



Les dermocorticoïdes

L. Le Cleach
Service de Dermatologie
Hôpital Henri Mondor, Créteil

Dermocorticoïdes

Dermocorticoïdes d'activité modérée (n

Difluprednate 0.02%*	EPITOPIC 0.02% (crème)
Fluocortolone 0.025%*	ULTRALAN (pommade)
Bétaméthasone valérate 0.05%*	CELESTODERM Relais (crème)
Désonide 0.1%*	DESIDONIDE (crème) LOCAPRED (crème)
Désonide 0.05%*	TRIDESONIT (crème)
Alclométasone dipropionate 0.05%	ACLOSONE (crème, pommade)
Fluocinoline acétonide 0.01%*	SYNALAR (solution)

Dermocorticoïdes d'activité faible (l

Hydrocortisone acétate 0.5%	HYDRACORT (crème)
	DERMOFENAC (crème)
	CORTISEDERMYL (crème)

* corticoïdes fluorés

Pharmacocinétique

Biodisponibilité cutanée

- **Effet réservoir**

- Accumulation dans la couche cornée
- Relargage progressif vers les couches plus profondes et le derme

→ Une seule application par jour suffisante dans la grande majorité des cas

Lagos BR, Maibach HI. Frequency of application of topical corticosteroids: an overview. Br J Dermatol 1998;139:763-6

Augmentation du nombre d'applications quotidiennes pour le traitement initial des dermatoses dans lesquelles l'effet réservoir est diminué (lésions suintantes d'un eczéma par exemple)

Pharmacocinétique

Biodisponibilité cutanée

- **Tachyphylaxie**

- Définition: épuisement paradoxal des effets des dermocorticoïdes
- Facteurs de risque:
 - applications prolongées et ininterrompues
 - corticoïde puissant, et forte concentration
- Ne concerne pas les effets secondaires qui ont tendance à s'accroître

Quel dermocorticoïde choisir ?

1 – selon l'indication

- Activité très forte (4). Utilisation brève sur des lésions résistantes et de surface limitée – relais classe de puissance inférieure
- Activité forte (3) / modérée (2)
- Activité faible (1). Traitement d'entretien – relais de dermocorticoïdes plus puissants

Quel dermocorticoïde choisir ?

2 – la forme pharmaceutique

- Les **crèmes** : lésions suintantes ou peu sèches
- Les **pommades et crèmes épaisses** : dermatoses sèches, fissuraires ou hyperkératosiques
- Les **lotions, gels**: lésions macérées des plis , le cuir chevelu, les régions pilaires, les muqueuses

Choisir la durée du traitement

- Les durées de traitement et les modalités d'arrêt sont variables d'un prescripteur à l'autre et en fonction de la dermatose et reposent sur peu ou pas d'essai thérapeutique:
 - Traiter quotidiennement jusqu'à obtention du blanchiment
 - Un arrêt progressif est classiquement recommandé afin d'éviter un rebond de la dermatose à l'arrêt du traitement avec
 - Un espacement 1 jour sur deux puis un jour sur 3 puis une fois par semaine puis arrêt ou le passage à un corticoïde de classe moins forte.
 - La diminution de la fréquence ou de la sévérité des rebonds et/ou récurrences par un arrêt progressif vs un arrêt brutal n'a jamais été démontré
 - Dans le traitement des dermatoses chroniques cette approche est difficile sur le moyen ou court terme
 - Dans la dermatite atopique et le psoriasis certains essais ont montré qu'un traitement d'entretien une à deux fois par semaine retardait les rechutes

Quelle quantité utiliser ?

- Dépend de l'étendue des lésions inflammatoires, de quelques grammes à 60 – 90 grammes par jour lorsque les lésions sont généralisées.

Règles pratiques d'utilisation

- **1 application quotidienne**, en massant jusqu'à complète absorption
- **Les pansements occlusifs** pour un temps court, sur des lésions épaisses et de surface limitée (lésions palmaires et plantaires)

Règles pratiques d'utilisation

✓ **TOUJOURS PRÉCISER AU PATIENT et PRÉCISER SUR L'ORDONNANCE**

- Le nombre de tubes par jour et au total
- Le rythme d'application
- Le protocole de sevrage

Effets indésirables locaux

- Peu ou pas si périodes courtes/sans occlusion
- **Atrophie cutanée** au site d'application lors des traitements prolongés
 - Atrophie épidermique: épiderme en papier de cigarette, fragilité au moindre traumatisme, retard de cicatrisation
 - Atrophie dermique: purpura ecchymotique, télangiectasie, vergetures
- Sujets sains - applications quotidiennes de DC d'activité forte ou très forte: amincissement épiderme mesuré par échographie entre la 1 et 3 semaines, réversible dans les 4 semaines après arrêt
- Atrophie du derme: irréversible, si utilisation prolongée de DC puissants

La corticophobie

- Les études rapportent que 20 à 80% des patients ont une corticophobie.
- Celle-ci est source de non observance et d'échec de traitement
- Interroger les patients sur leur ressenti par rapport à la corticothérapie locale
 - en cas de corticophobie interroger plus précisément sur les croyances du patient expliquant cette corticophobie
 - Expliquer et rassurer en fonction

Allergie de contact aux dermocorticoïdes

- Le plus souvent au cours de dermatoses chroniques traitée au long court par les dermocorticoïdes
- L'évoquer si
 - réponse partielle ou absence de réponse d'une dermatose habituellement sensible aux dermocorticoïdes
 - aspect annulaire des lésions traitées
- Les dermocorticoïdes sont classés en cinq groupes (A, B, C, D1 et D2).
- Les dermocorticoïdes des groupes
 - A (hydrocortisone), B (ex: désonide) et D2 (ex: hydrocortisone acéponate) sont plus souvent responsables de sensibilisation que
 - C (ex diflucortolone valérate et D1 (ex clobétasol propionate)
- Des réactions croisées sont attendues au sein d'un même groupe
- Des tests épicutanés permettent de confirmer le diagnostic et d'identifier les substances impliquées

Effets indésirables locaux

- Dermatitis rosacéiformes du visage (dermatite péri-orale, acné)
- Infections cutanées bactériennes, mycosiques ou virales (aggravation ou infection secondaire)
- Effets secondaires ophtalmologiques (traitement des paupières): glaucome, cataracte
- Dans les dermatoses non contrôlées: phénomène de rebond à l'arrêt / dépendance au traitement
- Hypopigmentation (réversible)
- Hypertrichose
- Sensibilisation (additifs ou le corticoïde lui-même)



Atrophie cutanée avec peau en papier à cigarette, purpura ecchymotique, cicatrice spontanées



Dermite périorale induite par les dermocorticoïdes

Grossesse et dermocorticoïdes

- Une revue Cochrane a retrouvé 5 études de cohorte et 9 études cas-témoins, portant sur 1 601 515 participants concernant la survenue d'effets indésirables lors de l'utilisation de dermocorticoïdes pendant la grossesse
- La plupart des études ne rapportaient aucune association causale entre l'exposition maternelle aux corticostéroïdes topiques de toutes concentrations et les issues cliniques de la grossesse, comparé à l'absence d'exposition à ces substances. Ces critères cliniques incluaient : le mode d'accouchement ; les anomalies congénitales, y compris la fente labio-palatine et l'hypospadias (le faible poids de naissance; l'accouchement prématuré ; la mort fœtale ; et un faible score d'Apgar
- Dans le cas du faible poids de naissance, bien que le résultat de la méta-analyse basée sur des données de l'étude n'était pas statistiquement significatif entre les corticostéroïdes de puissance faible à modérée (RR combiné de 0,90, IC à 95 % 0,74 à 1,09, 3 études de cohorte, n > 55 713) ou entre ceux de puissance élevée à très élevée (RR combiné de 1,58, IC à 95 % 0,96 à 2,58, 4 études de cohorte, n > 47 651), il existait toutefois une différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes (P = 0,04). Les résultats de trois des études incluses dans la méta-analyse indiquaient un risque accru de faible poids de naissance chez les enfants de femmes ayant reçu des corticostéroïdes topiques de puissance élevée à très élevée. L'utilisation maternelle de corticostéroïdes topiques de puissance faible à modérée était associée à une réduction du risque de mort fœtale (RR combiné de 0,70, IC à 95 % 0,64 à 0,77, 2 études, n = 48 749 ; preuves de faible qualité), mais nous n'avons pas observé cet effet lorsque des corticostéroïdes topiques de puissance élevée à très élevée avaient été administrés pendant la grossesse (RR combiné de 1,14, IC à 95 % 0,69 à 1,88, 3 études, n = 37 086, preuves de faible qualité).
- **Conclusions des auteurs**
- l'absence d'une association causale entre l'exposition maternelle aux corticostéroïdes topiques (toutes puissances confondues) et les issues cliniques de la grossesse, y compris le mode d'accouchement, les anomalies congénitales, l'accouchement prématuré, la mort fœtale et un faible score d'Apgar association probable entre le faible poids de naissance et l'utilisation par la mère de corticostéroïdes topiques de puissance élevée à très élevée, en particulier lorsque la dose cumulée de corticostéroïdes topiques tout au long de la grossesse était très importante.

Chi CC, Wang SH, Wojnarowska F, Kirtschig G, Davies E, Bennett C. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD007346.

Effets indésirables systémiques

- Les mêmes que la corticothérapie générale: signes d'hypercorticisme, diabète, HTA, freinage de l'axe corticotrope....
- Très rare
- Dans des conditions particulières
 - traitement au long court
 - Corticoïdes d'activité très forte
 - Application sur une grande surface cutanée
 - Couche cornée peu épaisse (sujet âgé, enfants)

Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 42 ans
présentant pour la deuxième fois des
lésions de psoriasis des deux plis sous
mammaires

Quel corticoïde local proposez vous ?

- A) Clobetasol propionate 0.05% crème
- B) Désonide 0.05%
- C) Bétaméthasone dipropionate 0.05% lotion
- D) Bétaméthasone dipropionate 0.05% crème



Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 42 ans
présentant pour la deuxième fois des
lésions de psoriasis des deux plis sous
mammaires

Quelle quantité de crème prescrivez vous
pour 1 mois de traitement ?

A) Clobetasol propionate 0.05% crème

**Non trop forte classe risque d'atrophie
cutanée**

B) Désonide 0.05% crème

**Possible mais un peu faible risque de
mettre trop de temps à être efficace**

C) Bétaméthasone dipropionate 0.05%
lotion

**Non la forme lotion est alcoolisée et risque
de provoquer une douleur à l'application
et une irritation**

D) Bétaméthasone dipropionate 0.05%
crème

OUI



Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 42 ans
présentant pour la deuxième fois des
lésions de psoriasis des deux plis sous
mammaires

Quelle quantité prescrivez vous et
pour combien de temps ?



Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 42 ans
présentant pour la deuxième fois des
lésions de psoriasis des deux plis sous
mammaires

Quelle quantité prescrivez vous et
pour combien de temps ?

2 plis = 2% = 0.5 gr par application

Appliquer une fois par jour , le soir
jusqu'à disparition des lésions (soit
environ 10 à 15 jours) puis 2 jours par
semaine en entretien pendant 15
jours

Soit environ 20 applications soit 1 tube
de 15 gr pour un mois



Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 17 ans
présentant pour un premier épisode
d'eczéma aigu du visage suite à
l'application d'une crème contenant de
l'aloé vera

Quel corticoïde local proposez vous ?

- A) Clobetasol propionate 0.05% crème
- B) Désonide 0.05%
- C) Hydrocortisone acétate 0.5% crème
- D) Bétaméthasone dipropionate 0.05%
crème



Quizz photo

Il s'agit d'une patiente de 17 ans
présentant pour un premier épisode
d'eczéma aigu du visage suite à
l'application d'une crème contenant de
l'aloé vera

Quel corticoïde local proposez vous ?

A) Clobetasol propionate 0.05%
pommade

**NON !!! Trop forte activité risque de
rosacée induite**

B) Désonide 0.05%

C) Hydrocortisone acétate 0.5% crème
Corticoïde d'activité trop faible mettra
trop de temps à agir

D) Bétaméthasone dipropionate 0.05%
crème

**L'application d'un corticoïde fluoré est
contre indiqué sur le visage néanmoins
en présence d'un eczéma aigu sévère 3
jours d'application pour obtenir une
régression rapide est licite puis passer à
un corticoïde d'activité plus faible**



Quizz photo

Il s'agit d'un patient de 53 ans
présentant pour un lichen plan cutané
Les lésions cutanées ont régressé sous
traitement corticoïdes de très forte
activité sauf les lésions plantaires

Quel corticoïde local proposez vous
pour le traitement des deux plantes ?

- A) Clobetasol Propionate 0.05% crème
sous occlusion 1 tube par jour
- B) Clobetasol propionate 0.05%
pommade 1 tube par semaine
- C) Aucun traitement local ne sera
efficace
- D) Bétaméthasone dipropionate 0.05%
crème



Quizz photo

Il s'agit d'un patient de 53 ans présentant pour un lichen plan cutané. Les lésions cutanées ont régressé sous traitement corticoïdes de très forte activité sauf les lésions plantaires.

Quel corticoïde local proposez-vous pour le traitement des deux plantes ?

A) Clobetasol propionate 0.05% crème sous occlusion 1 tube par jour

En pratique le patient applique une généreuse couche de pommade (l'épaisseur du stratum cornéum évitera les risques d'atrophie cutanée et limitera la diffusion systémique) puis emballe ses pieds avec du papier cellophane pour la nuit.

Le traitement sera ainsi poursuivi jusqu'à nette amélioration puis relayé à l'identique sans occlusion.

B) Clobetasol propionate 0.05% pommade 1 tube par semaine

Le clobetasol propionate n'existe pas en pommade néanmoins la texture de la crème est épaisse.

C) Aucun traitement local ne sera efficace

D) Bétaméthasone dipropionate 0.05% crème

Trop faible activité

