

94. Assemblée générale annuelle des dermatologues suisses à Berne: Compte-rendu des ateliers thématiques du congrès

Nouveautés sur l'eczéma:

Barrière cutanée perturbée et inflammation

Pour la première fois, la 94^e assemblée générale annuelle de Berne a accueilli des ateliers thématiques sur de grands sujets dermatologiques. Ils ont permis de présenter sous un angle pratique les nouveautés en matière de diagnostic et de thérapie et ont suscité des débats interactifs. Sous la thématique de l'eczéma, le Pr Simon (Berne) a présidé les débats au sujet de la protection de la peau et la prévention de l'atopie. Des conseils concrets ont été présentés pour le traitement de l'eczéma atopique chez les nourrissons et les enfants. Dans la dermatologie du travail comme dans la dermatologie pédiatrique, le rétablissement rapide de la barrière cutanée est la priorité thérapeutique. Mais la bonne application de la thérapie topique reste une difficulté thérapeutique, ne serait-ce que pour le choix d'une quantité suffisante de crème ou de la bonne base de pommade.

Actualités de la dermatologie du travail:

irritation cutanée et protection de la peau, P. Elsner, Léna

«Qu'est-ce que garantit réellement la protection de la peau?», s'est interrogé le Pr Peter Elsner (Léna) en introduction de son exposé. À ce sujet, le résultat d'une analyse structurée de la littérature sur les études d'intervention est décevant: seules quatre des 21 études remplissaient les critères de Cochrane pour les études contrôlées et randomisées.

Grande étude sur les ouvriers de la métallurgie: la protection de la peau est efficace, mais la mise en œuvre des mesures préventives reste problématique

Une vaste étude sur 1355 ouvriers de la métallurgie de 19 entreprises (Kütting, 2009) fait enfin la lumière sur le sujet. Il en ressort non seulement que l'eczéma des mains fait quasiment partie de la profession (52% des ouvriers étaient concernés), mais aussi que la mise en œuvre des mesures préventives est insuffisante: avant l'intervention, 28% des patients n'utilisaient jamais de protection de la peau et seuls 29% suivaient un plan de protection de la peau. «Cependant, c'est la première bonne étude à montrer que la protection de la peau est efficace», déclare le Pr Elsner. Dans le groupe «Protection et soin de la peau» comme dans le groupe «Protection de la peau uniquement», on a observé une amélioration significative de l'état de la peau par rapport au groupe placebo.

De l'importance de la quantité de protection de la peau

Si la protection contre la lumière se base (selon le protocole du Colipa) sur une quantité de crème moyenne de 2mg/cm², ceci n'a jamais été constaté dans la protection de la peau et fait l'objet d'un traitement très variable dans les études. Une étude

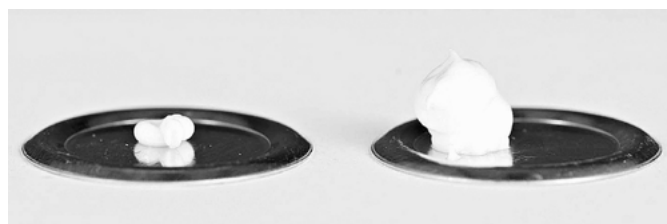


Fig. 1: la comparaison entre la quantité effectivement utilisée dans la pratique et la quantité recommandée de protection de la peau illustre la nécessité de former et d'éduquer les patients à ce sujet.

sur 31 infirmiers et aides-soignants a montré qu'en pratique, seulement 1mg de crème par cm² en moyenne était appliqué (Schliemann, 2012). «C'est bien moins que ce qu'on utilise dans les études», explique le Pr Elsner en s'appuyant sur la fig. 1. Une étude qui utilisait un produit courant de protection de la peau a établi un lien clair entre la dose et l'efficacité (fig. 2). D'après Elsner, «heureusement que cette protection de la peau est efficace même à faible dosage, mais elle est tout de même plus efficace lorsqu'elle est suffisamment dosée». C'est pourquoi il est très important de former les patients à une application correcte de la crème. **Le médecin devrait aborder ce point lors de la prescription d'une protection de la peau et, idéalement, faire s'exercer les patients dans son cabinet.**

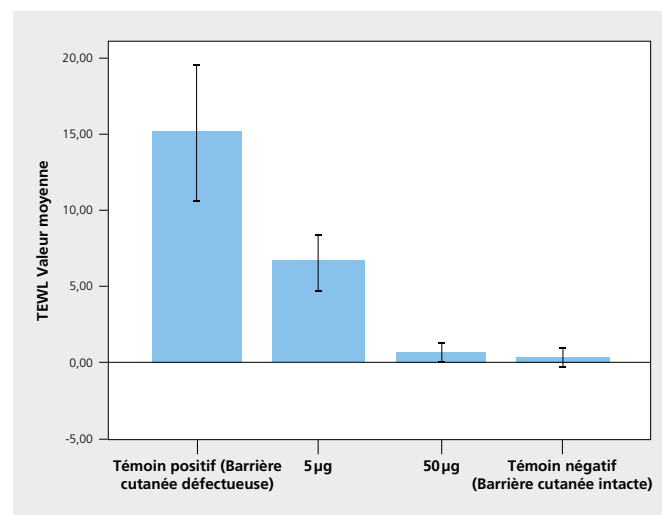


Fig. 2: les études d'efficacité établissent un lien très clair entre la dose de crème protectrice appliquée et l'efficacité en matière de protection contre l'irritation en cas de TEWL (perte d'eau transépidermique). Cependant, même une quantité réduite offre déjà un effet protecteur.

Actualités et faits concernant l'eczéma atopique dans l'enfance: La marche atopique commence-t-elle dans la peau?

Dagmar Simon, Berne

Dans les cercles spécialisés, on ne cesse de s'interroger sur les facteurs qui déclenchent la «marche atopique» (voir encadré) et les moyens de l'empêcher.

Les enfants atteints d'une mutation de la filaggrine présentent non seulement un risque accru de névrodermite, mais aussi de rhume des foins et d'asthme

La filaggrine favorise l'interconnexion des filaments de kératine dans la peau. Elle est donc un composant important d'une barrière cutanée intacte. Depuis 2006, on sait que les patients atteints d'une mutation de la filaggrine souffrent non seulement plus souvent d'une ichtyose, mais présentent aussi un risque accru de développer un eczéma atopique (Weidinger, 2006). L'eczéma survient plus précocement chez ces patients, il est généralement plus lourd et persiste à l'âge adulte. Mais il est intéressant de noter qu'on observe pour ce défaut «fonctionnel» de la peau un lien avec une fréquence accrue du rhume des foins et de l'asthme (Weidinger, 2008) ainsi qu'une gravité de l'asthme (Palmer, 2007). C'est pourquoi le Professeur Dagmar Simon, de Berne, s'est demandé «s'il y avait un lien entre l'eczéma dans la petite enfance et le déroulement ultérieur d'un asthme atopique et/ou d'une sensibilisation allergique?».

Barrière cutanée défectueuse et réaction immunitaire systémique

Si la barrière cutanée est perturbée, les kératinocytes envoient des «signaux dangereux», tels que la TSLP et l'IL-23. Celles-ci stimulent la réponse Th2 et activent les cellules dendritiques (CD), ce qui entraîne une hausse des taux d'IL-17, ce qui entraîne à son tour des réactions inflammatoires allergiques aéro-gènes (He, 2009).

Le rétablissement rapide de la fonction protectrice de la peau, objectif thérapeutique ultime

Le rétablissement rapide de la fonction protectrice et un traitement anti-inflammatoire efficace dès le stade précoce de l'eczéma atopique chez le jeune enfant sont donc extrêmement importants du point de vue du pronostic. «Nous espérons ainsi pouvoir empêcher la formation d'un eczéma atopique grave, d'autres sensibilisations allergiques et le développement d'un asthme allergique», conclut le Pr Simon.

Approches thérapeutiques pratiques pour le traitement de l'eczéma atopique infantile, Dr. Kristin Kernland-Lang, Berne

Le Dr med. Kristin Kernland-Lang, médecin chef de la dermatologie pédiatrique à l'Inselspital de Berne, a présenté des programmes concrets de traitement des formes infantiles de l'eczéma atopique.

D'après les consignes de l'AWMF, la thérapie de base pour la névrodermite repose sur l'hydratation de la peau et les émoullients. Mais il existe différents mode d'action, tels que:

- l'occlusion, qui empêche la perte d'eau par les couches supérieures de la peau (par ex. à l'aide de paraffine blanche)
- l'amélioration de la fixation de l'eau dans la peau (par ex. à l'aide d'urée)
- l'ajout d'eau supplémentaire sur les couches supérieures sèches de la peau (par ex. à l'aide d'une crème hydrophile)



Fig. 4: lors du choix du traitement, il convient de distinguer la forme nummulaire (a) de la forme généralisée (b).

Mais d'après Kernland-Lang, pour l'eczéma atopique infantile, le principe du graissage à tout va doit être appliqué de façon différenciée en fonction de la forme.

Eczéma atopique infantile: l'importance de la distinction entre forme nummulaire et généralisée.

La forme précoce de l'eczéma atopique apparaît généralement dès le 3^e mois alors que la forme ultérieure ne se manifeste qu'à partir d'un an. Dans la forme précoce, on distingue au plan morphologique et clinique deux types: l'eczéma nummulaire et l'eczéma généralisé (voir fig. 4, tab. 1).

Comme presque tous les eczemas des nourrissons sont surinfectés, la principale mesure thérapeutique est toujours le traitement antimicrobien et le blocage de l'inflammation aux corticostéroïdes topiques de classe 1, 2 ou éventuellement 3.

Cependant, dans les deux formes, il ne faut pas utiliser d'émoullients à effet occlusif. «Souvent, les enfants commencent à se porter mieux simplement parce qu'on arrête les émoullients occlusifs», rapporte Kernland-Lang au vu de sa propre expérience. À la place des mesures occlusives, il convient pour l'eczéma nummulaire d'utiliser les bains d'huile et les additifs antiseptiques (voir le programme thérapeutique au tab. 2), alors que pour l'eczéma généralisé, un soin surgraissant et des pansements graissants humides ont montré une bonne efficacité en raison de la xérodémie souvent marquée.

Pansements graissants humides: un traitement intense limité dans le temps, efficace pour rétablir la fonction protectrice de la peau

Les pansements graissants humides sont une mesure très effi-

INFOBOX

La marche atopique, qu'est-ce que c'est? (Wahn, 2000)

Le concept de «marche atopique», créé par le Professeur Wahn, décrit la «carrière atopique» classique, caractérisée par l'enchaînement typique de la sensibilisation (IgE) et des symptômes d'atopie (eczéma, asthme ou rhume des foins) au cours de l'enfance. Les symptômes peuvent subsister des années et/ou s'estomper spontanément avec l'âge.

C'est au cours de la première année de vie que l'on observe la plus forte prévalence de la sensibilisation aux aliments (lait de vache, œufs de poule). Généralement, la première réaction clinique survient alors avec un pic de fréquence autour de la troisième année sous forme d'eczéma atopique. À partir de la 3^e/4^e année, la sensibilisation aux aéroallergènes augmente, et à partir de la 4^e/5^e année, l'apparition de l'asthme et du rhume des foins augmente aussi considérablement, alors que la prévalence de l'eczéma atopique recule légèrement.

cace pour les formes graves, et qui ne présente que peu d'effets secondaires. Ils améliorent directement la fonction protectrice de l'épiderme et augmentent les lipides intercellulaires (Devillers, 2012) (Lee, 2007). Les pansements graissants humides ne peuvent être utilisés qu'avec des émoullients ou des corticostéroïdes topiques (1:10). «Cependant, ils ne doivent être utilisés qu'à partir de 6 mois et toujours comme traitement intensif limité dans le temps (= 2-3-5 jours)», affirme Kernland-Lang. Il est également important que les enfants ne prennent pas froid

pendant le traitement, ils doivent donc porter un bonnet et être enveloppés d'une couverture.

L'eczéma atopique est fréquent, mais ne pas oublier le diagnostic différencié pour autant

Si aucune mesure thérapeutique n'est efficace, il faut toujours penser aux autres diagnostics possibles, tels que la dermatite par carence en zinc ou la dermatite herpétiforme (maladie de Duhring-Brocq).

Forme de l'eczéma atopique chez le nourrisson	Forme nummulaire (a)	Forme généralisée (b)
Symptômes		
Surinfection bactérienne	+++	+++
Xérodermie	(+)	+++
Prurit	(+)	+++
Progression	++	- (périphérie froide)
Traitement		
	1. Mesures antimicrobiennes 2. Mesures anti-inflammatoires 3. Supprimer/éviter l'occlusion 4. Rétablissement de la fonction protectrice de la peau	
	par ex. bain d'huile + antiseptie	par ex. pansements graissants humides + soin surgraisant

Tab. 1: symptômes et recommandations de traitement pour la forme précoce de l'eczéma atopique chez le nourrisson

Programme thérapeutique pour soigner l'eczéma nummulaire		
Avant le bain	Bain/bain d'huile	Après le bain
Application de gel sur les croûtes de lait ou détachement des croûtes avec un gant et du savon désinfectant	Temp. max. 35°C, Additif désinfectant • par ex. solution KMnO4 à 5%: 1 cuillère à soupe • par ex. NaClO (eau de Labarraque) 4-6%: 1dl	• Traitement topique anti-inflammatoire • Éventuellement traitement nasal à la crème à la mupirocine (2x/j) • Pyjama DermaSilk®

Tab. 2: exemple de programme thérapeutique avec bain d'huile antiseptique pour le traitement de l'eczéma nummulaire chez le nourrisson

25 ans de la fondation Spirig Pharma AG

Deux jeunes dermatologues supplémentaires aidés pour leur formation continue à l'étranger

Depuis 25 ans, la fondation Spirig Pharma AG prend en charge une partie des frais de formation continue de jeunes médecins et scientifiques intéressés par la dermatologie, titulaires d'un diplôme universitaire et qui exercent dans une clinique universitaire dermatologique suisse, au service ambulatoire de dermatologie de l'hôpital municipal Triemli de Zurich ou dans le service dermatologique d'un hôpital cantonal.

Les lauréats 2011, le Dr med. Alexander A. Navarini (USZ) et le Dr med. Philipp Spring (CHUV), ont été mis à l'honneur lors d'une petite cérémonie pendant le congrès de la SSDV. Les demandes de subvention pour 2012 doivent être adressées avant le 31 décembre 2012 au Conseil de la fondation Spirig Pharma AG, Froschackerstr. 6, 4622 Egerkingen, à l'attention du président de la SSDV.

Les heureux lauréats de la bourse de formation continue de la fondation Spirig Pharma AG: le Dr Philipp Spring de Lausanne (1^{er} en partant de la gauche) et le Dr Alexander Navarini de Zurich (2^e en partant de la gauche), avec Dan Furrer (directeur de Spirig Suisse) et le Dr Silvio Inderbitzin (délégué du conseil d'administration de Spirig Pharma SA)



Entretien avec le Professeur D. Simon, Berne «Formes et thérapie de base sur mesure»



1. Lors de l'assemblée générale annuelle de Berne, l'importance de la morphologie était au cœur des débats. Quel est le rôle de la forme de l'eczéma dans le choix de la bonne galénique de la thérapie de base?

Comme le montre l'intervention du Dr Kernland, l'application d'émollients est indiquée, c'est-à-dire un mélange de graisse et d'eau. La graisse pure, comme la vaseline, a un effet occlusif trop important et induit un risque de surinfection bactérienne. L'application d'eau pure entraîne un dessèchement. Pour les eczémas aigus (rougeur, enflure, humidité, croûtes): détachement des croûtes avec une compresse humide, puis de la lotion ou de la crème.

Pour les eczémas chroniques (lichenification, desquamation): pansements graissants humides avec crèmes et compresses.

2. Pouvez-vous nous donner des conseils de soin concrets pour les formes suivantes d'eczéma?

- **Eczéma humide aigu inflammé**
Bain/douche, compresses humides, puis lotion ou crèmes (avec principe actif et traitement de base).
- **Eczéma lichenifié chronique inflammé**
Lipolotio, crème, crème grasse; dans les cas extrêmes, pansements graissants humides.
- **Peau sèche et desquamée**
Lipolotio, crème, crème grasse;
apport de substances hydratantes telles que l'urée.
- **Prurit nocturne**
Lotions ou crèmes à base de polidocanol; antihistaminiques systémiques; Bon traitement anti-inflammatoire, inhibiteurs de calcineurine topiques.
- **Eczéma des mains hyperkératosique avec rhagades**
Détacher les kératoses importantes à l'acide salicylique, Bains de mains, par ex. avec des substances tannantes; Solution de nitrate d'argent dans les rhagades; Crème ou pommade, éventuellement avec occlusion (gants en plastique).
- **Eczéma des mains dyshydrosiforme**
Bains de mains (chloramine, substances tannantes), traitement anti-inflammatoire (corticostéroïdes, inhibiteurs de calcineurine); crème pas trop grasse; parfois, un mélange de zinc aide à dessécher les cloques et à apaiser le prurit.

Bibliographie

Devillers, AC et al. «Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline.» *Pediatr. Dermatol* 29 (2012): 24-27. He, R. et al. «Exaggerated IL-17 response to epicutaneous sensitization mediates airway inflammation in the absence of IL-4 and IL-13.» *J Allergy Clin Immunol* 124 (2009): 761-70. Kütting, B. et al. «Current acceptance and implementation of preventive strategies for occupational handeczema in 1355 metal workers in Germany.» *BJD*, 2009. Lee JH, Lee SJ, Kim D, Bang D. «The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis.» *JEADV* 21 (2007): 1360-8. Palmer, CN et al. «Filaggrin null mutations are associated with increased asthma severity in children and young adults.» *J Allergy Clin Immunol* 120 (2007): 64-68. Schliemann, S. et al. «How much skin protection cream is actually applied in the workplace? Determination of dose per skin surface area in nurses.» *Contact Dermatitis* epub; ahead of print (June 2012). Thyssen, JP et al. «Atopic diseases by filaggrin mutations and birth year.» *Allergy* 67 (2012): 705-8. Wahn, U. et al. «What drives the allergic march.» *Allergy* 55 (2000): 591-599. Weidinger, S. et al. «Filaggrin mutations, atopic eczema, hay fever, and asthma in children.» *J Allergy Clin Immunol* 121 (2008): 1203-9. Weidinger, S. et al. «Loss-of-function variations within the filaggrin gene predispose for atopic dermatitis with allergic sensitizations.» *J Allergy Clin Immunol* 118 (2006): 214-9.

Mentions légales

Auteur: Dr med. Michaela Dippel, MD Medscript, dr.michaela.dippel@gmail.com; Source: atelier «Barrière cutanée perturbée et inflammation allergique» dirigé par le Pr Simon dans le cadre de la 94^e assemblée générale annuelle de la SSDV le 31.08.12 et sponsorisé en toute indépendance par les sociétés Spirig Pharma SA, Galderma SA et Merz Pharma (Suisse). La rédaction du compte-rendu du congrès a été sponsorisée par Spirig Pharma SA et les contenus ont été révisés et approuvés par les intervenants.

- **Nevrodermite atopique du pied**
Crème ou pommade à base d'urée; Inhibiteurs de calcineurine topiques; éventuellement bain d'huile.

3. Sur quels patients utilisez-vous de préférence l'urée pour l'hydratation de la peau et pourquoi?

- Sur tous les patients à la peau sèche,
 - en faible concentration sur le corps,
 - en plus forte concentration pour l'eczéma des mains et les kératoses marquées.
- L'urée fixe l'eau et hydrate la couche cornée.

4. Selon votre expérience de la formation des patients, quelle sont les erreurs les plus courantes que commettent les patients souffrant d'eczéma dans le soin de la peau?

- Trop faible fréquence d'application
- Utilisation de produits trop gras
- Application trop fine ou trop épaisse
- Prélèvement non hygiénique dans les pots, tubes endommagés
- Utilisation de savons et gels de douche normaux et non surgras
- Utilisation de shampooings antipelliculaires qui dessèchent encore plus la peau

5. À quelles propriétés accordez-vous de l'importance dans le choix du traitement de base?

- Il est indispensable que le patient l'accepte et l'apprécie, sinon, il ne l'applique pas. Il faut donc discuter du traitement de base avec le patient, négocier et lui faire essayer tranquillement différents produits.
- Pénétration rapide, non occlusif, pas collant
- Non irritant (attention à l'urée, surtout chez les enfants)
- Si possible sans parfum
- Si possible avec peu d'ingrédients, peu ou pas de conservateurs