



La médecine collaborative au service de tous

ANNEXES

DOSSIER DE PRESSE

#SKIN POWER

L'espoir à fleur de peau



Table des matières

Les maladies inflammatoires de la peau

● Le psoriasis	P. 4
● La dermatite atopique	P. 5
● La Maladie de Verneuil	P. 7
● La pelade	P. 9
● Le vitiligo	P. 12

Fiches règles ingiéno-diététiques

● L'alimentation	P. 16
● L'activité physique	P. 17
● Les soins dermato cosmétiques	P. 19
● La gestion du stress	P. 21

Les maladies inflammatoires de la peau

LE PSORIASIS



Maladie de composante génétique importante, relativement fréquente qui touche **2 à 4% de la population française et mondiale**, féminine et masculine à part égale. **Entre 1,5 et 3 millions de personnes sont touchées avec 80% de formes légères à modérées et 90% qui présentent des formes en plaques.**

Dans environ 30% des cas, le psoriasis se complique d'une atteinte des articulations. De plus, les personnes atteintes de psoriasis sont plus susceptibles de souffrir d'autres maladies chroniques, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Une détection précoce et un traitement approprié sont de la plus haute importance pour prévenir leur progression.

Sur la peau, le psoriasis se manifeste par des plaques rouges, épaisses, délimitées de la peau normale adjacente, avec une accumulation de peau morte en surface dites squames. Les localisations les plus fréquentes sont les coudes, les genoux, le cuir chevelu, le contour des oreilles, le dos en regard du coccyx. Les plaques sont de tailles variables selon le patient, de très grandes à très petites (gouttes), rouges ou rosées.



Les formes légères sont les plus fréquentes et la grande majorité des personnes n'ont que quelques plaques. Parfois le psoriasis est localisé à une seule zone du corps et son diagnostic peut alors être plus difficile : dans les plis, dans les paumes de mains et plantes de pieds, sur les ongles, sur les parties génitales.

Le traitement du psoriasis vise à soulager les symptômes, réduire l'inflammation et prévenir les poussées de la maladie. Les options de traitement varient en fonction de la sévérité du psoriasis, de la localisation des lésions et des facteurs individuels. Établir un plan de traitement adapté à chaque personne est alors de rigueur. Les prescriptions contiennent parfois des traitements topiques (appliqués sur la peau), de la photothérapie (avec des UV) ou des médicaments systémiques (classiques et biologiques).

LA DERMATITE ATOPIQUE

Également appelée eczéma atopique, cette affection cutanée inflammatoire chronique et récurrente **touche environ 2 millions d'adultes en France**. C'est la seconde maladie de peau la plus fréquente après l'acné et devant le psoriasis. Elle est due à une anomalie de la réponse immunitaire et une déficience de la barrière cutanée. **Elle débute généralement dans la petite enfance puisque 850 000 enfants de 6 à 11 ans sont atteints de dermatite atopique en France**. Elle persiste à l'âge adulte dans plus de 50 % des cas et se déclare chez 20 % des patients après l'âge de 20 ans.

Elle est caractérisée par des démangeaisons intenses, des rougeurs, des lésions cutanées sèches et desquamations. Cette maladie affecte souvent les personnes ayant des antécédents familiaux d'atopie, tels que l'asthme ou les allergies.



Grâce à une meilleure compréhension des origines multiples de la maladie, de nouveaux médicaments ont pu être développés et des pistes thérapeutiques sont à l'étude.

Sur le plan immunologique, les surexpressions des interleukines 4 et 13 jouent un rôle bien établi dans le déclenchement de la DA mais des facteurs génétiques, notamment des mutations au niveau de

la protéine filaggrine qui assure la cohésion des cellules de la peau, des facteurs environnementaux et des anomalies du microbiome cutané, sont impliqués dans son développement.

Les facteurs intervenant dans la physiopathologie de la DA sont multiples :

- **Barrière cutanée défectueuse** : mutation du gène codant pour la protéine de la filaggrine dans 30% des cas ainsi que d'autres anomalies (jonctions serrées, protéines épidermiques)
- **Terrain génétique** ; anomalies de la réponse immune innée (anomalie de la réponse aux récepteurs TLR, anomalies des peptides anti-microbiens dans la peau)

- **Anomalies de la réponse immune adaptative de type TH1/Th17** (dans les réactions chroniques) et Th2/Th22 (dans les réactions aiguës)
- **Auto-immunité** (principalement auto-IgE dans les formes de DA chroniques de l'adulte)
- **Dysbiose du microbiote cutané** : déséquilibre de la diversité du microbiote favorisant la prolifération du staphylocoque doré aux dépens des autres bactéries commensales cutanées
- **Dysbiose du microbiote digestif**
- **Grattage chronique** induisant la libération d'une cytokine clé, la TSLP, issue des kératinocytes. Cette cytokine induit une cascade inflammatoire
- **Les allergènes et les endotoxines bactériennes** agissent sur l'ensemble des précédents facteurs impliqués dans la DA.

Comme toutes maladies chroniques, la DA ne se guérit pas, mais ses poussées et son évolution peuvent, aujourd'hui, être contrôlées grâce aux traitements proposés. Sa prise en charge varie selon la sévérité : des émoullients pour hydrater la peau et restaurer la barrière épidermique altérée et des dermocorticoïdes pour leur action anti inflammatoire. Le tacrolimus topique, un immunosuppresseur qui n'est pas à base de cortisone, est aussi beaucoup utilisé. Ces traitements sont en général suffisants pour les formes légères mais, dans les formes sévères, la photothérapie est utilisée, les immunosuppresseurs et/ou des biothérapies également.

Ne pas confondre la dermatite atopique avec d'autres pathologies :

Il est important de ne pas confondre l'eczéma avec d'autres maladies cutanées, car chaque condition a des caractéristiques spécifiques et des mécanismes sous-jacents différents. Il est important de consulter un professionnel de la santé pour un diagnostic précis.



LA MALADIE DE VERNEUIL

Elle est caractérisée par l'apparition d'abcès purulents. C'est une inflammation chronique et suppurante de la peau qui ne touche que les zones du corps où il existe une certaine variété de glandes appelées apocrines. Ces glandes sont présentes au niveau de la peau des régions ano-périnéales, au niveau des plis de l'aîne, des aisselles, des mamelons chez la femme et derrière les oreilles.

Il s'agit d'une maladie dont la fréquence est mal connue, estimée par certains à 1 cas pour 300 habitants. La maladie de Verneuil est à l'origine de 4,7 % des suppurations de la région ano-périnéale. Il ne s'agit donc pas d'une maladie rare, et si elle fait partie des maladies dites orphelines c'est parce qu'elle est mal connue et peu étudiée. Dans la très grande majorité des cas, la maladie n'apparaît qu'après la puberté. La maladie évolue sous la forme de poussées inflammatoires totalement imprévisibles, classiquement, on distingue plusieurs stades de sévérité pour cette pathologie.

La classification de Hurley, basée sur l'aspect clinique, va de « Maladie de Hurley de stade 1 » à « Maladie de Hurley de stade 3 » et permet de guider la prise en charge.

- **Le stade 1 concerne 68 % des patients et commence vers 23 ans.** Les nodules contiennent peu de microbes. Une rémission est normalement obtenue en 6 semaines après une antibiothérapie ciblée. En l'absence de facteurs aggravants, ces patients restent à ce stade 1 de Hurley toute leur vie.
- **Le stade 2 est de sévérité intermédiaire.** Il touche 28 % des patients et débute après la puberté, avec des lésions laissant des intervalles de peau saines dans les zones atteintes. Elles contiennent une diversité bactérienne plus riche que celle des lésions de stade 1 de Hurley, mais moindre que celles de stade 3.
- **Le stade 3 concerne 4 % des patients et commence dès la puberté.** Les bactéries dans les plastrons sont très nombreuses, variées et résistantes, sans aucun intervalle de peau saine dans les zones atteintes.

Les stades 2 et 3 sont pris en charge par une antibiothérapie lourde et ciblée contre les agents pathogènes, sur une durée de 3 à 6 mois.

Quand le patient est en rémission, une surveillance rapprochée est nécessaire. Pour les patients les plus gravement atteints, l'ablation chirurgicale de la ou des zones les plus touchées permet d'obtenir une rémission durable dans la zone opérée, à la condition d'un traitement d'entretien continu après la chirurgie.

La maladie a des conséquences importantes sur la mobilité, la vie quotidienne et la pratique des loisirs. Malgré cela, les malades souffrent très souvent d'un retard de diagnostic : il leur faut en moyenne consulter six médecins et attendre six à huit ans avant que celui-ci ne soit posé. La maladie de Verneuil est en effet souvent confondue avec de simples poils incarnés, une furonculose ou de l'acné sévère.

LA PELEDE



La pelade est une maladie auto-immune, caractérisée par la chute des cheveux en plaques. Elle n'est pas contagieuse. L'impact sur la qualité de vie peut être très important, avec un retentissement important tant sur le plan personnel que social.

La prévalence globale de la pelade se situe entre **0,1 et 0,2 %**, sans prédominance de genre. Elle concerne tous les âges mais les deux tiers des personnes atteintes sont âgés de moins de 30 ans.

La physiopathologie de la maladie est complètement élucidée, impliquant une dysrégulation immunitaire (activation de certaines cellules de l'immunité, les lymphocytes contre certains constituants des poils/ cheveux), chez des sujets

parfois génétiquement prédisposés (certaines formes sont familiales).

Certains patients rapportent le stress comme facteur déclencheur. A noter que la maladie elle-même est source de stress.

L'association à d'autres maladies auto-immunes est classique : Lupus érythémateux systémique , maladies de la thyroïde, Polyarthrite rhumatoïde, ...

Le diagnostic reste clinique, ne nécessitant aucun examen complémentaire. Une biopsie peut être pratiquée par le dermatologue, elle permet plutôt d'éliminer un diagnostic différentiel (autres causes d'alopecies, notamment cicatricielles).

Un bilan peut être demandé pour rechercher une maladie auto-immune associée, notamment une thyroïdite.

Sur le plan clinique on observe des plaques alopeciques (sans cheveux), avec une peau en regard normale, souple (pas d'atrophie ni d'infiltration). La taille, le nombre des plaques et leur localisation est variable. Le cuir chevelu est la localisation la plus classique. Les cils, les sourcils, la barbe peuvent également être concernés.



Les ongles peuvent être atteints : Onychopathie peladique dans 7 à 66% des cas. Les ponctuations en dé à coudre et la trachyonychie (surface irrégulière des ongles) sont les présentations cliniques les plus communes.

Le patient ne rapporte de signes fonctionnels associés : pas de prurit (démangeaisons), douleurs.

Bien qu'habituellement limitée, la pelade peut évoluer jusqu'à la perte complète des cheveux (pelade décalvante) voire atteindre l'ensemble des zones pileuses (pelade universelle).

L'évolution est imprévisible :

- Repousse au bout de plusieurs mois le plus souvent
- Extension des plaques
- Récidives fréquentes
- Formes chroniques et extensives.

Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif de la pelade.

La prise en charge n'est pas standardisée. Le choix du traitement dépend de l'étendue des lésions de leur localisation et du terrain du patient. Le traitement est souvent difficile et long (plusieurs mois).

Pour les formes limitées, on proposera des corticoïdes locaux, des infiltrations de corticoïdes au niveau des plaques, du tacrolimus en topique, en association ou non au minoxidil solution ou irritants locaux.

Pour les formes plus étendues, un traitement par des ultra-violets (UV), immunothérapie de contact, des corticoïdes systémiques soit en bolus pou per os, des immunosuppresseurs (méthotrexate) peuvent être proposés.

Une prise en charge psychologique peut être proposée en concertation avec le patient, notamment avec des associations de patients.

Dans certaines situations le camouflage constitue la seule alternative :

Une prothèse capillaire (perruque ou postiche), peut être proposée aux patients.
Tatouage des sourcils ou du bord libre des paupières, en particulier chez les femmes.

Le pronostic est variable. Il a été noté un moins bon pronostic lors d'un premier épisode étendu dans l'enfance, l'association à certains troubles dysimmunitaires, certaines altérations unguéales, ancienneté de la pelade.

La découverte de nouvelles voies de signalisation a élargi l'arsenal thérapeutique avec l'utilisation récente des inhibiteurs de la Janus Kinase (JAK) par voie systémique ou topique.

Références

-Mirzoyev S.A., Schrum A.G., Davis M.D., Torgerson R.R.: *Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1% by Rochester Epidemiology Project, 1990-2009. J Invest Dermatol 2014; 134: pp. 1141-1142.*

-Gilhar A., Etzioni A., Paus R.: *Alopecia areata. N Engl J Med 2012; 366: pp. 1515-1525.*

-Sterkens A, Lambert J, Bervoets A. *Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options. Clin Exp Med. 2021 May;21(2):215-230.*

LE VITILIGO



Le vitiligo est une dermatose chronique. Il touche 1 à 2% de la population en Europe et dans le Monde. Il se caractérise par la destruction des mélanocytes (cellules responsables de la couleur de la peau). Il s'en suit une dépigmentation de la peau et parfois des cheveux. Cette dermatose est très affichante avec un retentissement très important sur la qualité de vie.

La genèse du vitiligo est complexe, associant des facteurs génétiques et environnementaux (traumatisme, stress oxydatif). Les mélanocytes devenant fragiles, ils sont sensibles aux frictions, ce qui se traduit par un phénomène de kobner qui se caractérise par le développement d'une dépigmentation sur une zone récemment traumatisée.



On retrouve parfois des antécédents familiaux de vitiligo et à des antécédents familiaux ou personnels de maladie auto-immune. La recherche d'une maladie auto-immune de la thyroïde est préconisée dans certaines études.

Le diagnostic du vitiligo est clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire. Exceptionnellement le dermatologue réalisera une biopsie cutanée. L'utilisation d'une lampe de Wood, peut être utile pour déterminer avec précision l'étendue des lésions, en montrant un rehaussement blanc laiteux

On distingue deux grands groupes, en fonction de leur présentation clinique et leur profil évolutif :

- **Le vitiligo non segmentaire :**

Forme plus généralisée, la plus commune. Il se présente sous forme de macules (plaques sans relief, planes) de taille variable, achromiques (blanches, décolorée), bien limitées, sans atrophie ni infiltration (consistance de peau normale). Les lésions sont habituellement bilatérales et symétriques, localisées aux zones de frottement (membres, tronc, mains, coudes, genoux, visage...). Les poils et les cheveux peuvent être blancs en regard des plaques (leucotrichie). Il peut toucher l'ensemble du corps, réalisant un « vitiligo universalis »

- **Le vitiligo segmentaire :**

Plus rare, il est habituellement unilatéral, localisé sur une zone anatomique (front, épaule ...) avec parfois une disposition en bande.

Le vitiligo peut survenir à tous les âges mais près de 50% des patients débutent leur maladie avant l'âge de 20 ans. Le vitiligo segmentaire a un âge d'apparition plus précoce que le vitiligo non segmentaire.

Traitement

Il n'existe pas de traitement curatif du vitiligo. Le traitement dépend de la forme clinique, de la localisation et de l'étendue des lésions. Il est important de rapidement traiter un vitiligo actif. Le traitement est fastidieux et long (plusieurs mois).

Les objectifs du traitement sont de :

- Stabiliser la maladie
- Stimuler la pigmentation des lésions
- Prévenir les récurrences

Pour le vitiligo universalis, une dépigmentation de la peau normale résiduelle sera discutée avec le patient.

Un camouflage cosmétique (si désiré) est recommandé pour tous les patients afin de les aider à faire face au fardeau psychosocial de la maladie.

Le choix du traitement dépend du profil évolutif (maladie active/ stable), de l'étendue et de la localisation des lésions. Il faudra systématiquement éviter les traumatismes cutanés. A noter que sans ultra-violet (UV), naturels ou en cabine, la repigmentation du vitiligo paraît difficile.

Les corticostéroïdes topiques ou les inhibiteurs de la calcineurine sont le traitement de première intention lorsque la surface corporelle est limitée.

Pour les formes étendues, la photothérapie UV-B-TL01, 2-3 fois/ semaine est indiquée.

Une corticothérapie systémique (mini pulse de cortisone) est efficace sur le vitiligo actif.

Les greffes de mélanocyte sont indiquées dans le vitiligo localisé, stable (depuis au moins 1 an) et le vitiligo segmentaire.

Pour éviter les récurrence (40-50% dans la première année) , un traitement d'entretien par des traitements locaux (corticoïdes, tacrolimus) et UV thérapie sont préconisés.

De nombreuses perspectives thérapeutiques sont actuellement discutées. On citera les inhibiteurs de la voie JAK en topique et per os, qui ont déjà montrés leur efficacité dans cette maladie.

Références

1-Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology*. 2020;236(6):571-592.2-Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A focus on pathogenesis and its therapeutic implications. *J Dermatol*. 2021 Mar;48(3):252-270.

CONSEILS

hygiéno-diététiques

Les conseils hygiéno-diététiques en dermatologie jouent un rôle important dans le maintien d'une peau saine et la gestion de certaines affections cutanées. Bien que chaque personne puisse avoir des besoins spécifiques en fonction de son type de peau et de ses conditions dermatologiques, des conseils généraux sont valables pour tous.



L'ALIMENTATION

L'alimentation peut jouer un rôle dans les dermatoses inflammatoires. Il est important de rappeler l'unicité de chaque cas. Cependant, plusieurs généralités peuvent majoritairement être mises en place :

- **Une alimentation riche en aliments anti-inflammatoires** aide à réduire l'inflammation dans le corps et permet un impact positif sur les affections dermatologiques. Cela inclut des aliments riches en oméga-3 (poissons gras, graines de lin, noix), en antioxydants, les fruits et légumes colorés et les épices anti-inflammatoires (curcuma, gingembre).
- **Une sensibilité à des aliments déclenchant ou aggravant les symptômes dermatologiques est possible.** Il s'agit généralement d'allergènes, tels que les produits laitiers, le gluten, les agrumes, les œufs, etc. Tenir un journal alimentaire est alors utile pour identifier d'éventuels déclencheurs.
- **Boire suffisamment d'eau est essentiel.** L'hydratation aide à prévenir la sécheresse cutanée : problème fréquent dans les dermatoses.
- **Certains suppléments, tels que les oméga-3, la vitamine D et les probiotiques,** peuvent également avoir des effets bénéfiques sur la santé de la peau.



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les dermatologues recommandent de faire de l'exercice car quel qu'il soit, l'effort physique permet de lutter contre le stress favorisant les inflammations de la peau. Une étude a démontré son effet protecteur sur l'apparition des plaques de psoriasis lorsqu'elles sont sévères (Jama. 2012 ; 148 (8): 918-924.).

Cependant des réflexes s'imposent avant, pendant et après une séance de sport pour ne pas amplifier ses problèmes cutanés.

1. Avant :

- **Choisir le bon moment pour les sports d'extérieur** en été plutôt le matin, l'hiver à l'heure du déjeuner.
- **Hydrater sa peau avec un émollient ou une crème barrière** 1 heure avant si vous allez dans l'eau. Pour les activités extérieures, la crème solaire (indice 50) si l'indice UV est supérieur à 2.
- **Boire beaucoup d'eau.**
- **Porter une tenue ample pour limiter les frottements**, et des couleurs claires pour réfléchir les radiations, en privilégiant des tissus techniques anti-transpiration. Si besoin, mettre un bandeau ou des poignets.

2. Pendant :

- **S'échauffer progressivement**, fractionner les séances en alternant phases d'effort et de repos.
- Pendant les phases de repos, **tamponner sa peau avec une serviette, boire de l'eau** et, en cas de chaleur sèche, se rafraîchir avec des sprays d'eau thermale ou des glaçons pour soulager les démangeaisons.

3. Après :

- **Prendre rapidement une douche fraîche** avec un produit surgras pour éliminer la transpiration.
- **Appliquer généreusement un émollient** et, en cas de nécessité, son traitement local (dermocorticoïdes).
- **Boire abondamment.**

Les raisons de toutes les attentions :

- **Éviter les températures extrêmes** : les atmosphères chaudes, sèches, très froides entraînent une sécheresse ambiante à l'origine d'une évaporation plus rapide de l'eau contenue dans les tissus cutanés. La peau n'en est que plus fragile.
- **Surveiller la transpiration**, souvent irritante et déclenchant des poussées, en raison de son pH acide et des sels qu'elle contient. En aggravant l'altération de la barrière cutanée, la transpiration provoque des démangeaisons, favorise les frottements et la formation de plaques de cicatrisation. La transpiration concentrée dans les plis, provoque un phénomène de macération. Il faut prévoir de quoi rafraîchir sa peau (eau thermale, serviette pour essuyer la sueur). Il est aussi préférable de ne pas se mettre torse nu, car les vêtements permettent d'absorber la transpiration.
- **Choisir ses équipements et rester prudent avec les textiles** comme le lycra ou le néoprène retenant l'humidité et favorisant la macération. Se méfier de la magnésie qui peut être allergène et provoquer une crise de dermatite atopique.
- **Encourager les activités nautiques** mais appliquer une crème barrière avant le bain, et se rincer à l'eau claire. Les « frites » en mousse et « nouilles » flottantes en polystyrène peuvent irriter les peaux fragiles.

SOINS DERMO COSMÉTIQUES

Les produits dermo-cosmétiques utilisés en accompagnement des traitements médicamenteux sont en mesure de participer efficacement à la prise en charge de certaines affections dermatologiques. Les progrès effectués dans le domaine de la cosmétologie ont permis le développement des produits adaptés aux besoins des patients et il existe aujourd'hui des gammes non irritantes, sans détergents, sans parfum, respectant le pH physiologique de la peau.

L'hydratation est le point phare car elle permet de reconstruire le film hydrolipidique, d'assouplir et reconstruire la barrière cutanée ce qui elle contribuent à l'atténuation des lésions.

Le marché cosmétique possède de nombreux produits permettant de répondre à ce besoin. On préférera rester sur les gammes pour peaux à tendance atopique car la peau de ses patients est très sensible et des agents capables de capter et de retenir l'eau, ainsi que des substances lipidiques indispensables à la cohésion cellulaire épidermique sont utilisées.



Les formes les plus utilisées sont les crèmes car elles permettent une hydratation correcte tout en étant facile d'application. Elles conviennent durant toute l'année.

Les baumes et cérats ont des textures plus enrichies, ils sont ainsi plus nourrissants mais un peu plus difficiles à appliquer. Ils seront conseillés lors de sécheresses cutanées plus sévères ou en hiver.

Les laits sont faciles d'application, leur texture plus légère convient lors d'une xérose peu intense ou durant la période estivale.

L'hydratation a pour vertu de rallonger la période de rémission de la pathologie, en permettant d'éviter le dessèchement de la peau, les sensations d'inconfort, d'apaiser les démangeaisons et de faciliter l'élimination des squames.

L'application est quotidienne 1 à 2 fois par jour.

Certains produits spécifiques des peaux squameuses à tendance kératosique pourront être utilisés en phase d'attaque.

Ces produits sont intéressants en cas de poussées pour éliminer les plaques qui se forment. **Ce sont en général des crèmes ou des gels-crèmes.**

On pourra les utiliser seuls (lors de lésions légères) ou en association aux traitements médicamenteux locaux et/ou généraux. Leurs actifs à action kératolytique sont intéressants pour traiter squames et rugosités. La réduction des squames permet une meilleure absorption des traitements médicamenteux, ainsi on améliorera leur efficacité. Ils seront à utiliser localement sur les plaques 1 à 2 fois par jour sur une peau préalablement propre et sèche.

Concernant le psoriasis du cuir chevelu, certaines gammes développent des shampoings permettant l'élimination des squames à l'aide d'actifs kératolytiques et d'actifs apaisant les démangeaisons. Ces shampoings seront à utiliser 2 à 3 fois par semaine durant la période d'attaque, puis en entretien 1 à 2 fois par semaine en prenant le relais avec un shampoing composé d'une base lavante douce.

Se laver...en douceur

La toilette doit être rapide car l'eau sèche la peau . Gants de crin, gant kessa, gant de gommage et autres fleurs de douche exfoliantes sont à proscrire. Les savons ne sont pas idéals en raison de leurs effets détergents et irritants.



Les syndets, les crèmes de douche ou les huiles lavantes sont des galéniques de choix pour éviter l'assèchement cutané, choisis sans parfum. Elles laissent un film fin protecteur hydrophobe à la surface cutanée permettant de lutter contre la déshydratation. Le séchage de la peau s'effectue délicatement par tamponnement avec une serviette pour ne pas induire de risque d'irritation. À la suite de la toilette, la pulvérisation d'eau thermale peut être réalisée pour son effet apaisant.

Parfumer ses vêtements plutôt que sa peau et privilégier des vêtements doux :

La laine et les matières synthétiques sont irritantes, préférez des vêtements en coton à laver de préférence avec une lessive liquide et/ou écologique, sans assouplissants ni parfums.

GESTION DU STRESS

À l'instar de nombreuses pathologies, le stress et les influences émotionnelles peuvent constituer des facteurs déclenchants et/ou aggravants qu'il convient de ne pas négliger.

Yoga, méditation, thérapie, lâcher-prise aident à apaiser le stress, l'anxiété et les contrariétés vécues à fleur de peau.

