

## À PROPOS DE L'AUTRICE



### Lauren Lam, M.D., BScH, FRCPC

La Dr<sup>e</sup> Lam est vice-présidente de la Fondation canadienne pour l'hidradénite suppurée et dermatologue certifiée par le Conseil canadien des dermatologues, spécialisée dans les procédures de mise à plat de l'hidradénite suppurée à Calgary, en Alberta. Elle est fière de servir sa communauté, notamment dans le traitement de la dermatite atopique chez les populations défavorisées, telles que les patients des zones rurales, les personnes âgées ou celles issues de diverses origines ethniques.

*Affiliations de l'autrice :* Beacon Dermatology, Calgary, AB

# La dermatite atopique chez les patients ayant une peau de couleur : résumé d'un examen de la documentation sur la pratique en clinique

Lauren Lam, M.D., BScH, FRCPC

## Introduction

L'intérêt croissant pour la compréhension des nuances dans les affections dermatologiques chez les personnes ayant des origines ethniques différentes continue de gagner du terrain parmi les praticiens et les résidents en dermatologie. Il est encourageant de voir que les programmes de résidence évoluent et englobent un plus large éventail de cas, courants et rares, provenant de groupes ethniques différents.

La dermatite atopique est une affection courante que tous les dermatologues rencontrent dans leur cabinet médical. Toutefois, ses diverses manifestations entre les patients de différents teints de peau peuvent poser des difficultés considérables pour son diagnostic et sa prise en charge.

Un examen de la documentation portant sur toutes les analyses systématiques publiées au cours des cinq dernières années sur ce sujet a donc été réalisé afin de rassembler les connaissances les plus récentes et les plus cliniquement applicables aux patients qui ont une peau de couleur et sont atteints de dermatite atopique. Trois articles ont été retenus : Napolitano et al,<sup>1</sup> Adawi et al<sup>2</sup> et Gan et al.<sup>3</sup> Les aspects les plus cliniquement pertinents de ces documents sont résumés ci-dessous.

## Profils immunologiques

L'interleukine (IL)-13 a été identifiée comme l'une des interleukines principales qui intervient dans la dermatite atopique. Il est

étonnant de constater que l'expression de l'IL-13 est comparable entre les groupes ethniques. Toutefois, il existe des nuances dans les niveaux d'expression d'autres interleukines impliquées dans la dermatite atopique.

## Pédiatrie

Les enfants présentent une hyperplasie épidermique et une infiltration cellulaire plus importantes que les adultes. Ils expriment également des taux plus élevés de lymphocytes T auxiliaires (Th)17, Th9/IL-9, IL-33, de marqueurs innés, d'IL-31 et d'IL-33 que les adultes. Cette augmentation expliquerait les similitudes phénotypiques avec le psoriasis observées chez les enfants.<sup>1</sup>

## Afro-Américains

Des études ont montré que la peau des patients afro-américains présente des taux plus faibles de céramides, un pH plus bas dans la couche cornée et une perte d'eau transépidermique plus importante par rapport à d'autres groupes ethniques,<sup>2</sup> ce qui entraîne une aggravation de la xérose. Les patients afro-américains ont également tendance à présenter une augmentation des voies Th2 et Th22.

## Asiatiques

Selon de petites études, les patients chinois présentent des taux plus élevés de Th2, Th17/IL-23 et Th22.<sup>1</sup> La participation plus importante de ces deux dernières voies peut expliquer pourquoi les patients chinois peuvent parfois présenter un épaississement psoriasiforme de la peau, comme le souligne la section sur la morphologie.

## Morphologie

En règle générale, les patients ayant une peau de couleur peuvent présenter d'autres caractéristiques morphologiques que la morphologie classique décrite dans les critères de Hanifin et Rajka. Par exemple, les caractéristiques morphologiques principales telles que la lichenification, l'atteinte papuleuse plus marquée, l'accentuation périfolliculaire, l'hyperkératose,

la xérose et les lésions annulaires sont plus susceptibles d'être observées.<sup>3</sup> Les modifications cutanées secondaires qui sont plus probablement observées comprennent les changements pigmentaires du pli infraorbitaire, l'hyperlinéarité palmaire et le signe de Dennie-Morgan.<sup>3</sup>

Malheureusement, les patients ayant une peau de couleur sont exposés à un risque accru de maladie plus grave, tant chez les enfants que chez les adultes, en raison des retards de diagnostic dus à une méconnaissance de leur morphologie particulière et aux disparités des soins de santé.<sup>2</sup> Adawi et al. ont proposé d'ajouter ces caractéristiques morphologiques uniques aux critères de Hanifin et Rajka lors de l'évaluation d'un patient ayant une peau de couleur afin d'améliorer la précision du diagnostic (**Tableau 1**).

Une autre caractéristique susceptible de contribuer aux erreurs de diagnostic et aux retards de traitement est la sous-évaluation de l'érythème, qui entraîne une représentation insuffisante de la gravité. Gan et al. ont suggéré que les symptômes des patients, tels que l'intensité des démangeaisons, pourraient être utilisés comme marqueurs de la maladie et de la réponse au traitement conjointement aux scores de l'indice d'étendue et de gravité de l'eczéma (EASI). Une autre étude a suggéré qu'une élévation d'un seul niveau des scores d'érythème dans le système de notation EASI chez les patients ayant une peau de couleur pourrait contribuer à compenser la représentation insuffisante de l'érythème qui est sinon facile à évaluer visuellement.<sup>3</sup>

## Afro-Américain

Les patients afro-américains ont tendance à présenter une atteinte des surfaces d'extension et du tronc,<sup>3</sup> avec des lésions parfois d'aspect lichenoïde (**Figure 1**). Des études ont également montré que ces patients présentent un prurit et un prurigo nodulaire plus graves que les personnes d'origine ethnique blanche.<sup>3</sup>

## Asiatique

Le dermatographisme blanc peut être observé plus souvent chez les patients asiatiques. Parfois, le diagnostic n'est pas clair, car l'éruption chez certains patients asiatiques peut sembler de nature plus psoriasiforme. Dans ces cas, si une

Critères majeurs (≥ 3 sont nécessaires)	Critères mineurs (≥ 3 sont nécessaires)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit</li> <li>• Morphologie et répartition typiques</li> <li>• Lichénification des plis de flexion</li> <li>• <b>Lésions papuleuses, lichénification ou épaisseissement psoriasiforme de la peau des surfaces d'extension chez les patients ayant une peau de couleur</b></li> <li>• Éruptions sur les surfaces d'extension chez les nourrissons et les enfants</li> <li>• Dermatite chronique ou chroniquement récidivante</li> <li>• Antécédents personnels ou familiaux d'atopie (asthme, rhinite allergique ou DA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Changements pigmentaires (hypopigmentation et hyperpigmentation post-inflammatoires)</b></li> <li>• <b>Desquamation psoriasiforme</b></li> <li>• <b>Accentuation périfolliculaire</b></li> <li>• <b>Lésions papuleuses secondaires/formation de nodules de prurigo</b></li> <li>• Xérose</li> <li>• Ichthyose, hyperlinéarité palmaire ou kératose pilaire</li> <li>• Réaction immédiate (type I) au test cutané</li> <li>• Augmentation des taux d'IgE sériques</li> <li>• Survenue à un âge précoce</li> <li>• Tendance aux infections cutanées (en particulier <i>S. aureus</i> et herpès simplex) ou altération de l'immunité à médiation cellulaire</li> <li>• Tendance à une dermatite non spécifique des mains ou des pieds</li> <li>• Eczéma des mamelons</li> <li>• Chéilité</li> <li>• Conjonctivite récidivante</li> <li>• Signe de Dennie-Morgan</li> <li>• Kératocône</li> <li>• Cataracte sous-capsulaire antérieure</li> <li>• Hyperpigmentation périorbitaire (cerne foncé)</li> <li>• Pâleur faciale ou érythème facial</li> <li>• Pityriasis alba</li> <li>• Plis à la partie antérieure du cou</li> <li>• Démangeaisons lors de la transpiration</li> <li>• Intolérance à la laine et aux solvants lipidiques</li> <li>• Intolérance alimentaire</li> <li>• Évolution influencée par les facteurs environnementaux ou émotionnels</li> <li>• Dermographisme blanc ou blanchiment retardé</li> </ul>

**Tableau 1.** Critères proposés par Hanifin et Rajka pour la dermatite atopique, ajustés en fonction des caractéristiques les plus fréquemment observées chez les patients atteints de dermatite atopique; *d'après Adawi W., et al., 2023*



**Figure 1.** Morphologie de type lichen plan chez un patient atteint de dermatite atopique; avec l'aimable autorisation du Gan et al., 2023.

biopsie de la peau révèle des caractéristiques de dermatite spongiotique et psoriasiforme, il est indispensable d'établir les autres critères majeurs de la dermatite atopique pour confirmer le bon diagnostic et le traitement approprié.

### Traitements étayés par des données provenant d'études publiées portant sur des patients ayant une peau de couleur

Malheureusement, les groupes ethniques non blancs ont toujours été sous-représentés dans les études cliniques. Gan et al. ont procédé à un

examen complet de la documentation relative aux études portant spécifiquement sur les traitements des patients qui ont une peau de couleur et sont atteints de dermatite atopique. Les traitements étaient notamment la photothérapie ainsi que des traitements topiques, oraux, biologiques, par inhibiteurs de la Janus kinase (JAK) et par émollients. Les résultats sont résumés ci-dessous par catégorie.

#### Traitements topiques

##### **Stéroïdes et inhibiteurs de la calcineurine topiques**

Malheureusement, il n'existe aucune donnée comparant les taux de réponse aux stéroïdes topiques dans la dermatite atopique entre les différents groupes ethniques.<sup>3</sup> Toutefois, des sous-analyses d'études pivots ont montré que l'efficacité de la crème de pimécrolimus à 1 % et de la pommade de crisaborole était similaire dans tous les groupes raciaux.<sup>3</sup> Des données groupées sur le tacrolimus ont montré une efficacité comparable chez les patients asiatiques à celle d'études menées dans les pays occidentaux.<sup>3</sup>

##### **Crème de ruxolitinib**

Dans l'étude pivot de phase III, la crème de ruxolitinib à 1,5 %, un produit topique sélectif de JAK 1 et JAK 2 approuvé aux États-Unis pour la dermatite atopique légère à modérée, a considérablement amélioré les démangeaisons, le sommeil et la qualité de vie dans diverses races et groupes ethniques.<sup>3</sup> De plus, cette crème a réduit davantage les démangeaisons par rapport à la triamcinolone topique, sans le risque associé d'hypopigmentation.<sup>3</sup>

Parmi les patients d'origine ethnique noire participant à l'étude, 38,1 % de ceux qui ont utilisé la crème de ruxolitinib ont obtenu un score supérieur à 2 sur l'échelle IGA (*Investigator's Global Assessment*) par rapport à 11,5 % des patients ayant utilisé la crème sans principe actif.<sup>3</sup> Chez les patients d'origine ethnique blanche, 57,3 % de ceux qui ont utilisé la crème de ruxolitinib ont obtenu un score IGA supérieur à 2 par rapport à 12,3 % de ceux qui ont utilisé la crème sans principe actif.<sup>3</sup> Chez les patients asiatiques, 56,3 % de ceux qui ont utilisé la crème

de ruxolitinib ont obtenu un score IGA supérieur à 2 par rapport à 5 % de ceux qui ont utilisé la crème sans principe actif.<sup>3</sup>

Dans l'ensemble de l'étude, 29 % des patients étaient d'origine ethnique noire et 8 % étaient d'origine ethnique asiatique, ce qui correspondait à une représentation beaucoup plus importante des groupes ethniques non blancs par rapport à celle historiquement observée dans les études antérieures sur la dermatite atopique.<sup>3</sup>

### **Crème de roflumilast**

La crème de roflumilast à 0,15 %, un inhibiteur topique de la phosphodiésterase 4 (PDE4), est approuvée au Canada pour la dermatite atopique.<sup>3</sup> Un score IGA de 0 ou 1 a été obtenu chez les patients traités par roflumilast dans l'étude INTEGUMENT-1 à la semaine 4 par rapport au placebo, indépendamment de la race (32,3 % chez les patients blancs p/r à 13,3 %, 25,8 % p/r à 11,5 % chez les patients noirs, 33,7 % p/r à 21,8 % chez les patients asiatiques, 33,2 % p/r à 13,7 % chez les « autres » patients).

### **Photothérapie**

Les patients ayant une peau de couleur ont souvent une pigmentation plus intense et, par conséquent, des doses thérapeutiques plus élevées sont souvent nécessaires. Toutefois, ils sont exposés à un risque de changements pigmentaires et de développement d'un mélasma proportionnellement plus élevé. Il est donc important d'informer les patients de ces risques avant d'instaurer une photothérapie, car il n'est jamais souhaitable d'induire une nouvelle affection dermatologique.<sup>3</sup>

### **Traitements oraux**

#### **Cyclosporine**

La biodisponibilité de la ciclosporine (CsA) chez les patients d'origine ethnique noire est de 20 à 50 % inférieure à celle des patients d'origine ethnique blanche. Cette différence est due à l'expression plus fréquente du cytochrome P450 (CYP) 3A5 et au métabolisme

accru de la CsA qui en découle.<sup>3</sup> Des doses plus élevées peuvent donc être nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique.<sup>3</sup> Il convient de noter que les patients d'origine ethnique noire présentent les taux les plus élevés d'hypertrophie gingivale et d'hypertrichose lors du traitement par CsA.<sup>3</sup> Il serait bon de mentionner cet effet lors de la consultation.

#### **Azathioprine**

La thiopurine méthyltransférase (TPMT) est l'enzyme principale qui intervient dans le métabolisme de l'azathioprine (AZA). L'activité de la TPMT est plus faible chez les patients d'origine ethnique noire, ce qui les prédispose à des concentrations de médicaments plus élevées que prévu dans l'organisme.<sup>3</sup> Les mutations génétiques qui altèrent la fonction de la TPMT diffèrent entre les patients d'origine ethnique noire (TPMT\*3C, \*8), asiatique de l'Est (\*3C) et blanche (\*3A).<sup>3</sup> Il est important de tenir compte de cette variation pour déterminer les gènes cibles qu'il est nécessaire d'analyser chez un patient d'une origine ethnique particulière avant d'instaurer l'AZA.<sup>3</sup> Chez les patients présentant des mutations hétérozygotes, le traitement doit commencer à une dose comprise entre 30 et 70 % de la dose cible. Chez les patients présentant des mutations homozygotes, il y a lieu d'envisager d'utiliser d'autres agents, de diviser par 10 la posologie quotidienne ou d'administrer le traitement trois fois par semaine.<sup>3</sup>

#### **Méthotrexate**

Il existe une prédisposition à l'alopecie induite par le méthotrexate liée à l'ethnité chez les personnes d'origine ethnique noire, probablement due à des polymorphismes de nucléotides simples dans la voie cellulaire du méthotrexate.<sup>3</sup>

#### **Mycophénolate mofétol**

Aucune étude n'a été menée sur le mycophénolate mofétol pour comparer les propriétés pharmacocinétiques parmi les différents groupes ethniques.<sup>3</sup>

## Dapsone

Les personnes présentant un déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase (G6PD), le plus souvent observé chez les patients d'origine ethnique noire et asiatique, sont exposées à un risque accru d'anémie hémolytique lorsqu'elles sont traitées par la dapsone.<sup>3</sup>

## Agents biologiques

### Dupilumab

Dans les études pivots de phase III SOLO-1 et SOLO-2, les profils d'efficacité et d'innocuité du traitement par dupilumab étaient comparables dans les analyses de sous-groupes parmi les patients d'origine ethnique asiatique, noire, indienne et blanche. Les patients d'origine ethnique noire étaient cependant sous-représentés.<sup>3</sup> Un risque initial plus élevé de conjonctivite allergique avait également été observé chez les patients d'origine ethnique asiatique.<sup>3</sup>

### Tralokinumab

Les études pivots de phase III ECZTRA 1 et 2 sur le traitement par tralokinumab n'ont pas inclus d'analyses de sous-groupes en fonction de l'ethnie. Toutefois, au-delà de ces études, aucun écart dans la réponse clinique n'a été signalé entre les groupes ethniques.<sup>3</sup>

### Lébrikizumab

Aucune comparaison directe de l'efficacité entre les groupes ethniques n'a été effectuée dans les études pivots de phase III ADVocate 1 et 2 évaluant le lébrikizumab.<sup>3</sup> Toutefois, ADMIRABLE, une étude ouverte de phase IIIb menée auprès de patients ayant une peau de couleur et atteints de dermatite atopique (phototype de peau IV, V et VI) a montré que 69,2 % et 44,9 % des patients étaient en mesure d'obtenir un score EASI 75 ET 90 à la semaine 16, respectivement. Cette étude n'a pas signalé de nouveaux problèmes d'innocuité.<sup>4</sup>

## Inhibiteurs de JAK

En général, les études de phase III évaluant les inhibiteurs de JAK dans le traitement de la dermatite atopique ne comportaient pas d'analyses de sous-groupes ethniques.<sup>3</sup>

## Traitements à venir

### Crème de tapinarof

Le tapinarof est actuellement approuvé pour la dermatite atopique aux États-Unis et l'a été récemment au Canada pour le psoriasis, mais il n'a pas encore reçu l'approbation pour la dermatite atopique.

### Némolizumab (IL-31)

Les études de phase III sur le némolizumab (IL-31) menées au Japon et dans les pays occidentaux montrent des réductions similaires du score EASI et du prurit, bien que les systèmes de notation de chaque étude aient été différents pour le prurit.<sup>3</sup>

### Études dont l'objectif a échoué

#### IL-12/23

Malgré l'augmentation de la signalisation de l'IL-23 chez les patients asiatiques atteints de dermatite atopique, comme le mentionne la section relative au profil immunologique, une étude à répartition aléatoire menée auprès de 79 patients japonais atteints de dermatite atopique n'a pas démontré d'efficacité significative de l'ustékinumab.<sup>3</sup> Les données à l'appui de l'efficacité de l'ustékinumab dans la dermatite atopique sont rares, indépendamment du type de peau.<sup>3</sup>

#### IL-17

Le sécukinumab n'a pas permis une réduction notable de l'épaisseur épidermique de la peau lésionnelle chez 41 patients d'origine ethnique asiatique, malgré l'augmentation de la signalisation de l'IL-17 observée chez les patients asiatiques, comme le mentionne la section sur le profil immunologique.<sup>3</sup>

#### IL-22

Le fézakinumab, un anticorps monoclonal inhibiteur de l'IL-22, n'a pas démontré de différence notable dans l'efficacité malgré l'augmentation confirmée par biopsie de la prédominance des lymphocytes Th22 chez les patients de l'étude.<sup>3</sup>

D'une manière générale, l'échec de ces études témoigne de la complexité des voies de signalisation immunologiques dans la dermatite atopique, une cible unique d'inhibition n'étant pas suffisante. D'autres études sont nécessaires pour élucider sa signification clinique au-delà des nuances morphologiques entre les groupes ethniques.<sup>3</sup>

## Émollients

Bien que l'urée, la glycérine et le propylène glycol soient des émollients, ils peuvent provoquer des irritations et augmenter la sensibilité de la peau, surtout chez les patients asiatiques chez qui la peau s'est avérée la plus sensible selon un test de sensibilité cutanée.<sup>3</sup> Le squalène s'est avéré moins irritant.<sup>3</sup>

## Conclusion

En résumé, les connaissances actuelles sur la dermatite atopique et ses nuances entre groupes ethniques restent incomplètes. Toutefois, cet article souligne les différences cliniquement utiles et pertinentes observées dans l'apparence morphologique et le métabolisme pharmacologique que chaque dermatologue peut ajouter à son arsenal pour adapter son traitement de la dermatite atopique chez les patients ayant une peau de couleur. Une représentation plus importante des patients ayant une peau de couleur dans les futures études sur la dermatite atopique nous permettra de continuer à élargir nos connaissances sur cette affection.

## Autrice correspondante

**Lauren Lam, M.D., BScH, FRCPC**

Courriel : [drlaurenlam@gmail.com](mailto:drlaurenlam@gmail.com)

## Divulgations des liens financiers

**L.L. :** AbbVie, Amgen, Arcutis, Beiersdorf, Bioderma, Boehringer-Ingheim, Bristol-Meyers-Squibb, Celltrion, Eli Lilly, Janssen, JAMP, Incyte, Kenvue, LEO Pharma, L'Oréal, Novartis, Pfizer, Sanofi, Sun Pharmaceuticals, UCB

## References

1. Napolitano M, Fabbrocini G, Martora F, Genco L, Noto M, Patruno C. Children atopic dermatitis: diagnosis, mimics, overlaps, and therapeutic implication. *Dermatol Ther.* 2022;35(12):e15901. doi:10.1111/dth.15901
2. Adawi W, Cornman H, Kambala A, Henry S, Kwatra SG. Diagnosing atopic dermatitis in skin of color. *Dermatol Clin.* 2023;41(3):417-429. doi:10.1016/j.det.2023.02.003
3. Gan C, Mahil S, Pink A, Rodrigues M. Atopic dermatitis in skin of colour. Part 2: considerations in clinical presentation and treatment options. *Clin Exp Dermatol.* 2023;48(10):1091-1101. doi:10.1093/ced/llad162
4. Alexis A, Moiin A, Waibel J, Wallace P, Cohen D, Laquer V, Kwong P, Reck Atwater A, Schuster C, Proper J, Silk M, Pierce E, Pillai S, Rueda M, Moore A. Efficacy and Safety of Lebrikizumab in Adult and Adolescent Patients with Skin of Color and Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Results from the Phase IIIb, Open-Label ADMIRABLE Study. *Am J of Clin Derm.* 2025;26:803-817. doi:10.1007/s40257-025-00970-8



**Canadian Dermatology Today**  
Science pour le monde réel

[canadiandermatologytoday.com](http://canadiandermatologytoday.com)

Actualité dermatologique au Canada est publiée trois fois par année en français et en anglais sous les termes de la licence Creative Commons Attribution

Pas d'Utilisation Commerciale

Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) par Catalytic Health  
à Toronto, Ontario, Canada

© 2025 Actualité dermatologique au Canada.