



Que faire avec l'arbre de Noël? Traitements du pityriasis rosé de Gibert

QUESTION CLINIQUE

Quels traitements améliorent la résolution du pityriasis rosé de Gibert (éruption en arbre de Noël)?

CONCLUSION

Le pityriasis rosé de Gibert est spontanément résolutif. Selon des données limitées, les corticostéroïdes oraux réduisent les démangeaisons et l'éruption chez environ 95 % des patients, tandis que l'acyclovir est efficace chez environ 70 % des patients par rapport à 30 à 60 % avec un placebo à 1 à 2 semaines. Les macrolides sont probablement inefficaces. Il y a peu de données, voire aucune, au sujet des corticostéroïdes topiques ou des antihistaminiques oraux.

DONNÉES PROBANTES

- Une revue systématique¹ étudiant tous les traitements et une portant sur l'acyclovir (patients âgés de 2 à 60 ans)². Résultats à 2 semaines : statistiquement significatifs sauf indication contraire.
- Prednisolone (20 mg, avec réduction graduelle sur une période de 15 jours) par rapport au placebo [1 essai contrôlé randomisé (ECR), 70 patients]¹ :
 - Disparition des démangeaisons : 94 % par rapport à 32 % (placebo).
 - Bonne/excellente amélioration de l'éruption : 97 % par rapport à 60 % (placebo).

- Acyclovir : de 400 à 800 mg 5 fois par jour pendant 7 jours^{1,2} :
 - Par rapport au placebo/aux vitamines/à l'absence de traitement (3 ECR, 141 patients)¹ :
 - Bonne/excellente réduction de l'éruption : 67 % par rapport à 28 % (groupe témoin)¹.
 - Par rapport à un traitement sans acyclovir avec lotion à la calamine et 10 mg de cétirizine (les deux groupes) (1 ECR, 24 patients)¹ :
 - Disparition des démangeaisons : 75 % contre 17 % (sans acyclovir).
 - Score de lésion³ (1-5, plus le score est élevé, plus la lésion est pire; 4,1 au départ) : 0,9 par rapport à 3 (sans acyclovir).
- Macrolides :
 - Clarithromycine ou azithromycine par rapport au placebo (4 ECR, 207 patients)¹ :
 - Amélioration de l'éruption/des démangeaisons : aucune différence.
 - Érythromycine (1 g par jour pendant 7 à 14 jours) par rapport au placebo¹ :
 - Diminution du score de démangeaison (1-10, plus la diminution est grande, plus le résultat est meilleur) (1 ECR, 34 patients) : 5,7 par rapport à 1,8 (placebo).
 - Amélioration de l'éruption (2 ECR, 86 patients) : aucune différence.
 - Troubles gastro-intestinaux : 12 % par rapport à 6 % (placebo).
- Corticostéroïdes topiques : aucun ECR¹.
- Antihistaminiques¹ : dexchlorphéniramine par rapport à la bétaméthasone orale par rapport à une association des deux médicaments (1 ECR, 85 patients)¹.
 - Dexchlorphéniramine par rapport à la bétaméthasone : aucune différence.
 - L'un ou l'autre médicament par rapport à leur association : aucune différence sur le plan des démangeaisons, mais amélioration de l'éruption quand l'un ou l'autre médicament était pris seul par rapport à leur association (probablement fallacieux).
- Limites : quelques études, études de petite envergure, dont certaines étaient sans insu¹.

CONTEXTE

- Répartition des lésions secondaires le long des lignes de Langer. Apparition au plus tard 6 semaines après celle du médaillon initial. L'éruption se résout spontanément en environ 45 jours, avec prurit modéré-grave dans 30 à 50 % des cas¹.
- Lignes directrices⁴ :
 - Envisager la prescription d'antihistaminiques ou de corticostéroïdes topiques/oraux si les symptômes sont graves.
 - Envisager la prescription d'acyclovir durant la grossesse, mais il y a des incohérences et des incertitudes au sujet des risques du pityriasis rosé. Exemple : une série de cas (38 grossesses) suggère un plus grand risque de perte de grossesse durant le premier trimestre⁵, mais ses conclusions ne sont pas soutenues par des séries de cas ultérieures (53 et 33 grossesses)^{6,7}. L'effet du traitement est inconnu.
- Étiologie virale proposée (exemples : HHV-6, HHV-7), avec symptômes constitutionnels dans environ 69 % des cas⁴.
- Il ne faut pas confondre le pityriasis rosé avec le tinea (pityriasis) versicolor, causé par le genre de levure *Malassezia*⁸.

RÉFÉRENCES

1. Contreras-Ruiz J, Peternel S, Jiménez-Gutiérrez C, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2019;10:CD005068.

AUTEURS

Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

- Rodriguez-Zuniga M, Torres N, Garcia-Perdomo H. An Bras Dermatol. 2018;93(5):686-695.
- Das A, Sil A, Das NK, et al. Indian Dermatol Online J. 2015;6(3):181-184.
- Villalon-Gomez J. Am Fam Physician. 2018;97(1):38-44.
- Drago F, Broccolo F, Zaccaria E, et al. J Am Acad Dermatol. 2008;58(5 suppl 1): S78-S83.
- Wenger-Oehn L, Graier T, Ambros-Rudolph C, et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2022;20(7):953-959.
- Stashower J, Bruch K, Mosby A, et al. J Am Acad Dermatol. 2021;85(6):1648-1649.
- Leung AK, Barankin B, Lam JM, et al. Drugs Context. 2022;11:2022-9-2.

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://qomainpro.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.