



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE EMC

Dermatite atopique de l'enfant[☆]

A. Dammak, G. Guillet*

Service de dermatologie et allergologie, CHU de Poitiers, 2, rue de la Milétrie,
86021 Poitiers cedex, France

MOTS CLÉS

Dermatite atopique ;
Allergie chez
l'enfant ;
Dermatite
atopiforme ;
Immunité ;
Prédisposition
génétique

Résumé La dermatite atopique, ou eczéma atopique, est une dermatose inflammatoire prurigineuse de prédisposition génétique évoluant par poussées récidivantes sur un fond de chronicité atteignant essentiellement le nourrisson et le petit enfant. L'évolution est le plus souvent régressive chez le grand enfant. D'origine multifactorielle, elle est sous la dépendance du système lymphocytaire TH2 avec tendance à la production d'immunoglobulines E et risque d'asthme, de rhinite ou conjonctivite définissant le terrain atopique. Sa prévalence est en augmentation dans les pays industrialisés. Le diagnostic est clinique, facilité par le recours à certains critères proposés initialement par Hanifin et Rajka puis simplifiés par Williams. La conférence de consensus qui a été dirigée par la Société française de dermatologie a vocation d'en simplifier la prise en charge en réservant les enquêtes allergologiques aux cas rebelles, sévères ou associés à des symptômes respiratoires.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une dermatose inflammatoire prurigineuse chronique évoluant par poussées en quatre phases (érythème, vésicules, suintement et desquamation) plus ou moins systématisées dans un contexte d'atopie défini par un terrain familial ou

personnel d'allergie (asthme, rhinite, urticaire) médié par les immunoglobulines E (IgE) sur un fond de xérose cutanée permanente. Elle débute souvent chez le nourrisson, atteint essentiellement les enfants, mais persiste parfois à l'âge adulte. Sa fréquence est importante et augmente régulièrement, particulièrement dans les pays industrialisés, ce qui en fait une préoccupation de santé publique.

Il s'agit d'une affection d'origine multifactorielle sous dépendance du système lymphocytaire TH2 avec prédisposition héréditaire orientée vers la production d'IgE vis-à-vis d'antigènes aériens ou alimentaires de l'environnement. Le diagnostic de DA est basé sur des critères proposés initialement par Hanifin et Rajka. Ceux-ci ont été revus, simplifiés et validés, en 1994, par le Working Party britannique dirigé par Williams.

La prise en charge de la DA est difficile en raison du caractère chronique et/ou récidivant de l'affection avec le risque de complications surajoutées.

[☆] Grâce au partenariat mis en place en 2010 entre le *Journal de pédiatrie et de puériculture* et l'EMC, les articles de cette rubrique sont issus des traités EMC. Celui-ci porte la mention suivante : A. Dammak, G. Guillet, Dermatite atopique de l'enfant, *Pédiatrie*, 4-112-A-10, 2010. Nous remercions les auteurs qui ont accepté que leur texte, publié initialement dans les traités EMC, puissent être repris ici.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gerard.guillet@chu-poitiers.fr (G. Guillet).

Épidémiologie

Toutes les données de la littérature ont montré que la prévalence de la DA varie selon l'origine géographique, l'ethnie et le niveau d'urbanisation.

La fréquence de la DA a doublé, voire triplé en 30 ans. La DA toucherait 10 à 25 % des enfants contre 5 à 10 % dans les années 1960 [1–5].

L'étude International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) réalisée en 1999 par questionnaire estimait sa prévalence en France à 8,8 % chez les enfants de six à sept ans et 10 % dans la tranche d'âge de 13 à 14 ans [6]. Au Danemark, l'incidence cumulative de la DA à l'âge de sept ans était de 19,6 % [7,8].

Au Japon, en 2005, sa prévalence chez les enfants d'âge scolaire entre six et sept ans est de 15,4 % [9]. Dans la tranche d'âge de sept à 15 ans, une étude récente réalisée en Turquie estime sa prévalence à 4,9 % [10]. Chez les enfants iraniens de six à sept ans, elle est de 0,8 % à Téhéran et de 1,3 % à Rasht selon la même étude [11].

Selon une étude menée en Éthiopie, la prévalence de la DA était de 1,2 % [12]. À Hong Kong, la prévalence de la DA est de 5,6 % [13]. En Tunisie, selon une étude multicentrique menée entre 1996 et 2000, l'incidence annuelle de la DA était estimée à 0,52 % [14].

Ainsi, on remarque que la DA est plus fréquente dans les pays développés. Cependant, les enfants issus de pays en voie de développement qui migrent vers les pays développés peuvent devenir plus vulnérables que la population d'origine [15].

Un travail récemment publié a montré que chez les enfants maghrébins vivant au Maghreb, l'incidence est inférieure à 1 %, alors qu'elle passe à 12–15 % chez les enfants nés en France d'origine maghrébine, chiffre identique à ceux de la population française [16].

La prévalence de la DA est plus forte dans les zones urbanisées que dans les campagnes, ainsi que dans les régions fortement polluées. L'accroissement de la prévalence de la DA est attribué à l'urbanisation des populations au style de vie dit « occidental » mais l'augmentation de fréquence de la DA et autres maladies atopiques n'est pas clairement expliquée : rôle des polluants, des aéroallergènes, des additifs alimentaires, du tabagisme passif, de la mère pendant la grossesse avec effet de l'allaitement ou d'une meilleure protection anti-infectieuse. Le plus souvent, la DA débute précocement dans l'enfance et particulièrement pendant la première année de vie. Selon une étude anglaise, l'âge de début serait avant six mois dans 47,5 % des cas et avant un an dans 69 % des cas [3] avec un âge moyen de six mois. La DA commence au cours des six premiers mois de la vie dans 45 % des cas, la première année dans 60 % des cas et avant l'âge de cinq ans pour au moins 85 % des enfants atteints [3]. Dans une cohorte finlandaise de 3209 enfants nés en 1994, le diagnostic de la DA était fait entre six et 24 mois dans 49 % des cas [17]. Dans une étude sur 6877 enfants, Williams avait noté un début de la DA pendant la première année de vie chez 35 % des patients, tandis que 54 % des patients avaient un début de DA entre l'âge d'un et sept ans et 11 % après l'âge de sept ans [18].

Concernant le sex-ratio, dans les séries occidentales, la prédominance est tantôt féminine [11,19,20] et tantôt

masculine [3,21]. Le sex-ratio est équilibré selon d'autres séries [22].

POINT FORT

La prévalence de la DA est en augmentation constante en Europe et dans les pays développés. La DA atteint généralement le nourrisson de moins de six mois avec un sex-ratio variable selon les études.

Physiopathologie

La DA s'accompagne du développement d'une réponse immunitaire inflammatoire privilégiant des réactions d'hypersensibilité médiées par les IgE vis-à-vis d'antigènes de l'environnement extérieur, domestique ou alimentaire survenant sur un terrain génétique prédisposant qui s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée.

Trois facteurs physiopathologiques président à la DA : des facteurs génétiques, immunologiques et des anomalies de la barrière cutanée.

Facteurs génétiques

Les facteurs génétiques intervenant dans les manifestations allergiques atopiques ne font aucun doute, en particulier dans la DA.

Dans les études de jumeaux, on constate une concordance clinique de la DA plus élevée chez les sujets monozygotes que chez les sujets dizygotes [23]. Par ailleurs, les études familiales montrent qu'en cas d'atteinte biparentale de la DA, la prévalence chez l'enfant est de 81 % ; elle est de 59 % si un parent présente une DA et l'autre un asthme et de 56 % si l'autre parent ne présente aucune manifestation atopique. L'atteinte maternelle aurait un rôle prépondérant par rapport à l'atteinte paternelle (57 % versus 46 %) [24] vis-à-vis du risque de survenue de DA chez l'enfant.

Les gènes de prédisposition à l'asthme ou à l'hypersensibilité bronchique (localisés sur le chromosome 11q13) sont retrouvés associés à la DA dans certaines études [25]. Mais ces résultats n'étaient pas confirmés dans d'autres recherches. Il est possible qu'il existe des gènes prédisposant aux phénomènes allergiques atopiques en général indépendamment d'autres gènes qui influencent l'apparition de la DA ou qui déterminent des phénotypes de DA sévère, de syndrome dermorespiratoire, voire un syndrome des allergies multiples [25]. Les gènes candidats sont localisés en 3q21, 5q31-33, 11q13, 11p14, 13q12-14 et 14q11-22 [26,27].

Le mode de transmission de l'atopie est inconnu. La maladie est probablement polygénique.

Facteurs immunologiques [28–30]

L'atopie est considérée comme une réaction d'hypersensibilité retardée de contact aux allergènes de l'environnement : elle met en jeu les cellules présentatrices d'antigènes du groupe des cellules dendritiques et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170025>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170025>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)