

Dermatologie

Les cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

L'Association canadienne de dermatologie

Dernière mise à jour : mars 2019



1 Ne prescrivez pas d'emblée une antibiothérapie pour des rougeurs et de l'œdème aux deux membres inférieurs.

La cellulite est souvent diagnostiquée à tort; ce faux diagnostic serait même posé dans un cas sur trois. Il y a plusieurs causes à la « pseudocellulite », notamment : dermatite de stase, lipodermatosclérose aiguë, lymphœdème, dermatite eczémateuse, dermatite de contact, goutte et épidermophytie plantaire. Le plus fréquent parmi ces diagnostics est la dermatite de stase qui affecte généralement les deux membres inférieurs. Dans un contexte d'anomalies cutanées aux deux membres inférieurs, il faut chercher les causes de cette « pseudocellulite ».

2 Ne prescrivez pas d'emblée de produits d'association topiques corticostéroïdes/antifongiques.

Les produits d'association topiques corticostéroïdes/antifongiques sous forme de crèmes ou d'onguents contiennent des corticostéroïdes puissants généralement considérés inappropriés pour les problèmes dermatologiques affectant le visage et les plis cutanés. Ces produits ont été prescrits pour des infections fongiques superficielles soupçonnées et pour l'érythème fessier. Par contre, les données probantes font état d'une efficacité clinique moindre, de taux de récurrence plus élevés et d'effets indésirables (amaigrissement de la peau et absorption systémique) comparativement aux antifongiques topiques seuls. Dans la pratique, leur utilisation peut compliquer le diagnostic et prolonger le traitement. Il faut confirmer les soupçons à l'égard de la mycose au moyen d'un prélèvement cutané (par grattage) et les mycoses accompagnées d'un prurit intense peuvent répondre à une corticothérapie topique de courte durée avec un agent de puissance légère à modérée.

3 N'utilisez pas d'emblée d'antibiotiques topiques sur une plaie chirurgicale.

En dermatologie, les plaies chirurgicales peuvent être soit suturées, soit laissées à cicatriser naturellement à partir de la base. La plupart des interventions dermatologiques produisent des plaies considérées « non contaminées », qui comportent un faible risque d'infection au départ. Pour les plaies suturées, les problèmes potentiels (dermatite de contact allergique aux ingrédients topiques, antibiorésistance) surclassent la réduction accessoire du risque d'infection postopératoire obtenue avec les antibiotiques appliqués sur la peau. Seules les plaies montrant des signes d'infection (purulence, œdème, rougeur qui s'étend, détérioration de la plaie et symptômes systémiques) devraient recevoir une antibiothérapie appropriée.

4 Ne prescrivez pas d'antifongiques systémiques pour une onychomycose soupçonnée sans confirmation mycologique d'une infection à dermatophytes.

Les onychomycoses comptent pour la moitié de toutes les causes d'anomalies des ongles (onychodystrophie). L'autre moitié peut être attribuée à des maladies comme l'onychogryphose (épaississement de l'ongle), le psoriasis et le lichen plan. Les professionnels de la santé ont une aptitude variable à prédire l'onychomycose des ongles d'orteils, qui peut être confirmée par microscopie simple, culture fongique ou examen histologique. Les antifongiques systémiques indiqués pour l'onychomycose de modérée à grave peuvent entraîner diverses interactions médicamenteuses et exacerber le risque d'insuffisance cardiaque ou hépatique. La confirmation de l'infection fongique peut prévenir des traitements superflus assortis d'effets indésirables évitables et orienter le diagnostic vers d'autres causes possibles.

5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques oraux pour l'acné vulgaire pendant plus de 3 mois sans en vérifier l'efficacité.

Les antibiotiques sont les agents systémiques le plus souvent prescrits pour le traitement de l'acné, en raison de leurs propriétés antibactériennes et anti-inflammatoires. L'administration d'antibiothérapies prolongées peut perturber le microbiome normal, accroître le taux d'infections des voies respiratoires supérieures et a été liée à l'apparition d'autres troubles systémiques. On note aussi une antibiorésistance croissante des bactéries pathogènes de l'acné. Pour les cas d'acné de modérés à graves nécessitant un traitement systémique, l'effet de l'antibiothérapie orale doit être réexaminé après trois mois pour évaluer les progrès. Si le traitement est inefficace, il faut le modifier : on aura recours à d'autres agents systémiques, comme les anti-androgènes (spironolactone), en association avec des contraceptifs oraux ou des rétinoïdes. L'antibiothérapie orale doit toujours être associée à du peroxyde de benzoyle ou à un rétinoïde topique.

Comment la liste a été établie

Un groupe de travail composé de membres de l'Association canadienne de dermatologie (ACD) a été formé autour d'un intérêt partagé pour la question de la saine intendance des ressources en dermatologie. Le groupe de travail a procédé à une revue des recommandations Choosing Wisely adoptées dans d'autres pays et a ensuite effectué une revue documentaire ciblée des publications à partir des mots clés evidence-based medicine, value-based healthcare et dermatology. De la liste complète des recommandations répertoriées, on a retranché les éléments jugés inappropriés pour le Canada et contestés par de plus récentes données probantes. Cinq lignes directrices ont ainsi été sélectionnées comme « principales recommandations » et cinq autres ont été placées dans une « liste supplémentaire ». Les réviseurs, de différents types de pratique et milieux géographiques, ont été invités à tenir compte des critères suivants dans leur évaluation des recommandations : pertinence pour la dermatologie, fréquence d'utilisation et risque de préjudice. Ils ont ensuite eu à approuver ou à rejeter les principales recommandations et à choisir une solution de rechange dans la liste supplémentaire ou ailleurs en cas de désaccord. La liste finale établie par consensus a alors été approuvée par le conseil d'administration de l'ACD et présentée au congrès annuel 2018 de l'Association.

Sources

- 1** Baibergenova A et coll. Hospitalizations for cellulitis in Canada: a database study. *J Cutan Med Surg.* Janv.-févr. 2014; vol. 18, n° 1 : p. 33-37. [PMID : 24377471](#).
Hirschmann JV et coll. Lower limb cellulitis and its mimics: part II. Conditions that simulate lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol.* Août 2012; vol. 67, n° 2 : p. 177.e1-9. [PMID : 22794816](#).
Ko LN et coll. Effect of Dermatology Consultation on Outcomes for Patients With Presumed Cellulitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* Le 1^{er} mai 2018; vol. 154, n° 5 : p. 529-536. [PMID : 29453872](#).
Levell NJ et coll. Severe lower limb cellulitis is best diagnosed by dermatologists and managed with shared care between primary and secondary care. *Br J Dermatol.* Juin 2011; vol. 164, n° 6 : p. 1326-1328. [PMID : 21564054](#).
- 2** Alston SJ et coll. Persistent and recurrent tinea corporis in children treated with combination antifungal/corticosteroid agents. *Pediatrics.* 2003; vol. 111, n° 1 : p. 201-203. [PMID : 12509578](#).
Greenberg HL et coll. Clotrimazole/betamethasone dipropionate: a review of costs and complications in the treatment of common cutaneous fungal infections. *Pediatr Dermatol.* Janv.-févr. 2002; vol. 19, n° 1 : p. 78-81. [PMID : 11860579](#).
Wheat CM et coll. Current trends in the use of two combination antifungal/corticosteroid creams. *Pediatrics.* Juill. 2017; vol. 186 : p. 192-195. [PMID : 28438376](#).
- 3** Gehrig KA et coll. Allergic contact dermatitis to topical antibiotics: Epidemiology, responsible allergens, and management. *J Am Acad Dermatol.* Janv. 2008; vol. 58 n° 1; p. 1-21. [PMID : 18158924](#).
Norman G et coll. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 29 mars 2016; n° 3 : CD011712. [PMID : 27021482](#).
Saco M et coll. Topical antibiotic prophylaxis for prevention of surgical wound infections from dermatologic procedures: a systematic review and meta-analysis. *J Dermatolog Treat.* Avr. 2015; vol. 26, n° 2 : p. 151-158. [PMID : 24646178](#).
- 4** Ameen M et coll. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of onychomycosis 2014. *Br J Dermatol.* Nov. 2014; vol. 171, n° 5 : p. 937-958. [PMID : 25409999](#).
Gupta AK et coll. Confirmatory testing prior to initiating onychomycosis therapy is cost-effective. *J Cutan Med Surg.* Mars-avr. 2018; vol. 22, n° 2 : p. 129-141. [PMID : 28954534](#).
Gupta AK et coll. Onychomycosis in the 21st century: an update on diagnosis, epidemiology, and treatment. *J Cutan Med Surg.* Nov.-déc. 2017; vol. 21 n° 6 : p. 525-539. [PMID : 28639462](#).
Vender RB et coll. [Prevalence and epidemiology of onychomycosis.](#) *J Cutaneous Med Surg.* Nov. 2006; vol. 10, n° 6 : p. S28-S33.
- 5** Asai Y et coll. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *JAMC.* Le 2 févr. 2016; vol. 188, n° 2 : p. 118-126. [PMID : 26573753](#).
Barbieri JS et coll. Approaches to limit systemic antibiotic use in acne: Systemic alternatives, emerging topical therapies, dietary modification, and laser and light-based treatments. *J Am Acad Dermatol.* Févr. 2019; vol. 80, n° 2 : p. 538-549. [PMID : 30296534](#).
Barbieri JS et coll. Trends in prescribing behavior of systemic agents used in the treatment of acne among dermatologists and nondermatologists: A retrospective analysis, 2004-2013. *J Am Acad Dermatol.* Sept. 2017; vol. 77, n° 3 : p. 456-463.e4. [PMID : 28676330](#).
Zaenglein AL et coll. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2016; vol. 74, n° 5 : p. 945-973.e33. [PMID : 26897386](#).

À propos de l'Association canadienne de dermatologie

L'Association canadienne de dermatologie, fondée en 1925, représente les dermatologues du Canada. L'association fournit un accès facile à une source fiable de connaissances médicales dans le domaine de la dermatologie. Elle a pour mission de faire avancer la science et l'art de la médecine et de la chirurgie dans le domaine des soins de la peau, des cheveux et des ongles, d'offrir du perfectionnement professionnel à ses membres, d'appuyer et d'améliorer les soins aux patients, de sensibiliser le public à la protection solaire et aux autres aspects de la santé de la peau, et de promouvoir la santé de la peau, des cheveux et des ongles, la vie durant.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)