

Skin Therapy Letter[®]

Volume 11 • Numéro 1 • Octobre 2016

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr. Charles Lynde

Dr Charles Lynde, MD, FRCPC**RÉDACTEUR EN CHEF**

Dr Charles Lynde est assistant professeur dans le Département de médecine à l'Université de Toronto et occupe un poste d'enseignement clinique à la University Health Network. Il est le directeur médical de Lynde Dermatology and Lynderm Research. Dr Lynde est membre de l'American Academy of Dermatology and Venereology (EADV), l'Association torontoise de dermatologie ainsi que de l'Association médicale de l'Ontario (OMA). Ses intérêts de recherche comprennent l'acné, le psoriasis, et l'arthrite psoriasique. Il est l'auteur ou le co-auteur de plus de 150 articles revus par des pairs. Dr Lynde est le principal initiateur de plus de 160 essais cliniques en dermatologie. Il est également l'éditeur du CDA Bulletin. Il siège sur le comité de rédaction de plusieurs journaux. Il conseille abondamment, et fait partie des conseils consultatifs de nombreuses compagnies pharmaceutiques.

**Dr Colleen Lawlor, MD, CCFP****CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE**

Dr Colleen Lawlor a choisi de bâtir sa pratique de médecine familiale au Continuum Medical Care situé dans le secteur ouest de Vancouver, Colombie-Britannique. Dr Lawlor a un baccalauréat en psychologie et une maîtrise en sciences en soins infirmiers. Elle est M.D. et CCMF. Elle a reçu sa formation médicale à l'Université du Texas à San Antonio.



Les numéros antérieurs sont archivés et disponibles sur notre site Web : www.SkinTherapyLetter.ca

GESTION DE LA DERMATITE CHRONIQUE DES MAINS : Un schéma pratique pour le médecin généraliste

M. Gooderham, MD, MSc, FRCPC¹; M. Bourcier, MD, FRCPC²; G. de Gannes, MD, FRCPC³;
G. Dhadwal, MD, FRCPC, FAAD³; S. Fahim, MD, FRCPC⁴; W. Gulliver, MD, FRCPC⁵;
I. Landells, MD, FRCPC⁵; C. Lynde, MD, FRCPC⁶; A. Metelitsa, MD, FRCPC⁷; S. Nigen, MD, FRCPC⁸;
Y. Poulin, MD, FRCPC, FAAD⁹; M. Pratt, MD, FRCPC⁴; N. H. Shear, BSc, MD, FRCPC¹⁰;
S. Siddha, MD, FRCPC¹¹; Z. Taher, MD, FRCPC¹²; R. Vender, MD, FRCPC¹³

¹Skin Centre for Dermatology, Peterborough, ON, Canada and Proby Medical Research, Waterloo, ON, Canada; ²Clinical Teaching Faculty of Medicine, Sherbrooke University, Sherbrooke, QC, Canada; ³Department of Dermatology & Skin Science, University of British Columbia, Vancouver BC, Canada; ⁴University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁵Dermatology & Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's, NL, Canada; ⁶Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ⁷Section of Dermatology, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; ⁸Department of Medicine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; ⁹Laval University, Quebec, QC, Canada and Hôpital Hotel-Dieu, Quebec, QC, Canada; ¹⁰Sunnybrook Dermatology, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ¹¹Women's College Hospital, Toronto, ON, Canada; ¹²Department of Medicine, University of Alberta, Edmonton, AB, Canada; ¹³Dermatrics Research Inc., Hamilton, ON, Canada

Introduction

La dermatite des mains (DM) a une incidence importante sur la qualité de vie de ceux qui en souffrent. Elle peut nuire tant aux activités professionnelles que domestiques et causer une détresse sociale et psychologique^{1,2}. Sa forme chronique, soit la dermatite des mains chronique (DMC), touche jusqu'à 10 % de la population, ce qui peut avoir un impact social considérable². Les lignes directrices canadiennes pour la gestion de la dermatite chronique des mains ont été publiées afin d'orienter la gestion de cet état pénible³. Cet article s'adresse au médecin généraliste et lui offre une orientation pratique pertinente pour le traitement des patients avec une DM.

Abréviations: DMC – dermatite des mains chronique ; ORL – oreilles, nez, larynx ; DM – dermatite des mains ; KOH – hydroxyde de potassium ; QV – qualité de vie ; ITC – inhibiteurs topiques de la calcineurine ; CST – corticostéroïdes topiques

Pour diagnostiquer la DM : les points importants à couvrir

- Établir si le patient fait de l'eczéma, ou s'il y a eu des antécédents d'eczéma pendant l'enfance (érythémateux, plaques squameuses avec quelques fissures en des endroits caractéristiques).
- Poser des questions sur une histoire personnelle ou familiale d'atopie, sans exclure l'asthme, les allergies ORL saisonnières, et les polypes nasaux.
- Poser des questions sur une histoire de psoriasis et de comorbidités comme le rhumatisme psoriasique.
- Le patient subit-il une exposition professionnelle pouvant causer une dermatite de contact allergique ou irritante ?
- Le patient a-t-il été exposé récemment à des irritants ? À de fréquents lavages des mains ?
- Faire un grattage cutané pour un examen au KOH et une culture fongique pour écarter Tinea manuum au besoin.

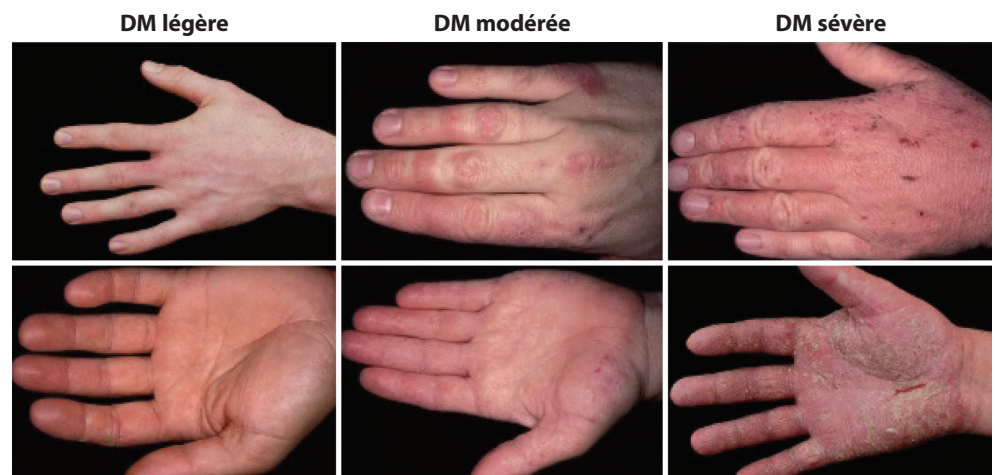


Figure 1. Exemples de dermatite des mains (DM)

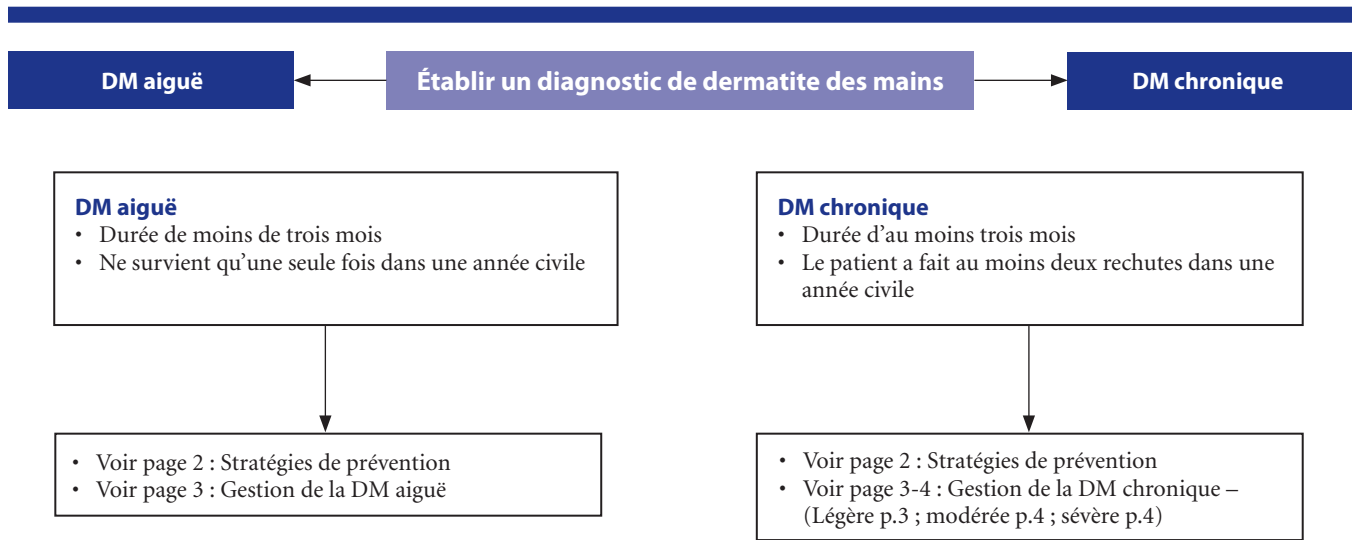


Figure 2. Établir un diagnostic de dermatite des mains aiguë et de dermatite des mains chronique (DMC). DM – dermatite des mains

Établir si la DM est aiguë ou chronique

- Il est important de premièrement différencier les formes aiguës des formes chroniques de la DM, les options de traitement pouvant varier.
- La DM aiguë dure moins de trois mois ou ne survient qu'une seule fois dans une année civile.
- La DMC dure au moins trois mois et / ou la patient fait au moins deux rechutes dans une année civile.

Diagnostic différentiel : DM aiguë
<ul style="list-style-type: none"> • Dyshidrose (pompholyx) • Dermatite aiguë de contact allergique • Dermatite de contact irritante • Tinea manuum

Diagnostic différentiel : DM chronique
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatite de contact allergique • Dermatite de contact irritante • Psoriasis • Tinea manuum • Lymphome cutané à cellules T • Maladie de Bowen

Un conseil : Cela pourrait-il être la teigne ?
<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les pieds pour des signes de Tinea pedis et d'onychomycose. • Chercher un bord avec une périphérie écailleuse évocatrice de la teigne. • Faire un grattage cutané pour un examen microscopique au KOH et une culture.

Un conseil : Cela pourrait-il être le psoriasis ?
<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les pieds, le cuir chevelu, les coudes, les genoux, le sillon interfessier, et le nombril pour des signes de psoriasis. • Vérifier les ongles pour des signes de psoriasis : petites dépressions à la surface, onycholyse, hyperkératose sous-unguéale, hémorragies linéaires sous l'ongle, taches saumonées (gouttes d'huile).

Prévention, évitement et éducation du patient

- Chaque patient avec une DM, aiguë ou chronique, doit protéger ses mains et éviter les facteurs d'irritation ou d'aggravation.
- Éviter les travaux humides, les lavages de mains fréquents, et les désinfectants pour les mains à base d'alcool.
- Le port de gants s'impose : porter des gants de coton à la maison ou pour la nuit ; gants avec coussinets de gel pour les frictions et gants de protection pour les travaux humides et l'exposition à des irritants.
- Les conseils suivants -- quoi utiliser, quoi éviter, et pratiques courantes utiles -- sont prévus pour les patients.

Faire	Ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Hydrater régulièrement les mains avec un émollient. • Autant que possible toujours protéger les mains avec des gants. • Garder les ongles bien coupés et propres. • Suivre le plan de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frotter, gratter ou tirer sur les peaux flasques. • Se laver ou tremper souvent les mains dans l'eau (éviter les travaux humides). • Exposer les mains à des irritants : savons de main liquides, désinfectants, shampoings, désinfectants pour les mains.

Évaluer et encourager l'observance thérapeutique du patient

- Demander aux patients d'apporter leurs produits et leurs prescriptions lors des consultations de suivi pour en évaluer l'usage.
- Des visites de suivi plus fréquentes améliorent l'observance thérapeutique.
- Fournir des informations sur la maladie, les options de traitement, et les effets secondaires possibles de la thérapie.
- Suggérer de joindre un groupe de soutien ou une organisation telle que la Société canadienne d'eczéma (<http://www.eczemahelp.ca/en/index.html>).

Thérapie avec émollients

- Tous les patients avec une DM devraient utiliser un émollient riche et doux pour favoriser la restauration de la barrière cutanée, et appliquer fréquemment tout au long de la journée.
- Des applications régulières peuvent prévenir les démangeaisons et réduire le nombre de poussées.
- Pour l'eczéma de type hyperkératosique, les patients devraient utiliser un émollient avec un agent kératolytique (acide salicylique 10-20 % ou urée 5-10 %).
- De la vaseline non parfumée ne coûte pas cher et soulage de nombreux patients.

Gestion de la DM aiguë

- Il est important de poser le diagnostic de DM aiguë afin de débiter le traitement aussi vite que possible, question de maximiser les résultats et prévenir la chronicité.
- Les patients avec une DM devraient être bien conseillés sur sa prévention et les stratégies d'évitement.
- L'évitement des irritants et des allergènes potentiels ainsi que l'usage régulier d'émollients sont indispensables.
- Le traitement précoce comprend le contrôle des poussées avec un corticostéroïde topique puissant ou très puissant (CST) en application deux fois par jour. Par exemple : une crème de propionate de clobétasol 0,05 % appliquée deux fois par jour est généralement efficace pour les poussées aiguës.
- Pour les poussées moins sévères, penser à une pommade avec valérate de bétaméthasone 0,1 % en application deux fois par jour jusqu'à ce qu'elles soient maîtrisées.
- Pour les cas plus sévères, les stéroïdes systémiques (prednisonne, triamcinolone intramusculaire) devraient être envisagés. La prednisonne à la dose orale initiale de 40-50 mg une fois par jour, que l'on réduit graduellement sur trois semaines, est un traitement efficace.
- Éviter les traitements courts à la prednisonne cela pouvant favoriser de nouvelles poussées. Il est préférable de diminuer la dose de façon graduelle.
- Rechercher des signes d'infection et les traiter simultanément.
- Essayer d'identifier toute exposition à des allergènes et conseiller de les éviter. Si une allergie est soupçonnée, le patient devrait être envoyé pour un test épicutané.
- Une fois la DM sous contrôle, il faut penser à une thérapie d'entretien avec des inhibiteurs de la calcineurine (ITC) tel que l'onguent de tacrolimus 0,1 % deux fois par jour quand nécessaire, ou deux fois par semaine dans le cadre d'une thérapie d'entretien.

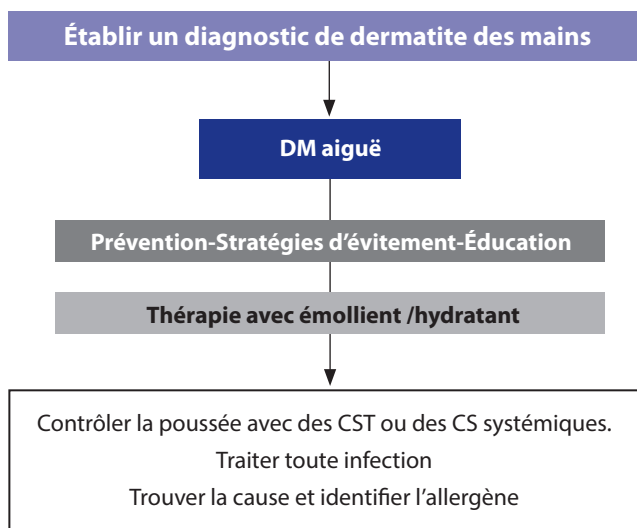


Figure 3. Algorithme de traitement basé sur la sévérité pour la gestion de la dermatite des mains (DM), CS : corticostéroïdes ; CST : corticostéroïdes topiques

Considération sur la QV

- Les patients qui ont une DMC bénigne ou modérée qui affecte beaucoup leur QV devraient être soignés comme ayant une DMC sévère.

Le saviez-vous ?

- Les agents topiques d'hydrocortisone ne devraient pas être recommandés dans la majorité des cas de DM car ils sont rarement efficaces, et les patients peuvent y devenir sensibilisés.
- L'hydrocortisone est responsable de la majorité des allergies aux produits stéroïdiens topiques.

Gestion de la DM chronique

- Le plan de traitement pour la DMC dépend de sa gravité : légère, modérée ou sévère.

Gestion de la DMC légère

- Les patients avec une DMC légère devraient être éduqués sur une prévention adéquate et des stratégies d'évitement comme indiqué plus haut.
- Une thérapie régulière avec émollient devrait être suivie pour restaurer et préserver la barrière cutanée.
- Une thérapie avec CST doit débiter avec valérate de bétaméthasone 0,1 % pommade deux fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
- S'il n'y a pas de réaction favorable, il faudrait évaluer l'observance thérapeutique. Demander au patient d'apporter ses médicaments à la prochaine visite de suivi pour évaluer la quantité du produit réellement utilisée.
- Le patient peut alors être conseillé sur la bonne façon d'utiliser le produit et recevoir un soutien pour la gestion continue.
- S'il n'y a pas de réaction favorable à la suite d'un essai approprié, il faudrait prescrire en traitement de deuxième intention un CS plus puissant, tel que propionate de clobétasol 0,05 % pommade. Réévaluer après 2 semaines. S'il n'y a pas de réaction favorable à la suite d'un essai approprié d'un CS puissant ou superpuissant, il faudrait considérer que le patient fait une DM modérée.

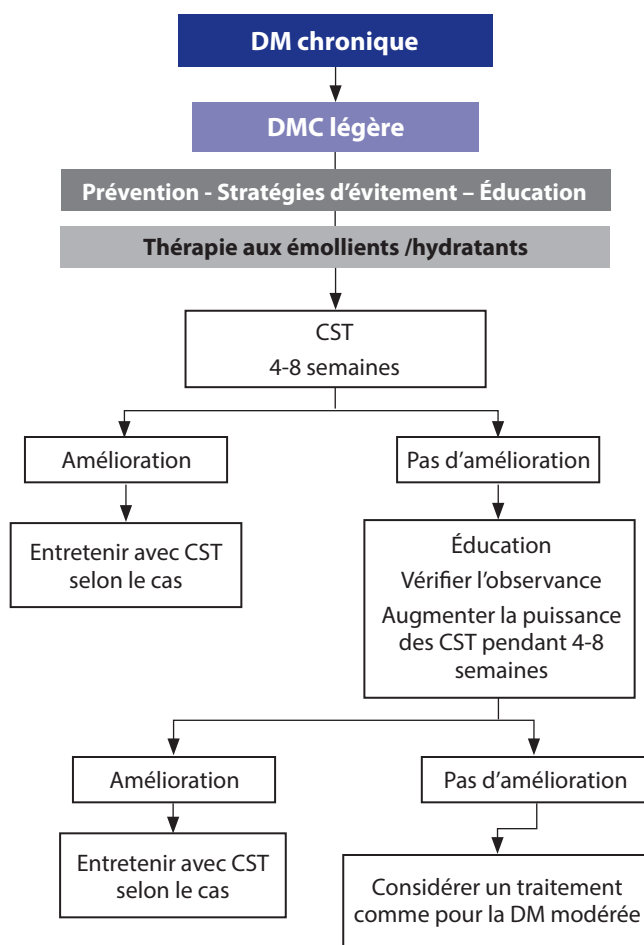


Figure 4. Algorithme de traitement pour la gestion de la dermatite des mains (DM) chronique légère. DMC – Dermatite des mains chronique ; CST – corticostéroïdes topiques

Conseil : Toujours évaluer l'observance du traitement, réviser le diagnostic et éliminer tout contact avec un allergène, une infection concomitante ou une colonisation quand le patient ne répond pas à la thérapie.

Gestion de la DMC modérée

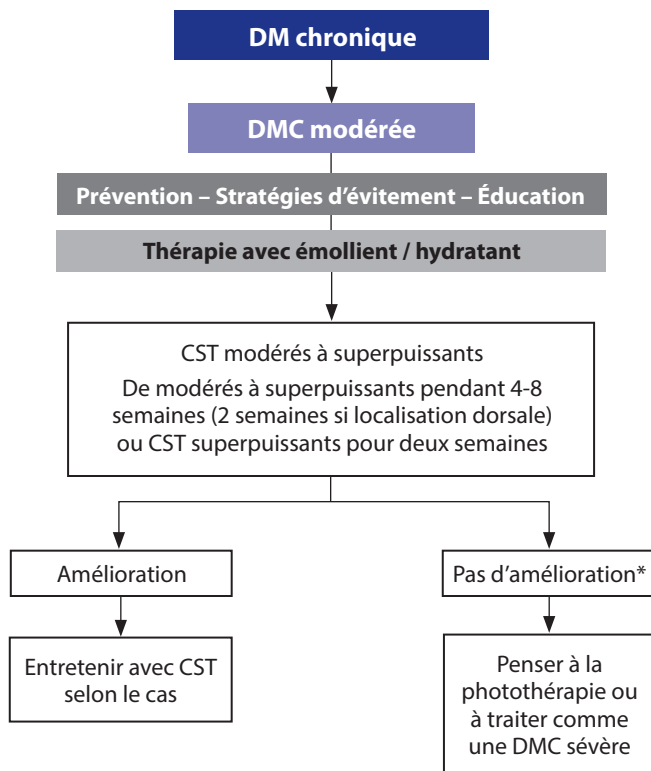
- En plus de l'usage régulier d'émollients, les patients avec un diagnostic de DMC modérée devraient recevoir un essai de traitement pendant 4-8 semaines avec un CST modéré comme valérate de bétaméthasone 0,1 % pommade, ou un CST superpuissant comme propionate de clobétasol 0,05% pommade pour un essai de deux semaines. S'il y a amélioration, le patient peut poursuivre ce traitement comme nécessaire jusqu'à la maîtrise de sa maladie.
- Une autre option consiste à faire un traitement de soutien par un CST tel que tacrolimus 0,1 % pommade deux fois par jour au besoin, ou deux fois par semaine pour l'entretien. S'il n'y a pas d'amélioration, réviser le diagnostic et évaluer le patient pour son observance.
- Si le diagnostic de DMC modérée est confirmé, considérer le traitement du patient avec de la photothérapie, si accessible. Si non disponible ou si le patient ne répond pas, considérer le traiter comme ayant une DMC sévère.

Conseil de sécurité

Lorsque les patients donnent des signes d'effets défavorables aux CST, y compris l'atrophie et les télangiectasies, ou qu'ils ne peuvent pas supporter l'usage de stéroïdes topiques, penser à l'usage des ITC (tacrolimus 0,1 % pommade) comme option de thérapie topique non stéroïdienne en traitement et pour l'entretien.

Quand référer un patient

- Les patients devraient être référés à un dermatologue quand :
 - ils risquent d'avoir besoin d'un test épicutané ;
 - ils ne répondent pas à la thérapie ;
 - leur état s'aggrave au lieu de s'améliorer ;
 - ils ont besoin de photothérapie.

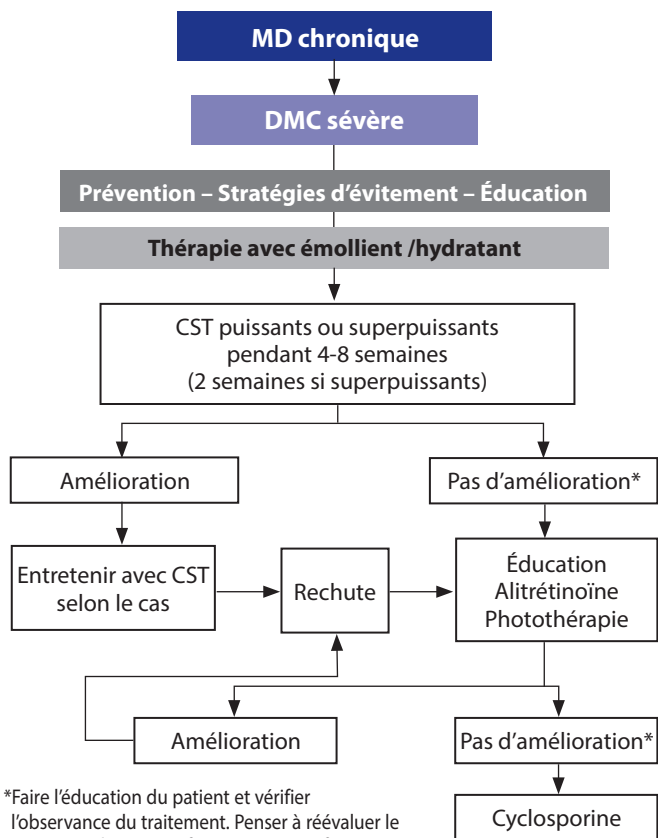


*Faire l'éducation du patient et vérifier l'observance du traitement. Penser à réévaluer le cas et à exclure une infection ou une infestation, ou à considérer un diagnostic différentiel.

Figure 5. Algorithme de traitement pour la gestion de la dermatite des mains (DM) chronique modérée. DMC : dermatite des mains chronique ; CST : corticostéroïdes topiques.

Gestion de la DMC sévère

- Les patients qui sont diagnostiqués avec une DMC sévère, les patients avec une DMC légère à modérée qui n'ont pas répondu à un essai adéquat de thérapie, ou les patients dont la QV est vraiment affectée par leur DMC, devraient être traités comme ayant une DMC sévère.
- Le traitement devrait débuter avec un CST puissant ou superpuissant tel propionate de clobétasol 0,05 % pommade deux fois par jour pendant 4-8 semaines (2 semaines sur la face dorsale des mains s'il s'agit du CST superpuissant). S'il y a amélioration, les patients peuvent continuer son usage chaque fois que nécessaire, ou changer pour un ITC pour une thérapie d'entretien continue.
- Les patients devraient être réévalués après 4 à 8 semaines. S'ils ne répondent pas à la thérapie, considérer l'observance et revoir les soins appropriés.
- Un traitement par photothérapie peut être envisagé si disponible.
- La prochaine intention de thérapie basée sur les meilleures preuves disponibles⁴ est un traitement avec l'alitrétinoïne orale (30 mg oralement une fois par jour). L'alitrétinoïne ne devrait être prescrite que par les médecins qui savent utiliser les rétinoïdes.
- Comme pour tous les rétinoïdes, il faut user de prudence avec les femmes en âge de procréer à cause de leur potentiel tératogène. Il est également recommandé de surveiller la thérapie par des tests sanguins réguliers pour l'hépatotoxicité et les altérations du profil lipidique.
- Si le patient répond à la thérapie, elle devrait être poursuivie pendant 3-6 mois puis réévaluée à ce moment. Les patients peuvent alors arrêter la thérapie et continuer avec un entretien continu avec une thérapie locale. Si par la suite, ils ont une poussée, ils peuvent être à nouveau traités avec l'alitrétinoïne⁵.
- Un patient qui ne répond pas après 12 semaines d'alitrétinoïne, doit être référé pour une confirmation du diagnostic ou d'autres options de traitement, ceux-ci pouvant inclure un traitement avec immunosuppresseurs comme la cyclosporine, le méthotrexate, le mofétilmycophénolate ou l'azathioprine.



*Faire l'éducation du patient et vérifier l'observance du traitement. Penser à réévaluer le cas et à exclure une infection ou une infestation, ou à considérer un diagnostic différentiel.

Figure 6. Algorithme de traitement pour la gestion de la dermatite des mains (DM) chronique sévère. DMC : dermatite des mains chronique ; CST : corticostéroïdes topiques

Classe de médicaments Nom générique (nom commercial)	Niveau de preuve	Résumé
Acitrétine (Soriatane®)	B	• Un essai clinique aléatoire à simple insu à petite échelle (n=29) a montré l'efficacité de 30 mg d'acitrétine une fois par jour ⁸
Alitrétinoïne (Toctino®)	A	• Un essai clinique aléatoire à double insu à grande échelle a montré une efficacité supérieure comparativement à un placebo chez ceux qui sont réfractaires à l'usage des CST • 48 % des patients présentaient une normalisation ou une quasi-normalisation de la peau des mains ⁴ après 12-24 semaines
Cyclosporine (Néoral®)	B	• Un petit essai clinique aléatoire a montré qu'une faible dose de cyclosporine était aussi efficace que le dipropionate de bétaméthasone ⁹
Inhibiteur de la calcineurine topique	B	• Petits essais montrant que le pimécrolimus et le tacrolimus étaient légèrement plus efficaces ⁷ que le véhicule mais ils n'étaient pas significatifs sur le plan statistique • Les ITC ne sont pas indiqués dans la DMC mais ils peuvent être économiseurs des stéroïdes
Corticostéroïdes topiques	B	• Piliers de la thérapie topique pour la DMC en dépit de la rareté d'essais bien contrôlés • Efficacité prouvée à court terme avec rechute après l'arrêt • L'usage continu avec un dosage d'entretien est nécessaire pour maintenir l'effet bénéfique ⁶

Table 1. Résumé des preuves

Niveaux de preuve :

- A. Preuves de bonne qualité axées sur le patient. Par exemple : essais cliniques aléatoires à double insu à grande échelle
 B. Preuves de qualité inférieure axée sur le patient. Par exemple : essais cliniques aléatoires à petite échelle non contrôlés ou études d'observation
 C. Autres preuves, par exemple : lignes directrices par consensus, extrapolations de recherches en laboratoire, opinions, histoires de cas

Conclusion

La DM présente un lourd fardeau pour le patient et affecte énormément sa QV. Pour une gestion optimale de la DM aiguë ou chronique, il est important d'en faire le dépistage précoce. Il faut écarter d'autres affections comme Tinea manuum et le psoriasis, et traiter celles-ci de façon appropriée. Une fois le diagnostic de DM confirmé, son traitement dépendra de sa gravité. Un algorithme de traitement a été mis au point pour aider le médecin généraliste à poser le diagnostic de DM, à référer le patient ou à le traiter en conséquence. Peu importe l'option de traitement prescrite, tous les patients doivent être sensibilisés à la thérapie avec un émollient, la protection des mains et l'évitement des irritants ou allergènes, facteurs qui peuvent être à l'origine de leur affection.

Référence

1. Diepgen T.L., Agner T., Aberer W., et coll., Management of chronic hand eczema, Contact Dermatitis 2007;57:203-10, doi:10.1111/j.1600-0536.2007.01179.x.
2. Agner T., Hand Eczema. Dans : Johansen J.D., Frosch P.J., Lepoittevin J.-P., éditeurs, Contact dermatitis, 5^e éd. Berlin: Springer-Verlag; 2011. p. 395-406.
3. Lynde C., Guenther L., Diepgen T.L., Sasseville D., Poulin Y., Gulliver W., Agner T., Barber K., Bissonnette R., Ho V., Shear N.H., et Toole J., Canadian Hand Dermatitis Management Guidelines. J Cut Med Surg 2010; 14(6): 267-284.

4. Ruzicka T., Lynde C.W., Jemec G.B., et coll., Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial, Br J Dermatol 2008;158:808-17, doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08487.x.
5. Bissonnette R., Worm M., Gerlach B., et coll., Successful retreatment with alitretinoin in patients with relapsed chronic hand eczema, Br J Dermatol 2009;162:420-6, doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09572.x.
6. Veien N.K., Larsen P., Thestrup-Pedersen K., et Schou G., Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate, British Journal of Dermatology, Volume 140(5): 882-886, May 1999.
7. Krejci-Manwaring J., McCarty M.A., Camacho F., Manuel J., Hartle J., Fleischer A. Jr et Feldman S.R. : Topical tacrolimus 0.1% improves symptoms of hand dermatitis in patients treated with a prednisone taper, J Drugs Dermatol, 7:643-646. 2008. PubMed/NCBI.
8. Thestrup-Pedersen K., Andersen K.E., Menne T., and Veien N.K., Treatment of hyperkeratotic dermatitis of the palms (eczema keratoticum) with oral acitretin. A single blind placebo controlled study, Acta Derm Venereol 2001; 81: 353-355
9. Granlund H., Erkkö P., Eriksson E., et Reitamo S., Comparison of cyclosporine and topical betamethasone-17,21-dipropionate in the treatment of severe chronic hand eczema, Acta Dermato-Venerologica [1996, 76(5):371-376].

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef: Dr. Charles Lynde

Visitez le [www. SkinTherapyLetter.ca](http://www.SkinTherapyLetter.ca) et abonnez-vous dès aujourd'hui !

Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	ActinicKeratosis.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca
CosmeticProcedureGuide.ca	DermatologyCare.ca	EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca
GenitalWarts.ca	HandEczema.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	SkinCoverup.com	Sweating.ca
UnwantedFacialHair.ca			

Sites pour les professionnels en médecine :

Dermatologists.ca	PASIttraining.com	SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca
SkinTherapyLetter.com			

Sites de réseaux d'entraide sociale pour les patients et les professionnels de soins de santé :

PsoriasisPatients.com	Youtube.com/SkinExpertsTalk
--	--

Nous désirons vos commentaires ! Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante : info@skintherapyletter.com

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation pour la distribution de nos publications en 2016 :

Actelion Pharmaceutiques Canada inc.

Celgene Inc.

Cipher Pharmaceuticals Inc.

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2016 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.com Ltd., 1003-1166 Alberni Street, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6E 3Z3. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabriquant.