

**Dermocorticoides:**  
**Comment prescrire un dermocorticoïde**  
**devant un eczéma ou un psoriasis?**

Pr. GASMI

# PLAN

- Introduction
- Mode d'action
- Propriétés pharmacologiques des glucocorticoïdes
- Classification des dermocorticoïdes
- Pharmacocinétique
- Indications
- Technique et rythme d'application
- Modalités de prescription
- Conseils d'application
- Contre-indications
- Effets secondaires
- DC et Eczéma
- DC et Psoriasis

# Objectifs

- Citer la classification des dermocorticoïdes.
- Décrire les règles de bonne prescription des dermocorticoïdes.
- Enumérer les effets secondaires et les contre-indications des dermocorticoïdes.

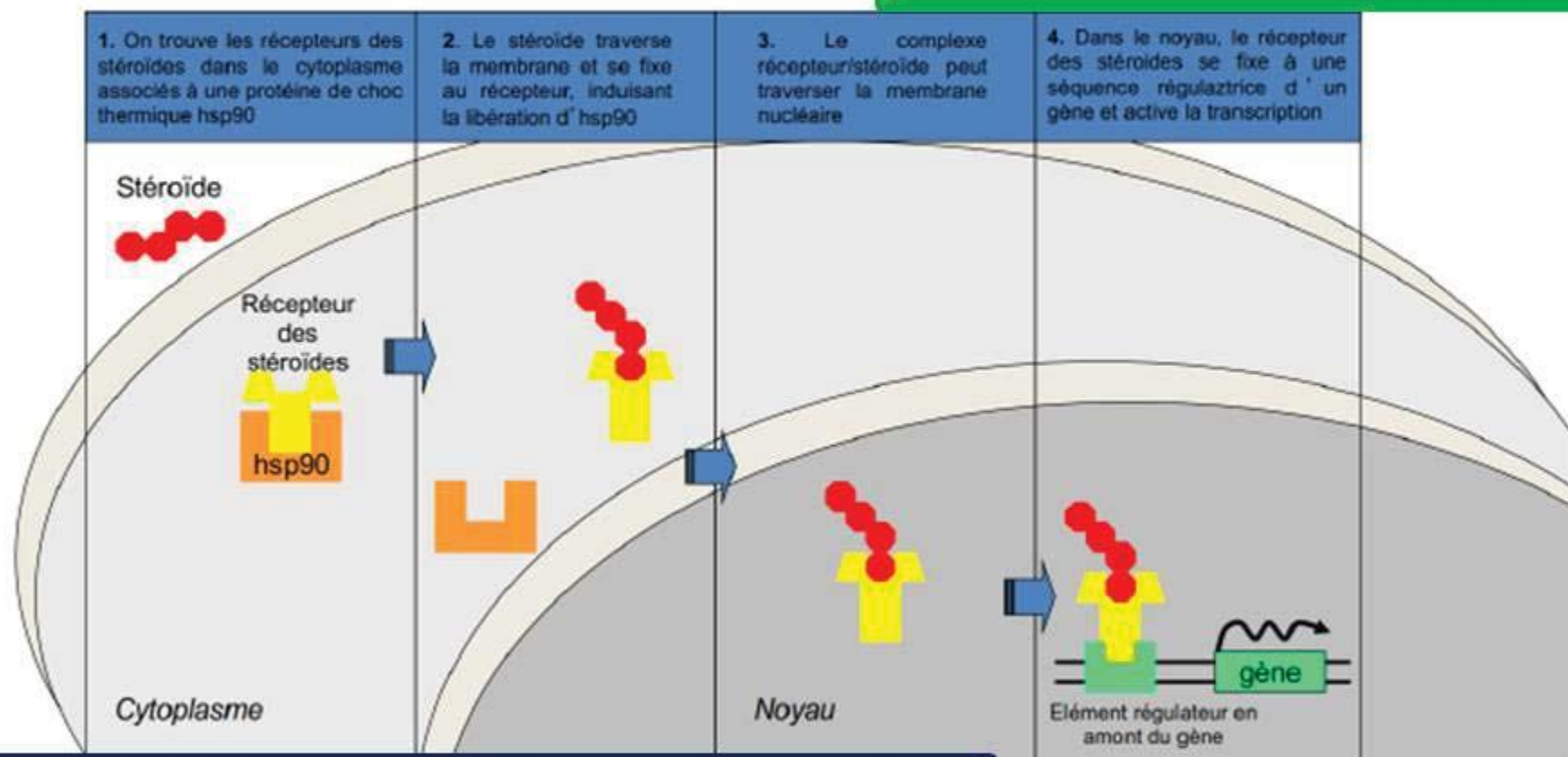
# Introduction

- Les dermocorticoïdes (DC): puissants anti-inflammatoires superficiels utilisés dans de nombreuses pathologies inflammatoires chroniques ou aiguës.
- Ces topiques peuvent être responsables d'effets indésirables, en particulier locaux ou systémiques
- Respects des indications et des posologies: primordial afin de permettre une application adéquate et une réussite du traitement.

**Mode d'action**

Les glucocorticoïdes exercent leur action par la liaison préalable à un récepteur intracellulaire, le récepteur des glucocorticoïdes alpha (GR $\alpha$ ).

Cette fixation provoque la dissociation du complexe GR $\alpha$ /heat-shock protein (HSP)-90 et un changement de conformation permettant de découvrir un site de liaison à l'ADN



La dimérisation du complexe glucocorticoïde/GR $\alpha$  capable de migrer jusque dans le noyau cellulaire permet la fixation aux *positive* et *negative* Glucocorticoïde Responsive Element (*p-GRE* et *n-GRE*)

Activation et l'inhibition de la transcription de l'ADN et la synthèse de protéines spécifiques.



# Propriétés pharmacologiques des glucocorticoïdes

Elles sont nombreuses :

■ **Action anti-inflammatoire** : Cette activité résulte des

✓ **Mécanismes** :

– synthèse de facteurs anti-inflammatoires (lipocortine, interleukine [IL]-10, récepteur à l'IL-1...) ;

– inhibition de la synthèse de facteurs pro-inflammatoires (cyclooxygénases de type 2, cytokines, interleukines...) ;

✓ **Des propriétés vasoconstrictrices** (diminution de synthèse de monoxyde d'azote ) qui participent à leur effet anti-inflammatoire en diminuant rapidement l'érythème et l'œdème et donc en agissant sur les manifestations cliniques de l'inflammation.

## ■ **Action immunosuppressive :**

Par leurs actions sur les cellules de la lignée blanche, les dermocorticoïdes exercent une activité immunosuppressive locale, utile dans le cadre de pathologies faisant intervenir le système immunitaire (eczéma par exemple), mais également responsable du risque infectieux associé à l'utilisation prolongée de dermocorticoïdes.

- diminution de la prolifération et de la migration des lymphocytes T
- diminution de la fonction des macrophages ;
- inhibition de la libération de cytokines (IL-2 et IL-1) ;
- diminution du nombre de cellules épidermiques de Langerhans présentatrices d'antigènes aux lymphocytes T.



## ■ **Action Propriétés antimitotiques (ou antiprolifératives) :**

- Les dermocorticoïdes ont une activité antiproliférative sur tous les composants cellulaires de la peau,
- A l'origine d'effets indésirables locaux, mais sont aussi utilisés dans un but thérapeutique, par exemple dans les cicatrices chéloïdes (effet atrophiant dermique recherché).
- En termes d'effets indésirables, les conséquences sur les différentes couches de la peau sont les suivantes:
  - ✓ **Epiderme:** atrophie épidermique réversible à l'arrêt;
  - ✓ **Mélanocytes:** raréfaction provoquant une dépigmentation à long terme;
  - ✓ **Derme:** diminution de la synthèse de collagène et de protéoglycanes par les fibroblastes, altération de la structure des fibres élastiques d'où une atrophie dermique non réversible (vergetures définitives).

# Classification des dermocorticoïdes

**Les DC sont classées en** quatre (4) niveaux et la classification repose sur deux critères :

- ✓ Le test de vasoconstriction de McKenzie proportionnel à la puissance anti-inflammatoire ;
- ✓ Les données des essais cliniques.

Actuellement, la classification française est contraire à la classification internationale

Tableau 2. Classifications des dermocorticoïdes.		
Anti-inflammatoire	Classification française	Classification internationale
Très forte	I	IV
Forte	II	III
Modérée	III	II
Faible	IV	I

**Tableau 1.** Classification des dermocorticoïdes non associés actuellement disponibles en France.

Activité anti-inflammatoire	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Formes galéniques	Concentration %
<b>Très forte</b>	Clobétasol propionate	Dermoval®	Crème, gel capillaire	0,05
		Clobex®	Shampooing	0,05
		Clarelux®	Crème, mousse cutanée	0,05
<b>Forte</b>	Bétaméthasone dipropionate	Diprolène®	Pommade	0,05
	Bétaméthasone valérate	Betneval®	Crème, pommade	0,10
		Betneval® lotion	Émulsion	0,10
		Bétésil® 2,25 mg	Emplâtre médicamenteux	0,10
	Bétaméthasone dipropionate	Diprosone®	Crème, pommade, lotion	0,05
	Acéponate d'hydrocortisone	Efficort®	Crème hydrophile, crème lipophile	0,127
	Difluprednate	Epitopic®	Crème	0,05
	Fluticasone	Flixivate®	Crème	0,05
			Pommade	0,005
	Hydrocortisone butyrate	Locoid®	Crème, crème épaisse, émulsion, lotion, pommade	0,10
<b>Modérée</b>	Diflucortolone valérate	Nérison®	Crème, pommade	0,10
		Nérison® gras	Pommade anhydre	0,10
	Désonide	Locapred®	Crème	0,10
	Désonide	Tridésonit®	Crème	0,05
	Désonide	Locatop	Crème	0,10
	Fluocortolone base + caproate	Ultralan®	Pommade	0,50
<b>Faible</b>	Hydrocortisone	Aphilan®	Crème	0,50
		démangeaisons	Crème	1
		Hydrocortisone	Crème	0,50
		Kérapharm®	Crème	0,50
		Cortapaisyl®	Crème	0,50
		Dermofenac®	Crème	0,50
		démangeaisons		
		Cortisedermyl®		

Sébastien FAURE. Dermocorticoïdes. Actualités pharmaceutiques. n° 537. Juin 2014.

Florence Hacard. Dermocorticoïdes et anti-inflammatoires topiques. Masterclasse Allergologie. Module de Dermatologie. 8/4/2022.

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

# Pharmacocinétique

- Deux types de voies permettent le passage des corticoïdes à travers la peau :
  - ✓ **La voie transfolliculaire:** permettant un passage rapide et facile du *stratum corneum*,
  - ✓ **La voie transépidermique.**
- **La vitesse et la quantité de principe actif absorbé dépendent :**
  - ✓ de la nature de la molécule et de son véhicule ;
  - ✓ de la localisation,
  - ✓ de la surface et
  - ✓ de la technique d'application ;
  - ✓ des caractéristiques individuelles (âge et variations individuelles).
- **La technique d'application:**

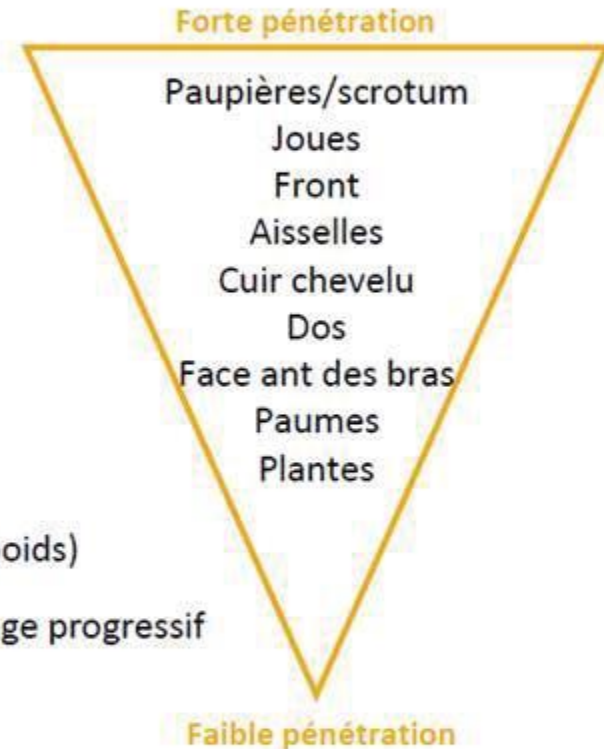
L'occlusion augmente l'hydratation, la température, le temps de contact et, ainsi, la quantité de principe actif absorbé ;

Le massage potentialise la pénétration.



## FACTEURS AGISSANT SUR LA BIODISPONIBILITÉ (= PÉNÉTRATION + ABSORPTION)

- Puissance du dermocorticoïde
- Galénique Pommade (excipients gras) : effet occlusif > crème
- Additifs Urée ou acide salicylique
- Topographie
- État cutané Pénétration augmentée si barrière cutanée altérée
- Occlusion
- Age Absorption proportionnelle plus grande chez l'enfant (surface/poids)
- Effet réservoir Accumulation dans la couche cornée avec relargage progressif



# MODALITÉS D'UTILISATION

## CHOIX DE LA GALÉNIQUE ET PUISSANCE



Corps

- Toutes galéniques possibles
- DC forts et très forts

Plis

- Crèmes
- DC forts

Paumes/plantes

- pommade
- DC très forts (dermoval®)

Cuir chevelu :

- lotion, shampooing, gel
- DC fort et très fort (dermoval®, diprosone®, clobex)

Paupières/visage :

- Crème, lotion pour les poils
- DC modéré (locapred®, triddesonit®)

Scrotum:

- Crème
- DC modéré (locapred®, tridesonit®)

Vulve

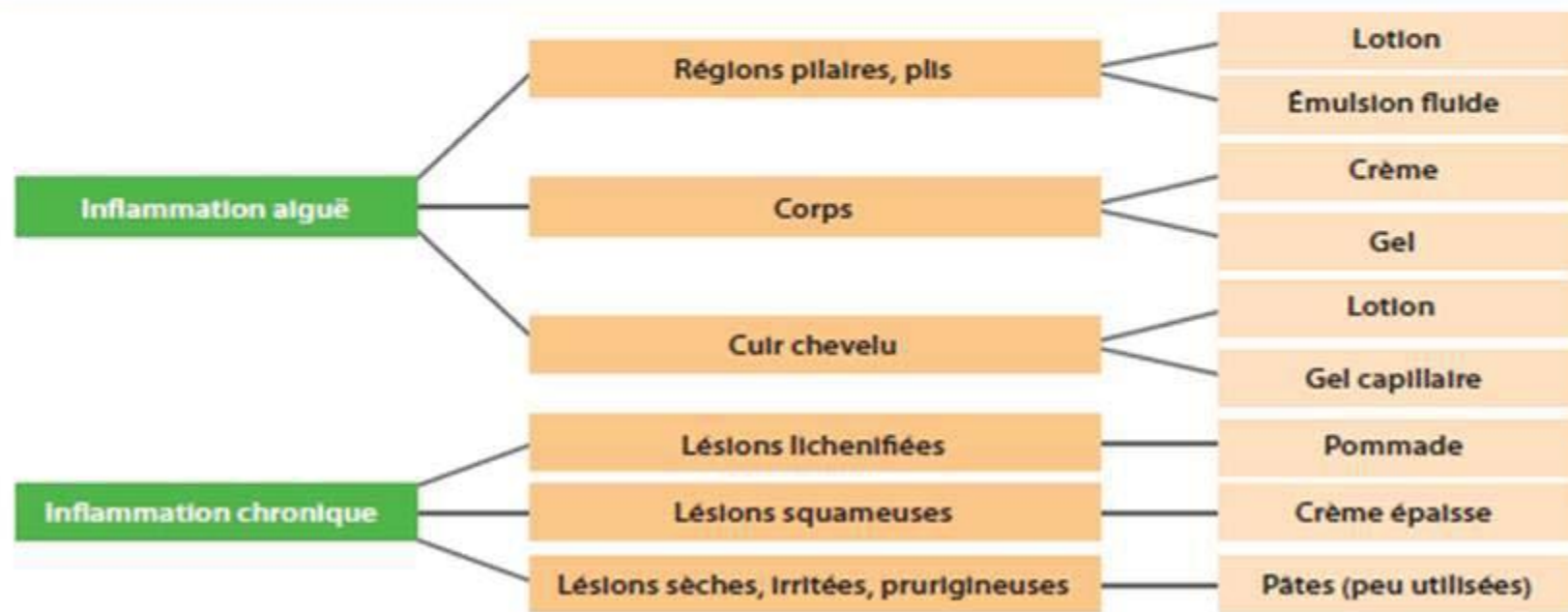
- Crème
- DC très fort possible (dermoval®)





**Tableau 3. Choix de la classe d'activité en fonction de l'âge et de la localisation.**

Localisation	Nourrisson	Enfant	Adulte
Visage	IV	IV-III	III
Corps	III	III-II	II
Fesses	IV	III	II
Paumes et plantes	III-II	II	I
Cuir chevelu	IV	III	II



# Indications

Activité très forte	Activité forte et modérée	Activité faible (très peu d'indications)
<p>Utilisation brève sur lésions résistantes et de surface limitée; Relais par classe de puissance inférieure</p> <p>Psoriasis (localisation palmoplantaire+++)</p> <p>Lichénification, névrodermite</p> <p>Lichen plan</p> <p>Lichen scléreux génital</p> <p>Cicatrices hypertrophiques, chéloïdes</p> <p>Pemphigoïde bulleuse</p> <p>Sclérodermie en plaques</p> <p>Myxoédème pré tibial</p> <p>Pelade</p> <p>Mastocytose</p>	<p>Eczéma de contact (+éviction de l'allergène+++)</p> <p>Dermatite atopique</p> <p>Psoriasis (localisé, cuir chevelu, visage, psoriasis inversé)</p> <p>Dermite de stase</p> <p>Lichen plan</p> <p>Prurigo non parasitaire</p> <p>Dyshidrose</p> <p>Eczéma nummulaire</p> <p>Piqûre d'insectes</p> <p>Érythème solaire</p> <p>Lupus cutané discoïde</p> <p>Granulome annulaire</p> <p>Sarcoïdose</p>	<p>Traitement d'entretien/relais des dermocorticoïdes plus puissants</p> <p>Dermatite séborrhéique</p> <p>Eczéma (paupières)</p>

# Technique et rythme d'application

- Le dermocorticoïde doit être étalé en couche fine avec un léger massage pour le faire pénétrer.
- En traitement d'attaque: Une (01) application quotidienne.

Elle est de 2 applications/ jour en cas d'altération de la couche cornée.

- Le moment de la journée le plus opportun pour appliquer le dermocorticoïde : En pratique, l'application après le bain ou la douche (matin ou soir) sur une peau encore un peu humide ( couche cornée hydratée).
- La durée du traitement doit être aussi courte que possible:

Dermatoses aiguës, Arrêt des DC de façon rapidement progressive,

Dermatoses chroniques: Arrêt lentement progressif en espaçant les applications pour éviter un rebond de la dermatose ( application 1 jour sur 2 puis 1 jour sur 3 avant l'arrêt).

- En Traitement d'entretien: prévient les rechutes et diminue la sévérité des poussées: Psoriasis, eczéma atopique



# Modalités de prescription

- Prescription DC doit être clairement rédigée en mentionnant:
- Décroissance progressive (nombre de jours pour chaque palier);
- Nombre maximal de tubes à utiliser par unité de temps et son poids (exemple: un tube de 30 g pour 1 mois);
- les zones à traiter et les zones à *ne pas traiter* ;

## Unité phalangette

- s'applique sur une région équivalente à 2 paumes de main : 0.5g (1 tube de 30g = 60 unités phalangettes)



- 30g de DC couvre la surface corporelle d'un homme de corpulence moyenne

## Conseils d'application :

- ✓ Se laver les mains après l'application ou port de gants (utilisation prolongée de classes à activité forte);
- ✓ Laver et désinfecter la peau avant chaque utilisation ;
- ✓ Stopper l'usage des dermocorticoïdes au moins sept jours avant la réalisation de tests allergiques cutanés programmés, notamment au niveau du dos et des bras.

## Contre-indications

- **Générales :**

- ✓ Infections bactériennes,  
Virales (Herpétique: risque d'extension et de nécrose),  
Fongiques primitives  
Parasitaires: Scabiose : risque d'extension
- ✓ Lésions ulcérées,
- ✓ Acné et Rosacée: risque d'aggravation et de cortico-dépendance, nourrisson.

- **Autres:**

- **Diflucortolone, béthamétasone, clobétasol, fluticasone et difluprednate** : application sur les paupières (risque de cataracte et de glaucome).
- **Préparations contenant de l'acide salicylique** : allergie aux salicylés, escarre, nourrisson pour des concentrations d'acide salicylique supérieures à 2 % sur de grandes surfaces.

## Effets secondaires

Les effets indésirables, tant systémiques que locaux, dépendent de

- ✓ la concentration en corticostéroïde et de la puissance de celui-ci,
- ✓ l'excipient,
- ✓ la durée du traitement
- ✓ l'état de la peau,
- ✓ la nature de l'affection cutanée traitée, sa localisation et de son étendue.



# Effets locaux

**Des effets locaux** peuvent être observés :

- ✓ Atrophie cutanée (le plus souvent),
- ✓ Purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie ;
- ✓ Télangiectasies ( visage) ;
- ✓ Vergetures
- ✓ Fragilité cutanée ; dermatite péri-orale ; aggravation d'une rosacée ;
- ✓ Retard de cicatrisation des plaies atones,
- ✓ Escarres, des ulcères de jambe ;
- ✓ Irritations ;



Purpura de Bateman



Fragilité cutanée



Cicatrice stellaire

- ✓ Folliculites ;
- ✓ Eruptions acnéiformes ou pustuleuses ;
- ✓ Hypertrichose ;
- ✓ Dépigmentations ;
- ✓ Infections secondaires, particulièrement sous pansement occlusif ou dans les plis ;
- ✓ Dermatoses allergiques de contact.



Sébastien FAURE. Dermocorticoïdes. Actualités pharmaceutiques. n° 537. Juin 2014.

Florence Hacard. Dermocorticoïdes et anti-inflammatoires topiques. Masterclasse Allergologie. Module de Dermatologie. 8/4/2022. [www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

## Effets systémiques

Effets systémiques: peuvent survenir lors de l'utilisation prolongée de corticoïdes puissants sur des surfaces importantes : effets secondaires des corticoïdes

## Interactions médicamenteuses

Ils ne doivent pas être mélangés avec d'autres préparations dermiques.

## Associations

- Dans certaines préparations, des dermocorticoïdes sont associés à d'autres principes actifs tels qu'un:
  - ✓ kératolytique comme l'acide salicylique (Diprosalic<sup>®</sup>, Nérissalic<sup>®</sup>),
  - ✓ Antiseptique tel que le chlorquinaldol (Nérissone C<sup>®</sup> crème),
  - ✓ Antihistaminique et un anesthésique local (Onctose<sup>®</sup> hydrocortisone).



## Surveillance d'une corticothérapie

- Surveillance de corticothérapie locale prolongée doit être guidée par le risque d'apparition d'effets indésirables locaux et généraux.
- La quantification du nombre de tubes utilisés sur une période donnée est un moyen simple de rechercher soit une sous-consommation soit une surconsommation de dermocorticoïde.
- Chez les enfants, le suivi systématique de la courbe de croissance permet de dépister un éventuel retard.

## DC et eczémas

- **En période de crise:** l'approche la plus commune repose sur la prescription d'un dermocorticoïde topique.

Il est également important de traiter la peau sèche, particulièrement autour de la zone enflammée.

Les dermocorticoïdes sont souvent très efficaces, surtout s'ils sont utilisés dès les premiers signes.

Une application quotidienne, après la toilette, sur une peau légèrement humide, pendant trois jours (dermocorticoïde d'activité forte) à sept jours (dermocorticoïde d'activité faible) est souvent suffisante.

- **En période de rémission:** il est important de réparer la peau à l'aide d'un émollient

## Conduite du traitement

- Le traitement de la dermatite atopique est symptomatique.
- **L'objectif principal du traitement doit être la restauration de la qualité de vie du patient et de son entourage.**
- **En cas de DA légère:**
- Les traitements locaux (émollients, dermocorticoïdes et inhibiteurs de la calcineurine topiques: immunomodulateurs locaux, le pimécrolimus et le tacrolimus) sont le plus souvent suffisants pour contrôler la maladie.

Ces traitements locaux sont le plus souvent suffisants pour traiter une DA chez l'enfant.

- **En cas de DA modérée à sévère, d'échec des traitements locaux ou de réponse partielle à ces traitements avec persistance d'une altération de la qualité de vie**
- Un traitement systémique (photothérapie, ciclosporine ou méthotrexate) peut être indiqué.



## Tableau II : Conseils

### A- Mesures non spécifiques

- Habillement : éviter les textiles irritants (laine, synthétiques à grosses fibres) ; préférer coton et lin.
- Éviter l'exposition au tabac.
- Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit.
- Exercice physique, sport, à conseiller. Douche et émollients après, en particulier pour la natation (irritation des désinfectants chlorés).
- Augmenter les applications d'émollients par temps froid et sec.
- Se méfier des contagés herpétiques.
- Vacciner normalement.

## DC et Psoriasis

- En première intention, des traitements topiques du psoriasis sont requis.
- Une hydratation cutanée grâce à des produits émollients y est souvent associée.
- Les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 et les rétinoïdes (dérivés de la vitamine A) sont couramment prescrits. Les goudrons, l'anthraline et les kératolytiques peuvent aussi être utilisés.
- Traitement local de première intention ;
- Ils sont utilisés afin d'obtenir le blanchiment des lésions psoriasiques( activités anti-inflammatoire et vasoconstrictrice qui permettent de diminuer rapidement l'érythème et les manifestations inflammatoires.
- Après le traitement d'attaque, un traitement d'entretien peut être instauré pour contrôler les poussées suivantes.

# Bibliographie

- Sébastien FAURE. Dermocorticoïdes. Actualités pharmaceutiques. n° 537. Juin 2014.
- Florence Hacad. Dermocorticoïdes et anti-inflammatoires topiques. Masterclasse Allergologie. Module de Dermatologie. 8/4/2022. [www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)
- Lebrun-Vignes, B.; Chosidow, O. Dermocorticoïdes. EMC Dermatologie . 2012.
- C. Zenklusen; L. Feldmeyer. Dermocorticoïdes :incontournables et redoutés. Revue Médicale Suisse – [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch) – 9 avril 2014
- Caroline RADAN. **Dermatite atopique et psoriasis, deux pathologies cutanées auto-immunes**. Actualités pharmaceutiques. N 569. Octobre 2017.
- Société française de dermatologie (SFD). La dermatite atopique [en ligne]. [Consulté le 19/08/2022]. Disponible à l'adresse : <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>
- Delphine STAUMONT. **La dermatite atopique**. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>
- B. LEBRUN-VIGNES, O. CHOSIDOW. **Dermocorticoïdes**. Ann Dermatol Venerol. 2004;131:39-48
- Etienne SEUVE , Alexia EYRAUD, Alexis DESMOULIERE. **Les traitements du psoriasis**. Actualités pharmaceutiques. n° 622; janvier 2023