

La dermatite atopique chez l'enfant

comment maximiser la réponse aux traitements

2

Danielle Marcoux

François, un garçon de 26 mois, souffre d'une éruption prurigineuse, papulo-érythémato-squameuse récurrente depuis l'âge de 3 mois. Son état général est bon. Il a été nourri par allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Ses antécédents familiaux sont considérables. En effet, la mère a souffert d'eczéma atopique et fait de l'asthme tandis que le père est atteint d'une rhinite allergique et d'allergies aux pollens et aux poils de chat. Les parents sont inquiets et à bout. Quelle approche adopter avec l'enfant et sa famille ?

L'ECZÉMA, OU DERMATITE ATOPIQUE, est une maladie inflammatoire récurrente et persistante de la peau qui peut devenir invalidante. Elle est caractérisée par un prurit important conduisant à des excoriations et à une lichénification dues au grattage et au frottement (photo 1).

Le terme eczéma, du grec *ek* (hors de) et *zein* (bouillonner) évoque les plaques rouges et humides qui apparaissent à la surface de la peau. Quant au mot « atopique », du grec *atopia*, il signifie « réaction autre, différente ».

Pour l'enfant ayant une dermatite atopique légère, les périodes d'accalmie peuvent être plus longues et les poussées moins importantes que pour l'enfant atteint d'une dermatite atopique grave. Bien que la



Photo 1. Dermatite atopique de légère à modérée. Éruption papulo-érythémato-squameuse mal délimitée sur les faces d'extension, les membres et le visage.

majorité des enfants se débarrassera éventuellement des poussées inflammatoires de l'eczéma, leur peau demeurera souvent sèche, irritable et sensible. Pour certains, l'eczéma peut resurgir à tout moment de la vie, particulièrement en période de stress. Néanmoins, peu importe la gravité de la maladie, il faut retenir qu'il est possible

Le Dr^e Danielle Marcoux, dermatologue pédiatrique, exerce au Département de pédiatrie et au Service de dermatologie de l'Hôpital Sainte-Justine. Elle est également professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal.

35

Le processus inflammatoire et la pathogenèse de la dermatite atopique

La cause et la pathogenèse très complexes de la dermatite atopique ne sont pas encore complètement élucidées.

Plusieurs facteurs participent au processus inflammatoire de la dermatite atopique : facteurs immunologiques, génétiques, métaboliques et infectieux ainsi que les neuromédiateurs. Deux concepts sont toutefois acceptés pour expliquer la pathogenèse de la dermatite atopique : un dérèglement de l'immunité cellulaire associé à une hyperactivation des cellules T par les cellules de Langerhans et une réaction exagérée aux antigènes. Les lésions eczémateuses chroniques se caractérisent par une augmentation des cellules de type Th 1 dans la peau. Trois éléments déterminants sont plus spécifiques de la dermatite atopique : la prédisposition génétique, l'altération de la barrière cutanée dont témoigne la xérose et la sensibilité à de nombreux allergènes présents dans l'environnement.

Outre l'hyperactivité des cellules T, plusieurs autres anomalies sont observées sur le plan immunologique, dont la perturbation des IgE totaux et spécifiques, des cytokines, des récepteurs des facteurs de croissance épidermique et des facteurs relâchés par les mastocytes, ainsi que la diminution de l'apoptose (mort cellulaire) des lymphocytes T et des éosinophiles cutanés. D'autres cellules effectrices, outre les cellules T, éosinophiles, mastocytes et basophiles, sont dérégulées.

Sur le plan métabolique surviennent des anomalies de la phosphodiesterase (PDE) et des nucléotides cycliques : l'activité élevée de la PDE et les anomalies de régulation des nucléotides cycliques (AMP) apparaissent précocement et participent à l'hyperactivité inflammatoire ainsi qu'aux troubles immunitaires de la dermatite atopique.

Parmi les neuromédiateurs responsables, on trouve l'hormone stimulante des mélanocytes- α , l'activation du récepteur-2 par la protéinase, la substance P, l'acétylcholine, les peptides liés au gène de la calcitonine et les neurokinines A.

Des facteurs génétiques influent sur le développement et l'exacerbation de la dermatite atopique, dont les médiateurs et les enzymes pro-inflammatoires déterminés génétiquement et les gènes spécifiques associés à certains syndromes s'accompagnant d'une diathèse atopique (syndromes de Wiskott-Aldrich, de Netherton, de Job-Buckley, etc).

36

d'augmenter la fréquence et la durée des périodes d'accalmie et de réduire l'intensité des poussées d'eczéma grâce à une prise en charge et à une maîtrise adéquates de la maladie.

Incidence et prévalence

La prévalence de la dermatite atopique chez les enfants est à la hausse dans tous les pays. Pour expliquer ce phénomène, on a proposé l'hypothèse hygiéniste selon laquelle cette augmentation pourrait être liée à l'amélioration des conditions d'hygiène, ainsi qu'à la diminution de la prévalence des maladies infectieuses et des infestations parasitaires. Le système immunitaire orienterait alors plutôt son action vers les maladies inflammatoires plutôt que vers la défense microbienne. Cette hypothèse doit être vérifiée.

Dans les pays industrialisés, la prévalence de l'eczéma a augmenté, tout comme celles des autres maladies ato-

piques. Ainsi, la dermatite atopique se retrouve chez de 10 % à 15 % des enfants d'Amérique du Nord et chez jusqu'à 20 % de ceux d'Europe. Au Japon, ce taux se situe à 16 % tandis qu'il est de 30,8 % en Australie. Au Canada, plus de deux millions d'enfants et d'adultes seraient atteints de dermatite atopique. Fait intéressant à signaler, cette affection est particulièrement en hausse chez les immigrants qui quittent les milieux ruraux pour les grandes villes, chez les enfants qui naissent en automne et en hiver, dans les régions aux hivers rigoureux et où des chauffages centraux assèchent l'air ambiant. Il n'y aurait pas de préférence de race ni de sexe, quoique les filles semblent être atteintes plus gravement.

La dermatite atopique commence très tôt chez le nourrisson, souvent dès les premières semaines de la vie. Dans environ les deux tiers des cas, l'affection a disparu lorsque

L'eczéma, ou dermatite atopique, est une maladie inflammatoire de la peau qui est récurrente, persistante et qui peut devenir invalidante, caractérisée par un prurit important conduisant à des excoriations et à une lichénification dues au grattage et au frottement.

Principales caractéristiques de la dermatite atopique

- La dermatite atopique est une maladie cutanée inflammatoire fréquente et chronique, formant « la triade atopique » avec la rhinite allergique ou rhinoconjonctivite et l'asthme allergique. Parfois, des allergies alimentaires ou des surinfections cutanées bactériennes ou virales viennent l'aggraver.
- La dermatite atopique se caractérise par une apparition précoce. On estime que 57 % des enfants souffrant de dermatite atopique sont diagnostiqués avant l'âge d'un an, et plus de 80 % le sont avant cinq ans.
- On remarque souvent la présence d'antécédents familiaux d'atopie.
- Les facteurs déclenchants, tels que le stress, les irritants, les agents microbiens et certains allergènes, doivent être recherchés et, le cas échéant, éliminés.
- La dermatite atopique se caractérise par un prurit intense, une peau sèche, de l'inflammation évoluant par poussées et ayant souvent des répercussions physiques et émotionnelles chez le patient et sa famille.
- Malgré l'absence de traitement curatif, un traitement précoce efficace doit être entrepris pour réduire les signes et les symptômes et ainsi prévenir la progression de la maladie.
- L'accent doit être mis sur l'entretien de la peau atopique à long terme et non seulement sur la prise en charge des poussées d'eczéma.
- Les corticostéroïdes topiques sont efficaces pour traiter la phase aiguë. Des préoccupations quant à leur innocuité à long terme font en sorte que d'autres solutions thérapeutiques peuvent être utilisées. Ainsi, les nouveaux inhibiteurs de la calcineurine peuvent remplir ce rôle et offrir un traitement précoce et un maintien à long terme.

l'enfant entre à l'école vers cinq ans. La maladie régresse habituellement avec l'âge. Cependant, un risque de récurrence subsiste.

Les signes et les symptômes

Le principal symptôme est le prurit qui est déclenché facilement par de nombreux stimuli tels que la transpiration, un bain chaud, l'exercice, la température ambiante élevée (chauffage, soleil), le port de vêtements trop chauds, le frottement ou le stress et, bien sûr, les lésions inflammatoires. Le prurit peut devenir insupportable durant la nuit et causer de l'insomnie. L'enfant peut même se gratter jusqu'au

sang et ainsi inquiéter ses parents.

Les signes de la phase aiguë de la dermatite atopique sont principalement l'érythème, les plaques papulo-érythémateuses, vésiculeuses ou squameuses et les excoriations tandis que ceux de la phase chronique comprennent la lichénification et les troubles pigmentaires. Chez le nourrisson, les lésions se situent surtout sur le visage et s'étendent au cou et aux surfaces d'extension des membres (*photo 1*). Elles peuvent être plus suintantes. Chez l'enfant plus âgé, l'eczéma prend un aspect plus chronique et est présent sur le cou, les surfaces de flexion des membres, les poignets, les mains, les chevilles et les pieds. Les lésions

Malgré l'absence de traitement curatif, un traitement précoce efficace doit être entrepris pour réduire les signes et les symptômes et ainsi prévenir la progression de la maladie.

L'accent doit être mis sur le traitement à long terme et non seulement sur la prise en charge des poussées d'eczéma. Les corticostéroïdes topiques sont efficaces pour traiter la phase aiguë de la maladie. Des préoccupations quant à leur innocuité à long terme font en sorte que d'autres solutions thérapeutiques peuvent être utilisées. Ainsi, les nouveaux inhibiteurs de la calcineurine peuvent remplir ce rôle et offrir un traitement précoce et un maintien à long terme.



Photo 2. Dermatite atopique chronique lichénifiée.

sont alors plus sèches et plus lichénifiées. Dans certains cas, elles peuvent aussi être très étendues et même se manifester par une érythrodermie généralisée (photo 2).

Les critères diagnostiques

Le diagnostic de dermatite atopique repose sur les antécédents médicaux et l'examen physique. Les critères diagnostiques modifiés de Hanifin sont souvent utilisés ainsi que ceux du groupe de travail du Royaume-Uni.

Pour établir le diagnostic, le médecin doit obligatoirement observer chez le patient le critère suivant :

- **Prurit.** Un prurit accompagnant l'inflammation de la dermatite atopique et souvent préalable à l'apparition ou à l'exacerbation des lésions doit être présent. Le grattage provoque des excoriations et une lichénification chez l'enfant plus âgé. Chez le nourrisson de moins de trois mois, incapable de se gratter, le prurit peut se manifester par une irritabilité et une perturbation du sommeil.

Il doit aussi noter au moins trois des critères ci-dessous :

- **Apparition dès le plus jeune âge.** L'apparition précoce chez le nourrisson ou l'enfant en bas âge est une autre caractéristique de la dermatite atopique.

- **Morphologie et localisation anatomique.** La lichénification et la distribution aux points de flexion sont des critères importants chez l'enfant plus âgé, l'adolescent ou l'adulte. Chez le nourrisson, les lésions toucheront d'abord le visage, le tronc et les surfaces d'extension.

- **Évolution chronique récidivante.** La dermatite atopique se caractérise par des exacerbations et des rémissions intermittentes, plutôt que par une évolution continue. Des poussées peuvent se manifester des semaines, voire des années, après une rémission apparente.

- **Xérose.** La peau eczémateuse est souvent sèche, craquelée et dotée d'une couche cornée altérée, donc d'une

barrière cutanée anormale favorisant l'expression de l'eczéma.

- **Antécédents personnels ou familiaux d'atopie.** La majorité des patients ont des antécédents personnels ou familiaux d'asthme ou de rhinoconjonctivite allergiques ou encore des antécédents familiaux de dermatite atopique. Chez environ 70 % des patients, on peut noter la présence d'une maladie atopique chez d'autres membres de la famille.

Diagnostiques différentiels

Les diagnostics différentiels les plus fréquents dans le cas de la dermatite atopique sont la dermatite séborrhéique, la dermatite de contact, le psoriasis et la gale. L'examen physique ainsi qu'un survol des antécédents et de l'évolution de la maladie permettront de préciser le diagnostic.

Les facteurs aggravants

Le climat

Les températures extrêmes peuvent aggraver la dermatite atopique. Les poussées d'eczéma s'aggravent en hiver surtout pendant les grands froids lorsque l'intérieur des maisons est surchauffé et l'air ambiant très sec ou encore en été pendant la période de canicule qui provoque transpiration et inconfort. Bien que l'exposition modérée au soleil soit souhaitable, il faut prendre garde aux risques de brûlures solaires. La protection solaire sous tous ses aspects doit être pratiquée (protection vestimentaire, recherche de l'ombre, évitement des périodes les plus ensoleillées et application de produits de photoprotection solaire).

Les agents microbiens

Puisque la barrière cutanée est altérée, la peau atopique sera plus sensible aux infections bactériennes, particulièrement à celles qui sont causées par le *Staphylococcus aureus*. Les infections virales et fongiques peuvent aussi aggraver la dermatite atopique (photo 3).

Le stress et les émotions

Les poussées inflammatoires peuvent se déclarer ou s'aggraver en présence de stress (ex. : disputes entre amis, examens, événements sportifs, etc.) ou sous l'effet de l'émotion (peur, frustration, colère, inquiétude ou anxiété). L'émotion entraîne une vasodilatation cutanée et la sudation, ce qui contribue au prurit. Les techniques pouvant

contribuer à maîtriser le stress et à réduire l'anxiété ou la frustration contribueront à diminuer les poussées d'eczéma.

La sudation

L'augmentation de la chaleur corporelle provoquée par l'exercice physique, un bain chaud, une température ambiante élevée, des vêtements trop chauds, une émotion ou un stress intense auront pour effet de provoquer la transpiration et l'inconfort, ce qui cause le prurit et, par conséquent, une aggravation de l'eczéma.

Le traitement

Le traitement doit être adapté à chaque patient lors de l'évaluation initiale faite par le médecin en fonction de l'âge, des antécédents, des régions cutanées atteintes, du degré de gravité de la maladie, de l'évaluation psychologique, de la détresse du patient et des répercussions de la maladie sur la qualité de vie de l'enfant atteint et de sa famille.

L'éducation thérapeutique

Il est reconnu aujourd'hui que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante du traitement des maladies chroniques et qu'elle est la clé de son succès. La base de l'éducation thérapeutique consiste à s'assurer que l'enfant et sa famille comprennent bien la maladie, reconnaissent et évitent les facteurs de risque et, le cas échéant, effectuent les modifications qui s'imposent. L'enfant et ses parents peuvent parfois être perplexes face à cette maladie, mais ils le sont très souvent davantage devant le traitement. Dans un avenir rapproché, émergeront des écoles de l'atopie, tout comme il existe des écoles de l'asthme. Il sera réconfortant pour l'enfant et sa famille de constater qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation et qu'il y a des moyens de favoriser le succès des traitements. Ces écoles de l'atopie auront pour mission d'accroître les connaissances de l'enfant et de ses parents sur le sujet par un enseignement structuré contribuant à une meilleure compréhension de la maladie et favorisant la prise en charge et l'adhésion au traitement. Cette prise en charge aidera à prévenir les poussées d'eczéma grâce à une intervention plus rapide en cas d'exacerbation, ce qui permettra d'inhiber les symptômes.

L'intervenant adoptera une approche globale en fournissant des informations et en offrant un soutien professionnel, ainsi qu'une écoute fondée sur la compassion. L'ensei-

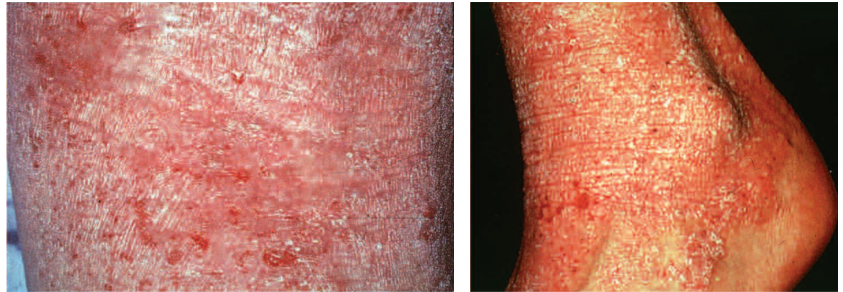


Photo 3. Dermatitis atopique surinfectée par *S. aureus*. Les lésions sont plus croutées, plus suintantes, plus prurigineuses et ne sont plus sensibles au traitement.

gnement donné par l'intervenant devra inclure un survol de la maladie dans toute sa chronicité, les facteurs aggravants, les conseils pratiques ainsi qu'une mise à jour des nouveautés concernant cette affection.

Les soins d'hygiène

Les soins d'hygiène, faisant partie intégrante du traitement, constitueront des moments privilégiés pour aider l'enfant à relaxer et à éliminer le stress de la journée.

L'enfant doit prendre un bain ou une douche tous les jours, à l'eau tiède ($\leq 35^{\circ}\text{C}$), d'une durée maximale de 5 à 10 minutes. Le bain et la douche doivent permettre d'hydrater et de nettoyer la peau fragile de la personne atopique, sans l'agresser. Ils favoriseront un débridement en éliminant les débris, les résidus de produits topiques et les agents infectieux de surface, dont le *S. aureus*. Un produit nettoyant doux et surgras est recommandé (syndet ou pain dermatologique). Il faut éviter d'utiliser des produits de bain comme les huiles parfumées ou les mousses, les savons antibactériens ou déodorants ou tout autre produit qui pourrait être irritant. L'ajout de poudre de bain colloïdale surgrasse peut procurer un soulagement en période de prurit intense. La peau doit être rincée soigneusement pour éliminer toute trace de produit. Après le bain ou la douche, il faut assécher l'enfant rapidement en l'épongeant avec une serviette sans frotter. Il est recommandé d'appliquer immédiatement un produit hydratant. À l'occasion, certains enfants, surtout pendant une crise aiguë, seront très inconfortables lors du bain ou de la douche, ce qui peut nécessiter le recours à une toilette à l'éponge pendant une certaine période.

L'hydratation

L'épiderme de la peau atopique présente une carence en certains lipides, dont les céramides, ce qui fait que la

cohésion des cellules de la couche cornée (*stratum corneum*) n'est plus assurée. Par conséquent, la barrière cutanée est altérée et devient trop perméable à l'évaporation de l'eau et à la pénétration d'allergènes ou d'irritants. Cette peau plus sèche réagit davantage aux agressions extérieures, ce qui provoque des poussées inflammatoires s'accompagnant de démangeaisons accrues. L'enfant ou ses parents doivent veiller à hydrater la peau de façon régulière et constante, autant en période de phase aiguë de la maladie qu'en période de rémission. L'hydratation atténuera les risques d'inflammation entre les poussées d'eczéma et contribuera à restaurer la barrière cutanée lors des phases actives de l'eczéma.

Ainsi, la peau sera moins vulnérable aux irritants et aux allergènes, ce qui réduira le prurit. L'hydratation se fait à l'aide d'un **émollient** parfois associé à un **humectant**, dont les propriétés hydratantes favorisent la fixation de l'eau sur les cornéocytes et ainsi l'assouplissement et l'adoucissement de la peau. On choisira un produit hypoallergène non parfumé.

Il existe trois types de préparations hydratantes : les onguents, les crèmes et les lotions.

Les onguents ont des propriétés occlusives très efficaces pour réhydrater la peau très sèche. Ce sont des émulsions d'eau dans une base d'huile, souvent avec gelée de pétrole (*petrolatum*). Les crèmes sont d'une consistance plus agréable et plus facile à appliquer. Ces émulsions constituées d'huile dans une base d'eau ont également un pouvoir occlusif plus efficace que celui des lotions, mais inférieur à celui des onguents. Les lotions sont habituellement moins souvent conseillées pour la dermatite atopique, car elles contiennent des substances qui peuvent irriter une peau fragile et ont moins de propriétés occlusives hydratantes.

L'hydratant sera appliqué au moins une fois immédiatement après le bain ou la douche sur tout le corps. Son application sera répétée au besoin sur les zones sèches plusieurs fois par jour. Habituellement, la quantité utilisée pour un enfant durant une semaine est d'environ 250 grammes.

Le temps consacré à l'application des produits hydratants sera agréable, car il permet de toucher et de masser délicatement l'enfant, ce qui favorisera l'intimité entre ce dernier et le parent. Grâce à ce geste tendre, l'enfant se sentira aimé et son estime de soi s'en trouvera améliorée. En cas d'aggravation des symptômes à la suite de l'utilisation d'un produit nouveau ou déjà connu, il faut interrompre le traitement. Une irritation, une allergie ou une intolérance peuvent parfois survenir.

Pendant les poussées inflammatoires, une crème médicamenteuse anti-inflammatoire sera appliquée avant l'hydratant pour maîtriser l'exacerbation.

Les corticostéroïdes topiques

Il n'existe, à ce jour, aucun médicament permettant de guérir la dermatite atopique, bien que plusieurs puissent en soulager les symptômes. Les corticostéroïdes topiques sont les médicaments classiques de premier recours. Utilisés depuis une cinquantaine d'années pour traiter la dermatite atopique, ils permettent des rémissions importantes et leur emploi à bon escient est sans danger. Les corticostéroïdes topiques agissent comme anti-inflammatoires dans le soulagement des éruptions eczémateuses et des démangeaisons provoquées par la dermatite atopique. Ces médicaments topiques ont différentes structures chimiques, les unes plus puissantes que les autres, diverses concentrations (puissance thérapeutique) et diverses formulations (lotions, crèmes et onguents). La formulation et la puissance du corticostéroïde seront ajustées par le médecin en fonction de l'évaluation personnalisée de chaque patient (gravité de la maladie, zones à traiter, âge de l'enfant, durée du traitement) de façon à ne pas occasionner d'effets secondaires indésirables. Une formulation de puissance minimale sera utilisée avec précaution dans des zones délicates, soit le visage, le cou et les plis, afin d'éviter une atrophie cutanée. Il existe plusieurs classes de puissance des corticostéroïdes topiques. Certaines classifications en comportent quatre, d'autres sept. Dans les deux cas, les classes I et II sont considérées comme étant très puissantes. Dans la classification à sept classes, les classes III à V sont de puissance moyenne, tandis que les classes VI et VII sont considérées comme de faible puissance. Pendant les périodes d'exacerbation intense et après l'exclusion d'une surinfection, on appliquera sur les endroits atteints ne réagissant pas au traitement, des onguents de classe II ou III, une ou deux fois par jour, et que l'on recouvrira parfois de compresses humides pour maximiser le traitement. Il est toutefois important que leur utilisation soit limitée à une courte période et se fasse sous supervision médicale afin d'éviter les effets secondaires (troubles pigmentaires, télangiectasies, éruptions acnéiformes, atrophie cutanée et vergetures). À la longue, une perte d'efficacité appelée tachyphylaxie peut survenir. Il faut aussi être très prudent avec l'application de ces corticostéroïdes topiques près des yeux, car des problèmes ophtalmologiques peuvent aussi se présenter.

Il est important d'utiliser la bonne quantité de médica-

T A B L E A U I

Traitement de la dermatite atopique – Quantité de médicaments topiques en une application (unité de bout de doigts*)

	Âge			
	3–6 mois	1–2 ans	3–5 ans	6–10 ans
Visage et cou	1	1,5	1,5	2
Bras et mains	1	1,5	2	2,5
Jambes et pieds	1	2	3	4,5
Tronc (avant)	1	2	3	3,5
Tronc (dos, fesses comprises)	1,5	3	3,5	5

*Une unité équivalant au bout d'un doigt d'adulte (UBD) correspond à environ 0,5 gramme et couvre une surface cutanée d'environ 5 cm².

ments topiques quels qu'ils soient. On peut se référer au *tableau I* illustrant la quantité de produit à utiliser en unité de bout de doigt d'adulte.

Lorsque le traitement classique ne donne pas de résultats, l'ajout de corticostéroïdes par voie orale peut être envisagé exceptionnellement et à court terme seulement, puisque des réactions indésirables généralisées sérieuses peuvent se manifester à long terme (suppression de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, ralentissement de la croissance et syndrome de Cushing). La prise de corticostéroïdes par voie orale est généralement déconseillée dans le traitement habituel de la dermatite atopique. En revanche, la fraîcheur ou l'application de compresses humides fraîches pourront soulager le prurit.

Les immunomodulateurs topiques

Une nouvelle classe de médicaments non stéroïdiens, les immunomodulateurs topiques (IMT), font maintenant partie de notre arsenal thérapeutique de la dermatite atopique. Ils agissent sur la zone de déséquilibre immunitaire de la peau afin d'aider à atténuer les symptômes de l'eczéma. Actuellement, deux immunomodulateurs topiques utilisés dans le traitement de la dermatite atopique sont commercialisés au Canada : l'onguent de tacrolimus (Protopic®) et la crème de pimécrolimus (Elidel®) (*tableau II*).

Les antibiotiques

La dermatite atopique augmente les risques d'infection cutanée. La barrière protectrice de la peau étant lésée, elle peut difficilement jouer son rôle protecteur contre les inva-

sions bactériennes. L'antibiotique sera choisi en préparation orale ou topique selon le type de bactéries et l'étendue de l'infection. Les bactéries responsables sont *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*. Tant que l'infection cutanée ne sera pas guérie, il sera difficile de maîtriser l'eczéma. Afin d'éviter l'apparition d'une résistance aux antibiotiques, on ne doit pas utiliser ces médicaments à titre préventif.

Les antihistaminiques

Les antihistaminiques sont utilisés pour soulager le prurit. Leur effet sédatif peut aider le patient à mieux dormir la nuit. La prise d'antihistaminiques peut entraîner une somnolence persistante durant la journée. Il faut donc ajuster la dose en conséquence. La dose recommandée d'hydroxyzine pour un enfant est de 2 à 3 mg/kg/j.

La photothérapie (UVB, PUVA, UVA)

La photothérapie sera utilisée lorsque les traitements usuels ne donnent aucun résultat. Le traitement par les rayons ultraviolets (UV) est souvent efficace. Il est habituellement associé à un médicament topique pour obtenir de meilleurs résultats. Chez les enfants, il faut évaluer le rapport avantages/risques avant de prescrire ce traitement qui nécessite des visites chez un dermatologue de 1 à 3 fois par semaine pendant plusieurs semaines et qui demande donc une grande disponibilité.

Chez les plus grands comme chez les plus jeunes, l'exposition à la lumière naturelle (UVB) sera encouragée de façon modérée, en évitant évidemment les brûlures solaires. En cas d'aggravation des symptômes ou d'autres complications (brûlures, affections aux yeux, sécheresse de la peau) à la suite de l'utilisation de la photothérapie, il faut cesser le traitement.

Les immunodépresseurs à action générale

Les immunodépresseurs sont utilisés essentiellement en tout dernier recours lorsque la maladie est réfractaire aux traitements classiques et qu'elle est considérée comme excessivement sérieuse. Les « immunomodulateurs » à action

T A B L E A U II

Les immunomodulateurs topiques non stéroïdiens

	Onguent de tacrolimus	Crème de pimécrolimus
Caractéristiques distinctives	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulation topique du médicament par voie orale utilisé en cas de greffe (FK506) ● Pour la dermatite atopique de modérée à grave ● Posologie : onguent à 0,03 % et à 0,1 % pour les adultes et à 0,03 % pour les enfants de 2 à 15 ans ● Approuvé en septembre 2001 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulation topique spécialement créée pour traiter l'eczéma ● Pour la dermatite atopique de légère à modérée ● Posologie : crème à 1 % pour les adultes et pour les enfants de 2 ans ou plus ● Approuvée en mars 2003
Caractéristiques communes	<ul style="list-style-type: none"> ● N'induit pas d'atrophie cutanée ● N'augmente pas l'infection cutanée et n'ont pas d'effet généralisé ● Provoque une sensation de brûlure locale transitoire ● A un excellent profil d'innocuité (usage sur des périodes excédant un an, applications faciales) ● Est efficace en monothérapie ● Doit être appliqué deux fois par jour 	
Mécanismes d'action des deux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhibe la calcineurine (enzyme activée par le calcium qui scinde les groupes phosphates des protéines cibles). La calcineurine est essentielle à l'activation de nombreuses cytokines et à la dégranulation des mastocytes. ● Diminue la production d'IL-2, IL-4, IL-13 et autres cytokines et inhibent l'activation des cellules T ● Diminue la relâche d'autres médiateurs de l'inflammation des mastocytes et des basophiles ● Diminue la présentation des antigènes des cellules dendritiques aux lymphocytes autologues ● Cible sélectivement les cellules T et les mastocytes ● N'a aucun effet négatif sur les kératinocytes, les fibroblastes, les cellules endothéliales, les cellules de Langerhans 	

42

générale surtout utilisés pour des cas problèmes sont la cyclosporine, l'azathioprine et les immunoglobulines par voie intraveineuse. Étant donné leurs effets secondaires importants, ces médicaments sont utilisés en présence d'une surveillance hématologique et médicale étroites et régulières. Il faut toujours évaluer les risques et les avantages avant d'entreprendre ou de poursuivre un tel traitement, dont la durée ne dépasse habituellement pas six mois.

La psychothérapie

L'importance des facteurs émotifs et psychologiques dans le développement de la dermatite atopique est bien connue. Une évaluation au cas par cas sera faite pour savoir si une intervention psychologique est nécessaire en raison de la détresse et des répercussions de la maladie sur l'enfant et sa famille. Le soutien et les interventions seront évalués par un professionnel en psychothérapie. Certaines approches auront pour but de diminuer le stress occasionné par la maladie. Un travail sur la confiance et l'estime de soi peut s'avérer nécessaire. D'autres interventions auront pour but de modifier un comportement (maîtrise du prurit), de maximiser l'adhérence au traitement ou simplement de fournir

un soutien psychologique.

La phytothérapie et les médecines douces

Plusieurs parents essaieront des traitements complémentaires ou de médecine douce. Un grand nombre de plantes sont proposées par les naturopathes pour « apaiser le système nerveux, renforcer le système immunitaire ou nettoyer le système digestif ». Leur efficacité dans le traitement de la dermatite atopique n'a jamais été prouvée. Des herbes chinoises qui ont connu un certain engouement peuvent même entraîner une toxicité hépatique et cardiaque.

Il en va de même des acides gras essentiels (oméga 3, 6 et 9) et des acides gammalinoléniques (de primevères, de bourrache ou d'onagre) ou des suppléments alimentaires, vitaminiques ou homéopathiques dont l'efficacité n'a pas été démontrée par des études scientifiques.

Les massages thérapeutiques, le *biofeedback*, l'hypnothérapie et la visualisation sont des approches complémentaires ou de soutien aux traitements de base que peuvent rechercher certains parents. Leur but est de diminuer le stress ou de modifier un comportement (ex. : maîtriser le prurit).

Grâce à une bonne connaissance du mode d'action et

Prophylaxie antigrippale par l'amantadine

Je voudrais vous signaler une erreur dans l'article de M^{me} Mireille Nadeau sur la « Prophylaxie antigrippale par l'amantadine » (vol. 39, numéro 11, novembre 2004).

Il y est fait mention, et cela est même mis en évidence dans un encart, que « Le seul médicament approuvé au Canada pour la prophylaxie des infections à virus grippal est l'amantadine ». La référence de cet énoncé est le *Protocole d'intervention en milieu d'hébergement et de soins de longue durée : Prévention, surveillance et contrôle* élaboré en 2002 et diffusé par le MSSS en 2003.

Ce protocole ne peut être considéré comme une source au sujet des médicaments homologués au Canada, mais bien comme un document pour orienter l'intervention préventive dans la maîtrise de l'éclosion de la grippe en milieu d'hébergement. Au moment de l'élaboration et de la diffusion du protocole, l'amantadine était effectivement le seul médicament approuvé au Canada pour la prophylaxie des infections à virus grippal.

Toutefois, cette situation a été modifiée en décembre 2003. L'oseltamivir (Tamiflu[™]) a alors été homologué au Canada pour la prévention de la grippe en post-exposition chez les personnes de plus de 13 ans (communication personnelle, D^r Jacques Bouchard, Bureau des produits thérapeutiques, division de gastro-entérologie, maladies infectieuses et virales, Santé Canada).

L'oseltamivir est efficace non seulement contre le virus de type A, mais aussi contre celui de type B et pourrait donc être très utile pour maîtriser une éclosion du virus grippal de type B. De plus, l'oseltamivir provoque beaucoup moins d'effets secondaires que l'amantadine et est beaucoup moins susceptible d'entraîner le développement d'une résistance que l'amantadine.

La posologie de l'oseltamivir n'a pas besoin d'être ajustée en fonction de la clairance de la créatinine, sauf dans les cas d'insuffisance rénale grave (ClCr < 30 ml/min). Il y aurait ainsi beaucoup d'avantages à utiliser l'oseltamivir plutôt que l'amantadine. Le principal désavantage est son coût très élevé.

Je crois qu'il serait important que les médecins reçoivent l'information exacte à ce sujet. ☞

Références

1. Dutkowski R, Thakrar B, Froelich E, Suter P, Oo C, Ward P. Review article. Safety and Pharmacology of Oseltamivir in Clinical Use. *Drug Safety* 2003 ; 26 (11) : 787-801.
2. Oxford JS, Novelli P, Sefton A, Lambkin R. Review: New Millennium antivirals against pandemic and epidemic influenza: the neuraminidase inhibitors. *International Medical Press* 2002; Antiviral Chemistry and Chemotherapy 13:4.
3. Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR, Wailoo A, Turner D, Nicholson KG. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2003 ; 326: 1-7.
4. Kirkbride HA, Watson. Review of the use of neuraminidase inhibitors for prophylaxis of influenza. *Communicable Disease and Public Health* 2003 ; 6 (2) : 123-7.
5. Kaiser L, Wat C, Mills T, Mahoney P, Ward P, Hatden F. Impact of Oseltamivir Treatment on Influenza-related Lower Respiratory Tract Complications and Hospitalizations. *Arch Intern Med* 2003 ; 163 : 1667-72.
6. Matheson NJ, Symmonds-Abrahams M, Sheik A, Shepperd S. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children *Cochrane Database Syst Rev* 2003 ; (3) CD002744.
7. CCNI Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2004-2005. RMTc Juin 2004 Vol 30 DCC3. Site internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/04vol30/acs-dcc-3/index_f.html
8. Advisory committee on Immunization practices (ACIP). Prevention and Control of Influenza. *MMWR* 28 Mai 28 2004 ; 53 RR6. Site internet : www.cdc.gov/nip/publications/acip-list.htm
9. Monto AS. The role of antivirals in the control of influenza. *Vaccine* 2003 ; 21 : 1796-800.
10. Moscona A. Oseltamivir-resistant influenza? *The Lancet* 28 août 2004, 364 (9436) : 733-34.
11. Boivin G, Goyette N. Susceptibility of Recent Canadian influenza A and B virus isolates to different neuraminidase inhibitors. *Antiviral Research* 2002 ; 54 : 143-7.
12. Garman E, Laver G. Controlling Influenza by Inhibiting the Virus's neuraminidase. *Current Drug Targets*, 2004 ; 5 : 119-36.
13. Hayden FG, Belshe R, Villanueva C, Lanno R, Hughes C et coll. Management of Influenza in Households: A Prospective, Randomized Comparison of Oseltamivir Treatment with or without Post-Exposure Prophylaxis. *J Infect Dis.* 2004 ; 189 (3) : 440-9.

D^{re} Sylvie Venne

**Médecin conseil, Services des maladies infectieuses
Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Courriel : sylvie.venne@msss.gouv.qc.ca**

SUMMARY

Atopic dermatitis in children: optimize treatment response. Atopic dermatitis, an inflammatory, recurrent, persistent, sometimes invalidating skin disease, is characterized by an important pruritus which can render life very difficult for both patients and parents. A review of epidemiology, diagnostic criteria and treatment avenues are presented. There is no doubt that structured therapeutic education to the families and/or patients greatly increase treatment adherence and success.

Keywords: Atopic dermatitis, diagnostic criteria, topical corticosteroids, topical immunomodulators

du rôle de l'efficacité des différentes modalités de traitement de la dermatite atopique ainsi que de leurs effets secondaires possibles, on peut faire les choix thérapeutiques adaptés à chaque patient et maîtriser la dermatite atopique. ☞

Date de réception : 13 septembre 2004

Date d'acceptation : 7 octobre 2004

Mots-clés : dermatite atopique, critères diagnostiques, corticostéroïdes topiques, immunomodulateurs topiques

Lectures suggérées

1. Ellis C, Luger T, Abeck D et coll. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. *Br J Dermatol* 2003 ; 148 : 3-10.
2. Practice Management, Guidelines of Care for Atopic Dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 50 : 391-404.
3. Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB. Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 49 : 1088-95.
4. Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol* 1998 ; 138 : 293-6.