

# Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant

## Texte des recommandations

### PROMOTEUR



### COPROMOTEURS

Association des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue Française  
Association Française de Pédiatrie Ambulatoire  
Association Nationale de Formation Continue en Allergologie  
Collège National des Enseignants de Dermatologie et Vénérologie  
Collège National des Généralistes Enseignants  
Fédération Française de Formation Continue en Dermato-Vénérologie  
Groupe d'Étude et de Recherche en Dermato-Allergologie  
Société Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique  
Société Française d'Immunologie  
Société Française de Dermatologie Pédiatrique  
Société Française de Pédiatrie

### COMITÉ D'ORGANISATION

Jean-Philippe Lacour, Président. Dermatologue, Nice  
Béatrice Crickx. Dermatologue, Paris  
Christophe Dupont. Pédiatre, Paris  
Jean-François Fontaine. Allergologue, Reims  
Yvon Lebranchu. Immunologiste, Tours  
Ludovic Martin. Dermatologue, Orléans  
Michel Navel. Pédiatre, Ancenis  
Jean-Baptiste Sautron. Médecin généraliste, Bagnols-en-Forêt  
Jean-François Stalder. Dermatologue, Nantes

### AVEC LA PARTICIPATION DE

Association Consensus en Dermatologie

Conférence de consensus organisée selon la méthodologie de l'ANAES

### JURY

Jean-François Stalder, Président. Dermatologue, Nantes  
Pierre Armingaud. Dermatologue, Orléans  
Sylvie Aulanier. Médecin généraliste, Le Havre

Thierry Bourrier. Pédiatre, Allergologue, Nice  
Jérôme Castanet. Dermatologue, Monaco  
Philippe Célerier. Dermatologue, Le Mans  
Marie-Sylvie Doutre. Immunologiste, Dermatologue, Bordeaux.  
Marie-Françoise Fardeau. Allergologue, Les Milles  
Nicolas Kalach. Pédiatre, Lille  
Christine Labreze. Dermatologue, Bordeaux  
Pierre Le Mauff. Médecin généraliste, La Roche-sur-Yon  
Sylvie Monpoint. Dermatologue, Montpellier  
Françoise Rembert-Sagot. Pédiatre, Allergologue, Dunkerque  
Lyonel Rossant. Pédiatre, Nice

### EXPERTS

Sébastien Barbarot. Dermatologue, Nantes  
Christine Bodemer. Dermatologue, Paris  
Delphine de Boissieu. Pédiatre, Paris  
Franck Boralevi. Dermatologue, Bordeaux  
Frédéric Cambazard. Dermatologue, Saint-Etienne  
Jean-Marc Chavigny. Dermatologue, Allergologue, Nantes  
Gisèle Kanny. Médecin interniste, Allergologue, Nancy  
Laurent Misery. Dermatologue, Brest  
Jean-François Nicolas. Immunologiste, Dermatologue, Lyon  
Patrice Plantin. Dermatologue, Quimper  
Yves de Prost. Dermatologue, Paris  
Fabienne Rancé. Pédiatre, Allergologue, Toulouse  
Pierre Scheinmann. Pédiatre, Allergologue, Paris  
Alain Taieb. Dermatologue, Bordeaux

### GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

Frédéric Bérard. Immunologiste, Lyon  
Claire Bernier. Dermatologue, Nantes  
Christine Chiaverini. Dermatologue, Nice  
Mathilde Kemula. Dermatologue, Paris  
Emmanuel Mahé. Dermatologue, Paris  
Brigitte Nicolie. Allergologue, Angers  
Nhan Pham Thi. Pédiatre, Paris

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par les laboratoires : 3M Santé, Fujisawa, Galderma International, GlaxoSmithKline, LEO Pharma, Novartis Pharma, Pierre Fabre Dermatologie, Schering-Plough, UCB Pharma.

## AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

## LES QUESTIONS POSÉES AU JURY

QUESTION 1 : Quelle est l'histoire naturelle de la dermatite atopique, quelle est son épidémiologie, quelles sont ses bases physiopathologiques ?

QUESTION 2 : Quelle est l'utilité des examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ?

QUESTION 3 : Quel est le traitement des poussées de dermatite atopique de l'enfant ?

QUESTION 4 : Quels sont les mesures adjuvantes et les moyens de prévention des poussées de la dermatite atopique de l'enfant ?

QUESTION 5 : Quelle prise en charge pour les dermatites atopiques sévères de l'enfant ?

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique qui débute chez le nourrisson et atteint surtout les enfants. La DA a fait l'objet d'un grand nombre de travaux scientifiques, mais elle reste sujette à controverses. En effet, les différences d'attitude de prise en charge médicale sont importantes et participent à la fréquence des échecs thérapeutiques.

Une conférence de consensus a été réalisée sous les auspices de la Société Française de Dermatologie selon la méthodologie de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) [1] avec la participation de toutes les spécialités médicales concernées (pédiatres, allergologues, dermatologues, médecins généralistes, immunologistes). La méthodologie et les objectifs de cette conférence de consensus ont été détaillés dans un texte publié [2].

Les objectifs de cette conférence ont été d'améliorer la prise en charge de la maladie, de simplifier et d'harmoniser les pratiques pour l'ensemble des soignants concernés.

Deux textes court et long de recommandations ont été rédigés par le jury de la conférence. Les recommandations proposées par le jury ont été classées en grades A, B ou C en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature. Celles pour lesquelles le grade n'est pas mention-

né explicitement dans le texte doivent être considérées comme des recommandations de grade C. Quand le niveau de preuve scientifique fourni par l'analyse de la littérature était trop faible, le jury a tenu compte des pratiques professionnelles en tentant de faire des propositions de bon sens.

Le texte ci-dessous est le texte court des recommandations professionnelles.

### Question 1 : Quelle est l'histoire naturelle de la dermatite atopique, quelle est son épidémiologie, quelles sont ses bases physiopathologiques ?

#### DÉFINITION

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire, qui touche préférentiellement le nourrisson. L'atopie regroupe la DA, l'asthme et la rhino-conjonctivite allergique. Le diagnostic de la DA est clinique et validé sur les critères de la *United Kingdom Working Party* comme une dermatose prurigineuse, récidivante, touchant avec prédilection les plis de flexion.

#### L'ASPECT CLINIQUE DE LA DA VARIE SELON L'ÂGE

La DA débute dès les premières semaines de la vie par une atteinte symétrique prédominant sur les

convexités du visage et des membres. Une sécheresse cutanée (xérose) est fréquente. Le prurit est constant après l'âge de 3 mois, souvent associé à des troubles du sommeil. L'aspect des lésions varie selon le moment de l'examen (poussées ou rémission).

#### *Chez l'enfant après 2 ans*

Les lésions sont localisées aux plis (cou, coudes, genoux) et aux extrémités (mains et poignets, chevilles). La lichénification (épaississement de la peau) est un symptôme fréquent et témoigne d'un prurit localisé persistant.

#### *Chez l'adolescent*

La majorité des DA disparaît dans l'enfance. Quand la DA persiste à l'adolescence la lichénification et la xérose sont fréquentes. Par ailleurs, l'atteinte du visage et du cou sous forme d'un érythème est caractéristique.

#### D'AUTRES MANIFESTATIONS ATOPIQUES PEUVENT S'ASSOCIER À L'ECZÉMA

Une allergie alimentaire, le plus souvent avant 3 ans, un asthme dans 1/3 des cas, une rhinite allergique peuvent survenir chez ces enfants. Le risque de survenue de ces manifestations dépend de l'âge de début de la DA et varie selon les études.

#### DES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR

– Le staphylocoque doré colonise la peau lésée et saine dans la DA. La

surinfection est difficile à apprécier en particulier dans les formes exsudatives. La présence de lésions pustuleuses et croûteuses inhabituelles doit faire évoquer cette complication.

- L'herpès peut être responsable de surinfection grave par diffusion du virus sur les zones d'eczéma. Une modification rapide de l'aspect des lésions et/ou la présence de vésiculo-pustules ombiliquées, sont des signes d'alarmes en faveur de cette infection. L'association avec de la fièvre, une altération de l'état général évoquent un tableau de pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg qui nécessite un traitement d'urgence.
- L'eczéma de contact : sa prévalence est plus élevée chez les enfants ayant une DA. Il faut l'évoquer devant une localisation inhabituelle et/ou une persistance, voire une aggravation malgré un traitement bien conduit.
- Un retard de croissance peut être associé à une DA sévère. Ces retards de croissance se corrigent quand la DA est traitée efficacement.

#### COMMENT ÉVALUER LA GRAVITÉ D'UNE DA ?

##### *Les scores de gravité*

Plusieurs scores cliniques évaluent la gravité de la DA. Ces scores ont l'avantage de permettre la comparaison d'une consultation à l'autre. Le SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*) est l'un de ceux les plus utilisés dans le cadre des travaux d'investigation clinique. Il prend en compte l'intensité des signes cliniques, l'extension de la dermatose et la sévérité de signes fonctionnels : prurit et perte du sommeil.

Le SCORAD peut être utilisé en pratique clinique à chaque consultation dans la prise en charge des DA sévères. Il chiffre l'état cutané du patient à un moment donné, permet de définir un objectif de traitement précis et offre une comparaison possible d'une consultation à l'autre, en restant reproductible d'un médecin à l'autre (accord professionnel). Toutefois, le SCORAD, comme les autres scores, est une évaluation d'un état clinique à un moment donné et ne prend pas en compte la sévérité

globale de la maladie ni le profil évolutif du patient.

##### *Les échelles de qualité de vie*

La qualité de vie (QDV) dépend de l'adaptation du patient à sa maladie. Son appréciation à l'intérêt d'intégrer dans l'évaluation de la maladie une vision qualitative provenant du patient lui-même. La QDV n'est pas systématiquement corrélée à la sévérité clinique. Il existe des échelles de QDV spécifiques de la DA pour le nourrisson et l'enfant, mais aussi pour son entourage. Ces échelles développées en Angleterre ont été traduites en français, mais n'ont pas fait l'objet d'une validation transculturelle. Ces scores de qualité de vie, utiles pour les études prospectives sont en pratique de soins peu utilisés.

#### ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DA

Peu d'études épidémiologiques ont été réalisées en France. Dans l'étude ISAAC réalisée en 1999 par questionnaire, la prévalence de la DA en France était de 8,8 p. 100 chez les enfants de 6-7 ans et 10,0 p. 100 chez les enfants de 13-14 ans. Dans des études réalisées en Europe, effectuées sur questionnaire, la prévalence varie de 7 p. 100 à 28 p. 100 ; dans les études avec examen médical elle varie de 6 p. 100 à 16 p. 100. Les auteurs soulignent l'augmentation de la prévalence de la maladie depuis 20 ans et sa répartition variable selon le niveau de vie des populations.

L'augmentation de la prévalence de la DA dans les populations à niveau de vie élevé a été reliée à la diminution de l'exposition aux agents infectieux. Cette observation est à l'origine de la théorie hygiéniste qui suppose que la diminution des infections est responsable de modifications de la régulation du système immunitaire inné.

#### PHYSIOPATHOLOGIE

La DA correspond au développement d'une réponse immunitaire inflammatoire survenant sur un terrain génétique prédisposant qui s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la DA ne sont pas tous

élucidés, mais ils comportent trois aspects.

##### *Des facteurs génétiques*

Cinquante p. 100 à 70 p. 100 des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint d'une DA, d'un asthme ou d'une rhinite allergique. Le mode de transmission de l'atopie est inconnu. Elle est probablement polygénique.

##### *Des facteurs immunologiques*

Plusieurs découvertes récentes ont amélioré la connaissance de la physiopathologie de l'eczéma atopique :

- la découverte de la fixation de molécules d'IgE à la surface des cellules présentatrices d'antigènes dans la peau ;
- la caractérisation de lymphocytes T spécifiques d'allergènes dans la peau de patients porteurs de DA ;
- l'observation d'eczéma au site de contact des tests épicutanés aux allergènes de l'environnement.

Ainsi, l'eczéma au cours de la DA représente une forme de réaction d'hypersensibilité retardée qui met en jeu des lymphocytes et des cellules présentatrices d'antigènes. Le développement d'une réponse immunitaire inflammatoire de type TH2, spécifique d'antigènes protéiques, est à l'origine des lésions d'eczéma de la DA.

Une hétérogénéité immunologique existe parmi les patients porteurs de DA. On individualise aujourd'hui 2 profils immunologiques principaux : l'un comporte une hyper IgE sanguine et des IgE spécifiques élevées. Ces DA sont volontiers associées à d'autres manifestations atopiques (asthme, rhinite et conjonctivite) : on parle de DA extrinsèque ou allergique. Un second groupe n'a pas d'hyperIgE et a un risque moindre d'asthme : on parle de DA intrinsèque ou non allergique.

##### *Des anomalies constitutives ou induites de la barrière épidermique*

L'augmentation des pertes insensibles en eau, les anomalies des lipides cutanés de surface observées chez les patients porteurs de DA caractérisent les anomalies de la barrière cutanée.

## Question 2 : Quelle est l'utilité des examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ?

Le diagnostic de la DA est clinique. Il n'est pas nécessaire de faire des examens complémentaires pour prendre en charge un patient porteur d'une DA (accord professionnel). En revanche, le rôle possible d'allergènes comme facteurs pérennisants de certaines DA de l'enfant peut conduire dans certains cas à des explorations allergologiques (accord professionnel).

### QUELS TESTS ALLERGOLOGIQUES ?

Un test d'allergie positif indique seulement que l'enfant est sensibilisé à un allergène, sans preuve que l'exposition allergénique déclenche ou entretient les symptômes. Quels que soient les résultats des investigations allergologiques, ils doivent toujours être confrontés à l'histoire clinique.

Les tests utilisés comportent :

1 - Les prick-tests cutanés. Ils n'ont pas de seuil de positivité clairement défini. Les allergènes testés sont orientés en fonction de l'âge, de l'histoire clinique (précisée par l'interrogatoire des parents), de l'environnement et du régime de l'enfant. Ils sont le plus souvent suffisants pour affirmer la sensibilisation à un allergène.

2 - Le dosage des IgE sériques spécifiques, les tests de dépistage sans identification de l'allergène (Phadiatop et Trophatop), le dosage des IgE sériques totales ne permettent pas d'assurer avec certitude la présence d'une allergie. Cependant un dosage sanguin, pour certains allergènes, peut sur la base des valeurs chiffrées des IgE sériques spécifiques éviter la réalisation d'un test de provocation orale.

3 - Les test épicutanés (patch-tests). La batterie standard européenne permet d'explorer les principaux allergènes de contact. Elle n'a d'intérêt chez l'enfant atopique qu'en cas de suspicion d'une allergie de contact surajoutée.

Les atopy patch-tests initialement développés pour les pneumallergènes, et plus récemment pour quelques allergènes alimentaires (lait de vache,

farine de blé, œuf) ne sont pas standardisés et encore en cours d'évaluation. L'intérêt des atopy patch tests prêts à l'emploi reste à évaluer.

4 -Le régime d'éviction alimentaire à visée diagnostique ne doit pas être initié sans la réalisation d'un bilan allergologique préalable, particulièrement pour les protéines du lait de vache chez le nourrisson.

Ce régime d'éviction doit être strict basé sur les données du bilan. En l'absence d'amélioration de la DA dans un délai d'un mois le régime ne doit pas être poursuivi.

5 -Le test de provocation orale (TPO) a pour objectif de prouver la responsabilité d'un allergène alimentaire. Le TPO en double aveugle contre placebo est la méthode de référence réalisable seulement dans quelques centres en France. Le TPO en ouvert est en pratique plus largement utilisé dans des structures aptes à prendre en charge une réaction anaphylactique.

### QUELS ENFANTS TESTER ?

1) Trois situations sont validées (accord professionnel) :

a) La DA grave définie comme un échec au traitement adapté bien conduit, même chez les nourrissons sous allaitement maternel exclusif (le lait maternel qui contient la plupart des protéines alimentaires ingérées par la mère peut être un vecteur de sensibilisation par procuration).

b) L'enfant ayant une DA et une stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.

c) L'enfant ayant une DA avec manifestations associées :

– signes évocateurs d'une allergie alimentaire après ingestion ou contact avec un aliment : syndrome oral, manifestations cutanées (urticaire, angioedème), respiratoires (asthme, rhinite) ou digestives (vomissements, diarrhée), voire choc anaphylactique ;  
– signes évocateurs d'une allergie respiratoire : asthme, rhinite ou rhino-conjonctivite ;  
– signes évocateurs d'une allergie de contact : eczéma localisé dans des zones inhabituelles (siège, paumes et plantes) ; DA qui ne répond pas au traitement habituel ou s'aggrave.

2) D'autres situations restent discutées

du fait des biais de recrutement et du faible niveau de preuve des études rapportées. Elles ne permettent pas un consensus.

a) La présence de manifestations digestives banales (reflux gastro-oesophagien, pleurs et coliques résistant au traitement habituel), symptômes trop prévalents pour avoir une valeur d'orientation chez le nourrisson.

b) Les antécédents familiaux d'atopie sévère.

c) La précocité des symptômes cutanés avant l'âge de 3 mois (le jury émet des réserves sur la possibilité d'affirmer une DA avant 3 mois).

En l'absence de preuves suffisantes, et du fait de la divergence d'avis, le jury recommande la réalisation d'études prospectives visant à étayer ces indications.

### POURQUOI TESTER ?

L'objectif théorique des explorations complémentaires dans la DA est d'abord d'obtenir à court terme un impact bénéfique sur la dermatose, mais aussi tenter de déterminer des facteurs pronostiques pour recommander la mise en place de mesures de prévention à long terme.

#### *Peut-on améliorer la DA ?*

Lorsqu'une allergie est confirmée, l'éviction du ou des allergènes est bien sûr recommandée, cependant l'impact de cette éviction sur la DA n'apparaît pas toujours évident et varie considérablement en fonction du contexte clinique et du type d'allergène.

– Allergie de contact : il est admis que l'éviction de l'allergène responsable améliore un eczéma de contact (accord professionnel).

– Allergie alimentaire : l'impact de l'éviction des allergènes alimentaires sur l'évolution de la DA est encore discuté (grade B). Le jury recommande la réalisation d'autres études éthiquement et méthodologiquement acceptables.

– Sensibilisation aux pneumallergènes : des études contradictoires de niveau 2 ne permettent pas de conclure à l'intérêt de mesures d'éviction dans l'environnement, en particulier l'utilisation de housses anti-acariens.

*Peut-on déterminer des marqueurs pronostiques d'évolution ?*

- Des études de valeur inégale ont montré une relation entre sensibilisation à l'œuf et sévérité de l'eczéma. La réalisation de tests allergologiques pour établir un pronostic individuel n'est cependant pas pertinente (grade C).
- En dehors de la gravité clinique de la DA chez le nourrisson, il n'existe pas d'éléments pronostiques permettant d'évaluer le risque de survenue d'un asthme dans l'enfance.
- Le dosage des IgE totales n'a pas d'intérêt pour la détection précoce des nourrissons à risque de développer une DA persistante ou sévère.

### Question 3 : Quel est le traitement des poussées de dermatite atopique de l'enfant ?

Le traitement de la DA est symptomatique. Les objectifs sont de traiter les poussées et de prévenir les récurrences par une prise en charge au long cours.

L'enquête nationale de pratique montre une grande diversité dans les modalités thérapeutiques en fonction des praticiens, en particulier pour le traitement local.

#### LES DERMOCORTICOÏDES

Les dermocorticoïdes ont longtemps représenté le seul traitement efficace dans cette indication. Ils restent la référence pour tous les nouveaux produits testés. Ils ont une triple action anti-inflammatoire, immunosuppressive et antimitotique. Leurs mécanismes d'action ne sont pas parfaitement connus.

*Quelles sont les molécules disponibles ?*

Plusieurs sont commercialisées, sous diverses formes : crèmes, pommades, lotions et gel. Les corticostéroïdes topiques sont répertoriés en classe d'activité selon leur puissance d'action.

À l'inverse de la classification internationale, la classification française suit un ordre d'activité anti-inflammatoire décroissante. Dans un souci de cohérence le jury recommande l'adoption

de la classification internationale des dermocorticoïdes : activité très forte (classe ou niveau IV), forte (classe ou niveau III), modérée (classe ou niveau II), et faible (classe ou niveau I). Elle est adoptée dans le texte suivant.

*Quel dermocorticoïde choisir ?*

Le choix est fait en fonction de l'âge, de la sévérité de la DA, du site et de l'étendue à traiter.

Ainsi, les dermocorticoïdes d'activité très forte (classe IV) sont contre indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, sur le visage, les plis, et le siège. Les dermocorticoïdes forts (classe III) sont à réserver en cures courtes aux formes très inflammatoires ou très lichénifiées des extrémités. Les dermocorticoïdes modérés (classe II) sont utilisés sur le visage, les plis et les zones génitales et chez le nourrisson. Les dermocorticoïdes faibles ont peu de place en thérapeutique. Toutes ces habitudes professionnelles ne sont pas étayées par des études de niveau de preuve de niveau I.

*Les dermocorticoïdes sont-ils efficaces ?*

– En phase aiguë : les comparaisons entre dermocorticoïdes (essais limités, petits effectifs, imperfections méthodologiques) font apparaître que ceux de forte puissance sont plus rapidement efficaces, mais que ceux de classe inférieure sont aussi efficaces en quelques semaines.

– En prévention des rechutes : une seule étude de niveau I démontre l'intérêt d'un traitement d'entretien pour la prévention des récurrences. Elle ne justifie pas pour l'instant de modifier les habitudes d'utilisation des dermocorticoïdes.

*Les DC exposent-ils à des effets secondaires ?*

Les effets secondaires sont directement liés à la puissance de la molécule, à la durée du traitement, à l'occlusion, à la surface traitée, à l'intensité cutanée et à l'âge de l'enfant.

– Les effets secondaires locaux sont rares.

Peu d'études évaluent de manière objective et détaillée les effets secondaires locaux des dermocorticoïdes chez l'enfant. Les effets indésirables,

souvent cités, sont en pratique rarement observés.

La crainte théorique de ces effets secondaires ne doit pas limiter la prescription des dermocorticoïdes (accord professionnel).

Sur les paupières, leur utilisation doit être prudente (dermocorticoïde de classe I ou II et traitement court) (accord professionnel).

– Les effets secondaires systémiques Les effets systémiques potentiels théoriques sont liés à une freination de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien : elle ne justifie pas la réalisation systématique d'explorations endocriniennes (accord professionnel).

Exceptionnels, ces effets peuvent se traduire cliniquement par un retard de croissance, parfois lié en fait à la sévérité intrinsèque de l'eczéma. Dans le cadre d'une affection chronique de l'enfant, la surveillance de la croissance est indispensable.

*Comment utiliser les DC ?*

– Quelle forme galénique privilégier ? Les crèmes sont préférées sur les lésions suintantes et les plis ; les pommades sur les lésions sèches, lichénifiées. Les préparations visant à diluer les dermocorticoïdes n'ont pas de place.

– Faut-il appliquer les dermocorticoïdes une ou deux fois par jour ? Une seule application par jour est aussi efficace, a le mérite d'en faciliter l'emploi, d'assurer une meilleure compliance, et de réduire le risque d'effets secondaires et le coût (accord professionnel).

– Quelle est la quantité maximale de dermocorticoïdes à utiliser ?

Aucune donnée de la littérature ne permet de donner la quantité de dermocorticoïdes à ne pas dépasser selon le poids de l'enfant. L'appréciation de l'efficacité clinique est plus importante que la définition d'une dose théorique.

– Quel schéma thérapeutique préconiser ?

Il existe une grande diversité d'habitudes professionnelles tant pour initier le traitement que pour l'arrêter. Cette variabilité des protocoles entretient l'inquiétude des patients, favorise une certaine méfiance, voire une corticophobie, et participe au nomadisme médical.

Actuellement, la plupart des experts utilise préférentiellement la méthode suivante :

- utilisation de dermocorticoïdes puisants sur de courtes durées suivie par une période d'interruption avec usage d'émollients jusqu'à la récurrence suivante ;

- poursuite d'applications quotidiennes sur les lésions persistantes jusqu'à disparition de celles-ci.

En absence d'étude clinique évaluant les conditions optimales d'utilisation des dermocorticoïdes, il apparaît nécessaire d'harmoniser nos pratiques, sur la base d'essais comparatifs qui restent à développer.

– Quel suivi réaliser ?

Dans les formes légères à modérées de DA, l'efficacité d'un traitement dermocorticoïde bien conduit est spectaculaire avec disparition du prurit en quelques jours et amélioration des lésions en une semaine. Une consultation systématique de suivi est nécessaire pour s'assurer de cette évolution favorable, de l'adhésion du patient au traitement en évaluant la quantité de dermocorticoïdes utilisée, et pour réadapter au besoin le traitement.

#### LES INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

Le développement récent des inhibiteurs de la calcineurine (IC) topiques dans le traitement de la DA de l'enfant est une innovation importante. Ces molécules de la famille des macrolides ont une action immunosuppressive par inhibition de la calcineurine, molécule nécessaire à l'activation des lymphocytes TH2.

#### Les molécules disponibles

Deux molécules ont été étudiées depuis plusieurs années : le tacrolimus et le pimecrolimus (ce dernier n'est pas encore disponible en France).

#### Quelle est l'efficacité des IC ?

– Pour le traitement des poussées L'efficacité clinique du tacrolimus a été démontrée à court terme dans des études avec comparaison contre placebo ou contre dermocorticoïdes de niveau faible à modéré. Elles montrent que le tacrolimus topique réduit efficacement et rapidement, dès la première

semaine de traitement, les signes et symptômes de la DA modérée à sévère (niveau I).

Le pimecrolimus est également rapidement actif dans la DA légère à modérée où il améliore tous les paramètres cliniques de manière significativement supérieure à l'excipient.

Dans une étude de niveau I, il est d'efficacité inférieure au valérate de bêtaméthasone (activité forte).

– Pour la prévention des récurrences L'efficacité du tacrolimus se maintient pendant l'année du traitement si le traitement est poursuivi. Des études au plus long cours ne sont pas disponibles actuellement.

Pour le pimecrolimus, une étude de niveau I a montré que le pimecrolimus 1 % appliqué deux fois par jour, dès l'apparition des premières lésions, était plus efficace que l'excipient.

#### Les IC exposent-ils à des effets secondaires ?

– Effets secondaires locaux

Pour le tacrolimus et le pimecrolimus, les effets secondaires locaux les plus fréquents sont une sensation de brûlure et de prurit au site d'application, le plus souvent modérée et transitoire (quelques jours). Il n'y a pas de risque d'atrophie. Le risque d'infection bactérienne n'est pas augmenté. Il en est de même des infections virales hormis l'herpès où des précautions (information des risques de transmission, surveillance clinique et suspension du traitement en cas d'infection herpétique) sont nécessaires.

– Effets secondaires systémiques

#### À court terme

– Dans la plupart des études à court terme, aucune anomalie biologique n'a été constatée.

– Les taux plasmatiques de tacrolimus, un mois après le début du traitement, sont inférieurs aux taux d'immunosuppression thérapeutique.

#### À long terme

Il s'agit de produits aux propriétés immunosuppressives qui pourraient donc être à l'origine d'une éventuelle carcinogénèse. *In vitro*, il n'y a pas de carcinogénicité dans la majorité des tests sauf un chez la souris albinos. Le risque de carcinogénèse cutanée chez l'homme reste hypothétique, mais ne pourra pas être levé tant qu'il

n'y aura pas un recul d'utilisation de ces produits au très long cours.

#### Comment utiliser les IC chez l'enfant ?

– Selon l'AMM actuelle : seul le tacrolimus à 0,03 % est indiqué dans la DA modérée à sévère de l'enfant de plus de deux ans à raison de 2 applications par jour sur toute la surface à traiter, jusqu'à disparition des lésions. Il peut être utilisé en cure courte ou en traitement au long cours intermittent. La prescription se fait sur ordonnance pour médicaments d'exception et est réservée aux dermatologues et aux pédiatres.

– L'AMM actuelle n'est pas satisfaisante compte tenu du fait qu'elle n'est pas en accord avec les critères d'inclusion des patients dans les études publiées, qu'elle limite l'emploi du produit de par son statut de médicament d'exception et sa prescription restreinte à certains groupes de praticiens. Dans le cadre d'une révision, il faudrait de plus intégrer les données des travaux en cours concernant les études d'efficacité à long terme et ceux évaluant la prévention des poussées.

– La mise à disposition du pimecrolimus est également souhaitable.

#### Quelles précautions pour un bon usage des IC ?

– En cas d'infection cutanée un traitement antibiotique est nécessaire avant l'instauration du traitement.

– Du fait du potentiel de risque photocarcinogène l'association à une photothérapie ou à des expositions solaires est déconseillée.

– La présence d'une infection herpétique évolutive est une contre-indication transitoire aux IC. Des précautions doivent être prises en cas d'antécédents personnels d'herpès récurrent.

– Les vaccins ne sont pas contre-indiqués lors de traitements par IC.

#### ÉMOLLIENTS

(Ce sujet est développé dans la question 4).

Les émoullients peuvent être utilisés à la phase aiguë et sont destinés aux zones de xérose. En peau lésée des réactions d'intolérance locale sont possibles.

## ANTIHISTAMINIQUES-H1 (AH1)

Peu d'études ont été réalisées chez l'enfant sur l'efficacité clinique des AH1. Les résultats cliniques obtenus avec les AH1 non sédatifs par voie orale sont comparables aux AH1 sédatifs. La prescription des antihistaminiques oraux à la phase aiguë n'est pas systématique. Elle peut s'envisager en cas de prurit important et sur des durées courtes (grade A). Les antihistaminiques locaux n'ont pas de place dans le traitement de la DA.

## ANTI-INFECTIEUX

Les enfants atteints de DA sont porteurs de *Staphylococcus aureus* sur les lésions cutanées et en peau saine. Il faut différencier ce portage habituel d'une réelle surinfection (croûtes, bulles, pustules, majoration du suintement, extension des lésions, majoration du prurit signes généraux...). Les études montrent que les dermocorticoïdes réduisent la densité du *S. aureus* avec une amélioration clinique concomitante. Par contre, les antibiotiques topiques ou oraux, et les antiseptiques, réduisent le portage de *S. aureus*, mais ne modifient pas les paramètres cliniques. En dehors d'une surinfection bactérienne patente, il n'y a pas lieu d'utiliser les antibiotiques locaux ou généraux ni les antiseptiques (accord professionnel).

## AUTRES TRAITEMENTS

La photothérapie a peu d'indication à la phase aiguë où sa tolérance est médiocre. Ses modalités sont précisées dans la question 5.

Les corticoïdes par voie orale ou injectable n'ont pas leur place dans le traitement de la poussée de DA.

#### Question 4 : Quelles sont les mesures adjuvantes et les moyens de prévention des poussées de la dermatite atopique de l'enfant ?

La DA est une affection chronique où interviennent plusieurs facteurs. Son approche nécessite donc une prise en charge pluridimensionnelle médicale, psychologique et environnementale.

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Associée au traitement curatif et aux mesures adjuvantes l'éducation thérapeutique repositionne le patient comme acteur de la prise en charge de sa maladie.

La DA altère la qualité de vie des enfants et leur famille. L'éducation thérapeutique est une approche nouvelle dans la DA. Son objectif principal est d'améliorer l'alliance thérapeutique entre le soignant, le soigné et son entourage pour permettre une prise en charge optimale.

Plusieurs études (niveau 3) ont montré que l'éducation thérapeutique augmente l'efficacité du traitement sur le prurit et le sommeil. L'éducation thérapeutique dans la DA de l'enfant semble bénéfique sur la compréhension de la maladie et sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique s'adresse d'abord aux formes modérées à sévères de DA. Elle ne doit pas être réservée à des centres spécialisés, mais s'intégrer aux pratiques professionnelles.

## MESURES ADJUVANTES

La DA est parfois aggravée par des facteurs favorisants (facteurs alimentaires, facteurs environnementaux, facteurs contact ou stress psychologique...). Des mesures adjuvantes et préventives pour lutter contre ces facteurs ont donc été développées. Elles ont été classées en deux catégories, celles validées (études scientifiques ou accord professionnel) et les autres.

*Pratiques validées*

## • Les émoullients

La xérose cutanée altère la fonction barrière de l'épiderme. Les émoullients sont utilisés dans le but de restaurer cette propriété de la peau.

L'efficacité des émoullients sur la xérose a été démontrée (niveau 2). Leur tolérance est habituellement bonne. Parfois, des sensations de brûlures, prurit, rougeurs lors de l'application sont rapportées : ces effets justifient le changement d'émoullient.

Une sensibilisation aux composants (lanoline, fragrance...) doit être évoquée en cas d'exacerbation de l'inflammation après les applications.

Les données de la littérature ne permettent pas de privilégier une formulation émoulliente particulière, une durée d'utilisation courte ou prolongée et une application unique ou pluriquotidienne.

Le jury souhaite que plusieurs produits commerciaux remboursables ou à faible coût soient mis à la disposition des patients.

## • Les mesures d'hygiène

Basées sur des habitudes, les conseils d'hygiène ne reposent sur aucune donnée validée. Il est préférable de donner un bain court quotidien ou une douche, avec une température tiède, et d'utiliser des pains ou gels sans savon (accord professionnel). Il n'y a pas de raison actuelle de recommander les additifs à l'eau du bain (huiles).

## • Les mesures vestimentaires

Il est préférable de porter du coton ou d'autres tissus bien tolérés : la soie ou les polyesters à fibres fines (grade B). La laine, irritante, doit être évitée. En absence d'impact des lessives ou assouplissants sur la DA chez des adultes atopiques, aucune précaution n'est retenue pour leur usage (accord professionnel).

## • Prise en charge psychologique

Les interactions entre DA, émotions et psychisme existent. Une DA grave altère la qualité de vie et peut modifier la personnalité ou induire des troubles psychologiques. Le stress est incriminé comme élément déclenchant de poussées de DA, mais de manière imprécise : il s'agit probablement d'un facteur très important chez certains et négligeable chez d'autres.

Il convient de repérer les familles en souffrance pour leur proposer une prise en charge spécifique.

*Pratiques non validées*

## • Antihistaminiques

Il n'existe pas d'étude de niveau 1 ou 2 montrant l'efficacité préventive des anti-H1 au long cours sur les poussées de DA.

## • Cures thermales

Les cures thermales sont populaires en France où de nombreux centres de

cures existent. Les eaux thermales sont très différentes tant dans leurs propriétés chimiques ou physiques. Il n'y a pas d'argument scientifique pour les recommander en l'absence d'étude démonstrative.

- Médecines d'exercice particulier

De nombreux parents ont recours à des médecines d'exercice particulier parce qu'ils considèrent que les traitements conventionnels sont insuffisamment efficaces, ou qu'ils redoutent leurs effets secondaires.

Les rares études d'efficacité de l'homéopathie dans la DA sont contradictoires. Aucune preuve scientifique ne permet de recommander cette pratique.

Aucune preuve scientifique ne permet de valider la phytothérapie.

Le jury déconseille la pratique de l'acupuncture chez l'enfant en raison de l'absence de preuve scientifique, de son caractère douloureux et de ses complications potentielles (accord professionnel).

- Probiotiques

Les probiotiques sont proposés dans la prévention et le traitement de la DA de l'enfant sur la base de la « théorie hygiéniste » qui se fonde sur une relation inverse entre l'intensité de l'exposition microbienne et le risque de développement de pathologie allergique.

– L'administration de probiotiques permet-elle de prévenir l'apparition de DA chez des enfants à risque ?

Une seule étude monocentrique (niveau 1) suggère qu'il y a un intérêt à donner du *Lactobacillus rhamnosus* un mois avant l'accouchement chez la mère et 3 ou 6 mois après la naissance chez la mère ou les enfants à risque d'atopie pour prévenir la survenue de DA.

En l'absence de confirmation par d'autres études, il est prématuré de recommander l'administration de probiotiques à titre préventif chez la femme enceinte ou chez le nourrisson à risque atopique.

– L'administration de probiotiques permet-elle de traiter les poussées de DA de l'enfant ?

Deux études, méthodologiquement discutables, ont évalué l'intérêt des probiotiques dans le traitement

curatif de la DA. Elles ne plaident pas pour l'utilisation des probiotiques dans le traitement curatif de la DA.

- Les herbes chinoises

Les effets secondaires rapportés vont des simples nausées aux complications les plus graves (hépatites aiguës, néphropathie sévère, syndrome de Stevens-Johnson, cardiomyopathie dilatée...). Ces données incitent à déconseiller l'utilisation de ces produits.

- Les acides gras essentiels (AGE)

Différentes huiles riches en AGE omega 6 (huile de bourrache, huile d'onagre...) ou AGE omega 3 (huile de poisson) ont été utilisées dans la DA.

L'étude de la littérature permet de conclure à l'inefficacité d'un traitement par acide gras essentiel quelle que soit son origine (et la dose) dans la DA de l'enfant (grade A).

*Pratiques discutées : les mesures d'éviction*

- Vaccinations de l'enfant atopique

La notion de poussée de DA est une observation clinique régulièrement rapportée chez le nourrisson. Il n'y a pas de preuve scientifique dans la littérature confirmant le rôle des vaccins dans le déclenchement ou l'exacerbation d'une DA.

En cas d'allergie à l'œuf associée, seules les vaccinations contre la grippe et la fièvre jaune, réalisées sur des milieux de culture sur œufs embryonnés, nécessitent un avis spécialisé.

Le calendrier vaccinal doit être le même chez les enfants ayant une DA que chez les enfants non atopiques. Il est prudent de retarder transitoirement les vaccinations au cours de fortes poussées de DA (accord professionnel).

DA ET ALLERGIE ALIMENTAIRE :  
PEUT-ON AMÉLIORER UNE DA AVEC  
UN RÉGIME D'ÉVICTON ALIMENTAIRE  
OU UN CHANGEMENT DE LAIT ?

La responsabilité de l'allergie alimentaire dans la DA reste controversée. Elle est trop souvent évoquée par

excès. La prescription systématique d'un régime alimentaire d'éviction peut être dans certains cas une source de carence nutritionnelle.

La prévention de la DA peut se discuter à plusieurs niveaux :

– prévention primaire : éviction du facteur de risque avant l'apparition de la maladie ;

– révention secondaire : éviction du facteur de risque en cas de maladie avérée ;

– prévention tertiaire : éviction du facteur de risque pour éviter les rechutes et complications.

*Prévention primaire chez la femme enceinte*

Les régimes d'éviction alimentaire chez la femme enceinte dans le but de prévenir la DA chez l'enfant sont difficiles à suivre et leurs résultats ne sont pas prouvés.

Il n'y a pas d'indication à un régime particulier chez la femme enceinte pour prévenir la survenue d'une DA.

*Prévention primaire chez le nouveau-né à risque de DA*

La définition de « nouveau-né à risque » n'est pas univoque et la notion d'antécédents familiaux directs ne représente pas un argument suffisant. L'allaitement maternel exclusif pendant au moins 3 mois diminue le risque d'apparition d'une DA chez les enfants à risque (niveau 1).

L'allaitement maternel, sans régime particulier pour la mère, est ici recommandé (grade A).

Si l'allaitement n'est pas exclusif (allaitement mixte) le risque de DA n'est pas modifié.

Les laits au soja n'ont aucun intérêt en prévention primaire (grade B).

*Prévention secondaire chez le nourrisson ayant une DA*

En dehors des indications classiques d'éviction dans les populations à risque (cf. chapitre 2), il n'y a actuellement pas d'étude valable ou de méta-analyse démonstrative concernant l'impact des changements systématiques de lait sur la DA.

En absence d'études au niveau de preuve suffisant et en raison de la variabilité des usages, il n'existe pas d'accord professionnel.

*Prévention secondaire et tertiaire après l'allaitement*

Les aliments les plus impliqués dans les allergies alimentaires du nourrisson sont le lait, l'œuf, l'arachide le soja, le poisson, les légumineuses et le blé. Des études de niveau 3 indiquent qu'un syndrome d'allergie multiple (responsabilité d'au moins 2 allergènes) peut être corrélé avec la notion d'une DA sévère.

L'éviction d'un allergène n'est justifiée que si son rôle dans une réaction allergique est prouvé.

## DA ET ALLERGÈNES ENVIRONNEMENTAUX

Si une sensibilisation aux acariens est souvent retrouvée au cours de la DA, il est difficile de définir avec certitude le rôle des allergènes inhalés dans la genèse de la DA ou dans le déclenchement de ses poussées. De plus les mesures d'éviction ne montrent pas d'effet clinique probant.

Le faible niveau de preuves et les résultats discordants des études à notre disposition ne permettent pas de conclure sur la responsabilité de la présence d'un animal à domicile dans la survenue de la DA chez l'enfant.

En cas de DA, le jury suggère d'éviter l'acquisition d'animaux domestiques (chat en particulier).

Les travaux publiés ne permettent pas d'affirmer que la prévention primaire de la DA est possible. L'influence de l'éviction des pneumallergènes sur les poussées de DA n'est pas claire rendant les mesures de prévention secondaire et tertiaire superflues.

**Question 5 : Quelle prise en charge pour les dermatites atopiques sévères de l'enfant ?**

Les réponses apportées à cette question sont davantage basées sur un accord professionnel que sur des études de niveau de preuve élevé, ceci du fait du petit nombre de malades concernés.

## DÉFINITION D'UNE DA SÉVÈRE

La sévérité dépend d'un ensemble de paramètres : objectifs (nombre et gra-

vités des poussées), mais aussi subjectifs (retentissement psychologique, sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille). Il n'existe pas de score validé prenant en compte tous ces éléments et permettant de donner une valeur seuil pour le diagnostic de DA sévère. Avant de considérer qu'il s'agit effectivement d'une DA sévère, il est essentiel de s'assurer que la prise en charge de la maladie est optimale : les traitements prescrits ont été compris et correctement appliqués, une enquête allergologique a été faite et les mesures d'éviction éventuelles ont bien été prises.

Si la prise en charge ne paraît pas adaptée, un apprentissage des soins, réalisé par le médecin lui-même ou une infirmière, une éducation thérapeutique ou un soutien psychologique doivent être proposés. Une hospitalisation dans une structure adaptée à la dermatopédiatrie peut être utile.

Si la prise en charge est correcte, soit d'emblée, soit après échec de toutes ces mesures, il s'agit alors réellement d'une DA sévère. Il faut dans tous les cas un avis spécialisé pour décider de mesures thérapeutiques difficiles, souvent hors AMM, justifiées par la gravité de ces cas rares d'échec des soins locaux.

## LES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES À ENVISAGER DEVANT UNE DA SÉVÈRE

*Les photothérapies*

Les études concernant l'utilisation de la photothérapie dans la DA de l'enfant sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve scientifique. Les photothérapies recommandées sont les UVA-UVB, les UVB spectre étroit (appelés UVB TL01) et les UVA1. Elles sont efficaces et bien tolérées à court terme ; le risque au long cours n'est pas encore connu.

Les photothérapies UVA-UVB et UVB spectre étroit peuvent être utilisées dans le traitement de la DA sévère de l'enfant à partir de l'âge de 8-10 ans (accord professionnel).

En pratique, les limites de ce traitement sont liées à la nécessité de 2 ou 3 séances par semaine auquel s'ajoute la faible densité en France des cabines équipées en lampes UVB ou UVB spectre étroit, leur répartition inégale

sur le territoire, et leur éloignement du domicile.

*Les antileucotriènes*

Les antileucotriènes ne sont pas un traitement des DA sévères. Leur place éventuelle comme traitement d'appoint des DA modérées reste à préciser.

*La corticothérapie générale*

La corticothérapie générale, par voie orale ou injectable, doit être évitée (accord professionnel).

*La ciclosporine*

La ciclosporine dispose de l'AMM dans cette indication chez l'adulte. Sa prescription initiale est réservée au milieu hospitalier par un médecin habitué à l'utilisation de cette molécule.

La ciclosporine n'a pas l'AMM dans la DA de l'enfant. Trois études chez l'enfant (niveau 3 et 5) montrent de bons résultats avec un temps de traitement court (6 à 12 semaines), des rechutes précoces fréquentes et peu de rémissions prolongées après 6 mois.

La ciclosporine *per os*, à la posologie initiale de 5 mg/kg/j, permet de passer un cap difficile, mais sa durée est limitée à 6 mois, au maximum 1 an du fait des risques rénaux et d'hypertension artérielle (grade C).

Le jury propose qu'une réunion d'experts décide de l'intérêt du dosage systématique de la ciclosporinémie en raison d'avis différents des prescripteurs dans cette indication.

*L'azathioprine*

L'azathioprine a été peu utilisée dans la DA de l'adulte du fait d'un risque de myélosuppression. Une seule étude rétrospective évalue l'intérêt de l'azathioprine chez les enfants ayant une DA sévère. Ces données sont insuffisantes pour préconiser son utilisation chez l'enfant en l'absence d'études complémentaires (grade C).

*Les autres immunosuppresseurs*

Le mycophénolate mofétil a été efficace dans quelques cas de DA de l'adulte.

Le methotrexate et le cyclophosphamide n'ont pas fait l'objet d'études publiées dans la DA de l'enfant.

*Les immunoglobulines polyvalentes*

Malgré quelques résultats encourageants chez des enfants, le coût, les risques, la nécessité d'hospitalisations répétées ne permettent pas de préconiser ce traitement (grade C).

*L'interféron gamma*

Deux études de niveau 1 et 2 et deux de niveau 4 ont été menées, essentiellement chez des adultes, montrant une efficacité modérée, mais au prix d'effets secondaires fréquents. Ce traitement ne peut pas être préconisé chez l'enfant (grade A).

*Conclusion*

Selon les données actuelles, les photothérapies UVA-UVB ou UVB spectre étroit et la ciclosporine sont les 2 traitements qui peuvent être utilisés pour ces rares cas de DA sévères. L'enfant et ses parents doivent être informés oralement et par écrit des risques de ces traitements.

En l'absence d'études comparatives entre ces 2 traitements chez l'enfant leur place respective est difficile à définir. Le choix est fonction de la faisabilité (âge, pathologies associées, proximité d'une cabine équipée en UVB...)

et du résultat de la discussion avec l'enfant et les parents. Les autres thérapeutiques ne peuvent pas être recommandées.

**Références**

1. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANAES 1999.
2. Stalder JF, Lacour JP. Champs, objectifs et méthodologie de la conférence de consensus « Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ». Ann Dermatol Venerol 2005;132: 153-5.