

Conférence de consensus

Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant

Conférence plénière le Mercredi 20 Octobre 2004
Institut Pasteur
PARIS

TEXTE DES RECOMMANDATIONS (VERSION TEXTE COURT)

Promoteur

Société Française de Dermatologie

Copromoteurs

Association des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue Française

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

Association Nationale de Formation Continue en Allergologie

Collège National des Enseignants en Dermatologie et Vénérologie de France

Collège National des Généralistes Enseignants

Fédération Française de Formation Continue en Dermato-Vénérologie

Groupe d'Etude et de Recherche en Dermato Allergologie

Société Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

Société Française d'Immunologie

Société Française de Dermatologie Pédiatrique

Société Française de Pédiatrie

Avec la participation de

Association Consensus en Dermatologie

Comité d'Organisation

Jean-Philippe Lacour, Président. Dermatologue, Nice

Béatrice Crickx. Dermatologue, Paris

Christophe Dupont. Pédiatre, Paris

Jean-François Fontaine. Allergologue, Reims

Yvon Lebranchu. Immunologiste, Tours

Ludovic Martin. Dermatologue, Orléans

Michel Navel. Pédiatre, Ancenis

Jean-Baptiste Sautron. Médecin généraliste

Jean-François Stalder. Dermatologue, Nantes

Jury

Jean-François Stalder, Président. Dermatologue, Nantes

Pierre Armingaud; Dermatologue. Orléans

Sylvie Aulanier. Médecin généraliste, Le Havre

Thierry Bourrier. Pédiatre, Allergologue, Nice

Jérôme Castanet. Dermatologue, Monaco

Philippe Célerier. Dermatologue, Le Mans

Marie Sylvie Doutré. Immunologiste, Dermatologue, Bordeaux.

Marie Françoise Fardeau. Allergologue, Les Milles

Nicolas Kalach. Pédiatre, Lille

Christine Labreze. Dermatologue, Bordeaux

Pierre Le Mauff. Médecin généraliste, La Roche sur Yon
Sylvie Monpoint. Dermatologue, Montpellier
Françoise Rembert-Sagot. Pédiatre, Allergologue. Dunkerque
Lyonel Rossant. Pédiatre, Nice

Experts

Sébastien Barbarot. Dermatologue, Nantes
Christine Bodemer. Dermatologue, Paris
Delphine de Boissieu. Pédiatre, Paris
Franck Boralevi. Dermatologue, Bordeaux
Frédéric Cambazard. Dermatologue, St Etienne
Jean-Marc Chavigny. Dermatologue, Allergologue, Nantes
Gisèle Kanny. Médecin interniste, Allergologue, Paris
Laurent Misery. Dermatologue, Brest
Jean-François Nicolas. Immunologiste, Dermatologue, Lyon
Patrice Plantin. Dermatologue, Quimper
Yves de Prost. Dermatologue, Paris
Fabienne Rancé. Pédiatre, Allergologue, Toulouse
Pierre Scheinmann. Pédiatre, Allergologue, Paris
Alain Taïeb. Dermatologue, Bordeaux

Groupe Bibliographique

Frédéric Bérard. Immunologiste, Lyon
Claire Bernier. Dermatologue, Nantes
Christine Chiaverini. Dermatologue, Nice
Mathilde Kemula. Dermatologue, Paris
Emmanuel Mahé. Dermatologue, Paris
Brigitte Nicolie. Allergologue, Angers
Nhan Pham Thi. Pédiatre, Paris

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par les laboratoires : 3M Santé, Fujisawa, Galderma International, GlaxoSmithKline, LEO Pharma; Novartis Pharma, Pierre Fabre Dermatologie, Schering-Plough, UCB Pharma.

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique survenant sur un terrain atopique caractérisée par des poussées prurigineuses d'eczéma aigu sur fond de xérose cutanée permanente. Elle débute souvent chez le nourrisson, atteint essentiellement les enfants mais persiste parfois à l'âge adulte. Sa fréquence est importante et augmente régulièrement, particulièrement dans les pays industrialisés, ce qui en fait une préoccupation de santé publique. Elle intéresse de nombreux professionnels de santé, elle fait l'objet d'un grand nombre de données scientifiques publiées, mais elle est sujette à controverses. En effet, de nombreux points divisent les médecins confrontés à la prise en charge de la DA. Ces différences d'attitude ou de conviction sont parfois des divergences inter-spécialité mais sont également fréquemment observées au sein d'une même spécialité. La place de l'allergie alimentaire et des régimes d'éviction, parfois utilisés en première intention, l'intérêt préventif ou curatif de l'allaitement maternel, le recours aux explorations allergologiques, les modalités d'utilisation des dermocorticoïdes, la place des nouveaux immunomodulateurs topiques, l'intérêt des traitements antistaphylococciques topiques ou systémiques, le bénéfice réel des cures thermales, de l'homéopathie le rôle du stress sont autant d'exemples de controverses. Ces divergences et incertitudes ainsi que la chronicité de la DA font que les parents de l'enfant atopique sont souvent enclins au "nomadisme" médical, à la recherche d'une solution thérapeutique définitive qu'ils ne trouvent pas. La peur des dermocorticoïdes, l'insuffisance d'utilisation des émoullients, des régimes d'éviction inadaptés, le recours à des médecines parallèles sont des attitudes qui nuisent au traitement efficace des enfants et qui peuvent même devenir dangereuses pour leur état de santé. Enfin, cette dermatose est coûteuse, pour la collectivité comme pour la famille et elle a un retentissement majeur sur la qualité de vie de l'enfant et de ses parents.

L'objectif de la conférence de consensus a été de proposer à la communauté des soignants et des patients une analyse critique des pratiques de prise en charge de l'enfant atteint de dermatite atopique (DA). La population cible est l'enfant, du nourrisson à l'adolescent.

Les bénéfices attendus sont l'amélioration de la prise en charge de la maladie par la simplification et l'harmonisation des pratiques quelques soient les disciplines concernées : dermatologie, pédiatrie, allergologie, médecine générale auxquelles il faut rajouter les autres acteurs de la chaîne de soin de l'enfant atopique : infirmières, puéricultrices, pharmaciens...

Les groupes concernés

Les groupes ayant participé à la conférence de consensus incluent l'ensemble des représentants des groupes professionnels concernés par la DA de l'enfant.

Un comité d'organisation a été créé comportant 8 membres représentant les disciplines suivantes : dermatologie, pédiatrie, allergologie, immunologie et médecine générale.

Un groupe bibliographique : une équipe de 6 lecteurs formés à l'analyse d'articles a réalisé une étude critique objective des publications dans le domaine de la DA.

Un groupe d'experts : 14 experts représentant l'ensemble des spécialités ont présenté leur point de vue et leur expérience en réponse aux questions posées au cours de la Conférence plénière le mercredi 20 Octobre 2004 à l'Institut Pasteur (Paris).

Un jury de 13 membres a été constitué en respectant l'équilibre entre les spécialités concernées (dermatologie, pédiatrie, allergologie, médecine générale, immunologie), les médecins libéraux et hospitaliers (universitaires et non-universitaires) et la répartition géographique des différentes équipes.

Méthodologie d'élaboration

Pour cette sixième conférence de consensus promue par la Société Française de Dermatologie la méthodologie de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a été utilisée.

Recherche bibliographique

L'analyse et la synthèse objective des informations de l'abondante littérature publiée sur le sujet ont été réalisées par un groupe de bibliographes formés à la lecture critique d'article médicaux. La recherche bibliographique a été effectuée dans les bases de données électroniques Embase, Medline, les banques de données de revues systématiques Cochrane Central Register of Controlled Trials et Cochrane Database of Systematic Reviews dans les limites suivantes : Date de publication : 1/1/1990 à 1/6/2004, Enfance : 0-18 ans, Humain, Langue française ou anglaise.

Les articles ont été classés selon le niveau de preuve scientifique d'après les critères de l'ANAES. Le niveau de preuve des articles retenus a été établi de la façon suivante :

- Niveau 1 : essais comparatifs randomisés de forte puissance ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés.
- Niveau 2 : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte.
- Niveau 3 : études études cas témoins.
- Niveau 4 : études comparatives avec des biais importants, études rétrospectives, des séries de cas ou études épidémiologiques descriptives.

Les expériences des patients et leurs attentes ont été prises en compte à travers la revue de la littérature notamment dans le domaine de l'éducation et de la qualité de vie.

Rédaction des recommandations

Le jury a rédigé les recommandations en tenant compte de l'avis des experts et des données fournies par le groupe bibliographique. Le travail a consisté à la synthèse et à la hiérarchisation de données multiples et dispersées. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la

formulation des recommandations. Des questions non résolues ont donné lieu à controverse.

Finally le texte de consensus définit une stratégie médicale optimale devant une DA de l'enfant. Ce texte a été rédigé à partir des preuves scientifiques disponibles en sachant que l'absence de preuve ne signifie pas absence d'efficacité ; ces recommandations précisent ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas et ce qui doit faire l'objet d'études complémentaires.

Les recommandations proposées par le jury ont été classées en grades A, B, ou C en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature :

- grade de recommandation A : preuve scientifique établie par des études de niveau 1
- grade de recommandation B : présomption scientifique sur des études de niveau 2
- grade de recommandation C : faible niveau de preuve (études de niveau 3 ou 4)

En l'absence d'études de niveau suffisant, le jury a tenu compte des pratiques professionnelles pour établir des recommandations de bon sens.

Présentation

Le texte court reprend les recommandations clés qui répondent aux questions cliniques principales. Le texte long établit un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

Ces recommandations reflètent l'état actuel de la recherche ; une procédure d'actualisation est envisagée ainsi qu'une enquête de pratique post-recommandation reprenant les items choisis lors de l'enquête de pratique préliminaire. Cette enquête est programmée en 2006.

La mise à disposition du texte des recommandations est programmée de façon large par publication dans les principaux journaux scientifiques des spécialités concernées, les revues des Sociétés co-organisatrices et sur le serveur de la Société Française de Dermatologie (www.sfdermato.org). Une conférence de presse a été organisée le 1^{er} décembre 2004. Les recommandations seront également exposées lors de plusieurs réunions scientifiques organisées par les sociétés savantes co-organisatrices.

Indépendance éditoriale

Les sources de financement de l'organisation de la conférence proviennent de l'association Conférence de Consensus en Dermatologie diligentée par la Société Française de Dermatologie et par les inscriptions à la conférence plénière.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence en toute indépendance des opinions ou intérêts des organismes financeurs. Par ailleurs tous les membres du jury ont déclaré l'absence de conflit d'intérêt.

LES QUESTIONS POSEES

- 1- Quelle est l'histoire naturelle de la dermatite atopique, quelle est son épidémiologie, quelles sont ses bases physiopathologiques ?
- 2- Quelle est l'utilité des examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant?
- 3- Quel est le traitement des poussées de dermatite atopique de l'enfant ?
- 4- Quels sont les mesures adjuvantes et les moyens de prévention des poussées de la dermatite atopique de l'enfant?
- 5- Quelle prise en charge pour les dermatites atopiques sévères de l'enfant?

Question n°1 : Quelle est l'histoire naturelle de la dermatite atopique, quelle est son épidémiologie, quelles sont ses bases physiopathologiques ?

DEFINITION

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire, qui touche préférentiellement le nourrisson. L'atopie regroupe la DA, l'asthme et la rhino-conjonctivite allergique. Le diagnostic de la DA est clinique et validé sur les critères de la United Kingdom Working Party comme une dermatose prurigineuse, récidivante, touchant avec prédilection les plis de flexion.

L'ASPECT CLINIQUE DE LA DA VARIE SELON L'AGE

La DA débute dès les premières semaines de la vie par une atteinte symétrique prédominant sur les convexités du visage et des membres. Une sécheresse cutanée (xérose) est fréquente. Le prurit est constant après l'âge de 3 mois, souvent associé à des troubles du sommeil. L'aspect des lésions varie selon le moment de l'examen (poussées ou rémission).

Chez l'enfant après 2 ans

Les lésions sont localisées aux plis (cou, coudes, genoux) et aux extrémités (mains et poignets, chevilles). La lichénification (épaississement de la peau) est un symptôme fréquent et témoigne d'un prurit localisé persistant.

Chez l'adolescent

La majorité des DA disparaît dans l'enfance. Quand la DA persiste à l'adolescence la lichénification et la xérose sont fréquentes. Par ailleurs l'atteinte du visage et du cou sous forme d'un érythème est caractéristique.

D'autres manifestations atopiques peuvent s'associer à l'eczéma

Une allergie alimentaire, le plus souvent avant 3 ans, un asthme dans 1/3 des cas, une rhinite allergique peuvent survenir chez ces enfants. Le risque de survenue de ces manifestations dépend de l'âge de début de la DA et varie selon les études

DES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR

Le staphylocoque doré colonise la peau lésée et saine dans la DA. La surinfection est difficile à apprécier en particulier dans les formes exsudatives. La présence de lésions pustuleuses et croûteuses inhabituelles doit faire évoquer cette complication.

L'herpès peut être responsable de surinfection grave par diffusion du virus sur les zones d'eczéma. Une modification rapide de l'aspect des lésions et/ou la présence de vésiculo-pustules ombiliquées, sont des signes d'alarmes en faveur de cette infection.

L'association avec de la fièvre, une altération de l'état général évoquent un tableau de pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg qui nécessite un traitement d'urgence.

L'eczéma de contact : sa prévalence est plus élevée chez les enfants ayant une DA. Il faut l'évoquer devant une localisation inhabituelle et/ou une persistance voire une aggravation malgré un traitement bien conduit.

Un retard de croissance peut être associé à une DA sévère. Ces retards de croissance se corrigent quand la DA est traitée efficacement.

COMMENT EVALUER LA GRAVITE D'UNE DA ?

Les scores de gravité

Plusieurs scores cliniques évaluent la gravité de la DA. Ces scores ont l'avantage de permettre la comparaison d'une consultation à l'autre. Le SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) est l'un de ceux les plus utilisés dans le cadre des travaux d'investigation clinique. Il prend en compte l'intensité des signes cliniques, l'extension de la dermatose et la sévérité de signes fonctionnels : prurit et perte du sommeil.

Le SCORAD peut être utilisé en pratique clinique à chaque consultation dans la prise en charge des DA sévères. Il chiffre l'état cutané du patient à un moment donné, permet de définir un objectif de traitement précis et offre une comparaison possible d'une consultation à l'autre, en restant reproductible d'un médecin à l'autre (accord professionnel.)

Toutefois, le SCORAD, comme les autres scores, est une évaluation d'un état clinique à un moment donné et ne prend pas en compte la sévérité globale de la maladie ni le profil évolutif du patient

Les échelles de qualité de vie

La qualité de vie (QDV) dépend de l'adaptation du patient à sa maladie. Son appréciation a l'intérêt d'intégrer dans l'évaluation de la maladie une vision qualitative provenant du patient lui-même. La QDV n'est pas systématiquement corrélée à la sévérité clinique. Il existe des échelles de QDV spécifiques de la DA pour le nourrisson et l'enfant mais aussi pour son entourage. Ces échelles développées en Angleterre ont été traduites en Français mais n'ont pas fait l'objet d'une validation transculturelle. Ces scores de qualité de vie, utiles pour les études prospectives sont en pratique de soins peu utilisés .

EPIDEMIOLOGIE DE LA DA

Peu d'études épidémiologiques ont été réalisées en France. Dans l'étude ISAAC réalisée en 1999 par questionnaire, la prévalence de la DA en France était de 8,8 p.cent chez les enfants de 6-7 ans et 10,0 p.cent chez les enfants de 13-14 ans. Dans des études réalisées en Europe, effectuées sur questionnaire, la prévalence varie de 7% à 28 % ; dans les études avec examen médical elle varie de 6% à 16 %. Les auteurs soulignent

L'augmentation de la prévalence de la maladie depuis 20 ans et sa répartition variable selon le niveau de vie des populations.

L'augmentation de la prévalence de la DA dans les populations à niveau de vie élevé a été reliée à la diminution de l'exposition aux agents infectieux. Cette observation est à l'origine de la théorie hygiéniste qui suppose que la diminution des infections est responsable de modifications de la régulation du système immunitaire inné.

PHYSIOPATHOLOGIE

La DA correspond au développement d'une réponse immunitaire inflammatoire survenant sur un terrain génétique prédisposant qui s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée.

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la DA ne sont pas tous élucidés mais ils comportent trois aspects.

Des facteurs génétiques

50 % à 70 % des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint d'une DA, d'un asthme ou d'une rhinite allergique. Le mode de transmission de l'atopie est inconnu. Elle est probablement polygénique.

Des facteurs immunologiques

Plusieurs découvertes récentes ont amélioré la connaissance de la physiopathologie de l'eczéma atopique :

- la découverte de la fixation de molécules d'IgE à la surface des cellules présentatrices d'antigènes dans la peau ;
- la caractérisation de lymphocytes T spécifiques d'allergènes dans la peau de patients porteurs de DA ;
- l'observation d'eczéma au site de contact des tests épicutanés aux allergènes de l'environnement.

Ainsi l'eczéma au cours de la DA représente une forme de réaction d'hypersensibilité retardée qui met en jeu des lymphocytes et des cellules présentatrices d'antigènes. Le développement d'une réponse immunitaire inflammatoire de type TH2, spécifique d'antigènes protéiques, est à l'origine des lésions d'eczéma de la DA.

Une hétérogénéité immunologique existe parmi les patients porteurs de DA. On individualise aujourd'hui 2 profils immunologiques principaux : l'un comporte une hyper IgE sanguine et des IgE spécifiques élevées. Ces DA sont volontiers associées à d'autres manifestations atopiques (asthme, rhinite et conjonctivite) : on parle de **DA extrinsèque ou allergique**. Un second groupe n'a pas d'hyperIgE et a un risque moindre d'asthme : on parle de **DA intrinsèque ou non allergique**.

Des anomalies constitutives ou induites de la barrière épidermique :

L'augmentation des pertes insensibles en eau, les anomalies des lipides cutanés de surface observées chez les patients porteurs de DA caractérisent les anomalies de la barrière cutanée.

Question 2 : Quelle est l'utilité des examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ?

Le diagnostic de la DA est clinique. Il n'est pas nécessaire de faire des examens complémentaires pour prendre en charge un patient porteur d'une DA (accord professionnel).

En revanche, le rôle possible d'allergènes comme facteurs pérennisants de certaines DA de l'enfant peut conduire dans certains cas à des explorations allergologiques (accord professionnel).

QUELS TESTS ALLERGOLOGIQUES ?

Un test d'allergie positif indique seulement que l'enfant est sensibilisé à un allergène, sans preuve que l'exposition allergénique déclenche ou entretient les symptômes. Quels que soient les résultats des investigations allergologiques ils doivent toujours être confrontés à l'histoire clinique.

Les tests utilisés comportent :

1-Les pricks tests cutanés. Ils n'ont pas de seuil de positivité clairement défini. Les allergènes testés sont orientés en fonction de l'âge, de l'histoire clinique, (précisée par l'interrogatoire des parents), de l'environnement et du régime de l'enfant. Ils sont le plus souvent suffisants pour affirmer la sensibilisation à un allergène.

2-Le dosage des IgE sériques spécifiques, les tests de dépistage sans identification de l'allergène (Phadiatop et Trophatop), le dosage des IgE sériques totales ne permettent pas d'assurer avec certitude la présence d'une allergie. Cependant un dosage sanguin, pour certains allergènes, peut sur la base des valeurs chiffrées des IgE sériques spécifiques éviter la réalisation d'un test de provocation orale.

3-Les test épicutanés (patch tests). La batterie standard Européenne permet d'explorer les principaux allergènes de contact. Elle n'a d'intérêt chez l'enfant atopique qu'en cas de suspicion d'une allergie de contact surajoutée.

Les atopy patch tests initialement développés pour les pneumallergènes, et plus récemment pour quelques allergènes alimentaires (lait de vache, farine de blé, œuf) ne sont pas standardisés et encore en cours d'évaluation. L'intérêt des atopy patch tests prêts à l'emploi reste à évaluer.

4-Le régime d'éviction alimentaire à visée diagnostique ne doit pas être initié sans la réalisation d'un bilan allergologique préalable, particulièrement pour les protéines du lait de vache chez le nourrisson.

Ce régime d'éviction doit être strict basé sur les données du bilan. En l'absence d'amélioration de la DA dans un délai d'un mois le régime ne doit pas être poursuivi.

5-Le test de provocation orale (TPO) a pour objectif de prouver la responsabilité d'un allergène alimentaire. Le TPO en double aveugle contre placebo est la méthode de référence réalisable seulement dans quelques centres en France. Le TPO en ouvert est en

pratique plus largement utilisé dans des structures aptes à prendre en charge une réaction anaphylactique.

QUELS ENFANTS TESTER ?

1) Trois situations sont validées (accord professionnel)

a) La DA grave définie comme un échec au traitement adapté bien conduit, même chez les nourrissons sous allaitement maternel exclusif (le lait maternel qui contient la plupart des protéines alimentaires ingérées par la mère peut être un vecteur de sensibilisation par procréation).

b) L'enfant ayant une DA et une stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.

c) L'enfant ayant une DA avec manifestations associées :

- Signes évocateurs d'une allergie alimentaire après ingestion ou contact avec un aliment : syndrome oral ; manifestations cutanées (urticaire, angioedème), respiratoires (asthme, rhinite) ou digestives (vomissements, diarrhée), voire choc anaphylactique.

- Signes évocateurs d'une allergie respiratoire : asthme, rhinite ou rhinoconjonctivite.

- Signes évocateurs d'une allergie de contact : eczéma localisé dans des zones inhabituelles (siège, paumes et plantes) ; DA qui ne répond pas au traitement habituel ou s'aggrave.

2) D'autres situations restent discutées du fait des biais de recrutement et du faible niveau de preuve des études rapportées. Elles ne permettent pas un consensus.

a) La présence de manifestations digestives banales (reflux gastro-oesophagien, pleurs et coliques résistant au traitement habituel), symptômes trop prévalents pour avoir une valeur d'orientation chez le nourrisson.

b) Les antécédents familiaux d'atopie sévère.

c) La précocité des symptômes cutanés avant l'âge de 3 mois (le jury émet des réserves sur la possibilité d'affirmer une DA avant 3 mois).

En l'absence de preuves suffisantes, et du fait de la divergence d'avis, le jury recommande la réalisation d'études prospectives visant à étayer ces indications.

POURQUOI TESTER ?

L'objectif théorique des explorations complémentaires dans la DA est d'abord d'obtenir à court terme un impact bénéfique sur la dermatose mais aussi tenter de déterminer des facteurs pronostiques pour recommander la mise en place de mesures de prévention à long terme.

Peut-on améliorer la DA ?

Lorsqu'une allergie est confirmée, l'éviction du ou des allergènes est bien sûr recommandée, cependant l'impact de cette éviction sur la DA n'apparaît pas toujours

évident et varie considérablement en fonction du contexte clinique et du type d'allergène.

- Allergie de contact : il est admis que l'éviction de l'allergène responsable améliore un eczéma de contact (accord professionnel).

- Allergie alimentaire : l'impact de l'éviction des allergènes alimentaires sur l'évolution de la DA est encore discuté (grade B). Le jury recommande la réalisation d'autres études éthiquement et méthodologiquement acceptables.

- Sensibilisation aux pneumallergènes : des études contradictoires de niveau 2 ne permettent pas de conclure à l'intérêt de mesures d'éviction dans l'environnement, en particulier l'utilisation de housses anti-acariens.

Peut on déterminer des marqueurs pronostiques d'évolution ?

- Des études de valeur inégale ont montré une relation entre sensibilisation à l'oeuf et sévérité de l'eczéma. La réalisation de tests allergologiques pour établir un pronostic individuel n'est cependant pas pertinente (grade C).

- En dehors de la gravité clinique de la DA chez le nourrisson, il n'existe pas d'éléments pronostiques permettant d'évaluer le risque de survenue d'un asthme dans l'enfance.

- Le dosage des IgE totales n'a pas d'intérêt pour la détection précoce des nourrissons à risque de développer une DA persistante ou sévère.

Question 3 : Quel est le traitement des poussées de dermatite atopique de l'enfant ?

Le traitement de la DA est symptomatique. Les objectifs sont de traiter les poussées et de prévenir les récurrences par une prise en charge au long cours.

L'enquête nationale de pratique montre une grande diversité dans les modalités thérapeutiques en fonction des praticiens, en particulier pour le traitement local.

I- LES DERMOCORTICOÏDES

Les dermocorticoïdes ont longtemps représenté le seul traitement efficace dans cette indication. Ils restent la référence pour tous les nouveaux produits testés. Ils ont une triple action anti-inflammatoire, immunosuppressive et antimitotique. Leurs mécanismes d'action ne sont pas parfaitement connus.

1- Quelles sont les molécules disponibles ?

Plusieurs sont commercialisées, sous diverses formes : crèmes, pommades, lotions et gel. Les corticostéroïdes topiques sont répertoriés en classe d'activité selon leur puissance d'action.

A l'inverse de la classification internationale, la classification française suit un ordre d'activité anti-inflammatoire décroissante. Dans un souci de cohérence **le jury recommande l'adoption de la classification internationale des dermocorticoïdes** : activité très forte (classe ou niveau IV), forte (classe ou niveau III), modérée (classe ou niveau II), et faible (classe ou niveau I). Elle est adoptée dans le texte suivant.

2- Quel dermocorticoïde choisir ?

Le choix est fait en fonction de l'âge, de la sévérité de la DA, du site et de l'étendue à traiter.

Ainsi, les dermocorticoïdes d'activité très forte (classe IV) sont contre indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, sur le visage, les plis, et le siège. Les dermocorticoïdes forts (classe III) sont à réserver en cures courtes aux formes très inflammatoires ou très lichénifiées des extrémités. Les dermocorticoïdes modérés (classe II) sont utilisés sur le visage, les plis et les zones génitales et chez le nourrisson. Les dermocorticoïdes faibles ont peu de place en thérapeutique. Toutes ces habitudes professionnelles ne sont pas étayées par des études de niveau de preuve de niveau 1.

3- Les dermocorticoïdes sont-ils efficaces ?

- **En phase aiguë** : les comparaisons entre dermocorticoïdes (essais limités, petits effectifs, imperfections méthodologiques) font apparaître que ceux de forte puissance sont plus rapidement efficaces mais que ceux de classe inférieure sont aussi efficaces en quelques semaines.

- **En prévention des rechutes** : une seule étude de niveau I démontre l'intérêt d'un traitement d'entretien pour la prévention des récurrences. Elle ne justifie pas pour l'instant de modifier les habitudes d'utilisation des dermocorticoïdes.

4- Les DC exposent-ils à des effets secondaires ?

Les effets secondaires sont directement liés à la puissance de la molécule, à la durée du traitement, à l'occlusion, à la surface traitée, à l'intégrité cutanée et à l'âge de l'enfant.

- Les effets secondaires locaux sont rares

Peu d'études évaluent de manière objective et détaillée les effets secondaires locaux des dermocorticoïdes chez l'enfant. Les effets indésirables, souvent cités, sont en pratique rarement observés.

La crainte théorique de ces effets secondaires ne doit pas limiter la prescription des dermocorticoïdes (accord professionnel).

Sur les paupières, leur utilisation doit être prudente (dermocorticoïde de classe I ou II et traitement court) (accord professionnel).

- Les effets secondaires systémiques

Les effets systémiques potentiels théoriques sont liés à une freination de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien : elle ne justifie pas la réalisation systématique d'explorations endocriniennes (accord professionnel).

Exceptionnels, ces effets peuvent se traduire cliniquement par un retard de croissance, parfois lié en fait à la sévérité intrinsèque de l'eczéma. Dans le cadre d'une affection chronique de l'enfant, la surveillance de la croissance est indispensable.

5- Comment utiliser les DC ?

- Quelle forme galénique privilégier ?

Les crèmes sont préférées sur les lésions suintantes et les plis ; les pommades sur les lésions sèches, lichénifiées. Les préparations visant à diluer les dermocorticoïdes n'ont pas de place.

- Faut-il appliquer les dermocorticoïdes une ou deux fois par jour ?

Une seule application par jour est aussi efficace, a le mérite d'en faciliter l'emploi, d'assurer une meilleure compliance, et de réduire le risque d'effets secondaires et le coût (accord professionnel).

- Quelle est la quantité maximale de dermocorticoïdes à utiliser ?

Aucune donnée de la littérature ne permet de donner la quantité de dermocorticoïdes à ne pas dépasser selon le poids de l'enfant. L'appréciation de l'efficacité clinique est plus importante que la définition d'une dose théorique.

- Quel schéma thérapeutique préconiser ?

Il existe une grande diversité d'habitudes professionnelles tant pour initier le traitement que pour l'arrêter. Cette variabilité des protocoles entretient l'inquiétude des patients, favorise une certaine méfiance voire une corticophobie, et participe au nomadisme médical.

Actuellement, la plupart des experts utilise préférentiellement la méthode suivante :

. utilisation de dermocorticoïdes puissants sur de courtes durées suivie par une période d'interruption avec usage d'émollients jusqu'à la récurrence suivante ;

. poursuite d'applications quotidiennes sur les lésions persistantes jusqu'à disparition de celles ci.

En absence d'étude clinique évaluant les conditions optimales d'utilisation des dermocorticoïdes, il apparaît nécessaire d'harmoniser nos pratiques, sur la base d'essais comparatifs qui restent à développer.

- Quel suivi réaliser ?

Dans les formes légères à modérées de DA, l'efficacité d'un traitement dermocorticoïde bien conduit est spectaculaire avec disparition du prurit en quelques jours et amélioration des lésions en une semaine. Une consultation systématique de suivi est nécessaire pour s'assurer de cette évolution favorable, de l'adhésion du patient au traitement en évaluant la quantité de dermocorticoïdes utilisée, et pour réadapter au besoin le traitement.

II – LES INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

Le développement récent des inhibiteurs de la calcineurine (IC) topiques dans le traitement de la DA de l'enfant est une innovation importante. Ces molécules de la famille des macrolides ont une action immunosuppressive par inhibition de la calcineurine, molécule nécessaire à l'activation des lymphocytes TH2.

1 – Les molécules disponibles

Deux molécules ont été étudiées depuis plusieurs années : le tacrolimus et le pimecrolimus (ce dernier n'est pas encore disponible en France).

2 – Quelle est l'efficacité des IC ?

- Pour le traitement des poussées

L'efficacité clinique du tacrolimus a été démontrée à court terme dans des études avec comparaison contre placebo ou contre dermocorticoïdes de niveau faible à modéré. Elles montrent que le tacrolimus topique réduit efficacement et rapidement, dès la première semaine de traitement, les signes et symptômes de la DA modérée à sévère (niveau I).

Le pimecrolimus est également rapidement actif dans la DA légère à modérée où il améliore tous les paramètres cliniques de manière significativement supérieure à l'excipient. Dans une étude de niveau 1, il est d'efficacité inférieure au valérate de bétaméthasone (activité forte).

- Pour la prévention des récurrences

L'efficacité du tacrolimus se maintient pendant l'année du traitement si le traitement est poursuivi. Des études au plus long cours ne sont pas disponibles actuellement.

Pour le pimecrolimus, une étude de niveau I a montré que le pimecrolimus 1% appliqué deux fois par jour, dès l'apparition des premières lésions, était plus efficace que l'excipient.

3– Les IC exposent-ils à des effets secondaires ?

- Effets secondaires locaux

Pour le tacrolimus et le pimecrolimus, les effets secondaires locaux les plus fréquents sont une sensation de brûlure et de prurit au site d'application, le plus souvent modérée et transitoire (quelques jours). Il n'y a pas de risque d'atrophie. Le risque d'infection bactérienne n'est pas augmenté. Il en est de même des infections virales hormis l'herpès où des précautions (information des risques de transmission, surveillance clinique et suspension du traitement en cas d'infection herpétique) sont nécessaires

- Effets secondaires systémiques

A court terme

- Dans la plupart des études à court terme, aucune anomalie biologique n'a été constatée.

- Les taux plasmatiques de tacrolimus, un mois après le début du traitement, sont inférieurs inférieurs aux taux d'immunosuppression thérapeutique.

A long terme

Il s'agit de produits aux propriétés immunosuppressives qui pourraient donc être à l'origine d'une éventuelle carcinogénèse. In vitro il n'y a pas de carcinogénicité dans la majorité des tests sauf un chez la souris albinos.

Le risque de carcinogénèse cutanée chez l'homme reste hypothétique mais ne pourra pas être levé tant qu'il n'y aura pas un recul d'utilisation de ces produits au très long cours.

4- Comment utiliser les IC chez l'enfant ?

- Selon l'AMM actuelle : seul le tacrolimus à 0,03% est indiqué dans la DA modérée à sévère de l'enfant de plus de deux ans à raison de 2 applications par jour sur toute la surface à traiter, jusqu'à disparition des lésions. Il peut être utilisé en cure courte ou en traitement au long cours intermittent. La prescription se fait sur ordonnance pour médicaments d'exception et est réservée aux dermatologues et aux pédiatres.

- L'AMM actuelle n'est pas satisfaisante compte tenu du fait qu'elle n'est pas en accord avec les critères d'inclusion des patients dans les études publiées, qu'elle limite l'emploi du produit de par son statut de médicament d'exception et sa prescription restreinte à certains groupes de praticiens. Dans le cadre d'une révision, il faudrait de plus intégrer les données des travaux en cours concernant les études d'efficacité à long terme et ceux évaluant la prévention des poussées.

- La mise à disposition du pimecrolimus est également souhaitable.

5- Quelles précautions pour un bon usage des IC ?

- **En cas d'infection cutanée** un traitement antibiotique est nécessaire avant l'instauration du traitement.

- **Du fait du potentiel de risque photocarcinogène** l'association à une photothérapie ou à des expositions solaires est déconseillée.

- **La présence d'une infection herpétique évolutive** est une contre-indication transitoire aux IC. Des précautions doivent être prises en cas d'antécédents personnels d'herpès récurrent.

-Les **vaccins** ne sont pas contre-indiqués lors de traitements par IC.

III – EMOLLIENTS

(Ce sujet est développé dans la question 4).

Les émoullients peuvent être utilisés à la phase aiguë et sont destinés aux zones de xérose. En peau lésée des réactions d'intolérance locale sont possibles.

IV – ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 (AH1)

Peu d'études ont été réalisées chez l'enfant sur l'efficacité clinique des AH1. Les résultats cliniques obtenus avec les AH1 non sédatifs par voie orale sont comparables aux AH1 sédatifs. La prescription des antihistaminiques oraux à la phase aiguë n'est pas systématique. Elle peut s'envisager en cas de prurit important et sur des durées courtes (grade A). Les antihistaminiques locaux n'ont pas de place dans le traitement de la DA.

V- ANTI INFECTIEUX

Les enfants atteints de DA sont porteurs de *Staphylococcus aureus* sur les lésions cutanées et en peau saine. Il faut différencier ce portage habituel d'une réelle surinfection (croûtes, bulles, pustules, majoration du suintement, extension des lésions, majoration du prurit signes généraux...).

Les études montrent que les dermocorticoïdes réduisent la densité du *S. aureus* avec une amélioration clinique concomitante. Par contre, les antibiotiques topiques ou oraux, et les antiseptiques, réduisent le portage de *S. aureus* mais ne modifient pas les paramètres cliniques.

En dehors d'une surinfection bactérienne patente, il n'y a pas lieu d'utiliser les antibiotiques locaux ou généraux ni les antiseptiques (accord professionnel).

VI-AUTRES TRAITEMENTS

La **photothérapie** a peu d'indication à la phase aiguë où sa tolérance est médiocre. Ses modalités sont précisées dans la question 5.

Les **corticoïdes par voie orale** ou injectable n'ont pas leur place dans le traitement de la poussée de DA.

4^{ème} question : Quelles sont les mesures adjuvantes et les moyens de prévention des poussées de la dermatite atopique de l'enfant ?

La DA est une affection chronique où interviennent plusieurs facteurs. Son approche nécessite donc une prise en charge pluridimensionnelle médicale, psychologique et environnementale.

EDUCATION THERAPEUTIQUE

Associée au traitement curatif et aux mesures adjuvantes l'éducation thérapeutique repositionne le patient comme acteur de la prise en charge de sa maladie.

La DA altère la qualité de vie des enfants et leur famille. L'éducation thérapeutique est une approche nouvelle dans la DA. Son objectif principal est d'améliorer l'alliance thérapeutique entre le soignant, le soigné et son entourage pour permettre une prise en charge optimale.

Plusieurs études (niveau 3) ont montré que l'éducation thérapeutique augmente l'efficacité du traitement sur le prurit et le sommeil. L'éducation thérapeutique dans la DA de l'enfant semble bénéfique sur la compréhension de la maladie et sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique s'adresse d'abord aux formes modérées à sévères de DA. Elle ne doit pas être réservée à des centres spécialisés mais s'intégrer aux pratiques professionnelles.

MESURES ADJUVANTES

La DA est parfois aggravée par des facteurs favorisants (facteurs alimentaires, facteurs environnementaux, facteurs contact ou stress psychologique...). Des mesures adjuvantes et préventives pour lutter contre ces facteurs ont donc été développées. Elles ont été classées en deux catégories, celles validées (études scientifiques ou accord professionnel) et les autres.

Pratiques validées

1. LES EMOLLIENTS

La xérose cutanée altère la fonction barrière de l'épiderme. Les émoullients sont utilisés dans le but de restaurer cette propriété de la peau.

L'efficacité des émoullients sur la xérose a été démontrée (niveau 2). Leur tolérance est habituellement bonne. Parfois, des sensations de brûlures, prurit, rougeurs lors de l'application sont rapportées : ces effets justifient le changement d'émoullient.

Une sensibilisation aux composants (lanoline, fragrance...) doit être évoquée en cas d'exacerbation de l'inflammation après les applications.

Les données de la littérature ne permettent pas de privilégier une formulation émoullissante particulière, une durée d'utilisation courte ou prolongée et une application unique ou pluriquotidienne.

Le jury souhaite que plusieurs produits commerciaux remboursables ou à faible coût soient mis à la disposition des patients.

2. LES MESURES D'HYGIENE

Basées sur des habitudes, les conseils d'hygiène ne reposent sur aucune donnée validée.

Il est préférable de donner un bain court quotidien ou une douche, avec une température tiède, et d'utiliser des pains ou gels sans savon (accord professionnel).

Il n'y a pas de raison actuelle de recommander les additifs à l'eau du bain (huiles..).

3. LES MESURES VESTIMENTAIRES

Il est préférable de porter du coton ou d'autres tissus bien tolérés : la soie ou les polyester à fibres fines (grade B). La laine, irritante, doit être évitée.

En absence d'impact des lessives ou assouplissants sur la DA chez des adultes atopiques, aucune précaution n'est retenue pour leur usage (accord professionnel).

4. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Les interactions entre DA, émotions et psychisme existent. Une DA grave altère la qualité de vie et peut modifier la personnalité ou induire des troubles psychologiques.

Le stress est incriminé comme élément déclenchant de poussées de DA mais de manière imprécise : il s'agit probablement d'un facteur très important chez certains et négligeable chez d'autres.

Il convient de repérer les familles en souffrance pour leur proposer une prise en charge spécifique.

Pratiques non validées

1. ANTIHISTAMINIQUES

Il n'existe pas d'étude de niveau 1 ou 2 montrant l'efficacité préventive des anti-H1 au long cours sur les poussées de DA.

2. CURES THERMALES

Les cures thermales sont populaires en France où de nombreux centres de cures existent. Les eaux thermales sont très différentes tant dans leurs propriétés chimiques ou physiques. Il n'y a pas d'argument scientifique pour les recommander en l'absence d'étude démonstrative.

3. MEDECINES D'EXERCICE PARTICULIER

De nombreux parents ont recours à des médecines d'exercice particulier parce qu'ils considèrent que les traitements conventionnels sont insuffisamment efficaces, ou qu'ils redoutent leurs effets secondaires.

Les rares études d'efficacité de l'**homéopathie** dans la DA sont contradictoires. Aucune preuve scientifique ne permet de recommander cette pratique.

Aucune preuve scientifique ne permet de valider la **phytothérapie**.

Le jury déconseille la pratique de l'**acupuncture** chez l'enfant en raison de l'absence de preuve scientifique, de son caractère douloureux et de ses complications potentielles (accord professionnel).

4. PROBIOTIQUES

Les probiotiques sont proposés dans la prévention et le traitement de la DA de l'enfant sur la base de la « théorie hygiéniste » qui se fonde sur une relation inverse entre l'intensité de l'exposition microbienne et le risque de développement de pathologie allergique.

- L'administration de probiotiques permet-elle de prévenir l'apparition de DA chez des enfants à risque ?

Une seule étude monocentrique (niveau 1) suggère qu'il y a un intérêt à donner du *Lactobacillus rhamnosus* un mois avant l'accouchement chez la mère et 3 ou 6 mois après la naissance chez la mère ou les enfants à risque d'atopie pour prévenir la survenue de DA.

En l'absence de confirmation par d'autres études, il est prématuré de recommander l'administration de probiotiques à titre préventif chez la femme enceinte ou chez le nourrisson à risque atopique.

- L'administration de probiotiques permet-elle de traiter les poussées de DA de l'enfant ?

Deux études, méthodologiquement discutables, ont évalué l'intérêt des probiotiques dans le traitement curatif de la DA. Elles ne plaident pas pour l'utilisation des probiotiques dans le traitement curatif de la DA.

5. LES HERBES CHINOISES

Les effets secondaires rapportés vont des simples nausées aux complications les plus graves (hépatites aiguës, néphropathie sévère, syndrome de Stevens-Johnson, cardiomyopathie dilatée...). Ces données incitent à déconseiller l'utilisation de ces produits.

6. LES ACIDES GRAS ESSENTIELS (AGE)

Différentes huiles riches en AGE omega 6 (huile de bourrache, huile d'onagre...) ou AGE omega 3 (huile de poisson) ont été utilisées dans la DA.

L'étude de la littérature permet de conclure à l'inefficacité d'un traitement par acide gras essentiel quelle que soit son origine (et la dose) dans la DA de l'enfant (grade A).

Pratiques discutées : les mesures d'éviction

1. VACCINATIONS DE L'ENFANT ATOPIQUE

La notion de poussée de DA est une observation clinique régulièrement rapportée chez le nourrisson. Il n'y a pas de preuve scientifique dans la littérature confirmant le rôle des vaccins dans le déclenchement ou l'exacerbation d'une DA.

En cas d'allergie à l'œuf associée, seules les vaccinations contre la grippe et la fièvre jaune, réalisées sur des milieux de culture sur œufs embryonnés, nécessitent un avis spécialisé.

Le calendrier vaccinal doit être le même chez les enfants ayant une DA que chez les enfants non atopiques. Il est prudent de retarder transitoirement les vaccinations au cours de fortes poussées de DA (accord professionnel).

2. DA ET ALLERGIE ALIMENTAIRE : PEUT-ON AMELIORER UNE DA AVEC UN REGIME D'EVICION ALIMENTAIRE OU UN CHANGEMENT DE LAIT ?

La responsabilité de l'allergie alimentaire dans la DA reste controversée. Elle est trop souvent évoquée par excès. La prescription systématique d'un régime alimentaire d'éviction peut être dans certains cas une source de carence nutritionnelle.

La prévention de la DA peut se discuter à plusieurs niveaux :

Prévention primaire : éviction du facteur de risque avant l'apparition de la maladie

Prévention secondaire : éviction du facteur de risque en cas de maladie avérée

Prévention tertiaire : éviction du facteur de risque pour éviter les rechutes et complications.

Prévention primaire chez la femme enceinte

Les régimes d'éviction alimentaire chez la femme enceinte dans le but de prévenir la DA chez l'enfant sont difficiles à suivre et leurs résultats ne sont pas prouvés.

Il n'y a pas d'indication à un régime particulier chez la femme enceinte pour prévenir la survenue d'une DA.

Prévention primaire chez le nouveau-né à risque de DA

La définition de « nouveau né à risque » n'est pas univoque et la notion d'antécédents familiaux directs ne représente pas un argument suffisant. L'allaitement maternel exclusif pendant au moins 3 mois diminue le risque d'apparition d'une DA chez les enfants à risque (niveau 1). L'allaitement maternel, sans régime particulier pour la mère, est ici recommandé (grade A).

Si l'allaitement n'est pas exclusif (allaitement mixte) le risque de DA n'est pas modifié.

Les laits au soja n'ont aucun intérêt en prévention primaire (grade B).

Prévention secondaire chez le nourrisson ayant une DA

En dehors des indications classiques d'éviction dans les populations à risque (cf chapitre 2), il n'y a actuellement pas d'étude valable ou de méta-analyse démonstrative concernant l'impact des changements systématiques de lait sur la DA.

En absence d'études au niveau de preuve suffisant et en raison de la variabilité des usages il n'existe pas d'accord professionnel.

Prévention secondaire et tertiaire après l'allaitement

Les aliments les plus impliqués dans les allergies alimentaires du nourrisson sont le lait, l'œuf, l'arachide, le soja, le poisson, les légumineuses et le blé. Des études de niveau 3 indiquent qu'un syndrome d'allergie multiple (responsabilité d'au moins 2 allergènes) peut être corrélé avec la notion d'une DA sévère.

L'éviction d'un allergène n'est justifiée que si son rôle dans une réaction allergique est prouvé.

3. DA ET ALLERGENES ENVIRONNEMENTAUX

Si une sensibilisation aux acariens est souvent retrouvée au cours de la DA, il est difficile de définir avec certitude le rôle des allergènes inhalés dans la genèse de la DA ou dans le déclenchement de ses poussées. De plus les mesures d'éviction ne montrent pas d'effet clinique probant.

Le faible niveau de preuves et les résultats discordants des études à notre disposition ne permettent pas de conclure sur la responsabilité de la présence d'un animal à domicile dans la survenue de la DA chez l'enfant. En cas de DA, le jury suggère d'éviter l'acquisition d'animaux domestiques (chat en particulier).

Les travaux publiés ne permettent pas d'affirmer que la prévention primaire de la DA est possible. L'influence de l'éviction des pneumallergènes sur les poussées de DA n'est pas claire rendant les mesures de prévention secondaire et tertiaire superflues.

Question n°5 : Quelle prise en charge pour les dermatites atopiques sévères de l'enfant ?

Les réponses apportées à cette question sont davantage basées sur un accord professionnel que sur des études de niveau de preuve élevé, ceci du fait du petit nombre de malades concernés.

DEFINITION D'UNE DA SEVERE

La sévérité dépend d'un ensemble de paramètres : objectifs (nombre et gravité des poussées) mais aussi subjectifs (retentissement psychologique, sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille). Il n'existe pas de score validé prenant en compte tous ces éléments et permettant de donner une valeur seuil pour le diagnostic de DA sévère.

Avant de considérer qu'il s'agit effectivement d'une DA sévère, il est essentiel de s'assurer que la prise en charge de la maladie est optimale : les traitements prescrits ont été compris et correctement appliqués, une enquête allergologique a été faite et les mesures d'éviction éventuelles ont bien été prises.

Si la prise en charge ne paraît pas adaptée, un apprentissage des soins, réalisé par le médecin lui-même ou une infirmière, une éducation thérapeutique ou un soutien psychologique doivent être proposés. Une hospitalisation dans une structure adaptée à la dermato-pédiatrie peut être utile.

Si la prise en charge est correcte, soit d'emblée, soit après échec de toutes ces mesures, il s'agit alors réellement d'une DA sévère. Il faut dans tous les cas un avis spécialisé pour décider de mesures thérapeutiques difficiles, souvent hors AMM, justifiées par la gravité de ces cas rares d'échec des soins locaux.

LES DIFFERENTES THERAPEUTIQUES A ENVISAGER DEVANT UNE DA SEVERE

1- Les photothérapies

Les études concernant l'utilisation de la photothérapie dans la DA de l'enfant sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve scientifique. Les photothérapies recommandées sont les UVA-UVB, les UVB spectre étroit (appelés UVB TL01) et les UVA1. Elles sont efficaces et bien tolérées à court terme ; le risque au long cours n'est pas encore connu.

Les photothérapies UVA-UVB et UVB spectre étroit peuvent être utilisées dans le traitement de la DA sévère de l'enfant à partir de l'âge de 8-10 ans (accord professionnel).

En pratique, les limites de ce traitement sont liées à la nécessité de 2 ou 3 séances par semaine auquel s'ajoute la faible densité en France des cabines équipées en lampes UVB ou UVB spectre étroit, leur répartition inégale sur le territoire, et leur éloignement du domicile.

2- Les antileucotriènes

Les antileucotriènes ne sont pas un traitement des DA sévères. Leur place éventuelle comme traitement d'appoint des DA modérées reste à préciser.

3- La corticothérapie générale

La corticothérapie générale, par voie orale ou injectable, doit être évitée (accord professionnel).

4- La ciclosporine

La ciclosporine dispose de l'AMM dans cette indication chez l'adulte. Sa prescription initiale est réservée au milieu hospitalier par un médecin habitué à l'utilisation de cette molécule.

La ciclosporine n'a pas l'AMM dans la DA de l'enfant. Trois études chez l'enfant (niveau 3 et 5) montrent de bons résultats avec un temps de traitement court (6 à 12 semaines), des rechutes précoces fréquentes et peu de rémission prolongée après 6 mois.

La ciclosporine per os, à la posologie initiale de 5 mg/kg/j, permet de passer un cap difficile mais sa durée est limitée à 6 mois, au maximum 1 an du fait des risques rénaux et d'hypertension artérielle (grade C).

Le jury propose qu'une réunion d'experts décide de l'intérêt du dosage systématique de la ciclosporinémie en raison d'avis différents des prescripteurs dans cette indication.

L'azathioprine

L'azathioprine a été peu utilisée dans la DA de l'adulte du fait d'un risque de myélosuppression. Une seule étude rétrospective évalue l'intérêt de l'azathioprine chez les enfants ayant une DA sévère. Ces données sont insuffisantes pour préconiser son utilisation chez l'enfant en l'absence d'études complémentaires (grade C).

Les autres immunosuppresseurs

Le mycophénolate mophétil a été efficace dans quelques cas de DA de l'adulte.

Le methotrexate et le cyclophosphamide n'ont pas fait l'objet d'études publiées dans la DA de l'enfant.

Les immunoglobulines polyvalentes

Malgré quelques résultats encourageants chez des enfants, le coût, les risques, la nécessité d'hospitalisations répétées ne permettent pas de préconiser ce traitement (grade C).

L'interféron gamma

Deux études de niveau 1 et 2 et deux de niveau 4 ont été menées, essentiellement chez des adultes, montrant une efficacité modérée mais au prix d'effets secondaires fréquents. Ce traitement ne peut pas être préconisé chez l'enfant (grade A).

Conclusion

Selon les données actuelles, les photothérapies UVA-UVB ou UVB spectre étroit et la ciclosporine sont les 2 traitements qui peuvent être utilisés pour ces rares cas de DA sévères. L'enfant et ses parents doivent être informés oralement et par écrit des risques de ces traitements.

En l'absence d'études comparatives entre ces 2 traitements chez l'enfant leur place respective est difficile à définir. Le choix est fonction de la faisabilité (âge, pathologies associées, proximité d'une cabine équipée en UVB...) et du résultat de la discussion avec l'enfant et les parents.

Les autres thérapeutiques ne peuvent pas être recommandées.