HAL
open science

Dermatologie pratique: élaboration d'arbres décisionnels de reconnaissance des principales affections dermatologiques rencontrées à l'officine et conduite à tenir

Sahar Nasreddine

To cite this version:

Sahar Nasreddine. Dermatologie pratique: élaboration d'arbres décisionnels de reconnaissance des principales affections dermatologiques rencontrées à l'officine et conduite à tenir. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01734028

HAL Id: hal-01734028

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734028

Submitted on 14 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY I

2009

FACULTE DE PHARMACIE

D E R M A T O L O G I E P R A T I Q U E :
E l a b o r a t i o n d ' a r b r e s d é c i s i o n n e l s d e r e c o n n a i s s a n c e d e s p r i n c i p a l e s a f f e c t i o n s d e r m a t o l o g i q u e s r e n c o n t r é e s à l ' o f f i c i n e e t c o n d u i t e à t e n i r

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le 2 juillet 2009

afin d'obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Sahar NASREDDINE**

Née le 14 novembre 1980 à Cluj-Napoca (Roumanie)

Membres du Jury

Président :	M. Gérald CATAU,	Professeur, Faculté de Pharmacie de Nancy
Juges :	Mme Elisabeth BENOIT-MORRUZZI,	Pharmacien
	M. Thibaut MENETRE,	Pharmacien

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN
Chantal FINANCE
Vice-Doyen
Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie
Pierre LABRUDE
Responsable de la Commission de la Recherche
Jean-Claude BLOCK
Directeur des Etudes
Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales
Janine SCHWARTZBROD
Responsable de la Communication
Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la Commission Hygiène Sécurité
Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine : Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie : Isabelle LARTAUD
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH : Jean-Michel SIMON
(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Thérèse GIRARD
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Louis SCHWARTZBROD
Janine SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Andrée IMBS
Marie-Hélène LIVERTOUX
Jean-Louis MONAL
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Bernard DANGIEN

Assistante Honoraire
Marie-Catherine BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER ……. Pharmacie clinique
Alain BAGREL ……. Biochimie
Jean-Claude BLOCK …… .. Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON ……. Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE …… Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL ……... Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU…… Biochimie clinique
Christophe GANTZER ……. Microbiologie environnementale
Max HENRY …… Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU ……Bio-analyse du médicament
Pierre LABRUDE …….. Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR…… Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD…… Pharmacologie
Pierre LEROY……Chimie physique générale
Philippe MAINCENT……. Pharmacie galénique
Alain MARSURA……... Chimie thérapeutique
Patrick MENU……..... Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN……...Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS……. Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS…… Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN……Biochimie, Biologie moléculaire
Jean-Michel SIMON……... Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON……... Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT……..Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS……Parasitologie
Mariette BEAUD…… Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT……Communication et Santé
Michel BOISBRUN…… Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX……...Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX……... Chimie thérapeutique
Cédric BOURA……...Physiologie
Gérald CATAU……...Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN……Chimie générale et minérale
Igor CLAROT……Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB…….. Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON…… Biochimie
Sébastien DADE……. Bio-informatique
Dominique DECOLIN…… Chimie analytique
Béatrice DEMORE……. Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU……. Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY…….. Chimie thérapeutique
François DUPUIS……... Pharmacologie
Raphaël DUVAL…… Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE……Hématologie - Génie biologique
Adel FAIZ…….. Biophysique - Acoustique
Luc FERRARI…… Toxicologie

Stéphane GIBAUD……. Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN……. Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT…… Chimie organique
Frédéric JORAND…….. Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ……Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT……Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER…… Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI…….....Hématologie biologique
Christophe MERLIN……...Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU……Pharmacognosie
Maxime MOURER……. Pharmaco-chimie supramoléculaire
Dominique NOTTER……..Biologie cellulaire
Francine PAULUS……..Informatique
Christine PERDICAKIS……. Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO……... Pharmacologie
Virginie PICHON……... Biophysique
Anne SAPIN……... Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER……Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY……Santé publique
Gabriel TROCKLE……. Pharmacologie
Noëlle VAULTIER…….Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIOU……...Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI…… Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER……. Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD…….. Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS…….. Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET…….. Directeur
Jeannine GOLEC……. Responsable de la section Pharmacie-Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES

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 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A M Gérald CATAU, Maitre de conférences à la faculté de pharmacie de Nancy.

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de juger ce travail.
Veuillez trouver à travers cet ouvrage la manifestation de mon respect et de ma gratitude.

A Mme Emmanuelle BENOIT-MORRUZZI, Pharmacien.

Pour avoir accepté de conduire et de juger ce travail.
Pour la disponibilité et le temps que vous m'avez octroyé.
Pour m'avoir apporté toute votre expérience lors de la rédaction de cet ouvrage, et motivée pour le mener à bien par vos encouragements et la confiance que vous m'avez accordée.
Veuillez trouver en cet ouvrage, le témoignage de ma reconnaissance.

A M Thibaut MENETRE, Pharmacien.

Pour avoir accepté de participer à ce jury, et consacré une partie de votre temps à lire et apporter votre jugement sur ce travail.
Pour m'avoir si bien accueillie au sein de votre officine et intégrée à l'équipe avec professionnalisme et humanité ; période tout au long de laquelle vous m'avez guidée, encouragée et conseillée. Vous avez toujours été extrêmement disponible, et m'avez appris plus que le métier pratique d'officinal, celui de Pharmacien.
Avec ma plus profonde reconnaissance.

A mes parents.

Pour votre présence constante, vos encouragements, votre confiance en moi lorsque je n'en ai plus.
Pour m'avoir offert les meilleures conditions tout au long de ces années.
Pour avoir patiemment supporté mes mauvaises humeurs et le moral en berne lors de tous ces examens.
Et surtout, pour m'entourer de tout votre amour et votre attention.

A Greyce.

Ma Poupette, pour ta bonne humeur, ta joie, ton bon cœur et ton amour.
Pour tes petits billets « porte-bonheur » cachés dans ma trousse (avec tes fameuses fôtes d'orthograf), et encore tant de choses.

A Christophe et petit Sébastien.

Mes deux amours, qui m’aiment, me soutiennent, m’aident et m’encouragent, chacun de leur manière.

A ma famille

Pour leur présence, leur soutient et leur gentillesse.

A mes amis.

Pour tout ces bons moments passés ensemble, les joies et les peines partagées. Grace à vous, ces années de fac ont été plus belles.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES……...…p9

LISTE DES TABLEAUX……...p9

LISTE DES SCHEMAS…….…p9

LISTE DES PHOTOS……p9

INTRODUCTION.....p10

PARTIE I : ARBRES DECISIONNELS DE RECONNAISSANCE DES PRINCIPALES DERMATOSES RENCONTREES A L'OFFICINE.....p12

I – Les lésions élémentaires.....p14

I.1. – Tableau des lésions primaires.....p14

I.2. – Les lésions secondaires.....p15

II – Les macules.....p16

II.1 – Tableau général des macules.....p16

II.1.1 –L'observation des macules……...p16

II.1.2 –Tableau des macules en fonction de la coloration……..p16

II.2 – Tableau n°1 : Les macules érythémateuses.....p18

II.2.1 – L'observation des macules érythémateuses.....p18

II.2.2 – Tableau des macules érythémateuses.....p19

II.3 – Tableaux récapitulatifs du classement des macules et leurs principales orientations diagnostiques.....p24

II.3.1 – Les macules.....p24

II.3.2 –Les macules érythémateuses.....p25

III – Les papules.....p26

III.1 – L'observation des papules.....p26

III.2 – Tableau des papules.....p26

III.3 – Tableau récapitulatif du classement des papules et leurs principales orientations diagnostiques.....p30

IV – Les collections liquidiennes.....p31

IV.1 – Les vésicules.....p31

IV.1.1 – L'observation des vésicules.....p31

IV.1.2 – Tableau des vésicules.....p31

IV.2 – Les bulles.....p34

IV.2.1 – L'observation des bulles.....p34

IV.2.2 – Tableau des bulles.....p34

IV.3 – Les pustules.....p36

IV.3.1 – L'observation des pustules.....p36

IV.3.2 – Tableau des pustules.....p36

IV.4 – Tableaux récapitulatifs des lésions liquidiennes, et leurs principales orientations diagnostiques.....p38

IV.4.1 –Tableau des lésions à liquide clair.....p39

IV.4.2 – Tableau des lésions à liquide purulent.....p40

V – Les atteintes cornées de la peau.....p40

V.1 – Les hyperkératoses.....p40

V.2 – Les squames.....p42

V.3 – Tableau récapitulatif du classement des atteintes cornées de la peau et principales orientations diagnostiques.....p45

VI – Les atteintes des annexes de la peau.....p46

VI.1 – Les cheveux.....p46

VI.1.1 – Description du cheveu.....p46

VI.1.2 – Tableau des principales pathologies affectant le cheveu et le cuir chevelu.....p47

VI.2 – Les ongles.....p51

VI.2.1 – Rappel anatomique de l'ongle.....p51

VI.2.2 – Tableau des principales pathologies affectant les ongles.....p51

VI.3 – Tableaux récapitulatifs des annexes de la peau et leurs principales orientations diagnostique.....p53

VI.3.1 – Tableau des cheveux.....p54

VI.3.2 – Tableau des ongles.....p55

VII. – Le prurit.....p55

VII.1 – Définition du prurit......p55

VII.2 – Orientations diagnostiques devant un prurit.....p56

VII.2.1 – L'interrogatoire face à un prurit.....p56

VII.2.2 – Tableau récapitulatif du raisonnement à tenir devant un prurit, et des orientations diagnostiques possibles.....p58

VIII. – Les principales confusions à éviter.....p59

VIII.1 – Phototoxicité et photoallergie.....p59

VIII.2 – Lucite estivale bénigne, lucite polymorphe et urticaire solaire.....p60

VIII.3 – Vitiligo et pityriasis.....p61

VIII.4 – Dermite d'irritation et eczéma de contact.....p61

PARTIE II : ARBRES DE CONDUITE A TENIR ET CONSEILS FACE A UNE DERMATOSE.....p63

I – Les urgences dermatologiques.....p64

I.1 – Les urgences vitales.....p64

I.1.1 – La nécrolyse épidermique toxique.....p65

I.1.2 – Purpura pétéchial associé à un état fébrile.....p65

1.1.3 – Les nécroses des tissus cutanés.....p66

I.2 – Les brulures.....p66

I.2.1 – Conduite à tenir devant un cas de brûlure.....p67

I.2.2 – La prise en charge à l'officine.....p69

I.2.3 – Tableau et schéma représentant la surface de brûlure en % de surface corporelle.....p71

I.2.3.1 – Chez l'enfant......p71

I.2.3.2 – Chez l'adulte......p71

I.3 – Les morsures.....p72

I.3.1 – Conduite à tenir face à une morsure.....p73

II – Lésions rencontrées dans les macules.....p74

II.1 – Le pityriasis versicolor.....p74

II.2 – Les dermatophytoses des plis.....p75

II.3 – L'érythème fessier du nourrisson.....p76

II.4 – Les photosensibilisations médicamenteuses.....p79

II.4.1 – Définitions.....p79

II.4.2 – Prise en charge.....p81

II.5 – L'érysipèle…….p81

II.5.1 – Définition et signes cliniques……..….p81

II.5.2 – Traitement……p82

III – Les lésions liquidiennes.....p83

III.1 – L'herpès labial.....p83

III.1.1 –Définition.....p83

III.1.2 – Conduite à tenir devant un cas d'herpès labial.....p84

III.2 – Le zona.....p86

III.2.1 –Définition.....p86

III.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de zona.....p87

III.3 – La varicelle de l'enfant.....p88

III.4 – Les photodermatoses : la lucite estivale bénigne, la dermite des prés et les dermites en breloque.....p90

III.4.1 – Définitions.....p90

III.4.2 – Conduite à tenir devant un cas de photodermatose non médicamenteuse.....p90

III.5 – L'acné.....p92

III.5.1 – Définition.....p92

III.5.2 – Conduite à tenir devant une personne se plaignant d'imperfections de la peau.....p92

III.6 – Le furoncle.....p95

III.6.1 – Définition.....p95

III.6.2 – Conduite à tenir devant un cas de furoncle.....p96

IV – Les lésions papuleuses.....p97

IV.1 – La gale humaine.....p97

IV.1.1 –Tableau de conduite à tenir devant une gale.....p98

IV.1.2 – Les principaux produits anti gale et leurs caractéristiques.....p99

IV.2 – Les piqures et morsures d'insecte.....p101

IV.2.1 – Les principaux insectes rencontrés.....p101

IV.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de piqûre par un arthropode……p101

IV.2.3 – Précisions sur les tiques.....p104

IV.2.3.1 – Espèces, écologie et mode de vie en France.....p104

IV.2.3.2 – La maladie de Lyme.....p105

IV.2.3.3 – Procédure de retrait d'une tique.....p106

V – Les atteintes épidermiques.....p107

V.1 – Les hyperkératoses p107

V.1.1 – Prise en charge d'un pied hyperkératosique.....p108

V.1.2 – Prise en charge des verrues.....p109

V.1.3 – Cas particulier du pied diabétique.....p112

V.2 – Les squames.....p114

V.2.1 – La sécheresse cutanée.....p114

V.2.2 – Le psoriasis.....p115

V.2.2.1 – Définition du psoriasis......p115

V.2.2.1 – Conduite à tenir devant un cas de psoriasis......p116

VI – Les atteintes du cheveu et du cuir chevelu......p118

VI.1 – La pédiculose.....p119

VI.1.1 – Le poux : description et cycle de vie.....p119

VI.1.2 – Prise en charge d'une pédiculose à l'officine.....p120

VI.2 – Les chutes diffuses de cheveu.....p123

VI.2.1 – Qu'est-ce que la chute de cheveux diffuse? p123

VI.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de chute diffuse des cheveux ..p124

VI.3 – Les pellicules.....p126

VI.3.1 – Les causes et facteurs associés de l'état pelliculaire du cuir chevelu.....p126

VI.3.2 – Conduite à tenir devant un état pelliculaire du cuir chevelu...p127

VI.4 – La dermatite séborrhéique.....p129

VI.4.1 – Manifestations de la dermatite séborrhéique.....p129

VI.4.2 – Populations touchées.....p129

VI.4.3 – Facteurs mis en cause.....p129

VI.4.4 – Conduite à tenir devant un cas de dermatite séborrhéique.....p130

VII – Les atteintes mycosiques de l'ongle......p131

VII.1 – Les différents types de mycose unguéale.....p132

VII.1.1 – Les dermatophytoses.....p132

VII.1.2 – Les candidoses.....p132

VII.2 – Conduite à tenir devant un cas d'onychomycose.....p133

VIII – L'eczéma......p135

VIII.1 – Les différents types d'eczéma.....p136

VIII.1.1 – L'eczéma constitutionnel.....p136

VIII.1.1.1 – Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans....p136

VIII.1.1.2 – Chez l'enfant de plus de 2 ans......p137

VIII.1.1.3 – Chez l'adolescent et l'adulte.....p137

VIII.1.2 – L'eczéma de contact.....p137

VIII.1.2.1 – Définition.....p137

VIII.1.2.2 – Populations touchées.....p138

VIII.2 – Gestion des eczémas à l'officine.....p138

VIII.2.1 – Tableau ce conduite à tenir devant une dermatite atopique…….p140

VIII.2.2 – Tableau ce conduite à tenir devant un eczéma de contact.....p142

CONCLUSION.....p143

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES…….....…...p146

ANNEXES…….……..p157

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Découpage du corps de l'enfant en termes de pourcentage de surface corporelle……...……p71

Figure 2 : Découpage du corps adulte en termes de pourcentage de surface corporelle...…p72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Différences caractéristiques entre phototoxicité et photoallergie……..…p59

Tableau II : Différences caractéristiques entre LEB, lucite polymorphe et urticaire solaire……..p60

Tableau III : Différences caractéristiques entre vitiligo et pityriasis…….…….p61

Tableau IV : Différences caractéristiques entre dermite d'irritation et eczéma de contact…….p62

Tableau V : Spécialités pour la prise en charge d'une gale humaine…….…….p100

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Coupe longitudinale d'un cheveu et de son bulbe pilaire……..p47

LISTE DES PHOTOS

Photos 1 et 2 : Modèles de crochets vendus en pharmacie…….p106

INTRODUCTION

La peau est à considérer comme un organe à part entière. C'est un élément privilégié de la vie de relation, lié à la vie affective et au plaisir, et ce dès la naissance, par l'intermédiaire, en particulier, des échanges tactiles avec la mère. La peau a donc une valeur symbolique importante. Par ailleurs, les lésions cutanées sont visibles et la maladie se trouve donc affichée aux yeux des proches voire de tout le monde. Les dermatoses altèrent donc inévitablement aussi bien l'image que le sujet a de lui-même que l'image qu'il offre à autrui. Cette altération s'accompagne d'une perte de l'estime de soi réalisant une profonde blessure narcissique. Aussi, même si la plupart des dermatoses ne mettent pas en jeu le pronostic vital, elles ont souvent un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales, et leurs activités quotidiennes, c'est à dire sur ce qui peut être défini comme la qualité de vie. La fréquente chronicité des dermatoses ajoute des difficultés d'observance des traitements.

Le champ d'action de la dermatologie est très large, allant de pathologies bénignes et communes, à des pathologies complexes et chroniques. La prise en charge des affections dermatologiques relève principalement des compétences d'un médecin généraliste, voire d'un spécialiste en dermatologie. Des symptômes parfois gênants incitent le patient à solliciter le pharmacien en première intention.

Tout officinal est régulièrement confronté à cette demande : « Regardez, qu'est ce que j'ai sur la peau, qu'est ce que c'est, est-ce qu'on peut mettre quelque chose ? ». De par sa proximité, sa disponibilité immédiate, sa gratuité, les patients font appel au pharmacien pour un avis, avant même la consultation chez un médecin généraliste. A partir de ce moment plusieurs possibilités s'offrent à lui, du simple conseil, à la prise en charge à l'officine, jusqu'à l'orientation vers un médecin.

Lors de l'examen du patient, deux démarches peuvent être possibles. La première, « impulsive » est celle où au premier coup d'œil on reconnait une maladie cutanée particulière sur un aspect clinique caractéristique. Elle nécessite d'avoir déjà vu la lésion, ce qui peut être le cas d'un pharmacien expérimenté avec plusieurs années de pratique derrière lui, mais ceci comporte un risque d'erreurs. La deuxième méthode est analytique et correspond à une démarche plus raisonnée : une analyse de la situation et sa synthèse.

C’est cette deuxième méthode que je veux décrire dans la première partie de ce travail. Je présente toute une série d’arbres décisionnels, dans un ordre méthodique, qui nous aident à aboutir à une réponse possible. Ces arbres sont réalisés tout d’abord en fonction de ce que l’on voit, des lésions et leurs caractéristiques. Dans une deuxième partie, j’aborderai la démarche à suivre une fois la dermatose identifiée, que se soit par les soins du pharmacien ou d’un médecin, tout en gardant une méthodologie d’arbres décisionnels en fonction de la situation, ou de critères caractéristiques.

Bien sûr, le rôle du pharmacien ne consiste en aucun cas à poser un diagnostic. Cependant il se doit de savoir reconnaitre les pathologies dermatologiques les plus fréquentes et caractéristiques, discerner les signes de gravité, connaitre les limites de son domaine d’intervention et prodiguer des conseils adaptés.

<u>PARTIE I</u> : ARBRES DECISIONNELS DE RECONNAISSANCE DES PRINCIPALES DERMATOSES RENCONTREES A L'OFFICINE

Un client entre dans l'officine, vous montre ou vous décrit ce qui lui arrive. Avant de lui donner une quelconque réponse, il ne faut pas oublier de considérer le patient dans sa globalité. En dermatologie, un diagnostic est établi sur les données d'un interrogatoire, suivi d'un examen physique minutieux et d'examens complémentaires.

Le pharmacien quant à lui, doit mener un interrogatoire sur l'histoire de la dermatose du patient, lui faire parfois reformuler sa description. Cet interrogatoire (1) doit être le plus dense possible.

Tout d'abord il faut s'intéresser à la nature du patient : qui est-il ? Une femme, un homme, un enfant, un nourrisson....Certaines pathologies surviennent à des âges préférentiels, comme la dermatite atopique, ou bien ont une prédominance féminine comme la lucite estivale bénigne. C'est déjà un premier indice qui nous permet d'écarter de fausses pistes.

Ensuite, rechercher la possibilité d'antécédents : est-ce la première fois, ou bien y a-t-il une certaine récurrence dans le temps, une variation saisonnière, une tendance à avoir des pathologies dermatologiques...

Il faut également faire préciser le mode d'apparition des lésions : sont-elles d'apparition brutale, ou évolutive ? Dans ce dernier cas, il est nécessaire de faire décrire l'aspect initial des lésions, ce qui n'est pas toujours aisé lorsque cela date depuis un moment, ou que le début est passé inaperçu et comment elles se sont étendues.

La localisation des lésions a son importance, car elle peut faire partie des caractéristiques d'une pathologie. Les plis par exemple sont un siège de prédilection des mycoses à dermatophytes.

Puis il faut se préoccuper de l'environnement du patient : sa profession, ses activités de loisir, si des membres de son entourage proche sont également touchés ? En effet, on peut citer de nombreuses maladies professionnelles qui ont un retentissement dermatologique, comme la dermite irritative des coiffeuses due à la manipulation quotidienne de produits chimiques.

Y a-t'il en plus des lésions, des signes fonctionnels tels que de la fièvre, des démangeaisons, des douleurs ? Ces signes sont surtout des indicateurs de gravité. (1)

Enfin, surtout en tant que pharmacien, s'inquiétera de la prise éventuelle de médicaments *per os* ou topiques, dans les jours qui ont précédé l'apparition des lésions. Aussi, demander si la personne n'a pas essayé de se soigner toute seule en ayant déjà appliqué quelque chose, ce qui peut modifier l'aspect de la lésion initiale.

Après cet interrogatoire, on passe à l'examen dermatologique proprement dit, qui doit partir de l'identification d'une lésion élémentaire. C'est donc par ce premier tableau qu'il faut commencer ; selon le type de lésion élémentaire trouvé, on se dirigera vers le tableau suivant correspondant.

I – Les lésions élémentaires.

Une même pathologie peut avoir plusieurs types de lésions, selon son stade évolutif. Il faut essayer de déterminer quelle est la lésion dominante, ou celle qui est apparue en premier, par l'interrogatoire du patient. Certaines pathologies peuvent donc se retrouver dans plusieurs arbres, notamment l'eczéma.

Les lésions élémentaires sont soit primaires, c'est-à-dire le reflet initial de la lésion dermatologique, soit secondaires, représentant l'évolution de la pathologie. Les lésions élémentaires se reconnaissent sur des bases cliniques. L'inspection visuelle apprécie la taille, la couleur, les bords, l'arrangement et la distribution des lésions. La palpation apprécie les caractéristiques de la surface, le relief, et entre le pouce et l'index, l'infiltration ou la consistance. Elle permet aussi de situer la lésion en profondeur selon la mobilité sur les plans profonds. Il est possible de compléter l'examen par la vitropression.

I.1. – Tableau des lésions primaires (2)

C'est le premier tableau, par lequel il faut débuter. Plusieurs types de lésions peuvent coexister : il faut alors choisir celui qui est apparu en premier, ou qui domine.

A – Taches planes, sans relief.....MACULES

B – Lésions surélevées faisant saillie sur la peau avoisinante normale
Ne contiennent pas de liquide

B1 – A surface étendue…….....PLAQUES

B2 – A surface < 1 cm, conique, hémisphérique, à facettes...
Consistance ferme, limites nettes….....PAPULES

C – Collections liquidiennes

C1 – Liquide clair

C11 – de petite taille ≤ 1 cm.....VESICULE

C12 – de grande taille ≥ 1 cm.....BULLE

C2 – Liquide purulent.....PUSTULE

D – Atteinte des couches cornées

D1 – Epaississement de la couche cornée de la peau.....HYPERKERATOSE

D2 – Fines lamelles épidermiques se détachant de la surface de la peau.....SQUAMES

Une fois un choix de lésion primaire arrêté, nous allons nous reporter au chapitre correspondant, afin de continuer l'identification de la lésion.

I.2. – Les lésions secondaires (3)

La lésion élémentaire évolue dans le temps et donne des lésions secondaires. Lors de prurit, l'excoriation provoquée par celui-ci est une lésion secondaire ; par exemple lors de pédiculose, le grattage féroce arrache la peau saine, ce qui provoque des plaies pouvant s'infecter. Les principales lésions secondaires, sont :

- ✓ Les cicatrices : se sont des lésions de réparation, qui peuvent être atrophiques, hypertrophiques, voire chéloïdes.
- ✓ Les croûtes : elles sont formées par des exsudats séchés.
- ✓ Les squames sont souvent considérées comme des lésions secondaires, car elles apparaissent le plus souvent après une lésion érythémateuse plane ou une lésion liquidienne.
- ✓ La sclérose : la peau est dure, épaisse, et perd de son élasticité.
- ✓ Les pertes de substance cutanées : l'ulcération, la gangrène, l'escarre...

II. LES MACULES

II.1 – Tableau général des macules

II.1.1 –L'observation des macules

La macule est une tache plane, sans relief ni infiltration (2). C'est donc un changement de couleur. Le plus souvent elle est de couleur rouge ; lorsqu'elle est d'une autre couleur, on dit qu'elle est pigmentaire. Cependant dans certains cas la macule est partiellement ou complètement décolorée : on le remarque par rapport à la pigmentation générale de la peau saine. (2). Donc, le premier critère sur lequel il faut se baser dans les macules est la coloration.

II.1.2 –Tableau des macules en fonction de la coloration

A – Macule colorée

A1 – La macule est rouge

A11 – Disparait à la vitropression.....ERYTHEMES **(TABLEAU N °1)**

A12 – Persiste lors de la vitropression.

Des globules rouges infiltrent le derme.

Evolution suivant les colorations des ecchymoses.....PURPURA (2)

A121 – Apparition chez les personnes âgées, sans aucune anomalie de la formule sanguine.

Taches couleur lie de vin, brunissant dans le temps, en nombre variable.

Principalement localisées au dos des mains, des avant-bras, et la face antérieure des jambes (4).....PURPURA SENILE DE BATEMAN

A13 – S'efface en partie à la pression (2)

A131 – Tache plane présente à la naissance sur les paupières,
la nuque, les joues, le front.....ANGIOME PLAN

A132 – Survenue dans les premières semaines de vie
Coloration rouge vif.....HEMANGIOME

A2 – Pigmentation mélanique de la macule

A21 – Localisée

A211 – Chez une femme enceinte.
Tâches « café au lait » sur le front, les joues, le nez de manière symétrique. (4)
.....CHLOASMA

A212 – Chez un nourrisson.
Tâche gris ardoise au niveau des fesses et du bas du dos (4).....TACHE MONGOLIQUE

A213 – Chez une personne âgée, ou > 50 ans.
Macule de couleur brun-chamois, lisse, de quelques millimètres à quelques cm de diamètre.
Localisé sur le dos des mains le plus souvent, ou les zones exposées au soleil durant la vie (4)….....LENTIGO SENILE

B – Macule décolorée

B1 – Partiellement décolorée : hypochromie (2)

B11 – Macule jaune chamois ou brune, non prurigineuse, siégeant sur la partie supérieure du thorax, des épaules, le haut du dos, les avant-bras.
Sujet à peau grasse, ou utilisant des crèmes grasses, huiles de corps.
Les taches peuvent être finement squameuses.

Taches devenant achromiques après exposition solaire (6).....PITYRIASIS VERSICOLOR

B2 - Complètement décolorée : achromie

B21 – Symétrique et bilatéral

La surface de la peau est normale et les limites sont nettes.

Les zones les plus atteintes sont : les zones de protubérance osseuse,

les régions périorificielles, les organes génitaux externes et les plis axillaires.

La forme et la taille sont variables.

Touche indifféremment un homme ou une femme (6)…….....VITLIGO

II.2 – Tableau n°1 : Les macules érythémateuses

II.2.1 – L'observation des macules érythémateuses

Les macules érythémateuses sont les plus nombreuses. Pour simplifier la lecture des tableaux, il est plus aisé de les traiter dans un nouveau tableau.

Le premier critère de base qui sert à les différencier est leur localisation. Celle-ci peut être très localisée et bien délimitée, soit aux régions découvertes, soit dans des régions couvertes qui sont assez indicatrices d'un type de pathologie. Lorsque l'érythème est localisé, c'est le plus souvent un symptôme (2).

Ou bien l'érythème est généralisé. Dans ce cas c'est le plus souvent le reflet d'une maladie (2). Les érythèmes généralisés correspondent à deux grandes causes (2) : La première est virale : sont en faveur le contexte épidémique, la notion de contage, de fièvre associée, de syndrome grippal, l'existence d'un énanthème (éruption affectant les muqueuses externes) ou d'adénopathies. La seconde est médicamenteuse : sont en faveur le prurit, le polymorphisme de l'éruption, et la notion de prise médicamenteuse récente ou plus ancienne (quelques jours à quelques semaines).

Les éruptions généralisées sont de trois grands types (2) :

- ✓ de type scarlatiniforme : érythème rouge vif, en grands placards continus sans intervalles de peau saine.
- ✓ de type morbilliforme (ressemble à la rougeole) : érythème rouge étendu fait d'éléments de petite taille (< 1 cm de diamètre) avec des intervalles de peau saine.
- ✓ de type roséoliforme : érythème fait de taches roses, mal délimitées avec de large intervalles de peau saine.

II.2.2 – Tableau des macules érythémateuses

A – Erythèmes localisés : rougeur plus ou moins étendue sur le corps

A1 – Brûlure par une source de chaleur : eau bouillante, plaque chauffante, coup de soleil...La lésion est rouge vif et douloureuse, la peau est sèche et légèrement enflée ; elle devient blanche sous une vitropression.....BRULURE DU 1ER DEGRE (7)

A2 – Lésion localisée au niveau des mains ++++, aux contours limités.
Sensation de brûlure, pas de prurit.
Contact de produits irritants notoires, de produits chimiques (détergents, ammoniaque, teintures, antiseptiques, vernis, peintures, colorants...) au cours de ses loisirs ou sa profession (coiffeuses, ménagères, professionnels de sante, travaux publics, métallurgie) (8).....DERMITE D'IRRITATION

A3 – Eruption chez l'enfant entre 3 mois et 4 ans, sous forme de macules rose pale sur le tronc principalement, avec respect du visage.
Fièvre élevée durant 3 à 5 jours précédant l'éruption (9)…..ROSEOLE INFANTILE

A4 – Grosse jambe rouge fébrile, unilatérale.
Début brutal, fièvre élevée : 39-40°C.
Plaque érythémateuse bien circonscrite, œdémateuse allant jusqu'au décollement bulleux, douloureuse……...ERISYPELE

B – Erythèmes régionaux : ils siègent dans des topographies bien définies, qui expliquent par elles même la cause.

B1 – Erythème des plis

B11 – Erythème des grands plis

Intéresse les plis axillaires, inguino-cruraux, inter-fessiers. Chez le sujet obèse, il peut aussi toucher des plis abdominaux et la ligne sous-mammaire. La lésion part du fond du pli et s'étend de manière excentrique ; elle est prurigineuse.

La lésion évolue en vésicules et squames sur les bords ; le centre a tendance à guérir (10)……..…..DERMATOPHYTOSE DES GRANDS PLIS

B12 – Erythème des petits plis

Intéresse les plis interdigitaux de la main, ou plus souvent du pied au niveau du 4ème espace inter-orteil. (10)

Aspect macéré pouvant se fissurer. La lésion peut évoluer en vésicule qui sèche et desquame. (10)

Une sensation de démangeaison intense peut exister.....……..INTERTRIGO

B2 – Erythème du nourrisson

B21 – Lésion localisée sur les zones convexes du siège en « W ». La peau est rouge et brillante ; *respect des plis inguinaux* et de la zone périanale. L'ensemble est limité aux parties recouvertes par les langes(11).....ERYTHEME FESSIER DE CONTACT

B22 – Erythème débutant aux plis prenant un aspect en « Y », avec une ligne unique remontant au sommet du pli interfessier. Aspect rouge vif, érosif et extensif.

Les convexités ainsi que *les plis sont touchés*.

Souvent une diarrhée, ou un traitement antibiotique instauré peu avant sont concomitants(11).....DERMITE MIXTE INFECTIEUSE

B23 – Erythème centré sur l'anus, érosif, s'étendant de manière centrifuge.
Nourrisson nourri à l'allaitement maternel (11).....ERYTHEME PAR HYPERACIDITE DES SELLES

B24 – Erythème débutant comme un érythème fessier qui s'étend de manière centrifuge vers les cuisses puis l'abdomen avec des squames associés.
L'érythème atteint le corps entier. L'état général de l'enfant reste bon : pas de fièvre ni de prurit (11).....MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS

B3 – Erythème des zones découvertes

B31 – Apparition de lésions sans forme définie sur des zones découvertes comme le visage, le cou, le décolleté, le dos des mains et avant-bras.
Notion d'exposition solaire.....ERYTHEME ACTINIQUE

C – Erythème généralisé

C1 – Notion de prise médicamenteuse depuis quelques heures à plusieurs jours.

C11 – Eruption morbilliforme rosée ou rouge prurigineuse. (12)
Répartition en grand nombre avec une prédominance au tronc. (12)
Association de fièvre sans signe infectieux et de démangeaisons. (9)
Evolution favorable en squames au bout de 10 jours. (12)
Médicaments consommés tels que : pénicillines A, sulfamides, AINS, IEC, Anticonvulsivants (9)……...EXANTHEME MEDICAMENTEUX

C12 – Dans les heures qui suivent la prise, < 48 heures : sensation de brûlure, puis éruption d'une ou plusieurs plaques arrondies ardoisées bien délimitées. Elles peuvent être recouvertes de bulles. (12)
Médicaments consommées tels que : AINS, codéine, aspirine, cyclines, sulfamides. (12)

Une réintroduction du médicament provoque les mêmes lésions au même endroit (12).....ERYTHEME PIGMENTE FIXE

C2 – Aucune prise de médicaments

C21 – Catarrhe oculo-nasal : rhinite, conjonctivite, toux rauque, fièvre à 39-40 °C.
Enanthème : sur la face interne des joues en regard des molaires, présence d'éléments blancs punctiformes sur un fond érythémateux ; c'est un signe pathognomonique. (13)
Eruption en une seule poussée progressive et descendante en partant du cou, non prurigineuse, avec intervalles de peau saine……ROUGEOLE

C22 – Taches rose pâle, mal délimitées sur une peau saine environnante : type roséoliforme. L'exanthème ressemble à la rougeole, mais il n'y a pas d'énanthème, et la fièvre est peu importante. (13)
Enfant de 2 à 10 ans et adultes (13)….....RUBEOLE

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

- Les macules colorées :

PHOTOS N° 1, N°2	Purpura
PHOTOS N° 3, N°4	Purpura sénile de Bateman
PHOTOS N° 5, N°6	Angiome plan
PHOTOS N° 7, N°8	Hémangiome
PHOTOS N° 9, N°10	Chloasma
PHOTOS N° 11, N°12	Tache mongolique
PHOTOS N° 13, N°14	Lentigo sénile

- Les macules décolorées :

PHOTOS N° 15, N°16	Pityriasis versicolor
PHOTOS N° 17, N°18	Vitiligo

- Les macules érythémateuses :

PHOTOS N°19, N°20	Brûlure 1er degré
PHOTOS N°21, N°22	Dermite d'irritation
PHOTOS N°23, N°24	Roséole infantile
PHOTOS N°25, N°26	Erysipèle
PHOTO N° 27	Dermatophytose des grands plis
PHOTOS N° 28, N°29	Intertrigo
PHOTO N° 30	Erythème fessier de contact
PHOTO N°31	Dermite mixte infectieuse
PHOTOS N°32, N°33	Erythème par hyperacidité des selles
PHOTO N°34	Maladie de Leiner-Moussous
PHOTOS N°35, N°36	Erythème actinique
PHOTOS N°37, N°38	Exanthème médicamenteux
PHOTOS N°39, N°40	Erythème pigmenté fixe
PHOTOS N°41, N°42	Rougeole
PHOTOS N°43, N°44	Rubéole

II.3 – Tableaux récapitulatifs du classement des macules et leurs principales orientations diagnostiques

Nous présentons d'une part le tableau général des macules, puis dans un autre tableau nous développons les érythèmes qui sont très nombreux et variés.

II.3.1 – Les macules

Les macules			**Orientation diagnostique**
Macule colorée			
	Macule rouge		
		Disparait à la vitropression	**ERYTHEMES**
		Persiste à la vitropression	**Purpuras**
		S'efface en partie	**Angiomes**
	Macule mélanique		
		Chez la femme enceinte	**Chloasma**
		Chez un nourrisson	**Tache mongolique**
		Chez le vieillard	**Lentigo sénile**
Macule décolorée			
	Partiellement		
		Couleur chamois, finement squameuse, sur zones grasses	**Pityriasis versicolor**
	Complètement		
		Symétrique et bilatéral	**Vitiligo**

II.3.2 – Les macules érythémateuses

Les érythèmes			**Orientation diagnostique**
Localisés			
	Contact avec une source de chaleur		
		Lésion rouge qui devient blanche sous pression.	**Brûlure du 1er degré**
	Contacts répétés de produits chimiques		
		Lésions au niveau des mains +++. Sensation de brûlure.	**Dermite d'irritation**
	Chez l'enfant de 3 mois à 4 ans		
		Macules rose pâle sur le tronc. Respect du visage. Fièvre 3 à 5 jours avant.	**Roséole infantile**
	Grosse jambe rouge aiguë fébrile, unilatérale, douloureuse		**Erysipèle**
Régionaux			
	Dans les plis		
		Grands plis, avec prurit.	**Dermatophytose des grands plis**
		Petits plis, orteils, avec prurit.	**Intertrigo**
	Chez le nourrisson		
		Sur le siège en forme de W. Respect des plis et de l'anus.	**Erythème fessier de contact**
		Sur le siège en forme de Y. Rouge vif érosif, plis touchés.	**Dermite mixte infectieuse**
		Allaitement maternel. Erosif, centré sur l'anus.	**Erythème par hyperacidité des selles**
		Débute aux fesses. Extension vers les cuisses et abdomen. Pas de fièvre, ni de prurit.	**Maladie de Leiner-Moussous**
Généralisés			
	Prise de médicaments		
		Eruption morbilliforme sur le tronc. Fièvre, sans démangeaisons. Evolution favorable en squames en 10 jours.	**Exanthème médicamenteux**
		Dans les heures qui suivent la prise. Eruption en plaques délimités. Une réintroduction du médicament provoque des lésions aux mêmes endroits.	**Erythème pigmenté fixe**
	Pas de prise médicamenteuse		
		Fièvre 39-40°C, catarrhe occulo-nasal. Eléments blancs punctiformes sur la face interne des joues. Eruption en une seule poussée, sans prurit.	**Rougeole**
		Taches roséoliformes mal délimités Absence de fièvre Enfant entre 2 et 10 ans	**Rubéole**

III – Les papules

III.1 – L'observation des papules

Elles font partie des lésions visibles et palpables (2). La papule est une élevure saillante dont le relief superficiel est bien perçu à la palpation, non indurée, solide sans contenir de liquide, bien circonscrite et de petite dimension (diamètre inférieur à 1 cm) (2). Elle peut être ronde, ovalaire, polygonale et/ou ombiliquée. Si elle plus grande, on parle alors de plaque. La plaque peut résulter de la confluence de petites papules ou se constituer d'emblée (2).

On distingue trois types de papules. La première est la papule épidermique : elle est sèche et kératosique ; la plus connue est la verrue. Le deuxième type est la papule dermique, qui est plus profonde : celle-ci est soit œdémateuse, soit la résultante d'un infiltrat cellulaire, soit d'origine dysmétabolique comme une hyperlipidémie. Enfin, les mixtes, dermo-épidermiques. (2)

III.2 – Tableau des papules

Ici, le premier critère de prise en compte des papules, est leur couleur : rouge, brune, jaune...Le second critère va être le caractère prurigineux ou non de la papule.

A – Papule érythémateuse

A1 – Papule prurigineuse

A11 – Prurit à recrudescence nocturne, souvent familial, épargnant le visage. (14)
Sillons fins et sinueux entre les doigts et les faces antérieures des poignets, des cuisses et des fesses, dans l'ombilic, sur les organes génitaux externes, les mamelons et aréoles mammaires. (14)
Possibilité d'une élevure nacrée à l'extrémité des sillons : c'est l'acarien femelle (15).....GALE

A12 – Prurit d'intensité constante sur la journée

A121 – Petite papule conique rouge sur une zone découverte. (16)
Pendant la période du mois du printemps à l'automne. (16)
Prurit intermittent.....PIQURE DE MOUSTIQUE

A122 – Plusieurs petites papules rouges très prurigineuses, pendant une semaine.
Période de fin d'été jusqu'au début d'automne. (17)
Notion de promenade en prairie, ou bien d'activité de jardinage. (17)
Localisées aux plis : aine, aisselles, dessous des seins, aux creux transpirant aisément, aux bordures des zones corporelles resserrées par un élastique (chaussettes, culotte, soutien-gorge) (17).....PIQURE D'AOUTAT

A123 – Eruption à la suite d'une exposition solaire

A1231 - Localisée sur les zones exposées, surtout le décolleté et bras. (18)
Respecte le visage. Récidive l'été chaque année. (18)
Femme jeune le plus souvent (18).....LUCITE ESTIVALE BENIGNE

A1232 – Eruption d'installation progressive vers les zones non exposées.
Aggravation possible des lésions lors d'expositions successives. (19)
Les papules évoluent en eczéma, urticaire ou autre(19)PHOTOALLERGIE

A2 – Papule non prurigineuse

A21 – Papule œdémateuse inflammatoire

A211 – Notion de promenade récente en foret, dans les herbes hautes ou possession d'un animal de compagnie type chat ou chien. (20)
Présence possible d'une tique encore sur place.....MORSURE DE TIQUE

A212 – Surélévation de la peau inflammatoire faisant suite à un comédon. (21)
Elle est chaude et tuméfiée, < 5mm.....LESION RETENTIONNELLE DE L'ACNE

A22 – Papule sur fond érythémateux chez la femme à partir de 40 ans, voire pustules sans comédons associés. Respect du pourtour de la bouche et des yeux. (22)
Plainte des patients ayant une peau sensible. (22)
Des années auparavant, présence de capillaires dilatés au niveau malaire de manière permanente (couperose) (22).....STADE D'ETAT DE LA ROSACEE

A23 – Petites papules rouge vif à violet, mesurant 1 à 6 mm de diamètre. Ne s'effacent pas à la pression. (4)
Sujet > 50 ans.
Localisation éparse sur le tronc ; lorsque la papule est sur la bordure des lèvres, elle est plutôt bleutée, de consistance molle (4).....ANGIOME SENILE
Ou TACHE RUBIS

B – Papule brune

En forme de petite tache circulaire à ovale en général. (23)
La coloration est variable : brun très foncé à très clair (23)
Leur relief est variable : plan, conique, ombiliqué (23).....NAEVUS MELANOCYTAIRE
encore appelé GRAINS DE BEAUTE

C – Papule jaunâtre

C1 – Le patient présente des anomalies du bilan lipidique. (24)
Leur présentation clinique est variable : localisation possible au niveau des paupières, des tendons, des zones de pression, en nappes sur les paumes des mains (24)....XANTHOMES

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

- Les papules érythémateuses :

PHOTOS N°45, N°46 ; N° 47	Gale
PHOTOS N°48, N°49	Piqure de moustique
PHOTO N°50	Piqure d'aoutat

PHOTOS N°51, N°52	Lucite estivale bénigne
PHOTOS N°53, N°54	Photoallergie
PHOTOS N°55 , N°56, N°57	Morsure de tique
PHOTOS N°58, N°59	Lésion rétentionelle de l'acné
PHOTOS N°60, N°61	Stade d'état de la rosacée
PHOTOS N°62, N°63	Angiome sénile

- Les papules brunes :

PHOTO N°64	Grain de beauté

- Les papules jaunes :

PHOTOS N°65, N°66	Xanthomes

III.3 – Tableau récapitulatif du classement des papules et principales orientations diagnostiques

Les papules				Orientation diagnostique
Erythémateuses				
	Prurit			
		Recrudescence nocturne. Sillons fins entre les doigts, aux poignets, cuisses, organes génitaux externes, mamelons. Contexte familial.		**Gale**
		Sur zones découvertes. Dès la belle saison. Prurit d'intensité constante à tout moment de la journée.		**Piqûre d'insecte**
		A la suite d'une exposition solaire.		
			Sur visage, bras, décolleté.	**Lucite estivale bénigne**
			Extension aux zones non exposées, avec aggravation.	**Photoallergie**
	Pas de prurit			
		Œdème + inflammation		
			Promenade en forêt, ou prairie d'herbes hautes. Erythème en cocarde 7 jours après. Possession éventuelle d'un animal.	**Morsure de tique**
			Fait suite à un comédon. Chaud et tuméfié.	**Acné rétentionelle**
		Chez la femme à la peau sensible, ≈40 ans. Présence de capillaires constamment dilatés sur le visage.		**Rosacée**
		Sujet âgé. Taches rouge vif à violet, ne s'effaçant pas à la pression.		**Taches rubis**
Brunes				
	Petite tache circulaire, au relief variable. Coloration ± foncée.			**Grain de beauté**
Jaunes				
	Anomalies du bilan lipidique. Se situe au niveau des paupières, des tendons, de la main.			**Xanthomes**

IV – Les collections liquidiennes

Les collections liquidiennes sont des lésions surélevées par rapport à la peau saine, qui contiennent un liquide. Celles-ci sont de trois types : les vésicules, les bulles et les pustules.

IV.1 – Les vésicules

IV.1.1 – L'observation des vésicules

Les vésicules réalisent des soulèvements circonscrits de l'épiderme de petite taille (inférieure à 1 cm), contenant une sérosité claire (2). Les contours sont généralement arrondis, exceptionnellement angulaires. Il existe souvent un liseré rouge autour de la bulle ou vésicule, parfois même une lésion érythémateuse (2). Le toit de la vésicule (représenté par l'épiderme) est bombé, lisse, hémisphérique au début. Quand la vésicule vieillit, elle sèche, le toit de la lésion se flétrit, la partie centrale se déprime et brunit on parle alors de lésion ombiliquée (2). Quand le toit de la vésicule est arraché, il est remplacé par une sécrétion qui sèche et forme une croûte (2).

Les vésicules surviennent soit sur une peau saine comme au cours de la varicelle, soit sur une peau érythémateuse comme dans l'herpès et le zona, ou bien sur une peau inflammatoire accompagnée de démangeaisons, réalisant la lésion élémentaire de l'eczéma par exemple, ou enfin au cours de maladies chroniques rares d'origine auto-immune.

IV.1.2 – Tableau des vésicules

Leur mode d'apparition survient soit de manière aigüe, soit de manière chronique (2). C'est ce premier critère que nous allons utiliser. Ensuite on prend en compte sa disposition topographique, ainsi que le type de sujet chez lequel cela se produit, à savoir si c'est un enfant ou un adulte car certaines pathologies vésiculeuses sont plutôt infantiles.

A – Vésicules de survenue aiguë

A1 – Vésicules groupées en bouquet à la bordure externe des lèvres. (25)

Elles sont précédées par une sensation de picotements et de chaud. (25)

Les vésicules peuvent être prurigineuses. Ensuite les elles éclatent et la lésion devient croûteuse en séchant (25).....HERPES LABIAL

A2 – Eruption en placard des vésicules localisée à une seule moitié du corps. (26)

Localisation intercostale sur le thorax, métamérique, voire sur un bras. (26)

Possibles douleurs vives de type brûlure. (26)

Personne âgée, ou aux défenses affaiblies ayant déjà été contaminée par le virus de la varicelle (26).....ZONA

A3 – Petites vésicules et démangeaisons, sur le décolleté, les épaules, les bras après une exposition solaire. (18)

Le visage est respecté. (18)

Sujet jeune et féminin (18).....LUCITE ESTIVALE BENIGNE

A4 – Survenue chez l'enfant :

A41 – Vésicules perlées de couleur chair ou blanche sous forme d'excroissance chez l'enfant. (27)

Les vésicules surviennent en groupe, de quelques unités à une dizaine d'éléments. (27)

Localisation possible n'importe où sur le corps. (27)

Lésions prurigineuses (27).....MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

A42 – Vésicules disséminées chez l'enfant sur base érythémateuse. (13)

Elles sont claires, apparaissent à la tête, puis s'étendent au tronc. Aucune zone corporelle n'est épargnée : ni le cuir chevelu ni les muqueuses. (13)

Prurit souvent intense. (13)

Possibilité de fièvre (38°5), mais pas obligatoirement. (13)

Contexte épidémiologique (13).....VARICELLE

A43 – Eruption chez un nourrisson présentant une transpiration excessive, soit parce qu'il est trop habillé, ou qu'il fait trop chaud. (13)
Les vésicules sont petites et claires (13).....MILIAIRE SUDORALE

B – Vésicules survenant selon un mode chronique

B1 – Vésicules sur base érythémateuse *prurigineuse* et suintante (28).....ECZEMA

B11 – Vésicule survenant au contact répété d'une substance chimique ou allergisante.
Les lésions sont mal délimitées avec une extension autour des zones de contact. (29).....ECZEMA DE CONTACT

B12 – Apparition chez l'enfant :

- ✓ Avant 2 ans : sur les zones convexes du visage (joues, front), du tronc, des membres, du cuir chevelu. (30)
- ✓ Après 2 ans : ce sont les plis qui sont touchés (coudes, genoux, mains, bouche). (30)

Notion de terrain importante : allergies alimentaires (protéines de lait de vache, œufs...), pneumo- allergies (acariens, pollens, poils d'animaux...). (31)
Antécédents familiaux de maladie allergique, surtout maternels. (31)
Peau souvent très sèche en dehors des phases vésiculeuses. (31)
.....DERMATITE ATOPIQUE

B2 – Petites vésicules et démangeaisons, sur le décolleté, les épaules, les bras après une exposition solaire. Le visage est respecté. (18)
Réapparition tout les ans, parfois en empirant à chaque fois. (18)
Sujet jeune et féminin.....LUCITE ESTIVALE BENIGNE

B3 – Petites vésicules claires qui démangent, et siègent aux faces latérales des doigts et des orteils, ainsi qu'aux paumes des mains et aux plantes des pieds. (32)
L'inconfort cutané (prurit et sensation de tension) précède l'éruption de vésicules. (32)

Les vésicules sèchent, mais ne se rompent pas. Elles peuvent confluer en bulles qui éclatent alors et suintent. (32).....DYSHIDROSE

IV.2 – Les bulles

IV.2.1 – L'observation des bulles

Elles réalisent des lésions en relief, de grande taille (> 1cm jusqu'à plusieurs cm), contenant un liquide qui peut être clair, jaunâtre, ou hémorragique, qui s'écoule après rupture (2) .Elles peuvent siéger en peau saine ou au contraire sur une peau érythémateuse (2). Elles peuvent se localiser sur la peau, mais aussi sur les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale, ano-génitales) (2). Comme les vésicules, les bulles sont fragiles et transitoires, et évoluent vers la rupture, ou vers la transformation en pustule. Au contraire des vésicules, les bulles laissent plus souvent des traces cicatricielles, ou des macules pigmentées après leur disparition (2).

Lorsque les bulles atteignent une surface corporelle importante, ou qu'elles se décollent par simple frottement du doigt, c'est un signe de gravité important, témoignage d'une dermatose mettant en jeu des mécanismes auto-immun, ou immuno-allergique (2). On peut citer toutes les épidermolyses bulleuses qui mettent en jeu le pronostic vital du patient s'il n'est pas pris en charge suffisamment tôt (33).

IV.2.2 – Tableau des bulles

Pour les bulles, on va surtout s'intéresser aux circonstances d'apparition : que s'est-il passé à ce moment là ? L'apparition de la bulle est-elle d'origine externe, ou bien interne ?

A – La bulle apparaît à la suite d'un frottement mécanique entre le revêtement cutané et une surface ; exemple classique des orteils frottant contre la chaussure…….....AMPOULE

B – Bulle formée à la suite d'un contact très chaud ou très froid (gelure) contre la peau : c'est la brûlure thermique.

B1 – Formation de phlyctènes (cloques), la plaie est rouge et humide.
La blessure est extrêmement douloureuse, chaude, et lancinante.
L'épiderme et une partie du derme est endommagé. Les causes peuvent être multiples (accidents domestiques, exposition solaire exagérée) (34).....BRULURE DU 2nd DEGRE

C – Consommation de médicaments par voie orale tels que cyclines, quinolones, phénothiazines, amiodarone, isotrétinoïne. (19)
Application de gel de kétoprofène, de peroxyde de benzoyle, trétinoïne, adapalène. (19)
Les lésions touchent les zones photoexposées (35).....PHOTOTOXICITE MEDICAMENTEUSE

D – Lésions reproduisant des motifs végétaux, apparaissant en général 24h après s'être couché dans l'herbe ou promené dans la nature, par temps ensoleillé. (36)
Le sujet a également eu une peau humide à ce moment (baignade, sueur...). (36)
Les lésions peuvent être linéaires, d'abord érythémateuses, puis surmontées de bulles. (36)…….....DERMITE DES PRES

Remarque :

Les plantes les plus souvent responsables sont les Ombellifères (la Berce commune ou patte d'ours, l'angélique, le céleri, le persil), les Rutacées (citron, bergamote), les Composées (achillée millefeuille, anthémis). (37)

E – Lésion siégeant sur le cou et le décolleté, le visage, sous les aisselles. (38)
Aspect en coulées ou en trainées, aux contours mal définis. (38)
Utilisation de parfum, de déodorant, de lingettes parfumées, d'huiles essentielles (bergamote, vanille, santal, géraniol). (38).....DERMITE EN BRELOQUES

F – La ou les bulles sont fugaces car fragiles, contiennent un liquide citrin et laissent vite la place à des lésions suintantes mellicériques, et crouteuses (5). Les érosions sont arrondies. Chez l'enfant ces lésions siègent le plus souvent sur le visage près des orifices (5).Peu ou pas prurigineux(5).....IMPETIGO

IV.3 – Les pustules

IV.3.1 – L'observation des pustules

Ce sont des lésions en relief ou plus rarement planes, de taille variable (souvent inférieures à 1 cm), de couleur blanche ou jaunâtre, contenant une sérosité louche ou du pus (2). Elles sont dues à un afflux de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme ou les follicules pilo-sébacés (2). Ce sont souvent des lésions initialement à l'état de vésicules ou de bulles, qui de transforment en pustules (2). Les pustules peuvent également se rompre et former des croûtes(2).

Les pustules sont de deux sortes. La première, est la pustule folliculaire, centrée sur un poil et liée à l'infection du follicule pilo-sébacé. La deuxième, est la pustule non folliculaire, qui est le plus souvent amicrobienne. (2).

IV.3.2 – Tableau des pustules

A l'officine, on va surtout rencontrer les pustules folliculaires, qui sont plus courantes, et faciles à reconnaitre.

A – Lésion unique

A1 – Lésion centrée sur un poil.

Apparition progressive d'une tuméfaction conique, rouge, chaude et très douloureuse. La nécrose du follicule est éliminée sous la forme d'une masse jaunâtre, le bourbillon. (2).....FURONCLE

A2 – Lésion centrée sur un cil.

Nodule inflammatoire, douloureux et purulent, avec une sensation de gène (39).....ORGELET

B – Lésions multiples

B1 – Lésions présentes chez un adolescent ou adulte, sur le visage, le cou, le dos, le thorax. (21)

La base est inflammatoire, surmontée d'un cône blanchâtre purulent (21).....ACNE RETENTIONELLE

B2 – Confluence et prolifération de plusieurs furoncles, surtout vu dans les zones de transpiration importante. (21)

Fièvre et adénopathie locale (21).....ANTHRAX

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

- Les vésicules :

PHOTOS N°67, N°68	Herpès labial
PHOTOS N°69, N°70, N°71, N°72	Zona
PHOTOS N°73, N°74	Molluscum contagiosum
PHOTOS N°75, N°76	Varicelle
PHOTO N°77	Milliaire sudorale
PHOTOS N°78, N°79	Eczéma de contact
PHOTOS N°80, N°81, N°82, N°83	Dermatite atopique
PHOTOS N°84, N°85, N°86, N°87	Dyshidrose

- Les bulles :

PHOTOS N°88, N°89	Ampoule
PHOTOS N°90, N°91, N°92	Brulure du 2nd degré
PHOTOS N°93, N°92	Phototoxicité médicamenteuse
PHOTOS N°93, N°94	Dermite des prés
PHOTOS N°95	Dermite en breloque
PHOTOS N°96, N°97	Impétigo

- Les pustules :

PHOTOS N°98, N°99	Furoncle
PHOTOS N°100, N°101	Orgelet
PHOTO N°102	Anthrax

IV.4 – Tableaux récapitulatifs des lésions liquidiennes, et leurs principales orientations diagnostiques

Nous séparerons les vésicules à liquide clair et celles à liquide purulent.

IV.4.1 – Lésions à liquide clair

LES VESICULES			Orientation diagnostique
Survenue aiguë			
	En bouquet au bord de la lèvre, qui picote		**Herpes labial**
	Eruption en placard sur une seule moitié du corps. Localisation métamérique. Sensation de douleur vive, de brûlure.		**Zona**
	Chez la femme jeune, après une exposition solaire. Sur le décolleté et les bras ; le visage est respecté.		**Lucite estivale bénigne**
	Chez l'enfant		
		Vésicules en groupe, perlées, de couleur chair, en excroissance. Prurigineux.	**Molluscum contagiosum**
		Vésicules sur base érythémateuse sur tout le corps. Prurit +++, sans fièvre. Contexte épidémique.	**Varicelle**
		Chez le nourrisson qui transpire beaucoup.	**Milliaire sudorale**
Survenue chronique			
	Base érythémateuse, prurigineuse, suintante		**Eczéma**
		Contacts répétés avec des substances chimiques, ou des matériaux.	**Eczéma de contact**
		Chez l'enfant. Notion de terrain allergique, d'asthme. Peau très sèche en dehors des poussées.	**Eczéma atopique**
	Petites vésicules sur la face latérale des doigts et des orteils, ainsi qu'à la plante des pieds. Prurit et sensation de tension.		**Dyshidrose**
LES BULLES			
Bulles localisées			
	Lésions touchant les zones photoexposées		
		Consommation de médicaments *per os* ou en application locale	**Phototoxicité médicamenteuse**
		Contact de plantes sur une peau humide.	**Dermite des prés**
		Aspect en coulées. Utilisation de parfums, d'huiles essentielles, de déodorant.	**Dermite en breloques**
	Frottements mécaniques répétés au même endroit.		**Ampoule**
	Exposition à une source de chaleur intense.		**Brûlure du 2nd degré**
	Chez l'enfant, bulles fugaces autour du contour des orifices du visage. Contenu mellicérique. Lésions suintantes puis croûteuses.		**Impétigo**
Bulles étendues, nombreuses, qui se décollent sur une grande surface corporelle.			**Mécanisme auto-immun, ou immuno-allergique, ou épidermolyse bulleuse**

IV.4.2 – Lésions à liquide purulent

Les Pustules		**Orientation diagnostique**
Lésion unique		
	Centrée sur un poil	**Furoncle**
	Centrée sur un cil	**Orgelet**
Lésions multiples		
	Base inflammatoire avec cône purulent. Essentiellement sur le visage, le thorax, le cou.	**Acné rétentionelle**
	Confluence de furoncles. Localisation essentiellement aux zones de macération. Fièvre et gonflement des ganglions voisins.	**Anthrax**

V – Les atteintes cornées de la peau

Concernant les atteintes cornées de la peau nous allons nous intéresser aux hyperkératoses et aux squames. Ce sont des lésions qui sont considérées comme des lésions secondaires parmi les lésions élémentaires, car se sont le plus souvent une évolution de lésion primaire.

V.1 – Les hyperkératoses

Lorsque les lamelles cornées sont fortement adhérentes, on parle de kératose (3). L'hyperkératose est une exagération de cette cohésion, et l'épaississement de la couche des kératinocytes sénescents (3). Les cas extrêmes sont les ichtyoses, pathologie dans laquelle la peau est qualifiée de reptilienne tant elle est épaisse et fissurée (3).

Les critères de détermination des lésions kératosiques, se font surtout en fonction de la zone corporelle d'apparition, qui est d'une grande aide, conjugué à l'aspect que revêt la kératose.

A – Localisées sur les pieds au niveau des points d'appui ou de frottement ; la surface est lisse.

A1 – Induration siégeant sur la face dorsale d'un orteil au niveau d'une articulation inter-phalangienne (40).....COR

A2 – Induration siégeant sur la face latérale de l'orteil, entre deux orteils au niveau de leurs contacts (40).....ŒIL DE PERDRIX

A3 – Induration au niveau de la face plantaire, en regard d'une tête métatarsienne, au niveau du point d'appui (40).....DURILLON

B – Lésion kératosique plantaire jaunâtre avec un ou des points noirs en son centre. (41)
La lésion est douloureuse et profonde. (41)
Elle peut être solitaire ou multiple (41).....MYRMECIE PLANTAIRE

C – Excroissance cornée, sèche, rugueuse, de couleur grisâtre, aspect de choux fleur. (41)
Située le plus souvent sur le dos des mains et des doigts, elle peut se retrouver au niveau du visage (41).....VERRUE VULGAIRE

D – Lésion kératosique lisse rose pâle à chamois. Isolée ou multiple, dissémination parfois linéaire. (41)
Située sur le visage, ou le dos des mains (41).....VERRUE PLANE

E – Lésion apparaissant après 50 ans.
Les lésions sont épaisses, kératosiques, pigmentées, parfois noirâtres, souvent relativement épaisses et avec un aspect franchement verruqueux (4). Il existe un enduit squamo-kératosique gras que l'on peut détacher à la curette (4). Chaque lésion apparaît comme posée sur la peau (4).
Localisé le plus souvent sur le tronc, sur les zones séborrhéiques du visage et dans les plis axillaires, inguinaux et sous-mammaires chez la femme (4).....KERATOSE SEBORRHEIQUE aussi appelée VERRUE SEBORRHEIQUE

V.2 – Les squames

Les lésions squameuses, sont constituées par des pellicules cornées qui se détachent plus ou moins facilement, et d'abondance variable (3). Elles sont fines et farineuses, ou bien épaisses, blanches ou jaunâtres (3).

Suivant l'épaisseur et l'aspect des squames, on peut en distinguer plusieurs types (3) :
- Les squames pityriasiformes : elles sont fines, blanchâtres, farineuses, peu adhérentes et de petite taille comme dans le pityriasis versicolor ; elles peuvent être sèches dans les dartres, ou au contraire grasses sur le visage ou le cuir chevelu.
- Les squames scarlatiniformes : en grands lambeaux, homogènes et peu épaisses on les retrouve dans la scarlatine, et certaines toxidermies médicamenteuses.
- Les squames icthyosiformes : de taille et de forme régulières, polygonales, ressemblant à des écailles de poissons, elles sont souvent très sèches comme dans les ichtyoses héréditaires.
- Les squames psoriasiformes : blanches, brillantes, épaisses, de taille variable (souvent larges) et adhérentes ; le grattage progressif avec une curette montre un effritement en lamelles (signe de la bougie) ; elles sont caractéristiques du psoriasis.
- Les squames folliculaires : elles sont de petite taille, en semis, et siègent à l'émergence d'un poil.

La plupart des lésions squameuses se présentent sur une base de peau rouge : on parle de lésions érythématosquameuses. La topographie de la lésion est souvent évocatrice de la pathologie.

On ne parlera pas ici des squames qui touchent uniquement le cuir chevelu, elles seront traitées dans un chapitre à part.

A – Squames sur base érythémateuse.

A1 – Manifestation à la lisière du cuir chevelu, sur les ailes du nez, dans les sourcils. (42)

Les squames sont jaunes, grasses, plus ou moins épaisses. (42)

Lésions prurigineuses, avec sensation de brûlure superficielle (42).....DERMATITE SEBORRHEIQUE

A2 – Plaques inflammatoires recouvertes de squames blanches brillantes qui se détachent en fines à épaisses pellicules. (43)

Localisation : coudes, avant-bras et mains, genoux et pieds, cuir chevelu. (43)

Lésions de grattage associées lorsqu'il y a prurit (43).....PSORIASIS

<u>Remarque :</u> il existe un psoriasis inversé, dans ce cas les lésions se localisent au niveau des plis.(44)

A3 – Fines squames sur le pourtour de la bouche, s'étendant au visage. (45)

Atteinte chez le jeune enfant, qui suce son pouce ou une tétine, ou en période de poussées dentaires, ce qui dépose de la salive (45).....DARTRES

A4 – Lésions érythématosquameuses de forme arrondie, uniques ou multiples en forme de roue ou de cible. (10)

Il y a guérison centrale, avec extension centrifuge. Les bordures sont vésiculo-crouteuses. (10)

Notion très fréquente de possession ou de contact avec un animal au moins 1 à 3 semaines avant. (10)

Le prurit est souvent féroce (10)……...…HERPES CIRCINE

aussi appelé ROUE DE SAINTE CATHERINE

B – Squames sur base non érythémateuse.

B1 – Squames fines sur macules hypopigmentées ou couleur chamois. (6)

Non prurigineux, topographie non systématisée (6).....PITYRIASIS VERSICOLOR

B2 – Squames très épaisses, avec une sécheresse de la peau extrême.

Epaississement de la couche cornée de la peau ; celle-ci évoque un aspect en écailles de poisson (3).....ICHTYOSE

B3 – Squames fines, peau qui craquèle au niveau des mains, sur le visage, sur les jambes. (46)

Période hivernale, conditions climatiques rudes ou personne ayant souvent les mains dans l'eau. (46)

Le reste de la peau est saine.....SECHERESSE CUTANEE SIMPLE

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

- Les hyperkératoses :

PHOTO N°103	Cor
PHOTO N°104	Œil de perdrix
PHOTO N°105	Durillon
PHOTO N°106	Myrmécie plantaire
PHOTOS N°107, N°108	Verrue vulgaire
PHOTOS N°109, N°110	Verrue plane
PHOTO N°111	Verrue séborrhéique

- Les squames :

PHOTOS N°114, N°115	PSORIASIS
PHOTO N°116	DARTRES
PHOTOS N°117, N°118	HERPES CIRCINE
PHOTOS N°119, N°120	PITYRIASIS VERSICOLOR
PHOTO N°121	ICHTYOSE

V.3 – Tableau récapitulatif du classement des atteintes cornées de la peau et leurs principales orientations diagnostiques

HYPERKERATOSES			Orientation diagnostique
Surface lisse			
	Sur zones d'appui		
		Face dorsale d'un orteil	**Cor**
		Face latérale d'un orteil	**Œil de perdrix**
		Sur face plantaire	**Durillon**
	Sur le visage ou dos des mains. Isolée ou multiple. Rose pâle à chamois.		**Verrue plane**
	Sur la plante du pied. Douloureux. Un ou plusieurs points noirs en son centre.		**Myrmécie plantaire**
En excroissance			
	Aspect de choux fleur grisâtre, corné et rugueux. Sur le visage, le dos des mains, ou les doigts.		**Verrue vulgaire**
	Sujet âgé. Lésions épaisses, pigmentées, « posées » sur la peau, sur des zones séborrhéiques, et dans les plis.		**Verrue séborrhéique**
SQUAMES			
Base érythémateuse			
	Grasses, jaunes, prurigineuses. A la lisière du cuir chevelu, des sourcils et aux ailes du nez.		**Dermatite séborrhéique**
	Squames fines autour de la bouche du jeune enfant. En période hivernale, ou de poussée dentaire, ou d'usage de sucette.		**Dartres**
	Squames fines, sèches, très prurigineuses. Sur coudes, avant-bras, genoux, pieds, cuir chevelu.		**Psoriasis**
	En forme de cible, unique, ou multiple. Possession ou contact avec des animaux +++. Guérison centrale, extension centrifuge.		**Herpes circiné**
Base non érythémateuse			
	Squames fines		
		Sur macules chamois ou hypopigmentées. Sur les zones grasses.	**Pityriasis versicolor**
		En période hivernale, ou conditions climatiques rudes. Sur le visage, les mains, les jambes.	**Sécheresse cutanée simple**
	Squames épaisses		
		Aspect en écailles, sècheresse extrême.	**Ichtyose**

VI – Les atteintes des annexes de la peau

Le revêtement cutané est composé de la peau et de ses annexes. La peau à proprement parler est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur de l'épiderme, du derme, et de l'hypoderme. Ses annexes comprennent les follicules pilo-sébacés (poils et cheveux), les glandes sudorales, et les ongles, principalement formés de kératine.

VI.1 – Les cheveux

VI.1.1 – Description du cheveu

Le cheveu est formé de trois parties : le bulbe pilaire que l'on nomme aussi « racine » du cheveu, la tige pilaire formée de plaques de kératine imbriquées et de longueur variable, ainsi que des gaines épithéliales. Chaque cheveu est associé à une glande sébacée, ainsi qu'à un petit muscle érecteur du cheveu. (48)

Le follicule pileux a un développement cyclique, indépendant de ceux qui l'entourent. Nous possédons environ 100 000 à 150 000 follicules pileux sur le cuir chevelu (47). Le cycle est composé de trois phases (47). La première est une phase de croissance dite phase anagène, qui dure 3 à 6 ans selon les individus. La deuxième est la phase d'involution ou catagène qui dure 3 semaines. Enfin le cycle se termine par la phase télogène, qui est une phase de repos suivie par la chute du cheveu ; celle-ci dure de 2 à 6 mois. Ainsi, l'on perd environ une cinquantaine de cheveux par jour, de manière physiologique (47).

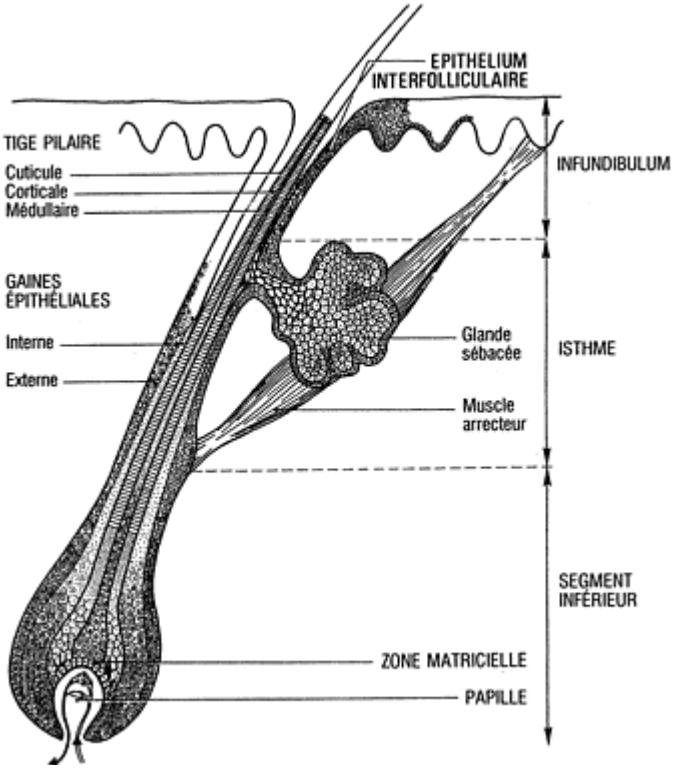


Schéma 1 : *Coupe longitudinale d'un cheveu et de son bulbe pilaire*

VI.1.2 – Tableau des principales pathologies affectant le cheveu et le cuir chevelu

Pour classer les pathologies, en premier lieu, nous nous baserons sur l'aspect du cuir chevelu. Ensuite seulement on examinera la chevelure : son aspect et sa densité.

A – Cuir chevelu non cicatriciel

A1 – Cheveux intacts, absence de chute

A11 – Prurit localisé sans pellicules

A111 – Présence de poux ou de lentes à la base du cheveu (49).....PEDICULOSE

A112 – Sujet présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques
Sujet présentant des tics (47).....PATHOLOGIE PSYCHOLOGIQUE ?

A12 – Prurit avec présence de pellicules

A121 – Le cuir chevelu est gras et les cheveux sont luisants Les squames sont épaisses, jaunâtres et adhèrent au cuir chevelu. (50)
Un érythème diffus est présent sous ces squames (50)....PELLICULES GRASSES

A122 – Le cuir chevelu est sec. Les squames sont fines, blanches et se détachent facilement. On les retrouve souvent sur le col et les épaules du sujet (50).....PELLICULES SECHES

A2 – Perte de cheveux

A21 – Perte des cheveux en plaques

A221 – Pertes squameuses.
Le sujet est souvent un enfant. (47)
Présence de plaque érythémateuse : soit grande et unique, soit multiple et de petite taille. (47)
Les cheveux sont cassés courts au niveau des plaques (47).TEIGNE TONDANTE

A222 – Perte sur peau glabre.
Sujet jeune le plus souvent. Dans les formes sévères on voit également une atteinte des ongles : la tablette unguéale est ponctuée, puis devient striée longitudinalement.
Sur les bords de la plaque les cheveux sont courts, en forme de point d'exclamation ou de pseudo-comédon (47)…….....PELADE

A22 – Perte diffuse des cheveux

A221 – Perte chronique des cheveux

A2211 – Perte survenant chez l'homme.

Perte au niveau de trois localisations principales : le vertex, la zone frontale, ou les deux en même temps qui finissent par se rejoindre. (51) La couronne de cheveux postérieure est toujours respectée (51).....ALOPECIE ANDROGENETIQUE

A2212 – Perte de cheveux survenant chez la femme, surtout à partir de la cinquantaine, ou de la ménopause. (51)
L'alopécie débute à partir de la zone médiane, la raie va s'élargir au fur et à mesure. Une mince frange frontale est conservée, malgré une alopécie du vertex quasi-totale (51)….....ALOPECIE ANDROGENETIQUE FEMININE

A2213 – Tic de traction répétée des cheveux. Les cheveux sont cassés et de longueur inégale (47).....TRICHOTILLOMANIE

A2214 – Chute de cheveux chez une personne consommant des médicaments de manière quotidienne (52) tels : anticoagulants, amiodarone, allopurinol, acide valproïque, fluoxétine, lithium, anticancéreux, antidépresseurs, interférons, contraceptifs hormonaux, bêta-bloquants, fibrates, rétinoïdes, collyres (Azopt®) (53)…….....ALOPECIE MEDICAMENTEUSE

A222 – Perte aigüe des cheveux.
Chute accélérée des cheveux en phase télogène à la suite de situations particulières, à peu près trois mois après (52). Ces situations sont en général : l'accouchement, un deuil, la dépression, un stress intense, une infection avec une fièvre intense, les carences en fer ou en acides aminés soufrés (47)...EFFLUVIUM TELOGENE

B – Cuir chevelu cicatriciel

B1 – Le follicule pileux est directement la cible du processus destructeur (souvent on retrouve une maladie génétique, immunologique ou une pathologie congénitale. (47)
.....ALOPECIE CICATRICIELLE PRIMAIRE

B2 – Le follicule pileux est détruit de manière non spécifique, à la suite de pathologies tumorales, ou à la suite d'un traumatisme (47).....ALOPECIE CICATRICIELLE SECONDAIRE

En conclusion, si une chute de cheveux diffuse n'est pas secondaire à une alopécie androgénétique elle peut relever de nombreuses étiologies : médicamenteuses, hormonales, nutritionnelles ou systémiques. Il importe en premier lieu d'apprécier l'importance de la chute, sa chronologie et d'éliminer une chute physiologique ou saisonnière. Une fois la réalité de la chute bien établie, la cause doit être recherchée ; soit elle peut être supprimée et la repousse est la règle, soit elle ne peut pas être supprimée et les traitements seront suspensifs, notamment en cas d'alopécie androgénétique. Enfin, certaines alopécies diffuses, surtout chez la femme, peuvent relever de plusieurs étiologies associées, d'où l'importance d'une enquête étiologique systématique.

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

PHOTOS N°122, N°123	Pédiculose
PHOTO N°124	Pellicules sèches
PHOTO N°125	Teigne tondante
PHOTOS N°126, N°127, N°128	Pelade
PHOTOS N°129, N°130	Alopécie androgénétique
PHOTOS N°131	Alopécie androgénétique féminine
PHOTOS N°132, N°133	Effluvium télogène

VI.2 – Les ongles

La pathologie unguéale est variée, toutes les dermatoses et tumeurs cutanées peuvent se localiser sur l'appareil unguéal : plusieurs causes totalement différentes, peuvent se traduire par les mêmes symptômes. (54)
Dans les atteintes de l'ongle, la pathologie la plus fréquente une onychomycose (10). Les signes cliniques sont variés et se traduisent par des changements de couleur de l'ongle, de sa structure, et des épaississements (10). Même si la clinique est très suggestive, le diagnostic passera obligatoirement par une confirmation biologique (10).

VI.2.1 – Rappel anatomique de l'ongle

L'ongle est formé à partir de la matrice unguéale dermique, dont on aperçoit la région distale qui correspond à la lunule (54). Cette matrice fabrique la tablette unguéale qui s'allonge sur le lit unguéal qui donne la couleur rosée à la tablette, par transparence (54). L'hyponychium est la structure épidermique qui fait suite au lit de l'ongle ; comme elle n'adhère pas à la tablette, celle-ci apparait alors blanche (54). Des cuticules forment un revêtement cutané à la base de la lunule (54).
La tablette unguéale d'un doigt se renouvelle en 4 à 6 mois, celle d'un orteil en 9 à18 mois(54).

L'onyxis est un terme général concernant toute inflammation ou infection touchant directement la tablette unguéale par anomalie de la matrice ou du lit de l'ongle. Il s'oppose au terme de « périonyxis » qui touche les replis para-unguéaux. Une atteinte de la matrice de l'ongle a pour conséquence une dystrophie de la tablette elle-même, alors qu'une atteinte du lit de l'ongle a pour conséquence un décollement ou un épaississement des tissus sous unguéaux (54).

VI.2.2 – Tableau des principales pathologies affectant les ongles

Pour déterminer le type de pathologie, les critères sur lesquels nous allons nous baser, sont d'une part la localisation de l'atteinte : matricielle, le lit, la tablette, et d'autre part l'aspect que va prendre la tablette.

A – Atteinte matricielle de l'ongle avec modification des lames unguéales.

A1 – Hyperstriation longitudinale de la tablette.
Association d'une fragilité unguéale distale (54).....ONGLE FRAGILISE

A2 – Irrégularités de la surface des lames unguéales : dépressions ponctuées, ou dépressions transversales, cuticules quasiment absentes car refoulées, association de périonyxis (54).....ONYCHOTILLOMANIE

A3 – Aspect de la tablette en dé à coudre : dépressions cupuliformes. (44)
Il peut y avoir un discrète onycholyse (44).....PSORIASIS

B – Atteinte du lit de l'ongle avec onycholyse et/ou hyperkératose sous-unguéale.

B1 – Onycholyse jaunâtre, marron, vert ou même noir. (55)
Hyperkératose très importante de la tablette. (55)
Au niveau des pieds, on remarque souvent une association avec une dermatophytose des plis ou de la peau. (55).....ONYCHOMYCOSE

B2- L'onycholyse est blanche. (54)
Les mains sont souvent dans un milieu humide, ou manipulent des produits agressifs, travaux manuels fréquents (54).....ONYCHOLYSE MECANIQUE

C – Ongle sain, associé à un périonyxis

C1 – Manipulation de produits irritants, par exemple : jus de tomate ou de citron en cuisine, produits acides (8).....DERMITE DE CONTACT

C2 – La lame unguéale est large et s'enfonce dans les parties péri-unguéales molles et charnues. (40)
Elles deviennent inflammatoires, et peuvent évoluer en produisant une poche de pus (40)…….....ONGLE INCARNE

Quelques photos illustrant les pathologies nommées ci-dessus sont situées en annexe N°1, tel que :

PHOTO N°134	Onychotillomanie
PHOTOS N°135	Psoriasis
PHOTOS N°136, N°137, N°138	Onychomycose
PHOTOS N°139, N°140	Ongle incarne

VI.3 – Tableaux récapitulatifs des annexes de la peau et leurs principales orientations diagnostiques

Ici nous présentons d'une part un tableau concernant les cheveux et le cuir chevelu, et d'autre part un tableau concernant les ongles.

VI.3.1 – Tableau des cheveux

				Orientation diagnostique
Cuir chevelu non cicatriciel				
	Absence de chute de cheveux			
		Prurit sans pellicules		
			Présence de poux	**Pédiculose**
			Manies, tics...	**Pathologie psychologique**
		Prurit avec pellicules		
			Cuir chevelu gras, squames jaunes épaisses.	**Pellicules grasses**
			Cuir chevelu sec, squames fines et brillantes	**Pellicules sèches**
	Chute de cheveux			
		Pertes en plaques		
			Pertes squameuses chez le sujet jeune. Cheveux cassées et courts au niveau des plaques	**Teigne tondante**
			Pertes sur une peau glabre. Cheveux en points d'exclamation sur le pourtour des plaques.	**Pelade**
		Pertes diffuses		
			Chronique	
			Chez l'homme au niveau du vertex et du front. Chez la femme sur la zone médiane qui s'élargit.	**Alopécie androgénique**
			Tic de traction répété	**Trichotillomanie**
			Consommation de médicaments tels que : amiodarone, anticoagulants, anticancéreux, lithium, antidépresseurs...	**Alopécie médicamenteuse**
			Aigüe	
			Chute 3 mois après un stress, un deuil, un accouchement, une infection, une dépression...	**Effluvium télogène**
Cuir chevelu cicatriciel				
	Follicule pileux détruit à la suite d'un traumatisme ou d'une pathologie tumorale			**Alopécie cicatricielle secondaire**
	Le follicule pileux est la cible du processus de destruction. Maladie congénitale, ou auto-immune.			**Alopécie cicatricielle primaire**

VI.3.2 – Tableau des ongles

		Orientation diagnostique
Atteinte matricielle de l'ongle		
	Hyperstriation longitudinale de la tablette. Fragilité distale	**Ongle fragilisé**
	Sujet se rongeant les ongles.	**Onychotillomanie**
	Tablette en dé à coudre. Discrète onycholyse.	**Psoriasis**
Atteinte du lit de l'ongle		
	Onycholyse jaunâtre, marron, verte ou noire. Association d'une dermatophytose aux pieds ou aux mains.	**Onychomycose**
	Onycholyse blanche. Mains constamment en milieu humide.	**Onycholyse mécanique**
Ongle sain, périonyxis		
	Manipulation de produits irritants.	**Dermite de contact**
	La lame unguéale s'enfonce dans les chairs. Inflammation et poche de pus.	**Ongle incarné**

VII. Le prurit

VII.1 – Définition du prurit.

Le prurit est une sensation cutanée anormale qui provoque le besoin de se gratter. Il est particulier à la peau : le prurit n'existe pas aux viscères (56). Il peut être localisé, diffus ou généralisé à l'ensemble du tégument. Le grattage fait disparaître complètement, mais temporairement le prurit (56).

Le diagnostic de prurit est uniquement clinique. C'est un signe fonctionnel et donc une donnée recueillie de l'interrogatoire mené au patient. Celui-ci décrit le prurit, son importance, la gêne physique et psychique qui en résulte. Le diagnostic de prurit peut être aidé ou conforté par l'existence de lésions cutanées induites par le grattage, conséquence du prurit. Ces lésions sont inconstantes et reflètent en règle générale l'intensité du prurit, mais elles ne sont pas spécifiques. Il faut alors rechercher l'existence d'autres types de lésions comme les lésions primaires et secondaires, déjà abordées ultérieurement. On définit ainsi le prurigo, qui est l'association de lésions élémentaires, notamment papules, vésicules ou croûtes, à un prurit (56).

La complication la plus fréquente du prurit, est la surinfection des lésions de grattage par les germes de la flore épidermique ou celle située sous les ongles.

Il est à noter, que le prurit n'est pas forcément pathologique, mais peut être physiologique et nécessaire. Tout le monde se gratte tout les jours et à plusieurs reprises, pour évacuer une sensation passagère telle que le picotement, un chatouillis...C'est un prurit discret et souvent inconscient.

VII.2 – Orientations diagnostiques devant un prurit.

VII.2.1 – L'interrogatoire face à un prurit.

Le prurit constitue un véritable signe d'appel pour de nombreuses pathologies de nature et de gravité extrêmement variables. On peut classer les causes de prurit en deux groupes principaux (56) : d'une part les prurits secondaires à des maladies primitivement cutanées, et d'autre part les prurits ayant une cause interne, conséquence de désordres métaboliques ou carenciels, voire de désordres psychologiques (stress, dépression, troubles mentaux…)

En premier lieu il faut définir la topographie du prurit : distinguer s'il est localisé, ou bien diffus. L'intérêt en est la valeur d'orientation qui peut découler de certaines topographies de prurit localisé ; par exemple le prurit de la gale est présent entre les doigts de la main, les aisselles, et le scrotum ; un grattage du cuir chevelu est évocateur d'une pédiculose ou d'une dermite séborrhéique ; un grattage anal chez l'enfant fait penser à une oxyurose.

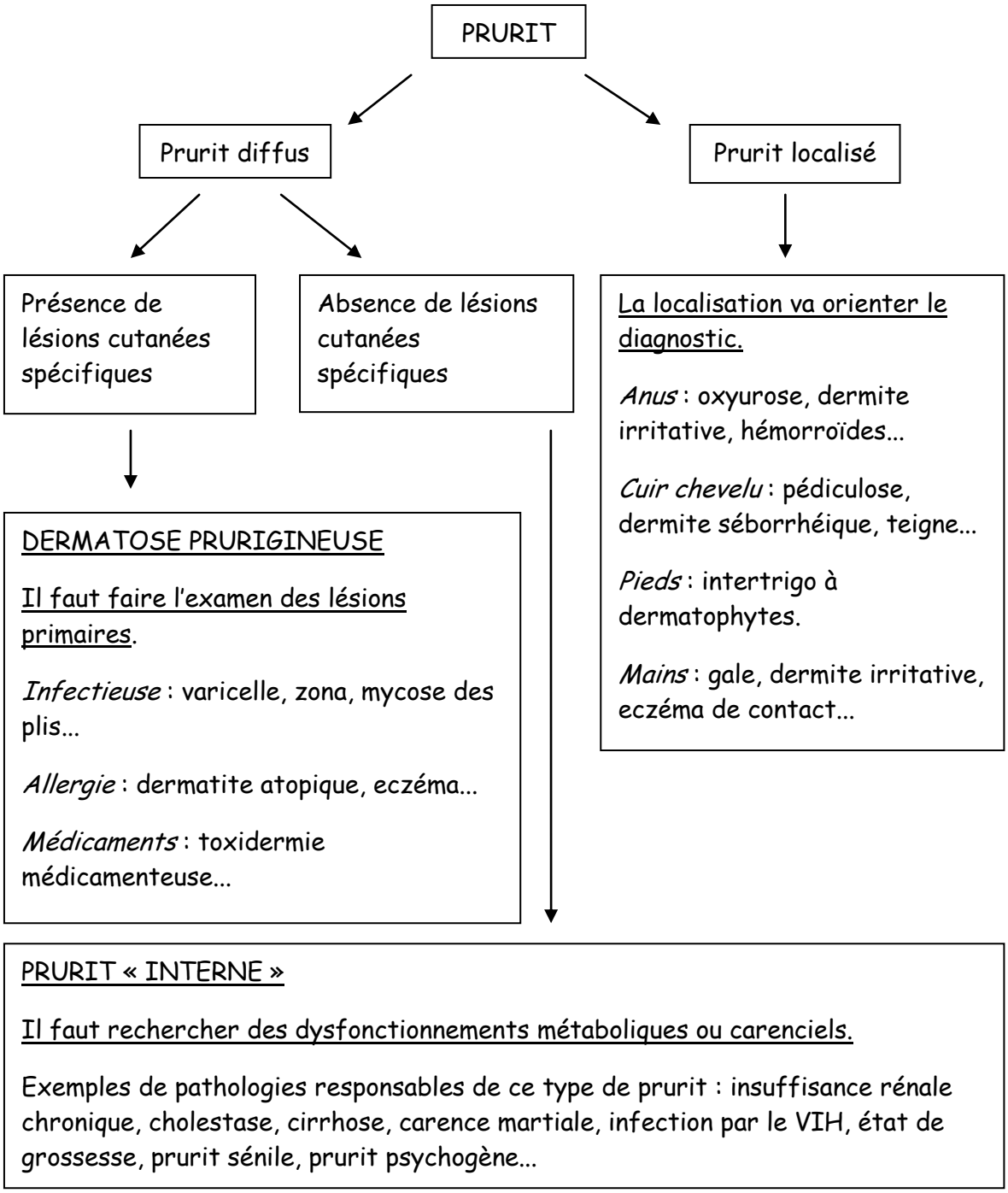
Dans un deuxième temps, nous allons définir le mode évolutif du prurit : sa date d'apparition, sa périodicité éventuelle, ou des poussées. Par exemple un prurit saisonnier peut être compatible avec une allergie.

Il faut toujours rechercher un contexte de contagiosité familial ou collectif en identifiant d'autres sujets présentant les mêmes symptômes. On pense surtout aux pédiculoses en milieu scolaire, à une oxyurose dans les fratries...

Il faut également rechercher la présence de facteurs déclenchant. Les morsures ou piqûres par des moustiques, des poux ou des puces sont responsables de prurit. De même, la notion de prise médicamenteuse, que l'administration soit continue ou intermittente, est importante dans ce contexte. En effet, un grand nombre de médicaments sont sources de prurit qui peut parfois rester isolé et ne pas s'accompagner d'une éruption cutanée : on peut citer les antipaludéens et notamment la chloroquine, certains antibiotiques, les opiacés, l'acide salicylique ou la théophylline. L'application sur la peau de substances irritantes à usage cosmétique ou professionnel peut également provoquer un prurit isolé ou associé à des lésions cutanées. Enfin un prurit survenant dans les suites d'une prise alimentaire doit faire évoquer une possible allergie alimentaire.

Enfin, la recherche de lésions cutanées autres que celles infligées par le grattage est importante (56), car elles feront suspecter une origine cutanée du prurit et non une origine interne. Ce sera l'analyse de la lésion primaire qui permettra d'orienter vers la nature de la dermatose causale. Par exemple, une éruption vésiculeuse et prurigineuse diffuse chez l'enfant oriente vers une varicelle.

VII.2.2 – Tableau récapitulatif du raisonnement à tenir devant un prurit, et des orientations diagnostiques possibles.



VIII. – Les principales confusions à éviter

Certaines pathologies dermatologiques se ressemblent au simple coup d'œil. C'est pour cela qu'il faut bien reprendre point par point les caractéristiques essentielles qui les différencient. Un mauvais diagnostic conduit à un mauvais traitement, à des conseils totalement inadéquats, et au-delà du mécontentement du client à notre égard, un état stationnaire de sa pathologie au mieux, et au pire l'aggravation des lésions.

VIII.1 – Phototoxicité et photoallergie

Leur point commun, est leur déclenchement à la suite d'une exposition solaire par l'intermédiaire d'une substance présente sur la peau, ou à la suite d'ingestion de produits photosensibilisants, en particulier certains médicaments (35). Par contre on va les différencier grâce à l'histoire de l'apparition, l'aspect, leur localisation, et leur évolution respective.

Tableau I : Différences caractéristiques entre phototoxicité et photoallergie

CARACTERISTIQUES	PHOTOTOXICITE	PHOTOALLERGIE
Fréquence	Fréquent	Rare
Population touchée	Tout le monde peut être touché dès la première exposition.	Atteint un petit pourcentage de personnes, surtout des sujets préalablement sensibilisés.
Délai d'apparition	Dans les heures qui suivent l'exposition.	L'apparition est progressive, au fur et à mesure des expositions.
Aspect	Aspect de coup de soleil intense, sensation de brûlure.	Aspect d'eczéma aigu : rougeur, démangeaisons, vésicules, en 48 heures.
Quelles zones ?	Sur les zones découvertes.	D'abord sur les parties exposées, puis s'étend aux zones couvertes.
Doses de soleil	A partir d'une exposition intense	Survient à de faibles doses
Evolution	La suppression de l'agent photosensibilisant fait disparaitre les symptômes, mais il y a un risque de dépigmentation résiduelle.	La disparition des lésions peut s'avérer très lente. La consultation médicale est préférable.

VIII.2 – Lucite estivale bénigne, lucite polymorphe et urticaire solaire

La lucite estivale bénigne ou LEB, la lucite polymorphe et l'urticaire sont trois photodermatoses idiopathiques. Le soleil est l'unique cause de leur développement. On va les différencier en fonction de la population touchée, de la localisation, du temps d'apparition, et de leur évolution. (18)

Tableau II : Différences caractéristiques entre LEB, lucite polymorphe et urticaire solaire

CARACTERISTIQUES	LEB	LUCITE POLYMORPHE	URTICAIRE SOLAIRE
Fréquence	Fréquent	Rare	Rare
Population touchée	Surtout les femmes jeunes	Touche les hommes autant que les femmes.	Touche les hommes autant que les femmes.
Délai d'apparition	Dès la première exposition solaire prolongée, dans l'heure qui suit.	De 15 à 48 heures après une première exposition, même légère.	Dans les minutes qui suivent l'exposition au soleil.
Aspect	Petites vésicules qui démangent.	Aspect d'eczéma : plaques, vésicules, prurit.	Plaques d'urticaire.
Quelles zones ?	Sur les zones exposées, surtout le décolleté et les bras. Ne touche pas le visage.	D'abord les zones exposées, puis les zones couvertes. Touche le visage.	Sur toutes les zones découvertes.
Evolution	Recommence à chaque exposition, en s'accentuant années après années	Favorable et résolutive en 3 semaines. S'aggrave avec les expositions, de manière plus sévère que dans la LEB.	Régressent spontanément en quelques heures après une mise à l'ombre.

VIII.3 – Vitiligo et pityriasis

Ce sont deux pathologies qui présentent une dépigmentation de la peau. On les différencie par une observation attentive de leur coloration et de leur aspect ; Leur étiologie est complètement différente. L'un peu se traiter, l'autre pas. Leur comportement face à une exposition solaire est différent. (6)

Tableau III : Différences caractéristiques entre vitiligo et pityriasis

CARACTERISTIQUES	VITILIGO	PITYRIASIS
Fréquence	1% de la population	Très fréquent
Couleur	Tache plane blanc-ivoire au contour hyperpigmenté.	Taches chamois ou achromiques
Aspect	Tache non squameuse, symétrique.	Taches finement squameuse
Etiologie	Pathologie auto-immune.	Infection par un dermatophyte, *Malassezia furfur*.
Lumière de Wood	Wood -	Wood +
Facteurs favorisants	Facteur héréditaire dans 1/3 des cas.	Peau humide, déficit immunitaire.
Traitement	Aucun	Local, par imidazolés.
Aspect après exposition solaire	Les zones dépigmentées ne bronzent pas.	Après traitement, les lésions ne se recolorent que lors de la prochaine exposition solaire.

VIII.4 – Dermite d'irritation et eczéma de contact

Ce sont deux pathologies souvent confondues, prises l'une pour l'autre. Or leur étiologie est très distincte, car dans l'eczéma elle implique le système immunitaire, et des mécanismes de sensibilisation (57). Ainsi l'aspect des lésions et leurs sensations sont différentes, ainsi que leur délimitation.

Tableau IV : Différences caractéristiques entre dermite d'irritation et eczéma de contact (57)

CARACTERISTIQUES	DERMITE D'IRRITATION	ECZEMA DE CONTACT
Délai d'apparition	Rapide	Durée très variable
Sensibilisation préalable	Non. Touche fréquemment les sujets en contact avec la substance irritante.	Oui. N'atteint que quelques sujets en contact avec la substance irritante.
Sensation	Brûlure	Prurit intense
Aspect des lésions	Lésions aux bords nets.	Lésions aux contours mal délimités, émiettés.
Localisation	Les mains sont les plus souvent touchées.	Extension des lésions ailleurs qu'aux zones de contact.
Tests cutanés : patch test	Négatifs	Positifs

PARTIE II : ARBRES DE CONDUITE A TENIR ET CONSEILS FACE A UNE DERMATOSE

Dans cette deuxième partie, nous allons développer quelle doit être la conduite à tenir du pharmacien en raisonnant en fonction de la situation dermatologique présentée et du type de patient, ainsi que les conseils qu'il pourra apporter en complément d'une éventuelle prescription médicale. Nous avons fait le choix de proposer les principales pathologies, en reprenant l'ordre des lésions élémentaires étudiées dans la première partie ; l'eczéma est traité à part du fait de la multiplicité des lésions élémentaires existantes en fonction du stade évolutif.

Avant tout cela, nous tenons à faire le point sur les urgences dermatologiques.

Note : CM = envoi vers une Consultation Médicale. L'avis et la prise en charge par un médecin est obligatoire, ou grandement préférable.

I- Les urgences dermatologiques

Les urgences vitales en dermatologie sont peu fréquentes, sont souvent le signe d'une autre maladie sous-jacente, et ne seront pratiquement jamais rencontrées à l'officine. Les urgences qui se présentent à l'officine, sont essentiellement les brûlures d'une part et les morsures d'autre part. Nous allons tout de même les citer ici pour mémoire afin d'en avoir une notion.

Le type de patient est aussi à prendre en compte dans la notion d'urgence : les nourrissons et enfants en bas âge, la personne âgée, le sujet dénutri, immuno-déficient (greffe, HIV, maladie auto-immune...) et les personnes souffrant de pathologies chroniques telles que le diabète, ou l'artérite.

Et bien sur, il faut considérer le type, l'étendue et la profondeur des lésions, qui ont une influence sur le pronostic.

I.1 – Les urgences vitales

Ces pathologies nécessitent un renvoi immédiat du patient aux urgences hospitalières, et ne peuvent en aucun cas être du ressort du pharmacien.

I.1.1 – La nécrolyse épidermique toxique.

La nécrolyse épidermique toxique ou encore appelé syndrome de Lyell est l'urgence dermatologique la plus grave. C'est une maladie presque exclusivement d'origine médicamenteuse grave, et très rare (12). Les produits à haut risque sont les sulfamides antibactériens (sulfaméthoxazole-triméthoprime et sulfadiazine), des anticomitiaux (phénobarbital, carbamazépine, hydantoïne, lamotrigine), certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (dérivés oxicams), allopurinol et un antirétroviral, la névirapine (58). Un risque plus faible a été démontré pour de nombreux antibiotiques (aminopénicillines, céphalosporines, quinolones) (58). La maladie débute par des symptômes peu spécifiques (fièvre, angine, picotements oculaires, éruption érythémateuse), qui précèdent d'un à trois jours les lésions cutanéo-muqueuses caractéristiques. Il y a un décollement en nappe, détachant à la moindre pression des lambeaux d'épiderme nécrotique pour laisser à nu un derme rouge vif suintant ; c'est le signe de Nikolsky. (58). Les lésions atteignent habituellement leur maximum en 3 ou 4 jours, exceptionnellement plus rapidement ou plus lentement. Il est important d'apprécier, en utilisant une table pour les brûlés, le pourcentage de la surface corporelle atteinte qui est un élément pronostique majeur (58). Les lésions muqueuses sont présentes chez plus de 90 p. 100 des patients. Il s'agit d'érosions douloureuses diffuses touchant habituellement plusieurs sites. Les yeux nécessitent une attention particulière en raison du risque de séquelles invalidantes. Le cuir chevelu est toujours respecté (58).

D'une manière générale les décollements bulleux touchant une grande surface corporelle ou les muqueuses sont à considérer comme une urgence.

I.1.2 – Purpura pétéchial associé à un état fébrile.

Le purpura témoigne d'une extravasation d'hématies dans le derme et ne s'efface pas à la vitropression. Un purpura pétéchial associé à un état fébrile est le reflet d'un syndrome septique grave (58). Les étiologies les plus fréquentes sont dues à des septicémies à *Neisseria meningitidis* surtout et *Haemophilus influenzae*, mais *Streptococcus pneumoniae* et *Escherichia coli* ont été impliqués (58). Ceci réalise une urgence justifiant l'hospitalisation que le médecin doit organiser. Il faut mettre en place une antibiothérapie sans délai, au domicile du patient si besoin, d'amoxicilline 1g ou ceftriaxone 1g en IV ; il s'ensuivra ensuite l'hospitalisation (58).

I.1.3 – Les nécroses des tissus cutanés.

L'apparition sur la peau de zones noirâtres scarifiées ayant perdues toute sensibilité, définit une nécrose cutanée (58). Les nécroses cutanées ont des étiologies très variées : troubles de la microcirculation cutanée, extravasation de certains médicaments pris en IV (chimiothérapie, nutrition parentérale...), escarres, gangrène...

Nous allons maintenant développer des cas d'urgences plus courants, pouvant être rencontrés dans le milieu officinal : les brûlures et les morsures.

I.2 – Les brulures.

Les accidents domestiques sont une des premières causes de brûlure (7) ; elles sont souvent accidentelles, par négligence des règles de précaution et peuvent vite devenir dramatiques.

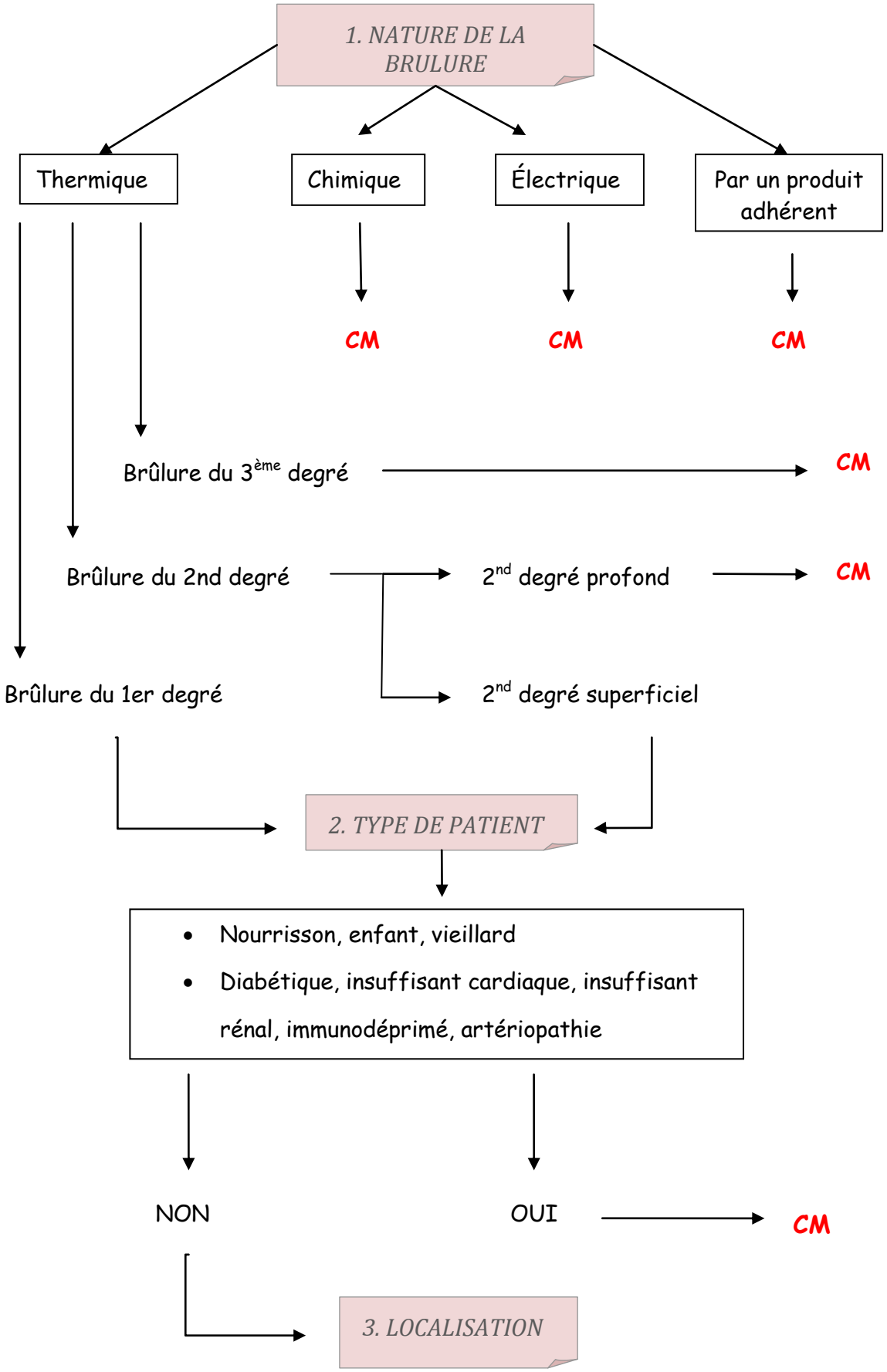
On peut distinguer trois grandes causes de brûlure. La plus fréquente est la brûlure thermique causée par une source de chaleur : liquide bouillant (eau, huile...), feu (cheminée, barbecue...), les plaques de cuisson, une exposition solaire trop importante...
Viennent ensuite les brûlures chimiques survenant souvent en milieu professionnel ou lors d'activités de bricolage : acides ou bases en projection qui peuvent ronger le derme et provoquer des brûlures profondes. Il faut connaitre la toxicité de l'acide fluorhydrique qui présente un risque létal par hypocalcémie si la surface brulée est supérieure à 2% (59).
Enfin les brûlures électriques qui sont potentiellement d'une gravité extrême car nécrosant les tissus et organes profonds. Les brûlures par bas voltage (inférieur à 1000 Volts) sont les brûlures électriques les plus fréquentes et l'on parle d'électrisation. Les brûlures électriques se voient aux points d'entrée et de sortie du courant : sèches, noirâtres, de petites dimensions, elles sont le plus souvent indolores ce qui signe leur profondeur (3° degré). Des destructions cellulaires invisibles existent en fait sur tout le trajet parcouru par le courant (réseau vasculo-nerveux, muscles,...) d'où la notion de gravité potentielle des électrisés, quel que soit leur état initial, car ces lésions s'aggravent dans les heures ou les jours qui suivent.

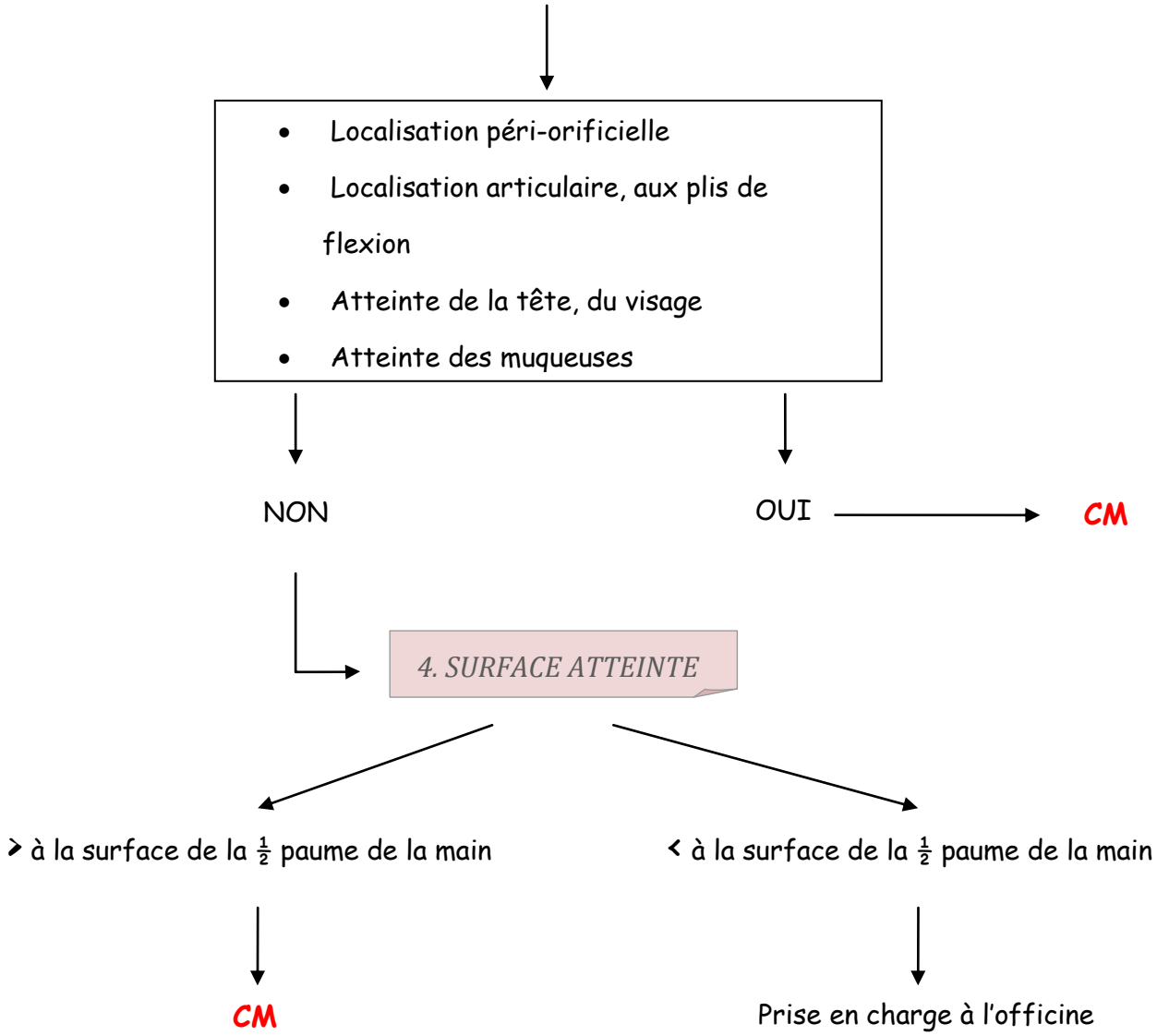
Il faut noter la possibilité de brûlures par des produits adhérents comme les goudrons, les cires, les plastiques, et les colles (les « superglue » utilisée par de nombreux particuliers) qui doivent être refroidis sans chercher à les ôter, voire à les arracher (59).

Le diagnostic des degrés de brûlure est souvent délicat (situation d'urgence, mosaïque, risque d'évolution vers un degré plus profond...), c'est pourquoi il convient d'avoir un discours prudent.

I.2.1 – Conduite à tenir devant un cas de brûlure

Pour savoir quelle décision prendre, le pharmacien doit évaluer quatre principaux facteurs de gravité en les prenant en compte point par point : la nature de la brûlure, suivi du type de patient, puis de la localisation, et enfin de la surface atteinte.


1. NATURE DE LA BRULURE
Thermique
Chimique
Électrique
Par un produit adhérent
CM
CM
CM
Brûlure du 3ème degré
CM
Brûlure du 2nd degré
2nd degré profond
CM
Brûlure du 1er degré
2nd degré superficiel
2. TYPE DE PATIENT
Nourrisson, enfant, vieillard
Diabétique, insuffisant cardiaque, insuffisant rénal, immunodéprimé, artériopathie
NON
OUI
CM
3. LOCALISATION



I.2.2 – La prise en charge à l'officine

A l'officine il va falloir prodiguer les premiers gestes, ou les faire apprendre. Ceux-ci ont une base commune, mais aussi quelques spécificités en fonction du type de la brûlure.

Ensuite il faudra décider de l'application locale d'un topique ou d'un pansement. Ce choix doit être judicieux, en fonction du type de plaie (60).

1. Les premiers gestes.

Brûlure thermique ou chimique

1. Enlever les vêtements recouvrant la brûlure s'ils .ne collent pas à la peau

2. Refroidir la zone à l'eau : 15min, à 15°C, à 15cm du jet en cas de brulure thermique.

Brûlure avec une substance adhérente

1. Refroidir la zone à l'eau : 15min, à 15°C, à 15cm du jet.

2. Ne pas essayer de retirer la substance au risque d'arracher le revêtement cutané.

3. Orienter vers une prise en charge hospitalière.

2. Traitement local.

Nettoyage au sérum physiologique, ne jamais appliquer de produit coloré.

Pour le 1er degré : appliquer plusieurs fois par jour une crème calmante en couche épaisse, type Biafine®, Cicatryl®, OsmoSoft Brûlures®.

Pour le 2ème degré superficiel, appliquer des pansements non adhérents à la plaie pour favoriser la cicatrisation, type tulle gras à la vaseline (Jelonet®, Urgotul®) ou hydrocolloïdes (Comfeel®, Duoderm®).

3. Et dans tout les cas…

1. Vérifier l'état de la vaccination tétanique du sujet.

2. Proposer un antalgique type paracétamol.

3. Eviter toute exposition solaire de la zone brulée, ou alors avec une photo-protection d'indice élevé.

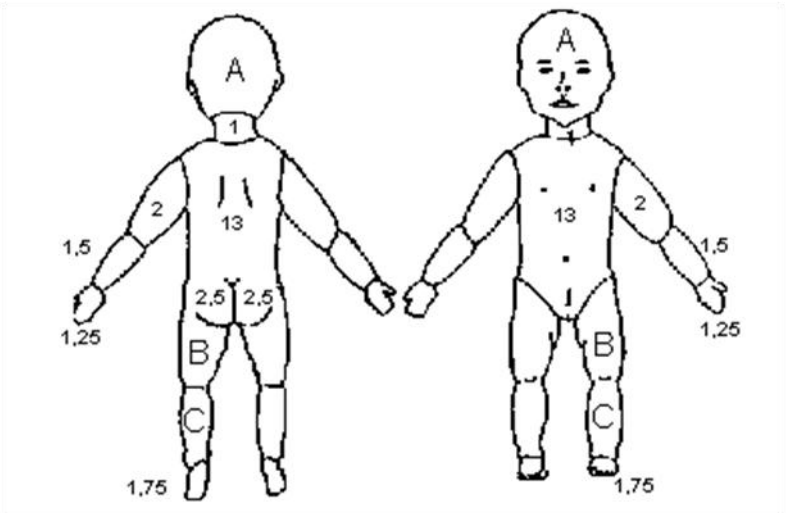
4. En cas de brûlure chimique, orienter le patient vers un centre spécialisé.

I.2.3 – Tableau et schéma représentant la surface de brûlure en % de surface corporelle.

Ces découpages permettent d'avoir une évaluation approximative de la surface d'atteinte en pourcentage pour aider à évaluer la gravité.

I.2.3.1 – Chez l'enfant.

Figure 1 : Découpage du corps de l'enfant en termes de pourcentage de surface corporelle.



	<1 an	1 an	5 ans	10 ans
A	9,5	8,5	6,5	5,5
B	2,75	3,25	4,0	4,25
C	2,5	2,25	2,75	3,0

I.2.3.2 – Chez l'adulte.

Pour l'adulte il est plus facile de retenir la règle des 9% (7), chaque élément suivant représente 9% de surface corporelle :

- ✓ l'ensemble tête + nuque
- ✓ chaque membre supérieur
- ✓ la face antérieure du thorax

- ✓ la face postérieure du thorax
- ✓ face antérieure de l'abdomen (abdomen + pelvis + organes génitaux externes)
- ✓ face lombaire + fesses
- ✓ face antérieure de chaque membre inférieur
- ✓ face postérieure de chaque membre inférieur

La paume de la main du patient représente 1% de sa propre surface corporelle

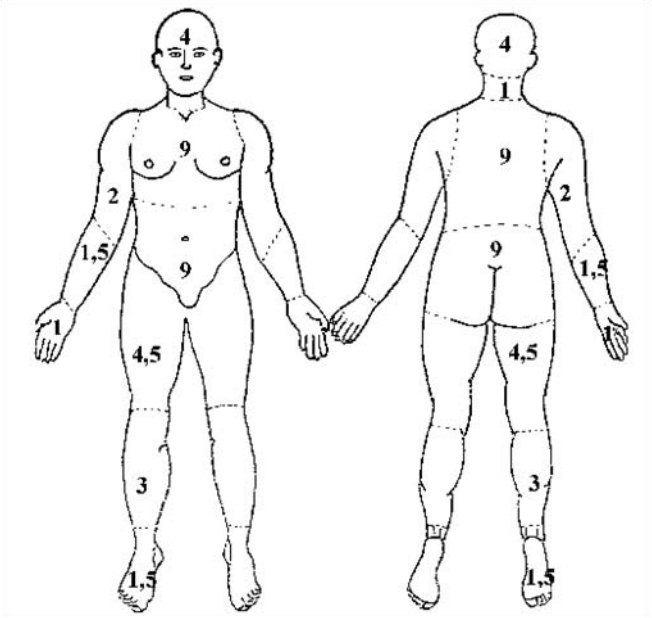


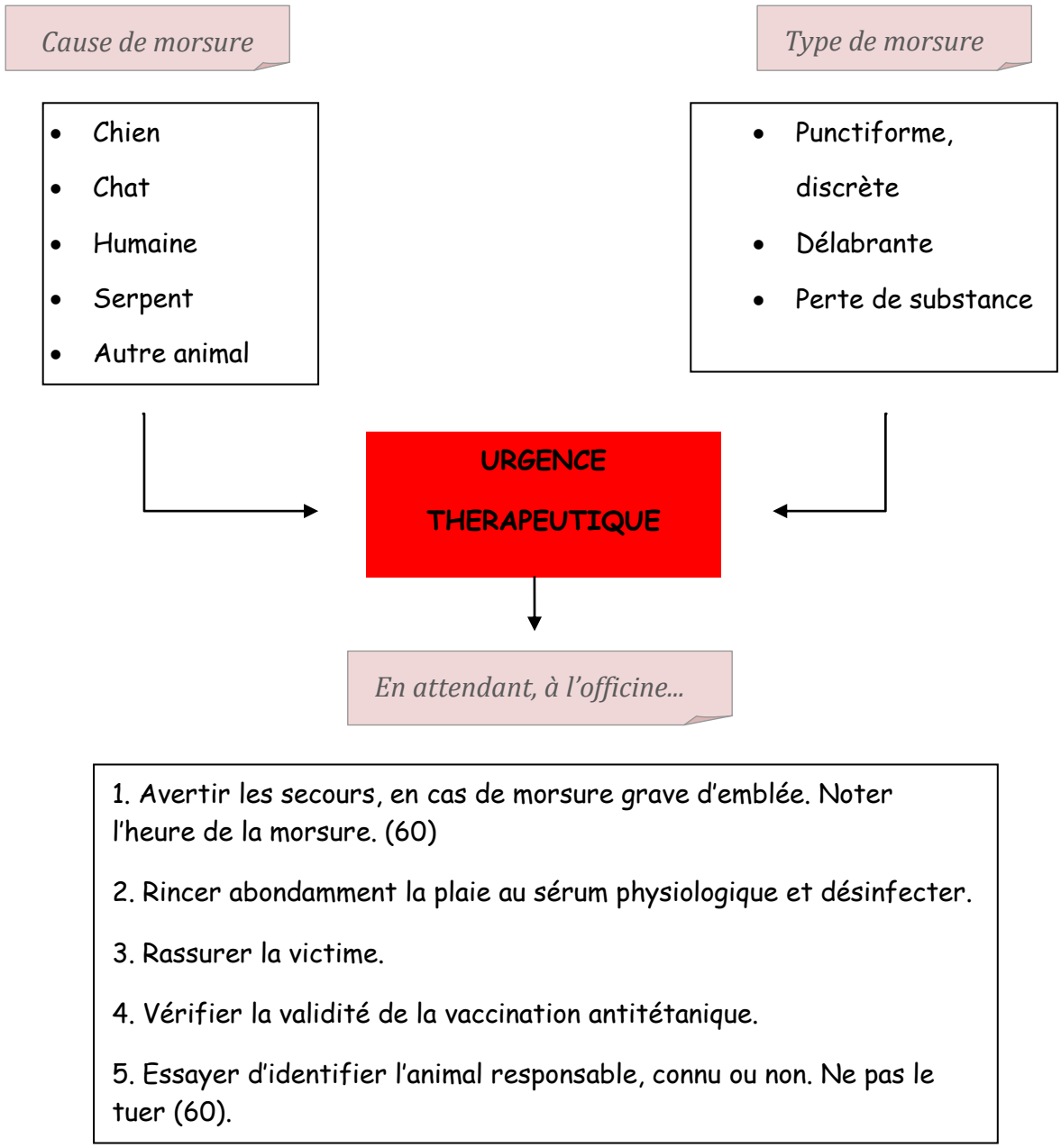
Figure 2. Découpage du corps adulte en terme de pourcentage de surface corporelle.

I.3 – Les morsures.

Les morsures, ont des causes très variées. En premier on pense souvent aux morsures des animaux de compagnie comme les chiens et les chats, mais il ne faut pas oublier les morsures d'animaux sauvages, type reptiles. Enfin avoir à l'esprit les morsures humaines qui ont un pouvoir septique non négligeable.

On ne tiendra pas compte ici des morsures d'insectes. Bien qu'une morsure de tique soit potentiellement dangereuse, le délai pour aller consulter est plus long, tandis qu'ici il doit être immédiat.

1.3.1 – Conduite à tenir face à une morsure.



Il faut immédiatement envoyer le patient vers les urgences médicales, car même une plaie minime peut gravement s'infecter et cacher un délabrement profond (60).

La prise en charge vaccinale tétanique et/ou rabique se fera en milieu hospitalier (60).

Certains gestes, souvent effectués par croyance populaire, sont à bannir absolument :

- ✓ Poser un garrot. (il est tout de même nécessaire sur un membre sectionné)
- ✓ Effectuer une succion buccale.

II- Lésions rencontrées dans les macules

II.1 – Le pityriasis versicolor

C'est une pathologie qui atteint surtout l'adulte jeune. L'agent responsable est une levure saprophyte qui devient pathogène dans les conditions favorables à son développement : Malassezia furfur (6). Elle siège surtout sur la partie supérieure du tronc, dans les zones riches en glandes sébacées (6).

Il existe deux formes de la maladie : l'une est pigmentée et squameuse, l'autre est achromique et peu squameuse. Une fois le diagnostic médical établi, le pharmacien peut prendre le relais.

1. Expliquer le mode opératoire du traitement prescrit.

- Antifongique imidazolé : Kétoderm® monodose (61)

A appliquer sous la douche sur toute la surface du corps en faisant mousser et laisser agir 10 minutes avant de bien rincer. Une 2ème application peut être nécessaire une semaine après.

- Sulfure de sélénium : Selsun® (61)

2 applications/semaine pendant 2 semaines. Faire une toilette généralisée avant l'application car c'est une solution détergente. Laisser agir 15 minutes puis rincer.

2. Conseils pour la suite.

- Cette mycose est peu contagieuse.
- Eviter les facteurs favorisants : l'usage d'huiles corporelles, la pratique du sauna et la fréquentation de milieux chauds et humides. (62)
- L'exposition solaire peut accélérer la repigmentation (61).

II.2 – Les dermatophytoses des plis

Les dermatophytoses de la peau glabre et plus particulièrement des plis, représentent un motif fréquent de consultation. Trois dermatophytes à transmission interhumaine sont responsables d'atteinte des plis (10) : *Trichophyton rubrum* (70-80 % des cas), *Trichophyton interdigitale* (15-20 % des cas), *Epidermophyton floccosum* (5 % des cas).

On distingue les petits plis et les grands plis. L'atteinte des espaces interdigitaux plantaires, surtout les 3ème et 4ème, représente plus de 40% des localisations cutanées à dermatophytes. Au niveau des grands plis c'est l'atteinte de la zone inguino-crurale qui est la plus fréquente ; cette dermatophytose est aussi appelée eczéma marginé de Hébra (63). Ces atteintes ont un développement centrifuge de la lésion avec des bordures nettes érythématosquameuses et une guérison centrale. Elles sont très prurigineuses.

Mycose étendue OU Mycose surinfectée OU Récidive OU Terrain pathologique : diabète, artériopathie, immunodépression…

↓ NON → *1. Prise en charge possible à l'officine.*

↓ OUI → **CM**

1. Laver et désinfecter les lésions.
2. Soigneusement les sécher, au sèche-cheveux si nécessaire.
3. Application d'un antifongique imidazolé 2 fois/jour pendant 2 à 3 semaines (63).

Le choix de la galénique est à adapter selon la topographie (63) :

- Au niveau des plis : gel ou crème si pli sec, solution.
- Dans les chaussures et chaussettes : poudre
- Intertrigo des orteils : solution en spray.
- Au niveau des muqueuses : émulsion fluide ou gel.

2. Conseils associés.

- Eviter la macération : privilégier les vêtements en coton, éviter ceux trop serrés, traitement de la transpiration excessive (63).
- Bien se sécher après la toilette, voire au sèche-cheveux pour les petits plis (63).
- Hygiène +++ : changer de sous-vêtements tous les jours, utiliser un linge de toilette personnel, laver les tapis de bain régulièrement, utiliser un savon adapté (pH alcalin pour les candidoses) (63).
- Eviter le port de chaussures fermées (baskets, chaussures de sécurité), et bien les faire sécher et aérer (63).

Si récidive, persistance des lésions ou aggravation : Consultation médicale

II.3 – Les érythèmes fessiers du nourrisson

L'érythème fessier semble être la dermatose du nourrisson la plus répandue (11), se manifestant sous des aspects variés : étendue ou limitée, localisée dans les plis, ou sur les régions convexes...

Il faut insister sur le fait que la peau du jeune enfant est fine et perméable à ce niveau, et soumise à des conditions particulières. Elle reste, en effet, en contact prolongé avec les selles et les urines, le plus souvent dans des couches ou des culottes occlusives qui favorisent la macération du siège (11). De plus, ces couches, en caoutchouc ou en matière plastique, de même que les produits de lavage avec des détergents divers, sont d'autant d'allergènes qui peuvent créer ou aggraver une dermatose (11). Les produits de toilette peuvent avoir une action topique indésirable : la peau riche en sébum à cet âge, est déjà grasse (11).

Plusieurs facteurs peuvent entrainer un érythème fessier : l'hyperacidité des selles, la fermentation ammoniacale des urines, l'irritation des couches, les infections microbiennes ou mycosiques (11). Lorsque la dermatose est due à l'irritation provoquée par les couches, l'érythème prend un aspect en W caractéristique (11). Une infection mycosique quant à elle, provoque un érythème en forme de Y(11), avec l'anus en point central ; la lésion s'étend au pli fessier et aux plis inguinaux.

- Nourrisson présentant d'autres signes cliniques, ou des douleurs.
- Lésions très étendues à d'autres zones corporelles.

NON → Rassurer les parents, leur dire clairement qu'il n'y a aucune gravité et faire preuve de patience !

OUI → Consultation médicale

1. Type de lésion.

Erythème par hyper-acidité

1. Ne pas interrompre l'allaitement au sein. (11)
2. Appliquer un topique local protecteur jusqu'à guérison. (11)

Erythème ammoniacal

1. Fesses à l'air le plus possible.
2. Changes fréquents.
3. Topique local protecteur jusqu'à guérison.

Erythème de contact

1. Fesses à l'air le plus possible.
2. Couches en coton lavées au savon.
3. Toilette avec un savon surgras.
4. Protéger la peau avec une pâte à l'eau.

Erythème infectieux

1. Bain de siège quotidien au permanganate dilué au 1/10000ème. Préférer la délivrance d'une solution concentrée à diluer plutôt qu'un sachet de paillettes qui risquent de moins bien se dissoudre et d'être versées en quantité trop importante dans le bain (11).
2. Après le bain badigeonnez les fesses à l'éosine aqueuse 1%. Les antiseptiques incolores irritent le siège (11).

2. Conseils associés.

- Dans la mesure du possible, laisser les zones atteintes à l'air libre.
- Faire suffisamment de changes : 5 à 6 par jour au moins et après chaque selle (5).
- Supprimer les causes d'irritation : textiles synthétiques, plastique des couches, produits de lessives irritants, les produits de toilette et les topiques occlusifs (5).
- Hygiène : faire une toilette avec un savon surgras et de l'eau, éviter les lingettes imprégnées de produit même si c'est pratique.
- Eviter le talc et les produits occlusifs, préférer une pâte à l'eau type Aloplastine®, Eryplast®, Cavilon 3M®.... Séchage avec une serviette en tamponnant plutôt qu'en frottant (5).

II.4 – Les photosensibilisations médicamenteuses

II.4.1 – Définitions.

La photosensibilisation médicamenteuse se distingue de deux manières : la réaction phototoxique d'une part et la réaction photoallergique d'autre part (12).

La phototoxicité est la plus fréquente (12), tout le monde peut être touché. Elle survient dès la première exposition et ressemble à un coup de soleil avec picotements et démangeaisons. Les lésions sont limitées aux parties découvertes (19); plus la quantité de substance photosensibilisante est importante, plus les réactions sont fortes (64). La réaction disparait avec l'arrêt du traitement.

La photoallergie est moins fréquente, elle dépend de la réactivité immunologique inter-individuelle (64). Son apparition est progressive et nécessite parfois plusieurs expositions préalables. Les lésions atteignent aussi les zones non exposées (12) ; les doses de produit nécessaires sont faibles ainsi que les doses d'UV (19). L'évolution est longue, avec possibilité de rémanence (12).

De très nombreuses molécules sont responsables, et peuvent induire indifféremment l'un ou l'autre type de réaction. Les produits photosensibilisants topiques les plus impliqués sont essentiellement : les antiacnéiques, les psoralènes, les AINS (kétoprofène, piroxicam), et les cyclines (65). Les photosensibilisants par voie orale les plus reconnus sont : les AINS, les cyclines, les quinolones, la chlorpromazine, les psoralènes, l'isotrétinoïne, les sulfamides hypoglycémiants et l'amiodarone (65). Beaucoup d'autres molécules ont montré un effet photosensibilisant, mais moindre, ou bien apparaissant dans certaines circonstances (65).

II.4.2 – Prise en charge.

Conduite à tenir devant un patient présentant un « coup de soleil »avec démangeaisons.

↓

Interroger le patient sur tous les médicaments pris par voie orale ou locale afin de détecter les substances pouvant être incriminées.

↓

Appel au médecin pour décider d'une éventuelle suspension thérapeutique le temps de guérison des lésions.

↓

Conseils à l'officine.

↓

1. Application de crème hydratante et apaisante type Biafine®, Dexeryl®....Plus tardivement on pourra utiliser des produits dépigmentant pour lutter contre les taches, mais cela ne fonctionne pas toujours (64).
2. Mise à l'ombre stricte et protection vestimentaire suffisamment couvrante.
3. Application d'un produit solaire à fort indice contre les UV-A et UV-B à réitérer toutes les deux heures pour les zones découvertes si exposition, y compris par temps nuageux (19).
4. Même en hiver le risque de phototoxicité est réel, donc la protection solaire reste de mise ! (19)

II.5 – L'érysipèle

II.5.1 – Définition et signes cliniques

L'érysipèle est une infection cutanée aiguë à streptocoque atteignant le derme et l'hypoderme (dermohypodermite bactérienne). Rare chez l'enfant, la maladie s'observe le plus souvent chez l'adulte après 40 ans. Le streptocoque retrouvé le plus souvent est le β-

hémolytique du groupe A, plus rarement d'un autre groupe (G ou C). En pratique, l'origine streptococcique de l'érysipèle est difficile à confirmer, et dans les formes typiques aucun examen bactériologique n'est nécessaire à réaliser.

Dans sa forme habituelle chez l'adulte, l'érysipèle siège au membre inférieur où il donne un tableau de « grosse jambe rouge aiguë fébrile » unilatérale. Le début est brutal, avec une fièvre élevée, 39° à 40 °C, et des frissons qui souvent précèdent de quelques heures l'apparition du placard cutané inflammatoire : plaque érythémateuse, œdémateuse, douloureuse à la palpation et bien circonscrite. Dans certains cas le placard inflammatoire peut aboutir à des décollements bulleux superficiels, conséquence mécanique de l'œdème dermique souvent considérable.

Lorsque la localisation est au visage, dans 5 à 10% des cas, la plaque a un bourrelet périphérique bien marqué ; celui-ci est absent au niveau de la jambe.

L'atteinte des membres inférieurs est sans doute liée au rôle favorisant de l'insuffisance veineuse et (ou)lymphatique. Une porte d'entrée de l'infection est décelable cliniquement dans 50 à 70% des cas. Les principales sont : intertrigo interdigitoplantaire, plaie traumatique, ulcère de jambe.

II.5.2 – Traitement.

Une hospitalisation est indispensable en cas de signes généraux très marqués, de complications locales, d'affections associées ou chez le sujet âgé.

Les pénicillines (pénicilline G ou amoxicilline), les macrolides et les synergistines constituent les antibiotiques de choix et sont utilisables en monothérapie. Chez les malades hospitalisés, la pénicilline G est utilisée en perfusion jusqu'à l'obtention de l'apyrexie, avec relais par une forme orale pendant une dizaine de jours. Ce traitement par pénicilline constitue un test diagnostique, si l'on obtient une apyrexie en 24 à 36 heures. L'amoxicilline par voie intraveineuse est également préconisée. En cas de contre-indication ou d'intolérance à la pénicilline, on prescrira un macrolide ou une synergistine par voie orale pendant 12 à 15 jours.

Un repos strict au lit est nécessaire jusqu'à la régression des signes inflammatoires locaux (érythème, œdème, douleur). Un traitement anticoagulant par héparine calcique ou héparine de faible poids moléculaire à doses préventives ne sera associé qu'en cas de risque

de maladie thromboembolique. Les anti-inflammatoires, notamment non stéroïdiens, seront proscrits compte tenu de leur aptitude à favoriser l'évolution vers la nécrose.

III- Les lésions liquidiennes

III.1 – L'herpès labial

III.1.1 –Définition.

L'herpès labial, appelé bouton de fièvre est une pathologie commune sans gravité mais inesthétique. C'est une réactivation du virus Herpes simplex de type 1 qui peut rester en latence dans cette zone du visage pendant plusieurs années (66). Cependant les éruptions peuvent atteindre d'autres zones du visage que les lèvres, la plus inquiétante étant une éruption oculaire.

Un bouton de fièvre se développe, et disparaît, au cours d'un processus de 6 phases (67) pouvant s'étendre de 6 à 12 jours :

- ✓ Phase 1 : Les prodromes.
  Fourmillements, picotements, sensation de chaleur et démangeaisons.
- ✓ Phase 2 : Prémices des cloques.
  Formation de taches rouges plates ; cette phase peut durer 24 heures.
- ✓ Phase 3 : Phase de pré-vésicules.
  Les lésions augmentent de volume et deviennent proéminentes en papules.
- ✓ Phase 4 : Les vésicules et pustules.
  Les lésions se remplissent d'un liquide clair contenant le virus ; elles sont très contagieuses. Elles sont souvent disposées en bouquet et prurigineuses.
- ✓ Phase 5 : L'ulcération.
  Les vésicules éclatent en formant une plaie purulente et douloureuse.
- ✓ Phase 6 : Les croûtes.
  Les lésions sèchent et forment des croûtes jaunâtres. Elles vont tomber sans laisser de cicatrice.

III.1.2 – Conduite à tenir devant un cas d'herpès labial.

- Patient immunodéprimé
- Sujet fragile : nourrisson, femme enceinte, personne âgée
- Poussées fréquentes dans l'année
- Vésicules se disséminant vers les yeux

NON → *1. Prise en charge à l'officine.*

OUI → **CM**

1. Dès les premiers picotements, désinfecter en appliquant de l' hexomédine transcutanée, ce qui peut enrayer l'évolution.
2. Application d'une crème antivirale (aciclovir) dès les prodromes : 5 fois/jour pendant cinq à dix jours, après désinfection. (68)
3. Si les croûtes sont déjà installées, l'application d'Homéoplasmine® permet de les ramollir, de limiter le tiraillement et favoriser la cicatrisation.

2. Conseils associés.

- Attention cette pathologie est *contagieuse* : éviter les contacts, ne pas embrasser surtout les personnes fragiles comme les nourrissons. (67)
- Eviter de gratter les lésions et de porter les mains aux yeux ! (67)
- En cas de port de lentilles de contact, ne pas les humidifier avec la salive.
- Eviter les facteurs déclenchant connus (le stress, certains aliments, le soleil, la fatigue...). (66)
- Avoir son propre linge de toilette. (67)
- Eviter les rapports sexuels oraux-génitaux. (67)
- Se laver les mains après tout contact avec les vésicules. (67)

3. Proposition homéopathique.

<u>Dès les premières sensations :</u>

- ✓ *Vaccinotoxinum 9 CH* : une dose tout de suite, il a une action sur l'évolution des infections à Herpesvirus. (69)
- ✓ *Rhus toxicodendron 5 CH* : dès que les premières sensations de brûlure apparaissent, 5 granules toutes les heures. (69)
- ✓ *Apis 5 CH* : soulage les sensations de picotement, prendre 5 granules toutes les heures. (69)
- ✓ *Natrum muriaticum 9 CH* : lorsque l'herpès est déclenché à la suite d'une exposition au soleil. (69)

<u>Au stade vésicules :</u>

- ✓ *Rhus toxicodendron 5 CH* : lorsque les vésicules sont petites, de contenu clair.
- ✓ *Mezereum 9 CH* : lorsque le contenu des vésicules s'opacifie, il est pris en alternance avec Rhus toxicodendron. (69)

<u>Au stade de croûtes</u> :

- ✓ *Causticum 5 CH OU 7CH* : il favorise la cicatrisation d'une peau fine et fragile, ayant l'impression douloureuse d'écorchure. Prendre 5 granules 2 fois/jour. (69)

<u>En prévention :</u>

- ✓ *Vaccinotoxinum 15 CH* : une dose par mois chez les sujets pour lesquels il y a une forte récurrence. (69)
- ✓ *Sepia officinalis en 9 CH ou 15CH* chez les femmes dont la poussée d'herpès labial est concomitante avec la survenue des menstruations. Prendre une dose hebdomadaire. (69)

III.2 – Le zona

III.2.1 – Définition.

Le zona est la réactivation du virus de la varicelle et du zona (26). Après une primo-infection, la varicelle, le virus reste latent dans les ganglions sensitifs (26). En général elle est bénigne, sauf lorsqu'elle touche des localisations comme les yeux, ou les viscères, ou bien lorsqu'elle atteint des populations fragiles ou immuno-déficientes (26).

L'éruption est unilatérale, suivant un trajet métamérique (26). Le plus souvent son siège est intercostal. Elle se manifeste par des vésicules sur une base érythémateuse avec une sensation de brûlure, voire de douleur proportionnellement à la surface atteinte par inflammation aigüe des nerfs (26).L'évolution se fait en plusieurs poussées pendant deux à trois semaines.

La principale complication du zona est constituée des douleurs postzostériennes (26) : se sont des douleurs chroniques, très invalidantes pour lesquelles le paracétamol ne suffit pas, il faut soulager les douleurs par des antalgiques de niveau supérieur.

Le but du traitement est de réduire la douleur chez le sujet immunocompétent, et d'inhiber la réplication virale chez l'immunodéprimé, ou chez les patients présentant des facteurs de risque de complications (70).

III.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de zona.

- Sujet immunodéprimé, femme enceinte, nourrisson et enfant. (70)
- Sujet d'âge > à 50 ans. (70)
- Sujet immunocompétent d'âge < à 50 ans avec facteurs prédictifs de survenue d'algies post-zostérienne (gravité de l'éruption, intensité des douleurs à la phase éruptive, importance des prodromes algiques). (70)
- Atteinte ophtalmique (26).

NON

OUI → CM

1. Traitement symptomatique.

- Faire une douche tiède quotidienne, jamais à l'eau chaude, avec un pain dermatologique surgras. Se sécher sans frotter. (71)
- Prise d'antalgique sans attendre de ressentir les douleurs. Utiliser le paracétamol ; l'aspirine et les AINS sont contre-indiqués. (71)

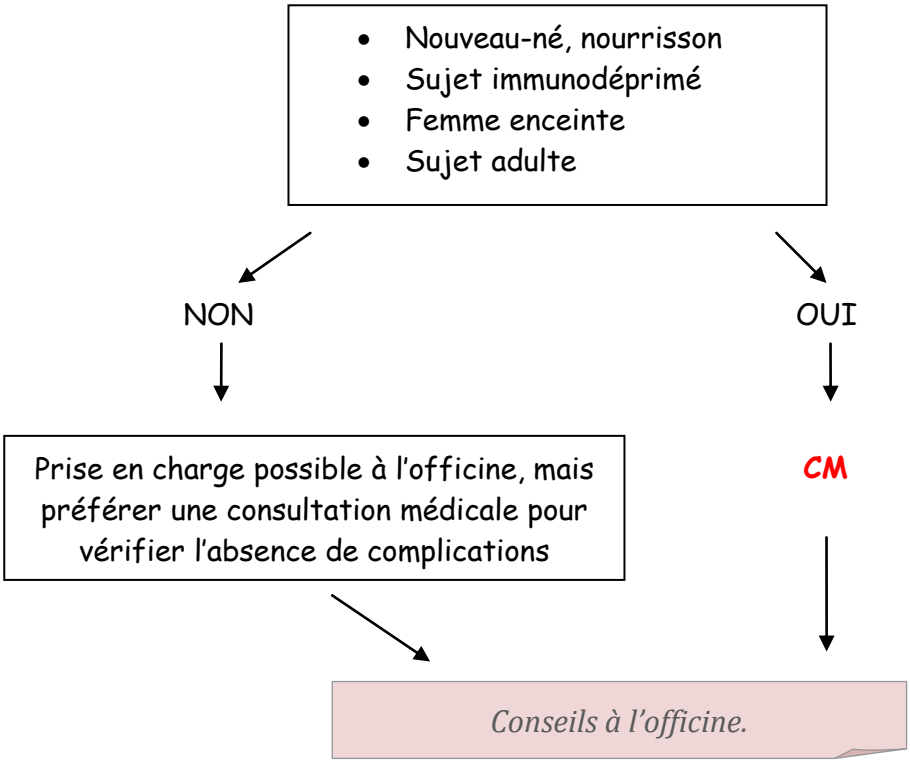
Si absence d'amélioration, ou aggravation des lésions ou des douleurs → CM

2. Puis dans tous les cas, les conseils au patient…

1. Ne jamais percer les vésicules, sinon elles risquent de se surinfecter. (71)
2. Ne pas gratter les croûtes, elles tomberont d'elles même. Si les démangeaisons sont trop importantes on pourra adjoindre un antihistaminique. (71)
3. Ne pas partager son linge de toilette. (71)
4. Proscrire l'application de talc, de crème, de pommade ou de gel qui pourrait faire macérer les lésions. (71)
5. Ne pas se frotter les yeux pour éviter de les infecter. (71)
6. Eviter tout contact avec des personnes immunodéprimées ou fragiles : femme enceinte quelque soit le stade de grossesse, nourrisson. (71)

III.3 – La varicelle de l’enfant.

Chez l’enfant la varicelle est généralement une maladie bénigne. C’est une maladie virale extrêmement contagieuse, dont la transmission est aéroportée. Le diagnostic est avant tout clinique. Il présente une fièvre modérée, accompagnée d’une éruption vésiculeuse qui commence sur le thorax puis vers les membres en respectant plantes et paumes, puis enfin la tête. Les vésicules ont un aspect de « goutte de rosée » très évocatrice ; L’évolution est polysynchrone : plusieurs stades évolutifs de la vésicule sont simultanément présents sur le corps (72). Dès le lendemain, le liquide se trouble, la vésicule s'ombilique, ce qui est également très typique (72), et dans les trois jours, elle se dessèche, formant une croûte qui tombe en une semaine, laissant une tache hypopigmentée transitoire, parfois une cicatrice atrophique L’éruption dure environ dix jours, mais son principal inconvénient est son caractère très prurigineux.



1. C'est une maladie contagieuse : éviction scolaire jusqu'à disparition des croûtes.

2. Lutter contre la fièvre : donner du paracétamol, les AINS et l'aspirine sont contre-indiqués !!! Les bains doivent être tièdes et courts ; sécher en tapotant.

3. Combattre les démangeaisons en donnant un antihistaminique per os ; couper les ongles ras pour éviter une surinfection des boutons et chez les plus petits on peut mettre des moufles.

4. Désinfecter les boutons avec une solution aqueuse de chlorhexidine, et les assécher avec de l'éosine ou du Cytélium® moins colorant.

Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un traitement antiviral dans les formes bénignes. Les indications d'un tel traitement se font dans des cas précis souvent hors AMM (72) : femme enceinte dont la varicelle survient dans les 8 à 10 jours avant l'accouchement (hors AMM), varicelle du nouveau-né (hors AMM), nouveau-né avant toute éruption si la mère a débuté une varicelle 5 jours avant ou 2 jours après l'accouchement (hors AMM), forme grave de l'enfant de moins de 1 an (hors AMM), varicelle compliquée, en particulier pneumopathie varicelleuse (hors AMM), immunodéprimés quelle qu'en soit la cause (AMM).

III.4 – Les photodermatoses : la lucite estivale bénigne, la dermite des prés et les dermites en breloque

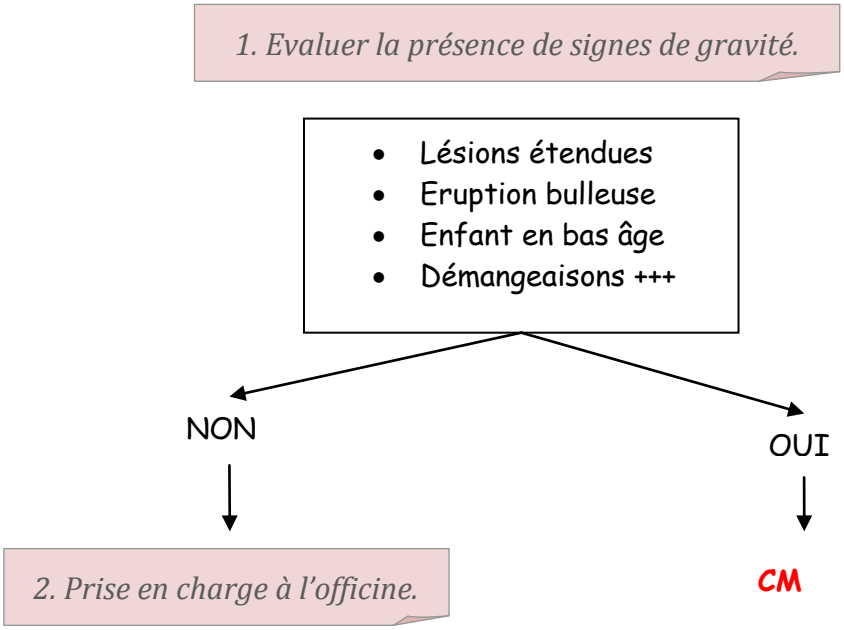
III.4.1 – Définitions.

Avec l'été et les expositions solaires, apparaissent les photodermatoses. La peau et certains produits, régissent aux U.V.et provoquent des réactions diverses. Parmi les plus fréquentes : la lucite estivale bénigne, la dermite des prés et la dermite en breloques.

La lucite estivale bénigne touche essentiellement les femmes jeunes dès les premières expositions au soleil, et récidive d'une année à l'autre. La localisation se situe au niveau du décolleté, des épaules et des bras, le visage étant respecté. Cela forme des petites vésicules, prurigineuses qui vont s'atténuer en quelques jours (73).

La dermite des prés et la dermite en breloques, sont la conséquence de la réaction entre un produit chimique présent sur la peau et les UV. Dans la dermite des prés, c'est le contact de certaines plantes (37) qui déclenche son apparition : les ombellifères (céleri, fenouil, aneth, persil, cerfeuil...) et les rutacées (citron vert, orange, bergamote...) qui contiennent des furocoumarines. Il faut donc se méfier lors de séances de jardinage, ou de sieste dans l'herbe, surtout en présence d'humidité, ce qui favorise ce type de réaction. La dermite en breloques, se manifeste souvent en coulées le long du cou : en effet les parfums en sont la principale cause, avec les huiles essentielles (38).

III.4.2 – Conduite à tenir devant un cas de photodermatose non médicamenteuse.



1. Calmer le prurit (73) : crème antihistaminique (Phénergan®, Sédermyl®, Apaisyl®...), ou dermocorticoïde d'activité faible (Onctose Hydrocortisone®) 2 à 3 fois par jour pendant une semaine +/- un anti-H1 per os (Cétirizine, Méquitazine, Alimémazine, Dexchlorphéniramine...)

2. Nettoyage et désinfection dans la dermite des prés.

3. Prévenir les récidives.

Lucite estivale bénigne

- Préparer la peau 15 à 30 jours avant l'exposition avec une prise de caroténoïdes per os. (73)
- Exposition progressive. (73)
- Photoprotection externe : port de vêtements couvrants, rester à l'ombre, et usage de topique anti UV-A et UV-B à fort indice de protection. (73)
- Les années suivantes, se préparer à une récidive qui peut empirer. (18)

Dermite des prés ou en breloques

- Méfiance vis-à-vis des plantes de type ombellifères, lors de jardinage ou de promenades à la campagne : la Berce commune, le persil, le fenouil, l'angélique, le citron...(37)
- Attention aux parfums et déodorants surtout ceux contenant des huiles essentielles de citron, lavande, bergamote, vanille, cèdre. (37)
- Eviter de se coucher dans l'herbe humide ou en ayant transpiré. (36)
- Il y a un risque de séquelles sous forme de taches brunes : il est possible de proposer un traitement dépigmentant, mais son taux de réussite n'est pas de 100%. (36)

III.5 – L'acné

III.5.1 – Définition.

L'acné est une dermatose chronique très fréquente, évoluant par poussées. Elle touche en premier lieu les adolescents avec une prévalence en France supérieure à 70% (74). Les adultes, en particulier les femmes, peuvent être atteints, avec une prévalence d'acné conduisant à une demande de soins d'au moins 20% (74). Il existe des formes sévères et son retentissement psychosocial est généralement important, responsable d'une altération de la qualité de vie, et de l'image de soi.

C'est une maladie du follicule pilosébacé, dont la physiopathologie implique 3 étapes (75). La première est l'hypersécrétion sébacée. La deuxième est la formation de lésions rétentionnelles secondaires à l'obstruction du canal folliculaire. Et enfin la troisième étape est la formation de lésions inflammatoires dans lesquelles la bactérie *Propionibacterium acnes* joue un rôle central. Le visage est la zone la plus constamment atteinte, le dos, le cou et la partie antérieure du thorax pouvant également être concernés.
Les lésions élémentaires de l'acné sont rétentionnelles et/ou inflammatoires (21). Les lésions rétentionnelles correspondent à des follicules pilo-sébacés distendus : le comédon ouvert, encore appelé point noir, et le comédon fermé ou microkyste (21). Les lésions inflammatoires sont soit superficielles, papules et pustules, soit profondes, les nodules, qui peuvent évoluer vers l'abcédation et la rupture (21).
Les lésions d'acné peuvent laisser des cicatrices atrophiques définitives (21), ce qui a un grave retentissement personnel, avec un aspect grêlé de la peau.

Dans les formes débutantes et modérées, des conseils en hygiène et en soins peuvent suffire ; en revanche dans des cas sévères une consultation dermatologique s'impose.

III.5.2 – Conduite à tenir devant une personne se plaignant d'imperfections de la peau.

A l'officine, les conseils en soins quotidiens et en cosmétique sont une très grosse part de la discussion avec le patient, qui est généralement très demandeur.

¤ Comédon ouvert, points noirs.

¤ Acné légère débutante.

¤ Acné nodulaire. (Ou nodulo-kystique)

¤ Formes étendues. (Acné conglobata)

¤ Acné rétentionelle et/ou inflammatoire

¤ Acné fulminans

1. Prise en charge à l'officine.

puis

CM, hospitalisation pour l'acné fulminans

HYGIENNE

¤ Nettoyer le visage et le corps avec un produit adapté, doux sans savon matin et soir.

¤ Ne jamais oublier de se démaquiller le soir, pour éviter l'obstruction des pores. Eviter l'utilisation des éponges de maquillage, véritables nids à bactéries. (76)

¤ Ne pas « tripoter » les boutons, surtout sans s'être lavé les mains. (76)

LES SOINS

¤ Les séborégulateurs : ils régulent la sécrétion de sébum et diminuent l'aspect luisant de la peau. On peu citer l'argile, le gluconate de zinc, des extraits de *Cucurbita pepo. (76)*

¤ Les kératolytiques (dosés de 20 à 40%) et les kératorégulateurs (dosés à 12%) : se sont des agents exfoliants qui aident à la régression des comédons, et ont aussi un pouvoir anti-inflammatoire. On cite principalement les AHA (alphahydroxyacides : acide lactique et acide glycolique) et l'acide salicylique. Ils peuvent être irritants : leur utilisation ne doit alors pas être quotidienne, un jour sur deux ou sur trois. (76)

¤ Les antibactériens et antiseptiques : luttent contre la prolifération des bactéries à la surface de la peau. On cite le triclosan, le nicotinamide, le crotamiton, la piroctone olamine...(76)

¤ Les apaisants : ils diminuent les sensations d'irritation, qu'elles soient intrinsèques, ou dues aux autres actifs ou au traitement. (76)

¤ Les hydratants et humectants : ils luttent contre le dessèchement cutané.(76)

¤ Les matifiants : ils aident à donner un aspect moins brillant à la peau. L'effet ne dure pas dans le temps au contraire des séborégulateurs. (77)

LE CAMOUFLAGE

¤ Appliquer une crème teintée pour unifier le teint, sans oublier le cou. (77)

¤ Sur les imperfections on peut utiliser un correcteur. Les duos vert/beige permettent de bien masquer les rougeurs. (77)

¤Sur des lésions étendues on applique des crèmes compactes teintées qui ont un pouvoir très couvrant sans avoir besoin de mettre une couche épaisse de produit.

2. Les conseils complémentaires.

Les erreurs à éviter

¤ L'utilisation de produits de lavage irritants et agressifs.

¤Triturer les lésions ou presser les boutons.

¤ Utiliser des produits qui ne portent pas la mention «non comédogène ».

¤ Les produits gras, et huiles pour le corps.

¤ S'exposer au soleil : le hâle cache les microkystes, et les UVB épaississent l'épiderme, ce qui les incruste d'autant plus.

Au sujet des traitements dermatologiques prescrits

¤ Les topiques :

Ces produits sont souvent responsables d'une sensation d'irritation qui espace leur application, et d'un dessèchement de la peau.

Ils sont également photosensibilisants : éviter l'exposition solaire et utiliser des photoprotecteurs. (79)

¤ Les traitements per os :

L'isotrétinoïne a des effets secondaires cutanéomuqueux dose dépendants : sécheresse intense de la peau, des lèvres, et des yeux. Il faut éviter le port de lentilles et utiliser des larmes artificielles. Les soins hydratants s'appliquent ici plusieurs fois par jour. (79)

L'isotrétinoïne et les antibiotiques antiacnéiques, à l'exception de la minocycline, sont photosensibilisants : utiliser des produits solaires à fort indice de protection. (79)

III.6 – Le furoncle

III.6.1 – Définition.

Le furoncle correspond à l'infection aiguë profonde du follicule pilo-sébacé, revêtant l'aspect d'un bouton rouge assez volumineux (abcès) et très douloureux, centré sur un poil (80). Le furoncle se présente sous la forme d'un nodule jaunâtre sur fond érythémateux. Celui-ci survient habituellement de manière assez brutale et laisse souvent une cicatrice en creux sur la peau en raison de la nécrose des tissus due à l'infection. Les germes en cause sont le staphylocoque doré (80), et le streptocoque qui sont souvent localisés dans les zones de macération du corps, comme les fesses, la région génito-urinaire, les aisselles, le nez (surtout le staphylocoque doré), les oreilles, le cou.

Le furoncle n'est pas toujours grave, mais il doit néanmoins faire l'objet d'une attention particulière, notamment lorsqu'il survient au niveau du nez, près des orifices oculaires, et sur le périnée ; ces localisations sont extrêmement dangereuses, car la dissémination bactérienne vers le reste de l'organisme y est plus aisée. Des poussées récidivantes de furoncles constituent une furonculose (80) qui requiert une prise en charge médicale car ce peut être le signe d'une maladie générale. L'anthrax est un agglomérat de furoncles (80), réalisant un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules. Il peut s'accompagner de fièvre et d'adénopathies régionales ; son siège électif est le cou ou le haut du dos.

III.6.2 – Conduite à tenir devant un cas de furoncle.

¤ Furonculose.

¤ Anthrax.

¤ Déficit immunitaire.

¤ Fièvre.

¤ Localisation labiale, sur les ailes du nez, localisation centrofaciale, sur le périnée : exposition au risque de dissémination +++. (80)

NON → *1. Prise en charge à l'officine.*

OUI → **CM**

¤ Désinfection du furoncle 2 fois/jour, avec des pansements alcoolisés de chlorhexidine, ou avec un dérivé iodé, ou avec du Dakin® pur en pansement occlusif.

2. Conseils associés.

¤ Ne pas manipuler le furoncle : risque de dissémination.

¤ Contagieux par contact direct ou auto-inoculation.

¤ Lavage fréquent des mains, et coupe des ongles courts.

¤ Eviter la macération cutanée, le port de vêtements synthétiques et trop serrés.

Si au bout d'une semaine il y a récidive, ou aggravation : aller consulter un médecin.

IV – Les lésions papuleuses

La papule, est une lésion en relief, pleine, solide, circonscrite, perçue comme un ressaut par le doigt, de petite dimension. Elle peut être ronde, ovalaire, polygonale et/ou ombiliquée (2). Si elle plus grande, c'est une plaque. La plaque peut résulter de la confluence de petites papules ou se constituer d'emblée. Les étiologies des papules sont très nombreuses et le plus souvent en dehors du ressort du pharmacien, car elles ne sont qu'un symptôme d'une pathologie sous-jacente.

Cependant, les papules que le pharmacien rencontre communément à l'officine, sont celles provoquées par un ectoparasite : la gale d'une part, ainsi que les nombreuses piqûres/morsures d'insecte durant la période estivale d'autre part.

IV.1 – La gale humaine.

Il s'agit d'une maladie ectoparasitaire due à la colonisation cutanée par l'acarien femelle de *Sarcoptes scabiei*, variété hominis (14). Elle se caractérise par un prurit entraînant des lésions de grattage non spécifiques et par quelques lésions spécifiques liées à la présence du sarcopte, les sillons scabieux (14). C'est la réaction de l'organisme contre le sarcopte et ses déjections qui explique la plupart des signes cliniques (14).

La gale se transmet dans l'immense majorité des cas par contact humain direct. Celui-ci s'effectue dans le cadre familial, du couple, parfois en milieu scolaire. La transmission nécessite le plus souvent des contacts intimes et prolongés ; la gale est considérée également comme une maladie sexuellement transmissible (14).

IV.1.1 –Tableau de conduite à tenir devant une gale.

1. Evaluer la présence de signes de gravité.

- Gale profuse, gale « norvégienne »
- Sujet immunodéprimé
- Nourrisson, enfant <2ans, femme enceinte
- Lésions surinfectées

NON → *2. Prise en charge à l'officine.*

OUI → **CM**

1. Le soir : prendre un bain pour bien nettoyer la peau et bien se sécher. (15)

2. Appliquer le produit antiparasitaire sur la totalité du corps, y compris les organes génitaux ; insister sur les plis et les mains. Le visage et le cuir chevelu sont à épargner. (15)

3. Bien respecter les temps de pose du produit utilisé, allant de 6 à 24 heures selon l'antiparasitaire et l'âge du sujet traité. (15)

4. Contre les démangeaisons, on peut proposer des antihistaminiques anti-H1 per os ou locaux, mais dans ce cas attendre 24 heures après l'antiparasitaire topique. (15)

3. Conseils associés.

1. Traiter toute la famille simultanément. (81)

2. Laver tout le linge de lit, ainsi que les vêtements à au moins 60°C. (14)

3. Sur les objets non lavables, pulvériser un insecticide spécifique, ou les entreposer dans un sac plastique pendant une semaine, temps au bout duquel les parasites meurent. (14)

4. Hygiène corporelle et celle de l'habitation : +++. (15)

5. Les substances anti-galeuses sont irritantes : il ne faut pas répéter de façon inconsidérée les traitements. (81) (15)

6. Il est recommandé de mettre des gants aux jeunes enfants pour éviter une ingestion éventuelle du produit. (15)

7. Il faut rincer abondamment en cas de contact avec les muqueuses. (15)

8. Ne pas utiliser les topiques sur une peau lésée. (15)

Si au bout de 10 jours, le prurit persiste, ou les lésions s'aggravent, il faut consulter un médecin.

IV.1.2 – Les principaux produits anti gale et leurs caractéristiques.

Le traitement est ambulatoire. Il doit être appliqué de façon simultanée au sujet atteint et aux sujets en contact avec lui (81). Il est à noter que les produits dermatologiques utilisés ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, ce qui peut être un frein au traitement dans les situations de personnes démunies.

L'ivermectine est un cas particulier. C'est un traitement *per os* ayant obtenu son AMM en 2001 dans l'indication de la gale. Il appartient à la liste II des produits sur prescription médicale, et est remboursé à 65% par la S.S.

Tableau V : Spécialités pour la prise en charge d'une gale humaine.

LES ANTIPARASITAIRES	LEURS CARACTERISTIQUES
LES ANTIPARASITAIRES A APPLICATION LOCALE (14)	
Ascabiol® lotion : benzoate de benzyle, sulfiram.	Application pendant 12 à 24 heures chez l'enfant et l'adulte. Application < à 12H chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 2 ans. Les draps doivent être changés deux fois : juste avant l'application du produit et juste après le rinçage.
Elenol® crème, Scabecid® crème fluide : lindane.	Efficace avec une durée d'application de 12 heures. A éviter chez le nourrisson et la femme enceinte.
Spregal® : butoxyde de pipéronyle, Esdépalléthrine.	Application pendant 12 heures. Les pyréthrinoides sont les insecticides les moins toxiques. Ils peuvent être utilisés chez le nourrisson et la femme enceinte, leur efficacité est probablement inférieure à celle du lindane et de l'Ascabiol. Ils sont plus coûteux.
ANTIPARASITAIRE *PER OS* (14)	
Stromectol® : ivermectine.	Administré dès l'âge de 5ans en écrasant les comprimés. Contre indiqué chez la femme enceinte. Dose unique de 200µg par kilo, à distance des repas. Une seconde prise à J14 est préconisée en cas de gale profuse ou d'immunodépression.

IV.2 – Les piqûres et morsures d'insecte

A la sortie de l'hiver, les arthropodes refont surface, et avec eux leur lot de piqûres et de morsures désagréables. Le plus souvent on le remarque suite aux sensations de démangeaisons ou de douleur qui provoquent une réaction inflammatoire. C'est une réaction bénigne dans la grande majorité des cas ; par contre cela devient beaucoup plus grave lorsque le sujet est sensible, voire allergique : en quelques minutes la réaction s'amplifie pouvant aller jusqu'au choc anaphylactique.

IV.2.1 – Les principaux insectes rencontrés.

On peut classer les insectes en quatre groupes principaux (16).
Les hyménoptères tout d'abord : abeille, guêpes, frelons, bourdons...Ils peuvent inoculer un venin lorsqu'ils piquent mais ce n'est pas systématique (16); la guêpe par exemple l'inocule volontairement, si la piqûre n'est pas assez profonde le venin ne pénètre pas dans le derme.
Puis les diptères : les taons et les moustiques. Ces derniers sont les vecteurs de nombreuses pathologies tropicales (16) : paludisme, fièvre jaune, dengue...dans des zones endémiques répertoriées. Des mesures de prophylaxie sont alors essentielles lorsqu'on se rend dans ces zones.
Ensuite les acariens : les aoûtats et les tiques. Ils se fixent sur l'homme en se laissant tomber dessus dans les zones forestières, ou de hautes herbes. Les tiques sont vectrices de maladies telles la maladie de Lyme, ou la méningo-encéphalite virale à tiques (16).
Enfin, les araignées : leurs morsures ne présentent pas de gravité en France.

IV.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de piqûre ou morsure par un arthropode

Une fois la présence de critères de gravité écartée, il faut vérifier la présence ou non d'un corps étranger appartenant à l'insecte, à défaut de l'insecte lui-même, encore présente sur la peau, ou bien les indices qui montrent qu'il y en a eu. En effet cela implique un geste de prélèvement du dard ou de l'insecte qui doit être fait de manière rigoureuse et en respectant certaines règles d'hygiène et de sécurité. Dans les jours qui suivent, il vaut mieux surveiller la zone piquée ou mordue afin de constater s'il n'y a pas d'amélioration.

1. Evaluer la présence de signes de gravité.

- Piqûre oropharyngée
- Piqûre oculaire
- Piqûres multiples
- Urticaire généralisé
- Angio-œdème laryngé
- Bronchospasme
- Malaise, chaleur diffuse, crampes abdominales, prurit palmo-plantaire : signes précurseurs de choc anaphylactique
- Personne allergique

NON → Présence d'un dard / Présence d'une tique

OUI → **Urgence médicale**

Présence d'un dard → OUI / NON

Présence d'une tique → NON / OUI

OUI → L'enlever délicatement avec une pince à écharde désinfectée

NON → Présence d'une auréole rouge persistante ou centrifuge

OUI → Enlever la tique au « tir-tic » → Rostre restant implanté → NON / OUI

NON → Présence d'une auréole rouge persistante ou centrifuge

OUI → **CM**

Présence d'une auréole rouge persistante ou centrifuge → NON / OUI

OUI → **CM**

NON → *2. Prise en charge à l'officine.*

1. Désinfecter quotidiennement les différents boutons avec un antiseptique. En effet, un grattage intempestif risque de conduire à un impétigo, voire un érysipèle par surinfection.

2. Application d'un produit local anti démangeaisons à l'hydrocortisone ou contenant un anesthésique local : Apaisyl®, Onctose hydrocortisone®, Eurax®....2à 3 fois par jour. (16)

↓

3. Conseils de prévention.

↓

1. Lors de promenades en forêt, ou à la campagne, porter des vêtements suffisamment couvrants. De retour chez soi, inspecter son corps pour voir s'il n'y aurait pas éventuellement une tique accrochée. (20)

2. Utiliser des répulsifs adaptés à l'âge de la personne et au support : corporel ou vestimentaire. Beaucoup de produits ne sont pas adaptés en dessous de 3 ans. (82)

3. Bien vérifier les durées de protection qui varient d'un produit à l'autre. (82)

4. L'utilisation de moustiquaires imprégnées permet de bien protéger les lits.(82)

5. Les sujets allergiques aux piqûres d'hyménoptères doivent toujours avoir sur eux de l'adrénaline injectable (Anahelp®, Anapen®), traitement d'urgence du choc anaphylactique. (83)

↓

En cas d'apparition d'érythème migrant chronique, ou d'érythème s'exacerbant, aller consulter un médecin.

IV.2.3 – Précisions sur les tiques.

IV.2.3.1 – Espèces, écologie et mode de vie en France.

Les tiques font partie de l'ordre des acariens(20). En France, trois espèces sont prévalentes : *Ixodes ricinus*, aussi appelé pou des bois est la plus connue, *Dermacentor sp*, et *Rhipicephalus sanguineus* ; ce sont tous des Ixodidés (84).

Ixodes ricinus, est l'espèce de loin la plus répandue en France, il est capable de se nourrir tant sur les reptiles que sur les oiseaux ou les mammifères. Il accepte plus de 300 espèces d'hôtes. À ses trois stades évolutifs, larve, nymphe puis adulte, il est susceptible de s'attaquer à l'homme (84). Très hygrophile, il vit dans les sous-bois humides; sa présence est aussi liée à celle des animaux sauvages ou domestiques. Cet *Ixodes* est présent partout en France, sauf à des altitudes excédant 1000 - 1200 mètres (84), et dans des régions trop sèches ou inondables. Il ne peut cependant pas survivre sans une constante humidité (85) ; très rapidement, si l'hygrométrie est inférieure à 70%, il va se dessécher et mourir. En Lorraine *I. ricinus* paraît jouer un rôle de premier plan dans les maladies transmises par les tiques.

De l'œuf naît une larve hexapode, à peine perceptible à l'œil nu. Après s'être fixée pendant quelques jours sur un vertébré pour se gorger lentement de sang, elle se laisse tomber sur le sol, pour digérer et se muer en une nymphe octopode mesurant environ un millimètre à jeun(85). Le deuxième repas de sang est pris dans les mêmes conditions de durée. La nymphe repue mesure alors 2mm, elle se détache et tombe au sol pour enfin muer en une tique adulte de 3 à 4 mm. La femelle, après copulation, devra une dernière fois se gorger pleinement de sang, jusqu'à prendre la taille d'un petit pois. Ce repas lui permettra de pondre de 1 000 à 20 000 œufs, selon l'espèce et le sang ingéré, avant de se dessécher et de mourir (85). La durée d'un cycle est en moyenne de 2 à 4 ans, pouvant aller à 7 ans si les conditions climatiques ne sont pas favorables (85).

L'activité d'*I. ricinus* est conditionnée par les heures chaudes de la journée, par des températures comprises entre 7 et 25°C. Elles sont quasiment inactives pour les températures inférieures (85). De ce fait, dans le quart nord-est de la France, leur activité s'étend de mai à octobre, avec une accalmie en juillet-août. Installées à leur poste, au sommet d'herbes, de fougères ou de ronces, les tiques tiennent leurs deux pattes antérieures tendues et agrippent la fourrure, ou les vêtements de l'hôte de passage (85). Le réflexe d'accrochage paraît stimulé par le mouvement, la chaleur ou l'émission de dioxyde de carbone par l'hôte (85).

IV.2.3.2 – La maladie de Lyme

La borréliose de Lyme est une zoonose très largement répandue dans l'hémisphère nord, avec un gradient Sud-Nord et Ouest-Est. En France, les régions du Nord-Est sont ainsi les plus touchées. C'est une maladie due à la bactérie *Borrelia burgdorferi*. Le vecteur principal est *Ixodes Ricinus* chez lequel elle se loge dans les intestins, et le réservoir de la bactérie est essentiellement constitué par les petits mammifères (85). L'antibioprophylaxie ne doit pas être prescrite systématiquement mais peut être envisagée dans les cas suivants:

- ✓ la tique est restée implantée plus de 36 heures.
- ✓ durée d'implantation de la tique inconnue mais tique gorgée de sang au moment du retrait.
- ✓ femme enceinte.
- ✓ présence de l'érythème chronique migrant.

L'antibioprophylaxie doit alors être prescrite dans les 3 jours suivant le retrait de la tique. Celle-ci, ainsi que les traitements curatifs, reposent sur des protocoles (86) comprenant les bétalactamines (amoxicilline), ou la doxycycline, ou l'azithromycine.

Le diagnostic de borréliose de Lyme est évoqué sur la notion d'une exposition possible aux piqûres de tiques associée à des manifestations cliniques.

L'érythème migrant (EM) est la manifestation de la phase primaire (86). Il apparaît quelques jours à plusieurs semaines après la piqûre. Il s'agit d'une macule érythémateuse annulaire (en cocarde) de plusieurs centimètres de diamètre à croissance centrifuge avec souvent un éclaircissement central. Il n'est pas douloureux, ne démange pas, disparait sans cicatrice. La présence d'un érythème migrant permet d'affirmer le diagnostic ; à ce stade la sérologie est négative dans 50% des cas, il est donc inutile de la réaliser (86).

La phase secondaire n'apparaît qu'en l'absence de traitement antibiotique pendant la phase primaire, ou lorsque celle-ci est passée inaperçue. Les manifestations sont principalement neurologiques et rhumatologiques ; ce sont les grosses articulations qui sont atteintes, principalement le genou (86).

La phase tertiaire comprend des manifestations neurologiques (86), représentées par des encéphalomyélites chroniques, et des polyneuropathies sensitives. C'est la phase où le diagnostic est le plus difficile, car beaucoup de maladies peuvent donner les mêmes signes ! La sérologie est toujours positive à ce stade, et le reste plusieurs années.

Les anticorps ne sont pas protecteurs (86): on peut faire une maladie de Lyme plusieurs fois dans sa vie !!

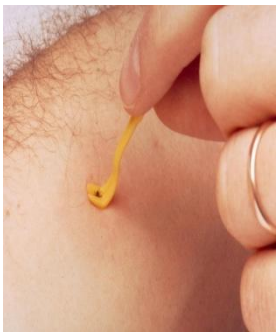
IV.2.3.3 – Procédure de retrait d'une tique

L'application préalable d'éther, de pétrole, de vaseline ou d'un autre produit chimique doit être proscrite car elle provoquerait la régurgitation de la tique et donc la libération de *Borrelia*.

Le retrait par traction comporte le risque de laisser les pièces buccales dans la peau. De plus, plusieurs travaux ont démontré qu'il fallait éviter de comprimer le corps de la tique, afin que sa salive ne reflue pas vers la peau de l'hôte (85). L'emploi d'une pince à épiler présente donc quelques risques, si la tique est trop petite ou si l'opérateur n'est pas assez adroit pour la saisir par les pièces buccales et non par le corps. Le crochet Tire-Tic® évite ces écueils : il combine une préhension sans compression du corps de la tique, et un retrait par rotation (85), cette dernière étant la méthode adéquate pour la plupart des tiques.

Un antiseptique est ensuite appliqué sur la zone et une surveillance locale attentive est menée pendant 30 jours afin de détecter l'apparition d'un érythème migrant (EM) qui sera alors traité. Une fois retirée la tique doit être brulée.

Photos 1 et 2 : Modèles de crochets vendus en pharmacie



V – Les atteintes épidermiques

Les atteintes épidermiques que nous allons voir touchent la couche cornée de la peau. Elle est formée par les kératinocytes ; ceux-ci forment une couche plus ou moins épaisse selon les localisations, et finissent par tomber en fin de cycle.

V.1 – Les hyperkératoses du pied.

Les hyperkératoses sont un épaississement exagéré et anormal de la couche cornée. C'est également un mécanisme de protection mécanique vis-à-vis des frottements et points de pression ou d'appui du corps (40) ; ces points peuvent devenir douloureux par compression des terminaisons nerveuses. Aujourd'hui, le pied est le siège principal de ces kératinisations mécaniques que l'on retrouve sous la forme de cors, d'œil de perdrix, ou de durillon (40).

V1.1 – Prise en charge d'un pied hyperkératosique.

- Kératose très douloureuse
- Kératose multiple, récidivante
- Kératose persistante
- Cor qui saigne ou infecté

- Pathologies chroniques : diabète, artérite, neuropathie.
- Traitement immunosuppresseur, ou anticoagulant.

NON → *Prise en charge à l'officine*

OUI → **CM**

Prise en charge à l'officine → TRAITEMENT

Prise en charge à l'officine → PREVENTION

TRAITEMENT

1. Bains de pieds pour ramollir.

2. Appliquer un coricide tout les soirs sans déborder sur la peau saine qui risque alors d'être abimée. (87)

3. Eliminer la peau morte avec une pierre ponce, une râpe ou une lime. Attention à ne pas frotter trop fort au risque d'être agressif et entretenir l'hyperkératinisation. (87)

4. Soulager temporairement la zone, à l'aide d'un pansement hydrocolloïde ou gel de silicone. (87)

PREVENTION

1. Hydrater les pieds secs avec une crème hydratante spécifique pieds, voire une crème anti-frottement.

2. Veiller à porter des chaussures adaptées, éviter les talons hauts. Surveiller l'état des semelles, surtout celles en caoutchouc qui s'usent vite. (40)

3. Protéger les points d'appui ou de frottement, par des protecteurs : les feutres, les coussinets plantaires en gel de silicone, les séparateurs d'orteils, les tubes...(87)

V1.2 – Prise en charge des verrues.

Les verrues sont d'origine virale, due à un Papillomavirus (41). Le risque de contamination est favorisé par des contacts dans les milieux humides comme la piscine, ou les tapis de salle de bain (41). On peut également être porteur et la développer à l'occasion d'un stress, de fatigue, d'une baisse immunitaire...

Il existe différents types de verrues. Les verrues vulgaires sont les plus fréquentes et bénignes, localisées sur les mains et les pieds ; sur les pieds on peut parfois les confondre avec un cor car elles siègent sur les zones d'appui du pied (88). Les verrues planes, sont plutôt localisées au visage, et sont particulièrement contagieuses (41). Les *Molluscum contagiosum* forment de petites vésicules perlées en grappe notamment chez les jeunes enfants qui les attrapent en milieu scolaire lors d'épidémies ; elles sont prurigineuses, ce qui favorise leur auto-inoculation et sont très contagieuses (41).

1. Evaluation des critères de gravité.

- Verrue douloureuse
- Verrue qui saigne
- Verrue au visage
- Verrue qui récidive au traitement précédent.
- Verrues nombreuses ou étendues
- Verrue infectée
- Pathologie chronique : diabète, artérite.

NON

OUI → **CM**

2. Prise en charge à l'officine.

1. Si la verrue est récente et petite, on peut utiliser la cryothérapie : le virus est détruit par anoxie cellulaire et thrombose intravasculaire. Son support va tomber. C'est douloureux, il faut laisser 15 jours d'intervalle avant un nouvel essai. Il ne faut pas l'utiliser chez l'enfant de moins de 4 ans. (41)

2. Sinon, on peut appliquer des kératolytiques à base d'acide lactique et d'acide salicylique dosé à 40%, tous les soirs, pendant 6 à 12 semaines, sous pansement, ce qui est contraignant. Il faut protéger la peau voisine avec un vernis et tous les 2 ou 3 jours limer la surface de la verrue, de préférence après un bail des pieds, sans la faire saigner ou mettre à vif la peau. (41)

3. Conseils de prévention.

- ✓ Eviter les salles communes humides : piscine, sauna, hammam, vestiaires…(88)
- ✓ Ne pas marcher pieds nus dans les lieux publics. Porter des sandales dans ces lieux. (88)
- ✓ Se laver les mains après avoir touché une verrue. (41)
- ✓ Changer tout les jours de chaussettes, et désinfecter de temps en temps les semelles de chaussures.

S'il n'y a pas de guérison au bout de 3 mois, ou aggravation, consulter un médecin.

4. Propositions homéopathiques.

- ✓ <u>Thuya occidentalis 5 CH :</u> il est toujours prescrit en cas de verrue. Prendre 5 granules 1fois/jour. (69)
- ✓ <u>Medorrhinum 9 ou 15 CH :</u> indiqué en cas de verrues rebelles. Prendre 1 à 2 doses par mois. (69)
- ✓ <u>Antimonium crudum :</u> pour les verrues dures cornées, hyperkératosiques. Il semble actif dans toutes les dilutions de 5 à 15 CH : 5 granules 2fois/jour.
- ✓ <u>Nitricum acidum 9 ou 15 CH :</u> pour les verrues de teinte jaune d'or, ou celles fissurées et douloureuses. Prendre 5 granules 2 fois/jour. (69)
- ✓ <u>Calcarea carbonica ostreica 9 ou 15 CH :</u> en cas de verrue ronde, unique, isolée, dure. Prendre 5 granules 2 fois/jour. (69)
- ✓ <u>Dulcamara de 5 à 9 CH :</u> convient aux verrues séborrhéiques. Prendre 5 granules 1 à2 fois/jour. (69)

V.1.3 – Cas particulier du pied diabétique

La pathologie du pied diabétique est préoccupante, en raison de la forte morbidité et du nombre important d'amputations qu'elle cause chaque année, étant la première cause de celles-ci (88). Lorsque le diabète n'est pas correctement équilibré, la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène est primordiale dans l'éviction des ulcérations du pied.

Les diabétiques peuvent être classés en deux groupes : ceux jeunes et sans facteurs de risques, et les patients à haut risque de lésions du pied (89). Ceux-ci sont, ceux qui présentent une neuropathie périphérique, une artériopathie des membres inférieurs, des déformations du pied, ou des antécédents d'ulcération du pied (88). Dans la neuropathie périphérique, le sujet perd de sa sensibilité au chaud et au froid, et surtout aux pressions, ce qui constitue un grave danger, car le patient risque de s'y planter un objet sans s'en rendre compte (89). Lorsque le pied est déformé, il présente des points d'appui et d'hyperpression qui peuvent évoluer vers le mal perforant plantaire : une infection pouvant aller jusqu'à l'os (89). Dans l'artérite, la mauvaise vascularisation est responsable de troubles trophiques allant de l'ulcère jusqu'à la gangrène massive du pied (89).

A l'officine, on va surtout prodiguer des conseils afin d'avoir une surveillance attentive du pied, sur la manière de faire les soins quotidiens d'hygiène, et sur le chaussage.

Conseils à l'officine.

Assurer la protection du pied

¤Inspecter l'intérieur des chaussures avant de les mettre. (90)

¤Choisir des chaussures suffisamment souples, larges (les choisir en fin de journée lors de l'achat) et sans coutures intérieures. (90)

¤Inspecter tout les jours la plante des pieds, à l'aide d'un miroir si besoin ou avec l'aide d'une tierce personne. (40)

¤Faire tester la sensibilité du pied au moins une fois par an. (90)

L'hygiène du pied

¤ Se laver les pieds quotidiennement avec un savon neutre, sécher minutieusement, et appliquer une crème hydratante. (90)

¤ Couper les ongles au carré et limer les bords avec une lime souple. En cas d'ongles épaissis, incarnés ou de corne, consulter un podologue. (40)

¤ Changer de chaussettes chaque jour, sans élastique qui serre trop la jambe. Les préférer en coton ou fil d'Ecosse. (40)

Les gestes à éviter.

¤ Ne jamais utiliser d'instruments tranchants ou de râpe agressive. (90)

¤ Ne pas utiliser de coricides ou de verrucides. (90)

¤ Ne pas prendre de bains de pieds prolongés. (40)

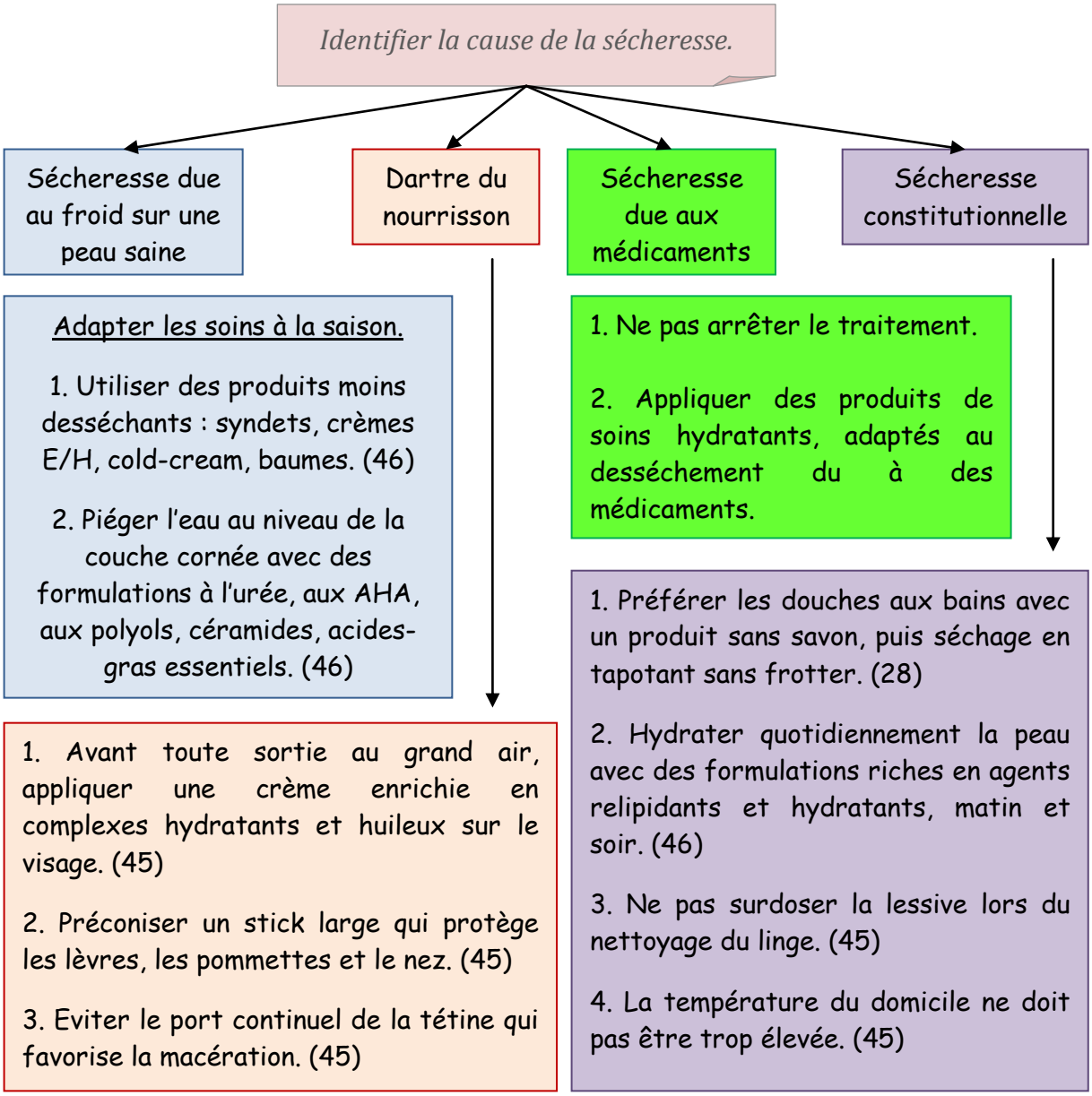
¤ Ne jamais marcher pieds nus, même chez soi. (90)

V.2 – Les squames

Les squames sont constituées de pellicules ou de lamelles cornées qui se détachent plus ou moins facilement de la peau. Nous allons voir ici deux cas : d'une part la sécheresse cutanée en général, et d'autre part le psoriasis en particulier.

V.2.1 – La sécheresse cutanée

La sécheresse cutanée peut avoir plusieurs causes qu'il faut identifier pour mieux la traiter. Nous avons vu dans la première partie que les squames selon leur allure, sont dues à des pathologies différentes. Dans le conseil de la sécheresse cutanée, il faut prendre en compte cette causalité, ainsi que le type de peau du sujet.



V.2.2 – Le psoriasis

V.2.2.1 – Définition du psoriasis.

Le psoriasis est une maladie chronique qui évolue par poussées et phases de rémission (44) ; il touche aussi bien les hommes que les femmes, débutant en général à l'adolescence. En dehors de son retentissement physique, c'est une pathologie ayant un impact social et psychologique non négligeable de part son altération de la qualité de vie. Cette pathologie résulte de la prolifération excessive des kératinocytes, associée à un état

inflammatoire dermique (44). La cause de cette prolifération semble être d'origine auto-immune (44), avec une composante familiale possible. On peut aussi noter des facteurs influençant les poussées, tels le stress psychologique, les conditions climatiques, des facteurs infectieux (infections à streptocoques, VIH), certains médicaments (bêtabloquants, lithium, interféron *alpha*) (44).

La lésion élémentaire est une tache érythématosquameuse accompagnée de prurit (. La topographie du psoriasis est caractéristique (91) ; les lésions siègent au niveau des faces d'extension des membres : coudes, genoux, bords des avant-bras, tibia, région lombo-sacrée et cuir chevelu. Le visage est rarement atteint. On parle de psoriasis inversé lorsque les lésions sont localisées dans les plis (44). La complication essentielle du psoriasis est une surinfection des lésions, favorisée par un grattage intense (91). Certaines formes graves conduisent à une septicémie, des troubles de la thermorégulation, et des désordres électrolytiques (44). Une autre pathologie fréquente due au psoriasis est le rhumatisme psoriasique : un état inflammatoire touche les petites et les grosses articulations ; l'aspect est proche d'une polyarthrite rhumatoïde, mais les déformations osseuses sont moins graves et non symétriques (44).

V.2.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de psoriasis.

Le traitement du psoriasis est symptomatique et repose essentiellement sur un traitement topique local en ce qui concerne les formes localisées. Les psoriasis limités, ou bien acceptés des malades ne sont pas traités, en raison des effets secondaires non négligeables des traitements (44). Un traitement bien conduit et efficace, ne permet tout de même pas une disparition complète (92), appelée un blanchiment, des lésions ; il en persiste souvent encore de manière moindre. Les traitements systémiques sont réservés aux formes graves, en cherchant à diminuer la réponse immunitaire de l'organisme (92).

Le pharmacien va intervenir en donnant des explications sur le bon usage du traitement lors de la délivrance, ainsi que les conseils au quotidien.

1. Conseils sur la thérapeutique topique.

LES DERMOCORTICOÏDES

¤Effet antiprolifératif, anti-inflammatoire et immunosuppresseur. (93)

¤Respecter les fréquences d'applications préconisées par le dermatologue, et diminuer progressivement les doses à l'arrêt pour éviter un effet rebond. (92)

¤Il peut y avoir une diminution de l'efficacité dans le temps : prévoir des fenêtres thérapeutiques. (92)

¤Arrêter les applications en cas d'infection bactérienne ou fongique (93), et ne pas appliquer sur des plaies ou des cicatrices (92).

¤Contrôler le nombre de tubes utilisés afin d'avoir une idée sur une éventuelle surconsommation (92). Prévenir du risque d'atrophie

LE CALCIPOTRIOL (DERIVE DE LA VIT D)

¤Ralentit la prolifération des kératinocytes. (92)

¤Bien toléré, et pas d'effet rebond à l'arrêt du traitement. (92)

¤Il ne faut pas dépasser 100g de topique appliqué par semaine, en raison du risque d'hypercalcémie que ce produit provoque. (44)

¤Il doit être évité sur le visage, car souvent irritant. (44)

¤Il peut s'associer aux dermocorticoïdes. (44)

AUTRES

¤Les kératolytiques à l'acide salicylique peuvent être utilisés dans les lésions très kératosiques. (44)

¤Des dérivés de la vitamine A sont utilisés, mais sont très irritatifs. (44)

2. Conseils sur la thérapeutique orale.

¤ <u>Les rétinoïdes</u> (SORIATANE®) : ses effets indésirables sont doses dépendants (44), et réversibles à l'arrêt du traitement (92). Il a un effet tératogène : chez la femme une contraception rigoureuse est obligatoire (92).

¤ <u>Les immunosuppresseurs</u> (ciclosporine, méthotrexate) : une surveillance biologique est nécessaire, rénale pour la ciclosporine, hématologique et hépatique pour le méthotrexate. (44)

3. Conseils généraux (94).

HYGIENE DE VIE

¤ Ne jamais arracher les squames, cela étendrait les lésions.

¤Les patients diabétiques doivent réguler au mieux leur glycémie pour ne pas aggraver les lésions.

¤Modérer les expositions solaires.

¤ Ce n'est pas contagieux.

HYDRATATION

¤Une hydratation quotidienne de la peau est nécessaire ; il existe des gammes dermatologiques spécifiques pour le psoriasis.

¤Utiliser des pains dermatologiques pour la toilette, sans savon.

¤ Eviter le contact avec des détergents.

IMAGE DE SOI

¤Des maquillages spécifiques à haut pouvoir couvrant et camouflant existent.

¤ Le stress risque d'aggraver l'état psoriasique.

¤Dédramatiser la situation : une bonne prise en charge est possible, avec un traitement adapté et bien conduit.

VI – Les atteintes du cheveu et du cuir chevelu.

La prise en charge capillaire est la plupart du temps présentée comme la réponse à une plainte esthétique et non pathologique. Il existe beaucoup de soins dermocosmétiques adaptés à la situation et qui constituent le traitement de première intention. Le pharmacien devra identifier au mieux la pathologie, ou la demande cosmétique, et proposer la meilleure solution possible. Cette meilleure solution doit être non seulement la plus efficace, mais aussi celle à laquelle le sujet adhèrera le plus en ce qui concerne l'observance, et celle qui lui conviendra du point de vue du coût du traitement qui peut s'avérer onéreux.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord étudier la prise en charge d'une pédiculose ; ceci n'atteint pas directement le cheveu et le cuir chevelu, mais c'est son siège. Ensuite nous

verrons les pathologies rencontrées communément à l'officine, que sont la perte des cheveux, les états squameux pelliculaires et enfin la dermatite séborrhéique.

VI.1 – La pédiculose

VI.1.1 – Le poux : description et cycle de vie.

Il existe trois sortes de poux humains (14): le pou de tête très fréquent, *Pediculus humanis capitis*, et le pou de corps, *Pediculus humanis corporis*, qui est quant à lui beaucoup plus rare dans nos régions. En effet, le pou de tête touche n'importe qui dans la population, alors que le pou de corps a une prédilection pour les corps très sales, notamment les personnes vivant dans la rue, sans domicile et accès à l'hygiène corporelle. Enfin, le morpion, *Phtirius inguinalis*, qui est un pou siégeant au niveau organes génitaux externes. La phtiriase est considérée comme une maladie sexuellement transmissible (14).

Le pou est un insecte hématophage, qui ne saute pas et ne vole pas (95). Il dispose de trois paires de pattes, terminées par des crochets (49) qui lui permettent une fixation tenace au cheveu. Le pou de tête et le pou de corps ont la même morphologie (14). Le morpion est plus petit et beaucoup plus trapu ; il possède une paire de très gros crochets à la première paire de pattes. Sa forme générale est celle d'un crabe.

Les poux respirent par des orifices sur le corps, qui peuvent se fermer et ainsi être imperméables à l'eau. C'est pourquoi on les retrouve à la piscine, et sont résistants à un lavage simple des cheveux. Pour se nourrir, le pou pique son hôte deux à quatre fois par jour, et peut y vivre environ deux mois (95). Par contre en dehors de son hôte, il ne survit que 24 à 48 heures. Ces piqûres sont prurigineuses. C'est un insecte très mobile, qui n'aime pas la lumière, et recherche une source de chaleur comprise entre 28°C et 32°C, ce qui est le cas dans la nuque et derrière les oreilles humaines (95).
La femelle pond environ dix lentes par jour. Celles-ci sont fixées par un cément à la base du cheveu, ce qui les rend difficiles à détacher (49). Elles sont d'aspect brillant et blanc tant qu'elles sont pleines, d'une taille de 1mm. Lorsqu'elles éclosent, 7 à 10 jours après, il reste une coque vide translucide, située plus loin sur le cheveu qui a poussé entre-temps (95). Une nymphe met deux semaines avant de devenir un pou mature (95). C'est ce délai de deux

semaines qui explique la nécessité de réitérer l'application des antipoux lors d'un traitement, quatorze jours après la première application.

VI.1.2 – Prise en charge d'une pédiculose à l'officine

Les infestations par les poux sont très fréquentes chez les enfants en milieu scolaire, ou en collectivité, avec un pic entre 6 et 8 ans (96); en effet, leur transmission se fait par contact direct (96). Cela est très souvent vécu comme une honte par les parents car d'une part cela stigmatise l'enfant, et d'autre part la croyance populaire assimile encore la pédiculose à une maladie de gens sales, ce qui n'est pas le cas : il n'y a pas de lien avec le milieu socio-économique du sujet infesté, sauf dans le cas des pédiculoses corporelles (14). Le prurit au niveau de la nuque et derrière les oreilles est le signe d'appel de la pédiculose (14). Ceci est la cause de lésions de grattage qui peuvent se surinfecter (14). Le diagnostic est affirmé par la mise en évidence de poux et ou de lentes vivantes (14). L'utilisation d'un peigne fin aide au dépistage des poux alors que le simple examen visuel suffit à la mise en évidence des lentes (95). Un contexte épidémique impose un examen attentif du cuir chevelu, répété de façon régulière (96). Le coût parfois élevé des traitements décourage certaines familles à traiter leurs enfants (96), et elles continuent de les envoyer à l'école. Ceci constitue un réservoir d'infestation, et une cause d'échec de l'éradication du pou malgré un traitement bien conduit, l'enfant se réinfestant sans cesse (96).

¤ Infestation massive

¤ Nourrisson de moins de 6 mois

¤ Lésions de grattage surinfectées

NON → 1. Conseils sur le choix du traitement.

OUI → **CM**

1. Conseils sur le choix du traitement.

Adultes et enfant de plus de 3 ans

<u>METHODE CHIMIQUE</u>

Il faut choisir un produit à la fois lenticide et pédiculicide. Trois classes pharmacologiques sont reconnues efficaces (96): les pyrèthres, le malathion, et le lindane.

<u>Inconvénients</u> : agressifs pour le cuir chevelu et les poux développent une résistance à ces produits.

Il faudra faire plusieurs applications : au jour J, à J+1 jour et enfin à J+14 jours.

OU

<u>METHODE PHYSIQUE</u>

Ce sont des produits gras qui pénètrent dans les pores respiratoires des poux et les asphyxient (97).

<u>Avantages</u> : non irritants ; les poux ne développent pas de résistance.
<u>Inconvénients</u> : ne sont pas lenticides.

Là encore plusieurs applications sont nécessaires : au jour J et de nouveau à J+ 7 jours.

Nourrisson de 6 à 24 mois

¤ En première intention, passer le peigne fin dans sa chevelure, mèche par mèche.

¤ Si échec, possibilité d'utiliser un insecticide classique, en le diluant, en réduisant le temps de pause, et en ne faisant qu'une seule application. Celle-ci se fait à l'aide d'une compresse imprégnée.

2. Conseils sur l'utilisation des produits.

Les insecticides chimiques et physiques

¤ Respecter les règles d'utilisation, spécifiques à chaque produit : leur temps de pose, et leur éventuelle réitération. En général il faut renouveler le traitement 24H après, puis de nouveau 7 à 10 jours après la première application.

¤ Les lotions sont la galénique considérée comme la plus efficace (97). Elles s'appliquent sur cheveux secs.

¤ Les sprays doivent êtres utilisés dans une pièce aérée, et sont contre-indiqués aux asthmatiques (96).

¤ Utiliser en complément un baume décolleur de lentes s'avère utile, ou bien de l'eau légèrement vinaigrée, surtout lorsque la chevelure est dense, ou frisée. S'applique sur cheveux humides. (97)

¤ Quelque soit la méthode, il est toujours recommandé de terminer le soin en passant un peigne fin dans les cheveux, mèche à mèche, afin de retirer les poux et les lentes mortes.

Peigne électronique Robi Comb®

¤ Ce peigne envoie de petites décharges électriques qui tuent le pou à son contact (98).

¤ Il s'utilise sur cheveux secs uniquement, à partir de l'âge de 3 ans. On doit le tenir en sorte qu'il fasse un angle de 45° avec le cuir chevelu (98).

¤ Il est contre-indiqué aux épileptiques, et aux porteurs de stimulateur cardiaque (98).

3. Conseils associés.

¤ Il est nécessaire de chercher la présence de poux et de lentes chez toutes les personnes vivant dans le foyer du sujet parasité et de traiter ceux qui sont parasités.

¤ Dans un deuxième temps, il faut que la famille prévienne le responsable du groupe (école, crèche, centre aéré, nounou, etc….) auquel appartient l'enfant parasité (96).

¤ Penser à traiter l'environnement : vêtements, peluches et literie lavés à 60°C ; pour ce qui ne passe pas à la machine à laver : pulvériser un spray insecticide. L'utilisation d'un répulsif, souvent à base d'huile essentielle de lavande, est utile en cas d'épidémie.

¤ Eduquer l'enfant : il ne doit pas échanger ses vêtements, ni les accrocher sur un même porte-manteau, et doit éviter les contacts rapprochés avec les autres enfants en période d'épidémie. Une fois par semaine, il faut procéder à une inspection des cheveux de l'enfant. (49)

VI.2 – Les chutes diffuses de cheveux

VI.2.1 – Qu'est-ce que la chute de cheveux diffuse?

La chute diffuse des cheveux est une raréfaction de ceux-ci, touchant progressivement une surface de cuir chevelu de plus en plus importante. Lorsque cette chute est chronique, chez l'homme elle débute souvent au niveau frontal, ou bien à partir du vertex (52). Chez la femme, elle débute plus volontiers sur la zone médiane (52). Lors d'une chute aigüe c'est tout le cuir chevelu qui est touché, de manière relativement homogène.

L'examen des cheveux, permet d'apprécier le niveau de raréfaction et leur taux de chute. La densité de la chevelure peut être appréciée en plaquant les cheveux de part et d'autre de la ligne médiane (47). Le test de traction (47) permet de façon simple par la traction d'une dizaine de cheveux pincés entre le pouce et l'index en différents points du cuir chevelu d'apprécier l'importance d'une chute de cheveux ; normalement lors de ce test le nombre de cheveux retirés est limité à 1 ou 2 cheveux après traction de 10 cheveux (47).

La chute chronique de cheveux la plus fréquente, est l'alopécie androgéno-génétique (51). Ce n'est pas tant une perturbation hormonale qui est en cause, mais plutôt le rôle d'une enzyme, la 5-alpharéductase (47). L'augmentation de l'activité de l'enzyme, provoque une augmentation locale du taux de dihydrotestostérone : ceci provoque une involution du follicule pileux, l'accélération des cycles pilaires et induit une hyperséborrhée par action cytosolique de l'hormone. Dans d'autres cas, ce taux est normal, mais les cellules ont développé une hypersensibilité cytosolique à cette enzyme (99). C'est une alopécie prédominante chez l'homme par rapport à la femme, et dont la fréquence augmente avec l'âge (52).

La chute diffuse aigüe, à l'inverse, concerne en majorité les femmes (52). Celle-ci est passagère, due à un dérèglement. Elle peut être déclenchée à la suite d'un accouchement, de modifications hormonales, d'un choc psychoaffectif, d'une fatigue chronique, ou d'agressions mécaniques répétées (coiffage intempestif, permanentes, défrisage...) (52).

VI.2.2 – Conduite à tenir devant un cas de chute diffuse des cheveux

Le retentissement d'une chute de cheveux est avant tout esthétique, l'image de soi est altérée, et provoque beaucoup de gène, voire de souffrance notamment chez les femmes. Afin d'apporter une réponse adaptée, il faut avant tout identifier la cause, et savoir quand il faut rediriger vers une consultation médicale. Enfin, à l'officine, le patient vient surtout rechercher des conseils, ainsi qu'une première prise en charge.

¤ Alopécie localisée

¤ Alopécie due à une dermatose

¤ Alopécie due à un traumatisme (friction, brûlure, traction…)

¤ Alopécie de cause psychologique

¤ Alopécie d'origine médicamenteuse, ou infectieuse

¤ Chute importante qui dure depuis plus de trois mois

NON → 1. Conseils sur le traitement.

OUI → **CM**

Stimuler la phase de croissance du cheveu

¤ <u>Par voie orale</u> : prise de compléments alimentaires contenant des acides aminés soufrés, de la vitamine A, PP, des vitamines du groupe B, Zn, Cu, Fe. (52)

¤ <u>Par voie locale</u> : des lotions antichute à appliquer sur cheveux secs ou mouillés. Il en existe de nombreuses marques, à base d'aminexil, d'extraits végétaux, et de vitamines du groupe B. Ils vont stimuler la prolifération des cellules de la papille dermique et ancrer le nouveau cheveu. (99)

S'opposer aux mécanismes hormonaux et à la séborrhée

¤ Il faut inhiber la 5-alpharéductase afin d'allonger la durée du cycle du cheveu. Le sabal, ainsi que l'acide bêtaglycyrrhétinique, ont cet effet. (52)

¤ Pour assainir le cuir chevelu, on peut utiliser des soins à base de romarin, de sauge, de piroctone olamine, de triclosan, d'eucalyptus, de cyprès. On va ainsi limiter l'excès de sébum, et lutter contre la prolifération fongique. (52)

Activer la microcirculation de la papille dermique

¤ Le minoxidil est uniquement indiqué dans la chute de cheveux chronique, jamais lors d'une chute occasionnelle et transitoire (51). Il existe deux dosages : 5% et2%. Celui à 2% est disponible sans ordonnance et peut aussi être utilisé par les femmes (52).

¤ La posologie est de 1ml matin et soir à appliquer sur toute la surface du cuir chevelu, sec, en commençant par la zone dégarnie (52). Ce traitement doit se faire en continu : à l'arrêt du traitement, la chute reprend (51).

2. Les conseils complémentaires.

LES SOINS

¤ Avant le shampoing, appliquer un complexe assainissant stimulant la circulation. Les lotions sont plus efficaces et plus actives que les shampoings. (51)

¤ Utiliser un shampoing traitant 2 fois par semaine et laisser le poser 2 à 5 minutes. (52)

¤ Pour optimiser l'efficacité des produits, il faut effectuer un massage doux du cuir chevelu avec la pulpe des doigts. (52)

¤Associer la prise de compléments nutritionnels. (52)

AU QUOTIDIEN

¤ Eviter le brossage énergique des cheveux, le sèche-cheveux trop chaud, les brushings trop fréquents ainsi que les permanentes (99).

¤ Eviter de trop tirer sur les cheveux lorsqu'on les attache. La force de traction permanente les fragilise au niveau du bulbe. (51)

¤ Protéger les cheveux en été : le soleil est un facteur d'agression. (51)

¤ Traiter parallèlement tout problème capillaire autre : cuir chevelu sec, gras, pellicules...(51)

VI.3 – Les pellicules

VI.3.1 – Les causes et facteurs associés, de l'état pelliculaire du cuir chevelu

L'état pelliculaire correspond à une augmentation de la desquamation naturelle du cuir chevelu. Cette anomalie est liée d'une part à des causes internes : la multiplication excessive des cellules de l'épiderme, un état séborrhéique du cuir chevelu, ainsi qu'à des causes externes : la présence de levures du genre *Pityrosporum ovale*, qui sont des saprophytes, favorisent la production d'acides gras irritants qui eux-mêmes accélèrent le renouvellement cellulaire de l'épiderme (50).

On peut citer des facteurs associés d'origine endogène : le stress, la fatigue, un déséquilibre alimentaire.... ainsi que des facteurs d'origine exogène : la pollution, des soins capillaires irritants, la saison hivernale...

VI.3.2 – Conduite à tenir devant un état pelliculaire du cuir chevelu

Il existe deux types d'état pelliculaire (50): les pellicules grasses et les pellicules sèches. Les pellicules sèches, sont finement squameuses et non adhérentes ; c'est pour cette raison qu'elles sont souvent retrouvées sur le col ou les épaules des vêtements. Les pellicules grasses sont plutôt épaisses, jaunâtres et adhérentes. Le cuir chevelu est dans ce cas gras et présente fréquemment un érythème associé à un prurit.

Les soins sont avant tout à visée kératorégulatrice dans un cas comme dans l'autre. Dans un deuxième temps il faut adapter ces soins au type de cuir chevelu : gras ou sec.

Etat pelliculaire

Cuir chevelu et pellicules sèches

Cuir chevelu et pellicules grasses

Assainir le cuir chevelu

Normaliser la kératinisation

Diminuer la séborrhée, l'irritation et le prurit

1. Traitement d'attaque : un shampoing traitant à appliquer 2 à 3 fois par semaine, en laissant bien reposer 3 à 5 minutes. (50)

2. Traitement d'entretien : le shampoing traitant s'applique 1 fois/semaine, en relais avec un shampoing doux à usage fréquent adapté au type de cuir chevelu. (50)

Ces shampoings contiennent des agents kératolytiques (acide salicylique, urée, AHA...), des agents kératorégulateurs (goudrons de cèdre, pin, ichtyol...), et des agents antifongiques ou fongistatiques (ciclopiroxolamine, pyrithione zinc, sélénium...) (50).

Il faut apporter un confort au cuir chevelu, limiter les démangeaisons. On peut utiliser des lotions à bases d-huiles essentielles de myrte, de capucine, de romarin ou des shampoings apaisants contenant de l'acide glycolique (50). Ne pas utiliser de shampoing délipidant(48).

Le bisabolol, le calendula, le cade, calment les rougeurs et irritations (48).

L'extrait de *Sabal serrulata* normalise la production de sébum (50), et pour absorber l'excès on peut proposer des masques à l'argile (48).

VI.4 – La dermatite séborrhéique

VI.4.1 – Manifestations de la dermatite séborrhéique

Cette pathologie est à ne pas confondre avec un état pelliculaire gras, car en effet, elle comporte ces manifestations cliniques. Avant tout, c'est une dermatose chronique, non contagieuse et plurifactorielle. Elle est caractérisée par des plaques érythémateuses, recouvertes de squames grasses (42) ; l'atteinte du cuir chevelu est quasi constante (42), mais elle déborde largement sur le visage notamment au niveau des sourcils, des ailes du nez et à la lisière du cuir chevelu (100). Les contours ne sont pas précis, et les lésions peuvent s'accompagner de prurit et/ou de sensations de brûlure.

VI.4.2 – Populations touchées

C'est une dermatose assez fréquente, qui touche jusqu'à 3% de la population en France. L'incidence varie en fonction de l'âge, le pic se situant entre 18 et 40 ans, et du sexe, la population masculine étant la plus touchée (42).

La dermatite séborrhéique touche presque toujours le nourrisson, qui a une forte production de sébum ; on parle alors de croûtes de lait, qui forment parfois un véritable casque sur sa tête (5). Dans ce cas la pathologie apparait vers le premier mois, et à tendance à disparaitre vers le quatrième mois sans gravité, et sans laisser de séquelles (5).

D'autre part, la dermatite séborrhéique se retrouve associée à certaines pathologies : l'alcoolisme chronique, la maladie de parkinson, les sujets séropositifs au VIH, certaines maladies psychiatriques et des cancers des voies aérodigestives supérieures (42).

VI.4.3 – Facteurs mis en cause

Le principal facteur incriminé dans l'apparition de la dermatite séborrhéique, est la présence de la levure saprophyte *Malassezia furfur* (101). C'est une levure lipophile et kératinophile (100) : elle est ainsi présente sur les zones du corps riches en glandes sébacées. Les levures ont une activité lipasique qui peroxyde les acides gras libres (102). Ce sont les produits de cette réaction qui provoqueraient l'érythème inflammatoire. Le rôle direct de la

levure est tout de même mis en cause (42) : le fait d'être porteur de cette levure n'induit pas automatiquement la pathologie, de plus des traitements non antifongiques peuvent tout à fait améliorer l'état clinique.

La séborrhée n'a pas un rôle pathogène démontré (42), la sécrétion excessive de sébum n'aurait qu'un rôle accessoire. Cependant la dermatite séborrhéique se localise aux zones les plus riches en glandes sébacées, et préférentiellement chez des sujets ayant une forte production de sébum (42).

Concernant le rôle du système immunitaire dans cette dermatose, celui-ci n'est pas clairement établi ; cependant les personnes atteintes du VIH ont un tableau clinique beaucoup plus sévère avec des lésions plus étendues qu'un sujet non immunodéprimé (100). D'ailleurs, dans les formes graves de la dermatite séborrhéique, on peut être amené à effectuer un test de dépistage du virus VIH au vu de la fréquence importante de cette dermatose chez les sujets positifs au sérodiagnostic (42).

Il faut noter également l'intervention de facteurs psychiques comme déclencheurs (stress, énervement), ainsi que des facteurs saisonniers : la fréquence des lésions augmente à l'automne et au printemps.

VI.4.4 – Conduite à tenir devant un cas de dermatite séborrhéique

La dermatite séborrhéique a un retentissement esthétique important, qui peut avoir des répercussions sur la vie sociale et affective du patient. Le traitement est surtout local (102), essentiellement sur prescription médicale : antifongiques, lithium, dermocorticoïdes (42). Le pharmacien viendra donc en complément du suivi par le dermatologue. Dans un premier temps il faut expliquer au patient les modalités de son traitement, et dans un second temps apporter une aide en soins dermocosmétiques qui peuvent prendre le relais au traitement, et ce, de manière ponctuelle, entre les poussées, afin de limiter les pellicules, les démangeaisons et l'excès de sébum. Enfin des conseils au quotidien viendront terminer le dialogue.

Expliquer les modalités du traitement

↓

1. Les antifongiques : ils vont diminuer la prolifération des levures mises en cause dans la maladie. Il faut rappeler le mode opératoire spécifique à chaque produit : comment l'appliquer, où l'appliquer, pendant combien de temps et à quelle fréquence.

2. Le lithium en gel : il a une activité sur les levures, mais surtout une activité anti-inflammatoire (100). Il est bien toléré et doit être appliqué matin et soir sur une peau propre et sèche, pendant 2 mois (100).

3. Les dermocorticoïdes : ils limitent les états inflammatoires intenses ou lors des poussées. Ils doivent être utilisés de manière ponctuelle. Il faut bien rappeler les précautions d'usage de ce type de médicament.

4. Conseils généraux : Une exacerbation des signes locaux peut apparaitre en début de traitement, mais il faut insister sur l'assiduité (42). Il ne faut pas suivre un traitement prolongé de dermocorticoïdes sans avis du médecin, et compter le nombre de tubes utilisés (93). Enfin, se laver les mains après toute application de topique.

VII – Les atteintes mycosiques de l'ongle.

Les patients viennent parler de leurs ongles des pieds ou des mains à la suite de la constatation d'un changement de leur couleur ou de leur épaisseur. Il faut bien se rendre compte que cela n'est pas toujours un problème uniquement esthétique, mais parfois une maladie infectieuse : selon l'état du patient il peut arriver que celle-ci se propage au reste de l'organisme. Les mycoses ne guérissent jamais spontanément (55), et peuvent récidiver même si elles ont été traitées avec succès. En dehors d'un ongle fragilisé, toute pathologie unguéale doit être vue par un médecin. Les traitements sont uniquement sur ordonnance ; ils sont très longs, plusieurs mois sont nécessaires.

VII.1 – Les différents types de mycose unguéale.

Trois sortes d'agents sont responsables d'onychomycose (10) : les dermatophytes, les levures, et de manière très rare, les moisissures. Nous allons uniquement aborder les caractéristiques des infections unguéales à dermatophytes et à levures, car celles causées par les moisissures sont de diagnostic difficile et résistent aux antifongiques (10).

VII.1.1 – Les dermatophytoses

Les dermatophytes responsables sont pour la majorité : *Trichophytum rubrum*, et *T. mentagrophytes var. interdigitale* (10). Les onychomycoses à dermatophytes débutent par la partie distale de l'ongle, au niveau de son bord libre (55). L'ongle prend le plus souvent une coloration jaunâtre et s'épaissit progressivement par hyperkératose sous-unguéale ; cette coloration peut évoluer vers le marron-noir, ou une teinte verdâtre (55). La progression de la mycose se fait vers la matrice unguéale, l'ongle s'effritant au fur et à mesure du trajet par onycholyse (55). Ainsi, la tablette va jusqu'à se détacher du lit unguéal et pourra même tomber (55).

Dans ce type de mycose, l'épiderme est souvent lui-même contaminé au niveau des espaces interdigitaux, ou au niveau palmaire (55). C'est d'ailleurs la source de contamination de l'ongle. Les ongles des pieds sont plus fréquemment atteints que les ongles des mains

VII.1.2 – Les candidoses

Se sont des infections à *Candida sp.* , plus particulièrement à *Candida albicans* qui est isolé dans plus de 90% des cas (10). Les onychomycoses à candida débutent par la partie matricielle de l'ongle, sous la forme d'un périonyxis de la zone matricielle et du repli périunguéal (55). La progression de la mycose se fait vers la tablette unguéale (55). La coloration de l'ongle est plutôt brun-vert (55).

L'infection est opportuniste, le sujet étant sa propre source de contamination (10). C'est une levure saprophyte présente au niveau du tractus digestif (10). Se sont les ongles des doigts qui sont préférentiellement atteints (10) par rapport aux ongles des pieds.

VII.2 – Conduite à tenir devant un cas d'onychomycose.

Le traitement d'une onychomycose est prescrit par un médecin. Si l'atteinte est celle de la tablette seule, que moins de 50% de la surface est touchée, ou bien qu'il n'y a pas de facteurs de risques, le traitement va consister en un traitement local seul (55). Au contraire, lorsque la matrice de l'ongle est atteinte (10), ou que la surface est supérieure à 50% de l'ongle, ou en présence de facteurs de risques, le médecin ajoutera un traitement *per os*, sous réserve qu'il n'y ait pas de contre-indications.

1. Identifier les sujets à risque.

↓

- ¤ Sujet immunodéprimé
- ¤ Patient souffrant de pathologie chronique : obésité, diabète, pathologie cardio-vasculaire…
- ¤ Onychopathie monodactyle, trainante et inexpliquée (54).

↓

2. Envoi en consultation médicale dans tout les cas.

↓

3. Expliquer le traitement prescrit.

Traitement local

Traitement *per os*

AVULSION CHIMIQUE

Se fait avec Amycor Onychoset®. Il associe un antifongique, le bifonazole, avec de l'urée (55).

1. Appliquer la crème 1 fois/jour sous pansement occlusif (ils sont fournis dans la boite).

2. Entre deux pansements, retirer au grattoir (lui aussi fourni) l'ongle ramolli après l'avoir baigné dans de l'eau chaude. Il faut renouveler cette manœuvre jusqu'à élimination complète de l'ongle pathologique, dans environ 3 semaines.

3. Ensuite, on prend le relais avec une crème de bifonazole, Amycor®, pendant 1 à 2 mois.

Ou alors

FILMOGENES

Les filmogènes se déposent comme un vernis sur les ongles. Le principe actif pénètre et diffuse à travers la tablette unguéale. Il faut compter plusieurs mois de traitement. (55)

Loceryl®, amorolfine : il s'applique 1 à 2 fois/semaine. Au préalable, on enlève la couche de vernis précédente au dissolvant, et on lime légèrement la surface de la tablette unguéale. (55)

Mycoster®, ciclopiroxolamine : il s'applique 1 fois/jour, et on enlève la couche de vernis 1 fois/semaine. (55)

Lamisil®, terbinafine : la posologie est de 1cp/jour en dehors des repas. (10)

Il faut au préalable faire un bilan hépatique et rénal car le métabolisme est hépatique, et l'élimination essentiellement urinaire (103).

Grisefuline®, griséofulvine : la posologie est de 500 à 1000 mg /jour répartis en 2 prises au cours du repas, celui-ci étant préférentiellement riche en lipides. (103)

Il faut surveiller la NFS tout les mois. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte, et il interdit l'exposition au soleil. (103)

4. Conseils associés.

HYGIENE (63)

¤ Utiliser son propre linge de toilette.

¤ Laver régulièrement les tapis de bain.

¤ Changer de chaussettes tout les jours.

¤ Ne pas marcher pieds nus dans les milieux publics (piscine, pont de bateau…) car les mycoses unguéales sont contagieuses. Pour cette même raison, si la pathologie atteint les mains, éviter de toucher la nourriture et de faire la cuisine pour les autres.

PREVENTION (63)

¤ En été, préférer le port de chaussures ouvertes afin d'éviter la macération des pieds.

¤ Poudrer l'intérieur des chaussettes avec un antifongique.

¤ Utiliser des chaussettes en coton, et si possible des chaussures dont l'intérieur est en cuir.

¤ Ne pas échanger son linge de toilette.

VIII – L'eczéma.

L'eczéma a pour lésion élémentaire la vésicule, accompagnée d'un prurit très important. Lors des poussées d'eczéma, plusieurs phases se succèdent (57), chacune contenant d'autres types de lésions. Une première phase est celle de l'érythème qui forme des plaques rouges inflammatoires (31). La seconde phase, est la phase vésiculeuse : les vésicules sont petites et très prurigineuses, et se rompent au grattage (31). Vient ensuite une phase suintante : les lésions séreuses sont excoriées. En fin de poussée, des croûtes puis des squames apparaissent (57), la peau est sèche (31), et peut se lichénifier dans le temps (30).

C’est à cause de cette multitude de types de lésions élémentaires et secondaires, que nous avons choisi de traiter l’eczéma dans un chapitre à part, sans l’inclure dans la classification selon le type de lésions.

VIII.1 – Les différents types d’eczéma.

Le terme d’eczéma est un terme générique, qui désigne un ensemble de signes cliniques communs à des pathologies qui sont différentes. En fait, il existe principalement, d’une part l’eczéma constitutionnel, et d’autre part l’eczéma de contact. Nous allons les décrire successivement.

VIII.1.1 – L’eczéma constitutionnel.

Il se nomme aussi dermatite atopique. C’est une pathologie chronique, souvent associée à des pathologies également atopiques, tel que l’asthme, ou la rhinite allergique (30). Les premières manifestations peuvent apparaitre chez le nourrisson, comme chez l’adulte jeune. On pense que la pathologie est à la fois sous la dépendance de facteurs héréditaires et de facteurs environnementaux, en particulier l’urbanisation (30) et ce qu’il en découle. Depuis que la lutte antibactérienne et l’augmentation significative de l’hygiène générale dans les foyers ont fait leur place, l’organisme n’a plus à autant lutter contre les bactéries ; ceci a eu pour conséquence un déplacement de la lutte antibactérienne vers la lutte contre les atopènes. Selon l’âge du sujet, les manifestations diffèrent ; c’est ce que nous allons voir.

VII.1.1.1 – Chez le nourrisson et l’enfant de moins de 2 ans.

La première apparition se fait vers l’âge de 3 mois (31). On note qu’il essaie déjà de se gratter, par frottement contre les draps, et ses vêtements (30). L’enfant est alors agité, et son sommeil perturbé.

La localisation est symétrique, et se situe sur les convexités : joues, front, face d’extension des membres, le tronc (31). La xérose n’apparait que plus tard, vers la fin de sa deuxième année (30). On établit un score lésionnel d’intensité chez le nourrisson (31) afin de quantifier la gravité de la pathologie. Celui-ci prend en compte l’intensité de l’érythème et de

l'œdème, les excoriations qui sont le reflet de l'intensité du prurit, et les croûtes qui sont en nombre proportionnel aux vésicules.

VIII.1.1.2 – Chez l'enfant de plus de 2 ans.

A partir de cet âge, la localisation s'inverse (31) : elle va se faire préférentiellement dans les plis, ceux du coude, du genou, des mains et des poignets, des chevilles. La pathologie évolue selon des poussées plutôt saisonnières, en automne et en hiver (30). A partir de cet âge, la xérose devient une quasi constante, ce qui va nécessiter l'usage d'émollients de manière quotidienne, et ce, en dehors de toute lésion (31). Il se peut aussi, que la pathologie fasse une « pause », qu'il n'y ait plus de signes pendant plusieurs mois, de manière spontanée (31).

VIII.1.1.3 – Chez l'adolescent et l'adulte

Les lésions sèches siègent principalement au niveau du visage, des mains et des membres supérieurs (31). Ceci a bien-sur un retentissement esthétique qui est très mal ressenti par les patients, et porte une atteinte à la qualité de vie. Si pendant l'enfance la dermatite atopique a été discrète, elle a pu passer inaperçue, et l'on pense alors à une première apparition de la pathologie ; mais ceci est rare, d'autant plus après l'âge de 30 ans (30).

VIII.1.2 – L'eczéma de contact.

VIII.1.2.1 – Définition

L'eczéma de contact est une dermatose qui se rencontre fréquemment (57). C'est une réaction de sensibilisation à médiation cellulaire, à la suite d'un contact prolongé de l'épiderme avec une substance, ou un matériau, initialement non immunogène. Les lésions sont donc initialement localisées à ces zones de contact, qui ont un grand intérêt dans l'orientation du diagnostic, et par la suite, elles peuvent s'étendre à d'autres zones.

L'apparition d'un eczéma de contact se fait en deux phases (57). La première phase est celle de sensibilisation (57). Celle-ci est de durée variable, de quelques jours à plusieurs années. C'est une phase cliniquement asymptomatique, durant laquelle l'organisme va percevoir la substance exogène comme un allergène, en créant et accumulant des lymphocytes

T mémoire (57). Vient ensuite la phase de déclanchement (57) qui, elle, est très rapide, 24 à 48 heures. Lors d'un nouveau contact avec l'allergène, les lymphocytes T mémoire vont tout de suite le reconnaitre, et induire une cascade de réactions cellulaires avec en bout de chaine la libération de médiateurs chimiques de l'inflammation. L'aspect clinique de l'eczéma de contact est celle décrite plus haut, avec une évolution en quatre phases (57).

VIII.1.2.2 – Populations touchées

La première population touchée est celle des milieux professionnels, surtout chez les personnes ayant un contact manuel fréquent avec des substances (57). On peut citer entre autres, les coiffeuses avec les colorants, les permanentes et les teintures, les ouvriers du bâtiment à cause des ciments, des colles, des peintures, des vernis et autres nombreux produits chimiques manipulés, les professions de santé, qui portent des gants de caoutchouc, et se passent les mains aux antiseptiques plusieurs dizaines de fois par jour. Parmi les professionnels, la population masculine est plus touchée que la population féminine (57), du fait qu'ils ont plus souvent des travaux manuels. Les eczémas de cause professionnelle justifient un arrêt de travail (8), la réalisation de tests épicutanés (57), ainsi que la possibilité de déclaration en maladie professionnelle indemnisable (8). L'activité professionnelle devra être si possible aménagée (8).

La deuxième population touchée, est représentée par les utilisateurs de produits cosmétiques et de beauté, donc une prédominance féminine. Les agents les plus fréquemment mis en cause sont les parfums et déodorants, les vernis à ongles, les teintures, le baume du Pérou (57) entrant dans la composition des rouges à lèvres et certaines crèmes. Le nickel, métal présent dans les bijoux de fantaisie, est un allergène des plus courants (57), (8).

L'éviction absolue de l'allergène, une fois identifié, est la seule manière d'obtenir une guérison définitive (57). Dans le cas contraire, il y a passage à la chronicité, avec des lésions qui vont se lichénifier, qui peuvent se fissurer et risquent de se surinfecter (57).

VIII.2 – Gestion des eczémas à l'officine.

Ce sont des pathologies qui doivent être obligatoirement prises en charge par un médecin. Le traitement est basé sur des dermocorticoïdes en première intention (105) lors de la prise en charge initiale, et nécessite un suivi médical dans le temps, avec une réadaptation

éventuelle des produits lorsque les dermocorticoïdes ne suffisent plus. Le conseil à l'officine est complémentaire : renseigner sur le traitement prescrit, informer le patient sur sa pathologie, et donner des conseils en hygiène et soins.

VIII.2.1 – Tableau ce conduite à tenir devant une dermatite atopique

1. Informations sur le traitement prescrit

LES DERMOCORTICOÏDES

C'est le traitement de <u>première intention, afin de lutter contre l'inflammation cutanée et avoir une action antiproliférative des cellules cutanées.</u> (105)

¤ L'application se fait en couche fine, et non occlusive, de préférence le soir. Il est possible de le faire sur le visage.

¤ Une fois par jour suffit en général (105), mais il faut absolument respecter la prescription à la lettre, surtout lors de l'arrêt du corticoïde, qui doit se faire de manière dégressive.

¤ Le patient doit noter combien de tubes il utilise, afin que le médecin puisse évaluer le suivi et l'efficacité du traitement.

¤ L'unité de mesure est la phalangette (93): c'est la quantité de crème sortie du tube de diamètre 0,5mm sur la longueur d'une phalange. Cette quantité chez un adulte s'applique sur une surface équivalente à la paume de la main (105).

¤ Les effets indésirables à long terme sont le risque d'atrophie cutanée, des télangiectasies, des vergetures, une hypopigmentation (93). Chez l'enfant, le risque de passage systémique existe ; les dermocorticoïdes de classe I sont contre-indiqués chez eux (105).

LES IMMUNOSUPPRESSEURS

Le Protopic®, tacrolimus, est un immunosuppresseur local, indiqué en <u>deuxième intention, en cas d'échec d'un traitement bien conduit par corticoïdes.</u> (105)

¤ C'est un médicament d'exception, de prescription restreinte aux dermatologues et aux pédiatres (105).

¤ Il faut informer le patient du risque de sensation de brûlure ou de picotement en début de traitement (105). Cet effet est transitoire dans la semaine, il faut poursuivre le traitement.

¤ Attention au risque infectieux : ne pas appliquer sur une peau lésée (105), ne pas faire de vaccin vivant atténué durant le traitement ni dans le mois qui suit (105).

¤Eviter toute exposition au soleil, et choisir une crème très haute protection (105).

2. Conseils associés.

L'environnement et les allergènes

¤ Réduire l'exposition aux acariens (30): éviter les peluches, moquettes, tentures murales. Passer l'aspirateur régulièrement, et aérer quotidiennement la chambre à coucher de l'enfant, ainsi que la pièce de vie principale de l'adulte (104).

¤ Eviter le tabagisme, et la possession d'animaux de compagnie (30).

¤ Préférer les vêtements en coton, la laine et les synthétiques favorisent le prurit (30).

¤ Utiliser une lessive hypoallergénique, et bannir les assouplissants (104).

¤ Eviter les parfums et huiles essentielles (104).

¤ Ne pas se presser pour faire la diversification alimentaire du nourrisson (30). Commencer après 6 mois, en évitant les poissons, les œufs, les épinards, les choux, les lentilles, les fruits à coque (104).

La toilette, les soins hydratants et nutritifs

¤ Pour la toilette, utiliser un pain ou une solution lavante sans savon, sans parfum, surgras (104).

¤ Choisir les douches aux bains. Elles doivent être courtes et tièdes. Lors d'un bain, on peut y ajouter une huile d'avoine apaisante et émolliente afin d'éviter le dessèchement et le prurit (.

¤ En dehors des poussées, appliquer des crèmes émollientes (30). Il existe des marques spécifiques pour peaux atopiques : Avène, La Roche-Posay, Aderma...Celles-ci proposent toutes un large choix de produits pour la toilette, les soins de la peau et même des maquillages. En cas de doute, toujours tester un nouveau produit sur une petite partie de peau afin de vérifier la tolérance.

¤ Les peaux atopiques présentent un déficit en une enzyme : la delta6désaturase qui convertit l'acide linoléique, en acide gamma-linolénique ainsi qu'en acides gras polyinsaturés. La barrière cutanée présente donc des anomalies lipidiques. On peut apporter ces acides gras par des compléments alimentaires, tels que l'huile de bourrache qui a une forte teneur en acide gamma-linolénique, et des compléments en Ω3 et Ω6 à forte teneur dans les huiles de poisson.

VIII.2.2 – Tableau ce conduite à tenir devant un eczéma de contact

Le traitement d'un eczéma de contact repose également sur l'application de dermocorticoïdes. La prise en charge à l'officine est complémentaire à la consultation médicale, et consiste en quelques conseils de base.

Prise en charge complémentaire à l'officine.

↓

¤ Le traitement par corticoïdes locaux prescrit doit être respecté, en termes de posologie et de durée d'application.

¤ L'éviction absolue de l'allergène, une fois identifié avec précision, est la condition indispensable à la guérison (30). En l'absence d'éviction, les lésions vont passer à la chronicité (30).

¤ Il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact (57)

¤ Les lésions excoriées par le prurit doivent être désinfectées car elles risquent de s'infecter. Pour calmer le prurit, on peut utiliser des vaporisations d'eau thermale, ou bien l'application de crèmes calmantes comme Pruriced®d'Uriage à la calamine, ou Xeramance plus® de chez Lutsine.

En conclusion, l'eczéma est un ensemble de manifestations dermatologiques complexe, aux pathologies multiples et diverses dans leurs modes d'apparition, leurs étiologies, leur chronologie. Leur traitement repose sur les dermocorticoïdes, médicaments qui doivent être manipulés avec rigueur. Le rôle du pharmacien est complémentaire au médecin : il doit notamment rassurer le patient, ou la maman du jeune enfant, conseiller sur ce qu'il est possible de faire au quotidien, et proposer des soins complémentaires entre les phases de poussée ; tout ceci permettant d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'eczéma.

CONCLUSION

Le parcours de soins coordonné impose aujourd'hui bien des contraintes aux patients. La réforme du médecin traitant a incité les patients à changer de comportement ; en effet, sous peine de pénalités financières ils doivent au préalable consulter le médecin qu'ils ont déclaré aux caisses de sécurité sociale avant de se rendre chez un spécialiste, en dehors de certaines exceptions. Dans le cas contraire, ils seront moins bien remboursés. De plus, à chaque consultation une participation forfaitaire d'un euro par acte médical est réclamée au patient, non remboursable, ni par la sécurité sociale, ni par les mutuelles. Par ailleurs certains médecins spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires plus ou moins conséquents sur le tarif de consultation final. Enfin, depuis le 1er Janvier 2008 est venu s'ajouter la franchise médicale s'appliquant sur les boites de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, plafonnée à 50 euros par an.

L'officine s'impose alors comme l'un des derniers bastions médicaux, dont l'accès est libre, non contrôlé, gratuit, avec du personnel disponible. Le pharmacien est ainsi un acteur de santé de proximité. La population générale fait confiance aux pharmaciens, à leurs savoirs et vient chercher une réponse médicale de qualité. Donner un avis n'est pas anodin et exige de la rigueur et des compétences dans des domaines médicaux assez variés qui doivent rester précis.

Ainsi, l'objectif de ce travail de thèse, était d'offrir une méthode de réflexion précise face à un problème pratique de comptoir, en particulier ici, les questions dermatologiques. C'est pourquoi nous avons présenté dans un premier temps l'approche séméiologique du cas qui se présente. En effet, la sémiologie étudie les symptômes et signes, la façon de les relever, et ce afin de poser un diagnostic. Le pharmacien doit donc être observateur et curieux, il doit chercher toutes les pistes, noter les détails susceptibles d'être caractéristiques.

En dermatologie, l'élément à la base de l'analyse est la lésion élémentaire ; il en existe de multiples, et leur connaissance est indispensable au diagnostic des dermatoses. Nous avons vu qu'une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire comme la papule d'une piqûre d'insecte, ou de l'association de plusieurs d'entre elles comme dans le cas de l'eczéma où l'on retrouve érythème, vésicules, squames, selon le stade évolutif de la pathologie. Cette notion d'évolution possible est importante car les lésions primaires peuvent disparaitre et laisser place à des lésions secondaires telles des croutes, des cicatrices, des lésions de grattage… Il faut alors reconstituer l'histoire de la pathologie avec l'aide du patient

qui va décrire l'aspect initial et donner les circonstances d'apparition. Il est essentiel de toujours prendre en compte le patient car il est en lui-même un indicateur possible de sa pathologie ; certaines atteintes sont plus susceptibles de se développer chez un type de personne donnée ; par exemple la LEB apparait plus volontiers chez la femme jeune, une dermatite de contact aux mains chez une coiffeuse, une mycose entre les orteils aux personnes portant des chaussures de sécurité en plein été… L'examen doit également décrire la topographie, la distribution et l'étendue des lésions.

Ainsi, en plus des observations visuelles, le dialogue avec le patient permet de préciser l'histoire récente et les modalités évolutives de la dermatose, les signes fonctionnels éventuellement associés (fièvre, prurit…), les prises médicamenteuses du patient récentes ou plus anciennes, les facteurs environnementaux (habitat, travail, loisirs…) et enfin les antécédents personnels et familiaux (asthme, atopie…).

Une fois la pathologie identifiée le pharmacien doit apporter une solution ; après avoir répondu à la question « Qu'est ce que c'est ? », ce qui n'est pas une tâche aisée il faut répondre à celle qui en découle automatiquement : « ah oui ? Bon mais alors que fait-on ? ». C'est à ce moment que le pharmacien joue pleinement son rôle. Il connait ses limites en termes de compétences, de champ d'action. A chaque intervention il est avant tout nécessaire de déceler les facteurs aggravants ou les sujets à risques afin de judicieusement les orienter vers le médecin ; cette orientation peut être une urgence absolue comme le cas d'une brûlure profonde, d'une morsure, de décollements bulleux étendus…A ce moment là chaque heure compte ! Dans d'autres cas le recours au médecin est nécessaire, mais un délai avant consultation est tolérable comme dans le cas d'une mycose des pieds et des ongles chez un sujet jeune et en bonne santé par ailleurs. Dans ce cas le pharmacien est tout à fait bien placé pour prodiguer des conseils et démarches de première intention à suivre jusqu'au moment de la consultation et par la suite expliquer les modalités du traitement qui aura été mis en place via l'ordonnance médicale afin de permettre une bonne observance de celui-ci ; de cette façon le patient aura une prise en charge globale, suivie dans le temps, ce qui optimisera ses chances de guérison. Enfin, certains cas peuvent être complètement pris en charge à l'officine, notamment dans le cas de petites pathologies bénignes et sans conséquences comme la LEB, une piqûre de moustique, un érythème fessier du nourrisson modéré…Dans ces circonstances on préconise de revenir nous voir ou d'aller chez le médecin dans l'hypothèse où il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation.

Nous avons présenté dans ce travail un certain nombre de pathologies dermatologiques. La liste de celles-ci ne pouvait être trop longue car d'une part le but n'est pas ici de faire un catalogue, et d'autre part nous voulions rester dans le domaine de compétences plausibles d'un pharmacien. Il se peut cependant que certaines pathologies n'aient point été mentionnées alors qu'elles y ont leur place. Cette thèse a pour intention de présenter une démarche de réflexion analytique dans le cas d'une demande spontanée au comptoir dans le domaine de la dermatologie. Elle se veut pratique et facile à utiliser par tous les membres de l'équipe officinale et chacun au fil de ses expériences a la possibilité d'amener un cas supplémentaire et de l'inclure en suivant la démarche proposée et enrichir ce travail. De la sorte, on peut imaginer que ce travail fasse partie d'une documentation utile au bon exercice dans le cadre de l'assurance qualité officinale, pourquoi pas, rangé sur une étagère à côté des ouvrages de conseils en phytothérapie, homéopathie, mycologie, pharmacie clinique…L'amélioration des compétences au niveau du conseil et du suivi du patient aura pour conséquence directe une meilleure satisfaction de celui-ci.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 – Anonyme. Principes de l'examen dermatologique. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2005, Cahier 2 Tome 132, p 8S71-8S74.

2 – Anonyme. Lésions élémentaires dermatologiques. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2005, Cahier 2 Tome 132, p 8S75-8S85.

3 – Anonyme. Lésions secondaires. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2005, Cahier 2 Tome 132, p 8S85-8S87.

4 – J-P. AUBERT, B. CRICKX. La peau du sujet âgé. La revue du praticien – Médecine générale. 29/09/2003, tome 17, N°626, p 1209-1212.

5 – L. CHEVALIER. La femme enceinte et le jeune enfant. Le Moniteur des Pharmacies.25/04/1998, N°2257, 11p.

6 – N. HERVE. En pratique : L'hypo- ou l'hyperpigmentation. Le Moniteur des pharmacies n°2488. Cahier Conseil n°17 : Les peaux intolérantes au soleil. 03/05/2003, p 10-11.

7 – A. WILK. Le traitement des brulures. In : Service de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale et Chirurgie Plastique Reconstructrice. http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/pdf-locomoteur/04_traitement_des_brulures.pdf (Page consultée le 06/03/08)

8 – Anonyme. Dermatoses allergiques professionnelles. In Institut universitaire de médecine du travail à Rennes et Université de Rennes 1. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/med_travail/cours/dermatoses_allergiques.html (Page consultée le 25/01/08)

9 – F. CAMBAZARD, B. CRICKX, J.-C. ROUJEAU. Exanthème. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Cahier 2 Tome 129, p 2S202-2S206.

10 – M. FEUILHADE, J. BAZEX, A. CLAUDY, J.-C. ROUJEAU. Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S58-2S64.

11 – C. JEZEQUEL. Dermatoses du nouveau-né. In Institut Mère-enfant, annexe pédiatrique, à Rennes. [en ligne]. Site disponible sur : www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/dermatologie.htm (Page consultée le 14/03/08)

12 – J.-C. ROUJEAU, J.-M. BONNETBLANC J.-L. SCHMUTZ, B. CRICKX. Iatrogénie. Diagnostic et prévention. Toxidermies médicamenteuses. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S163-2S169.

13 – C. BODEMER, B. CRICKX, J.-C. ROUJEAU. Maladies éruptives de l'enfant. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S76-2S82.

14 – E. HEID, A. TAIEB, B. CRICKX, P. BERBIS. Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S25-2S28.

15 – F.POUZAUD. En pratique : La gale. Le Moniteur des Pharmacies N°2503.Cahier conseil N°23 : Les parasites du corps.27/11/03, p8-p9.

16 – E. VIDEMENT. En pratique : Piqûres. Le Moniteur des Pharmacies N°2494. Cahier conseil N°20 : Piqûres et morsures de l'été. 14/06/03, p2-p5.

17 – F.POUZAUD. En pratique : Les aoûtats. Le Moniteur des Pharmacies N°2503.Cahier conseil N°23 : Les parasites du corps.27/11/03, p10.

18 – N. HERVE. En pratique : La lucite estivale bénigne. Le Moniteur des Pharmacies N°2488. Cahier Conseil n°17 : Les peaux intolérantes au soleil. 03/05/2003 p4-p5.

19 – N. HERVE. En pratique : La photosensibilisation médicamenteuse. Moniteur des pharmacies N°2488. Cahier Conseil n°17 : Les peaux intolérantes au soleil. 03/05/2003, p6-p7.

20 – F.POUZAUD. En pratique : Les tiques. Le Moniteur des Pharmacies N°2503.Cahier conseil N°23 : Les parasites du corps.27/11/03, p10.

21 – E. GROSSHANS, J. REVUZ, M. FAURE, J.-C. ROUJEAU, C. BEDANE. Acné. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S182-2S187

22 – B. CRIBIER, R. LAURENT, J. MEYNADIER. Rosacée. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S188-2S190.

23 – B. CRICKX, J.-C. ROUJEAU. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. Naevius. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S149-2S152.

24 – F. MOULY. Xanthomes et xanthomatoses. [en ligne]. In : Thérapeutique dermatologique. Fondation René Touraine. Site disponible sur : http://www.therapeutique-dermatologique.org/article.php?article_id=329. (Page consultée le : 09/04/08).

25 – C.OLLIER. Dermatoses virales. Le Moniteur des Pharmacies N°2715. Cahier formation N°26. Homéopathie et troubles dermatologiques. 09/02/2008, p2-p3.

26 – O. CHOSIDOW. Le zona en 8 questions. Le Moniteur des Pharmacies N°2701. Cahier formation N°21. Le Zona. 17/11/2007, p1-p2.

27 – ABIMELEC Philippe. Fiches pratiques. Molluscum contagiosum. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.abimelec.com/molluscum_contagiosum.htm (Page consultée le 16/07/08.

28 – N. HERVE. En pratique : L'eczéma**.** Le Moniteur des pharmacies N°2615. Cahier II. 11/02/2006.p1.

29 – M. SAMSOËN. Quelles sont les allergies cutanées ? Le Moniteur des Pharmacies N°2342. Cahier formation continue N°25 : Les allergies cutanées. 04/03/00, p7-p9.

30 – A. TAIEB, Y. DE PROST, G. LORETTE, P. BERBIS, Ph. BERNARD. Allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Dermatite atopique. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S90-2S95.

31 – A-G. HARLAUT, D-A. VUITTON. La dermatite atopique en 8 questions. Le Moniteur des Pharmacies N°2730. Cahier ordonnance N°38 : La dermatite atopique.17/05/08, p1-3.

32 – J-M. LACHAPELLE. Dyshidrose. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.therapeutique-dermatologique.org/article_main.php?article_id=79 (Page consultée le 26/08/08).

33 – E. COUADAU, M. CARLES, C. ICHAI. Troubles cutanés en réanimation. In : Département d'anesthésie-réanimation est, Hôpital Saint-Roch à Nice. Conférences d'actualisation. Editions scientifiques et médicales Elservier SAS, et Sfar 2001. p551-570.

34 – ANONYME. Référentiels et Fiches de recommandations SFETB. Estimation de la gravité de la brûlure: surface et profondeur de la brûlure In : Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures. [en ligne]. Site disponible sur http://www.sfetb.org/index.php?rub=textes-officiels&art=doc_ref_3. (Page consultée le 06/03/08).

35 – N. HERVE. La photosensibilisation médicamenteuse. Le Moniteur des Pharmacies, N°2582. Cahier conseil N°59 Les méfaits du soleil. 14/05/05, p8-9.

36 – N. HERVE. En pratique : Dermite des prés. Le Moniteur des Pharmacies N°2488. Cahier Conseil n°17 : Les peaux intolérantes au soleil. 03/05/2003 p6.

37 – M. BOURGEOIS. Plantes toxiques-Notions essentielles. Toxicité par contact cutanéo-muqueux. [en ligne]. Site disponible sur : http://pagesperso-orange.fr/floranet/gene/tox/tox6.htm (Page consultée le 24/06/08).

38 – N. HERVE. En pratique : Dermite en breloque. Le Moniteur des Pharmacies N°2488. Cahier Conseil n°17 : Les peaux intolérantes au soleil. 03/05/2003 p7.

39 – H. HAMARD ET J-L. DUFIER. Rôle du pharmacien face aux affections oculaires. Fiche technique du CESpharm. Février 2008, p6.

40 – C. HUERTAS et C. MANSAT. Le pied, 3ème partie. Lettre d'information hors-série N°4 décembre 2002. In : L'observatoire du mouvement.

41 – F. POUZAUD. Les verrues. Le Moniteur des Pharmacies N° 2606. Cahier conseil n°69 Pansements et accessoires pour les pieds. 03/12/2005, p4-5.

42 – O. CHOSIDOW, P. AMBLARD, J. BAZEX et al. Dermatite séborrhéique. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S191-2S195.

43 – N. HERVE. Le psoriasis**.** Le Moniteur des Pharmacies N° 2594. Cahier conseil n°63 Conseils associés aux pathologies dermatologiques.10/10/2005, p6-8.

44 – J.-J. GUILHOU, L. DUBERTRET, B. CRICKX et al. Psoriasis. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S113-2S118.

45 – N. HERVE. En pratique : la peau fragile des enfants. Le Moniteur des Pharmacies N°2464. 09/11/02. Cahier conseil N°5 : La peau en hiver.09/11/02, p11

46 – N. HERVE. En pratique : les soins du visage, les soins du corps. Le Moniteur des Pharmacies N°2464. Cahier conseil N°5 : La peau en hiver.09/11/02, p2-5.

47 – V. DESCAMPS, J.-M. BONNETBLANC, B. CRICKX, J.-C. ROUJEAU. Alopécie. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S194-2S198.

48 – N. BELIN. En pratique : Les différentes natures de cheveux. Le Moniteur des Pharmacies N°2725. Cahier conseil N°34 les problèmes capillaires. 12/04/08, p2-5.

49 – N. HERVE. En pratique : Le pou de tête. Le Moniteur des Pharmacies N°2503. Cahier conseil N°23 : Les parasites du corps. 27/11/03, p2-4.

50 – F. BONTEMPS, S. LE CRAZ. Les pellicules. Le Moniteur des Pharmacies N°2725. Cahier conseil N°34 : Les problèmes capillaires. 12/04/08, p6-7.

51 – C. JOUANIQUE. Qu'est ce que l'alopécie androgénétique ? Le Moniteur des Pharmacies N°2369. Cahier formation continue N°38 : L'alopécie androgénétique. 14/10/00, p6-8.

52 – F. BONTEMPS, S. LE CRAZ. La chute des cheveux. Le Moniteur des Pharmacies N°2725. Cahier conseil N°34 : Les problèmes capillaires. 12/04/08, p8-10.

53 – Ph. DOROSZ. Médicaments entrainant des chutes de cheveux. Guide pratique des médicaments. 25ème édition. Maloine éditions. 2005, p1771.

54 – B. CRICKX, S. GOETTMANN, J.-C. ROUJEAU. Onyxis. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S199-2S201.

55 – F. POUZAUD. Les mycoses des ongles. Le Moniteur des Pharmacies N°2728. Cahier conseil N°36 : Les mycoses au comptoir. 03/05/08, p6-7.

56 – L. VAILLANT, P. BERBIS, J. CHEVRANT-BRETON, J.-M. BONNETBLANC. Prurit. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S213-2S218.

57 – M. BAGOT, E. GROSSHANS, D. LAMBERT, L. VAILLANT. Allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Eczéma de contact. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S96-2S101.

58 – E. COUADAU, M. CARLES, C. ICHAI. Troubles cutanés en réanimation. Conférences d'actualisation. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar. 2001, p. 551-570. [en ligne]. In : Département d'anesthésie-réanimation est, service de réanimation polyvalente, hôpital Saint-Roch, Nice.
Site disponible sur : http://www.sfar.org/sfar_actu/ca01/html/ca01_34/01_34.htm. (Page consultée le 04/02/08).

59 – ANONYME. Brulures étendues récentes. Diagnostic et traitement initial. [en ligne] Site disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/hand/CHAPITRS/CHAPIT27.HTM. (Page consultée le 04/02/08)

60 – J. LEBEAU. Conduite à tenir devant une morsure de chien. Novembre 2003 (Mise à jour mars 2005). In : Site internet d'enseignement de la Faculté de Médecine de Grenoble. [en ligne]. Site disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/chirmax/chirmaxface/213b/lecon213b.htm#. (Page consultée le 05/02/08)

61 – Ph. DOROSZ. Antifongiques à usage local. Guide pratique des médicaments. 25ème édition. Maloine éditions. 2005, p256-264.

62 – ABIMELEC Philippe. Fiches pratiques. Pityriasis versicolor. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.abimelec.com/pityriasis_versicolor.htm. (Page consultée le 16/07/08)

63 – F. POUZAUD. Le pied d'athlète. Le Moniteur des Pharmacies N°2728. Cahier conseil N°36 : Les mycoses au comptoir. 03/05/08, p2-5.

64 – C.GIRAULT. Médicaments et photosensibilisation le Moniteur des Pharmacies, N° 2353 Cahier pratique N°32. 20/05/2000.

65 – Ph. DOROSZ. Médicaments photosensibilisants. Guide pratique des médicaments. 25ème édition. Maloine éditions. 2005, p1768.

66 – AFSSAPS. L'herpès labial ou bouton de fièvre. Brochure d'information destinée au grand public. 01/07/08

67 – F. CAMPAGNE. L'herpès labial. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.caducee.net/DossierSpecialises/dermatologie/herpes-labial.asp (Page consultée le 15/05/08).

68 – Ph. DOROSZ. Antiherpétiques locaux. Guide pratique des médicaments. 25ème édition. Maloine éditions. 2005, p534.

69 – Anonyme. BOIRON Homéopathie. Cédérom Homéopathie version IV - Juin 2003. [CD-ROM]. Ste Foy Les Lyon : Editions BOIRON-CEDH, 2003.

70 – D. RICHARD. Comment traiter le zona. Le Moniteur des Pharmacies N°2701. Cahier formation N°21 Le Zona. 17/11/2007, p8-9.

71 – V. VEYRAT. Conseils aux patients. Le Moniteur des Pharmacies N°2701. Cahier formation N°21 Le Zona. 17/11/2007, p14.

72 – J-M. BONNETBLANC. Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : varicelle et zona. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, Octobre 2005, Tome 132 N°sup 10, p28-33.

73 – C. BOUDOU-SEBASTIAN. Les pathologies dues au soleil. Le Moniteur des Pharmacies N°2628. Cahier formation N°79 Les produits solaires. 13/05/2006, p10-11.

74 – N. HERVE. La peau de l'ado. Le Moniteur des Pharmacies, N°2533. Cahier conseil N°37 : Les peaux jeunes à problèmes. 24/04/04, p2-4.

75 – N. HERVE. L'acné physiologique. Le Moniteur des Pharmacies, N°2533. Cahier conseil N°37 : Les peaux jeunes à problèmes. 24/04/04, p8-9.

76 – C. BATTU. En pratique : la toilette, les soins, le maquillage, au soleil. Le Moniteur des Pharmacies, N°2693. Cahier conseil N°15 Les peaux à tendance acnéique. 22/10/07, p2-11.

77 – N. HERVE. Le camouflage des imperfections. Le Moniteur des Pharmacies, N°2533. Cahier conseil N°37 : Les peaux jeunes à problèmes. 24/04/04, p10-11.

78 – N. HERVE. Quels conseils donner aux patients. Le Moniteur des Pharmacies, N°2390 du 17/03/01. Cahier formation continue N°48 : L'acné. 17/03/01, p 14.

79 – N. HERVE .L'acné sévère sous traitement. Le Moniteur des Pharmacies, N°2533. Cahier conseil N°37 : Les peaux jeunes à problèmes. 24/04/04, p5-7.

80 – A. TAIEB, F. CAMBAZARD, P. BERNARD, L. VAILLANT. Infections cutanéo-muqueuses bactériennes et mycosiques : impétigo, folliculite/furoncle, érysipèle. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, Octobre 2005, Tome 129 N°sup 10, p2S47-p2S52.

81 – MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France section des

maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale. Séance du 27 juin 2003.

82 – E. VIDEMENT. Protection contre les piqûres. Le Moniteur des Pharmacies N°2494. Cahier conseil N°20 : Piqûres et morsures de l'été. 14/06/03, p6-9.

83 – G.GRISON. Le séjour à la campagne. Le Moniteur des Pharmacies N°2731. Cahier conseil N°39 : Les trousses de voyage. 24/05/08, p5.

84 – B.PAILLAT. Qu'est ce que la maladie de Lyme ? Le Moniteur des Pharmacies N°2493.Cahier formation N°93 : La maladie de Lyme. 07/06/03, p 6-9.

85 – J.C. GEORGE. Les tiques : morphologie, cycle, écologie, gorgement, répartition, prévention. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.maladies-a-tiques.com/Les-tiques.htm. (Page consultée le 25/05/08).

86 – J.C. GEORGE. Maladie de Lyme. [en ligne]. http://www.maladies-a-tiques.com/Maladie-de-Lyme.htm (Page consultée le 25/05/08).

87 – F. POUZAUD. Les cors et durillons. Le Moniteur des Pharmacies N° 2606. Cahier conseil n°69 Pansements et accessoires pour les pieds. 03/12/2005, p4-5.

88 – .B.GREGOIRE. Ne pas confondre cors et verrues plantaires. Le moniteur des pharmacies N° 2474. Cahier conseil N°10 Les soins des pieds.25/01/03, p4.

89 – M. LEUTENEGGER, D. MALGRANGE, H. BOCCALON, P. FONTAINE, I. GOT, P. VALENSI, B. YOMTOV. Le pied diabétique. IN : ALFEDIAM, Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des maladies Métaboliques. Site disponible sur : http://www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam-pied.asp. (Page consultée le 22/02/07)

90 – C. NICOLET. Soins locaux du pied : bien panser le diabète. Le Quotidien du Pharmacien N°2468, Dossier : Le diabétique à l'officine. 26/02/07, p 11.

91 – J-J GUILHOU. Qu'est ce que le psoriasis. Le Moniteur des Pharmacies N°2550. Cahier formation N°115 Le psoriasis. 25/09/04, p6-8.

92 – D. RICHARD. Comment traiter le psoriasis. Le Moniteur des Pharmacies N°2550. Cahier formation N°115 Le psoriasis. 25/09/04, p9-12.

93 – J.-M. BONNETBLANC, O. CHOSIDOW, E. GROSSHANS. Prescription et surveillance d'un traitement dermocorticoïde. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p2S157- 2S161.

94 – M. LORIOL. Conseils aux patients. Le Moniteur des Pharmacies N°2550. Cahier formation N°115 Le psoriasis. 25/09/04, p 14.

95 – ANONYME. Poux de tête, cycle de vie et caractéristiques. In : Office régional de la santé de Winnipeg. Site disponible sur : http://www.wrha.mb.ca/healthinfo/a-z/lice/files/HeadLice_LifeCycle_F.pdf (Page consultée le 24/01/08).

96 – MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France section maladies transmissibles relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu. Séance du 27 juin 2003.

97 – G. GRISON. Les poux. Le Moniteur des Pharmacies N° 2690. Cahier conseil N° 12 Les parasites de l'enfant.01/09/2007, p2-5.

98 – BLOUDEX ELECTRONICS. ©Robicomb™ - Robicomb pro™. Site disponible sur : http://www.robicombfrance.com/index.html. (Page consultée le 24/01/08).

99 – N. HERVE. La chute des cheveux. Le Moniteur des Pharmacies N° 2507 Cahier conseil N° 25 Résoudre les problèmes de cheveux.25/10/2003, p10-11.

100 – N. HERVE, M. LE MAÎTRE. La dermatite séborrhéique. Le Moniteur des Pharmacies, N°2562. Cahier formation N°121 La dermatite séborrhéique. 18/12/04, p6-13.

101 – N. HERVE. La dermatite séborrhéique. Le Moniteur des Pharmacies N° 2594. Cahier Conseil n°63 : Conseils associés aux pathologies dermatologiques. 10/10/2005, p2-3.

102 – N. HERVE. La dermatite séborrhéique. Le Moniteur des Pharmacies N°2507. Cahier conseil N°25 Résoudre les problèmes de cheveux. 25/10/03, p8-9.

103 – Ph. DOROSZ. Antifongiques ayant une action systémique. Guide pratique des médicaments. 25ème édition. Maloine éditions. 2005, p254-255.

104 – A-G. HARLAUT. Conseils aux patients. Le Moniteur des Pharmacies N°2730. Cahier conseil N°38 La dermatite atopique. 17/05/08, p14.

105 – F. CHAUVELOT. Comment traiter la dermatite atopique. Le Moniteur des Pharmacies N°2730. Cahier ordonnance N°38 : La dermatite atopique.17/05/08, p8-13.

106 – L. VAILLANT. Peau et nutrition. In : Institut Danone. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.institutdanone.org/comprendre/publications/objectif_nutrition/030/dossier.php. (Page consultée le 17/08/08).

ANNEXES

ANNEXE 1 : Illustrations photographiques des lésions rencontrées.

1. *LES MACULES*

1.1 Les macules colorées

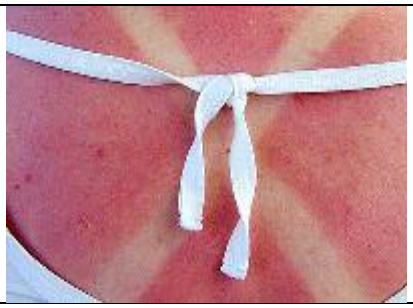
PHOTOS N° 1 N°2	Purpura	
PHOTOS N° 3 N°4	Purpura sénile de Bateman	
PHOTOS N° 5 N°6	Angiome plan	
PHOTOS N° 7 N°8	Hémangiome	

PHOTOS N° 9 N°10	Chloasma	
PHOTOS N° 11 N°12	Tache mongolique	
PHOTOS N° 13 N°14	Lentigo sénile	

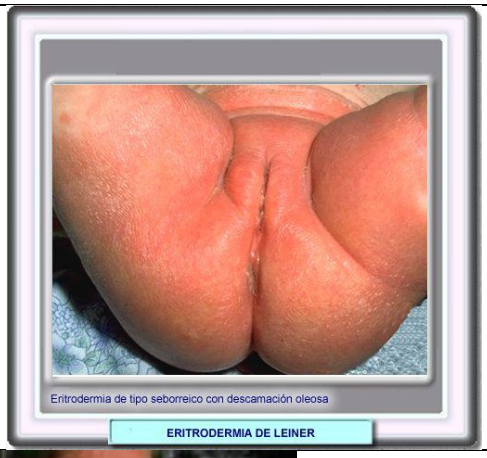
1.2 Les macules décolorées

PHOTOS N° 15 N°16	Pityriasis versicolor	
PHOTOS N° 17 N°18	Vitiligo	

1.3Les macules érythémateuses

LOCALISES		
PHOTOS N°19 N°20	Brûlure 1er degré	
PHOTOS N°21 N°22	Dermite d'irritation	
PHOTOS N°23 N°24	Roséole infantile	
PHOTOS N°25 N°26	Erysipèle	

REGIONAUX		
PHOTO N° 27	Dermatophytose des grands plis	
PHOTOS N° 28 N°29	Intertrigo	
PHOTO N° 30	Erythème fessier de contact	
PHOTO N°31	Dermite mixte infectieuse	
PHOTOS N°32 N°33	Erythème par hyperacidité des selles	

PHOTO N°34	Maladie de Leiner-Moussous	
PHOTOS N°35 N°36	Erythème actinique	
GENERALISES		
PHOTOS N°37 N°38	Exanthème médicamenteux	
PHOTOS N°39 N°40	Erythème pigmenté fixe	
PHOTOS N°41 N°42	Rougeole	

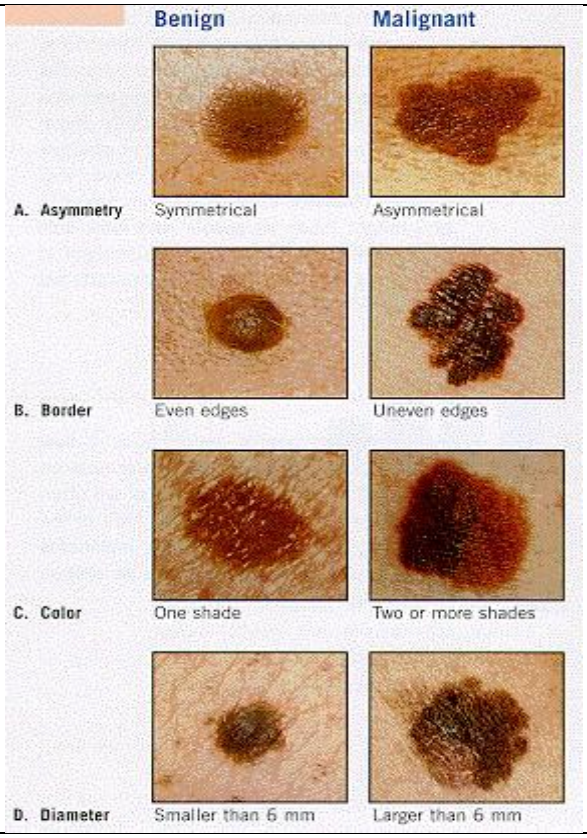
PHOTOS N°43 N°44	Rubéole	

2. ***LES PAPULES***

ERYTHEMATEUSES		
PHOTOS N°45 N°46 N° 47	Gale	
PHOTOS N°48 N°49	Piqure de moustique	

PHOTO N°50	Piqure d'aoutat	
PHOTOS N°51 N°52	Lucite estivale bénigne	
PHOTOS N°53 N°54	Photoallergie	
PHOTOS N°55 N°56 N°57	Morsure de tique	

PHOTOS N°58 N°59	Lésion rétentionelle de l'acné	
PHOTOS N°60 N°61	Stade d'état de la rosacée	
PHOTOS N°62 N°63	Angiome sénile	

BRUNE		
PHOTO N°64	Grain de beauté	
JAUNE		
PHOTOS N°65 N°66	Xanthomes	

3. *LES COLLECTIONS LIQUIDIENNES*

3.1 Les vésicules

AIGUË		
PHOTOS N°67 N°68	Herpès labial	
PHOTOS N°69 N°70 N°71 N°72	Zona	

PHOTOS N°73 N°74	Molluscum contagiosum	
PHOTOS N°75 N°76	Varicelle	
PHOTO N°77	Milliaire sudorale	
CHRONIQUE		
PHOTOS N°78 N°79	Eczéma de contact	

PHOTOS N°80 N°81 N°82 N°83	Dermatite atopique	

PHOTOS N°84 N°85 N°86 N°87	Dyshidrose	

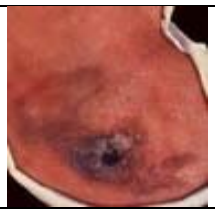
3.2 Les bulles

PHOTOS N°88 N°89	Ampoule	

PHOTOS N°90 N°91 N°92	Brulure du 2nd degré	
PHOTOS N°93 N°92	Phototoxicité médicamenteuse	

PHOTOS N°93 N°94	Dermite des prés	
PHOTOS N°95	Dermite en breloque	
PHOTOS N°96 N°97	Impétigo	

3.3 Les pustules

PHOTOS N°98 N°99	Furoncle	
PHOTOS N°100 N°101	Orgelet	
PHOTO N°102	Anthrax	

4. *LES ATTEINTES CORNEES DE LA PEAU*

4.1 Les hyperkératoses

PHOTO N°103	Cor	
PHOTO N°104	Œil de perdrix	

PHOTO N°105	Durillon	
PHOTO N°106	Myrmécie plantaire	
PHOTOS N°107 N°108	Verrue vulgaire	
PHOTOS N°109 N°110	Verrue plane	

PHOTO N°111	Verrue séborrhéique	

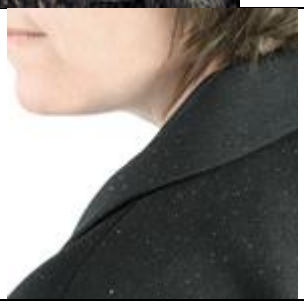
4.2 Les squames

PHOTOS N°112 N°113	DERMATITE SEBORRHEIQUE	
PHOTOS N°114 N°115	PSORIASIS	
PHOTO N°116	DARTRES	
PHOTOS N°117 N°118	HERPES CIRCINE	

PHOTOS N°119 N°120	PITYRIASIS VERSICOLOR	
PHOTO N°121	ICHTYOSE	

5. *LES ATTEINTES DES ANNEXES DE LA PEAU*

5.1 les cheveux

PHOTOS N°122 N°123	Pédiculose	
PHOTO N°124	Pellicules sèches	
PHOTO N°125	Teigne tondante	

PHOTOS N°126 N°127 N°128	Pelade	 Cheveu en point d'exclamation
PHOTOS N°129 N°130	Alopécie Androgénétique	
PHOTOS N°131	Alopécie androgénétique Féminine	
PHOTOS N°132 N°133	Effluvium Télogène	

5.2 Les ongles

PHOTO N°134	Onychotillomanie	
PHOTOS N°135	Psoriasis	
PHOTOS N°136 N°137 N°138	Onychomycose	
PHOTOS N°139 N°140	Ongle incarne	

ANNEXE 2 : Classification des dermocorticoïdes disponibles en France selon leur niveau d'activité.

NIVEAU D'ACTIVITE	DCI	NOM COMMERCIAL
Classe 1 : très forte	Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate	Dermoval Diprolène
Classe 2 : forte	Bétaméthasone valérate Bétaméthasone dipropionate Desonide Diflucortolone valérate Difluprednate Hydrocortisone acéponate Hydrocortisone butyrate Fluticasone	Betneval, Célestoderm Diprosone Locatop Nérisone Epitopic 0,05% Efficort Locoïd Flixovate
Classe 3 : modérée	Alclométasone Bétaméthasone valérate Désonide Difluprednate Fluocinolone acetonide Fluocortolone	Aclosone Célestoderm, Locapred, Tridésonit Epitopic 0,02% Synalar Ultralan
Classe 4 : faible	Hydrocortisone Triamcinolone acétonide	Hydrocortisone Hydracort Kenalcol Localone

ANNEXE 3 :

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPEES
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE
SECTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES
Relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale

(Séance du 27 juin 2003)

Considérant qu'en matière de santé publique:

- La maladie touche les individus de tous âges et tous milieux sociaux,
- La gale est une maladie pouvant être responsable d'épidémie dans les collectivités (1),
- La gale est une maladie très contagieuse due à un parasite, *Sarcoptes scabiei hominis,*
- La femelle fécondée colonise les couches superficielles de l'épiderme, pond 3 à 5 œufs par jour pendant 2 mois, chaque œuf donne une larve qui devient adulte en 2 à 3 semaines,
- La charge parasitaire peut atteindre quelques dizaines de parasites dans la gale commune et plusieurs milliers dans les gales profuses.
- Le parasite survit, hors de son hôte humain, pendant plusieurs jours jusqu'à une semaine,
- La dissémination du parasite est favorisée par la vie en collectivité et le non-respect des règles d'hygiène.
- Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint.
- La contamination est avant tout inter humain, par contact cutané direct d'un sujet parasité à un autre sujet, particulièrement à l'occasion d'une relation sexuelle.
- Dans les gales profuses, la transmission indirecte est possible par contact avec des vêtements, literie, serviettes, fauteuils …. parasités.
- L'immunodépression locale et /ou générale (corticothérapie, infection par le VIH…) constitue un facteur favorisant de gales profuses,

Considérant qu'en matière de diagnostic (6) :

- La gale présente 2 formes cliniques :

 La gale commune

 Les gales profuses, les plus contagieuses (gale hyperkératosique et gale disséminée inflammatoire)

- La gale se manifeste par un prurit à recrudescence nocturne quasi-constant et le plus souvent par des lésions non spécifiques : lésions eczématiformes et de grattage, impétigo,
- La notion de contage et de prurit dans l'entourage est un élément très évocateur du diagnostic,
- Le traitement d'épreuve à visée diagnostique doit être évité : en effet, un prurit d'autre étiologie peut céder sous ce traitement et inversement, le prurit de la gale peut être long à disparaître.
- Les lésions spécifiques (sillons, vésicules perlées, papulo-nodules) ne sont pas constamment Retrouvées.
- La topographie des symptômes aux espaces interdigitaux dorsaux des mains, à l'aréole mammaire, aux organes génitaux externes (papulo-nodules), aux fesses, aux coudes, aux zones axillaires antérieures, sans atteinte du dos et du visage, est évocatrice du diagnostic de gale commune.
- La topographie est d'aspect trompeur dans les gales profuses :

 L'atteinte du dos est fréquente dans la gale disséminée inflammatoire

 L'atteinte peut être généralisée dans la gale hyperkératosique avec prédominance des squames friables et parfois absence de prurit.

- La gale commune du nourrisson présente des spécificités cliniques :
 L’éruption est le plus souvent vésiculopustuleuse, parfois papuleuse, prurigineuse prédominant aux extrémités mais pouvant être plus diffuse, le visage est habituellement épargné, une atteinte du cuir chevelu est possible,
 Les sillons sont inconstants, mais des nodules inflammatoires et prurigineux, (nodules scabieux), prédominants aux aisselles, au bas du dos et aux organes génitaux ne sont pas exceptionnels, ils peuvent être la seule manifestation clinique et persister plusieurs semaines,
 Le prurit en l’absence de lésion cutanée n’est pas un mode révélateur fréquent de la maladie.
 Une surinfection cutanée (impétiginisation) est fréquente, peut majorer l’éruption pustuleuse et entraîner adénopathies et fièvre.
 Le retard diagnostique est source d’épidémie,
- La persistance d’un prurit dans les 8 à 15 jours après le traitement ne traduit pas forcément un échec, les causes pouvant être (5) :
 Une irritation cutanée par le traitement,
 Un eczéma de contact,
 Une acarophobie,
 Autres causes de prurit masquées par la gale,
- Le diagnostic de gale est établi sur les éléments suivants :
 Présence de lésion clinique évocatrice et/ou un examen parasitologique positif
 En l’absence de prurit, l’examen parasitologique est nécessaire

Considérant qu’en matière de traitement :

- Il n’y a pas de guérison spontanée de la maladie,
 Le traitement est justifié lorsque le diagnostic de gale est établi

- Il existe 2 types de traitements (4):
 Le traitement per os : l’ivermectine en prise unique à la posologie de 200 µg / kg. La sécurité d’emploi n’a pas été établie chez les enfants de moins de 15 kg.
 Les traitements locaux (en annexe):

Toutes les régions du corps doivent être traitées, y compris le cuir chevelu et le visage s’il y a un doute sur leur atteinte.

Les traitements locaux peuvent être irritants, d’autant plus qu’ils sont répétés,

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande devant un ou plusieurs cas de gale que ce soit la gale commune ou les gales profuses:

Au niveau individuel:

1. **De traiter simultanément** le(s) sujet(s) parasité(s) et toute personne ayant eu un contact intime avec le(s) malade(s), selon les modalités de traitement suivantes (2-4, 7-9) :

- Pour la gale commune :
 le traitement est réalisé à domicile ; quel que soit le traitement choisi, le CSHPF estime que dans l’état actuel des connaissances, il n’y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement un traitement per os ou par voie locale. Cependant, la facilité d’utilisation plaide en faveur du traitement per os et ce d’autant plus que le nombre de personnes à traiter est important.
- Pour les gales profuses :
 Le malade doit être isolé (le plus souvent, lors d’une hospitalisation),
 Le traitement per os est recommandé et un traitement local peut être associé au traitement per os,
 La définition des sujets contacts à traiter devant être large dans le cas de gales profuses en raison de la très forte contagiosité,
- Un traitement antibiotique per os sera recommandé en cas d’impétiginisation,

2. De traiter à nouveau :
- Tous les sujets qui ont des signes cliniques spécifiques de gale et/ou un examen parasitologique positif, persistant 8 à 15 jours après le traitement (résistance, ré-infestation ou traitement insuffisant par incompréhension ou mauvaise observance)
- Dans les gales profuses une deuxième dose du traitement per os et/ou l'association à un traitement local peuvent être nécessaires pour obtenir la guérison,
- Traiter à nouveau n'est pas justifié en présence de nodules post scabieux qui peuvent persister plusieurs semaines après un traitement, en particulier chez le nourrisson, en l'absence d'autres signes de gale.

Au niveau environnemental :
- Les vêtements, les draps, les serviettes …doivent être lavés, si possible en machine;
- Une désinfection de l'environnement n'est pas indiquée dans le cas de gale commune,
- La décontamination des lieux de vie par un acaricide est à décider avec les autorités sanitaires dans le cas de gale profuse.

Au niveau de la collectivité, (2-4) :
- De mettre en place une stratégie de prise en charge de la collectivité par le médecin traitant, le responsable de l'établissement et les autorités sanitaires,
- En fonction du nombre et de la dissémination des cas dans la collectivité, de traiter au minimum toutes les personnes en contact avec le malade et au maximum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution et le cas échéant leur propre entourage, en privilégiant le traitement per os,
- De prévenir les familles des malades,
- Dans les collectivités d'enfants, une éviction est prévue jusqu'à 3 jours après le traitement pour une gale commune et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses (10).

Références bibliographiques :
1- Ancelle T. la gale dans les établissements pour personnes âgées en France en 1996 Bulletin Epidémiologique
Hebdomadaire 1997 ; 7 ; 27-9
2- CClin Paris nord. Lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier, guide de bonnes pratiques
mars 2001 : 17-24
3- CDC. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 2002 ; 51 ; RR-6
4- Chosidow O. Scabies and pediculosis Lancet 2000 ; 355 : 819-26
5- Chosidow O, Bécherel PA. Traitement de la gale. Revue Prat 2001 ; 51 : 1281 - 2
6- Meinking TL. Infestations Curr Probl Dermatol 1995 ; 11 : 80-118
7- Anonyme. Reconnaître et traiter la gale en 2002. Rev Prescrire 2002 ; 22 ; 229 : 450-5
8- Anonyme. Ivermectine, nouvelle indication : contre la gale, un traitement oral, efficace et d'emploi facile. Rev
Prescrire 2002 ; 22 ;229 : 405-9
8, avenue de Ségur, 75700 PARIS 07 SP – Tél : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 78 00
www. sante.gouv.fr
9- Walker CJA, Johnstone PW. Intervention for treating scabies. Cochrane review in the Cochrane Library Update
Software, Oxford 2002, issue 2
10- CSHPF. Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants. Séance du 14
mars 2003.

CET AVIS NE PEUT ETRE DIFFUSE QUE DANS SON INTEGRALITE SANS SUPPRESSION NI AJOUT

ANNEXE 4 :

Conseil supérieur d'hygiène publique :
Avis et Recommandations

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE
SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES
Relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu
(Séance du 27 juin 2003)

Considérant qu'en matière de santé publique :
- La pédiculose est une maladie endémique dans les collectivités d'enfants, notamment de 6 à 8 ans, pouvant parfois évoluer sur un mode épidémique (1),
- La pédiculose est un problème de santé publique dans les collectivités d'enfants,
- Toute l'importance de cette maladie est liée à la persistance de l'endémie, due à la transmission facile par contact, aux échecs thérapeutiques répétés, aux recontaminations après traitement, à la fréquence des surinfections, au coût souvent considérable du traitement pour les familles et au non-remboursement des pédiculicides (8),
- L'absence de traitement d'une infestation qui touche toute une communauté, entraîne des re-contaminations fréquentes et la pérennisation des poux dans la collectivité,
- Des enquêtes dans certaines villes, en France, entre 1996 et 1998, ont montré des taux de prévalence moyenne de 6% à 8%, prévalences très variables d'école à école et de classe à classe,
- La pédiculose du cuir chevelu est une parasitose contagieuse mais bénigne, due à un parasite exclusif de l'homme, le pou de tête : Pediculus humanus var capitis,
- Contrairement au pou de corps, le pou de tête ne transmet pas d'agents pathogènes,
- Dans les deux lieux habituels de transmission que sont la collectivité d'enfants et la famille, la contamination est avant tout inter humaine et se fait directement par contact, même bref, d'un sujet parasité à un autre sujet,
- Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint, quelle que soit l'origine socio-économique des familles,
- Un seul sujet fortement parasité peut jouer le rôle de réservoir de parasites,
- La transmission indirecte est théoriquement possible en cas d'utilisation successive, à bref intervalle de temps, de peignes et brosses, voire de bonnets, écharpes, manteaux, etc. alors que le pou, s'il survit 2 mois sur le cuir chevelu, ne peut pas survivre plus de 4 à 36 heures en dehors du cuir chevelu (7,10),
- La femelle pond 4 à 10 œufs par jour pendant 3 à 4 semaines, soit un total de 100 à 200 œufs appelés lentes, chaque lente donne une larve qui devient adulte 3 semaines plus tard (10),

Considérant qu'en matière de diagnostic:
- La pédiculose se manifeste par un prurit (dans 50 à 60% des cas), des excoriations, une surinfection (impétigo),
- La topographie de ces symptômes (tempes, autour des oreilles et nuque) est évocatrice du diagnostic, particulièrement en cas de pédiculose dans l'entourage,
- Le diagnostic est affirmé par la mise en évidence de poux et ou de lentes vivantes par examen visuel, en s'aidant d'un peigne fin,

Considérant qu'en matière de traitement (3-4, 6-9, 11-14) :
- Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie,
- Seule une pédiculose active (présence de poux et/ou de lentes vivantes) justifie un traitement,
- Un produit efficace doit être à la fois pédiculicide et lenticide et seuls les produits vendus en pharmacie ont été évalués (article L. 5136-1 du code de la santé publique)

- Les répulsifs n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique,
- Des traitements présomptifs n'ont pas de valeur pour affirmer ou infirmer le diagnostic, la multiplication de ces traitements concourt à l'apparition de résistance, à un coût non négligeable et est irritante pour le cuir chevelu,
- Les méthodes physiques utilisées pour éliminer les lentes (peignes antipoux mécaniques et électriques) sont insuffisamment efficaces,
- Trois classes pharmacologiques sont reconnues efficaces (cf. annexe) :
Celle du malathion
Celle des dérivés du pyrèthre ou des pyréthrinoïdes de synthèse
Celle du lindane (la commission d'autorisation de mise sur le marché a proposé d'inscrire le lindane dans la liste 1 des "substances vénéneuses" nécessitant alors une ordonnance le plus souvent sans possibilité de renouvellement),
- Des associations sont possibles : le butoxyde de pipéronyle est synergique et augmente l'activité du pyrèthre ou des pyréthrinoïdes de synthèse. Le lindane est actuellement utilisé en cas de résistance aux deux autres,
- Le rapport bénéfice-risque des produits anti-poux varie selon leur forme galénique :
Les sprays sont contre-indiqués en cas d'asthme et de bronchite asthmatiforme,
Les shampooings et les poudres sont moins efficaces que les solutions, lotions ou crèmes,
- La persistance de lentes peut être due à un échec du traitement, à une recontamination ou à une résistance au produit utilisé (2, 5,14),
- Les causes d'échec du traitement des pédiculoses sont les suivantes (7) : difficultés de communication et d'information : incompréhension, ignorance ou négligence, coût des produits non remboursés, ré-infestation : mesures associées non réalisées, durée et /ou une fréquence insuffisante des applications, application d'une quantité insuffisante de produit, utilisation d'une forme galénique inappropriée, et utilisation d'un produit imparfaitement lenticide, acquisition de résistance des poux aux insecticides utilisés.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu :

Au niveau individuel :

- De traiter rapidement le sujet parasité avec un produit, à la fois pédiculicide et lenticide, provenant d'une des trois classes pharmacologiques reconnues efficaces, présenté sous forme de solution, lotion ou crème. Il est possible d'associer deux produits (cf. annexe). Les temps d'applications des produits recommandés dans les mentions légales doivent être respectés (ni plus courts, ni plus longs).
- En cas d'incertitude diagnostique, de consulter un médecin afin de ne pas entreprendre un traitement présomptif,
- De pratiquer un examen de contrôle du cuir chevelu à 2 jours et à 12 jours et si le sujet présente des poux à ces examens de contrôle de retraiter ultérieurement en changeant de classe pharmacologique en cas de présence de poux vivants à 2 jours (probablement résistance)

Avec le produit utilisé initialement en cas de présence de poux à 12 jours

- De chercher la présence de poux et de lentes chez toutes les personnes vivant dans le foyer du sujet parasité et de traiter ceux qui sont parasités,
- De consulter un médecin en cas d'échec répété des traitements.

Au niveau environnemental :

- De ne faire un traitement des vêtements et de la literie que dans le cas particulier d'une infestation massive de poux chez un membre de la famille ou de la collectivité. Les oreillers, bonnets, "doudou", peluches… lavables, doivent être lavés dans une machine avec le programme cycle long. Les objets ne doivent pas être utilisés pendant trois jours.

- De ne pas mettre en œuvre une désinfection des locaux qui est inutile et parfois dangereuse (piscine, pièce, classe…).

De plus, au niveau de la collectivité et particulièrement une collectivité d'enfants :

- Que tous les enfants du groupe de la collectivité auquel appartient l'enfant parasité (section, classe…), soient examinés par une personne formée spécifiquement sur le dépistage, en collaboration avec la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, le service municipal d'hygiène...,
- Que les parents soient prévenus par écrit, par le chef d'établissement ou par la personne ayant en charge le groupe d'enfants, afin que les autres membres de la famille, y compris les parents, soient examinés et que seuls ceux qui sont parasités soient traités,
- Que l'accès au traitement soit facilité,
- Que compte tenu d'absence d'obligation de traitement individuel ou collectif, d'inciter fortement les parents, les associations de parents d'élèves, les personnels de collectivités à appliquer ces recommandations et de mettre en place des campagnes de sensibilisation à la pédiculose du cuir chevelu, ainsi qu'une surveillance épidémiologique de la résistance.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Bouvet E et coll. Lutte contre la pédiculose dans les écoles de Paris. BEH 1995 ; 14 ; 61-3

2- Burgess IF, Brown CM, Peock S, Kaufman J. Head lice resistant to pyrethroid insecticides. Br Med J 1995 ; 311 :752

3- Cclin. Paris nord lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier, guide de bonnes pratiques mars 2001

4- CDC. Treating head lice with malathion

5- Chosidow O, Chastang C, Brue C et al. Controlled study of malathion and dphenotrin lotions for Pediculus humanus var capiti-infesteds schoolchildren. Lancet 1994 ; 344 : 1724-7

6- Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie Les infestations par les poux de tête : une démangeaison persistante, Paediatrics and child health 1996 ; 1(3) : 244-8 ré-approuvé 02/2000 site Internet : http.//www.cps.ca

7- Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet 2000 ; 355 : 819-26

8- Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Recommandations pour le traitement de la pédiculose du cuir chevelu. BEH 1993 ; 44 : 202-3

9- Hipolito RB, Mallorca FG, Zuniga-Macarag ZO and al. Head lice infestation : single drug versus combination therapy one percent permethrin and trimethoprim/ sulfamethoxazole. Pediatrics 2001 ; 107 : E30

10- Izri A. Les poux : diagnostic, nuisance et rôle vectoriel Revue française des laboratoires, décembre 2001, 338 :37-40

11- Meinking TL. Infestations. Curr Probl Dermatol 1995 ; 11 : 80-118

12- Roberts RJ. Head lice. N Engl J Med 2002 ; 346: 1645-50

13- Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petrovic M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK : a pragmatic randomised controlled trial. Lancet 2000 ; 356: 540-4

14- Anonyme. Poux de tête et pédiculose du cuir chevelu. Rev Prescrire 2001 222 :761-70

Annexe

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout.

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 2 Juillet 2009

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par Sahar NASREDDINE

Sujet : Dermatologie pratique : élaboration d'arbres décisionnels de reconnaissance des principales affections dermatologiques rencontrées à l'officine et conduite à tenir.

Jury :

Président : M G. CATAU, Professeur

Juges : Mme E. BENOIT-MORRUZZI, Pharmacien
M T. MENETRE, Pharmacien

Vu,

Nancy, le 10 juin 2009

Le Président du Jury — Le Directeur de Thèse

M. CATAU — M. Mme BENOIT MORRUZZI Elisabeth

Vu et approuvé,

Nancy, le 16 JUIN 2009

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Chantal FINANCE

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 - FACULTE de PHARMACIE

Vu,

Nancy, le 22-06-09.

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 - LE PRESIDENT

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3326

N° d'identification :

TITRE :

DERMATOLOGIE PRATIQUE : ELABORATION D'ARBRES DECISIONNELS DE RECONNAISSANCE DES PRINCIPALES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES RENCONTREES A L'OFFICINE ET CONDUITE A TENIR

Thèse soutenue le 2 juillet2009

Par Sahar NASREDDINE

RESUME :

Quotidiennement, le pharmacien d'officine est confronté à des demandes spontanées concernant un avis d'ordre dermatologique. Le champ d'action de la dermatologie est très large, allant de pathologies bénignes et communes, à des pathologies complexes et chroniques. La prise en charge des affections dermatologiques relève principalement des compétences d'un médecin généraliste, voire d'un spécialiste en dermatologie. Mais des symptômes parfois gênants incitent le patient à solliciter le pharmacien en première intention.

L'objectif de ce travail est de proposer une méthode rationnelle qui amènera à poser un diagnostic de manière éclairée et objective, puis la démarche à suivre en tant qu'officinal. Bien sur, toutes les pathologies existantes ne seront pas abordées le but n'étant pas d'en faire une liste exhaustive ; seules les plus courantes rencontrées au comptoir le sont.

Ainsi dans une première partie, nous abordons l'élaboration d'arbres décisionnels. Nous verrons comment identifier une lésion primitive, et à partir de celle-ci observer les dénominateurs communs et caractéristiques d'une pathologie. Nous montrerons également l'importance de prendre en compte le patient dans sa globalité, et ne pas se contenter de l'observation clinique seule.

Dans une deuxième partie, nous aborderons la démarche à suivre une fois la dermatose identifiée, que se soit par les soins du pharmacien ou d'un médecin, tout en gardant une méthodologie d'arbres décisionnels en fonction de la situation, ou de critères caractéristiques.

Ce travail se veut pratique et facile à utiliser par tous les membres de l'équipe officinale et chacun au fil de ses expériences a la possibilité d'amener un cas supplémentaire et de l'inclure en suivant la démarche proposée et enrichir cet ouvrage.

MOTS CLES : Dermatologie – Officine – Arbres décisionnels – Conseils - Pathologie

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
Mme BENOIT-MORRUZZI	Pharmacien	**Expérimentale**	□
		Bibliographique	**X**
		Thème	**6**

Thèmes **1 – Sciences fondamentales** **2 – Hygiène/Environnement**

3 – Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**

5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**