



Guide pratique sur la prise en charge de la dermatite atopique

Miriam Weinstein^a, M.D., FRCPC [présidente de l'équipe de rédaction]; Kirk Barber^b, M.D., FRCPC; James Bergman^c, M.D., FRCPC; Aaron M. Drucker^d, M.D., FRCPC; Charles Lynde^e, M.D., FRCPC; Danielle Marcoux^f, M.D., FRCPC; Wingfield Rehmus^g, M.D., M.S.P., FAAD; Amanda Cresswell-Melville^h, B.A.(Sp.), B. Éd.

^a Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario; ^b Université de Calgary, Calgary, Alberta; ^c Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; ^d Université de Toronto et Women's College Hospital, Toronto, Ontario; ^e University Health Network, Toronto, Ontario; ^f Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, Québec; ^g British Columbia Children's Hospital, Vancouver, Colombie-Britannique; ^h Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma, Keswick, Ontario.



Demandes de réimpression : Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma, 411 The Queensway South, C.P. 25009, Keswick (Ontario) L4P 2C7. Courriel : info@eczemahelp.ca

Source du financement : Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma

© Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma, septembre 2018.

Tous droits réservés.

Troisième édition

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

1. Ce guide a été rédigé par sept dermatologues canadiens expérimentés, et son usage est destiné aux fournisseurs de soins de santé primaires uniquement, et non aux patients eux-mêmes. Les recommandations qu'il contient se fondent sur l'expérience professionnelle de ces dermatologues, ainsi que sur les données probantes offertes au moment de les rédiger.
2. Ce guide ne constitue pas un avis médical et ne doit pas servir à formuler des recommandations, à poser un diagnostic, ni à fournir un traitement à des personnes données.
3. Le contenu de ce guide était à jour en septembre 2018. Il est admis que la médecine est en constante évolution, et le présent document reflète uniquement les recommandations formulées au moment de sa publication.
4. Ce guide renferme des recommandations de nature générale et ne remplace pas les soins médicaux personnalisés. Les fournisseurs de soins doivent se baser sur leur jugement professionnel et sur leurs connaissances quand vient le temps de diagnostiquer une maladie et de traiter les patients.
5. La Société canadienne de l'eczéma (SCE) et les auteurs de ce guide ne sont pas responsables de l'utilisation qu'en font les fournisseurs de soins ni les patients. Les utilisateurs, fournisseurs de soins ou patients, s'engagent à indemniser et à dégager de toute responsabilité la SCE et les auteurs par suite d'un mauvais usage de leur part.
6. Le contenu de ce guide ne peut être copié, à l'exception du modèle de plan de traitement de l'eczéma. Le plan ne constitue pas un outil validé et peut être personnalisé par le fournisseur de soins, au besoin.

CONTENU

Résumé	1
Abréviations	1
Dermatite atopique	1
Diagnostic et évaluation	1
DA et qualité de vie	2
Limiter et maîtriser les poussées	2
Soins de la peau	2
Hydratants	2
Bains et douches	2
Maîtrise de l'inflammation — traitements topiques	3
Corticostéroïdes topiques	3
Effets indésirables des corticostéroïdes topiques	3
Inhibiteurs topiques de la calcineurine	3
Effets indésirables associés aux inhibiteurs topiques de la calcineurine	3
Inhibiteur topique de la PDE4	4
Effets indésirables associés à l'inhibiteur topique de la PDE4	4
DA grave et réfractaire	4
Photothérapie	4
Traitements à action générale	4
Agents biologiques	4
Corticostéroïdes à action générale	4
Traitements d'appoint	4
Antimicrobiens	4
Bains à l'eau de javel	5
Prise en charge des infections virales	5
Antihistaminiques	5
Tests d'allergie et régimes restrictifs	5
Suppléments et traitements non conventionnels	5
Éducation du patient	5
Plan écrit de traitement de l'eczéma	5
Références	7
Figure 1 : plan écrit de traitement de l'eczéma	9

RÉSUMÉ

Contexte : La dermatite atopique (eczéma) est une maladie cutanée inflammatoire chronique prurigineuse et récurrente. Elle touche des personnes de tous âges et apparaît généralement pendant l'enfance. Ce sont souvent les fournisseurs de soins primaires qui posent le diagnostic de dermatite atopique (DA) et qui la prennent en charge.

Objectif : Ce guide se veut un outil pratique d'orientation destiné aux fournisseurs de soins primaires qui traitent des patients atteints de DA.

Méthodologie : En 2016, la Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma a rassemblé une équipe de dermatologues canadiens possédant de nombreuses années d'expérience dans le traitement de patients pédiatriques et adultes atteints de DA, en vue de formuler des recommandations pratiques de prise en charge de la maladie. Ces recommandations cliniques ont été élaborées à partir de l'opinion consensuelle des spécialistes et des meilleures données

probantes qui existaient à ce moment. Le contenu de ce guide reflète les progrès réalisés dans le traitement de la DA et les résultats de recherche à ce sujet en date de septembre 2018.

Résultats : Les spécialistes ont formulé des recommandations sur le diagnostic et le traitement de la DA qui misent principalement sur les soins de la peau, la maîtrise de l'inflammation et l'éducation des patients et de leurs soignants.

ABRÉVIATIONS

DA : dermatite atopique

CST : corticostéroïde topique

ITC : inhibiteur topique de la calcineurine

QdV : qualité de vie

PDE4 : phosphodiesterase de type 4

DERMATITE ATOPIQUE

La dermatite atopique (DA) — aussi connue sous le nom d'*eczéma* ou d'*eczéma atopique* — est une affection cutanée prurigineuse et récurrente qui altère la qualité de vie et représente un fardeau considérable pour les patients et leurs proches. Elle peut toucher des personnes de tous âges, mais est plus répandue chez les enfants. La DA apparaît généralement à l'âge de 2 à 6 mois. On pensait autrefois qu'elle se résorbait ou s'atténuait à l'âge adulte dans la plupart des cas, mais des données probantes laissent croire qu'il s'agit d'une maladie chronique qui persiste au-delà de l'enfance¹⁻³.

La DA est caractérisée par des périodes d'aggravation marquées par des symptômes aigus, appelée *poussées*, alternant avec des périodes de rémission des symptômes. Certains patients ne connaissent jamais de rémissions. La DA est souvent associée à d'autres troubles de santé, comme la rhinoconjonctivite allergique, les allergies alimentaires et l'asthme.

Un dysfonctionnement de la barrière cutanée et un dérèglement du système immunitaire dus à des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux sont à l'origine de la DA. Le prurit est la manifestation la plus notable et constitue une grande part du fardeau imposé aux patients et à leurs proches. Il a été montré que l'éducation thérapeutique des patients ou des principaux soignants améliore la qualité de vie⁴. Bien que des lignes directrices exhaustives sur le traitement de la DA existent⁵⁻⁸, elles peuvent ne pas être adaptées aux soins primaires, et ne sont pas spécifiques du système canadien de soins de la santé.

DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION

Ce sont le plus souvent les fournisseurs de soins primaires qui posent le diagnostic de DA⁹. Ce dernier se base sur la morphologie et la distribution des lésions cutanées du patient, les signes cliniques et les antécédents familiaux (**tableau 1**)¹⁰. La DA peut prendre une forme qui varie de légère à grave, en fonction de la surface corporelle touchée, de l'intensité des lésions eczémateuses et des répercussions sur la qualité de vie du patient.

Le diagnostic de la DA repose actuellement sur l'examen clinique. Dans certains cas, des tests additionnels peuvent être réalisés — par exemple une biopsie ou un test épicutané — afin d'écartier toute autre affection, mais ils ne sont généralement pas nécessaires. Si le diagnostic n'est pas clairement établi, l'orientation vers un dermatologue doit être envisagée.

Tableau 1 : Caractéristiques diagnostiques de l'eczéma⁶

Affection	Caractéristiques diagnostiques
Dermatite atopique	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatite chronique ou récurrente • Morphologie des lésions et localisation propre à l'âge (p. ex. aux plis de flexion, dans tous les groupes d'âge; les extenseurs, le visage et le cou, dans la population pédiatrique) • Apparition de la DA en jeune âge • Antécédents personnels ou familiaux d'atopie

Suite du tableau à la page suivante.

Dermatite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Prurit • Xérose • Érythème, œdème • Vésicules, suintement et croûtes • Excoriations (érosions et écorchures linéaires)
------------------------	--

Dermatite chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Épaississement (induration, papules) • Excoriations (érosions et écorchures linéaires) • Lichénification (épaississement de la peau avec accentuation de ses plis)
----------------------------	--

DA ET QUALITÉ DE VIE

La DA a des répercussions significatives sur la qualité de vie (QdV) des patients et de leurs proches. Les médecins doivent penser à évaluer ces répercussions en plus des signes et des symptômes de la maladie. Le sommeil — souvent de toute la famille — est perturbé. Les fournisseurs de soins devraient s'attarder aux démangeaisons, aux interruptions de sommeil et à l'incidence de la maladie sur l'humeur, les activités, le comportement et l'estime de soi, au moment de rédiger un plan de traitement. On a révélé que les répercussions de la DA sur la QdV sont aussi grandes que celles associées aux soins d'un enfant atteint de diabète de type 1 et peuvent même les surpasser¹¹.

LIMITER ET MAÎTRISER LES POUSSÉES

La DA est une maladie chronique et cyclique caractérisée par des périodes de rémissions et de poussées. Actuellement, il n'existe aucun traitement curatif. Par conséquent, le principal objectif de la prise en charge de la DA est d'atténuer l'inflammation et la xérose de base, ainsi que de réduire la fréquence et la gravité des poussées.

Chez certains patients, l'utilisation d'un hydratant suffit à traiter l'activité de fond de la maladie. Pour d'autres, il faudra ajouter des anti-inflammatoires à cet hydratant.

En période de poussée, il faut souvent intensifier le traitement. Pour les formes légères de la maladie et les poussées bénignes, un anti-inflammatoire topique est souvent utilisé. Pour les formes plus graves de DA, il faut parfois augmenter temporairement la puissance de l'anti-inflammatoire topique. Il est recommandé d'orienter vers un dermatologue les patients qui connaissent des poussées fréquentes ou dont les poussées nécessitent des corticostéroïdes topiques de puissance élevée.

SOINS DE LA PEAU

La DA entraîne un dysfonctionnement de la barrière cutanée, en partie causée par une carence en céramides (des lipides) et un déficit en filaggrine (une protéine). Ces insuffisances contribuent à l'altération de la

barrière cutanée et permet aux bactéries, aux irritants et aux allergènes de pénétrer la peau, et à l'humidité de s'échapper¹². Le dysfonctionnement de la barrière cutanée engendre également une xérose, présente à divers degrés chez la plupart des patients atteints de DA.

HYDRATANTS

L'application fréquente d'hydratants est la pierre angulaire de la prise en charge de la DA¹³ et contribue à¹⁴ :

- atténuer la xérose;
- diminuer le prurit;
- prévenir les poussées de DA et en réduire la fréquence;
- réduire le besoin de recourir à des anti-inflammatoires;
- diminuer la perte hydrique transépidermique.

Chez les patients atteints de DA légère, l'utilisation fréquente et diligente d'un hydratant peut suffire à prendre en charge la maladie. Dans les cas modérés ou graves, l'hydratation continue de jouer un rôle fondamental dans le traitement. Il peut être nécessaire d'expliquer en détail aux patients comment utiliser les hydratants en appoint aux anti-inflammatoires topiques.

Il est préférable d'opter pour des hydratants aux effets calmants qui n'irritent pas la peau. Les meilleurs produits renferment une combinaison d'ingrédients émoullissants, occlusifs et humidifiants. Bien qu'il soit recommandé d'utiliser des produits épais qui hydratent en plus de servir de barrière, il existe une multitude d'hydratants sur le marché et il importe de tenir compte de la préférence du patient. L'observance de la routine d'hydratation au quotidien compte davantage que le produit choisi.

Les données existantes ne permettent pas de recommander un schéma précis d'hydratation. Toutefois, le présent groupe consensuel préconise une application généreuse, au moins une fois par jour, afin d'aider à réduire la sécheresse cutanée. Il est fortement recommandé d'appliquer l'hydratant immédiatement à la sortie du bain ou de la douche et après tout contact avec de l'eau afin de préserver l'hydratation de la peau^{15,16}.

BAINS ET DOUCHES

On recommande souvent un bain quotidien pour les patients atteints de DA; toutefois, aucune donnée ne permet de formuler des recommandations standard quant à la fréquence et à la durée de ces bains, ainsi qu'à la bonne marche à suivre. Les cliniciens peuvent conseiller aux patients de prendre un bain ou une douche (de 5 à 10 minutes) dans de l'eau tiède du robinet, une fois par jour ou tous les deux jours, en fonction de leur préférence (p. ex. le patient peut être réticent à prendre un bain chaque jour en raison de la sensation de brûlure causée par des plaies ouvertes). Il est possible d'utiliser des nettoyants doux vers la fin du bain ou de la douche, uniquement pour les régions qui exigent un nettoyage. Il n'existe aucune donnée appuyant l'usage de produits comme les huiles, les émoullissants et les sels de bain.

MAÎTRISE DE L'INFLAMMATION — TRAITEMENTS TOPIQUES

CORTICOSTÉROÏDES TOPIQUES

Les corticostéroïdes topiques (CST) sont sécuritaires et efficaces comme traitement de première intention de l'inflammation associée à la DA¹⁷. Au moment de les prescrire, les fournisseurs de soins doivent tenir compte de facteurs comme l'âge du patient, les régions à traiter, la xérose et les préférences du patient. Il peut être complexe de choisir le bon agent et la bonne puissance. De façon générale, les CST de faible puissance (classes VI et VII) sont recommandés pour le visage, le cou, les plis cutanés et l'aîne, tant chez les enfants que chez les adultes. Les CST de puissance modérée (classes III, IV et V) sont recommandés pour le tronc et les extrémités, tandis que ceux de puissance élevée (classes I et II) peuvent être utiles en présence d'eczéma réfractaire ou de régions lichénifiées. Dans ces derniers cas, envisager l'orientation vers un dermatologue.

Pendant une poussée aiguë, on recommande généralement une ou deux applications du CST par jour. Il faut mettre fin au traitement quand les régions touchées sont douces au toucher et que le prurit et les rougeurs ont disparu. En l'absence de réponse au traitement après une ou deux semaines, il convient de réévaluer le cas et d'envisager un diagnostic différentiel ou un autre plan de traitement. Quand ils sont bien utilisés, les CST entraînent rarement des effets indésirables¹⁸. Il faut prendre garde à la puissance des CST utilisés en traitement d'association, car elle pourrait être élevée et ne pas convenir au traitement de la DA d'un patient donné.

Un traitement d'entretien à l'aide d'un corticostéroïde topique peut convenir chez les patients qui ont une bonne observance thérapeutique et qui connaissent des périodes de rémission, mais aussi des poussées qui reviennent fréquemment dans des régions plus propices. L'application intermittente (une application, une ou deux fois par semaine) d'un corticostéroïde topique de puissance modérée est recommandée en tant que traitement proactif des régions sujettes aux poussées¹⁹.

EFFETS INDÉSIRABLES DES CORTICOSTÉROÏDES TOPIQUES

Comme c'est le cas avec tous médicaments, les CST peuvent entraîner des effets indésirables (**tableau 2**). Toutefois, quand ils sont utilisés adéquatement, ces effets sont rares, et il faut bien l'expliquer aux patients²⁰. Le fardeau associé au sous-traitement ou à l'absence de traitement de la DA pèse généralement plus lourd que les risques qui y sont associés²¹.

Les patients et les soignants craignent souvent les CST, en particulier quand il s'agit de patients pédiatriques. Il faut reconnaître cette réalité et en discuter. Le fait de parler des peurs et des préoccupations du patient pourra améliorer son adhésion au traitement et éviter le sous-traitement ou l'absence de traitement. Les patients qui utilisent les CST sur de longues périodes doivent faire l'objet d'un suivi et subir des examens physiques réguliers en vue de déceler des effets

indésirables de nature cutanée. Il n'est pas recommandé de surveiller systématiquement l'apparition d'effets indésirables généraux chez les patients atteints de DA sous CST²².

Tableau 2 : Effets indésirables potentiels des corticostéroïdes topiques²³

- Atrophie de la peau
- Purpura
- Télangiectasie
- Stries
- Hypertrichose focale
- Éruption acnéiforme ou de type rosacée
- Altération du processus de guérison des plaies et réépithélialisation
- Eczéma de contact allergique
- Suppression de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien

INHIBITEURS TOPIQUES DE LA CALCINEURINE

Les inhibiteurs topiques de la calcineurine (ITC) (p. ex. tacrolimus et pimécrolimus) sont sécuritaires et efficaces comme traitement anti-inflammatoire de deuxième intention des poussées aiguës de DA²⁴. Les CST sont généralement considérés comme traitements topiques de première intention de la DA, mais les ITC peuvent être utilisés de manière non conforme au libellé en traitement de première intention dans certains cas bien précis, en particulier pour des régions potentiellement sensibles aux effets indésirables des CST, comme les paupières. Les ITC conviennent également contre la DA qui ne répond pas aux CST ou chez les patients qui ne les tolèrent pas. Les ITC peuvent aussi être utilisés comme traitement préventif (selon une approche semblable à celle décrite pour les CST), deux ou trois fois par semaine dans des régions sujettes aux poussées¹⁹. L'utilisation proactive intermittente d'un ITC s'est révélée plus efficace que l'utilisation d'émollients seuls^{25,26}.

EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX INHIBITEURS TOPIQUES DE LA CALCINEURINE

Une sensation de brûlure ou de picotement légère ou modérée peut être ressentie lors des premières applications d'un ITC. Les patients et les soignants doivent être informés que cet effet indésirable est presque toujours passager et s'atténue avec l'utilisation continue du produit. Des bouffées vasomotrices du visage peuvent survenir chez les patients sous tacrolimus qui consomment de l'alcool.

En raison de préoccupations liées à une augmentation du risque de cancer associé à l'utilisation des ITC, la Food and Drug Administration des États-Unis et Santé Canada ont formulé une mise en garde dans un encadré noir peu après l'arrivée de ces produits sur le marché. Toutefois, les ITC sont offerts depuis plus d'une décennie, et les

données publiées à leur sujet n'appuient pas de telles inquiétudes²⁷⁻³⁰. L'Association canadienne de dermatologie a revu la littérature médicale, et son énoncé de principe de 2018 appuie clairement l'innocuité des ITC³¹. Les fournisseurs de soins doivent connaître cet encadré noir et en discuter avec leurs patients.

INHIBITEUR TOPIQUE DE LA PDE4

Le crisaborole, un onguent topique à 2 %, est un nouvel agent approuvé au Canada pour la prise en charge de la DA légère ou modérée chez les patients de deux ans et plus. Il s'agit d'un inhibiteur de la phosphodi-estérase 4 (PDE4) qui bloque la libération de cytokines inflammatoires par les lymphocytes T, contrôlant ainsi l'inflammation associée à la DA^{32,33}. Le crisaborole doit être appliqué deux fois par jour sur les régions touchées³⁴.

EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À L'INHIBITEUR TOPIQUE DE LA PDE4

Les effets indésirables le plus souvent rapportés avec ce traitement ont été la douleur au point d'application (4 %), la dermatite et le prurit^{33,35}. Les patients et leurs soignants doivent être informés de ces effets potentiels.

DA GRAVE ET RÉFRACTAIRE

Il pourrait être nécessaire de recourir à la photothérapie³⁶, aux traitements à action générale ou aux agents biologiques dans les cas de DA grave ou réfractaire. Ces traitements doivent être utilisés sous la supervision de fournisseurs de soins ayant l'expérience requise⁵¹. Il est recommandé d'orienter les patients atteints de DA grave ou réfractaire vers un dermatologue quand la photothérapie ou les traitements à action générale sont envisagés.

PHOTOTHÉRAPIE

La photothérapie, en particulier de type UVB à spectre étroit ou à large spectre, peut être utilisée chez les enfants ou les adultes atteints de DA. Ce traitement est sécuritaire et efficace chez la plupart des patients. Son accès constitue le principal obstacle à son utilisation, étant donné qu'elle nécessite deux ou trois visites au cabinet par semaine pendant au moins 6 à 12 semaines. De plus, elle ne traite pas efficacement les régions velues (p. ex. le cuir chevelu) ni celles difficiles à exposer (p. ex. les plis cutanés)³⁷.

TRAITEMENTS À ACTION GÉNÉRALE

Bien que la plupart des patients répondent de manière satisfaisante aux agents anti-inflammatoires topiques, environ 10 % auront besoin de traitements à action générale pour maîtriser leur DA³⁸. La cyclosporine, le méthotrexate, l'azathioprine et le mofétilmycophénolate sont des agents à action générale utilisés couramment contre la DA par les dermatologues de manière non conforme au libellé. De nombreux patients atteints de DA répondent bien à ces agents à action générale, lesquels engendrent une atténuation des symptômes et une amélioration de la QdV en général³⁷⁻³⁹. La posologie et le début d'action varient pour chacun de ces agents^{37,38}.

Tous ces médicaments peuvent entraîner d'importants effets indésirables et requièrent un suivi régulier. Ils doivent être utilisés avec prudence et après avoir discuté des risques et des bienfaits potentiels avec les patients et leurs proches.

AGENTS BIOLOGIQUES

Le dupilumab, un anticorps monoclonal ciblant la voie de signalisation de l'interleukine-4 et de l'interleukine-13, est le premier médicament biologique ciblé approuvé dans le traitement des adultes atteints de DA modérée ou grave réfractaire aux traitements topiques. Des essais sont en cours chez les enfants; son usage n'est actuellement pas approuvé chez cette population. Dans les essais cliniques ayant duré jusqu'à un an, le dupilumab a entraîné des réductions significatives de la gravité et des symptômes de la DA, y compris du prurit et des interruptions du sommeil⁴⁰. Il a aussi été associé à des améliorations de la QdV des patients. Bien que la plupart des patients tolèrent bien le dupilumab, les effets indésirables courants incluent la conjonctivite et les réactions au point d'injection.

CORTICOSTÉROÏDES À ACTION GÉNÉRALE

Les corticostéroïdes à action générale, comme la prednisone, ne sont pas recommandés dans la prise en charge usuelle de la DA. Ils peuvent atténuer rapidement les signes et les symptômes de la DA en présence d'une poussée aiguë, mais les patients connaissent souvent une rechute à l'arrêt du traitement. Étant donné les effets indésirables à long terme associés à l'utilisation prolongée des corticostéroïdes à action générale, ils doivent être évités dans la mesure du possible chez les patients atteints de DA⁴¹.

TRAITEMENTS D'APPOINT

ANTIMICROBIENS

Les infections cutanées peuvent aggraver la DA et doivent être traitées lorsqu'elles sont présentes. Les signes cliniques d'infection associée à la DA incluent la présence de croûtes, de suintements et de pus. Des bactéries Gram positif, notamment *Staphylococcus aureus*, se retrouvent fréquemment sur la peau touchée par la DA⁴². Les infections bénignes peuvent être traitées par un antibiotique topique, en appoint à un agent anti-inflammatoire topique. Le recours systématique à un antibiotique topique antistaphylococcique en l'absence de signes cliniques d'infection n'est pas recommandé⁴³.

À l'apparition de signes cliniques d'infection bactérienne, il faut envisager un prélèvement par écouvillonnage en vue d'une culture et d'un antibiogramme en raison de la prévalence élevée des microorganismes résistants. Il est possible d'instaurer sans tarder un antibiotique oral ciblant les infections à streptocoques et à staphylocoques, puis d'ajuster le traitement selon les résultats de la culture.

BAINS À L'EAU DE JAVEL

De récents travaux de recherche indiquent que les bienfaits thérapeutiques des bains à l'eau de Javel sont limités dans la prise en charge de la DA. Ils pourraient être utiles chez certains patients qui subissent de fréquentes infections cutanées⁴⁴.

Lorsqu'ils sont indiqués, les bains à l'eau de Javel peuvent être pris une ou deux fois par semaine, en diluant une solution de Javel dans la baignoire remplie d'eau claire tiède⁴⁵. Pour préparer un bain à l'eau de Javel à la maison, les patients ou leurs soignants n'ont qu'à ajouter 120 ml (½ tasse) d'eau de Javel de concentration régulière pour l'entretien ménager (6 % d'hypochlorite de sodium) à une pleine baignoire de format standard remplie d'eau tiède (équivalent habituellement à environ 150 litres). Cette concentration en Javel est très faible (0,005 %). Pour les plus petites baignoires, les patients peuvent compter 1 cuillerée à thé (5 ml) d'eau de Javel régulière pour chaque 5 litres d'eau⁴⁶. Après le bain, ils doivent se rincer à l'eau tiède propre.

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS VIRALES

L'infection à virus de l'herpès simplex peut causer l'eczéma herpétiforme, une affection potentiellement mortelle. Un prélèvement par écouvillonnage doit être réalisé pour déceler la présence de virus, soit par culture virale ou PCR, quand la présence d'eczéma herpétiforme est soupçonnée. Dans de tels cas, il est recommandé d'instaurer un traitement à l'aide de l'antiviral approprié⁴⁷. L'eczéma coxsackium est une forme plus marquée de pieds-mains-bouche qui touche les patients atteints de DA. Il peut ressembler à l'eczéma herpétiforme. Le molluscum contagiosum survient plus fréquemment chez les patients atteints de DA, et l'eczéma peut apparaître autour des papules, ce qui risque d'entraîner ou d'aggraver une poussée de DA.

ANTIHISTAMINIQUES

En raison d'un manque de données étayant leur usage dans la prise en charge de la DA, les antihistaminiques oraux non sédatifs ne sont pas recommandés à cette fin¹⁷. Les antihistaminiques oraux exerçant des effets sédatifs, comme l'hydroxyzine et la diphenhydramine, sont parfois utilisés au coucher par les patients dont la maladie interfère significativement avec le sommeil. Les interruptions de sommeil en raison des symptômes de la DA peuvent être un signe d'une prise en charge sous-optimale¹⁷.

TESTS D'ALLERGIE ET RÉGIMES RESTRICTIFS

Le lien entre DA et allergies est complexe. Bien que l'incidence des allergies alimentaires soit beaucoup plus élevée chez les enfants atteints de DA, les aliments ne causent pas les poussées de DA chez la plupart d'entre eux. Chez les patients atteints de DA chez qui on a confirmé des allergies alimentaires, l'exposition aux allergènes peut entraîner une urticaire, ce qui peut indirectement aggraver la DA. Si le patient présente des signes et des symptômes d'allergie réelle à un aliment comme une urticaire ou l'anaphylaxie, cet aliment doit

être évité. Il faudra lui prescrire un auto-injecteur d'épinéphrine et le faire voir par un allergologue/immunologue. À l'heure actuelle, les tests systématiques d'allergie ne sont pas recommandés quand la DA est le seul symptôme. Les tests multiallergéniques visant une variété d'aliments ne sont pas recommandés, car les résultats faussement positifs sont fréquents⁴⁸.

Les régimes d'élimination ou restrictifs ne sont pas recommandés dans la prise en charge de la DA. Les régimes rigoureux d'élimination adoptés sur de longues périodes, en particulier chez les enfants, peuvent entraîner une perte de poids, un retard de croissance et des carences nutritionnelles⁵.

SUPLÉMENTS ET TRAITEMENTS NON CONVENTIONNELS

Peu de données appuient le recours systématique aux suppléments alimentaires ou aux traitements non conventionnels pour soigner la DA. Néanmoins, certains patients trouvent ces traitements utiles. Si de tels suppléments ou interventions sont sans danger, il convient de conseiller et d'appuyer adéquatement le patient. À l'opposé, si les interventions visées risquent d'être néfastes, il faut mettre le patient en garde et lui demander d'envisager d'autres options. La prudence s'impose à plus forte raison quand le traitement vise un nourrisson ou un enfant.

ÉDUCATION DU PATIENT

L'éducation du patient et du soignant est un aspect clé d'une prise en charge réussie de la DA (**tableau 3**)⁴⁹. Des études ont montré que l'éducation thérapeutique du patient augmente l'adhésion au traitement et le recours aux hydratants, et diminue la crainte à l'égard des médicaments⁵⁰⁻⁵². Un traitement sous-optimal et une piètre observance du traitement sont fréquents chez les patients atteints de DA. Par conséquent, l'éducation thérapeutique est d'autant plus importante vu les nombreuses sources d'information possiblement trompeuse ou inexacte qui circulent, ainsi que les idées fausses et les craintes rencontrées dans la population⁵³.

PLAN ÉCRIT DE TRAITEMENT DE L'ECZÉMA

Un plan écrit de traitement de l'eczéma est un outil recommandé pour améliorer les résultats thérapeutiques^{23,54}. Les patients et les soignants peuvent tirer profit d'un plan écrit afin de bien respecter les différentes étapes du traitement de la DA. Ce plan inclut souvent des recommandations relatives aux bains ou douches et à l'hydratation de même que des directives précises sur l'usage des anti-inflammatoires. La **figure 1** est un exemple d'un plan écrit de traitement de l'eczéma.

Tableau 3 : Points d'orientation du patient atteint de DA

L'eczéma est une maladie chronique	<ul style="list-style-type: none"> • La DA connaît généralement des périodes de poussées et de rémissions • L'hydratation est la pierre angulaire du traitement pendant les rémissions, et les traitements anti-inflammatoires sont requis pendant les poussées
Il n'existe pas de traitement curatif contre la DA, mais celle-ci peut être prise en charge efficacement	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients et les soignants recherchent souvent les causes ou les moyens de guérir la DA, plutôt que d'accorder leur attention au plan de traitement • Les patients doivent être informés du caractère chronique de la DA et se faire rappeler que les tests multiallergéniques et les régimes d'élimination ne sont pas recommandés en l'absence de signes et de symptômes concordants avec une allergie IgE-médiée
Les poussées d'eczéma peuvent être prises en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Normalement, les poussées peuvent être prises en charge par l'hydratation de la peau (bains et hydratation adéquats) et la réduction de l'inflammation à l'aide d'anti-inflammatoires topiques
Il faut éviter de sous-traiter, de commencer le traitement trop tard ou de l'arrêter trop rapidement	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement des poussées de DA doit être instauré dès les premiers signes d'inflammation • Les patients et les soignants cessent souvent le traitement avant que les lésions aient complètement disparu, en pensant faussement qu'une amélioration marquée signifie que la peau est « suffisamment guérie » • Les cliniciens doivent encourager les patients et les soignants à traiter jusqu'à la disparition complète des lésions (peau douce au toucher et disparition du prurit et des rougeurs) avant de cesser le traitement • Même si la poussée semble grandement atténuée, si le traitement est arrêté trop tôt, l'inflammation active chronique demeure présente et l'état de la peau se détériore souvent rapidement • Il faut indiquer aux patients comment appliquer le médicament, car une quantité insuffisante contribue au sous-traitement
Il est essentiel d'observer le traitement pour une prise en charge optimale de l'eczéma	<ul style="list-style-type: none"> • Une piètre observance peut être le plus grand obstacle au traitement optimal de la DA • Dans un sondage mené auprès de 200 patients ambulatoires atteints de DA, 24 % d'entre eux ont admis qu'ils n'observaient pas leur traitement, et les spécialistes croient que ce pourcentage pourrait être beaucoup plus élevé⁸ • De bons conseils du fournisseur de soins peuvent renforcer l'observance thérapeutique
Il faut éviter les facteurs déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut conseiller aux patients de tenter de déterminer quels sont leurs facteurs déclencheurs, et leur expliquer que des poussées de DA surviennent malgré l'évitement rigoureux de ces facteurs et un soin diligent de la peau • C'est souvent une source de frustration pour les patients • De nombreuses poussées de DA sont occasionnées par les facteurs environnementaux • Les savons et produits de soins forts ou parfumés, les tissus rugueux, la chaleur excessive, la transpiration et l'hiver sont des facteurs courants • Les patients les ciblent généralement bien, mais certains, comme les changements de température, sont difficiles à éviter
Le mode de vie peut aussi influencer l'eczéma	<ul style="list-style-type: none"> • La transpiration chez un jeune athlète peut aggraver les symptômes de DA • Plutôt que de leur dire d'éviter des activités agréables, il faut conseiller aux patients de trouver des moyens de prendre en charge les poussées susceptibles de survenir après une activité ou l'exposition à un facteur déclencheur • D'autres mesures peuvent être prises pour aider, comme le fait de garder les ongles courts et bien limés de façon à réduire les dommages causés par le grattage • Le fait de se distraire pendant des épisodes de démangeaisons intenses peut aussi aider, par exemple en gardant les mains occupées

Les patients peuvent obtenir un soutien additionnel, de plus amples renseignements ou du matériel éducatif en consultant des sources fiables comme la Eczema Society of Canada/Société canadienne de l'eczéma (www.eczemahelp.ca), l'Association canadienne de dermatologie (www.dermatology.ca), l'American Academy of Dermatology (www.aad.org), la National Eczema Association (É.-U.) (www.nationaleczema.org) ou la National Eczema Society (R.-U.) (www.eczema.org).

RÉFÉRENCES

- Hanifin JM, Reed ML, Eczema Prevalence and Impact Working Group. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. *Dermat Contact Atopic Occup Drug*. 2007;18(2):82-91.
- Margolis JS, Abuabara K, Bilker W, Hoffstad O, Margolis DJ. Persistence of mild to moderate Atopic Dermatitis. *JAMA Dermatol*. 2014;150(6):593-600. doi:10.1001/jamadermatol.2013.10271.
- Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132(5):1132-1138. doi:10.1016/j.jaci.2013.08.031.
- Saavedra JM, Boguniewicz M, Chamlin S, et al. Patterns of Clinical Management of Atopic Dermatitis in Infants and Toddlers: A Survey of Three Physician Specialties in the United States. *J Pediatr*. 2013;163(6):1747-1753. doi:10.1016/j.jpeds.2013.06.073.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis – Section 2. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(1):116-132. doi:10.1016/j.jaad.2014.03.023.
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis – Section 1. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338-351. doi:10.1016/j.jaad.2013.10.010.
- Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis – Section 3. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):327-349. doi:10.1016/j.jaad.2014.03.030.
- Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, et al. Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis Part 4: Prevention of Disease Flares and Use of Adjunctive Therapies and Approaches. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(6):1218-1233. doi:10.1016/j.jaad.2014.08.038.
- Stern RS, Nelson C. The diminishing role of the dermatologist in the office-based care of cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29(5 Pt 1):773-777.
- Hanifin JM. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1980;92:44-47.
- Su J, Kemp A, Varigos G, Nolan T. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child*. 1997;76(2):159-162.
- Elias PM, Schmuth M. Abnormal skin barrier in the etiopathogenesis of atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2009;9(5):437-446. doi:10.1097/ACI.0b013e32832e7d36.
- Lindh JD, Bradley M. Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(5):341-359. doi:10.1007/s40257-015-0146-4.
- Lynde CW. Moisturizers: what they are and how they work. *Skin Ther Lett*. 2001;6(13):3-5.
- Chiang C, Eichenfield LF. Quantitative assessment of combination bathing and/or moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2009;26(3):273-278. doi:10.1111/j.1525-1470.2009.00911.x
- Simpson E, Trookman NS, Rizer RL, et al. Safety and tolerability of a body wash and moisturizer when applied to infants and toddlers with a history of atopic dermatitis: results from an open-label study. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(5):590-597. doi:10.1111/j.1525-1470.2012.01809.x
- Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2000;4(37):1-191.
- Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol*. 1998;138(2):293-296.
- Schmitt J, von Kobyletzki L, Svensson A, Apfelbacher C. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol*. 2011;164(2):415-428. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.10030.x
- Hong E, Smith S, Fischer G. Evaluation of the atrophogenic potential of topical corticosteroids in pediatric dermatology patients. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(4):393-396. doi:10.1111/j.1525-1470.2011.01445.x
- Hajar T, Leshem YA, Hanifin JM, et al. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72(3):541-549. e2. doi:10.1016/j.jaad.2014.11.024.
- Callen J, Chamlin S, Eichenfield LF, et al. A systematic review of the safety of topical therapies for atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2007;156(2):203-221. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07538.x
- Ntuen E, Taylor SL, Kinney M, O'Neill JL, Krowchuk DP, Feldman SR. Physicians' perceptions of an eczema action plan for atopic dermatitis. *J Dermatol Treat*. 2010;21(1):28-33. doi:10.3109/09546630903386598.
- Ashcroft DM, Dimmock P, Garside R, Stein K, Williams HC. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2005;330(7490):516. doi:10.1136/bmj.38376.439653.D3.
- Thaçi D, Reitamo S, Gonzalez Ensenat MA, et al. Proactive disease management with 0.03% tacrolimus ointment for children with atopic dermatitis: results of a randomized, multicentre, comparative study. *Br J Dermatol*. 2008;159(6):1348-1356. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08813.x
- Wollenberg A, Reitamo S, Girolomoni G, et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. *Allergy*. 2008;63(7):742-750.
- Leo Pharma Inc. Monographie de Protopic. Thornhill, Ontario : Leo Pharma Inc.; 2016.
- Valeant Canada. Monographie d'Elidel. Laval, Québec : Valeant Canada; 2014.
- Tennis P, Gelfand JM, Rothman KJ. Evaluation of cancer risk related to atopic dermatitis and use of topical calcineurin inhibitors. *Br J Dermatol*. 2011;165(3):465-473. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10363.x
- Ring J, Möhrenschrager M, Henkel V. The US FDA "black box" warning for topical calcineurin inhibitors: an ongoing controversy. *Drug Saf*. 2008;31(3):185-198.
- Association canadienne de dermatologie. Énoncé de principe sur les inhibiteurs topiques de la calcineurine. Association canadienne de dermatologie. <https://dermatology.ca/fr/tim-enonce-de-principe/>. Publié en mai 2018. Consulté le 6 septembre 2018.
- Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(3):494-503.e6. doi:10.1016/j.jaad.2016.05.046.

33. Zane LT, Chanda S, Jarnagin K, Nelson DB, Spelman L, Gold LS. Crisaborole and its potential role in treating atopic dermatitis: overview of early clinical studies. *Immunotherapy*. 2016;8(8):853-866. doi:10.2217/imt-2016-0023.
34. Pfizer Canada. Monographie d'Eucrisa. Kirkland, Québec : Pfizer Canada; 2018.
35. Jarnagin K, Chanda S, Coronado D, et al. Crisaborole Topical Ointment, 2%: A Nonsteroidal, Topical, Anti-Inflammatory Phosphodiesterase 4 Inhibitor in Clinical Development for the Treatment of Atopic Dermatitis. *J Drugs Dermatol JDD*. 2016;15(4):390-396.
36. Meduri NB, Vandergriff T, Rasmussen H, Jacobe H. Phototherapy in the management of atopic dermatitis: a systematic review. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2007;23(4):106-112. doi:10.1111/j.1600-0781.2007.00291.x
37. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(5):729-747. doi:10.1111/jdv.13599.
38. Gooderham M, Lynde CW, Papp K, et al. Review of Systemic Treatment Options for Adult Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg*. 2016;1203475416670364.
39. Shah N, Alhusayen R, Walsh S, Shear NH. Methotrexate in the Treatment of Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Retrospective Study. *J Cutan Med Surg*. June 2018;120347541878133. doi:10.1177/1203475418781336.
40. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Lond Engl*. 2017;389(10086):2287-2303. doi:10.1016/S0140-6736(17)31191-1.
41. Drucker AM, Eyerich K, de Bruin-Weller MS, et al. Use of systemic corticosteroids for atopic dermatitis: International Eczema Council consensus statement. *Br J Dermatol*. 2018;178(3):768-775. doi:10.1111/bjd.15928.
42. Balma-Mena A, Lara-Corrales I, Zeller J, et al. Colonization with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in children with atopic dermatitis: a cross-sectional study. *Int J Dermatol*. 2011;50(6):682-688. doi:10.1111/j.1365-4632.2010.04751.x
43. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. *Br J Dermatol*. 2010;163(1):12-26. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09743.x
44. Hon KL, Tsang YCK, Lee VWY, et al. Efficacy of sodium hypochlorite (bleach) baths to reduce *Staphylococcus aureus* colonization in childhood onset moderate-to-severe eczema: A randomized, placebo-controlled cross-over trial. *J Dermatol Treat*. 2016;27(2):156-162. doi:10.3109/09546634.2015.1067669.
45. Huang JT, Abrams M, Tloutan B, Rademaker A, Paller AS. Treatment of *Staphylococcus aureus* colonization in atopic dermatitis decreases disease severity. *Pediatrics*. 2009;123(5):e808-814. doi:10.1542/peds.2008-2217.
46. Krakowski AC, Eichenfield LF, Dohil MA. Management of atopic dermatitis in the pediatric population. *Pediatrics*. 2008;122(4):812-824. doi:10.1542/peds.2007-2232.
47. Aronson PL, Yan AC, Mittal MK, Mohamad Z, Shah SS. Delayed Acyclovir and Outcomes of Children Hospitalized With Eczema Herpeticum. *Pediatrics*. 2011;128(6):1161-1167. doi:10.1542/peds.2011-0948.
48. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report. *Nutr Res N Y N*. 2011;31(1):61-75. doi:10.1016/j.nutres.2011.01.001.
49. Ersser SJ, Cowdell F, Latter S, et al. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD004054. doi:10.1002/14651858.CD004054.pub3.
50. Barbarot S, Stalder JF. Therapeutic patient education in atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2014;170 Suppl 1:44-48. doi:10.1111/bjd.12932.
51. Breuer K, Matteredne U, Diepgen TL, et al. Predictors of benefit from an atopic dermatitis education programme. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol*. 2014;25(5):489-495. doi:10.1111/pai.12249.
52. Stalder J-F, Bernier C, Ball A, et al. Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr Dermatol*. 2013;30(3):329-334. doi:10.1111/pde.12024.
53. Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):931-936.
54. Chisolm SS, Taylor SL, Balkrishnan R, Feldman SR. Written action plans: potential for improving outcomes in children with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(4):677-683. doi:10.1016/j.jaad.2008.04.025.

PLAN ÉCRIT DE TRAITEMENT DE L'ECZÉMA

Nom du patient : _____

Date : _____ Nom du médecin : _____

ÉTAPE 1

Chaque jour, prenez un bain ou une douche de 5 à 10 minutes. Si c'est désagréable ou inconfortable, il est possible de le faire tous les deux jours. Il est permis d'utiliser un nettoyant doux si désiré. Tapotez délicatement la peau avec une serviette après le bain ou la douche.

ÉTAPE 2

Apply les médicaments prescrits sur toutes les régions touchées par l'eczéma qui sont rouges, rugueuses ou qui démangent.

Appliquez _____ sur les régions touchées du visage, du cou, des aisselles et de l'aîne _____ fois par jour.

Appliquez _____ sur le cuir chevelu _____ fois par jour.

Appliquez _____ sur les autres régions touchées _____ fois par jour.

ÉTAPE 3

Appliquez un hydratant sur les régions du corps non touchées, dans les minutes suivant la sortie du bain ou de la douche.

DIRECTIVES ADDITIONNELLES :

- Un hydratant peut être appliqué tout au long de la journée, dès que la peau semble sèche ou qu'elle démange, ou après tout contact avec de l'eau (p. ex. après un bain ou la baignade).
- Continuez d'utiliser les médicaments prescrits jusqu'à ce que la peau soit saine, douce et que les rougeurs et les démangeaisons aient disparu. Si après deux semaines d'utilisation régulière du médicament la peau n'est pas guérie, consultez votre médecin.
- Une fois l'éruption cutanée disparue, continuez d'appliquer un hydratant au moins deux fois par jour sur tout le corps.
- Recommencez à utiliser les médicaments prescrits, en suivant les directives décrites à l'étape 2, à l'apparition d'une poussée d'eczéma.
- Consultez votre médecin sans tarder si vous constatez la présence de liquide suintant, de croûtes jaunes, de cloques ou d'enflure rougeâtre. Il pourrait s'agir d'une infection ou d'un autre trouble.

REMARQUES

REMARQUE IMPORTANTE :

Pour toute question à propos de ce plan de traitement ou toute préoccupation relative à votre traitement de l'eczéma, communiquez avec votre médecin prescripteur.



Société canadienne de l'eczéma
1-855-ECZEMA-1
Courriel : info@eczemahelp.ca
www.eczemahelp.ca