

Prise en charge de la dermatite atopique

par le Dr Karin Despontin*

* Service de dermatologie de la clinique pédiatrique de Luxembourg et des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne

ABSTRACT

This article approaches the therapy of atopy. It targets the factors of exacerbation of the disease (irritants or allergens). The management consists, after eviction of the possible irritating factors or allergens, in the cleaning of the skin, maintenance of cutaneous hydration, eviction of infections and care pruritus. The article details the handling of corticoids and immunosuppressive agents.

Key words: atopy, eczema, allergy, pruritus.

RÉSUMÉ

Cet article aborde la prise en charge de l'enfant atteint de dermatite atopique. Il cible les facteurs d'exacerbation de la maladie (irritants ou allergisants). La prise en charge consiste après éviction des éventuels facteurs irritants ou allergisants à veiller à certains principes : nettoyage de la peau, maintien de son hydratation, éviction des surinfections et prise en charge du prurit. L'article détaille le maniement des corticoïdes et des immunosupresseurs topique.

Mots clefs: dermatite atopique, allergies, eczéma, prurit.

PRÉTEST

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le tabagisme passif est un facteur à prendre en considération dans la prise en charge d'une dermatite atopique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. On évitera les bains chez un nourrisson présentant des lésions d'atopie cutanée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. On retardera la diversification alimentaire jusqu'à l'âge de 5 à 6 mois chez un nourrisson atopique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses en page 197.

Pour une prise en charge globale d'un patient atopique, il faut prendre le temps de réaliser un examen clinique précis pour confirmer votre diagnostic. L'anamnèse doit relever les antécédents personnels et familiaux d'atopie, l'âge et le début de la DA, des précisions sur le mode de vie et le mode d'alimentation de l'enfant. L'anamnèse permet aussi de déceler les facteurs irritants souvent à l'origine de nombreuses exacerbations de l'inflammation et les éventuels facteurs allergiques décelés par les parents.

FACTEURS IRRITANTS PRINCIPAUX

• Irritation par la transpiration

- augmentation de température même minime (lors d'une infection, après vaccination, poussée dentaire, ...).
- excès de chauffage dans la chambre, dans la pièce de séjour, à la crèche ou à l'école, excès de chaleur par surprotection par couvertures ou vêtements

• Irritation par le froid

• Irritation par les matières textiles

- vêtements en laine
- vêtements synthétiques

Astuce: préférer les fibres naturelles type coton, vêtements de sport dits « respirants »

• Irritation périorale par la salive et les aliments acides

Astuce: appliquer sur le pourtour de la bouche plusieurs fois par jour la crème ABC Derm Périorale de la gamme Bioderma.

• Irritations par certains produits chimiques

- détergents, bains moussants, produits de lessive
- chlore des piscines
- Astuce:** application de la Crème Barrière Exomega Aderma Ducray 1/2 h avant la piscine pour limiter l'irritation
- certains constituants de crèmes même médicales (acide lactique et urée des crèmes émollientes, ...)
- irritation par les fumées de cigarette

FACTEURS ALLERGISANTS PRINCIPAUX

À l'anamnèse, il faut tout d'abord exclure les éventuelles allergies iatrogènes avant de penser aux allergies alimentaires ou respiratoires comme une allergie médicamenteuse ou une allergie de contact à un topique employé contenant des parfums, des conservateurs ou des composants allergisants.

ALLERGIES ALIMENTAIRES

La dermatite atopique n'est pas synonyme d'intolérances alimentaires ; souvent le diagnostic d'intolérance alimentaire est posé

trop rapidement avec changements de régimes répétés et souvent inutiles. Leur prolongation peut devenir source de carence nutritionnelle si mal adaptée.

Signes cliniques d'appel suggestifs d'une allergie alimentaire :

- Eczéma étendu et/ou récalcitrant malgré bonne prise en charge
 - Prurit invalidant parfois non proportionnel à la gravité de l'eczéma
 - Symptômes digestifs associés (coliques, régurgitations, perturbation du transit, ...)
 - Cassure de la courbe de croissance
 - Symptômes ORL associés (otites et/ou bronchites répétées)
 - Anamnèse des parents très évocatrice et précise
- La demande de tests doit s'intégrer dans une conduite thérapeutique globale et doit être guidée sur base de signes cliniques :
- Tests cutanés versus RAST fiables dès les premiers mois de vie mais variant au cours des années (ex. disparition au fil des années de l'allergie aux protéines du lait de vache et du blanc d'œuf, apparition souvent plus tardive d'allergie éventuelle aux pneumallergènes)
 - Confirmation d'une réelle allergie si tests de réintroduction de l'aliment positifs
 - Pour les allergènes alimentaires, des tests de provocation labiale, orale ou des applications cutanées (SAFT) sont réalisés dans des

centres plus spécialisés. Leur interprétation doit être prudente pour établir une corrélation entre le résultat des tests et la clinique.⁽³⁾

Les aliments les plus souvent impliqués sont : lait, œufs, poisson, soja, arachides, amandes, noisettes, blé. L'allergie aux fruits exotiques semble en progression suite à l'augmentation de leur consommation (kiwi, mangue et papaye).

Prévention

La prévention de la dermatite atopique par un régime alimentaire est un sujet qui reste très controversé. Suite au consensus sur la prise en charge de la dermatite atopique de Paris en octobre 2004⁽⁵⁾, les conclusions se discutent à plusieurs niveaux de prévention et sont globalement les suivantes :

- **Prévention primaire chez les enfants à risque**
= éviction du facteur de risque avant l'apparition de la maladie. Il n'y a pas d'indication à un régime particulier chez la femme enceinte pour prévenir la survenue d'une dermatite atopique. L'allaitement maternel exclusif pendant au moins 4 mois et de préférence pendant les 6 premiers mois diminue le risque d'apparition d'une dermatite atopique. Il paraît raisonnable que la mère allaitante limite simplement les quantités d'aliments fortement allergisants et qu'elle évite les arachides. Si l'allaitement est impossible ou si arrêt prématuré, une alimentation à base d'hydrolysats de protéines est alors



la meilleure alternative. Le retard de diversification alimentaire jusqu'à 5-6 mois et une alimentation hypoallergénique durant les six premiers mois, voire la 1^{re} année, semblent importants sur le plan préventif. La prolongation de ces évictions semble par contre inutile.

- **Prévention secondaire** = éviction du facteur de risque chez un nourrisson ayant une dermatite atopique. Il paraît légitime d'éviter les principaux allergènes alimentaires comme dans la prévention primaire. La durée d'éviction est également sujet de controverse.

- **Prévention tertiaire** = éviction du facteur de risque pour éviter les rechutes et complications. L'éviction d'un allergène n'est justifiée que si son rôle dans une réaction allergique est cliniquement prouvé.

ALLERGIES PNEUMALLERGÈNES

Une sensibilisation précoce, avant l'âge d'un an, aux acariens ou aux graminées représente un risque plus élevé de développer de l'asthme ultérieurement.

Signes cliniques d'appel suggestifs d'une allergie aux pneumallergènes :

- Symptômes respiratoires ou ORL associés (tendance asthmatique, rhinite, éternuement)
- Exacerbation de l'eczéma du visage, gonflement et érythème des paupières d'apparition souvent rapide après l'exposition suspectée.

Tests intéressants pour évaluer le terrain allergique de l'enfant si signes d'appel. Actuellement, en plus des RAST et des prick tests, des «Atopic patch tests» sont réalisés comme tests épicutanés avec des aéroallergènes. Leur intérêt reste à évaluer dans le futur. Les principaux pneumallergènes incriminés sont les pollens, les graminées, les moisissures et les poils d'animaux.

PRISE EN CHARGE ET ÉTAPES THERAPEUTIQUES

Donner des consignes claires aux parents, éliminer les craintes non justifiées et les idées reçues stéréotypées pour prescrire un traitement simple, efficace et bien toléré assurent une meilleure compliance des parents. Suivre l'évolution pour mieux adapter le traitement et rester disponible pour répondre aux questions est essentiel pour obtenir un bon résultat.

Différents noms de commerce de produits adaptés pour la peau atopique sont repris ci-dessous ; vu la multitude des produits la liste est loin d'être exhaustive, chacun ayant ses propres habitudes de prescription !

Les différentes étapes du traitement doivent être clairement expliquées aux parents. Chaque étape du traitement est essentielle à savoir le nettoyage de la peau, l'hydratation de la peau, l'évitement des surinfections, la lutte contre l'inflammation et la réduction du prurit.

NETTOYAGE DE LA PEAU

La toilette journalière en douceur, visage compris, est essentielle pour une bonne hygiène de la peau. Le nettoyage de la peau avec des produits bien adaptés est une première étape à l'hydratation cutanée et limite la colonisation bactérienne de la peau.

Le nourrisson n'échappe pas à la règle, le bain quotidien étant pour lui un grand moment de détente et d'apaisement de sa peau souvent irritée par l'excès de transpiration. Le bain doit être cependant donné dans des conditions optimales : courte durée (5 à 10 minutes maximum) et à température maximale de 37 °C. Différents produits repris dans le tableau peuvent être employés pour assurer nettoyage et hydratation de la peau.

Pour les plus grands enfants, les douches sont préférables pour limiter l'excès trop fréquent en durée et en chaleur des bains. Des produits bien adaptés aux douches comme les huiles de douche sont des produits faciles à employer à la maison comme après les activités sportives. Il est évident que les bains moussants et les gels de douche parfumés et détergents sont à proscrire.

Quelques noms® :

- Surgras ou pains dermatologiques: Roche-Posay, Avène, Provégol, Surgras liquide d'Uriage, ...
- Huiles de douche: PH5Eucérine (recharge de 500 ml économique), Exoméga Aderma Ducray, huile de douche Balnéum, ...
- Huiles de bain: Balnéum, PH5Eucérine, ...
- Lait pour le bain: Trixéra Avène, Exoméga Aderma bain traitant

HYDRATATION DE LA PEAU

L'hydratation de la peau est indispensable dans la prévention des poussées. Hydrater la peau compense le déficit constitutionnel de la peau de l'enfant atopique en acides gras essentiels. Durant les périodes hivernales, les parents devront être d'autant plus vigilants et employer des crèmes émollientes. Durant la période estivale, les laits hydratants plus fluides et faciles d'application pourront être proposés. Le choix de prescription doit opter pour une crème non parfumée, non irritante et bien acceptée par l'enfant. Chez l'enfant atopique, il faut éviter les crèmes à base d'urée ou d'acide lactique vu leur caractère souvent irritant.

Les crèmes émollientes hydratent et soulagent mais ne sont jamais suffisantes pour traiter à elles seules une poussée d'eczéma.

Quelques noms® :

Topialyse plus SVR, Lipikar baume de La Roche-Posay, Atoderm crème de Bioderma, Xéramance plus de Lutsine, Remederm crème et fluide de Widmer, Crème Saforelle pédiatrie, Trixéra crème émolliente Avène, Cold cream Avène, Enydrial extra-émollient Roc, Uriage émolliente extrême, ...

Dexeryl crème de Pierre-Fabre commercialisée en France et au Luxembourg est remboursée comme médicament en France. Son prix est très compétitif. Possibilité de la commander par la pharmacie en Belgique.

ÉVITITION DES SURINFECTIONS

C'est une étape essentielle, trop souvent négligée, de la prise en charge de la dermatite atopique. En effet, la colonisation de la peau atopique par les staphylocoques est nettement plus importante que sur la peau normale. Ces bactéries jouent de plus un rôle de superantigènes dans l'exacerbation de l'inflammation. Différents moyens sont à notre disposition pour lutter contre cette surinfection.

• La toilette quotidienne

La toilette quotidienne par le simple nettoyage en douceur de la peau permet partiellement l'élimination de la contamination bactérienne.

• Les antiseptiques

Les antiseptiques dilués dans le bain (Septivon®, Cytéal®) sont fort employés, en France. Ces bains antiseptiques sont pratiques d'emploi mais doivent être de courte durée car ils peuvent devenir irritants si leur emploi est prolongé dans le temps. Les tamponnements des lésions avec des solutions aqueuses non colorées et jamais alcooliques comme la chlorhexidine restent un premier choix (Hibidil®, Diaseptyl Ducray®). Les préparations d'eau de Dalibour et de permanganate de potassium à une dilution de 1/10000 sont légèrement moins antiseptiques mais apaisantes en compresses.

• L'antibiothérapie locale

L'antibiothérapie locale est à employer pendant de courtes périodes de 5-6 jours si les lésions sont nettement surinfectées. L'acide fuscinique (Fucidin crème ou onguent®) est fort efficace avec cependant quelques cas de résistance bactérienne. Leurs associations comme Fucicort® crème et Fucidin hydrocortisone® crème sont intéressantes pour contrôler de façon synergique l'inflammation et l'infection.

Dans les cas de résistances, le choix se portera vers la mupirocine (Bactroban®) dont l'emploi hospitalier doit être privilégié.

La géomycine et la néomycine sont à éviter en usage courant vu leur potentiel allergisant.

• L'antibiothérapie systémique

L'antibiothérapie systémique est préconisée si l'infection domine le tableau clinique (suintements, douleurs, crevasses) ou si des symptômes généraux d'infection sont présents pour une période d'une dizaine de jours. Le choix de l'antibiotique se porte de préférence vers les macrolides, vu sensibilisation plus fréquente chez les atopiques aux pénicillines et dérivés. Il est important de réaliser un frottis bactériologique pour adapter le choix en fonction de l'antibiogramme.

LUTTE CONTRE L'INFLAMMATION

La lutte contre l'inflammation est la pierre d'angle de la prise en charge de la dermatite atopique. De nombreuses médications topiques ont été essayées pour réduire l'inflammation avec un succès variable. Certaines médications doivent être éliminées de notre arsenal théra-

peutique comme les crèmes anti-inflammatoires et les topiques antihistaminiques. **Les galéniques comme les poudres et les talcs sont également à proscrire.** Les traitements topiques à retenir restent les corticoïdes et les immunomodulateurs locaux.

Pour les formes sévères qui restent des exceptions, la corticothérapie générale doit être évitée. La photothérapie reste peu étudiée chez l'enfant. La ciclosporine per os permet de passer un cap difficile, à la posologie de 5 mg/kg pendant une période de 6 mois au maximum 1 an vu les risques rénaux et d'hypertension artérielle.

LES CORTICOÏDES LOCAUX

Les dermocorticoïdes restent une référence d'efficacité dans le traitement de la dermatite atopique. De multiples molécules sont disponibles sur le marché sous diverses formes galéniques, crèmes, pomades, lotions et gels. Les corticostéroïdes topiques sont répertoriés en classe d'activité selon leur puissance d'action allant du groupe I (activité faible) au groupe IV (activité très puissante) selon la classification internationale. Le choix est fait en fonction de l'âge, de la sévérité de la dermatite, du site et de l'étendue à traiter. Les dermocorticoïdes faibles ont peu de place en thérapeutique au long court vu leur peu d'efficacité et leur potentiel allergisant. À l'inverse, ceux de la classe IV très puissants sont contre-indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, le visage, les plis et le siège. Quelques lignes de conduite pour bien choisir :

• Choix parmi les molécules disponibles

- Groupe III puissant pour des cures courtes alternées avec des émollients pour des lésions inflammatoires et lichenifiées comme les plis
- Groupe II modéré chez le nourrisson, sur le visage et le siège

Classification des corticostéroïdes topiques en fonction de leur puissance d'activité

GROUPE I Corticostéroïdes faibles	Hydrocortisone 1%	Cortril® onguent Cremicort® crème
GROUPE II Corticostéroïdes moyennement puissants	Acétate fluprénidène 0,1% Butyrate de clobétasone 0,05% Fluocortinate de butyle 0,75% Désonide 0,1%	Décoderm® crème Eumovate® crème, onguent Varlane® crème, pomade Stérax® crème
GROUPE III Corticostéroïdes puissants	Butyrate hydrocortisone 0,1% Valérat de bétaméthasone 0,1% Furoate de mométasone Propionate de fluticasone Méthylprednisolone acéponate	Locoid® crème, onguent, ... Betnélan® crème, onguent, ... Elocom® crème, onguent, ... Cutivate® crème, onguent, ... Advantan® crème, ...
GROUPE IV Corticostéroïdes très puissants	Dipropionate bétaméthasone 0,05% Propionate de clobétasol 0,05% Valérat de diflucortolone 0,3%	Diprosone® crème, ... Diprolène® crème, ... Dermovate® crème, ... Nérisona® forte pommade

• La galénique

- Crèmes pour les lésions suintantes et les plis
- Onguents pour les lésions chroniques et sèches
- Laits pour le cuir chevelu

• Mode d'application

- Une seule application par jour en fine couche
- La quantité mensuelle maximale est non standardisée. Pour traiter en toute sécurité, l'équipe du Professeur Taïeb de Bordeaux propose comme norme approximative de référence une quantité de 30 grammes par mois pour un corticostéroïde du groupe III et de 60 grammes par mois pour une molécule du groupe II
- L'utilisation est quotidienne sur les zones atteintes jusqu'à guérison des lésions. Le relais avec les crèmes émollientes est indispensable pour limiter les récidives
- En cas de récidive, il faut reprendre le traitement rapidement avant que l'inflammation ne soit à nouveau trop importante et surinfectée
- La rapide efficacité des crèmes corticoïdes sur de courtes périodes ne nécessite pas de schéma dégressif sur plusieurs jours.

• Effets secondaires

Il faut dédramatiser l'emploi des corticoïdes par des explications d'usage complètes et nuancées. Si les conditions et les posologies sont appliquées comme mentionné plus haut, les effets secondaires bien connus lors d'un traitement systémique des corticoïdes sont rarissimes lors d'un usage topique.

- Les vergetures, les télangiectasies et l'atrophiie cutanée sont observées en cas d'usage continu et prolongé. Une prudence toute particulière s'impose surtout pour le visage et les paupières.
- Les effets systémiques de freination de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien sont exceptionnels et secondaires à un dépassement de la posologie. Chez l'enfant, la simple surveillance de sa courbe de croissance est essentielle pour déceler cet effet secondaire.

L'allergie de contact a été relevée notamment pour les molécules du groupe I avec le pivalate de tixocortol. Il faut donc mieux limiter leur prescription pour des traitements de courtes durées. Pour les corticoïdes de classe III, le budesonide et le hydrocortisone-17-butyrat sont les plus fréquents pourvoyeurs d'allergie de contact⁽⁶⁾.

LES MACROLIDES IMMUNOSUPPRESSEURS⁽⁷⁾

Le développement récent des inhibiteurs de la calcineurine de la famille des macrolides est une innovation importante dans le traitement de la dermatite atopique. Ces molécules ont une action immunosuppressive par inhibition de la calcineurine, molécules nécessaires à l'activation des lymphocytes TH2.

Deux molécules ont été étudiées depuis plusieurs années : le tacrolimus (Protopic onguent[®] 0,03% et 0,1%) et le pimecrolimus (Elidel crème[®] 1%).

• Les avantages

- Efficacité thérapeutique et de prévention des poussées
 - Pas de risque d'atrophie à long terme
 - Pas d'augmentation du risque d'infection.
- Les vaccins ne sont pas contre-indiqués lors de traitement sous inhibiteurs calciques. Seule la présence d'une infection herpétique évolutive est une contre-indication transitoire à ces produits
- Possibilité d'instaurer de nouveaux schémas associatifs comme l'initiation du traitement avec une corticothérapie de quelques jours suivi d'un relais avec les inhibiteurs calciques en traitement au long cours intermittent par exemple deux fois par semaine sur plusieurs mois en alternance avec les crèmes émollientes

• Les inconvénients

- Nécessité de deux applications en début de traitement pour assurer une bonne efficacité.
- L'efficacité est parfois variable d'un patient à l'autre.
- Sensations de prurit et de brûlures en début de traitement
- Le risque de carcinogenèse et de photocarcinogenèse lié aux propriétés immuno-suppressives du produit reste hypothétique chez l'homme mais ne pourra être complètement levé qu'après un recul d'utilisation au très long cours
- Limitation d'utilisation vu les critères d'inclusion stricts.

Pour l'instant, vu le manque de recul de sécurité au long cours, nous devons respecter les critères d'inclusion après l'âge de deux ans et la prescription de ces molécules en cas d'échec d'un traitement classique bien suivi. Le remboursement de prescription limité à certains groupes de praticiens (pédiatres, dermatologues) limite pour l'instant la prescription par le médecin généraliste. La majorité des prises en charge des dermatites atopiques ne nécessite pas le recours à ces molécules. Certaines dermatites plus sévères devront être orientées vers un avis spécialisé qui ajoutera éventuellement les inhibiteurs calciques à l'arsenal thérapeutique. En tant que médecin de famille, il est donc important de connaître les avantages et les inconvénients de ces nouvelles molécules pour être de bon conseil pour les patients.

RÉDUCTION DU PRURIT

Le prurit est déjà bien contrôlé par la limitation des facteurs irritants et par le traitement local bien conduit émollient et anti-inflammatoire. Dans les cas plus difficiles, l'adjonction d'un antihistaminique H1 systémique est proposée avec une posologie adaptée au poids de l'enfant. Avant l'âge d'un an, aucune étude clinique n'a été réalisée, ceci mettant le praticien mal à l'aise chez le nourrisson. L'expérience clinique semble cependant montrer la bonne sécurité de ces produits dans la pratique quotidienne. Quelques noms les plus employés sont le Fénistil® gouttes, Zyrtec® gouttes et sirop, Claritine® sirop et Aérius® sirop.

CONCLUSION

La dermatite atopique est une maladie chronique nécessitant des soins quotidiens réguliers pour préserver la peau du sujet en minimisant les agressions. Le diagnostic ne sera donc pas posé à la légère en raison des conséquences psychosociales qu'il entraîne. Le traitement principal est local, constitué de soins cosmétiques associés à des crèmes corticoïdes lors des poussées. À cela s'ajoutent des mesures d'hygiène de vie particulières à l'enfant atopique, la prise en charge du prurit, et surtout l'accompagnement des parents et de l'enfant dans la durée de cette maladie qui affecte la qualité de vie. On veillera à ce que le patient mène la vie la plus normale possible sans imposer des mesures trop contraignantes qui risquent d'être contreproductives mais en veillant à éviter les facteurs aggravants irritants ou allergisants. Le médecin généraliste de par sa proximité est particulièrement bien placé pour aider l'entourage à être bien dans sa peau pour gérer cette maladie chronique à l'évolution capricieuse. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Saurat J.H., Grosshans E., Laugier P., Lachapelle J.M. – *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. 4^e édition Masson, Paris 2004
2. Bach J.F. – The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *N Engl J Med* 2002 **347**: 911-20
3. Boguniewicz M., Leung D. – Pathophysiologic Mechanisms in Atopic Dermatitis Seminar in Cutaneous Medicine and Surgery, 2001 : (20) 4 217-25
4. Despontin K. – La dermatite atopique et son traitement. *Louvain Médical* 1996 **115**: 341-5
5. Conférence de consensus: Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant: conférence plénière, texte de recommandations Octobre 2004 Institut Pasteur – Paris Nouv. Dermatol. 2005 ; 24 : Suppl.1 : 1-20
6. Dooms-Goossens AN, Lepoittevin J-P – Studies on the contact allergenic potential of momothasone furoate: a clinical and molecular study *Eur J Dermatol* 1996; 339-40
7. Kapp A., Allen BR., Reitamo S. – Atopic dermatitis management with Tacrolimus ointment (Protopic) *Journal of Dermatological Treatment* (2003) **14** (suppl 1): 5-16

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- 1. Une anamnèse détaillée est capitale pour repérer les facteurs d'irritation (transpiration, textiles, froid, substances chimiques) ou les facteurs allergisants (alimentaires ou pneumallergènes)**
- 2. La dermatite atopique n'est pas synonyme d'intolérances alimentaires. Les changements de régime répétés sont souvent inutiles et peuvent être à l'origine de carence.**
- 3. En prévention primaire chez les enfants à risque : l'allaitement maternel exclusif pendant minimum 4 mois ou à défaut une alimentation à base d'hydrolysats de protéines, ainsi que le retard de diversification alimentaire jusqu'à 5-6 mois seront recommandés.**
- 4. Une sensibilisation précoce avant l'âge d'un an aux acariens ou aux graminées augmente le risque de développer de l'asthme ultérieurement.**
- 5. Les étapes thérapeutiques consistent en nettoyage journalier de la peau, maintien de son hydratation par des crèmes émollientes (insuffisantes cependant pour traiter l'eczéma), l'évitement des surinfections et lutte contre l'inflammation ainsi que la réduction du prurit (antihistaminique H1 systémique si le traitement local ne suffit pas).**
- 6. Il faut dédramatiser l'emploi des corticoïdes. Ils restent la référence thérapeutique dans le traitement. La classe II sera utilisée pour le visage et le siège chez le nourrisson. Le groupe III puissant permet des cures courtes pour des lésions inflammatoires et lichénifiées. On les utilisera en une seule application en couche mince quotidiennement.**
- 7. Les macrolides immunosupresseurs seront réservés pour les enfants de plus de deux ans lors de l'échec d'un traitement bien suivi. La majorité des prises en charge des dermatites atopiques ne nécessite pas le recours à ces molécules.**

La Rédaction

RÉPONSES AU PRÉTEST

- 1. Vrai – 2. Faux – 3. Vrai**