

Le crisaborole : dans les petits pots, les meilleurs onguents?

L'Eucrisa^{MD} est un onguent contenant 2% de crisaborole, un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 4 qui permettrait la diminution de la libération de certaines cytokines pro-inflammatoires impliquées dans la dermatite atopique. Il est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique légère ou modérée chez les patients âgés de 2 ans ou plus. L'onguent doit être appliqué 2 fois par jour en couche mince aux régions affectées. Il n'est pas couvert par la RAMQ et coûte environ 150\$ par tube de 60g.

Son efficacité a été évaluée dans deux études randomisées contrôlées contre placebo d'une durée de 28 jours incluant 1527 patients âgés de 2 à 79 ans atteints de dermatite atopique légère ou modérée

- Réponse au traitement définie comme l'atteinte d'un score de 0 ou 1 sur l'Investigator's Static Global Assessment (ISGA) (Score de 0 à 4 : 0=résolution complète des symptômes, 4=dermatite sévère) et une amélioration d'au moins 2 points:
 - o 32% avec crisaborole vs 22% avec placebo (Risque relatif (RR)=1,48; Nombre nécessaire pour traiter (NNT)=10; calculs faits par les auteurs).
- Amélioration du prurit :
 - o 63% des patients avec crisaborole vs 53% avec placebo (p=0,002; NNT=10)
- Délai avant l'amélioration du prurit :
 - o 1,4 jour avec crisaborole vs. 1,7 jour avec placebo (différence absolue de 0,3 jours; p=0,001).

L'effet indésirable le plus fréquent est une douleur au site d'application, soit une sensation de brûlure ou de picotements (4,4% avec crisaborole vs 1,2% avec placebo, p=0,001). Dans une étude de 48 semaines ayant pour objectif de documenter la sécurité à long terme du crisaborole, des réactions d'hypersensibilité, une aggravation de la dermatite atopique et des infections au site d'application ont aussi été observées.

Notre avis

L'onguent de crisaborole présente un bénéfice clinique qui semble modeste par rapport au placebo tant sur le taux de réponse que sur le prurit. Il semble sécuritaire mais il n'y a pas de données d'innocuité à long terme (> 1an). Pour l'instant, comme le crisaborole n'a pas été comparé au traitement standard, soit des corticostéroïdes topiques, pour lesquels l'efficacité et l'innocuité sont mieux documentées et qui sont beaucoup moins dispendieux, son utilisation devrait probablement être limitée aux gens pour qui les corticostéroïdes ne sont pas une option.

Références

1. Pfizer Canada. Monographie : Eucrisa. Disponible en ligne: https://www.pfizer.ca/sites/g/files/g10050796/f/201806/EUCRISA_PM_F_11-Jun-2018_Level_3.pdf
2. Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et coll. J Am Acad Dermatol. 2016; 75(3): 494-503.
3. Eichenfield LF, Call RS, Forsha DW, et coll. J Am Acad Dermatol 2017;77(4):641-9.

Auteur(s) : Catherine Assaf, Pharm. D. et Nicolas Dugré, Pharm. D., M. Sc.