

**VOLUME 6
NUMÉRO 3
2025**

ISSN 2563-7673 (IMPRIMÉ)
ISSN 2563-7681 (EN LIGNE)

ACTUALITÉ DERMATOLOGIQUE AU CANADA

Isotrétinoïne hors indication dans les affections dermatologiques : Doses, durée et données

Fiona E. Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM

La dermatite atopique chez les Asiatiques : Revue sur la génétique, le tableau clinique et les implications thérapeutiques

Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD

La gale : Perles cliniques à l'intention des dermatologues en milieu communautaire

Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC

Guide d'initiation pour les dermatologues : Utiliser l'intelligence artificielle ambiante dans votre pratique

Juthika Thakur, M.D.

Approches clés de la prise en charge de la douleur dans l'hidradénite suppurée

Hélène Veillette, M.D., FRCPC

COMITÉ DE RÉDACTION



Jensen Yeung, M.D., FRCPC

Directeur médical, *PERC Dermatology*, Hôpital *Women's College*
Dermatologue consultant, *Sunnybrook Health Sciences Centre*
Professeur adjoint, Département de médecine, Université de Toronto
Chercheur, *K. Papp Clinical Research*, *Probit Medical Research*



Chih-ho Hong, M.D., FRCPC

Professeur adjoint clinique, Département de dermatologie et des sciences de la peau, Université de la Colombie-Britannique
Directeur, *D^r Chih-ho Hong Medical Inc.* et *SkinFIT MD*



Melinda Gooderham, M. Sc., M.D., FRCPC

Directrice médicale, *SKiN Health*
Chercheuse, *Probit Medical Research*
Professeure adjointe, Université de Queen's

TABLE DES MATIÈRES

Isotrétinoïne hors indication dans les affections dermatologiques : Doses, durée et données.....	5
Fiona E. Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM	
La dermatite atopique chez les Asiatiques : Revue sur la génétique, le tableau clinique et les implications thérapeutiques.....	13
Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD	
La gale : Perles cliniques à l'intention des dermatologues en milieu communautaire.....	20
Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC	
Guide d'initiation pour les dermatologues : Utiliser l'intelligence artificielle ambiante dans votre pratique.....	26
Juthika Thakur, M.D.	
Approches clés de la prise en charge de la douleur dans l'hidradénite suppurée.....	33
Hélène Veillette, M.D., FRCPC	

Actualité dermatologique au Canada est publiée 3 fois par année en français et en anglais.

Pour contribuer à un prochain numéro, contactez-nous à info@catalytichealth.com. Nos lignes directrices de soumission et nos politiques de rédaction sont disponibles sur le site Web de la revue, canadiandermatologytoday.com

Pour vous inscrire à Canadian IBD Today et à d'autres revues en libre accès publiées par Catalytic Health, veuillez visiter <https://catalytichealth.com/cdt/>

Les articles de Actualité dermatologique au Canada donnent droit à des crédits de la section 2 (autoapprentissage) du maintien du certificat. Pour connaître comment cette activité s'intègre dans le programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, veuillez visiter le site Web du Collège royal (royalcollege.ca/moc).

Pour un soutien personnalisé, veuillez communiquer avec le Centre des services du Collège royal (1 800 461-9598) ou l'enseignant du développement professionnel continu (DPC) de votre région.

Actualité dermatologique au Canada est une revue en libre accès, ce qui signifie que le contenu de la revue est disponible gratuitement à tous. Ses articles peuvent être copiés, téléchargés, imprimés ou autrement distribués sans modifications, sauf pour usage commercial, en autant que soit citée la source.

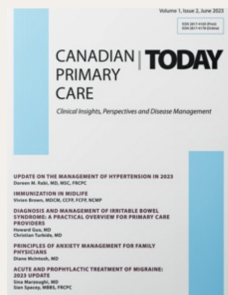
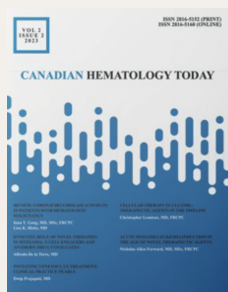
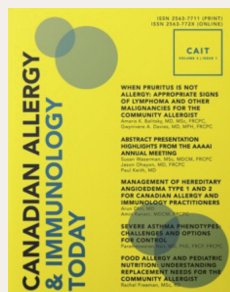
© 2025 Actualité dermatologique au Canada. Autorisé sous la licence CC BY-NC-ND 4.0

Pour en savoir plus sur nos politiques, veuillez visiter <https://catalytichealth.com/cdt/>



Les esprits médicaux se réunissent ici.

En tant que plus grand éditeur médical indépendant au Canada, nos revues scientifiques en libre accès et évaluées par les pairs constituent une ressource pratique pour les professionnels de la santé canadiens. Nous publions actuellement des revues spécialisées dans les domaines de l'allergie et de l'immunologie, de la dermatologie, de l'hématologie, de l'ophtalmologie, de la diabétologie et de l'endocrinologie, de la gastroentérologie, des soins primaires, de la santé des femmes, de la rhumatologie et de l'oncologie, de la pneumologie. Notre catalogue ne cesse de s'agrandir avec de nouveaux titres prévus.



À PROPOS DE L'AUTRICE



Fiona E. Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM

La D^{re} Fiona Lovegrove est une dermatologue certifiée et la fondatrice de *Lovegrove Dermatology* à London, en Ontario. Elle a obtenu son M.D./Ph.D. en recherche sur les maladies infectieuses à l'Université de Toronto, où elle a également complété sa résidence en dermatologie. Elle participe activement à des essais cliniques en tant qu'investigatrice au sein du réseau Probit Medical Research et contribue à la formation médicale comme professeure associée à l'Université Western. Sa pratique clinique est centrée sur la dermatologie médicale et les thérapies émergentes, avec un intérêt particulier pour le psoriasis, la dermatite atopique et les dermatoses bulleuses auto-immunes.

Affiliations de l'autrice : *Lovegrove Dermatology*, London (Ontario)
Département de médecine, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western, London (Ontario)
Probit Medical Research, Waterloo (Ontario)

Isotrétinoïne hors indication dans les affections dermatologiques : Doses, durée et données

Fiona Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM

Introduction

L'isotrétinoïne, aussi appelée acide 13-cis-rétinoïque, est un pilier de la dermatologie depuis son introduction au début des années 1980. Approuvée par Santé Canada pour le traitement de l'acné vulgaire grave, incluant l'acné nodulaire réfractaire et l'acné conglobata,¹ l'isotrétinoïne a depuis été réutilisée pour diverses autres affections cutanées. Les premiers essais cliniques, avec une dose maximale moyenne de 1,2 mg/kg/jour sur 16 semaines, ont montré une efficacité marquée, 95 % des patients présentant une amélioration clinique et 84 % une disparition complète des lésions.²

Les schémas « traditionnels » à base d'isotrétinoïne comportaient une dose initiale de 0,5 mg/kg/jour pendant 2 à 4 semaines, suivie d'un

traitement d'entretien à une dose comprise entre 0,1 et 1 mg/kg/jour (jusqu'à 2 mg/kg/jour maximum) pour une durée totale de 12 à 16 semaines. Toutefois, une vaste étude de recherche de dose a montré que certains effets indésirables (par exemple, la xérose) étaient dose-dépendants, alors que les taux de récurrence atteignaient 42 % chez les patients traités à raison de 0,1 mg/kg/jour,³ soulignant la nécessité d'un équilibre entre efficacité et risques d'effets indésirables lors de la prescription de l'isotrétinoïne.

Plus récemment, les formulations micronisées et le développement des connaissances sur la pharmacodynamie ont entraîné un usage accru des schémas à faible dose. Ceux-ci offrent une efficacité similaire avec moins d'effets

indésirables, une meilleure tolérance et une observance accrue.

L'isotrétinoïne agit par mécanisme multimodal en réduisant la production de sébum, en régulant à la baisse l'expression des récepteurs de type Toll (TLR) (donc diminution de l'inflammation) et en normalisant la différenciation des kératinocytes. Ces actions en font une option thérapeutique polyvalente pour des affections folliculaires, des dermatoses inflammatoires, et celles dont la physiopathologie comporte une hyperprolifération kératinocytaire. Compte tenu du profil de risques bien connu et des exigences en matière de surveillance, l'isotrétinoïne est désormais souvent utilisée hors indication dans un large éventail de maladies dermatologiques.

Cet article passe en revue les données d'utilisation hors indication de l'isotrétinoïne, en se concentrant sur les doses, la durée du traitement et les données d'efficacité dans les cas où elle est le plus souvent prescrite, au-delà de l'acné vulgaire grave.

Utilisations hors indication courantes de l'isotrétinoïne

Le terme « hors indication » fait référence à la prescription d'un médicament pour une affection non approuvée par un organisme de réglementation comme Santé Canada. En dermatologie, l'isotrétinoïne hors indication est souvent utilisée pour des affections acnéiformes, folliculaires, inflammatoires, infectieuses, granulomateuses ou néoplasiques. Les usages hors indication documentés (également résumés au **Tableau 1**) comprennent :

- **Affections acnéiformes/folliculaires** : rosacée, dermatite périorale, hidradénite suppurée, folliculite à bacilles Gram négatif, kératose pilaire, hyperplasie sébacée, pseudofolliculite de la barbe, kératose folliculaire spinulosa décalvante (KFSD), nævus comédonien, folliculite chronique.

- **Alopécies** : cellulite disséquante du cuir chevelu (CDCC), alopécie frontale fibrosante (AFF), folliculite décalvante, lichen plan pilaire.
- **Maladies granulomateuses** : lupus miliaire disséminé de la face (LMDF), granulome annulaire.
- **Dermatoses infectieuses** : verrues planes, pityriasis versicolor.
- **Affections inflammatoires** : lichen plan, dermatite séborrhéique, maladie de Morbihan, pityriasis rubra pilaire (PRP), dermatose pustuleuse érosive du cuir chevelu.
- **Troubles de la kératinisation** : maladie de Darier, ichtyose vulgaire, ichtyose lamellaire, ichtyose Harlequin.
- **Affections néoplasiques ou pré-malignes** : carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, mycosis fongoïde, champ de cancérisation/kératoses actiniques chez les patients à haut risque.

Ci-dessous figure un résumé de certaines affections pour lesquelles des données de haut niveau soutiennent l'usage hors indication, avec des informations sur la posologie, la durée et les résultats.

Isotrétinoïne à faible dose pour l'acné vulgaire

Une revue systématique réalisée en 2021 par Sadeghzadeh-Bazargan et coll. a évalué les données disponibles sur l'efficacité de l'isotrétinoïne à faible dose dans le traitement de l'acné.⁴ Les auteurs ont conclu que les schémas à faible dose, définies comme étant comprises entre 0,1 et 1 mg/kg/jour, en particulier entre 0,1 et 0,3 mg/kg/jour, permettaient d'obtenir des résultats cliniques comparables à ceux obtenus avec les posologies standard, tout en réduisant considérablement les effets indésirables cutanés et systémiques. Il convient de noter que les taux de récurrence après arrêt du traitement n'étaient pas significativement

différents entre les groupes à dose standard et à faible dose (34,6 % p/r à 21,5 %, respectivement). L'isotrétinoïne à faible dose a également démontré une meilleure observance des patients et un meilleur rapport coût-efficacité, ce qui en fait une option intéressante pour la prise en charge à long terme de l'acné.

Rosacée

Dans une revue systématique réalisée en 2024, Desai et Friedman ont évalué l'utilisation de l'isotrétinoïne dans la rosacée, en particulier chez les patients atteints d'une forme papulopustuleuse réfractaire.⁵ Les schémas posologiques consistaient en des doses de 0,1 à 0,5 mg/kg/jour ou en doses fixes de 10 à 20 mg/jour, généralement pendant 16 semaines. S'agissant de la disparition des lésions, les taux rapportés variaient de 71 à 100 %, avec une amélioration des résultats observée à des doses plus élevées. L'isotrétinoïne était généralement bien tolérée et peut s'avérer particulièrement utile pour les patients atteints de rosacée inflammatoire persistante ne répondant pas aux antibiotiques ou aux agents topiques.

Cellulite disséquante du cuir chevelu

Guo et coll. ont mené une méta-analyse sur l'utilisation de l'isotrétinoïne dans le traitement de la cellulite disséquante du cuir chevelu, qui a montré une amélioration ou une rémission complète chez 75 à 100 % des patients dans cinq études, avec un taux d'efficacité global de 90 % (intervalle de confiance de 95 % : 0,81 à 0,97).⁶ La posologie moyenne variait de 0,5 à 0,75 mg/kg/jour pendant une durée minimale de trois mois. Dans les cas signalés, une récurrence est survenue chez 24 % des patients suite à l'arrêt du traitement. Bien que les données soient limitées, l'isotrétinoïne semble être une option de traitement systémique fiable pour cette alopécie cicatricielle difficile à traiter.

Alopécie fibrosante frontale

Shahpar et coll. ont passé en revue les données probantes disponibles en faveur de l'isotrétinoïne comme traitement d'appoint de l'alopécie fibrosante frontale.⁷ Les doses variaient de 10 à 40 mg/jour, et près de 90 % des patients ont fait état d'une amélioration significative des symptômes, notamment une réduction des papules faciales et une stabilisation de la chute de cheveux. Bien que les données probantes actuelles se limitent à des séries de cas et à de petites études observationnelles, l'isotrétinoïne peut être envisagée pour les patients qui ne répondent pas aux stéroïdes topiques ou intralésionnels, aux antipaludiques ou aux antiandrogènes.

Verrues planes

Dans un essai à répartition aléatoire contrôlé par placebo, Olguin-García et coll. ont étudié l'isotrétinoïne à raison de 30 mg/jour pendant 12 semaines chez des patients présentant des verrues planes récalcitrantes au niveau du visage.⁸ Tous les patients du groupe de traitement (N = 16) ont obtenu une disparition complète des lésions, contre aucun dans le groupe placebo (N = 15). Les effets indésirables ont été minimes et conformes au profil d'innocuité connu de l'isotrétinoïne. Ces résultats suggèrent que l'isotrétinoïne pourrait être une alternative très efficace pour traiter les verrues planes, en particulier après un échec des traitements topiques ou de la cryothérapie.

Dermatite séborrhéique

Luque-Luna et coll. ont mené une revue systématique sur l'utilisation de l'isotrétinoïne dans le traitement de la dermatite séborrhéique modérée à grave.⁹ La plupart des études ont utilisé des schémas à faible dose ($\leq 0,5$ mg/kg/jour). Une amélioration clinique a été observée chez 96 % des patients, avec une rémission complète chez 45 % d'entre eux. Le taux de récurrence 3 mois après le traitement était de 11 %. Ces données suggèrent que l'isotrétinoïne pourrait constituer une alternative sûre et efficace dans les cas réfractaires où les traitements topiques conventionnels s'avèrent insuffisants.

Maladie	Détails du traitement	Niveau le plus élevé de données probantes disponibles
Acnéiforme/folliculaire		
Acné (faible dose)	Dose : 0,1 à 0,3 mg/kg Durée : > 6 mois Résultat : moins d'effets indésirables qu'avec la posologie standard	Revue systématique ⁴
Folliculite à Gram négatif	Dose : 0,5 à 1,5 mg/kg Durée : 14 à 36 semaines	Série de cas ¹⁰
Hidradénite suppurée (HS)	Résultat : chez 16 patients (23,5 %), l'affection a complètement disparu au cours du traitement initial, et 11 patients (16,2 %) ont maintenu leur amélioration pendant la période de suivi.	Série de cas ¹¹
Kératose folliculaire spinulosa décalvante (KFSD)	Dose : 20 mg (0,25 mg/kg) par jour Durée : 12 mois Résultat : le patient a répondu au traitement.	Rapport de cas ¹²
Dermatite périorale (DPO)	Dose : « Faible dose » Durée : 6 mois	Rapport de cas ¹³
Rosacée	Dose : 0,1 à 0,5 mg/kg/jour ou dose fixe de 10 à 20 mg/jour Durée : 16 semaines en moyenne Résultat : résolution de 71 à 100 %	Revue systématique ⁵
Hyperplasie sébacée	Dose : 1 mg/kg/jour Durée : 2 mois Résultat : le nombre moyen de lésions est passé de 24 à 2 à la fin de l'étude.	Série de cas prospective (N = 20) ¹⁴
Alopécies		
Cellulite disséquante du cuir chevelu (CDCC)	Résultat : taux d'efficacité global de 0,9 avec un intervalle de confiance de 95 % (0,81 à 0,97). L'analyse de sensibilité a suggéré une efficacité élevée et constante, comprise entre 0,83 et 0,94. Une récurrence a été signalée chez 24 % (6/25) des patients.	Méta-analyse ⁶
Folliculite décalvante (FDC)	Dose : 0,1 à 1,02 mg/kg/jour (10 à 90 mg/jour) Durée : médiane de 2,5 mois (intervalle : 1 à 8 mois). Résultat : 82,0 % des patients ont obtenu une guérison après le traitement. Les patients ayant reçu de l'isotrétinoïne par voie orale à une dose $\geq$ 0,4 mg/kg/jour pendant $\geq$ 3 mois ont mieux répondu au traitement, 66 % d'entre eux n'ayant pas présenté de rechute.	Série de cas rétrospective ¹⁵

Maladie	Détails du traitement	Niveau le plus élevé de données probantes disponibles
Alopécie fibrosante frontale (AFF)	Dose : 10 à 40 mg/jour Résultat : Près de 90 % des patients ont présenté une réduction significative de leurs symptômes.	Revue systématique ⁷
Granulomateuse		
Lupus miliaire disséminé de la face (LMDF)	Dose : 20 mg/jour Durée : 6 mois Résultat : Résolution complète	Rapport de cas ¹⁶
Infectieuse		
Verrues planes	Dose : 30 mg/jour (ou placebo) ont été administré chez 16 et 15 patients Durée : 12 semaines Résultat : tous les participants du groupe isotrétinoïne ont présenté une disparition complète des lésions.	Essai à répartition aléatoire contrôlé par placebo ⁸
Pityriasis versicolor	Dose : 20 mg/jour Durée : 2 mois Résultat : Résolution complète dans un délai de 6 semaines; maintenue à 1 an.	Rapport de cas ¹⁷
Inflammatoire		
Maladie de Morbihan	Dose : dose quotidienne moyenne soutenue de 60 mg/jour (intervalle de 40 à 80 mg/jour). La dose cumulée moyenne était d'environ 285 mg/kg (intervalle : 170 à 491 mg/kg) Durée : 10 à 24 mois Résultat : période de suivi moyenne sans maladie de 9 mois (intervalle : 1 à 24 mois). Aucune amélioration clinique substantielle n'a été observée avant 6 mois de traitement.	Série de cas (N = 5) ¹⁸
Pityriasis rubra pilaire (PRP)	Résultat : 61,1 % [102/167] des patients traités par isotrétinoïne ont obtenu une excellente réponse.	Revue systématique ¹⁹
Dermite séborrhéique (DS)	Dose : Faible dose ($\leq$ 0,5 mg/kg/jour) Résultat : 96 % des patients ont présenté une amélioration de la DS, 45 % d'entre eux obtenant une réponse complète. Le taux de récidence 3 mois après l'arrêt du médicament était de 11 %.	Revue systématique ⁹

Maladie	Détails du traitement	Niveau le plus élevé de données probantes disponibles
Divers		
Maladie de Darier	Dose : 0,5 mg/kg/jour Durée : 16 semaines Résultat : amélioration d'environ 94 %	Étude multicentrique ouverte (N = 104) ²⁰
Ichtyose Harlequin	Dose : 1 mg/kg/jour Durée : à partir du 7 ^e jour de vie.	Rapport de cas ²¹
Éruptions néoplasiques		
Carcinome basocellulaire (CB)	Dose : 10 mg/jour Durée : 3 ans Résultat : Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes isotrétinoïne et placebo en matière de survenue de nouveaux CB ou de taux annuel de tumeurs.	Essai à répartition aléatoire, à double insu et contrôlé ²²
Mycosis fongique	Résultat : une réponse clinique objective a été observée chez 44 % des patients (11 patients), dont trois réponses cliniques complètes.	Série de cas prospective (N = 25) ²³
Carcinome épidermoïde (CE)	Dose : 1 mg/kg Durée : > 4 semaines Résultat : « réponses remarquables » chez tous les patients.	Série de cas prospective (N = 4) ²⁴

Tableau 1. Résumé des affections dermatologiques traitées par l'isotrétinoïne hors indication, y compris les détails du traitement et le niveau le plus élevé de données probantes à l'appui référencées; avec l'aimable autorisation du Fiona E. Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM.

Conclusion

L'utilisation hors indication de l'isotrétinoïne est devenue un outil important dans la pratique dermatologique, étayée par un corpus croissant de données probantes dans un large éventail d'affections. Son potentiel thérapeutique réside dans ses mécanismes d'action bien compris et un profil d'innocuité familier.

Cette revue synthétise les données actuelles afin d'offrir une référence pratique aux dermatologues canadiens qui prennent régulièrement en charge ces affections. Avec des recherches continues, un counseling approprié et un suivi rigoureux des patients, l'isotrétinoïne pourrait trouver des applications encore plus larges en dermatologie clinique.

Autrice correspondante

Fiona Lovegrove, M.D., Ph.D., FRCPC, DERM
Courriel : drfiona@lovederm.ca

Divulgations des liens financiers

F.E.L. : Honoraires de consultation/de conférences/de participation à des comités consultatifs : Abbvie, Amgen, Arcutis, Bausch, Celgene, Celltrion, Galderma, JAMP, Janssen, LEO, Lilly, Novartis, Pfizer, Sanofi-Genzyme, UCB;
Subventions, recherche ou essais cliniques : Abbvie, Amgen, Bausch, COREvitas, GSK, Incyte, Janssen, LEO, Lilly, Sanofi-Genzyme, UCB

Références

1. ACCUTANE™ ROCHE® (isotretinoin capsule, USP 10 mg, 40 mg). Hoffman-La Roche Limited, Mississauga, ON: Product Monograph. [updated May 16, 2025, cited July 13, 2025]. Disponible sur : https://assets.roche.com/f/173850/x/b313eef47a/accutane_pm_e.pdf
2. Peck GL, Olsen TG, Butkus D, Pandya M, Arnaud-Battandier J, Gross EG, et al. Isotretinoin versus placebo in the treatment of cystic acne. A randomized double-blind study. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6(4 Pt 2 Suppl):735-745. doi:10.1016/s0190-9622(82)70063-5
3. Strauss JS, Rapini RP, Shalita AR, Konecky E, Pochi PE, Comite H, et al. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose-response study. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10(3):490-496. doi:10.1016/s0190-9622(84)80100-0
4. Sadeghzadeh-Bazargan A, Ghassemi M, Goodarzi A, Roohaninasab M, Najar Nobari N, Behrangi E. Systematic review of low-dose isotretinoin for treatment of acne vulgaris: focus on indication, dosage, regimen, efficacy, safety, satisfaction, and follow up, based on clinical studies. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):e14438. doi:10.1111/dth.14438
5. Desai S, Friedman A. Isotretinoin for rosacea: a systematic review. *JAAD Int.* 2024;16:112-118. doi:10.1016/j.jdin.2024.04.009
6. Guo W, Zhu C, Stevens G, Silverstein D. Analyzing the efficacy of isotretinoin in treating dissecting cellulitis: a literature review and meta-analysis. *Drugs RD.* 2021;21(1):29-37. doi:10.1007/s40268-020-00335-y
7. Shahpar A, Nezhad NZ, Sahaf A, Ahramiyanpour N. A review of isotretinoin in the treatment of frontal fibrosing alopecia. *J Cosmet Dermatol.* 2024;23(6):1956-1963. doi:10.1111/jocd.16245
8. Olguin-García MG, Jurado-Santa Cruz F, Peralta-Pedrero ML, Morales-Sánchez MA. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oral isotretinoin in the treatment of recalcitrant facial flat warts. *J Dermatol Treat.* 2015 ;26(1):78-82. doi:10.3109/09546634.2013.869302
9. Luque-Luna M, Gil-Lianes J, Pigem R. [Translated article] RF – Safety and efficacy of isotretinoin for moderate-to-severe seborrheic dermatitis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2025;116(2):T178-T179. doi:10.1016/j.ad.2024.11.016

10. Neubert U, Plewig G, Ruhfus A. Treatment of gram-negative folliculitis with isotretinoin. *Arch Dermatol Res.* 1986;278(4):307–313. doi:10.1007/BF00407743
11. Boer J, van Gemert MJP. Long-term results of isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(1):73–76. doi:10.1016/s0190-9622(99)70530-x
12. Goh MS, Magee J, Chong AH. Keratosis follicularis spinulosa decalvans and acne keloidalis nuchae. *Australas J Dermatol.* 2005;46(4):257–260. doi:10.1111/j.1440-0960.2005.00196.x
13. Rodríguez-Garijo N, Querol-Cisneros E, Tomas-Velazquez A, Estenaga A, Moreno-Artero E, Idoate MA, et al. Recalcitrant granulomatous periorificial dermatitis with good response to low-dose oral isotretinoin. *Pediatr Dermatol.* 2019;36(6):980–981. doi:10.1111/pde.13969
14. Tagliolatto S, Santos Neto O de O, Alchorne MM de A, Enokihara MY. Sebaceous hyperplasia: systemic treatment with isotretinoin. *An Bras Dermatol.* 2015;90(2):211–215. doi:10.1590/abd1806-4841.20153192
15. Aksoy B, Hapa A, Mutlu E. Isotretinoin treatment for folliculitis decalvans: a retrospective case-series study. *Int J Dermatol.* 2018 Feb;57(2):250–253. doi:10.1111/ijd.13874
16. Rogel-Vence M, Carmona-Rodríguez M, Herrera-Montoro V, González-Ruiz L, Cortina-de la Calle MP, Sánchez-Caminero MP. Lupus miliaris disseminatus faciei with complete response to isotretinoin. *Dermatol Online J.* 2021;27(1):13030/qt2c42p7q0.
17. Bartell H, Ransdell BL, Ali A. Tinea versicolor clearance with oral isotretinoin therapy. *J Drugs Dermatol JDD.* 2006;5(1):74–75.
18. Smith LA, Cohen DE. Successful long-term use of oral isotretinoin for the management of Morbihan disease: a case series report and review of the literature. *Arch Dermatol.* 2012;148(12):1395–1398. doi:10.1001/archdermatol.2012.3109
19. Kromer C, Sabat R, Celis D, Mössner R. Systemic therapies of pityriasis rubra pilaris: a systematic review. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17(3):243–259. doi:10.1111/ddg.13718
20. Dicken CH, Bauer EA, Hazen PG, Krueger GG, Marks JG, McGuire JS, et al. Isotretinoin treatment of Darier's disease. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6(4 Pt 2 Suppl):721–726. doi:10.1016/s0190-9622(82)80052-2
21. Chang LM, Reyes M. A case of harlequin ichthyosis treated with isotretinoin. *Dermatol Online J.* 2014;20(2):doj_21540.
22. Levine N, Moon TE, Cartmel B, Bangert JL, Rodney S, Dong Q, et al. Trial of retinol and isotretinoin in skin cancer prevention: a randomized, double-blind, controlled trial. Southwest Skin Cancer Prevention Study Group. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1997;6(11):957–961
23. Kessler JF, Jones SE, Levine N, Lynch PJ, Booth AR, Meyskens FL Jr. Isotretinoin and cutaneous helper T-cell lymphoma (mycosis fungoides). *Arch Dermatol.* 1987;123(2):201–204.
24. Lippman SM, Meyskens FL. Treatment of advanced squamous cell carcinoma of the skin with isotretinoin. *Ann Intern Med.* 1987;107(4):499–502. doi:10.7326/0003-4819-107-4-499

À PROPOS DE L'AUTEUR



Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD

Le Dr Harry Liu est un dermatologue doublement certifié au Canada et aux États-Unis. Il est également cofondateur de la clinique CLEAR (*Collaborative Liaison in Eczema and Atopic Relief*), qui offre des soins multidisciplinaires aux patients atteints d'atopie et d'inflammation de type 2 en Colombie-Britannique. Il a effectué son internat en dermatologie à l'Université de Colombie-Britannique et est titulaire d'un baccalauréat ès sciences de l'Université McGill et d'un doctorat en médecine de l'Université de l'Alberta. Il a suivi une formation médicale avancée supplémentaire aux États-Unis, en Chine et en Corée du Sud, auprès d'experts de renommée mondiale dans les domaines du vitiligo, de l'alopecie areata, de l'hidradénite suppurée et du lymphome cutané à cellules T. Avec plus de 40 publications évaluées par des pairs dans des revues internationales, il s'intéresse particulièrement à la dermatite atopique et aux troubles pigmentaires, avec un accent particulier sur la peau de couleur.

Affiliations de l'auteur : Chargé d'enseignement clinique, Département de dermatologie et sciences cutanées, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)
Co-directeur, clinique CLEAR (*Collaborative Liaison in Eczema and Atopic Relief*), Seymour Health Centre – Shellbridge, Richmond (Colombie-Britannique)

La dermatite atopique chez les Asiatiques : Revue sur la génétique, le tableau clinique et les implications thérapeutiques

Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD

Introduction

La dermatite atopique (DA) est une affection cutanée inflammatoire courante, multifactorielle et prurigineuse, à l'évolution chronique et récidivante. Elle apparaît généralement peu après la naissance ou durant la petite enfance et est souvent associée à d'autres maladies atopiques, telles que l'asthme et la rhinoconjonctivite allergique. La DA est l'affection cutanée inflammatoire chronique la plus répandue dans le monde et touche des individus

de différents groupes raciaux et ethniques. Selon des études récentes, l'Asie centrale présentait en 2021 la prévalence pédiatrique la plus élevée de DA (avec un taux de 10,5 %), dépassant celle de la population de l'Amérique du Nord à revenu élevé (5,4 %).¹ D'après le recensement de 2021, les personnes d'origine asiatique représentent le troisième groupe démographique en importance au Canada, après celles d'origine européenne et nord-américaine, près de la moitié d'entre elles provenant d'Asie de l'Est ou du Sud-Est.

Les Asiatiques constituent également le groupe démographique qui croît le plus rapidement au Canada. Cette revue met en évidence les facteurs génétiques, les tableaux cliniques et les considérations thérapeutiques propres aux populations asiatiques atteintes de DA, afin de mieux comprendre ces aspects et d'orienter vers des approches thérapeutiques adaptées.

Épidémiologie

L'Asie se caractérise par une diversité ethnique considérable, qui comprend les populations d'Asie de l'Est (AE), d'Asie du Sud (AS) et d'Asie du Sud-Est (ASE). Une étude de population récente à Singapour a estimé des prévalences de DA à 9,2 %, 8,5 % et 8,4 %, respectivement dans les populations d'AE, d'AS et d'ASE.² Une étude de 2025 menée chez les enfants asiatico-américains et des îles du Pacifique a permis d'établir une prévalence globale de 6,0 %, avec des taux significativement plus élevés chez les enfants philippins (12,8 %), chinois (12,0 %), vietnamiens (11,7 %), autochtones hawaïens/des îles du Pacifique (9,5 %), sud-asiatiques (8,4 %) et noirs (8,2 %), comparativement aux enfants blancs non hispaniques et hispaniques.³ Ces disparités soulignent la nécessité d'études supplémentaires sur les mécanismes génétiques et immunitaires contribuant au risque accru de DA dans ces populations. À noter que les études canadiennes dans ce domaine demeurent rares.

La multiethnicité émerge aussi comme facteur important influençant la prévalence mondiale des maladies allergiques. Une étude coréenne a fait état d'une prévalence de DA significativement plus élevée chez les personnes non multiethniques que chez celles issues de milieux multiethniques. De plus, au sein des groupes multiethniques, la région de naissance d'un parent influençait significativement la prévalence des maladies allergiques.⁴ Ces résultats renforcent la nécessité de recherches supplémentaires visant à explorer le rôle des facteurs génétiques et environnementaux dans la prédisposition à la DA au sein de populations diverses, notamment dans le contexte multiethnique croissant du Canada.

Génétique

La DA est une affection génétique complexe influencée par l'environnement. Parmi les différents groupes ethniques, les variants « perte de fonction » du gène de la filaggrine (*FLG*) constituent le principal facteur de risque génétique de DA et jouent un rôle clé dans sa pathogenèse.⁵ Des études menées en Europe montrent que jusqu'à 50 % des patients atteints de DA portent une ou plusieurs mutations neutres du gène *FLG*. À l'inverse, les populations asiatiques présentent des fréquences plus faibles de mutations *FLG*, mais une diversité plus élevée. Les prévalences rapportées des mutations *FLG* sont de 31,4 % chez les Chinois Han, 27,0 % chez les Japonais, 26,0 % chez les Chinois de Singapour et 15,7 % chez les Coréens.^{5,6} Au-delà des différences de prévalence, ces mutations montrent une spécificité populationnelle marquée. Par exemple, des mutations courantes en Europe sont rarement détectées en Asie.^{5,7} Les mutations *FLG* varient également de manière considérable entre sous-populations asiatiques (chinoise, coréenne, japonaise, singapourienne).^{6,8,9} Des analyses de diversité génétique suggèrent que la répartition géographique des mutations *FLG* reflète des migrations humaines préhistoriques en Asie de l'Est, ce qui en fait de potentiels marqueurs informatifs d'ascendance.¹⁰

Les études génétiques des mutations *FLG* montrent des associations spécifiques selon les sous-populations asiatiques. Contrairement aux observations dans les populations européennes, les mutations *FLG* ne semblent pas augmenter le risque d'asthme chez les individus d'Asie de l'Est atteints de DA.¹⁰ Chez les Han chinois, ces mutations sont liées à une sensibilisation alimentaire accrue.⁵ Chez les patients coréens, les mutations *FLG* sont étroitement associées à des taux élevés d'immunoglobuline E (IgE), une hyperlinéarité palmaire et des antécédents familiaux de maladies allergiques.⁸ En Inde, elles ont été corrélées avec un eczéma des mains plus sévère.¹¹ Toutefois, étant donné l'augmentation de la prévalence des maladies allergiques en Inde ces dix dernières années, des recherches supplémentaires relatives aux mutations *FLG* dans cette population sont nécessaires.¹²

Au-delà de son lien avec les mutations *FLG*, la DA en Asie de l'Est a également été associée à des mutations « perte de fonction » du gène *SPINK5*, codant un inhibiteur de sérine-protéase essentiel à l'homéostasie épidermique.¹³ Des analyses génomiques et protéomiques suggèrent par ailleurs des différences fondamentales entre les DA est-asiatiques et européennes.² Des études ont également identifié des associations entre la DA et des polymorphismes de gènes immunitaires tels que l'interleukine (*IL*)-4 et *IL-13/IL-13Ra1* dans des populations chinoises, japonaises et coréennes.¹³ Ces résultats plaident pour une compréhension plus nuancée des facteurs génétiques contribuant à la DA dans les différentes sous-populations asiatiques.

Polarisation immunitaire

Le phénotype de DA observé en Asie présente un profil immunologique original, mêlant des caractéristiques de la DA européenne et du psoriasis européen aux niveaux cellulaire et moléculaire.^{13,14} Si l'activation Th2 constitue un trait universel de la DA, les patients asiatiques atteints de DA montrent aussi une régulation à la hausse des voies Th17 et Th22.^{2,15} Chez les patients asiatiques atteints de DA, l'augmentation de l'activité Th17 s'accompagne d'une régulation à la baisse de l'axe Th1, avec un nombre plus élevé de cellules productrices d'IL-17.^{2,16} À noter que les médiateurs liés à Th17 sont élevés dans la peau, mais pas dans le sang périphérique, tandis que les taux d'IL-22 sont plus élevés dans les deux compartiments.¹⁵ Histologiquement, l'analyse de la peau lésionnelle des patients asiatiques montre une acanthose plus marquée, une expression accrue de Ki67 et une parakératose plus fréquente que dans la DA européenne.¹⁶ Ces traits pourraient être liés à des taux élevés d'IL-22, qui favorisent la prolifération et la migration des kératinocytes, et une altération de leur différenciation en inhibant des protéines impliquées dans la maturation terminale.² Compte tenu de ces différences immunologiques et histologiques, des recherches supplémentaires s'avèrent nécessaires afin de déterminer si le ciblage isolé de Th2 suffit pour les DA de tous phénotypes, en particulier celles à composante Th17 prononcée.

Tableau clinique

Aux États-Unis, les personnes s'identifiant comme asiatiques/des îles du Pacifique et noires consultent davantage pour la DA, malgré une utilisation globale des soins généralement plus faible. Les personnes asiatiques/des îles du Pacifique sont près de sept fois plus susceptibles que les personnes blanches d'avoir une consultation aboutissant à un diagnostic de DA.¹⁷ Une méconnaissance de la DA au sein des populations asiatiques et la variabilité des tableaux cliniques selon le groupe ethnique pourraient y contribuer.

Tous groupes ethniques confondus, les traits les plus universels de la DA sont le prurit, la lichénification et la xérose. Toutefois, dans les populations d'Asie de l'Est, les lésions sont souvent plus nettement délimitées, en raison de l'endotype psoriasiforme Th17/Th22 (**Figure 1**).^{15,18} Par rapport aux patients blancs, les patients asiatiques présentent plus fréquemment une desquamation et une lichénification accrues (**Figure 2**).¹³ L'accentuation périfolliculaire est un trait fréquent, alors que l'eczéma papuleux (caractérisé par de petites papules plates) peut mimer un lichen plan (**Figure 3**). Chez les individus aux phototypes plus foncés (par exemple dans les populations d'Asie du Sud), l'érythème peut paraître violacé ou être suffisamment subtil pour passer totalement inaperçu.¹³ Sa détection repose alors sur une évaluation attentive des signes secondaires, comme l'œdème, la chaleur cutanée accrue et la desquamation.¹³ Les cliniciens devraient comparer les zones atteintes au teint de base du patient; le prurit, les excoriations et l'induration (mieux visibles en éclairage rasant ou à la palpation) apportent des indices supplémentaires pour le diagnostic. Ces patients aux phototypes plus foncés sont également plus à risque d'hyperpigmentation post-inflammatoire (souvent plus gênante que les manifestations cutanées primaires de la DA elle-même).¹⁹

Au-delà de ces traits généraux, les phénotypes de DA varient selon les sous-populations asiatiques. Des études menées auprès de populations d'Asie du Sud-Est font état de taux plus élevés d'eczéma exsudatif, d'atteinte du tronc, de lichénification et de



Figure 1. Dermatite atopique confirmée par biopsie chez une jeune femme d'Asie de l'Est, présentant des plaques psoriasiformes bien délimitées, allant du rose à l'érythémateux lors d'une poussée aiguë; avec l'aimable autorisation du Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD.



Figure 2. Lichénification marquée avec contours bien définis chez un homme chinois d'âge moyen atteint de dermatite atopique; avec l'aimable autorisation du Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD.



Figure 3. Lésions papuleuses distinctes chez trois patients atteints de dermatite atopique (patient indien à gauche, patients d'Asie de l'Est au centre et à droite); avec l'aimable autorisation du Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD.



Figure 4. Atteinte notable des extenseurs chez un jeune patient chinois atteint de dermatite atopique; avec l'aimable autorisation du Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD.



Figure 5. Dermatite atopique active avec hyperpigmentation post-inflammatoire marquée chez un patient philippin; avec l'aimable autorisation du Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD.

prurigo nodulaire.² En revanche, les populations d'Asie de l'Est présentent une prévalence plus élevée d'érythrodermie, d'atteinte du tronc, des extenseurs (**Figure 4**), du cuir chevelu et des oreilles (**Figure 1**).² Les populations d'Asie du Sud, en particulier les patients indiens, présentent plus fréquemment une atteinte des plis.² Les facteurs environnementaux et culturels influencent également le phénotype de la DA, tant en Asie que dans les communautés d'immigrants asiatiques du monde entier. Des recherches supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour déterminer si ces phénotypes asiatiques de la DA se maintiennent chez les Canadiens d'origine asiatique, malgré des expositions, une composition du microbiote et des pratiques culturelles différentes. Il sera essentiel de comprendre ces variations afin de développer des stratégies thérapeutiques plus adaptées et plus efficaces.

Implications thérapeutiques

Compte tenu du fardeau croissant de la DA en Asie, le développement de traitements efficaces s'avère essentiel.²⁰ Un défi majeur tient à la variabilité et au caractère souvent imprévisible des réponses aux traitements. Bien que les individus appartenant à un même groupe racial puissent partager des traits phénotypiques et génétiques, l'efficacité du traitement peut varier considérablement selon l'origine ethnique. Cela met en évidence la nature complexe et hétérogène de la DA et donc la nécessité d'approches thérapeutiques personnalisées et propres à chaque région.

Dans de nombreuses cultures asiatiques, les traitements topiques, les bains thérapeutiques et les préparations orales à base de plantes sont couramment utilisés. Ces traitements peuvent influencer les résultats des soins dermatologiques et avoir été utilisés par les patients avant que ceux-ci ne consultent un professionnel. Il est donc essentiel que les cliniciens s'informent sur ces traitements avant de discuter du plan de traitement. Pour les traitements topiques prescrits, l'usage prolongé de corticoïdes d'activité forte peut entraîner une hypopigmentation, un enjeu particulièrement pertinent pour les patients aux phototypes foncés. Les études cliniques ont

démontré l'efficacité du pimécrolimus en crème et du tacrolimus en pommade chez des patients asiatiques atteints de DA.¹³ Dans ces populations, la photothérapie (notamment des ultraviolets B [UVB] à bande étroite et ultraviolets A [UVA]) est efficace dans les DA modérées à graves.¹³ En raison de leur teneur accrue en mélanine, les peaux plus pigmentées peuvent avoir besoin de doses plus élevées d'UVB à bande étroite pour obtenir des résultats optimaux. Concernant les traitements systémiques, des études de phase III sur le dupilumab incluant 20 à 27 % de participants asiatiques ont démontré une efficacité dans différents groupes ethniques. Une sous-analyse groupée ultérieure a confirmé que les réponses au traitement chez les patients asiatiques étaient comparables à celles observées dans d'autres populations.¹³

Dans l'ensemble, les études ont systématiquement mis en évidence la sous-représentation persistante des patients aux phototypes foncés dans les essais cliniques mondiaux sur la DA.²¹ Malgré la prévalence élevée de la DA dans les populations non blanches, les données relatives à l'efficacité des traitements courants dans ces groupes restent limitées. Un obstacle important est le caractère incomplet des informations sur la race et l'origine ethnique dans les essais cliniques. Par exemple, parmi les essais cliniques sur la DA publiés entre 2000 et 2009, seuls 59,5 % incluaient la race et l'origine ethnique dans les données démographiques à l'inclusion.¹³ De plus, les participants asiatiques ne représentaient que 6,9 % des participants aux essais, ce qui souligne la nécessité d'une plus grande diversité dans la recherche sur la DA.

De futures études visant à identifier des cibles moléculaires spécifiques et potentiellement uniques dans les populations asiatiques pourraient ouvrir la voie au développement de traitements répondant aux besoins non satisfaits

des patients asiatiques atteints de DA. Le vaste éventail de mutations *FLG* observé dans les populations asiatiques peut toutefois complexifier le développement de thérapies ciblées. Par ailleurs, la majoration de l'axe Th17 chez ces patients asiatiques atteints de DA suggère qu'il pourrait s'agir de candidats promoteurs pour les thérapies ciblant l'IL-17/IL-23,22 tandis que l'élévation persistante des taux d'IL-22 dans la peau et le sang périphérique offre une autre cible thérapeutique potentielle.^{15,22}

Conclusion

En raison de son caractère multifactoriel, de sa diversité génétique et de ses manifestations cliniques variables, la DA représente un défi majeur et croissant, particulièrement au sein des populations asiatiques. La prévalence de la DA continuant d'augmenter, il est essentiel d'adopter des approches plus personnalisées et adaptées à la culture pour le diagnostic et le traitement. Pour développer des traitements plus ciblés et efficaces, il sera essentiel de mieux comprendre les fondements génétiques, la polarisation immunitaire et les influences environnementales qui contribuent aux phénotypes distincts de DA dans les populations asiatiques.

Auteur correspondant

Harry Liu, M.D., FRCPC, FAAD
Courriel : cl13@ualberta.ca

Divulgations des liens financiers

H.L. : Comité consultatif : Sanofi, Arcutis, L'Oréal, Neutrogena, Sun Pharma; **Conférenciers :** Sanofi, Arcutis, Celltrion, Sun Pharma

Références

- Jin L, Ge J, Cheng Y, Deng D, Wan P. Worldwide prevalence of atopic dermatitis in children between 2000 and 2021: a systematic analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2025;134(5):603-609.e6. doi:10.1016/j.anai.2024.12.005
- Yew YW, Loh M, Brown SJ. Understanding atopic dermatitis in asian and european population cohorts using complementary omics techniques. *J Invest Dermatol.* 2025;145(6):1283-1293. doi:10.1016/j.jid.2024.08.036
- Dahabreh D, Lo JC, Chandra M, Chiou AS, McCleskey PE, Darbinian JA, et al. Atopic dermatitis prevalence among Asian American and Pacific Islander children: a retrospective study in a Northern California health care system. *J Am Acad Dermatol.* 2025;92(6):1413-1416. doi:10.1016/j.jaad.2025.02.016
- Kim M, Yoo J, Kim J, Park J, Han E, Jang W, et al. Association of *FLG* single nucleotide variations with clinical phenotypes of atopic dermatitis. *PLoS One.* 2017;12(12):e0190077. doi:10.1371/journal.pone.0190077
- Zhang H, Guo Y, Wang W, Shi M, Chen X, Yao Z. Mutations in the filaggrin gene in Han Chinese patients with atopic dermatitis. *Allergy.* 2011;66(3):420-427. doi:10.1111/j.1398-9995.2010.02493.x
- Park J, Jekarl DW, Kim Y, Kim J, Kim M, Park YM. Novel *FLG* null mutations in Korean patients with atopic dermatitis and comparison of the mutational spectra in Asian populations. *J Dermatol.* 2015;42(9):867-873. doi:10.1111/1346-8138.12935
- Ching GK, Hon KL, Ng PC, Leung TF. Filaggrin null mutations in childhood atopic dermatitis among the Chinese. *Int J Immunogenet.* 2009;36(4):251-254. doi:10.1111/j.1744-313X.2009.00859.x
- On HR, Lee SE, Kim SE, Hong WJ, Kim HJ, Nomura T, et al. Filaggrin mutation in Korean patients with atopic dermatitis. *Yonsei Med J.* 2017;58(2):395-400. doi:10.3349/ymj.2017.58.2.395
- Park KY, Li K, Seok J, Seo SJ. An analysis of the filaggrin gene polymorphism in Korean atopic dermatitis patients. *J Korean Med Sci.* 2016;31(7):1136-1142. doi:10.3346/jkms.2016.31.7.1136
- Ma L, Zhang L, Di ZH, Zhao LP, Lu YN, Xu J, et al. Association analysis of filaggrin gene mutations and atopic dermatitis in Northern China. *Br J Dermatol.* 2010;162(1):225-227. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09539.x
- Handa S, Khullar G, Pal A, Kamboj P, De D. Filaggrin gene mutations in hand eczema patients in the Indian subcontinent: a prospective case-control study. *Contact Dermatitis.* 2019;80(6):359-364. doi:10.1111/cod.13233
- Chauhan A, Panigrahi I, Singh M, Attri SV, Agarwal A, Singh M. Prevalence of filaggrin gene R501X mutation in Indian children with allergic diseases. *Indian J Pediatr.* 2020;87(8):587-590. doi:10.1007/s12098-020-03231-0
- Kaufman BP, Guttman-Yassky E, Alexis AF. Atopic dermatitis in diverse racial and ethnic groups: variations in epidemiology, genetics, clinical presentation and treatment. *Exp Dermatol.* 2018;27(4):340-357. doi:10.1111/exd.13514
- Chan TC, Sanyal RD, Pavel AB, Glickman J, Zheng X, Xu H, et al. Atopic dermatitis in Chinese patients shows T(H)2/T(H)17 skewing with psoriasiform features. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;142(3):1013-1017. doi:10.1016/j.jaci.2018.06.016
- Brunner PM, Guttman-Yassky E. Racial differences in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;122(5):449-455. doi:10.1016/j.anai.2018.11.015
- Noda S, Suarez-Farinas M, Ungar B, Kim SJ, de Guzman Strong C, Xu H, et al. The Asian atopic dermatitis phenotype combines features of atopic dermatitis and psoriasis with increased TH17 polarization. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136(5):1254-1264. doi:10.1016/j.jaci.2015.08.015
- Venkatesan J, Janumpally R, Gimkala A, Megavaran V, Myklebust H, Ramana Rao GV. Importance of "Telephone Cardiopulmonary Resuscitation" in out-of-hospital cardiac arrest in India. *Indian J Community Med.* 2020;45(2):194-198. doi:10.4103/ijcm.IJCM_223_19
- Sanyal RD, Pavel AB, Glickman J, Chan TC, Zheng X, Zhang N, et al. Atopic dermatitis in African American patients is T(H)2/T(H)22-skewed with T(H)1/T(H)17 attenuation. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;122(1):99-110 e116. doi:10.1016/j.anai.2018.08.024
- Maymone MBC, Neamah HH, Wiry SA, Patzelt NM, Secemsky EA, Zancanaro PQ, et al. The impact of skin hyperpigmentation and hyperchromia on quality of life: a cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(4):775-778. doi:10.1016/j.jaad.2017.05.009
- Zhou J, Chen H, Zhou S, Liu A, Liang S, Sun X, et al. Trends in atopic dermatitis prevalence among the Chinese population (1990-2021) with projections for 2022-2030. *Pediatr Allergy Immunol.* 2024;35(10):e14271. doi:10.1111/pai.14271
- Price KN, Krase JM, Loh TY, Hsiao JL, Shi VY. Racial and ethnic disparities in global atopic dermatitis clinical trials. *Br J Dermatol.* 2020;183(2):378-380. doi:10.1111/bjd.18938
- Czarnowicki T, He H, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143(1):1-11. doi:10.1016/j.jaci.2018.10.032

À PROPOS DE L'AUTEUR



Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC

Le Dr Patrick Fleming est un dermatologue certifié exerçant à Toronto. Il est professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto et clinicien adjoint au Réseau universitaire de santé, où il assure des consultations pour les patients hospitalisés. Il travaille activement dans les centres de dépistage et de vaccination contre la COVID-19 basés à Toronto. Titulaire d'une maîtrise en santé communautaire, il a également suivi le programme GCST (*Global Clinical Scholars training program*) en épidémiologie avancée à la *Harvard Medical School*. Il est membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'Association canadienne de dermatologie, ainsi que du comité de rédaction du *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* et du conseil d'administration de la Fondation canadienne de dermatologie.

Affiliations de l'auteur : Professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto
Dermatologue et investigateur d'essais cliniques, York Dermatology & Research Centre

La gale : Perles cliniques à l'intention des dermatologues en milieu communautaire

Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC

Introduction

La gale est une infestation cutanée parasitaire fréquente, causée par *Sarcoptes scabiei var. hominis*, avec une charge mondiale estimée à plus de 200 millions de cas par an.¹ La gale demeure sous-diagnostiquée et sa prise en charge peut s'avérer complexe. Les éclosions en milieu institutionnel, les retards diagnostiques et les échecs thérapeutiques contribuent à une morbidité persistante. Cette revue pratique de la littérature résume les perles cliniques clés à l'intention des dermatologues en milieu communautaire, en intégrant les cadres diagnostiques récents, les données probantes en matière de traitement, ainsi

que l'évolution des considérations liées à la résistance médicamenteuse et aux mesures de santé publique.

1. Identification – Les critères de l'Alliance internationale pour le contrôle de la gale facilitent un diagnostic structuré

L'Alliance internationale pour le contrôle de la gale (*International Alliance for the Control of Scabies*) a publié en 2020 un cadre diagnostique consensuel qui stratifie le diagnostic de la gale en trois niveaux : gale confirmée, gale clinique et gale suspectée.²

La gale confirmée nécessite la visualisation directe des acariens, des œufs ou des fèces, généralement par dermoscopie ou examen microscopique. La dermoscopie, qui révèle le « signe du deltaplane » (*delta-wing jet*) caractéristique, constitue un outil diagnostique pratique dans un cadre ambulatoire, largement utilisé dans les essais cliniques.

La gale clinique est diagnostiquée sur la base de lésions typiques, situées à des endroits caractéristiques, accompagnées d'un contexte évocateur (p. ex. sillons ou nodules scrotaux).

La gale suspectée peut ne pas présenter les signes typiques tels que les sillons, ce qui n'exclut toutefois pas le diagnostic, ceux-ci pouvant être difficiles à identifier. En cas de gale suspectée, les dermatologues doivent avoir un seuil d'intervention bas pour débiter le traitement.

2. La résistance à la perméthrine pourrait être en augmentation

En Amérique du Nord, la perméthrine topique demeure le traitement de première intention pour la gale. Cependant, un essai à répartition aléatoire et à double insu mené récemment en Autriche (n = 110) a montré des taux de guérison significativement plus faibles après trois applications consécutives de perméthrine (n = 14/52 participants, soit 27 %) comparativement au benzoate de benzyle à 25 % (n = 47/54 participants, soit 87 %, p < 0,0001).³ Cette différence peut s'expliquer par le fait que le benzoate de benzyle est plus ovicide que la perméthrine, ainsi que par l'absence de réapplication de l'un ou l'autre traitement au jour 7 de l'essai, une pratique pourtant courante avec la perméthrine en contexte clinique (voir **tableaux 1 et 2** pour un résumé des traitements).

3. Envisager l'ivermectine orale plus tôt dans certains cas

L'ivermectine orale (200 µg/kg/dose, deux doses espacées de 7 à 14 jours) constitue une option thérapeutique efficace chez les patients adultes et pédiatriques présentant une atteinte étendue, une gale croûteuse, une observance insuffisante aux traitements topiques

et/ou dans les milieux institutionnels. Une méta-analyse de 2024 a révélé des taux d'échec thérapeutique inférieurs avec deux doses (7,1 %) comparativement à une seule dose (15,2 %).⁴ Par ailleurs, une étude française menée en 2019 n'a identifié aucun nouveau signal lié à l'innocuité chez les enfants de moins de 15 kg, avec des effets indésirables légers dans 4 % des cas et un taux de guérison de 85 %.⁵

4. Tous les contacts étroits doivent être traités simultanément

Les échecs thérapeutiques sont souvent dus à une réinfestation par des contacts étroits non traités. Tous les membres du foyer, les partenaires sexuels et autres contacts étroits doivent être traités en même temps pour prévenir toute récurrence.⁶ Les contacts étroits asymptomatiques constituent une source fréquente de réinfestation et doivent également être traités.² La divulgation pouvant être socialement stigmatisante, il est important d'expliquer clairement pourquoi les contacts étroits asymptomatiques doivent recevoir un traitement empirique, en insistant sur le rôle de ce dernier dans la prévention de la réinfestation et la protection des membres du foyer.

5. La décontamination de l'environnement est souvent insuffisante

Même avec un traitement pharmacologique optimal, l'absence de mesures de décontamination de l'environnement peut entraîner une réinfestation. *Sarcoptes scabiei* peut survivre hors de son hôte pendant 2 à 3 jours au maximum.⁷ La literie, les vêtements, les serviettes et les surfaces rembourrées peuvent servir de réservoirs, en particulier dans les cas de gale croûteuse. Il convient de dire aux patients de laver à l'eau chaude les objets exposés, puis de les sécher à haute température. Les objets non lavables doivent être placés dans des sacs en plastique pendant au moins 72 heures.⁸ Malheureusement, de nombreux praticiens accordent une importance insuffisante à ces mesures dans le cadre de la prise en charge courante, ce qui contribue au maintien de l'infestation au sein du foyer.

Traitement	Posologie/schéma thérapeutique	Indications	Précautions	Noms de marque (Canada)
Perméthrine 5 % (crème/lotion)	Appliquer du cou vers le bas (inclure le cuir chevelu chez les enfants et les adultes âgés). Renouveler l'application après 7 à 14 jours.	Traitement de première intention pour la majorité des patients, y compris les enfants à partir de l'âge de 2 mois et les femmes enceintes.	Irritation; éviter le contact avec les yeux et les muqueuses.	<i>Nix Crème pour la peau, Lotion Kwellada-P</i>
Ivermectine orale	Administrer 200 mcg/kg aux jours 1 et 8; ajuster la posologie en cas de gale croûteuse ou en contexte institutionnel.	Alternative de première intention chez l'adulte, particulièrement lorsque le traitement topique est impossible ou en cas de résistance suspectée.	Éviter le traitement pendant la grossesse. Non ovicide.	<i>Stromectol</i>
Benzoate de benzyle 25 %	Appliquer chaque soir pendant 2 à 3 jours; renouveler l'application après 7 jours si nécessaire.	Milieus à ressources limitées; non disponible aux États-Unis/au Canada.	Peut provoquer une irritation cutanée/sensation de picotements.	S/O (non commercialisé au Canada).
Soufre 5 – 10 % (pommade)	Appliquer chaque soir pendant 3 nuits consécutives. Rincer chaque matin.	Indiqué chez les nourrissons de moins de 2 mois et chez les femmes enceintes ou allaitantes.	Odeur forte, tache les vêtements, tolérance limitée.	Produit magistral uniquement.
Crotamiton 10 %	Appliquer chaque jour pendant 5 jours.	Option de deuxième intention si les autres traitements sont contre-indiqués ou indisponibles.	Faible efficacité; à éviter dans les formes graves.	<i>Eurax</i>
Spinosad 0,9 % (suspension)	Appliquer une fois et laisser sécher 10 minutes. Rincer après 6 heures. Renouveler l'application au bout de 7 jours si nécessaire.	Approuvé chez les enfants âgés de 4 ans et plus et les adultes.	Bien toléré.	<i>Natroba</i> (pas encore disponible au Canada).

Tableau 1. Traitements conventionnels de la gale;¹⁰ avec l'aimable autorisation du Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC.

6. La gale croûteuse nécessite un traitement agressif

La gale croûteuse, variante hautement contagieuse et souvent peu reconnue, est associée à une forte charge parasitaire. Elle touche surtout les personnes immunodéprimées, âgées ou atteintes de démence à un stade avancé.^{9,10} Le traitement standard repose sur de l'ivermectine orale (200 µg/kg) administrée sur plusieurs jours (par exemple, jours 1, 2, 8, avec doses facultatives aux jours 9 et 15), combinée à de la perméthrine topique à 5 %, souvent appliquée de façon

concomitante et les jours sans traitement oral.^{7,8}

Le recours à des agents kératolytiques, tels que des lotions à base d'urée à 10 %, est essentiel pour faciliter la pénétration cutanée du médicament à travers les croûtes hyperkératosiques.⁶

Dans un cadre institutionnel, les patients atteints de gale doivent être soumis à des mesures strictes de précautions de contact. En raison du taux d'attaque élevé de la gale croûteuse, un traitement prophylactique est recommandé pour les travailleurs de la santé asymptomatiques (ainsi que pour leurs contacts domiciliaires) si

Composante	Schéma posologique	Remarques
Ivermectine orale	Administrer 200 mcg/kg aux jours 1, 2 et 8 (formes modérées); ajouter une administration aux jours 9 et 15 (formes graves); jusqu'à un maximum de 7 doses au total.	Habituellement utilisé en association avec un traitement topique.
Perméthrine topique 5 % (crème ou lotion)	Pas de consensus concernant la fréquence. Généralement appliquée les mêmes jours que l'ivermectine orale.	Appliquer sur tout le corps, y compris le cuir chevelu, les tempes et sous les ongles (éviter le visage).
Kératolytiques (par exemple, lotion à base d'urée à 10 % ou crème à base d'acide salicylique à 3 %)	Appliquer le traitement les jours sans perméthrine, puis régulièrement une fois les croûtes éliminées.	Favorisent la pénétration du traitement topique en éliminant les croûtes épaisses. <i>Jeter le produit une fois le traitement terminé pour réduire le risque de contamination croisée.</i>
Contrôle de l'environnement	Laver la literie/les vêtements à l'eau très chaude; désinfecter les surfaces régulièrement. Le patient doit être isolé, soumis à des mesures strictes de précautions de contact et de visites essentielles uniquement, jusqu'à la guérison.	Pour les patients en soins de longue durée, l'infirmier/-ère responsable et/ou l'équipe de prévention des infections doivent être avisés rapidement, idéalement par communication écrite urgente et verbale, afin de coordonner la prévention des éclosions et la recherche des contacts.
Traitement empirique des contacts étroits	Perméthrine et/ou ivermectine, selon la faisabilité.	Les contacts étroits, y compris les personnes asymptomatiques, doivent être traités simultanément. Les travailleurs de la santé (et les membres de leur foyer) ayant eu une exposition rapprochée et non protégée à des patients atteints de gale croûteuse doivent recevoir un traitement empirique, qu'ils présentent ou non des symptômes.

Tableau 2. Traitement de la gale croûteuse (Protocole des Centers for Disease Control);^{8,10} avec l'aimable autorisation du Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC.

ceux-ci n'étaient pas entièrement protégés. La gale croûteuse constitue une urgence de santé publique locale. La prévention des éclosions et la réduction de la morbidité nécessitent un diagnostic rapide et une prise en charge agressive.

7. Le prurit persistant et les nodules ne constituent pas toujours des échecs thérapeutiques

Le prurit post-scabieux peut persister pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, après l'éradication des acariens, sans nécessairement indiquer une infestation active.

Le traitement peut inclure des émollients sans parfum, du chlorhydrate de pramoxine topique à 1 %, des corticoïdes topiques et/ou des antihistaminiques oraux. La gale nodulaire, qui touche souvent les aisselles ou le scrotum, peut persister et nécessiter des corticoïdes intralésionnels ou, dans certains cas, des agents systémiques comme une courte cure de prednisone.⁹ En cas de doute, il convient d'adopter un très faible seuil d'intervention et de retraiter les cas suspects de gale ainsi que leurs contacts étroits.

8. Attention aux erreurs diagnostiques, surtout en cas de lésions eczémateuses

La gale est fréquemment diagnostiquée à tort comme un eczéma, en particulier chez les adultes et les enfants atteints de dermatite atopique. Un haut degré de suspicion est indiqué en présence des caractéristiques suivantes :

- Prurit nocturne intense.
- Eczéma résistant aux traitements habituels.
- Atteinte de plusieurs membres du foyer.
- Nodules prurigineux au niveau des organes génitaux, des seins et/ou des aisselles.
- Facteurs de risque (par exemple, résidents en établissement de soins de longue durée ou vivant en milieux surpeuplés).

9. Spinosad : un nouvel agent topique prometteur

Le spinosad topique à 0,9 % est une neurotoxine qui s'est avérée prometteuse dans le traitement de la gale. Dans deux études à répartition aléatoire, à double insu et contrôlées par excipient, menées auprès de plus de 500 participants, une seule application de 10 minutes de spinosad a permis d'obtenir un taux de guérison complète de 78,1 % au jour 28, comparativement à 36,1 % dans le groupe ayant reçu l'excipient.¹¹ La guérison complète était définie par la disparition de l'ensemble des symptômes et des lésions cutanées, l'absence de nouvelles lésions, des résultats négatifs à la dermoscopie et l'absence de nécessité de réapplication. Le traitement a été bien toléré, avec de faibles taux d'irritation. Aucun cas de résistance n'a été rapporté.

Le spinosad ne requiert pas d'application nocturne. Il s'applique sur peau sèche, doit sécher pendant 10 minutes, puis être rincé après 6 heures, une modalité susceptible d'améliorer l'observance thérapeutique. Bien qu'il ne soit pas encore disponible au Canada, le spinosad pourrait constituer un traitement de la gale à la fois efficace, bien toléré et davantage centré sur le patient.

Conclusion

La gale demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Les dermatologues communautaires doivent maîtriser les critères diagnostiques standardisés, être en mesure de reconnaître les présentations atypiques et à forte charge parasitaire, et se tenir informés de l'évolution des profils de résistance. Le traitement doit cibler non seulement le patient index, mais également l'ensemble des contacts étroits ainsi que l'environnement. Alors que les échecs thérapeutiques et les résistances se multiplient, des agents tels que l'ivermectine orale et le spinosad topique pourraient occuper une place de plus en plus importante dans la pratique courante.

Auteur correspondant

Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC
 Courriel : flemingp@mun.ca

Divulgations des liens financiers

P.F. : Honoraires et/ou honoraires de consultation et/ou de participation à des comités consultatifs et/ou de conférences : AbbVie, Altius, Amgen, Aralez, Arcutis Biotherapeutics, Bausch Health, Beiersdorf, Bristol Myers Squibb, Catalytic Health, Celltrion, CeraVe, Cipher, Galderma, Eli Lilly, Fresenius Kabi, Incyte, Kenvue, La Roche-Posay, Janssen, Medexus Pharmaceuticals, Novartis, Pfizer, UCB, Sanofi-Genzyme, Sermo et Sun Pharma

Références

- Schneider S, Wu J, Tizek L, Ziehfrend S, Zink A. Prevalence of scabies worldwide—an updated systematic literature review in 2022. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(9):1749–1757. doi:10.1111/jdv.19167
- Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 international alliance for the control of scabies consensus criteria for the diagnosis of scabies. *Br J Dermatol*. 2020;183(5):808–820. doi:10.1111/bjd.18943
- Meyersburg D, Hoellwerth M, Brandlmaier M, Handisurya A, Kaiser A, Proding C, et al. Comparison of topical permethrin 5% vs. benzyl benzoate 25% treatment in scabies: a double-blinded randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2024;190(4):486–491. doi:10.1093/bjd/ljad501
- Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2024;190(2):163–173. doi:10.1093/bjd/ljad308
- Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol*. 2020;182(4):1003–1006. doi:10.1111/bjd.18369
- Richards RN. Scabies: diagnostic and therapeutic update. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(1):95–101. doi:10.1177/1203475420960446
- Goldstein BG, Goldstein RP. Scabies: management: Wolters Kluwer; 2022 [updated October 31 2022, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.uptodate.com/contents/scabies-management>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical care of scabies: U.S. Department of Health & Human Services; 2023 [updated December 18 2023, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html>.
- Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(3):533–548. doi:10.1016/j.jaad.2019.05.109
- Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: epidemiology, clinical features, and diagnosis: Wolters Kluwer; 2024 [updated July 17 2024, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>.
- Seiler JC, Keech RC, Aker JL, Miller W, Belcher C, Mettert KW. Spinosad at 0.9% in the treatment of scabies: efficacy results from 2 multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86(1):97–103. doi:10.1016/j.jaad.2021.07.074

À PROPOS DE L'AUTRICE



Juthika Thakur, M.D.

La D^{re} Juthika Thakur a obtenu son baccalauréat en sciences médicales à l'Université Western et un diplôme de commerce, avec distinction, à la *Richard Ivey School of Business* en 2011. Elle a ensuite obtenu son diplôme de docteur en médecine à la *Michael G. DeGroote School of Medicine* de l'Université McMaster, puis a effectué son internat en dermatologie à l'Université de Toronto, où elle a été corésidente en cheffe pendant sa dernière année. Depuis, la D^{re} Thakur a rédigé et présenté ses travaux de recherche lors de plusieurs conférences nationales et internationales, notamment celles de l'Association canadienne de dermatologie, de l'*European Academy of Dermatology and Venereology* et du Congrès mondial de dermatologie. Elle a également publié des articles dans la revue *Ivey Business Review*. Elle s'intéresse à l'interface entre la santé en ligne, l'apprentissage automatique et la dermatologie.

Guide d'initiation pour les dermatologues : Utiliser l'intelligence artificielle ambiante dans votre pratique

Juthika Thakur, M.D.

Introduction

La reconnaissance automatique de la parole (RAP) est la technologie de base qui permet de convertir la langue parlée en texte écrit. Parmi ses points forts figurent la capacité à interpréter les voix, à identifier les différents intervenants dans une conversation et à suivre le déroulement d'un dialogue. Avec l'aide de formateurs humains, les systèmes de RAP peuvent encore améliorer et optimiser leurs performances à partir des rétroactions. Cependant, leur efficacité peut être limitée par des facteurs tels que des environnements bruyants, un mauvais positionnement des microphones ou des variations de dialectes et d'accents. Voir l'**Annexe 1** pour les définitions des principaux termes liés à l'IA.

Les grands modèles de langage (GML) visent à combler les lacunes laissées par les systèmes de RAP en utilisant le traitement automatique du langage naturel (TALN) pour compléter les éléments manquants d'une conversation. En tant que forme d'IA générative, un GML prédit le mot suivant dans une séquence à partir des schémas appris dans ses données d'entraînement (**Figure 1**). L'objectif d'un GML est d'imiter le langage humain en identifiant quels mots sont susceptibles de suivre les autres selon le contexte fourni dans l'invite et l'entraînement antérieur. Les GML peuvent générer du contenu original et optimiser leurs sorties à partir d'une entrée humaine. Cependant, comme ils fonctionnent par prédiction de séquences de mots, ils ne savent pas si leurs

Principaux termes et définitions liés à l'IA

Intelligence artificielle : Domaine de l'informatique visant à créer des systèmes capables d'exécuter des tâches nécessitant normalement l'intelligence humaine, comme le raisonnement, la résolution de problèmes, l'apprentissage et la compréhension du langage.

Apprentissage automatique : Sous-domaine de l'IA dans lequel les ordinateurs apprennent des schémas à partir de données pour prendre des décisions ou faire des prédictions, sans être explicitement programmés pour chaque tâche.

Intelligence augmentée : Approche collaborative dans le cadre de laquelle humains et systèmes d'IA travaillent ensemble pour améliorer la prise de décision et la performance humaines, plutôt que de remplacer l'intelligence humaine.

IA agentique : Systèmes d'IA conçus pour fonctionner de manière autonome et poursuivre des objectifs ou effectuer des actions de façon proactive, avec un certain degré de prise de décision ou d'initiative.

Grands modèles de langage (GML) : Modèles d'IA entraînés sur d'immenses corpus de textes afin de comprendre et générer un langage ressemblant au langage humain. Exemples : ChatGPT, Claude et Gemini.

Traitement automatique du langage naturel (TALN) : Branche de l'IA visant à permettre aux machines de comprendre, d'interpréter et de générer le langage humain, écrit comme oral.

Hallucinations : Situation dans laquelle un modèle d'IA génère une information qui paraît plausible, mais qui est en réalité fausse ou non fondée sur des données réelles.

Apprentissage supervisé : Type d'apprentissage automatique où le modèle est entraîné sur des données étiquetées (paires entrée-sortie), ce qui lui permet d'apprendre à faire des prédictions ou des classifications.

Apprentissage non supervisé : Technique d'apprentissage automatique dans laquelle le modèle est entraîné sur des données sans résultats étiquetés, souvent utilisée pour trouver des schémas ou créer des regroupements (comme l'agrégation ou « clustering »).

Biais : Erreurs systématiques dans les sorties de l'IA causées par des données d'entraînement déséquilibrées ou défectueuses, par des choix de conception ou par des inégalités sociales, d'où des résultats injustes ou inexacts.

Explicabilité et interprétabilité : Degré selon lequel les humains peuvent comprendre le fonctionnement d'un modèle d'IA, y compris la manière dont il prend ses décisions ou fait ses prédictions. Ces notions sont fondamentales pour instaurer la confiance et assurer la transparence des systèmes d'IA.

Annexe 1. Principaux termes et définitions liés à l'IA; avec l'aimable autorisation du Juthika Thakur, M.D.

sorties sont vraies ou fausses. C'est pourquoi, en réponse aux invites, les GML peuvent produire des réponses inexactes ou inventées, communément appelées « *hallucinations* ».

Les scribes d'IA ambiante, qui utilisent l'apprentissage automatique pour traiter les conversations en temps réel, présentent un potentiel prometteur pour : réduire la charge liée à la documentation, améliorer la qualité des interactions entre médecin et patient et soutenir les cliniciens dans leur pratique quotidienne. Lorsqu'ils sont combinés, les GML et les systèmes de RAP peuvent compenser mutuellement leurs limites, ce qui donne naissance à un scribe d'IA ambiante plus efficace et adapté aux milieux cliniques (**Figure 2**).

Exactitude du dossier médical électronique généré par le médecin ou par une IA ambiante

La documentation clinique ne reflète pas toujours fidèlement le fond de la consultation avec le patient, avec des omissions qui ne reflètent pas nécessairement la nature ou l'intention de l'échange. Bien qu'aucune étude n'ait évalué l'utilisation des scribes IA en dermatologie, les résultats issus d'autres spécialités semblent généralisables. Une étude portant sur 36 médecins dans un même centre a comparé les notes de consultation écrites à des enregistrements audio dissimulés de consultations non annoncées. Les résultats ont montré que 90 % des dossiers des patients contenaient au moins une inexactitude, incluant des omissions ou des ajouts ne reflétant

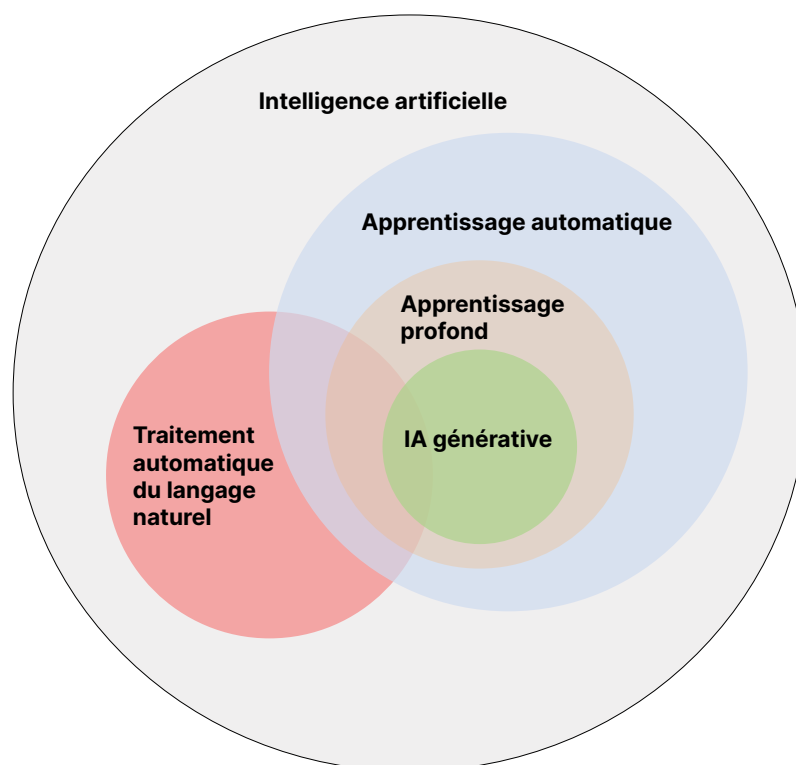


Figure 1. Diagramme de Venn illustrant divers sous-domaines de l'IA; adapté de Rishabh Misra, 2024.⁷

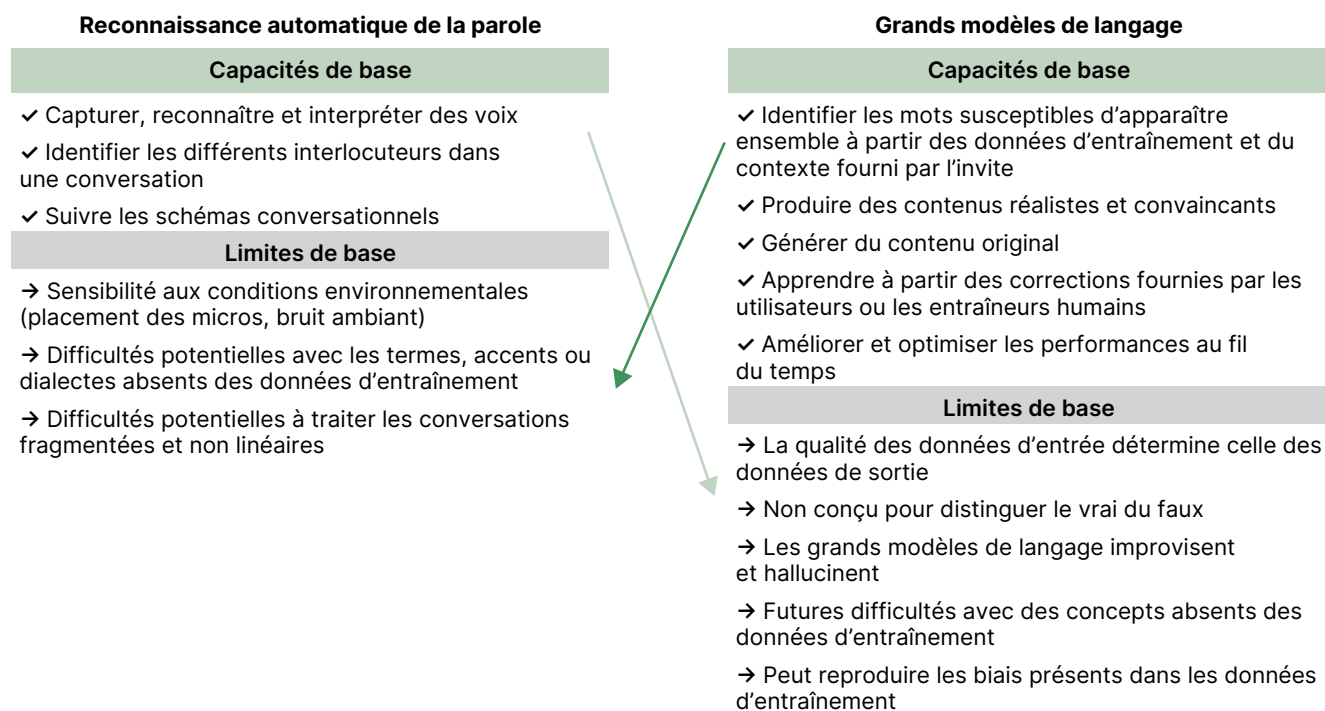


Figure 2. Forces et faiblesses de la reconnaissance automatique de la parole (RAP) et des grands modèles de langage (GMD); adapté de Information Services Centre of Effective Practice. (Anne Dabrowski, n.d.)⁸

Caractéristique	Description de la note idéale
Exacte	La note est véridique. Elle ne contient aucune information incorrecte.
Exhaustive	La note est complète, sans omission, et documente tous les éléments importants pour le patient.
Utile	La note est extrêmement pertinente, apportant une information et/ou une analyse de grande valeur.
Bien structurée	La note est bien construite et organisée de manière à faciliter la compréhension du parcours clinique du patient.
Compréhensible	La note est compréhensible, sans ambiguïté ni passages difficiles à comprendre.
Concise	La note est brève, va à l'essentiel et ne contient pas de redondance.
Synthétisée	La note reflète la compréhension de l'état du patient par le scribe IA et sa capacité à élaborer un plan de soins.
Présente une cohérence interne	Aucune partie de la note ne contredit ou n'ignore une autre partie.
Exempte d'hallucinations	La note ne contient aucune hallucination, uniquement des informations vérifiables à partir de la transcription.
Exempte de biais	La note est objective, contenant des informations vérifiables à partir de la transcription, sans influence des caractéristiques du patient ou de la consultation.

Annexe 2. Éléments d'un résumé clinique idéal; *adapté de Tierney et coll., 2024.*³

Version modifiée du Physician Documentation Quality Instrument (Instrument de qualité de la documentation du médecin), adaptée à l'évaluation des sorties produites par un scribe IA.

La valeur maximale est de 50, et chaque domaine est évalué sur une échelle de 5 points, où 1 signifie « pas du tout » et 5 « tout à fait ».

pas la nature de l'échange capturé dans les enregistrements audio dissimulés.¹ Dans une autre étude menée auprès de 136 815 patients ayant consulté leurs notes de consultation externe, 20 % ont détecté une erreur, et 40 % d'entre eux considéraient l'erreur comme grave.² Les erreurs les plus fréquentes : diagnostics, antécédents médicaux, médicaments, examens cliniques, et notes attribuées au mauvais patient.² De nombreux utilisateurs de l'IA se plaignent de l'exactitude diagnostique des algorithmes d'apprentissage automatique et des GML. Malheureusement, le dossier du patient ne reflète souvent pas fidèlement la rencontre entre le patient et le médecin. Dans un programme pilote régional ayant déployé des solutions de scribes médicaux IA auprès de 10 000 médecins, les expériences des patients et des médecins se sont améliorées.³

Une analyse aléatoire de 35 notes cliniques dans plusieurs spécialités a révélé que plus de 90 % respectaient des critères tels que l'absence d'hallucinations, la concision et l'exactitude (**Annexe 2**). Bien que cette étude ait montré de légères améliorations du temps consacré à la rédaction des notes médicales,³ d'autres études indiquent une réduction de 20,4 % du temps consacré à la rédaction.⁴ L'entraînement spécialisé par domaine, avec intervention humaine (« *humans in the loop* »), peut limiter les erreurs de transcription. Par exemple, grâce aux rétroactions et en apportant des ajustements au module d'IA ambiante, les sorties peuvent être ajustées pour refléter le style propre à chaque clinicien. Les modèles non entraînés sur des données de santé ont tendance à mal interpréter la terminologie médicale, à confondre les noms de médicaments,

à mal saisir la complexité des échanges médicaux et, de manière générale, à rencontrer des difficultés en raison d'une technologie inadéquate et d'environnements bruyants.

Boîte noire, explicabilité et interprétabilité

Il reste difficile d'évaluer l'exactitude diagnostique des GML, en raison de la nature opaque de leurs ensembles de données d'entraînement, qui sont souvent exclusifs et non accessibles aux chercheurs. Ce manque de transparence limite la capacité à identifier, prédire ou réduire les biais et angles morts potentiels dans les sorties des modèles. L'explicabilité désigne la mesure dans laquelle les processus à l'origine des sorties d'une IA peuvent être clairement compris ou justifiés. Des mesures ont été mises en place pour fournir un certain degré d'explicabilité. Par exemple, certains systèmes intègrent des fonctionnalités permettant d'ajouter, dans les notes générées, des « citations » renvoyant à des segments précis de la transcription audio que le scribe IA a résumés sous forme de phrases. Cela peut contribuer à réduire les hallucinations, mais exige encore un important travail de relecture et de correction de la part des médecins. Des recherches récentes sur l'usage de l'IA par les cliniciens mettent en évidence un risque réel de biais d'automatisation, pouvant entraîner des relectures moins rigoureuses et des erreurs non détectées.⁵ En définitive, les fournisseurs de solutions d'IA ambiante doivent s'efforcer de développer des technologies explicables pour l'ensemble des parties prenantes, notamment les patients et les médecins, lorsqu'elles sont utilisées comme scribes IA dans le cadre de consultations médicales.

Confidentialité et consentement éclairé dans le cadre de l'usage de l'IA ambiante

Les cliniciens ont des obligations éthiques et légales d'obtenir le consentement éclairé des patients. Les patients peuvent souhaiter obtenir des précisions sur la durée de conservation des enregistrements, les personnes autorisées à y accéder ou à consulter le résumé généré par l'IA, si et comment le médecin procédera à la relecture, si le matériel recueilli est utilisé pour entraîner une IA générative, ainsi que sur le risque potentiel de réidentification. Un défi majeur réside dans le fait que, une fois le consentement donné, les patients ne peuvent généralement pas le révoquer pour empêcher l'usage futur de leurs données dans le cadre de l'entraînement des modèles. Ainsi, le consentement éclairé devrait inclure une discussion sur la question de savoir si et comment les données seront anonymisées et utilisées afin d'améliorer l'algorithme. Pour limiter ces risques, les cliniciens peuvent choisir un scribe IA ambiante qui héberge les données sur des serveurs locaux et évite l'utilisation indéfinie des données patients.

Défis liés à l'archivage des dossiers

Bien que l'entrée finale dans le dossier doive être conservée selon les règles de conservation, les lois et règlements ne précisent généralement pas si les enregistrements audio doivent également être inclus dans le dossier patient. Lorsque les enregistrements sont destinés à être détruits plutôt que conservés, il est essentiel d'adopter une politique définissant le moment et le processus de destruction, en veillant à ce que le dossier patient ait été mis à jour correctement au préalable.⁶ Certaines instances réglementaires exigent un formulaire de consentement supplémentaire pour l'enregistrement des consultations et, dans certaines provinces, les lois sur la protection de la vie privée imposent un consentement écrit pour tout enregistrement.⁶ Les médecins doivent donc examiner attentivement les lois sur la protection de la vie privée et les réglementations provinciales applicables avant d'intégrer des technologies de scribes IA dans leurs pratiques.

Résumé

Les méthodes d'évaluation approfondie de la qualité et de la sécurité des technologies d'IA, y compris les GML, ne sont pas encore pleinement établies. Tant les algorithmes que les cadres réglementaires continuant d'évoluer, il sera nécessaire de mettre en place des référentiels de comparaison, des évaluations et une surveillance continus. Enfin, l'adoption et les usages de ces technologies évolueront probablement avec l'émergence de nouveaux groupes d'utilisateurs et de nouveaux domaines d'application.

Autrice correspondante

Juthika Thakur, M.D.

Courriel : juthika.thakur@medportal.ca

Divulgations des liens financiers

J.T. : Aucun déclaré.

Références

1. Weiner SJ, Wang S, Kelly B, Sharma G, Schwartz A. How accurate is the medical record? A comparison of the physician's note with a concealed audio recording in unannounced standardized patient encounters. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(5):770-775. doi:10.1093/jamia/ocaa027
2. Bell SK, Delbanco T, Elmore JG, Fitzgerald PS, Fossa A, Harcourt K, et al. Frequency and types of patient-reported errors in electronic health record ambulatory care notes. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e205867. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.5867
3. Tierney AA, Gayre G, Hoberman B, Mattern B, Ballesca M, Kipnis P, et al. Ambient artificial intelligence scribes to alleviate the burden of clinical documentation. *NEJM Catal Innov Care Deliv.* 2024;5(3). doi:10.1056/CAT.23.0404
4. Duggan MJ, Gervase J, Schoenbaum A, Hanson W, Howell JT, 3rd, Sheinberg M, et al. Clinician experiences with ambient scribe technology to assist with documentation burden and efficiency. *JAMA Netw Open.* 2025;8(2):e2460637. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.60637
5. Khera R, Simon MA, Ross JS. Automation bias and assistive AI: risk of harm from AI-driven clinical decision support. *Jama.* 2023;330(23):2255-2257. doi:10.1001/jama.2023.22557
6. CMPA. AI Scribes: answers to frequently asked questions Ottawa, Ontario, Canada: CMPA; 2023: [Cited June 6 2025] Available from: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2023/ai-scribes-answers-to-frequently-asked-questions>.
7. Misra R. What is generative AI? : Medium; 2024: [Cited June 6 2025] Available from: <https://medium.com/analytics-vidhya/what-is-generative-ai-9c34cfa0fd6b>.
8. Dabrowski A. OMD Educates—AI 101: Intro to AI and AI Scribe [Video Recording]: OntarioMD; 2024: [Cited March 22 2025] Available from: <https://vimeo.com/925848578>.

Le plus grand événement organisé au Canada
sur une seule journée pour les dermatologues
en début de carrière.

Rejoignez-nous pour le

2026

Rising Stars in Dermatology Symposium

Le samedi 18 avril 2026

À l'hôtel Omni King Edward
de Toronto (Ontario)

Balayez le code QR pour vous inscrire
dès aujourd'hui!



catalytic
health
medical minds meet here



À PROPOS DE L'AUTRICE



Hélène Veillette, M.D., FRCPC

La D^{re} Hélène Veillette est dermatologue, professeure agrégée de clinique et cheffe de service au CHU de Québec-Université Laval. Elle pratique, enseigne et multiplie ses activités professionnelles au sein de son département et au-delà. Elle est chargée de recherche clinique au CR-CHU de Québec et pour Diex Research. Elle est présidente de la Fondation canadienne de l'hidradénite suppurée et est également responsable du site web « *BIDermato* » (biothérapies et innovations en dermatologie).

Affiliations de l'autrice : CHU de Québec-Université Laval, ville de Québec (Québec)

Approches clés de la prise en charge de la douleur dans l'hidradénite suppurée

Hélène Veillette, M.D., FRCPC

Introduction

De nombreux patients atteints d'hidradénite suppurée (HS) voient leur qualité de vie significativement altérée. L'un des symptômes les plus marquants chez ces patients est la douleur, qui contribue de manière importante à leur détresse globale. Malgré les répercussions de la douleur, il a été démontré que son contrôle reste un besoin non satisfait pour de nombreux patients.¹ La douleur a des répercussions physiques, psychologiques et sociales.² Mal contrôlée, elle peut entraîner une augmentation des consultations aux urgences, une probabilité plus élevée d'automédication et, de façon générale, un mauvais contrôle de la maladie.^{3,4} La présente revue propose une approche clinique pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints d'HS.

Validation de la douleur

L'évaluation de la douleur chez les patients atteints d'HS peut s'intégrer efficacement au cours d'une consultation. Un outil simple et efficace est l'Échelle d'évaluation numérique de la douleur, qui permet aux cliniciens d'évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10.^{5,6} Par exemple, vous pouvez demander : « Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre douleur liée à l'HS a-t-elle été intense, sur une échelle de 1 à 10, où 10 correspond à la douleur la plus intense? » Au besoin, la question peut être adaptée pour cibler la poussée la plus récente d'HS. Cette brève évaluation fournit non seulement des renseignements précieux sur l'expérience du patient, mais elle favorise également l'établissement d'un lien de confiance. Elle indique au patient que vous êtes un professionnel qui comprend les répercussions de l'HS sur sa qualité de vie et que cela constitue une priorité pour vous.

Qualification de la douleur

La douleur dans l'HS est multidimensionnelle et peut varier en matière de nature et de durée⁷ (nociceptive, neuropathique, nociplastique) ou de temporalité (aiguë ou chronique). La douleur nociceptive est généralement aiguë et causée par des lésions inflammatoires des tissus.

La douleur neuropathique, que ressentent environ 30 % des patients atteints d'HS,^{8,9} est définie comme une douleur initiée ou provoquée par une lésion ou un dysfonctionnement primaire du système nerveux central et/ou périphérique. Les patients décrivent souvent cette sensation comme « lancinante », « qui démange », « fulgurante », « piquante » ou « brûlante ». Certains peuvent aussi faire état d'un prurit, qui doit être distingué soigneusement du prurit directement dû à une lésion cutanée (par exemple, intertrigo irritatif), car les approches thérapeutiques diffèrent.

La douleur nociplastique (ou sensibilisation centrale) se caractérise par une hypersensibilité des voies de perception de la douleur au sein du système nerveux central, en réponse à des stimuli habituellement sous le seuil de perception de la douleur.¹⁰

En matière de temporalité, la douleur aiguë est souvent intense et étroitement associée aux poussées de la maladie. La douleur chronique, définie comme persistant au moins 12 semaines, implique fréquemment une combinaison de différents types de douleur (par exemple, douleur nociceptive et neuropathique).

Traitement de la douleur

Différentes options thérapeutiques ont été décrites pour contrôler les divers types de douleur chez les patients atteints d'HS.¹¹ Dans un but pratique, la présente discussion porte sur les options que j'emploie régulièrement. Cependant, si vous souhaitez explorer d'autres options, je vous invite à consulter l'article de Surapaneni et coll.¹¹

Principes généraux de la prise en charge de la douleur dans l'HS

Dans le cadre de l'HS, un contrôle efficace de la douleur commence par une prise en charge optimale de la maladie. L'optimisation du traitement médical est essentielle au contrôle de la douleur. En effet, un patient présentant moins de lésions inflammatoires ressentira généralement moins de douleur. Les études cliniques ont toutefois montré que, même après 12 à 16 semaines de traitement, de nombreux patients rapportent encore une douleur modérée, soulignant le besoin de traitements analgésiques ciblés en complément du contrôle de la maladie. Si la douleur est causée par un abcès, la priorité immédiate doit être l'incision et le drainage. Chez les patients présentant des douleurs dues à quelques lésions isolées, l'acétate de triamcinolone intralésionnel (10 à 40 mg/ml) peut s'avérer bénéfique.

Prise en charge de la douleur nociceptive aiguë

Dans le cadre de l'HS, la prise en charge de la douleur doit suivre une approche graduée, fondée sur la gravité des symptômes. L'étape 1 correspond à une douleur légère, évaluée entre 1 et 3 sur 10 sur l'échelle de la douleur, et le traitement inclut l'acétaminophène à une dose de 500 mg, soit deux comprimés par voie orale toutes les 6 heures. Des traitements topiques tels que le gel de diclofénac (par exemple, Voltaren® Emulgel Extra-Fort) et la crème de lidocaïne à 4 % ou 5 % (par exemple, DeepRelief®, Dr Numb®) peuvent apporter un soulagement localisé. Des options non pharmacologiques comme l'application de chaleur ou de froid pendant 10 à 15 minutes, ou encore les produits à base de menthol (par exemple, DeepRelief®), peuvent également être bénéfiques.

L'étape 2 correspond à une douleur modérée, évaluée entre 4 et 7 sur 10, et nécessite des options thérapeutiques supplémentaires. Il est possible d'introduire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels que le naproxène (500 mg deux fois par jour) ou le célécoxib (100 mg deux fois par jour), ou d'envisager une courte cure de corticostéroïdes oraux comme la prednisone

Intensité de la douleur	Traitement médicamenteux	Dose
Légère (1 à 3/10)	Acétaminophène	500 mg (2 comprimés) toutes les 6 heures
	Gel de diclofénac (par exemple, Voltaren®, Emulgel Extra Fort®)	Application topique conformément aux instructions
	Lidocaïne à 4 % ou 5 % (crème)	Application topique au besoin
	Application de chaud ou de froid	Appliquer pendant 10 à 15 minutes
	Produits à base de menthol (par exemple, DeepRelief®)	Appliquer conformément aux instructions
Modérée (4 à 7/10)	Naproxène	500 mg deux fois par jour
	Célécoxib	100 mg deux fois par jour
	Prednisone (cure brève)	25 mg par jour pendant 7 jours en association avec un inhibiteur de la pompe à protons
Intense (8 à 10/10)	Tramadol	50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin
	Oxycodone	5 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin

Tableau 1. Prise en charge de la douleur nociceptive aiguë dans l'hidradénite suppurée (HS); avec l'aimable autorisation de Hélène Veillette, M.D., FRCPC.

(25 mg par jour pendant 7 jours), idéalement en association avec un inhibiteur de la pompe à protons.

L'étape 3 correspond à une douleur intense, évaluée entre 8 et 10 sur 10. On peut alors envisager l'ajout d'analgésiques plus puissants, notamment le tramadol (50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin) ou l'oxycodone (5 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin). Ces médicaments doivent être utilisés avec prudence. Pour réduire les risques, il convient de toujours viser la dose minimale efficace et la durée de traitement la plus courte possible (**Tableau 1**).

Prise en charge de la douleur chronique

La douleur chronique liée à l'HS nécessite souvent une approche multimodale. Les traitements pharmacologiques comprennent fréquemment des antidépresseurs et des antiépileptiques. Le recours à ces médicaments devrait, si possible, être discuté avec le médecin de famille. La prise en charge peut également inclure une psychothérapie, des soins locaux des plaies et une physiothérapie.

Parmi les antidépresseurs, l'amitriptyline, un antidépresseur tricyclique (ATC), peut être initiée à une dose de 10 à 25 mg par jour, jusqu'à une dose maximale de 150 mg par jour. La venlafaxine, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), peut être débutée à une dose initiale de 37,5 à 75 mg par jour, avec des augmentations progressives de 75 mg par semaine selon la tolérance, jusqu'à un maximum de 225 mg par jour. Parmi les antiépileptiques, la gabapentine peut être débutée à une dose de 100 à 300 mg par jour, jusqu'à un maximum de 3 600 mg par jour. La prégabaline constitue une autre option, généralement débutée à 75 mg deux fois par jour, avec des augmentations de dose de 75 mg toutes les 2 à 4 semaines, jusqu'à un maximum de 600 mg par jour (**Tableau 2**).

Femmes enceintes

Chez la patiente enceinte, il est essentiel d'évaluer le rapport bénéfices/risques et de viser l'utilisation de doses minimales efficaces. Certains médicaments sont reconnus pour leur innocuité au cours de la grossesse, notamment l'acétaminophène, la venlafaxine, l'amitriptyline,

Type de traitement	Traitement médicamenteux	Dose
Antidépresseurs	Amitriptyline	Débuter à 10 à 25 mg par jour; dose maximale : 150 mg par jour
	Venlafaxine	Débuter à 37,5 à 75 mg par jour; augmenter la dose de 75 mg/semaine jusqu'à un maximum de 225 mg par jour
Antiépileptiques	Gabapentine	Débuter à 100 à 300 mg par jour; dose maximale : 3 600 mg/jour
	Prégabaline	Débuter à 75 mg deux fois par jour; augmenter la dose de 75 mg toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à un maximum de 600 mg par jour

Tableau 2. Prise en charge de la douleur chronique dans l'hidradénite suppurée (HS); avec l'aimable autorisation de Hélène Veillette, M.D., FRCPC.

la gabapentine et la prégabaline.¹² Certaines interventions peuvent également être indiquées, comme la technique d'incision-drainage, les injections intralésionnelles de triamcinolone et la marsupialisation (*deroofting*).^{13,14}

Certains médicaments nécessitent une prudence particulière à certains stades de la grossesse. Par exemple, le naproxène doit être interrompu à 30 semaines de grossesse, et le tramadol ne doit pas être utilisé au cours du premier trimestre.¹²

Douleur périopératoire

L'expérience clinique acquise au fil des ans, étayée par plusieurs études,¹⁵⁻¹⁷ a montré que la combinaison de différentes stratégies thérapeutiques, à la fois médicales et chirurgicales, peut augmenter la probabilité de succès dans le cadre du traitement de l'HS. Les techniques chirurgicales telles que l'incision-drainage, la marsupialisation et les excisions locales ou larges peuvent être réalisées afin d'améliorer les résultats du traitement.

Malheureusement, pour les patients atteints d'HS, l'injection d'anesthésiques est particulièrement douloureuse, surtout dans les plis cutanés, qui constituent les sites typiques des lésions d'HS. Cette hypersensibilité rend d'autant plus importante la réduction de la douleur liée à la procédure lors de ces interventions chirurgicales.

La technique d'incision-drainage vise à soulager la douleur causée par une lésion, généralement un abcès (voir ci-dessus). Toutefois, en raison de l'absence d'anesthésie, de nombreux

patients atteints d'HS ont vécu de mauvaises expériences avec cette intervention par le passé et en sont restés traumatisés. Les patients tolèrent très bien l'incision et drainage lorsque le geste est réalisé sous anesthésie locale. La douleur peut être efficacement contrôlée par une injection très superficielle d'anesthésique, créant une petite zone anesthésiée juste au-dessus de la cavité de l'abcès. Une fois cette zone anesthésiée, un emporte-pièce de 4 ou 6 mm peut être utilisé pour inciser l'abcès, rendant l'intervention nettement plus tolérable pour le patient.

La marsupialisation constitue une autre intervention chirurgicale simple pour traiter une lésion récurrente. Ce geste a démontré une forte efficacité clinique et un haut niveau de satisfaction des patients. Dans une étude¹⁸ portant sur 78 patients et 194 interventions de marsupialisation, plus de 60 % des patients ont décrit le geste comme indolore ou seulement légèrement douloureux. Toutefois, durant la première semaine postopératoire, plus de 50 % des patients ont rapporté une douleur évaluée entre 6 et 10 sur 10. Malgré cela, 65 % des patients ont mentionné que la douleur d'une poussée d'HS était plus intense que l'inconfort postopératoire (**Figure 1**).

Plusieurs stratégies peuvent contribuer à réduire la douleur lors d'une marsupialisation.¹⁹ L'administration d'une dose d'analgésique, tel que l'acétaminophène, l'ibuprofène, le diclofénac ou le célécoxib, peu avant ou juste après l'intervention, peut réduire la douleur durant les premières 24 heures postopératoires. Chez certains patients, en particulier ceux devant subir une intervention

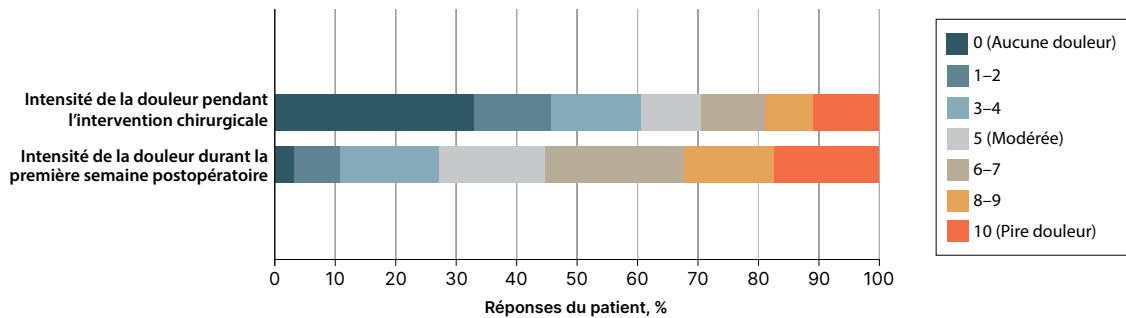
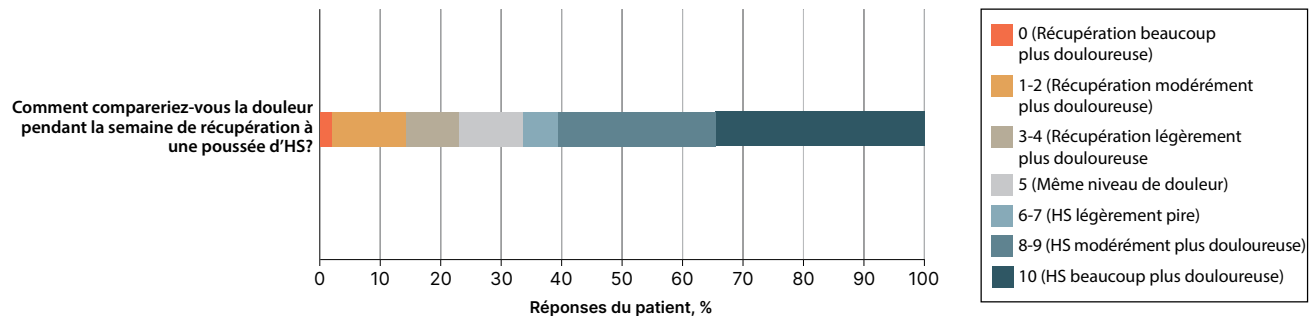
Douleur chirurgicale rapportée par le patient**D Comparaison de la douleur postopératoire à une poussée d'HS**

Figure 1. Douleur chirurgicale rapportée par les patients, et douleur postopératoire comparée à une poussée d'HS; adapté de Ravi, S et al, 2022.¹⁸

dans les régions inguinale et périnéale, l'application préopératoire d'un anesthésique topique tel qu'une crème à base de lidocaïne/prilocaine (EMLAMD) peut s'avérer efficace pour réduire la douleur. Bien que les résultats des études soient partagés, mon expérience montre que certains patients en tirent un bénéfice.

Il a été démontré que l'anxiété préopératoire prédit une douleur postopératoire plus intense, voire une douleur chronique. Pour contribuer à réduire l'anxiété, il est possible de créer un environnement calme et rassurant en assurant le confort du patient, en offrant des distractions ou en diffusant de la musique. Chez les patients particulièrement anxieux, une faible dose d'anxiolytique peut être envisagée (par exemple, 1 mg de lorazépam per os, une heure avant l'intervention).

Le méthoxyflurane inhalé (Penthrox®) peut également être utile pour un soulagement à court terme de la douleur aiguë modérée à intense associée à un traumatisme ou à une intervention médicale. Il est destiné à une utilisation chez

l'adulte conscient,²⁰ mais n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans ni pendant la grossesse.

Il est important de rappeler que, dans certains établissements de santé, les patients ne sont pas autorisés à apporter leurs propres médicaments. En tant que clinicien, il est de votre responsabilité de vérifier les politiques de l'établissement et de vous assurer que le patient ne présente aucune contre-indication à ces traitements. Pour les interventions impliquant une sédation ou un inconfort important, il faut également s'assurer que le patient dispose d'un accompagnant pour le retour à domicile.

Plusieurs techniques pratiques peuvent contribuer à réduire la douleur liée aux injections d'anesthésiques locaux.²¹ Comme pour de nombreux actes cliniques courants, l'utilisation d'une aiguille de petit calibre et une injection lente de l'anesthésique favorisent le confort du patient. Certaines études ont exploré l'effet de l'angle d'insertion de l'aiguille sur la perception de la douleur au cours de l'anesthésie, mais les résultats

demeurent non concluants et aucun consensus clair n'a été établi.

La douleur postopératoire correspond à une douleur nociceptive aiguë. Si le patient ne présente aucune contre-indication, il peut recevoir à la sortie une prescription d'acétaminophène à raison de 1 g per os toutes les 6 heures et de naproxène à raison de 500 mg per os deux fois par jour, au besoin (voir la rubrique « Douleur nociceptive aiguë » ci-dessus).

Conclusion

En résumé, la douleur vécue par les patients atteints d'HS constitue un enjeu important qui doit être intégré à un plan de prise en charge global. Dans le cadre d'une consultation, interroger les patients sur leur douleur est une démarche rapide qui fournit des renseignements précieux sur leur expérience. Peu d'études se sont intéressées à la prise en charge de la douleur dans l'HS. Toutefois, les connaissances acquises dans le cadre d'autres maladies permettent d'améliorer l'expérience des patients. En tenant compte de l'anxiété et de la douleur vécues durant la chirurgie de l'HS et les jours qui suivent, il est possible d'améliorer l'expérience globale du patient. En identifiant les médicaments avec lesquels vous êtes à l'aise et en les utilisant judicieusement, vous pouvez mieux soutenir vos patients et optimiser leur qualité de vie.

Autrice correspondante

Hélène Veillette, M.D., FRCPC

Courriel : hveillette@hotmail.com

Divulgations des liens financiers

H.V. : Honoraires pour les présentations : AbbVie, BioJAMP, Celltrion, Janssen, Novartis, Sanofi, Bausch Health, Pfizer, Boehringer-Ingelheim, Incyte, UCB; **Réunions consultatives :** AbbVie, Bausch Health, BioJAMP, Celltrion, Eli Lilly, Galderma, LEO Pharma, Janssen, Novartis, Sandoz, Pfizer, Sanofi, Sun Pharma, UCB, Boehringer-Ingelheim; **Études cliniques :** Sanofi, AnaptysBio, Boehringer-Ingelheim, AbbVie, Amgen, Bausch, Merck, Pfizer, Incyte, Novartis

Références

1. Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GBE, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: results from the Global Survey of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):366-376. doi:10.1016/j.jaad.2019.06.1301
2. Orenstein LAV, Salame N, Siira MR, Urbanski M, Flowers NI, Echuri H, et al. Pain experiences among those living with hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *Br J Dermatol*. 2023;188(1):41-51. doi:10.1093/bjd/ljac018
3. Taylor MT, Orenstein LAV, Barbieri JS. Pain severity and management of hidradenitis suppurativa at US emergency department visits. *JAMA Dermatol*. 2021;157(1):115-117. doi: 10.1001/jama.dermatol.2020.4494
4. Sampogna F, Campana I, Fania L, Mastroeni S, Fusari R, Ciccone D, et al. Pain as defining feature of health status and prominent therapeutic target in patients with hidradenitis suppurativa. *J Clin Med*. 2021;10(16):3648. doi:10.3390/jcm10163648
5. Savage KT, Singh V, Patel ZS, Yannuzzi CA, McKenzie-Brown AM, Lowes MA, et al. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(1):187-199. doi:10.1016/j.jaad.2020.09.039
6. Dagenet CB, Lee KH, Fragoso NM, Shi VY. Approach to the patient with hidradenitis suppurativa: evaluating severity to guide therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(6):S22-S26. doi:10.1016/j.jaad.2024.09.007
7. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-1635. doi:10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59
8. Huilaja L, Hirvonen MJ, Lipitsä T, Vihervaara A, Harvima R, Sintonen H, et al. Patients with hidradenitis suppurativa may suffer from neuropathic pain: a Finnish multicenter study. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):1232-1234. doi:10.1016/j.jaad.2019.11.016
9. Garcovich S, Muratori S, Moltrasio C, Buscemi AA, Giovanardi G, Malvaso D, et al. Prevalence of neuropathic pain and related characteristics in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *J Clin Med*. 2020;9(12):4046. doi:10.3390/jcm9124046
10. Aarts P, Aitken JJ, van Straalen KR. Prevalence of central sensitization in patients with hidradenitis suppurativa. [published correction appears in *JAMA Dermatol*. 2021 Oct 1;157(10):1246. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.4420.]. *JAMA Dermatol*. 2021;157(10):1209-1212. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2918
11. Surapaneni V, Milosavljevic MV, Orenstein LAV. Pain management in hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(6):S52-S63. doi:10.1016/j.jaad.2024.09.006

12. Schreiber K, Frishman M, Russell MD, Dey M, Flint J, Allen A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: comorbidity medications used in rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(4):e89-e104. doi:10.1093/rheumatology/keac552
13. Ghanshani R, Lee K, Crew AB, Shi VY, Hsiao JL. A Guide to the management of hidradenitis suppurativa in pregnancy and lactation. *Am J Clin Dermatol*. 2025;26(3):345-360. doi:10.1007/s40257-025-00935-x
14. Alhusayen R, Dienes S, Lam M, Alavi A, Alikhan A, Aleshin M, et al. North American clinical practice guidelines for the medical management of hidradenitis suppurativa in special patient populations. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(4):825-852. doi:10.1016/j.jaad.2024.11.071
15. Shanmugam VK, Mulani S, McNish S, Harris S, Buescher T, Amdur R. Longitudinal observational study of hidradenitis suppurativa: impact of surgical intervention with adjunctive biologic therapy. *Int J Dermatol*. 2018;57(1):62-69. doi:10.1111/ijd.13798
16. Bechara FG, Podda M, Prens EP, Horvath B, Giamarellos-Bourboulis EJ, Alavi A, et al. Efficacy and safety of adalimumab in conjunction with surgery in moderate to severe hidradenitis suppurativa: the SHARPS randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2021;156(11):1001-1009. doi:10.1001/jamasurg.2021.3655
17. Aarts P, van Huijstee JC, van der Zee HH, van Doorn MBA, van Straalen KR, Prens EP. Adalimumab in conjunction with surgery compared with adalimumab monotherapy for hidradenitis suppurativa: a Randomized Controlled Trial in a real-world setting. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89(4):677-684. doi:10.1016/j.jaad.2023.04.034
18. Ravi S, Miles JA, Steele C, Christiansen MK, Sayed CJ. Patient impressions and outcomes after clinic-based hidradenitis suppurativa surgery. *JAMA Dermatol*. 2022;158(2):132-141. doi:10.1001/jamadermatol.2021.4741
19. Hayoun M, Misery L. Pain management in dermatology. *Dermatology*. 2023;239(5):675-684. doi:10.1159/000531758
20. PENTHROX® (methoxyflurane). Endo Ventures Ltd. Importer/Distributor: Paladin Labs Inc., St-Laurent, QC: Product Monograph. [Updated April 21, 2022, Accessed May 30, 2025]. Disponible sur : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00065552.PDF
21. Gamboa J, Cameron MC, Fathi R, Alkousakis T. A review of non-pharmacologic approaches to enhance the patient experience in dermatologic surgery. *Dermatol Online J*. 2020;26(3):13030/qt7mp372nd. Published 2020 Mar 15



Canadian Dermatology Today
Science pour le monde réel

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.

Inscrivez-vous aux prochains numéros numériques ou
imprimés à catalytichealth.com/cdt

En cherchez-vous plus?
Tous les numéros de Actualité dermatologique au canada
sont disponibles en ligne à
canadiandermatolgytoday.com

