



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Évaluation de la prise en charge de la dermatite atopique de l'adulte en soins primaires



Evaluation of primary care practices in management of adult atopic dermatitis

M. Poyer^{a,*}, F. Hacard^{a,b,c}, C. Jaulent^{a,b,c}, F. Bérard^{a,b,c}, J.-F. Nicolas^{a,b,c}, A. Nosbaum^{a,b,**,c}

^a Université Claude-Bernard Lyon 1, 69437 Lyon cedex 03, France

^b Service d'Allergologie et Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon, 69495 Pierre-Bénite, France

^c CIRI (Centre International de Recherche en Infectiologie), Inserm U1111, école Normale Supérieure de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, CNRS UMR 5308, 21, avenue Tony Garnier, 69007 Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 avril 2020

Accepté le 15 novembre 2020

Disponible sur Internet le 19 décembre 2020

Mots clés :

Dermatite atopique
Prise en charge
Diagnostic
Traitement
Médecine générale

R É S U M É

Introduction. – Une majorité des adultes consultant pour une dermatite atopique (DA) présente une forme modérée à sévère, alors qu'existent des consensus d'experts et de traitements efficaces. L'objectif de cette enquête était d'évaluer les pratiques en soins primaires pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la DA de l'adulte.

Méthodes. – Une enquête de pratique a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès de 2307 médecins généralistes (MG) français de janvier à mars 2019.

Résultats. – Les réponses de 200 MG ont été analysées. Parmi eux, 63 % ($n = 126$) exprimaient des difficultés dans la prise en charge de la DA. Le diagnostic de DA était facile pour 50 % ($n = 101$) des MG, avec une excellente connaissance des critères diagnostiques de la DA. La prise en charge thérapeutique comprenait les émoullients en traitement de fond et les dermocorticoïdes (DC) pour les poussées pour 99 % ($n = 198$) des MG. Cependant, la prescription de DC était : (i) réservée aux lésions sévères dans 50 % des cas, (ii) de durée variable entre les MG, (iii) mal quantifiée, avec une méconnaissance de l'unité phalange par 78 % des MG. L'inobservance aux DC était rapportée comme étant la principale cause d'échec thérapeutique dans 79 % des cas, alors même que les conseils d'utilisation des DC semblaient discordants ou insuffisants.

Conclusions. – Malgré une bonne connaissance théorique, des améliorations sont nécessaires dans la prise en charge pratique de la DA en soins primaires. Le développement de fiches d'information pourrait améliorer cette prise en charge.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Introduction. – Most of adults with atopic dermatitis (AD) who consult for a moderate to a severe type of AD whereas there are existing established experts consensus and efficient treatments. This survey's aim was to assess primary care practices in diagnostic and therapeutic management of adult AD.

Methods. – An survey focused on medical practice was withdrawn to 2307 French general practitioners (GP) using an online questionnaire from January to March 2019.

Results. – 200 GPs answers were analyzed. Among them, 63% ($n = 126$) pointed out difficulties in adult AD management. AD diagnosis appeared easy for 50% ($n = 101$), with excellent knowledge of AD diagnostic criteria. Therapeutic management included emollients as a background treatment and topical corticosteroids (TCS) in case of flare-up for 99% ($n = 198$) of GPs. However, TCS prescription was : (i) dedicated to severe lesions in 50% of cases, (ii) various in terms of treatment duration between GPs, (iii) not well measured out, especially as 78% of GP didn't know the FingerTip Unit (FTU). Low compliance to TCS treatment was pointed out as the main cause of therapeutic failure in 79% of cases, whereas TCS use advices seemed discordant or insufficient.

Keywords:

Atopic dermatitis
Management
Diagnosis
Treatment
General practitioner

* Auteur correspondant.

** Auteur Co-correspondant.

Adresses e-mail : m.poyer@ch-vienne.fr (M. Poyer), audrey.nosbaum@chu-lyon.fr (A. Nosbaum).

Conclusion. – Despite good theoretical knowledge, more progress could still be done in primary care of practical AD management. The development of information sheets could improve this management.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La dermatite atopique (DA) est une dermatose chronique inflammatoire présente chez 4,4 % des adultes en Europe [1]. La DA, dans sa forme modérée à sévère, touche environ 50 % de ces patients et a de nombreuses répercussions [2,3]. Elle s'accompagne fréquemment de comorbidités atopiques (asthme, rhinoconjonctivite, allergie alimentaire), mais aussi psychosociales (trouble du sommeil, syndrome anxio-dépressif) avec un impact sur la qualité de vie qui dépasserait celui du psoriasis, du diabète de type 2 ou de l'hypertension artérielle [4,5]. L'association entre DA et maladies cardio-vasculaires est actuellement débattue, mais la DA sévère pourrait être un facteur de risque d'accident ischémique cérébral [6]. L'impact socio-économique de la maladie s'accroît avec la sévérité de la DA. Les coûts totaux moyens, incluant les coûts directs et les coûts de perte de productivité, sont estimés à 11 287€ pour une DA contrôlée, tandis qu'ils s'élèveraient à 20 695€ pour une DA non contrôlée dans l'étude Hollandaise de Ariëns et al. en 2017 [7]. Ainsi, la DA modérée à sévère est une pathologie à haut impact médico-économique, concernant la moitié des patients. Alors que des consensus d'experts sont établis et que des traitements efficaces sont désormais disponibles, ces données soulignent la fréquence des échecs thérapeutiques dans la prise en charge de la DA [8–10].

En pratique, la prise en charge de la DA de l'adulte est essentiellement partagée entre les dermatologues, les médecins généralistes (MG) et les allergologues. En effet, en France, le diagnostic de DA est fait dans 54 % des cas par un dermatologue, mais aussi par un MG ou un allergologue dans 34 % et 10 % des cas respectivement [11]. Cette diversité d'acteurs peut conduire à une variabilité des pratiques, notamment pour la gestion des traitements locaux, comme souligné dans une étude de 2005 comparant la prise en charge de la DA de l'enfant par ces différents spécialistes [12]. Néanmoins, aucune enquête de pratique n'a encore été réalisée en France auprès des MG pour connaître leur gestion des patients adultes atteints de DA. L'objectif de cette étude était donc d'analyser la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la DA de l'adulte en soins primaires, auprès de MG français.

2. Matériel et méthodes

Nous avons menés une enquête de pratique anonyme de janvier à mars 2019, à l'aide d'un questionnaire en ligne, dont le lien a été adressé par courriel aux MG de la région Auvergne Rhône-Alpes. Cinq conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de la région ont accepté de diffuser ce questionnaire aux MG. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), le questionnaire fut administré sous un logiciel sécurisé (Claroline© 2019) accompagné d'une fiche d'information sur le RGPD. L'étude a été enregistrée par l'Université Claude Bernard Lyon 1 (référence 2018/046).

2.1. Population

Les MG exerçant dans la région Auvergne Rhône-Alpes et acceptant le traitement de leurs données ont été inclus. Les questionnaires incomplets ou ceux des MG ayant une formation (type Capacité, DESC, DU, etc) en lien avec la DA de l'adulte ou de l'enfant

(formation en pédiatrie, allergologie-immunologie ou dermatologie) ont été exclus, car les soins n'étaient dès lors plus considérés comme primaires.

2.2. Questionnaire

Le questionnaire recueillait l'âge, le sexe, la durée et le lieu d'exercice en MG. Il recueillait également les pratiques des MG concernant le diagnostic de la DA de l'adulte (d'après les critères de l'*U.K Working Party*), l'évaluation de sa sévérité, son traitement, les causes d'échec thérapeutique ainsi que les outils utiles pour la prise en charge de cette pathologie [Annexe 1] [13].

2.3. Analyses des données

Les résultats ont été recueillis via le logiciel Claroline© et ont été consignés sous forme de tableau (Excel 2016©). Les réponses ont été analysées en moyenne \pm écart type pour les variables quantitatives et en effectif (*n*) et pourcentage (%) arrondi à la demi unité la plus proche pour les variables qualitatives.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des MG

Le questionnaire a été rempli par 15,8 % (*n* = 365) des 2307 MG de la région Auvergne-Rhône-Alpes interrogés. Deux cents questionnaires (8,6 %) étaient analysables (21 MG ayant une formation en lien avec la DA ont été exclus). La population analysée était composée majoritairement de femmes (60,5 %) âgées en moyenne $43,5 \pm 12,9$ ans et exerçant la médecine générale depuis $14,9 \pm 11,9$ années. De façon intéressante, 63 % des MG déclaraient ressentir des difficultés dans la prise en charge de la DA de l'adulte (données non montrées). Afin de comprendre l'origine de ces difficultés, nous nous sommes ensuite intéressés aux aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette prise en charge.

3.2. Diagnostic de DA de l'adulte

Le diagnostic de DA ne pose pas de problème pour 50,5 % des MG ayant répondu à l'étude, avec une excellente connaissance des critères diagnostiques de la DA, tant à l'interrogatoire qu'à l'examen clinique (Tableau 1). Dans plus de 90 % des cas, ils recherchaient un terrain familial atopique, un antécédent de DA dans l'enfance, une dermatose prurigineuse et/ou une xérose cutanée. Cependant, 75 % des MG donnaient le diagnostic d'eczéma plutôt que celui de DA ou d'eczéma atopique aux patients. Les comorbidités atopiques étaient recherchées par une majorité de praticiens : asthme allergique par 78 %, la rhinite allergique par 74 % et les allergies alimentaires par 57 % des MG. En revanche, l'identification de comorbidités psychosociales était beaucoup moins fréquente, avec seulement 20 % et 15 % des MG recherchant un syndrome anxio-dépressif ou des troubles du sommeil, respectivement. Enfin, la sévérité de la DA était essentiellement estimée sur la qualité de vie du patient (95 %), la surface corporelle atteinte (77,5 %) et de nombre de poussées par an (66 %). L'observance thérapeutique était peu évaluée (6,5 %). La plupart des médecins n'utilisaient jamais d'échelle ou de score de sévérité.

Tableau 1
Prise en charge diagnostique de DA en soins primaires.

	n (%)
Présence de difficultés liées au diagnostic	
Non	101 (50,5 %)
Oui	79 (39,5 %)
Ne sait pas	20 (10 %)
Critères anamnétiques diagnostiques	
Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique	180 (90 %)
Antécédents familiaux de dermatite atopique	175 (87,5 %)
Début des signes cutanés dans l'enfance	166 (83 %)
Antécédents d'allergie alimentaire	101 (50,5 %)
Antécédents de syndrome anxio-dépressif	9 (4,5 %)
Critères cliniques diagnostiques	
Dermatose prurigineuse	193 (96,5 %)
Peau sèche	187 (93,5 %)
Dermatose érythémateuse	123 (61,5 %)
Dermatose symétrique	36 (18 %)
Diagnostic donné au patient	
Eczéma	150 (75 %)
Dermatite atopique	47 (23,5 %)
Eczéma atopique	36 (18 %)
Comorbidités recherchées	
Asthme allergique	156 (78 %)
Rhinite allergique	148 (74 %)
Allergie alimentaire	114 (57 %)
Eczéma de contact	110 (55 %)
Syndrome anxio-dépressif	40 (20 %)
Trouble du sommeil	30 (15 %)
Critères d'évaluation de la sévérité	
Qualité de vie du patient	190 (95 %)
Surface corporelle atteinte	155 (77,5 %)
Nombre de poussées par an	132 (66 %)
Quantité de DC utilisés	89 (44,5 %)
Observance du traitement	13 (6,5 %)
Ne sait pas	2 (1 %)

DC: dermocorticoïdes.

3.3. Traitement de la DA de l'adulte

La prise en charge thérapeutique de la DA par les MG était très largement superposable aux recommandations actuelles : les émoullients en traitement de fond et les dermocorticoïdes (DC) au moment des poussées sont prescrits respectivement pour les 2 par 99 % des MG (Tableau 2) [8,9]. En revanche 40 % des MG préconisaient une éviction alimentaire, suggérant que ces médecins rattachent la DA à une maladie allergique alimentaire. Les antihistaminiques étaient prescrits par 30 % des médecins interrogés en traitement de fond et en traitement des poussées dans 43 % des cas. La prescription de corticothérapie orale (5 %) et d'antibiotiques oraux (0,5 %) était marginale en traitement des poussées.

Concernant les DC, ils étaient prescrits avec retard et seulement en cas de lésions étendues, invalidantes ou persistantes pour plus de 50 % des MG. Seuls 28 % des MG les prescrivait en cas de prurit et 17,5 % dès l'apparition d'une plaque même minime. Les conseils d'application des DC étaient potentiellement discordants puisque les DC étaient conseillés dans 56,5 % des cas jusqu'à disparition des lésions, mais aussi dans 50,5 % des cas pour une durée prédéfinie.

En terme de quantité de DC, seul 33,5 % des MG expliquaient la quantité de DC à utiliser. À ce titre, l'unité phalange (UP), qui est un outil pragmatique permettant la quantification des DC est méconnue et sous-utilisée, puisque seuls 22 % des MG la connaissaient et 7 % disaient l'utiliser [14].

Enfin, la principale cause d'échec thérapeutique rapportée par les MG était l'observance thérapeutique pour 79 % d'entre eux, en lien principalement avec l'application inadéquate des DC, alors même que les conseils d'utilisation des DC semblaient discordants ou insuffisants.

Tableau 2
Prise en charge thérapeutique de la DA de l'adulte en soins primaires.

	n (%)
Traitement de fond	
Émoullients	198 (99 %)
Conseils hygiéniques	192 (96 %)
Éviction d'allergènes alimentaires	80 (40 %)
Dermocorticoïdes	77 (38,5 %)
Prise en charge psychologique	39 (19,5 %)
Corticothérapie orale	4 (2 %)
Traitement des poussées	
Dermocorticoïdes	198 (99 %)
Émoullients	113 (56,5 %)
Antihistaminiques	86 (43 %)
Corticothérapie orale	10 (5 %)
Antibiotiques locaux	1 (0,5 %)
Symptômes conduisant à la prescription de DC	
Lésions d'eczéma étendues ou invalidantes	115 (57,5 %)
Lésions d'eczéma persistantes malgré les émoullients	107 (53,5 %)
Prurit	56 (28 %)
Dès l'apparition de lésion d'eczéma même minime	35 (17,5 %)
En cas de sécheresse cutanée	6 (3 %)
Conseils d'application des DC	
Jusqu'à disparition des lésions d'eczéma	113 (56,5 %)
Pour une durée prédéfinie du traitement (par exemple une semaine)	100 (50,5 %)
Pas sans avis médical	76 (38 %)
Avec une quantité prédéfinie (nombre de tube ou autre)	67 (33,5 %)
Connaissance de l'UP	
Non	156 (78 %)
Oui	44 (22 %)
Utilisation de l'UP	
Non	30 (15 %)
Oui	14 (7 %)
Causes d'échec thérapeutique	
Inobservance thérapeutique	158 (79 %)
Application inadéquate des DC	146 (73 %)
Sévérité de la DA sous-jacente	119 (59,5 %)
Inefficacité des DC	21 (10,5 %)

DA : dermatite atopique ; DC : dermocorticoïdes ; UP : unité phalange.

Tableau 3
Outils pratiques pour la prise en charge de la DA de l'adulte en soins primaires.

	n (%)
Fiche sur les conseils d'application des émoullients et des DC	158 (79 %)
Fiche d'information sur la maladie	135 (67,5 %)
Fiche sur les conseils pratiques de prescriptions dans la DA	103 (51,5 %)
Application smartphone	62 (31 %)
Fiche sur l'innocuité des DC	41 (20,5 %)
Plateforme de télémédecine spécialisée dans la DA	8 (4 %)
Hotline téléphonique	3 (1,5 %)

DA : dermatite atopique ; DC : dermocorticoïdes.

3.4. Outils de prise en charge de la DA de l'adulte

La dernière partie du questionnaire proposait plusieurs outils pratiques pour répondre aux besoins des MG dans la prise en charge de la DA de l'adulte (Tableau 3). Parmi ces outils, plus qu'une application smartphone ou une plateforme de télémédecine, c'est la mise à disposition de fiches d'information sur l'utilisation des topiques et sur la maladie qui était plébiscitée par 79 % et 67,5 % des MG respectivement.

4. Discussion

Cette enquête de pratique montre qu'une majorité de MG exprime des difficultés dans la prise en charge de la DA de l'adulte. Ces difficultés, liées à des échecs thérapeutiques fréquents, ne semblent pas associées au diagnostic ni à la stratégie

thérapeutique, mais principalement au manque de conseils donnés pour la réalisation des soins locaux, conduisant à une mauvaise préparation et un dénuement des patients face à la réalisation concrète des prescriptions.

En effet, les MG connaissent très bien les critères diagnostiques de la DA, même si ce bon niveau de connaissance pourrait être aussi lié à la construction du questionnaire avec peu de propositions de réponses confondantes et/ou erronées. Néanmoins, les critères sélectionnés correspondent à ceux définis par l'UK Working Party et enseignés au second cycle des études médicales en France. Ils sont adaptés à la DA de l'enfant et peuvent être mis en défaut chez l'adulte si la DA a commencé après l'âge de 2 ans. En effet, 58 % des adultes porteurs de DA la développent après l'âge de 2 ans, voire même 18,5 % après l'âge de 20 ans [15]. Ainsi l'apparition de la DA dans l'enfance peut être un critère manquant, ce qui pourrait expliquer que près de 40 % des MG de notre étude présentent des difficultés pour le diagnostic de la DA de l'adulte. Pour pallier cela, l'ajout d'un critère diagnostique comme la morphologie spécifique des lésions en fonction de l'âge améliorerait la sensibilité du diagnostic. Il a donc été inclus dans les critères diagnostiques simplifiés de la DA, qui pourraient être plus sensibles pour la pratique clinique que ceux enseignés actuellement [16,17].

Au-delà du diagnostic de DA, de multiples comorbidités sont désormais associées à la DA et contribuent à son lourd impact médico-économique. Si les comorbidités atopiques sont fréquemment recherchées par les MG (asthme allergique, rhinite allergique, allergie alimentaire), seuls 27 % des MG recherchent des comorbidités psychiatriques chez les patients DA, comme un syndrome anxio-dépressif dont le risque est multiplié par deux, ou des troubles du sommeil présents chez 87 % des patients [18–21]. Le risque suicidaire est également plus élevé que dans la population générale, proportionnel à la sévérité de la DA [22]. De nombreuses données suggèrent un lien physiopathologique entre la survenue de ces pathologies psychiatriques et l'inflammation cutanée chronique. En effet, les cytokines inflammatoires produites dans la peau de DA sont aussi présentes dans le sang. Ces molécules ont la capacité de traverser la barrière hémato-encéphalique et secondairement, d'en augmenter la perméabilité [23]. Des travaux récents indiquent que ces cytokines ont une action directe sur le système nerveux central, affectant les fonctions synaptiques dans la microglie, le métabolisme neuronal et la neurogénèse, ce qui pourrait favoriser la dépression chez des individus vulnérables [24]. Sachant que 74 % des patients n'ont jamais été interrogés sur l'impact émotionnel de la DA au cours de leur prise en charge médicale, ces données incitent fortement à dépister, dès les soins primaires, un syndrome anxio-dépressif et des idées suicidaires chez les patients adultes porteurs de DA [2].

Concernant les connaissances des MG sur la physiopathologie de la DA, la préconisation de régimes d'éviction alimentaire, ainsi que la prescription inappropriée d'antihistaminiques, restent très présentes [25]. Ces pratiques reflètent la notion persistante dans la communauté des MG que la DA serait favorisée par une allergie alimentaire. Il est cependant clairement démontré que la DA est une pathologie inflammatoire associée à un défaut de barrière cutanée [26]. La sous-estimation des comorbidités psychiatriques au profit de celles atopiques, et le diagnostic peu précis d'« eczéma », donné dans 75 % des cas aux patients renforcent ces observations. Néanmoins, ces connaissances évoluent puisque 95 % des 1062 internes de MG de France interrogés en 2015 indiquaient que la DA était une maladie inflammatoire chronique et seulement 3,7 % et 0,8 % d'entre eux pensaient respectivement que la DA était due à une allergie alimentaire ou à un trouble psychologique [27]. Ainsi, les progrès physiopathologiques réalisés ces dernières années dans la DA semblent aller de concert avec une meilleure connaissance de cette maladie en soins primaires. Les dermatologues japonais

ont d'ailleurs proposé de ne plus inclure la recherche de terrain atopique dans les critères diagnostiques de DA, afin d'éviter de considérer la DA comme une dermatose allergique [28].

Enfin, la dernière partie du questionnaire évaluait les traitements de la DA mis en œuvre par les MG. L'utilisation des émoullients en traitement de fond et des dermocorticoïdes lors des poussées de DA était rapportée par la quasi-totalité des médecins interrogés. Bien qu'elles aient pu fournir des réponses qu'elles jugent idéales plutôt que reflétant réellement leurs pratiques, ces traitements se conforment aux recommandations thérapeutiques actuelles [9]. Il semble néanmoins que 75 % des patients ne se sentent pas capables de gérer leurs poussées sans avis médical [2]. Cette différence entre la qualité théorique des prescriptions et le vécu des patients pourrait être expliquée par le manque de conseils pratiques donnés pour la réalisation de ces prescriptions. De même, 55 à 65 % des patients se disent inquiets de la survenue d'une prochaine poussée. En effet, les DC sont prescrits tardivement au cours des poussées, de façon trop courte et sans préciser de quantité ni de protocole d'application, comme en témoigne la méconnaissance de l'UP. En 2005, aucun des 100 MG interrogés sur la prise en charge de la DA de l'enfant n'utilisait l'UP, un outil pratique permettant de quantifier les DC [12]. Dans notre étude menée 15 ans plus tard, ils sont 22 % à la connaître, mais seuls 7 % l'utilisent. Ceci est d'autant plus important que trois quarts des MG estimaient que l'échec thérapeutique était dû à une mauvaise application des topiques ou à une inobservance thérapeutique. Ces résultats interrogent de plus sur le degré de corticophobie des MG et sur la définition des poussées de DA en médecine générale. L'application des DC dès l'apparition de lésions d'eczéma et de prurit, et jusqu'à leurs disparitions complètes, pourrait permettre un meilleur contrôle de la pathologie. L'utilisation de DC de classe forte à très forte est de plus à favoriser chez l'adulte, même si cet aspect n'a pas été évalué dans le questionnaire. L'utilisation de fiches téléchargeables, informant notamment sur l'UP, a été plébiscitée par les médecins interrogés et pourrait améliorer cette prise en charge. Ces données encouragent fortement au développement rapide de ces supports par les sociétés savantes comme la Société Française d'Allergologie, ayant un site internet accessible par les MG et le grand public.

Enfin, cette étude, réalisée exclusivement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, comporte un possible effet « centre ». De plus, comme toute étude par questionnaire sur la base du volontariat, la population répondue pourrait avoir un intérêt plus grand pour le sujet, avec notamment plus de cas atteints par cette pathologie parmi leurs patients. Ainsi, même les médecins a priori davantage intéressés par le sujet éprouveraient des difficultés pour la prise en charge d'une dermatose très fréquente. Enfin, des documents utiles pour la prise en charge de la DA ont été joint au questionnaire dans un but pédagogique. Néanmoins il se pourrait que des MG aient répondu après avoir pris connaissances de ces documents ce qui aurait pu biaiser leurs réponses.

En résumé, cette étude a identifié plusieurs points importants dont la correction pourraient améliorer la prise en charge de la DA de l'adulte en soins primaires : 1) donner le diagnostic de « dermatite atopique » ou « eczéma atopique » plutôt que celui trop vague d'« eczéma » ; 2) dépister les comorbidités atopiques et psychiatriques, également fréquentes ; 3) faire considérer la DA comme une dermatose inflammatoire, et pas comme une maladie allergique, liée à un défaut de barrière cutanée pour convaincre de l'utilisation des émoullients en traitement de fond ; 4) traiter les poussées de DA par DC « là où il faut, quand il le faut, comme il le faut », c'est-à-dire dès le début des poussées et jusqu'à ce que la peau soit complètement redevenue normale et douce. L'unité phalange peut aider à quantifier les DC et limiter la corticophobie ; 5) demander lors du suivi comment sont réalisés les soins pour apprécier d'adhésion thérapeutique et les réajuster si nécessaire.

5. Conclusion

Malgré une bonne connaissance théorique de la DA en soins primaires, le manque de conseils pratiques nécessaires à la réalisation des traitements locaux impacte la qualité des soins réalisés par le patient à domicile, et à terme l'efficacité thérapeutique. La mise à disposition de fiches d'information validées par les sociétés savantes, et notamment par la Société Française d'Allergologie ayant un site internet accessible aux MG et au grand public, pourrait permettre de combler cette lacune et d'améliorer la prise en charge de la DA de l'adulte en médecine générale.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe 1. Annexe I : Questionnaire

Introduction

La dermatite atopique (DA), encore appelée eczéma atopique ou eczéma constitutionnel, se traduit par une peau sèche, des plaques d'eczéma et de fortes démangeaisons.

La DA est une pathologie fréquente, évoluant par poussées et rémissions. Elle touche l'enfant et l'adulte avec un fort impact sur la qualité de vie. Le traitement est symptomatique et préventif.

Une majorité de patients se dit insatisfait de leur prise en charge. Ce travail a pour but de dresser un panorama des tendances et des pratiques en cabinet de médecine générale dans la prise en charge de la DA de l'adulte.

Partie 1: Caractéristiques du médecin interrogé

0/Je déclare avoir pris connaissance du document relatif au traitement de mes données personnelles concernant l'étude en cours :

J'accepte les conditions de traitement des données

Je refuse les conditions de traitement des données

1/Êtes-vous :

Une femme

Un homme

2/Quel âge avez-vous ?

Votre réponse

3/Quel est votre numéro de département ?

Votre réponse

4/Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?

Votre réponse

5/1. Avez-vous une/des formation(s) complémentaire(s) en lien avec la dermatite atopique :

Une formation en allergologie (DESC ou capacité)

Une formation en pédiatrie

Une formation en immunologie

Une formation en dermatologie

Aucune formation en lien avec la dermatite atopique

Autre :

5/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

Partie 2 : Épidémiologie et diagnostic

6/À combien estimez-vous le pourcentage de vos patients âgés de plus de 18 ans atteints de dermatite atopique :

Entre 0 et 5 %

Entre 6 et 10 %

Entre 11 et 15 %

Entre 16 et 20 %

Plus de 20 %

Ne sais pas

7/Quelle est la proportion de vos patients adultes atteints de dermatite atopique qui en présentaient les signes durant l'enfance ?

Entre 0 et 10 %

Entre 11 et 30 %

Entre 31 et 50 %

Entre 51 et 80 %

Plus de 80 %

Ne sais pas

8/1. Quel(s) critère(s) anamnestique(s) utilisez-vous pour diagnostiquer la dermatite atopique de l'adulte :

Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique

Antécédents d'allergie alimentaire

Antécédents familiaux de dermatite atopique

Antécédents de syndrome anxio-dépressif

Début des signes cutanés dans l'enfance

Autre :

8/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

9/1. Quel(s) critère(s) clinique(s) utilisez-vous pour diagnostiquer la dermatite atopique de l'adulte :

Dermatose prurigineuse

Dermatose symétrique

Dermatose érythémateuse

Peau sèche

Autre :

9/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

10/Le diagnostic de dermatite atopique chez l'adulte vous paraît-il plus difficile que chez l'enfant ?

Oui

Non

Ne sais pas

11/1. Une fois votre diagnostic de dermatite atopique posé, quel diagnostic donnez-vous au patient ?

Le diagnostic de dermatite atopique

Le diagnostic d'eczéma

Le diagnostic d'eczéma atopique

Autre :

11/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

12/Avez-vous déjà ressenti des difficultés dans la prise en charge des patients adultes atteints de dermatite atopique ?

Oui

Non

13/1. Lors du diagnostic de dermatite atopique, recherchez-vous des maladies associées ?

Non

Oui

13/2. Si oui, quelle(s) maladie(s) recherchez-vous ?

Une rhinite allergique

Un asthme allergique

Un eczéma de contact

Une allergie alimentaire

Un syndrome anxio-dépressif

Un trouble du sommeil

Partie 3 : traitements

14/1. Quel(s) est/sont pour vous le(s) traitement(s) de fond de la dermatite atopique de l'adulte ?

Les émoullients

Les dermocorticoïdes

La corticothérapie orale

Les antihistaminiques

L'éviction d'allergènes alimentaires

Une prise en charge psychologique

Des conseils hygiéniques (port de vêtements en coton, éviter les douches trop chaudes, préférer les savons doux)

Autre :

14/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

15/1. Quel(s) est/sont pour vous le(s) traitement(s) des poussées de la dermatite atopique de l'adulte ?

Les émoullients

Les dermocorticoïdes

La corticothérapie orale

Les antihistaminiques

Les antibiotiques locaux

Autre :

15/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

16/1. Devant quel(s) signe(s) clinique(s) de dermatite atopique prescrivez-vous des dermocorticoïdes ?

Dès l'apparition d'une lésion d'eczéma même minime

Uniquement si les lésions d'eczéma sont étendues ou invalidantes

Uniquement si les lésions d'eczéma sont persistantes après un premier traitement local

En cas de sécheresse cutanée

En cas de prurit

Autre :

16/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

17/1. Donnez-vous des conseils aux patients pour l'application des émoullients :

Oui

Non

17/2. Si oui, préconisez-vous :

Une application quotidienne sur l'ensemble du corps

Une application quotidienne sur les lésions d'eczéma

Une application uniquement si la peau est sèche

Autre :

17/3. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

18/1. Donnez-vous des consignes sur l'application des dermocorticoïdes :

Oui

Non

18/2. Si oui, préconisez-vous :

Une quantité prédéfinie de dermocorticoïdes à appliquer (nombre de tube ou autre)

Une durée prédéfinie du traitement (par exemple une semaine)

Une application jusqu'à disparition des lésions d'eczéma

De ne pas appliquer les dermocorticoïdes sans avis médical

19/1. Connaissez-vous l'unité phalange (unité de mesure pour l'application des dermocorticoïdes) ?

Oui

Non

19/2. Si oui, l'utilisez-vous en pratique :

Oui

Non

20/Abordez-vous lors de la première prescription de dermocorticoïdes :

Les éventuelles réticences du patient concernant le traitement ?

Oui

Non

Les effets secondaires des dermocorticoïdes ?

Oui

Non

Partie 4 : Évolution

21/Comment évaluez-vous la sévérité de la dermatite atopique :

Selon la surface corporelle atteinte

Selon la répercussion sur la qualité de vie du patient

Selon le nombre de poussées par an

Selon la quantité de dermocorticoïdes utilisés

Selon l'observance du traitement

Ne sais pas

22/1. Utilisez-vous un score de sévérité pour suivre la dermatite atopique de l'adulte ?

Oui

Non

22/2. Si oui le(s)quel(s) :

Le SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis)

Le DLQI (Dermatology Life Quality Index)

Un questionnaire de qualité de vie

Une échelle visuelle analogique de 0 à 10 concernant les symptômes de dermatite atopique tel que le prurit

23/1. Quel(s) est/sont pour vous la/les principale(s) raison(s) de l'échec du traitement lors d'une poussée de dermatite atopique :

Une inefficacité des dermocorticoïdes

Une application inadéquate des dermocorticoïdes (quantité, durée...)

Une inobservance thérapeutique

La sévérité de la dermatite atopique sous-jacente

Autre :

23/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

24/1. Chez qui adressez-vous le patient en cas d'échec des traitements :

Un dermatologue

Un allergologue

Un psychologue

Un confrère pratiquant l'hypnose

Autre :

24/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

25/De quel(s) outil(s) aimeriez-vous disposer pour améliorer le parcours de soins de vos patients atteints de dermatite atopique :

Une fiche sur l'innocuité des dermocorticoïdes à remettre au patient

Une fiche sur les conseils pratiques de prescriptions dans la dermatite atopique

Une fiche sur les conseils d'application des émoullients et des dermocorticoïdes

Une fiche d'information sur la maladie (cause, traitement, etc)

Une hotline téléphonique « dermatite atopique »

Une plateforme de télé-médecine spécialisée dans la dermatite atopique

Une application smartphone regroupant les fiches de conseils, d'information, les scores de sévérité pour la dermatite atopique

Autre :

25/2. Si autre, merci de préciser :

Votre réponse

Merci pour votre participation,

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de me laisser votre adresse mail :

Merci d'avoir participé à ce questionnaire,

Je vous joins des liens vers des documents utiles pour la prise en charge des patients atteints de dermatite atopique.

Annexes :

Fiche d'information sur l'unité phalange : <http://allergo.lyon.inserm.fr/fiches-patientes/L.unite.phalange.pdf>

Fiche d'information sur le traitement local de la dermatite atopique :

<http://allergo.lyon.inserm.fr/fiches-patientes/Fiche9.pdf>

Les dernières recommandations européennes 2018 sur la dermatite atopique :

http://allergo.lyon.inserm.fr/fiches-patientes/Recommandations_europeennes_pour_traitement_dermatite_atopique_2018.pdf

Lien vers la fondation dermatite atopique (site d'informations pour les professionnels et patients) : <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr>

Pour en savoir plus : <http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatite-atopique.htm>

Références

- [1] Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy* 2018;73(6):1284–93.
- [2] Zuberbier T, Orlov SJ, Paller AS, Taïeb A, Allen R, Hernanz-Hermosa JM, et al. Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118(1):226–32.
- [3] Ring J, Zink A, Arents BWM, Seitz IA, Mensing U, Schielein MC, et al. Atopic Eczema: Burden of disease and individual suffering - Results from a large EU-Study in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV* 2019.
- [4] Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide ? *J Allergy Clin Immunol* 2008;121(4):947–54 [e15].
- [5] Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, et al. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol* 2002;41(3):151–8.
- [6] Ivert LU, Johansson EK, Dal H, Lindelöf B, Wahlgren C-F, Bradley M. Association Between Atopic Dermatitis and Cardiovascular Disease: A Nationwide Register-based Case-control Study from Sweden. *Acta Derm Venereol* 2019.
- [7] Ariëns LFM, van Nimwegen KJM, Shams M, de Bruin DT, van der Schaft J, van Os-Medendorp H, et al. Economic Burden of Adult Patients with Moderate to Severe Atopic Dermatitis Indicated for Systemic Treatment. *Acta Derm Venereol* 2019.
- [8] Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32(5):657–82.
- [9] Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32(6):850–78.
- [10] Goujon C, Nicolas JF, Nosbaum A. Methotrexate in atopic eczema. Comments to: Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV* 2019;33(4):e154–5.
- [11] Stalder J-F, Aubert H, Anthoine E, Futamura M, Marcoux D, Morren M-A, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: International feasibility study of the TOPICOP score. *Allergy* 2017;72(11):1713–9.
- [12] Barbarot S, Beauchet A, Zaid S, Lacour J-P. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues : enquête nationale de pratique. *Ann Dermatol Vénérologie* 2005;132:283–95.
- [13] Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *Br J Dermatol* 1994;131(3):406–16.
- [14] Kalavala M, Mills CM, Long CC, Finlay AY. The fingertip unit: A practical guide to topical therapy in children. *J Dermatol Treat* 2007;18(5):319–20.
- [15] Garmhausen D, Hagemann T, Bieber T, Dimitriou I, Fimmers R, Diepgen T, et al. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients. *Allergy* 2013;68(4):498–506.
- [16] Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet Lond Engl* 2016;387(10023):1109–22.
- [17] Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pridie HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(6):1088–95.
- [18] Misery L. Retentissement de la dermatite atopique chez l'adulte. *Ann Dermatol Vénérologie* 2017;144:VS23–8.
- [19] Eckert L, Gupta S, Amand C, Gadkari A, Mahajan P, Gelfand JM. Impact of atopic dermatitis on health-related quality of life and productivity in adults in the United States: An analysis using the National Health and Wellness Survey. *J Am Acad Dermatol* 2017;77(2):274–9 [e3].
- [20] Jeon C, Yan D, Nakamura M, Sekhon S, Bhutani T, Berger T, et al. Frequency and Management of Sleep Disturbance in Adults with Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Dermatol Ther* 2017;7(3):349–64.
- [21] Pefura-Yone EW, Djenabou A, Balkissou AD. Dermatite atopique et somnolence diurne excessive : analyse des données de 8362 sujets adultes. *Rev Fr Allergol* 2019;59(3):259.
- [22] Kimata H. Prevalence of suicidal ideation in patients with atopic dermatitis. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36(1):120–4.
- [23] Yirmiya R, Rimmerman N, Reshef R. Depression as a microglial disease. *Trends Neurosci* 2015;38(10):637–58.
- [24] Farzanfar D, Dowlati Y, French LE, Lowes MA, Alavi A. Inflammation: A Contributor to Depressive Comorbidity in Inflammatory Skin Disease. *Skin Pharmacol Physiol* 2018;31(5):246–51.
- [25] Powell K, Le Roux E, Banks J, Ridd MJ. GP and parent dissonance about the assessment and treatment of childhood eczema in primary care: a qualitative study. *BMJ Open* 2018;8(2):e019633.
- [26] Barbarot S, Aubert H. Physiopathologie de la dermatite atopique: Pathophysiologie of atopic dermatitis. *Ann Dermatol Vénérologie* 2017;144:S14–20.
- [27] Lecocq T. Dermacorticophobie chez les internes en médecine générale [thèse]. Lyon: université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
- [28] Saeki H, Nakahara T, Tanaka A, Kabashima K, Sugaya M, Murota H, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis 2016. *J Dermatol* 2016;43(10):1117–45.