

15 questions sur la dermatite atopique

A destination des patients ou de leur entourage

Un document rédigé par les dermatologues du Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT de la Société Française de Dermatologie et par le groupe Dermatite atopique de l'Académie Européenne de Dermatologie et Vénérologie (European Task Force on Atopic dermatitis-ETFAD-EADV).

1. Qu'est-ce que la dermatite atopique ?

L'eczéma est un terme général pour décrire la peau qui est enflammée (rouge, gonflée, qui pèle et qui démange). La forme la plus fréquente de l'eczéma est la dermatite atopique (DA) maladie également connue sous le nom d'eczéma atopique. La meilleure façon de savoir si vous ou votre enfant est atteint d'une DA (et non pas une forme différente d'eczéma ou une autre maladie de peau) est de consulter un médecin qui connaît cette maladie. Les dermatologues, les pédiatres, les allergologues et les médecins généralistes sont formés pour diagnostiquer et parfois pour traiter cette maladie. Il n'y a habituellement pas besoin d'un test sanguin ou d'un test d'allergie cutané pour savoir si vous avez une DA.

2. Quelle est la fréquence de la dermatite atopique ?

La DA est une maladie fréquente. 10-15% des enfants et environ 3-5% des adultes en sont atteints en Europe, mais cette fréquence peut varier selon les zones géographiques. La DA semble être plus fréquente dans les grandes villes et dans les pays industrialisés que dans les zones rurales. La raison en est encore mal connue, mais l'environnement et le style de vie sont probablement en cause.

3. Comment reconnaître la dermatite atopique ?

Les adultes et les enfants atteints de DA présentent généralement des plaques rouges symétriques, sèches et qui démangent. Ces plaques peuvent être situées sur les joues (en particulier chez les bébés), les bras, les jambes, les poignets et touchent souvent les plis des coudes et des genoux.

Cependant, l'emplacement des lésions de DA est variable selon les patients et peut se situer n'importe où sur la peau. Parfois, la peau a tendance à s'épaissir quand la DA dure depuis longtemps. Pendant les poussées, la peau peut suinter ou parfois saigner, surtout après des crises de démangeaison intenses. La DA en poussée cause toujours des démangeaisons, et parfois de la douleur ou des sensations de brûlure.

4. Quelle est la cause de la dermatite atopique ?

On ne connaît pas précisément la cause de la DA et il n'y a probablement pas une seule cause de DA. Plusieurs facteurs innés et acquis interagissent les uns avec les autres pour produire la maladie. On sait qu'il existe dans la DA à la fois un fonctionnement anormal du système immunitaire (défense de l'organisme) et un fonctionnement anormal de la peau, qui est plus poreuse aux irritants et aux allergènes.

5. La dermatite atopique est-elle une allergie ?

On peut résumer en disant que la DA est une maladie complexe qui comporte une part allergique. L'allergie est une réaction inadaptée du système immunitaire à des substances normalement inoffensives, comme par exemple les pollens, certains aliments, les acariens. Chez certains patients atteints de DA, ces allergènes peuvent déclencher des poussées de la maladie. Cependant, la grande majorité des patients n'est pas obligée de suivre un régime alimentaire particulier. Tous les régimes alimentaires proposés, en particulier ceux destinés aux enfants, doivent être discutés avec un médecin, car un régime peut être plus dangereux qu'utile.

6. Comment évolue la dermatite atopique ?

La DA est une forme d'eczéma qui commence le plus souvent dans la petite enfance, et s'améliore souvent quand l'enfant grandit, mais persiste parfois jusqu'à l'âge adulte. Chez certains patients, la DA peut même commencer à l'âge adulte. Le début précoce de la maladie et l'association à l'asthme et au rhume des foies sont des facteurs connus de maladie persistante.

7. Qu'est-ce qu'une poussée ?

Une poussée (ou une crise) est une période où le patient souffre de démangeaisons sévères avec une peau douloureuse très enflammée. Certaines personnes peuvent avoir une alternance de poussées et de phases plus calmes. Cependant, même entre les poussées, la peau réagit souvent aux changements de température, au stress ou aux produits irritants pour la peau. Lorsque la peau d'un patient atteint de DA est constamment irritée et enflammée, il est difficile d'identifier les poussées.

8. Quelles sont les causes de poussée chez les patients atteints de dermatite atopique ?

Les facteurs provoquant des poussées varient d'un malade à l'autre. Certains facteurs bien connus sont les changements météorologiques, les douches chaudes, les bains

moussants, les savons, la chaleur, la laine, les parfums, certains produits d'hygiène pour la peau, la sueur, le stress ou la consommation de certains aliments. De plus, les infections bactériennes et virales peuvent aggraver la DA. Les poussées sont habituellement plus fréquentes par temps froid et sec. Au contraire, beaucoup de patients sont améliorés en été avec une exposition modérée au soleil.

9. Quelles sont les conséquences des formes graves de dermatite atopique ?

La DA sévère est susceptible de causer une perte de sommeil, de la fatigue, un stress chronique et même de la dépression. La DA peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients quel que soit leur âge, mais également sur leur entourage. Il est très important de parler à votre médecin si vous sentez que votre maladie vous rend triste ou perturbe votre vie sociale ou personnelle. Un enfant souffrant de troubles du sommeil causés par la DA peut avoir des problèmes de scolarité. De même, les adultes peuvent être gênés dans leurs activités professionnelles.

10. Trois choses importantes à savoir sur le traitement de la dermatite atopique :

Il est très important de comprendre 3 points pour éviter les malentendus avec les médecins et autres intervenants du système de santé :

1. La DA est une maladie chronique, c'est à dire une maladie qui dure plusieurs années dans la plupart des cas. Cela ne signifie pas que vous ou votre enfant aurez une DA pendant toute votre vie. La plupart des enfants ont une DA qui s'améliore quand ils grandissent. De même, pour les adultes souffrant de DA, il y a souvent des périodes calmes et de stabilisation de la maladie.
2. La DA n'est pas due à une réaction allergique à un seul allergène, mais des allergies, comme par exemple aux aliments, peuvent coexister avec la DA et parfois déclencher des poussées.
3. Si l'on ne peut pas guérir la DA par un simple traitement de courte durée (comme c'est le cas par exemple pour une infection qui est guérie par des antibiotiques), il est possible de contrôler les manifestations de la DA sur le long terme pour que les patients aient une vie aussi normale que possible. Un traitement bien conduit peut améliorer significativement la qualité de vie des patients atteints de DA.

11. Comment traiter les poussées de dermatite atopique au quotidien ?

- Les médicaments les plus fréquemment utilisés pour traiter les plaques rouges sont les stéroïdes topiques (dermocorticoïdes). Habituellement, ils sont appliqués une seule fois par jour, de préférence le soir.
- Les dermocorticoïdes sont disponibles en plusieurs puissance/force d'action (on distingue en pratique quatre classes de puissance croissante : légère, modérée, forts ou très forts) et différentes formulations (crèmes, pommades, lotions, mousses). Votre médecin vous prescrira la puissance et la formulation les plus adaptées en fonction de l'âge et des localisations de la DA.
- Un autre médicament fréquemment utilisé pour traiter les plaques de DA est le tacrolimus pommade (PROTOPIC, TAKROZEM), un inhibiteur de la calcineurine.
- Il est important de traiter les plaques de DA avec les dermocorticoïdes ou le tacrolimus pommade, car c'est le meilleur moyen de réduire les démangeaisons et le grattage, qui perpétuent la maladie en un cercle vicieux.
- Les antihistaminiques sont rarement utiles pour traiter les démangeaisons dans la DA, mais ils sont parfois utilisés pour leurs propriétés sédatives.
- Le traitement de la DA par les dermocorticoïdes ou le tacrolimus contribue à renforcer la barrière cutanée.
- Ces produits doivent être appliqués jusqu'à disparition des démangeaisons et des lésions visibles de DA jusqu'à ce que la peau reprenne son aspect normal. Il est très important de ne pas arrêter trop tôt le traitement pour éviter un rebond de la maladie. Une réduction progressive des applications est souhaitable et un traitement de prévention des poussées 2 à 3 fois par semaine au long cours est souvent préconisé.
- Il est important de démarrer ce traitement local dès que la poussée de DA apparaît, quand la peau devient rose et légèrement rugueuse. Si vous attendez longtemps avant de commencer le traitement, il sera beaucoup plus difficile de traiter efficacement une poussée étendue.
- Parfois, votre médecin prescrira des bandages humides sur les applications de dermocorticoïdes (« wet wraps ») afin d'améliorer l'efficacité du traitement.

L'application régulière de crèmes émollientes/hydratantes au long cours est très utile pour réduire la sensation de peau sèche, renforcer la barrière cutanée et pour prévenir les

poussées. Votre médecin vous conseillera dans le choix de ces produits. Cependant, les crèmes émoullientes/hydratantes seules ne sont pas suffisantes pour traiter une poussée de DA.

12. Les dermocorticoïdes sont-ils dangereux ?

Les dermocorticoïdes sont généralement très efficaces et sûrs, mais les patients atteints de DA ont souvent peur de les utiliser. Les dermocorticoïdes doivent être différenciés des corticoïdes oraux (administrés en comprimé ou sirop). Les DC sont beaucoup plus sûrs que les corticostéroïdes oraux, car ils sont appliqués directement sur la peau enflammée sans affecter le corps entier. Les effets secondaires sont très rares lorsque les dermocorticoïdes sont utilisés dans la DA en poussée selon la prescription d'un médecin. De plus, ils sont utiles pour le traitement d'entretien afin d'éviter les poussées. Cependant, si vous êtes un adulte ou un adolescent atteint de DA, vous devez vous méfier de deux situations particulières pour éviter les effets secondaires :

- Les dermocorticoïdes puissants ne doivent pas être appliqués quotidiennement sur le visage pendant plus d'un mois, car ils peuvent entraîner une fragilité et une rougeur de la peau. L'utilisation intermittente, par exemple tous les deux jours ou deux fois par semaine réduira le risque d'effets secondaires.
- L'application de dermocorticoïdes au niveau des cuisses et de la poitrine (chez les femmes) pendant de longues périodes peut induire des vergetures, en particulier chez les adolescent(e)s. De même, les femmes enceintes atteintes de DA doivent appliquer avec prudence les dermocorticoïdes sur l'abdomen afin d'éviter les risques de vergetures.

13. Le tacrolimus pommade dans la dermatite atopique

Votre dermatologue vous a peut-être prescrit du tacrolimus pommade (PROTOPIC, TAKROZEM). C'est un traitement local sans corticoïde, qui fait partie des « inhibiteurs de la calcineurine ». Ce produit n'est pas plus efficace que les dermocorticoïdes, mais peut être particulièrement utile si vous avez une DA atteignant le visage ou les paupières afin d'éviter les applications de dermocorticoïdes sur cette zone. Il peut également être utile pour traiter d'autres parties du corps pendant la phase d'entretien du traitement pour prévenir les poussées de DA. Le tacrolimus est sans danger pour les enfants et les adultes. Il n'y a aucune preuve que ce produit puisse causer un cancer. Ces produits ne provoquent pas de vergetures, mais peuvent provoquer une sensation de

brûlure, surtout en début de traitement.

14. Et les infections cutanées ?

Si vous souffrez de DA, vous avez peut-être eu un ou plusieurs épisodes d'infection cutanée.

- La barrière cutanée est fragile chez les personnes souffrant de DA et certains microbes potentiellement dangereux tels que le staphylocoque doré sont détectés à la surface de la peau, même sur la peau non enflammée. Les infections cutanées dues au staphylocoque doré peuvent provoquer des croûtes jaunes sur la peau et aggraver la DA. Ce type d'infection peut nécessiter un traitement avec des antibiotiques prescrits par votre médecin, mais peut souvent être traité en traitant plus intensément l'eczéma avec des dermocorticoïdes. Les bains de javel diluée, ainsi que d'autres désinfectants, peuvent également être utiles pendant une courte durée. Consultez votre médecin si la situation ne s'améliore pas.
- Les patients atteints de DA peuvent également présenter des épisodes d'infection cutanée causée par un virus herpès. Il est conseillé aux personnes de l'entourage ayant une poussée d'herpès (comme les boutons de fièvre) d'éviter tout contact avec les personnes souffrant de DA.

15. Quand et comment traiter la dermatite atopique avec des médicaments systémiques ?

La plupart des patients atteints de DA peuvent être traités avec une combinaison d'émollients et de crèmes anti-inflammatoires topiques. La DA sévère peut justifier la prescription de médicaments dit systémiques pour obtenir le contrôle de la maladie. Ces médicaments peuvent être administrés par voie orale sous forme de comprimés ou par injections sous-cutanées. Les corticostéroïdes oraux présentent un risque d'effet indésirable et de rebond de la DA lors de l'arrêt, et peu de bénéfice. Ils doivent donc être évités. La ciclosporine est un médicament immunosuppresseur en comprimés, qui est efficace rapidement mais qui doit être prescrit sur une période limitée dans le temps. Les biothérapies comme le dupilumab (DUPIXENT), le tralokinumab (ADTRALZA) et le lebrikizumab (EBGLYSS) sont des médicaments injectables qui peuvent être prescrits chez l'adulte et l'adolescent, mais aussi dans les cas les plus sévères chez l'enfant pour le dupilumab. Les inhibiteurs de JAK, prescrits par voie orale (baricitinib OLUMIANT, upadacitinib RINVOQ, abrocitinib CIBINQO), peuvent également être proposés en cas de besoin d'un traitement systémique. Les inhibiteurs de JAK ne peuvent actuellement pas être prescrits en dehors d'un cadre hospitalier, contrairement aux biothérapies. C'est votre dermatologue (ou votre allergologue pour les biothérapies) qui pourra vous guider pour

choisir le traitement qui vous convient le mieux.

Sébastien Barbarot, Christian Vestergaard, Andreas Wollenberg au nom de l'ETFAD; Octobre 2017

Adaptation/Traduction Alain Taïeb Novembre 2017

Version validée par le Groupe d'Etude de l'Eczema Atopique (GREAT) de la SFD en 2019, mis à jour en juillet 2025.