

I Revues générales

Facteurs déclenchant les crises de dermatite atopique

RÉSUMÉ : Si l'on compare la dermatite atopique à un incendie, les facteurs déclenchants correspondent à 5 boîtes d'allumettes : la peau sèche, l'air ambiant, les biotopes cutanés et intestinaux, le stress. Ces facteurs s'imbriquent les uns aux autres à la manière d'un puzzle et peuvent s'activer mutuellement, engendrant des cercles vicieux (le staphylocoque aggrave la porosité excessive de la peau, le stress aggrave le déséquilibre du biotope intestinal).

Il est utile que le patient sache s'en servir et connaisse les facteurs déclenchants des crises. Le dermatologue devient dès lors le docteur Watson du patient Sherlock Holmes, tous deux constituant un tandem d'enquêteurs ne craignant pas de questionner le moindre indice pour en comprendre la logique. La confiance est la clé de l'observance [1].



M. BOURREL-BOUTTAZ
Cabinet de Dermatologie, CHAMBÉRY.

Cet article aurait pu se limiter à un tableau des facteurs déclenchants et de leur prévention possible, mais le propos aurait alors été scolaire, frontal, indifférent aux raisons qui ont justifié son écriture. Car l'existence même de ce texte est la conséquence d'une question entendue dans un couloir hospitalier : *“Pourquoi chercher le facteur déclencheur d'une crise puisque de toute façon il faut traiter?”*

Prenons pour exemple la mise en scène suivante (**fig. 1**) :

“Vous avez le feu chez vous, que faites-vous ?

– J'éteins l'incendie.



Fig. 1.

– OK, mais ça redémarre 15 jours plus tard. Que faites-vous ?

– Je recommence !

– D'accord, mais ça se reproduit. Que faites-vous ?

– J'appelle les pompiers.

– Très bien, mais encore ?

– Je change de maison.

– Oui, mais encore ?

– Je me demande pourquoi ça redémarre...”

Voilà un aperçu d'une séance d'éducation thérapeutique dans un contexte de dermatite atopique qui permet aux patients de passer de la question immédiate de la gestion de la crise à celle du pourquoi de la crise.

Chercher une raison à la crise présente plusieurs avantages :

– se montrer rationnel permet de calmer les angoisses. En effet, ne pas savoir pourquoi une crise apparaît aggrave le sentiment d'impuissance et de culpabilité éprouvé par les patients. En outre, cela ajoute du stress au stress, donc à la maladie ;

– identifier les raisons de la crise permet de se poser les questions d'une éven-

I Revues générales

tuelle prévention : si l'hiver est la période la plus critique, ne serait-il pas judicieux de se laver moins souvent ?

– anticiper une crise permet de s'adapter et d'augmenter le traitement en prévision d'une poussée probable : si faire la fête avec les copains intensifie le grattage, le patient a le choix entre ne pas faire la fête ou augmenter le traitement le temps de la fête ;

– aider le patient à prendre de la distance vis-à-vis de son ressenti (le prurit) et créer un espace de réflexion entre son propre discours et celui des soignants au-delà de *"l'eczéma : c'est l'enfer et les médecins ne savent donner que de la cortisone"*.

Dans le cas évoqué plus haut, pourquoi cet interne en dermatologie en est-il venu à se poser la question ? Plusieurs hypothèses (non exclusives et non exhaustives) sont possibles :

- il ne connaît pas les facteurs qui déclenchent les crises ;
- sa question est le reflet d'un préjugé sociétal en rien spécifique au monde de la santé qui consisterait à acheter la solution des problèmes plutôt qu'à en chercher les causes, autrement dit il s'agit d'un petit échantillon d'une pensée consumériste bien moderne ;
- il a l'illusion que les traitements sont efficaces à 100 % ;
- il n'a pas été convaincu du fait que le préventif valait mieux que le curatif ;
- il a encore l'illusion qu'un bon médecin est celui qui fait disparaître le symptôme ce qui, dans le cadre de la maladie chronique, devrait rapidement susciter en lui quelques interrogations...

Venons-en donc à identifier les facteurs déclenchants en prenant toujours



Fig. 2.

comme support de compréhension la métaphore de l'incendie. Si le feu s'embrase, c'est qu'une ou plusieurs boîtes d'allumettes ont été utilisées (fig. 2). Oui, mais lesquelles ?

>>> La toute première, incontournable, a trait à l'hygiène et à la salle de bains. Sur ce point, plusieurs pièges nous guettent :

- Les mêmes mots peuvent ne pas signifier la même chose pour le patient et son médecin : ainsi, le mot "toilette" correspond-il à n'importe quel acte d'hygiène, ou bien uniquement à la douche, voire seulement au lavabo ? Il est important que cela soit précisé de façon minutieuse : *"Racontez-moi ce que vous faites le matin, le soir..."* Quand le patient commence à parler en disant "je" dans une phrase au présent, c'est qu'il nous fait vivre la scène, qu'il nous place au cœur de ses gestes et de ses habitudes et nous aide à comprendre ce qu'il fait vraiment. Exemple : une jeune fille de 14 ans vient pour un eczéma des lèvres chronique depuis 3 ans dans un contexte atopique. Aucun traitement ne la soulage et les bilans allergiques ne montrent aucune allergie. À la question *"Dis-moi ce que tu fais ?"*, cette jeune fille a détaillé avec précision sa routine beauté : au final, elle utilisait 14 produits cosmétiques différents (pour l'acné, le maquillage, l'atopie, pour le matin, le soir...). La négociation a donc porté sur 5 produits et l'eczéma a disparu de lui-même.

- Tout ce qui a trait à l'hygiène est attaché à de nombreuses valeurs sous-jacentes très importantes à mettre en évidence, sous peine d'échec et de non-observance. Les résistances au changement peuvent être profondément ancrées dans des habitudes, des peurs ou des besoins. Derrière le déodorant peut se nicher l'obsession des odeurs corporelles, lesquelles signifient laisser-aller, pauvreté, rejet... Derrière le gel de toilette intime peuvent se cacher la volonté de lutter contre les microbes transmis par la sexualité, et donc tous les préjugés liés à la sexualité. Enfin, derrière les pro-

duits cosmétiques se trouve la nécessité d'être conforme aux critères de séduction mis en avant par notre société de consommation.

- Le soignant ne doit pas craindre de s'aventurer sur les raisons intimes qui poussent le patient à choisir tel ou tel produit afin que celui-ci se sente compris et qu'il envisage ainsi de reconnaître ses erreurs.

- Un autre piège concerne la gestion de la peau sèche. Quand vous posez la question *"Que faites-vous pour votre peau sèche ?"*, le patient répond : *"Je l'hydrate"*. Très peu répondent : *"Je fais d'abord attention à ne pas la décaper et ensuite je l'hydrate."* Le fait que les soins d'hygiène puissent aggraver l'état de la peau n'est pas une notion acquise pour tous. On peut dès lors s'aider de l'exemple de la vaisselle : chacun sait que l'eau chaude dégraisse la vaisselle et tout patient comprend du même coup que l'eau chaude va dégraisser sa peau. Le mot "décaper" n'étant pas compris par tous, il faut utiliser la comparaison avec un gant de crin : on pourra ainsi expliquer que de nombreux produits cosmétiques ont la douceur d'un gant de crin. Enfin, lorsqu'on évoque le fait qu'il n'est pas obligatoire de se laver tous les jours pas plus qu'il n'est obligatoire de se laver avec un produit pour la douche tous les jours, on peut s'attendre la plupart du temps à un grand moment d'incompréhension, les patients ayant généralement la conviction de bien faire et d'obéir aux consignes d'hygiène modernes en se lavant quotidiennement. Dans ce cas aussi, un patient ne changera d'opinion, ne délaissera une posture acquise depuis longtemps que si une nouvelle idée vient provoquer une rupture dans ses habitudes. Il n'est pas rare, dans les séances d'éducation thérapeutique, que les patients échangent entre eux : ceux qui ont déjà franchi le pas de se laver moins souvent apportent leurs témoignages, permettant ainsi des échanges de stratégies très crédibles puisque les uns et les autres souffrent de la même maladie.

● Certains patients souffrent tellement de leur peau que leur seul moment de répit a lieu lorsqu'ils prennent une douche brûlante. Or, si le soulagement est instantané, il est de courte durée. Seul le traitement leur permettra de se défaire de cette habitude délétère. Il ne faut surtout pas les culpabiliser, mais reconnaître au contraire que cette habitude est le reflet d'une grande souffrance. Cette reconnaissance est utile dans la relation que vous nouez avec eux.

● La priorité de cette étape est la conséquence de l'étape précédente qui a consisté à faire deviner au patient comment fonctionnait sa peau. En effet, si le patient n'a pas visualisé ou touché du doigt le problème de fond concernant sa peau, il ne peut pas adhérer aux conseils qu'on lui donne concernant sa salle de bains. La prise de conscience commence donc par la découverte, question après question, de la peau atopique : que veut dire le mot "sec" ? C'est le manque d'eau ! Faut-il boire de l'eau ? On prendra alors deux verres d'eau, dont l'un sera recouvert d'huile, et demander au patient ce qu'il pense qu'il se passera si on laisse les verres sur le radiateur. Le patient interprète alors lui-même la peau sèche comme étant la conséquence d'un manque de corps gras. À ce stade, des outils sont souvent nécessaires : le dessin des verres d'eau ainsi que le dessin du mur dont le ciment est de mauvaise qualité par manque de corps gras. Une boîte avec un couvercle percé permet aussi de s'adresser aux patients qui ont besoin de toucher des objets pour comprendre le mécanisme.

● Survient ensuite la question de fond : "Comment peut-on réparer cette peau trouée comme une éponge ?" Les patients savent bien que le fait de s'enduire de crème émolliente est la réponse, mais leur expliquer qu'en 2018 la science n'a pas encore inventé la pilule miracle capable de tout réparer en 5 minutes n'est pas forcément inutile pour détruire une illusion non exprimée !

Une fois détruits tous les pièges à l'origine de leur incompréhension, il devient possible d'exposer rapidement, au moyen d'une liste, ce qui peut correspondre à une boîte d'allumettes dans le chapitre hygiène :

- une douche trop chaude ;
- trop de douches ;
- une douche trop longue ;
- un gel douche trop décapant ;
- l'emploi d'un savon ;
- l'oubli du produit hydratant ;
- le fait de limiter l'application de l'hydratant au seul jour de la douche ;
- le fait de ne pas compter le temps du shampooining dans celui de la douche ou de ne pas compter le temps du rasage dans celui de la douche ;
- l'utilisation d'un démaquillant en plus du produit lavant ;
- l'emploi d'un sérum, d'un tonique, d'un gommage, d'un déodorant, d'un anticerne ;
- le fait de penser que le produit hydratant suffit à traiter la plaque d'eczéma ;
- le fait d'avoir un produit hydratant pour la plaque, un autre pour la peau sans plaque...

>>> La deuxième boîte d'allumettes est la conséquence immédiate de la précédente : si la peau est trouée comme une éponge, elle va absorber tout ce qui flotte dans l'air ambiant. Cela suffit à expliquer les poussées au moment des pics de pollution, de la saison des pollens, des travaux dans le quartier ou du déménagement de la chambre du fiston... À part ne pas faire sécher son linge dehors pendant la saison pollinique et bien rincer sa peau juste après une balade dans la campagne, il n'existe malheureusement pas beaucoup d'outils de prévention à mettre en place. N'oublions pas pour autant la nécessité impérieuse de donner du sens aux crises, cela permet au patient de ne plus se considérer comme une éternelle victime.

>>> La troisième boîte d'allumettes concerne le biotope cutané et son déséquilibre permanent dans la dermatite atopique en faveur du staphylocoque sur

une grande partie du revêtement cutané et du *Pityrosporum* ou *Malassezia* sur le pôle céphalique. Pour savoir si le patient est particulièrement concerné par cette hypothèse, il suffit de lui demander s'il se gratte davantage quand il transpire. En effet, la sueur est un milieu salé propice à la prolifération du staphylocoque. L'autre critère pour savoir si le staphylocoque est impliqué consiste à regarder la répartition des plaques : le staphylocoque ayant aussi la particularité de se cacher dans le bulbe pileux, toute répartition des plaques dans les zones pileuses suggère sa présence. La prise en compte de la prolifération du staphylocoque est largement sous-estimée alors même que les études récentes prouvent la capacité de cette bactérie à accroître la porosité de la peau, créant ainsi un vrai cercle vicieux [2]. D'où des conséquences pratiques non négligeables :

- toute action antiseptique douce (type Dalibour) soit dans les produits d'hygiène, soit dans les crèmes émollientes, offrira un complément aux soins habituels. Les antiseptiques habituels alcoolisés sont à proscrire sur ces peaux déjà agressées par la dermatite atopique. Il fut un temps où l'on préconisait des bains de Septivon. Le site de l'*Eczema Society of Canada* promeut quant à lui les bains d'eau de Javel ;
- la micronutrition, c'est-à-dire l'emploi des compléments alimentaires par voie orale, peut se révéler utile en particulier sous forme de zinc, cofacteur de la dermécidine, peptide antimicrobien de la peau [3] sécrété par la glande sudorale, ainsi que la vitamine D dont toutes les études montrent le déficit chez les patients atopiques alors qu'elle est nécessaire à la sécrétion de la cathélicidine, un autre peptide antimicrobien de la peau ;
- l'équilibre alimentaire est fondamental : dans la mesure où tout excès de sel et de sucres rapides favorise la prolifération du staphylocoque [4], il sera facile de donner des conseils pour réduire la consommation de plats industriels, de sodas et de bonbons ;
- au niveau du pôle céphalique, le déséquilibre du biotope se fait au profit

I Revues générales

POINTS FORTS

- Les facteurs déclenchant les crises sont plus ou moins visibles.
- Il est rationnel de les cataloguer en 5 grandes catégories : l'hygiène, l'air ambiant, les biotopes cutané et intestinal, et le stress.
- Chaque catégorie donne l'occasion de questionner le patient sur ses propres conceptions, qui sont autant de sources de non-observance et d'incompréhension.
- Quand le patient sait interpréter les raisons de ses crises, il gagne réellement en autonomie et en confiance en lui.

d'une levure retrouvée en surnombre dans l'état pelliculaire du cuir chevelu et dans la persistance des plaques du visage. Il peut même, dans certains cas, exister une véritable sensibilisation. Il n'est donc pas compliqué de prescrire un des trois shampooings antifongiques actuellement remboursés et de laisser la prescription à l'année tant que le patient en ressent le bienfait.

>>> La quatrième boîte d'allumettes concerne le biotope intestinal. Si son rôle n'est pas encore bien défini, il est en revanche permis de réfléchir aux situations courantes qui vont soit améliorer, soit détériorer cet univers microbien. Améliorer concerne l'emploi des probiotiques, détériorer revient à s'interroger sur l'alimentation du patient et sur la fréquence d'utilisation des antibiotiques par voie orale [5]. Les liens entre l'alimentation et la qualité du biotope intestinal sont désormais connus et, là encore, tout excès de nourriture industrielle, de mauvais corps gras, de sel et de sucres rapides est à proscrire. Quant aux antibiotiques, nous savons depuis longtemps qu'ils favorisent les candidoses digestives et des études récentes confortent les notions anciennes de lien entre candidoses et dermatite atopique. Suffirait-il alors de donner des probiotiques pour tout réparer ?

Usons là encore d'une métaphore pour comprendre le message : si vous avez envie de planter un sapin dans votre jardin, que faites-vous ? Vous achetez un sapin (ce qui signifie que vous savez différencier un sapin d'un pommier), vous faites un trou dans votre jardin, vous vérifiez que votre terre et votre climat sont compatibles avec la pousse d'un sapin. En effet, si vous achetez un sapin et faites un trou dans votre jardin mais que vous habitez dans le Sahara, votre sapin n'aura aucune chance de survivre. Par conséquent, pour que la flore intestinale soit améliorée par la prise des probiotiques, il faut connaître la bonne souche (*Lactobacillus rhamnosus GG*), faire le trou (prise d'un antifongique par voie orale à visée digestive) et disposer d'une terre et d'un climat compatibles (l'alimentation). Si les études médicales ont été si longues à prouver l'intérêt des probiotiques dans la dermatite atopique, c'est qu'elles ne s'intéressaient qu'à un seul de ces 4 critères sans tenir compte des autres.

Il est important à ce stade de définir ce qui appartient à l'*evidence-based medicine* et ce qui n'en fait pas partie : l'emploi des probiotiques est encore laissé à l'appréciation de chacun et l'emploi des antifongiques par voie orale appartient aux médecines dites alternatives qui utilisent les extraits de pépin de pamplemousse

ou l'huile essentielle d'origan. Je défends ici l'idée qu'il est toujours intéressant de comprendre comment chacun réfléchit et d'en trouver la logique scientifique. Pour ma part, j'utilise Fungizone par voie orale avec une satisfaction qui n'a malheureusement jamais abouti à une étude médicale sérieuse, même si des études anciennes permettent de justifier ce type de prise en charge [6].

Il revient donc à la prévention de promouvoir l'équilibre alimentaire et à la micronutrition d'intervenir afin d'éviter aux patients de devoir recourir aux antibiotiques par voie orale. Il est intéressant à ce stade d'y revenir en consultation face au patient :

"Prenez-vous souvent des antibiotiques ?

– Ah non, pas du tout !

– La dernière fois remonte à quand ?

– À l'hiver dernier.

– Et vous en prenez combien de fois par an ?

– Oh ! Juste une fois ou deux !"

Les habitudes sont telles que la plupart des patients ne considèrent pas comme excessif le fait de prendre des antibiotiques 2 fois par an. La prévention consistera dès lors à faire baisser ce chiffre à zéro. Pas d'antibiotique du tout ! Pour cela, la micronutrition conseille du fer, du manganèse, du cuivre, des vitamines prises en petites quantités mais tout au long de l'hiver.

>>> La cinquième boîte d'allumettes a trait au stress. Le stress étant l'élément déclencheur le plus visible dans la vie des patients, il a l'inconvénient d'être désigné comme le seul et unique facteur, renforçant ainsi le diktat selon lequel "*l'eczéma, c'est dans la tête*" (ce que certains patients légitimement par la formule suivante : "*De toute façon, je suis nerveux, c'est ma nature*"). Les liens entre stress et dermatite atopique justifieraient un article à eux tout seuls tant le sujet est riche et passionnant. C'est même la principale source de culpabilité des parents qui ne comprennent pas pourquoi leur enfant a de l'eczéma et ne saisissent pas l'intérêt du traitement puisqu'on les a persuadés que le problème était

psychosomatique... Aborder le stress, donc l'émotionnel, ne doit surtout pas se faire de prime abord. Le patient est trop fragilisé et depuis trop longtemps. Il faut d'abord qu'il retrouve confiance dans le traitement et dans les soignants afin de pouvoir un jour envisager de s'engager dans un travail pour retrouver confiance en lui. Car la dermatite atopique qui touche l'enfant, l'adolescent et l'adulte est en lien avec une grande fragilité intérieure qui rend ces patients hypersensibles au stress, d'où l'installation d'un cercle vicieux entre la peau et le système émotionnel. Aborder le stress n'est possible qu'à partir du moment où la peau va bien et que le patient sait la gérer lui-même.

■ Conclusion

La dermatite atopique est une maladie chronique dont les poussées

n'ont rien d'aléatoire. Il y a toujours une raison rationnelle à une crise. En trouver l'origine revient à questionner 5 espaces, identifiés comme des boîtes d'allumettes à l'origine de l'incendie. Permettre à un patient de comprendre la raison de sa poussée consiste à lui donner les clés pour ne plus être victime de sa maladie mais acteur de sa vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observance thérapeutique en dermatologie. *Ann Dermatol*, 2012;139 (suppl 1).
2. HACARD F. Plus il y a de bactéries différentes, moins il y a d'inflammation : la révolution microbiotique. *Annales de dermatologie*, 2015;142 (suppl 1): 13-17.
3. MICHEL AS. La découverte des peptides antimicrobiens. Thèse soutenue à Faculté de pharmacie de Nancy, décembre 2010.
4. WEIDINGER S, NOVAK N. Atopic dermatitis. *Lancet*, 2016;387:1109-1122.
5. BACH JF. Six questions about the hygiene hypothesis. *Cell Immunol*, 2005;233:158-161.
6. FAERGEMANN J. Atopic Dermatitis and Fungi. *Clin Microbiol Rev*, 2002;15: 545-563.

POUR EN SAVOIR PLUS

- BOURREL-BOUTTAZ M. Changer son regard sur l'eczéma. Éd. Ovidia, 2016.
- BOURREL-BOUTTAZ M. L'eczéma, est-ce vraiment dans la tête? Éd. Ovidia, 2017.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.