



Faire face aux données sur l'acné, 1re partie : Les contraceptifs oraux et la spironolactone chez les femmes

QUESTION CLINIQUE

À quel point les contraceptifs oraux combinés (COC) et la spironolactone sont-ils efficaces pour le traitement de l'acné d'une gravité au moins légère à modérée chez les femmes?

CONCLUSION

À environ 24 semaines, autour de 80 à 90 % des femmes signalent que leur acné s'est améliorée avec les COC, par rapport à 50 à 80 % de celles sous placebo. En outre, chez 30 à 50 % des femmes, leur peau est saine ou presque saine par rapport à 10 à 40 % de celles sous placebo. L'efficacité de différents COC semble similaire. Habituellement associée à des agents topiques, la spironolactone engendre des résultats semblables. Le taux d'abandon à cause d'événements indésirables semble comparable à celui du placebo.

DONNÉES PROBANTES

- Données COC : 2 revues systématiques^{1,2} (19-31 essais contrôlés randomisés [ECR]; de 6 199 à 12 579 patientes, 11 différentes combinaisons de COC) réalisées auprès de femmes âgées de 14 à 49 ans et atteintes d'acné au moins légère à modérée. À environ 24 semaines :
 - Par rapport au placebo :
 - Amélioration évaluée par le patient¹ : ~ 80-90 % par rapport à 50-80 % (placebo). Nombre de sujets à traiter (NST) = 4-7.
 - Peau saine ou presque saine selon l'évaluation d'un clinicien : 30-50 % par rapport à 10-40 % (placebo), NST = 6-9.
 - Abandon à cause d'événements indésirables¹ : le taux est habituellement semblable à celui du placebo. Lorsqu'il est différent, le nombre nécessaire pour nuire (NNN) est de 25 à 50.
 - Par rapport aux COC¹ :
 - Aucune différence statistique cohérente dans 17 comparaisons.
 - Abandon à cause d'événements indésirables : il n'y a pas de différence habituellement.
- Spironolactone : Un ECR à double insu (410 femmes, âge moyen de 29 ans)³ a comparé la prise de 100 mg par jour par rapport à celle d'un placebo (~ 70 % utilisaient simultanément des topiques) pendant 24 semaines :
 - Amélioration évaluée par la patiente¹ : 82 % par rapport à 63 % (placebo) (NST = 6).
 - Peau saine ou presque saine selon l'évaluation de la patiente : 32 % par rapport à 11 % (placebo) (NST = 5).
 - Qualité de vie (échelle de 30 points, plus de score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Score au départ = 13) : amélioration de 8,0 points par rapport à 4,5 points (placebo). La différence est probablement significative sur le plan clinique⁴.
 - N'importe quel événement indésirable : 64 % par rapport à 51 % (placebo); p. ex. 20 % par rapport à 12 % (placebo) pour ce qui est des céphalées.
 - Abandon à cause d'événements indésirables : aucune différence.
 - Un autre ECR, qui a associé de la spironolactone à du peroxyde de dibenzoyl topique, a constaté un effet bénéfique légèrement supérieur, mais les bienfaits sont peut-être exagérés étant donné que l'ECR était de plus petite envergure et de moins longue durée (63 patientes, 12 semaines)⁵.
- Limite : La plupart des ECR sur les COC sont sans insu. Nombre d'entre eux interdisaient la prise concomitante d'agents topiques. Aucun ECR n'a comparé les COC aux agents topiques. Beaucoup d'ECR ont été financés par l'industrie.

CONTEXTE

- Les lignes directrices soutiennent l'ajout d'un COC si l'on souhaite une contraception hormonale ou lorsque les traitements standard (p. ex. les rétinoïdes ou le peroxyde de dibenzoyl topiques) sont inadéquats. Aucune recommandation claire à propos de la spironolactone (toutes les lignes directrices ont été publiées avant le récent ECR)⁶⁻⁸.
- Deux petits ECR (n = 170) n'ont constaté aucune différence statistique entre les COC et les antibiotiques oraux^{1,2}.

- La surveillance du potassium avec la prise de spironolactone est, en général, inutile, à moins que la patiente ne soit à risque autrement (p. ex. sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine)⁵.

RÉFÉRENCES

1. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2012; 7:CD004425.
2. Huang CY, Chant IJ, Bolick N, *et al.* Ann Fam Med. 2023; 21(4):358-369.
3. Santer M, Lawrence M, Renz S, *et al.* BMJ. 2023; 381:e074349.
4. McLeod LD, Fehnel SE, Brandman J, Symonds T. Pharmacoeconomics. 2003; 21(15):1069-1079.
5. Patiyasikunt M, Chancheewa B, Asawanonda P, *et al.* J Derm. 2020; 47:1411-1416.
6. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2016; 74:945-973.
7. Asai Y, Baibergenova A, Dutil M, *et al.* CMAJ. 2016; 188(2):118-126.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Acne vulgaris: management. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng198/resources/acne-vulgaris-management-pdf-66142088866501>; mis à jour en décembre 2023. Consulté le 12 décembre 2023.

AUTEURS

Sasha Katwaroo, candidate au Pharm. D.

Brianne Desrochers, candidate au Pharm. D.

Allison Paige, M.D., CCMF

Jamie Falk, Pharm. D.

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

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils pour 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.