

Qui a peur de la cortisone ?

Observation :

Simon a 7 ans. Il vient pour la première fois à la consultation de dermatologie,

pour son eczéma. Il est accompagné de ses parents. Simon s'assoit, puis ses parents. Ils viennent de loin et ont un peu attendu... C'est l'allergologue qui suit Simon qui sollicite cet avis pour sa dermatite atopique réfractaire à tous les traitements. C'est la maman de Simon qui, sur l'invitation du médecin, raconte l'histoire de son fils.

«Simon est fils unique. Son père est asthmatique et a eu un peu d'eczéma enfant, mais maintenant il n'a plus rien. Simon a de l'eczéma depuis qu'il a 3 mois et depuis ça n'a jamais cessé malgré tous les traitements. Au début, il en avait plutôt sur les joues et dans les cheveux ; tandis que maintenant c'est différent, il en a aux coudes, aux genoux, sur les mains et autour des yeux. L'hiver c'est pire, il enchaîne les poussées, et même si l'été c'est un peu mieux, il en a toujours un peu». Elle vous explique que de toute façon c'est une allergie, c'est pour cela qu'ils ont consulté plusieurs allergologues. A l'âge d'un an, le diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache a été fait, et Simon a eu un régime d'éviction stricte pendant 1 an, mais comme ça n'avait rien changé, elle lui a redonné des laitages et c'était toujours pareil. A l'âge de 3 ans il a commencé à faire de l'asthme. Ils

Dr. Hélène Aubert-Wastiaux

Dr. Sébastien Barbarot

*Clinique dermatologique,
CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France*

sont donc allés consulter un autre allergologue qui lui a fait des tests sur le bras montrant qu'il était

allergique aux graminées, aux pollens, aux poils de chien et à la crevette. Depuis, le chien dort dehors. Mais il fait toujours des poussées. Il a même été hospitalisé une fois à cause d'un staphylocoque. A cause de son eczéma il ne dort pas bien, il est toujours sur les nerfs. Ses draps sont toujours plein de sang le matin. Encore là ça va, il n'est pas trop mal».

Le dermatologue interroge ensuite la maman sur les traitements et les soins qui ont été réalisés jusqu'alors pour l'eczéma de Simon. Elle sort alors un papier car justement elle a noté les nombreuses crèmes. «C'est la crème X qui marche le mieux. Les autres crèmes, Simon ne les supporte pas. Et comme savon j'utilise un pain sans savon, un «surgras», mais Simon ne prend que 2 douches par semaine car le calcaire lui assèche trop la peau. Sinon, il a une crème à la cortisone mais ça ne fait rien. En ce moment on lui met la crème X plusieurs fois par jour». Récemment ils ont vu un autre dermatologue qui leur a dit qu'il fallait passer au Protopic® mais il n'a pas supporté, ça l'a brûlé. Sinon, il fait actuellement une désensibilisation pour les pollens de graminées. Et il a une corticothérapie inhalée pour l'asthme.

A l'examen clinique, Simon présente effectivement une dermatite atopique sévère avec des lésions d'eczéma au niveau des paupières supérieures, des lésions fissuraires rétro-auriculaires, des lésions suintantes au niveau



du cou, des lésions d'eczéma du tronc, une atteinte des plis de flexion des coudes et des genoux, et une atteinte des mains avec des fissures. Il n'y a pas d'impétiginisation. Le prurit et le retentissement sur le sommeil sont importants. Le SCORAD est calculé à 58. Simon se gratte tout au long de l'examen et se frotte les yeux. L'examen fini il se rhabille rapidement, se recroqueville sur sa chaise et prend sa Nintendo DS. A l'examen du carnet de santé, Simon a une croissance statur pondérale à -1 DS régulière.

Le dermatologue questionne Simon et ses parents sur les causes de son eczéma. C'est le père de Simon qui intervient : «C'est une allergie à quelque chose mais on n'a pas encore trouvé à quoi. Et puis il y a les nerfs aussi. Simon est un enfant stressé. On nous a dit que les nerfs ça jouait beaucoup, et que ça déclenchait des poussées. De toute façon on voit bien, à chaque fois qu'il est contrarié il se gratte. Et quand il est stressé, il fait des plaques. Ça peut sortir comme ça en quelques heures. Et puis comme il ne dort pas bien, il est encore plus nerveux parce qu'il est fatigué. Il n'est pas concentré, il a redoublé son CP. On a essayé de lui faire faire du sport, pour le libérer un peu. Il a essayé le foot, mais la transpiration ça l'irrite, la piscine ça n'est même pas la peine d'y penser. Et la musique avec l'état de ses mains, c'est difficile. De toute façon on a vu plein de dermatologues et d'allergologues, personne n'a trouvé la cause de l'eczéma de Simon. On est même allés voir des conjureurs, sans succès. Nous, on pense que Simon est allergique à quelque chose qu'on n'a pas encore trouvé. On ne sait plus comment l'aider, on voit bien qu'il n'est pas bien».

Le médecin explique aux parents de manière simple et imagée la physiopathologie de la dermatite atopique, et son mode d'évolution, puis revient sur les traitements : est-ce que des crèmes avec de la cortisone ont déjà été essayées ? C'est la maman de Simon qui répond : «Oui, ça c'est de la cortisone mais ça ne fait rien». Le médecin fait alors préciser : «Si vous en mettez, est-ce que ça améliore quand même l'eczéma ? La maman de Simon répond : «Oui bien sûr, mais dès qu'on arrête ça revient immédiatement. Ça traite en surface, mais l'eczéma est toujours là à l'intérieur, et dès qu'on arrête il ressort.

On m'a dit d'en mettre quand vraiment il avait une poussée, mais surtout pas si ça coule et que c'est infecté, car c'est à cause de ça que Simon a eu son staphylocoque. En plus Simon est déjà petit il n'a pas besoin de ça ! Et le pharmacien m'a dit de ne pas en mettre sur le visage. Et quand on a été voir l'ophtalmologiste pour ses lunettes, elle nous a dit qu'elle connaissait des enfants qui avaient eu une cataracte à cause de la cortisone sur les paupières.

Le médecin reprend alors ce que vient de dire la maman : «En fait à votre avis la cortisone en crème est efficace mais ne traite pas la cause de l'eczéma ?». La maman : «Oui, c'est ça». Le médecin poursuit en reprenant les effets indésirables redoutés par les parents : la crainte d'une surinfection, le retentissement sur la croissance de l'enfant, les localisations où il est plus difficile d'en mettre comme le visage ou les paupières. Puis il demande aux parents s'ils ont d'autres craintes vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes et revient ensuite sur le bénéfice apporté par ces traitements et l'amélioration constatée par les parents lors de l'application des crèmes à la cortisone. Le médecin réexplique ensuite les principes du traitement de la dermatite atopique en rapport avec la physiopathologie expliquée précédemment : l'association d'un traitement émollient comme le Trixéra®, et d'un traitement anti-inflammatoire comme les dermocorticoïdes. Il précise que le fait que l'eczéma revienne à l'arrêt du traitement n'est pas un échec de celui-ci mais est lié à l'évolution de la dermatite atopique : quand il n'y a pas d'eczéma il faut mettre juste la crème hydratante, et quand il y a de l'eczéma il faut mettre le dermocorticoïde, une fois par jour, jusqu'à ce que la plaque disparaisse. Les différents aspects des lésions d'eczéma sont repris

avec les parents : de la lésion légèrement érythémateuse mais prurigineuse à la plaque suintante. Il reconnaît que parfois ça n'est pas évident de savoir s'il y a une surinfection mais que dans ces cas là, il ne faut pas hésiter à appeler le médecin.

Les parents restent silencieux, puis le papa de Simon fini par demander : «Mais alors sur le visage aussi ?». Le médecin répond que oui et revient alors sur les effets indésirables des dermocorticoïdes : les effets cutanés locaux, l'absence de passage systémique aux doses prescrites, les différents types de dermocorticoïdes utilisés en fonction des localisations : «C'est vrai qu'on n'utilise pas le même type de crème sur les mains et sur les paupières».

La maman de Simon demande alors : «Mais comment on sait si on en a pas mis trop ?» Le médecin reconnaît que ce n'est pas évident de doser les dermocorticoïdes et leur montre alors comment faire : «Vous voyez, il faut en mettre une quantité suffisante pour recouvrir la lésion, comme ça...» et applique alors la crème sur le bras de Simon. «Je vous propose si vous êtes d'accord la chose suivante : pendant 15 jours vous appliquez tous les soirs le dermocorticoïde sur les lésions d'eczéma du corps et sur les lésions d'eczéma du visage, et tous les matins la crème X partout, et on se revoit dans 15 jours. Par ailleurs, il serait intéressant que Simon participe à un atelier d'éducation thérapeutique pour l'aider à mieux comprendre et à mieux gérer sa maladie». Quinze jours plus tard, Simon est transformé. Bien sûr, il reste encore quelques lésions.

Discussion

Ce cas clinique illustre à la fois la nature et les conséquences de la corticophobie dans la dermatite atopique. Simon et ses parents

vivent avec l'eczéma sévère de leur fils depuis 7 ans, ils ont une représentation de la maladie et du traitement qu'il ne faut pas ignorer. Il est important au cours des consultations de dermatite atopique de rechercher systématiquement par des questions ouvertes la craintes des patients vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes : «En avez-vous déjà utilisé et qu'en pensez-vous ? Avez-vous des craintes à propos de des crèmes à la cortisone ? Pensez-vous qu'il y ait des effets indésirables ?»

La corticophobie des patients est une notion complexe (1). Elle est liée aux croyances et aux craintes des patients qu'il faut explorer. Il est important de la dépister car elle peut avoir pour conséquence des échecs thérapeutiques importants comme dans ce cas, mais également être source de mal-être lorsque le patient applique tout de même les dermocorticoïdes mais avec réticence. Ces croyances et ces craintes proviennent à la fois de l'histoire personnelle des patients, de leur propre expérience (parfois celle d'un effet indésirable), mais également des soignants comme nous pouvons le voir dans cet exemple. Trop souvent les craintes des patients proviennent de mises en garde de la part des médecins et des pharmaciens. Les réticences à utiliser les dermocorticoïdes sont également liées au fait que les patients pensent que les dermocorticoïdes traitent les symptômes et non la cause, qu'il y a

un phénomène d'accoutumance, voire de dépendance.

Il est donc important de démanteler toutes les craintes et les croyances des patients vis-à-vis du traitement afin de pouvoir leur apporter des informations nécessaires. Les patients ont très souvent besoin d'être rassurés vis-à-vis du traitement. Une démonstration de soin est souvent utile (2).

Ainsi la prise en charge de la corticophobie dans la dermatite atopique peut être synthétisée par les 7 points suivants :

1. Rechercher systématiquement la corticophobie par des questions ouvertes
2. Laisser le patient s'expliquer sur ces croyances
3. Reformuler le discours du patient en apportant des informations nouvelles
4. Proposer un contrat thérapeutique
5. Expliquer précisément les modalités d'utilisation du traitement (si besoin au moyen d'une démonstration)
6. Proposer un plan d'action écrit auquel le patient pourra se référer chez lui
7. Planifier le suivi

(1) Aubert-Wastiaux H, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol* 2011;165(4):808-814.

(2) Conférence de consensus: Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant [Proceedings of the Consensus Conference on The Management of Atopic Dermatitis in Children]. *Ann Dermatol Venerol* 2005;132:S5-290.