



UNIVERSITÉ CADI AYYAD
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année 2015

Thèse N° 133

La prévalence de la dermatite atopique à Marrakech

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/ 07 /2015
PAR

Mlle. **Karima NACIM**

Née le 28 Mai 1988 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Dermatite atopique – Prévalence – Profil épidémio-clinique.

JURY

Mr. **M. SBIHI**

Professeur de Pédiatrie

PRÉSIDENT

Mr. **S. AMAL**

Professeur de Dermatologie

RAPPORTEUR

Mme. **O. HOCAR**

Professeur agrégée de Dermatologie

Mme. **G. DRAÏSS**

Professeur agrégée de Pédiatrie



JURY

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ
الصَّالِحِينَ."

صدق الله العظيم

سورة النمل الآية 19

صدق العظيم



Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

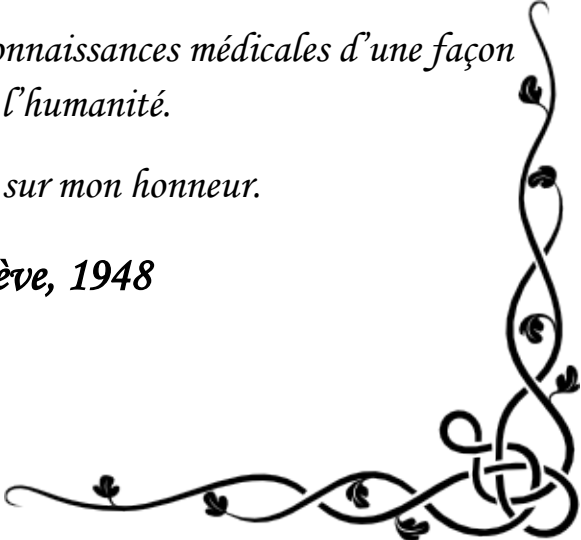
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino– laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato– orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie– réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie– obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie– réanimation
FIKRY Tarik	Traumato– orthopédie A		

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato– orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie– réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie– obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto– rhino– laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie– obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie– obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato– orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie– vasculaire péripherique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation

AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo– phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato– orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation

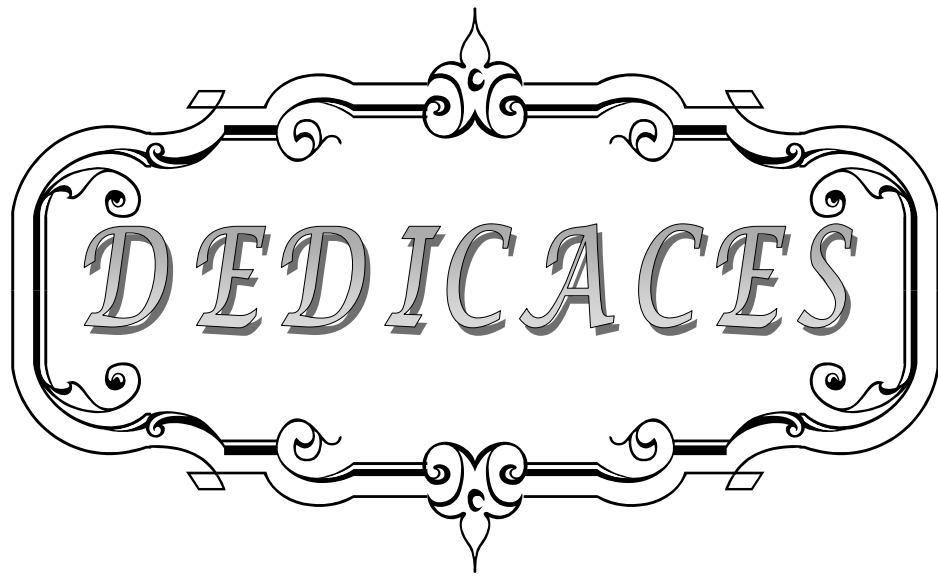
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie

EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

PROFESSEURS ASSISTANTS

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro– entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo– phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, Le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que



Je dédie cette thèse.....✍

A Allah
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde.

A ma très chère mère,

*Mon exemple éternel, mon soutien moral et
Source de joie et de bonheur, celle qui s'est toujours sacrifiée pour me voir
réussir,
Puisse Dieu, le tout puissant, te protéger et t'accorder meilleure santé et longue
vie.
Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es imposée
afin d'assurer mon bien être, et que Dieu préserve ton sourire et t'assure une
bonne santé et une longue vie afin
que je puisse te combler à mon amour, j'espère que je suis parvenue à te
rendre fier de ta fille.
Je t'aime maman*

A mon très cher père,

*Pour votre éducation, vos sacrifices et vos encouragements. Merci d'avoir été
présents à chaque moment de ma vie. En témoignage de mon amour, mon
respect et ma gratitude. Que Dieu vous apporte santé, bonheur et longue vie.
Je t'aime papa*

A la mémoire de ma grand-mère, Ommi Fatima

*Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de
vous exprimer tout mon respect.
Puisse dieu tout puissant vous accorde sa clémence, sa miséricorde et vous
accueillir dans son saint paradis.*

A La Mémoire De Mon Grand Père,

*Vous nous avez quittés très tôt, mais ma mémoire d'enfant ne vous oubliera
jamais
Puisse dieu tout puissant vous accorde sa clémence, sa miséricorde et vous
accueillir dans son saint paradis.*

A mes chers, sœur et frère

Nous avons eu l'occasion de partager beaucoup de moments, d'avoir pleines de choses en commun, vous m'avez beaucoup soutenue, et aidée, je vous remercie infiniment.

J'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon amour, ma sympathie et ma grande gratitude.

A mon petit bout de choux Haroune

Tu m'as rendue la Tati la plus heureuse du monde...mon amour pour toi est sans limite.

Que dieu te bénisse.

A mes grands parents

Vous étiez toujours là au bon moment, merci pour votre soutien, et votre bienveillance...que dieu le tout puissant vous préserve et vous procure tout le bonheur, et vous apporte santé, bonheur et longue vie.

A Zineb, Khadija, Najat, Naima et l'hssane

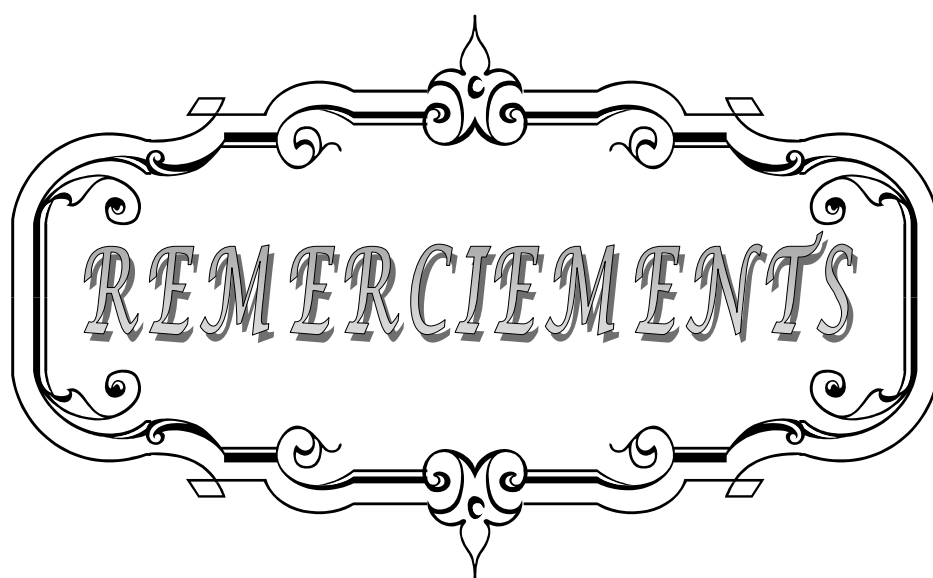
Nous avons parcouru ces longues études ensemble et voilà ce jour enfin arrivé...notre amitié est une perle rare, merci d'avoir été des amies et sœurs... je n'oublierais jamais votre soutien dans les moments les plus difficiles de ma vie...je ne vous remercierais jamais assez...

A tous les patients qui m'ont généreusement faite part de leurs expériences, leurs peines, et leurs moments de bonheur

A Tous Mes enseignants tout au long de mes études...

A tous ceux qui me sont chers. Et dont je n'ai pas pu citer les noms...

Qu'ils me pardonnent...



A notre maître et rapporteur de thèse Pr. S.AMAL

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservés un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et président de thèse Pr. M.SBIHI

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez donné en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne. Veuillez considérer ce modeste travail comme expression de notre reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Pr. Gh. DRAISS

Vous nous faites un grand honneur de juger cette thèse. Votre compétence et votre sens de devoir nous ont profondément imprégnés. Que ce travail soit l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Pr. O.HOCAR

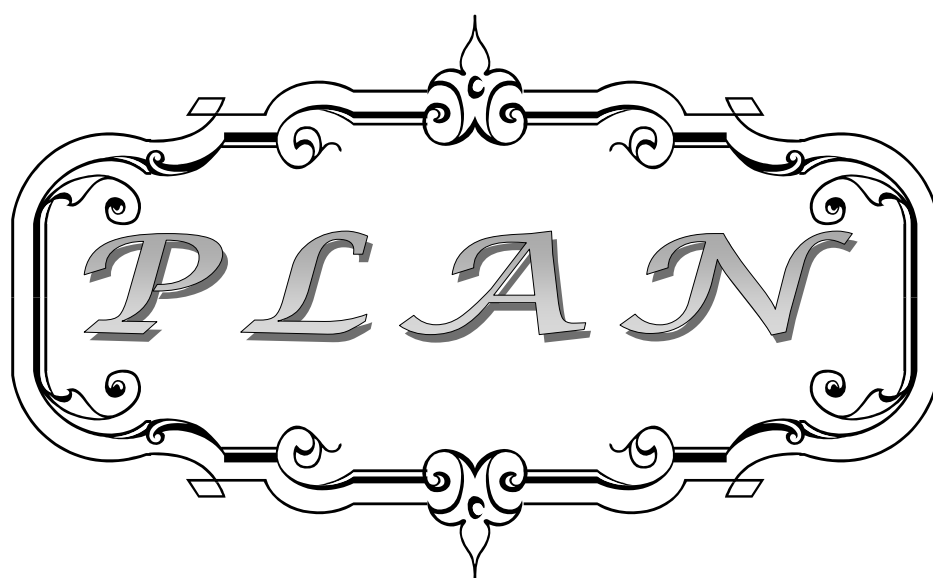
Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté aimablement de juger ce travail. Permettez nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

ABBREVIATIONS

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and flourishes. The word "ABBREVIATIONS" is centered within the frame in a stylized, italicized, all-caps serif font. The frame features a central vertical axis with symmetrical scrollwork extending horizontally and vertically.

Liste des Abréviations

Ag	: Antigènes
DA	: Dermatite atopique
flg	: Fillaggrine
Ig E	: Immunoglobulines E
ISAAC	: International Study of Asthma and Allergies in Childhood
NCDS	: National Child Development Study
S. aureus	: Staphylococcus aureus



Introduction	1
Patients et méthodes	7
I. Type d'étude	8
II. Partenaires	8
III. Zone d'étude	8
IV. Population d'étude	8
V. Echantillonnage	8
VI. Recueil des données	9
VII. Analyse statistique	10
Résultats	11
I. Démographie médicale des centres de santé à Marrakech	12
II. Description générale de l'échantillon	13
1. Données démographiques	13
2. L'âge	14
3. Le sexe	14
4. L'origine	15
5. Antécédents personnels	15
6. Antécédents d'atopie familiale	18
7. La consanguinité	20
8. Les animaux de compagnie	21
9. Le motif de consultation	21
III. Description des cas de la DA	22
1. Critère obligatoire	22
2. Critères mineurs	23
3. Les complications	36
4. Le traitement reçu	36
IV. Etude comparative des deux groupes :	37
1. L'âge	37
2. Le sexe	38
3. Les antécédents d'atopie familiale	39
4. L'allaitement maternel	42
5. La diversification alimentaire	42
6. Le tabagisme passif	43
7. La consanguinité	44
8. Les animaux de compagnie	44
Discussion	46
I. Les Données générales :	47

1. La prévalence	47
2. L'âge	49
3. Le sexe	50
II. Les données anamnestiques et cliniques :	50
1. L'âge de début	50
2. La marche atopique	51
3. Manifestations cliniques	53
4. Topographie des lésions	57
III. Les facteurs de prédisposition :	58
1. L'atopie familiale	58
2. La consanguinité	59
3. Le tabagisme passif	59
4. La diversification alimentaire	60
5. L'allaitement maternel	61
6. Les animaux de compagnie	62
IV. Le traitement	63
V. L'évolution	68
Conclusion	69
 Annexes	 71
 Résumés	 75
 Bibliographie	 79

A decorative frame with ornate scrollwork and flourishes. Inside the frame, the word "INTRODUCTION" is written in a stylized, outlined, serif font.

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA), ou eczéma atopique, est une dermatose inflammatoire prurigineuse de prédisposition génétique évoluant par poussées récidivantes sur un fond de chronicité atteignant essentiellement le nourrisson et le petit enfant [1]. Souvent cette affection régresse avec l'âge, mais elle peut également persister au-delà de l'enfance et se poursuivre à l'âge adulte, ou même survenir pour la première fois à l'adolescence, voir chez l'adulte même âgé.

La DA est l'un des composants de la « maladie atopique » ou « la triade atopique », avec l'asthme et la rhinite allergique. Il s'agit souvent du premier problème à survenir dans « la marche atopique ».

Il s'agit d'une maladie multifactorielle inflammatoire de la peau, dont la pathogénèse est complexe, résultant d'une interaction entre facteurs génétiques et environnementaux chez des sujets prédisposés, dits atopiques.

L'atopie étant une prédisposition héréditaire du système immunitaire à développer des réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines E (IgE) vis-à-vis d'antigènes (Ag) ou d'allergènes communs dans l'alimentation, les environnements extérieur ou domestique.

Sur le plan physiopathologique, il existe des troubles du système immunitaire tels que l'élévation des IgE sériques, des anomalies de la barrière cutanée (mutations de gènes codant pour des protéines telles que la filaggrine) associée à la sensibilisation à certains allergènes de l'environnement, le paradigme th1 / th2, et la colonisation microbienne de la peau [2, 3].

Ces anomalies de la barrière cutanée, qui favorise la pénétration facile des molécules au contact avec la peau, seraient liées à des mutations au niveau du gène de la filaggrine (flg)

(appelé FLG), un composant protéique des cornéodesmosomes qui a un rôle essentiel dans le maintien de l'hydratation de la peau.

Les anomalies de la barrière cutanée peuvent être constitutionnelles mais aussi environnementales. L'hygiène trop fréquente de la peau et des muqueuses aboutit à une fragilisation de ces épithéliums de revêtement.

L'hypothèse d'un déséquilibre des lymphocytes T spécifiques de type Th1/Th2 dans le sens des cytokines de type Th2 est soutenue par des travaux montrant l'existence, chez des nourrissons, d'un taux sérique élevé d'IL4 plusieurs mois avant le déclenchement de la DA. Par la suite, lors de la phase chronique, les cellules présentatrices d'antigènes sécrètent d'autres cytokines (IL16, etc.) qui activent les monocytes, lesquels activent des cellules dendritiques épidermiques qui sécrètent IL12 et IL18, capables de réorienter la réaction Th2 (qui favorise la production d'anticorps IgE) dans un sens Th1 (qui favorise l'immunité cellulaire). La résolution des poussées d'eczéma passerait par l'activation des lymphocytes Th1 producteurs d'interféron gamma, molécule inhibitrice des lymphocytes Th2 [1].

La peau des patients atteints de la DA est constamment colonisée par le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), situation favorisée par un déficit en peptides antimicrobiens épidermiques. Le *S. aureus* peut occasionner des surinfections mais est également impliqué dans la survenue et la sévérité des poussées inflammatoires. La diversité du microbiote cutané est ainsi anormale dans la DA et des études dynamiques du microbiote montrent que la prédominance des staphylocoques est encore accrue au cours des poussées de DA. Cet état de dysbiose conduit à une majoration des réactions inflammatoires dans lesquels certaines toxines staphylococciques jouent un rôle important [4].

Le diagnostic de la DA est clinique, il est basé sur des critères proposés initialement par Hanifin et Rajka (tableau I). Ceux-ci ont été revus, simplifiés et validés, en 1994, par le Working Party britannique dirigé par Williams (tableau II) [1], lesquels on a adopté pour la réalisation de ce travail. Enfin d'autres critères existent, comme ceux proposés par l'American Academy of Dermatology (tableau III) [5].

Les maladies allergiques sont actuellement considérées par l'OMS comme la quatrième pathologie en terme d'importance, il y a seulement dix ans elles étaient au sixième rang [6].

La prévalence de la DA varie considérablement dans le Monde, avec en général une forte prévalence dans les pays occidentaux et une prévalence moins forte dans les pays en voie de développement.

Au Maroc, l'expérience professionnelle montre que les maladies allergiques sont de plus en plus fréquentes, mais la rareté des données épidémiologiques surtout concernant la DA rend difficile d'apprécier l'ampleur et le retentissement de ce problème de santé.

L'objectif de ce travail est de déterminer la prévalence de la DA dans la ville de Marrakech, ainsi que d'étudier le profil clinique et épidémiologique.

Tableau I : Critères diagnostiques des Hanifin et Rajka, 1980.

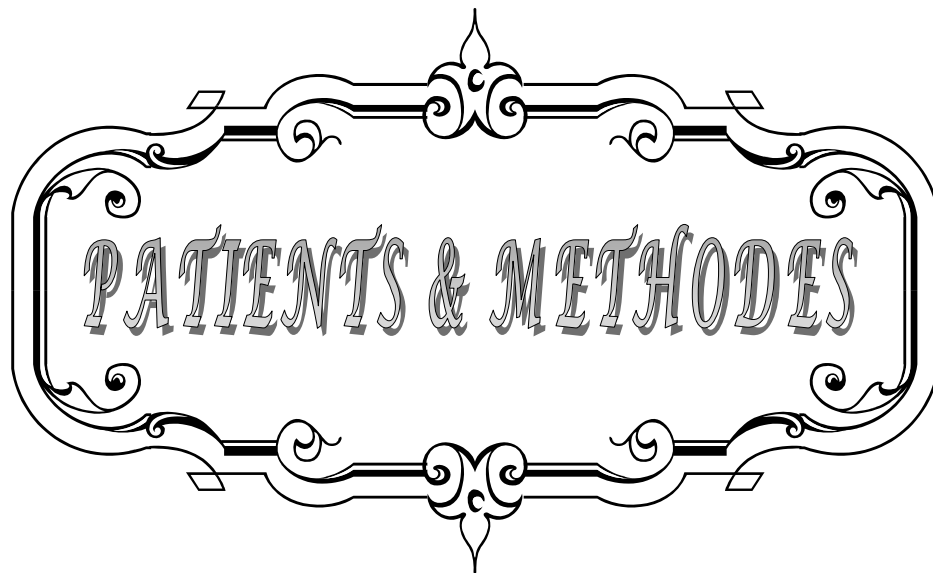
Hanifin et Rajka, 1980
<u>Au moins 3 critères majeurs :</u> - Prurit - Eruption chronique et/ou récidivante - Topographie typique des lésions : enfants < 3 ans et adultes : plis et lésions linéaires - Antécédents personnels ou familiaux d'atopie. <u>Et 3 ou plus des 23 critères mineurs :</u> - Visage atopique : pâleur faciale ou érythème facial, pityriasis alba, pigmentation sous-orbitaire, pli de Dennie-Morgan, chéilite, conjonctivite récurrente, plis antérieurs du cou - Facteurs déclenchant les poussées de DA : intolérance alimentaire, facteur émotionnels, facteurs environnementaux, intolérance à la laine, aux solvants et à la sueur - Complications de la DA : tendance à la surinfection cutanée bactérienne ou virale, anomalies de l'immunité cellulaire, augmentation des IgE, hypersensibilité immédiate aux tests cutanés, kératocône, cataracte sous-capsulaire antérieure - Autres : âge de début précoce, xérose, ichtyose, hyperlinéarité palmaire, kératose pilaire, dermographisme blanc, dermite palmaire ou plantaire, eczéma mamelonnaire, accentuation périfolliculaire.

Tableau II : Critères diagnostiques de l'UK Working Party, Williams 1994.

UK Working Party, Williams 1994
<u>Critère obligatoire :</u> - Dermatose prurigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte durant les 12 derniers mois <u>Et 3 ou plus des 5 critères mineurs :</u> - Antécédents personnels de dermatite des plis de flexion (plis des coudes, creux poplités, faces antérieures des chevilles, cou) et ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans - Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans) - Antécédent de peau sèche généralisée au cours de la dernière année - Eczéma des grands plis visibles ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans - Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (si enfant > 4 ans)

Tableau III : Critères diagnostiques de l'American Academy of Dermatology, 2003.

American Academy of Dermatology, 2003
<u>Critères obligatoires :</u> - Prurit - Eczéma - Aspect sémiologique typique et dépendant de l'âge - Chronique ou récurrent <u>Critères importants (valident le diagnostic) :</u> - Age précoce de survenue - Atopie personnelle ou familiale - Hypersensibilité IgE - Xérose <u>Signes pouvant s'associer à la DA (non spécifiques) :</u> - « Réponse vasculaire atypique » (pâleur du visage, dermographisme blanc) - chtyose/Kératose pilaire/hyperliéarité palmaire - Anomalies oculaires ou péri-oculaires - Autres anomalies locorégionales du visage : modifications périorales, lésions péri-auriculaires - Accentuation périfolliculaire/lichénification/prurigo <u>Critère d'exclusion :</u> - Avoir éliminé les diagnostiques différentiels (gale, dermite séborrhéique, déficits immunitaires...)



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre Novembre 2014 et Avril 2015, chez une population d'enfants âgée de moins de 10 ans, consultant en médecine générale dans la ville de Marrakech.

II. Partenaires :

- Service de dermatologie vénérologie CHU Med VI de Marrakech.
- Service d'épidémiologie Faculté de Médecine de Marrakech.
- La délégation de la santé de Marrakech.
- Structures de santé primaires publiques : centres de santé.
- Cabinets de médecine générale privés.

III. Zone d'étude :

La ville de Marrakech.

IV. Population d'étude :

La population étudiée est constituée d'enfants, dont l'âge est compris entre 1 mois et 10 ans, consultants en médecine générale en secteur public (centres de santé) et privé (cabinets de médecine générale) et ce quelque soit le motif de consultation.

V. Echantillonnage :

Pour une prévalence estimée entre 6 et 10%, selon les données de la littérature, la taille de l'échantillon proposée par les épidémiologistes, était de 500 enfants.

Six centres de santé, représentant les différents arrondissements de la ville de Marrakech ont été choisis.

Dix médecins généralistes exerçant en secteur privé, dans les différents arrondissements de la ville de Marrakech, ont été choisis.

Le nombre d'enfants recrutés, a été réparti entre secteur public : 300 enfants, et secteur privé : 200 enfants.

On a réparti le nombre d'enfants sur le nombre de centres choisis ce qui revient à 50 questionnaires par centre de santé. Et 20 questionnaires pour chaque médecin exerçant en secteur privé.

Les centres de santé et les cabinets privés, ont été choisis d'une telle façon à représenter les différents arrondissements de la ville de Marrakech.

Lors de l'étude, certains médecins exerçant en secteur privé, choisis par tirage au sort ont refusé de participer à cette étude. D'autres médecins généralistes ont des consultations orientées (gynécologique, cosmétique...) avec absence de la population pédiatrique.

Après avis des épidémiologistes, on a ajouté deux autres centres de santé pour terminer l'étude, avec réduction de la taille de l'échantillon à 400 enfants.

VI. Le recueil de données :

1) Le questionnaire :

Pour réaliser notre étude, on a établi un questionnaire sous forme papier. (Annexe 1)

Le questionnaire comprend une partie anamnestique concernant des données générales, puis des informations générales sur l'enfant, les antécédents personnels et familiaux d'atopie,

son alimentation, son environnement, le motif de consultation, une deuxième partie dédiée à l'examen clinique détaillé, et une dernière partie concernant le traitement.

2) La démarche :

Le questionnaire a été rempli par le thésard après des séances de formation, lors de la consultation des médecins généralistes, selon le protocole suivant : les dix premiers enfants dans la consultation de chaque médecin se trouvant dans le centre de santé concerné par l'étude. Le diagnostic de DA a été retenu chez les enfants remplissant les critères diagnostiques de Williams. (Tableau II)

VII. Analyse statistique :

Les données recueillies ont été codées et saisies sur l'Excel (Microsoft office 2007).

L'analyse des données a été réalisée par le logiciel d'analyse et de calcul statistique SPSS.16.

La comparaison des variables quantitatives a été faite par la méthode Chi-2 et le test de Fisher,

Les tests statistiques ont été considérés comme significatifs pour une valeur p inférieure à 0.05.

Les résultats ont été présentés sous forme de moyennes et pourcentage $\pm$ écart type.

RESULTATS

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and flourishes. The word "RESULTATS" is written in a stylized, italicized serif font across the center of the frame.

I. Démographie médicale des centres de santé à Marrakech :

Il existe 39 centres de santé publique dans la ville de Marrakech, avec un nombre total de médecins de 107 ; réparti entre médecins généralistes (92 médecins) et médecins spécialistes (15 médecins). (Tableau IV)

Tableau IV : Centres de santé urbains et nombre de médecins/centre.

Centre de santé	Nombre de médecins	Centre de santé	Nombre de médecins
Agdal Bahmad	2	Gueliz	2
Bad Aylane	2	H. El fetouaki	2
Arsa Moha	1	Kasbah	2
Bahia	2	M'hamid	5
Jnane Afia	1	Hay El Hassani	8
Zraïb	1	Mohammadia	4
Bab Taghzoute	1	Sidi Amara	3
Abbassy	3	Akioud	5
Dar Bacha	2	Massira III	1
Merstane	1	Maatallah	2
Mokeyf	3	Y. Ben T	4
Mouassine	2	Oasis	3
Riad Laârousse	2	Echouhada	2
Bab Doukkala	4	Ain Itti	2
Cadi Ayad	3	Fekhara	3
Castor	4	Dar Tounsi	2
Azli	3	El Azzouzia	3
Hay El Mohammadi	7	Sidi Ghanem	2
El Massira	3	Tamensourt	3
El Kobba	2		

Notre étude a été réalisée entre Novembre 2014 et Avril 2015, en remplissant un questionnaire lors de la consultation au sein de 8 centres de santé, dans la ville de Marrakech par le thésard chargé de ce travail. Les dix premiers enfants se présentant en consultation de chaque médecin ont été inclus dans l'étude.

Quatorze médecins ont participé à cette étude : 3 hommes et 11 femmes (Tableau V)

Tableau V : Répartition des médecins dans les centres de santé participant à l'étude.

Centre de santé	Médecins participants
Massira	1F
Ain itti	1F + 1H
Maatallah	2F
Azli	2F + 1H
Akioud	1F
Bab taghzoute	1H
Youssef Ben Tachfin	2F
Oasis	2F
Total	14 11 femmes 3 hommes

II. Description générale de l'échantillon :

1. Données démographique :

La préfecture de Marrakech, occupe un territoire évalué à 2 625 Km², la densité globale de la population est de 481 habitants/km² (Année 2014), contre 97 habitants par km² à l'échelle régionale et 43 habitants par km² à l'échelle nationale.

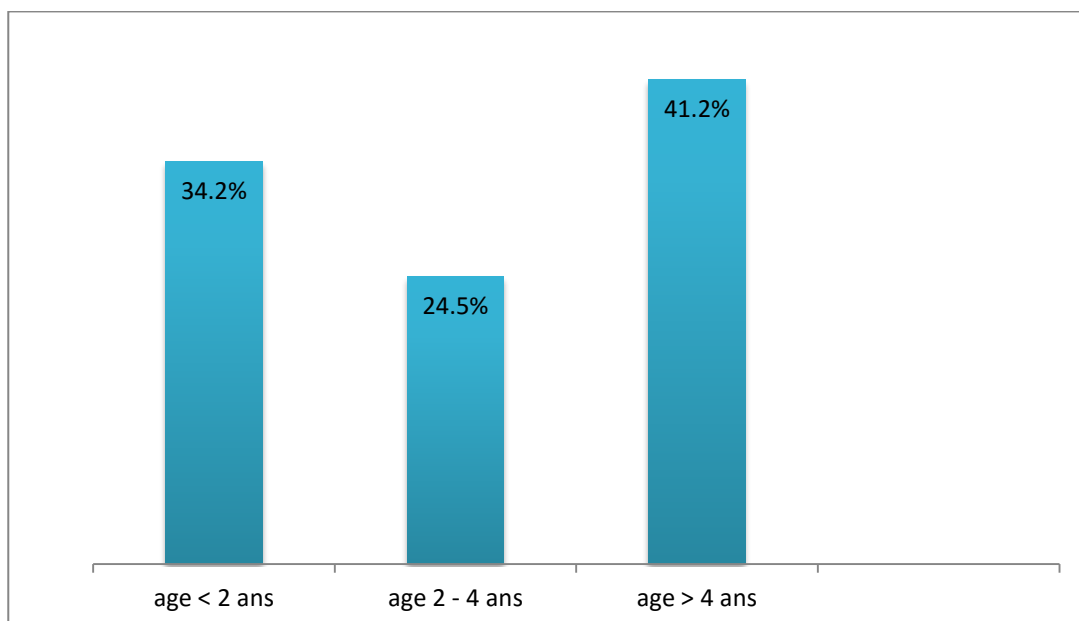
Selon les données du dernier recensement de la population (2014), la ville de Marrakech comporte 980,548 habitants.

Pour notre étude, 400 enfants dont l'âge est inférieur à 10 ans ont été inclus.

2. L'âge :

L'âge moyen de la population était de 45.7 mois (3 ans et 10 mois) avec des extrêmes de 1 mois et 120 mois, la médiane d'âge était de 41 mois (3 ans et 5 mois).

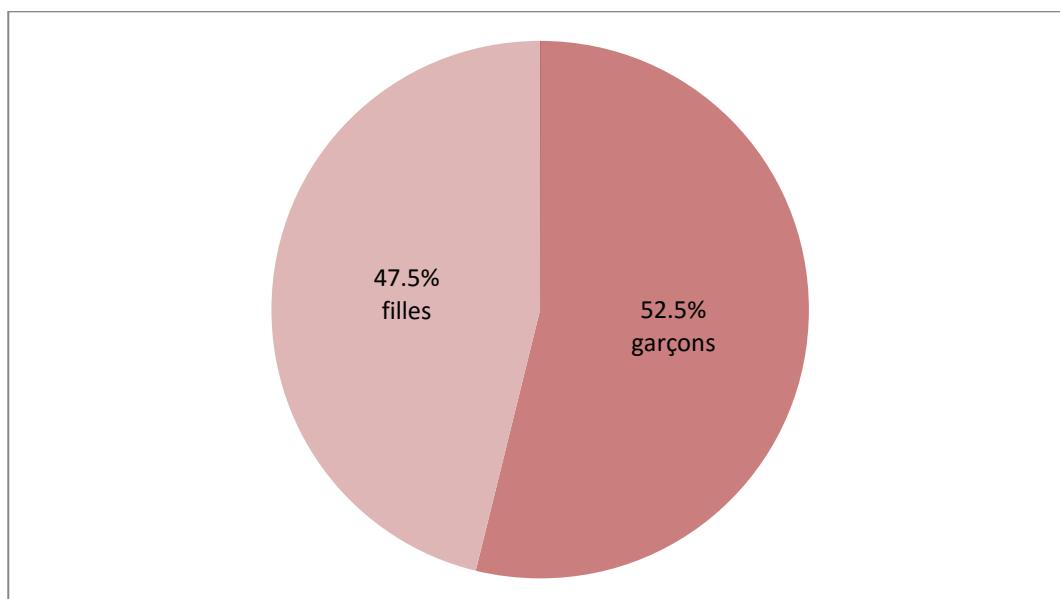
137 enfants étaient âgés de moins de 2 ans (34.2%), 98 étaient âgés entre 2 et 4 ans (24.5%) et 165 étaient âgés de plus de 4 ans (41.2%). (Graphique 1)



Graphique 1 : Répartition selon les tranches d'âge.

3. Le sexe :

L'échantillon était composé de 210 garçons (52.5%) et 190 filles (47.5%) (Graphique 2)



Graphique 2 : Répartition selon le sexe.

4. L'origine :

399 enfants (99.8%) étaient d'origine urbaine, un seul enfant était d'origine rurale (0.2%).

5. Les antécédents personnels :

5.1 Dermatoses prurigineuses/Prurit :

Parmi les 400 enfants, 27 ont eu un antécédent de prurit soit 6.75% de l'échantillon.

(Tableau VI)

Tableau VI : Antécédent de Prurit

Antécédent prurit	Nombre	%
Oui	27	6.75%
Non	376	93.25%
Total	400	

5.2 La xérose :

Parmi les 400 enfants, 23 (5.75%) ont présenté une sécheresse cutanée (xérose) au cours de la dernière année. (Tableau VII)

Tableau VII : Antécédent de Xérose.

Xérose	Nombre	%
Oui	23	5.75%
Non	377	94.25%
Total	400	

5.3 **Asthme et Rhinite allergique :**

4 enfants (1%) parmi 400 avaient un Asthme, et 10 enfants (2.5%) avaient une Rhinite allergique. (Tableau VIII)

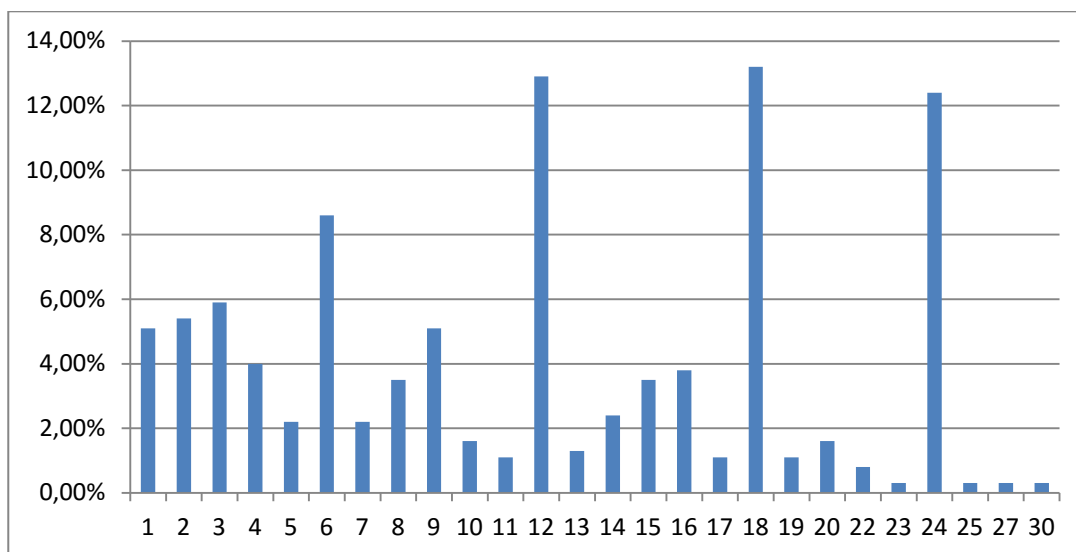
Tableau VIII : Antécédent personnel d'Asthme et de Rhinite allergique.

	Asthme		Rhinite allergique	
	N	%	N	%
Oui	4	1%	10	2.5%
Non	396	99%	390	97.5%
Total	400		400	

5.4 **L'allaitement maternel :**

Parmi 400 enfants, 371 étaient allaités au sein (92.8%), contre 29 qui n'étaient pas allaités au sein (7.2%).

Pour la durée de l'allaitement maternel, la moyenne était de 12 mois. (Graphique 3)

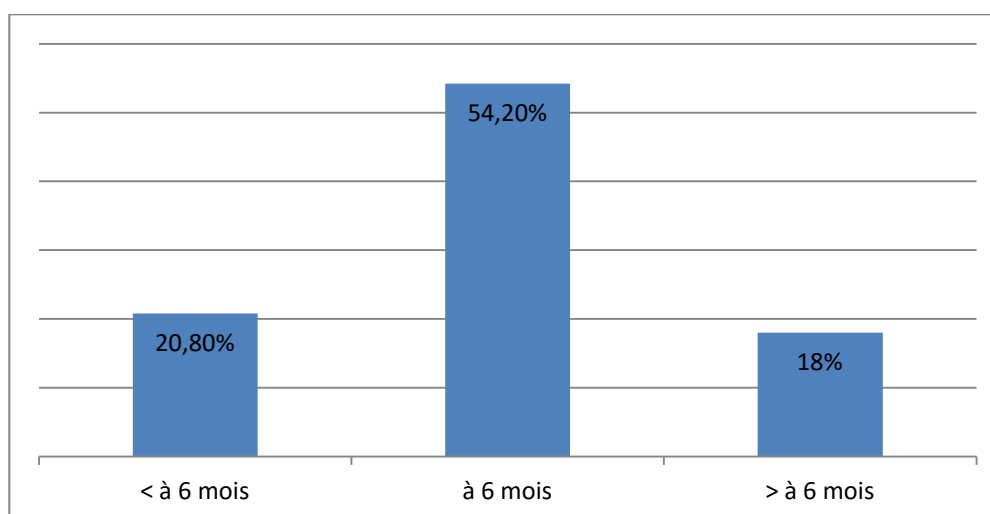


Graphique 3 : Durée de l'allaitement maternel.

5.5 La diversification alimentaire :

Parmi les 400 enfants, 372 (93%) étaient sujets à la diversification alimentaire, et 28 enfants étaient sous allaitement exclusif.

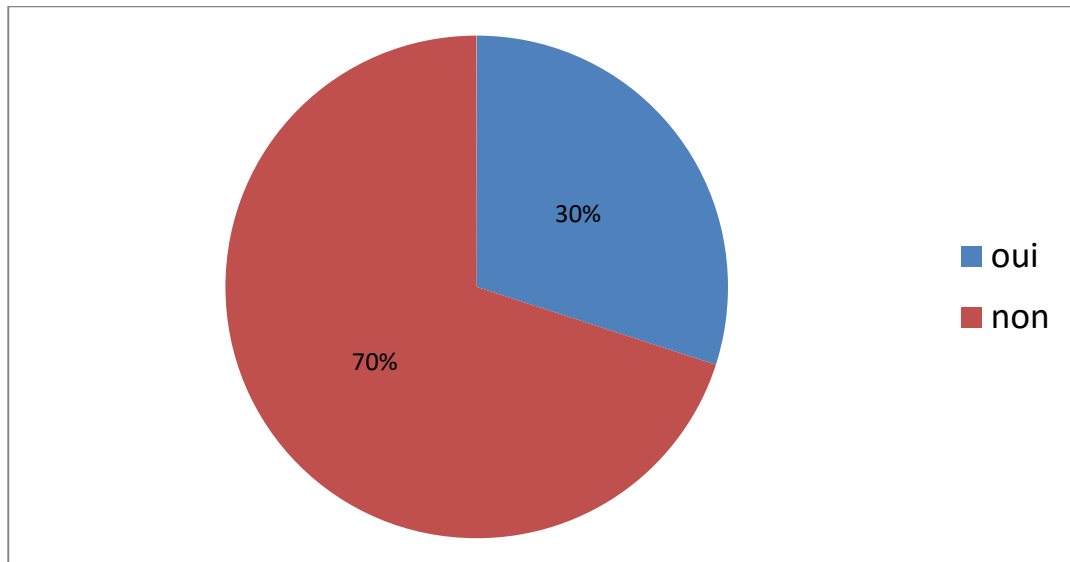
La diversification alimentaire a été faite avant 6 mois chez 83 enfants (20.8%), à 6 mois chez 217 enfants (54.2%), et chez 72 enfants (18%) après 6 mois. (Graphique 4)



Graphique 4 : L'âge de la diversification alimentaire.

5.6 Le tabagisme passif :

Parmi les 400 enfants, 120 (30%) étaient exposés au tabagisme passif. (Graphique 5)



Graphique 5 : Exposition au tabagisme passif.

5.7 Autres antécédents :

Sur 400 enfants, 16 (4%) avaient un autre antécédent. L'antécédent le plus trouvé était l'anémie ferriprive (11 cas), suivie de l'épilepsie (2 cas), le diabète (1 cas), le rhumatisme articulaire aigu (1 cas), et le psoriasis (1 cas).

6 Antécédents d'atopie familiale :

6.1 L'asthme :

Il a été noté 31 cas d'antécédent familial d'asthme (7.75%), chez les 400 enfants.

(Tableau IX)

Tableau IX : Répartition des cas d'Asthme familial.

Antécédent d'Asthme familial	Nombre	%
Asthme maternel	21	67.8%
Asthme paternel	4	12.9%
Asthme chez fratrie	4	12.9%
Asthme chez les tantes paternelles	0	
Asthme chez les oncles paternels	2	6.4%
Total	31	

6.2 La rhinite allergique :

Il a été noté 28 cas d'antécédent familial de rhinite allergique (7%), chez les 400 enfants.

(Tableau X)

Tableau X : Répartition des cas de Rhinite allergique familiale.

Antécédent de Rhinite allergique Familiale	Nombre	%
Rhinite allergique maternelle	17	60.7%
Rhinite allergique paternelle	7	25%
Rhinite allergique chez la fratrie	4	14.3%
Rhinite allergique chez les tantes paternelles	0	
Rhinite allergique chez les oncles paternels	0	
Total	28	

6.3 La conjonctivite allergique :

Il a été noté 14 cas d'antécédent familial de conjonctivite allergique (3.75%), chez les 400 enfants. (Tableau XI)

Tableau XI : Répartition des cas de Conjonctivite allergique familiale.

Antécédent de Conjonctivite allergique Familiale	Nombre	%
Conjonctivite allergique maternelle	8	57.1%
Conjonctivite allergique paternelle	4	28.6%
Conjonctivite allergique chez la fratrie	2	14.3%
Conjonctivite allergique chez les tantes paternelles	0	
Conjonctivite allergique chez les oncles paternels	0	
Total	14	

6.4 La dermatite atopique :

Il a été noté 10 cas d'antécédent familial de dermatite atopique (2.5%), chez les 400 enfants. (Tableau XII).

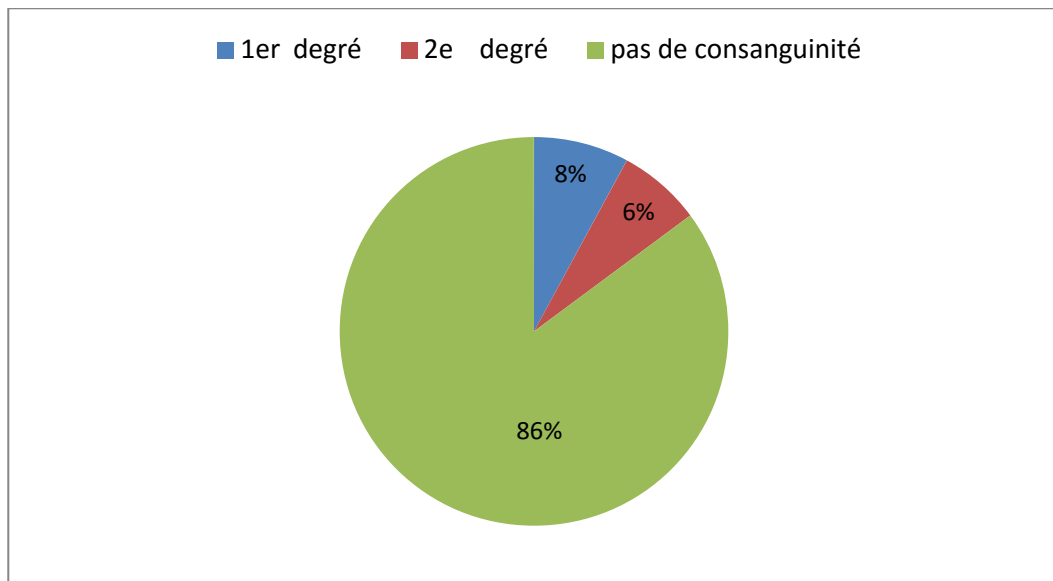
Tableau XII : Répartition des cas de DA familiale.

Antécédent de DA familiale	Nombre	%
DA maternelle	3	30%
DA paternelle	1	10%
DA dans la fratrie	6	60%
DA chez les tantes paternelles	0	
DA chez les oncles paternels	0	
Total	10	

7 La consanguinité :

Il a été noté 56 cas de consanguinité (14%), chez les 400 enfants.

Avec 32 cas de consanguinité du 1^{er} degré, et 24 cas de consanguinité du 2^e degré.
(Graphique 6)



Graphique 6 : Répartition de la consanguinité.

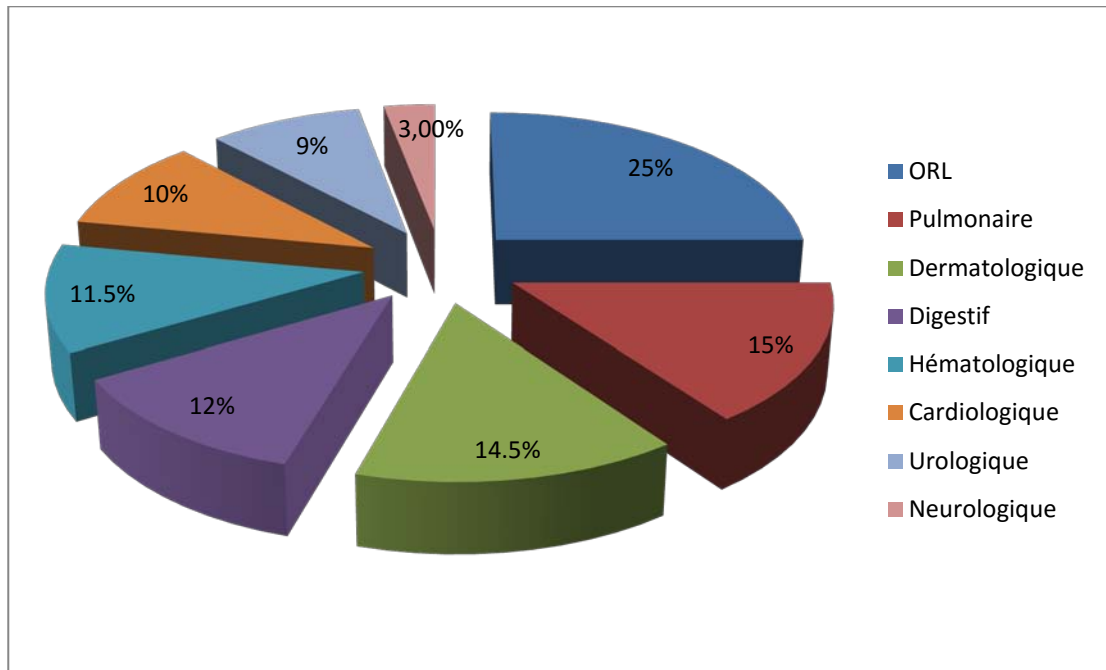
8 Les animaux de compagnie :

Il a été noté la présence des animaux de compagnie chez 8 cas, dont 7 chats et 1 pigeon, il n'a pas été noté de présence de chien.

9 Le motif de consultation :

Parmi les 400 enfants :

25% ont consulté pour un motif O.R.L, 14.5% pour un motif dermatologique, 12% pour un motif digestif, 11.5% pour motif hématologique, 10% pour motif cardiologique, 9% pour motif urologique et 3% pour un motif neurologique. (Graphique 7)



Graphique 7 : Répartition des motifs de consultation.

III. Description des cas de dermatite atopique :

Parmi les 400 enfants, 27 répondaient aux critères de Williams (tableau2) pour le diagnostic de la DA, soit une prévalence de **6.75%**.

1. Critère obligatoire :

« Dermatose prurigineuse ou prurit rapporté par les parents, durant les 12 derniers mois précédents »

27 enfants, parmi les 400, soit 6.75% ont eu une dermatose prurigineuse/prurit durant les 12 derniers mois précédents.

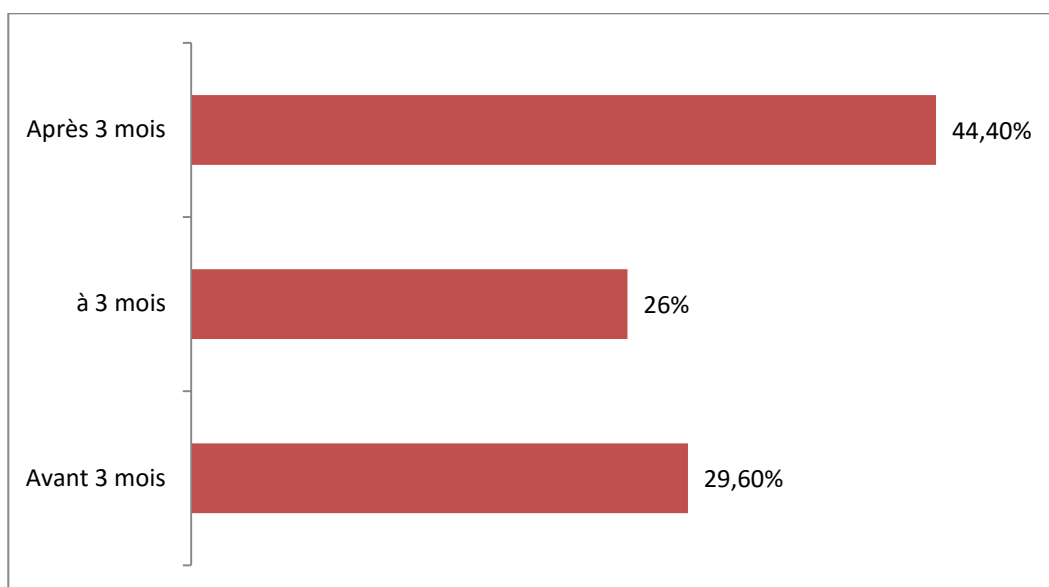
2. Critères mineurs : au moins 3 parmi les 5 (4 aux antécédents et 1 à l'examen)

2.1 Age de début des signes : en mois

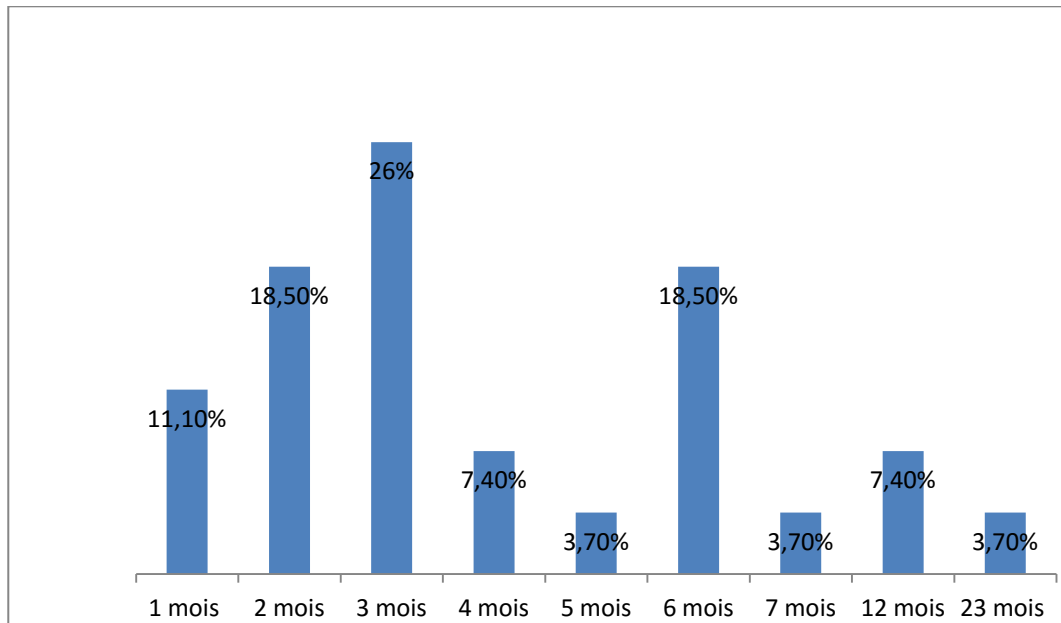
➤ Critère mineur n°1 :

« Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (si enfant > 4 ans) »

Le prurit a débuté avant l'âge de 2 ans chez les 27 enfants, avant 3 mois chez 8 enfants, à 3 mois chez 7 enfants, et après 3 mois chez 12 enfants. (Graphique 8)



Graphique 8 : L'âge d'apparition du prurit selon les tranches d'âge.



Graphique 9 : Répartition de l'âge d'apparition du prurit.

Parmi ces 27 enfants, 8 étaient âgés de plus de 4 ans et donc remplissaient ce critère.

2.2 Antécédents de lésions au niveau des joues et/ou des plis de flexions :

➤ Critère mineur n°2 :

« Antécédents personnels de dermatite des plis de flexion (plis des coudes, creux poplités, faces antérieures des chevilles, cou) et ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans »

L'antécédent d'atteinte des joues a été noté chez 20 enfants, celui du coude a été noté chez 5 enfants, le creux poplité chez 5 enfants, la face antérieure de la cheville chez 4 enfants, et le cou chez 7 enfants. (Tableau XIII)

Les 27 enfants remplissaient ce critère.

Tableau XIII : Antécédents personnels des atteintes cutanées selon les critères de Williams.

Cas	Joues	Coudes	Creux poplités	Faces antérieures des chevilles	Cou
1°	+				
2°					+
3°	+				
4°	+				+
5°	+				
6°	+				
7°	+				
8°	+				
9°	+				
10°	+				
11°					+
12°	+				
13°		+	+	+	+
14°		+	+		
15°	+				
16°	+				+
17°	+				
18°	+				
19°	+				
20°			+	+	+
21°	+		+	+	
22°	+				
23°		+			
24°	+	+			
25°	+				
26°	+				+
27°		+	+	+	

Les autres localisations ne figurants pas dans le 2eme critère mineur de Williams :

- Atteinte du front, menton, sillon rétro-auriculaire, et cuir chevelu :

Parmi les 27 enfants :

11 avaient une atteinte au niveau du front, soit 40.7%.

8 avaient une atteinte au niveau du menton, soit 29.6%.

7 avaient une atteinte au niveau du sillon rétro-auriculaire, soit 25.9%.

12 avaient une atteinte au niveau du cuir chevelu, soit 44.4%.

Tableau XIV : Antécédent d'atteinte du front, menton, SRA et cuir chevelu.

Antécédent d'atteinte	Front		Menton		Sillon rétro auriculaire		Cuir chevelu	
Oui	11	40.7%	8	29.6%	7	25.9%	12	44.4%
Non	16		19		20		15	
Total	27		27		27		27	

- Atteinte du tronc, du dos et de la région Péri axillaire :

Parmi les 27 enfants :

9 avaient une atteinte au niveau du tronc, soit 33.3%.

7 avaient une atteinte au niveau du dos, soit 25.9%.

6 avaient une atteinte au niveau de la région péri axillaire, soit 22.2%.

Tableau XV : Antécédent d'atteinte du Tronc, Dos, et de la RPA.

Antécédent d'atteinte	Tronc		Dos		Région péri axillaire	
Oui	9	33.3%	7	25.9.2%	6	22.2%
Non	18		21		21	
Total	27		27		27	

- Atteinte de l'Avant bras, Poignet et Main :

Parmi les 27 enfants :

4 avaient une atteinte au niveau des avants bras, soit 14.8%.

2 avaient une atteinte au niveau des poignets, soit 7.4%.

5 avaient une atteinte au niveau des mains, soit 18.5%.

Tableau XVI : Antécédent d'atteinte de l'Avant bras, Poignet et Main.

Antécédent d'atteinte	Avant bras	Poignet	Main
Oui	4 14.8%	2 7.4%	5 18.5%
Non	23	24	21
Total	27	27	27

- Atteinte des Fesses, Hanches, et la Région inguinale :

Parmi les 27 enfants :

5 avaient une atteinte au niveau des fesses, soit 18.5%.

6 avaient une atteinte au niveau des hanches, soit 22.2%.

3 avaient une atteinte au niveau de la RI, soit 11.1%.

Tableau XVII : Antécédent d'atteinte des Fesses ; Hanches, et la Région inguinale.

Antécédent d'atteinte	Fesses	Hanches	Région inguinale
Oui	5 18.5%	6 22.2%	3 11.1%
Non	24	21	24
Total	27	27	27

- Atteinte du Genou et du pied :

Parmi les 27 enfants :

4 avaient une atteinte au niveau du genou, soit 14.8%.

4 avaient une atteinte au niveau du pied, soit 14.8%.

Tableau XVIII : Antécédent d'atteinte du genou, et du pied.

Antécédent d'atteinte	Genou	Pied
Oui	4 14.8%	4 14.8%
Non	23	23
Total	27	27

2.3 Antécédent de sécheresse cutanée généralisée : (Xérose)

➤ Critère mineur n°3 :

« Antécédents de peau sèche généralisée au cours de la dernière année »

Parmi les 27 enfants, les parents ont rapporté chez 23 enfants l'existence d'un antécédent de peau sèche généralisée durant les 12 derniers mois (82.2%). (Tableau XIX)

Tableau XIX : Antécédent de Xérose.

Antécédent de Xérose	Nombre	%
Oui	23	85.2%
Non	4	14.8%
Total	27	

2.4 Antécédents personnels et familiaux d'atopie :

➤ Critère mineur n°4 :

« Antécédents personnels d'Asthme ou de Rhinite Allergique (ou antécédents de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans) »

2.4.1 Antécédents personnels d'Asthme et de Rhinite allergique :

Parmi les 27 enfants :

1 seul enfant présentait un Asthme, soit 3.7%, et 3 enfants présentaient une Rhinite allergique, soit 11.1%. (Tableau XX)

Tableau XX : Antécédent personnel d'Asthme et de Rhinite allergique.

	Asthme		Rhinite allergique	
Oui	1	3.7%	3	11.1%
Non	26	96.3%	24	88.9%
Total	27		27	

2.4.2 Antécédents d'Atopie familiale :(Tableau XXI)

2.4.2.1 Antécédent d'asthme familial :

Chez les 27 enfants, il a été noté 8 cas d'antécédent d'Asthme familial :

7 cas d'antécédent d'Asthme maternel, et 1 seul cas d'antécédent d'Asthme paternel.

On n'a pas noté d'antécédents d'Asthme chez la fratrie, ni les tantes et oncles paternels

2.4.2.2 Antécédent de Rhinite allergique familiale (R.A) :

Chez les 27 enfants, il a été noté 10 cas d'antécédent de Rhinite allergique familiale :

4 cas d'antécédent de Rhinite allergique maternelle, 3 cas d'antécédent de Rhinite allergique paternelle, et 3 cas d'antécédent de Rhinite allergique chez la fratrie.

On n'a pas noté d'antécédents de Rhinite allergique chez les tantes et oncles paternelles.

2.4.2.3 Antécédent de Conjonctivite allergique familiale (C.A) :

Chez les 27 enfants, il a été noté 6 cas d'antécédent de Conjonctivite allergique familiale :

4 cas d'antécédent de conjonctivite allergique maternelle, et 2 cas d'antécédent de conjonctivite allergique paternelle.

On n'a pas noté d'antécédents de conjonctivite allergique chez la fratrie, ni les tantes et oncles paternels.

2.4.2.4 Antécédent de DA familiale :

Chez les 27 enfants, il a été noté, 3 cas d'antécédent de DA familiale :

1 antécédent de Dermatite atopique maternelle, et 2 antécédents de Dermatite atopique chez la fratrie.

On n'a pas noté d'antécédents de Dermatite atopique paternel, ni chez les tantes et oncles paternels.

Tableau XXI : Antécédents d'atopie familiale.

Antécédent familiale	Asthme	Rhinite allergique	Conjonctivite allergique	DA
Oui	8 29.6%	10 37%	6 22.2%	3 11.1%
Non	19	17	21	24
Total	27	27	27	27

Au total : 19 enfants remplissaient ce critère.

16 enfants, dont l'âge était inférieur à 4 ans, avaient des antécédents d'atopie familiale.

3 enfants, dont l'âge était supérieur à 4 ans, avaient des antécédents personnels d'Asthme et de rhinite allergique.

2.5 Les données de l'examen dermatologique :

Parmi les 27 enfants :

12 ont consulté pour dermatose prurigineuse

15 ont consulté pour un motif extra dermatologique

L'examen dermatologique était anormal chez 14 enfants. (Tableau XXII)

Tableau XXII : Examen dermatologique selon les motifs de consultation.

	Examen dermatologique Normal	Examen dermatologique Anormal	Total
Dermatose prurigineuse	0	12	12 44.4%
Motif extra dermatologique	13	2	15 55.6%
Total	13 48.2%	14 51.8%	27

Parmi les 12 enfants qui se sont présentés pour dermatose prurigineuse :

6 présentaient une dermatose prurigineuse généralisée.

6 présentaient une dermatose prurigineuse localisée. (Tableau XXIII)

Tableau XXIII : Répartition des cas de dermatose prurigineuse selon l'étendu.

Dermatose prurigineuse	Nombre	%
Généralisée	6	50%
Localisée	6	50%
Total	12	

2.5.1 Aspect des lésions :

Les signes cliniques notés chez les 14 enfants dont l'examen dermatologique était anormal, étaient les suivants :

L'érythème chez 78.6% des enfants, l'œdème chez 42.9%, des croutes chez 35.7%, la xérose chez 42.9%, l'ichtyose chez 7.1%, le signe de Dennie-Morgan (double pli sous palpébral) chez 35.7%, et le pityriasis alba (eczématides) chez 14.3%

Aucun cas de chéilite, de lichénification, d'eczéma nummulaire, d'hyperlinéarité palmaire, ni de dermographisme blanc n'a été observé. (Tableau XXIV)

Tableau XXIV : Répartition selon l'aspect des lésions.

	N	%
Erythème	11	78.6%
Œdème	6	42.9%
Croutes	5	35.7%
Xérose	6	42.9%
Ichtyose	1	7.1%
Signe de Dennie–Morgan	5	35.7%
Pityriasis alba	2	14.3%

2.5.2 Localisation des lésions :

➤ **Critère mineur n°5 :**

« Eczéma des grands plis visible ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfants au-dessous de 4 ans »

La localisation au niveau des joues était prédominante (92.8%), suivie par le front, cuir chevelu, sillon rétro auriculaire et la face antérieure du cou (35.7%), puis le menton, poitrine et l'abdomen (28.6%), puis le dos (21.4%), puis la région péri axillaire, le poignet, les hanches et le genou (18.4%), et enfin l'avant bras, la main, la région inguinale, creux poplité (7.2%). (Tableau XXV)

Aucun cas ne présentait des lésions aux niveaux des coudes, fesses, la face antérieure de la cheville et le pied.

11 enfants parmi les 14, remplissaient ce 5eme critère.

Tableau (XXV): Répartition des lésions selon la localisation.

Localisations	Nombre	%
Front	5	35.7%
Joues	13	92.8%
Menton	4	28.6%
Cuir chevelu	5	35.7%
Sillon rétro auriculaire	5	35.7%
Face antérieure cou	5	35.7%
Nuque	1	7.2%
Poitrine	4	28.6%
Abdomen	4	28.6%
Dos	3	21.4%
Région péri axillaire	2	18.4%
Avant bras	1	7.2%
Poignet	2	18.4%
Main	1	7.2%
Hanches	2	18.4%
Région inguinale	1	7.2%
Creux poplité	1	7.2%
Genou	2	18.4%

**Tableau XXVI : Tableau récapitulatif de la localisation des lésions selon
le 5° critère mineur de Williams**

Cas	Eczéma des grands plis	Age < 4 ans	Eczéma des joues	Eczéma du front	Eczéma des convexités des membres
1		+			
2	+	+	+		+
3	+	+	+		+
4	+	+	+		
5		+			
6		+	+	+	
7		+			
8		+	+		
9		+			
10	+	+	+	+	
11	+	+			
12	+	+	+	+	
13					
14		+			
15	+	+	+		
16	+	+	+	+	
17	+	+	+	+	
18		+			
19			+		
20			+		
21	+		+		
22		+			
23					
24					
25		+			
26					
27					

Au total 27 enfants répondaient aux critères diagnostiques de Williams. (Tableau XXVII)

Tableau XXVII : Les critères de Williams chez les sujets atteints de DA.

Cas	Critère obligatoire	1° critère mineur	2° critère mineur	3° critère mineur	4° critère mineur	5° critère mineur
1	+		+	+	+	
2	+		+	+	+	+
3	+		+	+		+
4	+		+		+	+
5	+		+	+	+	
6	+		+		+	+
7	+		+	+	+	
8	+		+	+		+
9	+		+	+	+	
10	+		+	+	+	+
11	+		+	+	+	
12	+		+		+	+
13	+	+	+	+	+	
14	+		+	+	+	
15	+		+	+		+
16	+		+		+	+
17	+		+	+	+	+
18	+		+	+	+	
19	+	+	+	+		
20	+	+	+	+		
21	+	+	+	+		+
22	+		+	+	+	
23	+	+	+	+		
24	+	+	+	+		
25	+		+	+	+	
26	+	+	+	+	+	
27	+	+	+	+	+	

3. Les complications :

D'après l'interrogatoire, les mamans ont rapporté un seul cas d'impétiginisation des lésions. On n'a pas noté d'antécédents d'infections virales (verrues, Molluscum contagiosum) ni d'autres surinfections.

L'examen des enfants n'a pas trouvé de retard de croissance.

4. Le traitement reçu :

Parmi les 27 cas de DA, 12 enfants ont déjà reçu un traitement.

Le traitement comprend :

Des conseils généraux

Un traitement médical de la poussée aigue.

Un traitement de fond.

Parmi les 12 enfants, 8 ne présentaient plus aucun signe clinique et 4 présentaient toujours des signes cliniques.

4.1 Les conseils généraux :

Parmi les 12 enfants atteints de DA :

66.7% utilisaient des habits à base de coton, 50% des parents évitaient à leurs enfants l'exposition au tabac et autres allergènes, 41.7% étaient informés de l'importance d'utilisation d'émollients surtout en hiver/automne, 50% utilisaient des pains surgras pour laver l'enfant, 8.3% étaient éduqués pour éviter le contagement herpétique, et enfin tous les enfants étaient vaccinés selon le programme national d'immunisation.

4.2 Traitement de la poussée :

- **Utilisation de Dermocorticoïdes :**

9 enfants parmi 12, ont bénéficié d'un traitement par les dermocorticoïdes.

La durée moyenne du traitement était de 4 semaines.

- Utilisation d'antihistaminiques :

2 enfants parmi 12, ont bénéficié d'un traitement par les antihistaminiques

La durée moyenne du traitement était de 2 semaines.

- Utilisation d'antibiotiques/antiseptiques :

1 seul enfant, a utilisé un traitement antibiotique.

- Utilisation d'émollients :

5 enfants parmi 12, ont utilisé des émollients.

4.3 Traitement de fond :

- Utilisation d'émollients :

3 enfants utilisaient des émollients.

- Utilisation de dermocorticoïdes :

2 enfants utilisaient des dermocorticoïdes, de façon discontinue.

IV. Etude comparative des deux groupes :

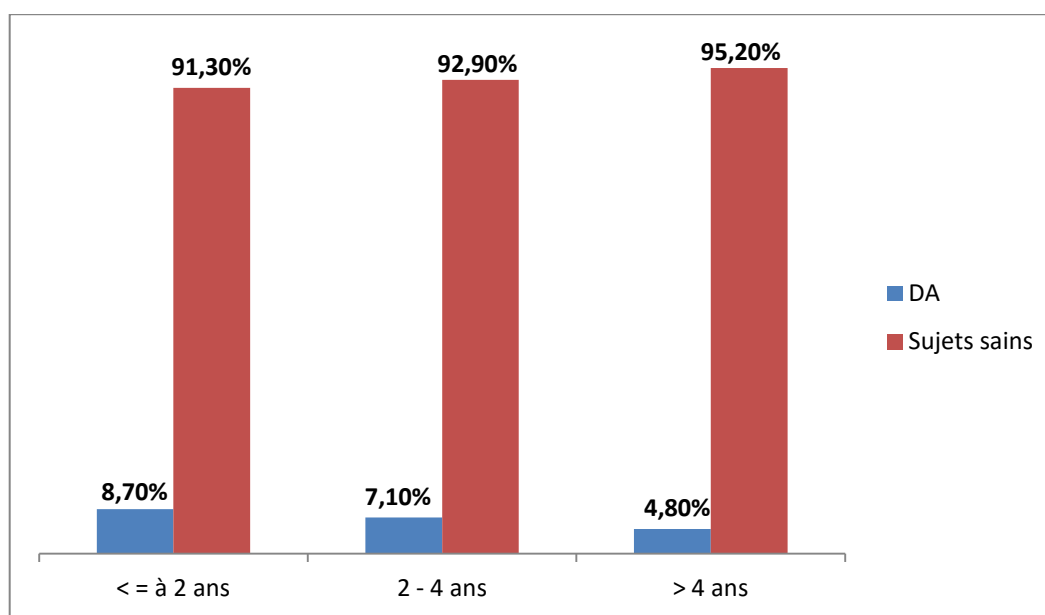
1. L'âge :

Les enfants étaient répartis en 3 groupes, qui correspondaient à 3 tranches d'âge différentes.

La tranche d'âge > à 4 ans était celle la moins touchée par la DA. (Tableau XXVIII), (Graphique10).

Tableau XXVIII : Répartition des sujets selon les tranches d'âge.

	<= 2 ans		2-4 ans		> 4 ans		Total
	N	%	N	%	N	%	
DA	11	8.7%	7	7.1%	8	4.8%	27 6.75%
Sujets sains	126	91.3%	91	92.9%	157	95.2%	373 93.25%
Total	137		98		165		400



Graphique 10 : Répartition selon les tranches d'âge.

2. Le sexe :

La prévalence de la DA était de 7.1% chez les garçons, et de 6.3% chez les filles ; il n'existe pas une différence significative entre les deux sexes ($P= 0.742$). (Tableau XXIX)

Tableau XXIX: Répartition des sujets selon le sexe.

	Garçons		Filles		Total	%	P
	N	%	N	%			
DA	15	7.1%	12	6.3%	27	6.75%	0.742
Sujets sains	195		178		373	93.25%	
Total	210	100%	190	100%	400	100%	

3. Les antécédents d'atopie familiale :

3.1 L'Asthme familial :

- L'asthme maternel :

Sa prévalence était de 25.9% chez les sujets atteints de DA, et de 3.7% chez les sujets sains ; il existe une différence significative entre les deux groupes ($p < 0.001$). (Tableau XXX)

- L'asthme paternel :

Sa prévalence était de 3.7% chez les sujets atteints de DA, et de 0.8% chez les sujets sains ; il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0.245$). (Tableau XXX).

Tableau XXX : Répartition des cas de l'antécédent d'asthme familial.

	DA		Sujets sains		Total	P
	N	%	N	%		
Asthme maternel	7	25.9%	14	3.7%	21	<0.001
Asthme paternel	1	3.7%	3	0.8%	4	0.245
Asthme fratrie	0		4	1.1%	4	1
Asthme tantes paternelles	0		0		0	
Asthme oncles paternels	0		2	0.5%	2	1
Total	8/27		23/373		31/400	

3.2 La Rhinite allergique familiale :

- La rhinite allergique maternelle :

Sa prévalence était de 14.8% chez les sujets atteints de DA, et de 3.5% chez les sujets sains ; il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0.021$). (Tableau XXXI)

- La rhinite allergique paternelle :

Sa prévalence était de 11.1 % chez les sujets atteints de DA, et de 1.1% chez les sujets sains ; il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0.008$). (Tableau XXXI)

- La rhinite allergique chez la fratrie :

Sa prévalence était de 11.1% chez les sujets atteints de DA, et de 0.27% chez les sujets sains ; il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0.001$). (Tableau XXXI).

Tableau XXXI: Répartition des cas de l'antécédent de Rhinite allergique familiale

Rhinite allergique	DA		Sujets sains		Total	P
	N	%	N	%	N	
Maternelle	4	14.8%	13	3.5%	17	0.021
Paternelle	3	11.1%	4	1.1%	7	0.008
Fratrie	3	11.1%	1	0.27%	4	0.001
Tantes paternelles	0		0		0	
Oncles paternels	0		0		0	
Total	10/27		18/373		28/400	

3.3 La conjonctivite allergique familiale :

- La conjonctivite allergique maternelle :

Sa prévalence était de 14.8%, et de 1.1% chez les sujets sains, il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0.001$). (Tableau XXXII)

• La conjonctivite allergique paternelle :

Sa prévalence était de 7.4% chez les sujets atteints de DA, et de 0.5% chez les sujets sains ; il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0.024$). (Tableau XXXII)

Tableau XXXII : Répartition des cas de l'antécédent de conjonctivite allergique familiale

Conjonctivite Allergique	DA		Sujets sains		Total	P
	N	%	N	%	N	
Maternelle	4	14.8%	4	1.1%	8	0.001
Paternelle	2	7.4%	2	0.5%	4	0.024
Fratrie	0		2		2	1
Tantes P	0		0		0	
Oncles P	0		0		0	
Total	6/27		8/373		14/400	

3.4 La DA familiale :

• La DA maternelle :

Sa prévalence était de 3.7% chez les sujets atteints de DA, et de 0.5% chez les sujets sains ; il n'existe pas une différence significative entre les deux groupes ($p=0.190$). (Tableau XXXIII)

• La DA chez la fratrie :

Sa prévalence était de 7.4%, et de 1.1% ; il n'existe pas une différence significative entre les deux groupes ($p=0.056$). (Tableau XXXIII)

Tableau XXXIII : Répartition des cas de l'antécédent de DA familiale

	DA		sujets sains		Total	P
	N	%	N	%		
D.A maternelle	1	3.7%	2	0.5%	3	0.190
D.A paternelle	0		1	0.3%	1	1
D.A fratrie	2	7.4%	4	1%	6	0.056
D.A tantes P	0		0		0	
D.A oncles P	0		0		0	
Total	3/27		7/373		10/400	

4. L'allaitement maternel :

88.9% des sujets atteints de DA étaient sous allaitement maternel, contre 93% des sujets sains, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.423$). (Tableau XXXIV)

Tableau XXXIV : L'allaitement maternel selon le diagnostic.

Allaitement Maternel	DA		Sujets sains		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Oui	24	88.9%	347	93%	371	92.75%	0.423
Non	3	11.1%	26	7%	29	7.25%	
Total	27		373		400		

5. La diversification alimentaire :

La diversification alimentaire a été faite avant 6 mois chez 21.7% des sujets atteints de DA, et chez 22.3% des sujets sains, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.946$). (Tableau XXXV)

Tableau XXXV : Diversification alimentaire selon l'âge et le diagnostic

Diversification alimentaire	DA		Sujets sains		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Oui	23	85.2%	349	93.7%	372	93%	0.946
Non	4	14.8%	24	6.3%	28	7%	
Total	27		373		400		
Avant 6 mois	5	21.7%	78	22.3%	83	22.2%	
Après 6 mois	18	78.3%	271	77.7%	317	77.8%	
Total	23		349		372		

6. Le tabagisme passif :

12 sujets atteints de DA (44.4%) étaient exposé au tabagisme passif, contre 108 sujets sains (28.9%), il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.090$). (Tableau XXXVI).

Tableau XXXVI: L'exposition au tabagisme passif selon le diagnostic.

Tabagisme passif	DA		Sujets sains		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Oui	12	44.4%	108	28.9%	120	30%	0.090
Non	15	55.6%	265	71.1%	280	70%	
Total	27		373		400		

7. La consanguinité :

4 sujets atteints de DA (14.8%) étaient issus d'un mariage consanguin, contre 52 sujets sains (13.9%), il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.780$). (Tableau XXXVII).

Tableau XXXVII: La présence de consanguinité selon le diagnostic.

Consanguinité	DA		Sujets sains		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Oui	4	14.8%	52	13.9%	56	14%	0.780
1° degré	2	7.4%	30	8.0%	32	8%	
2° degré	2	7.4%	22	5.9%	24	6%	
Non	23	85.2%	322	86.1%	344	86%	
Total	27		373		400		

8. Les animaux de compagnie :

Les animaux de compagnie étaient présents chez 2 sujets atteints de DA, contre leur présence chez 6 sujets sains.

Les animaux à fourrure (chats) étaient présents chez 2 sujets atteints de DA (7.4%), contre leur présence chez 5 sujets sains (1.3%), il n'existe pas une différence significative entre les deux groupes ($p=0.075$). (Tableau XXXVIII)

Tableau XXXVIII : La présence des animaux de compagnie selon le diagnostic.

Animaux de compagnie	DA		Sujets sains		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Oui	2	7.4%	6	1.6%	8	2%	0.075
Chat	2	7.4%	5	1.3%	7		
Chien	0		0		0		
Autres	0		1	0.3%	1		
Non	25	92.6%	367	98.4%	392	98%	
Total	27		373		400		

DISCUSSION

A decorative rectangular frame with ornate scrollwork and flourishes. The word "DISCUSSION" is written in a stylized, italicized, serif font within the frame.

I. Les données épidémiologiques :

1. La prévalence de la DA :

La prévalence de la DA dans la ville de Marrakech déterminée par notre étude, est de 6.75%.

Au Maroc :

Très peu d'études concernant la DA ont été réalisées, en fait la majorité des données épidémiologiques disponibles émanent des résultats de l'étude ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood)

L'étude ISAAC est une étude internationale multicentrique, qui visait à comparer la prévalence des différentes manifestations allergiques dont la DA, dans les différentes régions du monde à l'aide d'un questionnaire [7, 8, 9], chez deux groupes d'enfants : 13-14 ans (échantillon obligatoire) et 6-7 ans (échantillon facultatif). Elle s'est déroulée en 3 phases, entre les années 90 et 2000.

Le diagnostic de DA était retenu en cas de réponse positive à deux questions.

1) « avez-vous eu une éruption qui grattait de façon récurrente ? »

2) « est ce que cette éruption à un moment ou à un autre touchaient : le pli des coudes, derrière les genoux, la face antérieure des chevilles, le cou, les oreilles ou les yeux ? »

La prévalence de l'eczéma diagnostiqué était :

En 1996 (phase I) : 13.9% à Casablanca, 8.5% à Rabat et 13.1% à Marrakech [10].

En 2002-2003 (phase III) : 20.2% à Casablanca, 20.7% à Marrakech, 20% à Benslimane et 13.3% à Boulmane [11].

Ces prévalences sont largement supérieures à notre résultat.

Dans la ville d'Oujda, une enquête inspirée de l'étude ISAAC a été réalisée chez des écoliers en 2011, dans laquelle la prévalence de l'eczéma diagnostiquée était de 2.7%. [10].

Une autre étude a été réalisée à Marrakech entre Décembre 2002 et Décembre 2007, chez 160 enfants atopiques consultant un pédiatre dans le secteur privé et qui consistait à remplir un questionnaire, et à effectuer des tests cutanés par la méthode du prick-test, a trouvé une prévalence de la DA à 4%. [12].

Dans les séries maghrébines :

L'étude ISAAC, estimait la prévalence de la DA en Tunisie (Grand Tunis, 2005), à 8.3% chez les enfants âgés de 13 à 14 ans [13]. En Algérie (Alger, 2007) cette prévalence était de 6.5% [14].

Une étude tunisienne, ayant pour objectif de comparer les prévalences de la DA en France (Tours, Paris, 2001/2002) et en Tunisie (Tunis, Sfax, 2001/2002), a noté une prévalence de 0.44% en Tunisie et de 21% en France [15].

Selon une autre étude réalisée dans la ville de Constantine, Algérie chez des nourrissons au niveau de deux grands centres de vaccination entre Juillet 2009 et Juillet 2010, la prévalence de la DA était de 5.32% [14].

Dans les séries occidentales :

L'étude ISAAC phase I estimait la prévalence de la DA :

En France à 8.8% chez les enfants de 6 à 7 ans, et de 10% chez les enfants de 13 à 14 ans. [16].

En Espagne à 3% chez les enfants de 6 à 7 ans, et de 4% chez les enfants de 13 à 14 ans [9].

En Italie à 6% chez les enfants de 6 à 7 ans, et de 6% chez les enfants de 13 à 14 ans [9].

Au Royaume-Uni à 13% chez les enfants de 6 à 7 ans, et de 16% chez les enfants de 13 à 14 ans [9].

D'autres études qui datent de 2004, estimaient la prévalence de la DA :

En Espagne à 8% chez les enfants de 13 à 14 ans [17].

En Allemagne à 13% avant 1 an, et 21% avant 2 ans [18].

Au Royaume-Uni à 24% chez les enfants de 2 à 15 ans [19].

Notre résultat, était inférieur aux résultats trouvés dans l'étude ISAAC au Maroc, mais reste supérieur à celui trouvé dans les autres études concernant les villes d'Oujda et Marrakech. Cependant il est proche de celui trouvé dans les pays Maghrébins et moins élevé que les résultats observés dans les pays développés.

Cette variabilité des résultats peut être expliquée par les différentes méthodologies adoptées dans chaque étude.

L'étude ISAAC, on lui oppose trois principales limites : elle n'étudie pas les nourrissons population chez qui la prévalence est la plus élevée, les critères diagnostiques sont très discutables, enfin la qualité des traductions peuvent limiter l'interprétation des résultats [20].

Pour les autres études, certaines se sont déroulées dans des centres de dermatologies ou de pédiatrie, ce qui peut constituer un biais de sélection. D'autre part les critères diagnostiques, les critères d'inclusion et d'exclusion, la réalisation d'un examen clinique ou non, varient et peuvent toutefois influencer les résultats.

2. L'âge :

Dans notre étude l'âge moyen des enfants atteints de DA était de 2 ans 9 mois avec des extrêmes allant de 6 mois à 6 ans.

Dans une autre étude marocaine, faite à Marrakech (Janvier 2002–Décembre 2003) l'âge moyen des enfants atteints de DA était de 28.5 mois [21].

Dans une étude algérienne (Constantine), l'âge moyen des enfants atteints était de 9.3 mois [14].

Dans une étude tunisienne (Tunis, Sfax), l'âge moyen des enfants atteints était de 6.4 ans (± 4.04) [15].

3. Le sexe :

Concernant le sex-ratio M/F, dans les séries occidentales, la prédominance est tantôt féminine [9,22, 23]. Et tantôt masculine [24, 25]. Le sex-ratio M/F est équilibré selon d'autres séries [26].

Dans les séries maghrébines et marocaines :

On note une nette prédominance masculine, avec un sex-ratio M/F de 1.59, 1.22, 1.3 et 1.5 respectivement en Tunisie (Monastir), Algérie (Constantine), la ville d'Oujda et Marrakech [27, 14, 10, 21].

Dans notre étude le sex-ratio M/F était 1.25 avec 55.5% de garçons et 44.5% de filles, on note une prédominance masculine, donc nos résultats sont en accord avec les résultats des séries maghrébines et marocaines.

II. Les données anamnestiques et cliniques :

1. L'âge de début :

Le plus souvent, la DA débute précocement dans l'enfance et particulièrement pendant la première année de vie. Selon une étude anglaise, l'âge de début serait avant six mois dans 47,5

% des cas et avant un an dans 69 % des cas [24] avec un âge moyen de six mois. La DA commence au cours des six premiers mois de la vie dans 45 % des cas, la première année dans 60 % des cas et avant l'âge de cinq ans pour au moins 85 % des enfants atteints [28].

Dans une étude sur 6877 enfants, Williams avait noté un début de la DA pendant la première année de vie chez 35 % des patients, tandis que 54 % des patients avaient un début de DA entre l'âge d'un et sept ans et 11 % après l'âge de sept ans [28].

Dans les séries maghrébines :

En Algérie (Constantine), la médiane d'âge de début était de 5.14 mois [14].

En Tunisie (Charles Nicolle, Tunis), dans une étude rétrospective de tous les cas de DA étalée sur 7 ans (Janvier 1992, Décembre 1998), l'âge moyen de début de la DA était de 3.2 ans [29].

Dans une autre étude en Tunisie (Monastir), l'âge moyen de début de la DA était de 5 ans et demi (la DA avait débuté après l'âge de 5 ans dans 31.9% des cas). Le début tardif de la DA était constaté dans d'autres séries tunisiennes. En effet, la DA avait débuté après l'âge de 5 ans dans 13,5 % des cas dans la série de Kharfi et al. , et dans 17 % des cas dans la série de Amri et al [27].

Dans notre étude la DA a débuté chez 66.7% des enfants avant six mois, et chez 88.9% avant un an, et avant deux ans chez tous les enfants. Avec un pic de fréquence à trois mois ; 29.6%. Ceci suggère que dans notre contexte le début de la DA est plus précoce par rapport à ce qui est rapporté par la littérature occidentale, et certaines séries maghrébines.

2. La marche atopique :

L'ensemble des manifestations cliniques du terrain génétique atopique peut s'exprimer tout au long de la vie. Mais cette expression n'est pas la même en fonction de l'âge des patients.

Cette évolution, qui est relativement stéréotypée, a reçu le nom de « marche atopique » ou de « progression atopique » [30].

La DA serait le premier signe de la « marche atopique » ou de la « triade atopique » qui se traduit ultérieurement par la survenue d'un asthme, puis d'une rhinite allergique. La présence d'une DA dans l'enfance augmente le risque de développer un asthme (risque évalué entre 16 et 80 p.100) ou une rhinite allergique (risque évalué entre 20 et 60 p.100), ainsi la persistance et la sévérité de l'asthme [25, 30–39].

Dans l'étude NCDS (National Child Development Study) (cohorte anglaise née en 1958), la présence d'une DA est associée à une augmentation de la fréquence de l'asthme dans les différentes tranches d'âge étudiées, la faiblesse des sous-groupes, le suivi incomplet de la cohorte ne permet pas de confirmer statistiquement le lien chronologique entre ces différentes pathologies [40].

Dans une étude japonaise suivant 169 enfants de moins d'un an avec DA, le risque de développer un asthme était de 35 p.100 à 4 ans [25].

Dans une étude italienne portant sur 1402 enfants, qui a utilisée la méthodologie de l'étude ISAAC, mais pour une population de 3 à 5 ans. L'existence d'une DA dans les 3–5 premières années était associée à la présence d'une rhinite (23 p.100 dans le groupe de DA versus 14 P.100 dans le groupe sans DA, $p < 0.001$) [41].

Dans une étude suédoise portant sur 221 enfants atteints de DA et 99 témoins, 5 p.100 des enfants avec DA développaient à 2 ans un rhino-conjonctivite allergique contre 0 P.100 dans le groupe témoin ($P < 0.05$) [42].

Dans notre étude, un seul enfant parmi les autres atteints de DA avait un asthme et une rhinite allergique associés (3.7%), et deux enfants avaient une rhinite allergique associée (7.4%), contre 3 cas d'asthme (0.8%) et 7 cas de rhinite allergique (1.9%) chez les sujets sains.

3. Les manifestations cliniques :

En ce qui concerne l'aspect des lésions :

Chez le nourrisson :

L'aspect des lésions est variables en fonction de la gravité de la DA et le moment de l'examen (poussées/rémission), les lésions aiguës sont suintantes puis croûteuses, et souvent impétiginisées. La xérose n'est pas au premier plan. Dans les formes mineures, les lésions sont peu inflammatoires et palpables sous forme de rugosité cutanée des convexités. Les éléments de description les plus utiles pour établir un score lésionnel d'intensité chez le nourrisson sont: l'érythème, l'œdème (papules œdémateuses), les excoriations qui témoignent objectivement du prurit, et le suintement associé aux croûtes qui témoigne de l'acuité des poussées vésiculeuses [43].

Chez l'enfant :

La lichénification prédomine sur les zones d'érythème et d'œdème. Les signes mineurs comme la pigmentation infra orbitaire, les plis sous-palpébraux (Dennie-Morgan) sont plus nets. La xérose est un élément plus constant que chez le nourrisson et pose fréquemment le problème d'une ichtyose vulgaire associée. Au visage, mais aussi parfois de façon plus diffuse, des dartres achromiques (pityriasis alba). Un aspect de pulpites sèches parfois fissuraires des mains et des pieds ainsi qu'une dyshidrose peuvent parfois être la seule manifestation de l'atopie [43].

Dans une étude faite à Marrakech entre Janvier 2002 et Décembre 2003, l'aspect clinique prédominant était celui de lésions eczématiformes vésiculo-suintantes œdémateuses à bord plus au moins émiettés. Les signes cliniques observés étaient, une xérose dans 80% des cas, des

eczématides dans 43.3% des cas, une kératose pilaire dans 16.7% des cas et le signe de Dennie-Morgan dans 51.7% des cas, un aspect d'eczéma lichénifié était trouvé chez 33% des malades [21].

Dans notre étude :

Chez le nourrisson :

90% des nourrissons se sont présentés en poussée aigue : 90% présentaient un érythème, 60% présentaient un œdème, 50% présentaient des croûtes, 40% présentaient une xérose, 20% présentaient le signe de Dennie-Morgan.

Chez l'enfant :

50% présentent un érythème au niveau des joues, 75% présentent le signe de Dennie-Morgan, 50% présentent une xérose et 50% présentent un pityriasis alba. La lichénification était absente.

Donc nos résultats s'approchent de ceux de la littérature en ce qui concerne l'aspect clinique chez le nourrisson, pour l'enfant, l'absence de lichénification peut être expliquée par le fait de réception d'un traitement antérieur.



**Localisation au niveau des joues des lésions de DA chez le nourrisson.
(Iconographie du service de dermatologie CHU Mohammed VI)**



Lésions de DA au niveau du visage chez le nourrisson.
(Iconographie du service de dermatologie CHU Mohammed VI)



Aspect de DA sévère chez le nourrisson
(Iconographie service de dermatologie CHU Mohammed VI)



La xérose chez le nourrisson

(Iconographie service de dermatologie CHU Mohammed VI)



Atteinte des plis de flexion chez l'enfant.

(Iconographie service de dermatologie CHU Mohammed VI)

4. La topographie des lésions :

En ce qui concerne la topographie des lésions, la distribution sur le corps se modifie avec l'âge. Avant l'âge de deux ans l'atteinte des convexités prédomine, à l'exception du siège. Après deux ans l'atteinte concerne les plis de flexions et les zones dites « bastion » (main, poignet, cheville et mamelon)

Selon une étude japonaise, dans la tranche d'âge 3-5 mois, les localisations les plus fréquentes (>60%) étaient : les joues (81%), le front (62%), le cuir chevelu (61%), poitrine (67%), dos (64%), abdomen (59%). Dans la tranche d'âge 5-9 ans, l'incidence des atteintes de la face antérieure du cou et de la nuque augmente de plus de 50% comparativement à la tranche d'âge 3-5 mois. La fréquence des atteintes des régions péri-axillaires, des hanches, des régions inguinales et des fesses est multipliée respectivement par 2, 3, 4 et 7 entre ces deux tranches d'âge. L'augmentation de la fréquence des atteintes du pli des coudes (33% vs 58%) et des creux poplités (41% vs 57%) est moins importante [44].

Dans une étude réalisée à Marrakech (Janvier 2002, Décembre 2003), les lésions siégeaient au niveau des joues dans 66.5%, les plis du coude dans 48.3%, au creux poplité dans 36.6% des cas [21].

Dans notre étude :

Chez les enfants âgés de moins de deux ans, les zones les plus fréquemment atteintes étaient : les joues (90%), le front (50%), le sillon rétro-auriculaire (50%), et la face antérieure du cou (50%), ce qui rejoint la littérature pour deux premières localisations, les deux dernières correspondent à une atteinte inversée par rapport à l'âge. En deuxième position, en terme de fréquence on a trouvé, le menton, le cuir chevelu, la poitrine et l'abdomen pour 40%, le dos pour 30%.

Chez les enfants de plus de deux ans, on a noté la prédominance de la forme localisée (75%) de la DA, la zone la plus atteinte était les joues (100%), les plis de flexions n'étaient atteints que dans 25% cas, il s'agissait du creux poplité, ce qui se contredit avec les données de la littérature.

III. Les facteurs de prédisposition :

1. L'atopie familiale :

Deux tiers des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint de dermatite atopique, d'asthme ou de rhinite allergique, contre seulement un tiers chez les sujets non atopiques.

Les études familiales montrent qu'en cas de dermatite atopique chez les deux parents, la prévalence chez l'enfant est de 81 % ; de 59 % si un parent présente une dermatite atopique et l'autre un asthme et de 56 % si l'autre parent ne présente aucune manifestation atopique. L'atteinte maternelle aurait un rôle prépondérant sur le risque de survenue de dermatite atopique chez l'enfant par rapport à l'atteinte paternelle (57 % versus 46 %) [45].

Dans les séries maghrébines :

Une étude en Algérie (Tlemcen) avait trouvé chez 70% des sujets atteints de DA des antécédents familiaux d'au moins une des trois grandes manifestations de l'atopie (eczéma, asthme, rhinite) [46].

En Tunisie une étude avait trouvé la présence d'antécédents familiaux d'atopie chez 80.3% des sujets atteints de DA [27].

Dans notre étude, 74.1% des enfants atteints de DA ont un parent du premier degré atteint d'asthme, de rhinite allergique, de conjonctivite allergique ou de DA, Ceci rejoint les données de la littérature.

2. La consanguinité :

Dans notre étude 14.8% des sujets atteints de DA étaient issus d'un mariage consanguin, sans différence significative par rapport aux cas témoins. Ce facteur n'était pas étudié dans la littérature occidentale ceci peut être expliqué par la rareté de la consanguinité dans leur contexte. Cependant ce facteur est présent dans la région Magrébine. A noter que dans une étude marocaine faite à Marrakech (Janvier 2002-Décembre 2003), la consanguinité était présente chez 13% des sujets atteints de DA [21]. Dans une étude algérienne faite à Tlemcen, la consanguinité était présente chez 30% des sujets atteints de DA [46].

3. Le tabagisme passif :

L'exposition à la fumée du tabac pourrait avoir un rôle dans la rupture de la barrière cutanée qui est associée au développement d'eczéma [47].

Wang et al. Ont mené une étude chez 216 couples mère-enfant, montrant que l'exposition au tabagisme passif lors de la grossesse est associée à une augmentation du risque atopique [48].

D'autres études n'ont observé aucune association entre l'exposition au tabac et la DA [49, 50].

Dans notre étude, le tabagisme passif était observé chez 44.4% des sujets atteints de DA, mais sans différence significative par rapport au groupe témoin.

4. L'allaitement maternel :

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel dans la DA a été rapporté dès 1936. Depuis, plusieurs travaux ont essayé de mieux explorer cette relation entre la DA et l'allaitement maternel ; leur conclusions étaient discordantes. En effet, si une corrélation positive a été rapportée par certains auteurs, d'autres n'ont pas pu démontrer l'effet bénéfique de l'allaitement maternel [51].

La méta-analyse de Gdalevich et al. Qui a retenu 18 études prospectives sur 208 répertoriées, correspondant à 4158 enfants suivis pendant 4,5 ans en moyenne. Par comparaison avec une formule à base de lait de vache, un allaitement au sein de 3 mois réduisait le risque de dermatite atopique. L'effet le plus net était observé chez les enfants présentant une histoire familiale d'allergie, aucun effet n'étant observé en l'absence d'atopie familiale [52].

Une analyse critique faites par des experts concernant une vaste enquête sur la promotion de l'allaitement maternel des nouveaux nés en Biélorussie. J-P Lacour considère que le résultat de la démonstration est assez faible sur ce point et pour J.Revuz et Y.Prost, le gain de protection de l'allaitement maternel vis-à-vis de la DA reste modeste [53].

D'autre part, une étude française, rapporte que l'impact à long terme de l'allaitement maternel dans la prévention des allergies n'est pas établi aujourd'hui et que dans cet objectif l'allaitement est parfois délétère, mais cela ne remet pas en question le bénéfice global de l'allaitement maternel [54].

Dans notre étude, 88.9% des sujets atteints de DA étaient sous allaitement maternel contre 93% des sujets sains, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

5. La diversification alimentaire :

La diversification alimentaire devrait désormais se faire après l'âge de 6 mois, suivant les recommandations de l'OMS [55].

Le suivi d'une large cohorte d'enfants issus de la population générale, a montré que l'introduction précoce, avant l'âge de 4 mois, d'aliments autres que le lait maternel, augmentait de façon significative le risque d'eczéma à 2 et à 10 ans. Le risque à 10 ans était multiplié par 2.9 chez les enfants avaient ingéré au moins 4 aliments différents avant l'âge de 4 mois [56].

Lorsque ce type d'essai est réalisé dans une population à risque d'allergie, le risque lié à la diversification précoce croît considérablement : l'eczéma apparaît chez 35% des enfants après une diversification à l'âge de 3 mois, contre 14% des enfants nourris exclusivement jusqu'à 6 mois [57].

Une revue des études publiées entre 1966 et 2005 incluant des enfants à risque ou sans risque particulier trouvait une association forte entre une diversification avant 4 mois et la survenue d'eczéma dans 5 études sur 9 (dont 1 réalisée jusqu'à l'âge de 10 ans) et aucune association dans les 4 autres [58]. Il n'y avait aucune association avec la survenue d'asthme, de rhinite ou d'AA.

Une étude récente a confirmé, chez des enfants issus de la population générale, qu'une diversification après l'âge de 4 mois diminuait le risque de dermatite atopique, sans gain supplémentaire lorsqu'elle avait lieu après 6 mois [59, 60]. Cependant, il s'agit d'enquêtes d'observation menées dans une population non ciblée et les auteurs eux-mêmes insistaient sur le fait que l'on ne pouvait éliminer l'éventualité qu'une manifestation allergique précoce ait amené la famille à reculer spontanément l'âge d'introduction des aliments [60]. Néanmoins, la même équipe concluait récemment à l'absence de relation entre l'introduction d'aliments après 4

mois et la survenue d'eczéma et à l'absence de preuves justifiant de retarder l'introduction d'aliments au delà de 6 mois [51].

Dans notre étude la diversification alimentaire a été faite avant 6 mois chez 21.7% des enfants atteints de DA, et 22.3% des enfants sains, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

6. Les animaux de compagnie :

Plusieurs études sur le risque de sensibilisation chez des enfants atopiques en présence d'animaux de compagnie ont été faites.

Huit études issues de sept cohortes apportent des arguments qui supportent le possible rôle protecteur de l'exposition précoce aux animaux domestiques, sur le risque ultérieur d'allergie : sept fois sur huit l'exposition au chat ou au chien est associée, au moins dans un sous-groupe, à un risque plus faible d'au moins un indicateur d'allergie (asthme, sifflements, dermatite atopique, sensibilisation atopique). L'association est généralement plus forte, de façon significative, en l'absence d'hérédité allergique familiale [61, 62, 63]. Dans une seule étude, le risque allergique est significativement augmenté chez les possesseurs de chat, uniquement quand la mère a des antécédents d'asthme [62].

Cependant les résultats de ces études restent contradictoires et difficile à appliquer en raison de plusieurs limites méthodologiques.

Dans notre étude, les animaux de compagnie (chats) étaient présent chez 7.4% des enfants atteints de DA, contre 1.3% des enfants sains, il n'y avait pas de différence significative par rapport au groupe témoin.

IV. Le traitement :

Il n'existe pas de recette thérapeutique standardisée pour la DA. La clé de la prise en charge repose sur une coordination à trois niveaux : prise en charge de la poussée d'eczéma, de l'atopie entre les poussées, et des facteurs déclencheurs quand il y a lieu de le faire [64]. La prescription et la prise en charge restent modulées par l'expérience de chacun sur la base d'un consensus minimaliste récent [16]. L'éducation du patient et de sa famille joue un rôle important dans la correction des fautes de la prise en charge de cette pathologie chronique.

➤ Les dermocorticoïdes :

Ils représentent le traitement le plus rapidement efficace sur l'eczéma et son prurit mais avec des effets secondaires à contrôler. Le choix et le schéma d'utilisation est laissé à l'appréciation du prescripteur. En cas de persistance de l'eczéma se posera la question d'une non-observance, d'une tachyphylaxie, d'une allergie aux dermocorticoïdes, ou plus simplement de l'exploration de facteurs d'entretien [65].

En poussée aiguë, 75% de nos patients ont été traités par dermocorticoïdes, pour une durée moyenne de 4 semaines. En traitement de fond seulement 25% de nos patients utilisaient les dermocorticoïdes.

➤ Les émollients :

L'amélioration de la barrière cutanée rend la peau moins irritable avec effet favorable des céramides sur le score de DA [66].

En fonction de l'intensité de la xérose, sont préférées des émulsions eau dans huile pour un confort prolongé. [65].

En poussée aiguë, 41.7% de nos patients ont utilisé un émollient. Et en traitement de fond 16.7% de nos patients utilisaient un émollient.

➤ **Les antihistaminiques :**

Les antihistaminiques de type 1 n'ont pas la DA mais le prurit comme indication d'AMM. La revue de littérature ne permet pas de justifier une prescription systématique [67]. Mais les antihistaminiques de type 1 sédatifs restent adaptés lors d'altération du sommeil et d'autres études ont montré que la consommation de dermocorticoïdes peut être réduite par la prise d'antihistaminiques de type 1 non sédatifs [68].

Parmi nos patients, 16.7% ont utilisé un antihistaminique.

➤ **Anti biotiques/antiseptiques :**

Les antibiotiques généraux ne sont indiqués qu'en cas d'infection formelle. Un traitement antiseptique n'est pas justifié hormis en cas de surinfection patente et évidente [65].

Dans notre étude 8.3% de nos patients ont nécessité un traitement antibiotique.

➤ **Les nouveaux traitements :**

Les premières utilisations de thérapies immunosuppressives au cours de la DA ont été par voie systémique surtout dans les formes sévères de l'adulte. Il est à retenir que dans les formes très sévères, c'est encore la cyclosporine qui reste le traitement le plus utilisé [69].

On peut résumer leur mode d'action ainsi : la production de cytokines dans le lymphocyte T après contact avec l'information antigénique est expliquée de la manière suivante : 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 la calcineurine (phosphatase). La calcineurine a pour rôle de désphosphoryler le facteur nucléaire (NF-AT) et lui permettre de pénétrer le noyau pour promouvoir la synthèse d'IL2, d'IL3, IL4 de TNF... Ces inhibiteurs bloquent donc la calcineurine l'empêchant de déphosphoryler le facteur nucléaire [70].

En fait, la stratégie dermatologique la plus récente est d'utiliser la voie topique pour bloquer in situ l'activation et la prolifération allergène-dépendante ou non des lymphocytes T, par la mise au point de molécules immunosuppressives différentes des dermocorticoïdes pouvant franchir la barrière cutanée [71].

Les immunosuppresseurs les plus récents sont des dérivées de macrolides qui agissent également en inhibant la calcineurine. Deux sont chefs de file et ont été étudiés maintenant depuis plusieurs années : le tacrolimus, et le pimecrolimus [72].

Ces nouveaux traitements sont incontestablement un progrès dans la thérapeutique de la dermatite atopique. Un des éléments majeurs est l'absence d'atrophie et d'effets secondaires locaux par rapport aux dermocorticoïdes. Ceci permet donc une utilisation de ces produits sur des localisations particulières comme le visage, les paupières, les fesses, les grands plis. Ces produits permettent une alternance thérapeutique aux corticoïdes, notamment en cas d'échec du traitement des corticoïdes. Le rôle sur la prévention des poussées est également intéressant [73].

Cependant ces nouveaux traitements, comme tout nouveau traitement, ont une bonne tolérance à court terme mais celle-ci n'est pas connue à très long terme. Il s'agit d'immunosuppresseurs et on doit toujours être réservé sur des applications très chroniques en association avec d'autres facteurs de risque pour la survenue éventuelle de carcinomes dans le futur. Il reste un doute, qui est cependant extrêmement modéré sur les infections herpétiques ou les maladies de Kaposi-Juliusberg mais la majorité des études semble tout à fait rassurante. Enfin, il existe une irritation en début de traitement. Cependant, cette irritation est tout à fait passagère et des études ont montré pour les deux produits une augmentation nette de la qualité de vie chez les patients traités. Le dernier point reste celui du prix qui est nettement plus élevé que celui des anciens dermocorticoïdes [74].

➤ **Education et prévention :**

La DA est une maladie dermatologique chronique à fort impact sur la qualité de vie des enfants atteints, posant des problèmes d'observance, avec pour conséquence un échec thérapeutique fréquent. Plusieurs problèmes sont à l'origine de cette mauvaise observance, comme l'épuisement de la motivation des patients, la complexité du traitement, la corticophobie des soignants et des patients, les effets secondaires des traitements, leur inefficacité et leur coût [75].

L'éducation thérapeutique est un outil capable de développer une alliance entre le thérapeute et le patient [76]. Elle vise à aider l'enfant et ses parents à acquérir et maintenir des compétences permettant une gestion optimale de la maladie [77].

Pour évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique :

Broberg *et al.* en 1990, dans une étude ouverte randomisée et contrôlée, ont mis en évidence une augmentation de la consommation de dermocorticoïdes et une diminution significative du score de gravité après éducation thérapeutique par rapport à un groupe contrôle [78]. Dans une étude randomisée et contrôlée, Staab *et al.* ont montré une amélioration de la régularité des soins, une augmentation de la consommation de dermocorticoïdes, une diminution du recours aux médecines parallèles, une augmentation de la confiance dans le traitement médical et une diminution des régimes alimentaires injustifiés [79]. Le SCORAD n'était pas significativement différent.

L'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie a été évalué par Chinn *et al.* dans une étude randomisée et contrôlée [80]. Aucune différence n'a été mise en évidence, mais l'éducation était délivrée lors d'une unique consultation infirmière.

Plus récemment, Diebgen *et al.* ont montré dans une étude randomisée et contrôlée sur une cohorte de plus de 1 000 patients une efficacité de la prise en charge éducative sur la DA. La prise en charge éducative se décomposait en 6 sessions hebdomadaires de deux heures. Un

résultat significatif a été retrouvé sur le SCORAD, la qualité de vie des enfants et des parents et sur la satisfaction des soins dans les groupes 0-7 ans et 8-12 ans. L'étude a également mis en évidence une efficacité de la prise en charge éducative par rapport au groupe contrôle sur le prurit dans le groupe 8-12 ans et 13-18 ans [81].

Cependant, La littérature sur l'éducation thérapeutique dans la DA doit être analysée prudemment, et la lecture des conclusions de certains articles nécessite de tenir compte de certaines limites, comme la variabilité des méthodes éducatives utilisées, le contenu des programmes éducatifs, les différences culturelles entre les pays, la durée du suivi, les compétences des éducateurs concernés, les critères d'évaluation utilisés [75].

L'école de l'atopie, est un nouveau concept qui est avant tout un lieu d'écoute qui se met au service des patients et ayant comme objectifs [82]:

- Dédramatiser la maladie.
- Comprendre la maladie et son évolution.
- Bien comprendre pourquoi le traitement a été prescrit et bien le suivre.
- Bien comprendre l'importance des conseils et bien les respecter : hygiène de vie, application de l'émollient.
- Poser toutes les questions pour mieux vivre au quotidien la maladie.

Cette expérience a débuté au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech pour accompagner les patients atteints de DA depuis Février 2015.

V. Evolution :

La DA est une maladie chronique évoluant par poussées et rémissions successives, il reste difficile de parler de guérison. On parle plutôt de rémission prolongée. Néanmoins, la DA tend dans la majorité des cas à s'estomper avec l'âge, la peau devenant de moins en moins « réactive », comme si une désensibilisation lente s'opérait, mais le pronostic de la DA est difficile à évaluer [1]. Les DA du nourrisson sont celles qui comportent le plus de formes étendues et graves mais l'évolution est spontanément bonne dans la majorité des cas, les formes persistant dans l'enfance étant plus localisées. L'étude de Vickers sur 2000 enfants donnait des résultats optimistes avec 90 % de guérison au terme d'un suivi de 15 ans [74]. Une étude de 1985 rapporte que sur 200 nourrissons atteints de DA, le quart bénéficie d'une rémission de plus de deux ans à partir de l'âge de trois ans. En cas de rémission incomplète, l'intensité et l'étendue de la DA résiduelle sont habituellement proportionnelles à sa gravité initiale [32].

CONCLUSION

La prévalence de la DA à Marrakech est de 6.75%, nos résultats classe Marrakech parmi les zones de moyenne prévalence, dans notre contexte il est observé un âge de début relativement précoce par rapport à ce qui est observé ailleurs, la relation avec certains facteurs prédisposant a été significative pour l'atopie familial, le profil clinique ne diffère pas pour autant du profil classique de la DA. Cependant des études à l'échelle nationale s'avèrent nécessaires, en incluant le monde rural, et avec un échantillonnage plus important.

ANNEXES

Annexes

- Date de remplissage du questionnaire:
- Centre de santé : ☐ Cabinet : ☐ Dr.
- Médecin : ☐ M ☐ F
 - 1. Date de naissance de l'enfant :
 - 2. Sexe : ☐ M ☐ F
 - 3. Origine : ☐ urbaine ☐ rurale
 - 4. Antécédents :

Personnels	Familiaux
- dermatose prurigineuse/ prurit ☐ oui ☐ non Si oui : - âge de début des signes : - localisation des éventuelles lésions : Visage : ☐ joues ☐ front ☐ menton ☐ cou ☐ sillon rétro-auriculaire ☐ cuir chevelu Corps : ☐ tronc ☐ dos ☐ coude ☐ avant bras ☐ main ☐ poignet ☐ région péri axillaire ☐ creux poplité ☐ face ant.cheville ☐ genou ☐ pied ☐ région inguinale ☐ fesses ☐ hanches - évolution : ☐ aigue ☐ chronique ☐ récidivante - xérose : ☐ oui ☐ non - -asthme : ☐ oui ☐ non - rhinite allergique : ☐ oui ☐ non - allaitement maternelle : ☐ oui ☐ non Si oui : durée de l'allaitement : - diversification alimentaire : ☐ <6mois ☐ 6mois ☐ >6mois - tabagisme passif : ☐ oui ☐ non - autres antécédents :	- asthme : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ mère ☐ père ☐ frères/s œurs ☐ tante(s)paternelle(s) ☐ oncle(s) paternelle(s) - rhinite allergique : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ mère ☐ père ☐ frères/s œurs ☐ tante(s)paternelle(s) ☐ oncle(s) paternelle(s) - conjonctivite : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ mère ☐ père ☐ frères/s œurs ☐ tante(s)paternelle(s) ☐ oncle(s) paternelle(s) - dermatite atopique : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ mère ☐ père ☐ frères/s œurs ☐ tante(s)paternelle(s) ☐ oncle(s) paternelle(s) - consanguinité : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ 1°degré ☐ 2°degré - animaux de compagnie : chat : ☐ oui ☐ non chien : ☐ oui ☐ non autres animaux : (préciser)

5. Motif de consultation :

- ☐ Extra dermatologique : (préciser)

☐ Dermatologique :

a) dermatose prurigineuse :

b) autre : (préciser)

☐ généralisée

☐ localisé

5. Examen dermatologique :

☐ normal

☐ anormal

Si anormal

I. aspect des lésions :

☐ érythème

☐ œdème

☐ croutes

☐ xérose

☐ chéilite

☐ lichiniées

☐ ichtyose

☐ signe de Dennie–Morgan (double plis palpébrale)

☐ pityriasis alba (eczématides/dartres)

☐ eczéma nummulaire

☐ hyperlinéarité palmaire

☐ dermatographisme blanc

II. localisation des lésions :

- visage : ☐ front ☐ joues ☐ menton

☐ cuir chevelu

☐ sillon rétro–auriculaire

☐ face ant.cou

☐ nuque

- tronc : ☐ poitrine ☐ abdomen ☐ dos

☐ région péri–axillaire

☐ coude

☐ avant–bras

☐ poignet

☐ main

☐ genou

☐ creux poplité

☐ face antérieure cheville

☐ pied

☐ région inguinale

☐ hanche ☐ fesses

- autres localisations : (préciser)

III. complications :

- impétiginisation :

☐ oui

☐ non

- verrue :

☐ oui

☐ non

- molluscum contagiosum :

☐ oui

☐ non

- autres surinfections :

- retard de croissance :

Poids :

taille :

☐ oui

☐ non

- dermite de contact :

☐ oui

☐ non

- autres complications : (préciser)

IV. Traitement reçu : (pour les anciens cas diagnostiqués)

✓ **Conseils généraux :**

- habillement de textile non irritant (coton/lin) : ☐ oui ☐ non
- exposition au tabac et autres allergènes : ☐ oui ☐ non
- émollients surtout en hiver/automne : ☐ oui ☐ non
- produits spécifiques pour laver l'enfant : ☐ oui, lequel ☐ non
- parents éduqués prévenir contagion herpétique : ☐ oui ☐ non
- vaccination normale : ☐ oui ☐ non

✓ **Traitement de la poussée :**

1. Dermocorticoïdes : ☐ oui ☐ non
Si oui : lequel durée du traitement
2. anti histaminiques : ☐ oui ☐ non
Si oui, durée du traitement :
3. anti biotiques / antiseptiques : ☐ oui ☐ non
4. émollients : ☐ oui ☐ non

✓ **Traitement de fond :**

- émollients : ☐ oui ☐ non
- dermocorticoïdes : ☐ oui ☐ non



RESUME

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire prurigineuse d'origine multifactorielle et de prédisposition génétique évoluant par poussées récidivantes sur un fond de chronicité atteignant essentiellement le nourrisson et le petit enfant, et d'évolution le plus souvent régressive avec l'âge. L'absence de données épidémiologiques sur cette affection nous a amené à réaliser cette étude, dans 8 centres de santé de la ville de Marrakech en se servant d'un questionnaire basé sur les critères diagnostiques de Williams et en incluant 400 enfants âgés de moins de 10 ans. Le diagnostic de DA a été posé chez 27 enfants soit une prévalence de 6.75%. Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio M/F= 1.25). L'âge moyen était de 2 ans 9 mois avec des extrêmes allant de 6 mois à 6 ans. L'âge moyen de début du prurit était de 5 mois. Pour le mode d'allaitement, 88.9% des patients étaient sous allaitement maternel, la diversification alimentaire a débuté avant 6 mois chez 21.7% des patients. L'exposition au tabagisme passif était observée dans 44.4% des cas. La notion d'atopie familiale a été trouvée chez 74.1% des patients. La consanguinité a été notée chez 14.8% des patients, et 7.4% possédaient un animal à poil (chat). L'aspect clinique rejoint celui classiquement observé chez le nourrisson. L'atteinte du visage était prédominante chez le nourrisson. Chez l'enfant une persistance de l'atteinte des joues a été notée dépassant l'atteinte des plis de flexion. La relation entre certains facteurs et la maladie était significative pour l'atopie familiale. Les dermocorticoïdes étaient utilisés dans 75% des cas lors des poussées et les émollients dans 41.7%, le traitement de fond n'était pas respecté. La fréquence de plus en plus élevée des maladies allergiques notamment la DA, incite à réaliser des études plus approfondies pour établir un profil épidémio-clinique propre à nos patients.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a multifactorial genetically determined, purpuric inflammatory skin disease, evolving by recurrent outbreaks on a background of chronicity, mainly reaching infants and young children, and often regressive with age. The lack of epidemiological data led us to carry this study, in health centers of the city of Marrakech, using a questionnaire based on the diagnostic criteria of Williams, 400 children under the age of 10 years were included. 27 children were diagnosed with AD, which represents a prevalence of 6.75%. A male predominance was noted (sex-ratio M/F= 1.25). The average age of our patients was 2 years 9 months with extremes of 6 months and 6 years. The average age of onset of the disease was 5 months. 88.9% of our patients were on breastfeeding, food diversification was made before the age of 6 months in 21.7% of cases. Passive smoking exposure was observed in 44.4% of cases, the concept of family atopy was found in 74.1% of patients. Inbreeding was found in 14.8% of cases, and 7.4% had a furry animal (cat). In infants the face was mainly affected. In children a persistence of cheeks involvement was observed, exceeding flexion creases involvement. The relationship between certain factors and the disease was significant for the family atopy. Topical corticosteroids were used in 75% during outbreaks and emollients in 41.7%. The basic treatment was not respected. The high increasing of allergic diseases including AD, encourages to carry out more further studies to establish an epidemiological and clinical profile that fits our patients.

ملخص

التهاب الجلد التأتبي هو مرض التهابي حاك متعدد العوامل يقوم على الاستعداد الوراثي ويتفشى بصفة حادة و متكررة على خلفية مزمنة. يصيب بشكل رئيسي الرضع والأطفال، تطور المرض يتراجع مع التقدم في السن. في ظل غياب معطيات وبائية تخص المرض، قمنا بإجراء هذه الدراسة التي تضم أربعمئة طفل دون سن العاشرة على مستوى ثمان مراكز صحية تابعة لمدينة مراكش وذلك باستخدام استبانة مبنية على المعايير التشخيصية لـ "إليامز". تم تشخيص الإصابة بالمرض بالنسبة لـ 27 طفلا، أي ما يعادل نسبة انتشار تقدر بـ 6.75%. هيمنة الذكور كانت واضحة (نسبة الجنس ذكور/إناث 1.25). متوسط عمر الأطفال المصابين كان عامين وتسعة أشهر مع محدات بين 6 أشهر و 6 سنوات. متوسط عمر بدء المرض كان 5 أشهر. من بين المصابين 88.9% كانوا تحت الرضاعة الطبيعية، أما تنويع الطعام فقد حدث بالنسبة لـ 21.7% قبل 6 أشهر. من بين المصابين 44.4% كانوا عرضة للتدخين السلبي. التأتب العائلي لوحظ عند 74.1% من الحالات. كذلك 14.8% من المصابين كانوا ينحدرون من زواج الأقارب و 7.4% كانوا يملكون حيوانا أليفاً (قط). الإصابة على مستوى الوجه كانت سائدة بالنسبة للرضع أما بالنسبة للطفل فقد لوحظ استمرار الإصابة على مستوى الخدين والتي تخطت إصابة الأسطح الانتنائية. علاقة المرض ببعض العوامل المحفزة للمرض كانت معبرة بالنسبة للتأتب العائلي. التجأ 75% من المصابين إلى استعمال الستيرويدات الموضعية خلال النوبات الحادة، 41.7% استعملوا المستحلبات المرطبة. بالنسبة للعلاج الدائم فلم يتم احترامه. ارتفاع وثيرة انتشار التهاب الجلد التأتبي إضافة إلى قلة المعطيات بهذا الخصوص يحتم إجراء دراسات أخرى عديدة لاستخلاص معطيات وبائية و سريرية تعكس واقع الإصابة.

BIBLIOGRAPHIE

1– Dammak A, Guillet G.

Dermatite atopique de l'enfant.

Journal de Pédiatrie et de Puriculture 2011; 24(2): 84–102.

2– Boguniewicz M, Leung DY.

Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications.

J Allergy Clin Immunol 2010; 125(1): 4–13.

3– Leung DY, Soter NA.

Cellular and immunologic mechanisms in atopic dermatitis

J Am Acad Dermatol 2001; 44 suppl 1: S1–S12

4– Lacour JP

Dermatite atopique et microbiome cutané.

Ann Dermatol Vener 2015; 142 suppl 1: S18–S22.

5– Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB.

Consensus conference on pediatric atopic dermatitis.

J Am Acad Dermatol 2003; 49(6): 1088–95.

6– Auriol P.

Dermatite atopique et allergies, prise en charge.

<http://www.weballergies.com/maladies/daplust.html>, consulté le 20 juin 2015.

7– Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, et al.

International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods.

Eur Respi J 1995; 8 (3): 483–91.

- 8– **Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC.** The international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee.

Lancet 1998; 351(9111): 1225–32.

- 9– **Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson R, et al.**

Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study

of asthma and allergies in childhood.

J Allergy Clin Immunol 1999; 103 (1): 125–38.

- 10– **Souarji A.**

Prévalence de l'asthme et des manifestations allergiques chez les écoliers à la ville d'Oujda.

Thèse Doctorat Médecine, Fès ; 2011, p 91.

- 11– **Bouayad Z, Aichane A, Afif A, Benouhoud N, Trombati N, Chan-Yeung M , et al.**

Prevalence and trend of self-reported asthma and other allergic disease symptoms in Morocco: ISAAC Phase I and III.

Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10 (4): 371–77.

- 12– **Ghadi A, Dutau G, Rancé F.**

Etude des sensibilisations chez l'enfant atopique à Marrakech : Etude prospective chez 160 enfants entre 2002 et 2005

Rev Fr Allergol 2007; 47 (6) : 409–15.

13– Khaldi F, Fakhfakh R, Mattoussi N, Ben Ali B, Zouari S, Khémiri M.

Prevalence and severity of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema in "Grand Tunis" schoolchildren: ISAAC.

Tunis Med 2005; 83 (5): 269–73.

14– Baghou S, Bensaad D, Taied A, Ammar–Khodja A.

Prévalence et profil Clinique de la dermatite atopique en Algérie.

Ann Dermatol Vener 2012; 139(12): B140.

15– Kharfi M, Masmoudi A, Bodemer C, Turki H, Ben Hmida A, Zahaf A, et al.

Dermatite atopique : comparaison des prévalences en France et en Tunisie.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132(5) : 478–9.

16– Société Française de Dermatologie.

Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Texte court.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132(1): 81–91.

17– Martín Fernández–Mayoralas D, Martín Caballero JM, García–Marcos Álvarez L.

Prevalencia de la dermatitis atópica en escolares de Cartagena y su relación con el sexo y la contaminación.

An Pediatr 2004; 60(6) : 236–42.

18– Illi S, von Matius E, Lau S, Nickel R, Gruber C, Niggemann B, et al.

The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma.

J Allergy Clin Immunol 2004; 113(5): 925–31.

19– Gupta R, Sheikh A, Strachan DP, Anderson HR.

Burden of allergic disease in the UK: secondary analyses of national databases.

Clin Exp Allergy 2004; 34(4): 520–6.

20– Kanwar AJ, Dhar S, Kaur S.

Evaluation of minor clinical features of atopic dermatitis.

Pediatr Dermatol 1991; 8(2): 114–6.

21– Ait Sab I, Sbihi M, Laissaoui K, Hocar O, Amal S.

La dermatite atopique.

Etude prospective à Marrakech.

Rev Mar Mal Enf 2007; 15 : 24–7.

22– Schultz Larsen F, Diepgen T, Svensson A.

The occurrence of atopic dermatitis in north Europe: an international questionnaire study.

J Am Acad Dermatol 1996; 34(5Pt1): 760–4.

23– Diepgen TL, Fartasch M.

Recent epidemiological and genetic studies in atopic dermatitis.

Acta Derm Venereol Suppl 1992; 176: 13–8.

24– Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG.

The prevalence of childhood atopic eczema in a general population.

J Am Acad Dermatol 1994; 30(1): 35–9.

25– Ohshima Y, Yamada A, Hiraoka M, Katamura K, Ito S, Hirao T, et al.

Early sensitization to house dust mite is a major risk factor for subsequent development of bronchial asthma in Japanese infants with atopic dermatitis: results of a 4– year follow–up study.

Ann Allergy Asthma Immunol 2002; 89(3): 265–70.

26– [Werner S, Buser K, Kapp A, Werfel T.

The incidence of atopic dermatitis in school entrants is associated with individual life–style factors but not with local environmental factors in Hannover, Germany.

Br J Dermatol 2002; 147(1): 95–104.

27– Mandhouj S, Belhadj Ali H, Amri M, Khorchani H, Gassab A, Chaabane S, et al.

Le profil épidémio–clinique de la dermatite atopique en Tunisie : est–il toujours différent de l'occident ?

Ann Dermatol Vener 2005 ; 132 : 176.

28– Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ.

The UK Working Party's Diagnostic Criteria for atopic dermatitis. III.
Independent hospital validation.

Br J Dermatol 1994;131(3): 406–16.

29– Kharfi M, Bel Hadjali H, Khaled A, Mokhtar I , Kamoun MR.

Dermatite atopique en Tunisie: aspects épidémiologique et clinique.

Ann Dermatol Venereol 2001; 128(5) : p.623.

30– Spergel JM, Paller AS.

Atopic dermatitis and the atopic march.

J Allergy Clin Immunol 2003; 112 suppl 6 : S118–S127.

31– Remes ST, Korppi M, Kajosaari M, Koivikko A, Soininen L, Pekkanen J.

Prevalence of allergic rhinitis and atopic dermatitis among children in four regions of Finland.

Allergy 1998; 53(7): 682–9.

32– Queille–Roussel C, Raynaud F, Saurat JH.

A prospective computerized study of 500 cases of atopic dermatitis in childhood. I. Initial analysis of 250 parameters.

Acta Derm Venereol Suppl 1985; 114: 87–92.

33– Bannister MJ, Freeman S.

Adult-onset atopic dermatitis.

Australas J Dermatol 2000; 41(4): 225–8.

34– Businco L, Falconieri P, Di Rienzo A, Bruno G.

From atopic dermatitis to asthma: the risk factors and preventive measures.

Pediatr Pulmonol Suppl 1997; 16: 19–20.

35– Eichenfield LF, Hanifin JM, Beck LA, Lemanske RF Jr, Sampson HA, Weiss ST, et al.

Atopic dermatitis and asthma: parallels in the evolution of treatment.

Pediatrics 2003; 111(3): 608–16.

36– Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T.

Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis-- a prospective follow-up to 7 years of age.

Allergy 2000; 55(3): 240-5.

37- Pajno GB, Peroni DG, Barberio G, Pietrobelli A, Boner AL.

Predictive features for persistence of atopic dermatitis in children.

Pediatr Allergy Immunol 2003; 14(4): 292-5.

38- Rystedt I.

Long term follow-up in atopic dermatitis.

Acta Derm Venereol Suppl 1985; 114: 117-20.

39- Martín Fernández-Mayoralas D, Martín Caballero JM, García-Marcos Álvarez L.

Asociación entre dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma en escolares de 13 y 14 años.

An Pediatr (Barc) 2004; 60: 236-42.

40- Anderson HR, Pottier AC, Strachan DP.

Asthma from Birth to age 23: incidence and relation to prior and concurrent atopic disease.

Thorax 1992; 47(7): 537-42.

41- Peroni DG, Piacentini GL, Alfonsi L, Zerman L, Di Blasi P, Visona' G, et al.

Rhinitis in pre-school children : prevalence, association with allergic diseases and risk factors.

Clin Exp Allergy 2003; 33(10): 1349-54.

42- Böhme M, Svensson A, Kull I, Nordvall SL, Wahlgren CF.

Clinical features of atopic dermatitis at two years of age: a prospective, population-based case-control study.

Acta Derm Venereol 2001; 81(3): 193-7.

43– Taieb A, De Prost Y, Lorette G, Berbis P, Bernard Ph.

Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Dermatite atopique.

Ann Dermatol Venereol 2002; 129(10 suppl) : S90–S95.

44– Aoki T, Fukuzumi T, Adachi J, Endo K, Kojima M.

Re-evaluation of skin lesion distribution in atopic dermatitis. Analysis of cases 0 to 9 years of age.

Acta Derm Venereol Suppl 1992; 176: 19–23.

45– Catteau B.

Dermatite atopique: épidémiologie et données cliniques actuelles.

Rev Fr Allergol Immunol Clin 2002; 42(4) : 373–7.

46– Bendeddouche AS, Ghomari S, Kaouadji N, Smahi M, Boudghéne Stambouli O, Dahmani B.

Profil épidémiologique de la dermatite atopique chez l'enfant à Tlemcen, Algérie.

Rev Fr Allergol 2009; 49(3) : 306–9.

47– Muizzuddin N, Marenus K, Vallon P, Maes D.

Effect of cigarette smoke on skin.

J Soc Cosmet Chem 1997; 48(5): 235–42.

48– Wang IJ, Hsieh WS, WuK Y, GuoY L, Hwang YH, Jee SH, et al.

Effect of gestational smoke exposure on atopic dermatitis in the offspring.

Pediatr Allergy Immunol 2008; 19(7): 580–6.

49– Magnusson LL, Olesen AB, Wennborg H, Olsen J.

Wheezing, asthma, hayfever, and atopic eczema in childhood following exposure to tobacco smoke in fetal life.

Clin Exp Allergy 2005; 35(12): 1550-6.

50- Noakes P, Taylor A, Hale J, Breckler L, Richmond P, Devadason SG, et al.

The effects of maternal smoking on early mucosal immunity and sensitization at 12 months of age.

Pediatr Allergy Immunol 2007; 18(2): 118-27.

51- Amri M, Elhani I, Doussari S, Amir A.

Dermatite atopique et allaitement maternel exclusif prolongé.

Ann Dermatol Venereol 2012; 139(4): 257-60.

52- Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M.

Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.

J Am Acad Dermatol 2001; 45(4): 520-7.

53- Larrègue M.

Allaitement maternel et dermatite atopique. la critique des critiques.

Ann Dermatol Venereol 2004; 131(5): 490-3.

54- Bidat E.

L'allaitement maternel protège le nourrisson de l'allergie : contre.

Rev fr Allergol 2010; 50(3): 292-4

55- Bocquet A, Bresson JL , Briend A , Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, et al.

Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique.

Arch Pediatr 2003; 10(1) : 76-81.

56– Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT.

Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study.

Pediatrics 1990; 86(4): 541–6.

57– Kajosaari M.

Atopy prophylaxis in high-risk infants. Prospective 5-year follow-up study of children with six months exclusive breastfeeding and solid food elimination.

Adv Exp Med Biol 1991; 310: 453–8.

58– Tarini BA, Carroll AE, Sox CM, Christakis DA.

Systematic review of the relationship between early introduction of solid foods to infants and the development of allergic disease.

Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160(5): 502–7.

59– Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, Bolte G, von Berg A, Diez U, et al.

Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study.

Pediatrics 2006; 117(2): 401–11.

60– Zutavern A, von Mutius E, Harris J, Mills P, Moffatt S, White C, et al.

The introduction of solids in relation to asthma and eczema.

Arch Dis Child 2004; 89(4): 303–8.

61– Remes ST, Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Martinez FD, Wright AL.

Dog exposure in infancy decreases the subsequent risk of frequent wheeze but not of atopy.

J Allergy Clin Immunol 2001; 108(4): 509–15.

62– Celedon JC, Litonjua AA, Ryan L, Platts–Mills T, Weiss ST, Gold DR.

Exposure to cat allergen, maternal history of asthma, and wheezing in first five years of life.
Lancet 2002; 360(9335): 781–2.

63– Litonjua AA, Milton DK, Celedon JC, Ryan L, Weiss ST, Gold DR.

A longitudinal analysis of wheezing in young children: the independent effects of early life exposure to house dust endotoxin, allergens, and pets.
J Allergy Clin Immunol 2002; 110(5): 736–42.

64– Guillet MH, Guillet G.

Bilan de l'exploration allergologique chez 251 patients atteints de dermatite atopique modérée à sévère. Fréquence et signification de l'eczéma de contact, de l'allergie alimentaire et aux pneumallergènes.
Ann Dermatol Venereol 1996; 123: 157–64.

65– Guillet G, Guillet–Oyhenart MH.

Guidelines for coordinated therapeutic management of atopic dermatitis in childhood.
Arch Pediatre 2005; 12(6): 909–11.

66– Chamlin SL, Kao J, Frieden IJ, Sheu MY, Fowler AJ, Fluhr JW, et al.

Ceramide–dominant barrier repair lipids alleviate childhood atopic dermatitis: changes in barrier function provide a sensitive indicator of disease activity.
J Am Acad Dermatol 2002; 47(2): 198–208.

67– Klein PA, Clark RA.

An evidence–based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis.

Arch Dermatol 1999; 135(12): 1522–5.

68– Diepgen TL.

Early treatment of the A Topic Child Study Group. Long-term treatment with cetirizine of infants with atopic dermatitis: a multi-country, double-blind, randomized, placebo-controlled trial (the ETAC trial) over 18 months.

Pediatr Allergy Immunol 2002; 13(4): 278–86.

69– Berth-Jones J, Finlay AY, Zaki I, Tan B, Goodyear H, Lewis-Jones S, et al.

Cyclosporine in severe childhood atopic dermatitis: a multicenter study.

J Am Acad Dermatol 1996; 34(6): 1016–21.

70– Gupta AK, Adamiak A, Chow M.

Tacrolimus: a review of its use for the management of dermatoses.

J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16(2): 100–14.

71– Taieb A, Boralevi F.

Nouveaux traitements de la dermatite atopique.

Arch Pediatr 2005; 12(4) : 491–7.

72– De Prost Y.

Place des immunosuppresseurs topiques dans le traitement de la dermatite atopique de l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132 Suppl. 1: S68–S72

73– Ellis CN, Drake LA, Prendergast MM, Abramovits W, Boguniewicz M, Daniel CR, et al.

Cost-effectiveness analysis of tacrolimus ointment versus high-potency topical corticosteroids in adults with moderate to severe atopic dermatitis.

J Am Acad Dermatol 2003; 48(4): 553-63.

74- Vickers CFH.

The natural history of atopic eczema.

Acta Derm Venereol suppl 1980; 92: 113-5.

75- Chavigny JM.

Place de l'éducation thérapeutique dans le traitement de la dermatite atopique de l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132 Suppl 1 : S116-S120

76- Consoli SG.

L'alliance thérapeutique avec un sujet atopique. In Crickx B, Lamirand M, Nicolas F. La dermatite atopique.

Paris : Ed Libbey; 2000:113-123.

77- D'ivernois JF, Gagnayre R.

Apprendre à éduquer le patient- approche pédagogique.

Paris: Vigot; 1995.

78- Broberg A, Kalimo K, Lindblad B, Swanbeck G.

Parental education in the treatment of childhood atopic eczema.

Acta Derm Venereol 1990; 70(6): 495-9.

79- Staab D, von Rueden U, Kehrt R, Erhart M, Wenninger K, Kamtsiuris P, et al.

Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol 2002; 13(2): 84-90.*

80– Chinn DJ, Poyner T, Sibley G.

Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema.

Br J Dermatol 2002; 146(3): 432–9.

81– Diepgen TL, Fartasch M, Ring J, Scheewe S, Staab D, Szczepanski R, et al.

Education programs on atopic eczema. Design and first results of the German Randomized Intervention Multicenter Study.

Hautarzt 2003; 54(10): 946–51.

82– Fondation pour la dermatite atopique.

Ecole de l'atopie : définition.

<http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/les-ecoles-de-latopie/ecole-de-latopie-definition>, consulté le 1 juillet 2015.

قسم الطبيب

اقسمُ باللهِ العظيمِ

أن أراقبَ اللهَ في مهنتي.

وأن أصونَ حياةَ الإنسانِ في كافّةِ أطوارها في كل الظروف والأحوال

بأدلا وسعي في استنقاذها من الهلاكِ والمرَضِ والألمِ والقلق.

وأن أحفظَ للنّاسِ كرامَتَهُم، وأسترَ عَوْرَتَهُم، وأكتمَ سِرَّهُم.

وأن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ الله،

بأدلا رعايتي الطبيّةِ للقريبِ والبعيد، للصالحِ والطالح، والصديقِ والعدو.

وأن أثابرَ على طلبِ العلم، أسخره لنفعِ الإنسانِ .. لا لأذاه.

وأن أوقّرَ مَنْ علّمني، وأعلّمَ مَنْ يصغرنِي، وأكونَ أخا لِكُلِّ زميلٍ في المهنةِ الطبيّةِ

مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ،

نقيّةً ممّا يشينها تجاءَ الله وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

واللهَ على ما أقولَ شهيد



جامعة القادسي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 133

سنة 2015

انتشار التهاب الجلد التأتبي في مراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2015/07/14

من طرف

الآنسة **كريمة نسيم**

المزودة في 28 ماي 1988 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التهاب الجلد التأتبي - انتشار - معطيات وبائية سريرية

اللجنة

الرئيس

م. الصبيحي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

س. أمال

السيد

أستاذ في طب أمراض الجلد

و. حكار

السيدة

أستاذة مبرزة في طب أمراض الجلد

غ. ضرايس

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الأطفال

الحكام