

Actualités Pharma

Traiter la DA : des principes à la pratique

Comme toutes les maladies chroniques, la dermatite atopique (DA) pose le problème de l'adhésion au traitement, ce qui suppose de prendre le temps de bien expliquer la maladie aux parents, quitte à pousser assez loin dans la physiopathologie, afin qu'ils comprennent les principes de la prise en charge, fondés sur deux composantes majeures : les émoullients et les dermocorticoïdes. Ces principes ont été rappelés lors d'une conférence organisée à l'occasion du lancement de **Topicrem** DA Baume.

I Expliquer

Il est utile d'expliquer que la DA est due à une anomalie génétique de la barrière cutanée, qui implique, entre autres protéines, la filagrine et des protéases, responsable d'une sécheresse cutanée par perte en eau liée à la défaillance de l'imperméabilité, d'anomalies des lipides de la couche cornée et d'une sensibilité accrue à tous les agents irritants. Il s'y s'ajoute un déficit inné de l'immunité cutanée qui favorise la pénétration des allergènes environnementaux et qui explique la colonisation quasi constante du revêtement cutané par les staphylocoques dorés.

Ces quelques explications sont suffisamment convaincantes du bien-fondé du traitement. Le traitement de la cause étant impossible, car on ne peut agir sur la génétique ou l'environnement, la prise en charge s'adresse aux symptômes et vise à restaurer une fonction barrière correcte grâce aux émoullients et aux dermocorticoïdes : soulager le prurit et l'inconfort permet de rompre le cercle vicieux lié à l'auto-entretien des lésions (l'inflammation majeure des lésions de la barrière cutanée, ce qui favorise la colonisation par *S. aureus* et augmente la pénétration des allergènes, etc.).

Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'amélioration des téguments (50 % de chances de guérison vers 5-6 ans et 80-90 % vers la puberté). Il existe une dépendance au traitement (les lésions réapparaissent à l'arrêt des topiques émoullients et des corticoïdes), mais pas d'accoutumance.

Première cause d'échec du traitement : le sous-traitement

Le traitement dermocorticoïde ne connaît pas de dose maximale en phase d'attaque, l'important étant de restaurer rapidement la barrière cutanée. Le traitement d'entretien est fonction de l'âge, de la surface cutanée atteinte. Plusieurs études ont montré que les dermocorticoïdes n'ont pas de retentissement sur la croissance et l'équilibre hormonal à < 1 tube de 30 g/mois (voire 2 tubes), chez le nourrisson et jusqu'à 4-5 ans. Une application quotidienne suffit. Il vaut mieux ne pas utiliser d'emblée un corticoïde trop faible, au risque d'échec, source de rupture de confiance dans la relation thérapeutique. Si les surfaces cutanées sont très vastes, il est possible de diluer le corticoïde dans une crème hydratante.

L'ordonnance doit être simple pour favoriser l'adhésion au traitement : une seule spécialité dans toute la mesure du possible, une application par jour, une dose maximale autorisée par mois, pas de traitement décroissant ; traiter dès qu'une zone cutanée est atteinte et arrêter dès la guérison ; reprendre le traitement pour toute nouvelle lésion sans attendre.

Cette ordonnance doit préciser une toilette quotidienne avec un savon adapté (savon surgras, syndet) et dans un bain à température 34 à 35 °C, suivie de l'application d'un émoullient (au minimum une fois par jour) et du traitement dermocorticoïde.

Quelle place pour le traitement immuno-suppresseur chez l'enfant ?

Le tacrolimus topique (Protopic® 0,03 %) est autorisé à partir de l'âge de 2 ans, en 2^e intention car le recul n'est que de 10 ans, seul ou en association à un dermocorticoïde. Le risque de carcinogénèse n'est pas démontré.

Il est à utiliser dans les formes sévères : de préférence sur le visage et les paupières si le niveau de corticodépendance est élevé ; en monothérapie si nécessaire au niveau de la racine des membres chez les adolescents afin d'éviter les vergetures ; en complément des dermocorticoïdes en cas de DA sévère ; en traitement d'entretien (2 fois/semaine) sur le thorax, les membres, en complétant par un dermocorticoïde pour le traitement des poussées ; en alternance avec les dermocorticoïdes.

En pratique, le traitement immuno-suppresseur est débuté après que l'inflammation est contrôlée (7 j de dermocorticoïde) et prescrit d'emblée 7 jours d'affilée, afin de limiter les effets indésirables (brûlures, picotements), lesquels réapparaissent dès 15 jours d'arrêt.

Ne pas « traiter » les *S. aureus*

Une colonisation par *S. aureus* est observée chez 75-100 % des enfants souffrant de DA (2-25 % chez les témoins). Elle disparaît dès la normalisation des téguments. Il est donc inutile et nocif de prescrire des antibiotiques systématiquement. La prise en charge repose sur la toilette au savon, en phase aiguë avec un savon antiseptique ; chez les enfants ayant une forme sévère étendue, une étude a montré le bénéfice d'un bain additionné d'eau de javel diluée (120 ml dans une baignoire) pendant 5-10 min, suivi d'un rinçage, et accompagné d'un traitement par mupirocine intranasale 5 j/mois. ☼

M. DEKER
D'après Nathalie Bodak
(hôpital Necker, Paris)
et Frédéric Cambazard
(CHU St-Etienne)