

Conduite à tenir devant une dermatite atopique chez le jeune enfant

Jacques Robert* - Jean-François Nicolas**

La dermatite atopique (DA), aussi appelée eczéma atopique, est une maladie inflammatoire et chronique de la peau, se développant préférentiellement chez le nourrisson et le jeune enfant mais parfois présente chez l'adolescent et l'adulte. De connaissance très ancienne, l'eczéma, nom étrange (du grec : *Εκζεμα*), est insupportable pour l'enfant en raison du prurit, inquiète les parents par son côté affichant et sa cause mystérieuse. Ses rapports avec l'allergie sont l'objet d'interprétations souvent fantaisistes. Les progrès concernent la prise en charge de l'affection qui nécessite, au delà de la prescription, explications, démonstrations, empathie.

Preuves : Ce que nous savions

► Evaluer la fréquence de la DA

L'étude de référence ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) est un programme international de recherche épidémiologique, actualisé régulièrement depuis 1991, impliquant plus de 100 pays (dont la France) et près de deux millions d'enfants. Cette étude estime qu'en Europe 10 à 15 % des nourrissons sont porteurs d'eczéma dès l'âge de 3 mois.

► Comprendre l'eczéma

Le nom scientifique est donc dermatite atopique, il définit lui-même la maladie :

- **dermatite**, parce que c'est une maladie inflammatoire de la peau
- **atopique**, parce que dans 80 % des cas l'enfant a hérité d'un terrain allergique. Lui-même sera un bon producteur d'IgE et pourra développer d'autres maladies allergiques. La DA est due à une anomalie de la barrière cutanée (la couche cornée la plus superficielle) qui est poreuse et laisse pénétrer les molécules à son contact.

Tout commence, chez le nourrisson par une peau sèche (ou xérose) qui deviendra poreuse et fragile, donc perméable à divers allergènes. Les lésions d'eczéma de la dermatite atopique sont des lésions d'hyper-sensibilité retardée dues à l'activation dans la peau des lymphocytes T spécifiques d'allergènes protéiques. Cette immunisation et cette réponse effectrice peuvent se faire en raison de la pénétration accrue des allergènes de l'environnement. Ainsi, il existe un lien direct entre l'anomalie de la barrière cutanée, la pénétration des allergènes et l'induction d'une réponse immunitaire puis des lésions d'eczéma. Depuis une vingtaine d'années, il était classiquement admis que les lymphocytes T CD4 Th2 (producteurs des cytokines IL-4 et IL-5) étaient responsables des lésions.

► Expliquer l'eczéma

« Docteur, d'où ça vient ? », la question est rituelle. Il s'agit, Madame/Monsieur, d'une maladie génétique et immunologique. Inutile de chercher la cause (le raccourci « la cause c'est vous et son père » est à dire avec prudence !), en revanche cherchons ensemble les facteurs aggravant ou déclenchant les pous-

sées. Ces facteurs sont multiples, du stress aux viroses, en passant par les vaccins, les bains chauds ou les savons. Les éléments nocifs les plus fréquents (médecine basée sur l'expérience) sont : la chaleur (nourrissons toujours trop couverts), la sueur (normalement la DA doit aller mieux l'été, sauf si l'enfant sue), l'inquiétude (les devoirs, les brimades, le regard de l'autre...), la carence de soins (« on en a marre »).

Pratiques : Ce que nous faisons

► Traiter l'eczéma

Le traitement est connu de tous : émouillants matin et soir à passer sur la peau encore humide (c'est plus facile et plus rapide). C'est le traitement de base, incontournable, parfois de toute une vie. En effet l'eczéma dans sa composante inflammatoire guérit dans 85 à 90 % avant 6 ans (chiffres d'experts), mais la xérose peut persister. Prescrire les émouillants en gros flacons munis d'une pompe. Eviter ceux qui sont parfumés, ceux contenant de l'huile d'amandes douces (elle n'est pas toujours bien purifiée et des



▶▶ protéines de fruits à coques sont présentes, donc sensibilisantes). Les dermocorticoïdes sont à appliquer sur les zones inflammatoires, les bastions de l'eczéma. L'inflammation est mal jugulée par les seuls émoullissants. On les choisit de classe modérée et chez l'enfant une fois par jour.

▶ Se référer à la théorie hygiéniste

La théorie hygiéniste a deux volets :

1. Elle considère que l'absence d'infection chronique fréquente dans les pays développés explique le détournement de la réponse immunitaire vis-à-vis d'antigènes *a priori* « inoffensifs » et contre lesquels une tolérance devrait s'exercer. Ce sont les auto-antigènes ou antigènes du soi et les molécules de l'environnement (allergènes).

2. Le deuxième aspect est de considérer que l'hygiène trop fréquente de la peau et des muqueuses aboutit à une fragilisation de ces épithéliums du revêtement qui favorise la pénétration des molécules avec lesquelles ils sont en contact.

Les deux volets jouent très certainement un rôle dans l'augmentation de la prévalence de la dermatite atopique dans les pays développés.

Le principal conseil que nous pouvons donner aux parents est de ne pas augmenter l'anomalie de la barrière cutanée en utilisant des lavages cutanés trop fréquents ou avec des produits mal adaptés qui vont décaper le film hydrolipidique de surface cutanée et ainsi majorer la pénétration des molécules en contact avec la peau. On expliquait, mais on ne « montrait » pas assez.

Preuves :

Ce que nous avons appris

▶ La filaggrine

La dermatite atopique est toujours l'objet de nombreuses recherches et continue de susciter des controverses.

Récemment, on a beaucoup insisté sur l'importance des anomalies génétiques portant sur la filaggrine, une protéine impliquée dans la constitution et dans la cohésion de la couche superficielle de la peau. Dès 2006, sa mutation a été impliquée dans les ichtyoses modérées et sévères. Chez certains sujets atopiques, elle a été rendue responsable de la sécheresse et de la perméabilité anormale de la peau. En simplifiant : xérose + atopie = eczéma. Tous les petits eczématisés n'ont pas cette mutation familiale et le savoir ne péjore ni n'améliore la qualité des soins !

▶ L'intervention de sous populations lymphocytaires T

Les lymphocytes T sont responsables des lésions d'eczéma de la dermatite atopique. Il y a plusieurs populations de lymphocytes T. Les lymphocytes T effecteurs pro-inflammatoires vont infiltrer la peau, vont s'activer par présentation des allergènes pénétrant la couche cornée. Ils vont détruire les cellules leur présentant des allergènes et produire des cytokines qui vont recruter de nouvelles cellules dont les éosinophiles qui jouent un rôle important dans la mise en place et la chronicité des lésions d'eczéma. Ces lymphocytes T effecteurs sont sous le contrôle de lymphocytes T régulateurs à activité anti-inflammatoire qui vont limiter la sensibilisation et réguler la lésion d'eczéma. Ainsi en cas d'excellente activité régulatrice, les lésions d'eczéma seront modérées. Par contre, en cas de déficit fonctionnel ou quantitatif important, les lésions d'eczéma peuvent être généralisées et permanentes. Nous ne connaissons que très mal les différents types de lymphocytes effecteurs et régulateurs.

▶ La DA n'est pas liée à une allergie alimentaire

« Et si c'était allergique, Docteur, vous ne le testez pas ? » Et non !

Il y a une dizaine d'années certains ont voulu faire de la DA l'expression d'une allergie alimentaire (sous la foi de cohortes avec tests positifs, tests facilités par l'apparition des pricks inoffensifs incitant à leur sur-utilisation). La DA n'est pas liée à un allergène précis, mais en revanche, c'est chez les petits porteurs d'eczéma que l'on va trouver le plus d'allergènes alimentaires. Cependant chez le nourrisson si la DA n'est pas « nue », si elle s'accompagne d'une stagnation pondérale, d'une persistance anormale des coliques des premiers mois, de troubles digestifs... il sera licite de faire un bilan à la recherche d'une hypersensibilité retardée aux protéines du lait de vache, puis d'instituer une épreuve d'éviction/réintroduction.

Pratiques :

Ce que nous devrions faire

▶ Accompagner l'abord thérapeutique

Le diagnostic est facile, l'ordonnance relativement consensuelle et... ça ne suffit pas. Rares sont les maladies chroniques bénignes du petit qui s'accompagnent d'autant de tabous, de croyances, d'errances thérapeutiques. Et en plus « *ton médecin est nul, il traite sans savoir d'où ça vient !* » Il faut revenir aux principes de base : bains à 33° avec savons sans détergents, chambre à 19° aérée matin et soir, graisser la peau avec pommade plutôt l'hiver et crème l'été.

La DA qui va mal est une DA souvent négligée



► Lutter contre la corticophobie

Une enquête récente de février 2012, diligentée par les laboratoires Pierre Fabre (www.fondation-dermatite-atopique.org) a réuni 4 000 réponses de mères d'enfants de 0 à 10 ans. Plus d'un quart d'entre elles avait un enfant porteur d'une maladie allergique dont 13 % soit 525 enfants étaient porteurs d'une DA. Une des questions posées concernait l'utilisation des dermocorticoïdes en phase aiguë : au total 28 % des mamans refusent d'utiliser ce produit et lorsque l'eczéma est considéré comme sévère, elles sont 18 % à ne pas en utiliser ! La corticophobie existe donc. (Figure 1)

Comment prendre en charge le refus ? D'emblée éviter le discours dogmatique, on déclenche un effet contraste néfaste « *le message scientifique, s'il est en désaccord avec les opinions parentales peut avoir un effet négatif* » L. Boutry. L'application des dermocorticoïdes a des règles, les écrire sur l'ordonnance, toutes ne sont pas absolues, mais un certain consensus se dégage en pédiatrie pour dire :

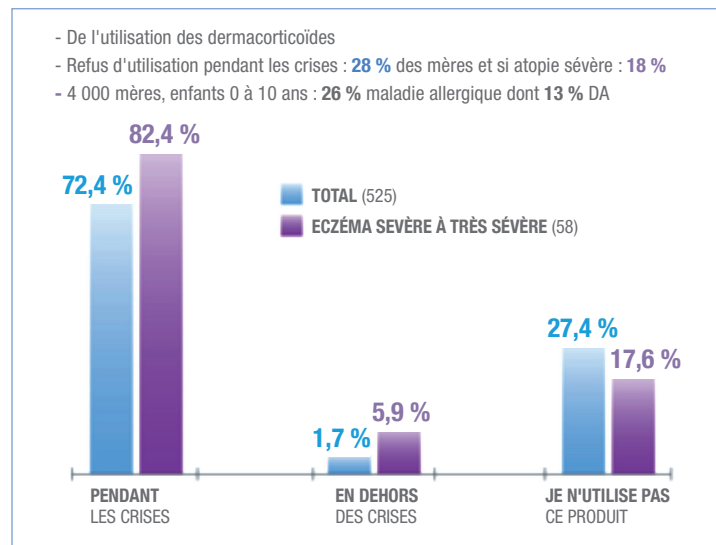
- Appliquer la crème (ou pommade) à la cortisone uniquement sur les zones inflammatoires, une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions. La quantité de dermocorticoïde diminue au fur et à mesure que les lésions s'estompent. Ainsi le sevrage est naturellement dégressif.

- L'eczéma évolue par poussées, en remettre donc dès les rechutes.

- Donner une indication de doses pour éviter une réprobation de l'entourage ou du pharmacien « Compter environ 1 tube de 30 g pour les 15 premiers jours, puis 1 tube par mois pendant 3 mois ».

Pour les familles les plus rétives, **appliquez vous-même**, lors de la première consultation, l'anti-inflammatoire topique. Vous servir de la phalange comme unité de mesure approximative. Compter le nombre de pulpes de doigt (PDD) nécessaires

Figure 1 - Corticophobie (Enquête / Février 2012, Institut des Mamans pour les laboratoires Pierre Fabre)



à J1, vous verrez que vous dépasserez rarement 4 à 5 PDD. Par la suite, n'infligez pas cette comptabilité quotidienne aux parents. Faites compter le nombre de tubes.

Une pulpe de doigt



Si les réticences persistent, proposer quelques arguments : savez-vous que l'enfant fabrique tous les jours de la cortisone ? ; pensez que l'on utilise les dermocorticoïdes depuis plus de 50 ans et que les études qui les concernent sont basées sur des preuves ; d'après mon expérience plus on traite tôt, moins on traitera longtemps... A chacun ses propres arguments.

Enfin, proposer après l'âge de 2 ans le tacrolimus (Protopic®), produit impliqué dans la régulation de cytokines pro-inflammatoires. Il s'agit d'un topique non stéroïdien ® à appliquer en couche mince sur toutes les lésions, même sur le visage, jusqu'à guérison et dès la rechute. La prescription doit se faire sur une ordonnance de médicaments d'exception (CERFA n°60-39 76) et détailler : 2 applications par jour jusqu'au contrôle

de la poussée évolutive, puis 1 fois/j. « *Le Protopic®, ça pique au début* », l'écrire sur l'ordonnance et expliquer que le désagrément est passager. Les résultats sont spectaculaires, mais les phobies vont se faire à nouveau jour, la revue « Prescrire » a donné son avis...

► Ne pas en faire une maladie psychologique ou psychiatrique

Tout dans cette maladie peut conduire à des troubles psychologiques :

- maladie chronique depuis la petite enfance, évoluant par poussées. Chaque poussée voulant être expliquée par l'entourage...
- maladie inflammatoire à l'origine du prurit ; le prurit aggravant les lésions, les lésions stimulant le prurit
- maladie « affichante » ; « *Je vois qu'il a toujours ses problèmes de peau, Hugo !* » ; d'où l'induction de conseils évidemment altruistes « *tu devrais essayer l'huile d'amande douce, le beurre de karité ou d'arrêter le lait de vache et enfin... de changer de médecin* ».

La surprotection familiale n'est pas faite pour redorer la fragilité narcissique de ces enfants.

Il est rare de voir une maladie, à l'origine essentiellement bénigne, donner lieu à tant d'interprétations et de dérives, avec nomadisme médical et donc avis différents.

Discussion

Maladie chronique, la DA exige au-delà de l'examen et de la prescription médicale un contact avec l'enfant et ses parents. Eduquer, c'est transférer les compétences du médecin au patient pour qu'il gère lui-même sa maladie ou celle de son enfant. Eduquer, c'est faire comprendre non pas la cause mais les facteurs déclenchant les poussées, les aggravations. Eduquer, c'est accompagner l'enfant et faire accepter la thérapeutique quotidienne. Des consultations d'éducation thérapeutique (ET) voient le jour en France, celles que nous animons à Lyon sont assurées par des infirmières d'ET inventant et mettant à disposition de l'enfant des outils ludiques et éducatifs. Elles sont multidisciplinaires et associent dermatologues, pédiatre, immunologiste, psychologue. Il faut parfois tout cet engagement pour vaincre certaines réticences thérapeutiques et revoir sourire les enfants... et leurs parents !

« L'éducation peut tout, elle fait danser les ours » - GW Leibniz

La prise en charge psychologique est nécessaire dès que se lit la tristesse dans l'attitude de l'enfant ou le regard maternel. La sonnette d'alarme est, dans notre expérience, l'insomnie qui gagne la famille, l'aggravation des lésions d'une consultation à l'autre signant « un ras le bol » dans le quotidien thérapeutique. Rejetant la maladie, le couple peut inconsciemment rejeter son porteur. L'affection devient somato-psychique (plutôt que l'inverse). La prise en charge concernera et l'enfant et les parents.

► Parler de l'évolution habituelle

Elle se fait par poussées, toute agression (stimulus) peut favoriser la poussée qu'elle soit physique (la sudation) immunologique (l'infection) psychologique (la pression...). Inversement ces mêmes stimuli peuvent favoriser la guérison : changement de lieu, de climat, de traitement, d'alimentation...

Si les plis sont le siège de prédilection des lésions, il existe une forme

curieuse où les éléments très inflammatoires sont disposés en médaillons sur le corps : c'est l'eczéma nummulaire, plus difficile à traiter. Au début, le traitement nécessite deux applications de dermocorticoïdes par jour.

► Envisager les évolutions « inhabituelles »

Les surinfections

La concentration en staphylocoques dorés est très importante au niveau des zones inflammatoires des lésions cutanées. Les lésions de surinfection typique comme l'impétigo ou les furoncles sont heureusement rares. C'est le traitement préventif correct de la peau qui fait éviter ces complications. Il est exceptionnel que soient prescrits des antibiotiques locaux ou généraux.

Parmi les virus dermatotropes, l'herpès fut un temps redoutable. Le traitement de la DA, le traitement spécifique de l'herpès, les conseils de prévention, ont fait s'éloigner cette surinfection. Cependant un adulte porteur d'un herpès labial (communément « boutons de fièvre ! ») ne doit pas embrasser un enfant atopique. Chez ce même enfant la prévalence des verrues vulgaires et du *Molluscum contagiosum* est une constatation clinique habituelle pour tout médecin.

Le retard staturo-pondéral

La DA de l'enfant ne doit pas s'accompagner de retard staturo-pondéral. Si c'est le cas, le médecin doit chercher un élément surajouté

comme une allergie au lait de vache par exemple. Souvent, le retard de poids est lié à la suppression intempestive et prolongée des aliments lactés. Les régimes d'éviction-réintroduction existent dans une démarche diagnostique bien codifiée et sont proposés en fonction d'un argumentaire scientifique et non de croyances.

Les autres maladies atopiques

Enfin le risque du petit enfant porteur d'une DA est d'évoluer vers une autre maladie atopique : allergie alimentaire, rhinite, asthme... Les facteurs de risque les plus évidents sont :

- Les antécédents familiaux. S'il n'y a pas d'allergie familiale ce risque est de 15 à 20 % en France, c'est le risque général de la population. Si le père ou la mère est allergique, ce risque passe à 40 % (fourchette de 33 à 48 % selon les études). Père et mère tous deux allergiques auront 60 % de risque d'avoir un enfant allergique, mais si tous les deux présentent la même allergie ce taux augmente jusqu'à 80 %.
- La gravité de la maladie, quelle qu'en soit la cause (évolutivité ou négligence). C'est ce qu'a montré une étude de cohorte de plus de 800 nourrissons suivis pendant 6 ans (Etude ETAC). 80 % des eczémataux sévères ont évolué vers un asthme.
- Les polysensibilisés avec syndrome d'allergies multiples.

► Proposer aux cas rebelles des séances d'éducation thérapeutique.

* Jacques Robert - Consultation d'Education Thérapeutique dans la DA de l'enfant - Service Pr Bérard, CH Lyon-Sud

** Jean-François Nicolas - Université Lyon1, INSERM U 851, Allergologie et Immunologie Clinique, CH Lyon-Sud

EN SAVOIR PLUS

Références :

◆ Henino A, Marty JP, Nicolas JF. Pénétration des allergènes protéiques par voie cutanée. Rev Fr Allergol Clin Immunol, 2005, 45:50-53. ◆ Nicolas JF, Rozieres A, Castelain M. Pathogénie de la dermatite atopique. Ann Dermatol Vénéreol 2005, 132:1S16-24. ◆ Robert J. Vivre mieux avec les Allergies de l'Enfant. Odile Jacob (1 vol. 233p). ◆ Scheinmann P. La marche de l'allergie : que reste-t-il de l'histoire dite naturelle de l'allergie ? Rev Fr Allergol Immunol Clin, 2006, 46 : 402-407.

Sites Internet

http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatite_atopique.htm
<http://www.fondation-dermatite-atopique.org/index.php>
<http://www.courlygones.net>

Association Française l'Eczéma : contacteczema@gmail.com
 lieu de discussion : associationeczema.wordpress.com
 Plaque pédagogique téléchargeable sur [Courlygones.net](http://www.courlygones.net)

