

Dermatite atopique

Topographie :

Segment céphalique : cuir chevelu, front, joues++.

respect de la région medio faciale : nez, péribuccale et menton.

extension aux plis antérieurs du cou.

Propagation :

- aux tronc, face d'extension des membres possible; poignet, face dorsale des mains, face externe des bras++.
- plis retro et sous auriculaires.

Dermatite atopique

Topographie particulières :

Pouce: aspect érythémateux et desquamatif.

Région périnéo fessière :20%.

érythème englobant les organes génitaux externe.





1. Dermatite atopique du nourrisson en poussée.





Dermatite atopique

Signes fonctionnels :

- prurit intense insomniant
- état général conservé, parfois perte de poids passagère.
- fièvre si surinfection.

Evolution :

- poussée/rémission ou alternant suintement et desquamation.



Dermatite atopique

signes cliniques :

-Sécheresse de la peau: +++

fréquente

facteurs favorisants :

- diminution de la fonction sudorale.
- diminution de la synthèse des acides gras.
- altération de la barrière cornéocyttaire.

Autres facteurs exogènes :

- froids.
- diminution de l'humidité.

Aspect :

simple desquamation.
peau fissuraire douloureuse.

Dermatite atopique

Signe de dennie-Morgan :

Plis infra orbitaire uni ou bilatérales.





Dermatite atopique

Pigmentation périorbitaire :

- enfant et adulte.
- brune ,grisâtre ou blanchâtre.
- partie inferieur de l'orbite.

Dermatite atopique

Dermographisme blanc :

- non spécifique.
- le frottement de la peau entraîne l'apparition en quelques secondes d'une ligne blanche maculeuse non œdémateuse qui persiste 20 minutes sur peau saine et lésé.

Pâleur faciale :

- Sujet jeune.
- Alterne souvent avec des phases d'érythèmes.

Implantation basse des cheveux :

- Rare.
- Région frontale et temporale.

Nourrisson et jeune enfant (jusqu'à deux ans)

La DA apparaît habituellement dans la première année de vie, en général vers 3 mois, parfois plus tôt.

Le prurit est souvent important et responsable de troubles du sommeil.

Le grattage n'est pas toujours évident chez le tout petit et se manifeste par des mouvements équivalents (frottement des joues contre les draps et les vêtements, agitation et trémoussement au déshabillage).

Chez l'enfant de plus de deux ans

Les lésions sont plus souvent localisées :

- aux plis (coudes, creux poplités, cou et fissures sous-auriculaires très fréquentes) (Fig. 3) ;
- dans certaines zones « bastion » (mains et poignets, chevilles, mamelons) où elles persistent de façon chronique et parfois isolée.

Le caractère chronique des lésions et du grattage est responsable de la lichénification et des excoriations.

Des poussées saisonnières se produisent avec le plus souvent une aggravation en automne et hiver ; et une amélioration a lieu durant la période estivale.

Au visage, des lésions hypopigmentées, parfois rosées, finement squameuses sont fréquemment observées en particulier l'été : « eczématides » ou « dartres achromiantes » (pityriasis alba). Elles peuvent être plus diffuses, siégeant là où la DA est la plus active. Elles régressent toujours et sont souvent attribuées à tort aux dermocorticoïdes.

La xérose cutanée est quasi-constante, plus marquée en hiver.



Chez l'adolescent et l'adulte

La DA persiste rarement chez le grand enfant, et s'aggrave à l'adolescence.

Elle garde en général le même aspect que chez l'enfant de plus de 2 ans.

Les autres formes possibles sont :

- un tableau de prurigo, prédominant aux membres ;
- ou avec une prédominance au visage et au cou (« head and neck dermatitis ») (Fig. 4) ;
- une érythrodermie.

Un début tardif à l'âge adulte est possible mais rare et doit faire éliminer une autre dermatose prurigineuse (gale, eczéma de contact, lymphome cutané T...).



Dermatite atopique

DIAGNOSTIC POSITIF :

1-ANAMNESE :

- notion d'eczéma ayant débuté tôt dans la vie.
- notion évolution chronique entrecoupée de rémission.
- notion d'atopie dans la famille.

2-CLINIQUE :

- existence d'un prurit, d'une xerose cutanée.
- topographie élective des lésions.
- autres signes regroupée

Critères de diagnostic de la dermatite atopique:

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associé à 3 ou plus des critères suivants :

- 1. Antécédents personnels d'eczéma** des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et / ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.
- 2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume** (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).
- 3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose)** au cours de la dernière année.
- 4. Eczéma** des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans.
- 5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans**

Dermatite atopique

3-Biologie :

FNS : hyper-eosinophilie sanguine inconstante.
lymphocytose sanguine
↑**IgE** totales 40-80% des cas.

4-Exploration allergique:

n'a aucune valeur dg sauf si on suspecte une allergène de l'environnement comme facteur d'entretien en aggravant la DA.

-Test épicutané :

Examens complémentaires

Il n'y a pas de nécessité d'examens complémentaires pour le diagnostic ou la prise en charge de la majorité des DA : la biopsie cutanée, le dosage des IgE sériques et la recherche d'une éosinophilie sont le plus souvent inutiles.

Dans certaines circonstances, des explorations allergologiques doivent être réalisées (encadré).

Quand faire réaliser une exploration allergologique?

1. Suspicion d'allergie alimentaire associée

Signes d'appel :

- signes évocateurs d'une allergie alimentaire après ingestion ou contact avec un aliment ;
- DA grave ;
- stagnation ou cassure de la courbe pondérale.

Explorations : *prick-tests* cutanés, dosage des IgE sériques spécifiques, test de provocation orale, *atopy patch tests*.

2. Suspicion d'allergie respiratoire associée

Signes d'appels : asthme, rhinite ou rhinoconjonctivite.

Explorations : *prick-tests*, dosage des IgE spécifiques.

3. Suspicion d'eczéma de contact

Signes d'appels : eczéma de zones inhabituelles ; DA qui ne répond pas au traitement ou s'aggrave.

Explorations : tests épicutanés ou patch tests.

Dermatite atopique

Evolution:

Durée de la phase initiale :

- durée variable.
 - la majorité des cas : rémission prolongée.
 - Sinon transformation et gravité.
-
- **Si rémission complète** : exceptionnellement réapparition pendant la période scolaire de quelque lésion lichenifiée au niveau des zones de flexion et des mains.

Dermatite atopique

Evolution:

Evolution à long terme :

Peut avoir tout les profiles évolutif :

- Régression totale à 2-5ans ou a la puberté.
- Reprise à l'âge adulte.
- Evolution jusqu' à la puberté de façons continue puis amélioration.
- DA sévère évolue de façons continue pendant le reste de la vie.
- Chez la femme: fluctue sous l'influence des déférents épisodes de la vie génitale.

Dermatite atopique

Complications infectieuses :

Complications bactériennes :

- fréquentes.
- impétiginisation (staph doré)
- pustules, croutes jaunâtres, suintantes.
- ADP.

Dermatite atopique

Complications virales :

Herpes simplex : Pustulose varioliforme de KAPOSI-JULINSBERG +++.

Primo-infection sévère : gingivostomatite.

Récurrence herpétique en peau saine ou eczématisée.

Redoutable +++.

Dermatite sévère persistante .

Clinique :

- Aggravation brutale de DA.
- Œdème.
- Suintement.
- Vésicules ombiliquées puis pustulo-croûteuse nécrotique et hémorragique.

Dermatite atopique

Topographie :

Visage puis étendue.

Autres signes :

Altération de l'état générale.

T° 39-40.

Poly ADP.

Complications :

Dissémination virale.

Encéphalopathie.

kératoconjonctivite.

Broncho-pneumopathie.

Surinfection Staph.

Evolution :

Récidive possible.

Il importe de ne pas méconnaître ce syndrome à cause de sa gravité justifiant une thérapeutique d'urgence en milieu spécialisé



Fig. 5. Herpès disséminé (syndrome de Kaposi-Juliusberg) compliquant une dermatite atopique.

Dermatite atopique

Complications mycosiques :

- Dermatophyties :

Trichophyton rubrum.

Lésions inflammatoires, extensives.

Pieds ,fesses, cuisse, plis inguinaux, ongles des pieds et mains.

Chronique, récidivante.

Dermatite atopique

complications cutanées :

Erythrodermies :

- Erythrodermie desquamative.
- Phanères.
- Fièvre, ADP.
- IgE, éosinophilie ↑

Dermatite atopique

Complications cutanées :

Photosensibilité :

- Aggravation au soleil.
- Sudation.
- Prurit+++.

Toxidermie médicamenteuse : plus fréquente

Retard de croissance :

- plusieurs facteurs.
- DA sévère.
- Coexistence avec asthme.
- Insomnie et restriction alimentaire.
- Dermocorticoïde puissant :large surface, durée prolongée.

Dermatite atopique

Complications oculaires:

.Cataracte atopique :

.Décollement de la rétine :

.kératocône
:

.Blépharoconjonctivite :

.Conjonctivite allergique :

.Herpes oculaire :

-Conséquences psychiques :

Dermatite atopique

Traitement :

- **antiseptiques locaux!!!!**
- **antihistaminiques par voie orale !!!**
- **pommades hydratantes:+++** contre les peaux sèches.
- **corticoïdes topiques +++**
- à utiliser principalement lors de poussées et sur une durée assez courte
- de **nouveaux traitements** par voie externe (pommade, crème,...) agissant sur le système immunologique comme **le tacrolimus ou le pimécrolimus**

Dermatite atopique

Conseils

A- Mesures non spécifiques

- Habillement : éviter les textiles irritants (laine, synthétiques à grosses fibres) ;
 - préférer coton et lain.
 - Éviter l'exposition au tabac.
 - Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit.
- Exercice physique, sport, à conseiller.
- Douche et émollients après, en particulier pour la natation (irritation des désinfectants chlorés).
 - Augmenter les applications d'émollients par temps froid et sec.
- S-e méfier des contagés herpétiques.
- Vacciner normalement.