



Dermatologie

Bon usage des dermocorticoïdes à l'officine

Camille-Léa Dubuis, Véronique Kälin, Simona Agostini Ferrier, Jérôme Berger

Les dermocorticoïdes représentent les prescriptions les plus courantes en dermatologie. Certains d'entre eux peuvent désormais être dispensés directement par les pharmacies. Mais qu'ils soient sur la liste B+ ou pas, toute remise nécessite des instructions claires de la part du personnel officinal afin d'obtenir un résultat optimal et sûr, en limitant les risques d'effets secondaires ou de récidive.

Les dermocorticoïdes sont prescrits depuis le début des années 50 et leur utilisation a révolutionné la prise en charge de nombreuses pathologies dermatologiques inflammatoires, dysimmunitaires ou prolifératives, tels que le psoriasis, la dermatite atopique ou encore l'eczéma [1,2]. Grâce à leur efficacité et à leurs nombreuses indications, ces médicaments nommés égale-

ment glucocorticoïdes topiques représentent les prescriptions les plus courantes en dermatologie [1,3].

Les pharmacien·ne·s peuvent désormais remettre certains dermocorticoïdes soumis à ordonnance, figurant dans la liste B+ (clobétasone butyrate, hydrocortisone butyrate, prednisolone acétate en association) et ainsi directement prendre en charge à l'officine, sous certaines conditions, des dermatites et eczémas non infectés dans le cadre d'une consultation en pharmacie*.

Les dermocorticoïdes requièrent toutefois certaines précautions d'usage en vue d'optimiser leurs effets bénéfiques tout en limitant l'apparition d'effets indésirables. Les médecins et les pharmacien·ne·s ont donc la responsabilité de transmettre les informations les plus complètes aux patient·e·s afin d'assurer une utilisation correcte de ces médicaments et d'éviter leur mésusage [1].

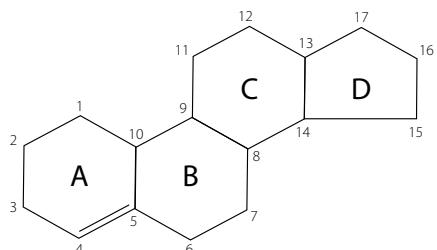
Propriétés des dermocorticoïdes

La cortisone et le cortisol sont des glucocorticoïdes naturellement présents dans l'organisme et synthétisés à partir du cholestérol [4], ce qui leur confère une structure chimique commune avec les dermocorticoïdes (voir figure 1 page 5). Les propriétés pharmacologiques des différents corticoïdes de synthèse sont déterminées par la nature des groupements chimiques implantés sur la structure de base ainsi que leur position [3].

Les dermocorticoïdes possèdent des effets anti-inflammatoires, antiprolifératifs et immunsupresseurs. Leur action est principalement médierée par la modulation de la transcription des gènes impliqués dans la réaction inflammatoire [5]. Cela se traduit par l'inhibition de la synthèse des cytokines pro-inflammatoires, ainsi qu'une augmentation de la transcription de protéines anti-inflammatoires [6,7].

* www.pharmasuisse.org/fr/2065/Consultation-en-pharmacie-Liste-B.htm

Figure 1. Structure chimique commune des corticostéroïdes.



© pharmacomedicale.org

Par ailleurs, les dermocorticoïdes induisent une vasoconstriction dermique amenant à une action anti-inflammatoire et immunsuppressive. La vasoconstriction entraîne une diminution de la per-

méabilité capillaire du derme, empêchant ainsi l'extravasation des neutrophiles au niveau du site d'application [1]. Ce phénomène induit également une diminution de l'érythème et de l'œdème local [3].

Les propriétés antiprolifératives des corticoïdes topiques sont le résultat de l'inhibition de la multiplication cellulaire et de la synthèse d'ADN de toutes les composantes cellulaires de l'épiderme et du derme, tels que kératinocytes, mélanocytes et fibroblastes [3].

Classification des dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes sont généralement classés en quatre catégories selon leur

puissance. La puissance d'un dermocorticoïde est déterminée par le test de vasoconstriction ou blanchiment de McKenzie et Stoughton [8]. Ces auteurs ont décrit une corrélation entre vasoconstriction cutanée et activité anti-inflammatoire, ce qui a permis de différencier: activité faible (groupe I), activité modérée (groupe II), forte activité (groupe III) et très forte activité (groupe IV). Les spécialités des différentes classes ainsi que les associations à d'autres types de principes actifs sont mentionnées dans le tableau 1.

Les dermocorticoïdes de classe I

Les dermocorticoïdes de classe I (hydrocortisone acétate) sont indiqués lors de dermatoses légères non infectées (par

Tableau 1. Dermocorticoïdes et associations avec des dermocorticoïdes commercialisés en Suisse [9,10].

Classe	Principe actif (PA)	Spécialité (Liste)	Composition (pour 1 g)	Galénique
I	Hydrocortisone acétate	Sanadermil® (Liste D)	PA (5 mg)	Hydrocrème
		Dermacalm-d® (Liste D)	PA (5,58 mg/g), dexpanthénol (50 mg/g)	Crème
		Fucidin H® (Liste B)	PA (10 mg/g), acide fusidique (20 mg/g)	Crème
II	Clobétasone butyrate	Emovate® (Liste B+)	PA (0,5 mg/g)	Crème
	Hydrocortisone butyrate	Locoid®, Locoid Crelo® (Liste B+)	PA (1 mg/g)	Crème, émulsion
	Prednisolone acétate	Imacort® (Liste B+)	PA (10 mg/g), clotrimazole (2,5 mg/g), diisethionate d'hexamidine	Crème
	Triamcinolone acétone	Kenacort A® (Liste B-)	PA (2 mg/g), acide salicylique (20 mg/g)	Teinture
III	Méthylprednisolone acéponate	Advantan® (Liste B)	PA (1 mg/g)	Crème, pommade, pommade grasse
	Bétaméthasone valérat	Betesil® (Liste B)	PA (2,25 mg)	Emplâtre
		Betnovate® (Liste B)	PA (1 mg/g)	Crème, lotion, pommade, scalp solution
		Betnovate C® (Liste B)	PA (1 mg/g), clioquinol (30 mg/g)	Crème
	Daivobet®, Xamiol® et génériques Enstilar® (Liste B)	PA (0,5 mg/g), calcipotriol (50 µg/g)	Gel, pommade Mousse	
	Diprogenta® (Liste B)	PA (0,5 mg/g), gentamicine (1 mg/g)	Crème, pommade	
	Diprosalic® (Liste B)	PA (0,5 mg/g), acide salicylique (30 mg/g pommade, 20 mg/g solution)	Pommade, solution	
	Diprosone® (Liste B)	PA (0,5 mg/g)	Crème	
	Fucicort® et génériques (Liste B)	PA (1 mg/g), acide fusidique (2 mg/g)	Crème	
	Triderm® (Liste B)	PA (0,5 mg), clotrimazole (10 mg), gentamicine (1 mg)	Crème	
IV	Fluticasone propionate	Cutivate® (Liste B)	PA (0,05 mg/g)	Pommade
	Mométasone furoate	Elocom® (Liste B)	PA (1 mg/g)	Crème, pommade, solution
		Monovo®, Ovixan® (Liste B)		Crème
	Prednicarbate	Prednitop®, Prednicutan® (Liste B)	PA (2,5 mg/g)	Crème, pommade, pommade grasse
		Prednicutan Crinale® (Liste B)		Solution
IV	Clobétasol propionate	Clarelux® (Liste B)	PA (0,5 mg/g)	Mousse
		Clobex® et génériques (Liste B)		Shampooing
		Dermovate® (Liste B)	PA (0,53 mg/g)	Crème, pommade, scalp solution



Diagnostic des affections cutanées par télémédecine

Pour aller plus loin dans la prise en charge des affections cutanées, des pharmacies proposent une prestation développée en collaboration avec plusieurs dermatologues. L'affiliation à DermApp permet une consultation en ligne avec le support du ou de la pharmacien·ne. Lors d'un entretien, le ou la patient·e décrit son problème cutané au ou à la pharmacien·ne.

Les symptômes cliniques ainsi que des photos des lésions de la peau sont ensuite transmis à un dermatologue certifié de la région pour évaluation via l'application. Un plan d'action sera adressé à la pharmacie par le spécialiste dans les 24–48 heures. Si nécessaire, une consultation pourra aussi être proposée. C'est une prestation intéressante pour les patient·e·s qui leur permet une accessibilité et une rapidité de prise en charge. Ces consultations sont aux frais du ou de la patient·e (55 francs, auxquels il faut ajouter le coût de la prestation du ou de la pharmacien·ne).

exemple piqûre d'insecte, coup de soleil, eczéma allergique). C'est aussi la classe à utiliser sur les zones fragiles du visage, des paupières, des plis cutanés ou des zones génitales.

Les dermocorticoïdes de classe II

Ils sont utilisés dans les mêmes indications lorsque la dermatose est modérée ou réfractaire, et également lors d'eczéma atopique ou nummulaire et de photodermatoses. Ils peuvent être aussi choisis lors de dermatoses légères plus étendues. Ces traitements (Emovate®, Locoid® et associations Kenacort A® et Imacort®) sont maintenant à disposition des pharmacien·ne·s pour un conseil personnalisé en officine (voir tableau 1, médicaments liste B+ et B-). Les conditions de remise sont les suivantes: ne remettre que le plus petit conditionnement, limiter l'usage à maximum trois semaines, et exclure une application péri-oculaire, axillaire et péri-génitale en raison des effets secondaires.

Les dermocorticoïdes plus puissants (III, IV)

Ils doivent être prescrits par un médecin et sont réservés à une application locale ciblée et de courte durée pour les affections cutanées résistantes aux traitements des classes inférieures. Ils sont particuliè-

rement recommandés pour traiter l'eczéma des mains et des pieds à cause de l'épaisseur de la peau qui réduit l'absorption. Ils sont le plus souvent utilisés en traitement d'attaque de deux semaines, suivi d'un traitement d'entretien avec une classe inférieure puis avec des produits émollients.

Les associations de dermocorticoïdes avec d'autres principes actifs

Les indications des associations dépendent de celles du ou des principes actifs présents dans la composition: par exemple clotrimazole, antifongique dans les mycoses cutanées inflammatoires (liste B+), acide salicylique, kératolytique dans les hyperkératoses (liste B-), clioquinol, désinfectant dans les dermatoses surinfectées, calcipotriol dans le psoriasis.

Effets indésirables

Les professionnels de santé sont parfois réticents à l'usage des dermocorticoïdes. Cependant, en respectant les règles d'utilisation, l'apparition d'effets indésirables est rare. Leur survenue est plus probable lors de l'application de dermocorticoïdes de classes élevées (classes III et IV) et lorsque l'absorption est grande. Différents facteurs peuvent favoriser la pénétration transdermique des corticoïdes. Ils sont mentionnés dans le tableau 2 [2].

L'atrophie cutanée est l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré et

redouté. L'atrophie se traduit par une fragilité cutanée et un retard de cicatrisation [1]. Grâce au renouvellement des kératinocytes, ce phénomène est réversible en quatre semaines [3]. L'atrophie au niveau du derme est, quant à elle, irréversible et se présente sous forme de vergetures, cicatrices stellaires blanches ou purpura ecchymotique [1,3].

En plus de l'atrophie cutanée, les corticoïdes à usage topique peuvent induire une hypopigmentation, en particulier sur les peaux foncées [11,12] ainsi qu'une hypertrichose au niveau du site d'application.

En raison de leur activité immunosuppressive, les dermocorticoïdes peuvent favoriser ou aggraver un foyer infectieux au site d'application. Un traitement à base de corticoïdes en cas de dermatose bactérienne, virale ou de mycose cutanée peut amplifier les symptômes de ces infections [2,3].

Contre-indications à l'utilisation de dermocorticoïdes

- Dermatose infectieuse bactérienne (impétigo, folliculite), parasitaire (gale) ou mycosique (candidose, dermophytose, pityriasis versicolor) [2,3].
- Acné, rosacée ou dermatite péri-orale [3].
- Application sur les paupières ou à proximité des yeux, à cause du risque de développer un glaucome ou une cataracte [3,14].
- Plaies ouvertes ou ulcérations de la peau.

Tableau 2. Facteurs favorisant la pénétration transcutanée du principe actif [2,7].

Facteurs liés au dermocorticoïde

- Forte liposolubilité de la préparation
Forte concentration de principe actif
Excipient gras (effet occlusif) ou propylène glycol (solubilisant)
Adjuvant acide salicylique (kératolytique) ou urée (hydratant)

Facteurs liés à l'état cutané

- Epiderme hydraté
Inflammation de l'épiderme
Finesse de la peau (paupières, visage, parties génitales, épiderme des personnes âgées et des enfants)

Facteurs liés à l'application du dermocorticoïde

- Grande surface d'application
Longue durée de contact (durée et fréquence du traitement)
Pansement occlusif

Dans de très rares cas, une hypersensibilité à un composant du médicament peut se manifester sous forme d'allergie de contact (érythème, gonflement). Cet évènement survient essentiellement chez les patients atteints de dermatoses chroniques, traités séquentiellement par plusieurs dermocorticoïdes [11,13]. Le diagnostic différentiel de l'hypersensibilité allergique et de la dermatose chronique peut s'avérer difficile. Lorsque la dermatose semble être résistante au traitement ou exacerbée par celui-ci, une hypersensibilité peut être suspectée. [2,7].

Les effets indésirables systémiques des corticostéroïdes topiques sont très rares, du fait de leur faible absorption [3]. Des effets de type hypercorticisme peuvent toutefois être observés en cas d'utilisation excessive et prolongée sur une grande surface avec un dermocorticoïde puissant (III ou IV) [2]. Ce phénomène est particulièrement redouté chez les enfants en raison de l'augmentation relative de la surface cutanée par rapport au poids corporel [14].

Raisonnement clinique pour optimiser la prise en charge lors de la délivrance d'un dermocorticoïde

Lors la délivrance d'un corticoïde topique, le ou la pharmacien·ne doit respecter plusieurs règles pour assurer le succès et la

sécurité du traitement. Elles reposent sur des questions simples :

→ La posologie est-elle adaptée ?

• Fréquence d'administration

Les dermocorticoïdes ont un effet réservoir, cela signifie qu'ils ont la capacité de s'accumuler dans la couche cornée puis de diffuser progressivement vers l'épiderme puis le derme [2]. Par conséquent, une seule application par jour est nécessaire dans la majorité des cas. La double application quotidienne peut être justifiée si l'intégralité de la couche cornée est altérée et l'effet réservoir compromis. C'est le cas par exemple lors d'abrasion cutanée, de lésions de grattage, de desquamations importantes ou lors d'application sur des parties où la couche kératinique est épaisse, comme les paumes ou les plantes des pieds [1].

• Durée d'administration

L'utilisation quotidienne de dermocorticoïdes pour une affection dermatologique aiguë ne devrait pas dépasser quatre semaines. Pour les traitements de dermatoses du visage, des zones intertrigineuses et génitales, la durée d'utilisation ne devrait pas excéder deux semaines. Des traitements plus longs peuvent être nécessaires pour des patients atteints d'affection dermatologique chronique. Cependant ces der-

niers doivent être surveillés étroitement afin d'éviter le développement d'effets indésirables [7].

• Arrêt du traitement

Lorsque la durée d'utilisation de dermocorticoïdes est supérieure à une semaine, il est recommandé – empiriquement –, de diminuer progressivement les doses et espacer les applications lorsqu'un arrêt du traitement est envisagé [2,15]. Une recrudescence de la dermatose ou un syndrome de sevrage peut être observé, phénomène d'autant plus fréquent que l'arrêt n'a pas été progressif. Les symptômes de sevrage sont variés et apparaissent au niveau local, comme une sensation de brûlure, un prurit, un érythème ou une douleur [7].

→ La galénique est-elle adéquate ?

Il existe une grande variété de formulations des dermocorticoïdes. Il est important de conseiller une galénique adaptée à l'affection dermatologique, pour éviter le risque d'une réponse au traitement retardée, inadéquate, voire aggravée [7]. Par exemple, il est déconseillé de prescrire un gel sur des mains fissurées atteintes d'eczéma, car la base alcoolique augmenterait les douleurs et les picotements. Il n'est pas non plus recommandé d'utiliser une pommade sur une lésion humide, au risque de provoquer une folliculite secondaire due à l'effet occlusif de la pommade [7].

Vignette clinique : remise de médicament sur liste B+

Un patient se présente à la pharmacie car il a une petite plaque érythémateuse présente depuis deux semaines sur la base du cou (voir photo). La plaque est prurigineuse, de forme ronde (5 cm de large) et squameuse. Que peut-on lui conseiller ? Les symptômes décrits et photographiés par le patient suggèrent un eczéma nummulaire. Les symptômes entre un psoriasis ou une mycose peuvent être difficiles à différencier.

Diagnostic différentiel :

- Psoriasis : contour des lésions nettement délimité, plaques épaisses, squameuses et blanches.
- Mycoses cutanées : lésions non prurigineuses, plaques arrondies et délimitées avec une bordure nette.



© Science Source

En l'absence de contre-indications (voir encadré page 6), il est possible de recommander un dermocorticoïde de classe II en liste B+. Par exemple Emovate® ou Locoid® crème, à appliquer une fois par jour, de préférence le soir après la douche pendant deux semaines (maximum trois semaines). Un seul tube de 30 g est suffisant pour la surface de la lésion et la durée du traitement (voir tableau 3).

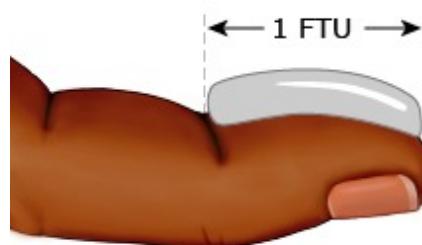
Que faire en cas de non-réponse au traitement ?

Si le produit conseillé n'est pas adapté à l'affection cutanée, celle-ci ne va pas répondre au traitement ou va se péjorer. Il est donc nécessaire d'inciter le patient à consulter un médecin s'il ne voit pas d'évolution favorable après deux semaines de traitement.

Le choix de la forme galénique dépend du type de lésion, de sa localisation, ainsi que de la tolérance et des préférences du patient. De manière générale, plus une lésion est sèche, plus on doit appliquer une formulation grasse. Les lésions suintantes sont traitées avec des crèmes ou des solutions : la composante liquide s'évapore en procurant une sensation de refroidissement et d'apaisement en aidant les lésions exsudatives à sécher [7]. Les lésions sèches ou très sèches sont respectivement traitées par des crèmes grasses et pommades. Les lotions ou solutions (Locoid® émulsion) sont à privilégier pour une application sur de grandes surfaces ou des régions piloéuses. La teinture (Kenacort A® teinture) est utilisée pour le cuir chevelu et les ongles [14].

→ Quelle quantité de produit appliquer ?
Il est recommandé d'appliquer le traitement en fine couche et uniquement sur les lésions. Une méthode pratique pour déterminer la quantité de dermocorticoïdes à utiliser par application est l'unité du bout de doigt (*FingerTip Unit* ou FTU). Une unité FTU représente la quantité de crème ou pommade déposée du bout de l'index au premier pli du doigt comme illustré à la figure 2, ce qui équivaut à 0,5 gramme environ. La dose appliquée sera proportionnelle à la surface traitée (tableau 3). Cette unité permet également au professionnel de prévoir la quantité de médica-

Figure 2. Illustration d'une FingerTip Unit (FTU).



Source: Topical corticosteroids: Use and adverse effects, UpToDate, sept. 2022.

ment nécessaire à la durée d'un traitement et de délivrer ainsi une quantité suffisante au patient [7].

En conclusion

Des instructions claires de la part du personnel officinal permettront au ou à la patient·e d'obtenir un résultat optimal pour son traitement à base de dermocorticoïdes, en limitant les risques d'effets secondaires ou de récidive. La remise d'un schéma complété par des informations écrites contribue à une meilleure compréhension du traitement.

Adresse de correspondance

PD Dr Jérôme Berger
Pharmacien chef de la Pharmacie
Unisanté, Département des Polycliniques
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
Courriel: Jerome.Berger@unisante.ch

Références

- [1] Zenklusen, C. et al. Dermocorticoïdes: incontournables et redoutés, Rev Med Suisse 2014 (Vol. 10): 821–826.
- [2] <https://pharmacomedicale.org/medicaments-par-specialites/item/corticoides-locaux> (consulté en septembre 2023).
- [3] Alexandre Guichard. La puissance des dermocorticoïdes: vers une nouvelle approche de la classification. Médicaments. Université de Franche-Comté, 2014.
- [4] François Pillon. Les corticoïdes, Actualités Pharmaceutiques 2011 (Vol. 50): 14–21.
- [5] Syed AP et al. Anti-inflammatory glucocorticoid action: genomic insights and emerging concepts. Curr Opin Pharmacol. 2020 (53): 35–44.
- [6] <https://pharmacomedicale.org/medicaments-par-specialites/item/cytokines-et-anti-cytokines-les-points-essentiels> (consulté en octobre 2023).
- [7] Topical corticosteroids: Use and adverse effects, UpToDate, sept. 2022.
- [8] McKenzie AW. Percutaneous Absorption of Steroids. Arch Dermatol, 1962: 86.
- [9] www.swissmedicinfo.ch (consulté en octobre 2023).
- [10] www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oc/2023/63/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oc-2023-63-fr-pdf-a-1.pdf, juin 2023.
- [11] B. Lebrun-Vignes, O. Chosidow. Dermocorticoïdes, EMC, Dermatologie, 98-900-A-10, 2011.
- [12] Alice Jon. La dépigmentation volontaire chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France: étude qualitative sur les facteurs déterminant cette pratique. Médecine humaine et pathologie, 2015.
- [13] C. Biver-Dalle et al. Hypersensibilité aux dermocorticoïdes, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 139, 2012: 489–499.
- [14] www.hug.ch/sites/enfants-ados/files/technique_soins/pdf/dermocorticoïdes-appl.pdf (consulté en octobre 2023).
- [15] Rev Prescrire 2020, 40 (442). Durée et arrêt d'un traitement par dermocorticoïdes.
- [16] <https://patient.info/treatment-medication/steroids/fingertip-units-for-topical-steroids#nav-1> (consulté en septembre 2023).

Tableau 3. Quantité de dermocorticoïde nécessaire selon la région anatomique [7,16].

Région du corps	FTU par application (quantité en g)	Quantité pour sept jours avec une application quotidienne (quantité en g)
Visage et cou	2,5 (1,25 g)	17,5 (8,75 g)
Torse ou dos	7 (3,5 g)	49 (24,5 g)
Un bras (main comprise)	4 (2 g)	28 (14 g)
Une main	1 (0,5 g)	7 (3,5 g)
Une jambe (pied compris)	8 (4 g)	56 (28 g)
Un pied	2 (1 g)	14 (7 g)

Usage détourné des dermocorticoïdes : vigilance !

Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés à des fins esthétiques dans le but d'éclaircir la peau en raison des diktats de beauté prévalant dans certaines cultures, notamment en Afrique et en Asie. Même s'il n'existe pas de chiffres précis sur la prévalence de cette dépigmentation volontaire, la littérature laisse penser à un usage largement répandu, y compris en Europe [12]. Cette pratique n'est pas sans conséquences. Le ou la pharmacien·ne doit rester vigilant·e à toute utilisation excessive et informer le ou la patient·e des risques d'utilisation prolongée et intensive (atrophie cutanée, complications infectieuses, etc.).

