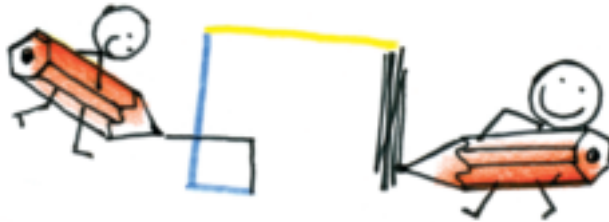


# Prise en charge de la dermatite atopique

« Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant », Société française de dermatologie, 2004  
<http://www.sfdermato.org/pdf/Conf-cons-2dec.pdf>



## 1. Les aspects cliniques de la dermatite atopique (DA) varient selon l'âge.

Chez le nourrisson, l'atteinte est symétrique au niveau des convexités du visage et des membres. Chez l'enfant après deux ans, les lésions sont localisées aux extrémités et aux plis du cou, des coudes, des genoux, avec épaissement de la peau et prurit. Chez l'adolescent, la disparition de la DA est fréquente, mais, si elle persiste, la xérose est fréquente avec atteinte du visage et du cou.

Les symptômes souvent associés à la DA sont l'allergie alimentaire avant trois ans, l'asthme (un tiers des cas) et la rhinite allergique. Les DA graves peuvent se compliquer d'un retard de croissance.

**2. L'importance de la DA est appréciée par des scores de gravité : le plus utilisé est le Scorad (scoring of atopie dermatitis), qui**

**tient compte de l'intensité des signes cliniques, de l'extension de la DA et des signes fonctionnels (prurit, insomnie).**

Le Scorad permet de suivre l'évolution de la DA, mais il représente seulement un instantané de la maladie, dont la sévérité au long cours est mieux appréciée par l'estimation de la qualité de vie (QDV) grâce à des échelles adaptées.

**3. La plupart des études montrent une augmentation de la prévalence depuis vingt ans, surtout liée à une diminution de l'exposition aux agents infectieux dans les populations au niveau de vie élevé (théorie hygiéniste).**

En 1999, selon l'étude ISAAC, la prévalence de la DA était en France de 8,8 % chez les enfants de six-sept ans et de 10 % chez ceux de treize-quatorze ans. En Europe, elle varie de 7 à 28 % dans

les études par questionnaire et de 6 à 16 % dans les études comportant un examen médical.

Les mécanismes de la DA sont complexes, mettant en jeu :

- des facteurs génétiques polygéniques (50 à 70 % des individus atteints de DA ont un ou des parents ayant une DA, un asthme ou une rhinite allergique au sein de la famille nucléaire) ;
- des facteurs immunologiques cutanés (fixation des IgE à la surface des cellules présentatrices d'antigènes, mise en évidence de lymphocytes T spécifiques des allergènes, tests épicutanés positifs aux allergènes) ;
- une altération de la fonction barrière de la peau.

**4. Le diagnostic de la DA est uniquement clinique et, de l'avis des dermatologues, il n'est pas nécessaire de faire des examens complémentaires pour prendre en charge une DA.** Toutefois, certains allergènes peuvent entraîner la persistance de lésions, ce qui conduit souvent le médecin à demander des explorations allergologiques : tests d'hypersensibilité immédiate (prick-tests, dosage des IgE sériques spécifiques, TPO) et tests d'hypersensibilité retardée (tests épicutanés aux allergènes de contact – patch tests –, aux pneumallergènes et aux trophallergènes – atopy patch tests).

**Les régimes d'éviction alimentaire à titre**

**diagnostique (pour voir si la DA est améliorée par telle éviction alimentaire ou telle autre) sont inutiles et dangereux.**

L'exploration allergologique est indiquée dans trois situations :

- DA grave résistant à un traitement bien conduit ;
- DA avec stagnation ou cassure staturopondérale ;
- DA associée à des symptômes évocateurs d'allergie alimentaire ou d'allergie respiratoire (asthme, rhinite, conjonctivite), ou à des signes d'allergie de contact : lésions de DA dans des zones inhabituelles comme le siège, la paume des mains, la plante des pieds.

L'exploration allergologique est discutée en présence de manifestations digestives (RGO, coliques), d'antécédents familiaux d'allergie sévère, de précocité de la DA (avant l'âge de trois mois).

**5. La demande d'une exploration allergologique vise à obtenir une amélioration de la DA à court terme.**

Toutefois, en cas d'allergie confirmée, si l'éviction du ou des allergènes incriminés est conseillée, les dermatologues sont dubitatifs sur les résultats obtenus, variables en fonction du contexte clinique et des allergènes.

**6. Le traitement des DA de l'enfant est désormais bien codifié, fondé sur le traitement des poussées et la prévention des récidives, ce qui implique une prise en charge**

**au long cours. Les traitements de la DA sont les suivants : dermocorticoïdes, inhibiteurs de la calcineurine, émoullients, anti-histaminiques H1, anti-infectieux, photothérapie.**

**Les dermocorticoïdes (DC)** sont efficaces en phase aiguë. Les DC de forte puissance agissent plus rapidement, mais les DC de niveau inférieur sont également efficaces même si leur délai d'action est plus long.

□ Il n'existe pas de consensus sur la quantité maximale de DC à utiliser. La plupart des experts utilisent les DC pendant une courte durée, puis des émoullients jusqu'à la rechute suivante. **En pratique, il faut utiliser les DC une fois par jour, sous forme de crème sur les lésions suintantes et les plis, de pommade sur les lésions sèches, jusqu'à disparition des lésions. Il est indispensable de les reprendre en cas de nouvelle poussée. Si les poussées se répètent, il faut reprendre l'interrogatoire de la famille à la recherche de facteurs déclenchants passés inaperçus.**

□ Il faut s'assurer de la guérison de la poussée au cours de la consultation de suivi. Toutes les consultations sont l'occasion de lutter contre un obstacle important du traitement : la corticophobie. Les effets secondaires locaux des DC sont rares. Leurs effets secondaires systémiques sont plus théoriques que réels, ne justifiant pas, en tout cas, la réalisation systématique d'explorations de l'axe cor-

ticotrope. Par contre, la surveillance de la croissance staturopondérale est indispensable.

**Les inhibiteurs de la calcineurine (IC) topiques**, tacrolimus (disponible en France) et pimecrolimus, sont efficaces au cours des poussées dès la première semaine de traitement et au cours de toutes les formes de DA.

□ Leurs effets secondaires locaux les plus fréquents sont une sensation de brûlure et de prurit au site d'application, mais le plus souvent modérée et disparaissant en quelques jours.

□ Le risque potentiel à long terme de carcinogenèse cutanée humaine en raison des effets immunosuppresseurs des IC ne pourra être levé que lorsque l'on disposera d'un recul suffisant.

□ Le tacrolimus à 0,03 % est indiqué au cours de la DA modérée à sévère de l'enfant âgé de plus de deux ans à raison de deux applications par jour sur toute la surface à traiter jusqu'à disparition des lésions. La prescription sur ordonnance pour médicaments d'exception est réservée aux dermatologues et aux pédiatres.

□ Les précautions à prendre pour l'utilisation des IC sont : antibiothérapie préalable en cas d'infection cutanée ; pas de photothérapie ni d'exposition au soleil (risque de photocarcinogenèse) ; contre-indication transitoire en cas d'infection herpétique.

**Les émoullients** permettent de restaurer la fonction barrière de la peau en dehors des poussées, entre les cures de DC.

**L'antibiothérapie** locale ou par voie générale n'est pas indiquée, en dehors d'une surinfection bactérienne patente.

**La photothérapie** n'est pas indiquée à la phase aiguë de la DA.

**7. La question des traitements adjuvants et de prévention des poussées de DA est également très conflictuelle, mais on assiste, fort heureusement, à une clarification des propositions.**

Les prises en charge validées sont : les émoullients (restauration de la fonction barrière de la peau) ; l'hygiène corporelle (bain court ou douche quotidienne) ; les mesures vestimentaires (privilégier le coton, éviter la laine) ; la prise en charge psychologique (pour les patients et les familles dont la QDV est altérée).

Les antihistaminiques H1, les cures thermales, les médecines alternatives, en particulier l'acupuncture, les probiotiques, les herbes chinoises, les acides gras essentiels ne sont pas validés. Il faut résister aux publicités tapageuses et les éviter.

L'éducation thérapeutique facilite la confiance entre les partenaires : elle fait

partie intégrante de la pratique professionnelle de chaque médecin.

Les régimes d'exclusion alimentaire n'ont pas d'indication dermatologique en prévention primaire (femme enceinte, nouveau-né) ni en prévention secondaire ou tertiaire

L'éviction des pneumallergènes (en particulier celle des acariens) n'a pas d'intérêt au cours de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

*Important* : contrairement à une idée reçue, les vaccinations ne déclenchent pas de poussées de DA. Par conséquent, le calendrier vaccinal de l'enfant atteint de DA est le même que celui de l'enfant normal.

**8. Avant de considérer une DA comme « sévère », il faut s'assurer que le traitement prescrit est correct et bien suivi. Le caractère sévère de la DA doit être confirmé par un avis pris dans une unité de dermatopédiatrie hospitalière.**

Parmi les différentes mesures théoriquement possibles (photothérapies UVA-UVB ou UVB spectre étroit, antileucotriènes, ciclosporine, azathioprine, autres immunosuppresseurs, immunoglobulines polyvalentes, interféron gamma), seules la photothérapie et la ciclosporine sont utilisables.