

La dermatite atopique sévère de l'enfant

Anis Mahfoudh¹, Inès Zaraa^{1,2}, Thouraya Amara³, Hela Zribi^{1,2}, Dalenda El Euch¹, Mourad Mokni^{1,2}, Amel Ben Osman^{1,2}

1 Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta,

2 Faculté de Médecine de Tunis, Université El Manar II, Tunis,

3 Consultation de pédiatrie, Hôpital Régional de Khair-Eddine, Tunisie.

A Mahfoudh, I. Zaraa, T. Amara, H. Zribi, D. El Euch, M. Mokni, A. Ben Osman

A Mahfoudh, I. Zaraa, T. Amara, H. Zribi, D. El Euch, M. Mokni, A. Ben Osman

La dermatite atopique sévère de l'enfant

Severe childhood atopic dermatitis

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°04) : 249-252

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°04) : 249-252

R É S U M É

Prérequis : La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique. Elle constitue l'une des manifestations de la maladie atopique. Elle touche habituellement le nourrisson et l'enfant.

But : Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de la DA sévère juvénile à travers une série hospitalière.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 24 cas de DA sévère juvénile hospitalisés au service de Dermatologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 28 ans (1981 – 2009).
Résultats : La DA sévère de l'enfant avait une incidence hospitalière de 0,085%. L'âge moyen de début était de 14 mois avec un sex ratio H/F de 1,66. Le visage était le siège de prédilection (75%). Un eczéma généralisé était observé dans 37,5% des cas. Le prurit et la xérose cutanée étaient systématiquement rapportés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11 jours. Les corticoïdes topiques étaient le traitement de référence associés à un antiseptique, un antihistaminique et un émollient. Les complications infectieuses étaient notées dans 50% des cas. Des complications oculaires étaient observées dans 16,7% des cas. Des récurrences étaient rapportées dans 9 cas.

Conclusion : La DA est caractérisée par des poussées prurigineuses d'eczéma aigu sur un fond de xérose cutanée permanente. La DA sévère de l'enfant paraît rare en Tunisie. Sa prise en charge nécessite une bonne compréhension des objectifs du traitement par le patient et sa famille. Elle est source de morbidité importante en rapport avec un retentissement non négligeable sur la qualité de vie.

S U M M A R Y

Background: Atopic dermatitis (AD) is a chronic relapsing eczematous skin disease. It represents one of the symptoms of atopic diathesis. DA affects usually infants and children.

Aim : The aim of our study is to draw up the epidemiological, clinical features, treatment and outcome of severe childhood AD through a hospital series.

Methods: A retrospective study of 24 cases of severe childhood AD hospitalized in the Dermatology Department of La Rabta hospital of Tunis was conducted during a 28 year-period (1981 – 2009).

Results: The hospital incidence of severe childhood AD was 0,085%. Patient's mean age at the beginning was 14 months. The sex ratio H/F was 1.66. Cutaneous manifestations occurred preferentially in face (75%). Generalized eczema was observed in 37.5% of cases. Pruritus and xerosis were constant. The mean duration of hospitalization was 11 days. Topical corticosteroids was the most effective method of treating severe DA, associated with antiseptic solutions emollient and antihistaminic drugs. Infectious complications were noted in 50% of cases. Ocular complications were observed in 16.7% of cases. Recurrences were reported in 9 cases.

Conclusion : AD is an inflammatory, chronically relapsing, and pruritic skin disorder developing in a xerotic skin. Severe AD in childhood is rare in Tunisia. It requires a good understanding of therapeutic modalities by the patient and his family. It is a cause of important morbidity and it may have a bad impact on quality of life.

Mots - clés

Dermatite atopique, enfant, eczéma, sévère

Key - words

Atopic dermatitis, child, eczema, severe

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique. Elle constitue l'une des manifestations de la maladie atopique. Son diagnostic est clinique. Elle apparaît habituellement au cours des premières années de vie.

La DA est une affection chronique évoluant par poussées successives entrecoupées de rémissions. Des formes sévères, avec des complications graves notamment infectieuses ou une évolution subintrante ont été rapportées avec un retentissement non négligeable sur la qualité de vie.

Le but de notre étude est d'évaluer le profil épidémiologique-clinique, thérapeutique et évolutif de la DA sévère juvénile à travers une série hospitalière.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 29 ans [1981-2009], colligeant tous les cas de DA sévère de l'enfant.

Ont été inclus tous les patients ayant un âge < 16 ans, présentant à la fois les critères diagnostiques de la DA de Hannifin et Rajka [1] et de l'United Kindom Working Party [2]. La DA était considérée comme sévère devant la nécessité d'hospitalisation avec un score de sévérité ≥ 50 par la méthode SCORAD [3]. Ce score a été calculé rétrospectivement en se basant sur les données des observations des patients.

L'objectif de notre étude est d'étudier le profil épidémiologique-clinique de la DA sévère de l'enfant, de préciser les modalités thérapeutiques et évolutives de cette maladie et de réaliser une analyse critique de ces caractéristiques à travers les données de la littérature notamment tunisienne.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 24 observations de DA sévère de l'enfant ont été colligées. La DA sévère de l'enfant représentait 1,86% de l'ensemble des DA de l'enfant (914 cas) et 80% des DA hospitalisés (30 cas : 24 enfants et 6 adultes). Son incidence hospitalière était estimée à 0,085‰.

L'âge moyen de début était de 14 mois [1 mois – 5 ans]. La DA a débuté dans la première année de vie chez 17 de nos enfants (70,83 %).

Nos 24 patients se répartissaient en 7 nourrissons et 17 enfants. Il s'agissait de 15 garçons et 9 filles avec un sex-ratio H/F de 1,66. L'âge moyen de début de la DA était de 14,2 mois chez les garçons et de 13,8 mois chez les filles.

La notion d'atopie familiale était retrouvée, chez 10 patients, dominée par la DA (6 cas). Les antécédents personnels d'atopie étaient retrouvés chez 8 patients; il s'agissait d'un asthme allergique dans 5 cas, d'une rhinite allergique dans 4 cas et d'une conjonctivite allergique dans 3 cas.

Les principales caractéristiques cliniques de nos patients ont été résumées dans le tableau I. Cliniquement, tous les patients présentaient des lésions d'eczéma aigu (vésicules avec suintement). Le visage était plus fréquemment atteint chez le nourrisson comparativement à l'enfant (fig.1). Un eczéma

étendu généralisé était observé chez 9 enfants (37,5%). Une atteinte inversée pour l'âge était constatée chez 6 enfants.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques de nos patients

Données	Résultats [cas (%)]
Lésions d'eczéma	
Aigu	24 (100 %)
Chronique (lichénification)	11 (46 %)
Siège	
Face	17 (75 %)
Plis de flexion des membres	12 (50%)
Signes mineurs	
Pli de Dennie Morgan	10 (42 %)
Signes oculaires	6 (14%)
Chéilite	4 (17%)
Eczématides	3 (12,5%)
Kératose pileaire	3 (12,5%)
Hyperlinéarité palmaire	1 (4%)
Kératodermie palmo-plantaire	1 (4%)
Eczéma des mmelons	1 (4%)
Prurit	24 (100 %)
Xérose cutanée	24 (100 %)

A la biologie, un hyperéosinophile sanguine a été retrouvée chez 9 patients. Une élévation du taux des IgE totales a été notée chez 2 enfants parmi les 5 prélevés. Une biopsie cutanée a été pratiquée chez 6 enfants. Elle montrait des images histologiques d'eczéma (eczéma chronique dans 4 cas et aigu dans 2 cas).

La conduite thérapeutique était symptomatique et non standardisée, elle dépendait du type de lésions, de leur étendue, de l'existence ou non d'une complication et de l'intensité de la xérose cutanée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11 jours avec des extrêmes des 5 à 30 jours. Un traitement par dermocorticoïdes était institué chez 20 patients. Le Tacrolimus était utilisé chez 4 malades. L'utilisation d'un antiseptique et l'application d'un émollient étaient systématiques. Une antibiothérapie générale était indiquée chez 13 enfants devant l'impétiginisation des lésions. Un antihistaminique était administré chez tous les patients. La corticothérapie générale, à la dose de 1mg/Kg/j, a été utilisée dans un cas; il s'agissait d'un garçon âgé de 6 ans qui présentait un eczéma étendu généralisé non amélioré par des corticoïdes locaux.

L'évolution était habituellement favorable. Le nombre des récurrences était variable. Des poussées sévères nécessitant de nouvelles hospitalisations étaient notées chez 9 enfants. La DA était compliquée d'infection bactérienne (impétiginisation) dans 12 cas. Un patient a présenté un abcès au niveau du coude. Une infection virale herpétique étendue (syndrome de Kaposi-Juliusberg) était notée chez un nourrisson de 15 mois (fig.2). Par ailleurs, un retard de croissance était noté chez 7 enfants et une atteinte oculaire chez 4 autres patients à type de kérato-conjonctivite, de kératite ulcérée, de blépharo-conjonctivite et de cataracte.

Quinze enfants ont été revus à la consultation externe. La durée

du suivi variait de 2 mois à 9 ans avec une durée moyenne de 21 mois. Des récurrences avec des poussées jugées sévères imposant de nouvelles hospitalisations étaient notées chez 9 patients. (37,5%)

Figure 1: Atteinte typique du visage au cours de la dermatite du nourrisson avec respect de zone médio-faciale.



Figure 2 : Surinfection herpétique au cours d'une dermatite atopique de l'enfant (syndrome de Kaposi-Juliusberg).



DISCUSSION

Au vu des résultats de notre étude, il apparaît que la DA sévère de l'enfant reste rare en Tunisie. Cette forme sévère de DA prédomine chez le sujet de sexe masculin avec un âge du début plus tardif que dans les séries occidentales, une plus grande fréquence de l'atteinte de la région céphalique et des complications infectieuses plus importantes sur devant une atteinte généralisée.

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique cosmopolite. Sa prévalence actuelle se situe entre 15

et 20% [4, 5]. En Tunisie, nous ne disposons pas d'études épidémiologiques nationales mais les différentes études monocentriques rapportent une incidence hospitalière variant de 0,71% à 1,3% [6, 7]. La fréquence de la DA paraît moindre en Tunisie par rapport aux pays occidentaux. Kharfi et al [7] dans une étude comparant la prévalence de la DA en France et en Tunisie, a rapporté une nette différence qui a dépassé largement l'estimation de départ, en effet, la prévalence de la DA était de 21 % en France alors qu'elle n'était que de 0,24 % en Tunisie.

Notre étude n'a intéressé que les cas de DA sévère de l'enfant. Celle-ci semble très rare, en effet son incidence hospitalière n'était que de 0,085%.

La DA affecte essentiellement les enfants. Son début se situe dans 95% des cas avant 5 ans [8]. L'âge de début dans les séries tunisiennes varie de 38 à 48 mois [6, 7]. Dans notre étude, l'âge de début moyen était plus jeune (14 mois). Ceci peut être expliqué par le fait qu'un âge de début précoce est souvent corrélé avec la sévérité de la maladie [7]. La DA touche les deux sexes de façon presque équivalente [9]. Dans les études tunisiennes, notamment la notre, une légère prédominance masculine était notée (sex-ratio H/F: 1,22 à 1,66) [6, 7].

Conformément aux données de la littérature, où une histoire familiale d'atopie est 3 à 4 fois plus fréquente chez les patients atteints de DA par rapport à la population générale [10], des antécédents familiaux d'atopie étaient notés chez 41,6% de nos patients.

L'atopie familiale était notée dans 35 à 57 % des cas dans les études tunisiennes [6,7]. Des antécédents personnels d'atopie sont généralement retrouvés chez 31% des patients atteints de DA (33,3% dans notre série). L'atopie personnelle était notée dans 5 à 33 % des cas dans les études tunisiennes [6, 7].

Cliniquement, on distingue en fonction de l'âge, la forme du nourrisson (<2ans) et celle de l'enfant (>2ans). Chez le nourrisson, les lésions d'eczéma sont souvent aiguës vésiculeuses et suintantes. La DA débute par une atteinte symétrique prédominante sur les convexités du visage et des membres. Tous nos nourrissons présentaient des lésions d'eczéma aigu. Parmi les 7 nourrissons colligés dans notre étude, 6 présentaient une atteinte du visage avec atteinte des plis antérieurs du cou et les plis rétro-auriculaires dans respectivement 2 et 4 cas. Les faces d'extension des membres étaient concernées dans 4 cas. Le visage était également le siège électif de la DA chez les nourrissons dans les séries tunisiennes [6, 7].

Chez l'enfant, l'eczéma peut apparaître d'emblée à cet âge ou poursuivre l'évolution du nourrisson. Le tableau clinique comporte habituellement des placards lichénifiés prurigineux. L'atteinte des plis prédomine surtout les plis du coude et des creux poplités. Le visage est moins atteint chez les enfants. Dans notre étude, l'atteinte des plis était présente chez 75% des enfants âgés de plus de 2 ans. L'atteinte du visage était notée dans 64,7% des cas. Dans les études tunisiennes, l'atteinte du visage était moins fréquente (54 – 59 %) [6, 7].

Dans les formes sévères une atteinte de tout le tégument est rapportée [3], retrouvée chez 37,5 % de nos patients.

Le prurit, critère diagnostique obligatoire selon les critères de Williams [2], est constant quelque soit la forme clinique et l'âge. L'intensité du prurit est variable avec la sévérité de la DA. Il était systématiquement noté dans notre étude. La xérose cutanée est un signe très fréquent au cours de la DA. Elle est retrouvée dans 50 à 98% des cas [11]. La sévérité de la xérose cutanée conditionne en partie la sévérité du prurit. Dans notre série, devant la sévérité de l'atteinte, elle était retrouvée dans tous les cas. La DA est une maladie chronique évoluant par poussées récidivantes. Le traitement est purement symptomatique visant à juguler les poussées et leur complications, à rétablir la barrière cutanée et à essayer de prévenir les facteurs déclenchant ou aggravants [11]. Les dermocorticoïdes sont le traitement de référence de la DA en poussée [11-14]. Le choix de la classe est en fonction de l'âge, de la sévérité de la DA, du siège et de l'étendue des lésions. Dans notre étude, des dermocorticoïdes de classe modérée ont été prescrits chez 25% des enfants et de classe forte dans 58,3% des cas. Le tacrolimus doit être utilisé en deuxième intention après les dermocorticoïdes [11]. Son usage peut être considéré comme une alternative ou un complément des dermocorticoïdes en particulier pour le visage, le cou et les plis. Dans notre étude, 4 enfants ont bénéficié du tacrolimus. L'utilisation des émoullissants au cours de la DA est primordiale [11]. En effet, ils visent à reconstituer le film hydrolipidique de la peau et permettent de lutter non seulement contre la xérose cutanée mais aussi contre la pénétration des allergènes. Les études cliniques en double aveugle ont montré que l'utilisation de grandes quantités d'émoullissants a un effet significatif d'économie de stéroïdes [15]. Les traitements émoullissants et stéroïdiens locaux contribuent à lutter contre le prurit. Les anti-histaminiques peuvent être utilisés pour leur effet sédatif. L'antibiothérapie générale ne doit pas être systématique. Elle doit être utilisée en cas d'impétiginisation sévère. Les macrolides sont le plus souvent utilisés. Dans notre étude, l'antibiothérapie générale a été prescrite dans 54% des cas et dans 61.5% des cas c'était un macrolide. Au cours des périodes de rémission, après avoir diminué progressivement l'intensité des dermocorticoïdes, il faudra intensifier la prescription d'émoullissants qui sont utilisés dans le but de restaurer la fonction

barrière de la peau et de lutter contre la xérose cutanée.

La DA évolue habituellement par poussées entrecoupées de rémissions et émaillées de complications. Les symptômes régressent progressivement avec l'âge mais la persistance de la DA au-delà de la période infantile est possible. Les complications de la DA sont dominées par les complications infectieuses surtout dans les formes étendues [16], notées dans 14 cas dont un cas de surinfection herpétique (syndrome de Kaposi-Juliusberg). Les complications non infectieuses sont représentées essentiellement par les complications oculaires à type de décollement de la rétine, kératoconjonctivite, blépharoconjonctivite, kératocône, greffe herpétique (4 cas dans notre série) et par le retard de croissance (7 de nos patients) [11].

Concernant le pronostic, La DA sévère est source de morbidité importante avec un retentissement important sur la qualité de vie. Les éléments cités habituellement de mauvais pronostic incluent: la gravité pendant l'enfance, des antécédents familiaux de dermatite atopique, une association précoce avec de l'asthme, un début tardif après 2 ans, une topographie inversée pour l'âge, une atteinte des mains et une xérose persistante à l'âge adulte [17]. Comme dans beaucoup de maladies chroniques, le retentissement de la DA et parfois sérieux, ceci est d'autant plus important que la DA est sévère. Chez l'enfant il peut en résulter des troubles relationnels (notamment mère-enfant), une irritabilité ou une excitation psychomotrice, des difficultés de concentration et un absentéisme (lors des hospitalisations), parfois source de retard scolaire.

CONCLUSION

La DA est une maladie inflammatoire chronique survenant sur un terrain atopique caractérisée par des poussées prurigineuses d'eczéma aigu sur un fond de xérose cutanée permanente. La DA sévère de l'enfant est rare en Tunisie. Sa prise en charge nécessite une bonne compréhension des objectifs du traitement par le patient et sa famille. Elle est source de morbidité importante en rapport avec retentissement non négligeable sur la qualité de vie.

References

1. Hanifin JM, Rajka G. Diagnoses features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venerol* 1980; 92: 44-7
2. Williams HC, Burney PG, Strachan D, Hay RJ et al. The UK Working party's diagnosis criteria for atopic dermatitis; *Br J Dermatol* 1994; 131: 383-96
3. Kunz B., Oranje A.P., Labreze L., Stalder J.F., Ring J., Taied A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index : consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. 1997 - *Dermatology* 195: 10-9
4. Pruszkowski A, Revuz J. Dermatite atopique. Données épidémiologiques actuelles. *Le Concours Médical* 2000; 122:1109-13
5. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:35-9
6. Eleuch N, Turki H, Marrakchi F, Bouassida S et al. La dermatite atopique (prévalence et manifestations cliniques). *Ann Dermatol Vénérol* 1999; 126: 54
7. Khalfi M, Bel Hadj Ali H, Khaled A et al. Dermatite atopique en Tunisie : Aspects épidémiologique et clinique. *Ann Dermatol Venerol* 2001, 128: 623-5
8. Meneghini CL, Bonifazi E. Correlation between clinical and immunological findings in atopic dermatitis. *Acta Derm Venerol* 1985; 114: 140-2
9. Schimied C, Saurat JH. Epidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venerol* 1989; 116: 729-34
10. Diepelen TL, Blettner N. Analyses of familial aggregation of atopic eczema and other atopic diseases by odds ratio regression models. *J Invest Dermatol* 1996; 106: 977-81
11. Conférence de consensus: Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 2005; 132: 81-91
12. De Prost Y. Dermatite atopique. Diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat* 1994; 44:807-
13. Czech W, Stalder BM, Schopf E, Kapp A. Ig E antibodies in atopic dermatitis. *Allergy* 1995; 50: 243-8.
14. Bodmere C. La dermatite atopique. *Allergologie pédiatrique*. 2007; 22:184-93.
15. Lucky AW et al. Use of an emollient as a steroid: sparing agent dermatitis in children. *Pediatr Dermatol* 1997; 14: 321-4.
16. Baker BS. The role of microorganisms in atopic dermatitis. *Clin Exp Immunol* 2006; 144: 1-9.
17. Williams HC, Strachan DP. The natural history of childhood eczema. *Br J Dermatol* 1998; 139: 834-39.