



## Corticostéroïdes topiques pour le traitement de la dermatite atopique – loin d’être superficiel

### QUESTION CLINIQUE

Quels sont les bienfaits et les préjudices des corticostéroïdes topiques pour le traitement de la dermatite atopique chez les adultes et les enfants ?

### CONCLUSION

Les données sont plutôt limitées, mais les corticostéroïdes topiques sont efficaces pour le traitement de la dermatite atopique. Leur efficacité s’accroît probablement en fonction de leur puissance. L’application une fois par jour semble aussi efficace que l’application deux fois par jour. En cas de poussées fréquentes, sur une période de 16 semaines, le « traitement de fin de semaine » (un traitement durant deux jours consécutifs au cours d’une semaine sur les zones sujettes à des poussées récidivantes) aidera environ 60 % des patients à éviter une poussée, alors que le recours à une crème placebo fera de même pour environ 30 % des patients. Les corticostéroïdes topiques sont bien tolérés pendant des périodes de 6 semaines ou moins.

## Les données sur les préjudices à long terme ne sont pas disponibles.

### DONNÉES PROBANTES

- Quatre revues systématiques d'essais contrôlés randomisés (ECR) réalisées au cours des 10 dernières années<sup>1-4</sup>. Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Par rapport à l'excipient ou à un hydratant :
  - Plus d'enfants ont répondu aux corticostéroïdes topiques, tous types confondus : 65 % par rapport à 32 % (excipient/hydratant). Aucune comparaison statistique<sup>1</sup>.
  - Application de fluticasone 0,005-0,05 % durant 2 jours consécutifs au cours d'une semaine (« traitement de fin de semaine ») par rapport à celle d'un excipient, pour la prévention<sup>2</sup>.
    - Patients avec au moins une poussée sur une période de 16 à 20 semaines (4 ECR, 718 patients) : 28 % rapport à 61 % (excipient), nombre de sujets à traiter (NST) = 3.
    - D'autres études ont constaté des résultats semblables<sup>3</sup>.
- Puissance plus faible par rapport à puissance plus élevée :
  - Utilisation d'une classification selon quatre puissances (exemples) : légère (hydrocortisone 1 %), modérée (valérate d'hydrocortisone 0,2 %), élevée (valérate de bétaméthasone 0,1 %), très élevée (dipropionate de clobétasol 0,05 %)<sup>3</sup>.
    - Stéroïdes légers par rapport à des stéroïdes plus puissants. Nette amélioration à 1-5 semaines<sup>3</sup> :
      - 34 % (léger) par rapport à 52 % (modéré) (4 ECR, 449 patients), NST = 6.
      - 39 % (léger) par rapport à 71 % (élevé) (9 ECR, 458 patients), NST = 4.
    - Stéroïdes de puissance modérée ou élevée par rapport à un stéroïde plus puissant. Résultats mitigés :
      - Nette amélioration à 1-5 semaines, essais comparant le traitement et un placebo (différents sujets) : aucune différence<sup>3</sup>.
      - Essais comparant le traitement et un placebo sur un même sujet : Il semble que les stéroïdes de puissance plus élevée sont meilleurs, mais les statistiques ne sont pas interprétables.
  - Utilisation de la classification américaine selon sept puissances : augmentation graduelle de l'efficacité, mais comparaisons indirectes (méta-analyse en réseau). Les statistiques ne sont pas fournies<sup>4</sup>.
- Application une fois par jour par rapport à deux fois par jour avec le même stéroïde : aucune différence (5 ECR, 903 patients)<sup>3</sup>.
- Événements indésirables : renseignements limités. Court terme (de 2 à 6 semaines) :
  - Peau eczémateuse, amincissement de la peau chez moins de 1 % des patients sous placebo/stéroïde (35 ECR, 3 576 patients). ECR trop courts, rapports incohérents/mauvais, difficulté de mesurer les effets indésirables sur la peau malade/épaissie<sup>3</sup>.
  - Peau normale : perte moyenne d'épaisseur épidermique : 0 % (stéroïdes légers) par rapport à 26 % (stéroïdes très puissants) (10 études, patients sans eczéma)<sup>5</sup>.

### CONTEXTE

- Incohérence des classifications de la puissance<sup>6</sup>.

- Le tacrolimus 0,1 % est au moins équivalent aux corticostéroïdes topiques de puissance modérée<sup>7</sup>.
- Lignes directrices : Les schémas thérapeutiques optimaux ne sont pas clairs. Il est raisonnable de commencer avec un produit moins puissant puis de passer à des produits plus puissants (approche graduelle)<sup>8</sup>. Le recours à des hydratants est fortement recommandé pour tous les patients<sup>8</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Fishbein AB, Mueller K, Lor J, et al. J Pediatr Nurs. 2019 Jul-Aug; 47:36-43.
2. Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 6;2(2):CD012119.
3. Lax SJ, Harvey J, Axon E, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Mar 11;3(3):CD013356.
4. Chu DK, Chu AWL, Rayner DG, et al. J Allergy Clin Immunol. 2023; 152(6):1493-1519.
5. Barnes L, Kaya Gurkan, Rollason V. Drug Saf. 2015 May; 38(5):493-509.
6. Bowie AC, Tadrous M, Egeberg, et al. JAMA Dermatol. 2022 Jul 1;158(7):796-800.
7. Braschi E, Moe S. Des crèmes sophistiquées pour une peau squameuse : les inhibiteurs de la calcineurine topiques pour le traitement des dermatites atopiques. Outils de la pratique, n° 345. Lien : [https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1689890542\\_tfp345\\_eczematci\\_f.pdf](https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1689890542_tfp345_eczematci_f.pdf). Consulté le 2 janvier 2024.
8. Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, et al. J Am Acad Dermatol. 2023;89(1):e1-e20.

## AUTEURS

Émélie Braschi, M.D., CCMF, Ph.D

Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

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](mailto: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.*