



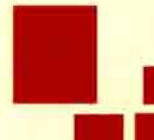
Le soleil doit-il modifier notre prescription d'isotrétinoïne orale ?

Pr B. Dréno, Dermatologue, Nantes

N. Hervé, Pharmacien, Paris

2

Le point sur **isotrétinoïne orale et soleil**



L'ISOTRÉTINOÏNE ORALE MODIFIE LA BARRIÈRE CUTANÉE

L'isotrétinoïne orale agit dans l'acné en induisant une atrophie des glandes sébacées (jusqu'à 90%) en inhibant la prolifération des sébocytes basaux, leur différenciation et la production de sébum des sébocytes matures. La constitution de la couche lipidique de surface se trouve ainsi modifiée avec une diminution des triglycérides et des squalènes et parallèlement une augmentation du cholestérol, des céramides.

Mais les kératinocytes et plus particulièrement la couche cornée de l'épiderme sont aussi une cible de l'isotrétinoïne orale. Celui-ci en effet inhibe la prolifération kératinocytaire et transforme la différenciation terminale de l'épiderme vers un épithélium de type muqueux non kératinisant. Il s'y associe une diminution de la cohésion des cornéocytes constituant la couche superficielle de l'épiderme.

Ces modifications induisent une altération de la fonction de barrière de l'épiderme avec une augmentation du passage trans-épidermique de l'eau, une diminution de l'action « barrière » de l'épiderme vis-à-vis des Ultraviolets. Ceci est

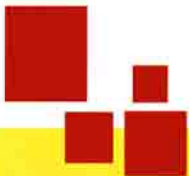
renforcé par la diminution du film lipidique de surface. Il en résulte une sensibilité accrue aux ultraviolets.

Cette photosensibilité ne doit pas toutefois être confondue avec une photo-toxicité ou une photo-allergie.

Ceci ne signifie pas une contre-indication à l'utilisation de l'isotrétinoïne orale l'été, mais une utilisation accompagnée d'un certain nombre de précautions.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'une interdiction totale de soleil au patient acnéique ne sera pas suivie dans la grande majorité des cas.

Cette sensibilité au soleil se traduit notamment par la survenue plus rapide de coups de soleil.



QUELS CONSEILS DONNER A NOS PATIENTS POUR LEUR PERMETTRE DE POURSUIVRE UN TRAITEMENT PAR ISOTRETINOÏNE ORALE L'ÉTÉ

Quelques conseils de base :

- Éviter de s'exposer au soleil, surtout entre 12 et 16 heures,
- Éviter les UV en cabine,
- Se rappeler que tee-shirt et chapeau sont les meilleurs photo protecteurs,
- Dans tous les cas une crème solaire avec un indice de protection élevé doit être utilisée.

Un photo protecteur efficace à la fois contre les UVA et UVB, de coefficient élevé (au moins 30B) et testé non comédogène devra être proposé. Ce photoprotecteur devra

cas de comptoir

Avec mon traitement, vous me dites de ne pas m'exposer au soleil... pourtant l'année dernière mes boutons avaient en partie disparu à la fin de l'été. 1

Le soleil n'est pas totalement interdit, mais sous traitement il est par contre déconseillé pour deux raisons :

- la prise d'isotrétinoïne fragilise la barrière cutanée.
- le soleil provoque une hyperkératinisation de la peau... ce phénomène améliore l'état des lésions dans un premier temps. Mais cela est transitoire. Une rétention des cellules dans le follicule pilo-sébacé s'installe. Incrustés en profondeur, passagèrement invisibles, dissimulés sous un léger hâle, les microkystes resurgissent de plus belle à la rentrée. Réduire les expositions (préférer celles du matin et de fin de journée) et adopter une protection d'indice élevé font partie des mesures à prendre.

« Cet indice élevé, au moins 30B, va me permettre de rester plus longtemps au soleil... » 2

Attention... cette photoprotection dite extrême n'a pas pour vocation d'augmenter le nombre d'heures d'exposition. Elle permet d'obtenir une couverture large et globale du spectre UV et assure ainsi aux peaux hypersensibles (c'est le cas des sujets sous isotrétinoïne) une protection maximale. Comme les autres classes d'indice, il est capital, de renouveler son application au moins toutes les deux heures.

3 « *Les produits solaires que j'ai achetés l'année dernière ne sont pas terminés. Peuvent-ils convenir ?* »

D'une part, le niveau d'indice n'est plus forcément adapté et par ailleurs, un produit solaire ne se garde pas d'une saison à l'autre. Transportés dans des lieux surchauffés (sur la plage par exemple), peu concentrés en conservateurs, ils s'altèrent rapidement une fois ouverts. Un conseil : toujours penser à refermer les tubes, les flacons et les placer à l'ombre sans oublier de demander au préalable le niveau d'indice à appliquer.

4 « *Je ne comprends pas... comme convenu, j'ai réduit les doses d'isotrétinoïne orale... j'ai quand même pris un énorme coup de soleil sur le visage* ».

Le fait de diminuer les dosages de l'isotrétinoïne en été ne permet pas pour autant de répéter les expositions solaires, et de s'exposer de manière prolongée sans protection adaptée.

L'apparition d'une brûlure superficielle est peut-être dans ce cas, le fait d'une réaction phototoxique ou photoallergique liée à la prise d'une autre molécule. Demander impérativement au patient de signaler toute prise de médicament avant une éventuelle exposition au soleil. Certaines molécules augmentent la sensibilité de la peau aux UV. Au banc des accusés : anti-dépresseurs, anti-inflammatoires, antibiotiques (voie locale et orale), antiseptiques, neuroleptiques... Des plantes (cerfeuil, aneth, fenouil...), des fruits (citron vert), des parfums (huiles essentielles de santal, lavande, cèdre, vanille), des cosmétiques et lessives sont également incriminés.

être si possible sans parfum afin d'éviter tout risque d'irritation ou photosensibilisation. Il conviendra d'expliquer au patient qu'une crème solaire doit être appliquée 15 à 30 minutes avant l'exposition au soleil puis toutes les 2 heures pour être efficace. Dans tous les cas les rayons solaires devront être évités entre 12 et 16 heures où ils ont un effet délétère maximum.

Une protection vestimentaire s'avère un complément essentiel pour réaliser une photoprotection efficace contre les UVB. Au niveau du dos, le t-shirt restera la meilleure protection.

Le port de lunettes de soleil sera conseillé pour éviter une irritation des yeux liée à la sécheresse oculaire.

Au niveau de l'hygiène quotidienne, il est important d'insister sur les risques d'aggravation de la sécheresse cutanée ou de l'irritation cutanée par des produits d'hygiène modifiant le pH de la peau ou contenant des parfums. Par ailleurs, le patient devra appliquer régulièrement sa crème hydratante habituelle.

Si le patient a des effets secondaires importants notamment sécheresse cutanée, et chéilite, il pourra être envisager une diminution transitoire des doses notamment en cas de pratique d'un sport de plein air (bateau, planche à voile..).

Il faut prévenir le patient des risques accrus de pigmentation par le soleil qui sont fréquentes au niveau des lésions cicatricielles des acnés nodulo-kystiques. La protection solaire est là encore essentielle par son rôle préventif.

cas de comptoir

« *Si le ciel est voilé, puis-je poursuivre ma prescription d'isotrétinoïne orale sans être obligé de me protéger ?* » 5

Attention, même en présence de nuages, une protection solaire s'avère indispensable. En effet, ils laissent passer près de 80% des rayons UV. Par ailleurs, ils atténuent l'effet des infrarouges ce qui incite à une surexposition par suppression du « signal d'alarme calorique ».

Il faut également se méfier de la réverbération (sable, neige...)...sous un chapeau ou un parasol, le risque de coup de soleil existe aussi.

« *L'année dernière, j'ai fait une allergie aux filtres solaires...* » 6

Il est préférable dans ce cas d'adopter des formules à base d'écrans minéraux, non comédogènes, sans parfum. Finement micronisées, ces molécules photostables en restant à la surface de la peau évitent les réactions d'intolérance rencontrées avec les filtres chimiques.

cas de comptoir

7 « Avec ma peau mate, je n'ai jamais de problèmes au soleil »

Attention aux idées reçues !!! Certes l'appétitude à bronzer est supérieure à celle des phototypes 2 et 3. Mais le risque de pigmentation des lésions acnéiques par le soleil existe, de surcroît chez les peaux mates.

Une protection solaire s'avère indispensable à la fois chez les peaux claires et mates.

8 « Que faire, si j'attrape un coup de soleil en étant sous isotrétinoïne orale ».

La barrière cutanée déjà fragilisée est d'autant plus altérée. Prévenir l'adolescent, même s'il n'apprécie guère les contraintes, d'éviter les expositions pendant plusieurs jours. Calmer les sensations de chaleur et les rougeurs à l'aide de crèmes apaisantes et consulter un médecin.

Aucun traitement kératolytique local y compris par les hydroxy acides ne sera prescrit l'été en association avec l'isotrétinoïne orale.

Une extrême vigilance devra accompagner la prescription pour d'autres motifs médicaux, d'un médicament connu pour être photosensibilisant.

Les patients ayant des récurrences herpétiques faciales seront prévenus de la nécessité de protéger leurs lèvres et leur visage pour diminuer le risque de récurrence, mais ce n'est pas une contre indication à la poursuite de l'isotrétinoïne orale l'été.

Bien entendu, toutes ces précautions devront d'autant plus être respectées que le patient est de phototype clair. Toutefois, la notion d'allergie au soleil notamment de lucite polymorphe peut être une indication d'arrêt transitoire l'été de l'isotrétinoïne orale.

cas de comptoir

Je suis sous isotrétinoïne, je pars bientôt à la mer. Faut-il arrêter le traitement ? Puis-je m'exposer ? Quel type de produit appliquer ? 9

Il est possible de s'exposer tout en continuant son traitement (l'isotrétinoïne orale n'est pas phototoxique, ni allergisante) en évitant bien évidemment le créneau 12-16h. Une protection solaire anti-UVA et anti-UVB d'indice élevé, au minimum 30B et si possible waterproof, est nécessaire. Une formule non parfumée est recommandée afin d'éviter tout risque de photosensibilisation. Enfin, ne pas oublier l'importance d'une photo-protection vestimentaire : T-shirt, casquette, lunettes.

QUELQUES REFERENCES UTILES...

- 1- Mc Cormack LS, Turner ML. Photosensitivity and isotretinoin therapy (1983) J Am Acad Dermatol. 9: 273-4.
- 2- Diffey B. L., Spiro J. G., et al. Photosensitivity studies and isotretinoin therapy. (1985) J Am Acad Dermatol 12: 119-21.
- 3- Wong RC, Gilbert M, Woo TY, Kang S, Petersen C, Ellis CN. Photosensitivity and isotretinoin therapy. (1986) J Am Acad Dermatol 14; 1095-6.
- 4- Ferguson J, Johnson BE. Photosensitivity due to retinoids : clinical and laboratory studies. (1986) Brit J Dermatol 115; 275-83
- 5- Ferguson J, Johnson BE. Retinoid associated phototoxicity and photosensitivity (1989) Pharmacol Ther. 40 ;123-35.
- 6- Auffret N, Bruley C, Brunetiere RA, Decot MC, Binet O. Photoaggravated allergic reaction to oral isotrétinoïne (1990) J Am Acad Dermatol 23; 321-2.

