

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

20 décembre 2019



Le côté amusant des champignons : traitements de l'onychomycose des orteils

Question clinique : Quelle est l'efficacité des traitements de l'onychomycose des orteils légère ou modérée chez les adultes?

Conclusion : De 45 à 60 % des patients qui suivent des traitements par voie orale (la terbinafine donne les meilleurs résultats), de 6 à 23 % des patients qui suivent des traitements topiques (l'éfinaconazole donne les meilleurs résultats) et moins de 10 % des patients qui prennent un placebo seront « guéris » après environ un an. Les traitements topiques doivent être réservés pour les cas où l'ongle est moins atteint (20 à 40 % ou moins).

Données probantes

- Médicaments oraux :
 - Une méta-analyse de 43 essais cliniques randomisés (ECR)¹ regroupant 9 730 patients présentant, par exemple, une atteinte d'environ 60 à 70 % de l'ongle² et ayant suivi un traitement s'étendant sur 12 à 16 semaines³. Taux de guérison clinique après quatre mois – suivi de deux ans¹ :
 - La terbinafine versus le placebo, huit ECR : 48 % pour la terbinafine, 6 % pour le placebo, nombre de sujets à traiter (NST)=3;
 - Les « azoles » (surtout l'itraconazole) versus le placebo, neuf ECR : 31 % pour l'azole, 1,4 % pour le placebo, NST=4;
 - La terbinafine versus les « azoles » (surtout l'itraconazole), 15 ECR : 58 % pour la terbinafine, 46 % pour l'azole; NST=9.
- Ciclopirox topique :
 - Trois ECR regroupant 928 patients traités pendant 48 semaines et présentant une atteinte d'environ 40 % de l'ongle^{4, 5}.
 - « Guérison » (guérison mycologique et clinique) : de 6 à 8 % pour le ciclopirox et de 0 à 1 % pour le placebo (NST=15 à 23).
- Éfinaconazole topique :
 - Deux ECR identiques regroupant 1 655 patients. Traitement étendu sur 48 semaines et évaluation après 54 semaines, atteinte d'environ 40 % de l'ongle⁶ :
 - « Guérison complète » (guérison mycologique et ongle à 100 % sain) : environ 16 %, environ 4 % pour le placebo (NST=environ 9).

- ECR regroupant 135 patients. Après 36 semaines de traitement et un suivi de quatre semaines, ongle atteint à environ 40 %⁷ :
 - « Guérison complète » (guérison mycologique et ongle à 100 % sain) : environ 22 %, 9 % pour le placebo (NST=8).

D'autres revues systématiques ont rapporté uniquement la guérison mycologique⁸⁻¹⁰.

Contexte

- Bien que les lignes directrices britanniques suggèrent une confirmation en laboratoire avant le traitement¹¹, seulement 50 % des auteurs des lignes directrices canadiennes recommandent cette approche¹².
 - Les résultats des cultures prennent plusieurs semaines et présentent un taux de faux négatifs d'environ 35 %¹³;
 - Les taches fongiques seules (sans culture ou histologie) présentent une faible sensibilité¹³.
- Les lignes directrices canadiennes suggèrent l'éfinaconazole topique si moins de 20 % de l'ongle est atteint, l'éfinaconazole avec ou sans terbinafine par voie orale si 20 à 60 % de l'ongle est atteint (ou si plus de trois ongles sont atteints) et la terbinafine par voie orale si plus de 60 % de l'ongle est atteint¹².
- Risque d'une lésion au foie induite par la terbinafine : environ une sur 50 000 à 120 000 ordonnances¹⁴.
- Coût des médicaments¹⁵ :
 - Oraux (12 semaines) :
 - Terbinafine : environ 90 \$
 - Itraconazole : environ 850 \$
 - Topiques (48 semaines) : deux flacons par traitement.
 - Ciclopirox : environ 150 \$
 - Éfinaconazole : environ 250 \$
- Le traitement par terbinafine sans test de confirmation est probablement l'approche la plus efficace sur le plan des coûts¹⁶.
- Certains ECR ont signalé des améliorations pertinentes sur le plan clinique après un traitement par voie orale d'une durée de quatre à six mois, comparativement à trois mois^{3, 17}, même si elles n'étaient pas toujours statistiquement différentes.

Auteurs

Adrienne Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, Pharm. D., Stacy Jardine B. Sc. (pharm.) et Michael Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Kreijkamp-Kaspers S, Hawke K, Guo L, et al. Cochrane Database System Rev. 2017;7:CD010031.
2. Evans EG, Sigurgeirsson B. BMJ. 1999 Apr 17;318(7190):1031-5.
3. Drake LA, Shear NH, Arlette JP, et al. J Am Acad Dermatol. 1997;37:740-5.
4. Gupta AK, Fleckman P, Baran R. J Am Acad Dermatol. 2000;43(4):S70-79.
5. Baran R, Tosti A, Hartmane I, et al. JEADV. 2009;23:773-81.
6. Elewski BW, Rich P, Pollak R, et al. J Am Acad Dermatol. 2013;68:600-8.
7. Tschen EH, Bucko AD, Oizumi N, et al. J Drugs Dermatol. 2013;12(2):186-92.

8. Gupta AK, Foley KA, Mays RR, et al. Br J Dermatol. 2019 May 23 [Publication électronique avant impression].
9. Gupta AK, Daigle D, Paquet M. J American Podiatric Med Assoc 2015;105(4):357-366.
10. Crawford S, Hollis S. Cochrane Database System Rev. 2007;3:CD001434.
11. Ameen M, Lear JT, Madan V, et al. Br J Dermatol. 2014;171:937-958.
12. Gupta AK, Sibbald RG, Andriessen A, et al. J Cut Med Surg. 2015;19(5):440-9.
13. Gupta AK, Versteeg SG, Shear NH. J Cut Med Surg. 2017;Vol.21(6):525-539.
14. Albrecht J, Kramer ON. Br J Dermatol. 2017;177:1279-84.
15. Calculs effectués à l'aide des données du site Interactive Drug Benefit List d'Alberta Health [consulté le 7 juin 2019]. Disponible : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>.
16. Mikailov A, Cohen J, Joyce C, et al. JAMA Dermatol. 2016;152(3):276-281.
17. Heikkila H, Stubb S. Br J Dermatol. 2002;146:250-3.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.