



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2016) xxx–xxx

Place des émollients dans la prise en charge de la dermatite atopique

The place of emollients in the management of atopic dermatitis

J. Waton*, A. Barbaud

Service dermatologie-allergologie, hôpital Brabois, CHU de Nancy, allée de Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Reçu le 11 janvier 2016 ; accepté le 12 janvier 2016

Mots clés : Dermatite atopique ; Atopie ; Traitement ; Émollient ; Crème hydratante

Keywords: Atopic dermatitis; Atopy; Management; Emollients

De nouvelles données sur la physiopathologie de la dermatite atopique (DA) confirment la nécessité d'utilisation des émollients. Mais comment aider les patients à choisir l'émollient le plus adapté et améliorer l'observance ?

1. Physiopathologie de la dermatite atopique

La couche cornée de l'épiderme est souvent comparée à un mur dont les cornéocytes sont les briques. Leur cytoplasme contient de la kératine et des molécules hygroscopiques formant le *natural moisturizing factor* (NMF), riche en acides aminés dérivés de la filaggrine et de l'acide hyaluronique. La membrane cellulaire des cornéocytes et les lipides intercellulaires agissent comme le mortier, composé de céramides, cholestérol, acides gras, filaggrine (FLG) [1].

La couche cornée normale empêche la perte en eau insensible ou *transepidermal water loss* (TEWL) et évite la pénétration intra-épidermique des germes, irritants et allergènes provenant de l'environnement extérieur [1]. La quantité de NMF, fondamental pour le maintien de l'hydratation, est fortement corrélée aux mutations-perte de fonction de la FLG des atopiques. Chez certains patients atopiques sans mutation, les réactions immunitaires et inflammatoires suffisent à altérer la fonction barrière cutanée. Chez l'atopique, le déséquilibre du microbiome au profit du *Staphylococcus aureus*, notamment dans les zones bas-tions, forme un biofilm bactérien. L'application d'émollients permettrait de rétablir le microbiome cutané [2].

2. Prévention primaire

Restaurer très précocement la barrière cutanée, en appliquant des émollients chez les nouveau-nés n'ayant pas encore développé de DA mais à haut risque atopique, réduit de 50 % le risque relatif de développer une DA [3]. Préserver l'intégrité de la couche cornée permettrait aussi de limiter la sensibilisation aux allergènes alimentaires puisque l'exposition épicutanée à l'arachide par la poussière de maison augmente le risque de sensibilisation et d'allergie alimentaire à l'arachide chez le jeune enfant ayant une DA [4].

3. Prévention secondaire : éviter l'apparition des poussées

Les émollients sont recommandés comme traitement de première intention de la xérose lors des périodes de rémission dans la DA, les poussées inflammatoires étant traitées par les DC [1,5,6].

L'utilisation d'émollients en dehors des poussées inflammatoires augmente l'hydratation cutanée, ce qui est mesuré par la diminution de la TEWL, et atténue cliniquement le prurit, la xérose et la lichénification [5].

Plusieurs études ont aussi montré que l'utilisation quotidienne d'émollients peut retarder la survenue de poussées de DA, comparativement à l'absence de traitement et permettre un effet d'épargne cortisonnée des émollients [7]. Ces études présentent des biais et tous les émollients ne seraient pas équivalents. Les plantules d'avoine rhéalba, les céramides et le glycérol semblent démontrer leur capacité d'épargne cortisonnée [7]. Cette notion

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j.waton@chu-nancy.fr (J. Waton).

est source de confusion et ne signifie pas que les émollients devraient être utilisés à la place des DC.

Il est recommandé d'utiliser les émollients après la toilette sur peau humide [1,6]. Néanmoins, l'hydratation de la peau atopique est la même, que l'émollient soit appliqué immédiatement après la toilette sur peau humide ou 30 minutes après sur peau sèche [7]. Par ailleurs, après la toilette, avec ou sans savon, la TEWL augmente et l'hydratation est bien meilleure quand l'émollient est utilisé sans aucun bain ou douche, ce qui justifie des lavages non quotidiens chez les atopiques [7]. L'efficacité des additifs émollients dans l'eau du bain n'est pas prouvée et n'est donc pas recommandée [1,7].

Les recommandations ne sont pas unanimes sur la quantité d'émollient nécessaire à chaque application (130 g/m² par semaine, ou encore 150–200 g par semaine chez l'enfant et 500 g chez l'adulte ou bien 250–500 g hebdomadaire pour l'enfant) [1,4,7]. Jusqu'à présent, aucune étude ne porte sur la fréquence optimale d'application des émollients dans la DA. Les recommandations vont « d'application fréquente », « aussi souvent que nécessaire » à « 2–3 fois par jour » [1,5–7].

4. Les différents émollients

Les agents hydratants ne sont pas tous équivalents. Dans la DA, le choix se portera au minimum sur des émollients sans parfum ni conservateur ni protéine alimentaire mais le choix de la galénique et des ingrédients est également important pour mieux conseiller les patients et améliorer l'observance. Les émulsions eau dans huile ou huile dans eau se différencient par leur pouvoir d'étalement, leurs qualités cosmétiques et la sensation qu'elles procurent. Les textures, du lait au cérat, varient en fonction du taux de phase grasse apportée. Les textures occlusives peuvent être mal tolérées par certains en empêchant l'évaporation de la sueur. À l'inverse, chez d'autres, certaines textures fluides peuvent entraîner une sensation de prurit, en raison de leur teneur élevée en eau [6]. Le choix de la texture se fera avec le patient, en fonction de la xérose, de la demande cosmétique et de la tolérance. Les émollients se différencient aussi par leurs ingrédients. Les agents émollients (glycol, stéarate de glycérol, stérols de soja...) lubrifient la peau. Les agents occlusifs (vaseline, diméthicone, huile minérale) forment une couche retardant l'évaporation de l'eau, alors que des agents humectants (glycérol, acide lactique, urée) permettent d'attirer et de retenir l'eau [1,5]. Les effets cliniques de l'urée et la glycérine sont admis. Deux études ont montré l'effet du propylène glycol [8]. Pour les autres ingrédients, tels que les lactates, céramides, huile d'olive, de tournesol ou de coco, les études sont plus rares.

Les différentes études comparant les émollients dans la DA ont des designs différents, ce qui empêche leur comparaison. Le critère d'efficacité peut être le TEWL, l'évolution du SCORAD ou l'hydratation du stratum corneum. La plupart des études comparent un émollient à l'absence d'émollient ou à son véhicule seul, mais très peu comparent les émollients entre eux [8].

Certains dispositifs médicaux (DM) ont vu le jour récemment dans la DA. L'approbation comme DM est basée sur la compensation structurelle des déficiences de la fonction barrière de la peau sans exercer d'action chimique et son obtention est incomparable à l'approbation des médicaments. Le nombre d'essais contrôlés faisant preuve de l'efficacité de ces DM est limité [5].

Les émollients non DM les plus récents ont également incorporé des molécules manquantes dans la couche cornée atopique : lipides physiologiques, céramides, produits de dégradation de la filaggrine. Néanmoins, ils n'ont pas apporté la preuve de leur supériorité sur les émollients traditionnels [5,7].

5. Conclusion

De futures études portant sur la fréquence optimale d'application des émollients, en tenant compte de leur efficacité, leur coût et l'observance sont nécessaires mais rendues complexes en raison de la vaste gamme d'émollients disponibles. Si l'utilisation d'émollients semble reconnue en prévention primaire et secondaire de la DA, la majorité des patients utilise moins de 250 g d'émollient par mois et applique un émollient moins de 2 fois/jour ; 10 % des patients n'en utilisent pas du tout [9]. Éduquer le patient à utiliser les émollients et choisir avec lui la texture et la formulation qui lui sont les plus adaptées est donc essentiel.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. Lancet 2016; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X) [à paraître].
- [2] Seite S, Flores GE, Henley JB, Martin R, Zelenkova H, Aguilar L, et al. Microbiome of affected and unaffected skin of patients with atopic dermatitis before and after emollient treatment. J Drugs Dermatol 2014;13:1365–72.
- [3] Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, Cork MJ, McLean WH, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. J Allergy Clin Immunol 2014;134:818–23.
- [4] Brough HA, Simpson A, Makinson K, Hankinson J, Brown S, Douiri A, et al. Peanut allergy: effect of environmental peanut exposure in children with filaggrin loss-of-function mutations. J Allergy Clin Immunol 2014;134:867–75.
- [5] Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol 2014;71:116–32.
- [6] Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M, Beck L, LeBovidge J, et al. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. J Allergy Clin Immunol 2013;131:295–9.
- [7] Ng JP1, Liew HM, Ang SB. Use of emollients in atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:854–7.
- [8] Lindh JD, Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. Am J Clin Dermatol 2015;16:341–59.
- [9] Lee JH, Jung KE, Lee YB, Kim JE, Kim HS, Lee KH, et al. Use of emollients in atopic dermatitis: a questionnaire survey study. Ann Dermatol 2014;26:528–33.