



Quand ça démange! Traitement topique de la dermatite séborrhéique

QUESTION CLINIQUE

Quelle est l'efficacité des traitements topiques de la dermatite séborrhéique du visage ou du cuir chevelu chez les adultes?

CONCLUSION

Chez environ 40 à 50 % des adultes, la dermatite séborrhéique disparaîtra complètement à 4 semaines avec du kétoconazole à 2 % ou du ciclopirox à 1 % par rapport à environ 25 % avec un placebo. Des interventions moins étudiées (métronidazole, corticostéroïdes, pimécrolimus) sont peut-être aussi efficaces, mais certaines engendrent plus d'événements indésirables (pimécrolimus, corticostéroïdes).

DONNÉES PROBANTES

- 4 revues systématiques¹⁻⁴ d'essais contrôlés randomisés (ECR). Résultats à 4 semaines, statistiquement différents, sauf indication contraire.
 - Kétoconazole à 2 % (exemples : deux fois par jour sur le visage, deux fois par semaine sur le cuir chevelu) (8 ECR, 2 520 patients) :
 - Disparition complète¹ : 50 % contre 28 % (placebo); nombre de sujets à traiter (NST) = 5.
 - Aucune différence statistique par rapport au ciclopirox, aux corticostéroïdes topiques et au métronidazole¹.

- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations^{2,3}.
 - Ciclopirox, crème à 1 % ou shampooing à 1 ou 1,5 % (8 ECR, 1 525 patients) :
 - Disparition complète¹ : 38 % contre 21 % (placebo); (NST) = 6.
 - D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations^{2,3}.
 - Métronidazole à 0,75 % (2 ECR, 131 patients)³ :
 - Amélioration > 75 % : 39 % contre 21 % (placebo), NST = 6.
 - Corticostéroïdes² :
 - Disparition complète :
 - Stéroïde doux (exemple : hydrocortisone à 1 %) contre stéroïde fort (exemples : bétaméthasone à 0,05 %, mométasone à 0,1 %, clobétasol à 0,05 %) : aucune différence (2 ECR, 93 patients).
 - Stéroïdes forts : 50 % contre 8 % (placebo) (2 ECR, 266 patients).
 - Pimécrolimus à 1 % (5 ECR, de 48 à 96 patients, résultats rapportés séparément)⁴ :
 - Diminution du score de gravité clinique (échelle de 0 à 6. Plus le score est faible, meilleur il est.) :
 - 4,8 contre 3,6 (méthylprednisolone à 0,1 %)⁵.
 - 4,8 contre 1,9 (métronidazole à 0,75 %)⁵.
 - Aucune différence^{6,7} par rapport à l'excipient ou au kétoconazole à 2 %.
 - Disparition complète (2 ECR, 60 patients) :
 - 84 % contre 91 % (stéroïde [hydrocortisone à 1 %, bétaméthasone à 0,1 %) : aucune différence statistique².
 - Événements indésirables : kétoconazole à 2 %¹.
 - Contre le placebo : aucune différence.
 - Sécheresse, pustules, douleur : 5 % contre 10 % (corticostéroïdes).
 - Érythème, sensation de brûlure, picotements : 20 % contre 67 % (pimécrolimus à 1 %)⁷.
- Limites : petites études, incohérence des posologies, randomisation : la dissimulation de l'affection et l'insu sont souvent peu clairs.

CONTEXTE

- Les shampooings sont rincés de 5 à 15 minutes après l'application. Les lotions sont appliquées sur le cuir chevelu comme sur la peau.
- L'association de topiques (antifongique, anti-inflammatoire) est utilisée couramment malgré le peu de données.
- Réduction des récurrences⁸⁻¹⁰ avec l'utilisation hebdomadaire d'un shampooing au sélénium ou de kétoconazole à 2 % ou avec l'emploi deux fois par semaine de ciclopirox à 1 % ou de tacrolimus à 0,1 %.
- Coût (30 g)^{11,12} : kétoconazole à 2 % : ~ 15 \$; pimécrolimus à 0,1 % : 95 \$; hydrocortisone à 1 %, bétaméthasone à 0,05 % : ~ 18 \$.
- Il y a peu de données sur d'autres shampooings sans ordonnance¹³.

RÉFÉRENCES

AUTEURS

1. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD008138.
2. Kastarinen H, Oksanen T, Okokon EO, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(5):CD009446.
3. Apasrawirote W, Udompataikul M, Rattanamongkolgul S. J Med Assoc Thai. 2011;94(6):756-760.
4. Alsmeirat O, Lakhani S, Egaimi M, et al. Cureus. 2022 Aug 2;14(8):e27622.
5. Cicek D, Kandi B, Bakar S, Turgut D. J Dermatol Treat. 2009;20(6):344-349.
6. Warshaw EM, Wohlhuter RJ, Liu A, et al. J Am Acad Dermatol. 2007;57(2):257-264.
7. Koc E, Arca E, Kose O, Akar A. J Dermatolog Treat. 2009;20(1):4-9.
8. Massiot P, Reygagne P, Chagnoleau C, et al. Eur J Dermatol. 2023;33(S1):13-18.
9. Joly P, Tejedor I, Tetart F, et al. J Am Acad Dermatol. 2021;84(5):1278-1284.
10. Kim HO, Yang YS, Ko HC, et al. Ann Dermatol. 2015;27(5):523-530.
11. LeBras M, Stone S. RxFiles: Antifungals: Treatment Chart. Lien : <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/>. Consulté le 15 octobre 2023.
12. Regier L. RxFiles: Topical corticosteroids: comparison chart. Lien : <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/>. Consulté le 15 octobre 2023.
13. Naldi L, Diphoorn J. Clinical Evidence. 2015;05:1713.

Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

Émélie Braschi, M.D., Ph.D.

G Michael Allan, M.D., CCMF

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

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.