

THESE
Pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Par
Florence BACHET

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2006

**PLACE DES PRODUITS COSMETIQUES DANS LA
PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

Président : Madame Nicole GRIMAUD, Maître de Conférences de
Pharmacologie
Membres du jury : Madame Laurence COIFFARD, Professeur de Cosmétologie
Mademoiselle Gaela COZIAN, Pharmacien

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
1. LA DERMATITE ATOPIQUE	5
1.1. DEFINITIONS	5
1.2. EPIDEMIOLOGIE	5
1.2.1. FREQUENCE.....	5
1.2.2. FACTEURS PREDISPOSANTS	7
1.2.2.1. L'âge.....	7
1.2.2.2. Le terrain familial	7
1.2.2.3. Le sexe.....	7
1.2.2.4. Les facteurs climatiques et géographiques.....	8
1.2.2.5. Le niveau socio-économique	8
1.2.2.6. Le stress	8
1.3. PHYSIOPATHOLOGIE	8
1.3.1. LA PEAU SAIN.....	8
1.3.1.1. Structure et composition	8
1.3.1.1.1. L'épiderme	9
1.3.1.1.2. Le derme.....	11
1.3.1.1.3. L'hypoderme	12
1.3.1.1.4. Les annexes épidermiques	12
1.3.1.2. L'hydratation cutanée	13
1.3.2. LA PEAU ATOPIQUE	14
1.3.3. MECANISME IMMUNOLOGIQUE.....	15
1.3.3.1. La phase de sensibilisation	15
1.3.3.2. La phase de déclenchement des lésions d'eczéma	16
1.3.4. ALLERGENES IMPLIQUES	16
1.3.4.1. Allergènes environnementaux (pneumoallergènes).....	16
1.3.4.2. Allergènes alimentaires (trophallergènes)	17
1.4. ASPECT CLINIQUE.....	17
1.4.1. CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 2 ANS	17
1.4.2. CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE 2 ANS	18
1.4.3. CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE	19
1.5. CRITERES DIAGNOSTIQUES	20
1.6. EVOLUTION	21
1.7. COMPLICATIONS.....	22
1.7.1. COMPLICATIONS INFECTIEUSES	22
1.7.2. AUTRES COMPLICATIONS	22
2. PRISE EN CHARGE DU SUJET ATOPIQUE	23
2.1. TRAITEMENT DES POUSSEES	24
2.1.1. TRAITEMENTS LOCAUX	24
2.1.1.1. Les émoullients.....	24
2.1.1.2. Les dermocorticoïdes.....	25
2.1.1.2.1. Molécules disponibles	25
2.1.1.2.2. Mécanisme d'action	26
2.1.1.2.3. Effets secondaires.....	26
2.1.1.2.4. Choix du dermocorticoïde	28
2.1.1.2.5. Utilisation.....	29
2.1.1.2.6. Précautions d'emploi	29
2.1.1.3. Les immunosuppresseurs topiques	30
2.1.1.3.1. Molécules disponibles	30
2.1.1.3.2. Mécanisme d'action	30
2.1.1.3.3. Effets secondaires.....	31
2.1.1.3.4. Utilisation.....	31
2.1.1.3.5. Comparaison aux dermocorticoïdes	32
2.1.1.4. Les antibiotiques locaux et les antiseptiques	32
2.1.2. TRAITEMENTS GENERAUX.....	33
2.1.2.1. Les anti-histaminiques	33
2.1.2.2. Les antibiotiques systémiques	33

2.1.3. TRAITEMENT DES FORMES SEVERES	34
2.1.3.1. La photothérapie	34
2.1.3.2. Les immunosuppresseurs généraux	34
2.1.3.2.1. La ciclosporine	34
2.1.3.2.2. Le méthotrexate	35
2.1.3.2.3. L'azathioprine	35
2.1.3.2.4. Le mycophénolate mofétil	35
2.1.3.2.5. L'interféron gamma	36
2.1.3.2.6. Les immunoglobulines polyvalentes	36
2.1.3.3. La corticothérapie générale	36
2.2. MESURES ADJUVANTES	36
2.2.1. LES EMOLLIENTS	36
2.2.2. LES MESURES D'HYGIENE ET VESTIMENTAIRES	37
2.2.3. LES MESURES PREVENTIVES	37
2.2.3.1. Prévention aeroallergénique	37
2.2.3.2. Prévention d'ordre diététique	38
2.2.3.3. Prévention d'ordre vestimentaire	38
2.2.3.4. LA SUPPLEMENTATION ALIMENTAIRE	38
2.2.3.5. LES PROBIOTIQUES	39
2.2.3.6. LES CURES THERMALES	40
2.2.3.6.1. La Roche Posay	41
2.2.3.6.1.1. L'eau thermale de La Roche Posay	41
2.2.3.6.1.2. Indication de la cure	42
2.2.3.6.1.3. Organisation des soins	42
2.2.3.6.1.4. Bénéfices	43
2.2.3.6.2. Avène	43
2.2.3.6.2.1. L'eau thermale d'Avène	43
2.2.3.6.2.2. Indication de la cure	43
2.2.3.6.2.3. Organisation des soins	44
2.2.3.6.2.4. Bénéfices	44
2.2.3.7. LA PSYCHOTHERAPIE	45
2.2.3.8. LES MEDECINES ALTERNATIVES	45
2.2.3.8.1. L'homéopathie	45
2.2.3.8.2. La phytothérapie	47
2.2.3.8.3. Les herbes chinoises	47
2.2.3.8.4. L'acupuncture	47
3. PRODUITS COSMETIQUES ADAPTES AUX PEAUX ATOPIQUES.....	48
3.1. DEFINITION DES COSMETIQUES	49
3.2. LES EMOLLIENTS	50
3.2.1. DEFINITION	50
3.2.2. COMPOSITION DES EMOLLIENTS	50
3.2.2.1. L'excipient : une émulsion	50
3.2.2.2. Les actifs	51
3.2.2.2.1. Les agents occlusifs	51
3.2.2.2.2. Les agents humectants	51
3.2.2.2.3. Les actifs divers	52
3.2.3. CHOIX DE L'EMOLLIENT	52
3.2.3.1. Tolérance	52
3.2.3.2. Forme galénique	53
3.2.3.3. Coût	53
3.2.4. EMOLLIENTS DISPONIBLES	54
3.2.4.1. A-DERMA	54
3.2.4.2. AVENE	56
3.2.4.3. BIODERMA	57
3.2.4.4. DERMAGOR	58
3.2.4.5. DUCRAY	59
3.2.4.6. EUCERIN	61
3.2.4.7. LA ROCHE-POSAY	63
3.2.4.8. MUSTELA	65
3.2.4.9. SAINT-GERVAIS	66
3.2.4.10. SVR	67
3.2.4.11. URIAGE	68
3.3. LES PRODUITS D'HYGIENE	69
3.3.1. LES SAVONS	69
3.3.1.1. Définition	69

3.3.1.2. Propriétés.....	69
3.3.1.3. Les différents types de savon.....	70
3.3.1.3.1. Le savon de Marseille.....	70
3.3.1.3.2. Le savon de toilette.....	70
3.3.1.3.3. Le savon surgras.....	70
3.3.2. LES SYNDETS.....	71
3.3.2.1. Définition.....	71
3.3.2.2. Propriétés.....	72
3.3.2.3. Syndets disponibles à l'officine.....	72
3.3.3. LES GELS.....	74
3.3.4. LES GELS-CREMES OU CREMES DE DOUCHE.....	75
3.3.5. LES HUILES DE BAIN.....	76
3.3. LES AUTRES PRODUITS COSMETIQUES UTILISES.....	78
3.3.1. LES SOINS PROTECTEURS.....	78
3.3.2. LES SOINS ASEPTISANTS.....	78
3.3.3. LES SOINS DERMO-REPARATEURS.....	80
3.3.4. LES SOINS APAISANTS.....	80
CONCLUSION.....	81
 BIBLIOGRAPHIE.....	 82
LISTE DES FIGURES.....	89
LISTE DES TABLEAUX.....	90

INTRODUCTION

La dermatite atopique est une affection dermatologique fréquente chez le nourrisson et chez l'enfant, et sa prévalence est en nette augmentation. Elle représente ainsi problème de santé publique non négligeable et est responsable d'un coût socio-économique élevé. C'est une maladie bénigne mais qui peut interférer sur la qualité de vie des patients. Elle est caractérisée par un prurit, une inflammation et une sécheresse cutanée. Sa prise en charge associe à la fois traitements et mesures préventives. L'utilisation de soins dermocosmétiques tels que les émollients et de produits d'hygiène adaptés a également une place capitale. Or depuis quelques années, le marché de la cosmétologie connaît un développement fulgurant. L'industrie cosmétique propose de nombreuses gammes spécifiques des peaux atopiques, offrant ainsi un choix considérable de produits aux patients. De plus, des gammes plus largement destinées lutter contre la sécheresse cutanée peuvent elles aussi parfaitement répondre aux attentes des sujets atopiques. Le pharmacien se doit alors de pouvoir apporter des conseils cosmétiques adaptés à leur pathologie. Pour bien les conseiller, il doit avant tout connaître ses produits.

1. LA DERMATITE ATOPIQUE

1.1. DEFINITIONS

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique et/ou récidivante, évoluant par poussées et associée à l'atopie. Elle touche principalement le nourrisson et l'enfant (1, 2).

L'atopie, quant à elle, est une prédisposition héréditaire du système immunitaire à privilégier des réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines de type E (Ig E) vis-à-vis d'antigènes communs dans l'alimentation et l'environnement extérieur ou domestique. Les manifestations cliniques sont diverses (dermatite atopique, rhinite allergique et asthme) et touchent environ un tiers de la population générale (1).

1.2. EPIDEMIOLOGIE

1.2.1. FREQUENCE

Depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, la DA augmente dans la population générale. D'après une enquête récente, elle toucherait actuellement 10 à 25 % des enfants contre 5% dans les années 1960. Elle est ainsi la dermatose inflammatoire chronique la plus

fréquente chez l'enfant. Ces données sont le reflet de l'influence de l'environnement, en particulier l'urbanisation des populations (1, 3, 4).

1.2.2. FACTEURS PREDISPOSANTS

1.2.2.1. L'âge

La DA est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte (figure 1). En France, les moins de 15 ans représentent 55% de la population atteinte de DA (1, 4).

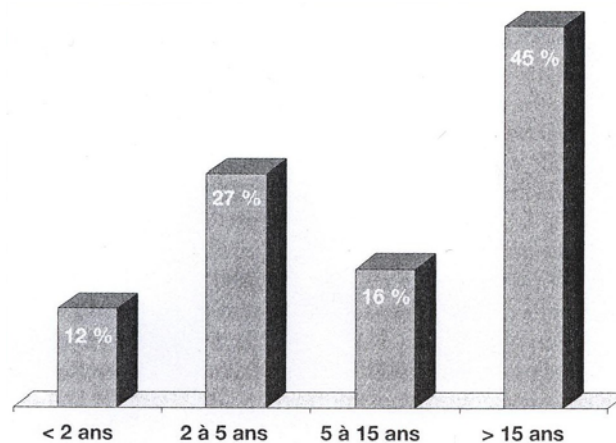


Figure 1 : Répartition des patients atteints de DA par catégorie d'âge (1)

1.2.2.2. Le terrain familial

Deux tiers des patients atteints de DA ont un parent atteint au premier degré de DA, d'asthme ou de rhinite allergique. Les patients atteints de DA ont 50% de leurs enfants atteints, et jusqu'à 80% si les deux parents sont atteints. Le mode de transmission de l'atopie est inconnu, mais probablement polygénique. De nombreux gènes ont été étudiés dans l'eczéma atopique, mais aucun ne semble prédominant. Il est évident que c'est une maladie génétique complexe (1, 5).

1.2.2.3. Le sexe

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe (1).

1.2.2.4. Les facteurs climatiques et géographiques

La prévalence de la DA est plus forte dans les zones urbaines, dans les régions fortement polluées ainsi que sous les climats froids et tempérés (4).

1.2.2.5. Le niveau socio-économique

La prévalence de la DA aurait tendance à augmenter avec le niveau socio-économique, touchant plus volontiers les classes favorisées. Cela est lié à la différence de mode de vie, ainsi qu'à une utilisation plus importante de cosmétiques, en particulier de savons (4, 6).

1.2.2.6. Le stress

Le stress est un facteur aggravant voire déclenchant de la DA (6).

1.3. PHYSIOPATHOLOGIE

1.3.1. LA PEAU SAIN

1.3.1.1. Structure et composition

La peau est un tissu stratifié, constitué de trois zones : l'épiderme, le derme et l'hypoderme (figure 2).

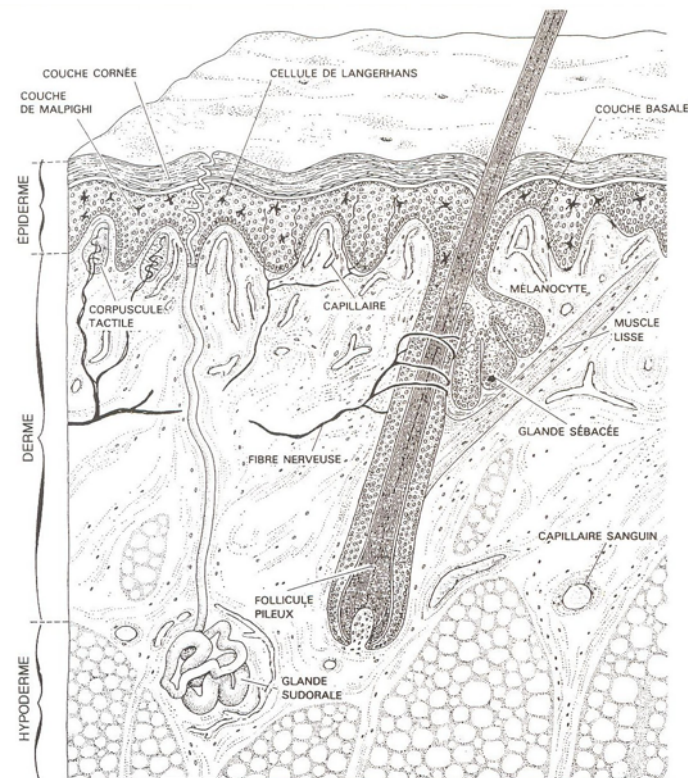


Figure 2 : Structure de la peau (7)

1.3.1.1.1. L'épiderme

L'épiderme est un épithélium de revêtement, stratifié, pavimenteux, et kératinisé. Son épaisseur varie en fonction de la topographie, de l'âge, du sexe, et de la race (7, 8).

L'épiderme est composé de plusieurs couches cellulaires (figure 3) :

- la **couche basale ou germinative**, qui est la plus profonde ;
- la **couche épineuse ou du corps de Malpighi** ;
- la **couche granuleuse** ;
- la **couche claire**, uniquement au niveau de la peau épaisse ;
- la **couche cornée** (7).

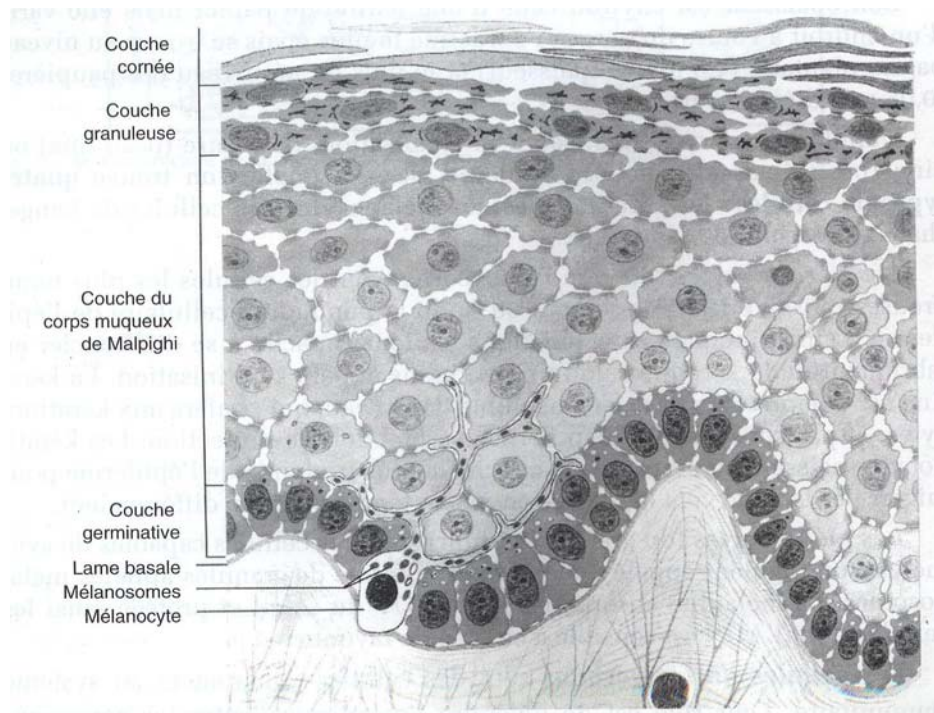


Figure 3 : Les différentes couches cellulaires épidermiques (7)

Quatre types de cellules se retrouvent au niveau de l'épiderme :

-les kératinocytes : ils représentent 80% des cellules épidermiques et se répartissent dans les quatre couches de l'épiderme. Ils naissent au niveau de la couche basale pour migrer par la suite vers la surface en se différenciant. Ils fabriquent la kératine, protéine fibreuse insoluble dans l'eau, conférant à l'épiderme sa fonction de protection. De ces kératinocytes dérivent les lipides épidermiques, constituant 10% du poids de l'épiderme. Parmi les lipides, les céramides ont un rôle important comme ciment de la couche cornée (7, 9).

-les mélanocytes : ce sont des cellules capables de synthétiser un pigment, la mélanine. Celle-ci est responsable de la couleur de la peau et de sa photoprotection. On retrouve les mélanocytes dans la couche basale, mais aussi dans les follicules pileux et dans la matrice des ongles (7, 8).

-les cellules de Langerhans : elles sont situées dans la couche épineuse et appartiennent au système immunitaire. Elles sont mobiles et macrophages : elles captent les antigènes, migrent jusqu'aux ganglions lymphatiques et les présentent aux lymphocytes T (8).

-les cellules de Merkel : ce sont des cellules d'origine nerveuse qui jouent un rôle de récepteur sensoriel du toucher. Elles sont localisées dans la couche basale, groupées en amas ou dispersées (7).

La principale fonction de l'épiderme est celle de barrière, assurée par le film cutané de surface, lui-même constitué de kératine et du film hydro-lipidique. Ce dernier est une émulsion type eau dans huile. La phase aqueuse est constituée essentiellement de sueur, dans laquelle sont dissoutes des substances minérales (chlorure de sodium, de potassium, de calcium, oligoéléments...) et organiques (urée, ammoniaque, acides aminés...). La phase lipidique a pour origine le sébum et des lipides épidermiques (céramides, acides gras, triglycérides et cholestérol). En plus d'assurer la fonction de protection, le film hydro-lipidique joue un rôle d'hydratation de la peau en freinant l'évaporation de l'eau (7, 9).

1.3.1.1.2. Le derme

Le derme est un tissu fibreux, élastique, et beaucoup plus épais que l'épiderme. Il est formé de différents types de cellules, dont les principales sont les fibroblastes, ainsi que d'une matrice extracellulaire (figure 4). Cette matrice, synthétisée par les fibroblastes, est constituée d'une substance fondamentale (eau, sels minéraux, protéoglycannes et glycosaminoglycannes, dont l'acide hyaluronique), de composants fibreux (collagène, élastine) et de glycoprotéines de structure. On trouve également dans le derme des leucocytes, des mastocytes et des macrophages (7).

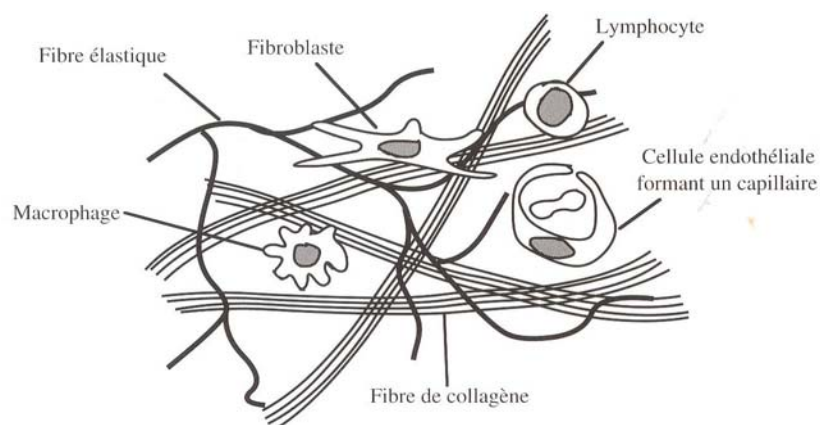


Figure 4: Représentation schématique du derme et de ses principaux constituants (7)

Le derme constitue le support solide de la peau. Il renferme le système vasculaire et joue un rôle important dans la thermorégulation. On y trouve également des fibres nerveuses et des récepteurs sensoriels. Enfin, il est le sol d'implantation des annexes cutanées (7).

L'adhérence entre le derme et l'épiderme est réalisée par la jonction dermo-épidermique. Cette couche mince est située sous la couche basale. Elle joue un rôle de soutien pour les cellules et tissus, ainsi qu'un rôle de filtration (7, 10).

1.3.1.1.3. L'hypoderme

L'hypoderme est constitué d'un tissu adipeux, rattaché au derme par des expansions de fibres de collagène et d'élastine. La vascularisation et l'innervation sont variables selon les localisations anatomiques (7).

Le tissu adipeux comporte des cellules graisseuses appelées adipocytes, ainsi que du tissu conjonctif. L'hypoderme constitue ainsi le plus grand réservoir énergétique de l'organisme en stockant des lipides sous forme de triglycérides. Il constitue également un réservoir d'hormones stéroïdes. Enfin, le tissu adipeux contribue à la plasticité du tissu cutané et joue un rôle d'isolant thermique (7).

1.3.1.1.4. Les annexes épidermiques

On distingue tout d'abord les **glandes sudoripares**. Les glandes eccrines d'une part, réparties sur tout le corps, produisent et déversent la sueur directement à la surface de la peau. Leur extrémité inférieure se situe dans le derme profond, se poursuit par un canal excréteur et se termine en s'ouvrant sur la peau. Cette sueur participe à la thermorégulation du corps, et possède des propriétés antiseptiques et antifongiques, attribuées à son pH acide (7, 11).

Les glandes apocrines d'autre part, localisées dans certaines zones du corps, ne débouchent pas à la surface de la peau mais au niveau du follicule pilo-sébacé. Leur rôle est de sécréter une sueur d'apparence laiteuse, plus riche en lipides et plus épaisse que celle des glandes eccrines. Cette sueur devient odorante par un phénomène d'oxydation sous l'action de systèmes enzymatique (8).

Ensuite, on distingue le **follicule pilo-sébacé**. Il se compose de trois éléments :

- le follicule pileux, constitué d'une racine et d'une tige ou poil ;
- le muscle arrecteur du poil, responsable du phénomène d'horripilation ;
- les glandes sébacées : elles sont réparties sur tout le corps à l'exception des paumes des mains et des plantes des pieds. Elles sont situées dans le derme, se prolongent par le canal pileux s'ouvrant à la surface cutanée. Elles sont attachées aux follicules pileux, et sont vascularisées. Leur rôle est de produire le sébum et de le déverser dans le follicule pileux (7).

1.3.1.2. L'hydratation cutanée

L'épiderme contient naturellement de l'eau (30% de l'eau cutanée), ce qui le rend souple et élastique. L'eau est présente sous deux formes : libre et liée. La concentration en eau varie selon le niveau de l'épiderme : de 75% d'eau au niveau de la couche germinative à 10% au niveau de la couche cornée. Le derme, quant à lui, est le plus grand réservoir d'eau au niveau de la peau puisqu'il comporte 70% de l'eau cutanée. Cette eau se trouve majoritairement sous forme liée (8, 9, 12).

L'eau arrive de la circulation sanguine, traverse le derme et diffuse passivement à travers l'épiderme et la couche cornée. Un flux d'eau transépidermique permanent s'installe, la peau perdant d'autant plus d'eau que l'humidité atmosphérique est faible et que la température extérieure est importante. L'équilibre entre le flux hydrique provenant du derme et la perte en eau transépidermique de la couche cornée est également liée aux lipides qui la composent. Parmi les lipides, les céramides jouent un rôle important au niveau de l'hydratation. La majeure partie de l'eau liée dans la couche cornée est liée aux protéoglycannes, le reste étant fixé aux céramides. Certains céramides, très hydrophobes, empêchent l'eau libre de s'évaporer (9, 13).

La couche cornée a un rôle fondamental dans le maintien de l'hydratation de la peau. Elle capte l'eau qui transite et joue un rôle d'imperméabilisation en limitant les échanges extérieurs. L'eau se fixe sur des substances hydrosolubles et hygroscopiques intracellulaires, groupées sous le nom « Natural Moisturizing Factors » ou NMF. Ce sont principalement des acides aminés, de l'acide pyrrolidone-carboxylique, de l'acide lactique, de l'urée, des sucres et des ions. La kératinisation joue un rôle clé dans la formation du NMF qui possède un fort

pouvoir hygroscopique, attirant les molécules d'eau. Cette eau fixée sur les NMF représente l'aspect statique de l'hydratation cutanée (9, 13, 14).

Ainsi, l'hydratation cosmétique reposera sur deux concepts : apporter à la couche cornée des substances hydrophiles capables de capter et de retenir l'eau, et reconstruire la barrière cutanée pour éviter une perte en eau (13).

1.3.2. LA PEAU ATOPIQUE

La DA est une maladie définie par l'association d'une prédisposition génétique, d'une sensibilité à des facteurs environnementaux, ainsi que d'une altération de la barrière cutanée. Cette dernière s'observe cliniquement par la xérose, touchant surtout les zones non inflammatoires, de façon constante. Cette sécheresse se traduit cliniquement par une peau rêche au toucher, une diminution de la souplesse, et est responsable d'inconfort et de sensations de tiraillements. Elle s'accompagne d'une desquamation et d'une diminution du pH cutané. On observe également une augmentation de la perte en eau transépidermique, une augmentation de la perméabilité de la couche cornée et donc une diminution de sa teneur en eau (9, 12).

L'origine de la sécheresse est liée à une altération des lipides épidermiques, à la fois qualitativement et quantitativement. En effet, on observe chez les patients atopiques un déficit de ces lipides au niveau de la couche cornée, notamment des céramides, ainsi qu'une diminution du ratio céramides/cholestérol. On observe également des anomalies qualitatives sur certains céramides. Or, c'est la structure même des céramides qui leur permet d'empêcher l'eau libre de s'évaporer. Des anomalies du métabolisme des acides gras essentiels également font évoquer le défaut structurel des lipides des membranes cellulaires. En effet, il y aurait un excès d'acide linoléique dans la peau atopique, par défaut de conversion en acide γ -linolénique (par inefficacité de l'enzyme delta-6-désaturase). L'altération de cette voie métabolique aboutirait à un défaut de synthèse de prostaglandines PGE1 et d'acide éicosatétraénoïque, qui ont un rôle anti-inflammatoire au niveau cutané (8, 9, 15, 16).

Cette altération de la barrière cutanée a deux impact : une perméabilité augmentée aux allergènes et une colonisation staphylococcique constante de la peau atopique (9).

1.3.3. MECANISME IMMUNOLOGIQUE

L'atopie se définit par la capacité à produire une quantité anormale d'immunoglobulines en réponse à un stimulus extérieur (antigène nommé alors allergène) (17).

La DA n'est pas une maladie allergique liée à la dégranulation de mastocytes. C'est une dermatose inflammatoire due à l'infiltration dans la peau de lymphocytes T spécifiques d'antigènes. L'eczéma en est la manifestation cutanée la plus caractéristique et comporte deux phases : la phase de sensibilisation et la phase de déclenchement des lésions. Trois partenaires sont impliqués dans ce mécanisme : l'antigène, la cellule présentatrice d'antigène et le lymphocyte T spécifique (17, 18).

La DA est souvent associée à des maladies allergiques à IgE comme la rhinite ou la conjonctivite, et se développe sur un terrain atopique : hyperIgE ou IgE spécifiques à des allergènes (18).

1.3.3.1. La phase de sensibilisation

Cette phase survient chez les sujets génétiquement prédisposés, dans la petite enfance. Elle est cliniquement muette et aboutit à la génération de lymphocytes T spécifiques d'allergènes. La sensibilisation se fait par pénétration des allergènes de l'environnement dans la peau. Cette pénétration est favorisée par les anomalies de la barrière cutanée caractérisant le patient atopique. Néanmoins, la pénétration des antigènes peut aussi se faire à travers les muqueuses respiratoires et digestives (4, 18).

Les allergènes sont alors pris en charge (internalisés) par les cellules de Langerhans épidermiques. Celles-ci ont la particularité d'exprimer à leur surface des récepteurs aux IgE, elles-mêmes fixées aux allergènes, ce qui facilite l'internalisation. Lorsque les allergènes pénètrent à travers les muqueuses, ils sont pris en charge par les cellules dendritiques de ces différents épithéliums (4, 18).

La prise en charge de l'allergène est suivie d'une dégradation en peptides et d'une migration des cellules de Langerhans ou dendritiques dans les ganglions lymphatiques. Il y a alors présentation des peptides d'antigènes aux lymphocytes T, suivie de l'activation et de l'expansion clonale de ceux-ci. Les lymphocytes T mémoires vont passer dans le sang et migrer jusqu'au derme (18).

1.3.3.2. La phase de déclenchement des lésions d'eczéma

Cette phase survient chaque fois que le patient est en contact cutané avec l'allergène auquel il est sensibilisé. L'allergène pénètre les couches superficielles de l'épiderme et est pris en charge par les cellules de Langerhans. Cette prise en charge est facilitée par l'existence d'IgE spécifiques et aboutit à l'activation des cellules de Langerhans. Celles-ci migrent dans le derme où elles présentent les peptides d'allergènes aux lymphocytes T spécifiques. Il s'en suit l'activation des lymphocytes T CD4 spécifiques producteurs de cytokines et capables d'activer d'autres types cellulaires dont les kératynocytes et les cellules endothéliales. Ceci aboutit à la production de cytokines inflammatoires et de chimiokines (18).

1.3.4. ALLERGENES IMPLIQUES

De nombreux facteurs déclenchants sont responsables de poussées de DA (17).

1.3.4.1. Allergènes environnementaux (pneumoallergènes)

Les allergènes environnementaux (antigènes d'acariens, phanères de chat, pollens de graminées, ...) sont considérés par beaucoup comme les principaux allergènes, puisqu'ils sont en contact permanent avec la peau. Même si une sensibilisation aux acariens est souvent retrouvée au cours de la DA, aucune étude ne démontre l'intérêt des acaricides ou d'autres mesures de ménage dans la prévention de la DA. Concernant les poils d'animaux, les études ne permettent pas de conclure sur la responsabilité de la présence d'un animal à domicile dans la survenue de la DA chez l'enfant. En cas de DA, il est toutefois suggéré d'éviter l'acquisition d'animaux domestiques, en particulier les chats. Il est cependant difficile de définir avec certitude le rôle des antigènes inhalés dans la genèse de la DA ou dans le déclenchement des poussées (18, 19).

1.3.4.2. Allergènes alimentaires (trophallergènes)

La responsabilité de l'allergie alimentaire dans la DA reste controversée. La sensibilisation à un allergène n'est pas systématiquement synonyme de cause de DA. Cependant, cette sensibilisation est plus fréquente au cours des DA sévères (19).

1.4. ASPECT CLINIQUE

La DA évolue par poussées entrecoupées de rémissions spontanées. L'aspect clinique varie avec l'âge et selon la gravité (6).

1.4.1. CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 2 ANS

La DA commence dans les premiers mois de la vie généralement vers l'âge de trois mois, mais parfois dès le premier mois. Elle comporte une atteinte grossièrement symétrique des convexités des membres et du visage (figure 5). Une sécheresse cutanée, appelée xérose, est souvent associée. L'atteinte des plis est parfois présente dès cet âge et les lésions épargnent le siège, protégé par les couches (1, 2).



Figure 5 : Atteinte symétrique du visage (20)

L'aspect des lésions est variable selon la gravité de la DA et le moment de l'examen. Les lésions aiguës sont érythémateuses, suintantes puis croûteuses. Elles sont souvent mal limitées. Les lésions plus chroniques peuvent prendre un aspect nummulaire, c'est-à-dire en forme de pièce de monnaie, sur le tronc ainsi que sur le dos (figure 6) (1, 2).



(A)



(B)

Figure 6 : Aspect nummulaire de lésions du tronc (20, 21)

Le prurit est présent mais difficile à reconnaître dans les premiers mois. Il est responsable de troubles du sommeil (1).

1.4.2. CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE 2 ANS

Les lésions sont plus localisées : aux plis (cou, coudes, genoux), aux mains et poignets, mamelons, et chevilles (figure 7). Elles sont parfois plus étendues et prennent un aspect de prurigo sur les membres (papilles prurigineuses). La lichénification, c'est-à-dire l'épaississement de la peau, prédomine sur l'érythème et l'œdème. La xérose est plus nette et plus constante que chez le nourrisson (1).



(A)



(B)

Figure 7 : Lésions localisées au niveau du pli des genoux et des mains (21)

Les poussées sont saisonnières, le plus souvent en automne et en hiver (1).

1.4.3. CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

Les DA apparues dans l'enfance ont souvent disparu avant l'adolescence. Quand elles persistent, la xérose et la lichénification (figure 8) sont très fréquentes. L'atteinte érythémateuse du visage et du cou est particulière à cet âge (18).



(A)



(B)

Figure 8 : Lichénification de la peau chez l'adulte (22)

On observe une période de recrudescence à l'adolescence souvent due à des conflits psychoaffectifs ou au stress. Un début tardif à l'âge adulte n'est pas exceptionnel et nécessite des examens complémentaires pour ne pas passer à côté d'une autre affection (gale, eczéma de contact, réaction à des allergènes ingérés, dermatite à la progestérone ou aux oestrogènes, lymphome cutané,...) (1).

1.5. CRITERES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic de la DA est clinique. Chez l'enfant, il repose sur un critère obligatoire, la dermatose prurigineuse, associé à au moins trois des critères suivants :

- antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion et/ou des joues chez des enfants de moins de dix ans ;
- antécédents personnels ou familiaux d'asthme ou de rhume des foins ;
- antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année ;
- eczéma des grands plis ou des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant de moins de quatre ans ;
- début des signes cutanés avant l'âge de deux ans (1).

La gravité d'une DA est évaluée grâce au SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) qui est l'outil le plus utilisé et le mieux validé. Il prend en compte trois paramètres : l'intensité des signes cliniques, l'extension de la dermatose et la sévérité des signes fonctionnels (prurit et troubles du sommeil) (3).

Au niveau du diagnostic différentiel, il faut éliminer l'eczéma de contact (mais qui peut être associé à la DA), la dermatite séborrhéique, la gale, le psoriasis et la kératose pilaire. En cas de doute, une biopsie peut être effectuée (2, 23).

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic. Une éosinophilie et une augmentation des IgE sériques sont fréquemment observées, mais leur recherche n'est pas indispensable (2).

1.6. EVOLUTION

L'évolution naturelle de la DA aboutit à la guérison dans près d'un cas sur deux vers l'âge de deux ans. Les formes persistantes dans l'enfance sont plus localisées que chez le nourrisson. La résurgence à l'adolescence ou chez l'adulte est possible et fréquemment dans un contexte de stress (1, 3).

Cependant, la présence d'une DA pendant l'enfance augmente le risque de développer un asthme. On évalue ce risque entre 30 et 40 %. Il est favorisé par la sévérité ou la multiplicité des manifestations atopiques précoces (1).

1.7. COMPLICATIONS

1.7.1. COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Dans toutes les périodes d'activité de la maladie, les surinfections cutanées bactériennes ou virales sont les complications les plus communes (3).

Le staphylocoque doré colonise la peau lésée et saine dans la DA. La présence de lésions vésiculo-bulleuses, pustuleuses ou croûteuses inhabituelles doit faire évoquer cette complication. Un antibiotique local ou général sera alors prescrit pour éviter une infection systémique (1, 3).

L'herpès (essentiellement le virus HV1) peut être également responsable de surinfection grave par diffusion du virus sur les zones d'eczéma. Une modification rapide de l'aspect des lésions et/ou la présence de vésiculo-pustules disposées en bouquet sont les signes de cette surinfection. L'association d'une fièvre et/ou d'une altération de l'état général nécessite un traitement d'urgence par un antiviral à usage systémique (1).

Enfin, le molluscum contagiosum, affection virale bénigne, est fréquent et disséminé par le grattage et l'application de dermocorticoïdes (4).

Les surinfections fongiques sont exceptionnelles, souvent limitées à une candidose des plis ou du siège (6).

1.7.2. AUTRES COMPLICATIONS

Un retard de croissance peut également être associé à une DA sévère. Il impose une surveillance des paramètres staturo-pondéraux, et se corrige lorsque la DA est traitée efficacement (1).

Des complications ophtalmologiques sont exceptionnelles : kératoconjonctivite, kératocône, cataracte et décollement rétinien (1).

L'eczéma de contact a une prévalence élevée chez les enfants ayant une DA. Il faut évoquer cette complication devant une localisation inhabituelle et/ou persistance voire aggravation, malgré un traitement bien conduit (1).

2. PRISE EN CHARGE DU SUJET ATOPIQUE

Le traitement de la DA est symptomatique. Les objectifs sont de traiter les poussées et de prévenir les récurrences par une prise en charge au long cours. La réussite dépend de l'adhésion du patient au traitement, elle-même dépendante de sa bonne compréhension (19, 24).

2.1. TRAITEMENT DES POUSSEES

2.1.1. TRAITEMENTS LOCAUX

Ils vont prendre en compte trois éléments fréquemment rencontrés lors de l'eczéma : la sécheresse, la surinfection et surtout l'inflammation cutanée. Leur importance est fondamentale en raison de leur efficacité et de leur simplicité de mise en place, avec des effets secondaires réduits lorsque les produits sont bien utilisés (25).

2.1.1.1. Les émollients

Les émollients sont essentiels dans la prise en charge de la DA. C'est un objectif thérapeutique très important. Leur but est de lutter contre la sécheresse cutanée, ainsi que de restaurer et protéger la barrière cutanée. Au-delà de cette restauration épidermique en eau, ils doivent apporter un confort pour le patient et doivent limiter la colonisation bactérienne et la perméabilité aux allergènes. L'application de crème, de pommade ou d'émulsion se fait de façon pluri-quotidienne et particulier sur les zones exposées (visage, mains), et surtout pendant les périodes d'hiver. Une application sur une peau encore humide facilite une meilleure couverture cutanée (9, 24, 25, 26).

De très nombreux produits cosmétiques sont commercialisés. Leur tolérance est habituellement bonne. Parfois, des sensations de brûlures, prurit, rougeurs lors de l'application sont rapportées, justifiant le changement d'émollient (19, 26).

Cependant, la sécheresse cutanée réagit bien plus vite à une corticothérapie locale (25).

2.1.1.2. Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes constituent actuellement le traitement le plus rapidement efficace sur l'eczéma et son prurit. Ils sont indispensables et apportent un soulagement rapide des symptômes (23, 27).

2.1.1.2.1. Molécules disponibles

De nombreuses molécules sont commercialisées sous diverses formes (crèmes, pommades, lotions et gels) et sont classés en niveau d'activité (tableau I). Cette classification est basée sur leur puissance d'action, mesurée par le degré de vasoconstriction qu'elles provoquent. L'activité est, quant à elle, liée à l'affinité des dermocorticoïdes aux récepteurs (19, 25, 28).

Classe	Molécule	Spécialité	Concentration	Forme galénique
I <u>Très forte</u>	Clobétasol propionate	DERMOVAL®	0,05%	crème, gel
	Bétaméthasone dipropionate	DIPROLENE®	0,05%	crème, pommade
II <u>Forte</u>	Bétaméthasone dipropionate	DIPROSONE®	0,05%	crème, pommade, lotion
	Bétaméthasone valérate	BETNEVAL®	0,1%	crème, pommade, lotion
		CELESTODERM®	0,1%	crème
	Désonide	LOCATOP®	0,1%	crème
	Difluocortolone valérate	NERISONE®	0,1%	crème, pommade
		NERISONE C®	0,1%	crème
		NERISONEGRAS®	0,1%	pommade
	Difluprednate	EPITOPIC®	0,05%	crème, gel
	Fluticasone propionate	FLIXOVATE®	0,05%	crème
			0,005%	pommade
	Hydrocortisone butyrate	LOCOÏD®	0,1%	crème, pommade, lotion, émulsion fluide
	Hydrocortisone acéponate	EFFICORT®	0,127%	crème
III <u>Modérée</u>	Fluocortolone	ULTRALAN®	0,05%	pommade
	Difluprednate	EPITOPIC®	0,02%	crème
	Désonide	LOCAPRED®	0,1%	crème
		TRIDESONIT®	0,05%	crème
	Bétaméthasone valérate	CELESTODERM®	0,05%	crème
	Fluocinolone acétonide	SYNALAR®	0,01%	solution
IV <u>Faible</u>	Hydrocortisone	HYDRACORT®	0,5%	crème
		KERAPHARM®	0,5%	crème

Tableau I : Classification française des dermocorticoïdes actuellement disponibles (19, 29, 30, 31)

A l'inverse de la classification française, la classification internationale suit un ordre d'activité anti-inflammatoire croissante (19).

2.1.1.2.2. Mécanisme d'action

Les corticoïdes ont une action triple : anti-inflammatoire, immunosuppressive et anti-mitotique (ou anti-proliférative). Leur mécanisme d'action moléculaire est d'une grande complexité et encore mal connu. Ils agissent par l'intermédiaire d'un récepteur cellulaire spécifique, puis la formation d'un complexe ligand-récepteur cytosolique. Il y a ensuite translocation nucléaire et transcription du gène cible, puis production de certaines protéines dont les protéines anti-inflammatoires et inhibition d'autres protéines. L'affinité d'un dermocorticoïde pour le récepteur varie d'une molécule à une autre et différents gènes sont impliqués. Les effets sont donc variés en fonction des gènes influencés et des cellules qui expriment les récepteurs (28, 30, 32).

Au niveau vasculaire, les dermocorticoïdes ont des propriétés vasoconstrictrices qui participent de façon importante à l'effet anti-inflammatoire en diminuant rapidement l'érythème et l'œdème de la réaction inflammatoire (30).

Cependant, les dermocorticoïdes agissent également sur les fibroblastes, les cellules endothéliales, les récepteurs androgéniques... Ceci explique leurs multiples effets secondaires locaux (32).

2.1.1.2.3. Effets secondaires

Les effets secondaires des dermocorticoïdes (tableau II) sont directement liés à la puissance de la molécule, à la durée du traitement, à la surface traitée, à la réalisation d'une occlusion, à l'intégrité cutanée et à l'âge du patient. Ils peuvent être tout d'abords cutanés, mais sont rarement observés en pratique. Ils peuvent également être systémiques, principalement chez les enfants du fait d'un rapport surface/poids plus élevé. Mais le passage systémique est très rare si on utilise correctement le produit (19, 32, 33).

Effets	Remarques
<u>Effets cutanés</u>	
Atrophie cutanée	Principal effet secondaire, réversible, surtout au niveau des zones de peau fine
Vergetures	En période pubertaire
Troubles pigmentaires	Dû à la destruction des mélanocytes par l'inflammation cutanée
Vasodilatation permanente Télangiectasie : grande visibilité des vaisseaux Fragilité cutanée	Principalement sur le visage et après la puberté
Acné	Après la puberté
Hypertrichose	Réversible
Glaucome et cataracte	Dû à une application prolongée sur les paupières
Granulomes glutéaux	Dû à une application sous des couches occlusives chez le nourrisson
Eczéma de contact	
Surinfections bactériennes, virales et fongiques	
Corticophobie	Fréquent et accompagné d'une observance inadaptée
<u>Effets systémiques</u>	
Dépression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien	Réversible à l'arrêt du traitement
Hyper-corticisme	Rare
Retard de croissance	Réversible à l'arrêt du traitement

Tableau II : Effets secondaires des dermocorticoïdes (32)

On peut diminuer ces effets en utilisant des dermocorticoïdes de niveau le plus bas en fonction de l'aspect clinique et en évitant la peau normale périphérique. L'emploi d'émollient en alternance permet également une réduction de la consommation de dermocorticoïdes (32).

La surveillance du traitement, et donc l'apparition des effets indésirables, se fait par la quantification du nombre de tubes utilisés. C'est un moyen simple de rechercher une sur-consommation ou une sous-consommation de dermocorticoïdes. La quantité utilisée par mois permet alors un ajustement du traitement (30).

2.1.1.2.4. Choix du dermocorticoïde

Le choix de la classe se fait en fonction de l'âge du patient, de la sévérité de la DA, de la localisation et de la surface à traiter :

- les dermocorticoïdes faibles ont habituellement une efficacité insuffisante ;
- les dermocorticoïdes modérés sont utilisés sur le visage, au niveau des plis, des zones génitales et chez le nourrisson ;
- les dermocorticoïdes forts sont utilisés lors de formes très inflammatoires ou très lichenifiées ;
- les dermocorticoïdes d'activité très forte sont contre-indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, ainsi que sur le visage, au niveau des plis et du siège (19, 25)

Le tableau III résume le choix de la classe de dermocorticoïdes.

Localisation	Nourrisson	Enfant	Adulte
Visage	classe IV si indispensable	classe III ou IV	classe III
Corps	classe III	classe II ou III	classe II
Fesses	classe IV	classe III	classe II
Paume des mains Plante des pieds	classe II ou III	classe II	classe I
Cuir chevelu	classe IV	classe III	classe II

Tableau III : Choix du niveau d'activité selon l'âge et la localisation d'application (34)

Concernant la forme galénique, les crèmes sont utilisées sur les lésions suintantes et les plis. Les pommades, contenant des excipients gras, sont, quant à elles, préférées en cas de lésions sèches et lichenifiées. Enfin, les lotions et les gels sont réservés aux zones pileuses et au cuir chevelu (19).

2.1.1.2.5. Utilisation

Le schéma d'utilisation dépend du prescripteur : soit des cures prolongées de dermocorticoïdes faibles, soit des cures courtes de dermocorticoïdes forts. Quel que soit le schéma retenu, la durée du traitement doit être la plus courte possible (27, 30).

Compte tenu de la capacité des dermocorticoïdes de s'accumuler dans la couche cornée pour être relargués ensuite progressivement (effet réservoir), la fréquence des applications est en général d'une fois par jour, de préférence après la toilette du soir. En les appliquant sur une peau propre, on limite ainsi le risque de surinfection cutanée. En cas de lésions lichénifiées ou épaisses, deux applications par jour peuvent être nécessaires pendant une à deux semaines. L'occlusion, l'hydratation cutanée et l'élévation de température augmentent la pénétration des dermocorticoïdes (23, 25, 30, 32).

Pour l'arrêt du traitement, plusieurs protocoles sont préconisés. On peut soit diminuer de façon progressive les applications, soit diminuer la surface traitée en fonction de l'amélioration, ou encore réaliser une décroissance en utilisant un dermocorticoïde de classe plus faible (19).

2.1.1.2.6. Précautions d'emploi

Au niveau des précautions d'emploi, la zone du change chez le nourrisson doit être évitée du fait du risque de potentialisation de l'occlusion et la survenue de granulomes glutéaux. L'application de dermocorticoïdes au niveau du siège est possible mais elle doit se faire le matin, les fesses étant souvent lavées dans la journée. Les paupières doivent également être évitées. Enfin, l'effet immunosuppresseur contre-indique l'emploi de dermocorticoïdes sur les lésions infectées (25).

2.1.1.3. Les immunosuppresseurs topiques

Les immunosuppresseurs topiques permettent une alternative thérapeutique aux dermocorticoïdes, notamment en cas d'échec de ceux-ci (32).

2.1.1.3.1. Molécules disponibles

Le tacrolimus ou PROTOPIC® est la seule molécule disponible en France, et ce depuis 2003. Il est commercialisé sous forme de pommade à 0,1% et 0,03%. Il agit comme inhibiteur de la calcineurine et inhibe la production de nombreuses cytokines. Il bloque l'activation et la prolifération des cellules T. Il agit également sur les cellules de Langerhans, sur les éosinophiles et sur les mastocytes. Enfin, le tacrolimus a une activité antistaphylococcique locale (35).

Le deuxième traitement immunosuppresseur mis sur le marché est le pimecrolimus ou ELIDEL®, mais il n'est pas encore autorisé en France. Il devrait être prochainement commercialisé sous forme de crème à 0,1%. C'est également un inhibiteur de la calcineurine. Son action est très proche de celle du tacrolimus, mais il aurait une action plus anti-inflammatoire et moins immunosuppressive (35).

2.1.1.3.2. Mécanisme d'action

L'antigène, lorsqu'il se lie aux récepteurs du lymphocyte T, va l'activer, entraînant un flux de libération de calcium dans le cytoplasme du lymphocyte. Ce calcium se lie à la calmoduline qui active une phosphatase, la calcineurine (figure 9). Cette enzyme a pour rôle de déphosphoryler un facteur nucléaire (NF-AT) et permettre de pénétrer dans le noyau et synthétiser des interleukines (IL), du TNF... Les immunosuppresseurs vont bloquer la calcineurine et empêcher la déphosphorylation du facteur nucléaire, et donc inhiber la production de cytokines inflammatoires (27, 35).

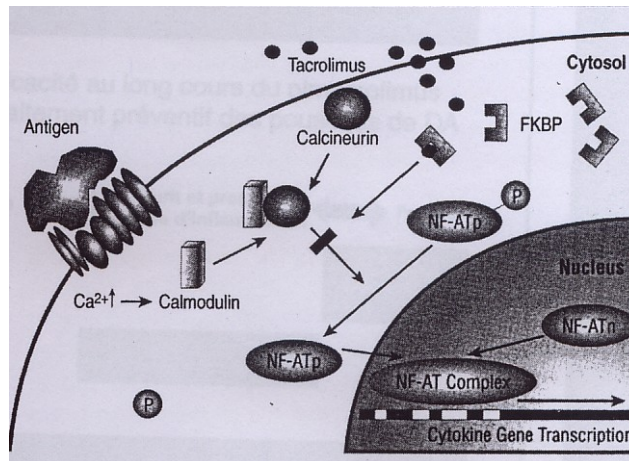


Figure 9 : Mécanisme d'action du tacrolimus (36)

2.1.1.3.3. Effets secondaires

L'effet secondaire le plus souvent rencontré est l'apparition rapide (dans les 3 à 4 premiers jours) de brûlures, de picotements et de prurit au niveau des zones d'application du tacrolimus. Il touche près d'un patient sur deux, principalement à la concentration de 0,1%. L'effet est modéré et transitoire (quelques jours). Le pimecrolimus quant à lui, serait cependant mieux toléré localement (35, 36, 37).

Le risque d'infection herpétique est présent lors de l'utilisation des immunosuppresseurs. Des précautions telles que la surveillance clinique et la suspension du traitement en cas d'infection sont alors nécessaires (19).

Enfin, les immunosuppresseurs pourraient être responsables d'une éventuelle carcinogenèse à long terme. Le risque semble très faible, mais une photoprotection lors d'une utilisation en cas d'exposition solaire est recommandée (33, 35).

2.1.1.3.4. Utilisation

Selon l'AMM (autorisation de mise sur le marché) actuelle, le tacrolimus est indiqué dans les formes modérées à sévères de DA de l'adulte et de l'enfant de plus de 2 ans, qui n'a pas répondu au traitement par les dermocorticoïdes. La prescription se fait sur une ordonnance pour médicaments d'exception et est réservée aux dermatologues et aux pédiatres. Il peut être utilisé en cure courte ou en traitement au long cours intermittent. Chez l'enfant, seule la forme à 0,03% est autorisée. Le tacrolimus doit être utilisé à raison de 2 applications par jour en

couche mince sur toute la surface à traiter jusqu'à disparition des lésions. Il peut être appliqué sur toutes les parties du corps à l'exception des muqueuses et ne doit pas être utilisé sous pansement occlusif (19).

En cas d'infection cutanée, un traitement antibiotique est nécessaire, avant l'instauration du traitement (19).

2.1.1.3.5. Comparaison aux dermocorticoïdes

Ces nouveaux traitements ont montré une efficacité égale voire supérieure à celle des dermocorticoïdes. Ils réduisent efficacement et rapidement (dès la première semaine de traitement) les signes et les symptômes de la DA modérée à sévère. Un des éléments majeurs est l'absence d'atrophie et des effets secondaires des dermocorticoïdes, ce qui permet une utilisation sur le visage, les paupières, les fesses et les grands plis. De plus, on observe une nette amélioration de la qualité de vie des patients traités (19, 35).

L'inconvénient le plus fréquent est l'apparition de sensations de brûlure et de picotements en début de traitement. De plus, la tolérance à long terme n'est pas encore bien connue. Il manque des études pour mieux définir le rythme d'utilisation ainsi que le mode d'arrêt du traitement. Enfin, le prix des immunosuppresseurs est bien plus élevé que celui des dermocorticoïdes. Si le tacrolimus permet d'éviter une hospitalisation et prévient les incapacités de travail, alors sa prescription trouve un intérêt économique (35, 37).

2.1.1.4. Les antibiotiques locaux et les antiseptiques

Devant un eczéma aigu, un topique antibiotique (acide fucidique, mupirocine) peut être utilisé le matin. Le but de cette antibiothérapie est surtout de diminuer la charge bactérienne, l'éradication du staphylocoque doré étant impossible. Une antibiothérapie topique de courte durée est conseillée afin d'éviter la survenue de résistance (25, 33).

Un savon antiseptique (triclocarban, chlorhexidine) suffisamment dilué et efficacement rincé peut également être utilisé le soir lors de la douche. Il permet de désinfecter l'ensemble de la peau avant l'application des dermocorticoïdes. Ce savon est réservé aux poussées évolutives, notamment en cas de lésions suintantes et surinfectées, car il favorise le dessèchement cutané (25).

2.1.2. TRAITEMENTS GENERAUX

Ils peuvent s'avérer nécessaires dans certains cas. Il s'agit des anti-histaminiques et/ou des antibiotiques (25).

2.1.2.1. Les anti-histaminiques

Le traitement du prurit repose principalement sur le traitement local de la sécheresse et des lésions cutanées. Les antihistaminiques H1 peuvent être éventuellement prescrits pendant quelques jours, bien que leur efficacité soit discutée. En cas de prurit nocturne altérant le sommeil, des antihistaminiques H1 sédatifs peuvent également constituer une aide. L'administration se fait au début du repas, pour éviter les caries dentaires secondaires aux sirops (3, 24, 25, 27, 33).

Chez le sujet âgé, il faut tenir compte des contre-indications des antihistaminiques anticholinergiques, des interactions médicamenteuses et du caractère sédatif de certaines molécules (12).

2.1.2.2. Les antibiotiques systémiques

Une antibiothérapie par voie orale (macrolides ou bétalactamines) est indiquée dans les formes très étendues ou surinfectées. La durée du traitement est de 6 à 8 jours (25).

2.1.3. TRAITEMENT DES FORMES SEVERES

Les formes sévères de DA concernent une minorité de patients. Elles peuvent justifier des thérapeutiques lourdes même si cette pathologie est classiquement bénigne (24).

2.1.3.1. La photothérapie

La photothérapie est proposée dans le traitement de la DA en utilisant soit des UVA, soit des UVB, soit l'association des deux, ou soit la puvathérapie (prise de concomitante de psoralènes per os). L'association UVA-UVB est classiquement la plus efficace et se rapproche le plus des conditions d'exposition naturelle (24).

Chez l'enfant, il est possible de débiter une photothérapie dès l'âge de 8-10 ans, à raison de 2 ou 3 séances par semaine. La photothérapie UVB spectre étroit est préconisée en France car elle est efficace, bien tolérée à court terme, et serait peu mutagène et peu cancérogène. Néanmoins, les risques à long terme ne sont pas encore connus (19).

Chez l'adulte, la photothérapie reste un traitement efficace de la DA même si l'effet bénéfique n'est pas toujours constant. Elle expose à une majoration de la sudation et une accentuation du prurit. Mais la préoccupation majeure reste le risque carcinogène à long terme (19, 24).

2.1.3.2. Les immunosuppresseurs généraux

2.1.3.2.1. La ciclosporine

La ciclosporine est l'immunosuppresseur le plus étudié et le plus utilisé dans la DA de l'adulte. Elle a l'AMM dans cette indication et sa prescription initiale est réservée au milieu hospitalier. Elle n'est proposée qu'en cas d'échec des autres thérapeutiques. Deux spécialités existent : NEORAL® et SANDIMMUN®. L'efficacité de la ciclosporine est démontrée à la posologie de 4-5 mg/kg/j. Les traitements de courte durée sont préconisés. La DA récidive chez la majorité des patients à l'arrêt du traitement, sous un mode moins sévère, avec parfois

des rémissions prolongées. La toxicité rénale de cette molécule impose une surveillance régulière de la fonction rénale, ainsi que de la pression artérielle (19, 24).

La ciclosporine n'a pas eu l'AMM dans la DA de l'enfant. Le peu d'études dans cette tranche d'âge montrent une bonne efficacité. Néanmoins, les effets secondaires ne sont pas rares, même s'ils sont modérés et n'entraînent pas l'arrêt du traitement dans la plupart des cas. Les formes topiques de ciclosporine se sont, quant à elles, révélées inefficaces (24).

2.1.3.2.2. Le méthotrexate

L'intérêt du méthotrexate dans le traitement des DA sévères n'a pas fait l'objet d'étude contrôlée, mais semble réel. Il bénéficie d'une bonne connaissance en dermatologie ainsi que d'une utilisation aisée (24).

2.1.3.2.3. L'azathioprine

L'azathioprine, commercialisée sous le nom d'IMUREL®, est considérée comme une alternative à la ciclosporine dans les formes sévères. C'est un analogue des bases puriques qui inhibe la biosynthèse des nucléotides et donc de l'ADN. Son avantage principal est son faible coût. Cependant, elle n'a pas fait l'objet d'étude contrôlée. Son utilisation est à envisager en raison de sa bonne tolérance et de son utilisation relativement facile. Le principal facteur limitant son emploi est sa myélotoxicité. De plus, son délai d'action long nécessite la poursuite d'autres traitements au début et une surveillance biologique régulière. Ainsi, le délai nécessaire à la réponse thérapeutique et surtout la toxicité à long terme de l'azathioprine amènent à une grande prudence chez les jeunes patients (24, 38).

2.1.3.2.4. Le mycophénolate mofétil

Le mycophénolate mofétil, ou CELLCEPT®, n'a pas l'AMM dans le traitement de la DA. Cependant, les études montrent une bonne efficacité et une bonne tolérance de ce traitement dans quelques cas de DA de l'adulte. Une rémission complète est même observée chez certains patients. Les effets secondaires (troubles digestifs, anémie, leucopénie) sont

moins importants que ceux observés avec les autres immunosuppresseurs. Le rapport bénéfice/risque est donc en faveur de ce nouvel immunosuppresseur (10, 24).

2.1.3.2.5. L'interféron gamma

Les études, essentiellement menées chez l'adulte, montrent une efficacité modérée, mais au prix d'effets secondaires fréquents (syndrome grippal, fièvre, toxicité médullaire). Ce traitement n'est donc pas préconisé chez l'enfant (19,24).

2.1.3.2.6. Les immunoglobulines polyvalentes

Malgré quelques résultats encourageants chez les enfants, le coût, les risques, et la nécessité d'hospitalisations répétées ne permettent pas de préconiser ce traitement (19).

2.1.3.3. La corticothérapie générale

La corticothérapie générale, par voie orale ou injectable, doit être évitée au cours des DA sévères. Elle n'est pas validée par l'AMM et expose à des risques bien connus ainsi qu'un sevrage difficile, imposant souvent le recours à un immunosuppresseur. De plus, une reprise de l'évolution de la maladie après l'arrêt de la corticothérapie générale est quasi constante (19, 24).

2.2. MESURES ADJUVANTES

2.2.1. LES EMOLLIENTS

La xérose cutanée persistant en dehors des poussées, l'utilisation des émollients doit être poursuivie. Traiter la peau entre les poussées est aujourd'hui une approche thérapeutique incontournable pour diminuer le risque de poussées et leurs complications (9, 19).

2.2.2. LES MESURES D'HYGIENE ET VESTIMENTAIRES

Basées sur les habitudes, les mesures d'hygiène sont simples mais importantes à mettre en place. Concernant la toilette, il est préférable de donner une douche ou un bain court (5 à 10 minutes), quotidiennement, en utilisant de l'eau tiède et un pain sans savon. Une huile de bain ou des extraits d'avoine peuvent être rajoutés. Il faut sécher en tamponnant la peau, sans frotter. Le fait de couper les ongles évite les surinfections par grattage. Enfin, le nourrisson doit éviter tout contact direct avec une personne en poussées d'herpès labial (4, 12, 19, 25).

Si le soleil et la lumière ont un effet très bénéfique, la chaleur et l'hypersudation vont au contraire aggraver les lésions. Les séjours en bord de mer ont un grand intérêt, et ils s'accompagnent souvent d'une nette amélioration cutanée. Les bains de mer ou en piscine, avec rinçage à l'eau douce, sont possibles, sauf pendant les poussées et à condition d'hydrater correctement la peau (6, 25).

Au niveau des vêtements, il est conseillé d'éviter les textiles irritants (laine, textiles synthétiques à grosses fibres) qui accentuent le prurit, et de préférer le coton et le lin. Quand le prurit est trop intense, il est parfois nécessaire d'avoir recours à des moufles protectrices pour les mains (2, 4).

2.2.3. LES MESURES PREVENTIVES

2.2.3.1. Prévention aeroallergénique

La cible essentielle de la prévention est représentée par les allergènes domestiques. Au niveau de la chambre de l'enfant, les peluches doivent être lavées régulièrement. Les nids à poussière (moquette, tapis, ...) sont déconseillés. Il est recommandé de dépoussiérer et de passer l'aspirateur régulièrement, d'aérer fréquemment et de ne pas surchauffer la pièce. Si celle-ci est trop sèche, il est possible d'utiliser un humidificateur ou de mettre de l'eau au-dessus du radiateur (4, 6).

L'utilisation préventive de housses d'oreillers et de matelas en polyuréthane est efficace pour diminuer l'exposition aux acariens. Cependant aucune étude ne démontre l'intérêt des acaricides ou d'autres mesures de ménage (aspirateur avec filtre) (6, 19).

2.2.4.2. Prévention d'ordre diététique

La responsabilité de l'allergie alimentaire dans la DA reste controversée. Elle est trop souvent évoquée par excès, car la sensibilisation à un allergène alimentaire n'est pas synonyme de cause de DA. La prescription d'un régime alimentaire d'éviction systématique peut même devenir dans certains cas une source de carence nutritionnelle. Cependant, la prévention de la DA peut s'envisager à plusieurs niveaux : primaire, secondaire et tertiaire (6, 19).

La **prévention primaire** est l'éviction du facteur de risque avant l'apparition de la maladie. Chez les nouveaux-nés à risque d'atopie cutanée, l'allaitement maternel exclusif pendant au moins 3 mois diminue le risque d'apparition d'une DA. Le lait maternel contient des immunoglobulines de type A, des cytokines et des acides gras polyinsaturés qui pourraient jouer un rôle important dans la prévention de la DA. Un allaitement maternel sans régime particulier pour la mère est recommandé (6, 19).

La **prévention secondaire** est l'éviction du facteur de risque en cas de maladie. Il est recommandé de remplacer le lait classique par un hydrolysat poussé de protéines. Chez le bébé atteint de DA, la diversification alimentaire doit être retardée au maximum : éviter jusqu'à un an les fruits exotiques, le poisson, les œufs, l'arachide et les fruits secs (6, 19).

La **prévention tertiaire** est l'éviction du facteur de risque pour éviter les rechutes et les complications. Un syndrome d'allergie multiple est corrélé à un risque de DA sévère. Les aliments les plus impliqués dans les allergies alimentaires du nourrisson sont le lait et l'œuf, puis l'arachide, le soja, le poisson, les légumineuses et le blé. Toutefois, l'éviction d'un allergène n'est justifiée que si son rôle dans une réaction allergique est prouvé (19).

2.3.4. LA SUPPLEMENTATION ALIMENTAIRE

Une altération du métabolisme de l'acide γ -linolénique a été mise en évidence au cours de la DA, responsable du défaut de la barrière lipidique cutanée. Cependant, l'intérêt de la prise par voie orale d'acide γ -linolénique est controversé. La supplémentation en acides gras

essentiels omega 3 et 6, sous forme d'huile d'onagre, d'huile de bourrache ou encore de poisson, est elle aussi controversée. En effet, elle serait inefficace quelle que soit l'origine et la dose. Enfin, la supplémentation en vitamines E et B6, ou en sélénium n'a pas montré d'efficacité dans le traitement de la DA (15, 19, 24, 25).

Malgré la controverse, les laboratoires dermatologiques SVR ont développé, dans la gamme Topialyse, un complément alimentaire destiné aux peaux sèches et atopiques du bébé et de l'adulte (figure 10). Ces capsules ont une composition 100% végétale, sans gluten et sans colorant. Elles contiennent de l'huile de bourrache de haute qualité, concentrée en acide linolénique, aux propriétés restructurantes et hydratantes. On retrouve également de la vitamine E, à propriétés anti-oxydantes. La posologie est d'une capsule par jour chez le nourrisson (en dilution dans l'alimentation), deux chez l'enfant, et quatre chez l'adulte, pendant les repas. La durée des cures est d'un ou deux mois, renouvelables si nécessaire (39, 40).



Figure 10 : Complément oral Topialyse des Laboratoires SVR (40)

2.3.5. LES PROBIOTIQUES

Les probiotiques sont des microorganismes vivants, stables en milieu acide, qui adhèrent à la muqueuse intestinale, et dont l'ingestion a des effets positifs sur la santé. Des travaux scandinaves ont montré que l'administration de probiotiques à des nouveaux-nés à risque atopique ou à leur mère pendant la grossesse et l'allaitement était susceptible de prévenir la DA. De même, dans des essais cliniques contrôlés, ces probiotiques ont significativement amélioré la DA. Ils représentent un nouvel espoir de prévention qui reste à confirmer (27, 41).

DITOPY® (figure 11) est le seul probiotique disponible en France. Il est commercialisé par le Laboratoire Pierre Fabre, dans la gamme A-DERMA. C'est un complément alimentaire qui associe deux souches de lactobactéries : *Lactobacillus rhamnosus* (95%) et *Lactobacillus acidophilus* (5%). Ce probiotique contribue à renforcer les défenses de l'organisme et participe à l'amélioration du confort cutané (42, 43).

DITOPY® se présente sous forme de poudre à diluer. La posologie est d'un sachet par jour pendant six mois, à diluer dans un peu d'eau froide, à prendre une demi-heure avant un des repas. Chez le jeune enfant, le sachet se dilue directement dans le biberon (si le biberon est chauffé, la poudre est introduite après) (42, 43).

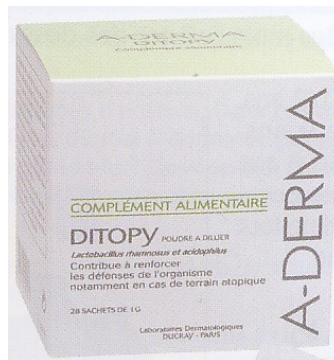


Figure 11 : Probiotique DITOPY du Laboratoire Pierre-Fabre (42)

2.3.6. LES CURES THERMALES

Les cures thermales sont très populaires en France. Elles aident à la prise en charge des formes sévères et permettent l'information et une éducation adaptée des patients. De nombreux centres de cures existent, correspondant à des eaux thermales très différentes. Il n'y a cependant pas d'argument scientifique pour les recommander. L'engouement et la satisfaction de nombreux patients pour ces cures doivent malgré tout être considérés (19, 25, 26).

La station thermale de La Roche Posay est devenue une des références françaises et européennes du thermalisme dermatologique. En effet, 55% des cures à visée dermatologique réalisées en France sont effectuées à cet endroit (figure 12) (44).

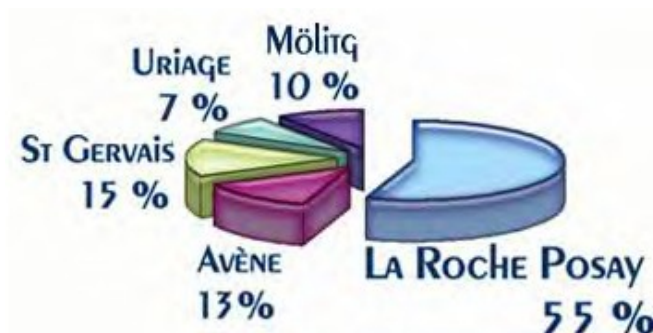


Figure 12 : Les principales stations thermales à visée dermatologique en France (44)

Deux cures thermales vont être prises en exemples : celle à La Roche Posay et celle à Avène.

2.3.6.1. *La Roche Posay*

2.3.6.1.1. L'eau thermale de La Roche Posay

L'eau thermale de La Roche Posay est une eau très pure, d'un pH neutre, faiblement minéralisée. Elle doit son caractère exceptionnel au sélénium qu'elle contient. En effet, ce dernier est un oligo-élément indispensable, entrant dans la constitution de nombreuses enzymes et protéines. En équilibre avec la silice et le bicarbonate de calcium, il confère à l'eau thermale des propriétés anti-inflammatoires, anti-prurigineuses, cicatrisantes et anti-radicalaires. Le sélénium possède également une action modulatrice sur les processus immunitaires et du vieillissement cutané, et des propriétés protectrices vis-à-vis des rayonnements UV. Enfin, l'eau thermale dépose sur la peau, au cours des soins, un pansement silicaté calcique, régénérateur de l'épiderme (45).

2.3.6.1.2. Indication de la cure

La cure thermique est principalement indiquée en cas de DA de l'enfant et de l'adulte, et plus généralement d'eczéma. C'est ainsi la principale affection traitée à La Roche Posay : elle concerne 40% des curistes. La cure simple et naturelle, est parfaitement adaptée aux nourrissons à partir de 5-6 mois (44, 45).

Les cures de 3 semaines sont prescrites par un médecin et prises en charge par la Sécurité Sociale. Les cures courtes (6 à 12 jours) ne sont, quant à elles, pas prises en charge par la Sécurité Sociale (45).

2.3.6.1.3. Organisation des soins

La cure thermique à La Roche Posay dure 3 semaines. Elle comprend des soins essentiels et des soins complémentaires non pris en charges (tableau IV). Elle comporte également un suivi médical continu, ainsi que des conseils pratiques et un accompagnement psychologique (45).

Soins	Propriétés
<u>Soins essentiels</u>	
Douche filiforme	Appliquée chaque matin, sans douleur
Pulvérisations	Apaisent et déposent sur l'épiderme un pansement silicaté calcique
Bains simples ou aérogazeux	Action décongestionnante et relaxante
Cure de boisson	Assure l'élimination des toxines et une action diurétique
<u>Soins complémentaires</u>	
Enveloppe dermatologique	Soin hydratant et émollient reposant sur l'application de cold cream ou LIPIKAR® pour lutter contre la sécheresse cutanée sévère
Masque apaisant	Soin apaisant et cicatrisant reposant sur l'application de compresses d'eau thermique
Héliothérapie naturelle au solarium	

Tableau IV : Programme de la cure thermique à La Roche Posay (45)

2.3.6.1.4. Bénéfices

Les cures thermales à La Roche Posay permettent un assainissement de la peau, un apaisement du prurit, ainsi qu'une amélioration du sommeil. Dans la plupart des cas, les soins permettent de diminuer voire de supprimer les traitements médicamenteux (45).

2.3.6.2. Avène

2.3.6.2.1. L'eau thermale d'Avène

La composition de l'eau thermale d'Avène est unique avec un rapport optimal entre le calcium et le magnésium, ainsi qu'une faible minéralité. La « légèreté » des sels minéraux a une conséquence importante : un dépôt cristallin sur la peau minime. Cette eau possède des effets à la fois apaisants, anti-irritants et protecteurs (46).

Les travaux de recherche sur l'eau thermale d'Avène, menés par les laboratoires Pierre Fabre, ont démontrés plusieurs types de propriétés. Tout d'abord, elle agit sur les lymphocytes T et inhibe la libération de substances inflammatoires par les mastocytes et basophiles. Au niveau des cellules de la peau, l'eau thermale stimule la croissance des kératinocytes. Enfin, au niveau des fibroblastes, elle montre des propriétés antiradicalaires (46).

2.3.6.2.2. Indication de la cure

La cure thermale à Avène est indiquée en cas de DA de l'enfant (dès l'âge de 4-5 mois) et de DA persistante de l'adulte et de l'adolescent. La DA (et plus généralement l'eczéma) est ainsi la première indication de cure, avec en moyenne 55 à 60% de l'ensemble des patients fréquentant la station (47).

La cure est prescrite par un médecin et prise en charge par la Sécurité Sociale (46).

2.3.6.2.3. Organisation des soins

La cure thermique à Avène dure 3 semaines. Le programme (tableau V) comprend des soins fondamentaux communs à toutes les pathologies et des soins complémentaires prescrits à titre individuel, associés parfois à des soins spécifiques. En moyenne, la cure comprend 4 soins thermaux par jour (46).

Soins	Propriétés
<u>Soins fondamentaux</u>	
Bains simples, aérobains ou hydromassants	Emollients, anti-inflammatoires et sédatifs
Douches et pulvérisations générales	Anti-prurigineuses et sédatives
Cure de boisson	Complément indispensable
<u>Soins complémentaires</u>	
Douches filiformes	A pression modulable et très ciblée des lésions les plus importantes
Pulvérisations locales (visage, mains)	Anti-inflammatoires et anti-prurigineuses
Douches capillaires	Emollients et anti-prurigineux
Compresses d'eau	Anti-inflammatoires et anti-prurigineuses (lésions très inflammatoires)
Massages sous l'eau	Assouplissant, relaxant
<u>Soins spécifiques</u>	
Enveloppement du corps avec une crème émolliente et un film occlusif	Complément de première importance des peaux atopiques
Soins du visage avec une crème émolliente	
Hydrohéliothérapie	Combine les effets de l'eau et des UV

Tableau V : Programme de la cure thermique d'Avène (46)

En complément des soins thermaux proprement dits, la station thermique Avène propose tout un programme de conférences, d'ateliers, et un soutien psychologique destinés à mieux se prendre en charge (46).

2.3.6.1.4 Bénéfices

Au cours de la cure, les examens dermatologiques permettent d'apprécier une diminution des rougeurs et des signes d'inflammation, une atténuation du prurit et des irritations, ainsi qu'une meilleure qualité de cicatrisation (46).

Dans les mois qui suivent la cure, on remarque un espacement des poussées avec une réduction de la consommation de corticoïdes et une amélioration de la qualité de vie (diminution du prurit, des insomnies, ...). Il convient de noter le retentissement positif sur la vie de tous les jours, tant pour le patient que pour son entourage (46, 47).

2.3.7. LA PSYCHOTHERAPIE

Le système nerveux intervient dans la physiopathologie de la DA. Le stress est un élément déclenchant des poussées de DA, de façon plus ou moins importante selon les patients. Le psychisme est, quant à lui, un facteur modulant l'évolution de la maladie. Une DA grave peut altérer la qualité de vie, modifier la personnalité et induire des troubles psychologiques. La DA est alors elle-même source de stress. L'approche éducative est la première réponse à apporter. C'est dans cet objectif qu'ont été développées les écoles de l'Atopie. En cas d'échec thérapeutique, cette structure propose des entretiens, des ateliers et des consultations. Puis, dans un second temps, une psychothérapie peut être proposée. Elle permet de réduire l'anxiété, de favoriser l'adhésion aux traitements et le confort psychologique (19, 27, 48).

La prise en charge psychologique doit être précoce et préventive, et concerne l'enfant mais aussi son entourage familial (6).

2.3.8 LES MEDECINES ALTERNATIVES

Le recours aux médecines alternatives est commun dans la DA. Selon les études, un à deux tiers des patients ayant une DA y ont recours, soit parce qu'ils considèrent les traitements conventionnels comme trop peu efficaces, soit parce qu'ils en redoutent les effets secondaires (26).

2.3.5.1. L'homéopathie

Aucune preuve scientifique ne permet de recommander cette pratique, les rares études étant contradictoires. Cependant, l'homéopathie est utilisée par nombre de patients et doit être

prise en considération. Les principales souches utilisées sont rassemblées dans le tableau VI (19, 23).

Souche	Dilution	Caractéristiques
<u>Lésions érythémateuses</u>		
Apis mellifica	4 ou 5 CH	érythème oedémateux rouge, prurigineux, brûlant, aggravé par la chaleur et amélioré par le froid
Urtica urens	4 ou 5 CH	érythème oedémateux plus pâle, prurigineux, brûlant, aggravé par le froid
Belladonna	4 ou 5 CH	érythème scarlatiniforme, localisé à la face et partie supérieure du corps, aggravé par le contact
<u>Lésions vésiculeuses</u>		
Rhus toxicodendron	9 ou 15 CH	vésicule avec liquide clair
Mezereum	9 ou 15 CH	vésicule avec liquide jaunâtre, purulent
<u>Lésions suintantes</u>		
Graphites	9 ou 15 CH	écoulement liquide, épais, jaune
Mezereum	15 ou 30 CH	croûtes
Petroleum	7 ou 9 CH	vésicules très prurigineuses et suintantes
<u>Lésions squameuses</u>		
Arsenicum album	9 ou 15 CH	squames fines
Arsenicum iodatum	9 ou 15 CH	squames larges et fines, sèches, adhérentes
Natrum sulfuricum	15 ou 30 CH	squames larges et fines, jaunâtres
<u>Lésions fissulaires</u>		
Nitricum acidum	9 ou 15 CH	fissures nettes et douloureuses qui se surinfectent et saignent rapidement
Graphites	15 CH	fissures avec suintement
Sepia	7 ou 9 CH	fissures avec fond saignant, peu douloureux
<u>Prurit</u>		
Staphysagria	9 CH	prurit déclenché ou aggravé par les contrariétés
Dolichos pruriens	5 CH	prurit associé à des troubles du transit
Cistus canadensis	9 ou 15 CH	prurit très important avec des lésions très rouge, suintantes et croûteuses
Radium bromatum	9 ou 15 CH	prurit brûlant diffus, sur une peau épaissie

Tableau VI : Principales souches utilisées dans le traitement de la DA (49, 50)

Un traitement de fond peut devenir nécessaire dans les eczémas chroniques. Il correspond au type sensible du patient et à son mode réactionnel (50).

Cependant, dans quelques observations publiées, le recours exclusif à l'homéopathie dans les formes sévères de DA a pu conduire à des effets indésirables notables liés à l'absence d'effets bénéfiques, à l'absence de protection et aux complications possibles (26).

2.3.5.2. La phytothérapie

De nombreux traitements topiques à base de plantes (millepertuis, camomille, réglisse, hamamélis, ...) ont été proposés dans le traitement de la DA, mais aucune preuve scientifique ne permet de valider cette pratique (19).

2.3.5.3. Les herbes chinoises

L'utilisation de ces herbes est rare en France. Les effets secondaires rapportés vont des simples nausées aux complications sévères (hépatites aiguës, néphropathies sévères, cardiomyopathies, ...). Ces données incitent donc à déconseiller l'utilisation de ces produits (19).

2.3.5.4. L'acupuncture

Il n'y a pratiquement aucune donnée sur le bénéfice de cette technique dans la DA de l'enfant. Par ailleurs, l'acupuncture est déconseillée chez l'enfant compte tenu de son caractère douloureux et de ses complications potentielles (19, 26).

3. PRODUITS

COSMETIQUES ADAPTES

AUX PEAUX ATOPIQUES

Produits émollients et soins d'hygiène sont indispensables dans la prise en charge de la DA. Depuis quelques années, le marché de la cosmétique ne cesse de croître, proposant ainsi de multiples produits destinés aux sujets atopiques. Car aujourd'hui, le consommateur ne s'attache plus seulement à l'efficacité du produit cosmétique, mais également à tout ce qui l'entoure. Il est influencé par sa présentation, par sa facilité d'utilisation et par son prix (51).

3.1. DEFINITION DES COSMETIQUES

Selon le code de la Santé Publique, « on entend par produit cosmétique toute substance ou préparation destinée à être mise en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain, notamment l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres, les organes génitaux externes, ou avec les dents et la muqueuse buccale, en vue exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles » (52).

Cette définition différencie les cosmétiques des topiques médicamenteux qui traitent par voie externe un état pathologique préexistant. Ces médicaments topiques possèdent une action pharmacologique et donc un principe actif. Ils sont soumis au dépôt d'AMM qui fixe leur composition. Au contraire, les cosmétiques n'ont aucun effet systémique, bien que l'on considère qu'une certaine absorption soit possible. Ils n'ont pas d'AMM, ce qui permet à la formulation d'évoluer sans que le nom ou l'aspect ne change (52, 53).

Par définition, on considère donc comme cosmétiques les savons, les crèmes, les émulsions, les lotions, les gels, les huiles pour la peau (52)...

3.2. LES EMOLLIENTS

3.2.1. DEFINITION

Aujourd'hui, les termes émollients et crèmes hydratantes sont souvent utilisées en tant que synonymes, alors que leurs sens sont bien différents. Etymologiquement, émollient (du latin *emolliens*) signifie amollir, rendre mou, alors qu'hydratant signifie « qui fixe l'eau » (26).

Les émollients correspondent à une catégorie mal définie de produits cosmétiques dont le but est d'améliorer la souplesse cutanée et de diminuer la sensation de peau sèche. Ils incluent les hydratants dans la mesure où une hydratation correcte est indispensable à la souplesse de la peau. En pratique, il est impossible de séparer clairement les propriétés hydratantes et émollientes d'un produit. Ainsi, les émollients tentent de s'opposer à la déshydratation de la peau et visent à rétablir la fonction de « barrière cutanée », notamment grâce à des actifs lipidiques (8, 12).

3.2.2. COMPOSITION DES EMOLLIENTS

3.2.2.1. L'excipient : une émulsion

Les émollients sont des émulsions composées d'une phase aqueuse et d'une phase huileuse. Il en existe deux sortes : les « hydrophile/lipophile » (H/L) et les « lipophile/hydrophile » (L/H). Les deux phases étant non miscibles entre elles, elles co-existent grâce à la présence d'agents émulsifiants (ou tensioactifs), ce qui permet d'obtenir une préparation homogène. Les émulsions « L/H » sont les plus fréquemment utilisées car la phase huileuse est minoritaire. Les « H/L », nettement plus grasses, sont d'utilisation plus restreinte (14, 53)

3.2.2.2. Les actifs

Il existe deux moyens lutter contre la déshydratation cutanée : soit provoquer une occlusion de la peau, soit maintenir l'eau grâce à certains agents, à la surface de la peau (8).

Les émollients permettent de prévenir la perte d'eau grâce aux agents occlusifs. Ils hydratent la couche cornée grâce aux agents humectants, en maintenant l'eau à la surface de la peau. De plus, ils restaurent le film lipidique, élément essentiel dans la fonction de barrière et la plasticité de la peau. L'effet clinique sur la souplesse de la peau est immédiat. Les émollients doivent cependant être appliqués quotidiennement si l'on veut obtenir un effet durable (9, 12).

L'hydratation cutanée est maintenue grâce à des agents occlusifs ou à des agents humectants, présents dans les émollients en proportions variables (9, 12).

3.2.2.2.1. Les agents occlusifs

Il s'agit de substances hydrophobes, également appelées filmogènes, qui empêchent la perte d'eau par évaporation en formant un film gras à la surface de la peau. La phase huileuse est responsable de cet effet occlusif. Dans ce groupe sont classés les hydrocarbures (vaseline, paraffine, paraffine liquide), les alcools gras (cétylique, stéarylique), les cires (d'abeille, blanc de baleine), la lanoline, les huiles d'origine végétale (huiles d'amande douce, de noisette, de germes de blé, d'avocat, d'onagre, de jojoba), les esters gras, les silicones, ainsi que les céramides (10, 12, 14).

Ces produits ne sont jamais utilisés seuls car leurs qualités cosmétiques sont insuffisantes et leur effet occlusif trop important (12).

3.2.2.2.2. Les agents humectants

Il s'agit de substances hydrosolubles douées d'un pouvoir hygroscopique important. Une fois saturés d'eau, ces agents maintiennent un certain degré d'humidité au niveau de la couche cornée et permettent de suppléer au déficit hydrique des couches superficielles. Ces agents vont en quelque sorte se substituer à l'insuffisance ou à la défaillance du NMF. Les

agents humectants les plus couramment utilisés sont les lipoaminoacides, l'urée, l'acide pyrrolidone-carboxylique, le lactate de sodium, l'acide lactique, les polyols (glycérol, sorbitol, propylène glycol), les sucres et esters de sucre, les glycosaminoglycanes et l'allantoïne (8, 12, 13).

3.2.2.2.3. Les actifs divers

Tout d'abord, l'efficacité des émoullients peut être renforcée par l'utilisation de dérivés mimant les composés lipidiques endogènes de la couche cornée en s'incorporant au ciment inter-cornéocytaire et en le réparant. Les lipides choisis sont les plus proches possibles des constituants de ce ciment inter-cornéocytaire. Ainsi, les céramides, le cholestérol et ses esters, les phospholipides et les acides gras essentiels (linoléique et linolénique) vont permettre une réparation de la couche cornée et une diminution de la perte en eau (10, 13).

Les émoullients peuvent comporter de nombreux produits additifs parmi lesquels les agents kératolytiques (acide salicylique, α -hydroxyacides ou AHA, polyhydroxyacides, vitamine PP). Ces agents vont lyser les kératinocytes et donc dissoudre la couche cornée. Ils vont ainsi diminuer la rugosité cutanée et rendre la peau plus douce (8).

De façon variable, d'autres composants viennent compléter la formule de chaque produit : vitamines (A, C, E), parfums, conservateurs, protéines d'avoine ou de blé,... (14, 26).

3.2.3. CHOIX DE L'EMOLLIENT

L'évaluation de l'efficacité d'un émoullient reste difficile car elle est non standardisée. Le choix du produit est donc fondé sur d'autres critères : présence de composants actifs, composition du produit, tolérance et absence de toxicité, forme galénique et rôle de l'excipient, bonne appréciation et coût du produit (9, 12).

3.2.3.1. Tolérance

Le produit choisi doit être bien toléré et non irritant. Leur application ne doit jamais être suivie de picotement ou d'érythème. Compte tenu du risque de développer un eczéma de

contact en cas de DA, le choix de l'émollient devra tenir compte des composants identifiés comme allergènes de contact (tableau VII). L'attitude sera alors d'éviter les émollients qui contiennent ces agents sensibilisants (26, 53).

Allergène potentiel présent dans les émollients	Fréquence de sensibilisation chez l'enfant	Fréquence de sensibilisation chez l'adulte
Fragrances	9,5%	11,7%
Lanoline	8,6%	2,4%
Baume du Pérou	4,7%	12,3%
Thiomersal	2%	10,8%
Parabens	2%	1%
Formaldéhyde	1,7%	1,3%

Tableau VII : Constituants identifiés comme sensibilisants potentiels (26)

3.2.3.2. *Forme galénique*

Au niveau de la forme galénique, les crèmes semblent plus adaptées au traitement des zones de faible surface (mains, visage). Les émulsions fluides sont plus agréables à utiliser car elles permettent de couvrir de grandes surfaces et possèdent un pouvoir de pénétration rapide. Les pommades, plus grasses et plus occlusives, sont préférées sur les zones très sèches (8, 12).

3.2.3.3. *Coût*

La plupart des émollients ne sont pas remboursés car ce sont des cosmétiques. Ce critère est important à prendre en compte dans le traitement d'une affection de longue durée. L'utilisation quotidienne voire biquotidienne représente pour le patient une dépense importante, et est souvent un obstacle à l'observance de la prescription. Les tubes et flacons de grande contenance seront privilégiés. Cependant, certains produits font exception à cette règle : c'est le cas des préparations magistrales et du DEXERYL®. Le remboursement est réservé aux xéroses sévères ou secondaires à une cause médicale (8, 12).

3.2.4. EMOLLIENTS DISPONIBLES

L'utilisation des émollients est très ancienne. Aujourd'hui, l'industrie cosmétique a développé de nombreux produits émollients disponibles à l'officine, et leur marché ne cesse d'évoluer. Les objectifs sont le confort, la prévention et bien sûr le traitement de la xérose. Les laboratoires cosmétiques tentent continuellement de rendre leurs formules plus efficaces, plus performantes, et d'améliorer le plaisir d'utilisation lié à ces produits. Chaque laboratoire rivalise d'idées pour répondre aux attentes des consommateurs et aux tendances du moment. Voici les principaux émollients proposés dans la prise en charge de la DA (la liste n'étant pas exhaustive) (10, 14).

3.2.4.1. A-DERMA

La formulation des produits de la gamme A-DERMA repose sur l'utilisation de l'avoine Rhéalba®. Cette avoine (figure 13) est composée de substances amylacées (amylose, amylopectine) qui forment au contact de l'eau de perspiration un film hydratant et protecteur de l'épiderme, qui retiennent les protéines et empêchent l'adhésion des bactéries à leur support. Elle comporte également des protéines impliquées dans la modulation des réactions inflammatoires et immunitaires. Enfin, elle contient des substances lipidiques (glycérides et phospholipides) qui nourrissent et protègent l'épiderme, ainsi que de façon minoritaire, des composés ioniques, des oligoéléments, et des polyphénols (54).



Figure 13 : Avoine (54)

Par ses composées naturels, l'avoine Rhéalba® possède des propriétés émollientes et hydratantes, anti-inflammatoires, cicatrisantes, protectrices et anti-radicalaires (54, 55).

Les produits Exomega sont particulièrement adaptés aux peaux atopiques. Ils permettent de restaurer la barrière cutanée et de réduire la sécheresse cutanée. La formulation comporte de la vitamine B3, appelée également vitamine PP ou nicotinamide. Celle-ci stimule la biosynthèse des céramides et renforce ainsi la barrière cutanée et les défenses naturelles de la peau. La présence d'avoine permet également aux produits de calmer les irritations et le prurit (55).

Les émollients Exomega (tableau VIII) s'appliquent en dehors des poussées, à raison de deux applications par jour après la toilette. Ils sont tous formulés sans parfum, sans paraben et sans lanoline (55).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Crème Exomega 	-extrait polyphénolique d'Avoine Rheaba® 0,5% -huile d'onagre (acides gras omega 6) 2,5% -vitamine B3 1% -phase émolliente 26,5% -glycols hydratants 8% -conservateurs		-visage et corps -xéroses sévères
Lait Exomega 	-extrait polyphénolique d'Avoine Rheaba® 0,5% -huile d'onagre (acides gras omega 6) 1,5% -vitamine B3 1% -phase émolliente 24,5% -glycols hydratants 5% -conservateurs	-texture fluide	-corps -xéroses modérées
Baume Exomega 	-extrait polyphénolique d'Avoine Rheaba® 0,5% -huile d'onagre (acides gras omega 6) 2,5% -vitamine B3 1% -phase émolliente -glycols hydratants -conservateurs	-haut pouvoir relipidant	-corps -xéroses très sévères

Tableau VIII : Les émollients A-DERMA (55)

3.2.4.2. AVENE

Les Laboratoires dermatologiques Avène proposent une gamme de produits formulés à base d'eau thermale d'Avène. Cette eau possède des propriétés anti-irritantes, apaisantes et adoucissantes Les émollients Avène (tableau IX) hydratent la peau, la nourrissent et réparent la barrière cutanée. Ils apaisent également la peau et procurent une sensation de confort. Ils s'appliquent une à deux fois par jour (56, 57).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Cold cream 	-eau thermale d'Avène 36,6% -cire blanche d'abeille 10% -huile de paraffine -parabens -parfum	-hypoallergénique	-visage et corps -peaux très sèches
Cold cream émulsion corporelle 	-eau thermale d'Avène 59% -cold cream d'Avène 5% -huile de coco -huile de carthame -huile de sésame -allantoïne -parabens -parfum	-hypoallergénique -flacon pompe	-corps -peaux sèches à très sèches
TriXéra 	-eau thermale d'Avène 50% -trio lipidique végétal 1,10% (céramides, acides gras essentiels, stérols) -glycocolle 1% -huile de coco 6% -glycérine 6% -alcool benzylique -EDTA	-calme le prurit -reconstruit le ciment intercellulaire -sans parfum -sans paraben -hypoallergénique	-visage et corps -sécheresse cutanée intense -déposer sur les mains et chauffer la crème -appliquer en massant par mouvements circulaires sans frotter -ne pas appliquer sur les lésions suittantes

Tableau IX : Les émollients AVENE (31, 56, 57)

3.2.4.3. BIODERMA

Le Laboratoire dermatologique BIODERMA a développé les produits Atoderm destinés aux peaux sèches et atopiques. Leur formulation est basée sur la présence d'un complexe vaseline/glycérine, qui répare la barrière cutanée et hydrate les couches superficielles de l'épiderme. La vitamine E apaise et diminue la réactivité cutanée. La vitamine PP, quant à elle, favorise la synthèse naturelle des lipides inter-cornéocytaires, ce qui permet de restaurer la barrière cutanée (58).

Pour une tolérance optimale, les émoullients Atoderm (tableau X), ne comportent pas d'urée, pas de parfum et pas d'acides gras essentiels. Ils s'appliquent une à deux fois par jour (58).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Atoderm crème 	-complexe vaseline/glycérine -vitamine E -théophylline -complexant des métaux	-texture riche -flacon pompe pratique	-visage et corps
Atoderm lait 	-complexe vaseline/glycérine -vitamine E -complexant des métaux	-texture légère -s'étale facilement	-en relais d'Atoderm crème
Atoderm PP crème 	-complexe vaseline/glycérine -vitamine PP 4% -glycocolle -vitamine E	-stimule l'autoréparation de la barrière cutanée -diminue le prurit -sans paraben	-visage et corps -xéroses sévères

Tableau X : Les émoullients BIODERMA (58)

3.2.4.4. DERMAGOR

Les produits DERMAGOR, réunis dans le tableau XI, sont enrichis en actifs hydratants et surgraisants. Ils permettent une réparation de la barrière cutanée et une protection renforcée. Ces produits sont très bien tolérés par les peaux atopiques (16, 31).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Cold cream lipoaminé 	-cire blanche d'abeille -huile de vaseline -esters d'acide gras -acide stéarique -polyoéthylèneglycol -lipoaminoacides -eau de rose	-sans conservateur -peu parfumé	-visage et corps -nourrissons, enfants, adultes
Atopicalm soin émollient 	-huile de vaseline 7% -glycérine 4% -huile de noyaux d'abricots -base hydratante filmogène 5% -conservateurs dont parabens -parfum	-freine la perte en eau -apaise les irritations	-visage et corps -nourrissons, enfants, adultes -en cas de dessèchement intense, appliquer le soir en couche épaisse comme un masque et laisser pénétrer quelques minutes avant de retirer l'excédent si nécessaire

Tableau XI : Les émollients DERMAGOR (16, 31)

3.2.4.5. DUCRAY

Les soins Ictyane des Laboratoires dermatologiques DUCRAY ont une composition originale basée sur le complexe glycérine/vaseline. La glycérine capte l'eau et la concentre dans l'épiderme, constituant ainsi un réservoir d'hydratation pour la peau. La vaseline, dispersée en microgouttelettes au sein de la glycérine, forme un film protecteur à la surface de la peau. Grâce à ce complexe glycérine/vaseline particulièrement adapté et toléré, les soins Ictyane reproduisent le film hydrolipidique naturel, restaurent la barrière cutanée et préservent l'équilibre de la peau. Ils hydratent et maintiennent le taux d'hydratation cutanée (59).

Les travaux de recherche ont permis d'incorporer de l'hydroxydécine®, actif issu de la gelée royale. C'est le premier inducteur d'hydratation physiologique qui stimule la synthèse de protéines jouant un rôle dans l'hydratation (NMF). Des actifs apaisants, comme l'alcool batylique ou l'acide β glycyrrhétinique, sont ajoutés dans le baume corporel (59).

Les émollients Ictyane (tableau XII) sont destinés aux soins des peaux sèches, allant de la simple sécheresse dermatologique au dessèchement cutané sévère. Ils répondent parfaitement aux attentes des sujets atopiques et s'appliquent matin et/ou soir, en massant légèrement (59).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Ictyane légère émulsion 	-vaseline non occlusive 6% -glycérine saturée en eau 7% -parfum -conservateurs	-texture légère	-visage -peaux sèches
Ictyane crème 	-vaseline non occlusive 8% -glycérine saturée en eau 15% -excipient -parfum -conservateurs dont parabens	-texture riche	-visage et corps -peaux sèches
Ictyane H.D. hydroxydécine® 	-hydroxydécine® 0,01% -complexe vaseline/glycérine 25% -beurre de karité 2,5% -conservateurs	-relance le mécanisme physiologique de l'hydratation -sans parfum -sans paraben	-visage -peaux très sèches
Ictyane lait corporel 	-glycérine 6% -vaseline liquide 6% -huile de carthame 4% -parfum -conservateurs dont parabens	-flacon pompe	-corps -peaux sèches
Ictyane baume corporel 	-vaseline fluide 6% -glycérine 5% -huile de carthame 10% -huile de coco 9% -acide β glycyrrhétinique 0,05% -alcool batylique 0,25% -conservateurs	-sans parfum -sans paraben -texture riche et fluide -flacon pompe	-corps -peaux très sèches et irritées

Tableau XII : Les émollients DUCRAY (59)

3.2.4.6. EUCERIN

Eucerin propose une gamme de produits destinés aux peaux sèches, y compris les peaux atopiques. La formulation de ces produits est basée sur l'association d'urée et d'acide lactique. En effet, toutes les peaux sèches présentent un déficit en urée (figure 14) (60, 61).

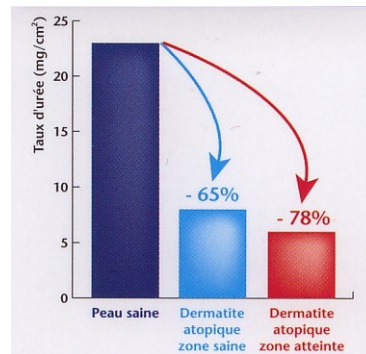


Figure 14 : Taux d'urée cutané chez le sujet sain et atopique (60)

L'urée est un facteur d'hydratation naturel (NMF) et rétablit la composition de la barrière hydrolipidique. L'acide lactique stabilise l'urée et empêche sa dégradation. C'est également un constituant du NMF. Enfin, il stabilise le pH physiologique de la peau. L'action synergique de ces deux agents permet une hydratation intense (figure 15) (60).

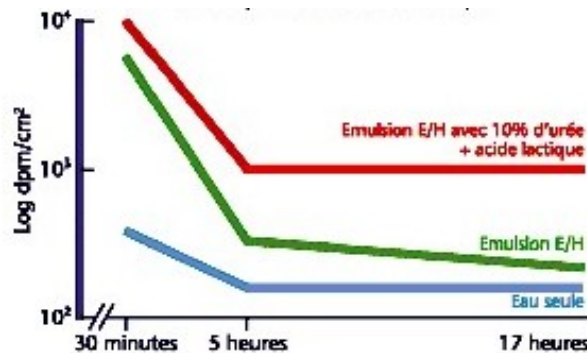


Figure 15 : Capacité de rétention d'eau après application du complexe urée + acide lactique (60)

L'efficacité de cette association, est bien connue, mais son utilisation reste controversée. Cependant, les études menées par les laboratoires dermatologiques Eucerin sur des patients atteints de dermatite atopique démontrent l'efficacité, la rémanence et la bonne tolérance des produits. De plus, ces produits présentent une facilité d'étalement et une bonne odeur, la

parfaite stabilisation de l'urée étant la clé de l'absence de mauvaise odeur (due à la transformation de l'urée en ammoniacque) (61).

Les émollients Eucerin (tableau XIII).permettent d'hydrater efficacement la peau, de réduire les sensations de tiraillement, et d'apporter souplesse et confort à la peau. Ils soulagent également les irritations et réduisent l'incitation au grattage. Ils présentent une excellente tolérance, ainsi qu'une bonne rémanence. Ils sont formulés sans parfum, sans colorant et sont hypoallergéniques (60).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Crème visage 	-urée 3% -acide lactique -glycérine -lanoline -triglycérides -parabens	-émulsion L/H légère	-visage -peaux sèches à très sèches
Crème corporelle 	-urée 7% -acide lactique -glycérine -triglycérides -squalanes -parabens	-émulsion L/H légère	-corps -peaux sèches à très sèches
Emollient 	-urée 10% -acide lactique -paraffine -glycérine -triglycérides	-émulsion H/L -sans paraben -sans lanoline	-corps -peaux très sèches -en traitement adjuvant des dermocorticoïdes
Emollient spécial enfants 	-urée 3% -acide lactique -paraffine -glycérine -triglycérides -parabens -bisabolol	-émulsion H/L	-corps -sécheresses cutanées de l'enfant à partir de trois ans

Tableau XIII : Les émollients EUCERIN (60, 62)

3.2.4.7. LA ROCHE-POSAY

Les soins La Roche-Posay sont formulés à base d'eau thermale de La Roche-Posay. Celle-ci est une association unique de sels minéraux et d'oligoéléments, dont le sélénium, conférant à cette eau des propriétés apaisantes, adoucissantes, décongestionnantes et anti-radicalaires. Le choix des matières premières est fondé sur des critères d'innocuité et de qualité, garantissant ainsi une tolérance maximale des produits et limitant les effets secondaires (63, 64).

Les émollients La Roche-Posay (tableau XIV) s'appliquent une à deux fois par jour. Ils permettent de rétablir et de maintenir l'hydratation de l'épiderme. Ils restaurent également le film hydrolipidique et renforcent la barrière cutanée (63).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Hydranorme 	-Eau thermale -squalane -huile de paraffine -huile de vaseline -glycérine -cire d'abeille -parfum	-émulsion H/L	-visage -peaux sèches et délipidées de l'enfant et de l'adulte -peaux fragilisées par les traitements
Xéroderm 	-eau thermale -glycérine -beurre de karité 5% -urée -allantoïne -bisabolol -huile de paraffine -parabens -parfum	-émulsion L/H -apaisant	-corps -sécheresse cutanée de toutes origines
Lipikar 	-eau thermale -beurre de karité 10% -lipoaminoacides végétaux -glycérine -allantoïne -α-bisabolol -huile de paraffine -parabens -parfum	-émulsion L/H -texture fine -haut pouvoir relipidant -limite l'incitation au grattage	-corps -sécheresse sévère de l'enfant et de l'adulte -appliquer en massant légèrement
Lipikar baume 	-eau thermale -beurre de karité 20% -glycérine 10% -huile de canola -glycérine -glycine -paraffine liquide	-émulsion L/H -forte rémanence du fait de sa texture oléosome -apaisant et anti-prurigineux -sans paraben -sans parfum -sans urée	-corps -sécheresse très sévère et irritations de l'enfant et de l'adulte -une application par jour

Tableau XIV : Les émollients LA ROCHE-POSAY (31, 63, 64)

3.2.4.8. LUTSINE

Les produits XERAMANCE de la gamme LUTSINE (tableau XV) sont hydratants et relipidants. Grâce à l'apport topique de céramides et d'acides gras, ils reconstituent la barrière cutanée. Ils sont hypoallergéniques, non comédogènes et très bien tolérés par les peaux atopiques (16, 31).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
XERAMANCE crème de soin corporelle émolliente 	-huile d'onagre 2% -céramides 0,1% -glycérine 5% -beurre de karité 5% -cholestérol 0,01% -AGE -parabens	-texture non grasse	-visage et corps
XERAMANCE PLUS crème corporelle 	-AGE -céramides -cholestérol -glycérine -beurre de karité -paraffine liquide -extrait naturel d'algues -parabens	-réduit l'incitation au grattage -relipidant	-visage et corps -peaux extrêmement sèches

Tableau XV : Les émollissants LUTSINE (16, 31)

3.2.4.9. MUSTELA

Les laboratoires EXPANSCIENCE® ont conçu les produits Mustela, destinés à répondre aux besoins spécifiques de la peau des nourrissons et des enfants. Tous les produits sont hypoallergéniques et de haute tolérance. Ils sont formulés sans parfum, sans colorant et sans paraben (65).

La gamme Stelatopia® est particulièrement destinée aux peaux atopiques. Elle repose sur un concept unique : la relipidation Active®. Ce concept est basé sur la présence de l'oléodistillat de tournesol, permettant de stimuler la biosynthèse des lipides défaillants (65).

Les émollients Mustela (tableau XVI) hydratent durablement, nourrissent la peau et renforcent la barrière cutanée. Ils restaurent également le film hydrolipidique. Enfin, ils apaisent les irritations et redonnent souplesse et confort à la peau (65, 66).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Cold cream nutri-protecteur 	-huile d'amande douce -huile de maïs -cire d'abeille -beurre de karité -céramides	-texture riche	-visage et corps -peaux très sèches
Lait corps au cold cream 	-cold cream : glycérine, cire d'abeille, huile de ricin) -huiles végétales -céramides	-texture riche	-corps -peaux très sèches
Stelatopia® Crème émolliente 	-oléodistillat de tournesol -céramides -acides gras essentiels -cholestérol -glycérine -triglycérides -esters de sucrose	-sans parfum -sans paraben	-visage et corps -peaux très sèches et à tendance atopique

Tableau XVI : Les émollients MUSTELA (65, 66)

3.2.4.10. SAINT-GERVAIS

La gamme Eczéane est une gamme de produits recommandée pour les peaux atopiques. Elle est destinée aux bébés, enfants et adultes. Tous les produits sont formulés à base d'eau thermale de Saint-Gervais, très riche en minéraux et oligoéléments (67, 68).

Les émollients Eczéane (tableau XVII) hydratent, nourrissent et protègent la peau. Ils laissent la peau douce, confortable et douce. Ils sont formulés sans parfum, sans colorant, sans conservateur pour diminuer le risque de réactions allergiques (67).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Eczéane, Cold cream thermal 	-eau thermale de Saint-Gervais 20% -acides gras -cetyl palmitate -cire d'abeille -paraffine -vaseline	-nourrit de façon durable	-visage et corps -appliquer en massant légèrement
Eczéane, Crème émolliente thermale 	-eau thermale de Saint-Gervais 60% -glycolipides -acides gras -glycérine -paraffine galactomannanes -vitamine A -vitamine E -pro-vitamine B5 -panthénol -extrait végétal de ficaire	-apaise	-visage et corps -appliquer en massant légèrement

Tableau XVII : Les émollients SAINT-GERVAIS (67, 68)

3.2.4.11. SVR

La gamme Topialyse des laboratoires SVR est destinée aux peaux atopiques du bébé et de l'adulte. Elle garantit une tolérance optimale car les formules sont sans parfum, sans conservateur et sont testées hypoallergéniques (39).

Les produits Topialyse (tableau XVIII) ont une action émolliente et restructurante grâce à l'huile de bourrache et à la vitamine E qu'ils contiennent. Ils hydratent et apportent souplesse et confort à la peau. La présence de L-fructose, de cucurbitine et de glycyrrhizinate de potassium, confère aux produits une action anti-prurigineuse. L'allantoïne et la glycine sont, quant à elles, responsables de l'effet apaisant et antibactérien. Ces émollients s'appliquent deux fois par jour (40).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
Topialyse plus crème intensive 	-huile de bourrache 1% -vitamine E 1% -L-fructose 3% -glycérine -beurre de karité -cucurbitine 0,2% -dipotassium glycyrrhizinate 0,1% -glycine 1% -allantoïne 0,3%	-émulsion H/L	-visage et corps -en période de poussées
Topialyse fluide lait ou spray 	-huile de bourrache 0,5% -vitamine E 0,5% -L-fructose 1,5% -glycérine -beurre de karité -cucurbitine 0,1% -dipotassium glycyrrhizinate 0,05% -glycine 1% -allantoïne 0,3%	-émulsion L/H -flacon pompe	-corps -en période de rémission -en relais de la crème

Tableau XVIII : Les émollients SVR (39, 40)

3.2.4.12. URIAGE

Les laboratoires Uriage ont développé une gamme de produits basée sur la présence d'eau thermale d'Uriage. L'isotonicité de celle-ci ainsi que sa très forte concentration en oligoéléments et sels minéraux en font une eau unique. Elle est notamment très riche en calcium et non en calcaire, ce qui calme et apaise les peaux agressées. Elle est également concentrée en zinc et cuivre, donc protège la peau. Enfin, elle est riche en manganèse, limitant ainsi les agressions par les radicaux libres (69).

Dans cette gamme, on retrouve des émollients ainsi que des produits de soins aseptisants et apaisants, principalement utilisés lors de l'atopie. Ils sont formulés sans parfum et sans paraben. Les émollients Uriage (tableau XIX) restaurent la barrière cutanée et reconstituent le film hydrolipidique. Ils apaisent et apportent un confort à la peau (69).

Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
cold cream 	-eau thermale d'Uriage 30% -glycérine -vaseline 5% -cire d'abeille 5%	-texture riche -nourrit intensément	-visage et corps -peaux très sèches et sensibles
Crème hydrolipidique 	-eau thermale d'Uriage 30% -huile de pépin de framboise (acides gras essentiels omega 3 et 6) -actifs surgraisants	-émulsion H/L	-visage -peaux très sèches et délipidées
Crème émolliente 	-eau thermale d'Uriage 30% -huile de pépin de framboise (acides gras essentiels omega 3 et 6) -actifs surgraisants	-émulsion L/H	-visage et corps -peaux sèches et très sèches
Crème émolliente externe 	-eau thermale d'Uriage 30% -oligo-saccharides -huile de pépin de framboise (acides gras essentiels omega 3 et 6) -squalanes -stérols végétaux	-émulsion H/L	-visage et corps -peaux très sèches

Tableau XIX : Les émollients URIAGE (69, 70)

3.3. LES PRODUITS D'HYGIENE

La qualité première d'un produit lavant est sa détergence. On appelle « détergent » toute substance capable de nettoyer la peau, c'est-à-dire d'enlever les impuretés (poussières, corps gras, sécrétions organiques, microorganismes). Comme certaines substances sont seulement solubles dans les corps gras, il est nécessaire d'avoir recours à des produits capables d'émulsifier ces lipides en fines gouttelettes qui pourront ensuite être éliminées par le rinçage (71, 72).

3.3.1. LES SAVONS

3.3.1.1. Définition

Les savons sont des sels d'acides gras obtenus par réaction de saponification, c'est-à-dire par action d'une base minérale (soude ou potasse) sur un corps gras d'origine animale (suif) ou végétale (huiles de d'olive, de palme...). Divers additifs peuvent être ajoutés tels que des parfums, des colorants, des surgraissants, des antiseptiques, des conservateurs,... (11)

3.3.1.2. Propriétés

Au contact de l'eau, les savons s'hydrolysent et libèrent une base, donnant alors une solution de pH 9 ou 10 et élevant ainsi le pH cutané. A cause de leur fort pouvoir détergent, certains savons peuvent éliminer totalement le film hydrolipidique, provoquant une sécheresse de l'épiderme avec une impression de chaleur, de brûlure et la formation d'un érythème : c'est l'effet savon. Cependant, les savons ont pour avantages d'être simples, économiques et pratiques d'utilisation (11, 72).

3.3.1.3. Les différents types de savon

3.3.1.3.1. Le savon de Marseille

Il est composé de 72% de corps gras. C'est le type même du savon sans aucun additif, atteignant parfois un pH très basique. Ce savon n'est cependant pas conseillé en cas de dermatite atopique car il est très desséchant (11, 72).

3.3.1.3.2. Le savon de toilette

Il est composés de 76% de corps gras et contient des parfums, des opacifiants, des colorants et des surgraissants. Ce savon est déconseillé aux peaux atopiques malgré son moindre pouvoir desséchant (11, 72).

3.3.1.3.3. Le savon surgras

Le savon surgras est un savon enrichi en corps gras (dérivés de lanoline, dérivés d'huile de ricin, lécithine, huile d'amande douce ou de bourrache, cold cream...). Il est de ce fait moins irritant. Il réduit l'effet agressif du savon, respecte le film hydrolipidique et protège la peau (12, 52, 72).

Les savons surgras ont largement montré leur efficacité dans la prise en charge de la xérose. Ils existent sous forme solide et liquide (tableau XX) (12).

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques
<u>DERMAGOR</u>	Savon surgras	-huile d'amandes douce -huile de coco -huile de palme -lipoaminoacides	-forte teneur en lipoaminoacides et acides gras essentiels
<u>LA ROCHE POSAY</u>	Lipikar surgras savon liquide	-lipoaminoacides -beurre de karité -glycérine	-surgraisant -sans conservateur
	Septiane surgras liquide	-base lavante douce 16% -glycérine 2% -triclosan 0,5% -lipoaminoacides 0,75%	-diminue la prolifération des micro-organismes -sans parfum -sans conservateur
<u>MUSTELA</u>	Savon surgras au cold cream	-base lavante douce (extraits naturels de palme) -cold cream (glycérine, cire d'abeille, huile de ricin)	-renforce la fonction barrière cutanée

Tableau XX : Exemples de savons surgras (31, 58, 63, 63, 65, 66)

3.3.2. LES SYNDETS

Les inconvénients des savons ont conduit à rechercher de nouveaux produits. C'est ainsi que sont apparus les syndets, qui sont des détergents synthétiques. L'expression populaire « syndet » vient des syllabes « syn » pour synthétique et « det » pour détergent (62).

3.3.2.1. Définition

Les syndets sont également appelés pains dermatologiques ou pains sans savon. Ils sont constitués de tensioactifs de synthèse peu agressifs. Ils contiennent également des adjuvants analogues à ceux des savons classiques : opacifiants, plastifiants, colorants, parfums, agents surgraisants et adoucissants ... Leur composition et leur fabrication étant plus complexes que celles des savons, cela les rend plus onéreux (12, 52, 72).

Les syndets sont de plus en plus utilisés en remplacement des savons pour l'hygiène des peaux sensibles ou atopiques. Il en existe différents types : surgras, antiseptiques, soufrés... On les trouve également sous deux formes, solide ou liquide (figure 16) (11, 52).



(A) (B)
Figure 16 : Exemple de syndet solide (A) et liquide (B) (56, 63)

3.3.2.2. Propriétés

Les syndets possèdent des caractéristiques spécifiques. Ils ne s'hydrolysent pas en solution et leur pH est adapté au pH cutané, par addition d'un acide faible. Leur mousse est moins abondante, moins stable, et plus difficile à rincer que celle des savons (11).

Les syndets nettoient la peau en douceur et en respectant l'équilibre physiologique cutané. Ils reconstituent le film hydrolipidique et protègent l'épiderme du dessèchement (42, 55).

3.3.2.3. Syndets disponibles à l'officine

Du fait de leurs avantages, les syndets occupent une place de choix dans l'hygiène cutanée, notamment pour les peaux pathologiques. Ainsi, de nombreux syndets sont disponibles à l'officine (tableau XXI). Ils nécessitent un rinçage soigneux car leur mousse, pourtant moins abondante, s'élimine moins bien que celle des savons. Il convient cependant d'éviter les eaux calcaires et minérales qui favorisent le dessèchement de la peau (12, 62, 72).

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques
<u>ADERMA</u>	Pain dermatologique au lait d'avoine Rhéalba®	-extrait total d'Avoine Rheaba® 12% -agent surgraisant 32% -complexe d'hémisulfosuccinates et d'iséthionate d'alcool gras -pH 6,5	-apaisant -sans parfum -sans colorant -sans conservateur
<u>AVENE</u>	Pain surgras au cold cream sans savon	-cold cream d'Avène 2% -huile de palme 1% -teneur totale en actifs surgras 26,2% -parfum	-très bonne tolérance -hypoallergénique
<u>DUCRAY</u>	Ictyane pain surgras sans savon	-complexe vaseline/glycérine 2,5% -complexe surgraisant 30% -beurre de karité 1,5% -base lavante douce -parfum	-sans colorant -sans conservateur
<u>LA ROCHE POSAY</u>	Lipikar pain surgras	-lipoaminoacides -beurre de karité -glycérine	-surgraisant -sans conservateur
<u>MUSTELA</u>	Stelatopia® pain surgras sans savon	-tensioactifs très doux -agents surgraisants et anti- desséchants -concentrat de tournesol	-apaisant -sans parfum -sans conservateur
<u>SAINT- GERVAIS</u>	Eczéane pain surgras sans savon	-eau thermale Saint-Gervais -base lavante douce sans savon -acides gras -extrait de calendula -bioprotéines de blé -agents surgraisants	-apaisant -surgraisant -sans parfum -sans colorant -sans conservateur
<u>URIAGE</u>	Surgras liquide	-eau thermale d'Uriage 30% -agents surgraisants -agents hydratants -tensioactifs	-apaisant -sans paraben
	Pain sans savon Cu- Zn	-eau thermale d'Uriage 30% -pidolate de cuivre 0,5% -pidolate de zinc 0,25% -actifs surgraisants 2%	-aseptisant -sans conservateur

Tableau XXI : Exemples de syndets (31, 55, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 69, 70)

3.3.3. LES GELS

Les gels constituent une forme pharmaceutique très utilisée, notamment en cosmétique. Etant totalement aqueux (95 à 99%), ils ne peuvent contenir que des matières premières hydrosolubles ou solubilisées. De plus, étant filmogènes, ils ont tendance à maintenir leurs constituants à la surface de la peau. La texture gel est obtenue grâce à la présence d'un gélifiant (dérivés de la cellulose, gomme xanthane, carbomères, dérivés acryliques ou cyanoacrylique). Les gels nettoyants sans savon (tableau XXII) sont plus adaptés aux peaux sèches, sensibles et irritées (10, 72).

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques
<u>ADERMA</u>	Gel au lait d'avoine Rhéalba®	-extrait total d'Avoine Rheaba® 5% -agent surgraissant 4,3 -glycérine 1% -base nettoyante douce -pH 6,5 -conservateurs dont parabens	-sans savon
<u>AVENE</u>	Gel nettoyant surgras au cold cream	-eau thermale d'Avène 38% -actifs surgraissant 12% dont -cold cream 2% -base lavante douce -triclosan -pH=6,5	-sans savon -sans parfum -hypoallergénique
<u>BIODERMA</u>	Atoderm gel nettoyant surgras	-base lavante douce surgraissante -sulfate de cuivre -sulfate de zinc -glycérine	-sans savon -sans parfum -sans colorant -sans conservateur -sans cocamidopropylbétaine
<u>EUCERIN</u>	Eucerin® peau sèche gel nettoyant	-urée 5% -acide lactique -glycérine -sorbitol	-sans savon -sans parfum -sans paraben -sans colorant -dès 3 ans

Tableau XXII : Exemples de gels nettoyants (31, 55, 56, 57, 58, 60, 62)

3.3.4. LES GELS-CREMES OU CREMES DE DOUCHE

Les gels-crèmes sont très proches des émulsions. Ce sont des gels dans lesquels ont été incorporés de petites quantités d'huile végétale ou synthétique. De texture plus épaisse et plus riche que les gels classiques, ils laissent sur la peau un film hydratant protecteur, ce qui est idéal pour les peaux sèches. Souvent élaborés sans savon, ils contiennent des surgraisants, des hydratants et un solubilisant. Ainsi, ils nettoient la peau en douceur, hydratent efficacement et restaurent le film hydrolipidique. Ils redonnent souplesse et confort à la peau (10, 51, 72).

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques
<u>DUCRAY</u>	Ictyane crème de douche	-vaseline 2% -glycérine + PEG 10% -agent filmogène 11% -base lavante douce -pH neutre -conservateurs : phenoxyethanol, acide sorbique -parfum	-sans savon -s'utilise sur visage et corps -devient « lait » au contact de l'eau -donne une sensation de confort immédiat
<u>LA ROCHE POSAY</u>	Lipikar syndet gel-crème	-base lavante douce synthétique -dérivé de beurre de karité -glycérine -pH5,5 -EDTA anti-calcaire	-surgraisant -sans savon -sans parfum -sans conservateur -faire mousser sur le corps préalablement mouillé
<u>MUSTELA</u>	Gel-crème nettoyant au cold cream mustela	-cold cream : glycérine, cire d'abeille, huile de ricin -tensioactifs très doux -agents surgraisants -complexe végétal à base de lipides et vitamine F -céramides	-sans savon -ne pique pas les yeux
	Stelatopia® crème lavante	-tensioactifs très doux -agents surgraisants et anti-desséchants -oléodistillat de tournesol -glycine	-apaisant -sans savon -sans parfum -sans paraben
<u>SVR</u>	Topialyse gel-crème lavant	-huile de bourrache 0,2% -vitamine E 0,5% -glycine 5% -glycérine 3%	-texture riche -favorise la restructuration de l'épiderme -sans savon -sans parfum -sans conservateur -sans cocamidopropylbétaine

Tableau XXIII : Exemples de gels-crèmes (39, 40, 59, 63, 64, 65, 66)

3.3.5. LES HUILES DE BAIN

Les huiles de bain sont des huiles hydrodispersibles. Elles contiennent une grande proportion d'un tensioactif généralement non ionique qui permet à l'huile d'être, en partie, solubilisée et de se disperser convenablement dans l'eau du bain. Certaines huiles peuvent s'appliquer directement sur la peau. Le tensioactif est alors éliminé par rinçage et le film gras demeure à la surface cutanée (6, 10).



Figure 17 : Exemples d'huiles pour le bain (57, 66)

Les huiles de bain vont compléter l'action des crèmes corporelles. Elles sont hydratantes, nourrissantes, apaisantes et adoucissantes. Certaines huiles sont également lavantes. Il n'y alors pas besoin de frotter ce qui évite l'irritation, et le film lipidique est préservé. Elles pallient l'effet desséchant de l'eau calcaire, en laissant sur la peau un film protecteur qui ne s'élimine pas au rinçage. Cependant, l'utilisation de ces huiles rend la baignoire glissante avec un risque de chute d'où une prudence à avoir lors de leur utilisation (6).

Les huiles disponibles à l'officine sont regroupées dans le tableau XXIV.

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
<u>ADERMA</u>	Exomega huile nettoyante	-extrait d'Avoine Rheaba® 1% -huile d'onagre (acides gras omega 6) 0,1% -base lavante sans savon -glycérine 10% -pH 5,7 -parfum hypoallergénique -teneur totale en corps gras 13%	-lavant -hypoallergénique	-sous la douche ou en dilution dans le bain -rincer et sécher sans frotter
	Exomega bain	-extrait d'Avoine Rheaba® 5% -huile d'onagre (acides gras omega 6) 1% -glycérine 20% -parfum hypoallergénique -conservateurs dont parabens	-non lavant -non moussant -ne rend pas la baignoire glissante	-en dilution dans le bain : 2 bouchons pour un enfant, 4 pour un adulte -ne pas rincer
<u>AVENE</u>	Trixéra	-trio lipidique 1,10% (céramides, acides gras essentiels, stérols) -glycocolle -eau thermale d'Avène -agents chélateurs	-non lavant -anti-prurigineux	-3 bouchons pour un adulte -1,5 à 2 bouchons pour un nourrisson ou enfant
	Huile corporelle	-eau thermale d'Avène 1% -huile d'avocat 4% -huile de calendula 3% -vitamine E -vitamine A -parfum	-non lavant -riche en acides gras essentiels -hypoallergénique	-en dilution dans l'eau du bain ou en légers massages sur le corps -peaux sèches et très sèches
<u>DERMAGOR</u>	Huile au jojoba	-huile de vaseline -huile de jojoba -acétate de tocophénol	-non lavant	-en dilution dans l'eau du bain ou sous la douche -pure sur le corps
<u>LA ROCHE</u> <u>POSAY</u>	Lipikar huile de bain	-beurre de karité 5% -huile de paraffine -octyldodécanol -parfum	-non lavant -sans conservateur	-2 à 3 bouchons dans l'eau du bain -sur le corps avant la douche
<u>MUSTELA</u>	Stelatopia huile de bain lactée	-phospholipides -oléodistillat de tournesol -huiles végétales (tournesol, amande douce, camomille) -ethylhexyl cocoate -vaseline -laureth-2	-lavant -diminue le prurit -sans savon -sans parfum -sans paraben	-2 à 3 bouchons dans l'eau du bain -directement sur la peau avant le bain -ne pas rincer
<u>SVR</u>	Topialyse	-huile de bourrache 0,2% -vitamine E 1,5%	-non lavant -sans parfum -sans conservateur -hypoallergénique	-2 bouchons pour un enfant, 2 à 4 pour un adulte -ne pas rincer

Tableau XXIV : Exemples d'huiles de bain (31, 39, 40, 55, 56, 57, 63, 64, 65, 66)

3.3. LES AUTRES PRODUITS COSMETIQUES UTILISES

3.3.1. LES SOINS PROTECTEURS

La crème barrière Exomega permet de protéger les peaux atopiques avant les bains de mer ou de piscine. Elle est formulée à base d'extrait d'Avoine Rhéalba®, de glycérine et de silicones non occlusives. Elle est filmogène, hydrophobe, et protège des effets irritants et desséchants de l'eau (figure 18) (42, 55).



Figure 18 : Effet protecteur de la crème barrière (42)

La crème barrière s'applique en dehors des poussées, avant le bain, et après le produit photoprotecteur si nécessaire. Elle est formulée sans parfum et est invisible sur la peau. Elle s'élimine sous la douche avec un produit doux (42, 55).

3.3.2. LES SOINS ASEPTISANTS

En plus d'être hydratants et émollients, les soins aseptisants (tableau XXV) ont l'avantage d'être antibactériens. Ils sont principalement indiqués en période de poussées afin de diminuer le risque de surinfection. Ces produits sont également apaisants et soulagent les peaux irritées.

Laboratoire	Produits	Composition	Caractéristiques	Utilisation
<u>BIODERMA</u>	Crème Atoderm P.O.zinc 	-complexe vaseline/glycérine -gluconate de zinc -vitamine E -théophylline -β sitostérols -piroctone olamine -parabens	-sans parfum	-en période de poussées
<u>SAINT-GERVAIS</u>	Crème aseptisante Eczéane 	-eau thermale -sulfate de cuivre -sulfate de zinc -oxyde de zinc -sulfate de manganèse -énoxolone -cire d'abeille	-sans parfum -sans colorant -sans conservateur -cicatrisant -protecteur	-1 à 2 fois par jour en période de poussées -visage et corps -sur peau propre et sèche
<u>SVR</u>	Crème Hydracuire 	-pidolate de zinc 0,5% -pidolate de cuivre 0,5% -pidolate de sodium 2% -allantoïne 0,5% -sorbitol -glycérol -acide lactique	-sans parfum -sans conservateur	-visage et corps -appliquer sur peau propre -masser pour faire pénétrer
<u>URIAGE</u>	Crème Cu-Zn 	-eau thermale d'Uriage 30% -pidolate de cuivre 0,5% -pidolate de zinc 0,25% -oxyde de zinc 1,5%	-sans parfum -sans conservateur -sans lanoline -sans sulfate	-visage et corps
	Spray Cu-Zn à la smectite 	-eau thermale d'Uriage 10% -smectite 2% -gluconate de cuivre 0,5% -gluconate de zinc 0,02% -pidolate d'arginine 0,1%	-sans parfum -absorbant -texture fluide	-2 applications par jour (ou plus si nécessaire) -bien agiter avant emploi -vaporiser et laisser sécher, ou masser très légèrement

Tableau XXV : Exemples de soins aseptisants (39, 58, 67, 68, 69, 70)

3.3.3. LES SOINS DERMO-REPARATEURS

Le soin dermo-réparateur Stelatria® (figure 19), du laboratoire MUSTELA, est destiné aux peaux sèches, irritées et atopiques des nourrissons et enfants. Sa formule unique comprend une triade d'oligo-éléments reconnus pour leurs propriétés dermo-réparatrices : cuivre, zinc et manganèse. En synergie avec cette triade sont ajoutés des actifs apaisants (glycine, salicylate de silanol), des lipides-clés du ciment intercellulaire (cholestérol, phytosphingosine), de l'oxyde de zinc et de la glycérine. Ces actifs complémentaires confèrent à ce soin des propriétés assainissantes, apaisantes, anti-prurigineuses, émollientes et hydratantes (66).



Figure 19 : Le soin dermo-réparateur Stelatria® (66)

Le soin Stelatria® est formulé sans parfum, sans colorant et sans conservateur. Il s'applique deux à trois fois par jour sur les zones irritées, préalablement nettoyées et séchées (66).

3.3.4. LES SOINS APAISANTS

Le gel apaisant Sedagel (figure 20), des laboratoires LA ROCHE POSAY, permet de diminuer l'incitation au grattage, prévient ses conséquences et rétablit le confort cutané. Il est principalement constitué d'eau thermale la Roche Posay et d'urée. Il s'applique en l'étalant sur la partie du corps concerné, en massant doucement. Il est possible de renouveler l'application si nécessaire (16, 63, 64).

CONCLUSION

Le rôle du pharmacien est important dans la prise en charge des patients atteints de dermatite atopique. Il doit répondre aux questions posées par les patients, en continuité avec la consultation médicale. Le traitement actuel, basé sur l'utilisation des dermocorticoïdes, est simple et souvent rapidement efficace. L'arrivée de nouveaux traitements comme les immunosuppresseurs topiques a représenté une innovation importante dans la prise en charge thérapeutique de cette pathologie. La délivrance du traitement doit être accompagnée de mesures préventives et d'hygiène, qui correspondent à des gestes simples. De plus, l'utilisation de soins dermocosmétologiques, tels que des émollients et des produits lavants doux, se révèle indispensable pour réparer la barrière cutanée et réduire la fréquence des poussées. Pour bien les conseiller, le pharmacien doit avoir une parfaite connaissance des produits et des gammes. Il doit connaître la composition, le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients des produits. Car, comme les médicaments, les produits cosmétiques nécessitent une bonne utilisation pour être efficaces. Aujourd'hui, l'efficacité du produit n'est plus le seul critère de choix d'un produit. Le patient s'intéresse également à la composition (parfum, parabens, ...), à la présentation, à la facilité d'utilisation, et surtout au prix. Le pharmacien doit alors adapter son conseil en fonction des désirs du patient. Le marché cosmétique ne cessant d'évoluer, il doit également remettre ses connaissances régulièrement à jour, d'autant plus que l'offre ne fait que s'accroître.

BIBLIOGRAPHIE

1-TAÏEB A. Dermatite atopique : définition, épidémiologie, histoire naturelle, gravité et scores.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132 : IS35-43.

2-Collège des Enseignants de Dermato-vénéréologie de France. Abrégé de dermatologie.

Paris : Edition Masson, 2003.

3-TAÏEB A. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 : 2S90-95.

4-GRIFFON C. La dermatite atopique de l'enfance.

Thèse Doct. Pharm., Bordeaux, 2004.

5-Congrès national de dermatologie pédiatrique. Actualités dans la dermatite atopique : nouvelle nomenclature, génétique et évolution naturelle.

Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 6S3-6S6.

6-POINT C. La dermatite atopique du nourrisson : physiopathologie, traitements et prise en charge à l'officine.

Thèse Doct. Pharm., Dijon, 2004.

7-MELISSOPOULOS A, LEVACHER C. La peau : structure et physiologie.

Edition Lavoisier Tec & doc, Editions médicales internationales, 1998.

8-MASSARD-TERLIER C. Les soins émollients : indication et évaluation.

Thèse Doct. Pharm., Nantes, 2003.

9-STALDER J-F. Hydratation cutanée et atopie.

Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 : 147-51.

10-MARTINI M-C. Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie.
Editions TEC & DOC, 2003.

11-MACHARD K. Dermocosmétologie : Conseil à l'officine.
Thèse Doct. Pharm., Nantes, 2004.

12-MAZEREEUW J., BONAFE J-L. La xérose.
Ann Dermatol Venereol 2002; 129 : 137-42.

13-MARTY J-P. NMF et cosmétologie de l'hydratation cutanée.
Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 : 131-6.

14-BODAK N., BODEMER C. Hydratation de la peau du nouveau-né, du prématuré.
Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 : 143-6.

15-PLANTIN P. Quelle est la place des thérapeutiques non immunosuppressives dans le traitement de la dermatite atopique ?
Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S73-8.

16-GUERIN E. Dermatite atopique et conseils à l'officine.
Thèse Doct. Pharm., Angers, 2006.

17-GARCIA G. Hyperéosinophilies d'origines allergiques.
Presse Med. 2006 ; 35 : 135-43.

18-NICOLAS J.-F, ROZIERES A., CASTELAIN M. Pathogénie de la dermatite atopique.
Presse Med. 2005 ; 34 : 78-80.

19-Résumé de la conférence de consensus. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant.
Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S19-33.

20-<http://dermatologie.free>
(Site consulté en septembre 2006)

21-<http://www.alformec.lu/bibliotheque.html>

(Site consulté en septembre 2006)

22-<http://icono.ulb.ac.be>

(Site consulté en septembre 2006)

23-CAMBAZARD F., MICHEL J-F. Dermatite atopique : diagnostic, évolution, traitement.
Rev Prat. 2000 ; 50 : 1355-1360.

24-DESCAMPS V. Les traitements actuels de la dermatite atopique chez l'adulte.
Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130 : 266-74.

25-CAMBAZARD F. Les traitements actuels de la dermatite atopique chez l'enfant.
Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130 : 2S61-5.

26-BORALEVI F. Quelles mesures adjuvantes faut-il conseiller au cours de la dermatite atopique de l'enfant ?
Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S79-85.

27-GUILLET G., GUILLET-OYHENART M.H. Coordination du traitement de la dermatite atopique.
Archives de pédiatrie 12 (2005) 909-911.

28-Collège des Enseignants de Dermato-vénérologie de France. Corticostéroïdes topiques cutanés.
Ann Dermatol Venereol 2002 ; 127 : A180-A185.

29-Doroz 2003.

30-LEBRUN-VIGNES B., CHOSIDOW O. Dermocorticoïdes.
Ann Dermatol Venereol 2004 ; 131 : 39-48.

31-Vidal 2005.

32-CAMBAZARD F. Utilisation des dermocorticoïdes au cours de la dermatite atopique de l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S64-7.

33-ROSSETTI G., LAFFITTE E., EIGENMANN P.A., LÜBBE J., HOHL D., HOFER M.F.
Traitement de la dermatite atopique : approche pratique.

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 501-4

34-RICHARD D., AZARIAS P. La dermatite atopique.

Le moniteur des pharmacies 2001 ; suppl 2415 : 2-15

35-DE PROST Y. Place des immunosuppresseurs topiques dans le traitement de la dermatite atopique de l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S68-72.

36-TAÏB A., BORALEVI F. Nouveaux traitements de la dermatite atopique.

Archives de pédiatrie 12 (2005) 491-497.

37-PIERARD G.E., PIERARD-FRANCHIMONT C., PAQUET P. Le tacrolimus topique (PROTOPIC®).

Rev Med Liege 2002 ; 57 : 8 : 552-555.

38-MALTHIEU F., GUILLET G., LARREGUE M. Azathioprine dans la dermatite atopique grave : 24 cas.

Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 168-70.

39-<http://www.labo-svr.com>

(Site consulté en septembre 2005)

40-Laboratoires SVR. Documentation Topialyse.

41- Laboratoires dermatologiques A-DERMA. D-A on line : actualités commentées sur la dermatite atopique.

42-Laboratoires dermatologiques Pierre Fabre. Documentation A-DERMA.

43-<http://www.ditopy.com>

(Site consulté en mars 2006)

44-<http://www.laroche-posay-shrp.com/thermal>

(Site consulté en août 2006)

45-La Roche Posay Station thermale de la peau.

Guide 2005.

46-Guide du curiste de la station thermale Avène.

Guide 2005.

47-<http://www.avene-centre-thermal.fr>

(Site consulté en août 2006)

48-STALDER J-F., BARBAROT S. L'école de l'atopie : l'éducation thérapeutique des patients atopiques.

Rev Prat. 2006 ; 15 ; 56 (3) : 273-6.

49-MASSON J-L. L'homéopathie de A à Z.

Paris : Edition Marabout, 2002.

50-HOUMARD A. Thérapeutique homéopathique en dermatologie.

Editions BOIRON S.A. France, 1992.

51-HERVE N. Les nouvelles formes dermocosmétiques.

Le moniteur des pharmacies, cahier conseil n°2435, mars 2002.

52-MARTINI M-C., SEILLER M. Actifs et additifs en cosmétologie.

Editions TEC & DOC, 3^{ème} édition, 2006.

53-PONS-GUIRAUD A., VIGAN M. Allergies et cosmétiques.
Edition Expansion Scientifique Française, 2003.

54-A-DERMA Avoine Rhéalba®. Dossier scientifique.

55-<http://www.dermaweb.com/dermato/aderma/gamme.html#>
(Site consulté en septembre 2005)

56-<http://www.eau-thermale-avene.com>
(Site consulté en mars 2006)

57-Laboratoires dermatologiques AVENE. Documentation laboratoire.

58-Laboratoire dermatologique BIODERMA. Documentation Atoderm.

59-Laboratoires dermatologiques DUCRAY. Documentation Ictyane.

60-Laboratoires dermatologiques EUCERIN. Documentation Eucerin peau sèche.

61-BACHOT N. La nouvelle réponse aux problèmes des peaux sèches.
Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie ; 2004 ; suppl 133 ; 3-7.

62-<http://www.eucerin.fr>
(Site consulté en août 2006)

63-Laboratoire pharmaceutique LA ROCHE-POSAY. Memento dermatologique.

64-<http://www.laroche-posay.fr>
(Site consulté en mars 2006)

65-Laboratoires Expanscience®. Mustela : guide-conseils.

66-<http://www.mustela.com>
(Site consulté en mars 2006)

67-Soin thermal Saint-Gervais. Documentation laboratoire.

68-<http://www.merckmf.com>

(Site consulté en août 2006)

69-<http://www.labo-uriage.com>

(Site consulté en mars 2006)

70-Laboratoires dermatologiques URIAGE. Documentation laboratoire.

71-STALDER J-F. Hygiène du nouveau né.

Ann Dermatol Venereol 1999 ; 126 : 993-7.

72-BELIN N. Les produits lavants.

Le moniteur des pharmacies, cahier conseil n°2623 ; avril 2006.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients atteints de DA par catégorie d'âge	7
Figure 2 : Structure de la peau	9
Figure 3 : Les différentes couches cellulaires épidermiques.....	10
Figure 4 : Représentation schématique du derme et de ses principaux constituants.....	11
Figure 5 : Atteinte symétrique du visage	17
Figure 6 : Aspect nummulaire de lésions du tronc.....	18
Figure 7 : Lésions localisées au niveau du pli des genoux et des mains.....	19
Figure 8 : Lichénification de la peau chez l'adulte.....	20
Figure 9 : Mécanisme d'action du tacrolimus	31
Figure 10 : Complément oral Topialyse des Laboratoires SVR	39
Figure 11 : Probiotique DITOPY du Laboratoire Pierre-Fabre	40
Figure 12 : Les principales stations thermales à visée dermatologique en France	41
Figure 13 : Avoine.....	54
Figure 14 : Taux d'urée cutané chez le sujet sain et atopique	61
Figure 15 : Capacité de rétention d'eau après application du complexe urée + acide lactique	61
Figure 16 : Exemples de syndets solide et liquide	72
Figure 17 : Exemples d'huiles pour le bain	76
Figure 18 : Effet protecteur de la crème barrière	78
Figure 19 : Le soin dermo-réparateur Stelatria®	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification française des dermocorticoïdes actuellement disponibles	25
Tableau II : Effets secondaires des dermocorticoïdes	27
Tableau III : Choix du niveau d'activité selon l'âge et la localisation d'application.....	28
Tableau IV : Programme de la cure thermique à La Roche Posay	42
Tableau V : Programme de la cure thermique d'Avène	44
Tableau VI : Principales souches utilisées dans le traitement de la DA	46
Tableau VII : Constituants identifiés comme sensibilisants potentiels.....	53
Tableau VIII : Les émollients A-DERMA	55
Tableau IX : Les émollients AVENE	56
Tableau X : Les émollients BIODERMA	57
Tableau XI : Les émollients DERMAGOR	58
Tableau XII : Les émollients DUCRAY	60
Tableau XIII : Les émollients EUCERIN	62
Tableau XIV : Les émollients LA ROCHE-POSAY	63
Tableau XV : Les émollients LUTSINE	64
Tableau XVI : Les émollients MUSTELA	65
Tableau XVII : Les émollients SAINT-GERVAIS.....	66
Tableau XVIII : Les émollients SVR	67
Tableau XIX : Les émollients URIAGE	68
Tableau XX : Exemples de savons surgras	71
Tableau XXI : Exemples de syndets	73
Tableau XXII : Exemples de gels nettoyants	74
Tableau XXIII : Exemples de gels-crèmes	75
Tableau XXIV : Exemples d'huiles de bain.....	77
Tableau XXV : Exemples de soins aseptisants	79

Nom-Prénom : BACHET Florence

Titre de la Thèse : PLACE DES PRODUITS COSMETIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Résumé de la Thèse :

La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire, prurigineuse et chronique. Elle est fréquente chez le nourrisson et chez l'enfant, et sa prévalence est en constante augmentation. C'est une maladie bénigne mais qui peut interférer sur la qualité de vie des patients. Le traitement actuel est basé sur l'utilisation des dermocorticoïdes. Il existe cependant de nombreuses alternatives à ce traitement. La délivrance doit être accompagnée de mesures préventives et d'hygiène. L'utilisation de produits cosmétiques adaptés, tels que les émollients et des produits lavant doux, se révèle également indispensable pour diminuer la fréquence des poussées. L'industrie cosmétique propose nombreux produits adaptés, offrant ainsi aux patients atopiques un vaste choix. Pour répondre aux attentes du patient et bien les conseiller, le pharmacien doit avoir une parfaite connaissance des gammes et des produits.

Mots clés :

DERMATITE ATOPIQUE
COSMETIQUES

TRAITEMENTS
EMOLLIENTS

PREVENTION
HYGIENE

Jury :

Président : Madame Nicole GRIMAUD, Maître de Conférences de Pharmacologie

Faculté de Pharmacie de Nantes

Assesseurs : Madame Laurence COIFFARD, Professeur de Cosmétologie

Faculté de Pharmacie de Nantes

Mademoiselle Gaëlle COZIAN, Pharmacien

198 rue Laennec, 29100 Douarnenez

Adresse de l'auteur : 124 route de la Villès Bousseau, Saint-Marc sur Mer, 44600 Saint-Nazaire