

La dermatite atopique du nourrisson, une urgence thérapeutique ? Les émollissants, de la prévention au traitement

Atopic dermatitis in infants: A therapeutic emergency? Emollients: From prevention to treatment

J. Seneschal^{a,b,*}

^a Inserm U1035, biothérapies des maladies génétiques, inflammatoires et cancers BMGIC, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

^b Service de dermatologie de l'adulte et de l'enfant, Centre de référence national des maladies rares de la peau, hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burquet, 33075 Bordeaux cedex, France

Reçu le 31 janvier 2017 ; accepté le 1^{er} février 2017

Disponible sur Internet le 18 mars 2017

Mots clés : Dermatite atopique ; Émollient ; Prévention

Keywords : Atopic dermatitis; Emollient; Prevention

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire pouvant toucher près de 20 % des enfants. Elle représente à ce jour un problème majeur de santé publique nécessitant une prise en charge précoce et adaptée. Cliniquement, cette dermatose évolue par poussées et peut apparaître très tôt dès l'âge de 3 mois associant une rougeur cutanée, des symptômes de sécheresse cutanée et de prurit [1].

À ce jour, tous les traitements proposés ne sont que symptomatiques, visant à en améliorer les symptômes, contrôler les poussées et rétablir la barrière cutanée. Les émollissants ont un rôle important dans le traitement de la dermatite atopique en complément des traitements anti-inflammatoires et sont recommandés en 1^{re} intention au cours des poussées mais également au cours de la phase de rémission. Cependant, des études récentes mettent en avant leur rôle également dans la prévention de la DA du nourrisson, renforçant ainsi leur intérêt majeur dans la prise en charge précoce de la maladie.

La physiopathologie de la DA reste complexe et d'origine multifactorielle. Il est cependant admis que cette maladie est associée à une anomalie de la barrière cutanée s'accompagnant d'une perte transépidermique en eau, d'une augmentation de la colonisation et de la pénétration de microorganismes et d'allergènes au niveau de la peau. Ainsi, un des objectifs du traitement est de maintenir l'intégrité de la barrière cutanée au

cours de la DA [2]. Les émollissants sont des préparations topiques avec un effet occlusif et/ou humectant pour lesquels plusieurs galéniques sont disponibles. De plus, leur apport en lipides exogènes permet à la peau de conserver sa souplesse et de diminuer la perte en eau en créant un film protecteur à sa surface (« effet barrière ») [3].

Au cours du traitement de la DA, plusieurs études se sont intéressées au rôle des émollissants à visée d'épargne cortisonique [4]. Ces études ont toutes apporté le bénéfice des émollissants au cours du traitement de la DA sur la réduction des doses de dermocorticoïde. Cependant en raison des différences au niveau de la méthodologie, du type d'émollient et de dermocorticoïdes utilisés, du rythme d'application, ces études ne peuvent être comparées entre-elles et nécessitent d'être confirmées afin d'établir une conclusion définitive. Les émollissants ont ainsi un effet anti-inflammatoire et peuvent aussi améliorer les symptômes irritatifs. La fréquence d'application des émollissants recommandée semble être de l'ordre de deux à trois applications par jour avec une quantité moyenne de 150 à 200 g chez l'enfant.

En plus de leur rôle dans la prise en charge de la DA, de nouvelles données renforcent leur rôle dans la prévention de la maladie. En effet, comme déjà cité, l'altération de la barrière cutanée est un des éléments clés de la DA et de ses poussées. Une étude publiée en 2015 [5] a montré que l'altération de la barrière cutanée, objectivée par la mesure de la perte insensible en eau, précédait l'apparition des premiers signes de DA et était un élément prédictif du développement de cette pathologie. Par ailleurs, deux études indépendantes : Simpson et al.

* Correspondance.

Adresse e-mail : julien.seneschal@chu-bordeaux.fr

[6] (Angleterre/États-Unis) et Horimukai et al. [7] (Japon) ont ainsi montré pour la première fois le rôle des émollients dans la prévention de la DA. L'étude de Simpson et al. a ainsi démontré une réduction du risque relatif de DA de 50 % chez les nourrissons traités par émollient. L'étude de Horimukai et al. a montré une réduction de 32 % des enfants développant une DA à 32 semaines lorsque ceux-ci étaient traités par émollient. Les deux études ont ainsi démontré que l'application quotidienne d'émollient au cours des premiers mois de vie réduisait ainsi l'incidence de développement d'eczéma chez l'enfant. Les résultats de ces études préliminaires sont extrêmement intéressants dans le contexte de la prévention et le développement de la DA. Cependant ces études ont une période de suivi assez courte (6–7 mois) et devront être confirmées par des études de plus grande ampleur avec un suivi plus long (environ 2 ans). Par ailleurs il sera également intéressant d'évaluer sur le plan physiopathologique, le rôle des émollients sur la prévention de la marche atopique, notamment sur le maintien de la barrière cutanée, le développement de la réponse immunitaire locale et la qualité de la composition du microbiote cutané. Également le statut mutation filaggrine des patients sera important à mieux considérer dans ces études afin de savoir si cette stratégie est plus adaptée aux patients altération génétique de la barrière cutanée ou non. Bien sûr la composition des émollients à appliquer sur la peau d'un nourrisson reste cruciale car elle ne doit pas contenir d'agents irritants ou sensibilisants qui pourraient potentiellement aggraver la sensibilisation cutanée.

En conclusion, les émollients restent un des éléments fondamentaux de la prise en charge de la dermatite atopique en prévention mais également au cours des poussées ou en prévention secondaire afin de réduire la fréquence des poussées, que ce soit chez l'enfant mais également chez l'adulte.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016;387(10023):1109–22.
- [2] Leung DY. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int* 2013;62(2):151–61.
- [3] Valdman-Grinshpoun Y, Ben-Amitai D, Zvulunov A. Barrier-restoring therapies in atopic dermatitis: current approaches and future perspectives. *Dermatol Res Pract* 2012;2012:923134.
- [4] Ng JP, Liew HM, Ang SB. Use of emollients in atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(5):854–7.
- [5] Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane JO, Murray D, Campbell LE, McLean WH, et al. Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135(4), 930–5.e1.
- [6] 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(4):818–23.
- [7] Horimukai K, Morita K, Narita M, Kondo M, Kitazawa H, Nozaki M, et al. Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(4), 824–30.e6.