
DERMATOLOGIE

Pr Daniel WALLACH

Faculté de Médecine Cochin, Paris

En dermatologie, le thermalisme est concerné par 2 entités : les brûlures et les maladies de peau. Les maladies de peau qui sont considérées actuellement comme des bonnes indications d'une cure thermale ne sont pas ici des maladies fonctionnelles bien que la composante fonctionnelle soit massivement présente dans les maladies chroniques. Ce sont des maladies que l'on peut définir comme des maladies inflammatoires chroniques.

Il y a deux indications, la *dermatite atopique*, maladie touchant nombre d'enfants et peu d'adultes, maladie inflammatoire pour laquelle il existe uniquement des traitements symptomatiques insatisfaisants de beaucoup de points de vue, et le *psoriasis* pour lequel on dispose de traitements symptomatiques, satisfaisants d'un point de vue et insatisfaisants d'un autre point de vue.

Les *eczémas* et les *prurits chroniques* représentent le troisième grand groupe des indications.

Quel est mon point de vue de médecin hospitalier ayant beaucoup de liens avec la pathologie urbaine ? Où se situe la pratique thermale, pratique hors urbaine ?

Celle-ci vient nous aider dans des maladies pour lesquelles nous n'avons pas de traitement radical ou notoirement suffisant, avec passage à la chronicité. La cure thermale se vit comme une thérapie intense. Elle n'intervient pas comme une alternative entre le thermalisme et la dermatologie. Ce n'est pas cela : la dermatologie est choisie 12 mois par an, 11 mois et une semaine avec des pratiques classiques et 3 semaines avec d'autres, sans abandonner la dermatologie mais en ajoutant le médicament thermal avec toutes ses composantes : l'eau, les soins, le soleil, l'environnement, etc..., avec, en plus, un contact médical quotidien. Je vais m'arrêter pour passer la parole aux collègues thermalistes et leur demander comment ils vivent d'abord leur intégration à côté des 11 mois et une semaine sans cure thermale et, ensuite, comme je suis extrêmement attentif à la continuité des soins, connaître leurs impressions sur l'ensemble de la prise en charge.

Dr Pierre-Louis DELAIRE

La Roche-Posay

Nous allons commencer par la *dermatite atopique* où les progrès ont été énormes cette dernière décennie et l'on peut se demander quelle est la place du thermalisme. Il y a

d'ailleurs quelques cas qui sont intéressants pour lui. La dermatite est une maladie chronique ; elle dure ; 70% en guérissent, mais les 30% restant viennent en cure thermale où on leur apprend à gérer leur maladie en étant à côté d'eux. Ils sont bien traités par les dermatologues qui font bien leur travail. Mais quoi que l'on en dise, les thérapeutiques classiques commencent à épuiser leur effet.

Pour le *psoriasis*, c'est un peu identique. Quand les malades arrivent dans une station thermale, ils ont tout fait et ils en sont généralement à leur dixième cure ayant reçu au minimum 100 séances de puvathérapie dont on connaît les incidences parfois carcinogènes. Ils ont reçu tous les traitements locaux. Or en cure thermale, on essaie de faire un arrêt thérapeutique, un repos thérapeutique. On essaie aussi de faire des économies de "munitions".

Les *brûlures* ne sont pas un problème dermatologique ; les patients sont envoyés par les chirurgiens. Il s'agit là d'une thérapeutique qui donne d'excellents résultats. La cure thermale est devenue une étape obligatoire du traitement des grands brûlés.

L'évaluation n'est pas facile, mais pour la dermatologie, il est fondamental de mesurer la qualité de la vie du patient permettant ainsi de justifier le thermalisme.

Dr Jocelyne PINTON

Avène-les-Bains

La *dermatite atopique* et le *psoriasis* sont les principales indications de la crénothérapie. Ces deux pathologies représentent 80 à 85% de la population thermale accueillie dans l'orientation dermatologique.

L'objectif essentiel de la cure est de s'intégrer à l'arsenal thérapeutique de tout médecin ayant la prise en charge de ces dermatoses chroniques. La cure thermale permet une meilleure gestion, une économie des traitements traditionnels, tout en assurant une amélioration de la qualité de vie.

L'observance des soins thermaux est très satisfaisante, particulièrement pour l'enfant en raison de leur caractère ludique et convivial.

Le suivi médical quotidien durant trois semaines, complété par des réunions d'information, renforce l'éducation pour la santé et améliore la prise en charge de ces dermatoses.

Indications

L'indication majeure de la crénothérapie dans les affections cutanées est représentée par la *dermatite atopique* (DA). À Avène, cette pathologie regroupe à elle seule 47 à 50% de la population thermale accueillie chaque année. La répartition des DA en fonction de l'âge met en évidence une nette prédominance des enfants en bas âge, période de la vie où la prévalence de la dermatose est la plus élevée. Il est important de souligner qu'un

nourrisson atteint peut effectuer une cure thermale dès l'âge de six mois. D'ailleurs, à cet âge, la cure s'avère d'une aide considérable pour les parents angoissés, désemparés par l'étendue et l'intensité des lésions de leur enfant.

Ces cures thermales, pour la plupart d'entre elles, sont réalisées au moment des congés scolaires, ce qui se traduit par une importante inégalité de la fréquentation au cours de la saison. Les mois de Juillet et Août regroupent 55 à 60% des DA et le mois d'Avril en accueille 16%. Par contre, les mois de Septembre et d'Octobre reçoivent peu de DA.

Cette constatation souligne l'importance de l'investissement parental dans la prise en charge d'une DA de l'enfant. En effet, chaque année, de nombreux parents consacrent trois semaines de leurs congés d'été à la réalisation des soins thermaux de l'enfant atopique sur un site géographique imposé par la nature des sources thermales et qui ne correspond pas forcément à leurs désirs en matière de loisirs. De plus, cela signifie également d'accepter la contrainte quotidienne des heures de soins, l'attente de leur réalisation...

Les résultats d'une cure sont objectivables, certes à court terme par le médecin thermal, mais surtout à plus long terme par le médecin prescripteur de la cure et aussi par les parents qui vivent au quotidien le grattage et les troubles du sommeil. Une évaluation correcte ne peut se faire sans une étroite collaboration entre les différents intervenants et sans une écoute attentive du milieu familial.

À Avène, l'analyse des scores cliniques (SCORAD) de début et de fin de cure concernant 582 DA accueillies en 1998 montre une diminution de 45 à 50% de ceux-ci. Cette amélioration se traduit par une atténuation du prurit avec une diminution du nombre et de la taille des lésions excoriées. La qualité du sommeil est dans l'ensemble meilleure, bien qu'il soit parfois difficile de l'apprécier dans un environnement domestique inhabituel.

Au niveau des lésions inflammatoires, il est observé un arrêt du suintement suivi d'une atténuation de l'intensité de l'érythème alors que l'étendue varie peu. En ce qui concerne les lésions chroniques, il est objectivé, en règle générale, une atténuation de la lichénification.

Le revêtement cutané est dans l'ensemble moins desquamatif, mieux hydraté et devient moins réactif à l'environnement.

Un suivi postcure a été effectué en 1995-1996 sur une population de 190 DA, adultes et enfants, venue en cure à Avène. Ce suivi a été réalisé à l'aide d'un questionnaire rempli par le médecin traitant à 3, 6 et 9 mois. Les résultats objectivent une nette amélioration de l'état clinique, majeure entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois de postcure. De plus, un atopique sur deux a des poussées moins sévères comparées à la même période de l'année précédente. Aucun arrêt de travail n'est noté dans les trois mois qui suivent la cure et le nombre de jours d'absentéisme scolaire est plus faible.

Les autres eczémas sont représentés par l'eczéma nummulaire, l'eczéma de stase ainsi

que les dyshidroses. La cure peut également être très utile dans la prise en charge de certains eczémas de contact où l'allergène n'a pu être identifié tant dans le milieu professionnel que domestique. Dans d'autres cas, l'allergène est connu mais impossible à éliminer. Le rôle de la cure est alors double : permettre une amélioration des lésions et réaliser un éloignement du milieu contenant l'allergène.

Le *psoriasis* constitue la seconde indication de la crénothérapie dans les affections cutanées et représente, à Avène, 32 à 34% de la population thermale. Il s'agit d'une population âgée constituée principalement de patients préretraités ou retraités : 61% ont plus de 50 ans dont 13% ont plus de 70 ans.

Les résultats à court terme se traduisent par une diminution du PASI portant principalement sur la réduction de l'hyperkératose. En effet, les soins thermaux quotidiens, répétés, assurent un décapage des plaques de psoriasis puis participent à la diminution de leur infiltration. Dans un second temps, l'action anti-inflammatoire de l'eau permet une atténuation de l'érythème. Il faut également mentionner que certaines thérapeutiques locales sont mieux tolérées pendant la cure, probablement en raison de l'effet apaisant de l'eau thermale et de l'application quotidienne et conseillée d'émollients. Dans certains cas, des enveloppements corporels à base d'émollients sont réalisés après les soins d'hydrothérapie, à raison de deux à trois séances par semaine. Ce soin supplémentaire renforce l'hydratation cutanée et procure une grande sensation de bien-être en supprimant les tiraillements et picotements parfois ressentis lorsque le décapage est rapide.

Parmi les *pathologies prurigineuses* la principale indication est représentée par le prurigo nodulaire de Hyde où il est observé une atténuation du prurit avec cicatrisation de la plupart des nodules excoriés et surtout une diminution de leur épaisseur. De plus, la prise en charge thermale globale et soutenue durant trois semaines correspond à l'attente de ces patients, angoissés et nécessitant bien souvent un soutien psychologique.

Le lichen plan est également une indication intéressante où l'eau thermale permet une atténuation du prurit avec affaissement des papules lichéniennes.

Le prurit essentiel, invalidant et rebelle aux thérapeutiques locales, peut bénéficier d'un soulagement après la cure. Néanmoins, il faut rappeler que l'autonomie du patient est nécessaire à la réalisation des soins et que ces derniers représentent une fatigue supplémentaire pouvant parfois rompre un équilibre précaire chez certains patients âgés.

Les *troubles de la cicatrisation* constituent une indication fort intéressante de la crénothérapie, même si elle ne concerne que 2 à 3% des patients accueillis à Avène. Il s'agit principalement de séquelles de brûlures et de quelques cas de cicatrices hypertrophiques postchirurgicales.

En effet, la réalisation d'une action mécanique quotidienne à l'aide d'une eau thermale apaisante et anti-inflammatoire joue un rôle majeur dans le processus de cicatrisation. La douche filiforme est centrée sur les cicatrices, les jets sous-marins automatiques et le jet

manuel sont actionnés en regard des lésions ; et tous ces soins participent à la diminution de l'inflammation et à la réduction de l'hypertrophie. Les massages sous l'eau par un kinésithérapeute contribuent à assouplir les tissus et à décoller les adhérences. De plus, l'activité anti-prurigineuse de l'eau thermale assure une meilleure tolérance du port des vêtements compressifs au décours des soins thermaux.

Une étude préliminaire portant sur l'analyse tridimensionnelle du revêtement cutané après un séjour thermal de deux semaines, chez des enfants atteints de brûlures, objective dans un cas sur deux une diminution significative du relief des cicatrices avec restructuration du microrelief cutané. La diminution moyenne du volume des cicatrices est évaluée à 25% chez les enfants répondeurs. La poursuite de ce travail devrait permettre de mieux comprendre pourquoi certaines brûlures répondent aux soins thermaux alors que d'autres non (ancienneté des lésions, importance de l'inflammation...).

Les *ichtyoses* : la crénothérapie peut apporter une aide considérable dans la prise en charge de nombreuses ichtyoses, notamment les ichtyoses rétentionnelles, en permettant une amélioration de la qualité de vie des patients dans les mois qui suivent la cure.

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée dans cette pathologie, l'observation clinique met en évidence une diminution, voire une disparition des squames ichtyosiques à la fin de la cure, associée à une augmentation du confort cutané (assouplissement, douceur...). Là encore, la réalisation d'enveloppements corporels à l'aide d'émollients participe au maintien de ces résultats.

Les autres indications concernent l'*acné*, non pas l'acné évolutive où il existe de nombreux traitements locaux et généraux, suffisamment efficaces pour contrôler cette affection, mais quelques cas particuliers qui tirent profit de la crénothérapie : importantes cicatrices érythémateuses, retentissement psychologique majeur ; et la dermatite séborrhéique quand elle est invalidante ou mal contrôlée par les traitements classiques.

Dr Didier GUERRERO

Avène-les-Bains

Quelques commentaires simplement sur les exposés qui viennent d'être faits et qui sont déjà fort complets. Ce qui fait l'originalité de la dermatologie, c'est cette notion que l'on peut appliquer l'eau directement sur l'organe à traiter, en l'occurrence la peau, et que l'on peut rechercher une fonction de lavage, une fonction dynamique dans le traitement thermal qui n'existe pas dans d'autres indications. Les indications qui ont été proposées sont celles qui se sont sélectionnées d'elles-mêmes avec le temps.

On parlait auparavant de l'acné comme indication thermale mais aujourd'hui elle est traitée par des thérapeutiques efficaces, qui font que les patients n'ont plus besoin d'avoir

recours à la cure thermale.

Par contre, si l'on regarde les deux pathologies qui représentent 90% de la clientèle thermale, à savoir la *dermatite atopique* et le *psoriasis*, on voit que ce sont des maladies qui ont un déterminisme génétique fort. Ce n'est pas demain que l'on va proposer une thérapeutique étiologique de ces maladies qui ont des traitements efficaces mais contraignants. Des traitements adjuvants complémentaires, alternatifs, peuvent aider. Ce sont des maladies où les facteurs aggravants sont complexes. Ces facteurs aggravants sont l'environnement allergénique, le stress, les facteurs infectieux. La cure thermale peut répondre à tout ceci, elle représente une médecine globale. On va à la fois pouvoir laver la peau, la débarrasser de ses squames, de ses germes, avec des conditions idéales pour le repos et un retour sur soi.

La dernière originalité du thermalisme dermatologique est d'intéresser beaucoup l'industrie dermo-cosmétique et je crois que cet intérêt de l'industrie pharmaceutique a amené les stations thermales à évaluer le médicament thermal et faire tout un panel d'études qui ont, je pense, contribué à mieux connaître les eaux thermales.

Enfin pour conclure en matière d'évaluation, vous savez qu'en dermatologie nous pouvons travailler de manière essentiellement visuelle avec des scores très précis qui prennent en compte des critères objectifs et d'autres subjectifs comme l'insomnie, ou le prurit. Ceci peut être appliqué à la fin de la cure et à distance. On peut aussi s'intéresser à la consommation de dermo-corticoïdes et, bien sûr, prendre en compte toutes les échelles de qualité de vie qui sont proposées et qui sont de plus en plus finalisées et fiables.

Dr Jean Pierre GAVROY

Service des brûlés, Lamalou-les-Bains

Hormis quelques équipes américaines, la France est le seul pays où l'on inclut une cure thermale dans le parcours thérapeutique des grands brûlés. La Sécurité sociale accepte la prescription d'une, voire de deux cures par an.

Un patient mutilé de la peau, lorsqu'il quitte le centre de grands brûlés, n'est pas encore cicatrisé. À ce stade, l'épreuve douloureuse est loin d'être terminée, elle dure pratiquement jusqu'à la guérison complète. Il s'agit d'un état physique et psychique tout à fait particulier avec de nombreux problèmes médicaux et fonctionnels. Sur le plan tégumentaire, que ce soit après cicatrisation spontanée, plastie ou greffe, les placards cicatriciels ont une tendance naturelle à la rétraction. Cette peau, qui est une peau reconstituée, bridée par les scléroses rétractives, est toujours fragile, sensible et le plus souvent même douloureuse à la palpation. C'est un patient qui souffre de prurit, picotements, brûlures avec des troubles du sommeil, etc... Il faut savoir aussi qu'il vient de vivre deux à trois mois d'hospitalisation, isolé de sa famille et de ses proches. Le décubitus prolongé l'a

atteint fonctionnellement. À partir de là, plusieurs séjours en centres de rééducation fonctionnelle sont intégrés à une prise en charge crénotherapique.

Quels seront les buts de la rééducation? D'abord récupération de la capacité cutanée maximale, c'est-à-dire de l'élasticité de la peau et de ses capacités de glissement, ensuite récupération sur le plan articulaire et musculaire car ces patients après deux ou trois mois d'immobilisation ont des conséquences majeures à ce niveau. Enfin, engendrer une réhabilitation sociale et psychologique.

Au décours de toutes ces phases thérapeutiques, la *balnéothérapie*, et en particulier la *crénothérapie*, seront des étapes essentielles. L'eau a un rôle bénéfique sous trois formes : tout d'abord balnéation en eau stérile, puis kinésithérapie en piscine et surtout douche filiforme à haute pression.

La *crénothérapie* au service des grands brûlés date des années soixante, thérapeutique thermale complémentaire des restaurations plastiques qui a été introduite par l'équipe de Saint-Gervais-les-Bains, en coopération avec les deux grands services de Saint-Luc et Edouard-Herriot, à Lyon, qui sont les services phares du traitement des grands brûlés en France. À cette époque là, il s'agissait de proposer une convalescence utile sur les plans cutané et psychologique avec une prise en charge de la douleur à la sortie des centres de soins initiaux. La rééducation n'était pas codifiée et surtout il n'existait pas la pressothérapie par vêtement élastique qui est devenue le traitement fondamental des cicatrices. La prise en charge des grands brûlés s'est effectuée ensuite selon des modalités que mes collègues thermalistes connaissent : douches filiformes et bains que ce soit à Saint-Gervais, La Roche-Posay et plus récemment à Avène-les-Bains.

La *douche filiforme* est un traitement à haute pression qui se caractérise par des effets cicatrisants. Ces effets sont liés aux effets physiques c'est à dire la percussion par de l'eau à très haute pression. Sur le plan chimique on peut discuter de la qualité des eaux : chaudes, radioactives, de la présence de soufre, et aussi, selon les stations thermales, silicatées, sulfatées, chlorurées, riches en métaux et naturellement chaudes.

Il s'agit de projeter quotidiennement, pendant 4 à 8 minutes, une eau à une température de 35°C, sous une pression de 15 à 18 kg par centimètre carré, à l'aide d'une douche ayant des orifices de 6/10^{èmes} de mm. Le médecin adapte sa technique au type de cicatrices et au patient : cicatrices récentes ou non, sujet plus ou moins coopératif. Les douches filiformes seront appliquées non pas à des pressions variables mais à des distances variables qui diminuent très rapidement l'intensité de l'impact. Cette douche filiforme est un acte très douloureux qui exige une participation intense de la part du patient et pour l'enfant jeune, souvent dans certaines équipes, l'aide d'un tiers est nécessaire.

Au minimum on effectuera un effleurage à grande distance qui va entraîner une vasodilatation réflexe et favoriser l'élimination des déchets et le drainage des œdèmes superficiels en activant la circulation capillaire. Cet effleurage pourra exciter les terminaisons nerveuses avec un effet antalgique, antiprurigineux selon le principe d'action des vibra-

tions basses fréquences. Si l'on adopte une technique plus franche, on va avoir une restructuration du collagène, des fibres élastiques et un décollement progressif des différents plans avec une amélioration progressive de la mobilité de la peau sur les plans sous-jacents. Enfin si on insiste sur les surfaces limitées à courte distance, on peut obtenir une excoriation mécanique avec une dermabrasion des zones nodulaires, fibreuses ou scléreuses.

La *kinébalnéothérapie* n'est pas l'apanage strict de la crénothérapie ; elle peut être réalisée en centre de rééducation. L'eau a des effets bénéfiques, effets antalgiques et antiprurigineux. La kinébalnéothérapie participe à la récupération de la capacité cutanée par des postures manuelles, par des jets sous-marins. Elle peut comprendre différents processus psychologiques avec acceptation du schéma corporel et il existe plusieurs degrés dans cette progression des bains individuels. Il peut y avoir aussi des bains collectifs. Tout cela participe au principe de visualisation par autrui de la nouvelle image corporelle qui a un rôle très important dans la prise en charge.

Quant à la *balnéation* chez le grand brûlé en phase de cicatrisation, elle se fait en eau stérile, méthode indispensable initialement pour obtenir le décollement des pansements et inhiber partiellement les phénomènes douloureux. Elle se pratique dans les centres de brûlés.

Résultats

Ils vont être obtenus dès la première cure et vont se confirmer avec la répétition des cures. Il y a, d'abord, amélioration psychologique rapide avec tendance à l'euphorie et récupération du sommeil ; les enfants sont sensibles à cette amélioration et il est toujours très intéressant de les faire participer au traitement. La diminution du prurit est assez rapide pouvant presque disparaître totalement lors du premier séjour. Disparition ensuite de l'hypersensibilité superficielle, de l'intolérance aux frottements. Amélioration rapide des troubles de la stase, facilitation de la récupération progressive de la mobilité et de l'ampleur du jeu articulaire et enfin accélération de l'évolution globale de l'état de la peau avec inversion du processus hypertrophique, diminution rapide du caractère congestif, des inégalités de surface. À la palpation, on peut noter une diminution de la chaleur locale, on peut percevoir une meilleure souplesse et une amorce de l'élasticité. Cet effet immédiat va se poursuivre pendant les semaines qui suivront le retour à domicile. La période la plus démonstrative de cette efficacité thérapeutique se situe dans un délai de deux ans à partir de l'accident. Les séjours sont le plus souvent de deux cures annuelles. Mais quelle que soit leur efficacité, ils ne doivent pas se substituer au port permanent des vêtements élastiques que les patients mettent avant, pendant et après les cures.

En conclusion

La cure thermale accélère, souvent de façon spectaculaire, le processus de récupération. Au point que nous rencontrons des patients qui arrivent avec une attente de récupération

d'une image corporelle normale et qu'il faut tempérer cette espérance.
Le bénéfice de ce traitement thermal se poursuit pendant les 4 ou 5 années qui suivent la brûlure.



Indications

- dermatite atopique
- autres eczémas (de contact, nummulaire, de stase, dyshidroses)
- psoriasis
- séquelles de brûlures
- autres troubles de la cicatrisation (cicatrices hypertrophiques post-chirurgicales)
- prurits (prurigo nodulaire de Hyde, prurit essentiel)
- dermatite séborrhéique, rosacées rebelles, érythrocouperoses
- lichens
- ichtyoses
- quelques acnés (cicatrices érythémateuses)

Non-indications

- acnés
- dyschromies
- urticaire
- chéloïdes vraies
- ulcères artériels et veineux

Contre-indications spécifiques

- dermatoses infectieuses, virales, mycosiques et parasitaires
- bullozes

Contre-indications générales : ce sont les mêmes que pour la rhumatologie

**Indications et contre-indications de la médecine thermale
en dermatologie**