

## Eczéma au quotidien clinique

Dr Jann Lübbe  
PD, Faculté de Médecine UniGe  
Clinique Genolier  
Clinique Matignon Suisse  
Cabinet Dermatopédiatrie Pt. Saconnex

## Classification des eczémas

Eczémas „constitutionnels“ ou „endogènes“  
*Eczéma atopique ; (e. séborrhéique)*

*Facteurs environnementaux aggravants*  
*Facteur endogène persistant (atopie)*

Eczémas d'origine „exogène“  
*Eczéma de contact (irritatif ou allergique)*

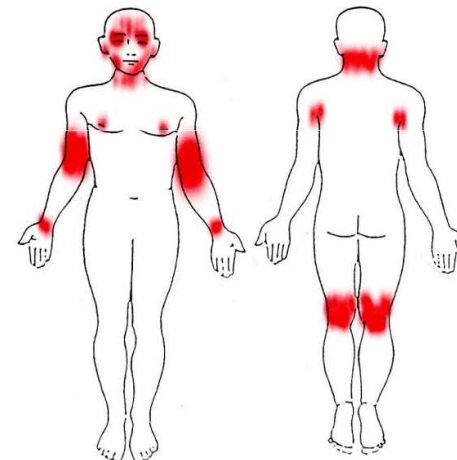
*Facteurs environnementaux prédominants*  
*Facteurs endogènes prédisposants (atopie, âge)*

## Eczéma

- stigmates de la prédisposition endogène
  - Eczéma atopique
- signes des facteurs environnementaux
  - Eczémas de contact

## Distribution des lésions

*eczéma constitutionnel - eczéma atopique*



- Grands plis flexuraux
- Visage et cou
- Mamelons
- Enfants bas âge
  - Tête
  - Convexités

## Eczéma atopique : critères diagnostiques

[Hanifin&Rajka, 1980]

### Critères majeurs (3)

- Prurit
- Morphologie et distribution typique
- Dermatite chronique-récurrente
- Antécédents perso ou fam. d'atopie

### ...et 3 critères mineurs..

- Sécheresse cutanée
- Début en enfance
- Taux IgE élevé
- Hypersensitivité (transpiration, laine..)
- ...

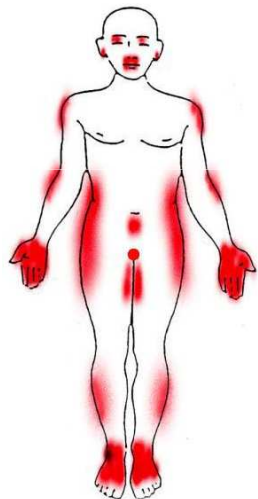
## Eczémas de contact

### Facteurs principaux

- Eczéma de contact *allergique* (20%)
  - Produits personnels
  - Substances professionnelles
  - Allergènes spécifiques
    - Nickel
    - Chrome, cobalt
    - Parfums
    - Caoutchoucs
    - Colorants
    - Conservateurs et émulsifiants
    - Additifs industriels (colles, caoutchoucs, résines, huiles)
    - Médicaments (antibiotiques, anti-inflammatoires, stéroïdes (!))
- Eczéma de contact *irritatif* (80%)
  - Produits et facteurs non-spécifiques
    - Froid
    - Eau
    - Détergents
    - Acides
    - Huiles
    - **Présence d'atopie**

## Distribution des lésions

### Eczémas de contact



- Convexités
  - Frottement
- Mains, pieds
  - Exposition *professionnelle, prolongée*
- Paupières
  - Épiderme mince
- Jambes
  - Barrière cutanée compromise
- Lèvres, oreilles, aisselles
  - Exposition spécifique: baumes, déodorants, bijoux..

## Eczéma de contact

### allergique ou irritatif?

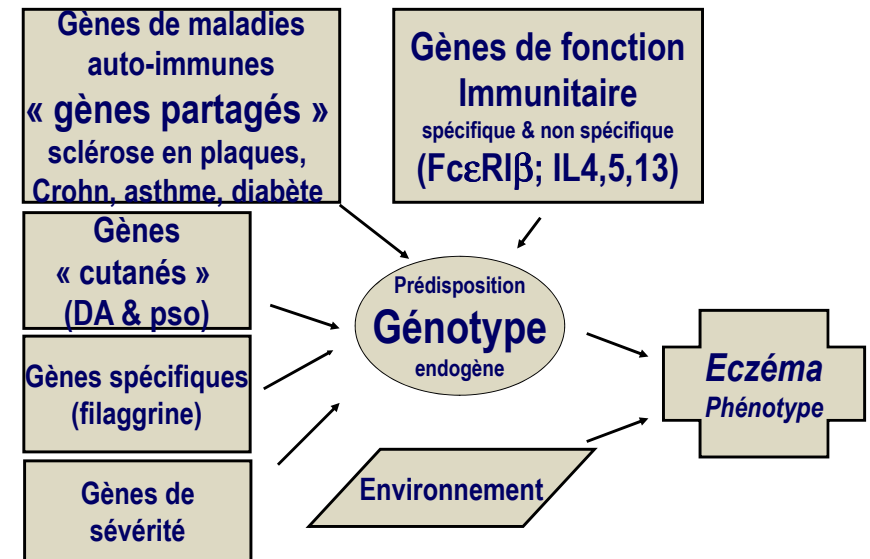
- **Allergique**
  - Apparition retardée (jours)
  - Bordure effritée
  - Éruptions à distance
  - Vésicules, suintement
  - Patch test positif
- **Irritatif (orthoergique, toxique)**
  - Apparition rapide (heures)
  - Bordure nette
  - Pas de lésions disséminées
  - Erythème, vernissé, squameux,
  - Patch test négatif

## Fréquence comparative des eczémas *considérations épidémiologiques*

- Exemple eczéma des mains
  - 190 cas rétrospectifs:
    - 40% eczéma atopique
    - 27% eczéma de contact irritative
    - 23% eczéma de contact allergique
- Donc, en pratique:
  - L'atopie est de loin le facteur le plus prévalent dans les eczémas *même s'ils sont localisés*
  - Recherche d'allergie de contact (patch test) seulement si indication particulière

## Base polygénétique de l'eczéma « endogène »

Exemple de l'eczéma atopique



## Les indications des tests d'allergie chez l'enfant avec dermatite atopique

Signes digestifs: vomissements, diarrhée, coliques, retard de croissance	Signes persistants ou intermittents sans autres étiologies connues
Dermatite atopique	« Signes persistants ou liés à un allergène »
Urticaire aiguë/angioedème	Signes sévères et/ou suspicion d'une allergie spécifique
Enfants âgés de moins de 3-4 ans avec asthme/sifflements récidivants	Signes persistants et sévères nécessitant un traitement quotidien. Toux, sifflements, gêne respiratoire aux jeux, à l'effort ou la nuit. Infections respiratoires récidivantes sans autre étiologies
Rhinite	Avec recherche systématique d'asthme
Conjonctivite	Résistante aux traitements
Anaphylaxie	Exploration systématique dans des unités spécialisées

## Traitement de l'eczéma

Le traitement de l'eczéma, c'est le traitement de sa cause...

**...lorsque celle-ci est accessible!**

[J-H. Saurat]

## Concept des *cibles* dans le traitement de l'eczéma

### Cibles accessibles

#### Inflammation

Stéroïdes  
Immunosuppresseurs  
Rayons UV

#### Barrière cutanée

Cornéothérapie  
Hygiène cutanée  
Acide  $\gamma$ -linoléique?

#### Colonisation microbienne

Antibiotiques  
Antiseptiques  
Hygiène cutanée

### Cibles inaccessibles

#### Dysfonction

Immunitaire  
(Probiotiques?)  
(Hygiène de vie?)

**Cibles  
+ ou - accessibles**

#### Environnement

Eviction?  
Mode de vie?

## Concept de traitement de la dermatite atopique *une « tri – thérapie »*

- **Cornéothérapie** : soins de base de la couche cornée émoullissants, bains à l'huile...
  - Connaissances de la structure et de la fonction de la barrière cutanée
- **Traitement antimicrobien** : rôle des toxines microbiennes (superantigènes)
  - Si facteur aggravant évident
- **Traitement anti-inflammatoire** : corticostéroïdes topiques, immunosuppresseurs topiques
  - En cas de prurit

## Dermatite atopique prise en charge initiale

- Souvent contexte de poussée
  - Perception d'urgence
- Traitements « ne marchent pas »
  - Problème de posologie
  - corticophobie
- Besoin de causalité; culpabilisation (parents)
  - Information et apprentissage

## Cibler le prurit

1er choix: stéroïdes topiques

- Utiliser des produits de classe III
  - Classe I : p.e. hydrocortisone acétate 2%
  - Classe II : p.e. désonide 0.1%
  - Classe III : p.e. prédnicarbate 0.25%, mométasone, betaméthasone
  - Classe IV : p.e. clobétasol-propionate 0.05%
- Ne pas utiliser > 10 jours pendant chaque jour
- Ne pas utiliser > 50 g par semaine
- Ne pas stopper brusquement le traitement

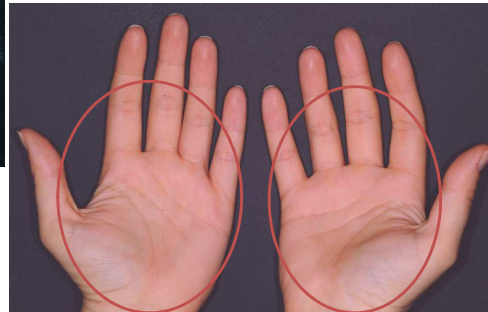
## Traitement topique *savoir doser!*

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



**...traite deux surfaces  
 palmaires**

**= environ 2% de la surface cutanée**



[Finlay et al.]

## Risque d'absorption systémique

- 50 gr de 0.05% bétaméthasone (Diprosone°) crème/semaine
- = 25 mg bétaméthasone/semaine
- Absorption systémique 5% -> 1.25 mg de bétaméthasone
- 1.25 mg de bétaméthasone = 12 mg de prednisone
- Donc 50g d'un stéroïde III topique/semaine équivaut à 2 mg de prednisone/j au maximum

## Sevrage corticostéroïdes

- Eviter arrêt brusque du traitement antiinflammatoire
- Essayer d'abord 3x/semaine
- Si pas de rechute, passer à 2x/semaine
- Exemple
  - 1x /j pdt 5 jours
  - 1x/2 j pdt 10 jours
  - 1x/3j pdt 15 jours
- Chercher l'équilibre

## Inhibiteurs de la calcineurine spécialités topiques



**Tacrolimus**  
**Protopic°**  
pommade  
0.1%;0.03%

**Pimecrolimus**  
**Elidel°**  
crème 1%

## Traitements topiques anti-inflammatoires

Corticostéroïdes topiques  
 Immunomodulateurs topiques  
 Inhibiteurs de la calcineurine topiques

- Ne *guérissent* pas la maladie
- Diminution de l'inflammation
- Diminution de la production de collagène - atrophie
- idem
- idem
- Pas d'induction d'atrophie même à long terme

## Principes de la **cornéothérapie** *savoir faire*

- Prévoir temps & espace
  - au moins 15 minutes, assis sur son linge
- Appliquer le traitement immédiatement après le bain/douche (avant que la peau „tire“)
- Traiter
  - D'abord les mains et les zones périarticulaires
  - terminer avec les grandes surfaces cutanées et le visage
- Quantité
  - Au moins 10g / session (adulte)
  - (bébé ~ 2g, enfant 6ans ~ 5g)

## Cornéothérapie : produits

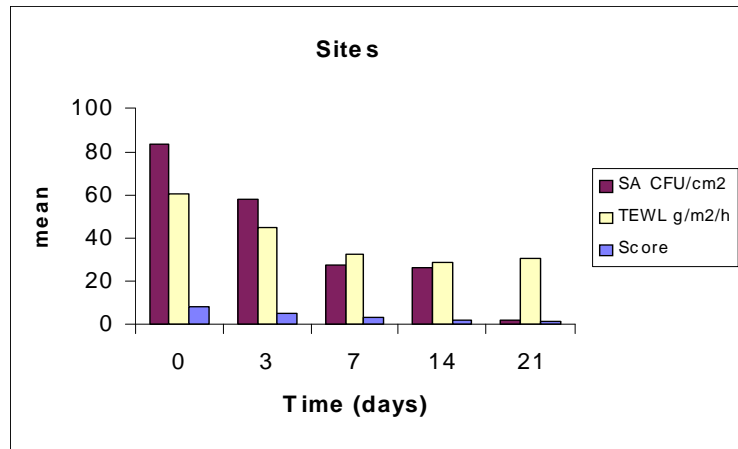
- Compléter (pas bouleverser) les habitudes du patient
- Douches, eau chaude, savons plus irritants que bains, bains à l'huile
- **Lotions**: rapide, peu efficace (prévention sur peau saine, voyage..)
- **Crèmes**: meilleur choix pour la plupart des situations
- **Pommades**: situations particulières : xéroses +++, allergies de contact.. (ne contiennent pas de conservateurs)
- Additifs: urée, acide lactique: cave piccotements

## *S. aureus* dans la dermatite atopique

	Incidence	Densité/cm <sup>2</sup>
<b>Dermatite atopique</b>		
♦ <b>Lichénifiée</b>	90-100%	400'000
♦ <b>Aigue, suintante</b>	100%	15'000'000
♦ <b>Impétiginisée</b>	100%	60'000'000
♦ <b>Peau „normale“</b>	80-100%	180'000
<b>Sujet normal</b>	~3%	1'000
<b>Psoriasis</b>	10%	1'000

## Traitement anti-inflammatoire seul:

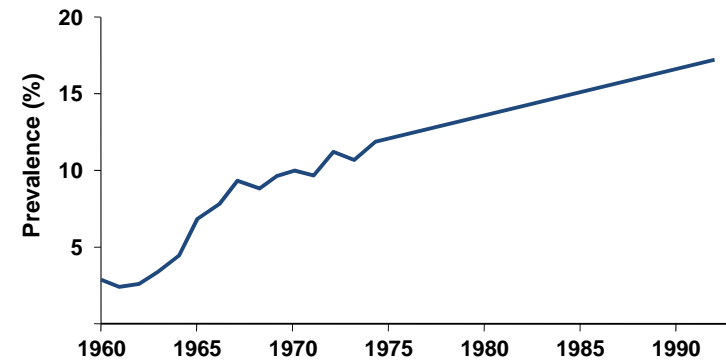
- diminue l'inflammation
- diminue la densité du staph. doré



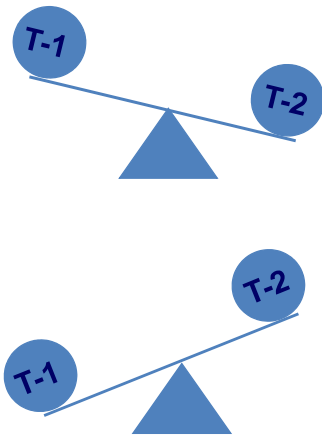
[Pournaras et al. *J Invest Dermatol* 2001;116:480-1]

## Epidémiologie de la dermatite atopique

### Importance des facteurs exogènes



## Société occidentale moderne perte de la balance régulatrice



D'après: B. Björkstén & M. Yazdanbakhsh  
« Hypothèse de la contre-régulation »  
[Wills-Karp et al., *Nature Rev Immunol*;2001]

## Equilibre immunitaire facteurs régulateurs

- ♦ **Facteurs régulateurs**
  - « Probiotiques »
  - Helminthes
  - Endotoxines
  - *Mycobact. vaccae*
  - ...

