

# **PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

**Dr TECLESSOU**

# PLAN

- INTRODUCTION

- 1- Rappels

- Épidémiologie

- Éthiopathogénie

- 2- Diagnostics

- 3- Traitement/Recommandations

- CONCLUSION

# INTRODUCTION

- **Dermatite atopique (DA):** dermatose inflammatoire chronique et/ou récidivante survenant chez des sujets génétiquement prédisposés (atopie) au développement d'autres affections allergiques (asthme, conjonctivite allergique, rhinite ou rhinoconjonctivite, allergie alimentaire).
- synonyme: (eczéma atopique, eczéma constitutionnel)

**RAPPELS**

# Rappels: EPIDEMIOLOGIQUE

- DA: problème de santé publique (prévalence élevée)
- Prévalence mondiale en nette augmentation chez l'enfant et adulte de la DA: 13 %

# ETHIOPATHOGENIE

- La DA est la conséquence d'une réponse immunitaire cutanée issue d'interaction entre:
  - Facteurs environnementaux et inflammatoires (immunologiques)
  - Terrain génétique prédisposant.
- Il existe dans la DA une altération fonctionnelle de la barrière cutanée et donc la pénétration d'agents pathogènes entraînent le développement d'une réaction inflammatoire cutanée

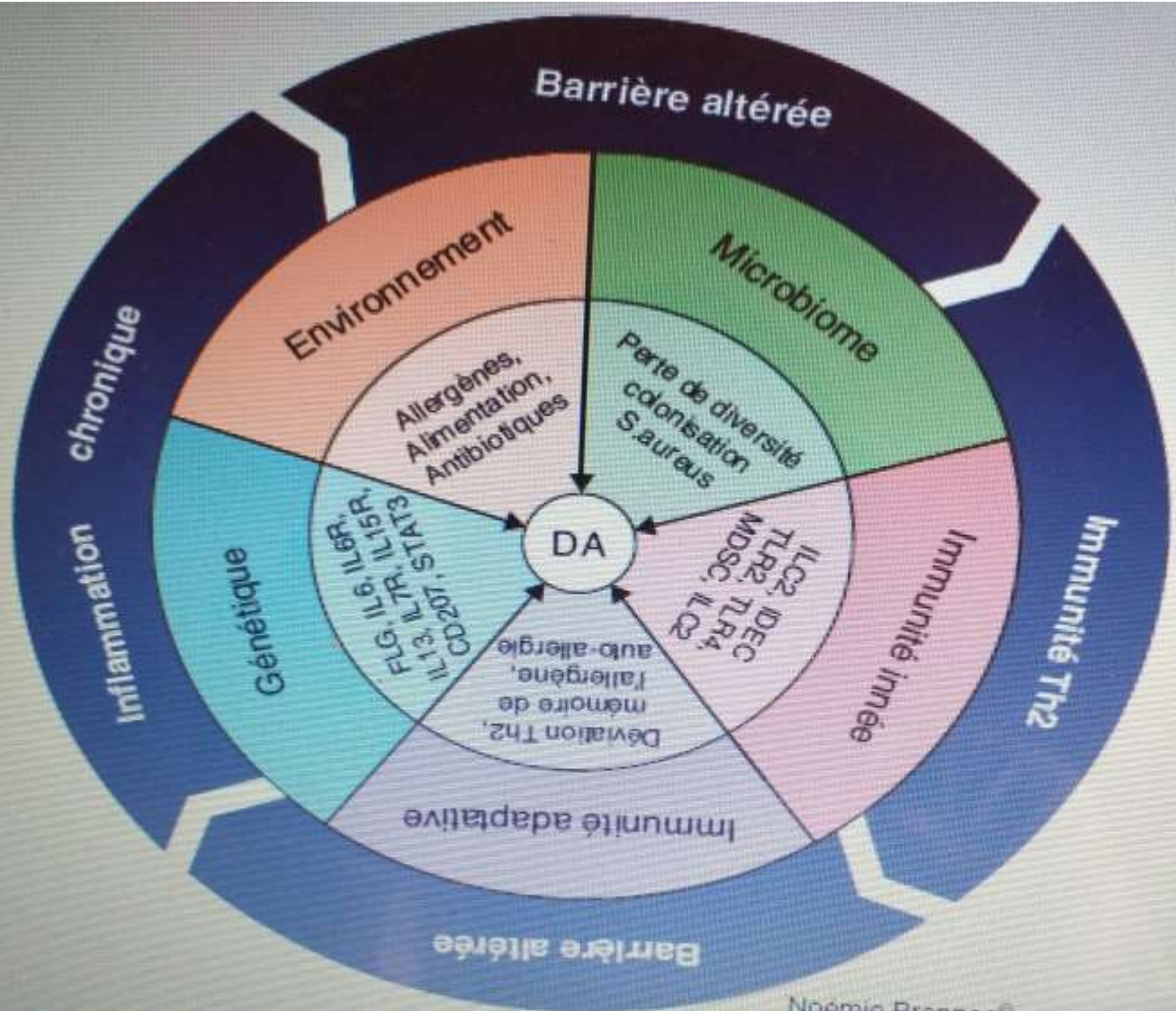


Figure 2. Représentation des différents facteurs intervenants dans la physiopathologie de la dermatite atopique. Schéma adapté de [42] par Noémie Bronnec.

Noémie Bronnec®

# Rappels: ETHIOPATHOGENIE

- **La** DA est une réaction d'hypersensibilité retardée avec:
- Phase de sensibilisation
  - Sujet prédisposé génétiquement,
  - Pénétration des allergènes de l'environnement par voie respiratoire, digestive ou cutanée (favorisée/anomalies barrière)
  - Ces allergènes sont pris en charge par les cellules de Langerhans et présentés aux LT au niveau du ganglion (où a lieu la sensibilisation).



# Rappels: ETHIOPATHOGENIE

- Phase de révélation
  - Expositions ultérieures aux allergènes
    - → activation de LT spécifiques d'allergène
    - → réaction cutanée inflammatoire.

Toutes nouvelles expositions entraineront les mêmes réactions cutanées.

**DIAGNOSTIC**

# CLINIQUE

- **DA du nourrisson (jusqu'à 2 ans)** = début: 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> mois, ou plus tôt.
- SF: Prurit, troubles du sommeil (ou équivalent).
- Prurigo fréquent, signe de Dennie-Morgan.
- **Lésions d'eczéma aigu** ou xérose cutanée permanente.
- Sièges: Zones convexes du visage et des membres; tronc, des régions retro-auriculaires, plis de flexion.
- Atteinte inflammatoire du cuir chevelu : squames jaunâtres, grasses.

# CLINIQUE

## □ *Enfant de plus de 2 ans :*

- Prurit avec excoriations et lichénification
- Xérose généralisée
- Lésions des plis et des zones bastions (poignets, mains, mamelons, chevilles).
- Eczématides au visage (lésions hypopigmentées, finement squameuses).



**Iconographic involvement of a skin fold in atopic dermatitis**

# CLINIQUE

- ❑ **Chez l'adulte:** Souvent aspect d'eczéma +/- lichénifié
- Les lésions sont hétérogène, avec une sémiologie superposable aux formes de DA de l'enfant; et des formes propres à l'adulte:
- Eczéma de la tête et du cou (Head and neck dermatitis)
- Eczéma des mains
- Prurigo nodulaire
- Eczéma diffus
- Eczéma nummulaire

# CLINIQUE

## □ Evolution de la DA chez l'enfant

- *Court terme*: Poussées- rémission; complications
- *A long terme* :disparition spontanément à l'âge de 2 ans possible; ou Complications

## □ Evolution de la DA chez l'adulte

- Poussées-remission (épreuve de travail), complications (infectieuses, érythrodermie, psychique)

# DIAGNOSTIC POSITIF

- Est clinique
  - Adulte: aspect clinique des lésions
  - Enfant: critères diagnostic (UKWP): Dc positif si présence d'un critère majeur associé à au moins 3 critères mineurs



# 2.1-DIAGNOSTIC POSITIF

- **Critères obligatoires**

- L'enfant a une dermatose prurigineuse **Ou**
- Les parents rapportent que l'enfant se gratte ou se frotte

- **Critères mineurs**

- Antécédents personnels de dermatite des plis de flexion (plis des coudes, creux poplités, faces antérieures des chevilles, cou) et /ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.
- Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).
- Antécédents de peau sèche généralisée au cours de la dernière année
- Eczéma des grands plis visibles ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessus de 4 ans.
- Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (si enfant de moins de 4 ans)

# DIAGNOSTIC POSITIF

- Score de sévérité (*National Institute for Health and Care Excellence*)

Sévérité	Manifestations
DA Faible	Peau normale, absence de signe de DA
DA Légère	Xérose cutanée, prurit peu fréquent avec ou sans lésions érythémateuses
DA modérée	Xérose cutanée, prurit très fréquent, lésions érythémateuses avec ou sans lichénification
DA sévère	Xérose cutanée diffuse, prurit intense, érythème (avec lésions de grattage, lichénification, lésions suintantes fissuraires)

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

## □ *Chez le nourrisson* :

- Dermatite Séborrhéique/ Leiner-Moussous: Débute entre 2<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> semaine, Siège: fesses, cuir-chevelu et secondairement les plis; Lésions érythémateuses, squameuses à limites nettes.
- Eczéma de contact: limité à la zone de contact
- Gale: prurit à recrudescence nocturne, siège des lésions

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

## ❑ *Chez l'enfant et l'adulte :*

- Eczéma de contact: siège à la zone de contact
- Psoriasis: lésions érythémateuses squameuses (squames grasse) prurigineuses. Signe de Brocq positif, siège (zones bastion)
- Prurigo: lésions papuleuses excoriées prurigineuses, sièges aux zones découvertes
- Lymphome: lésions érythémateuses infiltrées, adénopathies

**TRAITEMENT**

# TRAITEMENT

- **But**
  - Lutter contre inflammation
  - Rétablir barrière cutanée
  - Eviter récurrences et complications
  - Améliorer qualité de vie du patient

# TRAITEMENT

- ***Moyens***
  - Mesure d'hygiènes
  - Emollients ;
  - Psychothérapie
  - Médicaments:
    - ✓ Dermocorticoïdes
    - ✓ Immunomodulateurs topiques: tacrolimus
    - ✓ Photothérapie
    - ✓ Immunosuppresseurs : Ciclosporine
    - ✓ Biothérapies
    - ✓ Autres: Antihistaminiques, antibiotiques,

# TRAITEMENT

## □ Mesures d'hygiène et l'adaptation de l'environnement

- Bain court quotidien,
- Eau tiède,
- Eviter des bains chauds prolongés
- Gel ou pain sans savon, doux non parfumé
- Privilégier les textiles vestimentaires doux (éviter laine, nylon)
- Bain quotidien d'eau de javel dilué (1/2 verre) au Etats-Unis:  
(controversé en Europe)



# TRAITEMENT

□ **Emollients:** pierre angulaire du traitement

- Incorporé au régime quotidien de soins du patients
- Réduisent les signes et symptômes de la DA (xérose, prurit) et la perte d'eau transépidermique
- Améliorant la fonction globale de la barrière cutanée
- Réduit les besoins/utilisation des dermocorticoïdes

# TRAITEMENT

- Pas de preuve de choix préférentiel
- Les pommades: forte proportion en lipides, action plus longue
- Appliquer sans frotter

# TRAITEMENT

## □ Dermocorticoïdes

- Action anti-inflammatoire, immuno-suppressive et antimitotique.
- Pilier du traitement des psoriasis
- Efficace dans 80% des cas
- 4 classes: très forte, forte, modérée, faible
- Plusieurs formes: Crème (lésions humides), pommade (lésions sèches, lichénifiée), gel, lotion

# TRAITEMENT

- Choix: fonction de l'âge du patient, site d'application, aspect des lésions
- Quantité : règle de la phalange (dernière phalange de l'index = 2 paumes de main adulte).
- Nombre d'application: 1 à 2 fois/ jour ;
- Duré: jusqu'à disparition des lésions

# TRAITEMENT

- **Effets secondaires cutanés** (sont rares): atrophie cutanée, vergetures, hypopigmentation, acné
  
- **Effets secondaires systémiques** (utilisation prolongée, dermocorticoïdes de forte activité, grande surface) : HTA, diabète, ralentissement de la croissance \*\*

# TRAITEMENT

- **Wet wrapping** (au cours de la corticothérapie)
- La corticothérapie locale sous double bandage (une couche de bande humidifiée, une couche de bande sèche) reste très utilisée dans la prise en charge des DA sévères.
- Nécessite une équipe paramédicale formée.
- Eviter la corticophobie (impact négatif sur l'adhésion thérapeutique).

# TRAITEMENT

- ❑ **Immunomodulateurs topiques** (Inhibiteurs de la calcineurine): pimécrolimus 1% et le tacrolimus (0,03% et 0,1%)
  - Inhibent l'activation des LT dépendantes de la calcineurine, bloquant ainsi les cytokines pro-inflammatoires
  - Monothérapie ou association avec des dermocorticoïdes

# TRAITEMENT

- Efficacité similaire aux dermocorticoïdes:  
(tacrolimus 0,1% = corticoïdes très forte,  
pimécrolimus 1% = corticoïdes forte ou modérés)
- Effets secondaires locaux: picotements, brûlures
- N'induisent pas d'atrophie cutanée



# TRAITEMENT

## ☐ **Photothérapie**

- Les UVB naturels à bande étroite et à large bande, et les UVA peuvent être utilisés
- Photosensibilisateur: psoralène topique ou oral peuvent être utilisés
- Enfants (8 à 10 ans), adultes
- Effets indésirables: érythème local, brûlures, risque de cancer de la peau

# TRAITEMENT

## ❑ Immunosuppresseur:

- ❖ **Ciclosporine:** inhibe la calcineurine, diminue l'activité des LT
- Posologie: fonction de l'âge, gravité de la DA, comorbidités.  
2,5-5 mg/jour pendant 6 semaines. Puis ajusté à la faible dose efficace.
- Effets secondaires: néphrotoxicité, HTA, l'infection, lymphome  
....
- Interactions médicamenteuse: antipaludiques, azolés, ....

# TRAITEMENT

- ❖ **Méthotrexate** inj/cp (10-22,5 mg ou 0,2 à 0,7mg/kg/ semaine).
- Inhibe l'activation des lymphocytes T
- Effet maximal obtenir au bout de 10 semaines
- Puis réduction progressive en faveur de traitement d'entretien
- En absence de réponse après 12 à 16 semaines: échec
- Effets secondaires: toxicité hépatique, rénale,...
- Utiliser chez enfants et adultes

# TRAITEMENT

## ❖ Mycophénolate Mofétil

- bloque sélectivement la synthèse des purines dans les lymphocytes B et T .
- 0,5 à 3 g par jour
- Peut d'étude ont évalué l'efficacité

# TRAITEMENT

## ❖ L'azathioprine

- Effets sur les LT et LB
- Posologie: 1,5-2,5 mg / kg / jour.
- Utilisation or AMM, DA réfractaire
- Effets secondaires: infection, lymphome

## □ Corticothérapie systémique:

- Risque-bénéfice défavorable

# TRAITEMENT

## □ Biothérapies:

- Le Dupilumab (Dupixent®), un anticorps monoclonal humain. Inhibe les récepteurs IL-4 et IL-13, réduisant ainsi la réponse inflammatoire à médiation immunitaire améliorant ainsi les symptômes

# TRAITEMENT

- Indications
  - Emollient quelque soit le stade de DA

<b>DA SÉVÈRE:</b> SCORAD > 50 / ou DA persistant	Hospitalisation, immunosuppression systémique: cyclosporine A , méthotrexate, azathioprine, mycophénolate de mofétil
<b>DA MODÉRÉ:</b> SCORAD 25-50 / ou DA récurrent	Dermocorticoïdes, tacrolimus , thérapie d'enveloppement humide, PUVA thérapie (UVB) , conseil psychosomatique
<b>LÉGÈRE:</b> SCORAD <25 / ou DA transitoire	Dermocorticoïdes; inhibiteurs topiques de la calcineurine , conseils
<b>FAIBLE</b>	Education, émoullients, bain d'huiles, éviction des allergènes (tests )



# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Recommandations sur les dermocorticoïdes**
  - Doivent être utilisés lors des poussées
  - Enveloppements humides dans DA sévère (accroît efficacité).
  - La thérapie proactive (exemple: application bi-hebdomadaire dans le suivi à long terme) peut aider à réduire les poussées

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Le traitement proactif peut être utilisé pendant au moins 20 semaines.
- La corticophobie doivent être reconnues et prises en compte de manière adéquate pour améliorer l'observance

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Inhibiteurs topiques de la calcineurine (IC)
  - Sont à utiliser lors des poussées
  - Débuter par les dermocorticoides avant le relais pas les IC
  - Les IC sont particulièrement indiqués dans les zones à peau sensible (visage, plis, régions anogénitale).
  - Un traitement proactif (tacrolimus 2f/semaine) peut réduire les poussées

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Recommandations Photothérapie**

- Les UVA1 à dose moyenne et les UVB à bande étroite sont recommandés pour le traitement de DA chez l'adultes.
- Un traitement concomitant par des dermocorticoïdes et des émoullients topiques doit être envisagé au début de la photothérapie afin de prévenir les poussées.
- Le traitement par PUVA n'est pas un traitement de premier choix

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Traitement antihistaminique**
  - Les corticostéroïdes topiques sont recommandés pour contrôler le prurit lors des poussées de DA
  - Les inhibiteurs topiques de la calcineurine sont recommandés pour contrôler le prurit
  - L'utilisation systématique d'antihistaminiques n'est pas recommandé comme traitement adjuvant lors des poussées

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Antihistaminiques peuvent être essayés pour le traitement du prurit lors de la DA si le traitement standard avec les dermocorticoïdes et les émoullients n'est pas suffisant.
- L'utilisation à long terme d'antihistaminiques sédatifs pendant l'enfance peut affecter la qualité du sommeil et n'est donc pas recommandée.

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Recommandations traitement anti infectieux**
  - Antibiothérapie systémique de courte durée en cas d'impétiginisation
  - Antibiothérapie locale n'est pas recommandée (risque de résistances).
  - Antiseptiques: en présence de signes cliniques de surinfection bactérienne
  - Surinfection herpétique: antiviral systémique (aciclovir )

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Recommandations corticoïdes oraux**
  - Un traitement à court terme (maximum une semaine) avec des corticoïdes oraux peut être une option lors de poussées aiguë **dans des cas exceptionnels**
  - La dose quotidienne doit être ajustée pour ne pas dépasser 0,5 mg / kg
  - L'utilisation à long terme de corticoïdes orale n'est pas recommandée.



# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Immunosuppresseurs: Cyclosporine, Azathioprine, MTX**
  - La cyclosporine peut être utilisée dans les cas de DA sévère ou chroniques réfractaire ou grave (hors AMM).
  - AZA peut être utilisé (hors AMM) si la cyclosporine est inefficace ou contre-indiquée.
  - MTX peut être utilisé (hors AMM) posologie similaire à celui du psoriasis

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Recommandations Agents biologiques**
- Le Dupilumab est recommandé en cas de DA modéré à grave, lorsque le traitement topique est insuffisant et les autres traitements systémiques déconseillés.
- Il doit être associé à des émoullients et peut être associé à des dermocorticoïdes.

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Mesures générales et stratégies d'évitement**
  - Identifier et évité des facteurs déclenchant: permet une phases de rémission longue ou la disparition totale des symptômes
  - **Facteurs/substances pouvant irriter la peau et déclenchés des poussées:** irritants mécaniques (vêtements), chimique (acides, agents de blanchiment,) ou biologique (allergènes, microbes).  
Polluants atmosphériques (tabac, gaz d'échappement...)

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Allergène respiratoire:**
- Augmentation de la perméabilité de la peau aux allergènes inhalés chez les patients présentant des anomalies de la barrière (*Dermatophagoides pteronyssinus* et *D. farinae*); et aux pollens
- Les mesures de nettoyage normales n'aident que très peu à réduire les allergènes d'acariens

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Préféré les couverture et pijama anti acarien.
- Prévention des pollens difficiles
- Exposition au phanères de chat est un facteur de risque; contrairement à celui du chien qui n'est pas prouvé

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

## Vêtements et textiles - allergènes de contact

- Éviter les vêtements synthétiques et trop occlusive qui entraîne une irritation
- Les cosmétiques parfumés doivent être évité
- Des conseils doivent être donnés sur le choix de la profession (éviter profession exposant à des allergènes)

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

## Émollient et soin de la peau:

xérose cutanée = signe constant de DA

- Bain courte avec savon non irritant et peu allergisant
- Une étude a montré que les enfants baignant dans une eau de Javel à 0,005% présentaient une amélioration de leurs DA.
- Bain avec eau de javel réduirait l'utilisation de dermocorticoïdes

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Les additifs de bain contenant des protéines (huile d'arachide) doivent être évités avant l'âge de 2 ans
- Application des émoullients: au moins deux fois par jour
- **Huile pure** (beurre de karité, huile de coco...) **assèche la peau**, augmente la perte d'eau trans-épidermique et n'est donc pas recommandée.



# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- Éviter émollient à base d'urée chez l'enfant (trouble rénale). Glycérol est mieux toléré
- Les émollients avec une teneur plus élevée en lipides sont préférables en hiver (harmattan)

# TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

- **Allergènes alimentaires, pré- et probiotiques**
  - Peuvent déclencher ou entretenir des poussées
  - Aliments souvent en cause: lait de vache, œuf, arachide, soja, noix, poisson et fruits de mer
- Sensibilisations aux allergènes sont diagnostiqués sur la base de l'histoire et des tests (atopie patch test)
- Régime d'éviction (après les prick test, TPO) doit être respecté.

# CONCLUSION

# CONCLUSION

- La DA est une affection fréquente tant chez l'enfant que l'adulte
- Les dermocorticoïdes restent un traitement de choix de la maladie
- Les immunosuppresseurs peuvent être utilisés dans des formes sévères ou réfractaires
- Les mesures d'hygiène (hydratation, vêtements, éviction d'allergènes) ont une part importante dans la prise en charge

# REFERENCES

- Thomas Werfel. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis
- Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I and part II. JEADV 2018, 32, 657–682
- Thomas W. Novel systemic drugs in treatment of atopic dermatitis: results from phase II and phase III studies published in 2017/2018
- Wongpiyabovorn J. **Effect of Tarcolimus on Skin Microbiome in Atopic Dermatitis**
- Lynch MD, Sears A, Cookson H et al. Disseminated coxsackievirus A6 affecting children with atopic dermatitis. Clin Exp Dermatol 2015; 40: 525–528.
- Kaffenberger BH, Mathis J, Zirwas MJ. A retrospective descriptive study of oral azole antifungal agents in patients with patch test-negative head and neck predominant atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2014; 71: 480–483.

MERCI