

## LES DERMOCORTICOÏDES

### I. INTRODUCTION

- ❖ L'utilisation topique cutanée de corticostéroïdes a commencé au début des années 50.
- ❖ Leur utilisation doit respecter des règles qui permettent dans l'immense majorité des cas d'éviter les effets secondaires.

### II. MODE D'ACTION

#### 1. Activité anti-inflammatoire

- ❖ L'activité anti-inflammatoire est liée aux effets des glucocorticoïdes sur les médiateurs de l'inflammation (cytokines...)
- ❖ L'effet vasoconstricteur dermique fait partie intégrante de l'activité anti-inflammatoire en diminuant l'érythème et l'œdème.

#### 2. Activité antimitotique (ou antiproliférative)

- ❖ Les dermocorticoïdes inhibent la multiplication cellulaire et la synthèse du DNA de tous les composants cellulaires de la peau.

#### 3. Activité immunosuppressive

- ❖ Les dermocorticoïdes modifient les fonctions immunitaires en altérant la fonction et en diminuant le nombre des cellules effectrices.

### III. PHARMACOCINÉTIQUE

#### a) Biodisponibilité cutanée

- ❖ Après application cutanée, le dermocorticoïde doit dans un premier temps être relargué à partir de la préparation. La pénétration se fait ensuite par voie trans-épidermique et transfolliculaire. Elle dépend surtout des caractéristiques intrinsèques de la molécule (polarité, liposolubilité, taille...).

#### b) Facteurs modifiant la biodisponibilité :

##### 1. Nature de l'excipient

- ❖ L'excipient donne sa forme galénique au dermocorticoïde et participe pour une grande part à son activité.

##### 2. Additifs

- ❖ L'adjonction d'autres molécules au dermocorticoïde peut favoriser ou au contraire retarder la pénétration.

##### 3. Occlusion

- ❖ Elle favorise la pénétration cutanée des dermocorticoïdes

##### 4. Âge

- ❖ L'absorption des dermocorticoïdes est plus importante chez le nouveau-né prématuré et, à un moindre degré chez le sujet âgé (amincissement de la couche cornée).

##### 5. Nature de la dermatose traitée

- ❖ Dans les dermatoses exfoliatrices et/ou inflammatoires (dermatite atopique), la couche cornée est altérée et laisse pénétrer le principe actif beaucoup plus facilement que la peau normale

## 6. Localisation

- ❖ L'épaisseur de la couche cornée, barrière principale à l'absorption cutanée, varie selon la localisation et l'âge.
  - **Mince** aux paupières, aux plis, au scrotum => zones de pénétration cutanée accrue, très exposées aux risques d'effets secondaires.
  - **Épaisse** aux paumes et aux plantes => zones où la pénétration des dermocorticoïdes est faible.

### c) EFFET RÉSERVOIR

- ❖ Les dermocorticoïdes ont la capacité de s'accumuler dans la couche cornée de l'épiderme pour être relargués ensuite progressivement vers les couches plus profondes de l'épiderme et le derme => Une seule application par jour

### d) TACHYPHYLAXIE

- ❖ Ce phénomène se traduit en pratique par l'apparition d'une tolérance => une résistance de la dermatose au traitement après applications prolongées et ininterrompues.

## IV. CLASSIFICATION

- ❖ La puissance d'un corticoïde topique dépend de la structure chimique de la molécule, de son affinité pour les récepteurs, de sa concentration dans le véhicule et de la nature de ce dernier.
- ❖ La classification internationale : importante en pratique quotidienne car elle permet de choisir la formulation la plus appropriée en terme de rapport bénéfice/risque. Elle comporte 4 niveaux de puissance :
  - activité anti-inflammatoire très forte (classe IV) ;
  - activité anti-inflammatoire forte (classe III) ;
  - activité anti-inflammatoire assez forte (classe II) ;
  - activité anti-inflammatoire modérée ou faible (classe I).

## V. ASSOCIATIONS

- ❖ L'association à des anti-infectieux (antiseptique, antibiotique ou antifongique) n'est pas justifiée.
- ❖ L'acide salicylique ou l'urée augmentent la pénétration du dermocorticoïde. Le risque de pénétration de l'acide salicylique chez l'enfant est important et doit être pris en considération.
- ❖ Avec les dérivés de la vitamine D

## VI. INDICATIONS

- ❖ Les dermocorticoïdes sont un traitement symptomatique et non étiologique.

### 1. anti-inflammatoires :

- eczémas :
  - ✓ La dermatite de contact allergique
  - ✓ La dermatite atopique
  - ✓ Autres eczémas : eczéma variqueux, nummulaire...
- Le prurit (non scabieux ++)
- Le lichen plan localisé
- Les piquûres d'insecte.

### 2. effets antiprolifératifs :

- Le psoriasis,
- Les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes

### 3. Autres

- la dermite séborrhéique
- la sclérodermie en plaques
- La pelade, vitiligo...

## VII. CONTRE-INDICATIONS

- ❖ Ce sont essentiellement :
  - les dermatoses infectieuses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires.
  - les dermatoses ulcérées ;
  - les dermatoses faciales, à composante vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné)
  - érythème fessier

## VIII. EFFETS SECONDAIRES

- ❖ Ils apparaissent d'autant plus vite et sont d'autant plus marqués que le dermocorticoïde est puissant, surtout en cas d'utilisation prolongée et/ou sous occlusion.

### 1. EFFETS SECONDAIRES LOCAUX

- ❖ Lorsqu'ils sont utilisés pendant des périodes courtes et sans occlusion, les dermocorticoïdes sont sans effet secondaire important.
  1. Atrophie cutanée
    - a. Épidermique (réversible) :
      - épiderme en « papier de cigarette »,
      - fragilité au moindre traumatisme,
      - retard de cicatrisation
    - b. Dermique :
      - purpura ecchymotique,
      - télangiectasies,
      - vergetures
    - c. Hypodermique: lipoatrophie
  2. Dermites rosacéiformes du visage
    - Acné induite
    - Aggravation d'une rosacée
    - Dermite péri-orale
  3. Infections cutanées (bactériennes, mycosiques, virales)
  4. Effets secondaires oculaires (traitement des paupières)
    - a. Glaucome
    - b. Cataracte
  5. Hypopigmentation (peaux pigmentées +++)
  6. Hypertrichose
  7. Granulome glutéal (dérivés fluorés sur une dermite du siège du nourrisson)
  8. Sensibilisation (aux additifs ou au corticoïde lui-même)

### 2. EFFETS SECONDAIRES SYSTÉMIQUES

- ❖ Les effets systémiques sont les mêmes que ceux de la corticothérapie générale : syndrome de Cushing, HTA, rétention hydrosodée, retard de croissance chez l'enfant, freinage de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec insuffisance surrénale aiguë à l'arrêt du traitement...
- ❖ Ces effets systémiques ne se manifestent cliniquement que très rarement, après utilisation prolongée (souvent abusive), sur de grandes surfaces, de dermocorticoïdes puissants.
- ❖ Les enfants, en particulier les nourrissons, y seraient plus exposés en raison d'un rapport surface corporelle/poids élevé.

## IX. MODALITÉS D'UTILISATION

- ❖ Elles dépendent d'un diagnostic précis, de la force du dermocorticoïde à utiliser, de la durée présumée du traitement.

**CHOIX DU DERMOCORTICOÏDE**

- ❖ Dans les dermatoses chroniques, il faut débiter par le corticoïde le plus fort capable de contrôler les symptômes. On adapte ensuite la force du dermocorticoïde selon la réponse.
- ❖ Il faut également tenir compte de l'étendue de l'affection car plus la surface traitée est importante, plus les effets systémiques sont à redouter.
- ❖ Le siège des lésions et l'âge du patient conditionnent également le choix.

**CHOIX DE L'EXCIPIENT**

- ❖ La crème a des indications très larges.
- ❖ La pommade est utilisée pour des dermatoses sèches ou kératosiques : son effet occlusif augmente l'hydratation et la pénétration ; elle est à éviter dans les plis.
- ❖ Le gel est utile pour les lésions suintantes ; il est d'emploi plus cosmétique.
- ❖ La lotion est adaptée aux régions pileuses.

**RYTHME ET TECHNIQUE D'APPLICATION**

- ❖ Traitement d'attaque : la posologie est de 1 application quotidienne.
- ❖ La durée du traitement doit être aussi courte que possible.
- ❖ Dans les dermatoses aiguës, le dermocorticoïde peut être arrêté de façon rapidement progressive.
- ❖ Dans les dermatoses chroniques, l'arrêt doit être lentement progressif en espaçant les applications pour éviter un rebond de la dermatose.

**X. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT**

- ❖ La quantification du nombre de tubes utilisés sur une période donnée est un moyen simple de rechercher une sous ou une sur-consommation de dermocorticoïde.
- ❖ Chez les enfants, le suivi systématique de la courbe de croissance permet de dépister un éventuel retard.

**XI. Conclusion :**

- ❖ *Les dermocorticoïdes sont utilisés surtout pour leurs Actions anti-inflammatoire et antiproliférative en thérapeutique,*
- ❖ *Ils sont classés en fonction du niveau d'activité de très forte à faible*
- ❖ *Ils restent un traitement symptomatique et non pas étiologique.*
- ❖ *Le suivi est nécessaire en cas de dermatose chronique et surtout chez l'enfant.*

Classe 4 : Très forte	clobétasol propionate bétaméthasone dipropionate	Dermoval®/Clotasol® Diprolène®
Classe 3 : Forte	bétaméthasone dipropionate Furoate de mométasone hydrocortisone acéponate hydrocortisone butyrate	Diprosone® /Betasone® Cortisaf® Locoïd® Efficort®
Classe 2 : Modérée	désonide	Locapred®
Classe 1 : Faible	hydrocortisone	Hydracort®/ cortiderm®