

À PROPOS DE L'AUTEUR

Vimal H. Prajapati, MD, FRCPC, DABD

Le Dr Prajapati est professeur agrégé de clinique à l'Université de Calgary, co-créateur de The Dermatology Philosophy, ainsi que co-fondateur et co-directeur du Skin Health & Wellness Centre, du Dermphi Centre, du Dermatology Learning Institute, du Dermatology Research Institute, de Dermphi Therapeutics, et du D&P Commercial Group. En outre, il a lancé plusieurs initiatives de sous-spécialité, notamment des cliniques multidisciplinaires pour la morphee pédiatrique, la sclérodémie pédiatrique et le psoriasis pédiatrique à Calgary, des cliniques de prise en charge rapide pour le psoriasis et de l'eczéma à Calgary, ainsi que des cliniques rurales de proximité pour le psoriasis et l'eczéma à Medicine Hat.



MISE À JOUR SUR L'ASSOCIATION À DOSE FIXE D'UN CORTICOSTÉROÏDE TOPIQUE ET D'UN ANALOGUE DE LA VITAMINE D3 (DIPROPIONATE DE BÉTAMÉTHASONE-CALCIPOTRIOL) DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS EN PLAQUES

Le psoriasis en plaques est une maladie cutanée inflammatoire chronique, récurrente et à médiation immunitaire qui peut avoir des répercussions négatives importantes sur la qualité de vie du patient et de sa famille. L'arsenal thérapeutique de cette affection a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies, et de nombreux nouveaux traitements ont été approuvés au Canada et dans d'autres pays du monde. Malgré ces progrès, qui incluent des thérapies générales ciblées permettant aux patients d'atteindre de meilleurs résultats en matière de disparition des lésions cutanées, les traitements topiques restent un pilier de la prise en charge du psoriasis en plaques.

La plupart, sinon la totalité, des patients atteints de psoriasis en plaques se verront prescrire des traitements topiques à un moment ou à un autre de leur parcours thérapeutique. Ils sont couramment utilisés en monothérapie de première intention pour traiter les maladies légères ou modérées ainsi que les maladies modérées ou graves (avant l'instauration d'une photothérapie et/ou d'une thérapie générale) et comme traitement d'appoint pour traiter les maladies modérées ou graves (lorsque la disparition complète des lésions cutanées n'est pas obtenue par la photothérapie et/ou la thérapie générale). Bien que de nombreuses options soient accessibles, il a été montré que les patients atteints de psoriasis en plaques ont des préférences différentes en matière de traitement topique, ce qui a une incidence sur l'observance du traitement, soulignant ainsi l'importance de la prise de décision partagée et des approches thérapeutiques individualisées. Les facteurs qui doivent être pris en considération sont l'efficacité, la commodité, l'acceptabilité cosmétique, l'innocuité/la tolérance et l'accessibilité/le coût d'un produit.

Les traitements topiques du psoriasis en plaques actuellement autorisés comprennent des produits contenant un seul principe actif (corticostéroïde, rétinoïde ou analogue de la vitamine D3) et des produits contenant deux principes actifs en association à dose fixe (corticostéroïde/kératolytique, corticostéroïde/rétinoïde ou corticostéroïde/analogue de la vitamine D3). Depuis près de vingt ans maintenant, les produits combinés à dose fixe contenant un corticostéroïde (dipropionate de bétaméthasone) et un analogue de la vitamine D3 (calcipotriol) dans diverses formulations — d'abord sous forme de pommade, puis de gel et de mousse — sont largement utilisés par les patients atteints de psoriasis en plaques, quel que soit le degré de gravité de la maladie, et ont acquis une solide réputation en dermatologie.

L'objectif de ce supplément est de faire le point sur les données les plus récentes des essais cliniques et en situation réelle concernant l'association à dose fixe d'un corticostéroïde topique et d'un analogue de la vitamine D3 (dipropionate de bétaméthasone-calcipotriol). Dans ce document, les auteurs examinent plus particulièrement (1) le mécanisme d'action; (2) l'efficacité en ce qui concerne les résultats rapportés par les médecins (par exemple, les améliorations de l'index de surface et de sévérité du psoriasis [PASI] et des scores de l'évaluation globale du médecin [PGA]); (3) l'efficacité en ce qui concerne les résultats rapportés par les patients (par exemple, les améliorations des scores de démangeaisons et de douleurs sur l'échelle visuelle analogique (EVA) ainsi que des mesures de la qualité de vie liée à la santé [QVLS], telles que l'index de qualité de vie en dermatologie pour les enfants [CDLQI]/l'index de qualité de vie en dermatologie [DLQI]); et (4) l'innocuité.