

Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte

Dermatite atopique

A. TAIEB (Bordeaux), Y. DE PROST (Paris, Necker), G. LORETTE (Tours),
P. BERBIS (Marseille), Ph. BERNARD (Reims)

Objectifs

- Diagnostiquer une dermatite atopique chez l'enfant et chez l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

La dermatite atopique (ou eczéma constitutionnel) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique commune chez l'enfant et l'adulte jeune, qui est sous la dépendance de facteurs héréditaires mais dont l'augmentation de prévalence au cours des dernières décennies s'explique préférentiellement par l'influence de facteurs environnementaux encore mal compris.

Le mot dermatite regroupe des aspects sémiologiques divers qui ont un trait histopathologique commun : une atteinte épidermique prédominante avec un afflux de lymphocytes T (exocytose) et un œdème intercellulaire (spongiose) réalisant des vésicules microscopiques. Le derme superficiel comporte un infiltrat mononucléé périvasculaire. La dilatation des capillaires superficiels est responsable de l'érythème et l'extravasation de protéines plasmatiques de papules œdémateuses.

Les vésicules sont exceptionnellement visibles macroscopiquement. Leur rupture à la surface de la peau détermine le caractère suintant et croûteux des lésions, et constitue un excellent milieu de culture pour les contaminants bactériens, d'où la fréquence de l'impétiginisation staphylococcique. Du fait du grattage, l'épiderme s'épaissit (lichénification) et devient moins susceptible à un suintement issu de vésicules microscopiques. Les excoriations peuvent cependant déterminer des brèches épidermiques et une exsudation secondaire.

Deux tiers des patients atteints de dermatite atopique ont un parent au premier degré atteint de dermatite atopique, d'asthme ou de rhinite allergique, en comparaison avec un tiers pour les sujets non atopiques. Il existe un certain degré de spécificité d'organe-cible dans la transmission du trait atopique : les patients atteints de DA ont 50 p. 100 de leurs enfants atteints de DA et jusqu'à 80 p. 100 si les deux parents sont atteints de DA.

Toutes les études épidémiologiques indiquent une augmentation rapide de prévalence des maladies rattachées à l'atopie en Europe. La dermatite atopique est présente chez 10

Tableau I. – Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'United Kingdom Working Party (d'après Williams et al., Br J Dermatol, 1994 ;131 : 406-6).

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associée à 3 ou plus des critères suivants

1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans
2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)
3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année
4. Eczéma des grands plis visible ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au dessous de 4 ans
5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement)

à 25 p. 100 des enfants dans les études récentes, alors que les enquêtes des années 1960 indiquaient des prévalences aux environs de 5 p. 100. Ces données sont interprétées comme reflétant l'influence de l'environnement, en particulier l'urbanisation des populations.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de Dermatite Atopique (DA) est clinique et anamnestique (tableau I).

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif. Une éosinophilie et une augmentation des

IgE sériques sont fréquemment observées. Leur recherche n'est pas indispensable.

Diagnostic positif

NOURRISSON ET JEUNE ENFANT (JUSQU'À DEUX ANS)

La DA commence communément dans les premiers mois de vie généralement vers 3 mois, mais parfois dès le premier mois. Elle se caractérise comme suit.

Prurit

Le prurit est souvent net et responsable de troubles du sommeil dès les premiers mois. Le grattage manuel est souvent précédé de mouvements équivalents dès le deuxième mois (frottement des joues contre les draps et les vêtements, agitation et trémoussement des membres et du tronc).

Topographie des lésions

Atteinte symétrique des convexités des membres, du visage avec un respect assez net de la région médiofaciale, en particulier la pointe du nez. Sur le tronc, les lésions s'arrêtent généralement à la zone protégée par les couches. L'atteinte des plis est parfois notée dès cet âge. Au cuir chevelu, certains enfants ont une atteinte initialement « séborrhéique », comportant des squames jaunâtres, grasses.

Aspect des lésions

L'aspect des lésions est variable selon la gravité de la DA et le moment de l'examen (poussées ou rémission). Les lésions aiguës sont suintantes puis croûteuses, et souvent impétiginisées. Elles sont mal limitées le plus souvent. La xérose cutanée n'est pas toujours au premier plan. Dans la deuxième année la peau tend à devenir sèche de façon plus constante. Dans les formes mineures, les lésions sont peu inflammatoires et palpables sous forme de rugosité cutanée des convexités. Les éléments de description les plus utiles pour établir un score lésionnel d'intensité chez le nourrisson sont : l'érythème, l'œdème (papules œdémateuses), les excoarations qui témoignent objectivement du prurit, et le suintement associé aux croûtes qui témoigne de l'acuité des poussées vésiculeuses. Les lichénifications ne commencent à apparaître que dans l'enfance, mais parfois plus tôt dans la deuxième année chez les enfants noirs ou asiatiques.

CHEZ L'ENFANT

Au delà de deux ans, les lésions cutanées sont volontiers plus localisées aux plis (cou, coudes, genoux), ou comportent des zones bastion – mains et poignets, chevilles, mamelon, fissures sous auriculaires – qui subsistent de façon chronique et parfois isolées. Des poussées saisonnières sont notées le plus souvent en automne et en hiver. Certains enfants restent handicapés par des poussées plus généralisées qui peuvent revêtir un aspect de prurigo aux membres. Dans les formes graves une atteinte inversée pour l'âge peut encore toucher les faces d'extension des membres en particulier aux coudes et genoux. La lichénification prédomine sur l'érythème et l'œdème. Les signes mineurs comme la pigmentation infra-

orbitaire, les plis sous-palpébraux sont plus nets. La sécheresse cutanée (xérose) est un élément plus constant que chez le nourrisson et pose fréquemment le problème d'une ichtyose vulgaire associée. Ce trait est fréquemment retrouvé chez un des parents. L'amélioration de cette xérose est constante en été et nécessite des soins émollients redoublés en hiver. Au visage, mais aussi parfois de façon plus diffuse, des « dartres » achromiantes (pityriasis alba) constituent un motif de consultation esthétique, en particulier après l'été.

CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

La DA manifeste une période de recrudescence à l'adolescence souvent à l'occasion de conflits psychoaffectifs ou de stress. Si le début de l'affection est situé à cette époque de la vie, les critères anamnestiques pour la période infantile sont souvent pris en défaut. Un début tardif à l'âge adulte, bien que difficile à exclure, doit faire effectuer des examens complémentaires, pour éliminer une autre affection (gale, dermite de contact, dermatite herpétiforme ou pemphigoïde, maladie de Hodgkin ...). Parmi les aspects symptomatiques, les formes graves peuvent se manifester à l'extrême sous un aspect érythrodermique, ou plus communément sous forme de prurigo lichénifié prédominant aux membres. Des aspects cliniques similaires à la période de l'enfance sont associés, en particulier l'atteinte lichénifiée flexurale. L'atteinte « tête et cou » est commune.

Diagnostic différentiel

NOURRISSON

Il inclut la gale, la dermatite séborrhéique et le psoriasis.

Un examen physique complet est impératif pour ne pas porter par excès un diagnostic de DA devant toute dermatose « eczématiforme ». La notion de chronicité et d'évolution à rechute est importante pour le diagnostic : les formes débutantes sont d'interprétation difficile. En cas de doute, une biopsie sera effectuée.

En cas de point d'appel supplémentaire : infections cutanées et/ou profondes répétées, anomalie de la croissance, purpura, fièvre inexplicée, des examens complémentaires immunologiques seront nécessaires à la recherche d'une DA ou d'un tableau eczématiforme révélateur d'un syndrome génétique impliquant un déficit immunitaire.

ENFANT, ADOLESCENT, ADULTE

Il est d'autant plus restreint que la notion de chronicité avec évolution à rechutes est bien établie. Les diagnostics de dermite de contact et parfois de psoriasis doivent être éliminés. Les tests allergologiques peuvent être utiles.

ÉVOLUTION

Évolution globale

La période du nourrisson est celle qui comporte le plus de formes étendues mais l'évolution est spontanément bonne,

avec une rémission complète dans la majorité des cas ; les formes persistant dans l'enfance sont plus localisées. La résurgence à l'adolescence ou chez l'adulte jeune est possible, fréquemment dans un contexte de stress.

La survenue de manifestations respiratoires (asthme, vers 2 à 3 ans, puis rhinite) est d'autant plus fréquente qu'il y a des antécédents familiaux atopiques au premier degré. Les épisodes cutanés peuvent coexister avec l'atteinte respiratoire ou alterner. L'asthme patent (ou les équivalents asthmatiques, sous forme de toux sèche nocturne, gêne respiratoire avec wheezing – sifflement expiratoire – au froid, à l'effort, au rire ou lors d'épisodes infectieux ORL ou respiratoires) devient souvent plus gênant pour l'enfant que l'eczéma.

Marqueurs biologiques de pronostic et de gravité

Le taux des IgE sériques est proportionnel à la gravité de la dermatite atopique. Aucun autre marqueur n'a actuellement sa place en routine.

Complications

SURINFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES OU VIRALES

Dans toutes les périodes d'activité de la maladie, les surinfections cutanées bactériennes ou virales sont les complications les plus communes. Le staphylocoque doré colonise habituellement la peau de l'atopique. L'impétiginisation est difficile à apprécier dans les formes aiguës exsudatives. La présence de lésions vésiculobulleuses inhabituelles fera évoquer le diagnostic de surinfection et prescrire un traitement antibiotique local ou général pour éviter une infection systémique.

L'herpès (HSV1 essentiellement) est responsable de poussées aiguës parfois dramatiques (pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg). Une modification rapide de l'aspect des lésions et/ou la présence de vésiculopustules, en association avec de la fièvre doivent suggérer cette complication et faire mettre en œuvre d'un traitement antiviral.

RETARD DE CROISSANCE

Un retard de croissance peut être associé aux DA graves et se corrige souvent de façon spectaculaire quand la DA est traitée efficacement. Le rôle des dermocorticoïdes dans le retard de croissance n'est par contre pas établi.

COMPLICATIONS OPHTALMOLOGIQUES

Elles sont rares (kératoconjonctivite, cataracte).

DERMITES DE CONTACT

Compte tenu de l'importance des soins locaux dans cette affection, il y a un risque important de sensibilisation de contact au long cours. Il est donc nécessaire d'évoquer cette hypothèse et de tester les patients qui répondent mal aux traitements habituels. Ces données obligent à une attitude préventive dans l'utilisation des topiques potentiellement à risque (conservateurs, parfums, néomycine ...), et des métaux, nickel en particulier (percement d'oreilles, bijoux fantaisie).

TRAITEMENT

Prévention

L'atopie est un problème émergent de santé publique en particulier pour les pays riches. Les coûts directs et indirects liés à la dermatite atopique et à l'asthme sont importants en raison du nombre des patients et de la chronicité des symptômes. Des recommandations générales sur l'habitat, l'alimentation infantile et les facteurs adjuvants qui accroissent de façon non spécifique la réponse IgE comme le tabagisme passif font l'objet d'un consensus.

PRÉVENTION ET DIÉTÉTIQUE

Les informations sur la prévention diététique sont les plus controversées. L'intérêt de l'allaitement maternel reste discuté. La diversification alimentaire précoce semble augmenter la fréquence de la DA, et secondairement les sensibilisations aux aéroallergènes.

PRÉVENTION AÉROALLERGÉNIQUE

Il importe de prendre pour cible essentielle de la prévention primaire et secondaire les aéroallergènes d'intérieur : dans les pays occidentaux, les enfants passent 90 p. 100 du temps à l'intérieur. Les aéroallergènes domestiques (acariens, animaux à fourrure, jouets en peluche, « pièges à poussière ») sont surtout des cibles pour la prévention de l'asthme, mais il est souhaitable de les intégrer dans le schéma de prévention global de l'atopie. Les aéroallergènes domestiques comme les acariens peuvent contribuer aux symptômes cutanés en tant qu'allergènes de contact. L'utilisation préventive de housses d'oreiller et de matelas en polyuréthane est efficace pour diminuer l'exposition aux acariens.

Prise en charge

ÉDUCATION ET OBSERVANCE

Dans une affection chronique comme la dermatite atopique, la demande des malades ou de leurs parents est importante à cerner pour obtenir une adhésion au projet thérapeutique. Les points majeurs sont les suivants :

- la dermatite atopique est une affection chronique. Son traitement doit l'être également. Ceci doit être clair dans l'exposé du projet thérapeutique. La « guérison » n'est pas l'objectif proche ;

- les soins locaux sont indispensables ils permettent de rétablir la barrière cutanée compromise par l'eczéma ;

- les dermocorticoïdes sont efficaces et non dangereux quand ils sont utilisés judicieusement, sous surveillance médicale. Ils ne favorisent pas l'apparition de l'asthme. Leur utilisation inadéquate ou leur sous-utilisation est la cause majeure de la sensation d'impuissance ou de refus thérapeutique de certaines familles ;

- les alternatives aux traitements locaux sont limitées et doivent être pesées en fonction de l'observance de cette prise en charge de base. Les traitements généraux, en dehors des

Tableau II. – Conseils.

Mesures non spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Habillement : éviter les textiles irritants (laine, synthétiques à grosse fibres) ; préférer coton et lin. • Éviter l'exposition au tabac. • Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit. • Exercice physique, sports : à conseiller. • Douche et émollients après, en particulier pour la natation (irritation des désinfectants chlorés). • Augmenter les applications d'émollients par temps froid et sec. • Se méfier des contages herpétiques. • Vacciner normalement.
Mesures spécifiques vis-à-vis des allergènes	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrisson : allaitement maternel prolongé, pas de diversification alimentaire précoce. • Éviter l'exposition aux animaux domestiques (chat, chien, cobaye...). • Acariens domestiques, moisissures : dépoussiérage (aspiration régulière, éponge humide...), housses de literie anti-acariens recommandées, contrôler l'humidité par une ventilation efficace de l'habitation.

antibiotiques et antiviraux, qui sont parfois nécessaires, ne viennent qu'en complément lors des poussées ou en cas d'échec d'un traitement local correctement effectué ;

– des explorations allergologiques qui peuvent avoir pour conséquence de modifier l'environnement ou l'alimentation, si les arguments sont solidement étayés pourront être envisagées en cas d'échec d'un traitement local correctement effectué ;

– une information sur les facteurs aggravants doit être donnée (tableau II) ;

– dans les formes graves, une hospitalisation reste totalement justifiée pour parfaire l'éducation ou pour réaliser correctement certains tests.

Réalisation pratique du traitement

EN POUSSÉES

L'objectif est de réduire l'inflammation et le prurit pour soulager le patient. Dans la majorité des cas, les soins locaux, qui peuvent être associés, permettent de traiter efficacement les poussées de DA.

Les dermocorticoïdes

Un dermocorticoïde puissant ou modérément puissant sera utilisé en fonction de la gravité (une seule application quotidienne jusqu'à amélioration franche, généralement 4 à 8 jours).

Antiseptiques/antibiotiques

La peau doit être soigneusement nettoyée pour éliminer les croûtes et effectuer ainsi une désinfection de surface. Une

solution antiseptique à la chlohexidine pourra être utilisée pendant quelques jours (un usage prolongé serait irritant). Les produits topiques sont appliqués sur la peau encore humide. Un traitement antibiotique local biquotidien (Fusidate de sodium) poursuivi sur 2 à 3 jours améliore nettement le score lésionnel au stade aigu. Il ne doit pas être poursuivi de façon chronique pour éviter l'émergence de souches résistantes.

Antihistaminiques

Donnés seuls ils sont habituellement insuffisants pour traiter une poussée de DA. À titre d'appoint, ils peuvent être indiqués pendant quelques jours. Les produits à composante sédatrice sont jugés généralement plus efficaces.

LE TRAITEMENT DE MAINTENANCE

Emollients

Utilisation quotidienne de quantités importantes d'émollients, d'autant plus que la xérose cutanée est plus marquée. Il est souhaitable d'appliquer les émoullients après le traitement de la poussée aiguë, car leur tolérance est médiocre sur peau inflammatoire. Les savons sont à éviter pour l'irritation causée par la libération de bases et les syndets surgraissés seront préférés.

Dermocorticoïdes

Applications intermittentes de dermocorticoïdes sur les zones inflammatoires (1 à 3 fois par semaine). Des quantités de l'ordre de 15 à 30 grammes de dermocorticoïdes peuvent être utilisées sur une base mensuelle sans effet adverse systémique ou cutané pour un enfant de moins de 2 ans. La quantité de dermocorticoïdes utilisée par mois joint à l'utilisation de scores cliniques permet l'ajustement du traitement.

Traitements d'exception

Le recours éventuel à des traitements d'exception :

– la photothérapie combinée UVA-UVB permet de délivrer des doses faibles avec un bon résultat thérapeutique en 6 semaines de traitement. L'accessibilité à ce type de traitement est un facteur limitant chez des enfants scolarisés pouvant en bénéficier (à partir de 7-8 ans) et chez l'adulte.

– la ciclosporine a été utilisée chez l'adulte et plus rarement dans les formes graves de l'enfant avec une bonne efficacité. Ce médicament peut faire passer un cap quand tout a échoué dans une DA grave, sur une période de quelques mois seulement, pour éviter les effets secondaires rénaux.

Contrôle des facteurs d'aggravation

Les conseils d'hygiène de vie sont colligés dans le tableau II. Le patient doit pouvoir mener une vie la plus normale possible et il n'est pas souhaitable d'introduire des mesures trop contraignantes. Il faut donc adapter les mesures à la gravité de la symptomatologie. Chez le nourrisson, la détection précoce et les mesures de prévention de l'asthme sont une partie importante de l'information. Les vaccinations peuvent être effectuées sans risque sur peau non infectée.

Identification et/ou l'éviction de certains allergènes

On conseillera d'éviter l'exposition aux allergènes les plus communs chez les patients atteints de formes mineures ou modérées, sur une base probabiliste et préventive, et on réservera une enquête approfondie en milieu spécialisé aux

formes graves ou résistant aux traitements conventionnels bien conduits. Les séjours climatiques en altitude peuvent constituer une alternative thérapeutique dans les formes cutanéorespiratoires graves d'atopie chez l'enfant avec sensibilisation aux acariens, quand la maladie retentit sérieusement sur la scolarité.

Points clés

1. La prévalence de la dermatite atopique est en augmentation constante en Europe.
2. La DA est un des composants de la « maladie atopique » avec la conjonctivite allergique, la rhinite allergique et l'asthme.
3. Le prurit est un symptôme clé de la DA : il en entretient les lésions.
4. La sécheresse cutanée (xérose) est également un élément majeur de la DA.
5. La topographie caractéristique des lésions de DA varie avec l'âge :
 - Convexités chez le nourrisson ;
 - Plis de flexion des membres chez l'enfant.
6. Toute aggravation brutale des lésions cutanées de DA doit faire évoquer une infection à staphylocoque ou à herpès virus.
7. Les dermocorticoïdes sont le traitement de référence de la DA



Fig. 1. Nourrisson : prurit et lésions du visage respectant la zone médio-faciale.



Fig. 2. Poussée aiguë après réintroduction d'un allergène alimentaire.



Fig. 3. Enfant : érythème et xérose du visage.



Fig. 5. Herpès disséminé (Syndrome de Kaposi-Juliusberg) compliquant une dermatite atopique.



Fig. 4. Adolescent : excoriation et lichénification du creux poplité.