



Topo Dermatite atopique

Dr Claire BOULARD

Hôpital Jacques Monod (Le Havre)

DPC 19 juin 2019

Diagnostic

L'eczéma atopique c'est...

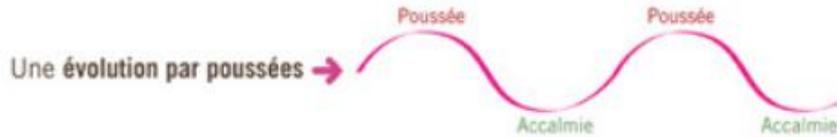
- Diagnostic clinique



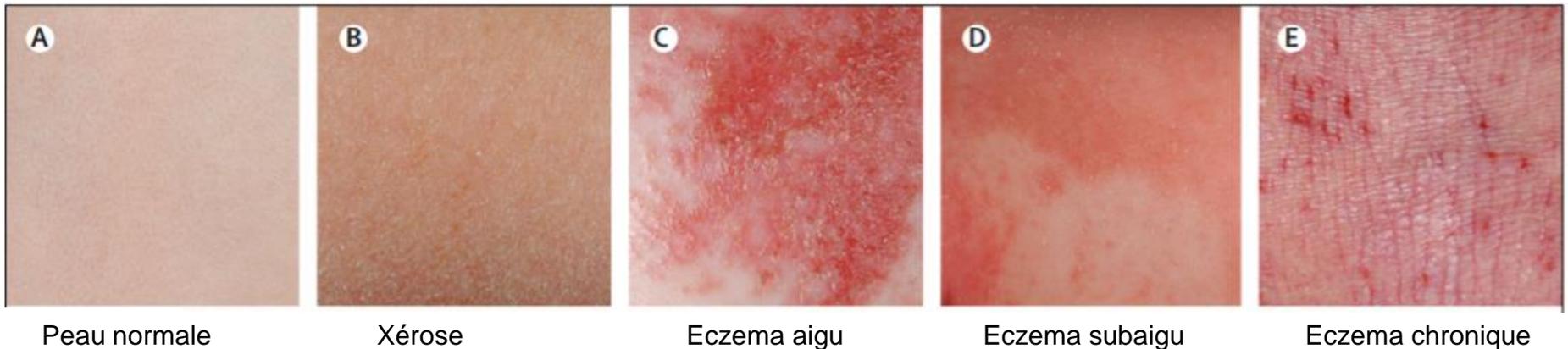
Une peau sèche



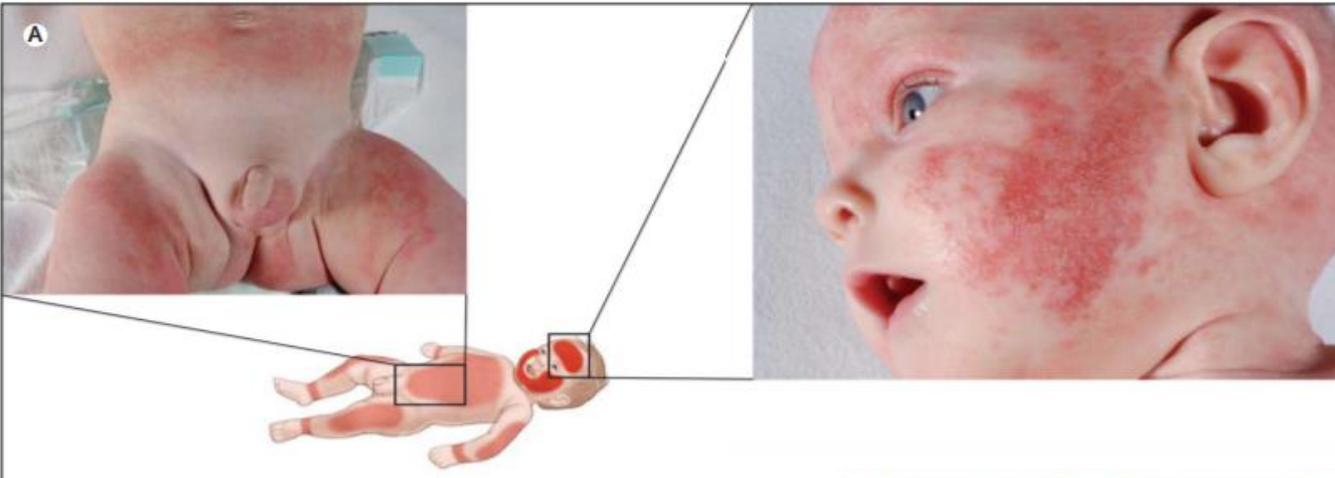
Des plaques rouges et inflammatoires



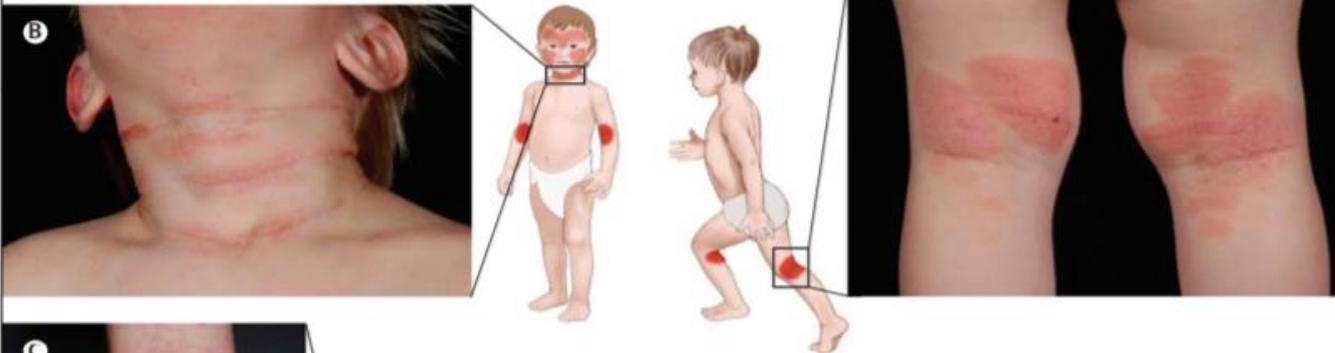
- 4 phases :
 - Erythémateuse
 - Vésiculeuse
 - Suintante
 - Desquamative



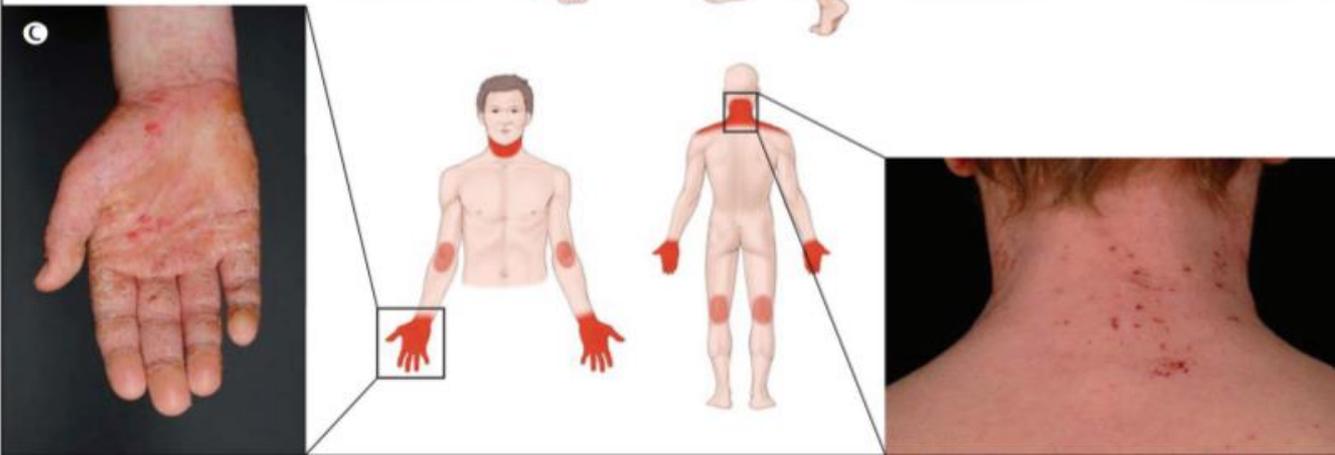
- Topographie différente selon les âges



Nourrissons : convexités



Enfant = plis



Adulte = mains / tête
et cou

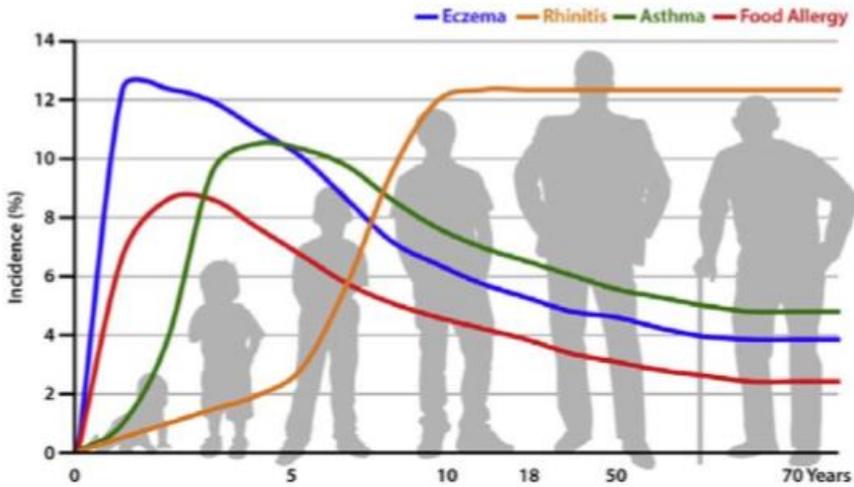
Prise en charge de la DA

- Sévérité clinique s'évalue sur :
 - Xérose
 - Erythème
 - Oedème
 - Vésicules, croûtes
 - Excoriations de grattage
 - Lichénification

- Retentissement Qualité de vie :
 - Prurit
 - Sommeil
 - Choix des vêtements
 - Absentéisme
 -



La marche atopique



L'altération de la barrière cutanée favorise les sensibilisation alimentaire

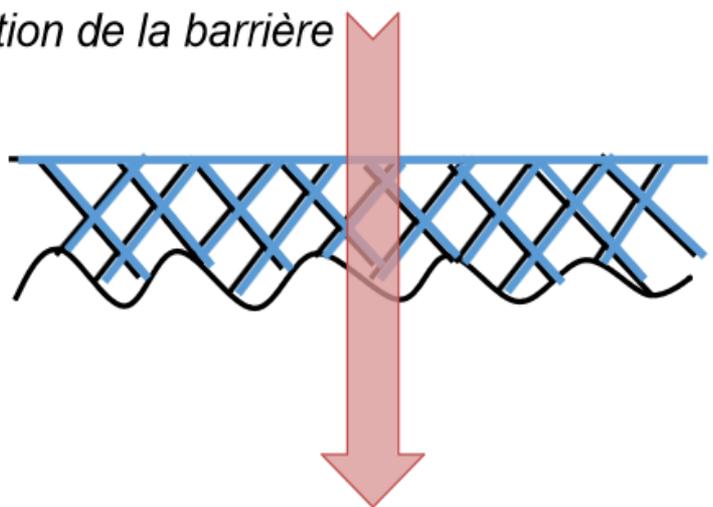
Traiter la DA est une URGENCE THERAPEUTIQUE

Expliquer en <2 minutes le rationnel des soins locaux

Dans une attitude éducationnelle

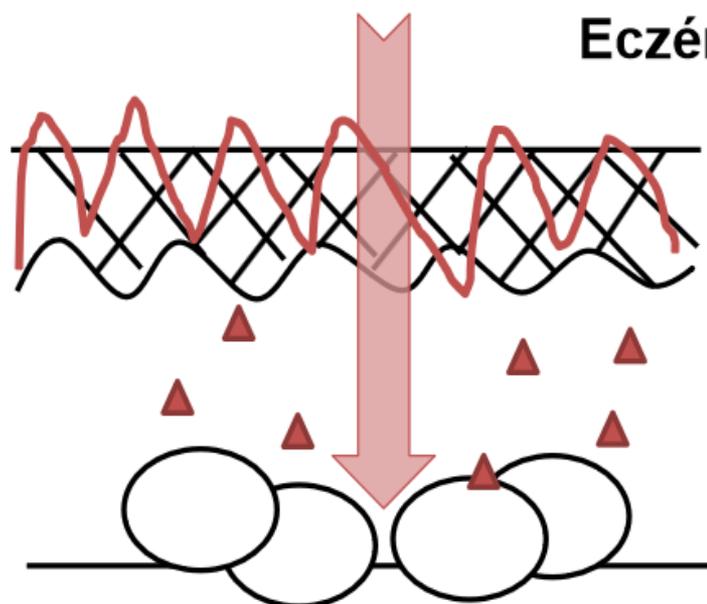
1- Peau sèche

Altération de la barrière



Pénétration d'allergènes
et d'irritants

2- Inflammation Eczéma



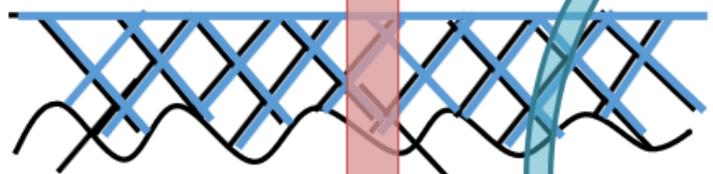
Activation des cellules
immunitaires

Expliquer en <2 minutes le rationnel des soins locaux

Dans une attitude éducationnelle

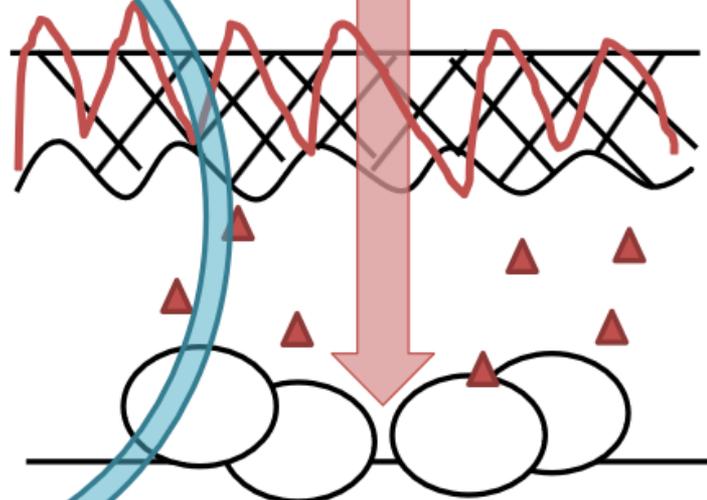
1- Peau sèche

Altération de la barrière



Pénétration d'allergènes
et d'irritants

2- Inflammation Eczéma



Activation des cellules
immunitaires

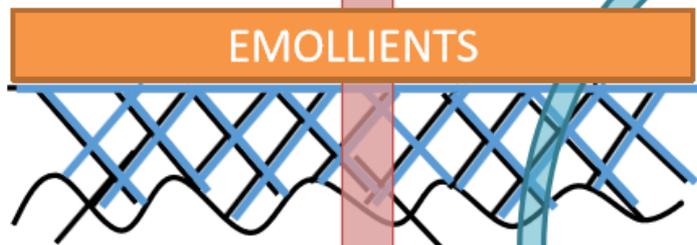
3- Démangeaisons

Expliquer en <2 minutes le rationnel des soins locaux

Dans une attitude éducationnelle

1- Peau sèche

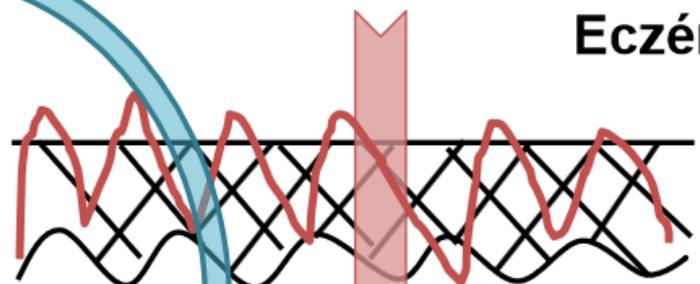
Altération de la barrière



EMOLLIENTS

Pénétration d'allergènes
et d'irritants

2- Inflammation Eczéma



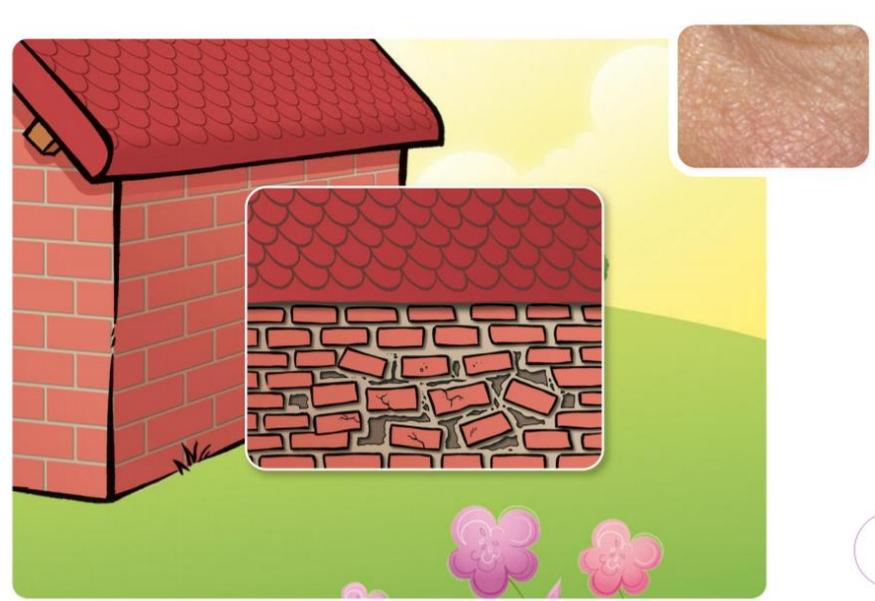
DERMOCORTICOIDES

Activation des cellules
immunitaires

3- Démangeaisons

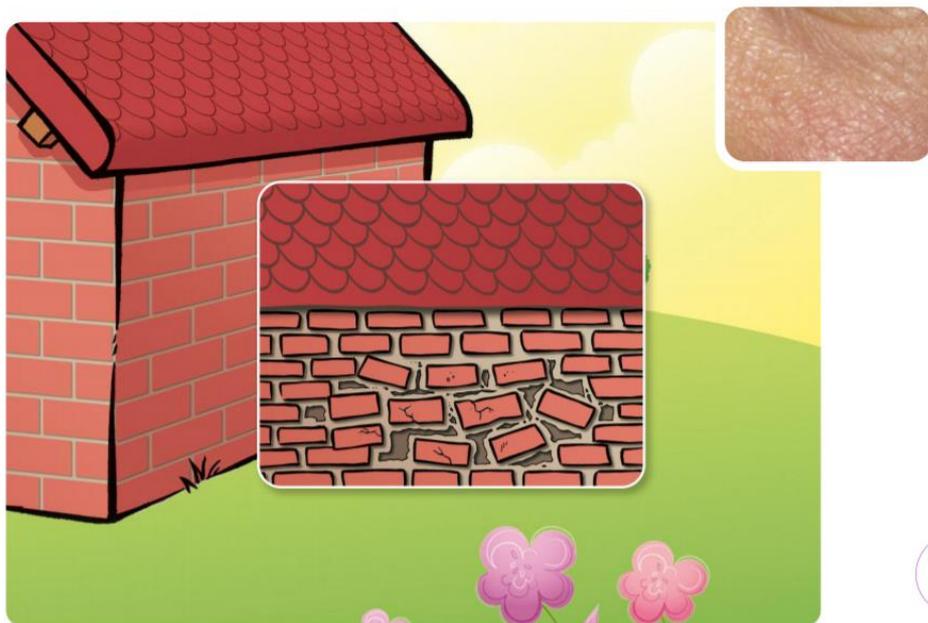


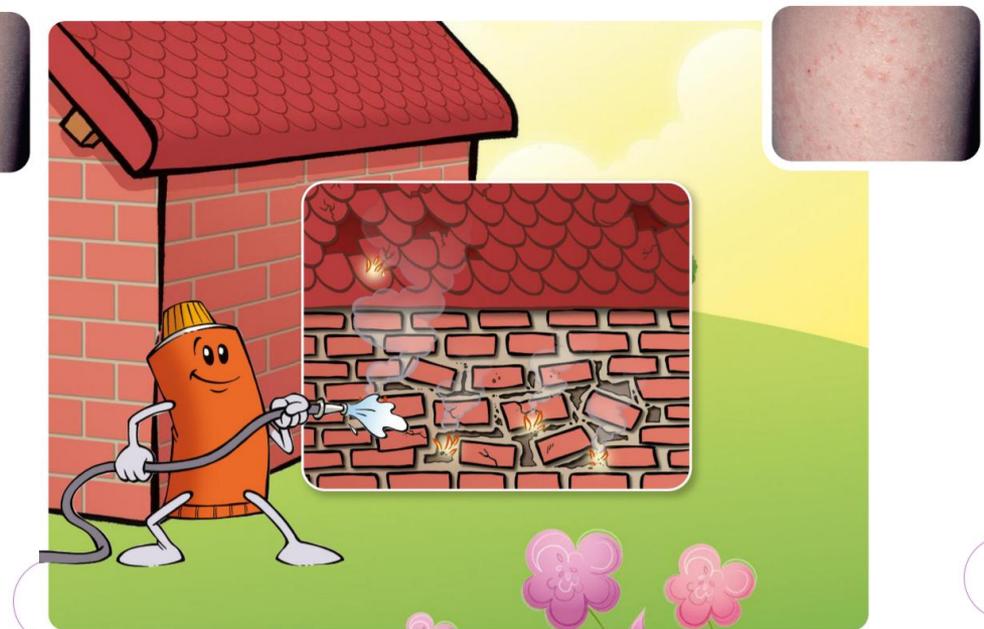
Peau Normale



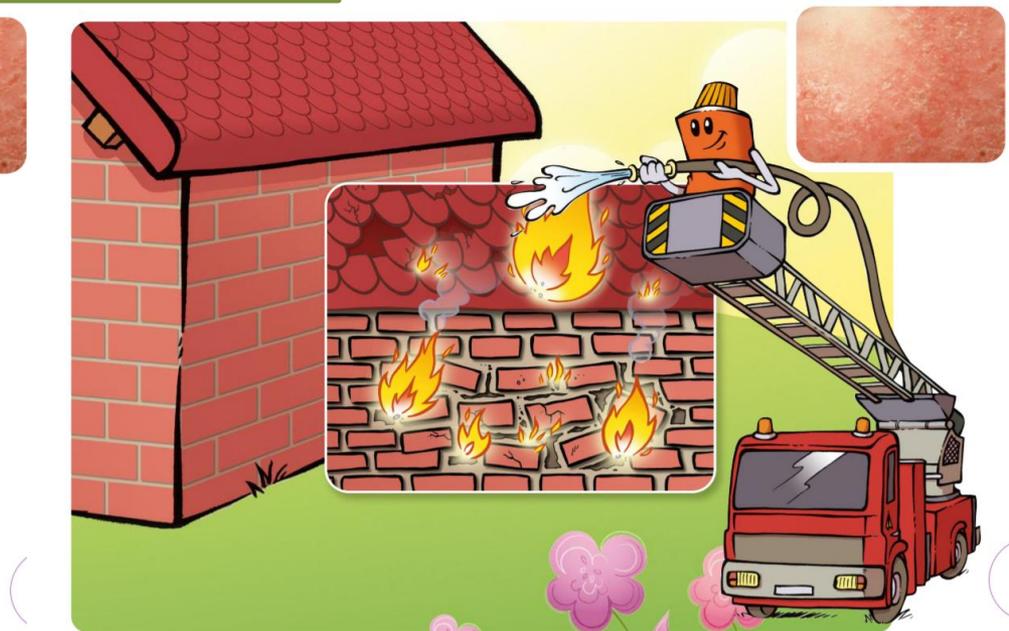
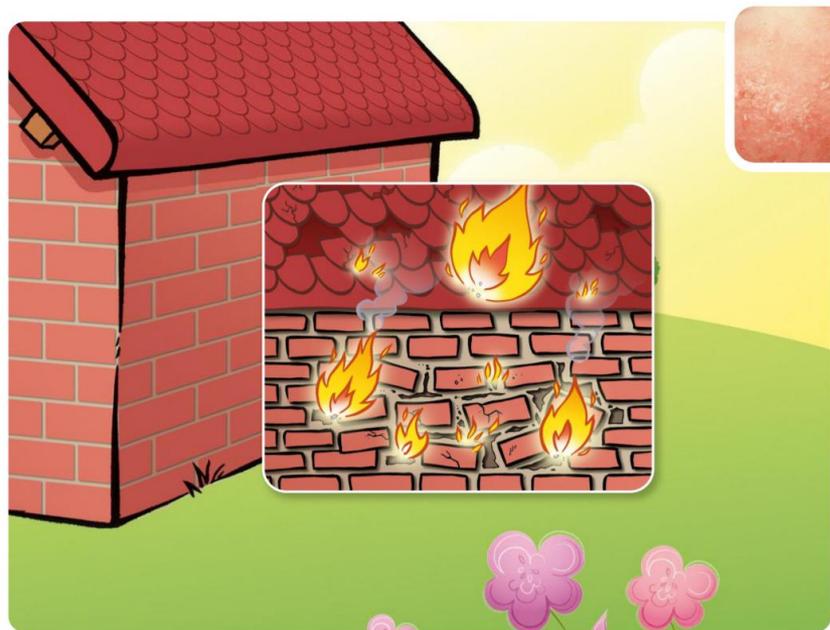
Peau atopique sèche

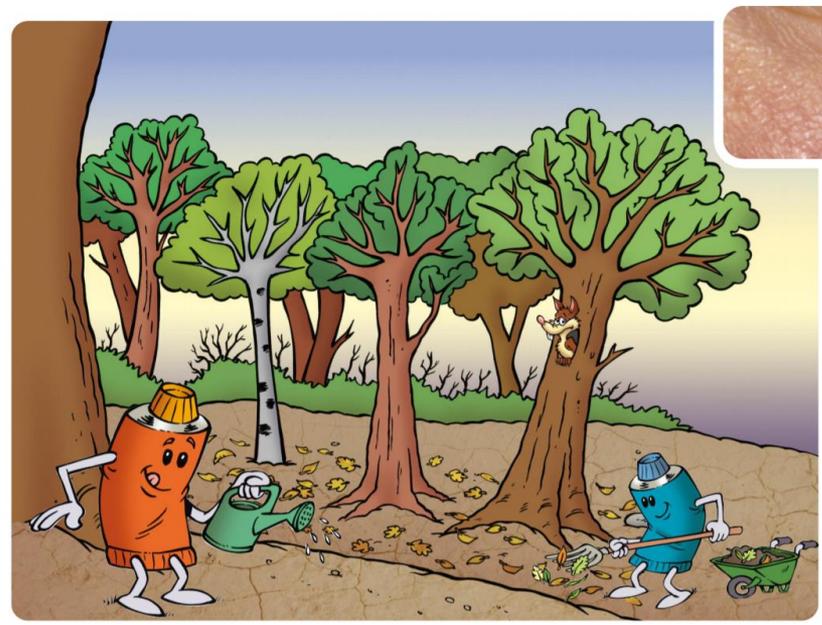
METAPHORE DE LA MAISON



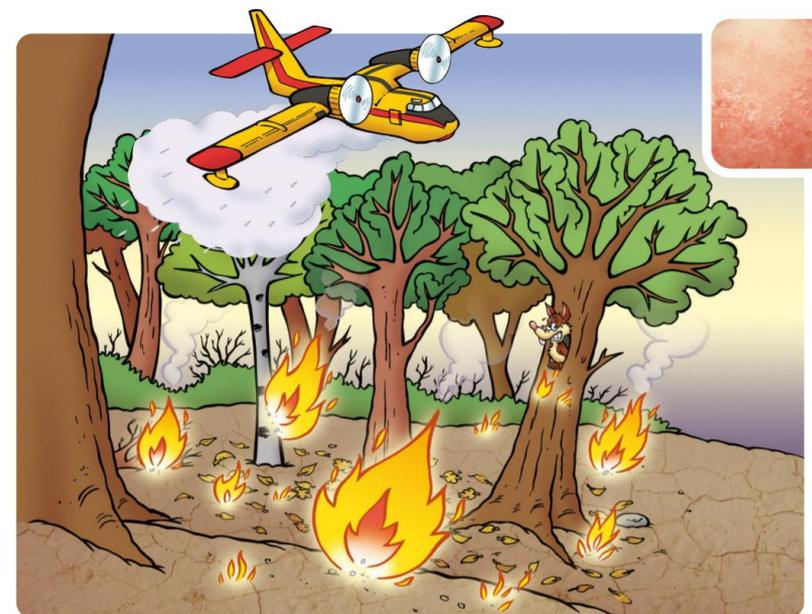
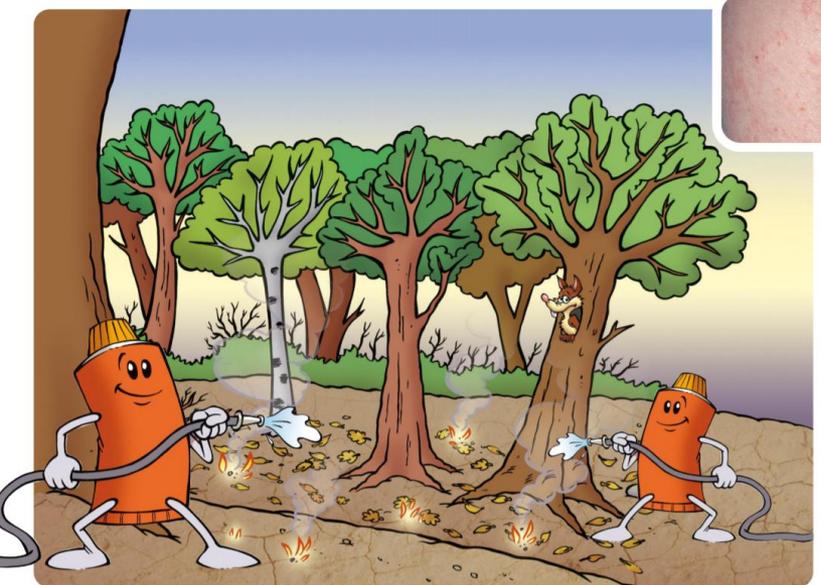


METAPHORE DE LA MAISON





METAPHORE DE LA FORET



L'hygiène cutanée

- Préférer des syndets ou huiles lavantes
- Préférer des douches ou bains courts avec une eau tiède (27-30°)
- Sécher la peau en tamponnant avec une serviette douce en coton
- Préférer le port de vêtements en coton
- Arrêt des irritants locaux
 - Environnement (tabac, sources d'acariens)
 - Savons, détergents, antiseptiques

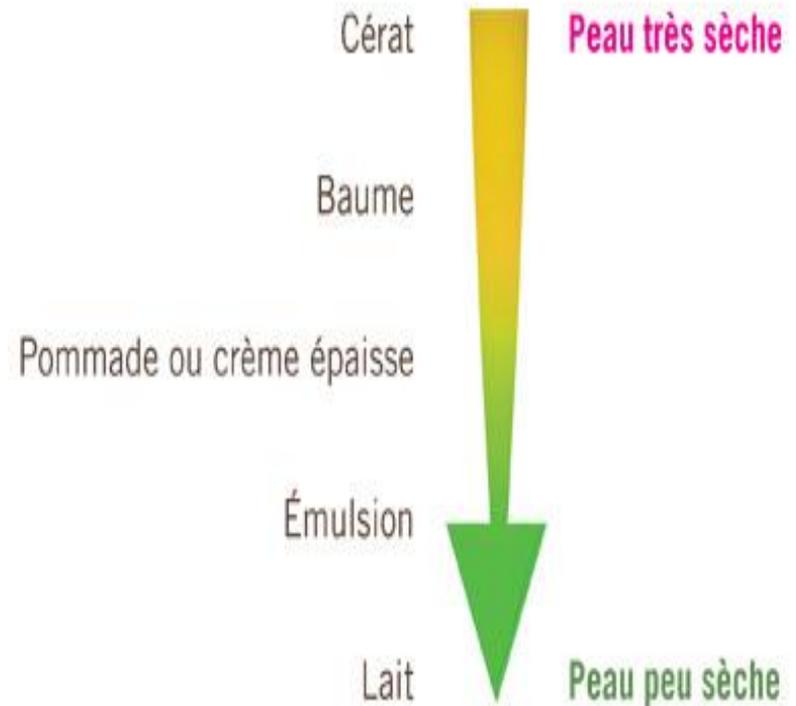
Les émoullients

- Traitement indispensable de la DA pour **restaurer la barrière cutanée et lutter contre la xérose**
- À appliquer le plus souvent possible, y compris en dehors des poussées
- En association avec les autres traitements topiques et/ou systémiques
- Parfois mal tolérés en poussée (sensation brûlures, prurit ...mais rarement allergie de contact)
- Prévention primaire : réduction de survenue de la DA de 50% si appliquer dès les 1eres semaines de vie ++

Les émollients

- Adapter la galénique
- Préférer sans parfum, sans irritants et sensibilisants
- Quantité estimée / semaine
 - 150 à 200g chez enfant
 - 500g chez adulte

Ring et al, 2012



- **Le meilleur émollient = celui que préfère le patient = celui qu'il mettra quotidiennement ++**

Les émollients

- Cérat Galien = CI chez enfant < 3 ans (borates)
- Conditionnement « Air Less » (moins de conservateurs mais plus couteux)
- Préparation magistrale = problème de la conservation et du remboursement



- Coût des émollients ++
 - Dexeryl® (Glycérol/Vaseline/Paraffine)
Pierre Fabre plus remboursé ≠ Générique remboursé 15%
 - Dispositifs médicaux (Atopiclair®, Dexyane Med®...)
Possible PEC par mutuelle

Dermocorticoïdes

- **Traitement topique de référence des poussées de DA**
- Choix du DC prescrit en fonction
 - Âge
 - Sévérité de la DA
 - Localisation
 - Etendue
- Crème = lésions suintantes
- Pommade = lésions lichénifiées et sèches
- Lotion = plis, cuir chevelu
- Gel ou mousse = cuir chevelu

Dermocorticoïdes

- Classe

Tableau. Classification des dermocorticoïdes selon leur puissance (exemples)

| Classification internationale | DCI | Nom commercial (forme galénique) |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Classe IV (très forte) | Bétaméthasone dipropionate (propylène-glycol) Clobétasol propionate | Diprolène (C, P) Dermoveal (C, G) Clarelux (C, M) |
| Classe III (forte) | Bétaméthasone dipropionate Bétaméthasone valérate Désonide Diflucortolone valérate Fluticasone propionate Hydrocortisone butyrate Hydrocortisone acéponate | Diprosone (C, P, L) Betneval (C, P, L) Locatop (C) Nérisone (C, P) Flixovate (C, P) Locoïd (C, E, P, L) Efficort (C) |
| Classe II (modérée) | Désonide | Locapred (C) Tridésonit (C) |
| Classe I (faible) | Hydrocortisone | Hydracort (C) |

=> paumes/plantes, cure courte si forte poussée, CI plis, siège, visage, nourrisson

=> Les plus utilisés en 1^{er} intention chez adulte, sur lésions lichénifiées/rebelles/extrémités chez enfant

=> Visage, en 1^{ere} intention chez nourrisson, enfant

=> Pas efficaces

Dermocorticoïdes

- En poussée : application 1 fois du DC (*galénique et puissance adaptées aux lésions à traiter*) sur les lésions d'eczéma jusqu'à disparition ++
- +/- En entretien : Objectif traitement pro-actif = maintien de la rémission obtenue sur le long terme
=> Application 2 fois par semaine du DC
(*soit chez enfant < 30g/ mois de DC d'activité modérée
soit chez adulte < 60g/mois de DC d'activité forte*)

Ne plus faire :

En traitement d'attaque = seulement 2 à 3 fois / semaine

Diminution progressive des doses = sous estimation du traitement

Dermocorticoïdes

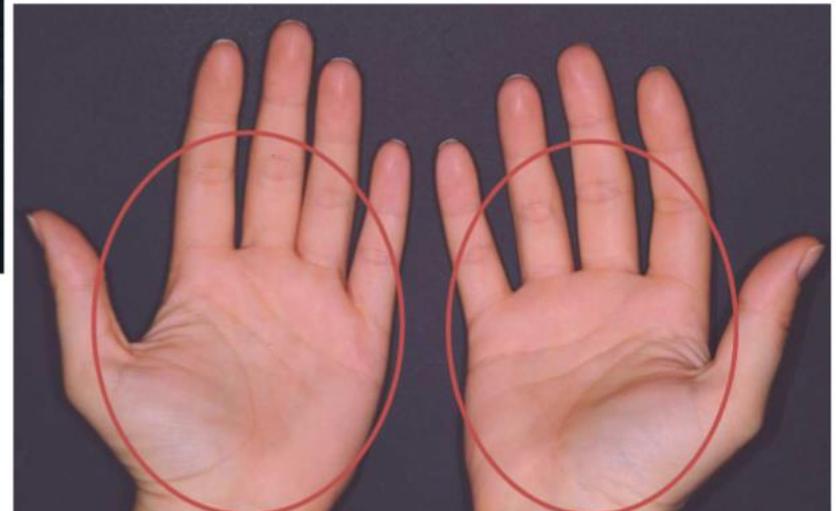
- Expliquer les quantités = **Unité phalange**

1 unité du bout du doigt... = environ 0.5 grammes



**...traite deux surfaces
 palmaires**

= environ 2% de la surface cutanée



[Finlay et al.]

Dermocorticoïdes

| |  |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | TÊTE & COU | MEMBRE SUPÉRIEUR & MAIN | MEMBRE INFÉRIEUR & PIED | TRONC (face antérieure) | TRONC (face postérieure) & FESSES |
| AGE | UNITÉS PHALANGETTES ADULTES NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT | | | | |
| 3 à 6 mois | 1 | 1 | 1,5 | 1 | 1,5 |
| 1 à 2 ans | 1,5 | 1,5 | 2 | 2 | 3 |
| 3 à 5 ans | 1,5 | 2 | 3 | 3 | 3,5 |
| 6 à 10 ans | 2 | 2,5 | 4,5 | 3,5 | 5 |
| 12 ans | 2,5 | 4 | 7 | 5 | 7 |
| Adultes | 2,5 | 4 | 8 | 7 | 7 |

<http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr>

Dermocorticoïdes

- Effets indésirables des DC :
 - Atrophie cutanée
 - Vergetures
 - Modification de la pigmentation
 - Acné / Rosacée du visage
 - Hirsutisme
 - Aggravation de dermatoses infectieuses (mycose, herpès...)
 - EI oculaires (glaucome...)
- EI systémiques rares (liés à mésusage des DC)

Dépister une corticophobie ++

- Demander si réticences
- Evaluer la quantité appliqué : **nombre de tubes utilisés sur 1 mois** (souvent pas assez...)
- Score TOPITOP (TOPIcal Corticosteroid Phobia)

CROYANCES : 6 items

1. les CC passent dans le sang
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
2. les CC favorisent les infections
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
3. les CC font grossir
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
4. les CC abîment la peau
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
5. les CC ont des effets sur ma santé future
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
6. les CC favorisent l'asthme
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord

COMPORTEMENT : 6 items

7. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des CC
 pas du tout d'accord pas vraiment d'accord presque d'accord tout à fait d'accord
8. J'ai peur d'utiliser une dose de crème trop importante
 jamais parfois souvent toujours
9. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières
 très rarement, jamais parfois souvent toujours
10. Je me traite le plus tard possible
 jamais parfois souvent toujours
11. Je me traite le moins longtemps possible
 jamais parfois souvent toujours
12. J'ai besoin d'être rassuré vis-à-vis du traitement par CC
 jamais parfois souvent toujours

Autres traitements

- **Antiseptiques et antibiotiques locaux**

- A n'utiliser qu'en cas de surinfection manifeste

- **Antifongiques locaux**

- A discuter dans les localisations tête et cou (Sensibilisation à *Malassezia*)

- **Antihistaminiques :**

- Pas d'efficacité prouvée en prévention des poussées
- AntiH1 sédatif utile en période de poussée avec troubles du sommeil

Quand adresser au spécialiste ?

DA contrôlée



TRAITEMENT D'ENTRETIEN



- Reprise du DC à chaque poussée
- Traitement proactif

DA non contrôlée



EVALUER L'ADHESION



MAUVAISE



- Dépister une corticophobie
- Education thérapeutique ++



BONNE



- recherche de facteurs aggravants
(Allergie alimentaire/ eczéma de contact...)
- Intensification des traitements

Facteurs aggravants

- **Allergie aux protéines de lait de vaches (APLV) ?**
 - Eczéma sévère
 - Apparaissant chez enfant non allaité ou après sevrage allaitement
 - Associé à autres signes : urticaire, vomissements, diarrhées, RGO, douleurs abdominales, cassure courbe de poids
- **Eczéma syndromique ?**
- **Eczéma de contact surajouté ?**
 - Topographie atypique
 - Lésions vésiculeuses en dehors paume et plantes (topographie de la dishydrose)
 - Eczéma chronique des paupières
 - Eczéma chronique des mains
 - Rythmicité des lésions avec le travail

Escalade des traitements

- Courte hospitalisation - Atelier d'éducation thérapeutique
- Cures thermales
- Wet Wrapping
- Tacrolimus topique (Protopic 0.03% ou 0.1% - Tacrozen 0,1%)

- Photothérapie UVB > UVA
- Ciclosporine (3 à 5mg/kg/j)
- Méthotrexate (hors AMM)
- Autres immunosuppresseurs (hors AMM)

- Dupilumab (Dupixent®) : 1ere biothérapie AMM dep 01/2019

PAS DE CORTICOTHERAPIE PO = EFFET REBOND ++

Sites web/association patients



<https://associationeczema.fr>



<https://www.fondation-dermatite-atopique.org>



Site du GET sur la SFD : <http://www.edudermatologie.com/>

Groupe GREAT de la SFD



<https://www.dermatite-atopique.fr>



<https://resoeczema.fr>



Inhibiteur de la calcineurine topique :

Tacrolimus

- **Utilisé en cas de résistance ou de contre indication aux dermocorticoïdes**
- « Médicament d'exception » prescriptible que par les dermatologues ou pédiatres
- Pommade 0.03% = à partir de 2ans (déremboursé dep 2013)
- Pommade 0.1% = à partir de 16 ans (remboursé, avec générique commercialisé)
- 2 f/j en en ttt d'attaque puis 2 f/ sem en entretien
- Peut être mal toléré, surtout si peau très inflammatoire
- Intéressant pour atteinte tête / cou / paupières
- !! Herpès

Wet Wrapping

- Traitement local sur zones atteintes avec
 - émollient + DC fort (Dilution variable, svt 50/50)
 - Puis 1^{er} bandage humide tiède (Tubifast)
 - Puis 2^{ème} bandage sec
 - Puis vêtement collant en coton
-
- Traitement de poussée sur quelques jours
 - +/- traitement en entretien (2 à 3 fois / semaine)



Traitement Proactif

- Traitement d'entretien 2 fois / semaine
- Si récurrence fréquente dans une ou quelques zones
- Possible avec les dermocorticoïdes et le tacrolimus topique
- Traitement proactif réduit risque de rechute

Berth-Jones, 2003

- Délai médian de rechute de 4,7 semaines si application de placebo versus absence de rechute si application de fluticasone 0.05% en pro-actif chez patient atteint de DA stabilisée

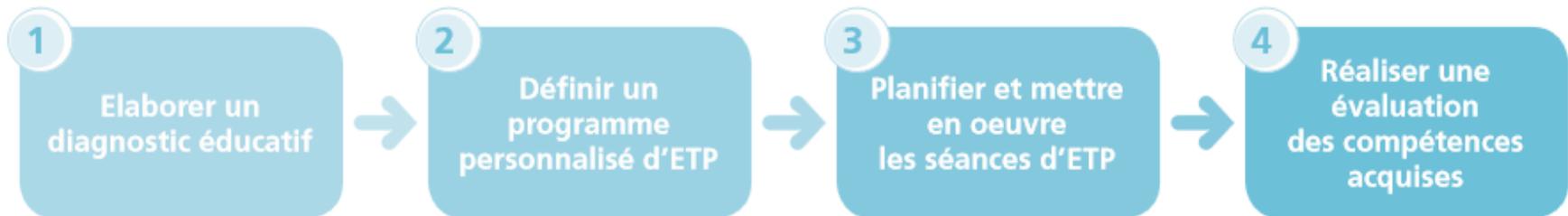
Hanifin et al, 2002

Atelier d'ETP

- Objectif : améliorer la PEC du patient en lui permettant de s'autonomiser, d'acquérir et conserver des compétences afin de mieux vivre sa maladie

ECOLE DE L'ATOPIE

→ Un programme d'éducation thérapeutique comporte **4 étapes**



- Meilleure gestion de la maladie
- Amélioration de l'observance du traitement
- Amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches

Les cures thermales

- À envisager comme un traitement complémentaire à but préventif, éducatif et curatif
- Amélioration de l'état cutané
- Amélioration de l'image de soi
- Meilleure gestion de la DA = éducation thérapeutique



➤ Amélioration du SCORAD et de la QDV

➤ Diminution de la consommation de traitement à 6 mois de la cure chez $\frac{3}{4}$ des patients

Chanteau et al, 2014

Les cures thermales

- Durée optimale = 3 semaines (soit 18 j de traitement)
- 1 seule cure / année civile
- Prescription médicale
- Demande d'entente préalable pour la cure dans établissement agréé
- Frais transport et hébergement pris en charge sous condition de ressources
- Indemnités journalières sous condition
- Maisons d'enfants



1. Avène les Bains
2. La Bourboule
3. Fumades les Bains
4. Motlig les bains
5. Neyrac les Bains
6. Rochefort sur mer
7. La Roche Posay
8. Saint Gervais
9. Uriage les Bains

UV thérapie

- UVB TL01
- PUVA thérapie mains / pieds

Bonne efficacité

Accessibilité aux cabines

Doses cumulées et risque carcinogène

CI si ATCD cancer cutané / dermatose photosensible / grossesse
(méladinine)

Ciclosporine (Neoral®)

- Dose 2,5 à 5 mg/kg/j en 2 prises

Action rapide

Cure courte / cure prolongée

Autorisé pendant la grossesse

Pb de tolérance digestive

El rénal et HTA => max 2 ans

Surveillance bio et TA

Méthotrexate

- Forme injectable ou per os (Imeth®, Methojet®, Nordimet®)
- 15 à 25 mg 1 fois par semaine

Traitement hors AMM mais fréquemment utilisé ++

CI : grossesse, insuffisance hépatique ou rénale sévère, alcool, infections sévères, insuffisance respiratoire

Pb de tolérance digestive, asthénie

Tératogène

Hépatotoxicité

Surveillance biologique

Dupilumab (Dupixent®)

- 1^{ère} biothérapie pour dermatite atopique (anticorps monoclonal humain anti IL4/IL13)
- Indication : DA modérée à sévère, en cas d'échec, intolérance ou contre indication à la ciclosporine
- 2 injections soit 600 mg à S0 puis 1 injection de 300 mg / 2 semaines en SC
- Bilan préthérapeutique et suivi = NFS BH urée, créatinine
- EI : réaction point d'injection, poussée de DA tête et cou, conjonctivite, herpès
- CI : grossesse/allaitement
- Pas besoin d'arrêter si chirurgie / soins dentaires