

LE MONITEUR des pharmacies



FORMATION

CAHIER
DÉTACHABLE

Cahier 2 - n° 3411 du 2 avril 2022

CONSEIL



Les pathologies pédiatriques (partie 2)

ISSN0026-9689 - Ne peut être vendu séparément - Photo : FotoDuets - iStock

P. 2 HYGIÈNE COURANTE | P. 4 DERMATITE ATOPIQUE | P. 6 PROTECTION SOLAIRE
P. 9 URTICAIRE | P. 10 VERRUES ET MOLLUSCUM | P. 12 POUX ET GALE
P. 15 POUR ALLER PLUS LOIN | P. 16 L'ESSENTIEL À RETENIR

Retrouvez nos formations en ligne lemoniteurdespharmacies.fr



« Quel savon pour la toilette de mon bébé ? »

PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES

- La fonction de barrière de la peau du petit enfant n'est pas optimale par rapport à l'adulte : l'épiderme et la couche cornée notamment sont plus fins. La perte en eau est accrue, d'où une tendance à la sécheresse cutanée et une plus grande vulnérabilité aux agressions extérieures.
- La peau est en outre soumise à des agressions répétées : contacts irritants avec l'urine et les selles aggravés par le port de couches qui créent un milieu occlusif, régurgitations, macération dans les plis ou encore nettoyages répétés.

CHOIX DES COSMÉTIQUES

- Les produits sont idéalement formulés avec peu d'ingrédients et ne contiennent ni alcool (desséchant et facilitant la pénétration des autres composés), ni parfum, ni colorants ou autres allergènes potentiels.
- Le choix des tensioactifs, au rôle détergent, émulsifiant et moussant, est essentiel. Les anioniques, dont le lauryl sulfate de sodium ou de potassium, sont des irritants majeurs. Ils doivent être écartés au profit de bases lavantes plus douces comme les tensioactifs amphotères dérivés de bétaine (cocamidopropyl bétaine, par exemple) ou, moins irritants encore, non ioniques dérivés de sucre comme les esters de glucose, à l'image du cocoglucoside.
- En vogue, les formules « maison » ne peuvent être contrôlées et ne sont pas synonymes de sécurité. Attention en particulier aux huiles essentielles, potentiellement irritantes, allergisantes et parfois contre-indiquées chez l'enfant en raison du risque de convulsions.

LA TOILETTE

Visage et corps

La toilette quotidienne ne doit pas être excessive pour ne pas altérer le film hydrolipidique et se limiter à 1 bain par jour, voire tous les 2 jours, dans une eau entre + 35 et + 37 °C. Pour le visage, elle peut être faite à l'eau claire avec un coton ou avec un lavant doux, de préférence un syndet, liquide ou solide. Utilisez une petite quantité de produit pour limiter le risque de dessèchement et évitez les bains moussants. Gants et éponges étant des sources potentielles de contamination, savonnez de préférence manuellement sur la table à langer ou directement dans le bain. Après rinçage, essuyez l'enfant soigneusement et délicatement en n'oubliant aucun pli pour minimiser les risques d'irritations.

Cheveux

Le shampoing n'est pas obligatoire chez les plus jeunes,



sauf lors de phases d'hyperséborrhée. Pour les plus grands, un shampoing tous les 2 ou 4 jours suffit, en privilégiant un produit suffisamment visqueux pour ne pas couler dans les yeux et au pH proche de 7.

Oreilles

Au cours du bain, nettoyer avec la main l'extérieur du pavillon, puis essuyer délicatement. Chez les plus grands, le jet du pommeau de douche à basse pression ou des sprays d'hygiène auriculaires, dont Audispray dès 3 ans ou Physiomer dès 6 mois, peuvent être utilisés. Éviter les bâtonnets d'oreille qui empêchent l'évacuation naturelle du cérumen.

Hydrater, nourrir

En cas de peau à tendance sèche ou ponctuellement sèche (avec parfois la présence de darts), limiter le nombre de bains à 2 ou 3 par semaine et choisir une base lavante douce enrichie en agents surgraisants, tels que la paraffine et les huiles végétales, ou une huile lavante, en vérifiant que sa formule comporte davantage de corps huileux que d'eau et de tensioactifs. Après la toilette, appliquer sur la peau humide une crème ou un baume émollit riche en corps gras occlusifs (paraffine ou vaseline), surgraisants (huiles végétales) et émollit (alcools gras) qui renforcent la barrière cutanée.

LE CHANGE

• Il est nécessaire de changer la couche fréquemment et le plus rapidement possible après émission de selles ou d'urine. Les couches lavables, moins absorbantes, doivent être remplacées plus souvent et lavées à + 90 °C avec une lessive non détergente, sans huiles essentielles. Comme pour la toilette, le nettoyage s'effectue idéalement à l'eau et au syndet. Pour éviter une contamination par les germes fécaux, pratiquer des gestes de haut en bas : chez les filles, du méat vers l'anus ; avec les garçons, commencer par l'extrémité de la verge sans décalotter, nettoyer ensuite les testicules puis l'anus. Bien sécher entre les plis en tamponnant.

• Les laits de toilette sont des émulsions nettoyantes à base d'agents humectants et de corps gras mais aussi de tensioactifs, de conservateurs et parfois de parfums potentiellement irritants. Leur utilisation est possible à condition qu'ils soient rincés, tout comme les eaux micellaires. Les lingettes imprégnées d'eau micellaire ou de lait de toilette nécessitent les mêmes précautions, mais comme elles ne sont pas destinées à être rincées, mieux vaut les réserver pour des situations exceptionnelles. Un spray d'eau thermale et un coton doux sont une alternative sûre. Le liniment oléocalcaire, composé d'huile d'olive et d'eau de chaux (soluté d'hydroxyde de calcium officinal), s'apparente à un savon du fait de la saponification de l'huile par l'hydroxyde de calcium. Il doit donc être rincé. Son pH étant alcalin, il reste préférable d'utiliser en lieu et place un lait de toilette à rincer, plus doux.

• En cas d'érythème fessier, les topiques à base d'agent absorbants, assainissants ou cicatrisants (oxyde de zinc, sulfate de cuivre, dexpanthénol, etc.) sont indiqués en couche épaisse sur la zone lésée après chaque change. Les crèmes ou pommades, occlusives, conviennent sur des lésions non suintantes. Les pâtes à l'eau peuvent aussi être utilisées sur lésions suintantes, précédées si besoin d'une lotion asséchante, dont Cytelium chez A-Derma ou Cicalfate de la marque Avène. Il faut prêter attention à la présence de lanoline, allergisante, et au risque d'hypervitaminose avec les soins répétés à base de vitamine A ou d'huile de foie de poisson.

• Si besoin, insérer des protections en coton dans la couche (Cotocouche). Il faut proscrire les agents irritants, comme les cosmétiques parfumés ou les résidus de lessive, les antiseptiques et le talc (risque d'inhalation pulmonaire et de surinfection).

• En présence d'un érythème fessier qui s'étend ou en cas de signes d'infection, un avis médical est nécessaire si le bébé a moins de 6 semaines.

LES DENTS

• Dès les premières dents et jusqu'à 3 ans, brosser les dents 2 fois par jour pendant 2 minutes avec des traces de dentifrice dosé à 1 000 ppm de fluor dans la largeur de la brosse.

• A partir de 3 ans, utiliser l'équivalent d'un petit pois de dentifrice fluoré 1 000 ppm, puis, dès 6 ans, un dentifrice fluoré entre 1 000 et 1 450 ppm.

• Se servir d'une brosse à dents souple, non mouillée, de façon horizontale (va-et-vient) jusqu'à 6 ans, puis de façon rotative (en rouleau de la gencive à la dent). Le brossage



CÉLINE COUTEAU

Docteure en pharmacie, maître de conférences au laboratoire de pharmacie industrielle et de cosmétologie, unité de formation et de recherche (UFR) de pharmacie de Nantes (Loire-Atlantique)

AVIS D'EXPERT

Les alternatives aux conservateurs incriminés comme perturbateurs endocriniens sont-elles plus sûres ?

De nombreux conservateurs (BHA¹, BHT², parabens, etc.) sont la cible des médias, souvent à tort. A force de ne plus vouloir de conservateurs antimicrobiens dans les cosmétiques, nous allons bientôt appliquer des bouillons de culture sur notre peau ! Ils peuvent par ailleurs être remplacés par des molécules plus à risque notamment en matière d'allergie, comme la méthylisothiazolinone qui est à l'origine de nombreuses réactions cutanées. Les produits bio ne sont pas forcément plus sûrs d'emploi que les « conventionnels », car ils renferment des ingrédients naturels qui peuvent être très allergisants. Le linalol et le limonène, les cires de carnauba ou de candelilla contiennent des cinnamates pour lesquels sont mentionnés des effets perturbateurs sur le système endocrinien (en particulier l'éthylhexylméthoxycinnamate, un filtre UVB très critiqué).

¹ Butylhydroxyanisole.
² Butylhydroxytoluène.

doit être réalisé par un adulte jusqu'à l'âge de 5 ans puis supervisé jusqu'à 6-8 ans.

SITUATIONS COURANTES

- **Les croûtes de lait**, ou dermatite séborrhéique du nourrisson, apparaissent à la suite d'une accumulation de cellules mortes en croûtes sur le cuir chevelu et le visage. La prise en charge vise à les ramollir pour faciliter leur élimination. Appliquer chaque jour un corps gras de type vaseline, huile d'amande douce ou un soin spécifique, comme Mustela Soins Croûtes de lait ou Bioderma ABCDerm Babysquam, en massant doucement le cuir chevelu. Laisser agir 2 heures au moins, puis laver avec un shampoing doux en rinçant abondamment. Coiffer les cheveux avec une brosse douce afin de faciliter l'élimination sans la forcer. Consulter en cas de non-amélioration, de démangeaisons ou d'extension des lésions (possible infection fongique à *Malassezia*).
- **L'acné du nourrisson**, lié à une activité androgénique résiduelle maternelle, disparaît spontanément avant 3 mois : nettoyer quotidiennement le visage avec un syndet doux (non surgras). Il ne faut ni percer ni désinfecter les boutons, et il convient d'éviter d'utiliser des soins nourrissants. ■

Par Sylviane Le Craz, pharmacienne, avec la collaboration de Céline Couteau, docteure en pharmacie, maître de conférences en pharmacie galénique et cosmétologie et habilitée à diriger des recherches au laboratoire de pharmacie industrielle et de cosmétologie, unité de formation et de recherche (UFR) de pharmacie de Nantes (Loire-Atlantique)

« L'émollient, c'est tous les jours ? »

PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES

• La dermatite atopique touche 10 à 15 % des enfants dès l'âge de 3 mois avec un pic d'incidence vers 2 ans. Si l'évolution est souvent favorable avant l'adolescence, la prise en charge est essentielle pour limiter la sévérité de l'atteinte en insistant sur les soins d'hygiène et d'hydratation afin de contourner les déficiences du ciment cutané.

• Avant 2 ans, les plaques, plus volontiers suintantes et érythémateuses, touchent préférentiellement les joues, les membres et le tronc. Après 2 ans, elles sont plus épaisses, davantage localisées dans les plis : genoux, coudes et poignets.

ACCOMPAGNER LE TRAITEMENT DES LÉSIONS

Dermocorticoïdes

• Rechercher une corticophobie, qui concerne les parents mais aussi les professionnels de santé, est essentiel. Le test Topicop* est un moyen de faire le point, puis de rassurer sur le fait que le dermocorticoïde est un traitement local qui ne partage pas les effets indésirables des corticoïdes oraux. Bien appliqués, ces soins sont efficaces dans 90 % des cas sur un temps court (moins de 10 jours).

• Ils doivent être commencés le plus rapidement possible afin de limiter l'évolution des plaques, au mieux dès l'apparition des signes : rougeur, prurit et/ou rugosité.

• Ils s'appliquent en fine couche avec un léger massage en débordant sur le contour des plaques (y compris sur les paupières si besoin), 1 seule fois par jour jusqu'à disparition complète des signes et sans arrêt progressif. Respecter la posologie exprimée, généralement en **unité phalange**, sans la minimiser (on ne commence pas par « un peu » de cortisone...).

• Lors de lésions récidivantes sur une même zone, ils peuvent être prescrits en prévention 2 fois par semaine avec, finalement, une quantité moindre de cortisone cumulée sur l'année.

• La galénique des produits n'est pas interchangeable : les crèmes hydrophiles sont indiquées sur des lésions suintantes, les pommades et crèmes lipophiles dans tous les autres cas (lésions sèches et/ou **lichénifiées**).

• Les dermocorticoïdes, non photosensibilisants, ne sont pas incompatibles avec une exposition solaire.

• Arrêter le traitement et consulter en cas de signes d'infection, d'ulcération, d'éruption cutanée autre, notamment varicelle ou herpès.

UNITÉ PHALANGETTE

Quantité de crème ou de pommade déposée, d'un trait continu, sur la longueur de la dernière phalange de l'index d'un adulte.

LICHÉNIFICATION

Épaississement de la peau en plaques, quadrillée en surface et souvent pigmentée.

MÉMO SUR LA DERMATITE ATOPIQUE

La dermatite atopique, ou eczéma constitutionnel, est une dermatose inflammatoire chronique, manifestation cutanée de **l'atopie**.

En cause : dysrégulation immunitaire, anomalie protéique cutanée, carence en lipides épidermiques.

Manifestations : **xérose** associée à des poussées récurrentes d'eczéma : plaques érythémateuses, suintantes au début puis croûteuses, très prurigineuses. Possible lichénification à la suite du grattage.

Altération possible de la qualité de vie du patient et de son entourage : troubles du sommeil, de la concentration, stigmatisation, baisse de l'estime de soi, etc.

Prise en charge : éviction des facteurs déclenchants s'ils sont connus et application quotidienne d'un émollient. En cas de poussées, dermocorticoïdes en première intention. Immunomodulateur local (tacrolimus), voire systémique en cas d'échec ou d'intolérance.

Quand consulter ? Systématiquement pour établir le diagnostic et la prise en charge, puis en cas de lésions pustuleuses avec croûtes jaunâtres (possible surinfection par un staphylocoque).

ATOPIE

Prédisposition héréditaire à développer des réactions excessives face aux allergènes courants et aux particules irritantes de l'environnement.

XÉROSE

Sécheresse cutanée.



Tacrolimus

Le traitement peut provoquer une sensation de brûlure ou de prurit intense après application. Elle est transitoire et peut être limitée en conservant le tube au frais.

TOILETTE

• Eau, notamment chaude, et le savon aggravent les défauts du ciment entre les kératinocytes.

• Il faut proscrire l'usage de savon, quel qu'il soit, et lui préférer un syndet ou une huile lavante.

• Privilégier les douches aux bains, 1 fois par jour au maximum, voire 2 ou 3 fois par semaine, à une température inférieure à + 35 °C et de courte durée, c'est-à-dire pas plus de 5 minutes. Si une deuxième douche est nécessaire, après le sport par exemple, se rincer sans base lavante.

ÉMOLLIENTS

• A base d'eau, d'ingrédients humectants (glycérine), de filmogènes (paraffine, vaseline ou glycosaminoglycanes) et de corps gras (huiles végétales et alcools gras), ils restaurent la fonction barrière de la peau et son imperméabilité aux irritants et aux allergènes. C'est le traitement de fond indispensable pour limiter la récurrence des crises.

• L'application est impérativement quotidienne, voire biquotidienne, dans l'idéal sur peau légèrement humide (après la douche). Elle se fait sur l'ensemble du corps entre les poussées. Lors des poussées, plusieurs façons de procéder existent : application uniquement sur peau saine et plaques en voie de guérison ou également sur les plaques inflammatoires avant application du dermocorticoïde.

• La crème est indiquée lors de sécheresse modérée, les baumes et cérats, plus riches, sont préférables en cas de xérose intense ou par temps froid.

• L'association glycérol, vaseline et paraffine à 15 %/8 %/2 % et les préparations magistrales de cérat de Galien et glycérolé d'amidon bénéficient d'un remboursement dans la dermatite atopique. Si le choix se porte sur un cosmétique, privilégier ceux sans ingrédients irritants ou allergisants : XeraCalm, Atoderm, Exomega, Topialyse, Xérose, Eucerin AtopiControl, etc.

AUTRES MESURES

Éviction des irritants

Les facteurs environnementaux agressifs ou activateurs de la réponse immunitaire doivent être limités : cosmétiques autres qu'émollients, parfums, tissus rêches ou synthétiques, assouplissants, allergènes (acariens, poils d'animaux, pollens, etc.), chaleur ou froid, transpiration, stress... Aérer régulièrement, ne pas surchauffer, éviter l'exposition aux températures extrêmes et bien se rincer après un bain dans une piscine sont de bonnes habitudes à prendre.

Contre les démangeaisons

• Les antihistaminiques H₁ ont une efficacité modeste dans la dermatite atopique.

• L'application d'eau froide ou la brumisation d'eau thermale (Avène, La Roche-Posay) peut apaiser, de même que tapoter doucement la zone avec la paume de la main.

• Se laver régulièrement les mains et garder ses ongles courts pour éviter les lésions de grattage.



D^{RE} MAGALI BOURREL-BOUZZAZ

Dermatologue, attachée au service d'immunologie et d'allergologie clinique de Lyon Sud, membre du Groupe d'éducation thérapeutique du patient dans la dermatite atopique (GET)*.

Le microbiote digestif joue-t-il un rôle dans la dermatite atopique ?

Des chercheurs disent qu'il existe un axe entre les systèmes immunitaires cutané et digestif, d'autres non. En tout cas, un lien entre le système immunitaire et une dysbiose du microbiote digestif a été mis en évidence. Pour y remédier, une étude recommande le mélange de plusieurs souches de bactéries avec systématiquement des *Lactobacillus rhamnosus* GG. Leur intérêt a été prouvé en prévention primaire chez la femme enceinte avec poursuite chez le bébé.

Quel rôle joue le microbiote cutané ?

Le consensus est bien plus important : la surpopulation du staphylocoque doré augmente avec le degré d'inflammation et l'aggrave. C'est un cercle vicieux qui peut aboutir à un impétigo. Il est important d'éviter tous les antiseptiques, d'autant plus les alcoolisés, qui déstabilisent la barrière cutanée, le microbiote cutané et assèchent la peau. Quand l'eczéma suinte, la surpopulation du staphylocoque est flagrante. Il faut laver tous les jours avec les produits de type Dalibour et ne surtout pas arrêter le dermocorticoïde qui est le meilleur traitement pour réduire cette surpopulation. La recherche cosmétique va dans le sens d'ajout dans les émollients de produits contre les staphylocoques, soit par compétition bactérienne (par exemple, *Vitroscilla filiformis*), soit par inhibition des staphylocoques eux-mêmes.

* Egalement autrice des livres *Changer son regard sur l'eczéma, L'Éczéma, est-ce vraiment dans la tête ?* et *50 Dessins pour raconter la dermatite atopique* et a créé un site pour comprendre l'eczéma atopique : mag-da.fr.

Soutien

• Des programmes d'éducation thérapeutique existent pour les familles, généralement adossés aux services hospitaliers (écoles de l'atopie). Les ateliers visent à rendre le patient autonome et actif de sa prise en charge.

• Informations et soutien sont également disponibles auprès des associations de patients comme l'Association française de l'eczéma (associationeczema.fr). ■

* Test en 12 questions relatives aux croyances, aux craintes et aux comportements concernant l'usage des dermocorticoïdes, créé par l'école de l'atopie de Nantes, disponible en ligne : fondationeczema.org, mag-da.fr, etc.

Par Sylviane Le Cruz, pharmacienne, avec la collaboration du D^r Magali Bourrel-Bouttaz, dermatologue, attachée au service d'immunologie et d'allergologie clinique de Lyon Sud, membre du Groupe d'éducation thérapeutique du patient dans la dermatite atopique (GET)

« Une crème solaire minérale pour mes enfants ? »



factor) étant plus élevé pour les tissus qui mélangent coton et polyester, à trame serrée, de couleur foncée et secs. Des vêtements anti-UV intègrent des additifs qui captent ou réfléchissent les UV (filtres solaires, particules de céramique, etc.) pour augmenter l'UPF. Ils sont notamment intéressants en complément d'une crème photoprotectrice pour les activités aquatiques.

- Faire porter un chapeau à bords larges qui protège le visage, la nuque et les oreilles et des lunettes avec protections latérales, identifiées CE, catégorie 3, voire 4, à la mer et à la montagne.

Produit de protection solaire

- En cas d'exposition, leur utilisation est indispensable pour les parties du corps non couvertes, le but étant de protéger mais non de prolonger l'exposition.

- Pour les enfants, quel que soit leur phototype, choisir un produit de SPF (*sun protection factor*) relatif à la protection contre les UVB au moins égal à 50 avec une protection contre les UVA au moins égale à un tiers du SPF.

- Privilégier les produits de protection solaire contenant plusieurs filtres (au moins 4 ou 5), avec un mélange de filtres organiques, qui absorbent les UV, et de filtres minéraux, qui réfléchissent les UV (sont autorisés à l'heure actuelle uniquement le dioxyde de titane et l'oxyde de zinc). Seuls, ces derniers ne suffisent pas pour obtenir un SPF élevé, même si la forme nanoparticulaire est plus efficace que la forme pigmentaire qui laisse en outre des traces blanches sur la peau (contrairement à l'idée reçue qu'un produit blanc serait plus efficace...). Les produits solaires bio, qui ne peuvent contenir que des filtres minéraux, ne peuvent donc atteindre un SPF 50.

- Opter pour des formules sans alcool et éviter celles contenant des ingrédients d'origine naturelle aux propriétés anti-inflammatoires qui masquent le coup de soleil sans exercer d'effet photoprotecteur (exemples : bisabolol, *glycyrrhétinac acid*, etc.) ou qui sont photosensibilisants (extraits d'agrumes, millepertuis, etc.).

- Côté galénique, préférer les crèmes et laits aux huiles, mousses, brumes... : plus la couche appliquée sur la peau est épaisse, meilleur est l'effet photoprotecteur.

- Appliquer en couche épaisse pour un niveau de protection suffisant sur les parties découvertes, même en cas de soleil voilé et sans oublier les oreilles et la nuque. Les produits de protection solaire « colorés », intégrant des colorants alimentaires, permettent de contrôler la bonne application, notamment si l'enfant se met le produit lui-même. Renouveler

PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES

- Les enfants sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes des rayonnements ultraviolets (UV) en raison de l'immaturité des systèmes protecteurs : leur peau est plus fine, pauvre en mélanine et leur immunité moins opérationnelle.
- Au cours d'une vie, la majeure partie de l'exposition aux UV aurait pourtant lieu avant 18 ans, avec un risque accru immédiat de coups de soleil mais aussi, à long terme, de vieillissement cutané précoce et de cancers cutanés.
- Les enfants ont également des yeux plus sensibles, le cristallin ne filtrant pas les UV avant 10 ou 12 ans.

PHOTOPROTECTION

Eviction avant tout

- La meilleure protection est de rester à l'ombre, systématiquement pour les moins de 24 mois et dès que possible pour les autres. Attention, les arbres, parasols ou tentes ne protègent pas complètement du rayonnement UV du fait de la réverbération au sol.
- En cas d'exposition des plus grands, éviter au maximum les heures les plus chaudes, entre 10 h et 16 h.

Protection vestimentaire

- Les vêtements sont une barrière efficace contre les UV, le facteur de protection (UPF pour *ultraviolet protection*

l'application toutes les 2 heures, car beaucoup de filtres UV sont **photolabiles**.

- En cas de baignade, les crèmes solaires résistantes à l'eau (une norme ISO existe pour étudier la résistance des produits solaires à l'eau) sont intéressantes, mais ne dispensent pas de renouveler les applications.
- Veiller à respecter les dates de péremption et délais de conservation après ouverture (généralement 12 mois).

COUPS DE SOLEIL

Le coup de soleil, lié à une surexposition aux UVB, est une brûlure thermique et doit être traité comme telle.

Chez un nourrisson, dont la peau est particulièrement immature et le risque de déshydratation maximal, une consultation médicale s'impose.

Chez l'enfant plus grand, la prise en charge du coup de soleil de 1^{er} degré (érythème inflammatoire) est possible à l'officine sauf si son étendue dépasse 10 % de la surface corporelle (un bras environ), s'il est situé à proximité de l'œil, associé à des signes généraux (vertiges, vomissements, fièvre, etc.) ou présente des signes d'infection.

Les coups de soleil de 2^e degré (avec phlyctène) doivent motiver une consultation, notamment en cas de cloques multiples ou de plus de 2 cm de diamètre et/ou si la vaccination antitétanique n'est pas à jour.

Protéger, nettoyer, refroidir

- Stopper immédiatement toute exposition au soleil jusqu'à guérison complète.
- Donner à boire abondamment et surveiller la température régulièrement.
- Laver la peau lésée avec un produit sans savon et sans parfum pour ne pas irriter davantage.
- Doucher régulièrement la lésion à l'eau tiède, pulvériser un spray d'eau thermale réfrigéré ou appliquer un linge humide pour un effet antalgique.

Emollients

- Les crèmes, pommades, émulsions ou crème-gel apaisent la brûlure, restaurent la barrière hydrolipidique et favorisent la cicatrisation. Ils contiennent des agents gras (palmitate de cétyle, paraffine solide et liquide, etc.), apaisants (*Aloe vera*, par exemple), filmogènes (acide hyaluronique, entre autres) et à visée purifiante comme l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre ou de zinc : BiafineAct, Lamiderm, Dexeryl Specific Brûlures, Dermalibour, Topicrem Cica, etc.
- Les gels et hydrogels à base d'hydrocolloïde ou de carbomères osmotiques (Osmosoft, Flamigel, etc.) sont également proposés pour leur confort d'application et le maintien d'un milieu humide favorable à la cicatrisation.
- Chez l'enfant, il convient d'éviter particulièrement les produits contenant des dérivés terpéniques (baume du Pérou, menthol, etc.), l'alcool qui dessèche la peau et les allergisants potentiels (lanoline, produits de la ruche, etc.).
- Appliquer en couche épaisse, en légers massages jusqu'à refus de la peau 2 à 4 fois par jour, le temps nécessaire à la cicatrisation complète et sans aucune exposition solaire. Les

PHOTOLABILE

Qui se dégrade sous l'effet des UV.



CÉLINE COUTEAU

Docteure en pharmacie, maître de conférences au laboratoire de pharmacie industrielle et de cosmétologie, unité de formation et de recherche (UFR) de pharmacie de Nantes (Loire-Atlantique)

Faut-il privilégier une crème minérale chez l'enfant ?

Chez l'enfant, il faut avant tout privilégier les produits de protection solaire 50+. Or, cet indice est non atteignable uniquement avec des filtres minéraux, l'oxyde de zinc et le dioxyde de titane étant des filtres de protection faible. Le risque de coups de soleil est beaucoup plus important avec ce type de crème qu'avec des produits conventionnels.

Que penser des filtres minéraux sous forme nanoparticulaire ?

Ils sont beaucoup plus efficaces que sous forme pigmentaire. Ils passeraient davantage la barrière cutanée, d'où la méfiance de certains parents, mais la protection contre les UV est meilleure et diminue davantage le risque de cancers cutanés. Le rapport bénéfice/risque est donc en faveur des formes nanoparticulaires, d'autant plus que leur utilisation est ponctuelle et courte. Leur présence doit obligatoirement être signalée sur le conditionnement du produit.

Face au passage transdermique des filtres organiques, quelles formules privilégier ?

Le risque de passage transdermique de ces filtres est connu depuis de nombreuses années. L'octocrylène a été en particulier pointé du doigt mais, comme pour d'autres filtres inorganiques appelés communément « chimiques » tels l'avobenzène ou l'oxybenzène, la pénétration dépend beaucoup des autres ingrédients de la formule. L'alcool en particulier, retrouvé sous la dénomination « *alcohol* » ou « *alcohol denat.* » doit être banni des produits de protection solaire, car il favorise grandement le passage transdermique, ce qui ne présente aucun intérêt dans ces produits qui doivent avoir une action de surface ! Les filtres organiques ont été reconnus comme efficaces et non dangereux s'ils sont utilisés aux bonnes concentrations, en veillant à bien se laver après utilisation.

gels et gels-crèmes peuvent être conservés au réfrigérateur pour optimiser l'effet froid.

Autres

En cas de cloque, en attendant une éventuelle consultation : refroidir, nettoyer, désinfecter avec un antiseptique aqueux sans alcool et non coloré (de type chlorhexidine). Ne pas percer la cloque mais la protéger d'un pansement de type tulle gras, lipocolloïde (tel qu'Urigo Brûlures) ou hydrogel (exemple : Dermoplast Brûlures). ■

Par Charlotte Rommel, pharmacienne, avec la collaboration de Céline Couteau, docteure en pharmacie, maître de conférences en pharmacie galénique et cosmétologie, unité de formation et de recherche (UFR) de pharmacie de Nantes (Loire-Atlantique)

« Le médecin dit que c'est de l'urticaire... »

- Avec une incidence proche de 10 %, l'urticaire chez l'enfant est généralement lié à des infections virales (adénovirus, entérovirus, herpès, etc.) et aux médicaments, notamment les β -lactamines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le paracétamol par un mécanisme d'histaminolibération non allergique. Une allergie alimentaire est suspectée si la réaction survient 15 à 20 minutes (1 heure au maximum) après la prise de l'aliment.

- L'éruption cutanée chez les plus jeunes est typiquement annulaire, en médaillon avec des tâches ecchymotiques. Un angioœdème y est associé dans la moitié des cas.

- Un premier épisode reste unique dans deux tiers des cas. L'urticaire peut aussi devenir récurrent, voire chronique, avec une fréquence très variable des épisodes annuels.

ACCOMPAGNER LES TRAITEMENTS

Evictions

S'il est connu, le facteur déclenchant doit être évité (stress, aliment, chaleur, etc.). En cas d'urticaire déclenché par le soleil, couvrir l'enfant, privilégier l'ombre et, si besoin, utiliser un indice de protection élevé. Attention à l'automédication, notamment à l'aspirine ou aux AINS, incriminés dans la survenue de crises. Hors allergie alimentaire, il n'y a pas de régime particulier à conseiller sauf de consommer avec modération les aliments riches en histamine : fromage ou chou fermenté, charcuterie, etc.

Traitements

- Le traitement symptomatique repose sur la prise d'antihistaminiques H_1 de 2^e génération en solution buvable dès 1 an ou en comprimés à partir de 6 ans (desloratadine, lévocétirizine, etc.). Dans l'urticaire aiguë, une prise unique pendant 10 jours en moyenne suffit ; dans l'affection chronique, le traitement peut être prescrit sur plusieurs mois et, si besoin, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 fois la dose usuelle (2 le matin et 2 le soir). En cas d'échec, lomalizumab (Xolair) peut être prescrit. La prise se fait de préférence le soir même si l'effet sédatif est réduit. Conseiller de poursuivre le traitement même en cas d'amélioration rapide, les plaques, migratoires, ayant tendance à réapparaître.

- Les corticoïdes, oraux ou locaux, et les antihistaminiques locaux n'ont pas d'indication.

- En cas de risque anaphylactique (origine allergique) une injection d'adrénaline par voie intramusculaire en urgence (0,01 mg/kg) est prescrite en stylo (Anapen, Emerade, EpiPen, etc.). Les parents ou l'enfant doivent maîtriser l'injection dans la face extérieure de la cuisse). Conserver à température jusqu'à + 25 °C et vérifier régulièrement les dates de péremption.

- Si l'affection a une incidence sur la qualité de vie de l'enfant, une prise en charge psychologique peut être utile.

MÉMO SUR L'URTICAIRE

Mécanisme

Dégranulation des mastocytes à la suite d'une stimulation immunologique ou non ; libération de médiateurs comme l'histamine provoquant une vasodilatation à l'origine des lésions.

Etiologies

Infectieuse, iatrogène, allergique (aigu), piqûres d'insectes ou physiques : froid, dermatographe (frottement), exercice physique, soleil, etc.

Manifestations

Superficielle : éruption papuleuse, érythémateuse, prurigineuse, fugace et migratrice durant quelques minutes à 24 heures au maximum ; œdème dermique superficiel.

Parfois profonde (angioœdème) : œdème hypodermique localisé souvent aux extrémités (paupières, lèvres, organes génitaux) et pouvant toucher les muqueuses (risque d'asphyxie si œdème laryngé : œdème de Quincke)

Deux types d'urticaire

Aiguë : évoluant depuis moins de 6 semaines, cause allergique ou non.

Chronique : évoluant depuis plus de 6 semaines, jamais allergique.

Quand consulter ?

Systématiquement pour établir le diagnostic et rechercher une étiologie.

En urgence en cas d'angioœdème au niveau buccal ou pharyngé, voire de signes de choc anaphylactique (faiblesse, vomissements, troubles respiratoires, etc.).



LeventKonuk-Istock

Contre les démangeaisons

- Choisir des vêtements amples en coton.

- Appliquer du froid : douches tièdes, eau thermale en pulvérisation ou en compresses, pack de gel, linge humide et ventilateur, etc.

- Des sprays (Atoderm SOS spray, Cutalgan, par exemple) et des crèmes apaisantes (Eucerin AtopiControl, Cicavit + SOS grattage... à partir de 3 ans) peuvent être conseillés.

- Couper les ongles courts, voire faire porter des moufles la nuit chez les tout petits, pour éviter les lésions de grattage et les surinfections. ■

Par Charlotte Rommel, pharmacienne, avec la collaboration du ResoUrticaire, réseau national de dermatologues (resourticaire.com).

« Dois-je traiter la verrue d'Alix ? »

Souvent inesthétiques et possiblement contagieux, les verrues et les molluscum sont des dermatoses virales bénignes qui disparaissent le plus souvent spontanément. La prise en charge n'est donc pas obligatoire et doit être mise en balance avec les éventuels effets indésirables des traitements, notamment nécrose ou surinfections.

VERRUES CUTANÉES

- Rares avant 3 ans, les verrues deviennent fréquentes chez les enfants d'âge scolaire, en raison d'un mode de vie qui favorise la contamination (collectivité, activités sportives, etc.) et d'une moindre maturité du système immunitaire : 50 à 70 % des 5 à 15 ans développent des verrues vulgaires et 20 à 30 % des verrues plantaires.
- La plupart disparaissent seules dans les 2 ans, toutefois leur prise en charge peut être justifiée par la douleur, un préjudice esthétique ou une gêne fonctionnelle. Aucune recommandation ne privilégie une méthode, mais les traitements chimiques sont généralement réservés aux enfants de plus de 4 ans.

Kératolytiques

- En dissolvant la kératine, ils favorisent l'élimination de l'excroissance cutanée par desquamation.
- L'acide salicylique est le plus évalué. Pour les verrues de petite taille et/ou localisées sur la main, préférer une faible concentration (moins de 20 %) sous forme liquide seule (Coricide Le Diable, Feuille de saule, etc.) ou associée à l'acide lactique (Duofilm, Kerofilm, Verruofilm, etc.). Pour les verrues plus larges ou sur la plante des pieds, une pommade à 50 % (M.O. Cochon, par exemple) ou un disque cutané (Transvercid 6 mm, à partir de 6 ans) sont aussi proposés.
- A partir de 4 ans, l'acide trichloroacétique (Excilor, Urgo Verrues Résistantes, Wartner CryoPharma, etc.) ou l'acide formique qui revendique une action mixte kératolytique et desséchante de la verrue jusqu'à la racine (Objectif zero-Verrue, Expert 1.2.3 verrues Stylo, etc.) peuvent être conseillés. L'application doit être faite par un adulte après la toilette, après avoir ramolli la zone dans l'eau chaude et limée doucement la verrue avec un bout de lime à usage unique (sauf avant l'application d'acide formique).
- Pour éviter les dermites caustiques, protéger la peau saine alentour avec un vernis neutre ou un pansement évidé (Emplâtre Le Diable, Feutres M.O. Cochon, etc.).
- Sauf avec l'acide formique, le produit sec peut être recouvert d'un pansement ou d'un sparadrap occlusif.

- Respecter les doses ou les durées d'application (stylos) selon l'âge, le rythme d'application (quotidien généralement pour l'acide salicylique, hebdomadaire pour l'acide formique) et la durée de traitement (1 à 6 semaines au maximum en moyenne). Interrompre le traitement durant 3 jours au moins en cas de saignement et définitivement en cas de signes inflammatoires ou infectieux.

Cryothérapie

- Réservés aux enfants de plus de 4 ans, les dispositifs médicaux de cryothérapie utilisent un mélange gazeux qui provoque un refroidissement brutal visant à détruire les membranes des cellules infectées et à les éliminer (Excilor Verruxit, Scholl Freeze, Urgo, Wartner CryoPharma, etc.). Ils n'ont pas fait l'objet d'évaluations scientifiques.
- Appliquer environ 15 secondes sur peau fine (doigts, bras, orteils, etc.) ou 40 secondes sur peau épaisse (plante des pieds). Un blanchiment de la peau après application est possible.
- Le traitement, moins fastidieux qu'un kératolytique, nécessite généralement 2 ou 3 applications à 2 ou 3 semaines d'intervalle. Il est cependant plus douloureux et à risque de lésions irritatives. Des phlyctènes peuvent survenir 24 à 48 heures après le traitement : désinfecter et suspendre l'application.

Autres

- La technique qui consiste à enfermer la verrue sous pansement ou sparadrap occlusif (Tegaderm, Blenderm, etc.) pendant plusieurs semaines pour favoriser son élimination n'a pas prouvé son efficacité. Elle diminue néanmoins les risques d'auto ou d'hétérocontamination.
- Après l'âge de 4 ans, certaines huiles essentielles sont employées en application locale, à visée antivirale (arbre à thé, cannelle, clou de girofle, etc.) et/ou antiseptique (citron).
- Des protections autoadhésives en silicone (Epitact, Akileïne, etc.) répartissent les pressions en cas de verrue douloureuses à la marche.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

- Les lésions dues au *Molluscum contagiosum* concerneraient entre 6 et 22 % des enfants, en particulier entre 2 et 10 ans. Elles disparaissent le plus souvent spontanément, en moyenne en 8 mois, et ne nécessitent donc pas de traitement mais des précautions pour éviter leur dissémination.

Verrues

Origine : virale à papillomavirus humain

Description

Les plus fréquentes chez l'enfant sont :



- **Verrues vulgaires** : lésions hémisphériques uniques ou multiples de quelques millimètres à 1 cm, localisées principalement sur les doigts et sur le dos des mains.



- **Verrues plantaires**, localisées sur les plantes des pieds le plus souvent de type myrmécies : lésion souvent unique, circonscrite, ponctuée de points noirâtres (capillaires sanguins), parfois douloureuse à l'appui.

Parfois de type mosaïque : plaques de peau épaissie recouvertes de lésions multiples superficielles non douloureuses localisées au niveau de la plante des pieds, des mains ou en périphérie des ongles.

Molluscum

Origine : virale à Poxvirus

Description



Groupes de papules roses lisses, cireuses ou perlées, ombiliquées, en forme de dôme de 2 à 5 mm de diamètre qui peuvent apparaître partout sur le corps (plus fréquent dans les régions génitales) à l'exception des paumes et des plantes des pieds.

Quand consulter?

En cas de verrue péri-unguëale modifiant l'ongle, de verrues très douloureuses, multiples ou en dehors des mains, des pieds, des coudes et des genoux et/ou si les traitements essayés ne suffisent pas. De même en cas de saignement, d'inflammation de la peau autour de la verrue, de terrain diabétique ou immunodéprimé.

Quand consulter?

Si le retrait est envisagé et/ou en cas d'extension, de douleurs, de surinfections, de diabète, d'immunodépression.

OlenaNesterovych-Istock

IrinaZharikova-Istock

Jodi Jacobson - Istock

- Afin de limiter les démangeaisons et les lésions de grattage, appliquer des compresses froides ou un pack de gel pour cryothérapie (en interposant un linge fin), utiliser des bases lavantes douces pour la toilette, éviter les vêtements en laine, les bains chauds, les atmosphères sèches... Les topiques anti-H₁ ne sont pas conseillés.
- La destruction des lésions, douloureuse, est rarement justifiée. Si elle est envisagée, la cryothérapie ou le curetage chez le dermatologue sont privilégiés, après l'application d'un topique anesthésique local (lidocaïne).
- Les topiques caustiques à base d'hydroxyde de potassium (Molutrex, PoxKare à 5 %, Molusderm à 10 %, etc.) sont proposés, mais ils exposent à un risque de sensations de brûlures et d'irritations cutanées. Ils ne sont pas préconisés avant l'âge de 2 ans et sont utilisables à raison d'1 à 2 applications par jour (hors muqueuses, visage et peau lésée par grattage) sans dépasser sur la peau saine et jusqu'à apparition d'une inflammation qui signe l'effet du produit, dans la limite de 14 jours.

LIMITER LA CONTAMINATION

- La verrue étant une lésion qui desquame, la contamination peut être interhumaine via les squames qui contiennent

le virus. Une grande partie des verrues résulte cependant d'une auto-inoculation, le papillomavirus étant présent au niveau de la peau (50 % de porteurs sains). Dans tous les cas, son développement nécessite un microtraumatisme cutané, favorisé par le dessèchement ou la macération cutanée.

- La transmission des poxvirus responsables des molluscum se fait essentiellement par contact direct, plus rarement par l'intermédiaire des surfaces ou objets contaminés. La dissémination est liée à une auto-inoculation lors du grattage des lésions.
- Des mesures d'hygiène communes limitent la transmission, l'auto-inoculation et le risque de surinfections : éviter de toucher, de gratter ou d'inciser les lésions, se laver les mains avant et après les soins, sécher les zones atteintes en dernier lors de la toilette, puis mettre la serviette au lavage, ne pas partager l'eau du bain ni les serviettes, éviter de marcher pieds nus dans les salles de sport ou à la piscine, limiter tous les facteurs de macération (chaussures synthétiques, par exemple), couvrir les lésions si possible. ■

Par Sylviane Le Cruz, pharmacienne, avec la collaboration du Dr Johan Chanal, dermatologue, praticien hospitalier, service de dermatologie, hôpital Cochin Port-Royal (Paris)

« Une épidémie à l'école ! »

PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU

• Endémique dans les collectivités d'enfants, la pédiculose du cuir chevelu sans lésions surinfectées est du ressort officiel.
 • Les traitements des jeunes patients et des membres de leur entourage atteints visent à éliminer les poux (action pédiculicide) et leurs œufs, les lentes (action lenticide). A la suite du développement de résistances et du retrait du malathion, les insecticides neurotoxiques ne sont plus recommandés, sauf avis médical. La prise en charge repose désormais essentiellement sur des procédés physiques.

Produits huileux

• En bloquant des orifices respiratoires et excrétoires, les produits huileux détruisent les poux et, de façon plus aléatoire, les lentes, avec un faible risque de résistance. Ils peuvent généralement être utilisés dès l'âge de 6 mois.
 • La diméticone, dérivé siliconé, est la mieux évaluée dans cette indication (Paranix, Pouxit, EcoPrioderm, etc.). Elle agit contre les poux, mais son efficacité lenticide est variable. Non absorbée au niveau cutané, son potentiel toxique est faible.
 • D'autres actifs au mode d'action similaire existent : oxyphthirine (par exemple, Duo LP), myristate d'isopropyle (tels qu'Apaisyl) et/ou huile de paraffine, de coco ou de jojoba, cire d'abeille (Item KO Poux, Puressentiel, Quies, Parasidose, etc.).
 • Les lotions en flacon ou en spray, plus concentrées, seraient davantage efficaces que les autres galéniques. Les sprays doivent être évités chez les asthmatiques (risque de bronchospasme). Les mousses et gels, qui coulent moins lors de l'application, sont cependant pratiques pour les enfants. La diméticone étant inflammable, éviter toute source de chaleur à proximité jusqu'au rinçage.
 • L'application se fait sur l'ensemble des cheveux et du cuir

chevelu en veillant à répartir suffisamment de produit sur toutes les longueurs. Les temps de pose, variables selon les produits, doivent être respectés en couvrant si besoin d'une serviette ou d'un bonnet de bain. Laver ensuite avec un shampooing doux, puis passer un peigne antipoux à dents fines pour éliminer les parasites tués et détacher les lentes.
 • Elle doit être renouvelée 10 jours plus tard : les lentes éclosent 7 à 10 jours après la ponte, or l'action lenticide des actifs est variable, une deuxième application permet donc d'éradiquer les poux rescapés du premier traitement.

Bug busting

• Cette technique consiste à éliminer les poux et les lentes en peignant soigneusement la chevelure avec un peigne à poux, au moins 2 fois par jour pendant 2 semaines. Alternative ou complémentaire des traitements, elle nécessite une excellente observance.
 • Passer le peigne, de préférence métallique à longues dents (Pouxit, Parasidose, TriXpert, etc.), sur chaque mèche mouillée enduite d'un déperlant. Les peignes électroniques, qui délivrent une minidécharge électrique pour « électrocuter » les parasites (Quies, notamment), s'utilisent sur cheveux secs.

Autres

• L'efficacité des huiles essentielles (lavande, *tea tree*, etc.) n'est pas démontrée et elles exposent à des réactions d'hypersensibilité. Elles ne sont pas recommandées chez le jeune enfant.
 • Des traitements préventifs sont proposés en cas d'épidémie, mais leur efficacité est mal évaluée : à base de citriodiol à action biocide (Pouxit, Puressentiel, etc.), de Lice Protecting Factor (LPF), qui éviterait l'accrochage des poux (Elimax, notamment), d'huiles essentielles... A répartir sur l'ensemble de la chevelure pour une action annoncée de 12 à 72 heures.

MÉMO SUR LA PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU

Origine	Symptômes	Transmission	Evolution
Parasitose externe due à un insecte, le pou de tête <i>Pediculus humanus capitis</i>	- Poux et lentes visibles à l'œil nu - Prurit du cuir chevelu, derrière les oreilles et dans la nuque	- Interhumaine par contact direct cheveux à cheveux, plus rarement indirect <i>via</i> des objets contaminés (brosse, bonnet, etc.) - Contagiosité tant que les poux sont vivants - Incubation : 7 à 10 jours (temps d'éclosion des lentes)	- Pas de guérison spontanée - Possibles lésions de grattage, rarement surinfectées (impétigo)

Quand consulter ? En cas de doute de diagnostic ou de lésions surinfectées.
Pas d'éviction scolaire, sauf impétiginisation, mais communication auprès des parents de la nécessité de traiter les enfants contaminés.

MÉMO SUR LA GALE COMMUNE

Origine	Symptômes	Transmission	Evolution
Parasitose externe due à un acarien, <i>Sarcoptes scabiei</i> (invisible à l'œil nu)	- Prurit chronique, prédominant la nuit - Sillons cutanés avec vésicules perlées à l'extrémité (mains, coudes, fesses, cuisses, etc.), nodules scabieux, lésions de grattage non spécifiques - Nourrisson : tortillements (prurit), lésions étendues à tout le corps (visage, cuir chevelu et région palmoplantaire inclus)	- Contact humain étroit et prolongé - Incubation pendant 3 à 6 semaines	Traitement local ou systémique - Permethrine 5 % crème (> 2 mois) - Benzoate de benzyle 10 % émulsion (> 1 mois) - Ivermectine (> 15 kg)



Quand consulter ? Systématiquement.
 Eviction scolaire recommandée jusqu'à 3 jours après le début du traitement

GALE COMMUNE

• Parasitose cosmopolite en recrudescence, la gale commune ou scabiose se manifeste notamment par des épidémies en collectivités, dont les écoles et crèches.
 • Bénigne mais très contagieuse, elle provoque un prurit intense par réaction immunitaire aux déjections des parasites.
 • La prise en charge médicale concerne le patient et son entourage proche. Elle associe un antiparasitaire oral ou local, sans preuve de supériorité de l'un par rapport à l'autre, aux mesures d'hygiène pour éviter la propagation et la réinfestation.

Accompagner les traitements

• Les traitements locaux à base de perméthrine (Topiscab 5 % crème, à partir de 2 mois) ou de benzoate de benzyle (Ascabiol, émulsion à partir de 1 mois) doivent être appliqués après la toilette : à la main en fine couche pour la crème ou à l'aide d'une compresse pour l'émulsion, sur l'ensemble du corps y compris le cuir chevelu en évitant les muqueuses. Seul Topiscab peut être appliqué sur le visage en évitant les zones proches des yeux ou de la bouche. Insister sur les lésions, les plis cutanés, les espaces interdigitaux, sous les ongles et ne pas oublier les parties génitales externes et le nombril. Renouveler l'application après 15 minutes pour Ascabiol si l'enfant a plus de 2 ans. Laisser agir 8 heures au moins pour Topiscab et, selon l'âge, 6 à 24 heures pour Ascabiol. Mettre des moufles aux bébés pour éviter les risques d'ingestion et laver ensuite abondamment à l'eau et au savon.
 • L'ivermectine (Stromectol, à partir de 15 kg) en comprimés se donne à raison de 200 µg par kg de poids en 1 prise : le ou les comprimés sont avalés ou écrasés pour les moins de 6 ans, à un intervalle de 2 heures au moins de la prise d'aliments.
 • L'efficacité des traitements étant incomplète sur les œufs et les larves immatures, un deuxième traitement est nécessaire 8 à 15 jours plus tard pour les topiques et fortement conseillé pour l'ivermectine.

Contre les démangeaisons

• Un antihistaminique H₁ peut être prescrit avec plus ou moins d'efficacité : 1 prise le soir est préférable pour lutter contre les démangeaisons nocturnes prédominantes.

• Les démangeaisons persistent parfois jusqu'à 4 semaines après le traitement sans que cela signe son échec. Elles peuvent être soulagées par l'application de compresses d'eau froide, d'un spray d'eau thermale réfrigérée, de glaçons ou d'un pack de gel enveloppés dans un linge. Utiliser un lavant sans savon ni parfum et un émoulinant à base de vaseline.

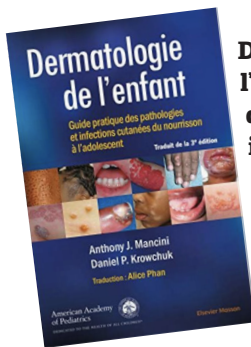
ÉVITER LA TRANSMISSION

• Les mesures d'hygiène font partie intégrante du traitement de la pédiculose et de la scabiose pour éviter la transmission et la réinfestation.
 • La décontamination de l'environnement se fait de façon concomitante aux traitements, y compris lors de leur renouvellement : le jour même pour les poux, après le temps de pose du traitement pour la gale, pour l'ensemble des membres du foyer contaminés.
 • Laver le linge (vêtements, bonnets, etc.) et la literie à + 60 °C au moins. Les tissus et objets non lavables (canapés, casques, matelas, etc.) doivent être aspirés. Ils peuvent être imprégnés d'antiparasitaire (A-Par, entre autres), puis enfermés si possible dans un sac plastique en respectant les temps préconisés et les précautions liées à la présence de pyrèthrinoides : loin des enfants, pièce aérée, délai de 12 heures avant réutilisation. La destruction des parasites est possible sans produit en gardant le sac fermé au moins 3 jours ou en le plaçant au congélateur (24 heures pour la gale, 48 heures pour les poux).
 • Décontaminer les accessoires de coiffure et ne pas les partager.
 • Si les cheveux sont coupés pour faciliter le traitement antipoux, les mèches doivent être enfermées dans un sac-poubelle hermétique.
 • Garder les ongles courts et propres pour éviter la propagation, la réinfestation et la surinfection des lésions.
 • Prévenir les personnes à contact étroit (famille, collectivités, etc.). ■

Par Sabine Pachareu, pharmacienne, avec la collaboration du Pr Philippe Loiseau, responsable de l'équipe chimiothérapie antiparasitaire à la faculté de pharmacie, université Paris-Saclay (Paris XI).

POUR ALLER PLUS LOIN

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE



Dermatologie de l'enfant - Guide pratique des pathologies et infections cutanées du nourrisson à l'adolescent, Anthony J. Mancini, Daniel P. Krowchuk, Elsevier Masson, 2019*.



Tout savoir sur les cosmétiques, Céline Couteau, Laurence Coiffard, 1Healthmedia, 2020*.



Le Conseil pédiatrique à l'officine, Fabiole Moreddu, Le Moniteur des pharmacies, 2016*.

* Disponible sur le site lemoniteurdespharmacies.fr.

SITES INTERNET

Généralistes

Société française de dermatologie (sfdermato.org) pour les recommandations, fiches d'information, actualités.

Et son site grand public (dermato-info.fr) pour les fiches pathologies et conduite à tenir.

Société française de pédiatrie (sfpediatrie.com) et son site « pas à pas en pédiatrie » (pap-pediatrie.fr) pour les arbres décisionnels commentés par des experts.

Spécialisés

Dermatite atopique : **Association française de l'eczéma** (associationeczema.fr).

Urticaire : **ResoUrticaire** (resourticaire.com) pour approfondir vos connaissances sur l'urticaire.

Cosmétologie : **Société française de cosmétologie**

(sfcosmeto.fr, adhésion payante) et **Regard sur les cosmétiques** (regard-sur-les-cosmetiques.fr), le blog de Céline Couteau et Laurence Coiffard.

FORMATIONS

E-learning

Module sur la dermatite atopique « POP training » proposé par les écoles de l'atopie à l'attention des pharmacies d'officine : 12 heures de formation et de cas de comptoir, accès gratuit sur fondationeczema.com.

Diplôme universitaire

Pharmacie clinique pédiatrique : notamment à la faculté de pharmacie de Paris Descartes (Paris V), renseignements : u-paris.fr et à l'unité de formation et de recherche (UFR) pharmacie de Clermont-Ferrand (Auvergne), unité mixte de formation continue en santé, renseignements : pharmacie.uca.fr.

LE MONITEUR des pharmacies

La charte éditoriale :

11-15, quai de Dion-Bouton
92 800 Puteaux
lemoniteurdespharmacies.fr

lemoniteurdespharmacies.fr/Charte
Les déclarations publiques d'intérêt (DPI) :
lemoniteurdespharmacies.fr/DPI
Les bibliographies complètes :
lemoniteurdespharmacies.fr/Bibliographies

Chaque « Cahier Formation » est relu par un membre du comité scientifique avant parution.

Coordination : Anne-Gaëlle Harlaut et Alexandra Blanc, pharmaciennes
Rédaction en chef : Laurent Lefort
Secrétariat de rédaction : Anthony Le Breton
Maquette : Floriane Watteau

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Françoise Amouroux, pharmacienne d'officine et professeure associée (Bordeaux) ;
Grégory Arpino, pharmacien d'officine ;
Mireille Becchio, médecin généraliste ;
Noëlle Davoust, pharmacienne d'officine et professeure associée (Rennes) ;
Florence Deguine-Riaux, pharmacienne d'officine ;
Eric Douriez, pharmacien d'officine ;
Alessandra Dragoni, pharmacienne d'officine ;
Jeanne Elie, pharmacienne d'officine ;
Pierre Garcia-Santos, pharmacien d'officine ;
Arnaud Lecerf, pharmacien responsable BPDO et pharmacien d'officine ;
Nicolas Mattern, pharmacien d'officine ;
Denis Richard, pharmacien hospitalier et enseignant universitaire (Poitiers) ;
Vivien Veyrat, pharmacien d'officine et professeur associé (Paris-Sud) ;
Caroline Wehrlé, pharmacienne d'officine et professeure associée (Strasbourg) ;
Patrick Wierre, docteur en pharmacie, expert à la Commission de la transparence.




Photos : iStock

Editeur : 1Healthmedia-Health Initiative, SAS au capital de 2 000 € - RCS Paris 838 045 987
• Président, directeur de la publication : Julien Kouchner
• Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas
• N° de la commission paritaire : 0126 T 81808
- ISSN : 0026-9689
• Dépôt légal : à parution
• Prix du numéro : 8 €
ABONNEMENT : 48 numéros incluant les cahiers spéciaux (formation et thématique) + l'accès à l'intégralité du site lemoniteurdespharmacies.fr.
Numéros servis sur une durée de 47 à 52 semaines.
Accès aux archives réservé pour les revues auxquelles vous êtes abonné.
Tarif : 329 € TTC TVA 2,1 %
- Drom-COM et autres pays : consulter le site internet lemoniteurdespharmacies.fr
Abonnement étudiants sur justificatif : 149 € TTC TVA 2,1 %



Papiers provenant de Belgique et d'Allemagne.
0 % de fibres recyclées.
Les papiers de ce magazine sont issus de forêts gérées durablement. Eutrophisation : Ptot 0,021 kg/t

L'ESSENTIEL À RETENIR

	Prise en charge de base 	Eventuellement si besoin 	Contre-indiqué (CI)/ non recommandé/ à éviter 
Hygiène quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les cosmétiques au strict nécessaire - Privilégier les formules courtes et les tensioactifs amphotères ou non ioniques - Change fréquent, lavage du siège à l'eau et au savon, ou encore au lait nettoyant ou à l'eau micellaire rincés - Dentifrice au fluor dès les premières dents 	<ul style="list-style-type: none"> - Emollient si peau sèche - Crème barrière, pâte à l'eau, voire lotion asséchante en cas d'érythème fessier 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensioactifs anioniques, alcool, parfums, allergisants, huiles essentielles - Formules « maison » - Coton-tige - Talc
Dermatite atopique	<ul style="list-style-type: none"> - Emollients sur l'ensemble du corps quotidiennement - Toilette avec un syndet surgras ou une huile lavante sans parfum 	<ul style="list-style-type: none"> - Dermocorticoïdes à dose efficace dès l'apparition des plaques - Mesures antiprurigineuses - Soutien psychologique, éducation thérapeutique 	Facteurs environnementaux irritants et allergènes
Protection solaire	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'exposition avant 2 ans puis éviction au maximum, notamment entre 10 et 16 heures. - Protection physique : vêtements, chapeau, lunettes - Sur zones découvertes : produit de protection solaire 50+ en crème toutes les 2 heures, formule combinant filtres minéraux et organiques 	Coup de soleil : <ul style="list-style-type: none"> - refroidir, hydrater - 1^{er} degré peu étendu : topique apaisant cicatrisant - éviction solaire jusqu'à cicatrisation 	Produits de protection solaire contenant de l'alcool, des ingrédients naturels à visée anti-inflammatoire, des parfums et autres photosensibilisants
Urticaire	<ul style="list-style-type: none"> - Toilette avec une base lavante douce - Prise quotidienne de l'antihistaminique H₁ prescrit, respecter la durée de traitement même si les plaques ont disparu - Application de froid, vêtements amples en coton, mains propres et ongles courts 	<ul style="list-style-type: none"> - Injection par voie intramusculaire d'épinéphrine si choc anaphylactique 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) - Facteurs déclenchants connus : chaleur, stress, aliments, etc. - Topiques antihistaminiques ou corticoïdes
Verrues et molluscum	<ul style="list-style-type: none"> - Abstention thérapeutique (disparition spontanée dans les 2 ans) - Mesures d'hygiène pour éviter l'auto-inoculation, la transmission et les surinfections 	<ul style="list-style-type: none"> - Verrues : kératolytiques ou cryothérapie - Molluscum : mesures antiprurigineuses, cryothérapie ou curetage chez le dermatologue 	Age < 4 ans Diabète, immunodépression
Poux et gale	<ul style="list-style-type: none"> - Poux : topiques asphyxiants + peigne antipoux à J0 et J10 - Gale : antiparasitaire local ou oral sur prescription à renouveler 8 à 15 jours plus tard + mesures antiprurigineuses + - Traitement des proches - Décontamination de l'environnement à chaque traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Poux : traitement préventif répulsif en cas d'épidémie (efficacité mal évaluée) 	Fréquentation de collectivité, pour la gale jusqu'à 3 jours après le début du traitement (éviction recommandée)



Quelles mesures en cas de démangeaisons ?

- Application de froid : compresses, spray d'eau thermale réfrigéré, glaçon ou pack de gel enveloppés dans un linge, etc.
- Lavant doux avec actifs apaisants, sans savon ni parfum
- Ongles propres et courts pour limiter les surinfections et les lésions de grattage
- Application d'un émollient sur peau non lésée
- Eventuellement antihistaminique H₁ sur prescription