

La dermatite atopique comment s'y retrouver ?

Catherine Lagacé et Catherine Maari

M^{me} Gratton, que vous aviez déjà vue au cours d'une consultation sans rendez-vous pour de l'asthme et des rougeurs au cou, vous consulte aujourd'hui avec sa petite fille de 6 mois. L'enfant présente une éruption sur le visage, le tronc et les membres depuis maintenant quelques semaines. Elle est irritable et dort difficilement. La mère est anxieuse devant la chronicité du problème et vous avoue que toute la famille est de plus en plus éprouvée par le manque de sommeil et l'incapacité à apaiser le nourrisson. Qu'allez-vous lui conseiller ?

LA DERMATITE ATOPIQUE est une affection inflammatoire prurigineuse chronique de l'enfant et de l'adulte. Elle constitue un des motifs de consultation les plus fréquents en dermatologie pédiatrique. Elle touche de 10 % à 25 % des enfants et commence avant l'âge de 12 mois chez 60 % d'entre eux¹. Sa cause est encore inconnue, mais une perturbation de la réaction immunitaire, particulièrement un déséquilibre de certaines cytokines, demeure l'hypothèse physiopathologique la plus probable². Des facteurs génétiques jouent vraisemblablement un rôle dans l'apparition de la dermatite atopique, les deux tiers des patients atteints ayant des antécédents familiaux positifs d'atopie : asthme, rhinite allergique, eczéma atopique. De plus, des études épidémiologiques montrant une augmentation rapide de la prévalence de la maladie au cours des dernières décennies³ semblent indiquer qu'une influence environnementale, en particulier l'urbanisation des populations, a un rôle à jouer dans l'apparition de la dermatite atopique.

Bien qu'elle ne menace pas le pronostic vital, la

dermatite atopique est associée à une morbidité non négligeable. Les symptômes qu'elle entraîne nuisent à la qualité de vie des patients atteints et, le plus souvent, à celle de leur famille. Il est donc important que le clinicien sache comment diagnostiquer et traiter correctement cette dermatose.

Comment établir le diagnostic de dermatite atopique ?

Le diagnostic de dermatite atopique est, avant tout, clinique et anamnestique (*tableau I*). Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires et ne sont souvent d'aucune utilité dans l'établissement du diagnostic. Une éosinophilie sanguine et une hypergam-maglobulinémie IgE peuvent parfois être présentes, mais ne doivent pas être recherchées d'emblée.

Chez le nourrisson et l'enfant de moins de deux ans

Parfois présente dès les premiers mois de vie, la dermatite atopique commence habituellement vers l'âge de trois mois. L'aspect des lésions est variable selon la gravité de l'atteinte et, surtout, selon le moment où l'enfant est examiné. Durant les poussées, les lésions ont tendance à être mal définies. Elles sont papuleuses, érythémateuses, suintantes puis croûtées. Elles sont,

La D^{re} Catherine Lagacé est résidente en dermatologie au Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal. La D^{re} Catherine Maari, dermatologue pédiatrique, exerce à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires et ne sont souvent d'aucune utilité dans l'établissement du diagnostic.

Repère

Tableau 1

Critères diagnostiques de la dermatite atopique⁴

- ④ Dermatose prurigineuse
- ④ Et au moins trois des critères suivants :
 - ④ Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique ou antécédents familiaux d'atopie chez un parent du premier degré d'un enfant de moins de quatre ans.
 - ④ Antécédents personnels d'eczéma dans les plis de flexion (creux poplités, fosses antécubitales, cou, face antérieure des chevilles) ou sur les joues chez l'enfant de moins de dix ans.
 - ④ Antécédents personnels de xérose (peau sèche généralisée) au cours de la dernière année.
 - ④ Lésions eczémateuses visibles dans les plis ou sur les joues, le front et les surfaces convexes des membres chez l'enfant de moins de quatre ans.
 - ④ Début de l'atteinte cutanée avant l'âge de deux ans (critère utilisable seulement chez les enfants de plus de quatre ans).

à l'occasion, impétiginisées. Dans les phases de rémission ou dans les formes légères, les lésions sont beaucoup moins inflammatoires. Elles prennent souvent la forme de petites papules rugueuses sur les surfaces convexes du tronc et des membres. Dans ce groupe d'âge, la dermatite atopique atteint de façon symétrique les surfaces convexes des membres, du visage et du tronc et épargne généralement la région protégée par la couche. Une atteinte des plis peut parfois être notée, mais survient généralement plus tardivement.

Les excoriations, qui témoignent du prurit, sont souvent absentes chez les nourrissons, mais sont habituellement précédées de mouvements équivalant au grattage dès le deuxième mois de la vie (frottement contre les draps et les vêtements, agitation). De la même manière, la lichénification (épaississement cutané avec accentuation des lignes de la peau à la suite d'un frottement chronique) survient rarement avant l'âge de deux ans.

Chez le nourrisson, la xérose cutanée n'est pas toujours un élément important du tableau clinique lorsqu'on la compare aux autres signes. Toutefois, à partir de la deuxième année, la sécheresse de la peau est plus constante.

Chez l'enfant

Après l'âge de deux ans, la dermatite atopique est

présente plus souvent aux plis (cou, creux poplités, fosses antécubitales). L'atteinte eczémateuse peut occasionnellement ne toucher que certaines zones plus restreintes, comme les mains, les poignets, les seins, les chevilles ou la zone rétroauriculaire. Contrairement aux nourrissons chez qui la xérose cutanée est souvent moins importante, la majorité des enfants atteints de dermatite atopique en souffre et elle empire habituellement en hiver. Dans les formes chroniques, la lichénification peut être un élément important du tableau clinique. Chez l'enfant, la dermatite atopique suit un cours variable, avec des poussées plus fréquentes à l'automne et à l'hiver.

Chez l'adolescent et l'adulte

Moins fréquente chez l'adolescent et l'adulte (prévalence de 1 % à 3 %), la dermatite atopique atteint plus particulièrement le visage, les paupières, le cou, la partie supérieure du thorax et la région génitale des personnes de ce groupe d'âge. La lichénification des plis de flexion et la présence de prurigo nodulaire (nodules lichénifiés prurigineux) peuvent également être observées. Des antécédents d'eczéma dans l'enfance constituent souvent une aide précieuse pour poser le diagnostic de dermatite atopique chez l'adolescent et l'adulte, surtout quand la distribution des lésions est limitée. La dermatite atopique commence rarement après la période pubertaire, bien que ce soit possible. Dans un tel cas, il faut chercher une autre maladie.

Quelle est l'évolution de la dermatite atopique ?

Une alternance de poussées et d'accalmies est habituellement la règle dans la dermatite atopique. Les atteintes étendues sont beaucoup plus fréquentes chez le nourrisson, mais l'évolution est bonne et tend vers une rémission complète dans la majorité des cas. Une étude prospective récente menée auprès de 1300 nouveau-nés a montré que parmi les 21 % d'enfants atteints de dermatite atopique durant les deux premières années de la vie, 43 % étaient en rémission complète dès l'âge de trois ans⁵. Dans les formes persistant pendant l'enfance, l'atteinte est plus localisée. Des périodes de recrudescence à l'adolescence ou à l'âge adulte se voient fréquemment en périodes de stress.

Quel est le diagnostic différentiel de la dermatite atopique ?

Chez le nourrisson, le diagnostic différentiel comprend la gale, le psoriasis et la dermatite séborrhéique et, rarement, des syndromes génétiques associés à des déficits immunitaires.

Chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, la notion de chronicité et d'évolution par poussées restreint les possibilités diagnostiques. La possibilité d'une dermatite de contact, allergique ou irritative ainsi que de la gale, du psoriasis et de réactions photoallergiques doit parfois être éliminée.

Prévenir ou guérir ?

Au cours d'une première visite médicale, il est important de bien renseigner le patient ou sa famille, selon le cas, sur la nature chronique de la dermatite atopique et sur son cours fluctuant. Plusieurs s'attendent à une guérison rapide et complète. Ils se découragent facilement et ne sont pas fidèles au traitement en présence de récurrences.

L'hydratation de la peau

L'hydratation de la peau atopique est d'une importance capitale. La maîtrise de la xérose, plus que n'importe quel autre traitement, permet de réduire la fréquence des exacerbations et l'utilisation des stéroïdes topiques (tableau II).

Plusieurs hydratants sont offerts sur le marché et devraient être utilisés, chez le patient atopique, au moins deux fois par jour. Les crèmes et les onguents sont préférables aux lotions qui sont généralement moins efficaces pour obtenir le degré d'hydratation désiré. Plus la peau est sèche et craquelée, plus des préparations plus grasses sont avantageuses. Les hydratants parfumés ou qui contiennent des additifs non essentiels, comme l'aloès et la vitamine E, doivent être évités à cause de leur potentiel irritant et allergisant. Les produits à base de lanoline ne sont à utiliser que sur une peau intacte, car ils peuvent causer une sensation de brûlure sur une peau irritée.

Tableau II

Lignes directrices pour l'hydratation et les bains

- ☉ La durée des bains (tièdes) doit être limitée à de cinq à dix minutes.
- ☉ Des douches de deux à trois minutes peuvent remplacer les bains.
- ☉ Privilégier les substituts de savon non parfumés ou les savons doux non parfumés.
- ☉ Éviter les savons forts ou parfumés et les bains moussants.
- ☉ Appliquer un hydratant à la sortie du bain ou de la douche, lorsque la peau est encore humide.
- ☉ Appliquer un hydratant au moins de une à deux fois par jour.
- ☉ Si un stéroïde topique est utilisé simultanément, appliquer le stéroïde avant l'hydratant.

Les bains et les douches à l'eau tiède sont bénéfiques, tant qu'un hydratant est appliqué dans les deux à trois minutes suivantes, sans quoi la peau s'assèche davantage. La durée des bains ne devrait pas excéder de cinq à dix minutes et celle des douches de deux à trois minutes. Les savons parfumés devraient être mis à l'écart au profit de substituts de savon hydratants (Ex. : Cétaphil®). Les savons doux non parfumés (Ex. : Dove®) peuvent aussi être utilisés. Les shampoings doux sont acceptables, mais leur contact avec la peau doit être réduit au minimum. Les bains moussants parfumés sont à proscrire.

La réduction des facteurs aggravants

En plus de la xérose, différents facteurs peuvent aggraver la dermatite atopique (tableau III).

☉ **Les irritants.** Des irritants de tout ordre peuvent exacerber la dermatite atopique et doivent, le plus possible, être évités : lainages, tissus synthétiques, javellisants, assouplisseurs à lessive, produits parfumés pour le corps,

Tableau III

Facteurs aggravants de la dermatite atopique

- ☉ Xérose
- ☉ Irritants
- ☉ Infection
- ☉ Sueur et chaleur
- ☉ Allergies
- ☉ Stress

La maîtrise de la xérose, plus que n'importe quel autre traitement, permet de réduire la fréquence des exacerbations et l'utilisation des stéroïdes topiques.

Repère

gazon, eau chlorée des piscines et certains aliments épicés ou acides comme les agrumes ou les tomates.

☉ **Les infections.** La surinfection par *Staphylococcus aureus* est une des complications les plus fréquentes de la dermatite atopique. Non seulement entraîne-t-elle un exsudat plus marqué et des croûtes mielleuses, mais elle exacerbe habituellement la dermatite eczémateuse elle-même. L'application de stéroïdes topiques permet de diminuer la colonisation par le *S. aureus*. Toutefois, lorsque l'infection est établie, la prise d'antibiotiques, topiques ou généraux, est essentielle.

☉ **La chaleur et la sueur.** Les patients souffrant de dermatite atopique tolèrent plus difficilement la sueur et l'excès de chaleur, surtout lorsque leur peau est sèche. Il est donc préférable d'éviter les couvertures trop chaudes et de maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher la nuit. Le jour, le port de vêtements légers devrait être privilégié. Les vêtements courts sont souvent moins bien tolérés, les courants d'air sur la peau exacerbant le prurit.

L'exercice physique doit être encouragé étant donné ses bienfaits sur la santé. Une douche fraîche après le sport, suivie de l'application d'un émoullient est alors suggérée.

☉ **Les allergies.** Malgré la croyance populaire, il existe peu de preuves du rôle pathogénique des allergies dans la dermatite atopique. Une allergie alimentaire semble être un facteur aggravant chez seulement un infime pourcentage des patients, habituellement chez les enfants qui souffrent d'un eczéma grave et réfractaire. Ce petit nombre ne justifie pas la pratique de tests d'allergie ni de diètes d'exclusion de façon courante. Des allergies de contact à certaines composantes de produits topiques utilisés se produisent toutefois un peu plus régulièrement. Cette possibilité doit être gardée en tête lors d'une exacerbation inexplicée et persistante de la dermatite atopique.

☉ **Le stress.** Le stress émotionnel peut également amener une détérioration de la dermatite atopique.

Le traitement des crises aiguës

Le traitement des crises aiguës repose sur la diminution de l'inflammation par l'application de stéroïdes topiques, de compresses fraîches ou d'immunomodulateurs, sur la diminution du prurit par

l'emploi d'antihistaminiques et sur le traitement des infections par des antibiotiques.

Une des causes fréquentes de maîtrise sous-optimale de la dermatite atopique est l'arrêt précoce ou la sous-utilisation des stéroïdes topiques à cause d'une crainte des effets secondaires potentiels. Les patients doivent être rassurés quant à l'innocuité des stéroïdes topiques utilisés à la puissance appropriée pendant des périodes limitées.

Chez le nourrisson ou l'enfant atteint de dermatite peu marquée ou chez le patient présentant une atteinte du visage ou des plis, l'utilisation d'hydrocortisone à 1% ou de désônide à 0,05 % est habituellement adéquate. Pour les lésions plus inflammatoires du tronc et des membres, le valérate d'hydrocortisone à 0,2 %, le furoate de mométasone à 0,1 % et l'acétonide de fluocinolone à 0,025 % sont de bons choix (*tableau IV*). Des stéroïdes puissants ou superpuissants ne sont pratiquement jamais nécessaires. La corticothérapie par voie orale n'est habituellement pas indiquée.

Les corticostéroïdes topiques doivent être appliqués deux fois par jour, jusqu'à la résolution des lésions, soit habituellement au bout de 7 à 14 jours. Par la suite, le maintien du traitement hydratant est primordiale. Les crèmes sont préférables aux onguents lorsque les lésions sont suintantes ou si la préoccupation cosmétique est un facteur dans le choix du stéroïde topique. Sur des lésions sèches, l'onguent est plus hydratant.

Chez les patients atteints de dermatite grave, un des traitements, souvent sous-estimé, consiste à appliquer des compresses humides fraîches de deux à trois fois par jour pendant une vingtaine de minutes sur les lésions enflammées (dans les atteintes étendues, un vieux pyjama, des bas et des mitaines peuvent tenir lieu de compresses, après avoir été trempés dans une eau de tiède à froide, puis essorés). En plus d'avoir un effet antiprurigineux en raison de leur fraîcheur, les compresses augmentent la pénétration du stéroïde topique et forment une barrière physique au grattage. Il est à noter que les bains ne remplacent pas les compresses.

Une nouvelle classe d'immunomodulateurs topiques a fait son apparition dans les dernières années et prend une place de plus en plus grande dans le traitement de la dermatite atopique. Ces médica-

ments agissent en interférant avec la production de différentes cytokines en cause dans les stades précoces de l'activation des lymphocytes T par l'intermédiaire de l'inhibition de la calcineurine. Ils empêchent également la libération de différents médiateurs inflammatoires des mastocytes et basophiles cutanés et diminuent l'expression du FcεRI par les cellules de Langerhans.

Le premier représentant de cette catégorie d'immunomodulateurs non stéroïdiens à avoir été approuvé est le tacrolimus en onguent, vendu sous le nom de Protopic® en concentration de 0,03 % et 0,1 %. Ce médicament est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique de modérée à grave. Le second immunomodulateur topique actuellement offert, la crème Elidel®, est, pour sa part, approuvé dans le traitement de la dermatite atopique de légère à modérée. La fréquence d'application de ces produits est la même que pour les stéroïdes topiques, à savoir deux fois par jour. Il est important de noter que ni le Protopic, ni l'Elidel ne sont approuvés chez les enfants de moins de 2 ans et que le Protopic à la concentration de 0,1 % n'est pas recommandé chez les enfants de tous âges.

Chez les patients qui ont des récurrences de dermatite atopique, l'utilisation prolongée des corticostéroïdes topiques peut devenir problématique en raison des différents effets indésirables de ces produits,

tels que l'atrophie cutanée, les télangiectasies et les vergetures. Dans ces cas, les immunomodulateurs topiques appliqués dès les premiers signes de la maladie permettent de prévenir les poussées aiguës d'eczéma, tout en limitant l'emploi des dermocorticoïdes sur une longue période. Toutefois, lorsque l'eczéma atopique est très actif et inflammatoire, on préférera

Tableau IV

Liste non exhaustive des corticostéroïdes topiques

Corticostéroïdes	Nom commercial
Faibles	
Hydrocortisone à 1 %	Cortate®, Emo-Cort®
Désônide à 0,05 %	Desocort ^{MD}
Modérés	
Valérate d'hydrocortisone à 0,2 %	Westcort®, HydroVal®
Furoate de mométasone	Elocom®
Acétonide de fluocinolone à 0,01 %	Synalar® Doux
Acétonide de fluocinolone à 0,025 %	Synalar®, Fluoderm®
Butyrate de clobétasone à 0,05 %	Eumovate®
Valérate de diflucortolone à 0,1 %	Nerisone®
Désoximétasone à 0,05 %	Topicort® Doux
Valérate de bétaméthasone à 0,05 %	Celestoderm®-V/2, Betaderm
Acétonide de triamcinolone à 0,1 %	Kenalog®
Puissants	
Triamcinolone à 0,5 %	
Désoximétasone à 0,25 %	Topicort®
Fluocinonide à 0,05 %	Lidex®, Lyderm®
Halcinonide à 0,1 %	Halog ^{MD}
Amcinonide à 0,1 %	Cyclocort®
Dipropionate de bétaméthasone à 0,05 %	Diprosone®, ratio ^{MC} -Topisone
Ultrapuissants	
Propionate d'halobétasol à 0,05 %	Ultravate ^{MD}
Propionate de clobétasol à 0,05 %	Dermovate®, Gen-Clobétasol ^{PH} , ratio ^{MC} -Clobétasol
Dipropionate de bétaméthasone à 0,05 %	Diprolene®, ratio ^{MC} -Topilene

Les immunomodulateurs topiques appliqués dès les premiers signes de la maladie permettent de limiter l'emploi des dermocorticoïdes sur une longue période.

Repère

employer d'abord des corticostéroïdes topiques, jusqu'à ce que la phase aiguë soit maîtrisée.

Les immunomodulateurs peuvent être utilisés de façon prolongée, sur n'importe quelle région du corps, notamment dans les plis et la région palpébrale. Leur principal effet indésirable consiste en une sensation de brûlure ou de prurit transitoire au moment de l'application, qui diminue après quelques jours d'utilisation.

Les antihistaminiques peuvent être bénéfiques dans le traitement de la dermatite atopique⁷. L'histamine n'étant pas le facteur responsable le plus important dans la dermatite atopique, l'efficacité des antihistaminiques est liée avant tout à leur effet sédatif. Dans les crises aiguës où le prurit est très important, l'hydroxyzine (2 mg/kg/j) ou la diphenhydramine (2-4 mg/kg/j) peuvent être données une heure avant le coucher. Les antihistaminiques non sédatifs sont beaucoup moins efficaces pour le soulagement du prurit de la dermatite atopique.

Au cours des surinfections bactériennes, qui sont souvent étendues, les antibiotiques par voie orale sont souvent plus appropriés que les antibiotiques topiques. Les antistaphylococciques les plus utilisés incluent la dicloxacilline (40 mg/kg/j), la céphalexine (40 mg/kg/j) et l'érythromycine (30-50 mg/kg/j). Un traitement de 7 à 14 jours est suffisant chez la plupart des patients.

Dans les cas très graves et réfractaires aux traitements standard, la photothérapie et, rarement, les immunosuppresseurs peuvent être utilisés⁸.

LA DERMATITE ATOPIQUE est une maladie chronique, au cours fluctuant, pour laquelle il n'existe malheureusement aucun traitement curatif. La majorité des patients obtiendront une maîtrise satisfaisante de leur maladie en évitant les facteurs aggravants, comme les irritants, le stress et la chaleur excessive, en gardant leur peau bien hydratée en tout temps et en traitant les exacerbations par les dermocorticoïdes, les antibiotiques et, possiblement, les immunomodulateurs appropriés. 🌿

Date de réception : 4 octobre 2004

Date d'acceptation : 9 février 2005

Mots-clés : dermatite atopique, eczéma, prurit, xérose, prévention, dermocorticoïdes, immunomodulateurs topiques, antihistaminiques

Summary

Atopic dermatitis: shedding light on the matter. Atopic dermatitis is a common dermatologic condition that affects babies and children and to a lesser extent teenagers and adults. Thought to be caused by a combination of genetic, immunological and environmental factors, atopic eczema manifests itself differently depending on the age of the patient, the stage of the disease (acute vs chronic) and any secondary infection. Its treatment consists in controlling the aggravating factors and on a judicious use of topical steroids, topical immunomodulators, antihistamines, wet dressings and antibiotics.

Keywords: atopic dermatitis, eczema, pruritus, xerosis, prevention, dermocorticoids, topical immunomodulators, antihistamines

Bibliographie

1. Taieb A, de Prost Y, Lorette G et coll. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2002; 129 (10 suppl) : S90-5.
2. Novak N, Bieber T, Leung DY. Immune mechanisms leading to atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112 (6 suppl) : S128-39.
3. Schultz L, Hanifin JM. Secular change in the occurrence of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh). 1992; 176 : 7-12. Halbert AR. The practical management of atopic dermatitis in children. *Pediatr Ann* 1996; 25 (2) : 73-9.
4. Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. III. Independent Hospital Validation. *Br J Dermatol* 1994; 131 (3) : 406-16.
5. Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R et coll. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113 (5) : 925-31.
6. Ellis C, Lugert T. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II. *Br J Dermatol* 2003; 148 (suppl. 63) : 3-10.
7. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30 (1) : 35-9.
8. Simons FE. H1-antihistamines in children. *Clin Allergy Immunol* 2002; 17 : 437-64.
9. Abeck D, Strom K. Optimal management of atopic dermatitis. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1(1) : 41-6.

Les maladies inflammatoires de l'intestin.

Seule la douleur est prévisible.



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

Avec votre aide, nous trouverons un traitement curatif. 1 800 387-1479