Février 2017
**Numéro spécial**

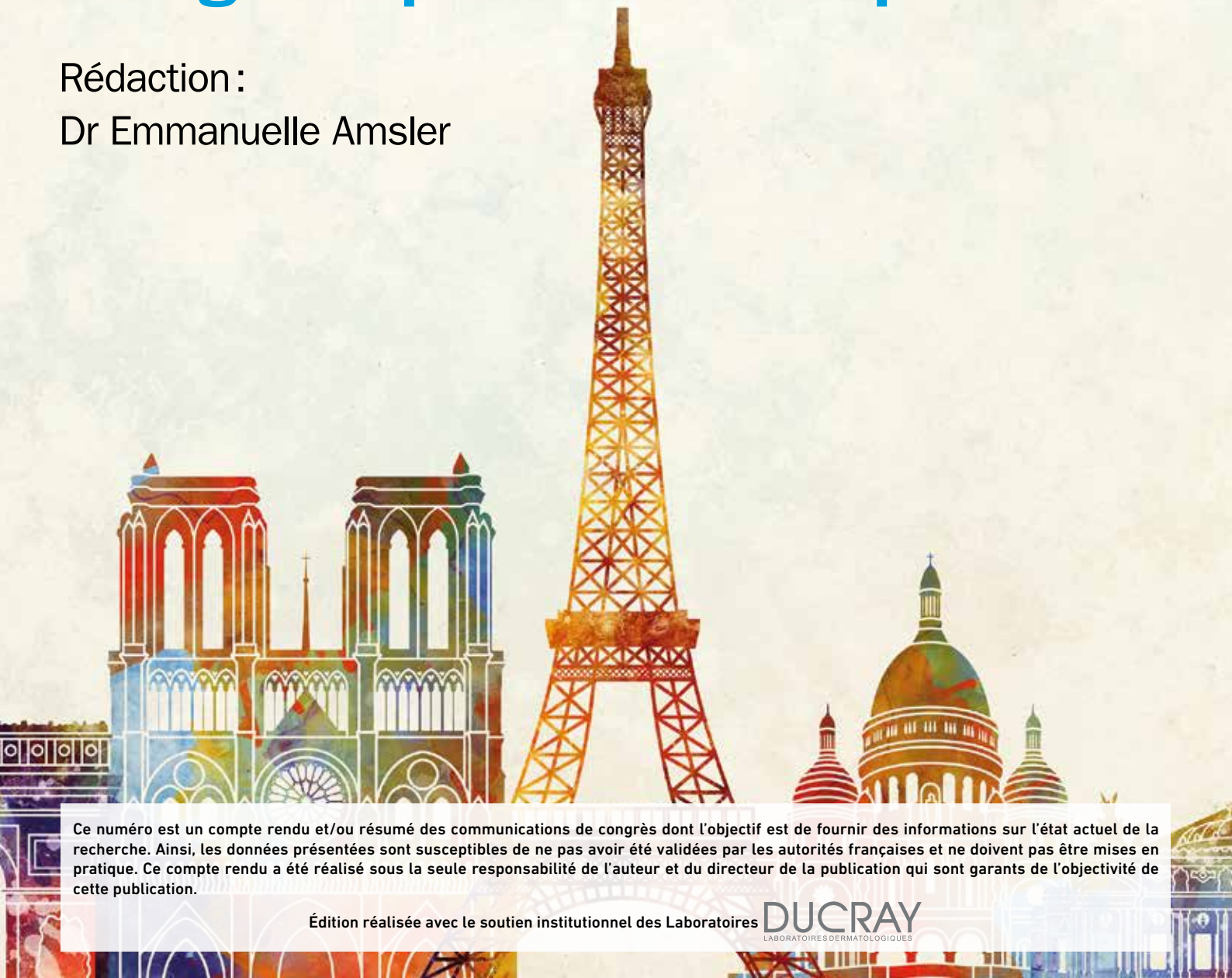
réalités

*Thérapeutiques en* DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Journées Dermatologiques de Paris – Symposium satellite

# Les eczémas, changer le quotidien de vos patients

Rédaction :
Dr Emmanuelle Amsler



**Ce numéro est un compte rendu et/ou résumé des communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.**

**Édition réalisée avec le soutien institutionnel des Laboratoires** DUCRAY LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

# Les eczémas, changer le quotidien de vos patients

**Compte rendu rédigé par le Dr Emmanuelle Amsler**
Dermatologue, Hôpital Tenon, Paris

**L'eczéma est une pathologie fréquente atteignant aussi bien l'adulte que l'enfant. Les tableaux cliniques sont variables selon les étiologies : dermatite atopique, eczéma des mains, eczéma allergique de contact… Les formes chroniques peuvent être invalidantes avec des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients.**
**À l'occasion des Journées Dermatologiques de Paris, les Laboratoires Dermatologiques Ducray ont organisé un symposium consacré aux eczémas. Ce symposium a été l'occasion de faire un état de l'art sur les dernières recherches concernant la barrière cutanée saine et altérée, la prise en charge de l'eczéma des mains et de présenter la dernière innovation des Laboratoires Dermatologiques Ducray, le premier dispositif médical traitant les eczémas atopiques, de contact et chroniques des mains.**

## Fonction barrière : explorer de nouvelles perspectives

D'après la communication du Dr Esther Serra, Hôpital Sant Pau, Barcelone.

La peau est un organe en constant renouvellement, c'est la barrière séparant le corps du monde extérieur.

Cette barrière n'est pas que physique, elle est aussi dynamique. En effet, la peau remplit un rôle de barrière physique principalement localisée au niveau du *Stratum corneum*, la couche la plus externe de l'épiderme, mais aussi un rôle de barrière biologique à la fois chimique et immunologique.

### 1. La fonction barrière de la peau

#### A. La barrière physique

>>> La barrière physique a plusieurs fonctions : elle régule la perte en eau transépidermique, retient les corps gras pour une desquamation de qualité et assure une perméabilité sélective vis-à-vis des substances endogènes et exogènes. Le *Stratum corneum* (cornéocytes et lipides) et l'*Epidermis nucleus* (jonctions serrées, desmosomes, gap, kératines) sont les deux acteurs importants de la barrière physique.

La formation de la couche cornée va passer par un processus de kératinisation très actif qui va conduire, en plusieurs étapes, à la transformation des kératinocytes en cornéocytes. Les lipides jouent un rôle important dans la barrière physique ; ils sont organisés en lamelles intercornéocytaires [1].

La profilaggrine, qui se transforme en filaggrine sous l'effet de différentes enzymes, est une protéine importante au niveau de la barrière cutanée. En effet, elle assure, d'une part, un rôle de maintien de l'architecture en rassemblant les faisceaux de kératine intracornéocytaire et, d'autre part, en se dégradant, elle est à l'origine du NMF (*Natural moisturizing factor*) qui participe au maintien de l'hydratation de la peau.

>>> Les liaisons intercellulaires représentent la seconde ligne de la barrière épidermique avec les jonctions serrées, les cornéodesmosomes et les connexines.

Les jonctions serrées fonctionnent comme des "portes" pour le passage paracellulaire de l'eau, des ions et des solutés. Les claudines sont des protéines contribuant à la formation de ces

jonctions et qui permettent la cohésion épidermique. Les cornéodesmosomes sont un système de jonction entre les kératinocytes ; ils participent aussi au maintien de la cohésion de l'épiderme. Les connexines sont des liaisons permettant le passage des ions et des molécules.

Enfin, il est désormais démontré que les cytokines, notamment IL4, IL13 et IL31, régulent l'expression des protéines comme la filaggrine, les desmosomes et les lipides impliqués dans la fonction barrière [2].

**B. La barrière biologique**

La peau joue également un rôle de barrière biologique, aussi bien microbienne et chimique que immunologique.

Les triglycérides sébacés libèrent de l'acide laurique et de l'acide sapiénique qui sont des puissants agents antimicrobiens, de même que la sphingosine, la dihydrosphingosine et la 6-hydroxysphingosine. Le sébum agit, quant à lui, comme libérateur de vitamine E (antioxydant).

Le microbiome est constitué à la fois d'une flore résidente et d'une flore transitoire. Il joue un rôle important dans la barrière biologique [3]. Il contrôle la colonisation de la peau par des pathogènes (*S. aureus, Herpes, Scabies*) et module l'immunité innée [4]. En effet, le microbiome est en interaction constante avec l'immunité innée, par l'intermédiaire des récepteurs exprimés à la surface ou dans les kératinocytes (*toll-like receptors, protease activated receptors*) et *via* les peptides antimicrobiens tels que les cathélicidines et les défensines.

L'immunité cellulaire et humorale participent également à l'activité barrière biologique de la peau avec les récepteurs des lymphocytes T, les cellules de Langerhans, le HLA et les immunoglobulines.

Ainsi donc, il n'y a pas une mais plusieurs fonctions barrières qui interagissent toutes ensemble : le microbiome, le *Stratum corneum*, les jonctions serrées, la réponse chimique et l'immunité innée et adaptative (***fig. 1***) [5].

**2. Que se passe-t-il quand la fonction barrière est altérée ?**

De nombreuses situations peuvent conduire à une altération de la fonction barrière qui se traduit par une augmentation de la perte insensible en eau et la pénétration d'allergènes :
– altérations génétiques : filaggrine, *SPINK5*, kallikréine, cornéodesmosine, claudine 1 ;
– réduction de l'expression protéique et lipidique (diminution des céramides, filaggrine, claudines…) ;
– déséquilibre du métabolisme enzymatique ;
– altération du système immunitaire (dérégulation de la balance des cytokines) ;
– modification du microbiome.

Les altérations de la filaggrine – qu'il s'agisse d'une altération génétique ou d'un déficit d'expression – sont largement connues dans la dermatite atopique (DA).

D'autres altérations génétiques ont récemment été mises en évidence, notamment les claudines, qui aboutissent à l'altération des jonctions serrées [5].

Les travaux de l'équipe de Kong *et al.* montrent qu'une modification de la flore cutanée, avec notamment une diminution de la diversité de la flore au profit d'une flore pathogène (type *S. aureus*), est associée aux poussées de DA [6].

Enfin, il a été démontré récemment que des mesures physiques de la barrière, comme la mesure de la perte insensible en eau, permettaient de prédire le risque de DA à l'âge de 1 an chez les populations de nouveau-nés à risque lorsque cette mesure était effectuée à 2 jours et à 2 mois [7].

**3. Fonction barrière : stratégie de prise en charge**

La stratégie de prise en charge de l'eczéma doit s'attacher tout à la fois à compenser les déficits, à rééquilibrer la dysbiose et à prévenir les altérations de la fonction barrière.

Différentes stratégies de remplacement de la filaggrine sont aujourd'hui à

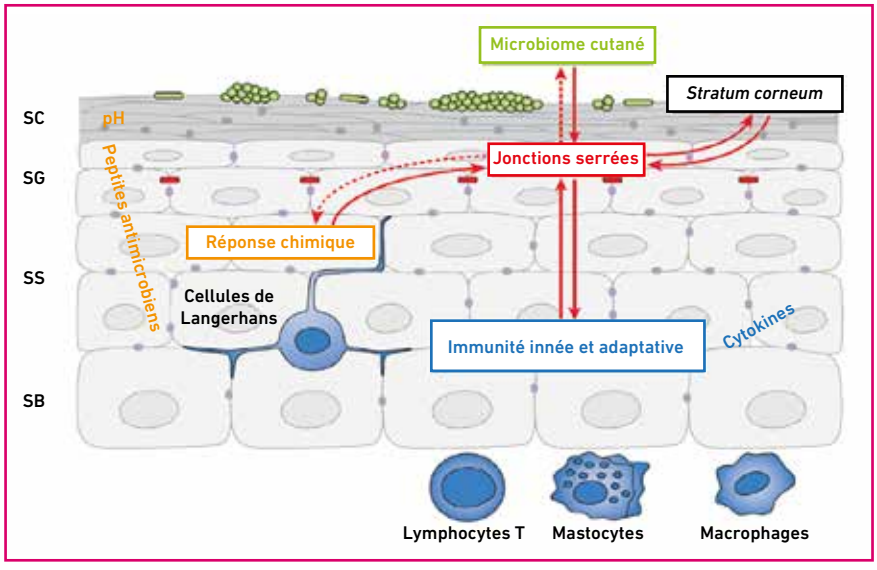



**Fig. 1 :** Éléments constitutifs des fonctions barrières de la peau [5].

l'étude : composés permettant aux kératinocytes d'ignorer les mutations du gène de la filaggrine, composés augmentant la production de filaggrine ou bien encore application topique de métabolites de la filaggrine [8, 9].

La correction de la dysbiose à l'aide de micro-organismes non pathogènes est également un domaine de recherche très innovant.

#### 4. Rôle des émollients

Les émollients restaurent la barrière épidermique en limitant la perte insensible en eau, en restaurant l'apport lipidique et en augmentant le NMF. Ils limitent également l'adhésion des allergènes, rééquilibrent la flore pathogène et améliorent la sécheresse cutanée. Ainsi, les émollients entrent en première ligne dans la stratégie de prise en charge des eczémas. Enfin, des études récentes montrent que les émollients peuvent prévenir les altérations de la fonction barrière chez le nourrisson et ainsi prévenir la survenue d'une DA [10].

### BIBLIOGRAPHIE


1. Agner T. Skin Barrier Function. *Curr Probl Dermatol, Karger*, 2016;49:8-261.
2. Hänel KH, Cornelissen C, Lüscher B *et al.* Cytokines and the skin barrier. *Int J Mol Sci*, 2013;14:6720-6745.
3. Chen YE, Tsao H. The skin microbiome: current perspectives and future challenges. *J Am Acad Dermatol*, 2013; 69:143-155.
4. Grice EA, Segre JA. The skin microbiome. *Nat Rev Microbiol*, 2011;9:244-253.
5. Bäsler K, Bergmann S, Heisig M. *et al.* The role of tight junctions in skin barrier function and dermal absorption. *J Control Release*, 2016 ; 242 : 105-118.
6. Oh J, Conlan S, Polley EC *et al.* Shifts in human skin and nares microbiota of healthy children and adults. *Genome Med*, 2012;4:77.
7. Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane JO *et al.* Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. *J Allergy Clin Immunol*, 2015;135:930-935.
8. Otsuka A, Doi H, Egawa G *et al.* Possible new therapeutic strategy to regulate atopic dermatitis through upregulating filaggrin expression. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;133:139-146.
9. Amano W, Nakajima S, Kunugi H *et al.* The Janus kinase inhibitor JTE-052 improves skin barrier function through suppressing signal transducer and activator of transcription 3 signaling. *J Allergy Clin Immunol*, 2015;136: 667-677.
10. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM *et al.* Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:818-823.


## Eczéma chronique des mains : accompagner vos patients

D'après la communication du Dr Martine Avenel-Audran, CHU, Angers.

L'eczéma chronique des mains (ECM) est une des maladies cutanées les plus fréquentes, avec une prévalence annuelle de 10 % et une incidence de 5,5 cas/1 000 personnes et par année. C'est la dermatose professionnelle la plus fréquente. Son étiologie est multifactorielle, faisant intervenir des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux. Les classifications sont imparfaites mais restent utiles pour améliorer la prise en charge et aider au diagnostic différentiel.

Un certain nombre de facteurs de risque d'ECM sont maintenant connus : le sexe féminin, l'existence d'une dermatite atopique ou d'une allergie de contact, le travail en milieu humide, un début précoce ou un antécédent d'ECM. Les professions à risque sont toutes celles pour lesquelles les travaux s'effectuent en milieu humide et où il existe des expositions à des allergènes ou à des irritants. Les métiers de la propreté et de l'entretien, du paramédical, de la coiffure et de l'esthétique, de l'agriculture, de l'alimentation, de la métallurgie font ainsi partie des professions particulièrement à risque de développer cette dermatose.

| | |
|---|---|
| Dermatite de contact allergique | EM dû à un allergène pertinent ou allergie croisée identifiés lors de *patch tests*. Pertinence = exposition actuelle expliquant l'EM. |
| Dermatite de contact d'irritation | EM avec exposition documentée à des irritants sans allergènes de contact pertinents retrouvés aux *patch tests*. |
| Dermatite de contact aux protéines | EM chez un patient exposé à des protéines (aliments, latex et autres matériaux biologiques) avec *prick tests* positifs ou IgE spécifiques aux items suspectés. Symptômes d'atopie fréquents. |
| Eczéma des mains atopique | EM chez un patient avec une histoire d'atopie ancienne ou actuelle. Pas d'exposition reconnue à des irritants ou allergènes de contact prouvés par *prick tests*. |
| Pompholyx Dyshidroses | EM récidivant caractérisé par une éruption de vésicules, sans allergie de contact pertinente ni exposition à des irritants. |
| Eczéma hyperkératosique | EM chronique caractérisé par une hyperkératose des paumes ou une pulpite, sans vésicule ni pustule, sans exposition documentée à des irritants. |

**Tableau I :** Classification de l'*European Society of Contact Dermatitis*.

### 1. Qu'entend-on par eczéma des mains ?

L'ECM est une dermatose inflammatoire des mains avec vésiculation, d'aspect clinique polymorphe. Différentes classifications ont été proposées, la dernière en date étant celle de l'*European Society of Contact Dermatitis* (ESCD) qui distingue 6 catégories à la fois sémiologiques et étiologiques (***tableau I***) [1].

Cliniquement, l'eczéma des mains peut prendre des aspects très divers, allant de l'eczéma aigu, vésiculeux et œdémateux (***fig. 1***) à l'eczéma chronique avec lichénification et hyperkératose (***fig. 2***), en passant par tous les intermédiaires possibles. L'évolution en est souvent chronique avec parfois des poussées.

L'eczéma n'est pas la seule dermatose à atteindre les mains et il faudra savoir évoquer les principaux diagnostics différentiels tels que les dermatophyties (***fig. 3***), la gale hyperkératosique (***fig. 4***) et la dermatomyosite pour les plus importants à reconnaître, ou bien encore le psoriasis et le lichen plan pour les plus difficiles à différencier.

**Fig. 1 :** Eczéma aigu.

**Fig. 2 :** Eczéma chronique.

**Fig. 3 :** Dermatophytie (*Coll. M. Avenel-Audran*).

**Fig. 4 :** Gale hyperkératosique (*Coll. M. Avenel-Audran*).

### 2. Comment optimiser la prise en charge de l'ECM ?

La première étape est d'assurer le diagnostic par un interrogatoire et un examen clinique complets. La biopsie cutanée permettra de confirmer certains diagnostics comme le lichen plan ou le psoriasis, parfois difficiles à distinguer cliniquement. Les prélèvements mycologiques seront indispensables pour confirmer une dermatophytie. Enfin, les tests épicutanés permettront de déterminer l'existence de facteurs allergiques de contact.

L'ESCD a récemment proposé un arbre décisionnel pour la prise en charge de l'ECM [1] (***fig. 5***).

Pour une bonne prise en charge de l'ECM, comme pour toute maladie chronique, il faut savoir en apprécier la sévérité à partir de :
– ***critères objectifs*** basés sur l'avis du médecin prenant en compte l'aspect clinique et divers scores comme le *Physician Global Assessment* (PGA), le *Hand Eczema Severity Index* (HECSI) ou bien encore le *modified Total Lesion Symptom Score* (mTLSS). La durée d'évolution de la dermatose ainsi que

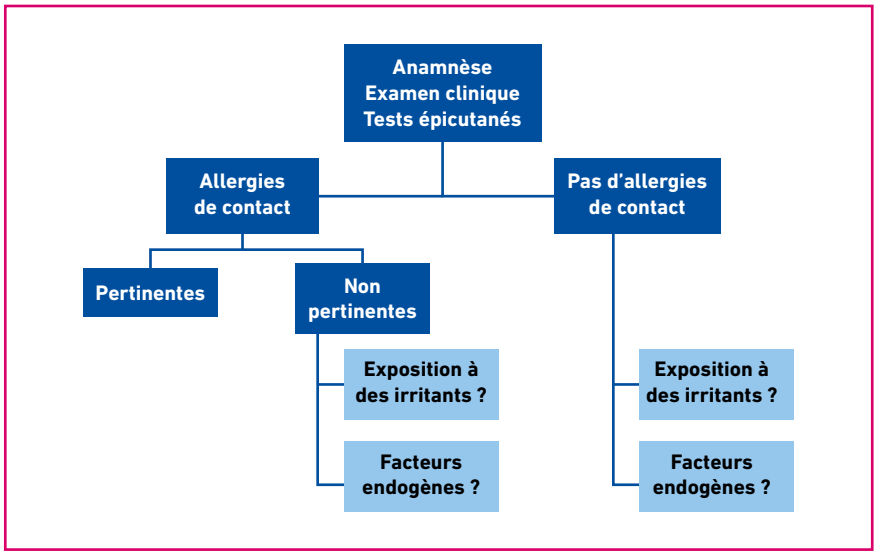



**Fig. 5 :** Arbre décisionnel proposé par l'ESCD.

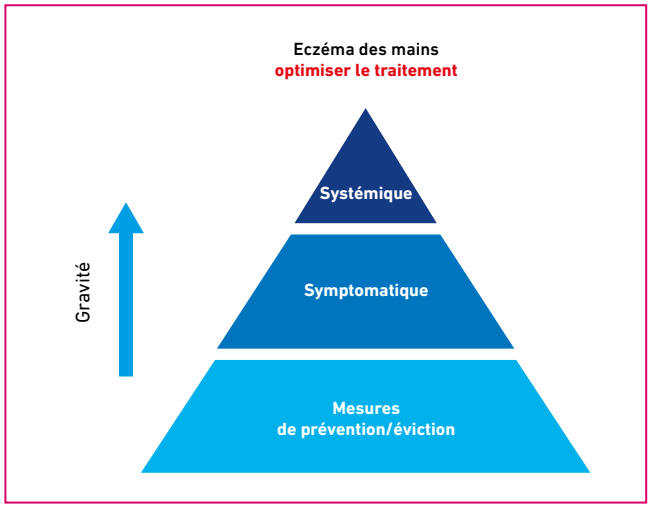



**Fig. 6 :** Optimisation du traitement dans l'ECM.

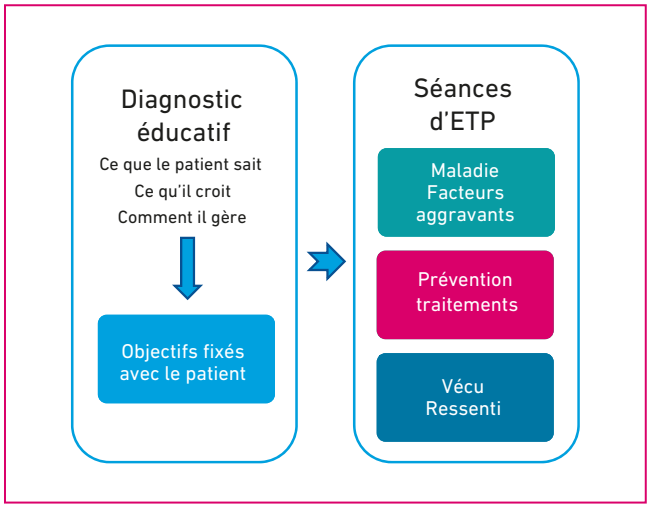



**Fig. 7 :** Les différentes étapes de l'éducation thérapeutique dans l'ECM.

la notion d'arrêts de travail ou d'une éventuelle nécessité de reconversion professionnelle sont des éléments importants ;
**– *critères subjectifs*** correspondant au vécu du patient avec une évaluation du prurit ou de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10 et de la qualité de vie par le *Dermatology Life Quality Index* (DLQI).

**>>>** Les mesures de prévention constituent le socle incontournable de la prise en charge de l'ECM (***fig. 6***). L'éducation thérapeutique y trouve toute sa place pour assurer à la fois l'éviction d'éventuels allergènes et/ou irritants (solvants, tensioactifs), convaincre de l'importance d'une protection par le port de gants adaptés au travail et recommander l'application adéquate d'émollients. Le reclassement professionnel est parfois nécessaire, il sera discuté avec le médecin du travail.

L'éducation thérapeutique dans l'ECM comporte différentes étapes (***fig. 7***) [2]. La première repose sur un diagnostic éducatif, réalisé sous forme de questions ouvertes permettant d'évaluer ce que sait le patient :
– à votre avis, qu'est-ce qui aggrave l'état de vos mains ?
– que faites-vous pour vous soulager ?
– utilisez-vous des crèmes hydratantes : comment ? À quel moment ? Montrez-moi…
– utilisez-vous des gants : pour quelles activités ? Combien de temps ? Quel type de gant ?
– avez-vous des craintes par rapport à certains traitements ?
– utilisez-vous des crèmes à la cortisone ou au tacrolimus : comment ? À quel moment ? Montrez-moi…
– qu'est-ce que votre problème de mains a changé dans votre vie ?

À l'issue de cette première étape de constat, des objectifs propres à chaque patient seront fixés. Les séances d'éducation thérapeutique peuvent ensuite être collectives ou individuelles. Elles peuvent être réalisées au cabinet mais sont très chronophages.

**>>>** Le traitement symptomatique est la deuxième étape de la prise en charge. Il repose sur l'application d'émollients, qui suffisent généralement en cas d'irritation pure. Ils doivent être appliqués après chaque lavage des mains et utilisés systématiquement en relais des dermocorticoïdes. Le traitement anti-inflammatoire repose sur les dermocorticoïdes forts à très forts, en traitement d'attaque 1 fois par jour puis, lorsque l'amélioration est obtenue, en traitement proactif 1 à 2 fois par semaine. L'occlusion nocturne peut être intéressante pour augmenter la pénétration. La technique des pansements humides a le même objectif, elle utilise une double paire de gants de coton, la première humide et la seconde sèche. En cas de forme hyperkératosique, l'utilisation de kératolytiques comme l'urée ou l'acide salicylique pourraient avoir un intérêt.

**>>>** La troisième étape, en cas d'échec de la prévention et des traitements locaux, et après avoir vérifié qu'il n'y a pas de problème d'observance, concerne des traitements de deuxième ligne comme la photothérapie locale, la ciclosporine, le méthotrexate ou encore l'alitrétinoïne.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O *et al.* Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2015;13:e1-22.
2. Gelot P, Avenel-Audran M, Balica S *et al.* Éducation thérapeutique du patient dans l'eczéma chronique des mains. *Ann Dermatol Venereol*, 2014;141 Suppl 1:127-142.

# Dexyane MeD : efficacité clinique

D'après la communication du Dr Ana Beatris Rossi, Hôpital Larrey, Toulouse.

La gamme dexyane a été développée spécifiquement par les Laboratoires Dermatologiques Ducray pour la prise en charge des eczémas. dexyane MeD est le premier dispositif médical traitant les eczémas atopiques, de contact ou chroniques des mains.

Dexyane MeD apporte un effet pansement ultra-hydratant grâce à un maillage polysaccharidique semi-occlusif qui limite la déshydratation et l'adhésion des bactéries, et offre une protection mécanique vis-à-vis des irritants. Ce produit comporte également une phase hydra-nutritive de 51 % – composée de glycérine, de beurre de karité, de triglycérides, d'hydroxydécine® – et de l'énoxolone.

Le programme clinique de dexyane MeD a été élaboré en collaboration avec trois dermatologues des Laboratoires Pierre Fabre Dermo-Cosmétique.

Trois études cliniques pivots ont été menées sur plus de 150 sujets pour démontrer la tolérance et l'efficacité de dexyane MeD sur les lésions d'eczéma :

**>>> Une première étude** [1] avait pour objectif d'évaluer la tolérance de dexyane MeD appliqué seul sur les lésions d'eczéma chez des adultes, puis chez des enfants et des bébés, présentant une dermatite atopique légère à modérée.

Soixante et un sujets ont été inclus dans cette étude multicentrique, dont 19 bébés (3 à 23 mois), 22 enfants (2 à 6 ans) et 20 adultes. Le protocole consistait en l'application de dexyane MeD 2 fois par jour pendant 3 semaines sur les lésions d'eczéma. Le critère principal était l'évaluation de la tolérance du produit (signes fonctionnels et physiques), cotée de 0 à 5 par les dermatologues, et les patients ou parents à J22.

À la fin des 3 semaines d'application de dexyane MeD, la tolérance a été jugée excellente chez 97 % des patients [2]. Seuls 6 patients (9,8 %) ont rapporté des signes d'inconfort modérés et réversibles. Il n'y a eu aucune sortie d'étude, ni aucune modification des modalités d'application du produit.

Un des critères secondaires de cette étude évaluait l'efficacité de dexyane MeD *via* l'évolution des scores SCORAD [3] et PO-SCORAD [4] à J1, J8 et J22. Une amélioration significative ($p < 0,0001$) du SCORAD de 23 % à J8 et de 51 % à J22 a été rapportée par les investigateurs (***fig. 8***) [5].

Le PO-SCORAD, mesuré par le patient lui-même, diminuait également de façon significative à J8 (-29 %), J15 (-38 %) et J22 (-44 %) [6].

**>>> Une deuxième étude** a été réalisée pour évaluer l'intérêt d'associer dexyane MeD à un dermocorticoïde chez des sujets adultes présentant un eczéma atopique modéré à sévère comparé à l'utilisation du dermocorticoïde seul [7]. Il s'agissait d'une étude clinique de supériorité, multicentrique, randomisée, en ouvert, contrôlée, intra-individuelle et réalisée dans 4 centres en Allemagne, sur 54 adultes âgés de 18 à 63 ans. L'étude s'est déroulée en deux phases :

- Au cours de la première phase, dexyane MeD était appliqué 2 fois par jour sur les lésions d'eczéma en association avec un dermocorticoïde topique d'activité modérée sur un membre (avant-bras ou creux poplité) *versus* le dermocorticoïde appliqué seul sur l'autre membre pendant 10 jours. Le critère principal était l'amélioration du score de sévérité clinique L-SCORAD à 3 jours (*Local*-SCORAD ; cotation de 0 à 18 de 6 signes objectifs : érythème, œdème, excoriation, suintement, lichénification et xérose).

Après 3 jours d'application, l'évolution du L-SCORAD est significativement supérieure quand dexyane MeD est associé au dermocorticoïde *versus* le dermocorticoïde seul

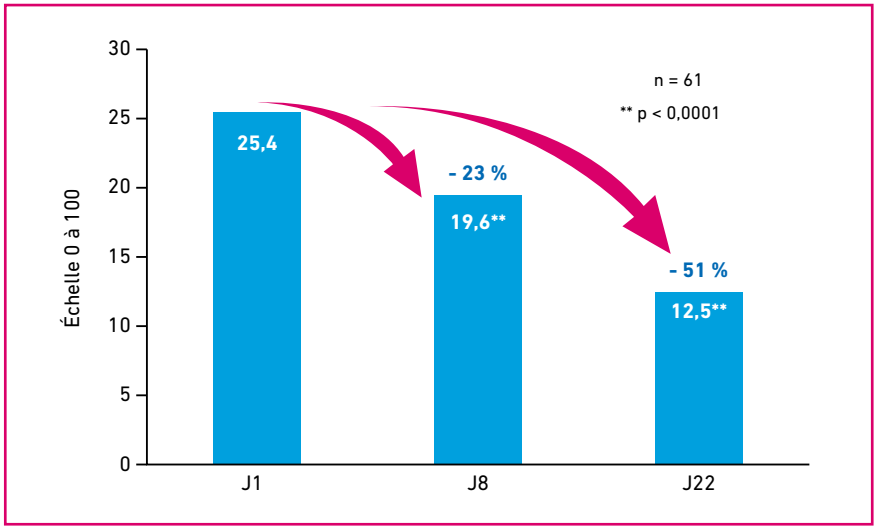



**Fig. 8 :** Résultat sur le score SCORAD à J8 et J22.

(p = 0,0005 : -25 % *versus* -14 %) [8] (***fig. 9***). L'ajout de dexyane MeD permet une amélioration des symptômes plus rapide qu'avec le dermocorticoïde seul. Les critères secondaires portaient notamment sur l'évolution du score de sévérité du prurit évalué à 3 jours par le patient (coté de 0 à 10) et l'évolution du L-SCORAD (coté de 0 à 18) à J1, J3, J5, J8 et J10. Le prurit a diminué de façon significative dès 3 jours quand le dermocorticoïde était associé à dexyane MeD (-46 %) *versus* le dermocorticoïde utilisé seul (-33 %) (p = 0,0188) (***fig. 10***) [9]. Le L-SCORAD s'améliorait également de J1 à J10 de façon significativement plus importante (p < 0,001) sous l'association dexyane MeD-dermocorticoïde, comparativement au dermocorticoïde seul (AUC) [10].

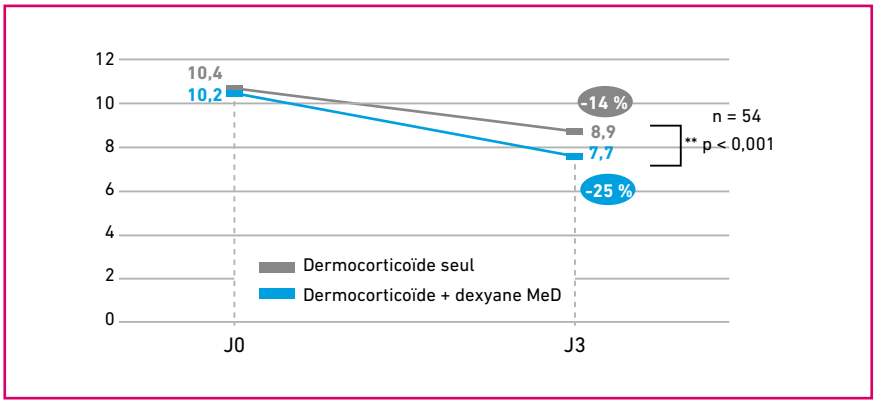



**Fig. 9 :** Résultat sur le critère principal : score de sévérité apprécié après 3 jours d'application.

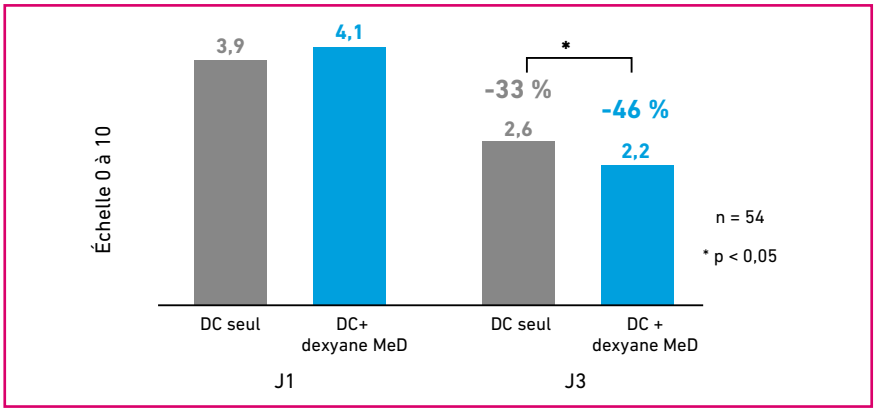



**Fig. 10 :** Résultat sur le critère secondaire : score de prurit après 3 jours d'application. DC : dermocorticoïde.

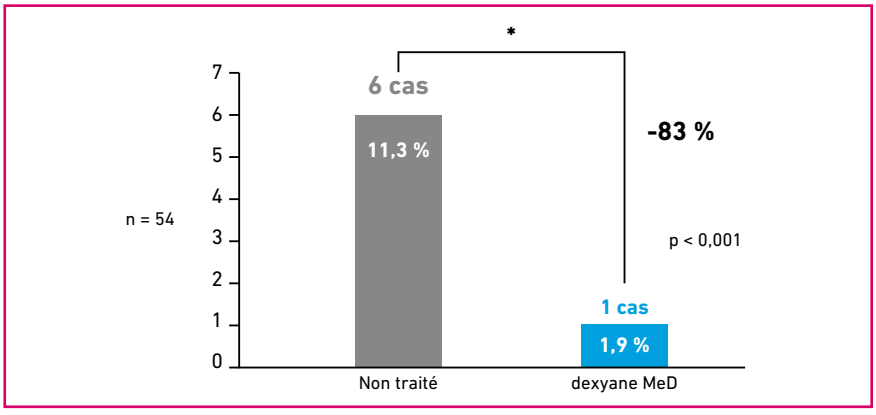



**Fig. 11 :** Résultat sur le critère complémentaire : réapparition des lésions.

● La seconde phase de l'étude s'est intéressée au bénéfice de l'application de dexyane MeD seul suite à l'arrêt des applications de dermocorticoïdes. Tous les patients ayant testé l'association dermocorticoïde-dexyane MeD continuaient à appliquer dexyane MeD seul, à raison de 2 applications par jour pendant 15 jours supplémentaires sur le même bras, *versus* absence de traitement sur l'autre bras.

Le nombre de cas de réapparition des lésions (rechute) après 2 semaines était significativement plus élevé chez les patients non traités (6 cas ; 11,3 %) que chez ceux traités par dexyane MeD (1 cas ; 1,9 %) [11], soit une différence de 83 % (***fig. 11***).

**>>> Enfin, une troisième étude** a eu pour objectif d'évaluer la tolérance et l'efficacité de dexyane MeD utilisé seul chez des sujets adultes présentant un eczéma chronique des mains léger à modéré [12].

Cette étude monocentrique en ouvert a concerné 40 sujets adultes âgés de 20 à 66 ans ayant appliqué dexyane MeD 2 fois par jour sur leurs deux mains pendant 3 semaines sous contrôle dermatologique.

Le critère principal de l'étude était la tolérance locale (cotée de 1 à 5) évaluée par les dermatologues à J22. Les critères secondaires d'efficacité étaient les suivants :

– le score global de sévérité clinique mTLSS (*modified Total Lesion Symptom Score* ; coté de 0 à 21) évalué par le dermatologue ;

– le score de sévérité du prurit et de la

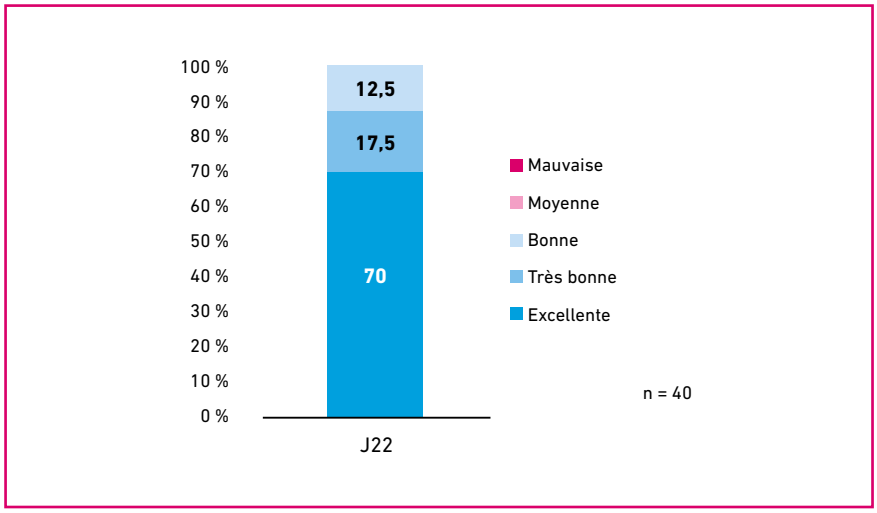



**Fig. 12 :** Résultat sur le critère principal : tolérance après 3 semaines d'application de dexyane MeD.

Avant application de dexyane MeD

Avant 3 semaines d'application de dexyane MeD 2x/jour

**Fig. 13 :** Efficacité de Dexyane Med sur l'eczéma chronique des mains.

douleur (EVA de 0 à 10) ;
– le score de sévérité IGA (échelle *Investigator's Global Assessment* en 5 points, de sévère à guéri) ;
– le score de qualité de vie (DLQI).

Après 3 semaines d'application, la tolérance locale a été considérée comme bonne à excellente pour 100 % des sujets (***fig. 12***) [13]. Le score global de sévérité mTLSS diminuait significativement dès 8 jours d'application (-47 % ; $p < 0,001$) en s'améliorant à J22 (-58 % ; $p < 0,001$) [14]. Ce résultat est visible sur les photographies illustratives (***fig. 13***).

Les scores du prurit et de la douleur étaient également significativement améliorés après seulement 8 jours d'application, avec respectivement un score de sévérité diminué de 71 % et de 73 % ($p < 0,001$) [15].

Selon l'échelle IGA, les investigateurs ont coté l'eczéma chronique des mains "presque guéri" à "guéri" chez 50 % des sujets après 3 semaines d'utilisation biquotidienne du produit [16].

Enfin, la qualité de vie mesurée objectivait également une diminution significative tant à 8 jours (-47,3 % du score DLQI ; $p < 0,001$) qu'à 22 jours (-65,9 % ; $p < 0,001$) [17].

**Dexyane MeD est un dispositif médical de classe IIa CE0459, indiqué dans le traitement des eczémas atopiques, de contact et chroniques des mains. En application directement sur les lésions 2 fois par jour, seul ou en association avec les dermocorticoïdes. Visage et corps. À partir de 3 mois. Ne pas utiliser chez la femme enceinte ou allaitante. Lire attentivement les instructions de la notice.**

**Fabricant : Pierre Fabre Medical Devices**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421A BS0042, applied in paediatric and adult populations with mild to moderate Atopic Dermatitis for three weeks. *Clinical study report RV4421A2013428*, 22/02/2016.
2. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421A BS0042, applied in paediatric and adult populations with mild to moderate Atopic Dermatitis for three weeks. *Clinical study report* RV4421A2013428, p. 62 - 22/02/2016.
3. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: the SCORAD Index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 1993;186:23-31.
4. Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A *et al.* Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy*, 2011;66:1114-1121.
5. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421A BS0042, applied in paediatric and adult populations with mild to moderate Atopic Dermatitis for three weeks. *Clinical study report RV4421A2013428*, p. 70-72 - 22/02/2016.

6. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042, applied in paediatric and adult populations with mild to moderate Atopic Dermatitis for three weeks. *Clinical study report RV4421A2013428*, p. 96-99 - 22/02/2016.
7. An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013147*, V1 - 04/03/2016.
8. An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. *Clinical study report* RV4421A2013147, V1, p. 91-92 - 04/03/2016. PFDC.
9. An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. *Clinical study report* RV4421A2013147, V1, p. 154 - 04/03/2016. PFDC.
10. An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. *Clinical study report* RV4421A2013147, V1, p. 96 - 04/03/2016. PFDC.
11. An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013147*, V1, p. 182 -04/03/2016
12. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149* - 29/02/2016.
13. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149*, p. 59, 65, 79 - 29/02/2016.
14. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149*, p. 86-88 - 29/02/2016.
15. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149*, p. 65, 79 - 29/02/2016.
16. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149*, p. 105 - 29/02/2016.
17. Open-label study to assess the tolerance and efficacy of the product RV4421ABS0042 applied for three weeks, in adults with mild to moderate chronic hand dermatitis. *Clinical study report RV4421A2013149*, p. 119-121 - 29/02/2016.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie – Février 2017 – Numéro spécial
Éditeur : Performances Médicales– 91, avenue de la République – 75011 Paris
Numéro de commission paritaire : 0117 T 81119 – ISSN : 1155-2492
Directeur de la Publication : Dr Richard Niddam
Imprimerie : Trulli – Vence

DUCRAY
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

# Traitement des eczémas

*atopiques, de contact*
*et chroniques des mains*

**NOUVEAU**

En **association** aux **dermocorticoïdes**

**EFFICACITÉ**
**+ RAPIDE**
**Dès 3 jours** (1)

Sur les lésions
modérées à sévères

# dexyane MeD

crème **réparatrice apaisante**

Visage et corps, à partir de 3 mois

Pierre Fabre

Création SYMBIOSE - Ph. : P.Guéritot - 366947

369 943/Janvier 2017

**Dispositif Médical traitant de classe IIa CE0459. Lire attentivement la notice avant utilisation. Ne pas utiliser chez la femme enceinte et allaitante. Fabricant : Pierre Fabre Medical Devices.**

(1) An intra-individual randomized controlled study to evaluate the efficacy and tolerance of the product RV4421ABS0042 in association with a moderately potent topical corticosteroid in adults with atopic dermatitis. Étude RV4421A2013147, V1, 04/03/2016, p. 91-92 . PFDC. Méthodologie : Étude Clinique comparative sur 54 adultes de 18-63 ans présentant une dermatite atopique modérée à sévère au niveau des bras ou des creux poplités, 2 applications par jour de dexyane MeD seul après la phase de traitement par dexyane MeD associé à un dermocorticoïde topique.