

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

L'enfant atteint d'eczéma atopique et son environnement

MAGALI

BOURREL-BOUZZAZ

Dermatologue attachée,
membre du Groupe
d'éducation thérapeutique
de la Société française de
dermatologie

Service d'allergologie et
d'immunologie clinique,
Hôpital Lyon-Sud,
165 chemin du Grand-Revoynet,
69495 Pierre-Bénite, France

■ S'intéresser à l'environnement d'un enfant souffrant d'eczéma, c'est entendre le mot "environnement" au sens le plus large possible : ses habitudes de vie, son milieu familial, social, culturel. ■ Prendre en compte tous ces aspects permet d'optimiser l'efficacité des traitements, d'éviter les multiples problèmes et comorbidités associés aux eczémats modérés et sévères. ■ Il revient aux soignants de se montrer vigilants à cela et de repositionner les bons gestes en pistant les erreurs dès le début, même en cas d'eczéma léger. ■ La meilleure façon de répondre à cet enjeu, c'est-à-dire d'aider les parents à comprendre, est de s'appuyer sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – eczéma atopique ; éducation thérapeutique ; environnement ; prévention ; traitement

Children with atopic eczema and their environment. Taking an interest in the environment of a child suffering from eczema means understanding the word "environment" in the broadest possible sense: the child's lifestyle, family, social and cultural environment. By taking all these aspects into account, we can optimize the effectiveness of treatments, and avoid the multiple problems and comorbidities associated with moderate and severe eczema. It's up to caregivers to be vigilant about this, and to reposition the right gestures by spotting errors right from the start, even in the case of mild eczema. The best way to respond to this challenge, i.e. to help parents understand, is to draw on the principles of therapeutic patient education.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – atopic eczema; environment; prevention; therapeutic education; treatment

RÉFÉRENCES

- [1] Ezzedine K, Kechichian E. Épidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2017;144(S5):VS4-7.
- [2] Braun C, Nosbaum A. Histoire naturelle de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2019;146(12S3):12S58-66.
- [3] Barbarot S, Aubert H. Physiopathologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2017;144(1SP):14-20.
- [4] Ramirez-Marin HA, Silverberg JI. Differences between pediatric and adult atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2022;39(3):345-53.
- [5] Narla S, Silverberg JI. The role of environmental exposures in atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2020;20(12):74.
- [6] Poreye AA, Lasek-Duriez A, Verdun S, Modiano P. Utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 2018;145(12SP):S202-3.

Adresse e-mail :

magali.bourelbouttaz@gmail.com
(M. Bourrel-Bouttaz).

L'eczéma atopique est une maladie du monde moderne. Il atteint 15 % des bébés quand aucun des deux parents n'est porteur du terrain atopique et 70 % quand les deux le sont [1]. Le terrain atopique regroupe la dermatite atopique, l'asthme, la rhinite-conjonctivite et les allergies alimentaires. L'eczéma atopique, encore appelé dermatite atopique, est une maladie multifactorielle : épigénétique, immunologique, environnementale, inflammatoire, au contraire de l'eczéma allergique [2,3]. Il est souvent la première manifestation du terrain atopique et peut apparaître dès le premier trimestre de vie. Il est la deuxième maladie cutanée la plus fréquente en France, mais la première du bébé [2].

Les aspects cliniques chez l'enfant diffèrent quelque peu de ceux identifiés chez l'adulte : plus de lésions impétiginisées, des dartres achromiantes, des croûtes de lait [4]. Réfléchir aux liens entre eczéma atopique et environnement permet d'élargir la focale de l'enfant-adolescent à son milieu familial, social, culturel. La gestion du jeune patient devra ainsi prendre en compte l'ensemble de ces données [5].

L'ENFANT ATOPIQUE ET SON ENVIRONNEMENT : DISCOURS DISCORDANTS, CORTICOPHOBIE ET COMORBIDITÉS

Les premiers soignants consultés par les parents sont en règle générale des allopathes, mais leurs discours discordants – « *Le bébé est trop petit pour être traité* », « *Ce n'est qu'un problème esthétique* », « *Il n'y a pas d'allergie, il n'y a rien à faire* », « *Vous êtes trop nerveuse, vous avez mal vécu votre grossesse* » – les incitent à se tourner vers d'autres sources d'information. La précocité de l'apparition de l'eczéma brisant le rêve de l'enfant parfait, ils tentent par tous les moyens de faire disparaître ces plaques. Le premier reproche qu'ils adressent aux soignants est : « *Vous ne cherchez pas la cause, vous ne faites que donner de la cortisone*. » Ils chercheront dans le psychosomatique, les allergies alimentaires ; ils testeront le retrait du lait, du gluten ; ils rencontreront des magnétiseurs, des homéopathes, ostéopathes, kinésithérapeutes, naturopathes ; ils entendront régulièrement « *l'eczéma, c'est le foie* » [6].

■ **L'inefficacité de toutes ces voies renforce la culpabilité des parents et les souffrances de l'enfant** [7]. L'entrée de ce dernier dans le milieu scolaire ne sera pas d'une grande aide, bien au contraire :

Allergies et environnement

« T'es trop moche », « Tu te grattes comme un singe », « Maman ne veut pas que je te donne la main... » [8]. Quant au milieu familial, tant que les soins sont vécus comme des contraintes dont l'efficacité n'est pas flagrante, l'eczéma demeure source de conflits, de jalousie et d'épuisement. Cet environnement délétère se concentre sur un dénominateur commun : la corticophobie, chez les soignants, les patients et les parents d'enfants atopiques [9–11].

■ **Les souffrances du jeune malade, le fardeau de sa pathologie**, se classent en comorbidités somatico-psycho-sociales [12,13]. La liste de ces dernières ne cesse de s'allonger avec le temps : asthme, allergies alimentaires, rhinoconjonctivite allergique, surinfections bactériennes ou virales, troubles du sommeil et troubles cognitifs, difficulté dans la pratique sportive, troubles du comportement pouvant aller jusqu'au trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, repli sur soi ou agressivité à l'école, troubles anxio-dépressifs, suicide, projection dans des études moins longues, difficultés dans la sphère de l'intimité, honte et culpabilité chez l'adolescent, etc.

LA PEAU ATOPIQUE ET SON ENVIRONNEMENT

La peau atopique fonctionne comme une passoire. Elle se laisse traverser par toutes les particules de l'air, mais pas seulement, ce qui déclenche en retour le système immunitaire sous-jacent, provoquant une inflammation : l'eczéma.

Les facteurs aggravants

Plusieurs facteurs exacerbant les problèmes d'eczéma sont identifiés :

• **l'eau et le savon** : l'eau calcaire est mal supportée par les peaux atopiques [14], utiliser un adoucisseur n'est pas forcément d'un intérêt flagrant. Si le retrait de tout savon est recommandé, l'ajout d'un émollient dans l'eau du bain est déconseillé : un effet aggravant sur l'eczéma a été retrouvé [15]. Les règles d'hygiène sont actuellement remises en question. Il est effectivement nécessaire de les adapter à l'état de la peau : quand l'enfant n'a pas d'eczéma, deux bains ou douches par semaine avec un produit sans savon restent préconisés. Quand il est en stade d'eczéma modéré à sévère, la surpopulation du staphylocoque doré justifie de revenir à une toilette quotidienne avec un produit sans savon adapté, comme un gel lavant de dalibour [16] ;

• **les particules de l'air : pneumallergènes, polluants et tabac**. Si la fonction de la peau est de constituer une barrière, l'atopique est une vraie passoire se laissant traverser par tout ce qui charge l'air ambiant :

pollution, parfums, plâtre, peinture, poussières, poils, pollens, sans oublier le tabac. L'impact de la pollution extérieure, et intérieure, est d'ailleurs de plus en plus mis en exergue dans les études [17–19], qui notent qu'il vaut mieux vivre à la campagne au milieu des microbes et des pollens qu'au bord d'une autoroute [20]. Quant au tabac, il est reconnu comme un modèle de facteur environnemental à l'origine épigénétique d'une maladie [21] ;

• **le climat** : la situation de la moitié des patients s'aggrave l'hiver et ceux-ci ne savent généralement pas comment y faire face (moins se laver, plus s'hydrater) [22] ;

• **la sueur** : le couple eczéma-sueur forme un duo infernal. La peau atopique se surinfecte en effet plus facilement à cause de la sueur [23]. Il peut donc être utile de mettre dans le sac du sportif de l'eau thermale en spray et une serviette en polyester pour qu'il puisse rincer et sécher sa sueur le plus rapidement possible ;

• **les frottements et le grattage compulsif** : tout ce qui frotte fixe les plaques : les couches, les chaussures, les sous-vêtements, les cols, les coutures, et bien sûr le grattage. C'est là l'origine des plaques dites lichénifiées ;

• **les vêtements** : les coutures suscitent des frottements. Pour les éviter, il est possible de retourner le body du bébé pour que la couture soit vers l'extérieur. Une plaque persistante, lichénifiée sur la face interne du poignet peut être due à la couture du blouson. Les matières à privilégier sont le coton, la soie, la polaire. La laine est au contraire très mal supportée, de même que les vêtements techniques pour les sportifs : néoprène pour la plongée, matière chaude pour les randonnées à ski, etc., alors que toute matière favorisant l'évaporation rapide de la sueur est en règle générale plutôt appréciée. De nombreux industriels cherchent à créer des tenues plus adaptées à la peau atopique. Elles sont soit moins irritantes, car faites en fibres de lin, de chanvre ou de coton d'origine biologique, soit imbibées de substances antistaphylocoques [24]. Ces vêtements sont onéreux, les bénéfiques sur le *SCORing Atopic Dermatitis*¹ restent modestes, mais ils sont très recherchés par les parents corticophobes. Quant aux adolescents, il sera difficile de les amener à changer leurs habitudes vestimentaires ;

• **la lessive** : les contraintes écologiques ont fait évoluer les performances des machines à laver vers une épargne d'eau au moment du rinçage. Or, il est maintenant avéré que des résidus de lessive sont susceptibles de se déposer dans le linge. C'est la raison pour laquelle elles peuvent être irritantes et/ou allergisantes. Les allergies de contact aux lessives sont

NOTES

¹ Le Scord, pour *Scoring Atopic Dermatitis*, est l'outil le plus fréquemment utilisé pour évaluer la sévérité de la dermatite atopique.

² L'unité phalange est la quantité nécessaire et suffisante pour traiter la surface équivalente à celle de deux paumes de main d'adulte.

RÉFÉRENCES

- [7] Bursztejn AC, Shourick J, Bodemer C, et al. Sentiments de culpabilité chez les parents d'enfants atteints de dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2021;1(851):A302.
- [8] Bourrel-Bouttaz M. Les troubles du comportement de l'enfant atopique en milieu scolaire. *RSSU* 2023;14(80):30–2.
- [9] Dufresne H, Bataille P, Bellon N, et al. Facteurs de risque de corticophobie au cours de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2020;147(12S):A97–8.
- [10] Lambrechts L, Gilissen L, Morren MA. Topical corticosteroid phobia among healthcare professionals using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venerol* 2019;99(11):1004–8.
- [11] Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, et al. Corticophobie des pharmaciens dans la dermatite atopique de l'enfant : une étude française nationale. *Ann Dermatol Venerol* 2015;142(12S):S488–9.
- [12] Boralevi F, Bodemer C, Mallet S, et al. Le fardeau de la dermatite atopique modérée à sévère chez les enfants de moins de 12 ans : résultats de l'étude observationnelle PEDISTAD. *Ann Dermatol Venerol* 2020;147(12S):A363–4.
- [13] Misery L. Fardeau de la dermatite atopique chez l'enfant et l'adolescent. *Ann Dermatol Venerol* 2020;147(11S1):11S31–6.
- [14] Halling AS, Bager P, Skov L, et al. L'interaction entre les mutations de la filaggrine et l'eau domestique dure et le risque de dermatite atopique précoce. *Br J Dermatol* 2020;183(2):406–7.
- [15] O'Connor C, Livingstone V, O'B Hourihane J, et al. Early emollient bathing is associated with subsequent atopic dermatitis in an unselected birth cohort study. *Pediatr Allergy Immunol* 2023;34(7):e13998.

RÉFÉRENCES

- [16] Cardona ID, Kempe EE, Lary C, et al. Frequent versus infrequent bathing in pediatric atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020;8(3):1014-21.
- [17] Le Gall-Ianotto C, Verdin A, Cazier F, et al. La pollution atmosphérique contribue à la rupture de la barrière cutanée et ralentit la croissance neuronale. *Ann Dermatol Venerol* 2019;146(12S):A345-6.
- [18] Lai A, Owens K, Patel S, Nicholas M. The impact of air pollution on atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2023;23(8):435-42.
- [19] Allaert FA. Étude de l'influence des environnements extérieurs et domestiques sur la sévérité de la dermatite atopique par une analyse en cluster. *Ann Dermatol Venerol* 2019;146(12S):A106.
- [20] Nevid M, Hui J, Crooks J, et al. Association of atopic dermatitis with proximity to major roads. *J Allergy Clin Immunol* 2023;151(2 Suppl):AB193.
- [21] Rousseaux S, Seyve E, Chuffart F, et al. Les effets immédiats et durables de la consommation de tabac par la mère modifient la méthylation de l'ADN placentaire dans les régions contenant des gènes activateurs et imprimés. *BMC Med* 2020;18(1):306.
- [22] Association française de l'eczéma. Eczéma et peau sèche en hiver : faisons le point. www.associationeczema.fr. Décembre 2021. www.associationeczema.fr/eczema-et-peau-seche-en-hiver-faisons-le-point/.
- [23] Rippke F, Schreiner V, Doering T, Maibach HI. Stratum corneum pH in atopic dermatitis: impact on skin barrier function and colonization with *Staphylococcus Aureus*. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(4):217-23.
- [24] Koller DY, Halmerbauer G, Böck A, Engstler G. Action of a silk fabric treated with AEGIS in children with atopic dermatitis: a 3-month trial. *Pediatr Allergy Immunol* 2007;18(4):335-8.
- [25] Salomon G, Giordano-Labadie F. Éviction de la méthylisothiazolinone : pas facile en pratique. *Ann Dermatol Venerol* 2018;145(12S):S154.
- [26] Marchais M. Lessives : des arguments de vente trompeurs. Quechoisir.org. 18 avril 2019. www.quechoisir.org/actualite-lessives-des-arguments-de-vente-trompeurs-n65951/.
- toutefois rares, et sont dues aux conservateurs, à la méthylisothiazolinone en particulier [25]. Le choix des lessives se portera donc sur celles en poudre qui ne contiennent jamais de conservateur, au contraire des liquides ou en boue. Effectuer deux rinçages est préférable pour enlever les résidus irritants, mais moins écologique pour la dépense en eau. Quant aux lessives faites maison, elles sont fabriquées à base de savon de Marseille, et tout savon reste incompatible avec la peau atopique [26] ;
- **la piscine** : les cycles piscine sont souvent déclencheurs de poussée. Les crèmes barrière à appliquer avant le bain limitent le contact entre la peau et les produits de la piscine et permettent aux enfants à la peau atopique de profiter d'un lieu festif comme les autres jeunes. Ces crèmes barrière ne sont pour autant pas un émollient, il faudra donc hydrater le tout-petit à la sortie du bain ;
 - **la salive** : les plaques sous la tétine ou sur le pouce sucé sont liées à l'agressivité de la salive sur la peau atopique ;
 - **les cosmétiques, les parfums, le maquillage** : s'il est bien difficile de demander à une adolescente de se priver du maquillage employé par ses copines, il est important d'en parler avec elle. Il faut lister l'ensemble des produits cosmétiques utilisés le matin et le soir, pour sortir, se maquiller, se démaquiller, pour l'acné, etc. Il est fréquent que les jeunes, surtout les filles, cumulent le produit lavant recommandé pour l'eczéma, celui préconisé contre l'acné et le démaquillant dans le même temps. L'ordonnance est l'art de la négociation. Il existe des marques et des gestes adaptés à la peau atopique [27] ;
 - **l'alimentation** : l'allaitement ne protège pas du risque de dermatite atopique [28]. La diversification alimentaire est proposée vers les 5 mois du bébé pour faciliter l'installation de la tolérance à toutes les denrées. Cependant, l'explosion de la consommation de sucres rapides, via les sodas en particulier [29], est en lien avec un changement du microbiote intestinal dans un sens favorable à l'émergence des maladies atopiques. Il en est de même pour une alimentation carencée en fibres végétales [30,31] ;
 - **le microbiote intestinal** : sujet d'actualité, le déséquilibre du microbiote est en rapport avec des poussées de dermatite atopique, les raisons de ce déséquilibre étant en partie liées à l'alimentation occidentale et aux antibiotiques [32-35] ;
 - **le choix du naturel** : l'impact négatif de la pollution sur notre santé légitime pour certains l'idée que le naturel serait meilleur. Loin de discréditer la première partie de la phrase, le naturel n'est pas obligatoirement bénéfique. Prenons l'exemple des champignons. Bien que naturels, ils ne sont pas tous comestibles. Les savons bio surgras au lait d'ânesse restent des savons, donc incompatibles avec la peau atopique. Les huiles végétales, en tant qu'émollients, ne conviennent pas davantage à la peau atopique, car elles sont composées de grosses molécules et sont incapables de restaurer le "ciment" défectueux spécifique de la peau atopique. Elles peuvent d'ailleurs également engendrer des réactions allergiques de contact [36] ;
 - **le stress** : généralement évoqué en premier lieu par les parents – « *Mon enfant est trop sensible* » –, l'aspect émotionnel est un facteur déclencheur évident, rapidement identifié car le lien entre l'événement et la poussée est quasi-immédiat. Le danger ici est double : en faire l'origine de la maladie et en faire l'unique explication en obstruant une vision globale ;
 - **la poussière** : qu'elle agisse en tant que facteur irritant ou en tant qu'allergène, la poussière – comme les autres pneumallergènes – traverse la peau et active le système immunitaire adaptatif. Cela explique la survenue de poussées lors de certaines activités sportives. Sa participation au prurit nocturne est moins connue, aggravant ainsi les troubles du sommeil [37]. La recommandation d'aérer la chambre tous les jours reste d'actualité ;
 - **les animaux de compagnie** : il est commun de dire que l'enfant devient tolérant aux animaux de son domicile et qu'il peut réagir ou non aux autres bêtes, tant au niveau de l'eczéma, de l'asthme que de la rhinoconjonctivite [38,39] ;
 - **le statut hormonal** : le système immunitaire peut être sensible aux variations hormonales du cycle féminin. Les poussées surviennent alors en fin de cycle et accompagnent le syndrome prémenstruel [40].

Les facteurs bénéfiques

Des éléments bénéfiques ou convenant à la peau atopique peuvent être répertoriés :

- **le soleil et la mer** : si la chaleur est souvent mal supportée à cause de la sueur, le soleil est plutôt apprécié. Les rayons ultraviolets possèdent un effet immunomodulateur, qui est recherché dans la dermatite atopique afin de diminuer l'hyperactivité du système immunitaire adaptatif. Pas moins de 75 % des dermatites atopiques légères disparaissent complètement lors d'un séjour à la mer [40,41]. Les ultraviolets, additionnés à l'hygrométrie plus élevée en milieu marin, à la salinité de l'eau marine et à l'"effet vacances", potentialisent certainement tous leurs bénéfices ;
- **les soins appropriés pour la peau atopique** :
 - **la toilette** permet de laver sans aggraver l'anomalie du ciment interkératinocytaire défectueux.

Allergies et environnement

Voici quelques préconisations à suivre :

› proposer un bain au tout-petit, puis une douche quand il grandit, deux fois par semaine quand sa peau va bien ;

› le laver tous les jours avec un produit adapté en phase de surinfection, mais aussi en temps de canicule ;

› si une deuxième douche est nécessaire dans la journée, préférer le rinçage à l'eau seule ;

› veiller à régler la température autour de 37 °C ;

› faire attention que la douche ne dure que 5 minutes environ, soit le temps du jeu pour l'enfant et celui d'une seule chanson pour l'adolescent ;

› se servir d'un produit sans savon ni parfum : pain dermatologique, huile lavante, gel lavant sans savon, crème lavante sans savon, syndet ;

› utiliser le même produit pour laver les mains dans la journée ;

› débarbouiller le visage du petit avec de l'eau du robinet ou thermale ;

– **l'hydratation** compense, colmate (et ne nourrit ni adoucit, il s'agit là de vocabulaire marketing) le ciment défectueux :

› hydrater le corps entier, même le visage et les paupières, une seule fois le soir ;

› le faire tous les jours, même ceux sans douche ou bain ;

› se servir d'une crème, d'un baume, d'un *cold cream* ou du cérat ;

› faire participer le tout-petit le plus tôt possible en jouant à la coccinelle, au zèbre ou à écrire des lettres. À l'âge de 6 ans, il doit être capable d'appliquer l'émollient tout seul ;

› utiliser un produit plus gras l'hiver, et moins gras l'été ;

› ne pas oublier que tout émollient pique sur une peau inflammatoire. L'erreur fréquente est d'en mettre deux fois plus lorsque la crise démarre, par peur de la cortisone. Or, l'émollient n'est pas le traitement de la crise, il ne s'occupe que du ciment défectueux. En utiliser trop s'avère donc doublement négatif : cela est inefficace et amène l'enfant à associer le gros tube avec la douleur et la démangeaison. Résultat, il faudra lui courir après pour continuer à lui appliquer l'émollient ;

– **le dermocorticoïde** traite l'inflammation et éteint l'incendie :

› il convient de démarrer le traitement dès que la peau est rouge et/ou rugueuse et/ou démange. La métaphore utilisée est d'agir dès que le mégot de cigarette commence à fumer, pas quand la maison brûle ;

› il faut continuer tant que la peau reste rouge, rugueuse et démange, et arrêter lorsque ces trois critères ne sont plus remplis ;

› le dermocorticoïde s'applique une seule fois par jour, par-dessus l'émollient, selon la règle de l'unité phalangette² ;

› il est conseillé de choisir des crèmes pour les formes suintantes et les pommades pour les formes sèches. Quant à la puissance (modérée, forte et très forte), elle est à revoir selon l'ampleur de l'inflammation et l'épaisseur de la peau.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS

Pour que les enfants atteints de dermatite atopique puissent bénéficier de la qualité de vie la meilleure possible, leurs parents doivent se sentir sécurisés.

Des réponses aux questions habituelles des familles sur la cortisone

Les pères et les mères d'un jeune souffrant de dermatite atopique se posent d'innombrables questions au sujet de la cortisone. Voici un aperçu de ces interrogations et des réponses que le professionnel va leur apporter :

• **la cortisone passe-t-elle dans le sang ?** Non, si l'on respecte la règle de l'unité phalangette ;

• **faut-il se laver les mains avant ou après l'application du dermocorticoïde ?** Si les mains sont sales, oui bien sûr, sinon cela n'est pas indispensable ;

• **la cortisone a-t-elle un effet sur la santé future de l'enfant ?** Oui, il aura moins de comorbidités, sa santé sera donc meilleure, tout comme sa qualité de vie ;

• **faut-il l'appliquer lorsque la peau est surinfectée ?** Oui, le traitement de l'inflammation par le dermocorticoïde permet de diminuer la surpopulation du staphylocoque doré ;

• **peut-on la mettre sur les paupières et le visage ?** Oui, mais attention. Sur le visage, le dermocorticoïde peut parfois déclencher de la dermatite péri-orale. Le tacrolimus est une alternative très utile ;

• **un passage dans l'œil est-il possible ?** Non, ce sont les collyres à la cortisone qui sont à risque de glaucome et de cataracte ;

• **existe-t-il un risque d'accoutumance ?** L'accoutumance sous-entend que le parent ne peut pas arrêter d'en mettre tous les jours et qu'il doit augmenter les doses. Les récurrences incessantes ou les échecs apparents sont en fait le plus souvent le fait d'une hygiène, d'une hydratation et d'un emploi du dermocorticoïde incorrects. Pour autant, il existe des situations où les soins étant bien réalisés, la situation n'est pas maîtrisée. Il faut alors opter pour d'autres choix thérapeutiques ;

• **le bébé allaité est-il à risque si la maman met de la cortisone sur les mamelons ?** Autant la cortisone par voie orale est contre-indiquée dans la dermatite

RÉFÉRENCES

- [27] Hosokawa K, Taima H, Kikuchi M, et al. Rubbing the skin when removing makeup cosmetics is a major factor that worsens skin conditions in atopic dermatitis patients. *J Cosmet Dermatol* 2021;20(6):1915–22.
- [28] Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(9):1409–31.
- [29] Kim HW, Kim JM. Relationship between intake of soft drinks and current prevalence of adult atopic dermatitis: based on the Korea National Health and Nutrition Examination Survey data (2015-2016). *J Nutr Health* 2021;54(5):501–14.
- [30] Liao M, Su J, Li J, et al. Consumption of red meat and atopic dermatitis: a cross-sectional study in Chinese college students. *Dermatitis* 2022;33(4):e48–51.
- [31] Schütte O, Bachmann L, Shivappa N, et al. Pro-inflammatory diet pictured in children with atopic dermatitis or food allergy: nutritional data of the LiNA cohort. *Front Nutr* 2022;9:868872.
- [32] Cui HS, Ahn IS, Byun YS, et al. Dietary pattern and nutrient intake of Korean children with atopic dermatitis. *Ann Dermatol* 2014;26(5):570–5.
- [33] Mazur M, Tomczak H, Łodyga M, et al. The intestinal and skin microbiome in patients with atopic dermatitis and their influence on the course of the disease: a literature review. *Healthcare (Basel)* 2023;11(5):766.
- [34] Galazzo G, van Best N, Bervoets L, et al. Development of the microbiota and associations with birth mode, diet, and atopic disorders in a longitudinal analysis of stool samples, collected from infancy through early childhood. *Gastroenterology* 2020;158(6):1584–96.
- [35] Metzler S, Frei R, Schmaußer-Hechfellner E, et al. Association between antibiotic treatment during pregnancy and infancy and the development of allergic diseases. *Pediatr Allergy Immunol* 2019;30(4):423–33.
- [36] Karagounis TK, Gittler JK, Rotemberg V, Morel KD. Use of "natural" oils for moisturization: review of olive, coconut, and sunflower seed oil. *Pediatr Dermatol* 2019;36(1):9–15.

RÉFÉRENCES

- [37] Chang YS, Chiang BL. Mechanism of sleep disturbance in children with atopic dermatitis and the role of the circadian rhythm and melatonin. *Int J Mol Sci* 2016;17(4):462.
- [38] Pelucchi C, Galeone C, Bach JF, et al. Pet exposure and risk of atopic dermatitis at the pediatric age: a meta-analysis of birth cohort studies. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(3):616–622.e7.
- [39] Pinot De Moira A, Pearce N, Pedersen M, Nybo Andersen AM. The influence of early-life animal exposure on the risk of childhood atopic dermatitis, asthma and allergic rhinoconjunctivitis: findings from the Danish National Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2023;52(4):1231–42.
- [40] Cho S, Kim HJ, Oh SH, et al. The influence of pregnancy and menstruation on the deterioration of atopic dermatitis symptoms. *Ann Dermatol* 2010;22(2):180–5.
- [41] Darrigade AS. Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 2019;146(12S3):12S85–95.
- [42] Sakho A, Prot-Labarthe S, Bourdon O, Bourrat E. Dermocorticoïdes et soleil : un malentendu chez les pharmaciens. *Ann Dermatol Venerol* 2019;146(12S):A107.
- [43] AllergoLyon. Dermatite atopique. Technique de l'habillage pour les cas de dermatite atopique (enfant). <https://allergolyon.fr/dermatite-atopique/>.
- [44] Bourrel-Bouttaz M, Hacad F. Atelier ETP (éducation thérapeutique du patient). 2021. <https://cedef.info/etp/>.
- [45] Kim B, Choi S. Nursing interventions for children with atopic dermatitis and their families: a scoping review. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2023;48(6):312–9.
- [46] Bourrel-Bouttaz M. Accompagner les parents face à l'eczéma de leur bébé. *Cah Pueric* 2023;60(368):31–6.

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

atopique, autant la dose absorbée par le bébé dans cette situation est indosable ;

• **peut-on la mettre sur la zone génitale ?** Oui, selon le même protocole ;

• **peut-on s'en servir quand on est au soleil ?** Oui, l'idée qu'elle serait photosensibilisante ou phototoxique ne possède aucun fondement scientifique [42]. Cependant, il arrive que la galénique pommade, par son action occlusive, entraîne la transpiration et fasse effet loupe. Il vaut mieux opter pour la forme crème et s'en servir le soir ;

• **peut-on l'appliquer sur des crevasses ?** Oui. Les patients associent les crevasses à des plaies et n'osent pas en mettre. La crevasse est de l'eczéma d'une peau très kératinisée, comme les paumes et les plantes ;

• **peut-on l'utiliser sur des stries de grattage qui saignent ?** Oui, c'est de l'eczéma très inflammatoire, puisque le patient gratte jusqu'au sang ;

• **faut-il arrêter progressivement ?** Non, le patient arrête quand les trois critères conduisant à l'identification de l'eczéma ne sont plus remplis. Ce dernier ne va toutefois pas disparaître à la même vitesse selon ses localisations et sa forme clinique. C'est tout l'intérêt d'autonomiser le patient en lui apprenant la règle de l'unité phalange ;

• **comment prendre en charge les eczemas sévères ?** En procédant à des habillages [43] ;

• **ya-t-il une dose à ne pas dépasser ?** Cela n'est pas vraiment défini, mais si deux à trois tubes de 30 g sont toujours nécessaires après plusieurs mois d'une prise en charge correcte, la situation n'est pas maîtrisée. Il vaut alors mieux changer et/ou ajouter du tacrolimus et/ou discuter les traitements systémiques ;

• **existe-t-il un traitement proactif ?** Oui [41]. Si les plaques récidivent en quelques jours toujours au même endroit (les plis, par exemple), les recommandations européennes sont d'appliquer le dermocorticoïde deux fois par semaine systématiquement à partir du moment où la peau est strictement normale. Ce protocole permet, en un an, d'utiliser trois fois moins de dermocorticoïde que si le patient avait laissé la crise apparaître.

Aider les parents à comprendre les fondamentaux

Pour amener les parents à bien appréhender les fondamentaux, il est possible de s'aider de métaphores, comme celle du mur troué et du ciment, mégot de cigarette et des braises, etc. [44].

■ **Le professionnel peut également leur proposer de prodiguer certains soins tous ensemble.**

Ainsi, il va demander au père ou à la mère de

définir où se situe la zone où il identifie l'eczéma sur la peau de son enfant, puis rectifier si nécessaire. Il va ensuite les inviter à appliquer la crème hydratante puis le dermocorticoïde, en reprenant après eux si besoin. Le parent apprend à passer sa main sur les zones reconnues comme atteintes par l'eczéma et compte combien de paumes de main cela recouvre. Il divise ce total par deux et obtient le nombre d'unités phalanges à utiliser. Effectuer ces gestes avec le professionnel se révèle très sécurisant pour le père et la mère.

■ **Cet accompagnement de la famille passe par une rédaction de l'ordonnance explicite,** cela afin de s'assurer que tout le monde ait bien compris. Il est par ailleurs recommandé de prévoir un ou plusieurs rendez-vous de contrôle, car une session ne suffit pas pour que les parents acquièrent suffisamment de connaissances.

S'appuyer sur le réseau des puéricultrices

Les études relatives à l'impact de l'intervention des infirmières puéricultrices auprès des familles d'enfants atopiques montrent une réduction de la gravité de l'eczéma, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des tout-petits et de leurs parents [45,46]. La présence de ces professionnelles est donc très importante. Elles peuvent procurer des sources d'informations fiables aux parents (*encadré 1*) et les accompagner.

CONCLUSION

L'environnement nécessaire pour la réussite du traitement de l'enfant atteint d'eczéma atopique passe par la sécurisation de ses parents. Expliquer n'est pas suffisant, faire comprendre constitue l'étape indispensable pour leur permettre d'embrasser l'enjeu, de s'adapter du mieux possible à toutes les situations de la vie quotidienne et de transmettre les bons gestes à leur enfant en toute confiance. Ce sont les bases de l'attitude éducative. ■

Encadré 1. Des ressources internet fiables à partager avec les familles

- www.associationeczema.fr/.
- <https://allergolyon.fr/dermatite-atopique/>.
- https://allergolyon.fr/wpcontent/uploads/2020/07/L_unite_phalange.pdf.
- www.youtube.com/watch?v=Fo2goJQXJQA.
- www.pierrefabreeeczemaFOUNDATION.org/.
- www.sfdermato.org/page-29-centres-d-education-therapeutique.
- www.mag-da.fr.