

# Du nouveau dans l'eczéma atopique : diagnostic et traitement fondés sur des données probantes

Par Marc Bourcier, M.D., FRCPC

Marc Bourcier, M.D., FRCPC  
Professeur adjoint de clinique à  
la Faculté de médecine de  
l'Université de Sherbrooke  
(Sherbrooke, Québec)

L'eczéma atopique est une affection répandue au Canada, dont la prévalence à vie atteint 17 %<sup>1</sup>. L'eczéma a pour conséquences une diminution de la qualité de vie des patients et de leurs familles, ainsi qu'un fardeau économique accru pour le patient, sa famille et la société en général<sup>2</sup>.

L'objectif de cette courte revue est de présenter les caractéristiques et la physiopathologie de l'eczéma, de souligner le rôle du *Staphylococcus aureus* dans les complications bactériennes de la maladie, et de résumer les approches thérapeutiques, pharmacologiques et non pharmacologiques.

## CARACTÉRISTIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ECZÉMA ATOPIQUE

L'eczéma atopique est une affection inflammatoire très prurigineuse de la peau, caractérisée par la chronicité et la tendance aux rechutes. Le symptôme principal de l'eczéma est un prurit intense, dont la présence est essentielle au diagnostic (en plus d'au moins trois des critères suivants : apparition tôt dans la vie, morphologie et distribution typiques, antécédents personnels ou familiaux d'atopie, peau sèche et évolution chronique ou tendance aux rechutes)<sup>1</sup>. Les lésions peuvent être accompagnées de papules, d'excoriations et de lichénification<sup>1</sup>.

Le prurit et les autres anomalies sont à l'origine des caractéristiques secondaires de la maladie, lesquelles contribuent à diminuer significativement la qualité de vie : souffrance émotionnelle, troubles du sommeil (produisant fatigue ou irritabilité diurnes), application répétée de médicaments topiques, multiples visites médicales et, finalement, stigmatisation associée aux maladies de la peau. De plus, l'eczéma atopique est fréquemment associé à l'asthme et à la rhinite allergique, des affections qui ont également pour effet de diminuer la qualité de vie.

La cause exacte de l'eczéma atopique est inconnue, mais il est établi que des facteurs liés à la génétique, à une mauvaise réponse immunitaire, à l'environnement et à une mauvaise barrière cutanée jouent un rôle important<sup>3</sup>. De plus, la maladie est souvent compliquée et exacerbée par la présence de micro-organismes. Par exemple, on sait que *S. aureus* colonise la peau de la plupart des patients atteints d'eczéma, tant la peau normale (55-75 % des patients) que les zones lichénifiées (85-91 %) et les lésions aiguës exsudatives (80-100 %)<sup>4</sup>. La dermatite crée un environnement favorable à la croissance des bactéries, laquelle exacerbe la réaction inflammatoire ce qui, en l'absence de traitement, aboutit à un cercle vicieux<sup>4</sup>.

## TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE DE L'ECZÉMA ATOPIQUE

L'éducation est un élément essentiel de la prise en charge globale des patients atteints d'eczéma et de leur famille. Les patients doivent savoir à quel point il est important d'éviter l'exposition aux allergènes (respiratoires ou alimentaires) et aux irritants (p. ex. : parfums, savons, chaud et froid) potentiels. Les patients devraient d'ailleurs subir des épreuves de sensibilité aux allergènes respiratoires et alimentaires<sup>1</sup> (voir Tableau 1).

On doit également expliquer aux patients l'importance de bien hydrater leur peau. L'utilisation régulière d'émollients cutanés est une composante essentielle du traitement; elle permet de rétablir et d'entretenir la barrière cutanée normale. Les émollients doivent être appliqués au moins une fois par jour (idéalement après un bain tiède), si possible deux fois par jour. Le choix de l'émollient est très personnel, mais de nouvelles formulations contenant des lipides et des céramides pourraient être encore plus efficaces<sup>5</sup>.

## PHARMACOTHÉRAPIE DE L'ECZÉMA ATOPIQUE

L'objectif du traitement pharmacologique de l'eczéma est de maîtriser le prurit, de prévenir les rechutes et de faire disparaître les lésions cliniques de toute éventuelle éruption. On utilise généralement un anti-inflammatoire topique (corticoïde ou inhibiteur de la calcineurine), avec ou sans antibiotique topique. Comme l'indique le Tableau 2, le choix du médicament dépend

**TABLEAU 1 Eczéma atopique : interventions non pharmacologiques**

- Identifier et éliminer les déclencheurs
- Éviter les allergènes
  - Respiratoires (p. ex. : poussière de maison, mites de la poussière, pollen, squames d'animaux, moisissures, fumée)
  - Alimentaires (p. ex. : lait, blanc d'œuf, arachides, fèves de soya, noix, poissons, fruits de mer, blé)
- Minimiser les irritants (p. ex. : laine, parfum, savon, bain ou douche à l'eau chaude)
- Hydrater la peau à l'aide d'émollients
- Envisager antibiotiques et antiseptiques
- Faire bien sécher l'équipement de sport : la sueur est un irritant fréquent
- Information, visite de sites web fiables (p. ex. : Alliance canadienne des patients en dermatologie, Société canadienne d'eczéma, Association canadienne de dermatologie)

**TABLEAU 2 Eczéma atopique : traitement pharmacologique**

Aucune lésion	Eczéma léger	Eczéma modéré	Eczéma grave
Émollients	Émollients	Émollients	Émollients
	Inhibiteurs de la calcineurine	Inhibiteurs de la calcineurine	Inhibiteurs de la calcineurine
	Corticoïdes doux	Corticoïdes intermédiaires	Corticoïdes puissants
			Traitement systémique, photothérapie
+/- antibiotiques topiques; association acide fusidique/hydrocortisone			

de la gravité de l'eczéma. Dans les cas très graves, un traitement systémique pourra être nécessaire.

**Corticoïdes topiques.** En 2005, un comité d'experts canadien statuait que les corticoïdes topiques constituent le traitement classique des lésions et du prurit dans l'eczéma<sup>1</sup>. L'innocuité de ces médicaments chez l'enfant et l'adulte atteints d'eczéma est bien établie. Ils agissent rapidement, sont abordables, ne laissent aucune trace sur la peau et sont offerts dans une vaste gamme de puissance et de présentations (p. ex. : gels, lotions, aérosols, etc.). On doit souvent rassurer les patients et les parents sur l'innocuité des corticoïdes correctement utilisés. Les directives de 2005 recommandent de débiter le traitement anti-inflammatoire au premier signe de rechute (érythème, formation de papules, augmentation de la démangeaison)<sup>1</sup>. Sur le visage et dans les plis cutanés, les corticoïdes doux sont généralement efficaces, alors que les autres régions cutanées nécessiteront des médicaments de puissance intermédiaire. On devrait observer une réponse en 10-14 jours; en l'absence de réponse, il faut diriger le patient vers un dermatologue<sup>1</sup>.

Néanmoins, les corticoïdes ont quelques désavantages. Leurs effets indésirables sont bien connus : atrophie cutanée, vergetures chez les adolescents, tachyphylaxie, télangiectasies et dermite périorale<sup>1</sup>. Les effets secondaires localisés résultent généralement d'utilisation excessive<sup>1</sup>. Les rares effets systémiques (p. ex. : insuffisance surrénalienne, retard de croissance chez l'enfant) sont généralement transitoires et réversibles. L'utilisation des corticoïdes sur le visage, les plis cutanés et la région génitale doit être limitée, et toute utilisation prolongée finira par causer des problèmes.

**Les inhibiteurs de la calcineurine en application topique.** Il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dont le mode d'action et le profil d'innocuité diffèrent totalement de ceux des corticoïdes. On a démontré que les deux agents actuellement offerts, le pimécrolimus et le tacrolimus, étaient efficaces contre l'eczéma et, en traitement d'entretien, retardaient les rechutes<sup>1,6</sup>. Ils représentent une alternative aux corticoïdes topiques. Des inquiétudes ont été soulevées quant à une possible augmentation du risque de cancer de la peau et de lymphome (la *Food and Drug Administration* [FDA] a d'ailleurs fait ajouter un encadré à la monographie de ces médicaments), mais aucun lien de cause à effet n'a été établi<sup>7,8</sup>.

**Traitement antibiotique d'appoint.** On l'a vu plus haut, la peau des patients atteints d'eczéma est souvent colonisée par des micro-organismes pathogènes exacerbant l'inflammation et le prurit. Étant donné qu'il s'agit, dans la majorité des cas, de pathogènes pouvant causer des complications (p. ex. : *S. aureus*), les cliniciens doivent songer à ajouter un antibiotique topique au traitement des rechutes d'eczéma. C'est particulièrement le cas en présence d'érythème ou de lésions croûteuses, généralement exacerbés par la présence de bactéries. Certaines préparations topiques associent un corticoïde topique à un antibiotique. Par exemple, on a démontré que l'association d'hydrocortisone à 1 % et d'acide fusidique à 2 % (antibiotique très actif contre *S. aureus*) était plus efficace que l'hydrocortisone à 1 % seule, pour obtenir une réponse en deux semaines (58,5 % contre 31,3 %,  $p = 0,04$ )<sup>9</sup>. L'association d'un antibiotique et d'un corticoïde doux peut être efficace et permettre d'éviter d'utiliser des corticoïdes puissants pour mettre fin à une rechute.

## CONCLUSIONS

L'eczéma atopique peut avoir des conséquences très négatives sur la qualité de vie des patients. Un traitement optimal permet de maîtriser la maladie et d'en limiter les répercussions. Les anti-inflammatoires, généralement sous forme de corticoïdes, constituent l'essentiel du traitement pharmacologique. On peut également utiliser des inhibiteurs de la calcineurine. À cause du risque de colonisation par des pathogènes pouvant exacerber la maladie, comme *S. aureus*, il faut également envisager d'ajouter un antibiotique topique au traitement de l'eczéma atopique léger ou modéré.

### Références :

1. Lynde C, Barber K, Claveau J, et coll. Canadian practical guide for the treatment and management of atopic dermatitis. *J Cutan Med Surg* 2005; 8 Suppl 5:1-9.
2. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of Quality Of Life (QOL) in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol* 2006; 155:145-5.
3. Boguniewicz M, Leung DY. Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125(1):4-13.
4. Leung DY. The role of *Staphylococcus aureus* in atopic eczema. *Acta Derm Venereol* 2008; Suppl 216:21-7.
5. Anderson PC, Dinulos JG. Are the new moisturizers more effective? *Curr Opin Pediatr* 2009; 21(4):486-90.
6. El-Batawy MM, Bosseila MA, Mashaly HM, et coll. Topical calcineurin inhibitors in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *J Dermatol Sci* 2009; 54(2):76-87.
7. Novartis Pharma Canada Inc. Monographie de produit : Elidel. Date de révision : 6 août 2008.
8. Astellas Pharma Canada, Inc. Monographie de produit : Protopic. Date de préparation : 1er avril 2005.
9. Ramsay CA, Savoie JM, Gilbert M, et coll. The treatment of atopic dermatitis with topical fusidic acid and hydrocortisone acetate. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1996; 7(Suppl 1):S15-22.