

09/20



PHARMA NEWS

Le journal de l'équipe officinale

N° 177

SOMMAIRE

Éditorial 1

Nouveautés

Triage et prise en charge officinale 2
en cas de verrues

Triage et prise en charge officinale 8
lors de mycoses cutanées

Nouveautés (suite)

Triage et prise en charge officinale 16
lors d'infections cutanées bactériennes

Triage et prise en charge officinale 23
lors de mycoses unguéales

En bref 24

Lauréates et test de lecture 25

Editorial

Etre au point avec la nouvelle liste B

Dans le numéro 173 d'avril dernier, le Pharma-News a consacré un article sur le triage en dermatologie car la « liste B pharmacien » ou « liste B+ » allait être complétée avec des médicaments de ce domaine.

Chose promise, chose due, voilà le début d'une série sur les médicaments de dermatologie désormais classés en liste B. Nous les traiterons par pathologie en présentant un rappel sur la maladie, les fondamentaux du triage, la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse ainsi que sur les conseils complémentaires à dispenser à l'officine.

Bonne lecture !

Jérôme Berger

Pierre Bossert

*Marie-Thérèse Guanter
Germanier*

Anne-Laure Guntern

*Séverine Huguenin
Martine Ruggli*

Elodie Resenterra

TRIAGE ET PRISE EN CHARGE OFFICINALE EN PRÉSENCE DE VERRUES

La liste B+ comprend deux produits destinés à traiter les verrues qui peuvent maintenant être délivrés par le pharmacien : CARBAMID VAS° (trétinoïne, urée, dexpanthénol) crème et ACETOCAUSTINE° (acide monochloroacétique) solution. Cet article fait le point sur le triage en officine lors de verrues et compare ces préparations avec les autres spécialités disponibles pour le conseil afin d'évaluer leur utilité dans la pratique.



Rappel sur la pathologie

Les verrues sont des lésions de l'épiderme, fréquentes et bénignes, provoquées par une infection à un papillomavirus humain (HPV), dont il existe plus de 100 sous-types. Ces excroissances sont particulièrement fréquentes chez les enfants et adolescents : la prévalence atteint plus de 30 % chez les élèves de l'école primaire¹.

La contamination se fait par contact direct ou indirect (surface ou textiles contaminés). Elle est le plus souvent intrafamiliale. Le virus pénètre dans l'épiderme suite à un microtraumatisme qui passe souvent inaperçu. Notons que le HPV peut survivre plusieurs mois sur une surface² et que les milieux chauds et humides lui semblent particulièrement favorables: l'utilisation de douches communes et une transpiration excessive des pieds semblent être des facteurs de risque pour les verrues plantaires.

A noter qu'il n'y a pas de dissémination systémique du virus HPV dans l'organisme, même chez des personnes immunosupprimées, celui-ci restant dans l'épiderme. Le risque de complications (p.ex. infections, douleur) est donc essentiellement local.

Il existe différents types de verrues :

- vulgaire : souvent isolée, apparaît surtout sur les doigts, les orteils, les genoux et les coudes et est souvent asymptomatique,
- plantaire : située sous la plante du pied, peut être douloureuse en raison de la pression exercée par le poids du corps,
- plane : se développe le plus souvent sur le visage et le dos des mains,
- génitale : appelée condylome, augmente le risque de cancer du col de l'utérus chez les femmes.
- d'autres sont moins fréquentes, comme p.ex. la verrue filiforme (excroissance étroite et allongée présente sur les paupières et autour de la bouche) ou la verrue en

Les papillomavirus humains (HPV)

Ce sont des virus très communs, dont il existe plus de 200 types. Certains se transmettent par contact cutané et infectent la peau sous la forme de verrues. D'autres, sexuellement transmissibles, se manifestent sous forme de verrues génitales (condylomes acuminés) et peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus. Le vaccin GARDASIL° est destiné à prévenir ces lésions génitales. Les verrues cutanées et génitales sont liées à différents types de virus HPV. Il n'y a donc aucun risque qu'une verrue cutanée soit transmise sous forme de verrue génitale !

¹ For Med Suisse 2014 ; 14 (35) : 634-639

² JAOA 2018 ; 118 : 92-105

mosaïque (regroupement de petites verrues en plaques sous les pieds) ³.

Les verrues sont parfois confondues avec les cors, aussi appelés durillons. Ces derniers sont des épaissements de l'épiderme qui se forment en cas de frictions répétées. Ils peuvent évoquer un œil, avec un centre enfoncé de couleur jaunâtre, ce qui leur vaut le nom « d'œil de perdrix ». Les verrues en revanche présentent souvent de petites taches brunes dues aux vaisseaux sanguins ⁴.

Pour plus d'informations sur les verrues, voir le PN n°113 d'avril 2014.

Triage

La plupart des verrues vulgaires et plantaires, ainsi que les verrues planes situées sur les mains peuvent généralement être prise en charge en pharmacie. Un médecin doit toutefois être consulté dans les situations suivantes ⁵:

- La lésion est pigmentée, asymétrique et à bords irréguliers : il pourrait s'agir d'un mélanome.
- La verrue est située sur le visage, sur les zones génitales ou sous un ongle : trop délicat.
- La verrue est douloureuse (p. ex. sous la plante du pied).
- Les traitements correctement entrepris sont restés sans succès.
- De grandes surfaces sont couvertes de verrues.
- La verrue saigne ou semble infectée (rougeur autour).
- La verrue concerne un patient immunosupprimé (l'infection pourrait être plus agressive, avec des verrues multiples ou de grande taille) ou diabétique (risque de blessure du « pied diabétique »).

Le médecin pourra, le cas échéant, pratiquer l'ablation des verrues récalcitrantes, par curetage, électrocautérisation ou cryothérapie.

En cas de doute entre verrue et cors, on pourra proposer au patient de frotter la lésion avec une pierre ponce. Si de petits points rouges apparaissent (vaisseaux sanguins), la présence d'une verrue est confirmée.

Traitement médicamenteux

La plupart des verrues guérissent spontanément en quelques mois. Il n'est donc pas forcément nécessaire de les soigner. En fonction de leur emplacement, il peut être préférable de les traiter, p. ex. en cas de verrue plantaire gênant la marche ou de verrue jugée inesthétique. Notons que toutes les verrues ne réagissent pas de la même façon aux différents traitements, les verrues planes sont p. ex. particulièrement difficiles à éliminer.

Les différentes méthodes de traitement sont difficiles à comparer en termes d'efficacité en raison du manque d'études de qualité à large échelle ⁶.

Le traitement le plus utilisé consiste en une application d'acide salicylique dont les propriétés kératolytiques permettent d'éliminer la couche cornée épaissie, puis les cellules infectées de la verrue. Les préparations disponibles en Suisse sont additionnées d'acide lactique qui facilite l'élimination des cellules mortes de l'épiderme: p. ex. CLABIN°, VA-T'EN, W-TROPFEN°, WARZ-AB° (liste D). Ces solutions sont à appliquer généralement 2 à 3 fois par jour. Après 3 à 6 jours, il est conseillé de prendre un bain chaud pour retirer la peau ramollie à l'aide d'une pierre ponce

³ www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/maladies-virales-cutanées/verrues (août 2018)

⁴ <https://ptaforum.pharmazeutische-zeitung.de/huehneraugen-und-warzen/> (19.07.2019)

⁵ Pharmaceutical Journal 2015 ; 294 (7867) : 662-664

⁶ J Cutan Aesthet Surg 2020; 13: 24-30

ou râpe (à éliminer une fois la verrue éliminée). L'opération est à répéter jusqu'à élimination de la verrue, ce qui peut durer plusieurs semaines. Une préparation magistrale de vaseline salicylée (à des concentrations de 15 à 50 %, attention, seulement sur de petites surfaces avec de fortes concentrations) constitue une autre option de traitement. Lorsque l'on conseille l'un de ces produits, il faut insister sur l'importance de l'adhésion au traitement : pour être efficace, le produit doit être appliqué régulièrement à la fréquence indiquée et jusqu'à disparition de la verrue. Il faut aussi préciser de n'appliquer le produit que sur la verrue, au risque d'irriter la peau alentour. Il est recommandé d'appliquer (avant le traitement) une pommade de type vaseline sur la peau saine autour de la verrue pour la protéger.

Si ce type de traitement est trop astreignant pour le patient, la cryothérapie (traitement par le froid) en auto-traitement est aussi fréquemment employée. Elle consiste en une application d'un embout froid sur la verrue pour la détruire (p.ex. VERRUKILL°, WARTNER°). L'application peut être répétée toutes les deux semaines en cas de verrue plus tenace (p.ex. verrue plantaire), mais au maximum à trois reprises. Ce type de dispositif est à distinguer de la cryothérapie médicale à l'azote liquide pratiquée au cabinet médical.



Le dispositif médical sous forme de pen ou de solution ENDWARTS°, à appliquer une fois par semaine, contient de l'acide formique et constitue une autre option de traitement. L'acide formique assècherait la racine de la verrue selon le fabricant.

La teinture mère de thuya ou l'huile essentielle d'arbre à thé, représentent des options de médecine naturelle ⁷.

Les produits nouvellement inscrits sur la liste B+, CARBAMID VAS° et ACETOCAUSTINE°, élargissent les possibilités de traitement remis à la pharmacie et permettent le traitement ciblé des verrues planes.

CARBAMID+VAS°

Il s'agit d'une crème contenant de la trétinoïne, de l'urée et du dexpanthénol. Notons que le nom vient de **V**itamin-**A** **S**äure (=VAS), un synonyme de trétinoïne en allemand, tandis que carbamide est un synonyme d'urée.

La trétinoïne est efficace pour traiter les verrues planes, particulièrement récalcitrantes aux autres traitements. Elle est aussi utilisée pour traiter d'autres types de verrues. La crème CARBAMID+VAS, destinée au traitement des verrues de l'adulte seulement, doit être appliquée 1 à 2 fois par jour sur la peau préalablement ramollie à l'eau chaude. La durée moyenne du traitement est de 3 à 6 semaines.

Tout comme les rétinoïdes oraux (p.ex. ROACUTANE°), la trétinoïne locale est contre-indiquée chez la femme enceinte et un traitement alternatif doit être préféré, même si les données semblent être rassurantes quant au risque lors d'une application locale ⁸.

La possibilité de délivrer cette crème en officine, sur conseil du pharmacien et après documentation, élargit la palette thérapeutique, et permet en particulier de proposer un traitement des verrues planes qui ne sont pas situées sur le visage. Attention, comme ce type

⁷ For Med Suisse 2014 ; 14 (36) : 659-669

⁸ www.lecrat.org

de verrue se développe souvent sur des zones visibles comme le dos de la main, le traitement doit être évalué avec soin, car le risque de cicatrice est possible.

ACETOCAUSTINE°

Cette solution contient de l'acide monochloracétique, un agent corrosif qui, au contraire de l'acide salicylique, ne doit être appliqué **qu'une fois par semaine au maximum**. En général, une à deux applications au total suffisent. Et il ne faut en aucun cas laisser le produit à portée des enfants, car le risque de brûlures graves de la peau est important⁹.

Ce traitement, lorsqu'il est correctement effectué, semble être une alternative intéressante à l'acide salicylique et à la cryothérapie. Particulièrement dans le cas des verrues plantaires, l'application d'une solution d'acide monochloracétique s'est montrée plus efficace qu'un traitement combiné d'acide salicylique et de cryothérapie médicale à l'azote liquide¹⁰.

Le mode d'emploi d'ACETOCAUSTINE° est le suivant :

- Enduire la peau entourant la verrue de vaseline ou crème grasse pour éviter une brûlure liée aux propriétés caustiques de la solution,
- Tamponner la verrue avec la spatule trempée dans la solution (ne pas appliquer plus de trois pointes de spatule en un jour),
- Laisser sécher, puis appliquer un pansement contenant une compresse (p.ex. DERMAPLAST° TEXTILE EXPRESS),
- Après 4 à 6 jours, remplacer le pansement par un sparadrap textile adhésif sans compresse (p.ex. 3M DURAPORE°). La verrue pourra ainsi adhérer au sparadrap et être ainsi retirée facilement le lendemain.

Autres traitements sur prescription

Les autres traitements, disponibles sur prescription, comprennent une préparation à base d'extrait de thé vert (VEREGEN°), une solution à base d'acides concentrés (SOLCODERM°) ou le cytostatique fluorouracil (VERRUMAL°).

Conseils complémentaires

En cas de douleur à la marche, il peut être utile d'utiliser des pansements sous forme de coussinets circulaires qui évitent les frottements (p. ex. SCHOLL PROTECTION MOUSSE), le temps d'éliminer la verrue⁴.

Les conseils pratiques suivants permettent de limiter le risque de contamination, en se protégeant soi-même et les autres¹¹:

- Éviter de marcher pieds nus dans des lieux publics (piscine, douches).
- Ne pas partager les linges de toilette.
- Maintenir les pieds secs et changer quotidiennement de chaussettes.
- Éviter de gratter la lésion et bien se laver les mains avec du savon après avoir traité une verrue.
- Éventuellement couvrir la verrue avec un pansement étanche (p. ex NEXCARE AQUA°).

Finalement, notons que la vaccination contre les HPV, utilisée pour prévenir les verrues génitales et le cancer du col de l'utérus (GARDASIL°), n'est pas recommandée pour prévenir l'apparition des verrues cutanées, même si certaines études mentionnent un possible effet protecteur, notamment chez des patients immunosupprimés¹².

⁹ La Revue Prescrire 2020 ; 40 (438) : 266

¹⁰ Journal of Investigative Dermatology 2015 ; 135 (5) : 1261-1267

¹¹ www.passeportsante.net: verrues vulgaires et plantaires (consulté le 25.06.20)

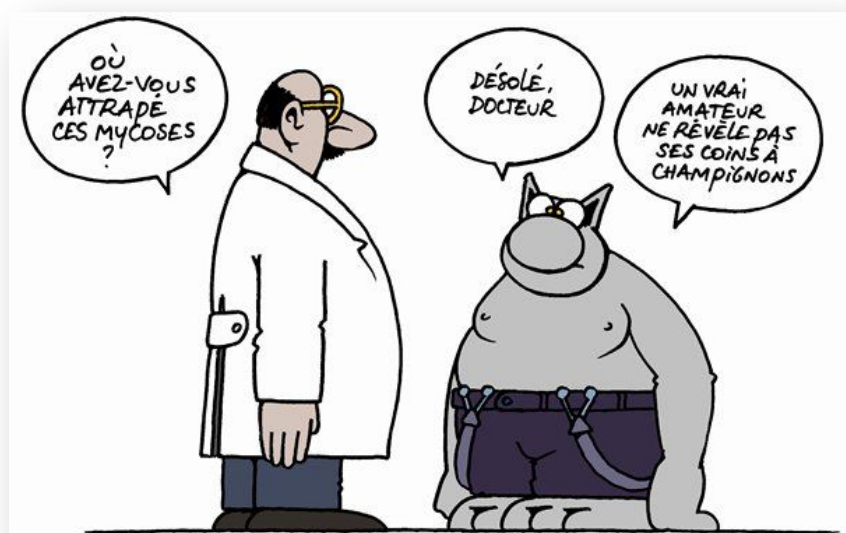
¹² JAAD 2017 ; 3 (4) : 367-369

VERRUES - A retenir pour le conseil :

- ✓ différents types de verrues plus ou moins difficiles à traiter
- ✓ traitement pas indispensable en cas de verrue non dérangeante car régression généralement spontanée
- ✓ traitements les plus fréquents : acide salicylique et cryothérapie
- ✓ CARBAMID VAS°, contenant de la trétinoïne, peut être conseillée en alternative aux traitements classiques pour traiter les différentes verrues cutanées, surtout en cas de verrue plane
- ✓ ACETOCAUSTINE°, à base d'acide monochloracétique, constitue une alternative à l'acide salicylique et la cryothérapie pour traiter les différentes verrues cutanées, particulièrement en cas de verrue plantaire
- ✓ référer systématiquement les patients immunosupprimés et diabétiques chez leur médecin
- ✓ importance d'une bonne adhésion et du respect des consignes d'utilisation
- ✓ donner des conseils afin de limiter le risque de contamination (y c. auto-contamination)

TRIAGE ET PRISE EN CHARGE OFFICINALE LORS DE MYCOSES CUTANÉES

Les mycoses, appelées également infections fongiques, sont des infections provoquées par des champignons microscopiques. Elles font partie des maladies de la peau les plus courantes, leur fréquence n'ayant cessé d'augmenter ces dernières décennies. Il en existe de nombreux types qui diffèrent selon l'espèce de champignon responsable (200 à 400 espèces peuvent



provoquer des maladies chez l'humain), la localisation de l'infection, le mode de transmission, etc. Les mycoses proviennent souvent d'un déséquilibre entre les différents micro-organismes présents naturellement dans le corps (on parle d'infections opportunistes)¹³.

L'extension de la liste B+ met à disposition des pharmaciens des préparations à usage local permettant de traiter quelques unes des nombreuses mycoses cutanées existantes¹⁴. Dans cet article, nous aborderons exclusivement les pathologies pouvant être traitées par ces spécialités chez les adultes et les adolescents au-dessus de 12 ans (limitations imposées par l'OFSP). Exception : IMAZOL° peut être conseillé pour les enfants dès 6 ans. Nous verrons également que de nombreuses pathologies peuvent être traitées par des produits disponibles en liste D. Il est encore à noter que de nombreux termes dermatologiques utilisés dans cet article ont été

¹³ Passeportsante.net, Quels sont les types de mycoses existants

¹⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/heilmittel/abgabe-von-arzneimitteln.html>

expliqués dans l'article intitulé « Triage en dermatologie : qu'observer, que demander ? » (PN173, avril 2020).

Parmi les champignons fréquemment impliqués dans les mycoses cutanées humaines, on distingue principalement trois groupes:

- Les dermatophytes, champignons filamenteux qui se reproduisent par spores. Ils sont dits kératinophiles, car ils se nourrissent de la kératine humaine (protéine garantissant la bonne structure de la peau, des ongles et des cheveux). Ils se développent principalement dans la couche cornée et les phanères (ongles et cheveux). Ils sont responsables des dermatophytoses.
- Les levures, champignons de forme arrondie qui se reproduisent par bourgeonnement. Elles ont une affinité pour les muqueuses, la peau et les phanères. Elles sont représentées par le genre *Candida* et *Malassezia*.
- Les moisissures, souvent retrouvées dans les infections mixtes (infections dues à plusieurs agents pathogènes chez un même individu) et parfois responsables d'onychomycoses (mycoses des ongles). Un autre article traite de ce sujet dans ce même numéro.

Les dermatophytoses¹⁵

Les dermatophytes sont responsables de 80% des mycoses cutanées. Ils peuvent être transmis à l'homme par contact personne-personne (transmission interhumaine), par contact personne-animal (transmission zoophile) ou par contact personne-objet contaminé (transmission géophile).

Contrairement aux levures, les dermatophytes s'attaquent exclusivement à la peau (couche cornée), aux ongles et aux cheveux, car ils ne peuvent infecter que la kératine (kératinophiles). De ce fait, ils sont absents de la bouche et du vagin, là où la couche de kératine ne se forme pas. On les classe selon leur localisation :

- 1) les dermatophytoses du cuir chevelu (teigne) : surtout présents chez les enfants, ils ne sont pas développés ici,
- 2) les dermatophytoses de la peau glabre :
 - a. Les dermatophytoses des grands plis,
 - b. Les dermatophytoses circinées (ou anciennement herpès circiné), du latin *circinare*, former un cercle,
 - c. Les dermatophytoses des mains et des pieds,
- 3) Les dermatophytoses unguéales : sont traitées dans un autre article de ce même numéro.



Dermato-phytoses ¹⁵	Transmission	Symptômes	Traitement topique
des grands plis (<i>T. cruris</i>)	Par contact humain direct, auto-contamination à partir des pieds ou	Localisée au niveau des plis inguinaux ou du scrotum, souvent symétrique.	Un traitement topique est généralement suffisant pendant 1-2 semaines ; éviter les poudres qui sont

¹⁵ HUG, dermatologie, 2017, Mycoses, T. Schmid

	<p>partage de vêtements.</p> <p>Risque augmenté chez patients obèses, diabétiques ou immunodéprimés.</p>	<p>Propagation centrifuge. Plaques rouge/brun, en forme d'anneau, avec une bordure rouge, active et finement squameuse, présentant souvent de petites vésicules et un aspect de guérison centrale, le fond du pli n'est pas fissuré (seule la bordure est active contrairement à l'intertrigo candidosique).</p> <p>Les démangeaisons sont possibles et fréquentes</p>	<p>irritantes dans les plis, préférer les crèmes aux pâtes et pommades (pour limiter l'effet de macération).</p> <p>Un traitement antiseptique local peut être conseillé pour prévenir ou traiter une éventuelle surinfection.</p> <p>Mesures de prévention: Eviter les bains chauds et les vêtements serrés. Porter des sous-vêtements en coton.</p>
<p>circinée (<i>T. corporis</i>)</p>	<p>Contact peau à peau (sport, etc.), contact avec un animal (chat, chien, cochon d'inde, élevage) ou auto-contamination à partir des pieds.</p> <p>Risque augmenté chez patients diabétiques ou immunodéprimés.</p>	<p>Atteinte du tronc et des bras, du visage (barbe), rarement membres inférieurs.</p> <p>Lésions commençant par une macule érythémateuse, prurigineuse, à centre squameux, à bord vésiculo-papuleux et à extension centrifuge avec une guérison centrale. Eventuellement plaques sèches, toujours bien délimitées, qui desquament. Les démangeaisons sont en général fortes.</p>	<p>Antifongique azolé ou terbinafine 1-2x/jour, 2 cm autour de la lésion, pendant une durée de 1 sem. (terbinafine) à 4 sem. (azolé).</p> <p>En cas d'échec du traitement topique, un traitement systémique doit être envisagé.</p> <p>Attention, l'utilisation d'un corticostéroïde topique peut modifier l'apparence de la mycose, voire la cacher.</p> <p>Traiter également les animaux s'ils sont à l'origine de la contagion.</p>
<p>des mains et des pieds (pied d'athlète) (<i>T. pedis</i> et <i>T. manuum</i>)</p>	<p>Par contact avec des objets souillés. Les sols des vestiaires et les bains publics sont un environnement idéal pour une exposition répétée à du matériel infecté. Parfois par contact</p>	<p>Localisation : plus souvent les pieds que les mains -> plis interdigitaux (intertrigo) avec extension à la voûte plantaire (plante, bord du pied, talon). Lésion inflammatoire au fond des plis entre et</p>	<p>La terbinafine est un peu plus efficace que les azolés. L'application de l'antifongique topique doit être généreuse et dépasser de 2-3 cm les limites des lésions. Le traitement doit être conduit pendant 4 semaines (Nizoral® par ex.) en règle générale, mais un</p>

	<p>interhumain.</p> <p>Favorisé par les troubles circulatoires et le port de chaussures imperméables.</p>	<p>sous les orteils.</p> <p>Aspect variable : desquamation, rougeur, vésicules, fissures, souvent visible qu'en écartant les orteils. Ne présente pas de structure annulaire.</p>	<p>traitement de terbinafine de 1 semaine 1 à 2 x/jour peut suffire en cas d'atteinte interdigitale.</p> <p>En cas d'hyperkératose importante, notamment palmoplantaire, conseiller un kératolytique (par ex. acide salicylique ou préparation à l'urée). L'application de talc ou d'autres poudres desséchantes prévient les récurrences.</p> <p>En cas d'échec du traitement topique, un traitement systémique doit être envisagé après culture.</p> <p>Mesures préventives : éviter de porter des chaussures occlusives, application de poudre antifongique à titre prophylactique, douches antimycosiques aux endroits à risque (piscine).</p>
--	---	---	--

Les levures ¹⁵

- Les candidoses cutané-muqueuses sont des infections opportunistes dues à des levures du genre *Candida*, capables de se développer chez un patient devenu sensible aux infections (grossesse, diabète, immunosuppression, prise de médicaments tels que corticostéroïdes, antibiotiques, etc.). Une dizaine d'espèces sont reconnues comme potentiellement pathogènes pour l'homme, mais près de 90% des candidoses superficielles humaines sont provoquées par *C. albicans*. *C. albicans* est généralement un hôte naturel du tube digestif et de la sphère génitale, qui ne se développe jamais sur une peau saine. La candidose cutanée est appelée intertrigo candidosique, car se situe dans des plis cutanés.
- Les malassezioses sont représentées par le *pityriasis versicolor* et la dermatite atopique.



	Transmission	Symptômes	Traitement topique
Candidoses ¹⁵	<p>Favorisée par l'obésité, la macération, le manque d'hygiène.</p> <p>Fréquent chez patients incontinents et/ou alités.</p>	<p>Localisation : creux axillaire, plis sous-mammaires, inguinaux, inter- et sous-fessiers, interdigitaux (mains et pieds). Extension génitale fréquente si début inguinal.</p> <p>Eruption rouge, pustuleuse, rapidement suintante, formant une tâche rouge sombre à bord festonné, bien limité, marqué par une collerette cornée blanchâtre. Au fond du pli on trouve d'une rhagade recouverte d'un enduit blanchâtre fétide (semblable à du séré). Des pustules se développent en dehors de la première tâche.</p> <p>Prurit/sensation de brûlure variables.</p>	<p>Contrôler les facteurs favorisants : éviter la macération, nettoyage régulier des plis, contrôle du diabète, perte de poids</p> <p>Traitement topique à base de nystatine, d'azolés, terbinafine ou de ciclopirox : 2x/jour jusqu'à disparition des lésions (env. 2 à 4 semaines) puis application 2x/semaine pour prévenir les récives.</p> <p>Le traitement systémique est rarement nécessaire et indiqué en cas d'infection sévère ou résistante.</p>
Pityriasis versicolor ¹⁵	<p>Peu contagieux, bénin, mais pouvant être mal vécu, très fréquente chez les jeunes adultes.</p>	<p>Localisation : tronc et racine des membres supérieurs, parfois tête cou et membres.</p> <p>Petites macules arrondies ou ovales, limitées, finement squameuses, s'étendant en périphérie, pouvant confluer entre elles pour former des placards étendus. Couleur allant du jaune au brun avec un érythème inconstant et discret.</p> <p>Peu ou pas prurigineux.</p>	<p>Traitement local à base de kétoconazole, terbinafine, ciclopirox, sulfide de sélénium ou le pyrithione de zinc (spray, solution, crème, lotion, shampooing etc.). Un traitement de kétoconazole shampooing 2% a l'avantage de pouvoir être donné 1x/j pendant 3 à 5 jours seulement, alors que la plupart des autres traitements devront être appliqués pendant 1 à 4 semaines.</p> <p>Traitement d'entretien : un traitement de kétoconazole shampooing 2% 1x/mois sur tout le corps ou 1x/jour pendant 3 jours au début de l'été pourrait prévenir les récives (fréquentes).</p>

			En cas de lésions très étendues ou multirécidivantes traitement oral.
Dermatite séborrhéique	<p>Cause pas clairement définie mais les <i>Malassezia</i> semblent jouer un rôle central.</p> <p>Favorisée par la saison hivernale, les périodes de stress, les changements hormonaux, divers maladies.</p>	<p>Localisation : régions cutanées riches en sébum au niveau du cuir chevelu, des oreilles, de la face, des sourcils et du tronc.</p> <p>Lésions : desquamation non inflammatoire du cuir chevelu, présence d'un érythème et d'une extension de la maladie en dehors du cuir chevelu.</p>	<p>Phase aiguë : Atteinte légère : shampooing anti-séborrhéique : pyrithione de zinc ou sulfure de sélénium : 2 applications par semaine pour le scalp (initialement tous les jours pour le visage) jusqu'à disparition des symptômes. Laisser agir 5 minutes avant de rincer.</p> <p>Atteinte modérée à sévère : shampooing antifongique : <u>Scalp</u>: 2 à 3 applications/semaine pendant 4 semaines en traitement d'attaque, puis 1 fois/semaine ou tous les 15 jours en traitement d'entretien pendant 1 mois puis à réévaluer. Rinçage abondant après avoir laissé agir la mousse pendant 5 minutes. <u>Visage</u>: tous les jours 1 à 2 x/j pendant 3 à 4 semaines.</p> <p>En cas de récurrence : traitement d'entretien de kétoconazole shampooing 2% ou de ciclopirox crème 1% appliqué 1x /semaine ou toutes les 2 semaines possible.</p> <p>Association possible avec un traitement topique d'hydrocortisone 1% pour diminuer les démangeaisons.</p>

Tableau des principes actifs et spécialités disponibles en liste D

Principes actifs et spécialités	Indications	Posologie	Remarques
dérivés de l'imidazole - (azolés)			
clotrimazole CANESTEN° crème 10 mg/g CORISOL° crème 10 mg/g FUNGOTOX° crème 10 mg/g	Mycoses cutanées (dermatophytes, levures), <i>pityriasis versicolor</i> , érythrasma*, balanite à <i>Candida</i> ** , dermatite fessière***.	>2 ans: 2-3×/j Durée du traitement: <u>dermatophytes, levures</u> : 3-4 sem., <i>pityriasis</i> : 1-3 sem., <u>érythrasma</u> : 2-4 sem., <u>balanite à <i>Candida</i></u> : 1-2 sem., <u>dermatite fessière</u> : min. 7 j.	1ère infection, >4récidives/an, <18 ans: seulement sur conseil médical
clotrimazole CANESTEN° spray	Mycoses cutanées (dermatophytes, levures), <i>pityriasis versicolor</i> , érythrasma.	>12 ans: 2 jets 2×/j. (mycoses étendues: 4-6 jets) Durée du traitement: <u>dermatophytes, levures</u> : 3-4 sem., <u><i>p. versicolor</i></u> : 1-3 sem., <u>érythrasma</u> : 2-4 sem.	1ère infection, >4récidives/an, <18 ans: seulement sur conseil médical
clotrimazole IMAZOL° pâte crémeuse	Mycoses cutanées, en particulier en cas de dermatite fessière et de lésions suintantes étendues.	<u>Candidoses</u> : >1 an: 2×/j. pendant env. 2 sem. <u>Dermatophytose</u> : >1 an: 2×/j. jusqu'à 6 sem. <u>Dermatite fessière</u> : <1 an: 2×/j. pendant 14 j.	
clotrimazole UNDEX° pommade au clotrimazole	Mycose du pied	>6 ans: 2-3×/j. jusqu'à env. 2 sem. après la disparition des symptômes.	
miconazole DAKTARIN crème 20 mg/g	Mycoses cutanées (dermatophyte, levures) et infections mixtes à bactéries Gram+	>2 ans: 2×/j. pendant 2-6 sem.	<2 ans: seulement sur prescription médicale
éconazole PEVARYL crème 1 %	Mycoses cutanées et infections mixtes à bactéries Gram+.	>2 ans: 1-2×/j pendant 2 à 4 semaines	<2 ans: selon prescription médicale
éconazole PEVARYL° poudre, vapo	idem	adultes: 1-2×/j pendant 2 à 4 semaines	
kétoconazole TERZOLIN° shampooing 10 mg/g	<i>Pityriasis simplex capitis</i> (pellicules sèches d'intensité modérée à sévère)	>18 ans: 2×/sem. comme un shampooing normal (laisser agir 3-5 min), pendant (2-) 4 (-max. 8) sem.	
Autres antifongiques			
terbinafine LAMISIL	Mycose du pied	>15 ans: 1 application unique	Moins efficace

PEDISAN° Once sol 1 %		sur les deux pieds, laisser agir pendant 24 h	que la crème
terbinafine LAMISIL ° crème 1 % LAMISIL PEDISAN° FUNG-X° TERBINAFINE° Mepha, Helvepharm, zentiva	Mycoses cutanées (dermatophyte, levures), <i>pityriasis versicolor</i>	<u>Tinea pedis</u> <u>interdigitalis/corporis/cruris</u> >12 ans: 1×/j. pendant 1 sem. <u>Tinea pedis plantaris</u> : >12 ans: 2×/j. pendant 2 sem. <u>Candidose</u> : >12 ans: 1–2×/j. pendant 1 sem. <u>P. versicolor</u> : >12 ans: 1–2×/j. pendant 2 sem.	
acide undécylénique undécylénate de zinc tolnaftate urée UNDEX° pommade	Dermatophytose du pied	>12 ans: 2–3×/j	
pyrithione zinc undécylénamide MEA- sulfosuccinate disodique SQUA-MED° shampooing	Dermatite séborrhéique et psoriasis du cuir chevelu, pellicules, <i>pityriasis versicolor</i>	<u>Utilisation usuelle</u> : tous les âges: laisser agir 3–5 min, 1–2×/sem. <u>P. versicolor</u> : tous les âges: laisser agir 20 min, 1×/j. pendant 4 j., év. répéter	<2 ans: seulement sur conseil médical

*érythrasma : infection, par la bactérie *Corynebacterium minutissimum*, des couches superficielles de la peau localisée dans les plis (creux axillaire, creux inguinal, pli inter-fessier...). Consiste en une macule bien délimitée, de couleur rouge-brun avec de fines squames.

**balanite à *Candida* : Infection par *C. albicans* qui se localise au niveau du gland. Se manifeste par des rougeurs, débute le plus souvent au niveau du frein et/ou du sillon balano préputial, peut s'étendre au gland et à l'ensemble du prépuce. Les éruptions sont souvent accompagnées de sensations de brûlures, de démangeaisons voire de douleurs.

***dermatite fessière : réaction inflammatoire cutanée due à un contact prolongé de la peau avec les urines et/ou les selles dans un milieu fermé (p.ex. la protection)



Tableau des principes actifs et spécialités disponibles dans la liste B+

Principe actif	Formes galéniques	Indications	Posologie ¹⁶
nystatine oxyde de zinc	pâte (MULTILIND° pâte curative)	Candidoses cutanées, dermatite fessière	Application locale 2 à 3 fois par jour.
Nitrate de miconazole	shampooing (SEBOLOX°)	Dermatite séborrhéique	2×/sem. pendant 2–4 sem.; Mouiller les cheveux et le cuir chevelu, appliquer 2 c. à café, faire mousser, laisser agir pendant 3–5(–max. 10) min et rincer.

¹⁶ Compendium.ch

Kétoconazole	crème (NIZORAL°)	Mycoses cutanées (dermatophytes, levures)	<p><u>Mycoses</u>: 1×/j.</p> <p><u>Dermatite séborrhéique</u>: adultes: 1–2×/j. pendant 2–4 sem., entretien: 1–2×/sem.</p>
	shampooing (KETO-MED°, KETOZOL-MEPHA°, LUR°, NIZORAL°)	<i>Pityriasis versicolor</i> , traitement et prévention des récurrences d'infections dues à <i>Malassezia</i>	<p><u>Pityriasis versicolor</u> : 1×/j. pendant 1(–3) j.</p> <p>Mouiller les parties atteintes, appliquer env. 1–2 c. à café, faire mousser, laisser agir pendant 3–5 min et rincer avec de l'eau chaude.</p> <p><u>Dermatite séborrhéique</u> : Traitement initial: 2×/sem. pendant 2–4 sem. Prévention des récurrences: 1×/1–2 sem. pendant 4 sem. selon schéma ci-dessus</p>
Isoconazole	crème (TRAVOGEN°)	Mycoses cutanées	Adultes: 2×/j. pendant 2–4 sem. ou év. plus longtemps.
Ciclopirox olamine	shampooing (SEBIPROX°)	Dermatite séborrhéique du cuir chevelu	2–3×/sem. pendant 4 sem. Mouiller les cheveux, appliquer 1–2 c. à café, faire mousser en massant le cuir chevelu, laisser agir 3–5 min et rincer, puis répéter.
	Solution (CICLOCUTAN°)	Mycoses cutanées	Min. 1×/j. pendant 2–4 sem.
	crème (MYCOSTER°)	Dermatomycoses (y c. pityriasis versicolor), dermatite séborrhéique légère à modérée du visage	<p><u>Dermatomycoses</u>: adultes: 2×/j. pendant env. 21 j.</p> <p><u>Dermatite séborrhéique</u>: adultes: poussée: 2×/j. pendant 2–4 sem., entretien: 1×/j. pendant 28 j.</p>
Clotrimazole Diséthionate d'hexamidine	crème (IMAZOL°)	Infections cutanées, en particulier mycoses interdigitales, mycoses des plis cutanés, pityriasis versicolor	<p><u>Candidoses</u>: >6 ans: 2×/j. pendant env. 2 sem.</p> <p><u>Dermatophytoses</u>: >6 ans: 2×/j. jusqu'à 6 sem.</p>
Clotrimazole Diséthionate d'hexamidine Acétate de prednisolone	crème (IMACORT°)*	Mycoses et autres infections de la peau avec forte inflammation	<p>Adultes: 2×/j.</p> <p>Durée du traitement: <u>candidoses</u>: jusqu'à 2 sem.; <u>dermatophytoses</u>: jusqu'à 6 sem., passer à un antifongique sans corticoïde à la fin de la phase inflammatoire.</p> <p>Durée de traitement max imposée par l'OFSP : 2 sem.</p>

* De manière générale, il n'est recommandé de conseiller un traitement topique combinant un antimycosique et des corticostéroïdes que durant les premiers jours de traitement en cas de symptômes marqués (p.ex. prurit important), puis de continuer avec un traitement composé uniquement d'un antimycosique. En effet, il y a toujours risque d'exacerber l'infection mycosique. Aux côtés d'IMACORT° (B+) sont commercialisés, en liste B, les produits composés suivants : PEVISONNE° crème (éconazole + triamcinolone), DECODERM° Bivalent crème (miconazole + acétate de fluprednidene) et TRAVOCORT° (isoconazol + diflucortolone).

Il est à noter, que des études comparatives n'ont pas montré de différences entre les différents dérivés de l'imidazole et la terbinafine en ce qui concerne la guérison des mycoses cutanées. Ces principes actifs se distinguent essentiellement par leurs aspects pratiques : formes galéniques et modes d'application.

Interactions médicamenteuses des antifongiques topiques ¹⁵

Les dérivés de l'imidazole (azolés) sont métabolisés par le cytochrome P450 3A4 et peuvent inhiber l'élimination d'autres médicaments métabolisés par cette enzyme. Des interactions sont cependant peu probables lors de l'utilisation topique. La terbinafine n'agit pas sur le cytochrome P450 3A4 et n'entraîne pas d'interactions.

Effets indésirables des antifongiques topiques ¹⁷

Les effets indésirables des antifongiques azolés sont locaux et constitués surtout d'érythèmes, de prurits, de sensations de brûlure et de douleurs au site d'administration, de dermatites de contact. Il en est de même pour la terbinafine et le ciclopirox par voie locale. Ces effets sont souvent liés à la forme galénique. Les troubles mineurs ci-dessus sont à différencier d'une hypersensibilité qui nécessite un arrêt de l'exposition.

Finalement, il nous reste à noter, que lorsqu'un traitement est bien ciblé et bien conduit, les symptômes s'atténuent généralement rapidement. Le patient peut être invité à revenir à l'officine, de façon à ce que nous puissions constater l'évolution de la mycose (la prise d'une photo à l'instauration du traitement est conseillée). Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, il convient de poursuivre le traitement pendant le temps requis, afin à éviter une nouvelle flambée du champignon.

Il va sans dire qu'en cas de doute ou de résistance à un traitement conseillé, il convient d'adresser le patient chez un médecin pour affiner le diagnostic par une analyse des squames.

MYCOSES CUTANÉES ET TRAITEMENTS TOPIQUES – A retenir pour le conseil :

- ✓ dues essentiellement à des dermatophytes ou à des levures
- ✓ dans la plupart des cas un traitement topique est suffisant
- ✓ au sein des mêmes classes de médicaments, pas de différence d'efficacité : choix du produit selon forme galénique et mode d'application
- ✓ interactions médicamenteuses et effets indésirables rares
- ✓ en cas de résistance à un traitement : diagnostic par analyse des squames indispensable (médecin)

¹⁷ La Revue Prescrire, Interactions médicamenteuses, janvier 2020

TRIAGE ET PRISE EN CHARGE EN PHARMACIE LORS D'INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES



Voilà une appellation bien générale en dermatologie pour désigner différentes atteintes cutanées. Dans ce domaine, la « liste B pharmacien » ou « liste B+ » ne s'est élargie qu'au IALUGEN PLUS° crème¹⁸. Toutefois, ce produit est indiqué dans un grand nombre de pathologies : prophylaxie et traitement de lésions cutanées infectées telles que plaies, ulcères, escarres et brûlures de gravités diverses.

IALUGEN PLUS° crème a d'autres indications officielles, mais ces dernières restent réservées aux prescriptions médicales : brûlures étendues, brûlures au 2^{ème} et 3^{ème} degré, lésions au niveau anal comme p.ex. rhagades et lésions d'après hémorroïdectomie.

Le petit emballage de IALUGEN PLUS° (20g) est en liste D. Les tubes de 25 et 50g sont en liste B+. IALUGEN PLUS° contient de la sulfadiazine d'argent et de l'acide hyaluronique. Il est proche de FLAMMAZINE° (qui ne contient que la sulfadiazine d'argent) et qui est indiquée pour la prophylaxie et traitement des plaies infectées et brûlures de tous les degrés. Sans prescription médicale, son usage est limité aux petites brûlures de premier degré, petites infections cutanées et petites plaies infectées. A noter que le petit tube de FLAMMAZINE° (20g) est en liste D°.

Les deux produits peuvent s'appliquer chez l'enfant et le nourrisson. Par contre, en raison du risque d'ictère que peut provoquer la sulfadiazine chez le nouveau-né, elle est contre-indiquée durant le 3^{ème} trimestre de la grossesse et chez le nourrisson de moins de deux mois¹⁹.

Rappel sur les pathologies pouvant être prise en charge avec IALUGEN PLUS°

Plaies

On distingue les plaies aiguës (coupures, écorchures) des plaies chroniques (escarres, ulcères) qui perdurent au-delà de deux à trois semaines. Dans les deux cas, la recherche d'une éventuelle cause primaire à traiter doit accompagner le traitement local. Ces causes peuvent être une pathologie sous-jacente telle qu'un diabète, mais également des points de pression répétés dans le cas d'un escarre p.ex.

Le soin à apporter à une plaie dépend du processus de cicatrisation. On distingue les cicatrisations primaire et secondaire. La primaire implique une lésion tissulaire minime telle que piqûre, coupure, égratignure ou écorchure. Sauf complication, la plaie guérit complètement en six à huit jours. La cicatrisation secondaire implique une lésion tissulaire majeure telle qu'une contusion, déchirure, lacération, brûlures dès le 2^{ème} degré et plaies chroniques. La guérison peut être longue et durer plusieurs mois dans ce cas de plaies complexes telles qu'une escarre. Trois phases successives de cicatrisation sont décrites : 1. exsudative, 2. proliférative ou de granulation et 3. réparatrice ou d'épithélisation²⁰.

¹⁸ www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/heilmittel/abgabe-von-arzneimitteln.html#1760676218

¹⁹ www.swissmedinfo.ch

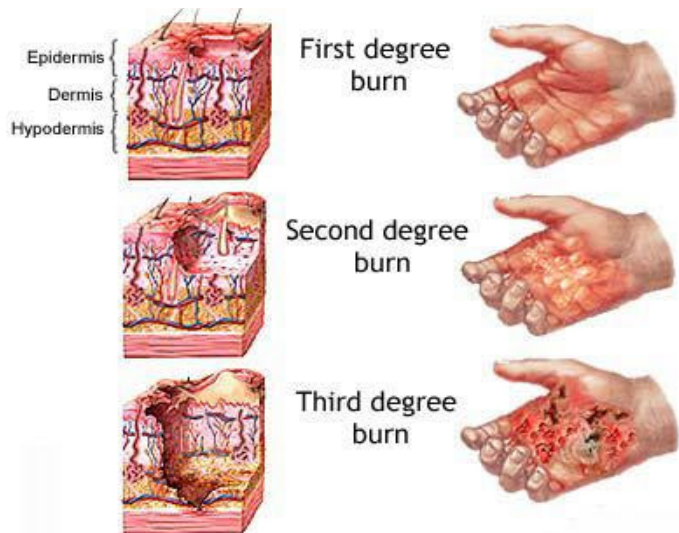
²⁰ pharManuel 2017, Produits désinfectants et antiseptiques

Brûlures

Les brûlures peuvent être provoquées par la chaleur, l'électricité, les produits chimiques ou le froid. Selon leur étendue et/ou leur profondeur, elles sont plus ou moins graves.

Elles sont classées selon deux critères :

- La **surface brûlée**, exprimée en pourcentage de la surface corporelle totale. La peau représente une surface de 2 mètres carrés environ chez un adulte. La paume de la main (doigts compris) de la personne brûlée représente 1% de sa surface corporelle totale. Chez l'adulte, on utilise aussi la "règle des 9" qui dit qu'un bras représente 9% de la surface corporelle totale, une jambe 18%, le thorax et l'abdomen 18%, le dos 18%. Chez l'enfant, les surfaces représentées par la tête et le tronc sont proportionnellement plus importantes.
- La **profondeur de la brûlure selon la couche cutanée atteinte**. Une brûlure qui concerne uniquement l'épiderme est une **brûlure du 1^{er} degré** (p.ex. coup de soleil). Une brûlure qui concerne à la fois l'épiderme et le derme est une **brûlure du 2^{ème} degré (cloque)**. Enfin, une brûlure qui détruit l'épiderme et le derme et qui atteint l'hypoderme est une **brûlure du 3^{ème} degré (nécrose)**.



Les symptômes (ce que l'on ressent) et les signes (ce que l'on observe) liés aux brûlures dépendent de leur profondeur :

- La couleur rouge indique la présence de sang dans l'épaisseur de la peau en réponse à l'inflammation de la brûlure. Si la peau reste rouge à la pression (ne devient pas blanche), il s'agit d'une atteinte profonde du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré avec lésion des vaisseaux du derme.
La présence de phlyctènes (c'est à dire une cloque ou une ampoule) est le signe d'un décollement entre l'épiderme et le derme. Elle indique une atteinte du 2^{ème} degré au moins.
- L'intensité de la douleur augmente entre le 1^{er} degré et le 2^{ème} degré superficiel, car la profondeur de la brûlure met les terminaisons nerveuses à nu. L'absence de douleur est un signe de gravité chez une personne brûlée, car elle signifie que les terminaisons nerveuses que l'on trouve dans le derme profond ont été détruites et donc que les brûlures sont profondes.
- Les poils ont leur origine dans le derme profond et c'est à ce niveau qu'ils sont attachés à la peau. Par conséquent, plus ils s'arrachent avec facilité, plus l'atteinte est profonde.

Le tableau suivant résume les signes et symptômes et permet de déterminer le degré de la brûlure²¹.

Degré	Profondeur	Signes et symptômes
1 ^{er}	Brûlure superficielle	<ul style="list-style-type: none"> érythème (rougeur) blanchiment à la pression pas de phlyctène douleur légère à modérée les poils tiennent sur la plaie
2 ^{ème} superficiel		<ul style="list-style-type: none"> phlyctènes humides (liquide présent) à fond rouge blanchiment à la pression douleur importante les poils tiennent sur la plaie
2 ^{ème} profond	Brûlure profonde	<ul style="list-style-type: none"> phlyctènes à parois déchirées à fond blanc ou rouge absence de changement de la couleur à la pression peu, voire pas de douleur les poils tiennent faiblement à la plaie
3 ^{ème}		<ul style="list-style-type: none"> peau cartonnée, blanche, sèche ou carbonisée absence de changement de la couleur à la pression absence de douleur les poils sont absents ou se détachent de la plaie

Les fondamentaux du triage

Les fondamentaux du triage dans la prise en charge officinale des plaies (y compris ulcères, escarres) et brûlures reposent sur les éléments présentés dans le numéro 173. L'observation est primordiale. La palpation reste délicate dans le cas présent étant donné qu'il s'agit généralement d'atteintes cutanées, ne se limitant pas aux couches superficielles de la peau. Dans le cas de ces atteintes, la palpation peut également être douloureuse. Cette dernière devrait donc s'effectuer avec prudence et uniquement après un lavage rigoureux des mains, une désinfection avec une solution hydro-alcoolique, et le port de gants.

Un questionnement du patient est essentiel pour détecter la présence des drapeaux rouges suivants :

- Fièvre
- Infection se propageant rapidement
- Plaie qui ne cicatrise pas
- Personnes à risques (femmes enceintes, patients immunodéprimés ou diabétiques)

²¹ <https://www.planetesante.ch/Maladies/Brulures>

Plaies

Les « petites » blessures bénignes et peu sanglantes telles que coupure, égratignure ou écorchure peuvent généralement être prises en charge à l'officine. Cependant, les plaies « sévères » doivent être évaluées et traitées par le médecin, c'est-à-dire les cas suivants :

- Hémorragie continue, impossible à contenir
- Plaies profondes et étendues
- Localisation délicate (visage, proximité de l'œil, boîte crânienne ou vers un orifice naturel de l'organisme)
- Corps étranger enfoui dans la plaie, souillures impossibles à enlever
- Plaies aux berges béantes ou présentant des contusions tissulaires
- Signes d'infection tels que l'apparition d'une rougeur ou d'une inflammation douloureuses autour de la plaie, un suintement de pus, l'apparition de taches noirâtres ou sanguines ou encore de fièvre
- Troubles de la sensibilité ou de la motricité
- Protection tétanique insuffisante
- Patient diabétique ou immunodéficient

Si un patient se présente avec une plaie « sévère », le pharmacien ne doit pas la toucher à mains nues, ni tenter de la laver ou la rincer ou d'extraire les éventuels corps étrangers. Il ne faut pas non plus appliquer de produits désinfectants. Il s'agit uniquement de couvrir la plaie à l'aide de matériaux stériles, voire d'assurer l'hémostase en surélevant la partie du corps touchée et en appliquant un pansement compressif à l'aide de matériaux stériles avant de référer le patient vers un médecin ou les urgences²⁰.

Brûlures

1. La première mesure immédiate est toujours le refroidissement de la brûlure durant 15 minutes au minimum: des détails sont donnés dans le PN n°125 de juin 2015 « Les brûlures et leur prise en charge ».
2. La suite du traitement repose sur l'évaluation qui détermine la profondeur des brûlures, leur étendue et les facteurs de risque.

Les situations suivantes peuvent être prises en charge à l'officine :

Brûlures du 1^{er} et 2^{ème} degré superficiel impliquant moins de 10% de la surface corporelle totale, ne se situant pas dans une zone à risque de complication (visage, région génitale, mains, pieds), en l'absence de maladie préexistante (p.ex. diabète) et si la personne brûlée est âgée entre 5 et 60 ans.

Bien que IALUGEN PLUS° peut s'utiliser dès l'âge de deux mois, il est considéré qu'en raison des potentielles conséquences à long terme (cicatrices persistantes) et de la potentielle complexité du soin (notamment en cas de fortes douleurs), les brûlures du jeune enfant doivent être référées à un médecin. Chez le sujet âgé, c'est la fragilité de la peau et le processus de cicatrisation ralenti qui motivent une prise en charge médicale.

Les autres situations (atteintes considérées comme graves) doivent être référées d'emblée à un médecin (généralement aux urgences de l'hôpital qui aiguilleront si nécessaire le patient à un centre spécialisé de traitement des brûlés) :

- Enfants de moins de 5 ans et adultes de plus de 60 ans
- Brûlures de 1^{er} degré atteignant 10% ou plus de la surface corporelle
- Zones à risques (visage, parties génitales, ...)
- Signes de choc (pouls faible et rapide, difficultés respiratoires, baisse du niveau de conscience, nausées et vomissements, ...)
- Brûlures dès le 2^{ème} degré profond²¹.

La prise en charge officinale

Plaies

La première mesure à entreprendre est d'arrêter l'hémorragie, puis de protéger la plaie d'éventuelles sources de contamination bactérienne. Il s'agit ensuite de créer les conditions cadres pour une cicatrisation rapide, indolore et sans trace.

La prise en charge de toutes les plaies aiguës non-complicquées repose sur le principe de base suivant :

1. Nettoyage : le but est d'éliminer les particules de saletés, germes et exsudat pour favoriser le processus de guérison. Il s'agit de laver la plaie à l'eau courante tiède (de qualité potable) ou éventuellement avec une solution physiologique ou de Ringer (solution d'électrolytes contenant du chlorure de sodium, du chlorure de potassium, du chlorure de calcium et du lactate de sodium).
2. Désinfection : généralement à l'aide d'une solution aqueuse d'octénidine (OCTENISEPT°, OCTENIDERM°) ou de povidone iodée (BETADINE°, BETASEPTIC°, BRAUNODERM°) ou encore de chlorhexidine (HIBIDIL°, MERFEN° ; BEPANTHENE°).
3. Pansement : il s'agit de favoriser un milieu humide à l'aide de pansements et de compresses de type hydrogel ou hydrocolloïdes (voir ci-dessous, mêmes produits que pour le soin des brûlures).

Les avantages de ces dispositifs médicaux l'emportent sur ceux des crèmes et pommades cicatrisantes, même si l'usage de ces dernières reste encore très répandu. Parmi l'arsenal thérapeutique à disposition, le principe actif le mieux étudié est le dexpanthénol (BEPANTHENE, etc..).

Le recours à des antibiotiques est désormais déconseillé. Ainsi, la sulfadiazine d'argent (IALUGEN PLUS°) ne devrait s'utiliser qu'en cas de brûlures (ci-dessous) et n'a théoriquement pas sa place dans le traitement des plaies aiguës !

4. Observation : il s'agit de surveiller les éventuels signes d'infection (rougeur, douleur, écoulement de pus, mauvaise odeur, sécrétion accrue d'exsudat, fièvre) ²⁰.

Brûlures



Même si les mesures immédiates adéquates ont été appliquées à la brûlure, un suivi est généralement nécessaire. La principale complication à éviter est l'infection de la peau brûlée, car elle retarde la cicatrisation et favorise les lésions cicatricielles. Il faut donc être spécialement attentif aux signes d'infections tels que l'apparition d'une rougeur ou d'une inflammation douloureuse autour de la plaie, un suintement de pus, l'apparition de taches noirâtres ou sanguines ou encore de fièvre.

Le traitement dépend de la profondeur et donc du degré de la brûlure.

Brûlures du 1^{er} degré :

Ce sont des brûlures superficielles qui guérissent spontanément. On les traite par application d'une crème émolliente (BEPANTHENE°, BIAFINE°, DEXERYL°, etc.) pour maintenir la surface humide. L'application d'un pansement de type hydrogel (DERMAPLAST HYDRO°) ou de compresses enduites d'un corps gras (JELONET°, ADAPTIC°) est également conseillé pour protéger la brûlure et favoriser la cicatrisation. Après le processus de desquamation, l'application d'une crème grasse est recommandée.

Brûlures du 2^e degré superficiel:

Le traitement des zones brûlées consiste en la prévention de l'infection par l'application de sulfadiazine d'argent (IALUGEN PLUS° ou FLAMMAZINE°). Cette crème maintient un milieu

humide sur la brûlure, ce qui permet de diminuer les douleurs. Le pansement (de type hydrogel, voir brûlure du 1^{er} degré) doit être changé une fois par jour, la plaie rincée à l'eau, puis une nouvelle couche de crème de 1 cm d'épaisseur doit être appliquée. Après deux ou trois jours, un pansement non occlusif pour sept à dix jours sera mis en place avec des gazes grasses ou des pansements de type hydrogel (p.ex. VARIHESIVE HYDROGEL°, COMFEEL PURITON GEL° ou NU-GEL°).

La plaie doit normalement être complètement cicatrisée en douze à quinze jours. En cas de retard de cicatrisation, il faut consulter un médecin.

Une fois la plaie cicatrisée, il faut masser les brûlures avec une crème grasse (DEXERYL°, ANTIDRY°, BEPANTHEN°) deux fois par jour pendant les premiers mois. Une surveillance de l'évolution des cicatrices permettra de prendre les mesures nécessaires pour lutter contre la formation de cicatrices anormales (cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes). Il faut également éviter d'exposer la peau brûlée au soleil durant au moins six mois. L'idéal est de la couvrir avec un vêtement protecteur ou utiliser une protection d'indice 50²¹.

Les différents types de pansements :

Le Pharma-News avait consacré des articles sur les différents types de pansements dans les numéros 119 (novembre 2014) et 121 (février 2015)

INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES - A retenir pour le conseil :

- ✓ IALUGEN PLUS° crème est désormais en liste B⁺, indiqué pour le traitement de lésions cutanées infectées telles que plaies et brûlures
- ✓ les plaies aiguës bénignes peuvent être prises en charge à l'officine
- ✓ les brûlures sont classées en degré selon leur profondeur, les degrés dits « 1 » et « 2 superficiel » peuvent être prises en charge à l'officine
- ✓ dans les deux cas, l'enjeu de la prise en charge consiste à éviter une surinfection
- ✓ IALUGEN PLUS° crème est le traitement de choix pour les brûlures du 2^{ème} degré superficiel mais n'a pas sa place dans celui des plaies aiguës bénignes

TRIAGE ET PRISE EN CHARGE OFFICINALE EN CAS DE MYCOSES UNGUEALES

L'onychodystrophie ou altération de la croissance des ongles, est une cause fréquente de consultation, avec une prévalence estimée à 4%. Le premier réflexe des patients mais aussi des médecins est de penser à une mycose unguéale²². Appelée aussi onychomycose, elle est une infection bénigne des ongles provoquée par des champignons microscopiques, qui touche surtout les ongles des pieds.



²² Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 698-702

Bénigne, oui mais pas si facile de s'en débarrasser ! Même si ces mycoses unguéales peuvent toucher tout un chacun, les personnes âgées, les patients immunodéprimés, atteints de troubles vasculaires périphériques, de diabète, ou ayant subi un traumatisme de l'ongle sont les personnes les plus à risque d'en développer²⁵.

Attention : si la personne souffre de diabète avancé, avec des atteintes neuropathiques, il est nécessaire de référer le patient à un médecin²³.



Triage

Le triage est relativement difficile : en effet on sait que des atteintes fongiques ne sont retrouvées que dans 50% des cas d'atteintes de l'ongle. Cependant, on tente généralement un traitement local et la recherche de la cause exacte de l'atteinte se fait principalement lorsque celui-ci est inefficace ou avant de débiter une thérapie orale.

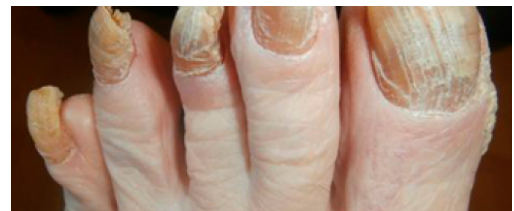
Pour être sûr du diagnostic, il est nécessaire de faire un prélèvement de l'ongle et un examen direct (au microscope) et/ou une culture. La culture permet dans les atteintes fongiques de déterminer de quel type de champignons il s'agit : dans la grande majorité des cas, ce sont des dermatophytes, c'est-à-dire de petits champignons qui sont spécialisés pour dégrader la kératine, et qui s'attaquent à l'ongle, souvent après avoir déjà provoqué des mycoses entre les orteils ou sous la voûte plantaire. Cependant, il arrive que les agents infectieux responsables d'une onychomycose soient des levures (qui touchent cependant plus fréquemment les ongles des mains) ou des moisissures, pour lesquelles les traitements habituels sont moins efficaces²⁴.

La prise en charge en pharmacie ne se base donc que sur la clinique :

Les mycoses se caractérisent par un épaississement et parfois par un décollement de l'ongle. Ces symptômes sont très évocateurs d'une mycose, surtout si cet épaississement est poudreux et noirâtre²⁵. Il peut aussi y avoir des dépôts blanchâtres ou jaunâtres à limites très nettes : c'est plutôt le signe d'une mycose superficielle. La base de l'ongle, appelée aussi matrice de l'ongle, est peu fréquemment atteinte²⁵.

Il est important d'évaluer les autres causes possibles de ces symptômes²⁵ :

- psoriasis unguéal : on voit plutôt des zones d'érosion punctiformes « en dé à coudre ». Ces lésions sont habituellement accompagnées d'atteintes cutanées typiques du psoriasis : référer le patient dans ces cas-là.
- lésions liées à des microtraumatismes de l'ongle : très fréquents lors de port de chaussures inadaptées, de sport intensif (les danseuses de ballet sont très touchées, mais aussi lors de course à pied, tennis intensif). Dans ces atteintes il peut y avoir parfois en plus une mycose. Seuls l'examen microscopique et la culture diront si un traitement antifongique peut apporter une amélioration ou non.
- certaines tumeurs
- onychogryphose caractérisée par des ongles épais et courbes qui touche principalement les personnes âgées : dans ce cas-là il n'y a pas de traitement efficace.



Quelle prise en charge ?

Il est envisageable de ne rien faire du tout si la personne n'est pas dérangée par l'atteinte. En effet, il y a très peu de risque de complication d'une mycose unguéale chez des personnes en bonne santé : il s'agit principalement d'une gêne esthétique. Si l'ongle est très épaissi, des difficultés à se chausser ou des douleurs exacerbées lors la coupe de l'ongle peuvent survenir.

²³ Planete santé 2014 : « Mycoses des ongles: un diagnostic précis est nécessaire pour garantir la guérison »

²⁴ Infos-patients Prescrire 2019 ; « les mycoses des ongles : ne pas en faire une maladie »

²⁵ Premiers choix Prescrire, juin 2019, mycose des ongles : 4 pages

Une surinfection bactérienne ou un traumatisme de la peau liés à la déformation des ongles sont parfois possibles ²⁵.

Il faut être conscient qu'il est extrêmement rare qu'il y ait une régression spontanée de la mycose. De plus, les récurrences des mycoses des ongles sont fréquentes après un traitement jugé efficace : 20 à 50% des patients vont voir leur atteinte revenir ²⁵. Et n'oublions pas qu'il y a un risque de transmission aux autres ongles.

Les traitements à choix sont :

Une thérapie locale par traitement mécanique et/ ou antifongique: miconazole, amorolfine ou ciclopirox.

Une thérapie orale par un antifongique oral : terbinafine ou itraconazole.

Thérapie locale :

- Limage et meulage de l'ongle sont toujours recommandés lors d'utilisation d'antimycosiques locaux (notamment lors d'épaississement ou de déformation de l'ongle). Il est recommandé de s'adresser à une pédicure si les déformations sont importantes ou si la personne souffre de diabète ²⁶.
- Le miconazole (DAKTARIN° teinture) est le traitement le plus ancien que nous ayons en liste D.
- L'amorolfine n'est pas non plus inconnue dans nos pharmacies : nous en avons déjà en liste D sous le nom de CURANEL°, SANAIL°, NAILCURE°, FUNG-X-Nail°, avec un contenu de 2,5 ml de solution à 5%. La nouvelle Liste B du pharmacien permet la remise de l'amorolfine 5% d'un contenant double (5-6 ml de solution) : LOCERYL°, AMOROLFIN MEPHA°, AMOROCUTAN°.
- Le ciclopirox en solution à 8% (CICLOPOLI°) est l'autre antimycosique unguéal qui est mis dans la liste B du pharmacien.

Les trois sont des solutions filmogènes qui forment un vernis à la surface de l'ongle et facilitent ainsi la diffusion prolongée de la substance dans les tissus kératinisés. Amorolfine et ciclopirox sont considérés comme traitements de premier choix, d'efficacité similaire car ils ont un spectre d'activité large sur les dermatophytes, les levures et certaines moisissures ²⁵. Lorsque l'atteinte est provoquée par des dermatophytes, le miconazole est alors d'une efficacité comparable à celle des deux autres ²⁷. Mais comme en pharmacie, on ne peut pas déterminer par quel champignon est provoquée la lésion, il ne devrait pas être recommandé. L'application associée aux mesures de limage ou de meulage permet une guérison chez environ 1/3 des patients ²⁵.

DAKTARIN° doit être appliqué 2 fois par jour durant 2 à 3 mois au minimum. Il est recommandé de nettoyer l'ongle avec de l'acétone entre les applications ²⁸.

La solution filmogène d'amorolfine doit être appliquée avec une spatule 1 à 2 fois par semaine pendant 6 à 9 mois après limage et nettoyage par des petits tampons imbibés fournis dans le kit.

La solution de ciclopirox s'applique avec un pinceau 1 fois par jour durant 3 mois pour les ongles des mains et 6 mois pour les ongles des pieds. Les ongles traités doivent rester au moins six heures sans être lavés. Le meulage et le limage ne sont pas expressément recommandés.

Ces trois substances ne provoquent que peu d'effets indésirables et toujours sans gravité : prurit, sensation de brûlure ou rougeur des zones autour de l'ongle. Les traitements locaux ne devraient pas être utilisés chez les enfants (limite à 12 ans pour le miconazole, à 6 ans pour le ciclopoli et entre 6 et 12 ans pour l'amorolfine – selon la marque !).

²⁶ Infos-patients Prescrire 2019 ; « les mycoses des ongles : ne pas en faire une maladie »

²⁷ La revue Prescrire 2008 : 293 (28) : 205-211

²⁸ Swissmedicinfo 2020: daktarin teinture

On dispose de peu de données concernant les femmes enceintes : on parle d'usage si nécessaire ou d'utilisation avec prudence ; tous trois semblent déconseillés durant l'allaitement par manque de données.

Finalement, quel que soit le type de traitement utilisé, des mesures préventives devraient être recommandées afin de limiter les récurrences²⁵ :

- Inspecter les pieds à la recherche d'éventuelles mycoses et traiter rapidement
- Changer chaussettes et chaussures en cas de transpiration
- Mettre des chaussures dans les lieux publics où l'on est pieds nus (douches des salles de sports, piscines, etc.)
- Eviter de couper court les cuticules des ongles

Thérapie orale : soumise à ordonnance

Pour les patients en échec de traitement ou avec une atteinte de plusieurs ongles, ainsi qu'une atteinte de la matrice de l'ongle, il est possible d'envisager un traitement oral. La terbinafine (LAMISIL® et génériques) à raison de 1 comprimé par jour pendant au moins 3 mois est efficace chez plus de la moitié des patients. Si l'infection est due à un candida, l'itraconazole (SPORANOX® et génériques) sera préféré. Sa prise est de 1 comprimé 2 fois par jour durant au moins 3 mois.

Cependant, les thérapies orales exposent le patient à des risques d'effets indésirables importants et parfois graves : hépatites, modifications de la formule sanguine (agranulocytoses, thrombopénies, neutropénies) arthralgies, myalgies, syndromes grippaux, perte de goût et de l'odorat avec perte de poids pour la terbinafine. L'itraconazole provoque principalement des troubles digestifs (nausées, vomissements), mais aussi des atteintes cardiaques (allongement de l'intervalle QT, insuffisance cardiaque, torsades de pointe) et des atteintes hépatiques. De plus, l'itraconazole est un puissant inhibiteur enzymatique du CYP 3A4, responsable de très nombreuses interactions. Tous deux sont contre-indiqués durant la grossesse et déconseillés durant l'allaitement.

Mycoses ungueales - A retenir pour le conseil :

- ✓ les mycoses unguéales provoquent surtout une gêne esthétique, sans conséquence grave pour les patients
- ✓ les traitements des mycoses unguéales sont longs, fastidieux (pour les traitements locaux) et pas toujours couronnés de succès...
- ✓ l'amorolfine (2-3 fois par semaine durant 9-12 mois) accompagné du limage de l'ongle et le ciclopirox (1 fois par jour durant 6 mois) sont les traitements locaux de premier choix
- ✓ le miconazole ne devrait pas être utilisé sans qu'on soit sûr du champignon qui cause la mycose car il n'est pas efficace contre tous
- ✓ le traitement oral (durant en moyenne 3 mois) est utilisé si le traitement local n'est pas efficace mais avec des risques d'effets indésirables importants

En bref

COVID-19 : c'est un mot féminin !

Hé oui, il faut parler de la COVID-19 (et pas « du »). Pensez-y si vous voulez briller en société ou devant les personnes venant dans vos pharmacies !

Pour trouver des informations sur les vaccins contre la COVID-19

Un autre moyen d'avoir l'air bien informé et de connaître des informations sur le développement de vaccins contre la COVID-19 : Infovac met à disposition une page (<https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/coronavirus-covid-19>) expliquant les difficultés de développer un tel vaccin et listant les différents candidats.

Hydroxychloroquine et risque de d'allongement de l'intervalle QT

L'hydroxychloroquine (PLAQUENIL° et HYDROXYCHLOROQUINE ZENTIVA°) a beaucoup fait parler d'elle dans le traitement de la COVID-19. Son efficacité n'est pas démontrée, que ce soit en traitement seule ou en combinaison avec d'autres médicaments (souvent l'azithromycine – ZITHROMAX° et génériques). Par contre, l'hydroxychloroquine est connue pour provoquer parfois des allongements de l'intervalle QT (troubles du rythme cardiaque qui peuvent entraîner des battements rapides et chaotiques, voire la mort). Le risque se cumule en présence de plusieurs médicaments ayant le même effet (dont l'azithromycine p.ex.).

Masques et COVID-19

Des personnes peuvent avoir des doutes concernant l'utilité des masques. Une compilation d'études portant sur la transmission de coronavirus s'est intéressée à l'efficacité de différentes mesures de protection et montre que le port du masque est utile, tout comme l'installation de protection en plexiglas :

- ✓ distanciation (le risque de transmission diminue de 12.8% à 2.6% si la distance est supérieure à 1 mètre),
- ✓ port du masque (le risque de transmission diminue de 17.4% à 3.1%).

Les études retenues montrent que ces résultats sont valables en milieu médical ou dans la communauté. Les masques type FFP2 montrent la plus grande efficacité, mais les masques chirurgicaux ou en coton à couches multiples sont également efficaces, même en prenant en considération le fait que certaines personnes portent mal leur masque)

- ✓ et finalement protection oculaire (p.ex. plexiglas ; le risque de transmission diminue de 16.0% à 5.5%).

18 septembre : fin de l'ordonnance limitant la remise de médicaments

Pour rappel, le Conseil Fédéral avait émis le 18 mars une ordonnance limitant la remise de tous les médicaments des catégories de remise A et B, ainsi que de certains médicaments de la catégorie de remise D (antitussifs, antalgiques ou anti-inflammatoires). Celle-ci ayant été émise pour six mois, elle prend fin le 18 septembre, sauf information différente d'ici là.

Une fois de plus, on n'a traité que de la COVID-19 dans ce « en bref »... au moins on l'a fait au féminin, donc correctement !

Résultats du test de lecture du PN 173 – Lauréates :

Sans faute !

Fioletti Malika	Pharmacie du Midi	Sion
Fioritto Priscille	Pharmacie Schneeberger	Tramelan
Gerber Valérie	Pharmacie Schneeberger	Tramelan
Challandes Maude	Pharmacie Schneeberger	Tramelan
Fournier Nathalie	Pharmacie de Nendaz	Haute-Nendaz
Peguiron Nicole	Pharmacie de la Vallombreuse	Prilly

Une ou deux fautes pardonnées

Werner Marie-Thérèse	Pharmacie Populaire Tranchées	Genève
Gonseth Agnès	Pharmacie du 1 ^{er} Mars	Les Geneveys-sur-Coffrane
Fatio Marie-Jeanne	Pharmacie de St-Légier-La Chiésaz	Saint-Légier
Murgo Cindy	pharmacieplus du vallon	Saint-Imier
Battistig Janique	pharmacieplus du vallon	Saint-Imier

L'heureuse lauréate est Janique Battistig !
Elle gagnera un bon de Frs 100.- de son choix (ou de 120.- au CAP)



Note de l'éditeur

Les avis exprimés dans le Pharma-News reflètent l'opinion de leurs auteurs en fonction des données disponibles au moment de la rédaction et n'engagent en aucune manière le CAP.

Le test de lecture se fait désormais électroniquement sur la plateforme d'apprentissage à l'adresse <https://CAPE-learning.ch>



Soit vous avez déjà un identifiant (adresse e-mail) et mot de passe et vous vous en souvenez

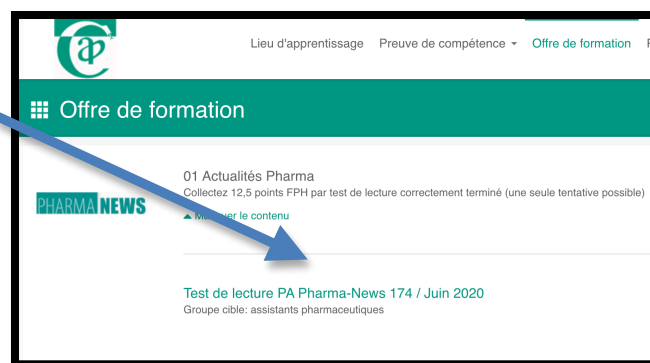
Soit vous n'en avez pas et vous vous inscrivez gratuitement

Soit vous avez déjà un identifiant et mot de passe, mais vous ne vous en souvenez pas

Une fois identifié(e), choisir l'ongle « Offre de formation », puis « Pharma-News », puis choisissez le test de lecture du n° précédent.

Le test de lecture s'adresse exclusivement aux abonnés du Pharma-News et requiert un code d'accès. Ce mois-ci, c'est :

Echinacea176



Les assistant.e.s en pharmacie ont jusqu'au 25 du mois suivant pour répondre au test. Les lauréat.e.s participent automatiquement au tirage au sort pour un bon d'achat d'une valeur de CHF 100.-.

Attention, une seule tentative possible !

Les pharmaciens peuvent rattraper les tests jusqu'au 15 décembre de l'année en cours pour obtenir leurs points FPH (12,5 points par test réussi à 80%).

Bonne chance !