

# Dermatite atopique : rappels

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie fréquente, surtout chez l'enfant. Sa prévalence augmente régulièrement depuis 20 ans. Elle débute à tout âge, mais le plus souvent entre le 2<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> mois de la vie. Son évolution est chronique et se fait par poussées. La gravité est variable chez le nourrisson et l'enfant, allant d'une simple xérose (sécheresse cutanée) avec des lésions eczématoïdes minimes aux formes sévères érythrodermiques, les formes de l'adulte, plus rares, étant en général plus sévères.

La DA est une dermatose inflammatoire dont l'eczéma constitutionnel est dû à l'activation dans la peau de lymphocytes T : c'est une hypersensibilité retardée (HR).

La physiopathologie de la dermatite atopique est complexe et encore mal connue, mais il est admis que :

- l'eczéma de la DA se développe sur un terrain atopique ;
- la DA est souvent associée à des maladies allergiques de type IgE.

L'atopie s'exprime cliniquement par des manifestations respiratoires (asthme), ORL (rhinite), ophtalmologiques (conjonctivite), digestives (allergie alimentaire) et cutanées (eczéma). Immunologiquement, elle se définit par une réponse immunitaire avec production d'anticorps (sécrétion accrue d'IgE) vis-à-vis des allergènes de l'environnement : c'est une hypersensibilité immédiate (HI). Dans les deux cas, la part génétique est explicitement incluse dans la notion d'atopie et l'héréditabilité a été clairement démontrée par de nombreuses études cliniques épidémiologiques.

Le diagnostic repose sur l'association de plusieurs critères majeurs dont :

- l'existence de lésions en placards

souvent mal limités, érythémateux, avec des vésicules rarement visibles, le plus souvent excoriées par le grattage ;

- la topographie caractéristique des lésions chez le nourrisson où la dermatose prédomine sur le visage, les faces d'extension des membres, le cuir chevelu et le siège. Cette localisation préférentielle se modifie vers l'âge de 2 ans, les lésions prédominant alors sur les plis de flexion (creux poplité, plis des coudes), sur les mains et la région péri-orale.
- le prurit constant lors des poussées, responsable de lésions de grattage, de l'impétiginisation, de placards de lichenification ;
- la xérose, signe pratiquement constant, qui favorise le prurit et vraisemblablement l'apparition de poussées ;
- la présence du "terrain atopique".

Sur le plan biologique, on retrouve une élévation des IgE sériques totales dans environ 80 % des cas. L'élévation des IgE totales n'est pas spécifique et peut se rencontrer dans d'autres affections comme certaines parasitoses. Il s'agit cependant d'un bon argument diagnostique de présomption. Des IgE spécifiques peuvent être décelées s'il existe une allergie concomitante responsable d'asthme, de rhinite, de manifestations digestives ou cutanées d'origine alimentaire. C'est dans ce cas qu'il faudra faire réaliser un bilan allergologique complet par un allergologue. Cependant, il est admis que la dermatite atopique n'est pas une allergie alimentaire, ni une maladie à IgE, mais un eczéma chronique sur un terrain particulier (atopie d'origine parentale), eczéma qu'il faudra traiter en priorité. Les mesures complémentaires de prise en charge lorsqu'il existe des manifestations allergiques cliniques avec des IgE

spécifiques contre divers allergènes aéroportés (acariens, poils d'animaux, pollens) ou alimentaires consisteront à éviter de soumettre l'enfant à un environnement allergisant, en sachant qu'un régime d'exclusion alimentaire doit être mûrement réfléchi.

En conclusion, il peut exister dans cette affection une association entre une hypersensibilité retardée (eczéma) et une hypersensibilité immédiate (allergie à IgE). C'est pourquoi il sera indispensable de rechercher la notion d'un terrain atopique dans l'environnement familial avant tout bilan allergologique, car le traitement est impérativement dermatologique et doit s'intéresser aux 2 anomalies principales : la lutte contre la sécheresse cutanée et la lutte contre l'eczéma, soit :

- rétablissement de la barrière cutanée par application d'émollients quotidiens au long cours ;
- traitement anti-inflammatoire local par des dermocorticoïdes devant être systématique en cas d'eczéma. Il est admis que la corticothérapie par voie générale doit être *a priori* contre-indiquée, car elle a parfois une efficacité incomplète avec en plus un risque de rebond. Des antihistaminiques et des immunosuppresseurs (tacrolimus, pimecrolimus) peuvent également être prescrits. Des conseils pratiques peuvent être donnés tels que :

- éviter les appartements surchauffés et secs ;
- éviter les convecteurs, la laine sur la peau.

Quant aux vaccinations, elles ne sont pas contre-indiquées et doivent être effectuées si possible en dehors des poussées.

**B. David**