Revues générales

Prévention de la dermatite atopique chez l'enfant

RÉSUMÉ : La prévention de la dermatite atopique est un sujet en constante évolution. Font partie des recommandations officielles : l'usage des pré- et probiotiques, ainsi que l'éviction totale du tabac actif ou passif chez la femme enceinte atopique ou non. L'application dès la naissance d'un émollient chez le bébé au titre de la prévention primaire ne fait plus partie de ces recommandations alors que l'émollient, les soins d'usage et les probiotiques gardent leur place en prévention secondaire.
C'est aussi l'attitude éducationnelle qui permet aux parents d'agir dès le plus jeune âge et de comprendre les facteurs déclenchants, ceux qui sont évitables et ceux qui ne le sont pas.

M. BOURREL-BOUTTAZ
Cabinet de Dermatologie, CHAMBÉRY.

La prévention de la dermatite atopique (DA) chez l'enfant est un sujet qui ne peut se résumer à appliquer à la lettre les recommandations officielles, tant la demande des patients nous force à élargir le débat au-delà de l'*evidence-based medicine* (EBM) :
– premièrement, la prévention pendant la grossesse : quels conseils, pour quelle femme ?
– deuxièmement, la prévention chez le bébé : quelle prévention primaire et pour quels bébés ? Quelle prévention secondaire pour les bébés atopiques puis les enfants atopiques ?
– troisièmement, qui fera les soins et pourquoi les fera-t-il ?

Concernant les recommandations type EBM, elles s'appuient sur les *European Guidelines for Treatment of Atopic Dermatitis*, publiées en 2018 dans l'EADV [1], dont la partie prévention renvoie à un texte publié dans l'*Allergo Journal International* en 2014 par la Société allemande pour l'allergologie et l'immunologie clinique [2]. J'ajouterai certains éléments ou réflexions issus de ma pratique (30 ans d'activité libérale, 20 ans de travail dans la société freudienne Rhône-Alpes, formation à la micronutrition, 10 ans de pratique dans un programme d'éducation thérapeutique dans la dermatite atopique à l'hôpital Lyon Sud) sous l'appellation "mon opinion".

La femme enceinte

Le risque actuel de DA de l'enfant est de 20 % dans une famille sans terrain atopique (20 % de 800 000 naissances, soit 160 000 bébés atopiques par an), alors qu'il atteint 80 % dans une famille dont les deux parents sont atopiques. La DA étant devenue un problème de santé publique, il est logique d'affirmer que s'il existe une prévention possible chez la femme enceinte, elle doit s'adresser à toutes les femmes enceintes que nous croisons en consultation, atopiques ou non. Quels messages peut-on alors donner ?

1. Le traitement local d'une femme enceinte atopique peut et doit être poursuivi

Cela ne constitue pas une prévention primaire pour son enfant, mais une

Revues générales

évidence qui peut être prise en défaut pendant la grossesse. En effet, la corticophobie ambiante pousse certains soignants à arrêter le dermocorticoïde par crainte (infondée) de vergetures ou de passage sanguin et d'atteinte du bébé *in utero*. Or, la corticophobie du soignant renforce celle de la maman et la poussera donc à ne pas agir au cas où son bébé à naître serait atopique [3].

2. Éliminer des facteurs de l'environnement de la femme enceinte

EBM : il s'agit du tabac. Le tabac est l'élément de l'environnement qu'il convient d'éliminer, qu'il soit actif ou passif. Cette recommandation devrait être respectée le plus tôt possible dans la grossesse.

3. Alimentation de la femme enceinte

EBM : que ce soit pendant la grossesse ou l'allaitement, l'alimentation de la maman doit être diversifiée, le but étant d'induire une tolérance aux potentiels allergènes alimentaires. Les régimes restrictifs préconisés par le passé ont été à l'origine d'allergies alimentaires très sévères par défaut d'induction de cette tolérance.

Mon opinion : cette recommandation se heurte à deux éléments implicites que les patientes peuvent très bien ne pas comprendre. En effet, il peut paraître facile d'entendre que tous les aliments sont autorisés et qu'il ne faut faire aucune éviction, mais il vaut mieux préciser que le lait, le gluten, les cacahuètes, le poisson sont autorisés. Nommer les aliments permet de voir l'écart entre le message donné et la réalité de la cuisine…

De plus, il faut comprendre ce que veut dire une alimentation diversifiée : les pizzas, les jus de fruits, les hamburgers sont-ils inclus ? La DA est une maladie du monde moderne et, dans le monde moderne, il existe trop d'aliments transformés, trop de sucre, trop d'additifs…

Une cuisine diversifiée sous-entend : une cuisine de saison (on ne mange pas de haricots verts en plein hiver) avec des produits frais, cuisinée à l'huile d'olive et pas au beurre, avec un équilibre qui pour une assiette correspond à un quart de protéines, un quart de féculents, un demi de légumes. Qui mange ainsi ?

4. Compléments alimentaires pendant la grossesse

>>> Les probiotiques et les prébiotiques

EBM : les probiotiques n'ont montré leur effet que dans la prévention mais, du fait de la grande hétérogénéité des souches de bactéries, il n'est pas possible (en date de 2014) de faire des recommandations. Quant aux prébiotiques, ils n'ont montré leur intérêt que dans la prévention et, pour les mêmes raisons que les probiotiques, il n'est pas possible (en date de 2014) d'établir des recommandations.

Mon opinion : l'absence de recommandations officielles n'est pas synonyme d'interdiction. Est-il dangereux de donner des probiotiques et des prébiotiques pendant la grossesse ? Les exceptionnels effets secondaires des probiotiques (septicémie) n'ont été observés qu'en unité de soins intensifs chez des patients particulièrement critiques. Sinon, la communauté scientifique s'accorde à dire qu'ils sont sans danger [4].

Mais en avons-nous besoin ? Une méta-analyse de 21 publications menée par une équipe australienne et publiée en 2019 établit l'intérêt d'un mélange de plusieurs souches donné pendant la grossesse, l'allaitement, puis au bébé tant dans la population à risque que dans celle non à risque pour diminuer l'incidence de la DA [5]. Et quand ? La question tient en fait à la capacité ou non du microbiote intestinal à se réparer spontanément après avoir reçu des antibiotiques. La question

Fig. 1.

est toujours ouverte. D'autant que le lien entre la prise d'antibiotiques et les poussées de DA est soutenu dans certaines études [6].

Mon opinion est donc de les utiliser en prévention chez la femme enceinte, surtout si elle reçoit un traitement antibiotique. Quant aux prébiotiques, l'étude Prégrall (***fig. 1***) en cours à Nantes a pour but d'identifier ceux qui ont des effets sur la prévention de la DA et le type d'effets.

>>> Le statut en vitamine D, en oligo-éléments et vitamines

EBM : le régime méditerranéen a montré son effet préventif sur les maladies atopiques. Quant à la vitamine D, les résultats très contradictoires ne permettent pas d'opter pour des recommandations.

Mon opinion : beaucoup de femmes enceintes en France reçoivent de la part de leur sage-femme ou de leur gynécologue des compléments alimentaires comprenant déjà des vitamines B et D, des oligo-éléments et des acides gras essentiels de type oméga-3 et 6. Cette prescription à visée obstétricale

pourrait dès lors étendre son intérêt à la prévention de la dermatite atopique [7]. Pour celles qui n'auraient pas ce type de prescription, il devient simple de nous aligner à notre tour, le temps de la grossesse et de l'allaitement.

Le bébé

1. Prévention primaire : le bébé n'a pas encore déclaré de terrain atopique

>>> L'allaitement protège-t-il de la DA ?

Une récente méta-analyse publiée en novembre 2019 confirme que l'allaitement ne protège pas du risque de DA [8].

En l'absence d'allaitement, quel lait choisir ? EBM : les bébés à risque non allaités devraient être d'emblée nourris avec un lait aux protéines de lait de vache fortement hydrolysées. Les jus végétaux tel que le lait de soja sont fortement déconseillés. Il existe deux types de lait maternisé sous le label "hypoallergénique". Il s'agit toujours de lait de vache mais dont les protéines sont hydrolysées à 90 % pour le label "fortement hydrolysées", à 50 % pour le label "faiblement hydrolysées". Dans le cas des bébés à risque (les deux parents ont un terrain atopique) qui ne pourraient pas être allaités, il est recommandé d'opter d'emblée pour un lait maternisé aux protéines de lait de vache fortement hydrolysées.

Mon opinion : cette notion devrait être débattue avec nos collègues pédiatres, car rien n'est pire pour les parents que d'entendre des avis discordants.

>>> Diversification alimentaire

EBM : la diversification alimentaire est préconisée vers 4-5 mois, l'allaitement prolongé au-delà aurait même un effet favorisant la DA. Il ne faut pas reporter l'introduction de certains aliments sous prétexte de risque allergique, car le but est de favoriser la tolérance alimentaire. Ce n'est pas non plus la peine de les introduire avant l'âge de 4 mois.

>>> Environnement du bébé

- ***Les allergènes***

EBM : *"Primary prevention includes the elimination or reduction of (partial) causes relevant to disease development, including modifications to causal or predisposing environmental and occupational factors on the one hand, whilst increasing individual tolerance on the other. Although primary prevention is particularly effective among at-risk groups (those with a genetic predisposition), it is directed in a limited form at the overall population and includes health promotion specifically with regard to allergies."* [2] L'idée n'est donc plus d'éliminer le plus possible les allergènes reconnus responsables des poussées mais d'envisager que leur présence est nécessaire pour l'instauration d'un niveau de tolérance, laquelle prévient du passage à l'allergie : il en est ainsi des allergènes alimentaires, bactériens, des pollens…

Les animaux de compagnie, EBM : il n'existe aucune restriction pour les chiens et les chats. Le bébé va produire sa propre tolérance aux poils des animaux de sa maison.

Poussière de maison, EBM : aucune mesure spécifique antiacarienne n'est retenue en mesure de prévention primaire.

Moisissures, EBM : toute source d'humidité et d'insuffisance de ventilation doit être réparée.

Vivre dans une ferme, vivre dans une grande fratrie, aller à la crèche, EBM : ce sont des facteurs protecteurs. La grande diversité des biotopes autour de l'enfant stimule le système immunitaire vers les protections antibactériennes aux dépens du système immunitaire inflammatoire.

- ***La pollution est un facteur aggravant…***

Pollution extérieure, EBM : les particules fines des pots d'échappement des voitures sont tenues responsables de DA et d'asthme chez le bébé.

Pollution intérieure, EBM : toute rénovation intérieure est susceptible de polluer l'atmosphère par des polluants volatils, des formaldéhydes, des émanations de peinture…

- ***… ainsi que les facteurs psychosociaux et le niveau de stress autour du bébé***

>>> Vaccinations

EBM : elles sont toutes recommandées selon le calendrier vaccinal, même si elles peuvent révéler ou accentuer le terrain atopique.

>>> Mode de naissance

EBM : les enfants nés par césarienne sont plus à risque que les autres.

Mon opinion : n'est-ce pas là le rôle de l'antibiothérapie préventive [9], protocolisée dans les césariennes, surtout quand l'injection a lieu avant le clampage du cordon ? La question est ouverte, il est facile alors de prescrire des probiotiques pour réparer le biotope intestinal dès le post-partum. Pour tous les autres bébés nés par voie basse, leur biotope intestinal est celui de leur mère. La place des probiotiques est donc rigoureusement la même que pour la mère, la posologie et la forme d'administration étant juste adaptée au bébé.

>>> Impact des médicaments

EBM : trop de liens confondants ne permettent de retenir ni le paracétamol,

Revues générales

ni les antibiotiques comme facteurs aggravants.

Mon opinion : ne pas pouvoir l'affirmer ne nous empêche pas de dire qu'ils sont suspects et que les études continuent dans ce sens [10], surtout quand il est facile de rééquilibrer le microbiote par les probiotiques.

>>> Hygiène et soins émollients

Hygiène, EBM : la meilleure compréhension de la physiopathologie de la peau atopique permet de placer l'hygiène de celle-ci au titre de soins primaires et pas seulement de soins "adaptés". L'eau et le savon étant reconnus comme deux facteurs aggravant l'anomalie de base de la peau atopique, il devient donc logique de proposer même en prévention primaire, à tout bébé, le rejet de tout savon au profit des huiles lavantes ou des produits sans savon et le rythme de deux bains par semaine.

Hydratation, EBM : la controverse actuelle et toute récente vise la place des émollients en prévention primaire. Trois études importantes datant de 2014 sur des petits échantillons de bébés à risque (120) avaient incité à préconiser l'hydratation systématique dès le début de la vie pour les bébés à risque [11-13]. Non seulement elles semblaient démontrer la prévention primaire de la DA, mais s'y ajoutait aussi l'intérêt préventif des sensibilisations et allergies alimentaires, l'allergène alimentaire pénétrant à travers la peau atopique. Or deux études, l'une suédoise [14], l'autre britannique [15], viennent contredire ces deux concepts. L'étude suédoise sur 2 300 bébés tout venant répartis en 4 bras (contrôle, émollient seul, émollient + diversification alimentaire avec des allergènes alimentaires, les deux ensemble) n'a montré aucune différence et l'étude britannique sur 1 400 bébés à risque n'a montré aucun bénéfice de l'hydratation préventive…

2. Prévention secondaire pour le bébé atopique ou l'enfant atopique

Cela revient à faire la liste des facteurs déclenchant les récidives. Certaines récidives sont inévitables : les poussées dentaires, les vaccinations, les variations émotionnelles inhérentes à la vie de famille et aux phases éducatives, les activités sportives. D'autres sont évitables : celles qui proviennent du manque de connaissance de la physiopathologie, et celles qui proviennent de l'alimentation et du biotope intestinal.

>>> Hygiène

EBM : mêmes conseils qu'en prévention primaire.

>>> Hydratation

EBM : elle est en revanche à ce stade la base incontournable du traitement afin d'étanchéifier la peau atopique.

>>> Environnement

EBM : mêmes conseils qu'en prévention primaire.

>>> Vaccinations

EBM : à éviter pendant les poussées, sinon aucune restriction.

>>> Alimentation

EBM : le lait de vache, soit par le biais de l'intolérance, soit par le biais de l'allergie, peut être un facteur déclenchant des crises. L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) ne concerne que 4 % des bébés atopiques, elle est facile à reconnaître cliniquement : le bébé ne va pas bien, l'atteinte cutanée n'est jamais isolée, elle est toujours associée à des signes digestifs, on peut même observer une cassure dans la courbe de poids. Il est rapidement orienté vers nos collègues pédiatres allergologues qui confirment la supposition clinique par les tests et optent pour des laits maternisés sans protéines de lait de vache.

Dans le cas d'une intolérance aux protéines du lait de vache (IPLV), le bébé va en règle très bien, hormis la présence d'une DA qui revient malgré les soins bien faits. Il est alors cohérent d'opter pour les laits maternisés aux protéines de lait fortement hydrolysées et/ou d'ajouter des probiotiques (mon opinion).

Pour l'enfant, les règles alimentaires de base sont les mêmes que celles de sa mère pendant la grossesse : pas de cuisine transformée, réduire fortement le sucre rapide (ex. : le petit déjeuner plein de céréales sucrées ou la tartine de pain de mie recouverte de pâte à tartiner chocolatée), une alimentation de saison équilibrée… Ce qui peut être dans mon expérience une source de conflit quand ces conseils ne sont pas du tout du goût des autres membres de la famille.

>>> Compléments alimentaires

Mon opinion : je recommande des probiotiques à chaque prise d'antibiotique et des compléments alimentaires à base de fer, de manganèse et de cuivre pour éviter les antibiotiques chaque hiver.

>>> Éducation thérapeutique

Réalisée sous forme éducationnelle, au cabinet avec les familles, mais aussi sous la forme d'un appel téléphonique auprès de certains collègues soignants juste pour préciser que non, un bébé n'est pas trop petit pour être traité.

Sur le thème de l'acquisition des compétences, 2 explications sont particulièrement importantes :
– savoir reconnaître la poussée : dès que c'est rouge ou dès que ça gratte ou dès que c'est rugueux et pas quand c'est pire que la veille ;
– savoir doser la bonne quantité du dermocorticoïde prescrit : l'unité phalangette.

Qui fera les soins et pourquoi les fera-t-il ?

Le parent est la pierre angulaire de la prévention et des soins, rien ne se fera s'il ne se sent pas en sécurité avec le traitement, avec le soignant et avec ses compétences. Or trop souvent, la consultation consiste à répondre au problème de la peau de l'enfant, alors qu'il faudrait s'adresser au parent et à ses propres difficultés.

Une maladie incomprise est une douleur "insensée". Notre rôle ne se limite pas aux soins de la peau, il est impératif de donner du "sens" à la maladie et aux soins. Donner du sens, c'est permettre de comprendre d'où vient le problème (épigénétique), de comprendre comment fonctionne la peau (métaphore du mur et du ciment qui devient poreux), de comprendre l'eczéma sous la forme d'un incendie et des boîtes d'allumettes qui l'allument, de comprendre d'où viennent tous les obstacles qui favorisent la non-adhésion au traitement, de comprendre pourquoi il faut faire les soins même chez un bébé.

Ce sens scelle l'alliance thérapeutique. C'est la place de l'attitude éducationnelle (plusieurs articles publiés dans de précédents numéros s'y rapportent déjà : obstacles, préjugés, soignants corticophobes, outils rationnels pour aborder la corticophobie du patient).

Il convient de rajouter qu'il faut :

>>> Garder la notion de plaisir dans la vie de la famille, le discours ne doit pas tourner autour de l'eczéma, très mortifère pour un enfant.

>>> Autonomiser l'enfant le plus vite possible : on joue à la coccinelle ou au zèbre.

>>> Faire impérativement la démonstration des soins en consultation.

>>> Se retirer des soins dès que l'âge de la pudeur arrive, c'est pour cette raison que l'enfant doit déjà être autonome avant cet âge charnière.

>>> Donner du temps au temps : il faut des années pour accepter de se laver les dents, autant pour y trouver du plaisir, idem pour l'idée de se crémer tous les jours.

>>> Revoir régulièrement pour conforter, rassurer, valoriser, expliquer.

>>> Donner des supports pédagogiques : à l'heure de la littératie, il est utile aux patients d'avoir des repères fiables (site web, association de patients, livres, liste des centres d'éducation thérapeutique).

>>> Reprendre régulièrement ensemble la liste des facteurs déclenchants : les poussées dentaires, les vaccins, les erreurs cosmétiques, le sport, l'excès de sucre rapide, l'excès d'alimentation riche en mauvais corps gras, les antibiotiques, le stress, la croissance, la pollution, le tabac, les travaux dans le quartier ou dans la maison, la pousse des poils à la puberté (staphylocoque), les conflits et difficultés personnelles…

POINTS FORTS

- Chez la femme enceinte : pas de tabac, une alimentation de saison, sans cuisine transformée, équilibrée, sans éviction et les compléments alimentaires classiques de la grossesse + des pro- et prébiotiques.
- Pour la prévention primaire du bébé : aucune efficacité de l'hydratation des bébés à risque dès leur naissance, l'allaitement maternel ne protège pas, la diversification doit intervenir à partir de 4-5 mois, le choix doit se porter sur les laits maternisés à protéines de lait de vache fortement hydrolysées en l'absence d'allaitement maternel, les probiotiques sont efficaces en préventif mais la diversité des souches ne permet pas d'en faire une recommandation pour l'instant.
- Pour la prévention secondaire du bébé et de l'enfant : jamais de savon pour l'hygiène, l'émollient se met sur le corps entier tous les jours, insister sur l'équilibre alimentaire et une alimentation saine, donner des probiotiques à chaque prise d'antibiotiques, lutter contre la corticophobie, chercher une APLV si le bébé a des signes digestifs et une IPLV si l'eczéma récidive rapidement malgré des soins bien faits.
- Attitude éducationnelle : c'est la seule pédagogie qui permet au parent d'avoir confiance en ses compétences et de pouvoir les transmettre à son enfant. Au-delà du questionnement du parent, la consultation doit être le moment de la démonstration des soins.

Conclusion

La prévention de la DA n'a pas fini de faire couler de l'encre. En prévention primaire, à ce jour, sont validés l'hygiène alimentaire, l'éviction du tabac, les pro- et prébiotiques, mais les émollients au quotidien n'ont plus leur place. En prévention secondaire, les émollients et les règles d'hygiène ont validé leur priorité, mais la meilleure des préventions sera celle qui permet d'anticiper les crises et de ne plus craindre leur traitement : l'éducation

Revues générales

thérapeutique déclinée en attitude éducationnelle au cabinet a une remarquable efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T *et al.* Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis), in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:858-878.
2. Schäfer T, Bauer C-P, Beyer K *et al.* S3-Guideline on allergy prevention: 2014 update Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and the German Society for Pediatric and Adolescent Medicine (DGKJ). *Allergo J Int*, 2014; 23:186-199.
3. Vestergaard C, Wollenberg A, Barbarot S *et al.* European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:1644-1659.
4. Didari T, Solki S, Mozaffari S *et al.* A systematic review of the safety of probiotics. *Expert Opin Drug Saf*, 2014;13: 227-239.
5. Amalia N, Orchard D, Francis KL *et al.* Systematic review and meta-analysis on the use of probiotic supplementation in pregnant mother, breastfeeding mother and infant for the prevention of atopic dermatitis in children. *Australas J Dermatol*, 2020;61:e158-e173.
6. Metzler S, Frei R, Schmausser-Hechfellner E *et al.*; PASTURE/EFRAIM study group. Association between antibiotic treatment during pregnancy and infancy and the development of allergic diseases. *Pediatr Allergy Immunol*, 2019;30:423-433.
7. Fortes C, Mastroeni S, Mannooranparampil TJ *et al.* Pre-natal folic acid and iron supplementation and atopic dermatitis in the first 6 years of life. *Arch Dermatol Res*, 2019;311:361-367.
8. Lin B, Dai R, Lu L *et al.* Breastfeeding and atopic dermatitis risk: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Dermatology*, 2020;236:345-360.
9. Smaill FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis *versus* no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;2014:CD007482.
10. Timm S, Schlünssen V, Olsen J *et al.* Prenatal antibiotics and atopic dermatitis among 18-month-old children in the Danish National Birth Cohort. *Clin Exp Allergy*, 2017;47:929-936.
11. Kvenshagen BK, Carlsen K-H, Mowinckel P *et al.* Can early skin care normalise dry skin and possibly prevent atopic eczema? A pilot study in young infants. *Allergol Immunopathol*, 2014;42:539-543.
12. Horimukai, K, Morita K, Narita M *et al.* Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:824-830.e6.
13. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM *et al.* Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:818-823.
14. Skjerven HO, Rehbinder EM, Vettukattil R *et al.* Skin emollient and early complementary feeding to prevent infant atopic dermatitis (PreventADALL): a factorial, multicentre, cluster-randomised trial. *Lancet*, 2020;395:951-961.
15. Chalmers JR, Haines RH, Bradshaw LE *et al.* Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *Lancet*, 2020; 395:962-972.

L'auteure a déclaré des liens d'intérêts avec AbbVie, Bioderma et la Fondation pour la dermatite atopique.