les kératinocytes** composés de kératine, retiennent la graisse et l'eau, représentent la population cellulaire majoritaire de l'épiderme. Ces cellules meurent au bout de 30 jours et finissent par s'éliminer lors d'un phénomène naturel qu'est la desquamation ; ainsi se détache chaque jour spontanément une très fine pellicule de peau.
- **Les mélanocytes** qui assurent la synthèse de la mélanine responsable de la pigmentation de la peau, des poils et des yeux
- **Les cellules de Langerhans**, qui participent au système immunitaire de la peau, comme lors de réaction allergique chez les personnes présentant un terrain

atopique (*manifestation d'hypersensibilité immédiate liée à une prédisposition individuelle*)

- **Les cellules de Merkel**, qui ont une fonction de mécanorécepteur, sont des cellules sensibles qui enregistrent les stimuli vibratoires du toucher

L'épiderme se divise lui-même en cinq couches superposées, qui jouent toutes un rôle dans la formation et le renouvellement de cette couche superficielle :

- **La couche basale** : la plus profonde, assure la régénération continue de la peau par division cellulaire ; les cellules produites migrent progressivement vers les couches supérieures
- **La couche épineuse ou de Malpighi** : comportant 3 à 10 assises de kératinocytes, s'aplatissant vers la surface
- **La couche granuleuse** : couche où débute la kératinisation des kératinocytes (qui évoluent en cornéocytes)
- **La couche claire** : couche de transition entre la couche granuleuse et la couche cornée
- **La couche cornée** : formée de cornéocytes, il s'agit d'une véritable barrière de protection face aux facteurs exogènes et à la perte d'eau endogène.

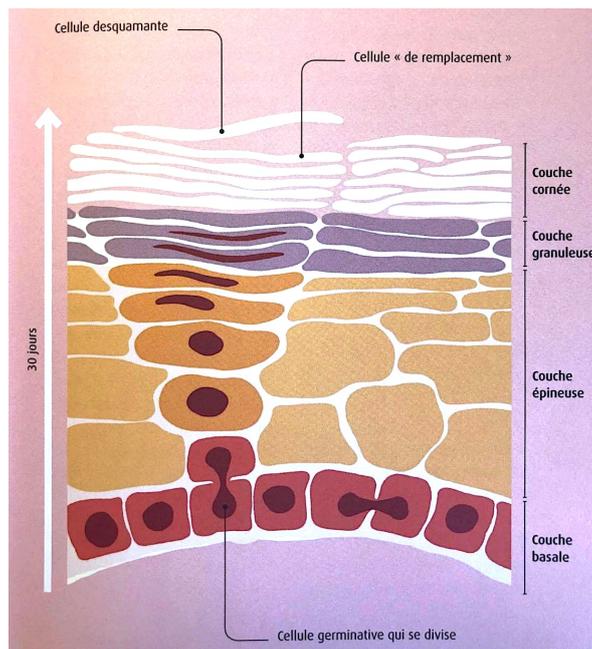


Figure 2 : L'ascension des cellules de l'épiderme (*Peau dites adieu aux soucis, Sylvie Poulet et Émilie Hébert, Mango éditions*)

Les cellules de l'épiderme subissent donc une ascension permanente durant laquelle elles vont se remplir de kératine, s'aplatir et venir se loger dans la couche cornée où elles seront toutes cimentées les unes aux autres, formant ainsi une véritable enveloppe protectrice face au monde extérieur.

L'épiderme se renouvelle entièrement en trente jours environ, temps nécessaire à une cellule pour atteindre ces cinq couches. Et c'est d'ailleurs ce processus incessant qui confère à la peau son éternelle jeunesse.

## B. Le derme

Le derme est un tissu conjonctif, nourricier de la peau.

Composé à 80% d'eau, le derme est la couche essentielle de la peau puisqu'il renferme :

- **Les capillaires sanguins** par lesquels il apporte nutriments et oxygène,
- **Les vaisseaux lymphatiques** qui permettent de véhiculer les cellules de défense immunitaire, et aussi de détoxifier en éliminant déchets et toxines
- **Les glandes cutanées et le follicule pileux**
- **Des terminaisons nerveuses** spécifiques, impliquées dans la vie de relation ou proprioception (la sensation de chaud, de froid, de douleur, de vibrations...)

Le derme octroie à la peau sa résistance, sa souplesse, son élasticité et son hydratation. Le derme est quatre fois plus épais que l'épiderme mais contient très peu de cellules. On y retrouve notamment les fibroblastes, fabriquant le collagène et l'élastine, et quelques cellules immunitaires.

L'épaisseur du derme est variable selon les différentes régions du corps. L'épiderme étant très fin, les capillaires du derme se voient à l'extérieur.

## C. L'hypoderme

L'hypoderme est la couche la plus profonde de la peau, qui sépare la partie inférieure du derme, des muscles sous-jacents.

Il est constitué de cellules de soutien que sont les fibroblastes et en grande majorité de tissu adipeux formé lui-même d'adipocytes, qui permet de conserver la chaleur et l'énergie, via la graisse qui joue le rôle d'isolant en réduisant les échanges de températures avec l'extérieur. Ce tissu permet aussi d'amortir les blessures et modèle les formes du corps.

L'hypoderme est présent sur la quasi-totalité du corps, à l'exception des paupières, des oreilles, du pénis et du scrotum.

A l'inverse, il est très abondant au niveau des fesses ou des talons.

## II. Les fonctions de la peau

La peau n'est pas une simple enveloppe inerte, elle joue plusieurs rôles fondamentaux :

1. **Fonction protectrice** : la peau est une barrière physique qui protège les tissus et organes des agressions extérieures comme les agents infectieux, les UV, les traumatismes
2. **Fonction régulatrice** : via son réseau complexe de petits vaisseaux, capables de se dilater ou de se contracter, la peau permet de limiter ou augmenter les déperditions de chaleur. La peau agit comme un régulateur de la température corporelle
3. **Fonction sécrétoire** : via les glandes sudoripares qui libèrent de l'eau et des sels minéraux

4. **Fonction métabolique** : la peau permet l'activation de la vitamine D grâce aux rayons du soleil, permettant le bon renouvellement de l'épiderme
5. **Fonction sensorielle** : via ses multiples terminaisons nerveuses, la peau nous confère une sensibilité à la pression, à la chaleur, au froid, à la douleur et au toucher.
6. **Fonction psychologique** : à travers sa couleur, sa texture ou son parfum, la peau transmet des messages sociaux et reflète notre état de santé, elle participe à la communication entre individus.

### III. Les annexes de la peau

Les annexes cutanées, localisées dans le derme, regroupent les glandes et les phanères.

#### A. Les glandes

##### 1. Les glandes sudoripares

Ces glandes fabriquent la sueur, trouvées essentiellement au niveau des aisselles et du cuir chevelu, elles ont pour rôle de contribuer au refroidissement ou rafraîchissement du corps. Quand la température du corps s'élève, la sueur qui s'écoule alors, s'évapore à la surface de la peau.

Il existe deux types de glandes sudoripares : les glandes eccrines et les glandes apocrines (ces dernières sont responsables de l'odeur corporelle).

##### 2. Les glandes sébacées

Accrochées à la racine des poils, elles permettent de graisser la peau en fabriquant le sébum. Le sébum s'écoule vers la surface cutanée par le follicule pileux. Ce lubrifiant, réparti de façon homogène, protège l'épiderme et renforce son rôle imperméabilisant en assurant à la peau douceur et souplesse, empêchant sa déshydratation. Retrouvées sur toute la surface de la peau, hormis sur la plante des pieds et la paume des mains.

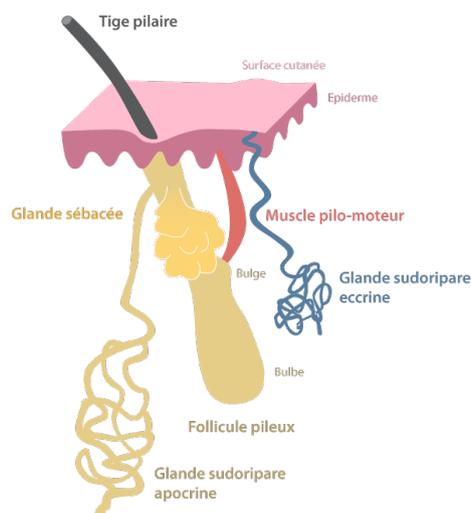


Figure 3 : Les annexes de la peau (Cosmeticofficine, les annexes cutanées)

## B. Les phanères

### 1. Les poils

Formés de kératine, ils permettent de réguler la température corporelle, en luttant contre le froid. A l'exception de la plante des pieds et la paume des mains, toute la surface cutanée est recouverte de poils plus ou moins épais.

Chaque poil évolue de la même façon en 3 phases : croissance, repos, expulsion. Les poils sont plus abondants partout où la peau est en contact direct avec l'os, sans interposition musculaire.

### 2. L'ongle

L'ongle est une lame cornée et élastique, formé de kératine très dure. Il assure la protection des extrémités des mains et des orteils. Leur croissance, lente, se fait à partir de la matrice de l'ongle.

La croissance de l'ongle est ininterrompue tout au long de la vie, environ 1 mm chaque semaine. Il faut environ 6 mois pour remplacer un ongle de la main en totalité, et entre 12 et 18 mois pour l'ongle des pieds.

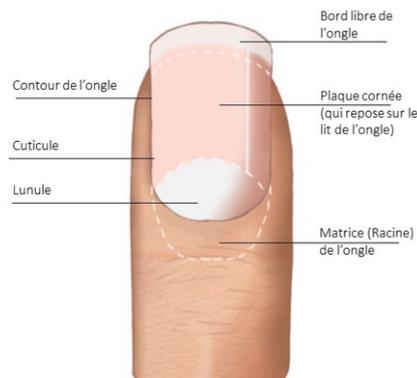


Figure 4 : Schéma simplifié d'un ongle (KBF Dermatologie, consultation des maladies de l'ongle)

## IV. Microbiote cutané et pH de la peau

[6] La surface cutanée est recouverte d'un film hydrolipidique et d'une flore microbienne. Le pH (ou Potentiel Hydrogène) permet de mesurer l'acidité ou l'alcalinité d'une solution. Le film hydrolipidique joue principalement un rôle de maintien du pH cutané, il renferme le microbiote cutané et c'est sa constitution qui détermine le pH cutané. Mais parfois, ce film peut être altéré, provoquant un déséquilibre de pH. Ainsi, la peau sera plus grasse, plus sèche, plus sensible ... en fonction du pH.

Le pH d'une peau dite normale est légèrement acide, se situant entre 4 et 6, mais peut sensiblement varier d'un individu à l'autre et d'une zone à l'autre.

Cette acidité limite la multiplication des germes pathogènes tout en préservant le développement de la flore résidente.

La peau dispose d'un pouvoir tampon permettant de rétablir rapidement le pH physiologique en cas d'agressions extérieures.

[7] La surface cutanée est également colonisée en permanence par des milliers de micro-organismes qui forment la **flore résidente**, composée de levures, de staphylocoques, de *Corynebacterium* et *Propionibacterium*, espèces présentes de façon continue voir permanente sur la peau.

**Cette flore** (aussi appelée **microbiote cutané**), vivant en symbiose avec la peau c'est-à-dire sans lui nuire, forme une barrière contre les agressions extérieures, en effet elle empêche la fixation d'organismes étrangers. Cette flore se retrouve principalement au niveau de l'épiderme et en plus faible quantité au niveau du derme.

Dans les régions humides de notre corps comme les aisselles, cette dernière sera plus dense.

A ne pas confondre avec la **flore transitoire** qui est pathogène et qui se développe lors d'un déséquilibre de la flore résidente, lors d'un temps plus court. Cette flore ne réside pas de manière permanente sur la peau, elle varie au cours de la journée et dépend des variations extérieures. Les micro-organismes la composant sont dans la plupart du temps inoffensifs, mais dans certains cas, notamment si l'immunité est touchée, des bactéries pathogènes opportunistes pourront entraîner des maladies.

Le microbiote cutané représente un véritable **marqueur individuel**, il varie d'une personne à une autre, évolue et se renouvelle tout au long de la vie, influencé par l'hygiène corporelle, l'alimentation, les facteurs environnementaux ...

Puisque chaque microbiote est unique, cela explique pourquoi chaque individu a sa propre odeur corporelle et que les cosmétiques ou les parfums ne donnent pas la même odeur sur chaque peau.

## V. Facteurs influençant la qualité de la peau

### A. Facteurs endogènes

[8]

- **Le patrimoine génétique** détermine le type de peau d'une personne et affecte l'état de santé général de la peau, il détermine également le vieillissement biologique de la peau. Le microbiote s'acquiert principalement au moment de la naissance, ainsi un enfant né par césarienne n'aura pas le même microbiote qu'un enfant né par voie naturelle via le microbiote vaginal de la mère.
- **Les hormones** peuvent avoir un impact sur la peau. Par exemple, lors de la grossesse des formes d'hyperpigmentation peuvent se déclencher ou à la ménopause des changements structurels liés à l'âge peuvent apparaître.

- **L'âge**, impliquant ses nombreuses variations hormonales.
- **Le sexe**

## **B. Facteurs exogènes**

Beaucoup de facteurs extérieurs peuvent avoir des conséquences sur la santé de la peau et donc le microbiote.

- Le climat et l'environnement ;

**Le rayonnement UV** en cas d'exposition importante, les mécanismes de protection de la peau sont affaiblis et elle devient sensible et sujette à la maladie.

**Les températures** extrêmes ainsi que les variations extrêmes de température affectent la santé cutanée. Dans des conditions froides prolongées, les sécrétions sébacées se réduisent provoquant un assèchement de la peau. Dans des conditions chaudes, les glandes sudoripares produisent plus de sueur, la peau devient alors humide et brillante et même parfois sujette à l'acné.

- **Les produits agressifs**, avec un pH alcalin surchargent les capacités de neutralisation naturelle de la peau, endommageant la structure cellulaire et détériorant la fonction barrière de l'épiderme. Cela peut se traduire par un assèchement, avec une peau hypersensible
- **Les lavages trop fréquents**, prendre trop de bains ou de douches, trop longtemps avec de l'eau trop chaude détruit les facteurs naturels d'hydratation de la peau et les lipides de surface. La peau se dessèche et devient rugueuse. Un lavage par jour est suffisant, il faut garder à la surface de notre peau une proportion de bactéries pour rester en bonne santé.

- **L'alimentation**, une alimentation équilibrée aide à garder une peau saine

Les fruits, légumes, grains entiers et protéines maigres (poisson plus que viande) sont bénéfiques pour la peau.

Une alimentation riche en vitamine C et pauvre en graisses et glucides peut contribuer à préserver la jeunesse de la peau

Les aliments riches en antioxydants auraient des effets protecteurs : carotte, abricot, myrtille, légume à feuilles vertes, tomates, pois, haricots et lentille et fruits à coques.

Éviter les produits laitiers et sucreries, et penser à boire beaucoup d'eau.

- **Les médicaments** (les antibiotiques, les corticoïdes...)
- **Le stress**, un stress incontrôlé peut rendre la peau plus sensible et déclencher des problèmes de peau.
- **L'activité physique**, faire de l'exercice régulièrement a des effets bénéfiques sur la santé de la peau.

- **Le sommeil**, une bonne nuit permet à l'organisme de se régénérer et à la peau de se renouveler.
- **La cigarette**, la fumée du tabac est un facteur majeur d'altération des radicaux libres de la peau. Fumer vieillit la peau et contribue à l'apparition de rides.

## VI. Les différents types de peau

Il existe quatre grands types de peau que sont :

### A. La peau normale

[9–11] Considérée comme le type de peau idéale, la peau normale est confortable, ne brille pas, ne tiraille pas et ne rougit pas, elle n'a pas ou peu d'imperfections et pas de sensibilité.

La production de sébum est normale. L'hydratation est uniforme

Le grain de peau est très fin, lisse, serré et régulier, au toucher elle est ferme, lisse, veloutée, tonique et souple.

En bref, ce type de peau est parfaitement équilibré.

Ce type de peau se retrouve majoritairement chez les bébés et les jeunes enfants.



Figure 5 : Peau dite normale (Eucerin les types de peau)

#### ➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

Elle nécessite tout de même des soins pour garder ses propriétés.

Des **produits à pH physiologique** qui ne vont pas modifier le pH de la peau, de type produit pour « peau normale » ou « tous types de peau ».

### B. La peau sèche

Une peau sèche est une peau acide.

La peau a un aspect terne. Au toucher elle est rêche et rugueuse. Elle est plutôt fine et manque de souplesse. Le grain de peau est serré, les rides sont plus apparentes.

La peau sèche est un type de peau qui vieillit plus rapidement, la peau desquame jusqu'au craquèlement. Elle est sujette aux tiraillements et aux picotements.

Ce type de peau a « soif » en permanence, elle manque de lipides et donc de sébum, et provoque une sensation d'inconfort, l'eau cutanée s'évaporant d'avantage que pour une peau normale.

Elle a besoin d'être nourrie avant d'être hydratée.



Figure 6 : Peau sèche (Eucerin)

➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

Privilégier des soins nourrissants pour rééquilibrer et reconstruire la barrière lipidique, afin de mieux retenir l'eau et donc mieux l'hydrater, le but étant aussi de réveiller le teint.

**Nettoyer le visage matin et soir** avec un soin nettoyant anti-déshydratant doux. Éviter d'utiliser directement l'eau du robinet qui est bien souvent calcaire.

Essuyer son visage en tamponnant délicatement et non en frottant.

Le matin, appliquer délicatement un **soin hydratant protecteur** pour calmer les tiraillements, à renouveler le soir, sur le visage, le cou et le décolleté.

1 à 2 fois par semaine, appliquer un masque pour assurer une hydratation intense.

Éviter tout ce qui est gommage à bas de tensio-actifs irritants.

Boire au moins 1,5 L d'eau par jour pour compenser cette perte hydrique.

Concernant les produits qui conviennent aux peaux sèches :

Les **huiles végétales**, telles que l'huile de jojoba, d'avocat ou le beurre de karité, en massage matin et soir seront particulièrement nourrissantes.

**L'argile blanche** (kaolin) est idéale pour les peaux sèches et délicates.

Une hygiène alimentaire correcte est aussi indispensable afin de préserver une belle peau.

Dans l'assiette, conseiller des Acides Gras Essentiels, qui augmentent l'élasticité de la peau et apaisent les irritations cutanées.

Préférer les graines, de lin, de tournesol, les noix, l'huile d'olive, d'onagre, l'avocat, les pistaches, les noix de cajou, les fruits et légumes verts riches en eau.

De façon générale, pour les problèmes de peau sèche, **limiter tout ce qui est source d'acidité** (c'est-à-dire les produits laitiers, les sucreries, les viandes, les pâtes, le pain...)

Dans certains cas, il peut aussi être intéressant de supprimer toutes les sources de gluten et de produits laitiers durant 1 mois et de remarquer ou non des changements au niveau de sa peau.

### C. La peau grasse

La peau grasse est une peau séborrhéique, ou alcaline.

Ce type de peau se caractérise par une hypersécrétion de sébum qui va « déborder » au niveau des glandes sébacées donnant à la peau cet aspect brillant, et se traduisant par l'apparition de pores dilatés et éventuellement de papules et comédons.

Cela concerne surtout les régions riches en glandes sébacées (front, nez menton, thorax, haut du dos).

La peau grasse est une peau qui manque d'éclat, le grain de peau est épais et irrégulier, la peau est résistante mais se déshydrate et s'irrite facilement, elle vieillit moins rapidement qu'une peau sèche.

Le stress et les agressions extérieures accentuent la sécrétion de sébum en rendant la peau brillante. En vieillissant, ce type de peau présentera peu de rides mais qui seront cependant plus profondes et marquées



Figure 7 : Peau grasse (Eucerin)

#### ➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

L'objectif est d'harmoniser la peau tout en respectant son équilibre.

Pratiquer une hygiène rigoureuse, **nettoyer le visage matin et soir** avec des soins doux, non irritants, et sans savon afin de réguler la production de sébum.

Une peau grasse a besoin d'hydratation : le matin, utiliser un **hydratant** matifiant ou anti-imperfections, et le soir, un **soin réparateur** pour peau grasse.

Effectuer une à deux fois par semaine un **gommage** en insistant sur les zones grasses, pour faire partir les cellules mortes en douceur et mieux faire pénétrer les soins après (attention des gommages mécaniques en excès peuvent entraîner une surproduction de sébum par réflexe des glandes).

Un masque à l'argile verte peut être conseillé trois fois par mois pour purifier en profondeur la peau (idéal en cas de points noirs), l'argile jaune aux propriétés detoxifiantes peut aussi être utilisée.

**L'huile végétale de jojoba et de noisette** sont de vrais alliés des peaux grasses.

**Dans l'assiette**, opter pour des aliments riches en Zinc (maintient l'intégrité cutanée), et en Oméga-3 (L'EPA et le DHA d'origine animale, et l'ALA d'origine végétale) que l'on retrouve dans les petits poissons gras.

*(Pour que l'organisme puisse utiliser cet ALA, il doit d'abord être transformé en EPA et DHA, qui, pour finir, ne sera que très peu absorbé, il est donc plus intéressant de consommer directement des oméga-3 d'origine animale)*

Nous pourrions conseiller les haricots rouges, les noix de cajou, les noix de pécan, les noisettes, les abricots, la noix de coco, les baies de goji, l'artichaut, les champignons, les lentilles, les pois chiches... A noter que l'huile de lin est une des meilleures huiles anti-inflammatoire et est très riche en oméga-3.

Éviter cependant tous les produits industriels, les sucres rapides, le gras, les fritures, les produits laitiers.

Diminuer sa consommation d'alcool ou de sodas. Boire 1,5 L d'eau par jour.

## **D. La peau mixte**

Le grain est irrégulier, les pores sont dilatés. La peau est luisante, brillante sur la zone T du visage (front, nez, menton) de part une sécrétion sébacée excessive sur l'avant du visage, mais elle sera insuffisante sur les côtés, au niveau des joues, ainsi la peau sera normale voir sèche, avec un aspect mat et uniforme sur ces zones.

Le grain de peau est inégal, entretenir une peau mixte est plus complexe car elle reste à la fois sèche et grasse.



Figure 8 : Peau mixte

### ➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

Des soins qui stabilisent le niveau de sébum médian tout en préservant l'hydratation des joues.

**Nettoyer/démaquiller** le visage matin et soir avec un produit doux de type **lotion pour peau mixte**, en insistant sur les zones grasses, puis appliquer une **émulsion fluide** adaptée.

Le matin, appliquer un hydratant matifiant pour stabiliser le sébum

Le soir, utiliser un soin réparateur adapté, et/ou une crème plus riche à laisser agir la nuit sur les zones plus sèches.

**Un gommage 1 à 2 fois par semaine** en insistant sur les zones grasses pour empêcher l'obstruction des pores. Puis appliquer un **masque hydratant** sur les joues et le cou et un **masque à l'argile** par exemple sur la zone T.

L'huile d'argan et de Jojoba pourront être utilisés.

**Éviter le soleil**, c'est un faux ami, il semble améliorer l'état de la peau mixte en l'asséchant mais provoque une aggravation par la suite.

Au niveau du maquillage, ne pas hésiter à utiliser plusieurs cosmétiques pour les différentes zones du visage. Préférer des cosmétiques non comédogènes qui ne bouchent pas les pores cutanés. Matifier régulièrement sa peau en tamponnant à l'aide d'un mouchoir.

Faire une cure de vitamine C (orange, citron, clémentine, cassis, groseille, poivron, carotte, kiwi, framboise...) ou d'acides de fruits.

	<b>Peau NORMALE</b>	<b>Peau GRASSE</b>	<b>Peau SECHE</b>	<b>Peau MIXTE</b>
<b>Examen tactile</b>	Ni fine, ni épaisse	Épaisse	Fine à très fine	Épaisse sur la zone T et fine ailleurs
	Lisse et rebondit	Huileuse, collante et ferme	Rêche et rugueuse	Grasse sur la zone T et rugueuse à sèche sur les joues
	Teint uniforme, clair et lumineux	Teint luisant et terne	Teint mat à tendance terne, rougeur	Brillant et terne sur la zone T, et mat ailleurs
<b>Examen visuel</b>	Pores réguliers et serrés	<b>Pores apparents et dilatés sur tout le visage</b>	<b>Pores serrés</b> et invisibles	<b>Pores dilatés sur la zone T et serrés sur le reste du visage</b>
		Point noirs, boutons, imperfections		Points noirs, boutons sur la zone T
<b>Ressenti</b>	Confort et souplesse	Pas de sensibilité particulière	Inconfort, tiraillement, démangeaison, manque de souplesse	Possible inconfort et tiraillement localisé

Figure 9 : Tableau récapitulatif des différents types de peau

## VII. Déterminer son type de peau

[12] Il est important de connaître son type de peau afin d'utiliser des soins adaptés à ses besoins

### Diagnostic de peau :

Observer attentivement sa peau nue avant d'appliquer quelconques soins, idéalement le matin au réveil, et se poser les questions suivantes :

- Est-ce que ma peau brille ?
- Est-ce que mes pores sont plutôt fins ou larges ?
- Est-ce que ma peau est confortable, ou tiraille-t-elle ?
- Ma peau est plutôt douce, rêche, grasse au toucher ?
- Est-ce que j'ai des imperfections ou points noirs ?

**Le test du mouchoir** permet de donner une indication sur le type de peau.

Se démaquiller, et nettoyer sa peau sans appliquer de soin hydratant après, et attendre 30 minutes afin que la peau se rééquilibre

Placer un mouchoir en papier comme un masque contre le visage, appuyez pendant quelques secondes, puis observer le mouchoir à la lumière (cela permet au mouchoir de s'imprégner du film hydrolipidique) :

- Si aucune trace = **peau normale ou sèche**
- Si quelques traces de gras au niveau de la zone T = **peau mixte**
- Si traces de gras (transparence à la lumière) sur l'ensemble du mouchoir = **peau grasse**

Il ne faut pas confondre le type de peau et l'état de la peau.

L'état de la peau vient se greffer au type de peau et peut concerner différents types de peau à la fois. Si notre type de peau ne change pas ou peu à l'âge adulte (sauf sous effet hormonal par exemple), l'état de santé de la peau lui, est souvent passager et réversible. Il peut évoluer selon la saison, l'état de stress, la fatigue...

## VIII. États de la peau

### A. Peau sensible

Il s'agit d'une peau fragilisée, réactive, qui réagit de façon exagérée aux agressions extérieures mais aussi au stress et aux émotions. La peau est sujette aux tiraillements et picotements, elle démange et présente des rougeurs persistantes.

Elle peut être associée à une peau sèche, mixte ou grasse.

- Conseils à donner pour ce type de peau :

[13] Préférer des **soins nourrissants apaisants** pour rééquilibrer la peau tout en préservant sa couche protectrice, ils permettront aussi de réveiller le teint et calmer les sensations de tiraillements. Privilégier des produits les plus purs possibles (avec le moins d'ingrédients possibles), miser sur des soins à base d'actif très hydratant et réparateur, comme l'acide hyaluronique.

Le Calendula et l'huile d'amande douce sont de bons alliés.

Nettoyer son visage matin et soir avec un soin adapté.

Eviter les gommages qui risqueraient de sensibiliser davantage la peau.

Consommer des aliments riches en antioxydants, en vitamine A et C, et en oligoéléments comme le Sélénium ou la Silice, permet à la peau de récupérer plus facilement.

Limiter le café, l'alcool, les sucres et les épices, et préférer les carottes, le chou, les épinards, la patate douce, les noix, l'eau de coco, les champignons, le riz noir, le concombre, la banane.

### B. Peau déshydratée

[14] La peau est assoiffée, l'épiderme manque d'eau (à ne pas confondre avec la peau sèche, en manque d'eau et de gras). La déshydratation peut toucher tous types de peau. Il s'agit d'un état ponctuel auquel il est possible de mettre fin avec les bons gestes.

➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

S'hydrater est primordial, au minimum 1,5 litre d'eau par jour.

Veiller à ne pas surchauffer ou au contraire trop climatiser les pièces à vivre.

Protéger sa peau des UV et du froid intense.

Opter pour des produits non agressifs (comme les savons sans savon) et très hydratants.

Au niveau alimentaire, miser sur les AGE, les polyphénols, les antioxydants, limiter le sel.

Privilégier les infusions, le thé vert, l'huile d'olive, les fraises, le raisin, l'artichaut, la grenade.

### **C. Peau mature**

A partir de la ménopause ou pré-ménopause, autour de 45-50 ans, la production de collagène et d'élastine diminue, causant un relâchement, une perte d'élasticité et de tonicité, et l'apparition de rides et tâches pigmentaires. D'apparence, la peau sera plus fine, plus fragile et plus relâchée.

Chez les hommes, cet état de la peau est visible un peu plus tard.

➤ Conseils à donner pour ce type de peau :

Hydrater sa peau, à la fois en buvant suffisamment, mais également en utilisant des soins hydratants.

Opter pour des produits qui **protègent la peau et aident à retrouver l'élasticité**. **Les crèmes ou soins de nuit** sont aussi intéressants car ils vont permettre aux cellules de la peau de se régénérer et d'aider le film hydrolipidique à se restaurer durant la nuit. Pendant notre sommeil, notre peau n'est pas soumise aux agressions extérieures, les produits ont donc tout le temps de pénétrer et d'agir correctement.

Protéger sa peau du soleil en prévention du vieillissement cutané est indispensable.

### **D. Peau acnéique**

L'acné n'est pas réservée aux peaux grasses ni aux adolescents, de nombreuses femmes souffrent d'acné hormonale à tout âge et les hommes ne sont pas épargnés non plus.

Nous détaillerons ce problème de peau un peu plus bas dans cette thèse.

## Partie II : Intérêt des règles d'hygiène et soins dermo-cosmétologiques

[8] Une bonne hygiène corporelle est essentielle pour maintenir le corps dans un état de bien-être et prévenir des maladies infectieuses.

Prendre une **douche par jour, ni trop longue, ni trop chaude**, au risque d'assécher la peau. La douche permet d'éliminer la sueur, l'excès de sébum, une partie des microbes et la saleté accumulée à la surface de la peau. Ne pas se laver plus d'une fois par jour sous peine d'agresser le film hydrolipidique et le microbiote cutané.

**Éviter les bains** qui ont tendance à éliminer la couche protectrice de la peau.

**Les produits d'hygiène** corporelle sont à choisir précautionneusement, notamment **en fonction du type de peau** et des différentes zones du corps

Le nettoyage du visage nécessite des produits spécifiques adaptés au type de peau et au goût de chacun.

Laver sa peau est indispensable pour éliminer les résidus qui s'accumulent et qui l'agressent, mais une hygiène trop agressive peut tout autant la déséquilibrer et la fragiliser

Les produits d'hygiène doivent protéger et renforcer les défenses naturelles de la peau.

Beaucoup de produits disponibles ont tendance à décaper la barrière protectrice en laissant la peau à nue. Ainsi notre peau va se défendre soit en produisant trop de sébum, soit au contraire en tiraillant car elle n'aura pas de quoi se défendre.

**Un démaquillage quotidien** permet de désengorger la peau de toutes ses impuretés et de son excès de sébum. Se démaquiller chaque soir avant le coucher est primordial pour éliminer tous les résidus de démaquillage et laisser respirer la peau durant la nuit.

**Se laver les mains** avant chaque soin ou nettoyage : un geste simple, à ne pas faire de manière superficielle. Il s'agit d'un geste barrière qui permet d'éliminer les bactéries présentes sur nos mains.

Toujours **privilégier un nettoyeur doux**, sans tensio-actifs.

Le **séchage** de la peau doit impliquer l'utilisation d'un linge doux **non abrasif, en tamponnant doucement** et en insistant plus au niveau des plis pouvant retenir l'humidité. Idéalement, utiliser un linge qui sera destiné au visage uniquement, et non pour les mains et le corps.

[9] Un **gommage une à deux fois par semaine** est possible avec un exfoliant non agressif, puis compléter avec un **masque** adapté.

**Éviter les sources de stress**, qui vont acidifier la peau et modifier la flore cutanée.

**S'alimenter correctement et sainement**, et **boire 1,5 litre d'eau** par jour.

**Protéger sa peau du soleil contre les UVA et UVB**, avec un SPF adapté à son phototype.

A noter que les chocs de température favorisent la déshydratation de la peau, ainsi **éviter de surchauffer ou climatiser de façon excessive son lieu de travail ou de vie**.

## I. Les différents produits dermatologiques disponibles en pharmacie

[15] Lors de l'application d'un produit sur la peau, selon le type de produit et l'effet attendu, il y aura différentes actions possibles :

- **Une action cosmétique** : entretien de la peau et/ou les annexes, pénétration dans l'épiderme
- **Une action locale** : pénétration dans l'épiderme et le derme (antiseptique, anti-inflammatoire, corticoïde ...)
- **Une action générale** : pénétration dans le derme pour avoir une action systémique (patch estroprogestatifs, trinitrine)

Dans cette thèse, nous nous concentrerons essentiellement sur l'action cosmétique et locale.

### A. Les différentes formes galéniques

#### 1. Les pommades

D'aspect ferme, il s'agit d'un mélange d'huile et d'eau en faible quantité.

**Plus grasses et plus épaisses qu'une crème**, donc plus adaptées pour les **peaux très sèches** et sur les **zones** localisées. Possèdent un effet occlusif en restant au-dessus de la peau, permettant une meilleure protection en préservant l'humidité dans la peau. A utiliser dans les dermatoses sèches et/ou épaisses.

Ne **pas utiliser dans des endroits suintants** comme les plis pour éviter toute macération, via son effet occlusif.

#### 2. Les crèmes

Mélange d'huile et d'eau, de texture **plus fluide que les pommades**, adaptées aux **atteintes cutanées de plus grande surface** car plus facilement absorbées par la peau, et conviennent en usage quotidien. Une crème n'aura **pas cet effet gras** que peut avoir la pommade. Les crèmes épaisses sont idéales pour les peaux sèches. L'application peut se faire au **niveau des plis ou des lésions suintantes**.

*La crème est plus riche qu'un lait mais moins qu'un baume.*

#### 3. Les laits

De texture plus liquide et plus légère, le lait est **plus riche en eau**, et idéal pour tous types de peaux. Il forme un film protecteur empêchant l'eau de s'évaporer.

#### 4. Les baumes

S'apparentent à la forme de pommade, composés de cires et d'huiles surgraissantes efficaces contre la déshydratation. Présentent une **texture plus épaisse** et plus grasse que les laits ou

les crèmes. Très adaptés pour les **peaux sèches, aux peaux sensibles** et pour les zones telles que les **coudes ou les genoux**, pour réparer ou soigner.

## 5. Les cérats

Mélange de cire et d'huile, le cérat se présente sous la forme d'une crème blanche. Aux vertus protectrice et hydratante, il est particulièrement adapté aux peaux très sèches et irritées, ainsi que pour les personnes souffrant d'eczéma.



Figure 10 : Choix de la forme galénique en fonction de la sécheresse de la peau

## 6. Les gels

Liquide gélifié, généralement transparent. Gel hydrophile (ou hydrogel), majoritairement constitué d'eau associée à des agents gélifiants, dépourvu d'huile.

**Rafrichissant, non gras** et facile d'application, **sans risque de macération**.

Très adapté **pour les peaux très grasses**.

**A éviter pour les peaux très sèches**, car le gel sera absorbé trop vite.

**Ne pas utiliser quotidiennement** comme hydratant en cas de peau sèche ou sensible.

## 7. Les huiles

Mélange homogène en huile végétale et minérale. Très fluide formant un film fin hydrophobe à la surface de la peau, nourrissant en profondeur l'épiderme.

L'utilisation d'une **huile sèche** peut être préférée pour **éviter la sensation de texture grasse**, collante à la surface de la peau. (Formulée à partir de produits lipophiles naturels avec un toucher moins gras et collant)

L'huile d'argan, de bourrache et d'onagre font parties des huiles les plus hydratantes.

## 8. Les gommages

Éliminent les cellules cornées desquamantes, désincrustent les pores, lissent la peau, stimulent le renouvellement cellulaire et facilitent la pénétration d'actifs d'autres soins cosmétiques

Gommage mécanique et gommage chimique à faire **maximum une à deux fois par semaine**, car peut devenir trop irritant pour la peau.

## 9. Les masques

Permettent de maintenir la peau en bon état et faciliter la pénétration de certains actifs par son temps d'application et par l'effet occlusif. A faire idéalement après le gommage pour maximiser ses bienfaits.

## 10. Les eaux thermales

Une brumisation d'eau thermale permet d'apaiser, de rafraichir la peau. Chaque eau possède ses propres vertus dépendantes de leur composition. Laisser agir quelques minutes puis sécher ou tamponner ou non en fonction de l'eau thermale utilisée.

## B. Les produits d'hygiène

Les produits d'hygiène sont destinés à éliminer les poussières, le maquillage et autres salissures extérieures mais également toutes les impuretés ou sécrétions naturelles de la peau.

### 1. Le savon

Bon pouvoir moussant et nettoyant mais ses inconvénients, tels que son pH alcalin, sa sensibilité à la dureté de l'eau font qu'il ne sera **pas conseillé** particulièrement **chez les peaux sensibles et atopiques**. Il va également fragiliser le film hydrolipidique, il est donc plus adapté **pour les peaux normales**.

A appliquer sur peau humide, masser pour faire mousser puis rincer soigneusement la peau et sécher délicatement en tamponnant

### 2. Le syndet = le pain dermatologique = le savon sans savon

Produit nettoyant formulé avec des tensioactifs de synthèse d'où sa dénomination (**synthetic detergents**). Il **respecte le pH cutané** (avec un pH aux alentours de 6), existe sous forme liquide ou solide. Les syndets moussent et s'éliminent moins aisément, il faut donc effectuer un **rincage soigneux**. Le syndet est adapté pour les peaux atopiques. *Quand un produit indique pH physiologique, cela signifie neutre pour la peau, donc légèrement acide.*

### 3. Le savon surgras

Savon moins irritant qu'un savon classique, **enrichi en agents nourrissants** tels que la glycérine, la lanoline, l'huile d'amande douce... Il présente le même inconvénient que le savon, son pH alcalin, mais aura l'avantage de préserver le film hydrolipidique. Ce type de savon n'est **pas adapté pour les peaux atopiques**.

#### 4. Crèmes de douche et crèmes lavantes

Composées d'eau, de tensioactifs et d'une forte proportion en substance grasse, ces crèmes **respectent le pH de la peau** et permettent de **lutter contre le dessèchement** cutané. La capacité moussante est limitée, rincer soigneusement après application.

#### 5. Huiles lavantes

La partie grasse de l'huile permet de laisser à la **surface cutanée un film fin hydrophobe**, particulièrement adapté aux **peaux sèches**.

#### 6. Lotions

Contiennent **principalement de l'eau et très peu d'huile voire pas du tout**, et ont donc une **consistance plus fine**. Adaptées pour un **usage quotidien**, particulièrement pour les peaux grasses. La lotion ne suffira pas pour hydrater correctement la peau mais convient pour **nettoyer ou comme tonique**.

#### 7. Solutions micellaires

Permettent d'éliminer les salissures, utilisées comme produit nettoyant et démaquillant. Ne nécessitent pas de rinçage, s'utilisent de la même manière qu'une lotion. Elles combinent l'action **nettoyante/démaquillante** du lait et **le rinçage** de la lotion

Trouver un produit cosmétique sain et bon pour sa peau est l'objectif principal.

La simplicité est le maître mot dans la composition d'un cosmétique, moins il y en a mieux c'est.

Les cinq premiers ingrédients figurant sur une étiquette représentent à peu près 80% du produit.

## II. Les composants à privilégier pour une peau en bonne santé

- **L'eau**, une bonne hydratation reste indispensable pour que la peau et le corps de façon générale restent en bonne santé.
- **L'acide hyaluronique**, naturellement produit par la peau, il permet d'hydrater en profondeur et de rendre plus ferme la peau
- **La glycérine**, piège l'eau et la retient permettant une excellente hydratation
- **Les acides de fruits** (acide lactique, acide salicylique, acide glycolique...) pour redonner de l'éclat à la peau.
- **La vitamine C**, puissant antioxydant, favorise la cicatrisation (vitamine retrouvée dans les agrumes, les poivrons, les fraises, les kiwis...)

- **La vitamine A ou Rétinol**, donne de l'éclat à la peau, lisse le grain de peau, stimule le renouvellement cellulaire
- **La provitamine B5 ou Panthénol**, régénérant, très apaisant et hydratant
- **L'aloë vera**, en plus d'être riche en vitamines et minéraux, cette plante est nourrissante, cicatrisant et apaisante
- **Le beurre de karité**, hydratant, adoucissant, apaisant, nourrissant
- **Les polyphénols**, antioxydants permettant de lutter contre le vieillissement cellulaire

Dans l'assiette, ne pas hésiter à enrichir son alimentation avec :

- **Le raisin**, riche en antioxydants, en vitamines et en acides de fruit, ce fruit tonifie et hydrate la peau
- **Les baies de goji**, excellent antioxydant riche en minéraux et acides aminés
- **Le thé vert**, aux vertus diurétiques et anti-oxydantes
- **Les oméga-3**, retrouvés dans les poissons, gras, l'huile de colza, l'huile de lin, l'huile de foie de morue, les noix...
- **L'artichaut**, détoxifie la peau et les cheveux
- **L'avocat**, riches en vitamine C et E, il redonne vitalité à la peau
- **Le citron**, dilué dans de l'eau chaque matin, est un excellent dépuratif.
- **Les « bons » sucres**, comme les dattes, le sirop d'agave, le sirop d'érable...

Partie III : Dermatoses pouvant être prises en charge par  
le pharmacien

Une dermatose désigne une affection de la peau et des muqueuses. Pouvant être bénignes ou plus graves, les dermatoses désignent également les maladies des annexes cutanées.

## I. Dermatoses inflammatoires

### A. L'acné

[16][17] L'acné touche environ 6 millions de personnes en France, majoritairement les adolescents (60% dont 15% sévère) mais aussi 25% des adultes. En effet, l'acné est souvent considérée à tort comme une maladie de l'adolescence, pourtant près de la moitié des femmes en sont atteintes et les hommes peuvent également être touchés.

L'acné de l'adulte est fréquente et concerne aussi bien les hommes que les femmes, dans la majorité des cas, elle succède à une acné juvénile.

L'acné est le premier motif de consultation chez le dermatologue, en raison de la souffrance psychologique qu'elle peut induire.

Entre 70 et 80% des personnes ont une peau grasse à tendance acnéique aux manifestations diverses.

#### 1. Les mécanismes de l'acné

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique très fréquente, qui évolue par poussées. Elle se manifeste au niveau des régions séborrhéiques du visage et du tronc.

Il s'agit d'une pathologie du follicule pilo-sébacé qui met en jeu :

- **Une hypersécrétion sébacée**, due à la stimulation des glandes sébacées par les hormones androgènes (produites par les testicules, les ovaires et les glandes surrénales) qui confère ce côté « peau grasse » au toucher, et cet aspect luisant. Cette production excessive de sébum va contribuer à la formation de comédons fermés ou de points noirs caractéristiques de l'acné.
- **Des lésions rétentionnelles** secondaires à l'obstruction et l'épaississement du canal folliculaire (hyperkératose), ce qui provoque un bouchon qui gênera alors l'évacuation du sébum. Cette hyperkératinisation sera responsable de l'apparition de microkystes (ou points blancs ou comédons fermés) et de points noirs (comédons ouverts).
- **Lésions inflammatoires (papules, pustules, nodules)** dues à l'accumulation de sébum qui vient boucher les glandes sébacées, induisant alors une inflammation et formant un bouton au niveau duquel se développe une bactérie présente naturellement au niveau de la peau (*Cutibacterium acnes* anciennement appelée *Propionibacterium acnes*).

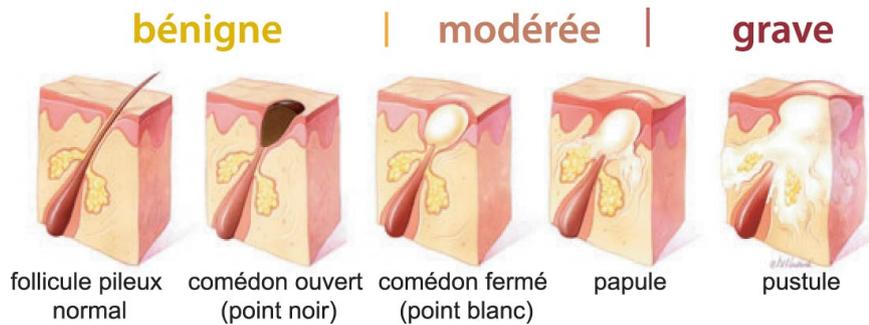


Figure 11 : Les lésions de l'acné (ASFODER)

De la lésion la plus simple à la plus complexe :

Les comédons ouverts : aussi appelés points noirs, mélange de cellules de peau et de sébum laissant place à un point de couleur noir en s'oxydant au contact de l'air

Les comédons fermés : ou boutons blancs, comme une poche de graisse obstruée sous la peau

Les papules : lésions inflammatoires de couleur rouge, visibles, formant une légère surélévation, qui peuvent soit évoluer en pustules soit disparaître

Les pustules : lésions cutanées blanches ou jaunâtres, remplies de pus

Les nodules : lésions plus profondes et plus étendues, plus douloureuses au toucher, laissant souvent place à des cicatrices

Les kystes : remplis de pus, situés en profondeur sous la peau



Figure 12 : Lésions acnéiques (SVR)

Il existe différents stades d'acné, classés selon la sévérité :

- **Stade 1** : Acné très légère, rares comédons ouverts et/ou fermés dispersés
- **Stade 2** : Acné légère, moins de la moitié du visage est atteint, quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules
- **Stade 3** : Acné moyenne, plus de la moitié du visage est touché, nombreuses papulo-pustules et comédons, un nodule peut être présent
- **Stade 4** : Acné sévère, le visage est atteint entièrement couvert de nombreuses papulo-pustules et comédons
- **Stade 5** : Acné très sévère, acné très inflammatoire, avec des nodules.

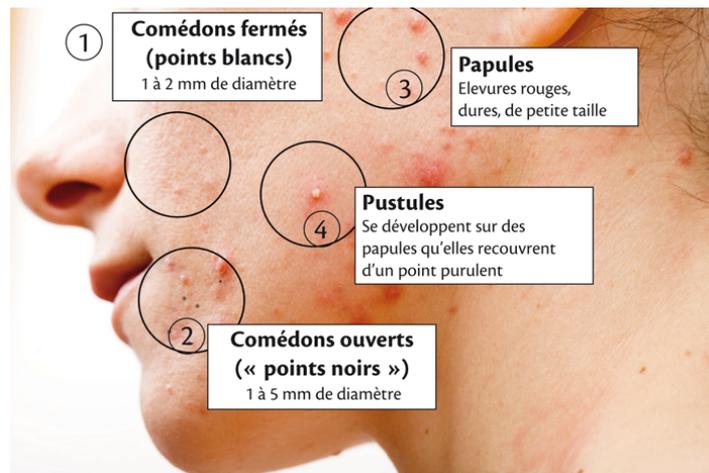


Figure 13 : Les lésions caractéristiques de l'acné [18]



Figure 14 : Acné inflammatoire, nodules (Dermato-info)

[19] Chez l'adulte, l'acné évolue de manière chronique, mais reste le plus souvent discrète, avec des différences selon le sexe

Chez les femmes, elle siège plus au niveau du bas du visage en s'étendant vers le cou, alors que chez les hommes, les lésions se concentrent dans le dos et sont donc ainsi moins visibles

Pour expliquer la survenue de l'acné chez l'adulte, plusieurs hypothèses :

- Des troubles hormonaux
- L'hyperandrogénisme
- La contraception
- Le stress chronique
- Une alimentation déséquilibrée

## 2. Les limites du conseil

[20] Le conseil officinal concerne les acnés débutantes ou modérées.

Une consultation médicale est conseillée en cas d'acné importante ou étendue.

L'orientation vers un médecin sera aussi nécessaire s'il y a présence de nodules.

De nombreux traitements permettent d'améliorer les symptômes. Les conseils d'hygiène restent eux bien sur valables quel que soit le traitement ou le stade de l'acné.

Le conseil officinal peut se faire à tous niveaux, au moins pour l'hygiène ou l'accompagnement (assèchement de la peau)

Les atteintes de certaines formes d'acné légère à modérée ne nécessitent pas forcément un traitement médicamenteux. Toutefois, il est recommandé de consulter un dermatologue, même pour des symptômes récents ou légers, car une intervention médicale peut prévenir l'aggravation du problème ainsi que certaines séquelles, telles que les cicatrices.

Modifier certaines habitudes peut aider à contrôler les éruptions et à minimiser les symptômes ou compenser les effets indésirables comme l'assèchement de la peau ou la photosensibilisation. En effet l'acné s'améliore plus vite si on associe au traitement prescrit une bonne hygiène de vie.

Avant de choisir un traitement non médicamenteux, il est essentiel d'identifier les symptômes sources des problèmes.

Les traitements élaborés pour les peaux grasses à tendance acnéique s'attaquent généralement à au moins l'un des facteurs responsables de l'acné

Leur action passe par :

- La réduction de la production de sébum
- L'accélération de l'élimination des cellules de la peau, qui aide à agir contre l'hyperkératose
- La lutte contre les infections bactériennes
- La réduction éventuelle de l'inflammation

### **3. Conseils et soins cosmétiques adaptés**

Pour optimiser l'efficacité des traitements mis en place, les soins cosmétiques et d'hygiène sont essentiels et ne doivent surtout pas être négligés, ils **constituent la partie la plus importante de la prise en charge de l'acné.**

Ils sont utilisés en complément des traitements médicamenteux (lesquels nous ne traiterons pas ici), afin de pallier aux effets indésirables irritants et desséchants de certains d'entre eux.

En dehors des phases de poussées et de traitements, les produits cosmétiques sont utiles pour l'entretien de la peau et la prévention des récives, ils aident le patient à camoufler et réduire leurs lésions acnéiques.

Plusieurs règles d'hygiène de vie et le suivi de soins cosmétiques **quotidiens limitent la progression des lésions, facilitent leur guérison et atténuent l'impact de certains effets secondaires des médicaments.**

Les soins peuvent être appliqués sur la zone affectée, que ce soit le visage, les épaules, la poitrine ou le dos.

Une routine quotidienne de nettoyage et de soin peut **nécessiter plusieurs semaines avant d'être efficace.** Il faut donc faire preuve de patience.

## a. Hygiène de la peau

Il faut avant tout **se laver les mains**.

Préférer de **l'eau tiède** plutôt que de l'eau trop froide ou trop chaude pour laver le visage. Pratiquer une **toilette douce, matin et soir**, au niveau du visage afin d'éliminer l'excès de sébum et les cellules mortes, cela enlève aussi les impuretés qui obstruent les pores.

La toilette se fait avec un **nettoyant doux**, non irritant, non comédogène et n'asséchant pas la peau, ou avec un **pain dermatologique**.

De multitudes gels nettoyants sont disponibles en pharmacie, notamment *Sébiüm gel moussant*<sup>®</sup>, *Cleanance gel nettoyant*<sup>®</sup>, *Effaclar gel moussant*<sup>®</sup>. Appliquer sur la peau et faire mousser le produit avec de l'eau.

Les peaux acnéiques sont fragiles, il est donc recommandé de ne pas utiliser de produits agressifs pour la toilette, tels que des savons liquides à base de détergents, des antiseptiques moussants, des solutions alcoolisés ou encore l'usage de savon de Marseille.

Un **savon surgras, un pain de toilette sans savon** seront donc à privilégier. Ces types de savons ont un effet décapant bien moindre comparé aux savons classiques, et ils respectent davantage le pH cutané.

**Ne pas toucher, triturer ou percer les boutons**, cela ne fera qu'empirer leur état, en aggravant l'inflammation. Le bouton se résorbera alors moins bien, il sera plus propice à laisser une cicatrice, et le risque de surinfection sera augmenté.

Cependant, quand le bouton présente une gêne trop importante pour le patient, et à condition qu'il soit blanc et bien visible, il est possible de le percer proprement avec un coton, une aiguille propre ou un tire comédon, non avec les mains directement, et en prenant soin de bien désinfecter en suivant.

Les **produits avec rinçage** seront privilégiés, cela permet une meilleure élimination des impuretés.

Les produits de toilette peuvent être rincés avec une lotion matifiante afin de diminuer la brillance de la peau, astringente pour resserrer les pores, ou séborégulatrice pour normaliser les sécrétions sébacées.

**Sécher en douceur**, en tamponnant délicatement avec une serviette propre.

Tout traitement topique doit être appliqué sur une peau préalablement nettoyée et séchée.

Outre la peau, il sera indispensable de **penser à hydrater les yeux et les lèvres**, lié au fait du coté desséchant des traitements associés. Conseiller des crèmes très riches ainsi que des sticks à lèvres.

La laboratoire Avene a élaboré la gamme Cleanance Hydra<sup>®</sup>, conçue spécifiquement pour compenser les effets desséchants induits par les traitements.

## b. Gommage et masque

**Il ne faut pas les utiliser pendant toute la durée du traitement**, surtout lorsque la peau est particulièrement fragilisée par certains médicaments.

De plus, lorsque l'acné est sévère et très inflammatoire, un gommage pourrait provoquer encore plus de dégâts, ils sont donc plutôt à privilégier en cas de forme légère à modérée.

Un **gommage** peut être effectué **une fois par semaine**, il affine la peau, permet de désincruster les pores, et rétablit le grain de peau. Il gomme aussi les imperfections superficielles et favorise la pénétration des actifs. Mais il faut être vigilant à ce que le gommage ne soit pas trop agressif et décapant. Un produit spécifique pour peaux grasses doit être privilégié.

Ces gommages peuvent être complétés en suivant par l'application d'un masque désincrustant et purifiant.

Les masques à l'argile permettent d'absorber le sébum. Le masque devra être apaisant, hydratant et non comédogène.

A ne pas confondre avec les produits exfoliants, qui eux sont à exclure pour des peaux sensibles ou avec une acné sévère.

## c. Soins quotidiens

L'objectif est multiple : réduire la sécrétion sébacée, limiter l'inflammation et l'hyperkératose, matifier le teint, raffermir les pores et améliorer éventuellement la tenue du maquillage.

**Matin et soir, utiliser des soins** protecteurs, hydratants, matifiants, séborégulateurs, kératolytiques, apaisants (*que nous détaillerons un peu plus bas*)

Ces soins permettent d'améliorer l'observance des traitements médicamenteux. Des sticks labiaux pourront compléter le soin pour lutter contre la sécheresse et la fragilisation des lèvres.

**Le matin, appliquer une crème hydratante matifiante.** Une hydratation correcte de la peau permet d'améliorer la tolérance de traitements médicamenteux.

Lutter contre l'idée reçue, qu'une peau grasse n'a pas besoin d'être hydratée

Proposer une crème à base d'acides de fruits de type *Effaclar duo*<sup>®</sup>, *Cleanance expert*<sup>®</sup>, *Sebium global*<sup>®</sup>.

Certains produits s'appliquent directement sur les éruptions cutanées pour les masquer ou favoriser leur résorption. Des soins correcteurs spécifiques enrichis en actifs assèchent la lésion et peuvent être appliqués plusieurs fois par jour dès les premiers signes d'apparition des boutons : *Effaclar AI correcteur ciblé*<sup>®</sup>, *Keracnyl stop boutons*<sup>®</sup>.

A noter qu'il est conseillé d'appliquer dans un premier temps la crème hydratante et ensuite le topique médicamenteux. Dans le cas inverse, il se peut que la crème de soin augmente l'irritation induite par le médicament.

#### d. Les produits de maquillage

Les **produits de maquillage** doivent être choisis avec soin, éventuellement avec les conseils du dermatologue, pour éviter qu'ils n'aggravent les lésions acnéiques.

Porter du fond de teint matifiant et non obturateur, appliquer **uniquement des soins non comédogènes pour la peau**.

Les poudres peuvent être utilisées en complément pour camoufler l'aspect brillant de la peau. Les crèmes de soin pour peau à tendance acnéique sont généralement de bonnes bases de maquillage, en effet la peau grasse ne permet pas une excellente fixation du maquillage

Bien entendu, **se démaquiller correctement tous les soirs**.

Pour les hommes, **le rasage** quotidien doit être évité, Il est préférable d'utiliser un rasoir électrique. Après rasage, il faut bannir les lotions alcoolisées et préférer des crèmes hydratantes et apaisantes.

Il ne faut pas négliger cet aspect esthétique chez les patients acnéiques, car il améliore considérablement l'impact psychologique chez les patients

#### e. La protection solaire

[21] Elle est indispensable pour protéger la peau.

Si le soleil peut avoir une action bénéfique sur le moment, en asséchant les lésions via l'effet anti-inflammatoire des rayonnements UV, il peut être néfaste sur une plus longue période et provoquer des récurrences importantes.

En effet, il se produit un épaissement secondaire de la couche cornée qui va aggraver les lésions rétentionnelles, provoquant une incrustation plus profonde et après arrêt de l'exposition solaire, l'acné va rebondir et s'aggraver.

Le soleil peut également parfois faire pigmenter les cicatrices en les brunissant.

De plus, les traitements de l'acné imposent une **protection solaire renforcée** pour éviter des effets indésirables de pigmentation irréversible de la peau.

Certains produits de protection solaire ont une formulation adaptée pour les peaux grasses, à tendance acnéique.

### 4. Les différents types de soins et leurs actifs

Il faut regarder la composition de tout ce que l'on nous propose et en fonction des principes actifs, choisir le produit le plus adapté à chacun.

Types de soin	Principes actifs	Action	Spécialités sur le marché
<b>Séborégulateurs</b>	Le Zinc, l'Argile, La Vitamine B6, Curcubita pepo, la Bardane, le soufre	Diminuent l'aspect luisant de la peau en normalisant la production excessive de sébum	<p><b>AVENE®</b> : la gamme <b>Cleanance</b> réduit l'excès de sébum et l'apparition de boutons</p> <p>La gamme <b>Cleanance Hydra</b> propose des produits restaurant le confort des peaux desséchées par les traitements médicamenteux</p> <p><b>BIODERMA®</b> : la gamme <b>Sebium</b> adaptée pour les peaux mixtes à acnéiques</p> <p><b>LA ROCHE POSAY®</b> : la gamme <b>Effaclar</b> s'adapte aux peaux grasses à tendance acnéique</p> <p><b>DUCRAY®</b> : la gamme <b>Keracnyl</b></p>
<b>Kératolytiques</b>	<p><b>AHA ou acides de fruits :</b></p> <p>Acide glycolique</p> <p>Acide lactique</p> <p>Acide salicylique</p> <p>La Vitamine A</p> <p>Les enzymes (papaine, bromélaïne...)</p> <p>Allantoïne</p> <p>Urée</p>	<p>Favorisent la desquamation donc la régression spontanée des cellules mortes de la peau</p> <p>Possèdent un pH acide donc bénéfique pour les peaux acnéiques, qui elles sont plus alcalines, donc ils vont permettre de retrouver un pH correct</p> <p><i>Attention avec les problèmes de tolérance, : irritation locale ou une rougeur.</i></p>	
<b>Anti-inflammatoires</b>	Zinc, Gingko biloba, Lichochalcone A, Niacinamide ou vitamine PP	Réduisent les rougeurs, apaisent la peau agressée, améliorent la sensibilité cutanée en réduisant la sensation d'inconfort	
<b>Antibactériens et antiseptiques</b>	Myrtacine, Vitamine PP, Crotamiton, Triclosan	Limitent la prolifération excessive des bactéries contenues dans les boutons	
<b>Apaisants</b>	Eaux thermales Allantoïne, Glycérine, La vitamine E, Provitamine B5 (panthenol) Huile de calendula Aloe vera	Diminuent l'agressivité des autres traitements, et calment les irritations en apaisant et hydratant la peau	

<b>Matifiants</b>	<b>Silice, Kaolin, Poudre absorbantes</b> (poudre de riz, poudre de noyau d'abricot), <b>Talc, Comedoclastin</b>	Réduisent l'aspect luisant par absorption et rétention du sébum, tout en hydratant la peau. <i>A utiliser avant le maquillage</i>	<b>NOREVA®</b> : la gamme <b>Matidiane</b> qui vise à améliorer l'aspect de la peau et <b>Exfoliac</b> luttant contre les imperfections des peaux acnéiques
<b>Hydratants</b>	<b>Acide hyaluronique, collagène, vaseline, paraffine, glycérol, cires, urée, aloe vera, silicones ...</b>	Luttent contre la déshydratation cutanée, ils peuvent avoir une action humectante ou filmogène.	<b>URIAGE®</b> : la gamme <b>Hyseac</b>  <b>EUCERIN®</b> : la gamme <b>DermoPure</b>
<b>Astringents</b>	<b>Céramides, Acides Gras Essentiels, Zinc, Sauge, Thym</b>	Agissent un peu comme de l'eau froide, ils provoquent une vasoconstriction, permettant de resserrer les pores et d'affiner le grain de peau	

Figure 15 : Les différents types d'actifs retrouvés dans les produits dermocosmétologiques pour les peaux acnéiques [22]

Pour être un peu plus précis, en ce qui concerne les lésions rétentionnelles (les comédons), il faudra privilégier les produits séborégulateurs et les gommages à base d'acide de fruits pour affiner le grain de peau afin que l'épiderme ne renferme moins ce type de lésion.

Et concernant les lésions dites inflammatoires (papules, pustules et nodules), il faudra surtout utiliser des soins qui limitent la prolifération de la bactérie mise en cause et des produits qui freinent cette inflammation locale.

## 5. Autres conseils associés

### a. Le Zinc

**Le gluconate de zinc** retrouvé dans *Rubozinc®* et *Effzinc®* en gélules de 15 mg, ainsi que dans *Granions de zinc®* en ampoules de 15 mg, à raison de 30 mg/jour soit 2 gélules, pendant 3 mois puis 15 mg/jour en entretien.

La prise est unique et **à distance du repas ou à jeun.**

Testé sur 3 mois, il peut être poursuivi en cas d'efficacité ou stoppé si l'acné ne répond pas à ce traitement.

Le Zinc est un léger anti-inflammatoire, un antioxydant et possède des propriétés cicatrisantes.

Il donne de bons résultats en 1<sup>ère</sup> intention, lors d'acné légère à modérée. Une amélioration s'observera généralement au bout de plusieurs mois, cela n'est pas immédiat.

Son absorption est diminuée par les céréales, le pain complet, le soja, le maïs, mais également par le Fer et le Calcium, **espacer donc les prises de Zinc d'au moins 2 heures avec ces aliments** (risque de chélation).

A noter également que la prise de Zinc devra se faire à distance de la prise de certains antibiotiques comme les Tétracyclines (parfois prescrites dans le traitement de l'acné plus avancée) ou les Fluoroquinolones.

### **b. La phytothérapie**

*(À utiliser en infusion de façon locale ou en gélule par voie orale)*

A conseiller de manière générale à partir de 15 ans.

- **Bardane** : action drainante sur la peau, antimicrobien, antifongique, antiprurigineux, purifiant, elle régule la sécrétion de sébum
- **Pensée sauvage** : dépuratif et draineur cutané, elle matifie la peau, la purifie en freinant la production de sébum
- **Ortie** : dépuratif, detoxifiant, freine la sécrétion de sébum
- **Pissenlit** : riche en vitamine A, B, C et D ainsi qu'en nombreux oligoéléments, il répare la peau et la débarrasse de ses toxines
- **Aloe vera** : anti-inflammatoire qui permet de lutter contre l'hypersécrétion sébacée, hydrate la peau sans laisser cet effet gras

### **c. L'aromathérapie**

*[23] Rappeler que l'utilisation des huiles essentielles est contre indiquée chez les moins de 12 ans (dans la majorité des cas), chez les personnes âgées, chez les personnes épileptiques, asthmatiques, insuffisants respiratoires et rénaux ainsi que lors du premier trimestre de grossesse, et fortement déconseillée pendant le reste de la grossesse et l'allaitement. Une grande prudence doit être conduite concernant leur utilisation.*

- **Arbre à thé** : antibactérien, antifongique, antiviral, anti-inflammatoire, assèche les boutons. Peut être appliqué pur à l'aide d'un coton tige directement sur les boutons à raison d'une unique goutte ou mélangé à une huile végétale de type Jojoba.
- **Palmarosa** : régénérant, anti-infectieux, cicatrisant, anti-inflammatoire. Une vingtaine de gouttes dans 50 ml d'huile de Jojoba, en application sur une peau propre et sèche.
- **Ravintsara** : anti-infectieux, anti-inflammatoire, assainissant
- **Géranium rosat** : antibactérien, fortifiant, astringent, régénérant et apaisant,
- **Thym à linalol** : anti-infectieux, antiseptique, en cure par voie orale dans le cas d'acné sévère.

Privilégier toujours pour les mélanges, des huiles végétales non comédogènes, comme le Jojoba, le Macadamia ou le Noyau d'abricot.

#### d. L'alimentation

Même si le lien direct entre une alimentation saine et l'acné n'est pas réellement établi, il existe des conseils alimentaires qui permettent de limiter et freiner l'acné en régulant la production de sébum.

Privilégier les **aliments riches en vitamine A** tels que les carottes, les tomates, les brocolis, les céréales complètes, les fibres.

Consommer une fois par semaine des **aliments riches en oméga 3** (poisson gras, noix, huile de colza), ils ont un rôle dans la diminution de molécules proinflammatoires (prostaglandines, thromboxanes).

**Eviter les sucres rapides** car ils favorisent la rétention du sébum ainsi que **les graisses et les produits laitiers**.

Favoriser les **aliments à index glycémique faible** (fruits, légumes, légumineuses, volaille, œuf...).

## B. L'urticaire

[24] [25] [26] [27] Il s'agit d'une affection très fréquente qui atteint environ 20% de la population en France.

0,1 à 3 % des gens développent une forme chronique d'urticaire.

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes en général.

### 1. Généralités

Tout d'abord, il est important de différencier l'allergie de l'urticaire.

Quand nous parlons d'urticaire, nous parlons de symptômes avec ces plaques rouges en relief. Et certaines de ces urticaires peuvent être allergiques, l'allergie étant la cause.

L'urticaire se caractérise par une réaction cutanée se manifestant par une éruption aigue généralisée ou localisée de survenue **brutale de plaque rouge, rosée, arrondie, limitée et en relief** dont la principale caractéristique est le caractère fugace et migrateur.

Ces lésions sont souvent **prurigineuses, érythémateuses et inflammatoires**, elles ressemblent aux piqûres d'orties (du latin *urtica*, l'origine du mot urticaire).

La crise apparaît donc brutalement et dure de quelques heures à quelques jours.

Ce phénomène inflammatoire est causé par les globules blancs présents dans la peau, aussi appelés les mastocytes qui vont se mettre à produire de l'histamine, cette dernière est responsable d'une vasodilatation (accroissement local de la perméabilité vasculaire), expliquant cet aspect rouge de la peau.

Un bilan allergologie est nécessaire en cas de suspicion d'allergie.

[28,29] Il existe deux formes d'urticaire :

- L'urticaire aiguë : une seule poussée, durant de quelques heures à quelques jours. Elle peut récidiver à distance du premier épisode et les poussées changent souvent de localisation. Des nouvelles plaques peuvent apparaître à différents endroits mais la poussée durera moins de 6 semaines.
- L'urticaire chronique : [30] considérée comme une maladie inflammatoire favorisée par un terrain atopique ou auto-immun sous-jacent, est définie par des poussées se répétant de façon quotidienne ou quasi-quotidienne, sur une durée d'au moins 6 semaines. Ce type d'urticaire n'est pas de nature allergique.

Le plus souvent, il s'agit d'une urticaire aiguë non allergique durant quelques jours.

#### a. L'urticaire allergique

**Un type d'urticaire aiguë, exceptionnelle et rare mais grave.** Caractérisée par la production d'Ac IgE spécifiques d'un allergène (**aliments, médicaments, piqures d'insectes**)

Responsable de la survenue de l'éruption souvent associée à d'autres symptômes, tels que respiratoires, digestifs avec malaise. **Le choc anaphylactique en est la manifestation la plus sévère.**

Survient dans les 2 heures qui suivent le contact avec l'allergène et la durée de la crise ne dépasse pas 24 heures.

Il s'agit ici d'une réaction allergique véritable.

L'urticaire allergique est une cause rare d'urticaire aiguë.

#### b. L'urticaire non allergique

Cela peut être dû à :

- Une infection virale
- Médicament (antibiotiques, AINS, Aspirine)
- Certains aliments consommés en grande quantité
- Contact avec des plantes (orties) ou des animaux (méduse, insectes)
- Psychologique à cause d'un choc émotionnel, d'un stress



Figure 16 : Urticaire de contact, de type lésions annulaires, au latex



Figure 17 : Urticaire superficielle, à contours limités



Figure 18 : Urticaire superficielle en petites plaques sur l'avant-bras



Figure 19 : Urticaire superficielle confluyente en grandes plaques

### c. Dermographisme ou urticaire factice

Ce type d'urticaire, très fréquent, est caractérisée par l'**apparition de stries** au niveau de zones de frottement, ou suite à un grattage important, qui restent visibles pendant un temps.

Le diagnostic se confirme par l'apparition de lésions linéaires gonflées, causées volontairement par une pression sur la peau en traçant une ligne par exemple.

Dans la majorité des cas, il n'y a pas d'explication à cette apparition, mais il peut arriver que le stress, une piqure ou la prise d'un médicament en soit la cause.



Figure 20 : Dermographisme

## 2. Les limites du conseil

Réorienter le patient vers un médecin si l'urticaire survient suite à la prise d'un médicament, si l'éruption se généralise sur tout le corps ou si certaines parties du corps telles que le visage, la langue ou le cou présentent un gonflement important.

Si apparition de signes de gravité, tels qu'un Oedème de Quincke, un choc anaphylactique ou une difficulté à avaler ou respirer, contacter immédiatement le SAMU (15).

Si l'urticaire persiste plus de 24 heures, orienter vers un médecin.

## 3. Prise en charge

### a. Par voie orale

Bien souvent, la guérison se fait spontanément. Le traitement par antihistaminique permet de calmer les symptômes.

Conseiller un **antihistaminique** par voie orale, qui va bloquer l'action de l'histamine, une cytokine libérée par l'organisme lors du déclenchement des poussées d'urticaire.

Les antihistaminiques se divisent en 2 générations :

Les anti-H1 (1<sup>ère</sup> génération) sont peu spécifiques, ils entraîneront plus d'effets indésirables, de type anticholinergiques et seront très sédatifs. Nous pouvons citer la *Polaramine*<sup>®</sup>.

Leur demi-vie est courte, la prise doit donc être renouvelée dans la journée.

Les anti-H2 (2<sup>ème</sup> génération) agissent rapidement entre 30 minutes et 1 heure pour une durée de 24 heures, une prise par jour est donc suffisante. Ils présentent une meilleure spécificité vis-à-vis des récepteurs antihistaminiques et possèdent moins d'effets anticholinergiques comparés aux 1<sup>ères</sup> générations. Les anti-H2 sont souvent mieux tolérés, ont moins d'effets sédatifs et seront donc à privilégier. Parmi eux, nous retrouvons la Cétirizine<sup>®</sup>, la Loratadine<sup>®</sup>, l'Ebastine<sup>®</sup>, la Bilastine<sup>®</sup> ...

En général, la durée du traitement antihistaminique ne dépasse pas 15 jours pour une urticaire aiguë. La prise en continue est importante pour apaiser la libération d'histamine dans le temps.

Les deux molécules antihistaminiques disponibles sans ordonnance sont :

- **Cétirizine**<sup>®</sup> (*Zyrtecset*<sup>®</sup>, *Humex allergie*<sup>®</sup>, *Actifed allergie*<sup>®</sup>...), dosé à 10 mg, 1 comprimé chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 12 ans, 5 mg soit un demi comprimé chez l'enfant de plus de 6 ans. (Une forme orodispersible est disponible pour les enfants ayant des difficultés à avaler les comprimés)
- **Loratadine**<sup>®</sup> (*Humex allergie*<sup>®</sup>...), à partir de 6 ans pour un poids > 30 kg, 1 comprimé par jour.

Cétirizine et Loratadine existent aussi sous leur nom de DCI, en conseil.

Ils seront d'autant plus efficaces s'ils sont pris précocement.

Conseiller la **prise de préférence le soir** par rapport au risque de sédation (dépendant d'une personne à une autre).

Les corticoïdes ne sont pas considérés comme un médicament d'urgence du fait de leur lenteur d'action (plusieurs heures).

#### **b. Par voie locale**

Les médicaments d'action locale, sont en général peu utiles dans le cadre de l'urticaire et provoquent une photosensibilisation et des eczémas allergiques de contact. Cependant, **certaines crèmes topiques peuvent soulager les démangeaisons cutanées.**

- **Crèmes ou gels à base d'antihistaminique** : (*Apaisyl gel*<sup>®</sup>, *Sedermyl*<sup>®</sup>, ...) une application locale jusqu'à trois fois par jour.
- **Crèmes à base d'hydrocortisone** : (*Onctose hydrocortisone*<sup>®</sup>, *Cortapaisyl*<sup>®</sup>, *Cortisedermyl*<sup>®</sup>...) en cas de forte démangeaison, une application en fine couche jusqu'à deux fois par jour sur une courte durée. Ne pas appliquer sur une peau lésée ou purulente et ne pas s'exposer au soleil après application.

Certaines crèmes sont associées à **un anesthésique local** qui va en plus insensibiliser la peau (*Onctose lidocaïne*<sup>®</sup>).

Prévenir le patient du risque de photosensibilisation suite à l'application de ces crèmes  
Eviter d'appliquer sous un pansement occlusif ou sur une grande surface de peau.

#### **c. L'aromathérapie**

En urgence pour soulager la crise, il est possible de mélanger 1 goutte de **Camomille matricaire** à une pression d'huile végétale de **Calophylle**, à renouveler 4 fois par jour si besoin.

Pour calmer les démangeaisons, conseiller d'appliquer quelques gouttes de **Lavande officinale** ou **Lavande vraie** sur l'éruption (peut-être appliquée pure ou mélangée à un corps gras).

Il est aussi possible d'associer **Camomille Romaine** (apaisante), **Eucalyptus citronné** (régule le système immunitaire), **Menthe poivrée** (anesthésiant cutané et rafraichissant) et **Lavande officinale** en mélange dans de l'huile végétale de Calendula, à raison d'une goutte de chaque huile essentielle mélangées à quatre gouttes d'huile végétale. Appliquer ce mélange jusqu'à trois par jour pour calmer et apaiser la zone.

### **4. Conseils associés**

Lorsque l'origine de l'urticaire est connue, **il faut dans un premier temps la supprimer pour en stopper l'évolution** et prévenir une éventuelle récurrence. Il est rare qu'une urticaire ait une cause unique, elle est le plus souvent liée à l'association de plusieurs facteurs.

**Éviter d'écouter son premier réflexe qu'est le grattage**, cela peut entraîner des lésions de grattage et un risque d'infection. La peau est mise à nue et donc exposée aux bactéries. Plus nous nous grattons, plus nous allons écraser les mastocytes et donc leur faire libérer de l'histamine en plus grande quantité.

**Aspirine et AINS sont contre indiqués** car il s'agit de médicaments aggravants en période de poussée.

**Éviter les aliments riches en histamine**, ils restent nombreux et sont difficiles à éviter. Essayer dans un premier temps de ne pas les associer et de ne pas les manger en trop grande quantité. Parmi ces aliments, nous retrouvons les boissons fermentées (bière), les fromages (comme le gruyère, le roquefort, le brie, l'emmental...), les poissons (le thon, les sardines, le saumon, les anchois...), la charcuterie, les légumes (la tomate, le chou, les épinards), les fruits (le raisin, la figue, la banane, la fraise, le kiwi, les agrumes...), les noix, le chocolat ...

Même si une personne n'est pas allergique à l'un de ces aliments, la consommation de plusieurs d'entre eux, dans un contexte de stress ou de fatigue, pourra engendrer une urticaire.

**Eviter également les états de stress ou de fatigue intense, les variations de températures trop importantes.**

**Informez votre médecin et votre pharmacien** en cas d'antécédents d'allergie à un médicament. Pensez à le noter dans ses papiers.

Anticiper, en cas de récurrences qui peuvent être fréquentes, en **ayant un antihistaminique avec soi**.

Conseiller des **produits topiques nourrissants** qui vont permettre de réparer la barrière cutanée et donc l'apaiser.

Veillez à avoir une bonne hygiène corporelle, à l'aide de **savon surgras**. Après un bain (pas trop chaud), **ne pas frotter** directement avec la serviette, tamponner délicatement pour laisser un léger taux d'humidité à la peau et ne pas l'irriter.

Evitez également les bains moussants ou avec parfums.

**Appliquez localement du froid ou de la glace** (en veillant à ne pas l'appliquer à même la peau) pour soulager peut aussi être une très bonne alternative.

**Evitez de porter des vêtements serrés ou irritants**, préférez le coton ou la soie.

**Ne pas porter de laine à même la peau**, car elle provoque une irritation et aggrave les lésions, le **synthétique est aussi à proscrire** car il n'absorbe pas suffisamment la transpiration causant macération et irritation.

Soulager localement en pulvérisant par exemple une eau thermale sur les plaques.

Il est possible aussi d'appliquer un linge fin imbibé d'eau en le laissant en place 30 minutes, cet acte peut être renouvelé autant de fois que nécessaire.

## C. La lucite estivale bénigne

[31] La lucite estivale est une « **allergie solaire** » très prurigineuse, ayant tendance à récidiver chaque année en s'aggravant.

### 1. Généralités

[32] Pathologie fréquente, elle touche près de 10% des français, concerne neuf femmes sur dix et touche préférentiellement les peaux claires. Elle débute le plus souvent entre 15 et 25 ans mais peut aussi s'observer chez l'enfant.

L'allergie **apparaît dès les premières expositions solaires intenses ou prolongées** (avant que le bronzage fasse son rôle de protecteur), **après 2 ou 3 jours d'exposition**.

**L'exposition solaire brutale** des vacances sur une peau non préparée est souvent l'élément déclenchant.

Idéalement, la peau est exposée graduellement aux rayons UV afin de créer une tolérance à la lumière du soleil.

Elle se manifeste sous forme de **petites éruptions** (léger relief, voir petite cloque), érythémateuses, localisées en majeure partie **au niveau du décolleté** et touchant parfois les **épaules, la zone antérieure des avant-bras et le dos des pieds** ; des zones qui ne sont pas exposées au soleil toute l'année. Le visage reste quant à lui souvent épargné, néanmoins toutes les parties peuvent être atteintes.



Figure 21 : Lucite estivale bénigne, éruption (Atlas de Dermatologie)

L'éruption provoque de **vives démangeaisons** et **une irritation intense**. Les lésions s'atténuent en 1 à 2 semaines sans cicatrices si le patient se protège du soleil.

Cela a tendance à réapparaître chaque année, de plus en plus tôt, et pour un ensoleillement de plus en plus faible. De plus, les zones corporelles touchées seront de plus en plus étendues au cours du temps.

**Le mécanisme est mal connu**, cette photodermatose fait intervenir les rayonnements UVA du soleil (elle peut aussi être déclenchée par les UVA des cabines de bronzage) qui vont pénétrer

profondément dans la peau et endommager les cellules, lors d'une exposition solaire prolongée.

La peau réagit à l'exposition au soleil par une suractivité de sa fonction immunitaire, ce qui déclenche l'apparition de rougeurs et inflammations.



Figure 22 : Lucite estivale bénigne, Photodermatose (Dermis.net et Jean Claude Beani)



Figure 23 : Photodermatose lors d'une cueillette (Atlas de Dermatologie)

## 2. Les limites du conseil

Une orientation médicale est recommandée en cas d'éruption trop invalidante, ou en cas d'inefficacité de traitement.

## 3. Traitements

### a. Se protéger du soleil

Appliquer une protection solaire efficace, se mettre à l'ombre, porter des vêtements couvrants (même à l'ombre ou sous un parasol car les UVA se réfléchissent).

Opter pour **une crème solaire haute protection en particulier vis-à-vis des UVA**, car ce sont ces derniers qui vont causer le plus de radicaux libres (bien regarder la composition des crèmes).

Par contre, l'exposition solaire doit être stoppée jusqu'à disparition totale des symptômes. Il est aussi conseillé de s'exposer très progressivement au soleil.

#### **b. Calmer les démangeaisons**

Un **topique antihistaminique et/ou anesthésique** peut être conseillé pour apaiser cette sensation de démangeaison.

Si les démangeaisons deviennent trop intenses et que l'inflammation était trop importante, il est préférable d'appliquer une **crème à base d'hydrocortisone** à 0,5%, deux fois par jour pendant quelques jours, en couche mince. Ne pas appliquer sur une surface étendue.

En relais appliquer un **topique calmant** non allergisant de type *Pruriced Uriage*<sup>®</sup>.

Un antihistaminique (de type Cétirizine<sup>®</sup> ou Loratadine<sup>®</sup> en vente libre) par voie orale peut être associé selon l'intensité du prurit, un comprimé par jour pendant 3 jours.

#### **4. Conseils associés**

Choisir des produits de toilette adaptés, tels qu'un pain dermatologique sans savon (*A-derma*), ou encore une huile lavante ou lotion avec des propriétés apaisantes.

Le **traitement préventif** est primordial car l'éruption a tendance à récidiver en s'amplifiant d'une année à l'autre. **Le débiter 3 semaines avant l'exposition solaire** et le poursuivre jusqu'à l'installation d'une réaction de protection cutanée, jusqu'à ce que la peau soit assez bronzée pour être protégée.

**Les caroténoïdes** sont des photoprotecteurs reconnus mais aucune étude ne démontre leur efficacité en prévention de la lucite estivale bénigne (*Oenobiol solaire intensif*, *Photoderm bronz*, *Léro solaire*, à raison d'une capsule par jour).

Ils contiennent le plus souvent des antioxydants, qui vont aider la peau à gérer les dégâts causés par les UV, et augmenter le seuil de déclenchement de la réactivité de la peau.

Attention, ces compléments peuvent colorer les lentilles de contact en orange, et sont contre indiqués chez les fumeurs, chez qui ils augmenteraient les risques du cancer du poumon.

Rappeler aux patients qu'ils **ne protègent pas des UV !**

Choisir une crème solaire adaptée avec un indice de protection 50 ou 50+, **avec une forte concentration de filtres UVA longs**, de type *Anthélios XL*, *Avene SPF 50*,

**A renouveler toutes les deux heures**, après chaque baignade, et avoir une **exposition progressive** et limitée surtout entre 12-16 heures.

Il est parfois nécessaire de rappeler aux patients que **le parasol ne suffit pas** à se protéger du soleil sur la plage (il y a toujours la réverbération sur le sable et sur l'eau), qu'un indice de protection solaire inférieur à 30 est assez inutile et est réservé pour des peaux déjà mates, en effet la protection reste très légère.

Se méfier également des nuages (la quantité d'UVB sera plus importante sous un ciel nuageux à midi que sous un grand soleil à 16h), ils atténuent la notion de chaleur et favorisent les surexpositions.

SPF (Sunburn Protection factor) qui signifie facteur de protection solaire, représente le niveau de protection d'un produit solaire. Plus ce niveau est élevé, plus la photoprotection sera importante. Pour exemple, une crème avec un SPF 50 va bloquer environ 98% des UV, alors qu'avec un SPF 30, 95% des UV seront bloqués. Lutter contre l'idée reçue qu'il n'est pas possible de bronzer avec un SPF 50, et quel que soit l'indice de protection, rappeler que la crème doit être réappliquée toutes les deux heures.

## **5. Effets néfastes des rayonnements solaires sur la peau**

[33,34] Les rayonnements Ultra-Violet sont des rayonnements électromagnétiques dont le spectre est divisé en trois régions :

- les **UVA** (entre 320 et 200nm),
- les **UVB** (entre 280 et 320 nm),
- les **UVC** (entre 100 et 280nm) *absorbés par la couche d'ozone avant d'atteindre la terre*

Le rayonnement solaire est absorbé par toutes les couches de la peau (les UVB sont absorbés en majorité au niveau de l'épiderme et du derme alors que les UVA eux, pénètrent la peau plus en profondeur) et va provoquer plusieurs effets sur la peau, certains bénéfiques comme la synthèse de vitamine D, mais en cas d'exposition répétée, prolongée et sans protection, les UV peuvent entraîner un cancer cutané en modifiant et en endommageant l'ADN des cellules cutanées.

*L'ADN est formée de deux boucles complémentaires enroulées dans une double hélice. Il existe 4 bases azotées différentes qui composent une molécule d'ADN (A pour Adénine, T pour Thymine, G pour Guanine et C pour Cytosine). Les bases sont complémentaires, c'est-à-dire que lorsque sur un brin d'ADN, la base Adénine est retrouvée, en face sur l'autre brin, il y aura obligatoirement une Thymine (A-T). De même avec la Guanine et la Cytosine (G-C).*

[35]La Cytosine et la Thymine, deux bases pyrimidiques constituant l'ADN, vont absorber les rayonnements UV, et vont alors se retrouver avec un excès d'énergie. Pour revenir à leur état fondamental, ces bases vont réagir chimiquement avec le voisinage. Ainsi une pyrimidine excitée va former une liaison covalente avec une pyrimidine voisine, au détriment des liaisons hydrogènes établies entre les deux bases complémentaires qui induisaient la cohésion de la double hélice. Ce phénomène va alors provoquer la formation de photo-produits dimériques (Thymine-Thymine, Cytosine-Cytosine ou Thymine-Cytosine).

[34]Deux types de photoproduits sont à différencier :

- les **Dimères Cyclobutane de Pyrimidine (CPDs)** : formation d'une liaison covalente entre le Carbone 5 et le Carbone 6 de chaque pyrimidine induisant la formation d'une structure cyclique : cyclobutane. Ce photoproduit va entraîner une distorsion de la double hélice d'ADN inhibant sa réplication et sa transcription.

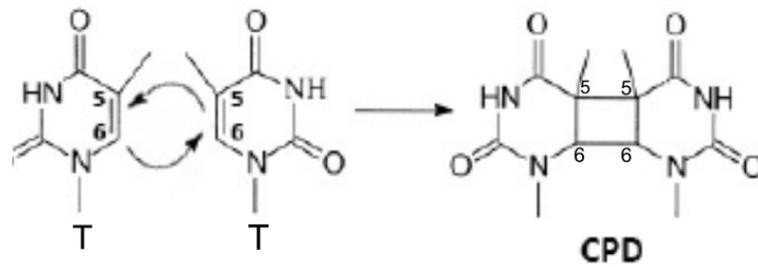


Figure 24 : Mécanisme de formation des CPD

les **6-4 Photoproduits de pyrimidine-pyrimidone (6-4PP)** : dans un premier temps, il va y avoir formation d'une structure cyclique instable et fermée : l'oxétane, impliquant une liaison entre le Carbone 5 et 6 de la première base pyrimidique avec le Carbone 4 et l'Oxygène (s'il s'agit d'une Thymine) ou avec le Carbone 4 et l'Azote (s'il s'agit d'une Cytosine) de l'autre base pyrimidique. Il y a donc formation d'un pont instable entre les positions C6 et C4 de deux pyrimidines adjacentes. Puis dans un second temps, ce cycle va se rompre spontanément, avec un transfert d'un groupement hydroxy -OH ou amino -NH<sub>2</sub> au niveau de la première pyrimidine, conduisant à un pont stable entre les positions C6 et C4 des deux pyrimidines. Ce type de photoproduit va entraîner une distorsion plus importante de la double hélice.

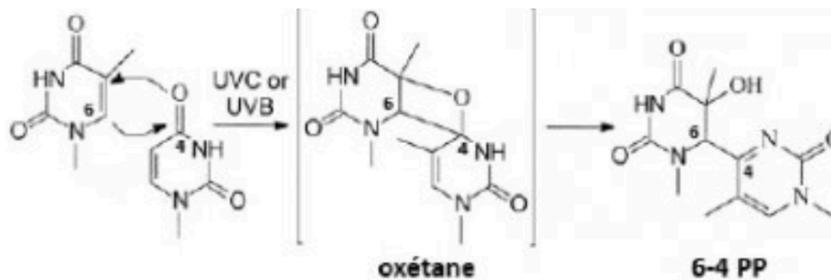


Figure 25 : Mécanisme de formation des 6-4PP

Suite à l'insertion de ces photoproduits dans l'ADN, cela va entraîner des lésions potentiellement mutagènes et/ou létales.

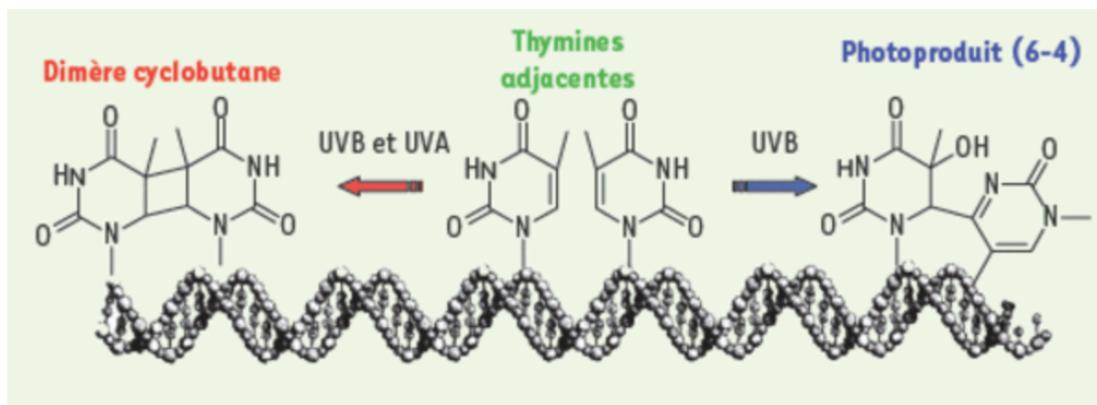


Figure 26 : Photoproduits induits dans l'ADN par les rayonnements UV [33]

Les **UVB** sont moins fréquents mais constituent la portion la plus délétère du spectre solaire. Leur effet est direct par la formation de photoproduits décrits plus haut.

Les **UVA** composent la partie la plus importante des rayonnements UV. Leur effet est indirect, ils génèrent des radicaux libres et participent aussi à la formation de photoproduits en quantité moindre que les UVB. Longtemps considérés comme inoffensifs, les UVA n'ont pas d'effets nocifs à courts termes, mais sont tout aussi délétères.

## 6. Rôle du pharmacien dans la prévention des cancers cutanés

[36] Le nombre de nouveaux cas de cancers de la peau ne fait qu'augmenter depuis 1980. Le rôle de l'exposition solaire est prédominant, bien qu'il y ait aussi d'autres facteurs mis en jeu, comme l'hérédité.

Les **carcinomes** représentent 90% des cancers de la peau.

Les **mélanomes**, aujourd'hui 9<sup>ème</sup> cancer en terme de fréquence en France, restent plus rares que les carcinomes mais plus agressifs.

Plus la tumeur est détectée tôt plus le pronostic sera bon.

Le pharmacien joue donc un rôle essentiel, même à son niveau. En effet, afin de freiner le développement de ces cancers cutanés, la prévention est indispensable, reposant sur un dépistage précoce, une information et surtout sur des conseils sur la protection solaire et depuis le plus jeune âge.

Il est important de surveiller sa peau régulièrement en particulier pour les personnes à risque (c'est-à-dire avec une peau claire, des cheveux roux ou blonds, avec beaucoup de taches de rousseur, ou des grains de beauté de grande taille...), rester vigilant au changement d'aspect d'un grain de beauté ou d'une tache de rousseur, ou encore si une plaie ne cicatrise pas ou si une croûte persiste. Ces signes la doivent motiver une visite chez un médecin ou un dermatologue.

[37] La **règle du ABCDE** est un moyen simple pour reconnaître les signes précoces du mélanome. Attention cependant, la présence d'un ou plusieurs de ces signes n'affirme pas le diagnostic du mélanome, mais justifie une visite médicale et une attention particulière.

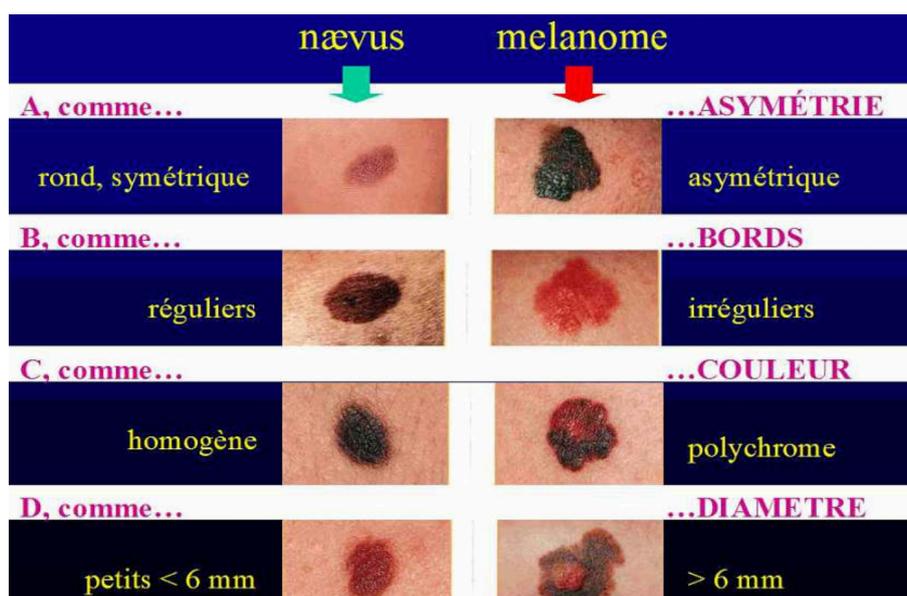


Figure 27 : Dermato-info

## D. La dermatite atopique, dermite atopique ou eczéma atopique de l'adulte

Affection très souvent rencontrée à l'officine qui touche beaucoup plus les enfants mais la prévalence chez l'adulte n'est pas négligeable, atteignant environ 8% et augmentant un peu plus chaque année. Elle constitue une des principales raisons de consultation chez le dermatologue.

Nous ne traiterons pas ici les cas de Dermatite Atopique sévère, nécessitant des traitements médicamenteux à base d'immunosuppresseurs ou de photothérapie.

*A ne pas confondre avec l'eczéma de contact (détaillé plus bas) qui n'aura pas la même origine. Dans ce cas-là, il faut identifier et isoler l'allergène responsable de la réaction. La peau est donc sensible à un allergène extérieur en particulier, alors que dans l'atopie, la peau est sensible de manière générale. Chez certaines personnes, les deux types d'eczéma peuvent cohabiter.*

### 1. Généralités

[25,31,38–40] Il s'agit d'une **maladie de peau chronique inflammatoire** très **prurigineuse et récidivante** qui apparaît bien souvent dès le plus jeune âge et qui **évolue par poussées**.

Cette maladie met en jeu différents facteurs aggravants :

- Une allergie alimentaire ou de contact
- Une irritation locale
- Une infection
- Un stress, un trop plein d'émotion, une fatigue accumulée ...

La recherche de ces facteurs est indispensable dans la prise en charge de la maladie.

Cette dermatose est **plurifactorielle**, en effet elle met en jeu :

- Une altération fonctionnelle de la barrière cutanée
- Une prédisposition génétique (elle apparaît sur un terrain génétique particulier, en effet si l'un des parents est atopique, le risque que l'enfant soit atteint sera augmenté),
- L'action de l'environnement extérieur
- Un rôle du microbiome cutané.

La DA est la manifestation la plus courante associée à l'atopie, **une prédisposition de notre système immunitaire à réagir face à un antigène**. L'atopie qui est un phénomène héréditaire, touche d'ailleurs environ 20% de la population.

Une peau atopique est une **peau sèche**. La **barrière naturelle cutanée sera altérée**, elle produira moins de sébum et moins de filaggrine, une molécule d'adhésion, altérant alors sa protection et rendant la peau plus perméable. Ainsi, les facteurs environnementaux, **les allergènes, vont alors plus facilement pénétrer la peau** et entrer en contact avec les cellules immunitaires (les globules blancs), ce qui sera à l'origine d'un **phénomène inflammatoire** inadapté, avec une surproduction de cytokines. (Notre système de défense va sur-réagir en voulant éliminer ces allergènes).

La DA est la première manifestation d'entrée dans l'atopie. **Différents symptômes** sont généralement **associés** à la DA, comme l'asthme, la rhinite allergique, l'urticaire, une conjonctivite.

## 2. Clinique

[41] La clinique est différente chez l'enfant et chez l'adulte.

Cette dermatose apparaît sous forme de **plaques rouges** crouteuses sur un fond de **xérose permanente**, c'est-à-dire sur une **peau desséchée** (la peau a cet aspect de « peau de crocodile ») Le patient présentera de **fortes démangeaisons, des irritations**. La **peau s'épaissit** et aura un **aspect rugueux** associée ou non à de petites vésicules.



Figure 28 : Xérose cutanée (Fondation Eczéma)

Figure 29 : Épaississement de la peau (Fondation Eczéma)

Les lésions sont souvent localisées au niveau **du visage et du cou** chez l'adulte et se présentent sous forme de lichen sur les membres. On les retrouve aussi majoritairement **au niveau des plis** (coudes, poignets, derrière les genoux) ou des chevilles.

Une atteinte des mains est fréquente, souvent exacerbée par l'activité professionnelle.

En dehors des phases de poussées, lorsque la DA est installée, la peau aura tendance à s'épaissir (lichénification), avec des lésions de grattage causées par un prurit intense.

[37] La Dermatite Atopique se caractérise en quatre phases que sont :

- Phase érythémateuse : plaque rouge vif et chaude, qui démange, avec une surface vésiculée, accompagnée ou non d'œdèmes, la peau tiraille.
- Phase vésiculeuse : la limite n'est pas nette (*à différencier avec une mycose où la limite sera nette*), les microvésicules peuvent confluer et former des bulles, responsables d'une rugosité de la peau. Sous l'effet du grattage ces lésions vont se rompre et laisser place à une phase suintante.

- Phase suintante : rupture de la vésicule
- Phase crouteuse : il s'agit de la phase de réparation, avec l'apparition de croûtes jaunâtres et une desquamation des lésions



Figure 30 : Dermatite Atopique des doigts et du pli du coude (Atlas de Dermatologie professionnelle)

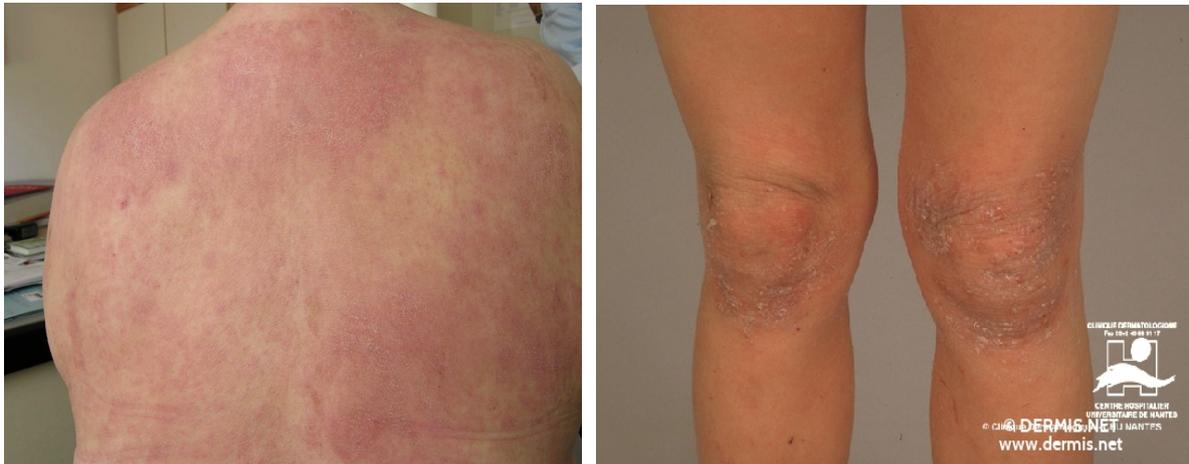


Figure 31 : Dermatite Atopique du dos et du genou (Atlas de Dermatologie, Dermis.net)



Figure 32 : Dermatite Atopique localisée au niveau du cou et du décolleté



Figure 33 : Dermatitis atopique en phase de suintement (croûte et vésicule) (Fondation eczéma)

L'objectif thérapeutique est de **réduire la réponse inflammatoire et immunitaire** en reconstituant la barrière cutanée à l'aide d'émollients.

**La prise en charge se fait à long terme**, il se peut qu'aucune crise n'apparaisse pendant des mois et soudain, suite à l'environnement la crise réapparaisse.

### 3. Les limites du conseil

En cas de complications infectieuses, (apparition anormale de pustules ou de suintements), de surinfection par le Staphylocoque doré (écoulement purulent avec croûtes jaunâtres), ou de surinfection par le virus de l'Herpès.

Si l'eczéma altère la qualité de vie ou provoque des troubles de sommeil importants.

Les formes résistantes doivent être prises en charge par un dermatologue ou par un centre spécialisé.



Figure 34 : Dermatitis atopique sévère avec lésions de grattage ulcérées (Atlas de Dermatologie)

### 4. Traitement

Une DA dite « légère » nécessite en pratique des traitements locaux à base d'émollients et de dermocorticoïdes prescrits eux par le médecin et/ou le dermatologue.

Le principal but est de **prévenir les récurrences** pour **éviter la survenue de poussées** inflammatoires qui sont malheureusement difficiles à guérir. L'objectif étant essentiellement de **traiter les symptômes** et améliorer la qualité de vie du patient.

**La prise en charge** de la DA se doit d'être **complète**, allant de l'hygiène au quotidien aux traitements médicamenteux. **L'éducation du patient** fait également partie intégrante de la prise en charge.

#### a. Les émollients

**Ils vont permettre de restaurer la barrière cutanée**, prévenir les phases de poussées, réduire la sécheresse cutanée et les sensations de grattage.

Utiliser donc un **baume émollient** afin de rééquilibrer la couche lipidique de la peau et réduire les pertes en eau, en d'autres termes ils renforcent le ciment lipidique. L'émollient permet donc d'étanchéfier la peau pour éviter la pénétration des allergènes. Appliquer après la toilette sur peau légèrement humide, une à deux fois par jour.

Privilégier des émollients hypoallergéniques, sans parfum, sans conservateurs ni allergisants.

L'hydratation doit être **quotidienne et sur l'intégralité du corps**. Il est recommandé de ne **pas appliquer d'émollient** au moment des poussées en particulier **sur les zones les plus inflammatoires**, et également sur les plaques qui suintent, au risque sinon de provoquer sensation de brûlure et de picotement. Un émollient qui convient au patient ne doit en aucun cas le piquer.

L'application de l'émollient devra être poursuivie tant que la peau est sèche.

Parmi les agents émollients, qui auront pour objectif d'adoucir et assouplir la peau, nous pouvons citer les huiles végétales, l'huile de paraffine, le beurre de karité, le beurre de cacao, les céramides, les triglycérides, la glycérine.

Une hydratation avec une simple huile végétale ne suffira pas car cela ne permettra pas de compenser le manque de sébum.

#### b. Les dermocorticoïdes

*Nous ne rentrerons pas dans les détails, car ce traitement reste sur prescription et avis médical.* Ils seront à utiliser au moment des poussées, sur les plaques rouges, afin de stopper l'inflammation.

Hydratation et cortisone sont indissociables l'un de l'autre. Les émollients prennent le relais des dermocorticoïdes en fin de poussée. Il est par ailleurs recommandé de débiter par l'application des dermocorticoïdes sur les zones inflammatoires et ensuite par une crème hydratante.

Plus le traitement local sera débuté tôt, meilleurs seront les résultats.

## 5. Conseils associés

### a. Soin et hygiène

37,38] Conseiller une **toilette quotidienne avec des produits surgras non irritants, sans parfum et au pH neutre** (*A-derma peaux sèches, Avene cold cream*) afin de ne pas déséquilibrer le microbiote cutané. Il a été démontré que les patients atteints de DA présentaient une perte de la diversité microbienne.

A conseiller : *Atoderm intensive gel moussant*®, *Stelatopia Mustela*®

**Éviter les bains ou douches de plus de 5 minutes** (un contact prolongé avec l'eau favorise la xérose), et **ne pas utiliser une eau trop chaude** car cela risque d'augmenter la réaction inflammatoire et augmenter le prurit.

Un bain, de façon exceptionnelle est bien entendu autorisé, à raison d'une quinzaine de minutes, et dans ce cas, associer une huile lavante (va permettre de neutraliser la dureté de l'eau) de type : *Lipikar huile lavante*®.

Un nettoyage correctement réalisé permettra d'éliminer les impuretés, les squames ou les croûtes. Ne pas utiliser de gant de toilette, qui sont bien souvent le siège de bactéries.

**Sécher la peau en tamponnant délicatement**, proscrire l'utilisation de tissus rêches.

Le but est ensuite de **traiter la sécheresse**.

Se laver les mains avant l'application de la crème hydratante.

**L'hydratation doit rentrer intégralement dans la routine du patient, elle se doit d'être quotidienne** car cette altération cutanée est permanente. Appliquer la crème sur une peau propre sèche légèrement humide.

Le fait d'en appliquer régulièrement, diminue l'importance des lésions et la fréquence des poussées.

Parmi les émoullients indiqués dans la DA, nous pouvons citer : *Lipikar baume AP+*®, *Exomega control*®, *Eucerin Complete Repair Urea Plus*®, *Atoderm Intensive baume*®, *Xeracalm A.D. Crème Avene*®.

Rappeler au patient qu'une hydratation faite correctement peut réduire de 90% les lésions d'eczéma, avec une consommation réduite de cortisone ou autres traitements médicamenteux.

Pour éviter une future allergie de contact, **changer régulièrement d'émoullients**.

Lors d'un changement de produit, faire un essai sur une petite zone du corps au préalable.

Ne pas hésiter aussi à varier de formulation, en hiver, conseiller des crèmes plus grasses de type Cérat ou Cold cream, alors qu'en été, privilégier des crèmes ou laits plus fluides.

LABORATOIRES	Produits nettoyants indiqués dans la DA	Produits hydratants indiqués dans la DA
AVENE®	Xeracalm® huile lavante	Xeracalm AP® baume
LA ROCHE POSAY®	Lipikar AP® huile lavante	Lipikar AP® baume
BIODERMA®	Atoderm® huile lavante, gel moussant	Atoderm® baume, crème
UCRAY®	Dexyane® huile lavante	Dexyane® baume, crème
EUCERIN®	Atopicontrol® huile de bain	Atopicontrol® baume, crème
URIAGE®	Xemose® huile lavante, pain	Xemose® cérat, lait
ADERMA®	Exomega® huile lavante	Exomega® crème

Figure 35 : Tableau des principaux produits dermocosmétiques adaptés au traitement de la Dermatite Atopique

**Limiter** au maximum le **grattage**, et **se couper les ongles** pour éviter les lésions de grattage. Plus nous grattons, plus nous aggravons l'état déjà altéré de notre peau.

Le froid peut être un excellent allié contre les démangeaisons, utiliser une poche de froid entourée d'un linge et appliquer sur la peau.

Mettre des gants durant la nuit peut aussi aider le patient à ne pas s'écorcher ou provoquer des lésions involontaires.

L'usage d'une eau thermale en pulvérisation prolongée sur les zones de démangeaison aidera l'émollient à pénétrer plus facilement et calmer d'avantage le prurit.

Le laboratoire Atoderm propose le *SOS spray anti-démangeaisons*® qui permet d'apaiser immédiatement cet inconfort, il peut être intéressant de le proposer aux patients chez qui le prurit est tenace.

Il est possible de conseiller la prise d'un antihistaminique par voie orale, afin de calmer le prurit, cela reste purement symptomatique et ne stoppera pas l'évolution de la maladie.

**Aérer été comme hiver** tous les jours, garder une température entre 18° et 19°. Ne pas surchauffer l'habitation.

Éviter l'exposition aux poils, aux animaux, aux acariens, aux nids à poussière (tapis, rideaux), à la fumée de tabac.

**Ne pas agresser la peau** en limitant le contact avec la laine ou le synthétique, éviter les vêtements chauds qui font transpirer plus facilement.

Préférer les tissus en fibres fines, les vêtements en coton, en soie ou en lin. Tester la lessive avant.

La DA a tendance à s'améliorer durant l'été, mais il est tout de même conseillé de protéger sa peau avec une crème solaire SPF 50+.

La prise en charge psychologique est parfois nécessaire, en particulier en cas de retentissement sur la qualité de vie du patient ou de l'entourage. Accompagner et orienter le patient fait partie intégrante de sa prise en charge. Il faut le réorienter vers une équipe médicale pour lui apprendre à vivre avec sa maladie, on n'en guérit pas définitivement. Il faudra lui apprendre à la gérer dans la durée (car le risque de récurrence n'est pas négligeable).

En cas de forte irritation, conseiller une crème réparatrice, comme *Dermalibour*<sup>®</sup>, *Uriage Bariederm*<sup>®</sup>, *Bepanthen sensicalm*<sup>®</sup>...

Comme nous l'avons décrit plus haut, les personnes souffrant de DA présentent un terrain dit « atopique » qui les prédispose aussi aux allergies alimentaires. Même si la suppression du ou des aliments mis en cause ne permet pas de guérir l'eczéma, il est possible pour le patient d'éviter de consommer certains aliments qui seraient susceptibles d'aggraver cette dermatose.

Essayer par exemple de réduire les sucres rapides (plats industriels, céréales, farine blanche...) qui favorisent l'acidité de la sueur, de limiter les corps gras (fritures, viandes rouges) qui vont induire une activité inflammatoire et de diminuer le lait de vache. Préférer des aliments aux propriétés anti-inflammatoires, comme le thé vert, les baies et fruits rouges, les fruits secs, le chocolat noir, les oméga 3. Choisir la crème fraîche crue plutôt que cuite, la cuisine maison avec de l'huile de l'olive...

## b. L'aromathérapie

[23] Voici une formule adaptée à tout type d'eczéma ; utiliser environ 20ml d'huile végétale de **Calendula**, et mélanger avec 30 gouttes d'huile essentielle d'**Arbre à thé** (pour l'antisepsie), 30 gouttes de **Géranium Rosat** (qui va régénérer et apaiser la peau), et 20 gouttes de **Camomille Matricaire** (action anti-démangeaisons). Appliquer ce mélange 3 à 4 fois par jour, à raison de quelques gouttes localement sur les lésions. Il est possible que ce mélange soit utilisé si la zone atteinte est plus étendue, à condition de bien diluer les huiles essentielles citées dans une huile végétale.

## E. L'eczéma de contact

L'eczéma de contact est une **réaction allergique cutanée** causée par un contact avec une substance chimique particulière, un allergène. Il s'agit d'une hypersensibilité de la peau.

### 1. Généralités

[20,25,44,45] L'eczéma de contact est une **maladie inflammatoire cutanée** qui touche environ 15% de la population.

Cet eczéma débute sur une zone où la peau a été en contact avec l'allergène, donc localisée, et peut s'étendre par la suite sur une plus grande surface, en particulier lorsque le contact persiste.

La réaction allergique se déroule en 2 phases. D'abord, une **phase de sensibilisation** à l'allergène, il s'agit du premier contact de cette substance extérieure avec la peau. La peau va alors être fragilisée et le système de défense sera sollicité, en effet les cellules immunitaires vont mémoriser cette première rencontre avec l'allergène. Cette phase est asymptomatique, et peut durer de quelques jours à plusieurs années.

Puis nous aurons la **phase de déclenchement**, quand l'allergène rentre à nouveau en contact avec la peau d'un sujet sensibilisé, le système immunitaire va reconnaître cette substance. Les lésions d'eczéma vont alors débiter.

Cette dermatose se présente sous deux formes :

- **Une forme aiguë** : les lésions apparaissent après contact avec la substance extérieure, elles se manifestent par une ou des **plaques rouges sèches à bords irréguliers, qui grattent intensément**. Ces plaques sont très **localisées**, à l'endroit où l'allergène est entré en contact avec la peau. Il y aura ensuite **l'apparition de vésicules** qui, à cause du grattage vont se percer et libérer un liquide clair pour **se mettre à suinter**. Enfin, ces vésicules vont évoluer en **croûtes**, qui vont finir par **disparaître spontanément au bout d'une dizaine de jours**, sans laisser de cicatrices.

Cependant, quand l'allergène entre de façon répétée avec la peau, ou qu'il n'est pas possible de l'identifier ou de l'isoler, l'eczéma va alors s'aggraver et se chroniciser.

- **Une forme chronique** : la peau va **s'épaissir** (phénomène de lichénification), parfois **brunir légèrement, les plaques vont craqueler, se fissurer**. Cela se manifeste surtout au niveau des mains et des pieds.

Il est important de préciser qu'une personne atteinte d'Eczéma Atopique peut déclencher un Eczéma de contact au même moment.

## 2. Les substances allergènes

[46] Ces substances sont **qualifiées de sensibilisantes**, c'est à dire qu'après une exposition répétée, le patient va développer ce que l'on appelle une sensibilisation, comme décrit plus haut.

Parmi les nombreux allergènes identifiés aujourd'hui, nous pouvons citer par exemple :

- **Les cosmétiques** : les vernis à ongle, les déodorants, les parfums, les shampoings, les teintures,
- **Certains métaux** : le nikel (retrouvé dans les bijoux fantaisies, les boutons de vêtements ou dans les boucles de ceinture),
- **Certains antiseptiques** (comme les dérivés iodés), ou **médicaments** (anti-inflammatoires, antibiotiques ...)
- **Les allergènes vestimentaires** : le cuir, le caoutchouc, les colorants, la lessive

- Le sparadrap, le latex, les colles ...
- Les **allergènes professionnels**, (colles, farines, colorants)

*Dans un cas d'allergie à un vernis, il est possible que la réaction ne se localise pas uniquement au niveau des doigts, en effet une réaction au cou peut se manifester aussi si la personne porte souvent ses mains au niveau du cou. Il s'agit d'un eczéma « manuporté ».*



*Figure 36 : Eczéma du cou par allergie à l'un des composants d'un vernis (Fondation dermatite atopique)*

Il y aussi des professions qui seront plus exposées que d'autres, comme les coiffeurs, les personnes qui portent des gants de façon prolongée comme les jardiniers, les professionnels de santé, les imprimeurs, les métiers du bâtiment ...

C'est ici qu'interviennent les allergologues ou dermatologues, ils vont en effet, via des **Tests épicutanés**, réaliser un bilan allergologique avec le patient afin d'identifier et d'isoler le ou les allergènes responsables de cette réaction.



*Figure 37 : Dermatite atopique allergique des mains et poignets causée par le port de gants en latex (Atlas de Dermatologie)*



Figure 38 : Eczéma de contact au nickel d'une boucle d'oreille (Fondation dermatite atopique)

Figure 39 : Dermate de contact allergique au Nickel (Atlas de Dermatologie)



Figure 40 : Dermate de contact allergique à une cire épilatoire chez une esthéticienne (Atlas de Dermatologie)

Figure 41 : Dermate de contact à un colorant capillaire, chez un coiffeur (Atlas de dermatologie)



Figure 42 : Dermate d'irritation de contact chez un technicien (due aux frottements des vêtements de travail insuffisamment rincés (lessive irritante))

### 3. Les limites du conseil

Dans les formes où l'**eczéma s'est généralisé**, l'identification et l'éviction de l'allergène réalisé par un spécialiste reste indispensable.

En cas de **lésions très étendues**, il est nécessaire de réorienter vers un médecin.

## 4. Traitement

### a. Éviction de l'allergène

**L'identification de l'allergène est primordiale** dans la prise en charge et dans l'évolution vers la guérison. Interroger le patient en lui demandant s'il y a eu de nouveaux produits dans son quotidien depuis ces derniers jours. Lui demander ce qu'il aurait pu toucher à l'endroit atteint, avant que les symptômes débutent.

**Le but étant une éviction définitive** de cet allergène. Si l'identification n'est pas faite immédiatement, il faudra alors orienter le patient vers un allergologue pour effectuer des tests épicutanés ou Patchs Tests.

### b. Une toilette adaptée

Utiliser des **produits de toilette adaptés**, préférer une **douche** à un bain, de **courte** durée et avec une **eau tiède**.

Essuyer sa peau en tamponnant.

Conseiller des produits tels que *Xeracalm huile lavante*<sup>®</sup>, *Exomega* ou *Atoderm gel moussant*<sup>®</sup>.

### c. Calmer l'inflammation locale

Appliquer une fois par jour, localement sur les lésions, l'équivalent d'une noisette d'un **dermocorticoïde, cela constitue la base du traitement**

Les seuls corticoïdes locaux disponibles en pharmacie sans ordonnance ne suffiront pas à traiter correctement les phases de poussée, il faudra donc consulter un médecin.

### d. Hydrater et réparer sa peau

Conseiller une **crème émolliente en application quotidienne**. Cela permettra d'espacer les poussées. Ne pas appliquer sur une peau inflammatoire, mais plutôt en relais des corticoïdes.

Nous pouvons citer *Exomega baume*<sup>®</sup>, *Atoderm baume*<sup>®</sup>, *Xeracalm baume*<sup>®</sup> ...

Il est aussi possible d'appliquer une **crème afin de réparer la peau et de la protéger des irritations et agressions extérieures**. Parmi ces produits, nous aurons *Bariederm Uriage* (crème isolante et réparatrice), *Bepanthen sensicalm*<sup>®</sup>, *Topialyse barrière*<sup>®</sup>. A appliquer à volonté sans modération, ce geste doit rentrer dans la routine du patient.

### e. Calmer la démangeaison

En cas de démangeaisons invalidantes pour le patient, il est possible de lui donner un antihistaminique comme la Cétirizine<sup>®</sup> ou la Loratadine<sup>®</sup>, à raison d'un comprimé par jour, plutôt en fin de journée. Leur effet sédatif peut s'avérer utile en cas d'insomnie mais leur efficacité reste modeste dans l'eczéma.

## 5. Conseils associés

Les conseils concernant l'entretien de la peau dans la DA peuvent tout à fait être appliqués dans l'eczéma de contact.

Sensibiliser le patient et lui expliquer ce qu'est un allergène de contact.

## F. Le psoriasis

[20,25,47,48] Le psoriasis est une **dermatose inflammatoire chronique érythémato-squameuse**, rythmée par des **phases de poussée et de rémission**, qui touche environ 1 à 5% de la population, et qui peut apparaître à n'importe quel âge.

Cette dermatose n'est ni contagieuse, ni grave mais peut **altérer fortement la qualité de vie** des patients atteints.

### 1. Généralités

Il existe plusieurs types de psoriasis, le psoriasis en plaque, le psoriasis en goutte, le psoriasis inversé, le psoriasis du cuir chevelu, des ongles, des muqueuses et palmoplantaire.

Nous nous concentrerons sur le plus répandu, qui est le **psoriasis en plaques** ou appelé **psoriasis vulgaire**, il représente 80% des formes de psoriasis.

Il touche à la fois l'épiderme et le derme.

Cette pathologie est **plurifactorielle**. Elle met en jeu :

- un **dysfonctionnement du système immunitaire**,
- une **prolifération anormale de kératinocytes** ou en d'autres termes une accélération du renouvellement de l'épiderme (au lieu de 28 jours en temps normal, l'épiderme mettra environ 6 jours pour se renouveler, comme les cellules n'ont pas le temps d'arriver à maturation, elles s'accumulent et forment des plaques qui desquament),
- une **prédisposition génétique**,
- **l'influence de facteurs environnementaux**

Au niveau de la clinique, cette maladie se manifeste par des **plaques allant du rose clair au rouge**, aux contours enflammés, bien **limitées** et très souvent **arrondies ou ovalaires**. Des cellules inflammatoires seront retrouvées en trop grande quantité dans la peau.

Ces plaques sont surmontées de **squames (la peau morte) sèches et blanchâtres**, comme une accumulation de cellules blanches en surface de la peau. La couche cornée va s'épaissir, les cellules ne vont plus être liées entre elles, vont se désolidariser et se détacher au moment du grattage ou sous l'effet de traitements. Ces plaques sont plus ou moins associées à des **démangeaisons**.

Les plaques psoriasiques sont localisées principalement au niveau des zones dites « bastions », c'est-à-dire les zones exposées aux frottements, comme les **genoux, les coudes, les avant-bras, le cuir chevelu, les lombaires, les paumes des mains et plantes des pieds, les oreilles et le nombril**.

[49]



Figure 43 : Psoriasis en plaques du bras (Depositphotos)



Figure 44 : Psoriasis vulgaire (Dermis.net)

Figure 45 : Plaques de Psoriasis sur le genou (Microbiome cutané, A. Souissi)



Figure 46 : Plaques de psoriasis sur les coudes

La **recherche de facteurs aggravants** fait aussi partie de la prise en charge. Parmi ces derniers, nous pouvons citer le stress, la fatigue, l'anxiété, les frottements répétés, le tabac, une infection, l'alcool, le surpoids, un traumatisme, certains médicaments...

## 2. Les limites du conseil

La consultation vers un spécialiste est nécessaire en cas de **forme grave ou étendue** (quand plus de 10% du corps est atteint), ou quand la **qualité de vie** du patient est trop **impactée**, ou encore si les traitements dermocosmétiques ne suffisent pas à améliorer les symptômes.

Le psoriasis est une pathologie souvent isolée, cependant en cas de **manifestations articulaires** (au niveau du dos, du bassin ou autre), orienter le patient vers un médecin pour faire un bilan plus complet, afin d'écartier la piste du rhumatisme psoriasique.

## 3. Traitement

[50] **On ne guérit pas définitivement du psoriasis**, l'objectif du traitement vise à **réduire la fréquence des poussées et améliorer la qualité de vie du patient**.

Les traitements locaux seront utilisés dans les formes légères non invalidantes, auxquels peuvent s'associer les traitements généraux dans les formes plus graves.

Les **soins dermocosmétiques font partis intégrants** du traitement du psoriasis :

### a. Les topiques émoullients

Bien hydrater sa peau de façon quotidienne est essentiel dans le psoriasis (ne pas utiliser de savons agressifs ou parfumés).

L'émoullient permet de **lutter contre la sécheresse et l'irritation** de la peau, il permettra aussi de **calmer les démangeaisons** (retrouvées dans un tiers des cas de psoriasis), d'adoucir et assouplir l'épiderme.

Privilégier la forme baume pour les zones les plus épaisses et les plus sèches (coudes, et genoux), et choisir plutôt des émulsions ou laits pour les zones plus étendues.

Les émoullients contenant du **cold cream** sont très efficaces.

### b. Les kératolytiques

Par définition, ils visent à dissoudre la kératine de la peau.

Nous retrouvons **l'acide salicylique**, **l'acide lactique** ou bien **l'urée**, qui s'utilisent sur quelques jours, de façon espacée, **pour décaper la couche superficielle** de la peau et favoriser l'élimination des squames.

Nous retrouvons ces principes actifs mélangés à un corps gras, comme la Vaseline, afin d'avoir une double action, kératolytique et hydratante.

Leur concentration n'excède pas les 10% en règle générale.

Pour des surfaces limitées, nous conseillons des produits avec des **concentrations de 5 ou 10%**, et pour les surfaces plus importantes, des **concentrations de 3% voir 1%**.

Parmi les produits disponibles en pharmacie, nous pouvons notamment citer, la gamme *Iso-Urea*® chez La Roche Posay, *Urea Repair*® chez Eucerin, *Akérat*® chez Avene, *Xerial*® chez SVR, ou encore *Kertyol P.S.O.*® chez Ducray.

Le pharmacien joue un rôle important dans le conseil de produits dermocosmétiques adaptés à cette dermatose. Cependant, la consultation vers un médecin s'avère dans certains cas nécessaires afin que le patient ait à disposition tout l'arsenal thérapeutique dont il a besoin. Il pourra être prescrit en complément **des dermocorticoïdes** (traitement local de référence dans les poussées du psoriasis), des **analogues de la vitamine D**, **une association** de ces deux principes actifs, des **réтиноïdes**, des **immunosuppresseurs** ou encore de la **photothérapie**. Nous ne détaillerons pas ces différents traitements, demandant un avis médical et une prescription.

### c. L'aromathérapie

[23] Voici un mélange à utiliser en massage ou sous la douche, associé à un gel lavant. Ajouter 30 gouttes de **Géranium rosat** (régénérant), 30 gouttes de **Mandarine** (apaisant) dans 40 ml d'huile végétale de **Rose musquée**. Ou encore, mélanger 10 gouttes d'**Ylang Ylang**, de **Palmarosa** et de **Niaouli** dans 20 ml d'huile végétale de **Calophylle**, et verser la préparation dans le bain.

L'huile essentielle de **Myrrhe** et de **Camomille** sont également indiquées dans cette dermatose.

## 4. Hygiène et soins

**Nettoyer** correctement sa peau avec des produits non irritants, sans savon, enrichis en

- Agents kératolytiques : urée à 30%, acide salicylique
- Agents apaisants : aloe vera
- Agents hydratants : urée à 10%, glycérol

(*L'acide salicylique stabilise l'urée et potentialise son effet kératolytique*)

Nous pourrions conseiller le gel nettoyant *Eucerin Urea repair*®, le pain exfoliant *Ikeriane Ducray*®, le gel nettoyant apaisant *Psoriane*® du laboratoire Noreva.

Se laver avec une eau tempérée, masser les zones avec le gel nettoyant et rincer abondamment. S'essuyant en tamponnant délicatement.

Les bains sont conseillés, à condition d'utiliser une huile lavante, cela va favoriser la desquamation naturelle de la peau, en ramollissant les plaques squameuses (*Eucerin Atopicontrol*® huile de bain).

**Hydrater** avec un **baume**, de façon quotidienne, afin de ramollir les plaques de sécheresse et nourrir la peau. Appliquer de préférence le soir car peut laisser une texture collante :

**Protéger** sa peau, avec une crème isolante et réparatrice de type *Uriage Bariederm crème*, qui va lutter contre les frottements et les agressions extérieures.

De façon générale, privilégier des produits pour **peaux sèches à tendance kératosique**.

LABORATOIRES	Produits nettoyants indiqués dans le psoriasis	Produits hydratants indiqués dans le psoriasis
AVENE®	Xeracalm A.D® huile lavante	Akérat 10® ou 30® crème Xeracalm A.D® crème, baume
LA ROCHE POSAY®	Lipikar® huile/gel/crème lavante	Iso-urea MD® baume ou lait
NOREVA®	Psoriane® gel nettoyant	Psoriane® crème, lait
BIODERMA®	Atoderm® huile lavante, gel moussant	Atoderm® crème
URIAGE®	Xemose® syndet, huile lavante	Xemose® crème, cérat, baume
DUCRAY®	Kertyol P.S.O® gel nettoyant	Kertyol P.S.O® baume
EUCERIN®	Urea Repair® gel nettoyant, mousse lavante	Urea Repair Plus 5® ou 10%® émollient
SVR®	Topialyse® huile lavante	Xerial 10® lait

Figure 47 : Tableau des principaux produits dermocosmétiques adaptés au traitement du Psoriasis

## 5. Conseils associés

[4,51] Rassurer le patient en lui expliquant que les lésions **guérissent sans laisser de marque**.

Même si les lésions psoriasiques ont tendance à s'améliorer avec le soleil, **s'exposer de façon modérée** avec un écran solaire pour ne pas aggraver la prolifération cellulaire et l'inflammation.

**Éviter le port de vêtements en laine**, et particulièrement en contact direct avec la peau, préférer des matières comme le coton, la soie ou le lin.

Ne pas surchauffer son habitation.

**Lutter au maximum contre le grattage**. Ce dernier aggrave le psoriasis, en effet, nous arrachons alors des bouts de peau, la rendant d'autant plus vulnérable et irritée et retardant la cicatrisation.

**Rassurer** le patient en lui expliquant que **le stress n'est pas la cause du psoriasis**, la cause provient du terrain génétique particulier.

**Apprendre à gérer son stress**, essayer diverses techniques de **relaxation**, la sophrologie, les massages, le yoga...

**Faire attention à son alimentation**, éviter les sucres rapides, favoriser les aliments riches en oméga 3 (poissons gras, huile de noix, de colza, le jaune d'œuf...). Une bonne hydratation est essentielle, au moins 1,5L d'eau par jour, cela contribue aussi à hydrater la peau.

Pratiquer une activité physique, limiter sa consommation de tabac.

Il a été montré que les personnes souffrant de psoriasis étaient plus sujettes aux maladies cardiovasculaires, au surpoids, aux maladies chroniques de l'intestin. Il est donc important de rappeler au patient que la prise en charge se doit d'être globale.

Appliquer du froid pour apaiser les démangeaisons, conseiller de mettre son eau thermale au réfrigérateur pour apaiser au mieux les démangeaisons.

En cas d'échecs répétés des traitements, discuter de l'observance avec le patient, qui se doit d'être irréprochable.

**Prévenir du risque quasi constant de récurrences, impliquer** le patient dans sa prise en charge, le soutenir.

La pratique de **cures thermales** peut s'avérer utiles dans certains cas, afin de traiter la sécheresse et aider à la cicatrisation des plaques.

**Conseiller au patient des Associations de lutte** contre le psoriasis, comme l'Association France Psoriasis.

## II. Dermatoses infectieuses

### ➤ Infections bactériennes

#### A. Le furoncle

Les infections cutanées d'origine bactérienne présentent généralement deux particularités : le caractère **auto-contaminant**, causé par le grattage, et le fait qu'une première contamination ne **nous immunisera pas** face à une potentielle récurrence.

Le staphylocoque doré, présent sur la peau, a directement accès à notre derme en cas de plaie ou de traumatisme :

- quand l'infection reste superficielle, il s'agira d'un **Impétigo**,
- quand il s'agit de la racine d'un poil, nous parlerons du **Furoncle**,
- et quand tout le derme est concerné, il s'agira d'un **Érysipèle**.
- Le staphylocoque peut également circuler dans le sang et provoquer des **endocardites** ou **ostéites**.

Seul le Furoncle peut être pris en charge à l'officine.

#### 1. Généralités

[52] [53][54] [55] Le furoncle est une lésion inflammatoire centrée sur un poil, causée par une **infection profonde d'un follicule pilo-sébacé par une bactérie** (que l'on appelle aussi folliculite aigüe), qu'est le staphylocoque *aureus*, naturellement présent sur la peau. Chaque individu est plus ou moins porteur du Staphylocoque en permanence. C'est la multiplication de cette bactérie qui est responsable de l'apparition du furoncle.

Il touche en particulier l'adolescent et le jeune adulte (l'homme étant plus exposé que la femme du fait de sa pilosité plus développée).

Les différents stades du furoncle :

- Initialement, il se présente une **petite élévation dure, rouge**, sensible et chaude sous la peau au niveau d'un poil, c'est ce que l'on appelle un **nodule inflammatoire**.
- Ce nodule ramollit, au fur à mesure que le pus se forme, il devient alors rapidement **pustuleux**, avec une **tête blanche** apparente qui se rompt d'elle-même au bout d'un certain temps. L'ensemble se nomme le **bourbillon**.
- Le pus s'écoule alors, le follicule atteint est alors éliminé, se forme alors un **cratère** rouge laissant habituellement place à une **cicatrice** sur la partie lésée.
- La cicatrisation a lieu dans les 2 semaines qui suivent.

Un furoncle isolé et occasionnel évolue vers la guérison en quelques jours, après un traitement adapté et ne cause pas de dommages au long terme. L'induration va s'ouvrir, s'écouler et finir par cicatriser.



Figure 48 : Folliculite superficielle sur le fessier (Dermato-info)



Figure 49 : Papulo-pustule inflammatoire centrée sur un poil [56]

Figure 50 : Furoncle : élimination du follicule sous forme de bourbillon jaunâtre [57]



Figure 51 : Infection du follicule pilo-sébacée évoluant vers un bourbillon (Atlas-Dermato)

Les sites les plus fréquemment touchés sont le **visage, le cou, la barbe, les bras, les creux axillaires, le haut du dos, les cuisses et les fesses**. Les régions contenant des poils et sujettes aux frottements seront plus à risque.

Tout le monde peut développer un furoncle et ce, pour différentes raisons, notamment : un poil incarné, une écharde, une coupure mal désinfectée, un bouton d'acné non ou mal traité, un frottement avec des vêtements, une mauvaise hygiène cutanée, une épilation, un rasage...

Cependant, certains facteurs comme l'immunodépression, le diabète, le surpoids (pli avec macération), l'âge, un traitement corticoïde favorisent l'apparition d'un furoncle et les risques de complication.

Il est important de préciser qu'un furoncle est contagieux.

## 2. Les limites du conseil

Seuls les furoncles simples, d'apparition récente, localisés, loin de tout orifice et hors du sillon nasopharyngé et chez une personne en bonne santé peuvent être traités et pris en charge à l'officine.

Une **consultation médicale** sera conseillée en cas **d'absence d'amélioration sous 2 jours**, de **diabète**, de **localisation sur le visage ou de complications** (risque de Staphylococcie de la face), en cas **d'anthrax** (conglomérat de plusieurs furoncles) ou de **furunculose** (plusieurs furoncles en même temps). Ces deux derniers cas pourraient être le signe d'une faiblesse immunitaire, il est en effet nécessaire de procéder à des tests afin de définir l'origine sous-jacente de l'infection.

Car en effet, dans ces cas de figure, une absence de traitement pourrait conduire à un risque de septicémie (infection généralisée).



Figure 52 : Furoncle dans le cas d'une Staphylococcie de la face [58]



Figure 53 : Complication d'un furoncle en anthrax et en abcès (Dermato-info)

Si le patient présente de la fièvre ou des ganglions, il devra être pris en charge par un médecin.

Il peut aussi être nécessaire dans certains cas, que le médecin effectue des prélèvements afin de déterminer la nature de la bactérie, avec un antibiogramme et d'identifier les zones où cette dernière se développe.

### 3. Traitements

#### a. Soins locaux

Sur un furoncle isolé, un **traitement local** suffit.

Conseiller l'application d'une **compresse d'eau chaude** (chaleur humide) pendant 10 minutes, plusieurs fois par jour, ou d'un antiseptique comme **la Chlorhexidine® ou l'Hexomédine transcutanée®** (antiseptiques actifs sur les staphylocoques), cela aidera à faire murir le furoncle et faciliter l'évacuation de son contenu. L'antiseptique sera appliqué sans frotter, jusqu'à 3 fois par jour sur une durée de 5 jours.

A noter que l'alcool n'est pas efficace sur le pus.

Afin de protéger la lésion et d'éviter l'auto-contamination, il est recommandé d'appliquer un pansement.

Il est possible par la suite d'appliquer deux fois par jour un **topique antibactérien** sur prescription du médecin ou à base de peroxyde d'hydrogène de type **Auréocycle®, aux propriétés assainissantes et antibactériennes** (ce dernier pouvant être conseillé par le pharmacien).

Prendre du **paracétamol** pour calmer la douleur si elle est trop importante peut parfois s'avérer nécessaire.

En cas de furoncle assez conséquent, il est parfois nécessaire de venir inciser afin d'évacuer le contenu du bourbillon.

Il est également recommandé de surveiller la lésion, au moindre doute ou en cas d'aggravation, il faudra orienter vers le médecin.

Eviter que l'infection ne s'étende à d'autres parties du corps, et qu'elle ne se transmette aux personnes de l'entourage.

#### b. L'aromathérapie

Mélanger 3 gouttes d'huile essentielle **d'Arbre à thé** diluées dans une cuillère **d'huile végétale de Jojoba**, appliquer ce mélange jusqu'à 4 fois par jour sur le furoncle.

L'huile essentielle de **Lavande vraie** (ou Lavande fine ou Lavande officinale) est aussi très efficace en application locale, pure ou diluée, à renouveler plusieurs fois par jour, elle agit comme un anti-inflammatoire, un antibactérien, un antiseptique et un puissant cicatrisant.

Du fait de l'impossibilité de délivrer des crèmes antibiotiques en pharmacie sans ordonnance, les huiles essentielles peuvent s'avérer être une très bonne alternative.

#### 4. Conseils et mesures d'hygiène

Attention au côté contagieux du furoncle, l'infection à Staphylocoque peut se propager et surinfecter d'autres lésions préexistantes. Il peut aussi se transmettre à une autre personne si celle-ci entre en contact avec le liquide contaminé c'est à dire le pus du bouton.

Les mesures d'hygiène sont valables quel que soit le type de furoncle :

- **Se laver régulièrement les mains** avant et après les soins avec du savon
- **Ne pas toucher, gratter** un furoncle afin d'éviter que la bactérie ne se propage davantage. Se brosser les ongles régulièrement et les couper courts
- **Ne pas percer** pour éviter une potentielle cicatrice résiduelle définitive
- Éviter toute transpiration excessive,
- **Se doucher quotidiennement**, avec une toilette soigneuse à base de savon surgras ou produit nettoyant à base de Chlorhexidine (ne pas appliquer sur toutes les zones du corps, comme les muqueuses).
- Nettoyer soigneusement les plaies, les coupures ou les lésions.
- **Recouvrir les lésions avec une compresse stérile**, et jeter immédiatement toute compresse usagée.
- Préférer le port de vêtements amples, en coton et propres, proscrire les vêtements trop serrés sur les zones de frottement.
- Lutter contre le portage de germes, en évitant le contact avec une personne porteuse d'un furoncle.
- Un examen de l'entourage dans les collectivités principalement est recommandé pour dépister d'éventuelles contaminations.
- **Faire bouillir le linge de toilette**, en lavant à 90°C.
- Changer le linge fréquemment et **ne pas partager le linge de toilette**.
- Éviter la piscine, les spa ou tout sport impliquant un contact rapproché.
- Informer la médecine du travail (si travail dans l'alimentaire).

Toutes ces mesures sont également des règles dans la prévention de l'apparition et de la transmission d'un furoncle.

## ➤ Infections virales

### A. L'herpès labial ou bouton de fièvre

Nous ne traiterons ici que de **l'herpès labial**, et non de l'herpès génital, néo-natal ou oculaire qui nécessitent d'emblée une consultation médicale.

#### 1. Généralités

Deux types de virus existent, Herpes simplex de type 1 (HSV-1) ou 2 (HSV-2), qui peuvent toucher n'importe quel tissu cutané.

- Le type 1 affecterait la **peau et les muqueuses orales** et se transmet principalement par contact des muqueuses buccales. **Le HSV-1 est responsable de l'herpès labial** dans l'immense majorité (95%), mais il est possible de développer une infection génitale à HSV-1.
- Le type 2 est à l'origine de **l'herpès génital** et est sexuellement transmissible.

[59] L'herpès orofacial ou labial est une **infection virale cutanéomuqueuse très fréquente** causée par un virus : Herpes Simplex (HSV). Près de 80% de la population adulte est porteuse de ce virus.

La plupart des infections à HSV-1 **se développent pendant l'enfance** (entre 6 mois et 5 ans) ou chez le jeune adulte et **durent toute la vie**. Cette première contamination se fait **par contact direct avec une lésion** en activité.

Après la primo-infection, le virus remonte le long des nerfs sensitifs et reste latent dans le ganglion postérieur spinal concerné. Ainsi l'infection passe souvent inaperçue, nous contractons le virus et nous devenons porteur asymptomatique.

Mais dans 20% des cas, le corps laisse le virus réapparaître et les boutons vont alors ressortir sur les mêmes sites de contamination.

Il y a des personnes qui auront régulièrement des épisodes de bouton de fièvre, plusieurs fois par an, tandis que d'autres ne le contracteront jamais, car le virus ne sera jamais actif.

La **contagiosité est maximale lorsqu'il y a des symptômes**, en phase de poussée, même si la transmission **se fait tout autant en l'absence de symptômes**. En bref, le virus se transmet depuis les premières sensations de picotement jusqu'à l'apparition de croûtes : l'affection reste **contagieuse tout le temps**.

Les risques de récurrences et de surinfection sont très fréquents.

Parmi les nombreux **facteurs de réactivation** du virus, nous pouvons citer le stress, une infection, des frissons, les menstruations, un épisode fébrile, un état de fatigue, un traumatisme, un soin dentaire ou encore le soleil.

## 2. Stades de l'herpes

[31][48]

- **La primo infection**

Il s'agit du premier contact avec le virus.

L'incubation dure en moyenne une semaine, parfois moins et parfois plus.

Passé souvent inaperçue, la cicatrisation est spontanée et se fait en une semaine.

- **L'infection latente**

Le virus disparaît pour se loger dans les ganglions sensitifs comme décrit plus haut. Ce stade de latence permet au HSV d'échapper au système immunitaire ou aux différentes thérapeutiques qui ne peuvent seulement inhiber le virus en répllication.

- **La récurrence ou réactivation**

- **Signes avant-coureurs** : la peau a encore une apparence normale, c'est le début des picotements, des brûlures ou des démangeaisons, cette sensation apparaît dans les premières heures, ces symptômes sont une alerte.
- **Érythème** : la peau devient plus rouge.
- **Papules/œdèmes** : petites lésions fermes et bombées, avec une inflammation, localisées sur le pourtour des lèvres.
- **Vésicules** : éruption de bulles transparentes remplies de liquide clair, douloureuses regroupées, sur un fond de rougeur. (Éviter autant que possible de rompre ces vésicules, ces dernières contiennent les particules virales, qui, en cas de dissémination à d'autres régions, pourront propager le virus).
- **Ulçère/croûte molle** : après rupture de la vésicule, douloureux, très contagieux suite à la libération du liquide, l'évolution vers le stade de croûte jaunâtre se fait en une semaine.
- **Croûte dure** : assèchement pour former une croûte qui finira par disparaître sans laisser de cicatrice.
- **Ré épithélialisation** : la croûte va finir par tomber, la peau peut encore rester rouge et légèrement irritée.

Stade de l'herpès	Image	Apparition	Durée
Signes avant-coureurs ou prodromes		Le 1 <sup>er</sup> jour	Quelques heures jusqu'à 24 heures

Rougeur		Le 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> jour	1 jour
Papules/ Oedemes		Le 2 <sup>ème</sup> jour	1 à 2 jours
Vésicules/ Pustules		Le 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> jour	1 à 3 jours
Ulcère/Croûte molle		Le 3 <sup>ème</sup> jour	1 à 3 jours
Croûte dure		Du 5 <sup>ème</sup> au 8 <sup>ème</sup> jour	4 à 14 jours
Ré- épithélialisation		Le 9 <sup>ème</sup> et 10 <sup>ème</sup> jour	4 à 14 jours

Peau normale				Le 10 <sup>ème</sup> jour et plus	
--------------	--	---	--	-----------------------------------	--

Figure 54 : Tableau récapitulatif des différents stades de l'Herpes labial [60–62]

La transmission se fait par contact direct avec des muqueuses buccales contaminées, via une lésion, la salive ou autre. Un **accès d'herpès** peut durer de **quelques jours à trois semaines**.

Les récurrences sont très souvent liées à un **élément déclenchant** comme l'exposition solaire, la fièvre, la fatigue, le stress, le tabac, le froid, les menstruations, la grossesse, un rhume, un traumatisme local, extraction dentaire ...

En cas de **6 récurrences ou plus par an**, un **traitement prolongé par voie orale** peut être instauré avec le médecin.

### 3. Les limites du conseil

Si les **poussées** deviennent **trop intenses ou trop gênantes**, une consultation médicale sera nécessaire pour envisager la prise orale d'un antiviral, ou encore si le patient présente **plus de 6 récurrences par an**.

**S'il s'agit d'une primo-infection**, un avis médical est conseillé si l'éruption est trop importante ou gêne l'alimentation au quotidien.

Si des lésions apparaissent au-delà des lèvres.

### 4. Traitements

Il est possible avant tout d'appliquer un antiseptique sans alcool de type **Biseptine** (ne pas conseiller d'Éosine, car assèche les lésions et favorise leur arrachage).

Aucun traitement n'évitera le passage à la chronicité.

#### a. Traitement local

- Les antiviraux, tels que l'**Aciclovir**<sup>®</sup> (Activir<sup>®</sup>) contribuent à réduire la gravité et la fréquence des symptômes mais en aucun cas ils ne guériront cette infection.

Cette crème locale est un antiviral qui inhibe l'ADN viral. Utilisable à partir de 6 ans, à raison **de 5 applications par jour durant 5 jours, à appliquer en débordant** autour de la lésion, dès les premières sensations de brûlures ou picotements. Plus le traitement sera débuté tardivement, et plus son efficacité en sera limitée (idéalement, à débiter dans les 12 heures suivant l'apparition des premiers signes).

- **Vaseline** ou **crème cicatrisante** pour favoriser la cicatrisation qui se fait normalement en dix jours

- **Docosanol** (Erazaban®), alternative à l'Aciclovir empêche que le virus ne pénètre dans la cellule, en cinq applications par jour durant 10 jours (*à partir de 12 ans*)
- **Patches invisibles** : à mettre directement sur le bouton jour et nuit, jusqu'à guérison. Le remplacer s'il se détache (*Compeed patch invisible®*)
- **Vernis isolants** : *Urgo filmogel®*, recouvrir le bouton et laisser sécher, à renouveler jusqu'à 4 fois par jour

Ces alternatives aux antiviraux permettent d'éviter le contact douloureux avec l'air et limitent la contagiosité. Ils vont induire une guérison plus rapide en maintenant un milieu humide, favorisant ainsi la cicatrisation. Et, côté non négligeable, ils vont masquer ce côté inesthétique du bouton de fièvre. A noter que les patches ne contiennent aucun principe actif.

Ces dispositifs sont compatibles avec les crèmes. Appliquer en premier lieu la crème, attendre qu'elle pénètre suffisamment puis avec une compresse tamponner délicatement puis appliquer le patch.

Les personnes ayant déjà une infection à HSV-1 n'ont pas de risque de la contracter à nouveau, mais elles risquent toujours de contracter une infection à HSV-2.

#### b. L'aromathérapie

[23] L'huile essentielle de **Lavande aspic** peut être appliquée directement sur les vésicules, dès les premières sensations de picotement. Le mélange avec une noisette de crème Homéoplasmine est à conseiller si la peau est très sensible.

Appliquer 2 gouttes localement à l'aide d'un coton tige, à renouveler plusieurs fois par jour.

Le **Niaouli** et le **Ravintsara** sont deux huiles essentielles antivirales et immunostimulantes qui aideront aussi à faire dégonfler la lèvre.

L'application de **Tea-tree** localement permet de traiter et ralentir la fréquence des poussées.

Ces 4 huiles essentielles peuvent aussi être utilisées en mélange.

SOS labial® de chez PuresSENTIEL est un gel réparateur destiné à être appliqué directement avec le bouton de fièvre, jusqu'à 4 à 6 fois par jour. (*à conseiller à partir de 7 ans*).

### 5. Conseils associés

- **Éviter tout contact buccal et baisers**, et encore plus de précautions envers les personnes immunodéprimées, les enfants en bas-âges et les femmes enceintes (jusqu'à une semaine après la disparition des symptômes) et également chez les personnes souffrant de Dermatite Atopique (risque de surinfection herpétique)
- **Ne pas gratter les lésions, mordre les vésicules ou retirer les croûtes**
- Prévenir du caractère récidivant
- **Ne partager aucun objet de toilette**, ou objet en contact avec la salive (serviette, brosse à dent, couvert, stick à lèvre)
- **Se laver les mains après avoir touché les lésions**, les solutions hydro-alcooliques sont efficaces contre le virus HSV

- **S'abstenir de rapports sexuels oraux** afin de ne pas transmettre le virus aux organes génitaux.
- Appliquer du froid sur le bouton, pour réduire la douleur
- Éviter les aliments acides comme les agrumes, les cornichons... et les aliments très salés qui pourraient irriter davantage le bouton de fièvre.
- **Ne pas se toucher les yeux ou ses lentilles de contact** (risque d'auto-contamination)
- **Éviter le maquillage** car il retarde la cicatrisation (seule alternative possible : via le patch invisible Compeed (ou autre marque) qui permet une bonne cicatrisation et empêche la transmission, il se porte jour et nuit, le rouge à lèvres est compatible avec
- **Utiliser un stick à lèvres solaire** et un écran total si exposition solaire, renouveler l'application plusieurs fois par jour. Ne pas prêter son stick à lèvres. Il est préférable de prélever la crème sur le stick plutôt que d'appliquer le stock directement sur la lèvre. Ne pas utiliser d'applicateur réutilisable durant l'infection.

Ne pas confondre l'herpès, où les croûtes vont régresser, avec un impétigo, où les croûtes auront tendance à s'étendre.

Et également avec le Syndrome Pied-Main-Bouche où les vésicules sont retrouvées au niveau d'autres localisations et sont détachées les unes aux autres alors que dans l'herpès, les vésicules forment un bouquet caractéristique.

## B. La verrue

[20,63] Les verrues sont des **lésions cutanées virales causées par une infection à HPV** (Human Papilloma Virus). Ce virus infecte les cellules de la couche supérieure de la peau et il existe plus d'une centaine d'HPV différent.

Les verrues sont **bénignes c'est-à-dire sans gravité**, et s'identifient par de petites excroissances dures de la peau.

Les verrues cutanées sont **fréquentes en France**, elles sont plus répandues chez les enfants, mais restent néanmoins possible chez l'adulte, plus souvent sur un terrain immunodéprimé.

### 1. Généralités

On distingue **plusieurs types de verrues**, selon leur localisation, leur aspect ainsi que du type de virus mis en jeu.

Nous ne traiterons pas ici les verrues localisées sur les muqueuses, telles que les condylomes génitaux qui requièrent une orientation médicale d'emblée.

Par définition la verrue est une petite excroissance de peau induit par un **excès de production de kératine dans l'épiderme**, elles peuvent siéger partout sur la peau et les muqueuses.

Elles peuvent être plus ou moins douloureuses en fonction de leur localisation et de leur épaisseur.

### a. Les verrues plantaires

[25,54,64,65] Elles sont de deux types.

→ Myrmécie (HPV-1) : la plus fréquente, unique ou multiple, il s'agit d'une lésion localisée profondément dans la peau, bien délimitée avec de **petits points noirs** correspondant à des microhémorragies, souvent **douloureuse à la pression**.



Figure 55 : Myrmécie plantaire, [66][67]

→ Verrue en mosaïque (HPV-2) : plaque de peau épaissie retrouvée au niveau de la **plante des pieds et de la plante des mains**, sous forme de **plusieurs verrues regroupées en surface**, **moins douloureuse** et moins inconfortable que les myrmécies.



Figure 56 : Verrue en mosaïque,[64]

Les verrues retrouvées au niveau des pied sont appelées communément verrues plantaires. On observe de façon générale des lésions légèrement bombées relativement plates mais qui vont s'enfoncer profondément dans le derme suite à la pression exercée par le poids du corps, rendant la marche difficile. Elles sont souvent douloureuses de par leur localisation.

### b. Les verrues vulgaires ou communes (HPV-2) :

Lésion unique ou multiple de couleur chair voir grisâtre, **en relief et arrondie, épaisse** d'environ 3 mm jusqu'à 1 cm. Au toucher **rugueux**, elles sont localisées sur le **dos des mains et les doigts** et ont cet aspect de « chou-fleur ». Elles sont retrouvées le plus souvent sur le dos des mains et sur les doigts. Rarement douloureuse mais peut devenir gênante.



Figure 57 : Verrues vulgaires, [68]

### c. Les verrues planes

Retrouvées au niveau du **visage**, sur le **dos des mains** et sur les **avant-bras**. Ce sont de petites lésions arrondies ou non, à surface lisse et douce, regroupées par dizaine ou plus, de couleur jaune à brune, à surface lisse.



Figure 58 : Verrues planes (Dermato-info)

### d. Les verrues filiformes (HPV-2)

Ces verrues sont plus souvent retrouvées chez l'homme. Il s'agit de petites excroissances visibles. On les retrouve principalement au niveau du visage.



Figure 59 : Verrue filiforme (Dermato-info)

Les **lignes de la peau sont interrompues par la verrue**, cette caractéristique permet de les différencier des cors qui eux, préservent les lignes de la peau.

Le **côté douloureux** de la verrue est aussi un critère de distinction.

A la **différence avec un cors ou un durillon** (situés uniquement sur les pieds), la **verrue présentera aussi un très léger point noir hémorragique**.

Les verrues sont contagieuses par **contact direct**, via la lésion cutanée elle-même par dissémination des squames infectées par le virus. La transmission se fait par micro traumatismes cutanés permettant une meilleure pénétration du virus.

Ou par contact **indirect** via les milieux humides, tels que les piscines, les salles de bains, les collectivités, une transpiration excessive...

La contagiosité reste tout de même assez faible.

## 2. Les limites du conseil

[31] Les verrues de **grande taille**, ou celles localisées **sur le visage**, sur une **partie génitale** ou bien encore survenant **sur un terrain diabétique** nécessiteront une consultation médicale.

Également, les verrues faisant le siège d'une ulcération ou de saignement (lésions plantaires ou péri-unguéales) doivent motiver une consultation dermatologique, afin d'écartier l'hypothèse du cancer cutané.

## 3. Traitements

Il n'y a **pas d'urgence** à traiter ce genre de verrue unique et isolée, qui aura tendance à **disparaître spontanément**. Notre système immunitaire permet dans la majorité des cas, une évolution vers la guérison. **La régression se fait généralement entre 6 mois et 2 ans dans près de 2/3 des cas**. Dans près de 30% des cas, les verrues récidivent, causé par la persistance du virus dans l'organisme.

A noter qu'il est impossible d'éradiquer le virus définitivement, ce qui explique les nombreuses récurrences, et l'impression que les traitements proposés restent inefficaces.

Les solutions à disposition se résument uniquement à la **destruction des lésions visibles**, via la stimulation de notre système immunitaire.

### a. Préparations locales kératolytiques

(En 1<sup>ère</sup> intention)

Il s'agit de **verniss ou pommades** à base de mélange **d'acide salicylique**, associé ou non à de **l'acide lactique**. Ils vont attaquer et dissoudre la kératine en excès de la couche cornée, le but étant de retirer l'épaisseur de la peau.

Il est préférable d'éviter l'application de kératolytiques sur le visage, les mains ou les muqueuses, ou encore sur de trop grandes surfaces.

- A base d'**acide salicylique** seul (idéal pour les verrues isolées) : *Pommade Cochon*<sup>®</sup>, *Transvercid*<sup>®</sup>, *Coricide le Diable*<sup>®</sup>
- Association **acide salicylique + acide lactique** : *Duofilm*<sup>®</sup>, *Kerafilm*<sup>®</sup>, *Verrufilm*<sup>®</sup>

- A base d'**acide trichloracétique** : *Urgo verrues résistantes*® (2 applications par jour pendant 4 jours, à renouveler si nécessaire)
- A base d'**acide formique** : (plus corrosif que les autres acides, il dessèche la verrue à la racine) : *Objectif Zero Verrue stylo*® (s'applique une fois par semaine)

Il est recommandé dans un premier temps de **ramollir la peau** avec de l'eau chaude avant le traitement.

Conseiller également de **limer et décaper la peau morte superficielle** en grattant avec une lime ou une pierre ponce jetable pour ne pas disséminer le virus, environ une fois par semaine.

Ces solutions kératolytiques s'appliquent **une fois par jour** de préférence au coucher, en recouvrant la verrue avec un **pansement occlusif** (Blenderm) durant toute la nuit et en prenant garde de **protéger la peau saine autour** avec un vernis isolant de type Verlim 3, ou avec du sparadrap (il s'agit de principe actif irritant). Ce traitement est à réaliser sur plusieurs jours ou semaines en fonction de la profondeur de la verrue.

Rappeler au patient qu'une régularité dans les soins conditionne l'efficacité.

Concernant les verrues plantaires, la concentration en acide salicylique sera plus importante, de l'ordre de 15 à 40%.

A chaque changement de pansement, laver à l'eau et au savon.

Lors de l'utilisation de matériel pour limer la peau, si celui-ci n'est pas à usage unique, penser à le nettoyer et le désinfecter. **Éviter également de faire saigner** en réalisant ce geste.

Si le traitement provoquait un saignement, attendre trois jours avant de le reprendre.

## b. Cryothérapie localisée

(En 2<sup>ème</sup> intention)

Réalisable **à partir de 4 ans**.

Si cette méthode est envisagée chez l'enfant, il est préférable d'en discuter avec lui avant, du fait de la douleur, cela peut être difficile à pratiquer pour les moins de 7 ans. Pour l'enfant, le traitement ne doit pas être agressif.

- Dimethyl Ether (va geler la verrue à -57°C) : *Urgo verrues stylo Cryothérapie*®, *Wartner Cryopharma*®, *Excilor Verruxit Cryo*®
- Protoxyde d'Azote (va geler la verrue à -80°C) : *Objectif Zero Verrue Freeze*®

A privilégier surtout quand il y a douleur plantaire et après confirmation que la lésion soit bien une verrue.

Le principe est de réaliser une **brûlure thermique**°, afin de développer une sorte de gelure et un décollement de la peau. Cette méthode est **douloureuse**.

Cela se fait via un coton tige, via un spray ou via un stylo déjà imprégné.

Une seule application de quelques secondes sera nécessaire. A renouveler au bout de 14 jours si la verrue n'a pas disparu. En effet, il est souvent nécessaire **de répéter la méthode plusieurs fois** avant d'observer une disparition totale.

Une fois la verrue détruite, il est possible de consulter un dermatologue afin de s'assurer de la bonne évolution et bonne cicatrisation de la lésion.

Des études ont démontré que ces deux méthodes avaient une efficacité comparable au long terme.

### c. L'aromathérapie

Le côté caustique des huiles essentielles est à exploiter dans cette pathologie.

L'huile essentielle de **Citron** peut être appliquée pure directement sur la verrue, à continuer sur plusieurs semaines si besoin.

En mélange, ajouter 10 gouttes d'huile essentielle **d'Arbre à thé** et de **Girofle** (cette dernière a des propriétés caustiques et anti-infectieuses) avec 20 gouttes d'huile essentielle de **Citron**, en application locale deux fois par jour. Penser à protéger la peau saine autour.

## 4. Conseils associés

- Rassurer quant au **caractère bénin**
- **Le traitement n'est pas obligatoire**, la majorité des verrues régressent spontanément
- Ne pas traiter une verrue de petite taille est justifiée, tout en surveillant correctement la lésion et son évolution
- Conseiller plutôt l'acide salicylique pour les verrues plantaires et la cryothérapie pour les verrues communes au niveau des doigts
- Ne pas essayer de retirer une verrue soi-même, en l'incisant
- **Éviter de s'écorcher ou de gratter** afin de limiter le risque de transmission du virus
- **Bien se sécher les pieds**, éviter toute macération ou humidité
- Ne pas marcher pieds nus dans les lieux publics, porter des sandales à la piscine
- Avoir une hygiène rigoureuse
- C'est une affection non immunisante : il est possible de l'attraper une seconde fois
- **Ne pas partager le linge de toilette**
- Désinfecter la baignoire ou la douche régulièrement
- Recouvrir la verrue d'un pansement si elle saigne

En réalité, une verrue n'est pas si contagieuse qu'on ne le prétend, en effet le virus HPV est logé au fond de la lésion. Une transmission ne se fera donc que si la verrue est lésée permettant au virus de se retrouver en surface de la peau et qu'une autre personne présentant elle-même une plaie entre en contact avec le virus.

## ➤ Infections fongiques

[69] Les infections fongiques superficielles de la peau, des muqueuses et des phanères se classent en trois catégories selon le type de pathogène mis en jeu.

- Les **dermatophytoses**, ayant une affinité pour les annexes de la peau et les phanères
- Les **levuroses**, telles que les candidoses (Candida), ou le Pityriasis versicolor (Malassezia), qui peuvent toucher la peau, les phanères et les muqueuses
- Les **moisissures**, causant des infections mixtes ou plus profondes, plus fréquentes chez l'immunodéprimé

*Un certain nombre de conditions favorisent le passage de la levure à un stade pathogène*

Les mycoses sont, de façon générale, favorisée par la macération et l'humidité.

La forme galénique sera différente selon la localisation : crème, émulsion, solution et poudre sont destinées pour les mycoses de la peau. Si l'atteinte concerne le cuir chevelu, préférer une forme liquide de type lotion, un vernis pour les ongles, et des crèmes ou ovules pour l'atteinte des muqueuses.

### A. Le pied d'athlète

[20] Cette infection fongique ou mycose touche l'espace interdigital des pieds, aussi appelée **intertrigo inter-orteils**, ou pied d'athlète.

#### 1. Généralités

Cette dermatose porte ce surnom du fait que les sportifs ont plus tendance à être touchés via leur transpiration excessive par le port de chaussures fermées.

Il s'agit d'une **affection très fréquente**, environ **15% de la population** y est confrontée au cours de sa vie.

Un champignon de la famille des **dermatophytes** est responsable de cette mycose. Ce petit champignon microscopique évolue et prolifère en **se nourrissant des morceaux de peau morte, d'ongle ou de cheveux**, ce dernier se développe donc **uniquement sur la kératine**.

L'infection débute généralement entre le **4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> orteil**, puis se propage aux autres espaces interdigitaux ainsi qu'à la plante du pied dans certains cas. Chez les sportifs et en cas d'absence de traitement, **la mycose peut s'étendre aux ongles**.

La peau entre les orteils est **blanche et fendillée** avec une desquamation (perte de petites peaux blanches). La zone est **prurigineuse et humide**, laissant place à une seconde couche de **peau rouge**. Le pied a alors une **odeur nauséabonde**.



Figure 60 : Pied d'athlète dans la région interdigitale des orteils (Dermis.net)



Figure 61 : Mycose interdigitale du pied, [70]

Cette affection de la peau est sans gravité chez une personne en bonne santé.

**Plusieurs facteurs favorisants** sont à prendre en compte et à éviter autant que possible :

- Lieux publics chauds et humides, type piscine, salles de bains, saunas, vestiaires, le fait de marcher pieds nus
- Humidité, macération, transpiration excessive
- Épiderme lésé : eczéma, ongle incarné
- Déficit immunitaire, diabète
- Défaut d'hygiène locale
- Occlusion avec chaussures fermées

## **2. Les limites du conseil**

En l'**absence d'amélioration** ou **d'évolution en infection**, il est préférable de conseiller une consultation médicale.

Chez un patient **diabétique, immunodéprimé** ou souffrant de **troubles circulatoires**, il faudra aussi réorienter vers un médecin.

### 3. Traitement

Si aucune prise en charge n'est faite, cette dermatose ne pourra pas guérir seule.

#### a. Hygiène des pieds

**Nettoyer les pieds** avec un produit adapté, de type *A-derma gel douche*, *Avene cold cream*, des nettoyeurs surgras à appliquer en lavage puis **bien sécher et insister entre les orteils**. Ne pas hésiter à utiliser un sèche-cheveux.

Les savons acides favorisent le développement des mycoses

Il est indispensable de se laver les mains avant et après les soins.

#### b. Un antifongique local

Conseiller **un antimycosique local** à appliquer sur les lésions et en périphérie, en s'assurant que la peau soit propre et sèche. Masser pour bien faire pénétrer le topique.

Deux antifongiques locaux sont disponibles en pharmacie sans ordonnance : la **Terbinafine** indiquée dans l'intertrigo interplantaire et **l'Econazole** pour les Candidoses et les Dermatophyties.

- **Lamisilate 1% monodose® (Terbinafine)** : traitement en une seule application, appliquer soigneusement en massant entre les orteils puis sur l'ensemble des deux pieds (à raison d'un demi tube par pied), laisser sécher et veiller à ne pas mouiller les pieds pendant 24 heures, à conseiller chez l'adulte uniquement. Le produit a une rémanence de 14 jours.



Figure 62 : Zones d'application du Lamisilate monodose, [71]

- **Lamisilate crème® (Terbinafine)** : une application par jour, à partir de 12 ans
- **Econazole®** : *Mycoapaisyl®*, *Pevaryl®*, une application une fois par jour

L'Econazole est disponible sous **différentes formes**, que sont les crèmes, les solutions, les sprays, les poudres. Les poudres ont l'avantage de pouvoir être appliquées également dans les chaussettes et chaussures, et sont à privilégier si la peau est suintante.

Le traitement doit être **poursuivi au-delà de la disparition des lésions**, même si les symptômes comme les squames ou les démangeaisons disparaissent. Le traitement dure généralement **entre 2 à 4 semaines**.

Il ne faut **pas se restreindre au traitement unique des pieds**, les chaussettes et chaussures font intégralement parties de la prise en charge.

### c. L'aromathérapie

[72] Mélanger 40 gouttes de **Lavande Aspic**, 40 gouttes **d'Arbre à thé** (antifongique), 20 gouttes de **Geranium Rosat** (anti-inflammatoire, diminue les rougeurs), et 20 gouttes de **Cannelle** (antibactérienne pour éviter les surinfections)

Déposer 3 gouttes du mélange sur les zones atteintes, 3 fois par jour, pendant 3 semaines.

Il est aussi possible d'utiliser pur l'Arbre à Thé, à raison d'une goutte trois fois par jour sur les lésions.

Si la personne a une peau sensible, diluer le mélange de moitié dans **l'huile végétale de Calophylle**.

## 4. Conseils associés

- Toujours **bien se sécher entre chaque orteil** après la toilette, quitte à utiliser un sèche-cheveux.
- **Traiter la transpiration des pieds** en prévention avec des crèmes de type Akiléine en spray ou Scholl deo fraîcheur. Il existe aussi des semelles anti-transpiration.
- Avoir une **toilette matin et soir** avec un savon adapté au pH neutre ou alcalin
- **Ne pas porter les mêmes chaussures plusieurs jours de suite**, les changer régulièrement, ou au moins un jour sur deux, afin de leur laisser le temps de sécher.
- Conseiller des **poudres asséchantes** à mettre avant d'enfiler ses chaussettes.
- En cas de port de chaussures de sécurité, les retirer directement une fois rentré ainsi que les chaussettes afin de les laisser s'aérer
- Porter des bas ou chaussettes en **laine ou en coton**, éviter le synthétique, les changer quotidiennement
- **Ne pas porter de chaussures pieds nus**, plus particulièrement de tennis,
- Avoir des **chaussures à la bonne taille**, pas trop serrées afin d'éviter les traumatismes du pied
- **Laver chaussettes, draps, serviettes à 60°** pour éviter l'auto-inoculation, ne pas échanger son linge de toilette
- Porter des **sandalettes de bain** pour la piscine, les vestiaires, les saunas, les collectivités, afin **d'éviter de marcher pieds nus** sur des sols mouillés
- Si le patient est atteint régulièrement, lui conseiller de surveiller ses pieds afin d'identifier le moindre changement d'aspect
- Proscrire l'usage de crèmes à base de corticoïde qui risqueraient de masquer les symptômes comme les démangeaisons et les rougeurs, et de réduire l'immunité locale.

**En résumé, garder ses pieds propres et secs !**

## 5. L'intertrigo des grands plis

Le pied d'athlète est aussi appelé Intertrigo des petits plis.

Il existe aussi ce qu'on appelle **l'intertrigo des grands plis** qui touche l'**aine, l'aisselle, la cuisse, le pli interfessier, le dessous du sein, le pli abdominal**. Des zones où transpiration, frottement et macération sont plus importantes et constituent un terrain propice au développement de l'infection.

Cette mycose apparaît souvent suite à une auto-inoculation à partir d'un pied d'athlète. Au niveau de la clinique, il est observé un **placard rouge, avec des lésions sèches** qui évoluent de façon centrifuge avec des pustules et un **suintement en périphérie**, associé à des **démangeaisons**.

Les **règles d'hygiène et les conseils** sont les mêmes que l'on peut donner pour une prise en charge d'un pied d'athlète, mais au niveau des zones concernées.

Concernant la prise en charge, conseiller un antifongique imidazolé local, pendant 2 à 4 semaines (**Fazol** (Isoconazole) crème ou émulsion, une à deux fois par jour, **Mycoster** (Ciclopirox olamine) ou **Econazole**).

## B. La candidose vaginale ou mycose vulvaire/vaginale

[73] La mycose vaginale est une **infection génitale** causée par un agent pathogène qu'est le **Candida albicans** dans près de 85% des cas. Naturellement présent dans notre corps, au niveau de la peau, des muqueuses et du tube digestif, ce pathogène ne présente pas de risque. Il se révèle en quantité trop importante dans cette pathologie, où il n'est plus régulé correctement. Cette pathologie atteint **le vagin et la vulve**.

### 1. Généralités

[20,31,74] Il s'agit de **l'infection la plus fréquente chez la femme**, allant d'un simple inconfort à l'apparition de symptômes plus gênants. 75% des femmes présenteront au moins un épisode au cours de leur vie. Elle touche également les hommes.

Cette pathologie est **facilement sujette aux récurrences**.

Les symptômes, facilement identifiables, débutent brutalement, avec un **prurit vulvaire intense**, une forte **irritation et une gêne**, une sensation de **brûlure** en fin de miction. On observera également une **rougeur anormale** au niveau de la vulve, accompagnée d'un **gonflement** plus ou moins important. Il peut s'accompagner aussi des **douleurs lors des rapports sexuels**.

Les leucorrhées seront différentes en fonction du pathogène mis en jeu :

- **Mycose vaginale à Candida albicans** (levure) : pertes **crémeuses épaisses, blanchâtres, grumeleuses, inodores**.

- **Vaginite** à *Trichomonas vaginalis* (parasite) : pertes **purulentes, spumeuses, verdâtres et fétides**
- **Vaginose** à *Gardnerella vaginalis* (bactérie) : pertes fluides, **abondantes, grisâtres ou jaunâtres, odeur nauséabonde de poisson**

Concernant les écoulements vaginaux, il est important de **différencier et de rassurer la patiente par rapport aux pertes « physiologiques »**, elles varient selon le moment du cycle menstruel, n'ont pas d'odeur et ne provoquent pas d'irritation ou de brûlure.

La détection d'une mycose vaginale doit alerter sur la **présence potentielle d'une candidose**. Une candidose est une infection causée par la prolifération d'un champignon microscopique, le *Candida Albicans*.

La flore vaginale et digestive communiquent étroitement, en effet la récurrence peut parfois être liée à un réservoir intestinal, car bien souvent, ce micro-organisme migre de la flore intestinale vers la flore vaginale, ce qui explique les récurrences parfois très fréquentes.

Il est indispensable de traiter la zone vaginale localement mais **traiter le problème à sa source reste la solution au long terme**. En plus de traiter la mycose vaginale, cela permettra à **l'organisme de se rééquilibrer de façon générale** en palliant ainsi à d'autres problèmes, tels que la fatigue, les perturbations gastro-intestinales, les troubles cutanés ou encore les troubles du sommeil. Traiter donc de façon plus globale peut s'avérer nécessaire dans certains cas.

## **2. Facteurs déclenchants**

[75] Il n'existe pas une cause unique à l'apparition d'une mycose, plusieurs facteurs entrent en jeu :

- **La toilette** : favorisée par un manque d'hygiène, ou inversement par un excès **d'hygiène** avec des produits non adaptés et trop agressifs, l'utilisation de lingettes nettoyantes de façon régulière n'est pas une bonne chose non plus ainsi que les douches vaginales
- **Prise de médicaments** : une prise récente ou habituelle d'antibiotiques, d'immunosuppresseurs, de corticoïdes ou de pilules contraceptives (d'autant plus si le contraceptif est fortement dosé)
- **Causes physiologiques** : cycle menstruel (une candidose aura plus tendance à se développer durant la seconde partie du cycle), grossesse, stress, anxiété
- **Déséquilibre de la flore vaginale**
- **Activité sexuelle** : IST, irritations liées au frottement lors des rapports
- **Habitudes vestimentaires** : le port de vêtements en tissus synthétiques, ou trop serrés, comme les collants
- **Psychologique** : peur inconsciente

### 3. Les limites du conseil

Il nécessitera de réorienter vers un médecin si une mycose survient chez **la femme enceinte**. En cas de **fièvre, de douleurs pelviennes**, orienter aussi vers un médecin, il peut s'agir d'une infection génitale haute qui constitue une urgence médicale.

Conseiller une consultation médicale en cas de **pertes verdâtres ou malodorantes**, et si, après un conseil, il n'y a **pas d'amélioration au bout de 48 heures**.

Avoir une ou deux infections par an est quelque chose de normal, mais **au-delà de 4 infections par an**, la mycose vaginale est considérée comme récidivante. Il est alors judicieux d'orienter la patiente vers un médecin pour lui proposer un traitement de fond.

Une récurrence importante peut aussi être le révélateur d'un diabète.

### 4. Traitements

Une mycose chez la femme peut être prise en charge à l'officine.

#### a. Ovules antifongiques imidazolés

**Econazole**<sup>®</sup> : *Gynopevaryl*<sup>®</sup> 150 mg, à raison **d'un ovule pendant 3 jours** de suite, ou *Gynopevaryl LP*<sup>®</sup> et *Myleugyne LP*<sup>®</sup> **en forme LP** en administration unique le soir, à renouveler en cas de récurrence.

**Clotrimazole** : *Mycohydralin*<sup>®</sup> 200 mg, 1 comprimé le soir pendant 3 jours, *Mycohydralin*<sup>®</sup> 500 mg 1 comprimé le soir. En cas d'échec au bout de 3 jours, renouveler la prise.

**Fenticonazole**<sup>®</sup> : *Lomexin*<sup>®</sup>, 1 capsule le soir en prise unique.

**Sertaconazole** : *Monazol*<sup>®</sup>, 1 ovule le soir en prise unique.

**Appliquer l'ovule au fond du vagin, le soir** au coucher de préférence, et rester en position allongée les minutes suivant l'introduction. Prévoir une protection hygiénique pour la nuit.

Il se peut que la patiente ressente des effets indésirables tels que des démangeaisons ou des brûlures, liées à la destruction du *Candida*, entraînant une libération de substances irritantes. Cela ne doit pas motiver la patiente à stopper le traitement, ces manifestations cessent généralement au bout de deux jours.

Il n'y a pas de soucis de résistance, si récurrence, il n'y a pas de problème à renouveler le traitement. **Ne pas interrompre le traitement en cas de règles, et éviter les tampons** qui pourraient absorber le principe actif.

La plupart des ovules sont à libération prolongée, ne pas faire de lavage interne les jours qui suivent le traitement.

#### b. Crèmes antifongiques

**Si les démangeaisons externes sont intenses**, à appliquer deux fois par jour durant une semaine, après la toilette. Nous pouvons citer Econazole<sup>®</sup>, (*Mycoapaisyl*<sup>®</sup>, *Pevaryl*<sup>®</sup>), Fenticonazole (*Lomexin*<sup>®</sup>), Sertaconazole (*Monazol*<sup>®</sup>), Clotrimazole (*Mycohydralin*<sup>®</sup>)

### c. Règles d'hygiène

En **usage quotidien**, conseiller un soin de toilette respectant le **pH physiologique**, c'est à dire un savon au pH neutre ou légèrement acide, pour la toilette externe (c'est-à-dire sur la zone vulvaire) comme *Hydralin quotidien*<sup>®</sup>, *Intima gel extra doux*<sup>®</sup>, *Saforelle soin lavant doux*<sup>®</sup> .... Ces produits vont permettre de réduire la contamination de la flore vaginale.

En cas **d'épisode mycosique**, conseiller l'utilisation d'un savon au **pH basique**, en effet Candida se développe en milieu acide, un soin alcalin va permettre de créer un environnement défavorable au développement du Candida. Ils vont également calmer le prurit et l'irritation locale, cependant, il est recommandé de ne pas excéder une durée de deux semaines de traitement avec ce type de savon. Nous conseillerons par exemple *Hydralin Gyn*<sup>®</sup>, *Myleuca*<sup>®</sup>...

### d. Probiotiques

En cas de récurrences fréquentes, conseiller en prévention des **probiotiques** afin de restaurer la flore vaginale.

- Par voie locale, nous pouvons proposer *Bactigyn*<sup>®</sup>, *Physioflore*<sup>®</sup>, 1 gélule par voie vaginale pendant une semaine. Commencer cette cure à la fin du traitement antimycosique.
- Par voie orale, *Lactibiane Cnd 10*<sup>®</sup>, la cure peut être renouvelée dans l'année, à raison de 2 gélules par jour pendant 10 jours, ou *Orogyn* à la même posologie. *Ergyphilus Intima*<sup>®</sup> du laboratoire Nutergia, est une synergie de 5 souches probiotiques qui vont rétablir l'équilibre vaginal et urinaire, le produit se conserve au réfrigérateur, à raison de 2 à 4 gélules par jour.

Il est possible de prendre en relais le *Lactibiane 5M*<sup>®</sup> pour une cure d'un mois à une gélule par jour.

### e. L'aromathérapie

[23] Conseiller l'huile essentielle **d'Arbre à thé** ou de **Palmarosa**, deux gouttes diluées dans une noisette de crème antifongique ou d'une huile végétale comme le Calendula, à utiliser en massage 1 à 2 fois sur la zone.

### f. Mycose et alimentation

Il est important de modifier son alimentation pendant le temps du traitement, afin d'éviter de « nourrir » ce Candida.

Commencer déjà par **réduire le sucre** (sucre raffiné, sucre de canne, miel, sirop, fruits...), le glucose étant le carburant des bactéries et champignons.

**Limiter les aliments riches en levure**, tels que le pain, les viennoiseries, les pizzas.

Freiner également sa consommation de sodas, de pâtes, de riz.

Privilégier les légumes, les légumineuses, l'ail est par exemple un excellent désinfectant intestinal.

## 5. Conseils associés

- **Rééquilibrer la flore vaginale** par une cure de probiotiques par voie locale ou générale.
- Utiliser un **savon à pH basique** uniquement pendant le temps de la mycose (car la flore en local est acide), il existe d'autres produits adaptés au quotidien au **pH physiologique (5,2)** comme *Hydralin quotidien*<sup>®</sup>. **Bien sécher les muqueuses après la douche**
- **Penser à traiter le partenaire** s'il y en a un, avec une émulsion fluide deux fois par jour pendant une semaine. *Saugella homme*<sup>®</sup>, par exemple fait partie des nombreux produits de toilette intime masculine, il n'est pas nécessaire de traiter le partenaire s'il ne présente pas de symptômes.
- **Éviter les sous-vêtements synthétiques ou les pantalons trop serrés, préférer les vêtements amples**
- **Ne pas utiliser de protections hygiéniques de façon quotidienne**, ils vont assécher la muqueuse.
- **Laver les sous-vêtements à 60°C** pour ceux qui le peuvent, ou utiliser une lessive bactéricide et/ou fongicide.
- **Après la selle, s'essuyer d'avant en arrière**
- **Après un rapport sexuel, aller uriner si possible**
- **Attention à l'usage de préservatifs en latex**, qui peuvent être altérés par les excipients des ovules antifongiques et se rompre. Utiliser des préservatifs sans latex pendant la durée du traitement ou choisir un autre moyen de contraception
- **Ne pas garder de sous vêtement humides ou mouillés trop longtemps** (comme les maillots de bain)
- **Éviter les lingettes pour toilette intime et les douches vaginales trop fréquentes**
- Ne pas utiliser de protège-slips de façon excessive
- Éviter le papier toilette parfumé

## ➤ Infections parasitaires

### A. Les poux, Pédiculose de la tête

#### 1. Généralités

[31,59,76,77] Il s'agit d'une maladie **parasitaire, contagieuse et fréquente** causée par le pou, le *Pediculus humanus capitis*, une espèce différente du pou de corps ou du pubis.

Cette parasitose est bénigne et touche très souvent les enfants, même si tout individu peut y être confronté dans sa vie. Les récurrences sont fréquentes, en particulier dans les écoles ou dans les collectivités.

- **Les poux** sont des arthropodes hématophages qui mesurent quelques mm, et sont visibles à l'œil nu, ils possèdent 3 paires de pattes qui leur confèrent une mobilité et 1 pince qui leur permet de s'accrocher à leur support (en l'occurrence les cheveux et les poils). Ils sont capables de nager mais ne savent pas sauter. Leur durée de vie varie de 4 à 6 semaines. Les femelles pondent une dizaine d'œufs par jour souvent à la racine du cheveu, qui deviendront ensuite des lentes.

Le pou survit maximum 72 heures hors du cuir chevelu et peut donc persister sur une taie d'oreiller ou dans un bonnet.



Figure 63 : Pou de tête, [78,79]

- **Les lentes**, deux fois plus petites que les poux, éclosent en une dizaine de jours et deviennent ensuite adulte en 15 jours. Elles sont de forme ovoïde, blanche ou brunâtre, fixées fortement à la racine du cheveu. Si une lente est translucide, c'est que la nymphe en est sortie. Ces œufs sont maintenus avec leur support via ce que l'on appelle un mucus, un ciment qui englobe le cheveu et cet œuf, ce qui explique qu'il nécessite une action mécanique assez forte pour les retirer

*Les lentes sont facilement différenciables des pellicules, car elles vont adhérer fortement aux cheveux, les pellicules, elles, vont glisser et tomber lorsqu'on les manipule.*



Figure 64 : Lente translucide vide, [78]

Le pou est un parasite exclusif de l'homme et ne transmet pas de pathogène.

La transmission se fait par **contact direct étroit** (où le pou passe de tête à tête, via l'électricité statique des cheveux) ou **indirect** (via les brosses, les oreillers, les écharpes, les bonnets...)

**Attention aux lésions de grattage** qui peuvent provoquer une surinfection et des croûtes, voir un impétigo du cuir chevelu. Il s'agira du seul motif de consultation médicale.

Il est important de préciser que le fait d'avoir des poux n'est pas synonyme d'un manque d'hygiène. Le pou va coloniser aussi bien des cheveux sales que propres.

## 2. Clinique

Un **prurit chronique** sur le cuir chevelu, plus intense au niveau de la nuque, des tempes et derrière les oreilles ainsi qu'une **irritation cutanée** sont les symptômes typiques d'une pédiculose.

Ces deux symptômes sont dus à la salive injectée lors de la piqûre du pou, qui lui permet de se nourrir. Cela va provoquer une inflammation locale.



Figure 65 : Irritation dans la nuque résultante de la présence de poux, [78]

Il est recommandé de faire un **examen minutieux** du cuir chevelu afin d'identifier la présence de lentes, en écartant les cheveux raie par raie (elles peuvent être présentes même en très petit nombre).

Il est parfois possible de retrouver des poux au niveau des cils et sourcils, mais dans ces cas-là, il s'agira de l'espèce *phthirus pubis* ou morpion et non du pou des cheveux.

### **3. Traitements**

[80] L'apparition de résistances aux traitements chimiques à base d'insecticide est problématique dans cette pathologie, c'est pourquoi nous nous tournons de plus en plus vers des traitements mécaniques. Parmi les insecticides les plus utilisés, nous pouvons citer les pyréthrinés naturels ou de synthèse. Ces derniers sont en plus, assez mal tolérés et ne sont qu'une deuxième intention dans la prise en charge.

Le temps d'application diffère selon chaque produit, il est important de lire attentivement chaque notice. Cependant, une action mécanique, en retirant les poux avec un peigne, est indispensable quel que soit le produit.

Tous les produits cités s'appliquent sur cheveux secs.

#### **a. Traitement physique (sans insecticide)**

Ces produits sont à conseiller en première intention, ils n'entraînent pas de résistance et ne sont pas toxiques.

Ils vont asphyxier et engluer les poux en les enrobant et en bouchant leur système respiratoire.

Le traitement sera renouvelé au bout de 7 jours, ne pas le faire avant car toutes les lentes n'auront pas eu le temps d'éclore, et ne pas le faire après ces 7 jours non plus car les poux auront pondu de nouvelles lentes.

- **Diméticone : huile de silicone**

- *Pouxit*<sup>®</sup>, formule renforcée en Penetrol qui potentialise l'action du Diméticone et agit aussi sur les lentes
- *Paranix*<sup>®</sup>
- *Cinq sur Cinq Lotion nuit*<sup>®</sup>, avec en plus de l'huile de coco, agit en 8 heures pendant la nuit

Avec l'application de Diméticone, il faudra être vigilant sur un point, il s'agit d'un produit inflammable donc ne pas l'appliquer proche d'une flamme ou autre source de chaleur.

- **Oxyphthrine**

- *Duo LP pro*<sup>®</sup>

- **L'huile de paraffine**

- *Apaisyl antipoux*<sup>®</sup>

- **L'huile de coco seule**

Il est possible également après l'application d'huile, d'envelopper la chevelure d'un film transparent ou d'un tissu et de laisser poser toute la nuit.

L'efficacité de l'huile de coco reste inférieure à la Diméticone.

Pour les asthmatiques, éviter la forme spray, comme avec le *Paranix spray anti-poux et lentes*<sup>®</sup>.

#### **Conseil d'utilisation valable quel que soit le produit :**

Agiter le produit, couvrir les épaules d'une serviette, appliquer le contenu mèche par mèche, puis masser en s'assurant que le produit soit bien réparti sur tout le cuir chevelu et laisser agir. Insister derrière les oreilles et la nuque. Rincer abondamment et faire un shampoing doux en suivant. Il est vivement recommandé de **bien émulsionner le produit avant de mouiller** les cheveux, en effet un corps gras est toujours plus difficile à rincer.

Utiliser un **peigne antipoux** (à dents fines et serrées) sur cheveux mouillés (cela va immobiliser le pou) en allant de la racine à la pointe, mèche par mèche, afin de décoller les lentes, ce geste doit être répété aussi souvent que possible et durer environ 30 minutes. Essuyer le peigne après chaque passage.

Si possible, privilégier des peignes à poux à dents blanches, pour augmenter la visibilité lors du délitage. Les poux ou lentes seront beaucoup moins visibles en utilisant des dents en métal.

A noter que l'utilisation seule du peigne sans traitement, éradique près de la moitié des poux.

- **Un décolleur de lentes** (*Pouxit*<sup>®</sup>, *Cinq sur Cinq*<sup>®</sup>...)

En complément, cela permet de mieux retirer les lentes, et aide à démêler les cheveux, il est conseillé de l'appliquer environ 15 minutes suivant le traitement.

Le baume décolleur de lente, composé d'isononyl isononanoate, un antistatique permettant de rendre le cheveux plus « glissant », va agir en relâchant le ciment de la lente, qui est fortement fixée.

A conseiller à partir de 3 ans et convient à la femme enceinte ou allaitante.

L'efficacité du traitement sera contrôlée le lendemain du premier traitement puis à 7 jours.

Changer de classe de produit en cas d'inefficacité.

#### **b. L'aromathérapie**

[23] Les huiles essentielles sont parfois une bonne alternative aux traitements.

Mélanger 20 gouttes **d'Arbre à thé** et 20 gouttes de **Lavande vraie** ou de **Lavandin super** dans 25ml **d'huile de coco**. Appliquer le soin et passer en parallèle le peigne antipoux pour bien étaler sur toutes les mèches. Enrouler les cheveux dans un film plastique et laisser poser une heure, faire un shampoing doux et rincer abondamment.

Il existe aussi des spécialités comme *Puressentiel Antipoux*<sup>®</sup>, un shampoing à base de Lavande vraie, Lavandin super, Ylang Ylang, et Géranium.

La **Lavande vraie** ou le **Lavandin super**, plantes très odorantes, peuvent agir en tant que répulsifs afin d'éloigner les poux. Cependant, l'utilisation seule de ces deux huiles essentielles,

ne permet pas de tuer poux et lentes. Diluer une goutte dans un corps gras et appliquer derrière les oreilles et dans la nuque.

#### 4. Conseils associés

[81] Ne traiter que des personnes ayant des poux, en effet il n'existe pas de traitement préventif pour cette parasitose. Quelques règles simples peuvent cependant aider à éviter d'attraper des poux, notamment en inspectant régulièrement ses cheveux, en les attachant s'ils sont longs, en informant les collectivités en cas d'infestation...

- Il est primordial de **traiter en même temps toutes les têtes**, évitant ainsi les recontaminations à répétitions et les récidives
- **Examiner toutes les têtes** de la famille sans exception.
- Rappeler au patient qu'il suffit de **quelques parasites pour que la parasitose reparte**
- Un traitement n'empêche pas de nouvelles ré-infestations
- **Traiter l'environnement** pour éviter les ré-infestations, avec des répulsifs
- **Laver le linge**, les vêtements, les doudous, les bonnets, les sièges auto, tout ce qui a été en contact avec la tête, les cheveux ou la nuque, **à 60°C** quand cela reste possible
- Pour ce qui ne peut pas être lavé, il est possible de passer un fer vapeur dessus ou appliquer un spray antiparasitaire (*Parasidose spray environnement®*)
- Les vêtements trop fragiles peuvent être enfermés dans un sac hermétique pendant 2 jours afin d'affamer les poux.
- Mettre les brosses au congélateur ou les faire tremper dans de l'eau chaude à 60°C.
- Chaque enfant ou adulte doit avoir sa propre brosse.
- Attacher les cheveux pour éviter la recontamination ou les plaquer pour éviter toute électricité statique.
- Depuis quelques années, existent ce que l'on appelle des **instituts antipoux**, dédiés entièrement au traitement et à l'élimination des poux et des lentes.
- **Un deuxième traitement une semaine après** est toujours recommandé pour éliminer un potentiel foyer de poux et éradiquer les poux qui auraient résisté au premier traitement.

#### B. La gale commune, Scabiose

[77,82,83] La gale est une **parasitose** bénigne contagieuse, à transmission interhumaine, causée par un acarien, le *Sarcoptes scabiei hominis*, ou **Sarcopte**.

De taille microscopique, il n'est pas visible à l'œil nu, il ne saute pas et ne vole pas, et se déplace de quelques centimètres par heure pour des températures allant de 25°C à 30°C.

La femelle va creuser des galeries dans l'épiderme, le coloniser pour y déposer ses œufs. Ces œufs vont ensuite devenir adultes en une dizaine de jours.

Le sarcopte vit environ 2 mois et survit 5 jours hors de la peau en se nourrissant de résidus de peaux mortes restés dans les tissus.

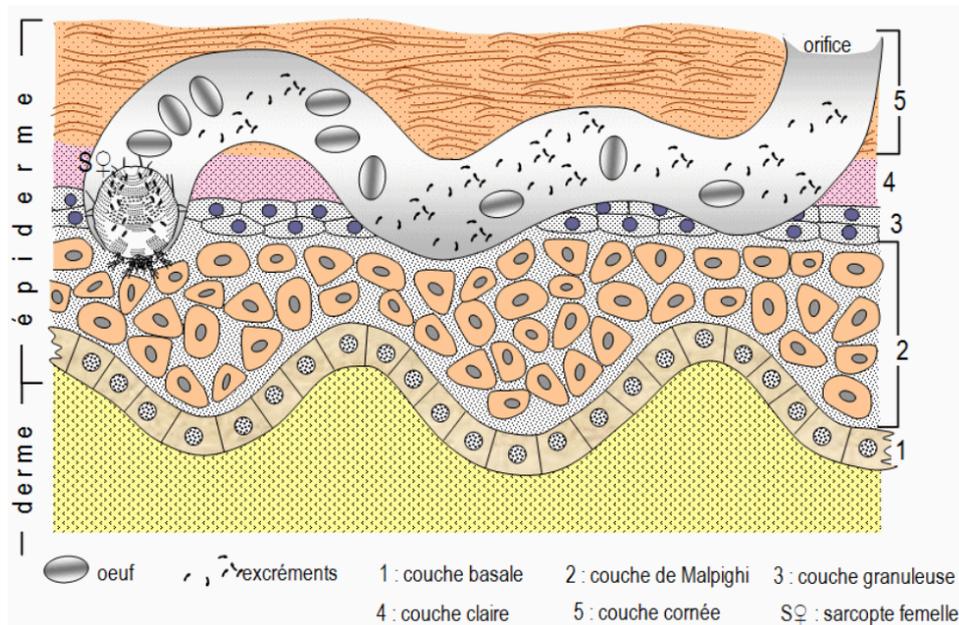


Figure 66 : *Sarcoptes creusant sa galerie dans l'épiderme humain, [84]*

La gale peut toucher n'importe qui, indépendamment du milieu socio-économique.

Bien que sans gravité, cette maladie entraîne des répercussions sur la qualité de vie, car elle peut empêcher de dormir du fait d'un prurit très intense. Sans traitement, il n'est pas possible de guérir de la gale.

## 1. Généralités

La transmission se fait par **contact direct prolongé, répété ou étroit** avec ce côté peau à peau, **ou par contact indirect** via le linge, mais cela reste plus rare.

Il est possible de se contaminer lors d'un rapport sexuel, la gale est donc aussi considérée comme une Infection Sexuellement Transmissible.

Il existe plusieurs formes de gale, la gale commune typique, celle que nous détaillerons dans cette thèse, la gale du nourrisson, la gale hyperkératosique ou croûteuse, et la gale dite profuse.

**L'incubation dure environ 3 semaines.** De façon générale, la personne atteinte ne se rend compte de rien au début, et le prurit apparaît entre la deuxième et troisième semaine d'incubation.

En cas de seconde ré infestation, l'incubation sera beaucoup plus courte, de l'ordre de quelques jours.

Le patient se plaint alors d'un **prurit chronique intense, à prédominance nocturne** (ce critère permet aussi de distinguer la gale de l'allergie), qui survient aussi généralement suite à une douche ou un bain chaud. Les démangeaisons peuvent très bien survenir la journée. Le prurit est tenace.

Ce prurit s'explique par une réaction immunologique du corps du fait des déjections du parasite.

Les zones concernées sont les **espaces interdigitaux, les aisselles, les mamelons, le nombril, les mains, la face antérieure des poignets, les fesses**, localisations où la peau est friable et accessible pour le Sarcopte.

Le visage, le dos, le cou, la paume des mains et la plante des pieds sont des régions épargnées, zones plus denses et épaisses où le parasite ne peut pas s'installer.

Des lésions spécifiques caractéristiques de la gale peuvent parfois être observables, mais ne sont pas présentes de façon systématique :

- **Sillons scabieux** (trajet fin et sinueux de quelques millimètres du Sarcopte)
- **Vésicule perlée** (comme de toutes petites cloques translucides en extrémité d'un sillon, là où la femelle dépose ses œufs, c'est d'ailleurs au niveau de ces lésions qu'il est possible d'observer le parasite)
- **Nodules scabieux** (petites tuméfactions rouge violacée provoquées par une réaction immunitaire)

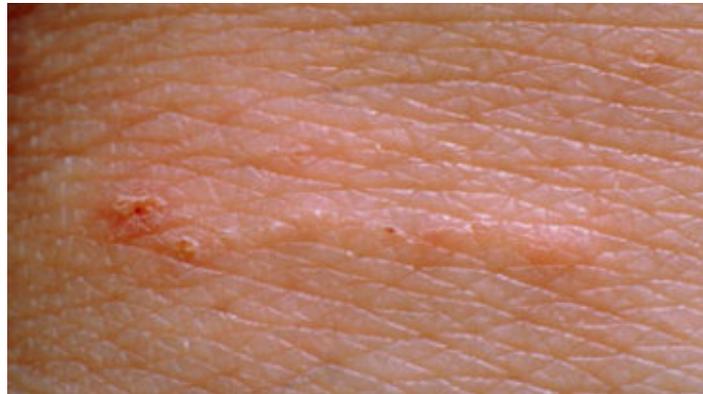


Figure 67 : Sillon creusé par une femelle Sarcopte, [85]

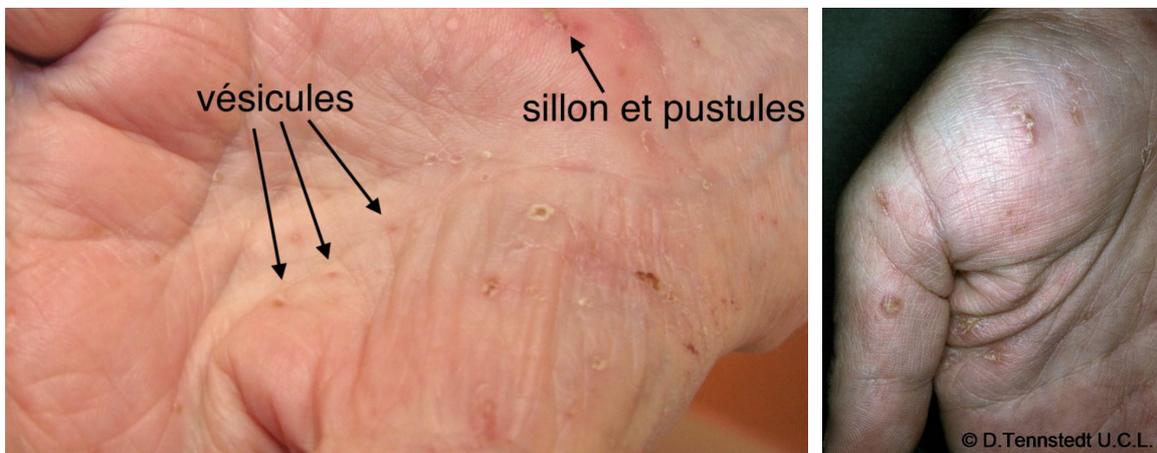


Figure 68 : Gale de la main (Atlas de Dermatologie)

Figure 69 : Vésicules perlées, sillons et pustules, Dermato-info



Figure 70 : Lésions typiques des espaces interdigitaux avec des vésicules (Le Quotidien du Pharmacien)



Figure 71 : Nodules scabieux, [85]



Figure 72 : Gale des mains et des avant-bras (Atlas de Dermatologie)

*A noter que la gale du chien, causée par un autre Sarcopte que celui décrit, peut contaminer l'homme. Mais, dans ce cas de figure-là, la personne contaminée ne pourra pas transmettre le parasite à quelqu'un d'autre. Ce phénomène porte le nom d'impasse parasitaire.*

## **2. Les limites du conseil**

Le diagnostic relève dans tous les cas du médecin et ne peut être confirmé qu'après prélèvement cutané et observation au dermatoscope afin d'identifier le parasite.

La gale peut se confondre avec un eczéma ou une urticaire.

Si à l'officine, un patient se présentait avec des lésions de grattage, dans tous les cas il faudra l'orienter vers un médecin, car ces dernières peuvent se compliquer en surinfection ou en eczéma.

## **3. Traitement**

[48,76,85] Dans un premier temps, interroger le patient, rechercher une contamination dans l'entourage, demander si le prurit s'intensifie la nuit, et regarder la localisation des lésions.

**Un traitement complet** comprend la prise en charge **simultanée** :

- **Du patient**
- **De son entourage** (identifier les personnes de l'entourage ayant eu un contact cutané proche avec le patient. Même si la personne ne présente pas de signe, il est important de traiter tout le monde simultanément)
- **De l'environnement** (linge et mobilier)

Ce traitement devra obligatoirement être **renouvelé au bout de 7 jours**, car aucun traitement n'est efficace sur les œufs.

Il est important d'insister auprès du patient qu'un traitement incomplet ne permettra pas une guérison totale.

Après un traitement bien conduit, il est possible que les démangeaisons persistent encore deux semaines, cette persistance ne signifie pas forcément un échec du traitement.

Cependant, au-delà de cette durée, cela peut être le signe que l'acarien est toujours présent dans l'épiderme.

Les sarcoptes sont éliminés après que l'épiderme se soit renouvelé, c'est-à-dire au bout de 6 semaines en règle générale.

Le traitement local de la gale est disponible sans ordonnance à l'officine, mais le traitement par voie orale (Ivermectine®) lui, est sur prescription.

Les produits locaux scabicides sont à appliquer sur le corps en entier, y compris les cheveux, ne pas laisser une surface de peau non couverte. Ne pas appliquer les produits sur les muqueuses, le contour des yeux ou de la bouche, en bref éviter le visage sauf si nécessaire.

### a. Ascabiol®

*Benzoate de benzyle à 10% en émulsion.*

Indiqué dans le traitement local de la gale. *A conseiller à partir de 1 mois.*

Utiliser une **compresse pour étaler** (ne pas utiliser de coton ou de lingette imprégnée) le produit de haut en bas sur tout le corps et les cheveux, en **deux couches successives espacées de 15 minutes** (correspondant au temps de séchage). Insister sur les lésions, ne pas oublier les plis. Appliquer de préférence le soir, après la toilette sur une peau encore légèrement humide.

**Laisser le produit agir 24 heures** et se laver en suivant.

**Renouveler l'application 8 jours plus tard.** Un flacon permet l'application de deux couches successives, deux flacons pour le traitement complet seront donc nécessaires.

Utiliser des vêtements et des draps propres après chacun des deux traitements.

### b. Topiscab®

*Permethrine 5% en crème.*

Indiqué dans le traitement local de la gale. A conseiller à partir de 2 mois.

Appliquer en fine couche sur tout le corps, **sur une peau propre et sèche.**

La quantité de produit à utiliser dépend de l'âge. Pour un adulte, 1 tube entier correspond à une application.

**Laisser poser le produit pendant 8 heures**, idéalement l'appliquer le soir, pour une action durant la nuit.

**Renouveler l'application au 8<sup>ème</sup> jour** (le deuxième traitement doit être fait entre le jour 7 et 14)

Que ce soit pour Ascabiol® ou Topiscab® :

- Si une zone a été mouillée pendant le temps de pose, il faudra réappliquer le traitement.
- Utiliser des vêtements et des draps propres après chacun des deux traitements, à J0 et J8.
- La contagion se termine 48h après le début du traitement.
- Il s'agit de produits irritants et eczématisants pouvant induire un prurit, ne pas réitérer l'application par croyance d'un échec thérapeutique et tomber alors dans un cercle vicieux.

La guérison ne peut être évaluée qu'un mois après le début du traitement, même si le patient présente encore des démangeaisons avant cette date, cela ne justifie pas de commencer à nouveau un traitement, cela peut être due à une irritation locale, un eczéma...

Il ne faut pas renouveler de façon prématurée la cure. Conseiller de l'eau froide, un antihistaminique et des crèmes hydratantes.

Au-delà d'un mois, cela peut être dû à une mauvaise observance ou une recontamination.

Une consultation chez un dermatologue permettra aussi de vérifier l'efficacité du traitement.

#### 4. Conseils associés

[86]

- Utiliser un savon non irritant pour la toilette.
- Passer l'aspirateur dans toute la maison et jeter les sacs d'aspirateur immédiatement.
- **Les contacts proches devront être traités en même temps** même s'ils ne présentent pas de symptômes, car ils peuvent être en phase d'incubation.
- Rassembler tout ce qui a été utilisé et porté les 6 derniers jours. **Désinfecter et laver tout le linge, literie utilisée, vêtements à 60°** (le parasite meurt à plus de 55°C), et passer au fer très chaud en insistant dans les coutures.
- **Ne mettre que des vêtements propres à partir du moment où le traitement a débuté.**
- Pour ce qui ne peut pas être lavé (matelas, oreillers, canapé, siège de voiture...), **conseiller un acaricide de type A-PAR** (pulvériser intérieur et extérieur des vêtements, sur le matelas en le retournant) en laissant agir 4 heures. Après pulvérisation, nettoyer l'ensemble des locaux.

*(Concernant le flacon aérosol A-PAR : pulvériser à 30 cm, attendre 12 heures avant de réutiliser vêtements ou literie traités)*

- Sinon il est possible **d'enfermer dans un sac hermétique** ou l'on pulvérisera A-Par en amont, **pendant 3 jours**, les chaussures, gants, bonnets, chaussons...
- Les solutions hydro-alcoolique ne sont pas efficaces contre le Sarcopte.

En résumé, réaliser un premier traitement à J0 et traiter l'environnement à J1 (le lendemain de la 1<sup>ère</sup> application)

Refaire un deuxième traitement à J8, et retraiter l'environnement à J9.

### III. Atteintes des phanères

#### A. L'onychomycose ou mycose des ongles

[48] L'onychomycose est une **infection fongique de l'appareil unguéal** très fréquente, dans la plupart des cas **causée par un dermatophyte** qui se développe dans un milieu chaud et humide, un champignon filamenteux kératinophile.

L'atteinte débute souvent par le bord libre ou distal de l'ongle et peut toucher la matrice, en provoquant une destruction totale et complète de l'ongle.

Cette affection touche près de 10% des adultes.

##### 1. Généralités

[20] L'origine de l'onychomycose est diverse :

- **Onychomycose à dermatophytes** : la plus fréquente (80%), débute généralement au niveau de l'espace interdigital pour ensuite atteindre l'ongle.
- **Onychomycose à Candidas (*levure*)** : souvent associée à un perionyxis, une inflammation péri-unguéale, qui survient souvent dans un milieu très humide, et qui touche plus les ongles des mains, et où le changement de couleur tendra plus vers le bleu-vert.
- **Onychomycose à moisissures** : plus rare

Cette infection touche les **ongles de pieds dans 80% des cas**, mais peut aussi atteindre les ongles des mains.

Dans 90%, c'est l'ongle des pieds, et plus particulièrement **le gros orteil** qui est touché.

La présence de ce champignon au niveau d'un ongle amène à rechercher la présence d'un autre gîte fongique préexistant, et bien souvent entre les espaces interdigitaux.

La contamination est le plus souvent interhumaine directe ou indirecte, par l'intermédiaire de sols ou objets contaminés. Elle reste cependant assez rare.

Les **onychomycoses ne guérissent pas spontanément**. Si l'ongle n'est pas traité, il finira par tomber.

##### 2. Clinique

D'abord, on observera un **changement de couleur** de l'ongle (blanc, jaunâtre, marron ou verdâtre) avec un **épaississement** de l'ongle qui deviendra peu à peu **friable**. Et, en l'absence de traitement, un **décollement** de l'ongle accompagnée d'une atteinte cutanée.

Une **douleur à la pression** sera aussi souvent associée, mais pas systématique.

Attention, toutes les atteintes des ongles ne sont pas des mycoses, dans la plupart des cas, les déformations de l'ongle sont des microtraumatismes liés aux impacts dans les chaussures, on parle **d'onycholyse traumatique**. Cela peut aussi être un eczéma, un psoriasis ou du lichen.



Figure 73 : Atteinte distale de la tablette (Dermis.net)

L'application de vernis cosmétique de façon répétée sans jamais nettoyer complètement la couche initiale de l'ongle va engendrer une occlusion permanente et provoquer ce que l'on appelle une granulation de la kératine. L'aspect de l'ongle est alors très similaire à une onychomycose superficielle.



Figure 74 : Granulations de kératine sur vernis à ongles, [87]

### **3. Les limites du conseil**

Si plus de deux ongles sont atteints, si l'ongle est atteint à sa base, en proximal, ou si plus d'un tiers est touché, il sera envisagé un traitement oral prescrit par le médecin.

Chez un sujet diabétique ou immunodéprimé, en cas de surinfection, il faudra également réorienter vers un médecin.

### **4. Facteurs favorisants**

- La chaleur, l'humidité, la macération, la transpiration,
- Les microtraumatismes répétés
- Les manucures répétées
- Certaines pathologies de type diabète, immunodépression, Syndrome de Raynaud, psoriasis, antibiotiques
- Certains métiers où il y a un contact prolongé avec l'eau ou si port de chaussures de sécurité
- L'âge avec des problèmes de vascularisation, des ongles qui deviennent plus durs

[88] Il est important d'inciter les personnes âgées à prendre soin de leurs pieds. Le tabac et le vernis à ongle peuvent entraîner un changement de coloration de l'ongle qui peut alors devenir jaunâtre.

## 5. Traitements

[25,89] Plus la mise en place d'un traitement est précoce et plus l'extension aux autres ongles sera limitée. La guérison n'en sera aussi que plus rapide.

**En l'absence d'atteinte matricielle** ou si un seul ongle n'est touché, le **traitement peut rester local** avec un antifongique en vernis pendant 3 à 6 mois environ, voir plus dans certains cas.

**Si l'ongle est atteint à plus de 50%** ou si plusieurs ongles sont touchés, on passera à un **traitement local associé à un traitement par voie orale** que seul le médecin pourra prescrire, avec une extraction chimique ou mécanique de l'ongle si nécessaire. Seul le traitement systémique aura une action sur la racine de l'ongle.

Bien rappeler aux patients qu'il s'agira d'un **traitement long** (entre 6 mois en moyenne pour les ongles de la main et 9 mois environ pour les pieds), une bonne observance est primordiale et conditionnera l'efficacité de la guérison.

La durée du traitement est conditionnée par le temps de repousse de l'ongle. Le traitement sera à poursuivre **jusqu'à repousse totale de l'ongle sain**.

Les solutions proposées se font au rythme d'une application quotidienne ou hebdomadaire

### a. Solutions filmogènes

Parmi tous les produits existants, nous pouvons citer :

- **Mycoster® solution filmogène, Onytec® vernis médicamenteux (Ciclopiroxolamine)** : 1 fois par jour. La solution s'applique en couche fine sur la totalité de l'ongle, sur le bord libre de l'ongle, et en débordant de quelques millimètres sur la peau environnante. Elle sèche en 30 secondes environ.
  - Onytec® à l'avantage d'être soluble, il n'est donc pas nécessaire d'utiliser de dissolvant, nettoyer simplement à l'eau la couche de vernis. Cependant cela oblige le patient à ne pas mettre d'eau sur la zone atteinte dans les 6 heures qui suivent l'application (il est donc recommandé de l'appliquer le soir).
  - Pour le Mycooster®, il sera nécessaire de nettoyer l'ongle avec un dissolvant ou une lime une fois par semaine pour éliminer le surplus de vernis.

[90]

- **Locéryl®, Amorolfine Urgo® (Amorolfine)** : s'applique, comme un vernis 1 à 2 fois par semaine, après une toilette soignée de l'ongle, limer la surface atteinte, nettoyer l'ongle avec la lingette fournie ou avec du dissolvant afin de dégraisser la zone. Appliquer ensuite la solution filmogène à l'aide de la spatule fournie sur la totalité de l'ongle atteint, cette dernière est réutilisable et doit être nettoyée avec la lingette entre chaque ongle

traité. Ne pas essuyer le surplus de la spatule sur le flacon pour éviter une recontamination. La spatule devra aussi être nettoyée après chaque utilisation. Un vernis à ongles cosmétique pourra être appliqué 10 minutes après la pose du vernis Locéryl®. A conseiller à partir de 18 ans.

- **Urigo filmogel ongles abîmés® (Hydroxypropylchitosan)** : 1 application par jour jusqu'à guérison, le produit se dépose sur l'ongle, ainsi que sur la peau environnante, à partir de 3 ans.
- **Scholl mycose des ongles® (Urée, Acide citrique)** : limer la surface de l'ongle 1 fois par semaine, appliquer la solution 1 fois par jour pendant 1 mois, puis espacer à 1 fois par semaine sur 9 mois.
- **Excilor mycose de l'ongle® solution, existe également en stylet (Acide acétique, agents hydratants, biotine)** : appliquer 2 fois par jour, matin et soir sur un ongle propre, laissez sécher 2 minutes avant de mettre chaussettes ou chaussures.

#### b. Pommade et pansement occlusif

[91]

- **Onyster® (Urée à 40%, lanoline et vaseline)** : va fragiliser les adhérences pathologiques de l'ongle, et permettre de décoller la couche de kératine abîmée de l'ongle. Sous forme de pommade hydrosoluble à appliquer 1 fois par jour sur la totalité de l'ongle sans dépasser sur la peau, puis mettre en place le pansement occlusif fourni durant 24 heures (ne nécessite pas de dissolvant, s'enlève de lui-même avec de l'eau). Retirer seulement l'excédent de pommade entre chaque changement de pansement, puis réappliquer pommade et pansement. Le traitement est à poursuivre sur 3 semaines.
- **Naloc® (Urée, Acide lactique)**, s'applique 1 fois par jour, le soir au coucher, appliquer une fine couche sur la surface de l'ongle et sur le bord libre.

*A faible concentration, c'est-à-dire de 1 à 10%, l'urée est un agent hydratant.*

*Mais l'urée possède aussi des propriétés kératolytiques, quand sa concentration atteint 20 à 40%, facilitant ainsi le décollage et l'élimination de la couche de kératine abîmée sans douleur. (C'est ce que l'on appelle l'avulsion chimique)*

Si le patient ne constate aucune amélioration au bout de 4 semaines de traitement bien conduit, il faudra alors le réévaluer. Il y a peut-être dans ce cas une atteinte plus profonde notamment de la matrice de l'ongle, ou il peut simplement s'agir d'une erreur de diagnostic (il peut s'agir par exemple d'un traumatisme de l'ongle). Réaliser un prélèvement pour écarter ou confirmer les différentes pistes.

#### c. L'aromathérapie

[23] Ajouter une goutte d'huile essentielle de **Palmarosa** diluée dans un bain de pied chaud, ou à une crème antifongique.

Mélanger 60 gouttes d'huile essentielle **d'Arbre à thé** (aux propriétés antifongiques), 15 gouttes de **Girofle**, 30 gouttes de **Palmarosa**, et 30 gouttes de **Lavande vraie** (antiseptique et cicatrisante), diluées dans 10ml d'huile végétale de **Ricin**, masser l'ongle deux fois par jour avec ce mélange, avant de l'avoir préalablement nettoyé au Dakin.

## 6. Conseils associés

Expliquer que le **traitement sera long** et nécessite une **bonne observance**, les récurrences sont fréquentes malgré ces précautions.

- **Nettoyer ses pieds** au moins une fois par jour, utiliser un savon acide en cas de Dermatophytie, un savon neutre ou alcalin en cas de Candida.
- **Bien sécher** ses pieds ensuite en insistant entre les orteils pour empêcher l'auto-contamination, utiliser un sèche-cheveux si besoin. (le but est d'éviter toute macération ou transpiration excessive).
- **Couper ses ongles régulièrement**
- Conseiller une poudre ou un spray antifongique à mettre dans les chaussettes ou les chaussures.
- **Traiter la transpiration des pieds en prévention**
- Utiliser un soin local avec des bains de Dakin dilué
- Changer tous les jours de chaussures, ainsi que de chaussettes et les laver à 60°C
- Privilégier vêtements et chaussettes **en coton**, qui laisse respirer le pied, bannir les matières synthétiques
- Si l'ongle est fragile, utiliser des produits comme des **verniss durcisseurs et les couper régulièrement**
- **Éviter de marcher pieds nus** dans tout ce qui est collectivités « humides », comme les piscines, les saunas, les vestiaires, ou bien mettre des sandales adaptées
- Pour prévenir les récurrences (fréquentes), nettoyer et aspirer les tapis, moquettes ou autres afin d'éliminer les spores
- Ne pas utiliser sur un ongle sain du matériel de soin usagé
- Porter attention au changement de couleur ou d'aspect de l'ongle

## B. Le panaris

[92] Le panaris est une infection bactérienne cutanée ou sous cutanée, causée par le Staphylocoque doré, présent naturellement sur la peau.

Il apparaît généralement au niveau du pourtour de l'ongle ou sur la pulpe du doigt, il peut atteindre les doigts ou les orteils.

D'abord inflammatoire, le panaris évolue en abcès s'il n'est pas pris en charge.

### 1. Généralités

Le panaris peut avoir plusieurs localisations : [93]

- **Panaris péri-unguéal** : la majorité des cas, situé autour de l'ongle, ou encore appelé le périonyxis qui est caractérisée comme une inflammation
- **Panaris pulpaire** : situé à la pulpe d'un doigt, secondaire à une piqure végétale, une écorchure..., le pouce et l'index sont les plus souvent atteints. Cette localisation est plus douloureuse avec une poussée la nuit, le gonflement sera aussi plus important.

Staphylocoque aureus est responsable dans 80% des cas.

De manière générale, les infections de la main surviennent en quatre phases que sont :

- **Phase d'invasion** : en quelques jours, avec la pénétration du germe qui survient suite à une blessure ou un traumatisme. La plaie cutanée est une porte d'entrée aux bactéries ou encore au tétanos

- **Phase d'inflammation**, avec une douleur modérée, une peau chaude, rouge et tendue et un léger œdème autour de l'ongle ou sur toute la pulpe, le bord du doigt est tuméfié. Cette phase est encore réversible. C'est en effet à ce niveau-là qu'il faut agir pour éviter une évolution plus grave, et permettre une cicatrisation rapide.

- **Phase d'abcès** : la peau est toujours rouge et chaude, avec la formation de pus, la douleur est plus intense, pulsatile et insomnante. Le volume du doigt augmente.

A ce stade, le traitement est alors uniquement chirurgical.

- **Phase de complication** : extension de l'infection, en l'absence de traitement



Figure 75 : Panaris au stade inflammatoire, [94]



Figure 76 : Panaris péri-unguéal au stade d'abcès, [93]



Figure 77 : Panaris pulpaire, avec œdème ne dépassant pas le pli interphalangien distal, [93]

## 2. Facteurs déclenchants

Le panaris survient après inoculation, en deux à cinq jours, à la suite d'une **blessure, un arrachement de peaux, un ongle rongé, une manucure, un traumatisme, une piqure** avec un corps étranger comme une épine ou une **écharde, une coupure, une trituration**.

Le panaris est également favorisé en cas de **diabète, de maladie de peau, ou de déficit immunitaire**.

## 3. Les limites du conseil

Les complications sont rares mais restent graves, **lorsque l'infection se propage**, l'os, les articulations ou les tendons peuvent être touchés.

S'il y a **impossibilité de bouger le doigt**, que **le doigt se déforme** ou qu'il y a une **altération de l'état général** ou **une apparition de fièvre**, il pourrait s'agir d'un panaris profond, et relève de la prise en charge médicale.

S'il n'y a **pas d'amélioration en 48 heures** après avoir suivi les conseils, le médecin prendra le relai.

Comme décrit un peu plus haut, si le panaris évolue en **abcès**, cela sera aussi du ressort d'un médecin.

En cas de terrain diabétique ou immunodéprimé, il faudra aussi réorienter vers le médecin. Demander un avis médical au moindre doute.

## 4. Traitement

La prise en charge à l'officine concerne surtout le panaris au stade inflammatoire, c'est-à-dire sans abcès.

Conseiller un nettoyage et une désinfection minutieuse de la plaie, avec un antiseptique de type **Biseptine®** ou **Dakin dilué au tiers**, autour de l'ongle. Réaliser des **bains de 5 minutes, trois fois par jour**, pendant une semaine.

L'Hexamidine (**Hexomédine transcutanée®**) est un antiseptique qui a l'avantage d'être actif sur les bactéries en présence de pus, et va traverser la barrière cutanée pour une action plus en profondeur. Il peut aussi être utilisé dans ce cas-là.

Ne surtout pas utiliser de l'eau de Javel, qui est beaucoup trop corrosif.

Protéger ensuite le doigt à l'aide d'un pansement.

Prendre un **antidouleur si la douleur est trop importante**, comme du Paracétamol, les anti-inflammatoires sont à éviter car ils favorisent la propagation de l'infection.

Au stade d'abcès, seul un médecin peut intervenir pour inciser et prescrire des antibiotiques si le terrain est à risque. Ne jamais percer un abcès soi-même.

Prévenir la survenue de blessure ou microtraumatisme local.

## 5. Conseils associés

- **Rappel antitétanique** si besoin (rappel tous les 10 ans chez les plus de 65 ans, car la protection par la vaccination dure au moins 20 ans jusqu'à l'âge de 65 ans), en prévention dans tous les cas [95]
- **Se laver soigneusement les doigts**
- **Mettre des gants** pour jardiner ou bricoler
- Éviter de se ronger les ongles, se couper les ongles régulièrement, ne pas refouler ses cuticules, éviter de trop couper au niveau des angles, ne pas arracher les petites peaux du pourtour de l'ongle
- **Désinfecter et nettoyer les outils de manucure**
- Retirer les faux ongles s'il y en a
- Éviter la manipulation des aliments pour ne pas contaminer la nourriture
- **Retirer le plus vite possible tout corps étranger**
- **Surveiller l'apparition anormale de rougeur**, douleur ou grosseur sur le côté de l'orteil ou du doigt

## C. La dermite ou dermatite séborrhéique du cuir chevelu

[20,76,96] Il s'agit d'une **dermatose inflammatoire** très fréquente qui touche **les zones séborrhéiques**, comme le cuir chevelu, les ailes du nez, les sourcils et cils et les plis, et qui atteint préférentiellement les hommes entre 18 et 40 ans.

Même si la physiopathologie de la maladie est relativement mal connue, deux facteurs sont mis en jeu : la **séborrhée** qui va elle-même favoriser le développement d'une levure qu'est ***Malassezia furfur***.

Cette maladie est **bénigne et n'est pas contagieuse**, cependant elle peut altérer la qualité de vie du patient car elle se manifeste sur des zones visibles.

La Dermite séborrhéique est rythmée par les saisons, elle est plutôt à prédominance hivernale, et s'améliore généralement à l'approche de l'été.

## 1. Généralités

Cette dermatose n'est pas associée à une production importante de sébum mais la pathologie n'apparaît que dans des zones où il y a une hyper séborrhée. Elle se manifeste en effet sur les zones dites « grasses » de la peau.

Cet excès local de sébum va favoriser **la prolifération anormale d'une levure** : *Malassezia furfur*, présente de façon naturelle sur notre peau. Ce champignon va entraîner une **inflammation**, accompagnée d'une **desquamation et d'un érythème local**.

L'apparition des lésions sont souvent liées au stress ou à la fatigue et évoluent par poussées.

## 2. Clinique

[97] En phase de poussées, une **desquamation** avec des **pellicules grasses, épaisses**, de couleur **blanc ou jaunâtre** seront visibles sur un fond de **plaques érythémateuses rouges**.

Les plaques seront plus foncées en leur bord, et les squames se détachent assez facilement laissant apparaître une zone rouge plus claire.

Le **prurit est inconstant**.

La Dermatite Séborrhéique atteint surtout 3 zones, que sont :

- Le **cuir chevelu**, qui représente près de 95% des zones touchées. L'épaisseur de ces squames va étouffer le cuir chevelu et peut entraîner par la suite une chute de cheveux.
- Le **visage** (plaques rouge vif, recouvertes de squames jaunâtres, au niveau des ailes du nez, entre les deux yeux, à la lisière des sourcils et du cuir chevelu)
- Le **tronc**

Concernant l'apparition des lésions sur le visage ou sur le cuir chevelu, l'une peut survenir indépendamment de l'autre ou au contraire en association.

Hors des phases de poussée, la peau reprend son aspect habituel, mais parfois une sensation de brûlure et une sensibilité du cuir chevelu peut persister.

La Dermatite séborrhéique du cuir chevelu survient surtout près des tempes et sur le crâne, à la lisière du cuir chevelu, le haut du front, le cou et derrière les oreilles



Figure 78 : Dermite séborrhéique rétro-auriculaire, [98]



Figure 79 : Desquamation et formation de pellicules, [99] [100]

### 3. Facteurs favorisants

[98] L'incidence et la gravité de cette dermatose semblent être corrélées à certains facteurs génétiques et émotionnels.

Une hygiène insuffisante, une consommation excessive d'alcool, une transpiration importante, le stress, la fatigue, un choc émotionnel, le surpoids, la grossesse, le temps froid et sec sont des facteurs qui peuvent favoriser cette pathologie.

La dermatite séborrhéique semble aussi être plus fréquente chez les patients souffrant de troubles neurologiques ou d'immunodépression.

### 4. Les limites du conseil

En cas de **dermite très inflammatoire**, sur une **surface très étendue**, au-delà du cuir chevelu, sur le visage, ou si cela **ne cède pas au bout de deux semaines après un traitement bien conduit**, il faudra réorienter vers le médecin.

Si cela provoque une chute de cheveux, que cela devient suintant ou douloureux.

Si cela survient chez un immunodéprimé

*A ne pas confondre avec :*

- *Le Psoriasis, où les plaques sont plus délimitées et peu prurigineuses, avec des croûtes plus épaisses*
- *L'Eczéma de contact, où les plaques sont sèches et très prurigineuses*
- *La Dermatite atopique, où la desquamation est plutôt fine et moins nette, blanche et sèche*



Figure 80 : Psoriasis du visage (plaques localisées, avec squames de petites tailles), [99]



Figure 81 : Dermite séborrhéique du visage, [101]



Figure 82 : Eczéma de contact (photo à gauche) et Eczéma atopique du visage (photo du milieu et de droite), [101]

Le pharmacien n'est pas habilité à poser un diagnostic lorsqu'un patient se rend à l'officine en lui présentant une pathologie de peau, il s'agit du rôle du médecin.

Cependant, le pharmacien est sollicité quotidiennement pour reconnaître différentes affections et particulièrement en dermatologie afin de pouvoir orienter les patients et de « trier » les différentes prises en charge. Il est donc tout à fait pertinent et intéressant d'apprendre à identifier à l'aide des connaissances acquises tout au long de sa pratique officinale, des dermatoses fréquemment rencontrées au comptoir.

## 5. Traitement

[31] La prise en charge à l'officine est tout à fait possible en première intention.

Il n'existe pour le moment **aucun traitement curatif**, la prise en charge est **uniquement symptomatique** et permet d'espacer les récurrences.

Pour la prise en charge de la face et/ou du tronc, il sera prescrit des crèmes antifongiques, dermocorticoïdes ou à base de Gluconate de Lithium, que nous ne décrivons pas dans cette thèse.

Pour le traitement du cuir chevelu, si l'atteinte est légère, un shampoing dermocosmétique suffit, si l'atteinte devient modérée ou sévère, la prise en charge sera complétée par des shampoings antifongiques.

### a. Soins dermocosmétiques

En premier lieu, conseiller un **soin d'hygiène local** afin de réduire le sébum résiduel. Dans certains cas, les produits dermocosmétiques seuls peuvent être suffisants pour traiter. Si la Dermatite séborrhéique persistait, ils seraient utilisés en complément des traitements.

Parmi les composés les plus retrouvés dans ce type de produits, nous retrouvons des principes actifs antifongiques, kératolytiques et anti-inflammatoires :

- **Le Pyrithione de zinc**, un antibactérien, un antifongique, un régulateur de sébum
- **Le Piroctone olamine**, antipelliculaire, antifongique
- **Le Ciclopirox olamine**, antifongique
- **L'acide salicylique**, kératolytique, réduit les squames

#### ➤ Prise en charge du cuir chevelu

- En phase d'attaque :

Le traitement d'attaque dure entre **4 à 6 semaines**.

Laver les cheveux 2 à 3 fois par semaine avec le soin, en alternance avec un shampoing doux.

Appliquer le shampoing, faire mousser en massant délicatement, laisser poser 5 min puis rincer abondamment. Renouveler ce processus une seconde fois. Essorer les cheveux dans une serviette, et éviter le sèche-cheveux ou l'utiliser sur souffle froid.

Parmi les shampoings, nous pouvons conseiller des topiques kératolytiques qui agissent sur les croûtes épaisses, comme *Kelual DS® shampoing ou intensif*, *Node DS+®*, *Kerium DS®*

- En phase d'entretien :

Utiliser 1 à 2 fois par semaine voir une fois toutes les deux semaines, en alternance avec un shampoing doux de type *Ducray®*, *Kerium doux®* ou *Node fluide®*, pour espacer les poussées.

LABORATOIRES	Shampoings
LA ROCHE POSAY®	Kerium® doux Kerium DS® antipelliculaire Kerium® pellicules sèches
BIODERMA®	Node DS +® Node K®
DUCRAY®	Kelual DS® traitant Sensinol® Squanorm® pellicules sèches/grasses

<b>URIAGE®</b>	<b>DS hair®</b>
<b>A-DERMA®</b>	<b>Exomega control®</b>

Figure 83 : Tableau récapitulatif des principaux shampoings indiqués dans la DS

➤ **Prise en charge du visage et/ou du tronc**

La peau d'un patient atteint de Dermite Séborrhéique est très réactive, il faudra privilégier des crèmes ou soins adaptés aux peaux sensibles, afin d'apaiser l'irritation locale.

Éviter les produits à base d'alcool ou de parfums.

Nettoyer le visage matin et soir avec *Créaline DS®* ou *Uriage DS®*, faire mousser le produit, bien rincer et sécher en tamponnant délicatement la peau. Préférer des produits sans savon.

Conseiller ensuite une crème comme *Kelual DS®*, aux propriétés antifongique, kératolytique séboréglatrice et apaisante, ou *Kerium DS®*.

<b>LABORATOIRES</b>	<b>Gel nettoyant</b>	<b>Crèmes / Émulsions</b>
<b>LA ROCHE POSAY®</b>		<b>Kerium DS®</b>
<b>BIODERMA®</b>		<b>Crealine DS® Node DS®</b>
<b>DUCRAY®</b>		<b>Kelual DS®</b>
<b>URIAGE®</b>		<b>DS®</b>
<b>NOREVA®</b>		<b>Sebodiane DS®</b>

Figure 84 : Tableau récapitulatif des principaux produits dermocosmétiques indiqués dans la DS

**b. Soins locaux allopathiques**

[102] La prise en charge de la Dermite séborrhéique du cuir chevelu modérée ou sévère se fait par l'utilisation de shampoings antifongiques tels que :

- **Ciclopirox olamine®** : (Sebiprox shampooing®, MycoSter shampooing®, les shampooings sont concentrés à 1,5% et 1% respectivement) :

Il s'agit d'un antifongique actif sur les levures et dermatophytes, aux propriétés anti-inflammatoires.

Utiliser 2 à 3 fois par semaine pendant 1 mois en attaque, puis 2 fois par semaine pendant 1 mois en fonction de l'amélioration, en alternance avec un shampoing doux.

Appliquer sur cheveux mouillés et faire mousser en massant et en insistant sur les zones atteintes, éviter les yeux. Laisser agir et rincer abondamment. Répéter l'opération une seconde fois. (Le produit doit rester en contact 5 minutes avec le cuir chevelu au total pour les deux applications)

Le shampoing peut modifier la coloration des poils et des cheveux.

Le Ciclopirox présente une efficacité équivalente au Kétoconazole.

- **Kétoconazole 2%**<sup>®</sup> (Ketoderm gel en sachet<sup>®</sup>), *antifongique uniquement sur prescription, que nous ne détaillerons pas ici.*

Des crèmes spécifiques, la plupart sur ordonnance permettront la prise en charge de la Dermite séborrhéique du visage et/ou du tronc :

- **Ciclopirox olamine**<sup>®</sup>: (Mycoster crème<sup>®</sup>, concentrée à 1%)

Conseiller deux applications par jour pendant un mois en traitement d'attaque, puis en entretien, une fois par jour durant un mois. A adapter en fonction de la disparition des lésions.

- **Kétoconazole 2%** (Ketoderm sachet dose<sup>®</sup>, Ketoderm crème<sup>®</sup>) sur prescription uniquement
- **Gluconate de lithium 8%**, (Lithioderm gel<sup>®</sup>), sur prescription
- **Dermocorticoïdes**, sur prescription

### c. L'aromathérapie

Conseiller de mélanger 8 gouttes d'huile essentielle **d'Arbre à thé**, 5 gouttes de **Géranium rosat**, 8 gouttes de **Palmarosa**, et 8 gouttes **d'Eucalyptus citronné**, à diluer dans 8ml d'huile végétale de **Jojoba** (actif sur le sébum). Masser en utilisant une dizaine de gouttes du mélange sur la zone atteinte.

Rajouter tout simplement quelques gouttes d'Arbre à Thé dans le shampoing ou la crème peut aussi être une bonne alternative.

## 6. Conseils associés

- Maintenir une **bonne hygiène corporelle** pour limiter la prolifération des levures, bannir les savons irritants, alcoolisés, ou avec parfum
- **Éviter les sources de stress** et de surmenage
- **Ne pas gratter ou enlever les squames**, ne pas frotter la peau pour ne pas l'irriter et réactiver l'inflammation. Hydrater sa peau pour éviter et calmer les démangeaisons.
- Laver les cheveux régulièrement, tous les deux jours pour éliminer l'excès de sébum, bien sécher les cheveux en suivant sans frictionner.
- Attention cependant aux lavages trop fréquents qui peuvent favoriser la production de sébum dans le temps
- Avoir une **alimentation saine et équilibrée** avec une activité physique adaptée
- Prévenir du risque de récurrence.

- Éviter les gels ou laques pour se coiffer, ainsi que les colorations
- Attention avec l'exposition solaire qui reste bénéfique mais qui nécessite une protection solaire adaptée
- Afin de limiter au maximum la sécrétion de sébum, essayer de réduire son alimentation en nourriture transformée, fast-food, sucres...

## IV. Hyperkératoses

[20,31,103] Il s'agit de callosités ou épaissements de la peau (une accumulation de kératine en surface de la peau), touchant principalement les pieds et qui restent sans gravité, causés par un frottement mécanique et répété de la peau.

Douloureuses à la pression, ces callosités peuvent gêner la marche.

Selon la localisation, nous donnerons différents noms à ces hyperkératoses :

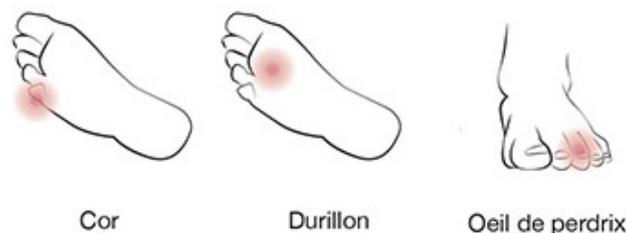


Figure 85 : Infochirped

### A. Le cor au pied

Il s'agit d'un épaissement de l'épiderme causé par un excès de frottements ou par une compression, provoquant un épaissement progressif de la peau.

**Situé au-dessus des orteils** sur l'os, le plus souvent sur le **petit orteil et sur le bord du pied**.

Le cor est non douloureux au pincement (ce qui le différencie de la verrue).

La peau morte va s'enfoncer dans le pied provoquant une douleur par compression (les terminaisons nerveuses sont alors comprimées)

Il peut être dur ou mou, avec la présence d'un noyau central translucide.



Figure 86 : Cor au pied (MSD)

### B. Le durillon

De couleur jaune, **en bordure ou sur la plante des pieds**, le durillon est généralement localisé aux endroits où la pression est maximale.

**Moins profond** que le cor mais **plus étendu**, il est dépourvu de noyau central.

Le durillon se différencie de la verrue, par la présence de **stries en surface**.

Il est non douloureux au début de son apparition, mais si le durillon n'est pas pris en charge, il peut s'avérer douloureux en s'enfonçant plus profondément dans la peau.



Figure 87 : Durillons, [104]

### C. L'œil de perdrix

Localisé sur la **face interne des orteils, entre des orteils comprimés les uns contre les autres**. L'œil de perdrix apparaît suite à des **frottements des orteils entre eux**, entraînant irritation et épaissement de la peau.

D'apparence **blanchâtre et assez mou**, il peut se confondre avec une mycose du pied, par son aspect.

Le centre du cor peut laisser apparaître un point noir d'où le nom d'œil de perdrix.

Cette hyperkératose est douloureuse et siège de macération.



Figure 88 : Œil de perdrix (Institut aquitain du pied)

Ces problèmes apparaîtront plus facilement chez les personnes âgées, ou chez quelqu'un avec une déformation des orteils et/ou des pieds, ou avec des problèmes circulatoires. Mais ces hyperkératoses sont aussi très fréquemment provoquées à la suite d'un port de chaussures inadaptées.

#### 1. Les limites du conseil

Une consultation sera nécessaire si l'atteinte survient surtout chez une personne **diabétique**, souffrant d'**artériopathie des membres inférieurs**, ou en cas de **troubles circulatoires**, car la plaie peut se compliquer, s'aggraver et retarder la guérison.

Si la douleur est trop gênante, en cas d'infection, de déformation du pied trop importante ou d'anomalie posturale, il sera nécessaire d'orienter le patient chez un spécialiste.

## 2. Traitement

### a. Conseil d'hygiène

Il est important de **prendre soin de ses pieds** et de conserver une bonne hygiène. Les laver tous les jours à l'eau et au savon puis les séchez soigneusement.

**Hydrater régulièrement ses pieds**, ces derniers sont souvent négligés et propices à la sécheresse. Rappeler au patient qu'une hyperkératose est toujours sèche.

Conseiller des crèmes anticallosités de type *Scholl Crème anticallosités*<sup>®</sup>, *Neutrogena crème pieds*<sup>®</sup>, *Eucerin Urea Repair plus*<sup>®</sup> (10% d'urée), *SVR Xerial 50 Extrême crème pieds*<sup>®</sup> (50% d'urée) ...

Faire pénétrer la crème en massant et en insistant sur les zones très abîmées.

Ces crèmes sont riches en urée, actif aux propriétés hydratantes ou exfoliantes (selon sa concentration) qui va permettre de réduire l'épaisseur de la couche cornée, et de lisser la peau.

Elles vont atténuer et faire disparaître en quelques jours la corne et les callosités sur les pieds et assouplir la peau.

**Ramollir la peau épaissie à l'eau tiède** en faisant un bain d'une dizaine de minutes.

**Puis râper avec une pierre ponce** ou une lime avec des mouvements circulaires ou latéraux afin d'éliminer la couche superficielle de corne. Attention à ne pas limer la peau de manière trop importante, pour ne pas faire saigner. Il est préférable de retirer de petites quantités de peau de façon régulière.

### b. Traitement kératolytique

Il s'agit de **coricides** à base **d'acide salicylique et/ou lactique** qui vont dissoudre la kératine et ramollir l'hyperkératose. Parmi les nombreuses spécialités existantes, nous pouvons citer :

- En solution : *Kerafilm*<sup>®</sup>, *Duofilm*<sup>®</sup>, *Le diable*<sup>®</sup>
- En pommade, *Pommade cochon*<sup>®</sup>
- En pansement imprégné d'acide salicylique : *Scholl pansement*<sup>®</sup>, *Urgo Coricide*<sup>®</sup>, laissés en place durant quelques jours.
- En stylo : *Stylo anticallosités Scholl*<sup>®</sup>, à base d'urée, *Stylo Urgo cors et callosités*<sup>®</sup> à base d'acide trichloroacétique.

Ces produits sont à appliquer localement sur une peau propre et saine.

Les coricides sont caustiques, il est en effet indispensable de **protéger la peau saine autour**, avec un vernis protecteur (*Verlim*<sup>®</sup>, *Cochon vernis*<sup>®</sup>) de la vaseline ou avec du sparadrap.

Préférer cette méthode quand le cor ou le durillon est installé depuis un moment.

Après le traitement la partie traitée devient blanche et est prête à être éliminée.

Un traitement quotidien d'une semaine est souvent nécessaire.

Si la peau se mettait à saigner, il est recommandé de stopper le traitement jusqu'à cicatrisation.

### c. Traitement mécanique

**Les pansements hydrocolloïdes** sont des pansements qui contiennent un gel, souvent à base de glycérine, ils vont maintenir un degré d'humidité qui va ramollir la peau et favoriser la cicatrisation et le renouvellement cellulaire.

Ils vont également garantir un amortissement des pressions, ce qui va soulager le patient en limitant tout frottement supplémentaire.

Ils sont à laisser en place jusqu'à décollement spontané, et peuvent être laissés en place pour la douche ou le bain.

Retirer l'excédent de peau morte avant de recoller un nouveau pansement.

Parmi les nombreux pansements existant en pharmacie, nous pouvons citer *Compeed*<sup>®</sup>, *Urgo*<sup>®</sup>, *Elastoplast*<sup>®</sup>, chacun s'adaptant à chaque type de cors.

Il existe aussi des pansements hydrocolloïdes directement imprégnés d'actif, comme l'acide salicylique, c'est le cas des pansements *Compeed cors +*<sup>®</sup>.

Certaines callosités nécessiteront cependant une prise en charge par un pédicure-podologue, afin d'éliminer de manière mécanique la kératose, avec un scalpel.

Le fait de poncer, d'hydrater, de tuer le cor va faire disparaître l'hyperkératose sur le moment, mais le problème doit être pris à la source. Afin d'éviter de façon durable l'apparition de ces kératoses, il faut **agir au niveau des zones de pression**. En effet un cor a souvent tendance à récidiver si la source de pression persiste et n'est pas supprimée.

### d. Orthèses

[105] Afin de réduire les zones d'appui et mieux répartir les pressions exercées, il est possible aussi de conseiller au patient d'essayer des orthèses.

*Epitact*<sup>®</sup> propose un grand nombre d'orthèses correctives.

**Les séparateurs d'orteils** par exemple, pour limiter la pression et les frottements entre les orteils, indiqués notamment pour l'œil de perdrix. Différentes tailles existent.

**Les digitubes**, doublés de silicone, vont soulager en limitant le frottement et en isolant l'orteil de la chaussure. Existant en bande de plusieurs centimètres, ces tubes sont découpables à la longueur souhaitée. Ils ont été pensés de façon à ne pas gêner le patient, et sont même utilisables dans des escarpins.

Ces dispositifs sont lavables et réutilisables.

### 3. Conseils associés

- En prévention, **hydrater** ses pieds quotidiennement (*Akiléine crème*® par exemple)
- **Enlever régulièrement la corne en excès** qui se forme à l'aide d'une râpe ou d'une pierre ponce.
- Faire des masques exfoliants de pied, porter les chaussettes spécifiques pendant une heure.
- **Éviter le port de chaussures trop étroites ou serrées**, préférer des chaussures confortables et souples, les changer tous les jours pour alterner les zones d'appui et de frottements, porter éventuellement des semelles orthopédiques. Prêter attention aux coutures ou boucles de la chaussure qui pourraient exercer des pressions.
- **Éviter de porter des talons trop hauts** (afin d'éviter un transfert de poids à l'avant trop important) ou à bouts trop pointus.
- **Se couper les ongles de pieds régulièrement** pour éviter que les orteils se recroquevillent dans les chaussures
- **Protéger les zones de contact** (éviter les frottements ou pressions)
- Mettre de la glace sur l'articulation des orteils douloureux.
- Perdre du poids, pour diminuer la douleur liée à la charge.
- Un patient diabétique ne doit en aucun cas faire de l'automédication !

## V. Piqûres

[106] Les piqûres d'insecte sont des cas très fréquents au comptoir, et particulièrement en période estivale.

Elles peuvent parfois s'avérer très douloureuses et provoquer de réactions allergiques importantes nécessitant l'intervention d'un médecin.

### A. La punaise de lit

[107] Les punaises de lit (*Cimex lectularis* ou *Cimex hemipterus*) sont **hématophages**, elles se nourrissent de sang, sur leur hôte la nuit, environ une fois par semaine. Il s'agit donc d'insectes nocturnes qui se cachent durant la journée. Les punaises sont attirées par la chaleur et l'odeur corporelle. Elles ne sautent pas et ne volent pas mais restent visibles à l'œil nu.

La punaise possède un **corps plat et ovale** long de quelques millimètres, de couleur **rougeâtre** qui tend vers le brun après son repas sanguin (ce corps aplati permet à la punaise de s'infiltrer partout). Une femelle pond une dizaine d'œufs par jour.



Figure 89 : Punaise de lit

Ces insectes arrivent à pénétrer l'habitat via les sacs de voyages, les valises, ou via des meubles chinés en brocante.

Les nuisances ne sont pas toujours perceptibles au début, et il est bien souvent trop tard lorsque l'on s'en aperçoit, et assez difficile de s'en débarrasser.

Le nombre d'infestation par cet insecte est en explosion depuis ces dernières années, en raison d'une résistance aux insecticides et d'une augmentation des voyages.

De plus, il existe un équilibre entre les cafards et les punaises, les cafards sont un marqueur d'insalubrité contre lesquels nous luttons chaque jour, et en éliminant ces cafards, cela a permis aux punaises de lit de s'installer.

Il est aussi important de rappeler que les punaises ne sont pas un marqueur de mauvaises conditions sanitaires. Les infestations se font indépendamment du niveau social.

#### 1. Généralités

[108] La **piqûre est indolore**, en effet lors de son repas, la punaise va libérer une salive aux propriétés anesthésiantes et anticoagulantes.

Les punaises passent inaperçues et sortent donc **la nuit pour se nourrir**, elles ont tendance à fuir la lumière (elles se logent la journée dans des endroits sombres). Une fois leur repas terminé, elles retournent se nicher dans de petites cavités ou creux des pièces, des meubles, des plinthes, des cadres de tableau, des encadrements de porte ou de fenêtre, des lattes, du sommier ou des prises électriques. Elle se reproduisent dans des endroits secs, sans lumière et difficile d'accès.

La chambre reste la pièce la plus prisée par les punaises même si elles peuvent être retrouvées dans tous les lieux où l'homme passe un certain temps

Les punaises ne transmettent aucune maladie à l'homme.

Dans la majorité des cas, **les piqûres n'entraîneront aucun signe visible**, ce qui rendra difficile l'identification et retardera la prise en charge.

Il faut rappeler que certaines personnes ne manifestent aucune réaction, quand d'autres font une réaction allergique cutanée, et dans les cas les plus graves jusqu'au choc anaphylactique. Il est en effet tout à fait possible qu'au sein d'un même foyer, un membre présente des morsures bien visibles alors que les autres ne présenteront aucun signe.

Au niveau cutané, la piqure de punaise s'apparente à de **petits boutons rouges rapprochés** avec un point hémorragique central, qui, dans le temps ont tendance à gonfler et s'élever.

Les piqûres sont souvent **linéaires**, ce qui témoigne du trajet de la punaise, et sont retrouvées sur le corps entier, en particulier sur les zones dénudées lors du sommeil.

Les lésions maculo-papuleuses et érythémateuses sont accompagnées d'un **prurit**, généralement **plus intense le matin**. La lésion s'estompe généralement d'elle-même au bout d'une à deux semaines.

Il peut être compliqué de distinguer une piqure de punaise d'une piqure de moustique.



Figure 90 : Réaction érythémateuse de piqure de punaises

D'autres symptômes peuvent être associés à cette piqure, comme de l'anxiété, une insomnie, et des complications au niveau cutané, causées par un grattage intensif.

Outre la présence de morsures sur le corps, il est possible **d'identifier** indirectement la présence de punaises **via les excréments** retrouvés sur les draps, la literie, le cadre du lit, apparentés à des petites taches noires, ou bien par de petites taches de sang (quand une punaise se fait écraser lors des mouvements nocturnes de la personne)



Figure 91 : Excréments de punaise retrouvés sur un matelas

Enfin, la **découverte de la punaise** en elle-même ou de sa **cuticule** lors de sa mue confirmera le diagnostic.



Figure 92 : Découverte de punaises et de cuticules

## 2. Les limites du conseil

En cas de lésion de grattage et de surinfection.

Les lésions peuvent se compliquer en impétigo, dans ce cas-là, le médecin prendra le relais.

A savoir que des piqûres répétées de punaise peuvent entraîner des anémies.

## 3. Traitement

Le but ici, est surtout que le pharmacien puisse aider à identifier ces piqûres de punaise, afin d'orienter correctement le patient dans la prise en charge.

### a. Lutte mécanique

Un traitement mécanique **par aspiration dans un sac**, sera réalisé dans un premier temps. Utiliser l'embout le plus fin de l'aspirateur afin d'avoir accès au plus petit recoin.

**Vaporiser de l'insecticide dans le sac qui sera ensuite jeté immédiatement.** Cette méthode reste cependant insuffisante car les punaises se logent dans des endroits où l'aspirateur ne peut pas accéder.

#### **b. Lutte chimique**

Conseiller un **insecticide** qui devra être appliqué dans les moindres recoins (parquets, plinthes, tapisseries). Démontez tout ce qui peut l'être pour traiter en profondeur.

Mettez les draps et vêtements dans un sac hermétique puis y vaporisez l'insecticide en laissant agir plusieurs jours.

Pour les objets plus volumineux, comme les matelas ou canapés, récupérez une bâche en scotchant les bords et répétez le même processus.

#### **c. Traitement thermique**

Le traitement thermique reste le traitement de choix, le plus efficace.

Le principe est de **détruire ces nuisibles par la chaleur**, via des températures extrêmes (les punaises sont très sensibles aux variations de température, en particulier à la chaleur, supérieur à 60°C)

Le plus simple est d'appeler une entreprise spécialisée, avec des professionnels, qui vont colmater la pièce et la soumettre à une source de chaleur intense de façon à les tuer immédiatement.

Sinon, utiliser soi-même un nettoyeur vapeur, il faudra le passer lentement et consciencieusement. Nettoyer la pièce de haut en bas est préférable.

Ne pas utiliser chaleur et insecticide simultanément (en effet la chaleur détruit l'insecticide)

Le nettoyeur vapeur, monte jusqu'à 120°C, et permet l'accès aux petites zones où se cachent les insectes.

3 semaines après le premier traitement (temps nécessaire pour que les œufs éclosent), renouveler le traitement une première fois, puis une seconde fois.

#### **d. L'aromathérapie**

Utiliser un vaporisateur, en y mettant 200 ml d'eau mélangée à 20 gouttes **d'Arbre à thé**, de **Clou de Girofle**, de **Lavandin**. Pulvériser ce mélange au niveau des coutures, des plinthes, au pied du lit ...

#### **e. Traiter les lésions**

Désinfecter les lésions avec un **antiseptique local**.

Conseiller une crème à base d'hydrocortisone afin de calmer les démangeaisons.

Un antihistaminique par voie orale peut aussi être associé en cas de démangeaison très importante

Ne jamais gratter de façon importante la lésion.

*A différencier avec une morsure de puce, qui se retrouve plus au niveau des plis de la peau, sur les jambes, les pieds, les chevilles, essentiellement sur le bas du corps. La morsure est indolore mais provoque rapidement après (le lendemain au plus tard) de vives démangeaisons, voir une éruption cutanée.*

*La morsure se présente sous la forme de petites plaques rouges avec un point rouge central accompagnées d'une légère boursoufflure. On les retrouve rarement isolées, mais souvent en groupe de 3 ou 4 petits boutons alignés.*

*Les morsures de puces surviennent aussi plus souvent quand il y a un animal de compagnie au sein du foyer. (les puces se servent des animaux comme transport)*

*Les puces savent sauter et sont vecteurs de maladies contrairement aux punaises.*



Figure 93 : Puce et morsures de puce, [109]

#### 4. Conseils associés

- Toute fissure ou passage étroit devra être réparé
- Avant de ramener chez soi un meuble trouvé en brocante ou d'occasion, il sera conseillé de **l'inspecter avant**.
- Ne pas transporter les draps, les tapis hors de la pièce infectée, cela ré-infesterait les autres pièces de la maison
- **Laver les draps et le linge de lit à 90°C**, puis les passer au sèche-linge.
- Pour les vêtements qui le peuvent, **les laver à 60°C**
- Pour ce qui ne peut être lavé, congeler sur une durée minimum de 2 jours.
- **Dans une chambre d'hôtel, inspecter le lit et les draps**, et ne pas poser ses affaires directement sur le lit.
- **Informez ses voisins en cas d'infestation**
- Il existe des housses de protection de lit qui sont étanches à l'insecte
- Les pièges à punaise, à utiliser en prévention, peuvent aussi être une solution (il s'agit de petit boîtier à placer par exemple aux pieds du lit, qui, grâce à une substance nutritive ou hormonale et à la présence d'un adhésif, va permettre d'attirer la punaise et de la piéger.

## B. La pique de guêpe ou d'abeille

Une pique de guêpe ou d'abeille peut provoquer trois types de réaction

- Une réaction locale : qui arrive dans 90% des cas
- Une réaction allergique pouvant aller jusqu'au choc anaphylactique, qui peut être provoquée par une seule piqûre
- Une réaction toxique en fonction du nombre de piqûres

### 1. Généralités

[110,111] Guêpes et abeilles sont des hyménoptères, les frelons et les bourdons font aussi partie de cette catégorie.

Ces insectes possèdent deux paires d'ailes, un corps divisé en trois parties (la tête, le thorax et l'abdomen) et un appareil venimeux. Seule la femelle possède un aiguillon et peut donc piquer.

- **Abeille** : brune avec des poils jaunes, le dard reste dans la peau au moment de la pique ce qui condamne l'abeille par éviscération.
- **Guêpe** : jaune rayée ou tachée de noir, l'abdomen et le thorax sont séparés par un rétrécissement plus marqué. Les guêpes sont attirées par la nourriture et le sucre.



Figure 94 : Une abeille (à gauche) et une guêpe (à droite)



Figure 95 : Le dard de l'abeille se fige dans la peau en arrachant l'abdomen de l'insecte, [112]

Les hyménoptères ne piquent que pour se défendre, ils ne sont pas agressifs en principe. Ces insectes inoculent leur venin dans le derme, et si cela touche une muqueuse, le venin se diffuse alors beaucoup plus rapidement.

La piqûre va provoquer une **réaction inflammatoire locale**, avec **douleur, oedeme local** (qui peut s'étendre à tout le membre dans certain cas), une **légère induration, rougeur et chaleur**. Vont ensuite apparaitre des démangeaisons. La réaction disparaît normalement en quelques heures.



Figure 96 : Piqûre de guêpe (Dermatonet )

Si la réaction se généralise, le gonflement sera plus important avec l'apparition d'une urticaire, une difficulté à avaler, des vertiges, une sensation d'oppression thoracique, les symptômes du choc anaphylactique.

Il est important de notifier que la réaction engendrée par la piqure peut être aggravée par certains traitements, comme les Béta-bloquants (qui s'opposent à l'action de l'Adrénaline, augmenter les doses ou administrer du Glucagon peut parfois être nécessaire dans ce cas-là) ou les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

## 2. Les limites du conseil

Contactez immédiatement le SAMU **en cas de choc anaphylactique** : urticaire généralisée, prurit au niveau des paumes des mains et pieds, gonflement important, rougeur, oedeme de la langue, difficulté respiratoire, hypotension, vertige, perte de connaissance, signes digestifs. Si la **piqûre touche la bouche, la gorge ou le cou** il s'agit également d'une urgence.

Si le patient présente des **antécédents d'allergie** ou un traitement (comme un Beta bloquant ou un IEC), il faudra également appeler les secours.

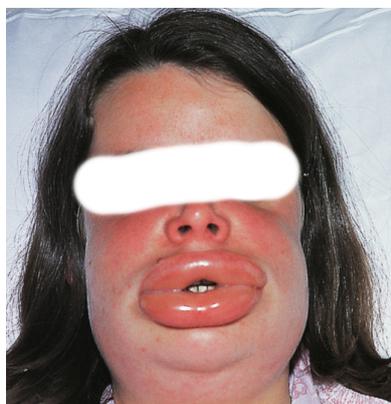


Figure 97 : Angio- œdème (œdème sévère allergique de la face et des lèvres) suite à une piqûre de guêpe, [113]

Consulter un médecin dans la journée si la victime est un bébé ou un enfant, si la réaction locale s'aggrave dans les jours suivant la pique ou bien si le patient avait de la fièvre, il peut s'agir d'un signe d'infection.

**Si les piqûres sont multiples** (au-delà de 20 piqûres chez l'adulte), le risque est la toxicité cellulaire, l'hospitalisation est nécessaire afin de surveiller la personne.

Si 48 à 72 heures après la pique, les symptômes ne s'amélioraient pas après avoir suivi les conseils, orienter vers le médecin.

### **3. Traitement**

[20,31] Il faut dans un premier temps, interroger le patient, et **connaître quel est l'insecte responsable** de la piqûre. Identifier ensuite la ou les localisations de la piqûre et évaluer la gravité de l'atteinte.

Une seule piqûre, sans antécédent d'allergie, et sans localisation à risque, reste sans gravité et peut être prise en charge à l'officine

Pour une réaction locale, un traitement symptomatique suffit.

Se laver dans un premier temps les mains, nettoyer la piqûre à l'eau et au savon, puis **désinfecter avec un antiseptique** de type Chlorhexidine imprégné sur une compresse (de nature omnivores, les hyménoptères se déplacent des fleurs jusqu'aux poubelles).

Il est aussi possible d'appliquer des **compresses imbibées d'alcool**.

S'il s'agit d'une abeille, son dard reste dans le derme, ce qui condamne l'insecte par éventration. Les guêpes piquent sans laisser de dard.

**Retirer le dard le plus rapidement possible**, veiller à ne pas percer la glande à venin (elle met environ une minute pour se vider). Utiliser une carte de crédit, un ongle ou le dos d'un couteau, en glissant parallèlement à la peau (préférer un **objet dur et plat**). Ne pas utiliser de pince à épiler qui risquerait de faire éclater la poche à venin.

**Le venin est thermolabile**, il ne supporte pas les variations extrêmes de température. Appliquer une **source de chaleur** (sèche-cheveux, cigarette, briquet), en faisant attention de ne pas brûler la peau, **puis appliquer en suivant de la glace**. Le froid va aussi permettre de calmer la douleur et l'œdème.

Si la douleur est trop importante, prendre du **paracétamol**.

Conseiller une **crème à base de corticoïdes** (*Cortisedermyl*®, *Onctose*®), ou **d'antihistaminiques** (*Apaisyl*®) pour apaiser localement le prurit, à appliquer deux fois par jour pendant 3 jours.

Attention cependant à l'usage de dermocorticoïde sur une piqûre, qui dans certains cas peut entraîner plus de dégâts et provoquer une surinfection (le fait de toucher ou de gratter la pique avec des doigts sales va inoculer des bactéries au niveau de l'épiderme). Ne pas les conseiller sur une pique ancienne, ou de plus de 3 jours, s'assurer de bien avoir désinfecté avec de les appliquer et ne pas les conseiller si la peau est lésée ou déjà infectée.

Si les démangeaisons sont trop intenses, associer à la prise d'**antihistaminique par voie orale** durant trois jours de suite, comme *Cétirizine*<sup>®</sup> ou *Loratadine*<sup>®</sup>.

*Dapis stick*<sup>®</sup> du laboratoire Boiron ou le *roller multi apaisant anti-pique*<sup>®</sup> de chez Puresentiel sont des roll-on à base d'huiles essentielles, à appliquer sur les piqûres pour calmer les démangeaisons. Le Dapis existe également sous forme de gel.

Pour les personnes à risques ou avec des antécédents, **s'assurer que le patient dispose d'une trousse de secours** (composée d'Adrénaline, d'antihistaminique, d'antalgique, et de corticoïde). Vérifier régulièrement les dates de péremption de ces médicaments afin de les renouveler si nécessaire.

*L'Adrénaline est destinée à la prise en charge du choc anaphylactique. Il faut l'injecter le plus rapidement possible par voie Intramusculaire. La posologie est de 0,01mg/kg si le poids est inférieur à 15 kg, 0,15 mg entre 15 et 30 kg, et 0,30 mg pour un poids supérieur à 30 kg.*

*Elle existe en stylo pré-rempli (Jext<sup>®</sup> ou EpiPen<sup>®</sup>), ou en seringue pré-remplie (Anapen<sup>®</sup>).*

*Il est fortement recommandé que toutes les personnes allergiques disposent de deux dispositifs (au cas où l'un d'eux serait défectueux), et de s'assurer que le patient ainsi que son entourage sachent se servir de ce dispositif.*

*Il faut vider entièrement le produit et rester en place 10 secondes dans le muscle.*

Demander au patient s'il est **à jour dans sa vaccination contre le tétanos**.

L'Aspivenin est un système qui engendre une aspiration du venin injecté par un animal.

Pour une piqûre d'hyménoptères, il est possible d'utiliser ce système. En revanche, il est fortement déconseillé pour des morsures de serpent, de poissons ou de méduses, car il ne fait qu'accélérer la diffusion du venin dans le sang.

Le résultat est cependant trop aléatoire, l'aspiration est dans la majorité des cas incomplète ou trop retardée, son utilisation est donc assez controversée.

[114] Si une personne présentant des signes de gravité se présente à l'officine, il faudra appeler le SAMU (le 15). En attendant l'arrivée des secours, rassurer la personne, l'allonger et lui surélever les jambes. La couvrir et la surveiller. Il n'y a pas d'alternative à l'adrénaline, attendre dans tous les cas l'avis du médecin régulateur avant toute administration.

#### **4. Conseils associés**

[115]

- Porter des **vêtements longs** et utiliser un insecticide destiné aux vêtements
- Privilégier des **vêtements plutôt clairs**, ces insectes sont attirés par les couleurs lumineuses.
- Dormir avec une **moustiquaire imprégnée**, installer un grillage aux fenêtres afin d'empêcher leur entrée dans les habitations
- Il existe des **appareils à brancher sur les prises électriques** qui vont diffuser une substance qui va éloigner les insectes
- Appliquer sur la peau dénudée un **spray insectifuge**

- **Éviter de se gratter**, frotter doucement avec la paume de main ou appliquer du froid pour calmer
- **Éviter les eaux stagnantes** à proximité des lieux de vie (pots de fleur, rivière)
- Le parfum, les crèmes solaires attirent les hyménoptères
- **Ne pas marcher pieds nus dans l'herbe**
- Ces hyménoptères ne piquent que pour se défendre, **éviter donc les gestes brusques**
- **Retirer les bijoux** comme les bagues ou montres pour ne pas gêner la circulation du sang en cas d'oedème
- **La désensibilisation** peut être proposée aux patients dans les cas les plus graves.
- Si le patient découvre un nid, lui conseiller de **faire appel à un professionnel**, ou auprès de la mairie, afin de le supprimer

## C. La morsure de tique

La maladie de Lyme ou Borréliose est une maladie transmise par une morsure de tique infectée par une bactérie (*Borrelia*)

Les tiques sont des acariens hématophages, elles se nourrissent de sang sur les hommes mais aussi sur les animaux domestiques.

Le risque de transmission de la bactérie est corrélé au temps que la tique passe accrochée à l'homme, ce risque étant maximal passé 2 jours (durée nécessaire pour que la tique fasse son repas sanguin)

[20,116] La tique vit dans la forêt, les hautes herbes, les prairies, les bois, elle est particulièrement active quand les températures oscillent entre 10 et 25°C, et apprécie l'humidité. Le risque de morsure est prédominant au printemps et à l'automne.

Il n'existe pas de contamination interhumaine

Tout le monde peut se faire mordre par une tique, cependant certaines personnes sont plus exposées, notamment les chasseurs, les randonneurs, les campeurs ...

Il n'existe aucune immunité face à cette maladie, il est tout à fait possible d'être réinfecté un jour.

### 1. Généralités

[117] La morsure en elle-même passe souvent inaperçue car est **indolore**. Cet acarien va s'accrocher vigoureusement sur la peau via son rostre, un appareil buccal et peut y rester plusieurs semaines si rien n'est fait.

Les jeunes tiques seront difficilement visibles à l'œil nu alors qu'une tique adulte le sera nettement.



Figure 98 : Morsure de tique

Dans les 30 jours et parfois dans les 3 jours suivant la pique (correspondant à la période d'incubation), il est possible d'observer une **plaque rouge et ronde qui va s'étendre** (on parle d'**érythème migrant**), allant de quelques centimètres à plus d'une dizaine, à partir de la zone où le parasite a piqué. Cela prendra la forme d'un « halo » qui va évoluer de façon centrifuge, plus clair en son centre et au bord légèrement plus foncé. Cette apparition est normale mais pas systématique et est la conséquence d'une réaction à la salive de la tique. Le patient ne présente normalement **pas de démangeaison**

Ces signes disparaissent généralement au bout de quelques semaines.



Figure 99 : Érythème migrant suite à une morsure de tique

Au fur et à mesure que l'infection évolue, des symptômes peuvent apparaître (fièvre, maux de tête, fatigue, douleurs musculaires), cependant d'autres personnes n'auront aucune manifestation. Une personne infectée ne développe pas forcément la maladie.

Si elle n'est pas prise en charge, cette infection peut avoir des répercussions au long terme, sur un point de vue articulaire, cardiaque, dermatologique ou nerveux.

## 2. Les limites du conseil

Chez un **enfant**, chez la **femme enceinte** ou une personne **immunodéprimée**, une morsure de tique nécessitera un avis spécialisé.

En cas **d'érythème migrant**.

Si la tique est restée accrochée plus de 36 heures

Si la tique est **gorgée de sang** au moment où elle est retirée, si les morsures sont multiples Consulter un médecin à **l'apparition de symptômes** comme des douleurs, une fièvre, des courbatures, des troubles neurologiques...

### 3. Traitements

En cas d'érythème migrant, la prise en charge est du ressort du médecin, car il sera nécessaire de traiter par antibiotique. Les antibiotiques ne sont cependant pas systématiques, particulièrement quand il n'y a pas de signe de gravité

Si le patient ne présente pas d'érythème ni de symptômes associés, une surveillance rapprochée associée à des conseils peuvent suffire.

Le rôle du pharmacien sera essentiellement ici de pouvoir orienter et conseiller correctement.

### 4. Conseils associés

Il y a deux cas de figure, soit la tique est encore plantée dans la peau, soit la tique est absente mais il y aura une rougeur autour de la morsure.

Dans ce dernier cas, il est plus complexe d'affirmer qu'il s'agit bien d'une morsure de tique, regarder à la loupe afin d'identifier ou non s'il y a encore la présence du rostre (comme un point noir). En grattant accidentellement, il est possible d'avoir arraché le corps de la tique en y laissant le rostre.

Une simple rougeur n'engendre pas d'érythème migrant de façon systématique.

**Retirer immédiatement** la tique si elle est encore accrochée, **à l'aide d'un tire tique.**

Le risque de contamination est très faible si la tique a été retirée dans les 24 premières heures, ce risque augmente considérablement si les 72 heures sont dépassées.

De plusieurs tailles, le tire tique s'utilise en plaçant le crochet au plus près de la peau de façon perpendiculaire, autour de la tête de la tique. Puis tourner lentement mais sûrement dans un sens puis dans l'autre jusqu'à ce que le parasite se décroche. (le but est de « dévisser » et non de tirer la tique)

Si toute la tête et le rostre n'a pu être retiré du premier coup, ne pas essayer de recommencer, le corps est quand même arraché et la tique tuée. Il sera nécessaire dans ce cas-là de consulter un médecin au plus vite afin qu'il retire le rostre sous anesthésie locale.



Figure 100 : Extraction d'une tique avec un tire tique (FFMVT)

**Désinfecter** après l'extraction avec de la Chlorhexidine imprégnée sur une compresse, de la Bétadine ou de l'Hexamidine

**Ne surtout pas utiliser d'éther ou d'alcool**, cela ferait régurgiter la tique qui va sécréter sa salive et donc favoriser le relargage d'agents pathogènes.

**Noter la date de la pique** et **entourer au marqueur la zone** de morsure afin d'identifier si un érythème migrant se déclarait. **Surveiller la zone durant un mois** et prendre des photos de la morsure pour suivre l'évolution.

Surveiller l'apparition de signes (cités un peu plus haut), les semaines suivant la morsure.

Toute évolution anormale doit conduire le patient chez le médecin.

Lors de promenade, rester sur les sentiers dégagés, éviter de se balader dans les hautes herbes ou broussailles.

Au retour d'une promenade, toujours **inspecter de façon minutieuse le corps en entier, et les cheveux** ! Insister dans les zones où la peau est plus fine, comme les plis de genou, le nombril, les aisselles, les parties génitales, les oreilles. **Ne pas oublier les animaux.**

Il est plus facile de repérer une tique gorgée de sang, répéter donc l'inspection le lendemain.

Porter des **vêtements longs et couvrants**, mettre un **chapeau**. Privilégier des **chaussures fermées** et rentrer le bas du pantalon dans ces dernières afin d'empêcher toute entrée pour la tique.

Des **vêtements couleur claire** permettront de mieux repérer la présence d'une tique

Il est possible, en prévention, d'imprégner les parties du corps exposées avec un **répulsif** de type DEET, IR 3535 ou Citriondiol, comme *Insect Ecran Zone Infestées®*, *Apaisyl Lotion®*, *Cinq sur Cinq spray®* ...

Il existe également des répulsifs à appliquer sur la face extérieure des vêtements, de type *Insect Ecran Spray Répulsif vêtements®*.

**Une morsure de tique ne doit pas rester inaperçue !**

Moustique	Abeille/Guêpe	Araignée	Punaise de lit		
					
Puce	Tique	Fourmi	Taon		
					

Figure 101 : Tableau récapitulatif des piqûres et/ou morsures les plus fréquemment rencontrées

## VI. Autres pathologies

### A. Brûlures cutanées

[118] Une brûlure est une lésion tissulaire où l'épiderme est détruit, (et dans certain cas le derme voir l'hypoderme), d'origine chimique, thermique (flamme, eau chaude, fer à repasser...), électrique ou par rayonnement.

#### 1. Généralités

[20,31,119] Il existe différents stades de brûlures :

- **Premier degré** : rougeur, douleur, absence de cloque, seul l'épiderme est atteint, la cicatrisation se fait spontanément en 3-4 jours sans laisser de trace. Au bout de quelques jours la peau peut commencer à desquamer (retirer les peaux mortes ne ferait que fragiliser davantage l'épiderme).
- **Deuxième degré** : présence de phlyctènes (bulles remplies de liquide transparent) sur une peau rouge. La différence entre le stade superficiel et profond se détermine selon le niveau de l'atteinte dermique.
  - ❖ **2a : superficiel** : peau sensible, fendillée et rouge, la douleur est plus importante, la cicatrisation se fait entre 1 et 2 semaines

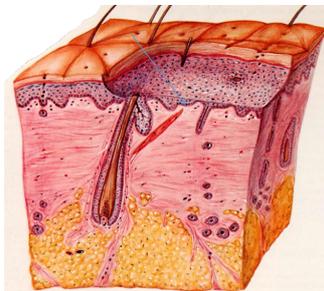


Figure 102 : Destruction de l'épiderme, la membrane basale reste épargnée

- ❖ **2b : profond** : peau rouge mat avec de petites zones blanches, peu sensible, le derme et l'épiderme sont détruits, les phlyctènes sont souvent détruits, la cicatrisation est plus longue et peut atteindre 4 semaines en laissant une cicatrice.

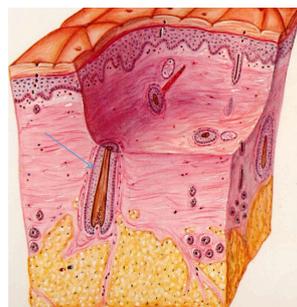


Figure 103 : Destruction totale de l'épiderme et d'une partie du derme, atteinte de la membrane basale et des vaisseaux nourriciers.

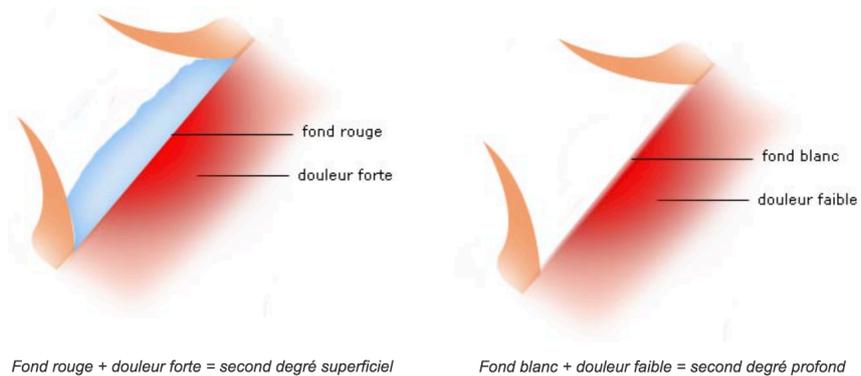


Figure 104 : différencier une brûlure de 2nd degré, (Brûlure.fr)



Figure 105 : Phlyctène signant la présence d'une brûlure de 2nd degré, [120]

Si la cloque se rompt sous l'effet d'un frottement après la brûlure, il s'agit du second degré superficiel, alors que si le phlyctène se perce au moment de la brûlure, il s'agit généralement d'un second degré profond.

Il est important de savoir distinguer les deux, car la prise en charge est totalement différente.

- **Troisième degré** : peau insensible, allant du blanc, jaunâtre au noirâtre (effet cartonnée), destruction des terminaisons nerveuses (on ne ressent plus la douleur), la cicatrisation est impossible et une greffe de peau sera indispensable

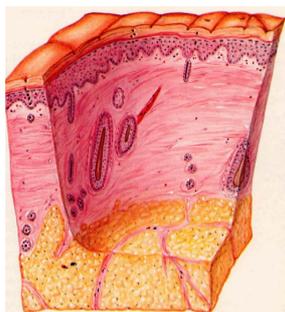


Figure 106 : Destruction de tout l'épiderme, du derme et atteinte de l'hypoderme, associée ou non à une destruction musculaire ou osseuse

Une brûlure peut parfois associer plusieurs degrés, dans ces cas-là, le degré le plus grave oriente la prise en charge.



Figure 107 : Brûlure du 1er degré sur le cou et le décolleté, (Dermis.net) [121]



Figure 108 : Brûlure de 2ème degré superficiel, [122]



Figure 109 : Brûlure de 2ème degré profond, [123]



Figure 110 : Brûlures de second et de 3ème degré par ébouillement ( Dermis.net)

Une brûlure, qu'elle soit de 1<sup>er</sup> ou de 3<sup>ème</sup> degré peut par la suite se compliquer, il est donc essentiel de prendre en charge de façon adaptée tout type de brûlures.

L'évaluation de la gravité se fait en fonction de plusieurs critères :

- **Le stade de la brûlure** (correspondant à la profondeur), le deuxième degré profond est une brûlure grave
- **La localisation**, (la face, les articulations et le périnée (risque infectieux important) sont les zones les plus à risques. Les mains et les pieds où la peau est plus fine nécessitent aussi une prise en charge particulière.
- **L'étendue**, à partir de 15% de surface corporelle touchée chez l'adulte, hospitalisation, choc hypovolémique
- **La personne touchée**, les âges extrêmes c'est-à-dire les nourrissons, et les personnes âgées, si pathologies associées (cardio-vasculaire, respiratoire, neurologique, diabète)
- **L'agent responsable de la brûlure** (la prise en charge sera différente en fonction de la cause)

**La règle des 9** permet d'évaluer l'étendue de la brûlure. Cela permet d'estimer rapidement la surface atteinte. (Chaque zone du corps représente un multiple de 9)

Pour un adulte, la paume des mains représente 1% de la surface corporelle, 9% pour la tête et le cou, 9% pour chaque bras, 18% pour chaque jambe, 18% pour la face avant du tronc et 18% pour la face arrière du tronc.



Figure 111 : Règle des 9 de Wallace (Osmo-soft.com)

## 2. Les limites du conseil

Une consultation médicale d'urgence est nécessaire d'emblée si la brûlure touche un **nourrisson**, un **enfant**, une **personne âgée**, un **diabétique**, une personne souffrant d'insuffisance rénale ou cardiaque, ou encore une personne **immunodéprimée**.

Les cas suivants justifient également une prise en charge médicale :

Une brûlure du 1<sup>er</sup> degré touchant plus de 10% de la surface corporelle.

Une brûlure du 2<sup>ème</sup> degré touchant plus de la moitié de la surface de la paume de la main.

Une brûlure du 3<sup>ème</sup> degré quelle que soit l'étendue.

Une **brûlure d'origine électrique ou chimique** nécessitera aussi une prise en charge médicale

Une brûlure touchant une **articulation**, comme la main, ou un pli (risque de cicatrice rétractile avec une perte de mouvement), la **face**, un **orifice naturel** (bouche, œil, oreille, nez, périnée), sont des brûlures graves et il est indispensable d'orienter la personne vers un service des urgences ou d'appeler le 15.

L'absence de douleur dans une brûlure est un signe de gravité.

Les complications majeures d'une brûlure sont une mauvaise cicatrisation, une surinfection ou encore la déshydratation.

### **3. Traitement**

[114] A l'officine, seules les brûlures sans gravité, c'est-à-dire de degré 1 ou de degré 2 superficiel peuvent être prises en charge et excluant les localisations et les personnes citées précédemment.

Le pharmacien, acteur de santé en première ligne doit pouvoir orienter et conseiller correctement une personne se présentant avec une brûlure à l'officine

La prise en charge doit être la plus rapide possible, en effet le but est de limiter au maximum les effets destructeurs de l'agent en cause.

La première chose à faire est de **refroidir la plaie en mettant de l'eau froide sur la zone brûlée**, 15°C à 15 cm, sans pression et durant 15 minutes (généralement jusqu'à disparition de la douleur, mais il est important de rester sous l'eau durant ces 15 minutes malgré l'atténuation de la douleur) ; la règle des 15.

Ne pas mettre d'eau glacée ou d'eau trop froide, qui risquerait de provoquer une hypothermie, l'eau ne doit pas non plus provoquer de frissons.

L'eau froide permet de stopper la diffusion de la brûlure aux tissus plus profonds, de réduire la gravité des dommages et d'apaiser la douleur.

Ce geste reste utile s'il est pratiqué dans les 3 heures suivant l'accident, concernant une brûlure « simple ».

Nettoyer si nécessaire à l'eau et au sérum physiologique. Ne pas appliquer d'antiseptique coloré comme de l'Éosine, cela empêcherait de suivre l'évolution de la brûlure.

Quand il s'agit d'eau bouillante par exemple, il est important de retirer les vêtements en contact avec la peau car ils vont conserver la chaleur. Cependant, s'il y avait une résistance au moment du retrait, ne surtout pas insister et **ne pas retirer les tissus ou substances adhérents** à la peau brûlée.

En cas d'agent caustique ou chimique, ne pas intervenir en retirant les vêtements sur la personne brûlée, demander à la personne de se déshabiller elle-même.

Retirer également les bijoux s'il y en a, autour de la brûlure.

Pour une brûlure de 1<sup>er</sup> degré, appliquer une **crème apaisante et calmante**, à raison de 2 à 3 fois par jour en couche épaisse pour maintenir une hydratation optimale, durant deux jours :

- **Biafine<sup>®</sup>** (*Trolamine<sup>®</sup>*) : analgésique, indiqué dans les brûlures superficielles
- **Osmosoft<sup>®</sup>** : hydrogel apaisant, hydratant, effet rafraichissant et réparateur, a l'avantage de limiter l'étendu de la brûlure.
- **Flamigel<sup>®</sup>** : aide à la cicatrisation des brûlures superficielles
- **Cicatryl<sup>®</sup>** (Allantoïne, Vitamine E, associés à un antiseptique et un anti-inflammatoire)

Il est possible d'associer une crème réparatrice (*Cicalfate<sup>®</sup>*, *Cicaplast<sup>®</sup>*, *Epitheliale AH duo<sup>®</sup>*)  
Le gel d'Aloès frais, soulage et favorise aussi la cicatrisation.

Pour une brûlure de 2<sup>ème</sup> degré superficiel, où la cicatrisation sera plus longue, conseiller soit :

- un **pansement hydrocolloïde** non adhérent comme *Comfeel<sup>®</sup>*, *Duoderm<sup>®</sup>* à laisser en place jusqu'au décollement spontané, environ 3 jours (veiller cependant à ne pas induire de macération qui pourrait favoriser une infection)
- ou un **tulle gras** que l'on fera tenir à l'aide d'une bande ou d'une compresse (éviter le sparadrap ou autre adhésif qui risquerait d'irriter davantage la peau), à changer tous les jours au début, puis tous les deux jours. Au moment du changement de pansement, arroser de sérum physiologique et laisser le pansement s'imbiber puis retirer délicatement.

Pour information, il est intéressant de pouvoir différencier les deux types de compresses que l'on rencontre au quotidien à l'officine :

- **Compresse tissée ou Gaze**: traitement de la plaie, pour les soins, le nettoyage et la désinfection des plaies. Peuvent être en contact et recouvrir une plaie.
- **Compresse non tissée** : plus douce et plus absorbante, indiquée pour le soin général et le nettoyage des plaies, et pour le maintien des pansements. Elle n'adhère pas aux plaies

Il est recommandé de ne pas appliquer d'antiseptique en cas de pose de pansement, car cela risquerait de creuser la plaie en dessous.

Les brûlures sont des plaies très exsudatives et sensible aux infections.

Protéger la brûlure avec un pansement permet aussi simplement de faire une barrière avec l'extérieur et d'éviter une surinfection. Il faut, de façon générale, éviter de laisser une brûlure à l'air libre sans protection.

Choisir le bon pansement est indispensable et peut conditionner l'évolution de la cicatrisation  
Si au bout d'une quinzaine de jours, la plaie n'est pas complètement cicatrisée, une consultation médicale s'impose.

En cas d'apparition de cloque, il ne faut surtout pas tenter de percer, cela mettrait à nu le derme qui serait propice à une infection. Les phlyctènes sont une réaction de l'organisme afin de protéger la peau. En revanche si la cloque provoque une tension au niveau de la peau chez le brûlé, rompre le phlyctène avec des ciseaux stériles peut être envisagé.

Si la cloque était amenée à se percer d'elle-même par un frottement par exemple, nettoyer délicatement en tamponnant avec un antiseptique sans alcool et mettre un pansement par-dessus.

### Conseiller du Paracétamol si la douleur persiste.

En cas de brûlure grave, appeler les secours, couvrir avec un pansement non adhérent, mettre la personne au repos, la couvrir (car il y a un risque d'hypothermie), et éviter toute zone d'appui au niveau de la lésion. Rassurer en attendant l'équipe médicale.

Vérifier que le **vaccin antitétanique** de la personne soit à jour, en effet le risque tétanique est plus important suite à une brûlure.

Informez le patient qu'il est nécessaire de surveiller régulièrement l'évolution de l'atteinte, au moindre signe de surinfection ou d'inflammation, demander un avis médical. Surveiller sa température.

## 4. Les pansements

[124,125] Le choix du pansement s'adapte en fonction de l'évolution de la plaie ou de la brûlure. Il est primordial quelle que soit la plaie, de maintenir un milieu humide favorable à la cicatrisation de la plaie (c'est-à-dire d'humidifier des plaies qui seraient trop sèches, ou au contraire d'absorber des exsudats trop importants)

Classe de pansements	Noms commerciaux	Indications et Effets
<b>Hydrocellulaires</b>	<i>Allevyn Gentle® adhésif ou non,</i>  <i>Aquacel foam® adhésif ou non,</i>	<b>Plaie exsudative en phase de bourgeonnement</b> <b>Plaie chronique</b>  <i>Ne convient pas pour des brûlures sèches ou de 3<sup>ème</sup> degré</i>
	<i>Mepilex border®,</i> <i>Urgotul border®,</i>  <i>Biatain® adhésif ou non,</i>  <i>Hydrotac® adhésif ou non</i>  <i>Tegaderm foam®</i>  <i>Tielle® adhésif ou non</i>	Composé de 3 couches (interne au contact de la plaie, intermédiaire en polyuréthane absorbante, externe en polyuréthane semi-perméable)  Permet une cicatrisation en milieu chaud et humide, avec une absorption importante des exsudats, jusqu'à 10 fois leur poids (comme une éponge, retient l'eau sans la relarguer)  Ne pas utiliser simultanément avec du Dakin (car il dénature le polyuréthane, incompatibilité physique) Peut rester jusqu'à 7 jours en place

Hydrocolloïdes	<p><i>Duoderm®, Comfeel plus®, Algoplaque®, Tegasorb®, Urgomed® Tegaderm® Suprasorb H®</i></p>	<p><b>Plaie en phase de bourgeonnement, Plaie peu ou pas exsudative, Brûlure de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré, Prévention des frottements</b></p> <p><i>Ne convient pas pour une plaie nécrosée ou une plaie infectée en raison du caractère occlusif</i></p>
		<p><b>Composé de Carboxyméthylcellulose (CMC) :</b> <i>composé hydrophile qui se transforme en gel au contact des exsudats</i></p> <p>Facilite la cicatrisation de la plaie en maintenant un milieu chaud et humide, tout en évitant la macération par absorption modérée des exsudats , jusqu'à 3 fois leur poids</p> <p>A laisser en place plusieurs jours (entre 4 et 7 jours), se change généralement quand le pansement est saturé par l'exsudat (peut d'ailleurs laisser une odeur nauséabonde), et qu'il finit par se décoller tout seul</p>
Hydrogels	<p><i>Purilon tube® Duoderm Hydrogel tube®,  Hydrotac transparent plaque®  Intrasite gel tube®, Intrasite compresse®  Urgo hydrogel tube®</i></p>	<p><b>Plaie nécrotique, fibrineuse à tendance sèche Plaie sèche ou peu exsudative Brûlure de 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> degré</b></p> <p><i>Ne convient pas pour une nécrose du pied diabétique ou sur une plaie exsudative</i></p>
		<p><b>Composé en majorité d'eau</b></p> <p>Hydrate et ramollit la plaie (attention au risque de macération) Favorise la détersion naturelle en milieu humide</p> <p><i>Existe en plaques ou compresses imprégnées</i> A recouvrir d'un pansement film ou hydrocolloïde</p> <p>A changer tous les jours, car risque de surinfection Ne pas utiliser sur une longue période</p>

<b>Interfaces</b>	<i>Urgotul interface®</i> , <i>Urgotul®</i>	<b>Brûlures, Plaie sèche ou plaie en phase de bourgeonnement Peaux fragiles</b>  <i>Ne convient pas pour des plaies exsudatives</i>
	<i>Adaptic®</i> , <i>Physiotulle®</i> , <i>Hydrotul®</i> <i>Mepitel®</i>	Imprégnées ou non de CMC (à fort pouvoir cicatrisant) et d'un corps gras  Se distinguent des pansements gras par leurs mailles fines plus serrées, imprégnées qui leur confèrent une faible adhérence, le retrait est atraumatique  Peuvent rester en place plus longtemps Se mouiller les doigts avant pour faciliter la manipulation
<b>Tulles neutres ou Pansement gras</b>	<i>Jelonet®</i> , <i>Tulle gras®</i> <i>Lomatuell®</i>	<b>Pour les peaux fragiles, en phase de bourgeonnement Brûlure de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré</b>  <i>Ne convient pas aux plaies exsudatives</i> (adhère trop à la peau au moment du retrait, peut être douloureux en arrachant les bourgeons)
	<i>Vaselitulle®</i>	Simple tulle (à mailles larges) neutre recouvert d'un corps gras (vaseline, paraffine), draine et absorbe les exsudats
	<i>Aquacel Extra®</i> <i>(compresse)</i>	<b>Plaie jaune fibrineuse (escarre, ulcère), Plaie suintante, très exsudative, Brûlure</b>  <i>Ne convient pas aux brûlures de 3<sup>ème</sup> degré ou sur une plaie sèche</i>

<p><b>Hydrofibres</b></p>	<p><i>Aquacel Mèche®</i></p> <p><i>Biosorb®</i></p> <p><i>UrgoClean®</i></p>	<p><b>Composé de Carboxyméthylcellulose (CMC)</b></p> <p><b>Très haut pouvoir absorbant</b> (jusqu'à 30 fois leur poids) Le retrait est sans douleur</p> <p>Recouvrir d'une compresse, d'une bande ou d'un hydrocolloïde</p> <p>A changer tous les jours, puis tous les deux jours</p> <p>Peuvent rester 4 jours en place, jusqu'à saturation</p>
<p><b>Alginates</b></p>	<p><i>Algostéril®,</i> <i>Algostéril mèche®</i></p> <p><i>Biatain alginate®</i> <i>Biatain alginate mèche®</i></p> <p><i>Algisite®</i></p> <p><i>Seasorb®</i> <i>Urgosorb®,</i> <i>Curasorb®</i> <i>Suprasorb A®</i></p>	<p><b>Plaies fibrineuses, très exsudatives (suintantes, escarres, plaies infectées), Plaies hémorragiques</b></p> <p>Composé en majorité d'alginate (extrait d'algue brune) associé ou non au CMC</p> <p>Capacité d'absorption importante, jusqu'à 10 à 15 fois leur poids, et pouvoir hémostatique</p> <p>A la différence des Hydrofibres, ils ne forment pas de gel</p> <p><i>Mettre une goutte de sérum phy pour éviter la douleur au retrait et activer le pouvoir hémostatique</i></p> <p><i>Sous forme de compresse ou de mèche</i></p> <p>Nécessite un pansement secondaire</p> <p>Le Dakin détruit les alginates, ne pas associer les deux</p> <p>A changer tous les jours, puis tous les deux jours</p>
<p><b>Au Charbon actif</b></p>	<p><i>Actisorb plus®,</i> <i>Carbonet®,</i> <i>Carboflex®</i></p>	<p><b>Plaies malodorantes, cancéreuses, surinfectées</b></p> <p><i>Sous forme de compresse ou de plaque non adhésive</i></p>
<p><b>A l'Argent</b></p>	<p><i>Urgotul Argent®</i> <i>Mepilex Border Ag®</i> <i>Aquacel Ag®</i></p>	<p><b>Plaies infectées</b></p> <p>Antibactérien</p> <p>15 jours d'utilisation maximum</p>

<b>A l'acide hyaluronique</b>	Ialuset® Effidia®	<b>Plaie en phase de <b>bourgeonnement</b> ou d'<b>épidermisation</b></b>
		Stimule la phase d'épidermisation Sous forme de crème, compresse ou spray

Figure 112 : Tableau classant les différents types de pansements

Pour information, une plaie évolue en différentes phases. Chaque phase de la cicatrisation correspond à une couleur de plaie.

- **La nécrose** : plaie noire nécrotique (arrêt de la vascularisation tissulaire, mort des tissus)
- **L'infection** (non systématique) : plaie purulente de couleur vert généralement, parfois purulent
- **La fibrine** : plaie jaune fibrineuse (résultat d'un processus inflammatoire et exsudatif des plaies)
- **Le bourgeonnement** : plaie rouge, signe d'une bonne vascularisation, sur la voie de la cicatrisation
- **L'épidermisation** : plaie de couleur rose nacré, signifiant la fin de la cicatrisation

## 5. Conseils associés

- **Ne jamais percer les cloques soi-même**, éliminer les phlyctènes uniquement si la cloque se perce d'elle-même, et utiliser des ciseaux désinfectés à l'alcool à 70°
- **Ne pas appliquer de glace**, et ne pas refroidir les zones non brûlées pour ne pas aggraver le risque d'hypothermie
- **Ne pas utiliser de coton**, il adhère à la brûlure
- Ne pas exposer une cicatrice au soleil les mois suivant la brûlure, mettre une protection solaire et des vêtements couvrants. (une brûlure de 1<sup>er</sup> degré et de 2<sup>ème</sup> degré superficiel ne laissent généralement pas de cicatrice)
- **Surveiller la température**, l'apparition de maux de tête ou de vomissements faisant suite à une brûlure
- Ne pas laisser les enfants accéder à la cuisine quand un appareil est branché, les tenir hors de portée des produits ménagers.
- Attention avec les enfants et le soleil (prévoir crème solaire, chapeau, vêtements couvrants)
- Attention également à la température du bain.
- En cas de coup de soleil important, penser à boire abondamment

## B. Cicatrices

[20] La cicatrice est une étape normale dans le phénomène de guérison d'une plaie. La cicatrisation est un processus de réparation et de régénération des tissus endommagés.

Tout le monde ne cicatrise pas de la même façon, en fonction du type de peau (une peau mate, noire ou asiatique cicatrisera moins bien qu'une peau blanche caucasienne), de la zone touchée. Ce processus naturel est différent pour chacun et chaque cicatrice est unique.

Il existe 3 grandes phases dans la cicatrisation :

- Une phase **vasculaire et inflammatoire** : une vasoconstriction va permettre de réduire le flux sanguin et arrêter le saignement. Puis un phénomène de vasodilatation va entraîner un œdème et la fuite d'un liquide organique appelé l'exsudat, ce qui va au final aboutir au nettoyage de la plaie (phase de détersion)

L'**exsudat** est le pivot de la cicatrisation pour toute plaie, il permet l'élimination des tissus morts, aide à la reconstitution cellulaire et maintient un milieu chaud et humide favorable à la cicatrisation, comme dit précédemment.

- Une phase de **réparation tissulaire** : environ 4 jours après l'apparition de la plaie, avec deux étapes, que sont ; le **bourgeonnement** (ou granulation) où la cavité va être comblée par un tissu conjonctif et où la revascularisation va pouvoir se faire, et l'**épidermisation** qui va assurer la reconstitution de l'épiderme.
- Une phase de **remodelage** : le tissu de granulation se transforme en tissu cicatriciel.

Toutes ces différentes zones peuvent se succéder ou se chevaucher au sein d'une même plaie.

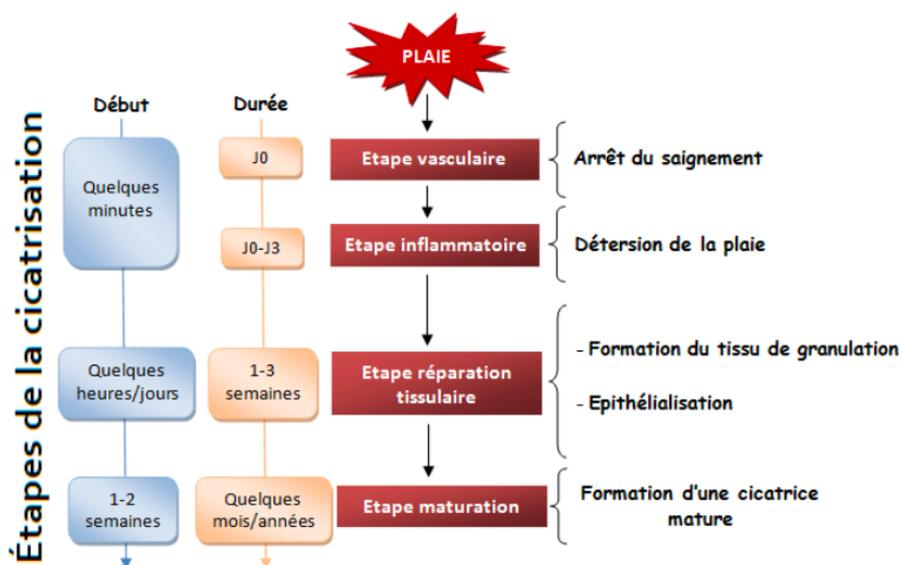


Figure 113 : Étapes de la cicatrisation

## 1. Généralités

[126,127] En cas d'effraction de la barrière cutanée, l'épiderme et le derme vont être coupés en deux, les berges vont s'écarter, et une multitude de mécanismes (décrit plus haut) va être mis en jeu afin d'assurer une bonne cicatrisation.

A la suite d'une cicatrice, il est très difficile voire impossible pour la peau de retrouver son aspect initial. Certaines cicatrices superficielles passeront inaperçues, quant à celles plus profondes, elles laisseront une trace définitive.

Cependant, diverses solutions existent pour atténuer au mieux ces lésions.

Au-delà de 18 mois, une cicatrice est considérée comme mature, et il n'est pas utile de débiter un traitement pour la faire disparaître outre la chirurgie, car son évolution est terminée. Il sera possible de l'atténuer seulement.

[128] En cas de cicatrice peu profonde, elle restera plate sans relief, sera d'abord rouge puis deviendra généralement blanche, ce type de cicatrice disparaît d'elle-même au bout de 2 ans à la suite d'une bonne hydratation.

Concernant la coloration de la cicatrice, ce que l'on appelle dyschromie. Elle est provoquée par une inflammation locale induisant soit une stimulation, soit une destruction des mélanocytes (cellules qui confèrent la couleur à la peau)

Une cicatrice devient blanche car lors d'une plaie, le derme qui contient les mélanocytes, est touché, et pendant la cicatrisation ces cellules ne vont pas recoloniser la plaie, ce qui va conduire à cet aspect plus clair. En cas d'hyperpigmentation, il s'agira du phénomène contraire.

De plus, il est souvent associé de fortes démangeaisons et une sensation d'inconfort au cours de la cicatrisation, et dans certains cas cela peut même perdurer après.

Il est possible qu'au niveau de la zone de la cicatrice, une perte de sensibilité soit ressentie par le patient. Le rassurer en lui expliquant que les massages peuvent aider à retrouver cette sensibilité et qu'il est normal de ne retrouver une sensibilité qu'au bout de 2 ans ; les nerfs ne repoussent que très lentement.

Une cicatrice met en effet **aux alentours de 2 ans pour se remodeler totalement**. Tant qu'une cicatrice est rouge, cela signifie que le processus de maturation n'est pas terminé. Il est donc possible de voir une amélioration progressive sur plusieurs mois.

Il existe différents types de cicatrice, qui se différencient par leur aspect et leur structure :

### a. Cicatrice atrophique

**La surface** de ce type de cicatrice **est enfoncée, en creux**.

Elles font suite à des lésions qui guérissent mal, comme dans l'acné, la varicelle ou les vergetures.

La surface de la peau est correctement réparée, alors que le derme, lui n'a pas été reconstitué en totalité, notamment par une perte de collagène.

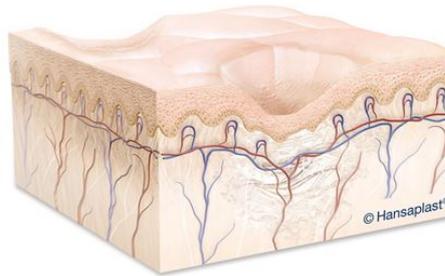


Figure 114 : Cicatrice atrophique, [129]

Le but ici est de remonter la peau afin de ré-épaissir les tissus.  
Le traitement se fait au laser chez le dermatologue, ou par la méthode du peeling.



Figure 115 : Cicatrices atrophiques d'acné (Dermatologie, Saint-Jean M. ; Dreno B)



Figure 116 : Cicatrices d'acné, (Eucerin acné et cicatrices)

#### **b. Cicatrice hypertrophique**

Si le derme se développe trop, la cicatrice peut alors devenir hypertrophique.  
Il s'agit d'une réponse anormale de la cicatrisation cutanée, où les deux bords de la cicatrice se rejoignent mais où les cellules vont continuer à se former (le collagène sera produit en excès), et cela va aboutir à l'apparition d'un cordon.

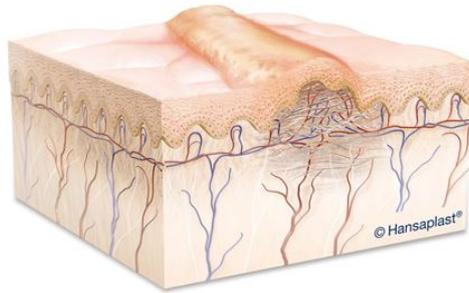


Figure 117 : Cicatrice hypertrophique, [129]

La cicatrice sera **rouge, boursoufflée, en relief**, associée ou non à des démangeaisons et se développe dans la zone de la plaie d'origine.

A ne pas confondre avec les cicatrices chéloïdes.

Le but est de faire dégonfler la cicatrice et de l'aplatir.

Le traitement se fait avec le dermatologue, au laser ou par injection de corticoïde.



Figure 118 : Cicatrice hypertrophique (Dermato-info, Dermis.net)

### c. Cicatrice chéloïde ou Chéloïde

Il s'agit d'une pathologie de la cicatrisation cutanée, c'est une maladie où il y a un processus de sur-cicatrisation avec un excès de tissu cicatriciel.

A la différence des cellules hypertrophiques, elle se développe **au-delà de la plaie initiale**.

La chéloïde est de forme irrégulière, associée à des **démangeaisons et une sensation douloureuse**.

Le derme est toujours enflammé avec du collagène en excès, responsable d'une cicatrice en **relief, boursoufflée, et rigide**.

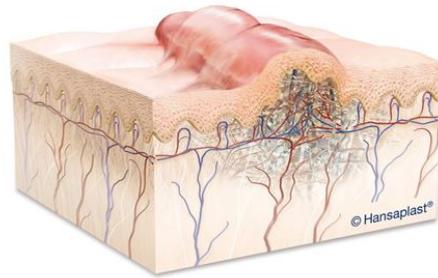


Figure 119 : Cicatrice chéloïde, [129]

Ce type de cicatrice survient sur un terrain génétique particulier, chez les phototypes foncés, suite à une plaie traumatique, une lésion dermatologique, une surinfection, un tatouage, ou une scarification...

Les zones les plus souvent touchées par ce type de cicatrice sont les oreilles, le sternum, les épaules, la nuque. Les adolescents et jeunes adultes sont plus fréquemment concernés.

Les cicatrices évoluent souvent vers une forme chéloïde quand le phototype de la personne concernée est foncé.

La prise en charge de ces cicatrices est indispensable (si rien n'est fait, la chéloïde continue de se développer) et repose sur différentes méthodes comme les injections locales de corticoïde, la chirurgie, la radiothérapie, la cryothérapie ou encore le laser.



Figure 120 : Cicatrice chéloïde sur piercing (Dermato-info)

## 2. Les limites du conseil

En cas de signe d'infection, de douleur, de rougeur ou de présence de pus au niveau de la cicatrice, la prise en charge médicale devient indispensable.

Si la cicatrice est très profonde, qu'elle n'évolue pas favorablement malgré des conseils bien suivis ou que l'impact psychologique est trop important pour le patient, il sera nécessaire de réorienter vers un médecin.

### 3. Traitements

Tout d'abord, **désinfecter correctement la plaie** afin d'éliminer tous corps étrangers ou poussière qui pourraient altérer la bonne cicatrisation.

Nettoyer la peau de façon régulière avec par exemple le *gel lavant Cicaplast B5®*, afin de maintenir ce milieu humide favorable à la cicatrisation, et en utilisant un **pansement hydrocolloïde**. Plus le pansement reste longtemps en place, mieux c'est.

Une fois l'épiderme reformé, le pansement n'est plus nécessaire, mais bien souvent la cicatrice reste encore rouge.

**Hydrater** sa peau régulièrement et donc la cicatrice.

Si la cicatrice est sèche, privilégier une forme crème, en revanche si elle est plutôt suintante préférer une lotion.

De nombreuses **crèmes cicatrisantes** existent et sont disponibles en pharmacie. Nous pouvons citer :

- **A-derma épithéliale AH duo®** : cette crème très réparatrice aide à atténuer les marques cutanées, convient pour les plaies creusées, voir ouverte.
- **Jonctum cica®** : crème qui va réparer, régénérer et apaiser la peau, idéale pour les cicatrices avec des boursouffures et pour les rougeurs
- **Bariederm Uriage®** : cette crème restaure la peau en profondeur
- **Kelocote®** : ce gel de silicone permet d'assouplir et aplanir les cicatrices, idéal s'il s'agit de chéloïde, à appliquer deux fois par jour, laisser sécher et retirer l'excédent de gel
- **Cicabio®** : lutte contre l'inconfort et renforce la réparation cutanée
- **Cicaplast Baume B5®** : ce baume répare, assainit, apaise et hydrate la peau
- **Cicalfate®** : remodèle les cicatrices, répare (grâce au Sucralfate actif réparateur) et apaise la peau, isole la plaie et maintient un bon niveau d'humidité. Si ça suinte, mettre la lotion asséchante

Certains de ces produits existent avec en plus, un indice de protection solaire.

Le gel d'Aloe vera peut aussi être une bonne alternative pour hydrater intensément la peau.

**Masser la cicatrice** idéalement de façon quotidienne, est primordial.

Ce geste permet de stimuler la régénération cellulaire, maintenir la souplesse de la peau, décoller les sous-couches de la peau et libérer les adhérences.

Commencer le massage sur une cicatrice propre, sans pus, non inflammatoire, sans points de suture, c'est à dire généralement au bout de 3 semaines voir 1 mois.

Se déplacer le long de la cicatrice en attrapant la peau, en la tirant doucement et en relâchant. Utiliser le pouce et l'index et palper la zone de la cicatrice, faire rouler la cicatrice entre les doigts. Effectuer des massages circulaires et transversales. Tous ces gestes se feront à différentes pressions ou intensité selon la douleur ressentie.

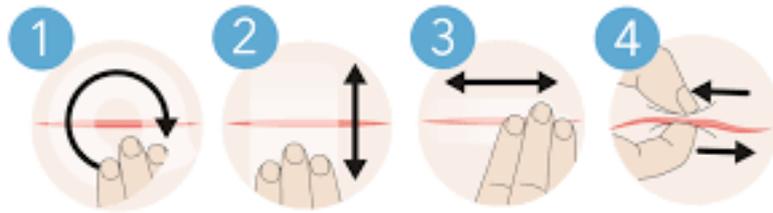


Figure 121 : Masser une cicatrice en 4 étapes (Uriage)

Ces techniques de massage peuvent s'utiliser avec ou sans huile et/ou crème, ainsi qu'à travers un pansement si besoin.

Suivant la zone atteinte, si l'endroit touché est mobile, l'élasticité se fera naturellement au fil du temps.

Demander conseil à son kinésithérapeute.

**Les produits à base de silicone** sont aussi une excellente solution à proposer au patient afin d'atténuer les cicatrices. Ils sont indiqués dans le traitement et la prévention des cicatrices hypertrophiques et chéloïdiennes, ainsi que pour des cicatrices dites matures.

Il permet de rétablir une production normale de collagène, et rendre la cicatrice plus douce, plus plate et plus lisse.

Le silicone est d'autant plus efficace s'il reste longtemps en contact avec la cicatrice.

Ces plaques ou gel de silicone ont pour but d'exercer une pression sur la cicatrice (vont l'aplatir de façon mécanique) et d'assurer une hydratation suffisante. Concernant la forme plaque, plus elle reste en contact avec la lésion, meilleure en sera la cicatrisation, laisser au minimum 12 heures par jour pour faire dégonfler et diminuer l'épaisseur de la cicatrice, les laisser agir durant la nuit. A réaliser sur plusieurs mois.

[130,131]

- **Cica care**® : se présente sous forme de plaque de gel de silicone, lavable et réutilisable (en général, il est nécessaire de la changer au bout de 28 jours), indiqué dans les cicatrices hypertrophiques et chéloïdiennes.
- **Kelocote**® : en gel
- **Dermatix**® : existe en gel ou en plaque, pour le gel, appliquer au moins deux fois par jour, laisser sécher 5 minutes
- **Mepiform**® : en plaque de différentes tailles, peut se découper, à laisser en place 7 jours à condition de la retirer au moment de la douche.
- **Cerederm**® : en gel ou en pansement, lavable et découpable

Suite à une cicatrice post-opératoire, au bout de deux mois, conseiller de masser avec une crème cicatrisante citée précédemment, puis en relai avec **Kelocote**® en application matin et soir durant 1 an minimum.

**Se protéger du soleil** est indispensable, il colore la cicatrice et abime davantage la peau lésée. Pour éviter une pigmentation définitive, il est indispensable de mettre de la crème solaire ou de même un pansement opaque sur la lésion.

Petite astuce, utiliser le stick à lèvres, plus petit et pratique à transporter, pour protéger sa cicatrice.

#### 4. L'aromathérapie

[23] L'huile essentielle de **Lavande vraie**, aux propriétés cicatrisantes et apaisantes, fait partie des rares huiles essentielles qui peut être appliquée pure que ce soit sur une peau saine ou sur une plaie. Elle peut donc être conseillée pure ou mélangée à une crème cicatrisante.

L'huile végétale de **Calophylle**, reconnue pour estomper les cicatrices peut être utilisée pure directement en massage ou utilisée pour diluer une huile essentielle.

L'huile végétale de **Rose musquée**, aux vertus réparatrices et cicatrisantes peut aussi être conseillée à raison de 2 gouttes en massage local.

L'huile essentielle d'**Hélichryse**, qui est un fabuleux anti-hématome et cicatrisant, peut être utilisée une fois que la cicatrisation est établie. Ne s'utilise que par voie cutanée, mettre 2 gouttes diluées dans 8 gouttes d'un corps gras en massage 2 fois par jour.

#### 5. Conseils

- **Ne jamais exposer une plaie en cours de cicatrisation au soleil**, protéger la peau avec un écran solaire d'indice 50, la protection est d'autant plus importante en cas de cicatrice récente. Rappeler que ce geste est à faire pendant au moins 2 ans suivant l'apparition de la cicatrice. Même une très faible exposition solaire suffit aux mélanocytes à fabriquer de la mélanine, l'hyperpigmentation est alors définitive et peut être inesthétique pour la personne.
- **Ne pas retirer ni gratter une croûte**, la ramollir avec une crème (la croûte est une protection naturelle)
- Rappeler au patient que **le temps fait son travail**
- **Discuter avec son médecin ou son dermatologue** afin d'envisager différentes méthodes pour atténuer la cicatrice (traitement par corticoïde local en injection ou en crème, le laser, la dermabrasion, la méthode par compression...)
- Conseiller de consulter un **kinésithérapeute** pour mieux appréhender la technique de massage
- Il vaut mieux agir en prévention sur une cicatrice
- Prévenir son chirurgien en cas d'opération, si l'on est sujet aux cicatrices chéloïdes
- Éviter l'effet « statique » de la cicatrice
- Ne pas bouger ou manipuler la zone opérée au début, le fait de laisser les deux berges immobiles permettra une excellente cicatrisation
- **Enrichir son alimentation en bêta-carotène** (précurseur de vitamine A), qui aide la peau à se régénérer, contenue dans les légumes verts, les poivrons, le melon, les carottes, les betteraves)

## Conclusion

Au terme de ce travail, nous constatons aisément que la Dermatologie est une discipline très vaste qui demande beaucoup de connaissances et de pratique.

Nous avons présenté et détaillé un certain nombre de dermatoses. Les pathologies dermatologiques présentées ont été choisies et sélectionnées dans le but de rester dans le champ de compétences du pharmacien et de ne pas réaliser un inventaire de toutes les affections existantes.

Répondre aux demandes spontanées au comptoir était le réel objectif.

Le rôle principal du pharmacien est de pouvoir reconnaître les lésions de la peau les plus communes et de pouvoir orienter correctement le patient. Dans la plupart des cas, un conseil avisé suffit, et dans d'autres cas, un médecin ou un dermatologue devra prendre le relais. Un patient n'en attend pas moins de la part de son pharmacien.

Ce document est destiné à enrichir ou conforter les compétences du pharmacien et de l'équipe officinale dans le domaine dermatologique, afin de lui faciliter la tâche au quotidien, lors de son conseil.

La prise en charge des pathologies dermatologiques repose, comme nous avons pu le voir, de plus en plus sur la dermo-cosmétique (domaine en constante évolution), associée ou non au traitement médicamenteux. Ainsi, la maîtrise et la connaissance des différentes gammes et laboratoires dermatologiques est un véritable support pour le pharmacien afin de conseiller correctement son patient.

En conclusion, le pharmacien, certainement un des acteurs de santé le plus accessible, est un professionnel de santé majeur à travers son évaluation, ses conseils, ainsi que dans l'accompagnement du patient en dermatologie. Son rôle dans la prévention et dans l'information est également indispensable.

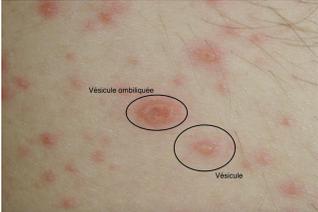
## Annexe

Lésions élémentaires primitives (liste non exhaustive de pathologies)				
<p><b>Macule</b> Lésion plane avec modification de la coloration de la peau, absence de relief</p> <p>Une <b>plaque</b> est une grande macule</p>	<p><b>Rouge</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Érythème</b> : rougeur de la peau, disparaissant à la vitropression</li> </ul>	<p><i>Localisé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Brûlure de 1<sup>er</sup> degré</b></li> <li>- <b>Dermatite d'irritation</b> : sensation de brûlure, absence de prurit, contour limité, notion de contact avec un produit</li> <li>- <b>Érysipèle</b> : jambe rouge unilatérale, fièvre, oedème (infection bactérienne : urgence médicale)</li> <li>- <b>Roséole</b> : éruption éphémère de macules rosées sur le tronc, fièvre survenant 3 jours avant</li> </ul>	 <p>Figure 122 : Érysipèle (Dermatone)</p>  <p>Figure 123 : Roséole infantile</p>
			<p><i>Généralisé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rougeole</b> (associée à des papules rouges, intervalle de peau saine, débute sur le front et derrière les oreilles puis s'étend sur tout le corps, très contagieux)</li> <li>- <b>Rubéole</b> (associée à des papules rouges ou rosées, intervalle de peau saine, débute</li> </ul>	 <p>Figure 124 : Rougeole</p>

			<p>sur le visage puis le tronc, lésions plus denses sur les joues)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Érythème médicamenteux</b></li> </ul>	 <p>Figure 125 : Rubéole (Dermatonet)</p>
			<p><i>Dans certaines régions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dermatophytose des grands plis</b></li> <li>- <b>Intertrigo des petits plis</b></li> <li>- <b>Érythème fessier</b></li> </ul>	 <p>Figure 126 : Intertrigo inguinal (Atlas dermatologie)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vasculaire</b> : disparaît à la vitropression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Télangiectasie</b> (dilatation permanente de petits vaisseaux sanguins)</li> <li>- <b>Angiome plan</b> ou « tâches de vin » (malformation vasculaire causée par une présence anormalement élevée de capillaires dilatés)</li> </ul>	 <p>Figure 127 : Télangiectasie, [132]</p>  <p>Figure 128 : Angiome plan du visage</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Purpura</b> : tâche rouge sombre qui persiste à la vitropression (extravasation des globules rouges dans le derme)</li> </ul>	 <p>Figure 129 : Purpura (msdmanuals)</p>
	<b>Décolorée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pityriasis versicolor</b> : infection causée par un champignon, forme pigmentée ou dépigmentée, un grattage à la curette laisse apparaitre de fines squames</li> </ul>	 <p>Figure 130 : Pityriasis versicolor (Atlas de dermatologie)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vitiligo</b> : dépigmentation de la peau, pathologie rare, environ 1% de la population</li> </ul>	 <p>Figure 131 : Vitiligo</p>
<p><b>Papule</b> Lésion palpable en relief, sans liquide, à surface réduite, circonscrite, de consistance ferme, et à bord net</p>	<b>Érythémateuse</b>	<p><i>Prurit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gale</b> : prédominance nocturne, familial</li> <li>- <b>Piqûre de moustique, d'hyménoptères</b></li> <li>- <b>Lucite estivale bénigne</b> : suite à une exposition solaire</li> <li>- <b>Photo allergie</b> (réaction photo-immunologique, rare, apparait 48 heures après l'exposition)</li> </ul>	 <p>Figure 132 : Photo allergie suite à la prise d'un anti-inflammatoire par voie orale (Dermatologie free)</p>

		<p><i>Absence de prurit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Morsure de tique</b></li> <li>- <b>Acné</b></li> <li>- <b>Rosacée</b> (anomalie vasculaire caractérisée par des rougeurs sur les joues, maladie évolutive, qui touche préférentiellement les femmes. Les lésions papulo-pustuleuses de la rosacée peuvent faire suspecter une acné)</li> </ul>	 <p>Figure 133 : Rosacée (Dermato-info)</p>
	<p><b>Brunâtre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Grains de beauté ou Nævus</b></li> </ul>	 <p>Figure 134 : Nævus (msdmanuals)</p>
	<p><b>Jaunâtre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Xanthomes</b> : petites lésions composées de lipides</li> </ul>	 <p>Figure 135 : Xanthomes sur paupières (Dermatonet)</p>
<p><b>Vésicule</b> Lésion palpable, translucide remplie de liquide clair, de petite taille (quelques mm), de forme</p>	<p>D'apparition <b>aigüe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Herpes</b> (survenant sur une peau érythémateuse)</li> <li>- <b>Zona</b> : réactivation du virus de la varicelle, douleur puis éruption sur une moitié du corps, sur le thorax, le bras, lésions localisées le long d'un ganglion nerveux, douleur vive possible</li> </ul>	 <p>Figure 136 : Zona : vésicules en bouquet (Dermatonet)</p>

arrondie ou ovulaire		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Molluscum contagiosum</b> : vésicules en groupe sur tout le corps sauf sur les mains et les pieds, très contagieux</li> <li>- <b>Varicelle</b> : survenant sur une peau saine, évoluant en croûtes puis en traces rosées, prurit intense</li> <li>- <b>Syndrome Pieds-Mains-Bouche</b> : vésicules au niveau de la bouche pouvant évoluer en ulcère, des mains des pieds et des fesses, associé à une fièvre modérée, toux, rhinite et troubles digestifs</li> </ul>	 <p>Figure 137 : Molluscum contagiosum</p>  <p>Figure 138 : Varicelle (Dermato-info)</p>  <p>Figure 139 : Vésicules du Pieds-Mains-Bouche (msdmanuals)</p>
	D'apparition chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Eczéma de contact</b> (prurit)</li> <li>- <b>Dermatite atopique</b></li> <li>- <b>Dyshidrose</b> (ou « Eczéma bulleux », vésicules sèches au niveau des mains et des pieds)</li> </ul>	 <p>Figure 140 : Dyshidrose avec vésicules palmoplantaires (Dermatologie free)</p>

<p><b>Bulle</b> Grosse vésicule remplie de liquide clair, supérieur à 1 cm</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ampoule</b> (suite à un frottement)</li> <li>- <b>Brûlure de 2<sup>ème</sup> degré</b></li> <li>- <b>Impétigo</b> (infection bactérienne contagieuse, peut aussi être de forme crouteuse, forme la plus fréquente)</li> <li>- <b>Phototoxicité médicamenteuse</b> (réaction photochimique, médicaments concernés : cyclines, quinolones, sulfamides, amiodarone, isotrétinoïne, gel anti-inflammatoire, peroxyde de benzoyle, adapalène...)</li> </ul>	 <p>Figure 141 : Réaction au Kétoprofène</p>
<p><b>Pustule</b> Lésion en relief, remplie de liquide purulent blanc ou jaunâtre. Forme par la suite des croûtes assez épaisses</p>	<p><b>Folliculaire</b> (centrée sur un poil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Furoncle</b></li> <li>- <b>Anthrax</b></li> <li>- <b>Orgelet</b></li> </ul>	 <p>Figure 142 : Anthrax (Dermato-info)</p>
	<p><b>Non folliculaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Acné</b></li> </ul>	 <p>Figure 143 : Pustules d'acné (msdmanuals)</p>

## **Bibliographie**

- [1] Masson E. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. EM-Consulte n.d. <https://www.em-consulte.com/article/232246/anatomie-et-physiologie-de-la-peau-et-de-ses-annex> (accessed November 3, 2020).
- [2] Dermato-Info. les fonctions de la peau. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/c-est-quoi-la-peau/un-organe-multifonction> (accessed November 3, 2020).
- [3] La peau, schéma générale et composition - Cosméticofficine. Cosmeticofficine n.d. <http://www.cosmeticofficine.com/la-peau/> (accessed November 5, 2020).
- [4] Poulet S, Hébert E. Peau, dites adieu aux soucis: [cosmétiques, hydratation, dermatologie, soleil, alimentation. 2020.
- [5] L'épiderme : structure, physiologie et fonctions - Cosméticofficine. Cosmeticofficine n.d. <http://www.cosmeticofficine.com/la-peau/lepiderme/> (accessed November 3, 2020).
- [6] Comprendre le pH de la peau et adapter ses soins | SkinCeuticals n.d. [https://www.skinceuticals.fr/le-skin-c-mag/articles/comprendre-le-ph-de-la-peau-et-adapter-ses-soins/?gclid=Cj0KCQiA6Or\\_BRC\\_ARIsAPzuer\\_v1VwoCGjO2rpCXuNtt-0Id7YxxEJWtIvn4ymz7t0j5kdiM9gN1h8aAkPyEALw\\_wcB](https://www.skinceuticals.fr/le-skin-c-mag/articles/comprendre-le-ph-de-la-peau-et-adapter-ses-soins/?gclid=Cj0KCQiA6Or_BRC_ARIsAPzuer_v1VwoCGjO2rpCXuNtt-0Id7YxxEJWtIvn4ymz7t0j5kdiM9gN1h8aAkPyEALw_wcB) (accessed January 10, 2021).
- [7] Le microbiote cutané | PiLeJe n.d. <https://www.pileje.fr/revue-sante/le-microbiote-cutane> (accessed February 8, 2021).
- [8] Eucerin : À propos de la peau | Facteurs ayant une incidence sur la peau n.d. <https://www.fr.eucerin.ch/a-propos-de-la-peau/principes-de-base/facteurs-ayant-une-incidence-sur-la-peau> (accessed November 3, 2020).
- [9] Peaux normales : entretenir et nettoyer une peau normale. Unebellepeau.com n.d. <http://www.unebellepeau.com/types-peau/comment-prendre-soin-dune-peau-normale.html> (accessed February 8, 2021).
- [10] Morfin T. Ma bible de la naturopathie. 2017.
- [11] Tétart S, Lopez V. Ma bible des secrets de naturopathes. 2019.
- [12] Connaître Mon Type De Peau : Le Test Infaillible n.d. <https://www.moncornerb.com/fr/content/642-connaître-enfin-mon-type-de-peau-en-2-minutes> (accessed November 3, 2020).
- [13] Peau sensible en général - Les produits Eucerin | EUCERIN n.d. <https://www.eucerin.fr/votre-peau/peau-sensible/peau-sensible-en-general> (accessed June 12, 2021).
- [14] Pourquoi ma peau est déshydratée ? | BIODERMA France n.d. <https://www.bioderma.fr/votre-peau/peau-deshydratee/pourquoi-ma-peau-est-deshydratee> (accessed June 12, 2021).
- [15] Dr Michel Guyot. Cours 14.2 : Formes galéniques destinées à être appliquées sur la peau 2015.
- [16] Peau grasse à tendance acnéique - Lutter contre l'acné | EUCERIN n.d. <https://www.eucerin.fr/votre-peau/peaux-grasses/la-peau-a-tendance-acneique-sans-prise-de-medicaments> (accessed November 5, 2020).
- [17] Dermato-Info. l'acné. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/la-peau-des-adultes/l%E2%80%99acn%C3%A9> (accessed November 5, 2020).
- [18] Peyrefitte G, Martini M-C, Camponovo J, Petit G, Debreuve E, Debuiche E. CAP esthétique, cosmétique, parfumerie: biologie, dermatologie, cosmétologie, technologie des produits cosmétiques, technologie des appareils, matériels, instruments. 2019.
- [19] L'acné de l'adulte - Caractéristiques et traitements. Santé Sur Net n.d. <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/dermatologie/acne-adultes/> (accessed November 5, 2020).
- [20] Ferey D, Ivernois J-F d'. Conseils en pharmacie. 2020.

- [21] Bakir-Khodja-Chorfa L, Calop J. 50 ordonnances à la loupe. Tome 1 Tome 1. Courbevoie: Ed. Le Moniteur des pharmacies : Newsmed; 2014.
- [22] print PF digital finger. Cleanance | Eau Thermale Avène n.d. <https://www.eau-thermale-avene.fr/gamme/cleanance> (accessed March 8, 2021).
- [23] Couic Marinier F, Touboul A. Le guide Terre vivante des huiles essentielles. 2020.
- [24] Urticaire - Thérapeutique Dermatologique n.d. <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1316&lang=fr> (accessed November 5, 2020).
- [25] Chavigny J-M, Gagey-Caron V, Ivernois J-F d'. Ordonnances en dermatologie: 119 prescriptions courantes. 2020.
- [26] Dermato-Info. l'urticaire. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/la-peau-de-l%E2%80%99enfant/l%E2%80%99urticaire> (accessed November 5, 2020).
- [27] M.S Doutré. Urticaires. Article 98-480-A-10 2020:20.
- [28] Reconnaître l'urticaire n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/urticaire/reconnaitre-urticaire> (accessed November 8, 2020).
- [29] A. Soria, M.-S. Doutré. Urticaires. AKOS Traité Médecine 2020. [https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(20\)56213-3](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(20)56213-3).
- [30] Couturier A. L'urticaire chronique spontanée: impact psychosocial, prise en charge et quel rôle à jouer pour le pharmacien? n.d.:137.
- [31] Bontemps F. Le conseil à l'officine dans la poche. 2019.
- [32] Lucite Estivale Bénigne ou Allergie au soleil| EUCERIN n.d. <https://www.eucerin.fr/a-propos-de-la-peau/indications/les-allergies-au-soleil> (accessed November 8, 2020).
- [33] Douki T, Leccia M-T, Béani J-C, Mouret S, Cadet J, Favier A. Effets néfastes du rayonnement UVA solaire : de nouveaux indices dans l'ADN. médecine/sciences 2007;23:124-6. <https://doi.org/10.1051/medsci/2007232124>.
- [34] Warrick E. Effets des UV sur l'ADN : lésions et mutations. <https://biologiedelapeau.fr> 2012. [https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article70#outil\\_sommaire](https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article70#outil_sommaire) (accessed July 20, 2021).
- [35] Impact cellulaire des UV solaires. Encycl Environ 2016. <https://www.encyclopedie-environnement.org/vivant/impact-cellulaire-uv-solaires/> (accessed July 24, 2021).
- [36] Cancers cutanés. Cancers Cutanés n.d. <https://www.chu-bordeaux.fr/> (accessed July 24, 2021).
- [37] Dermato-Info. la méthode ABCDE. Derm-Infofr n.d. [https://dermato-info.fr/fr/les-conseils-dermato\\_tutos-peau/l%E2%80%99auto-examen-de-la-peau\\_la-m%C3%A9thode-ABCDE](https://dermato-info.fr/fr/les-conseils-dermato_tutos-peau/l%E2%80%99auto-examen-de-la-peau_la-m%C3%A9thode-ABCDE) (accessed July 24, 2021).
- [38] Eczéma ou dermatite atopique : causes et symptômes n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/eczema-atopique/reconnaitre-eczema-atopique> (accessed March 8, 2021).
- [39] S. Barbarot, H. Aubert, C. Bernier, J.-F. Stalder. Dermatite atopique. Dermatologie 2016. [https://doi.org/10.1016/S0246-0319\(16\)45829-2](https://doi.org/10.1016/S0246-0319(16)45829-2).
- [40] Christine Léauté-Labrèze. Cosmétologie de la dermatite atopique. Cosmétologie Dermatol Esthét 2000.
- [41] Symptômes et complications de la dermatite atopique. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/dermatite-eczema-atopique/symptomes-complications.html> (accessed June 14, 2021).
- [42] Dr Dupiot. Allergies, Dispensation des médicaments et autres produits de santé 2019.
- [43] Eczéma : les astuces anti-grattage | Fondation Eczéma n.d. <https://www.fondationeczema.org/etre-accompagne/conseils-pratiques/eczema-les-astuces-anti-grattage> (accessed June 14, 2021).
- [44] Dermato-Info. l'eczéma de contact. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/l%E2%80%99ecz%C3%A9ma-de-contact> (accessed March 14, 2021).

- [45] Reconnaître un eczéma de contact n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/eczema-contact/reconnaitre-eczema-contact> (accessed March 14, 2021).
- [46] L'eczéma allergique de contact. Eczema Found 2015. <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/de/node/3960> (accessed June 15, 2021).
- [47] Psoriasis : physiopathologie, clinique et diagnostic différentiel à l'officine. Cosmeticofficine n.d. <http://www.cosmeticofficine.com/pathologies-dermatologiques-du-visage/le-psoriasis/> (accessed March 15, 2021).
- [48] Pathologies dermatologiques : Gale, Herpes, Onychomycose, Psoriasis 2019.
- [49] A. Du-Thanh, D. Jullien, C. Girard. Psoriasis. *Dermatologie* 2013. [https://doi.org/10.1016/S0246-0319\(13\)44933-6](https://doi.org/10.1016/S0246-0319(13)44933-6).
- [50] Dermato-Info. le psoriasis. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis> (accessed March 16, 2021).
- [51] Les autres types de traitement du psoriasis. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/> (accessed March 16, 2021).
- [52] Furoncle : comment reconnaître et se débarrasser d'un furoncle ? n.d. <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/dermatologie/furoncle/> (accessed November 10, 2020).
- [53] Pr Jean Grellet. Médication officinale, le Furoncle 2019.
- [54] Collège des enseignants en dermatologie de France, Dupin N, Cribier B, Vabres P, Martin L. *Dermatologie*. 2017.
- [55] Belon J-P, Faure S, Pillon F. Pathologies et thérapeutiques commentées enseignements spécifiques, intégrés et formation d'application. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2013.
- [56] CEDEF 1 2. Item 152 – UE 6 Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. *Ann Dermatol Vénérologie* 2018;1336:4. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.01.018>.
- [57] Collège des enseignants en dermatologie de France, Dupin N, Cribier B, Vabres P, Martin L. Item 152 – UE 6 Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. *Dermatologie*, 2017, p. 85–113.
- [58] I. Zaraa. Infections cutanées. *Urgences* 2019. [https://doi.org/10.1016/S1241-8234\(19\)42552-2](https://doi.org/10.1016/S1241-8234(19)42552-2).
- [59] Strobel S. Mes astuces et conseils de pharmacienne. 2016.
- [60] MatinHuddle P. Managing Recurrent Herpes Labialis. *Morning Huddle* n.d. <https://morninghuddle.co/managing-recurrent-herpes-labialis/> (accessed June 20, 2021).
- [61] James Paterson, PhD, Mona Kwong, MSc Pharm. L'herpès labial récurrent Évaluation et traitement par des produits offerts en vente libre 2008.
- [62] Herpes - Atlas de dermatologie professionnelle n.d. <http://www.atlasdermatologieprofessionnelle.com/index.php/Herpes> (accessed June 22, 2021).
- [63] Verrues - Thérapeutique Dermatologique n.d. <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1321&lang=fr> (accessed November 11, 2020).
- [64] Dermato-Info. les verrues. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/les-verrues> (accessed November 15, 2020).
- [65] Les verrues. LaSante.net n.d. <https://lasante.net/fiches-conseil/automedication/problemes-peau/verrues.htm> (accessed November 29, 2020).
- [66] LES VERRUES CUTANÉES. Dr Casacci n.d. <http://docteur-casacci.com/les-verrues-cutanees/> (accessed June 22, 2021).
- [67] `Src='https://Secure.gravatar.com/Avatar/E129751f7aeea2bc5b0d58562d75ff42?s=49<img Alt='', #038;d=mm, Srcset='https://Secure.gravatar.com/Avatar/E129751f7aeea2bc5b0d58562d75ff42?s=98 #038;r=g', #038;d=mm, Dermatologue #038;r=g 2x' class='avatar avatar-49 photo'`

- height='49' width='49' loading='lazy'/>Auteur. VERRUE PLANTAIRE : solution contre les verrues plantaires. Téléconsultation Dermatol 2016. <https://www.dermatonet.com/verrue-plantaire.htm> (accessed June 22, 2021).
- [68] Traitement de verrue à Genève - Centre Dermatologie de Cornavin. Cent Dermatol Cornavin n.d. <https://www.dermatologiegeneve.ch/renseignez-vous-sur-votre-maladie/verrue/> (accessed June 22, 2021).
- [69] Mycoses cutanéomuqueuses - La maladie - VIDAL eVIDAL n.d. [https://evidal.vidal.fr/recos/details/1685/mycoses\\_cutaneomuqueuses/la\\_maladie](https://evidal.vidal.fr/recos/details/1685/mycoses_cutaneomuqueuses/la_maladie) (accessed November 29, 2020).
- [70] T.P. Habif, J.L. Jr. Campbell, M.S. Chapman, J.G.H. Dinulos, K.A. Zug. Maladies cutanées : diagnostic et traitement. Elsevier Masson. n.d.
- [71] Notice patient - LAMISILATE MONODOSE 1 %, solution pour application cutanée - Base de données publique des médicaments n.d. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67758027&typedoc=N> (accessed July 1, 2021).
- [72] Tea Tree, huile essentielle contre mycoses cutanées et pieds d'athlete n.d. <https://www.compagnie-des-sens.fr/tea-tree-mycose-pied-athlete/> (accessed March 21, 2021).
- [73] Mycose vaginale (mycose vulvaire) : une infection à ne pas négliger. Candida Albicansnet n.d. <https://www.candidaalbicans.net/mycose-vaginale-vulvaire/> (accessed November 19, 2020).
- [74] Reconnaître la vaginite et ses causes n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vaginite/definition-symptomes-facteurs-favorisants> (accessed March 22, 2021).
- [75] Peltier E. La mycose vulvo-vaginale: automédication et réglementation en matière de publicité n.d.:121.
- [76] Chavigny J-M, Gagey-Caron V, Ivernois J-F d'. Ordonnances en dermatologie: 119 prescriptions courantes. 2020.
- [77] Professeur Loic Rivière. Parasitologie, Ectoparasites, entomologie, arthropodes 2017.
- [78] Dermato-Info. les poux. Derm-Infocr n.d. [https://dermato-info.fr/fr/les-phan%C3%A8res\\_cheveux-et-pois/les-poux](https://dermato-info.fr/fr/les-phan%C3%A8res_cheveux-et-pois/les-poux) (accessed March 28, 2021).
- [79] Qu'est ce qu'un pou? Lentes Poux Inf Sur Poux Lentes Anti-Poux Trait Nat n.d. <https://lentes-et-poux.fr/quest-quun-pou/> (accessed June 26, 2021).
- [80] Les traitements contre les poux. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/> (accessed March 30, 2021).
- [81] Comment éviter d'avoir des poux ? n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poux/eviter-poux> (accessed June 26, 2021).
- [82] Dermato-Info. la gale. Derm-Infocr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/la-peau-de-l%E2%80%99enfant/la-gale> (accessed April 2, 2021).
- [83] Gale | ameli.fr | Assuré n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/gale> (accessed April 2, 2021).
- [84] Sarcopte de la gale dans sa galerie de l'épiderme humain -Sarcoptes scabiei hominis- - Banque de Schémas - SVT - Académie de Dijon n.d. <http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/spip.php?article3423> (accessed June 28, 2021).
- [85] GALE. Dr Casacci n.d. <http://docteur-casacci.com/gale/> (accessed June 28, 2021).
- [86] ASCABIOL (benzoate de benzyle) : remise à disposition avec une nouvelle formule et une nouvelle posologie. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/actualites/16411-ascabiol-benzoate-de-benzyle-remise-a-disposition-avec-une-nouvelle-formule-et-une-nouvelle-posologie.html> (accessed June 28, 2021).
- [87] B. Richert, M.-L Cappelletti, J. André. Diagnostic différentiel des onychomycoses. Revue Med Brux 2011.

- [88] Déformations et dystrophies des ongles - Troubles dermatologiques. Édition Prof Man MSD n.d. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-dermatologiques/pathologie-ungu%C3%A9ale/d%C3%A9formations-et-dystrophies-des-ongles> (accessed June 28, 2021).
- [89] Association française des enseignants de parasitologie. Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales. 2019.
- [90] LOCERYL 5 % vernis ongl médicamenteux - VIDAL eVIDAL n.d. [https://evidal.vidal.fr/medicament/loceryl\\_5\\_VERNIS\\_ONGL\\_MEDICAMENTEUX-95357-mises\\_en\\_garde\\_et\\_precautions\\_d\\_emploi.html](https://evidal.vidal.fr/medicament/loceryl_5_VERNIS_ONGL_MEDICAMENTEUX-95357-mises_en_garde_et_precautions_d_emploi.html) (accessed April 3, 2021).
- [91] ONYSTER pom + pans occlusif - VIDAL eVIDAL n.d. [https://evidal.vidal.fr/parapharmacie/onyster\\_pom\\_pans\\_occlusif-106591.html](https://evidal.vidal.fr/parapharmacie/onyster_pom_pans_occlusif-106591.html) (accessed May 11, 2021).
- [92] Panaris : définition, causes et symptômes n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/panaris/panaris-causes-symptomes> (accessed November 19, 2020).
- [93] M. Ébelin, R. Beccari, A. Maiez. Infections de la main. Appar Locomoteur 2006. [https://doi.org/10.1016/S0246-0521\(06\)41703-4](https://doi.org/10.1016/S0246-0521(06)41703-4).
- [94] Panaris. Chir Main n.d. <http://chirurgiemain.fr/pathologies-main-poignet/traumatismes/panaris/> (accessed July 1, 2021).
- [95] Tétanos n.d. <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Tetanos> (accessed May 31, 2021).
- [96] Qu'est-ce que la dermatite séborrhéique de l'adulte ? n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/dermatite-seborrheique/definition-causes-facteurs-favorisants> (accessed April 5, 2021).
- [97] Netgen. Dermite séborrhéique : manifestations cliniques et prise en charge. Rev Médicale Suisse n.d. <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-289/Dermite-seborrheique-manifestations-cliniques-et-prise-en-charge> (accessed April 5, 2021).
- [98] Dermite séborrhéique - Troubles dermatologiques. Édition Prof Man MSD n.d. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/dermatite/dermite-s%C3%A9borrh%C3%A9ique> (accessed July 6, 2021).
- [99] Zoom sur le psoriasis et la dermatite séborrhéique | BIODERMA n.d. <https://www.bioderma.be/votre-peau/peau-sensible/peau-rougeurs-et-squames/zoom-sur-le-psoriasis-et-la-dermatite-seborrheique> (accessed July 6, 2021).
- [100] Lothaire. Dermite Séborrhéique Ne Vous Cachez Plus. Skin Campus 2016. <https://skincampus.com/dermite-seborrheique/> (accessed July 6, 2021).
- [101] Comprendre l'eczéma de contact | Fondation Eczéma n.d. <https://www.fondationeczema.org/comprendre/types-eczema/eczema-de-contact> (accessed June 15, 2021).
- [102] CICLOPIROX OLAMINE GERDA 1,5 % shampooing - VIDAL eVIDAL n.d. [https://evidal.vidal.fr/medicament/ciclopirox\\_olamine\\_gerda\\_1\\_5\\_shampooing-181814-posologie\\_et\\_mode\\_d\\_administration.html](https://evidal.vidal.fr/medicament/ciclopirox_olamine_gerda_1_5_shampooing-181814-posologie_et_mode_d_administration.html) (accessed April 11, 2021).
- [103] Cors et durillons. LaSante.net n.d. <https://lasante.net/fiches-conseil/automedication/problemes-peau/cors-et-durillons.htm> (accessed November 30, 2020).
- [104] Soins des pieds Kathy Ouellet - Terrebonne n.d. <https://soinsdespiedsok.com/description-des-pathologies/durillons/> (accessed July 6, 2021).
- [105] Cors au pied, oeil-de-perdrix : traitement naturel - Epitact n.d. <https://epitact.fr/douleur-pied/cor-oeil-de-perdrix> (accessed April 22, 2021).
- [106] Piqûres d'insectes. LaSante.net n.d. <https://lasante.net/fiches-conseil/automedication/problemes-ete/piqures.htm> (accessed November 29, 2020).
- [107] Insectes piqueurs | Punaises de lit - Anticimex n.d. <https://www.anticimex.com/fr->

- be/nuisibles/insectes-piqueurs/punaises-de-lit/ (accessed April 25, 2021).
- [108] Le Moniteur des pharmacies, N°3248 2018:26.
- [109] Éliminer les puces : puces de lit, puce du chat, puce du chien... Réf Anti Moustique n.d. <https://www.anti-moustique.net/nuisibles/puces-de-lit/> (accessed July 6, 2021).
- [110] ROCHE Matthieu. Prévention et prise en charge des piqûres d'hyménoptères en France métropolitaine : Rôle du pharmacien d'officine. Université d'Angers, 2014.
- [111] intracto. Piqûre de guêpe, d'abeille, de frelon et de bourdon. Cent Antipoisons Belge n.d. <https://www.centantipoisons.be/nature/animaux/piq-re-de-gu-pe-d-abeille-de-frelon-et-de-bourdon> (accessed April 27, 2021).
- [112] Piqûre d'abeille : que faire ? Naturapi Blog 2021. <https://www.naturapi.com/naturapicafe/piqure-dabeille-que-faire/> (accessed July 6, 2021).
- [113] MacLeod J, Innes AJ, Dover AR, Fairhurst K, Ponsoye M, Britton R, et al. Examen clinique et sémiologie Macleod: [interrogatoire et examen clinique, sémiologie par appareil, situations particulières. 2019.
- [114] Agostinucci J-M, Bertrand P, Occulti J. L'urgence à l'officine. 2020.
- [115] La prévention des piqûres d'animaux. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/piqure-insectes-animaux/prevention.html> (accessed April 27, 2021).
- [116] Encyclopédie Orphanet Grand Public. La maladie de Lyme, Borréliose de Lyme 2008.
- [117] Morsure de tique et prévention de la maladie de Lyme : que faire ? n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-tique-maladie-de-lyme-que-faire> (accessed May 1, 2021).
- [118] Brûlure - symptômes, causes, traitements et prévention. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure.html> (accessed May 6, 2021).
- [119] Soins après brûlure - Brûlure. Brulure n.d. <https://www.brulure.fr/brulure-thermique/soins-apres-brulure/> (accessed May 9, 2021).
- [120] Quels sont les premiers soins à pratiquer suite à une brûlure ? Dr David Picovski n.d. <https://docteur-picovski.com/faq/premiers-soins-brulure/> (accessed July 8, 2021).
- [121] `Src='https://Secure.gravatar.com/Avatar/E129751f7aeea2bc5b0d58562d75ff42?s=49<img Alt='', #038;d=mm, Srcset='https://Secure.gravatar.com/Avatar/E129751f7aeea2bc5b0d58562d75ff42?s=98 #038;r=g', #038;d=mm, Dermatologue #038;r=g 2x' class='avatar avatar-49 photo' height='49' width='49' loading='lazy'/>`Auteur. BRULURE : soigner une brulure de la peau. Téléconsultation Dermatol 2017. <https://www.dermatonet.com/brulure-soigner-brulure-de-peau.htm> (accessed July 7, 2021).
- [122] Bedane C, Collège des enseignants en dermatologie de France. Le revêtement cutané: Enseignement intégré. 2020.
- [123] drcusse. En savoir plus sur les brulures 06:57:08 UTC.
- [124] Euro-Pharmat.com - Fiches de bon Usage n.d. <http://www.euro-pharmat.com/abord-parenteral/5119-aiguille-hypodermique> (accessed May 9, 2021).
- [125] Recommandations - e-Pansement n.d. <https://e-pansement.fr/recommandations> (accessed May 9, 2021).
- [126] I. Bodokh. Traitement des cicatrices hypertrophiques et chéloïdes. Cosmétologie Dermatol Esthét 2013. [https://doi.org/10.1016/S2211-0380\(13\)55951-5](https://doi.org/10.1016/S2211-0380(13)55951-5).
- [127] Dermato-Info. la cicatrisation de la peau. Derm-Infofr n.d. <https://dermato-info.fr/fr/c-est-quoi-la-peau/la-cicatrisation-de-la-peau> (accessed May 29, 2021).
- [128] Traitement des cicatrices. Juzo n.d. <https://www.juzo.com/fr/service-connaissances/rester-informe/traitement-des-cicatrices> (accessed May 29, 2021).
- [129] Comment soigner les cicatrices? n.d. <https://www.elastoplast.fr/soins-et-conseils/premiers-soins/scar> (accessed July 10, 2021).
- [130] Cica-Care\* | Smith & Nephew - Canada n.d. [180](https://www.smith-nephew.com/fr-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

canada/produits/traitement-avance-des-plaies/cica-care-/ (accessed May 29, 2021).

[131] MEPIFORM pans siliconé cicatrice - Parapharmacie. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/parapharmacie/mepiform-pans-silicone-cicatrice-44018.html> (accessed May 29, 2021).

[132] Télangiectasies idiopathiques - Troubles cardiovasculaires. Édition Prof Man MSD n.d. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/troubles-veineux-p%C3%A9riph%C3%A9riques/t%C3%A9langiectasies-idiopathiques> (accessed July 14, 2021).

# *Serment de Galien*

*Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples,*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) 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.*

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

**TORRENTE Nolwenne**

## **Dermatoses de l'adulte : rôle et conseil du pharmacien dans la prise en charge des pathologies les plus courantes**

### **Résumé :**

La dermatologie, spécialité complexe et diversifiée, fait très souvent l'objet de demandes à l'officine, allant de pathologies bénignes aux pathologies plus chroniques. Le délai pour obtenir un rendez-vous avec un dermatologue est long et le parcours de soin coordonné peut s'avérer contraignant pour certains, c'est pour cela que les patients s'orientent vers leur pharmacien et le sollicitent de plus en plus.

En effet, du fait de sa proximité, sa disponibilité et ses connaissances, le pharmacien joue un rôle essentiel dans sa pratique au quotidien, avec des conseils adaptés concernant l'hygiène de la peau, l'évaluation de la pathologie, la prévention et la transmission de ces différentes dermatoses.

L'objectif de ce travail est donc de présenter de façon non exhaustive, les dermatoses les plus fréquemment rencontrées au comptoir chez l'adulte, dont la prise en charge peut être assurée à l'officine.

Cette thèse constitue également un support d'informations et de connaissances dans le domaine de la dermatologie, en accentuant le rôle de conseil et d'accompagnement du pharmacien, qui se doit d'orienter le patient et de connaître ses limites le cas échéant.

**Domaine :** Sciences Pharmaceutiques

**Mots clés :** Dermatologie, Peau, Officine, Conseil, Dermatose, Soins et Hygiène, Prise en charge, Dermo-cosmétologie