



## Article Original

# Régime d'Exclusion Alimentaire dans la Gestion de la Dermatite Atopique : Résultats Rapportés par les Parents des Enfants Atteints de la Dermatite Atopique de la Ville de Goma (République Démocratique du Congo).

*Food Exclusion Diet in the Management of Atopic Dermatitis: Results Reported from Parents of Children with Atopic Dermatitis in Goma (Democratic Republic of Congo).*

Ngolo Masudi P<sup>1</sup>, Ndayazi Byemero D<sup>2</sup>, Wembonyama Okitotsho S<sup>3</sup>

## RÉSUMÉ

**Introduction.** Le sujet de l'alimentation et de la dermatite atopique reste complexe et le recours à l'exclusion alimentaire comme traitement suscite des opinions contradictoires. Nous avons évalué les résultats rapportés par les parents des enfants atteints de dermatite atopique et leurs perceptions des effets de l'alimentation dans la gestion de cette maladie. **Matériels et Méthodes.** Etude transversale à visée descriptive dans les services de Dermatologie – vénérologie de l'Hôpital Provincial du Nord-Kivu (HPNK) du 1er janvier au 30 juin 2023. Ont été inclus tous les parents ayant amené en consultation leurs enfants âgés de 1 à 8 ans atteints de dermatite atopique. **Résultats.** Septante-cinq pourcent des parents (75,0%) avaient essayé une forme d'exclusion alimentaire afin de gérer la dermatite atopique de leurs enfants. L'aliment local le plus exclu par les parents était l'huile de palme ou *Elaeis guineensis* (26,5%) suivi des frotins frais communément appelé sambaza (20,6%) et de l'aubergine africaine ou *Solanum macrocarpon* communément appelé gnagna (14,7%). Les autres aliments les plus exclus étaient les produits laitiers (28,6%) et les œufs (17,1%). Les régimes d'exclusion alimentaire n'étaient pas supervisés par un médecin ou un diététicien dans 78,6% des cas. Les examens complémentaires ont été réalisés chez 5,1% des enfants (3,4% de prick test cutané et 1,7% de dosage d'IgE spécifique à un aliment). Les raisons ayant motivé les parents à recourir à un régime d'exclusion alimentaire étaient pour la plupart des cas la corticophobie (53,2%) et l'absence d'amélioration clinique absolue (33,8%). La plupart des parents avaient découvert les aliments qui affectaient l'état de la peau de leurs enfants grâce à l'internet (47,9%). Une réponse positive a été signalée chez 7,7% des enfants qui avaient évité les aliments locaux et chez 34,3% des enfants qui avaient évité les autres aliments. **Conclusion.** L'huile de palme constituait l'aliment local le plus exclu par les parents et cela malgré le manque de données probantes dans la littérature sur le lien entre cet aliment et la DA. Des enquêtes supplémentaires pour identifier leurs relations causales sont donc nécessaires à l'avenir

## ABSTRACT

**Introduction.** The relationship between diet and atopic dermatitis (AD) is complex and controversial. Some parents choose to exclude certain foods from their children's diets to manage their AD, but there is limited evidence to support this practice. This study aimed to investigate the dietary practices and perceptions of parents of children with AD in the Democratic Republic of the Congo. **Methods.** This cross-sectional study was conducted in the Dermatology-Venerology departments of the Provincial Hospital of North Kivu (HPNK) from January 1 to June 30, 2023. All parents of children with AD aged 1-8 years who presented for consultation were invited to participate. **Results.** A total of 100 parents participated in the study. Among these, 75% had tried some form of food exclusion to manage their children's AD. The most excluded local food was palm oil (26.5%), followed by fresh fry (sambaza) (20.6%) and African eggplant (gnagna) (14.7%). The other most excluded foods were dairy products (28.6%) and eggs (17.1%). Food exclusion diets were not supervised by a doctor or dietitian in 78.6% of cases. Additional examinations were carried out in 5.1% of children (3.4% skin prick test and 1.7% food-specific IgE assay). The most common reasons for starting a food exclusion diet were corticophobia (53.2%) and the absence of absolute clinical improvement (33.8%). Most parents had discovered foods that affected their children's skin condition through the Internet (47.9%). A positive response to food exclusion was reported in 7.7% of children who avoided local foods and in 34.3% of children who avoided other foods. **Conclusion.** Palm oil was the most excluded local food, despite the lack of evidence to support a link between palm oil and AD. Further research is needed to investigate the relationship between diet and AD in African populations.

<sup>1</sup> Service de dermatologie, Hôpital Provincial du Nord-Kivu Tel : +243 997 096 666.

<sup>2</sup> Département de chirurgie, Université de Goma (UNIGOM), BP : 03 Goma

<sup>3</sup> Ecole de Santé Publique, Université de Goma (UNIGOM), BP : 03 Goma

## Auteur Correspondant

Ngolo Masudi P  
Dermatologue- vénérologue  
Hôpital Provincial du Nord-Kivu  
Tél: +243973507217  
Email: [ryanmundeke@gmail.com](mailto:ryanmundeke@gmail.com)

**Mots clés:** Dermatite atopique, Régime d'exclusion alimentaire, Ville de Goma

**Keywords:** Atopic dermatitis, Food exclusion diet, City of Goma



High Quality  
Research with  
Impact on  
Clinical Care



High Quality  
Research with  
Impact on  
Clinical Care



**POUR LES LECTEURS PRESSÉS****La question abordée dans l'étude**

Les résultats rapportés par les parents ayant appliqué l'exclusion alimentaire comme traitement de la dermatite atopique chez leurs enfants.

**Les résultats majeurs**

1. Trois parents sur quatre appliquaient les régimes d'exclusion alimentaire.
2. Les aliments locaux les plus exclus étaient l'huile de palme (26,5%), les fretins frais (20,6%) et l'aubergine africaine (14,7%).
3. Les autres aliments les plus exclus étaient les produits laitiers (28,6%) et les œufs (17,1%).
4. Les deux principales raisons d'exclusion alimentaire étaient la corticophobie (53,2%) et l'absence d'amélioration clinique absolue (33,8%).
5. Une réponse positive a été signalée chez 7,7% des enfants ayant évité les aliments locaux et chez 34,3% des enfants ayant évité les autres aliments

**Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.**

Mener des enquêtes supplémentaires pour identifier les relations causales entre dermatite atopique et aliments.

**INTRODUCTION**

La dermatite atopique (DA) est l'une des dermatoses inflammatoires chroniques les plus fréquentes [1-3]. Elle touche dans une grande majorité des cas les nourrissons et les jeunes enfants, notamment dans les pays industrialisés à niveau de vie élevé ce qui fait d'elle un véritable enjeu de santé publique [4]. Sa prévalence varie considérablement dans de nombreuses régions du monde, mais on a constaté qu'elle avait augmenté de manière significative aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement au cours des dernières décennies [5 –7]. L'origine de cette maladie complexe n'est encore qu'en partie comprise, mais elle est très probablement basée sur une interaction complexe de prédisposition génétique, de dysfonctionnement de la barrière cutanée, et des facteurs environnementaux [8].

Au cours des dernières décennies, plusieurs propositions ont été faites pour établir des critères diagnostiques de la dermatite atopique. Le principal problème de la plupart des critères est qu'ils ne s'appliquent pas aux nourrissons et aux enfants en bas âge [9 –12]. Les enfants souffrant de cette maladie présentent une dynamique comportementale particulière. Ils souffrent pour la plupart, de troubles de sommeil et de traits anxieux qui sont alimentés par les démangeoisons. Les parents des enfants atteints de dermatite atopique plus grave peuvent avoir des difficultés à réagir de manière appropriée aux difficultés de comportement de l'enfant, ce qui peut avoir un impact sur la gestion de cette maladie.

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 [13,14]. cependant, l'influence du régime alimentaire sur la dermatite atopique (DA) est complexe et le recours à l'exclusion alimentaire comme traitement suscite des opinions contradictoires [15]. Ainsi, nous nous proposons

d'étudier les résultats rapportés par les parents des enfants atteints de la DA et leurs perceptions concernant les effets de l'alimentation dans la gestion de cette maladie chez les enfants de la ville de Goma (République Démocratique du Congo)

**METHODES**

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée dans les services de Dermatologie – vénéréologie de l'Hôpital Provincial du Nord-Kivu (HPNK) du 1er janvier au 30 juin 2023. Ont été inclus dans l'étude, tous les parents ayant amené en consultation leurs enfants atteints de dermatite atopique et dont l'âge des enfants variait entre 1 et 8ans. Un questionnaire auto-rempli a été remis aux parents afin de recueillir leurs données sociodémographiques et les effets des régimes alimentaires sur l'évolution de la dermatite chez les enfants. Un examen physique minutieux a été effectué afin de répertorier les signes de la DA chez les enfants. Le diagnostic de la DA a été confirmé par un dermatologue (NGOLO M.P.) conformément aux critères de diagnostic de Hanifin et Rajka [16] et sa gravité a été évaluée à l'aide de l'indice SCORAD [17,18].

L'âge des parents et l'âge des enfants atteints de DA ont été calculés comme moyenne et écart-type. Tous les régimes d'exclusion alimentaires, la perception et les données démographiques ont été compilés et la fréquence a été signalée. Le niveau d'instruction des parents a été divisé en quatre groupes : non scolarisé, études primaires, études secondaires et études universitaires. La gravité de la DA a été classée en trois groupes : légère, modérée et sévère. En ce qui concerne les enquêtes visant à déterminer les réponses de la peau vis-à-vis des régimes d'exclusion alimentaire, une réponse positive était définie comme une amélioration des lésions cutanées, alors qu'une réponse négative était définie comme une aggravation ou une absence de changement des lésions. SPSS v.20 et Epi info3.5.3 ont été utilisés pour l'analyse statistique. Le test du Chi carré a été utilisé pour les proportions. La signification statistique a été déterminée par des valeurs de p inférieures à 0,05. La confidentialité des données a été requise et les considérations éthiques et déontologiques ont été respectées.

**RESULTATS****Prévalence et données sociodémographiques des parents des enfants atteints de la dermatite atopique**

Sur un total de 92 parents ayant amené leurs enfants en consultation pour une dermatite atopique, 69 avaient essayé une forme d'exclusion alimentaire afin de gérer les lésions cutanées de leurs enfants soit une prévalence de 75,0%. L'âge moyen des parents était de 30,1ans avec des extrêmes allant de 16 à 52ans. La grande majorité des parents qui avaient répondu à nos questions étaient des femmes (75,7%) soit trois parents sur quatre. Plus de la moitié des parents (56,3%) avaient un bas niveau socio-économique. La plupart des parents avaient un niveau secondaire et universitaire avec 44,5% et 25,3% respectivement contre 16,8% avec un niveau primaire et 13,4% pour les non scolarisés. Les ethnies les plus représentées étaient les Hutu (33,0%), les Nande (24,9%) et les Hunde (11,2%).

### Les caractéristiques des enfants atteints de la dermatite atopique

L'âge moyen des enfants atteints de DA était de 3,2ans (écart-type 2,1) avec des extrêmes allant de 1 à 8ans. L'âge le plus touché était celui de 1an (29,1%) suivi de ceux de 2ans (17,9%) et 3ans (15,4%). Plus de la moitié des enfants était des filles soit 59,0% contre 49,0% des garçons. La forme clinique la plus prédominante était la forme sévère avec 43,1%, suivie des formes modérée et légère avec 31,0% et 25,9% respectivement. Trois enfants sur quatre avaient plus de 3 poussées de DA par an soit 76,7%. Les troubles du sommeil étaient associés à la dermatite atopique dans 77,8% des cas. Les stigmates d'atopie les plus retrouvés chez la plupart des enfants étaient la xérose cutanée et la kératose pileuse avec 63,2% et 17,8% respectivement. La rhinite allergique et l'asthme étaient les maladies atopiques les plus retrouvées chez les enfants atteints de DA avec 21,7% et 13,8% respectivement.

### Régime d'exclusion alimentaire

Sur un total de 69 parents qui avaient fait état d'un essai d'exclusion alimentaire pour tenter de gérer la maladie de leurs enfants, 34 avaient exclu les aliments locaux (49,3%) parmi lesquels l'huile de palme ou *Elaeis guineensis* (26,5%), les festins frais communément appelé sambaza (20,6%) et l'aubergine africaine ou *Solanum macrocarpon* communément appelé gnagna (14,7%) étaient les plus exclus (Tableau I). Trente-cinq (50,7%) parents avaient exclu les autres aliments et les plus fréquemment exclus étaient les produits laitiers (28,6%) et les œufs (17,1%) (Tableau II).

**Tableau I : les aliments locaux exclus par les parents des enfants atteints de dermatite atopique**

	Effectifs	Pourcentage
Huile de palme ( <i>Elaeis guineensis</i> )	9	26,5
Fretin frais communément appelé sambaza	7	20,6
Aubergine africaine ou <i>Solanum macrocarpon</i> , communément appelé gnagna	5	14,7
Oseille de Guinée ( <i>Hibiscus sabdariffa</i> )	4	11,8
Poissons fumés et salés	4	11,8
Manioc	2	5,9
Feuilles des courges	2	5,9
Haricot rouge	1	2,9
Total	34	100

**Tableau II : les autres aliments exclus par les parents des enfants atteints de dermatite atopique**

	Effectif	Pourcentage (%)
Les produits laitiers	10	28,6
Les œufs	6	17,1
Les malbouffes (chocolat, jus, bombons, beurre...)	5	14,3
Arachides	5	14,3
Soja	4	11,4
Viandes rouges et blanches	3	8,6
Certains fruit (fraise, ananas, papaye...)	1	2,9
Pain	1	2,9
Total	35	100

### Perceptions des parents concernant le rôle de l'alimentation dans la DA

Plus de la moitié des parents avaient trouvé très difficile l'application du régime d'exclusion alimentaire soit 51,2% et 1,8% avaient trouvé que le régime n'était pas applicable. Les raisons ayant motivé les parents à recourir à un régime d'exclusion afin de gérer la maladie de leurs enfants étaient pour la plupart des cas la corticophobie (53,2%) et l'absence d'amélioration clinique absolue (33,8%). La majorité des régimes d'exclusion alimentaires n'étaient pas supervisés par un médecin ou un diététicien soit 78,6%. Les examens complémentaires ont été réalisés chez 5,1% des enfants (3,4% pour le prick test cutané et 1,7% pour le dosage d'IgE spécifique à un aliment). Les parents avaient découvert les aliments qui affectaient l'état de la peau de leurs enfants grâce à l'internet (47,9%), grâce aux autres parents des enfants atteints de DA (28,2%), grâce à l'entourage (10,8%), à la télévision (8,0%) et par essais (5,1%)

### Réponses/résultats aux régimes d'exclusion alimentaires

Une réponse positive a été signalée chez 7,7% des patients qui avaient évités les aliments locaux et chez 34,3% des patients qui avaient évités les autres aliments.

### DISCUSSION

Trois parents sur quatre avaient essayé une forme d'exclusion alimentaire afin de gérer la maladie de leurs enfants soit 75,0% des cas. Adi Nosrati et al., en Californie, et G.A. Johnston et al., au Royaume-Uni, avaient également constaté ce nombre élevé d'exclusion alimentaire chez leurs patients [19,20]. Ces résultats montrent l'importance du régime alimentaire comme outil de gestion de la dermatite atopique du point de vue des parents. Si certains auteurs recommandent l'utilisation de l'huile de palme dans le traitement de l'eczéma, du psoriasis et des vergetures [21,22], dans notre série, c'était l'aliment local le plus exclu par les parents des enfants atteints de la dermatite atopique. Malgré cette exclusion alimentaire observée dans cette étude, à ce jour, il n'y a pas d'allergènes enregistrés pour l'huile de palme par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), car il n'y a pas eu suffisamment d'études sur les effets allergiques de cet aliment [23]. Les autres aliments les plus exclus étaient les produits laitiers et les œufs. Nos résultats étaient en accord avec ceux de G.A. Johnston et al., au Royaume-Uni [20] et Carmen Tait en Australie [24] où environ la moitié de leurs patients avaient exclu les produits laitiers et les œufs. La majorité des régimes d'exclusion alimentaires n'étaient pas supervisés par un médecin ou un diététicien. Étonnamment, la littérature révèle que les patients peuvent recevoir des opinions différentes de différents cliniciens. Alors que les prestataires de soins primaires et les allergologues sont convaincus du rôle causal de l'alimentation dans l'apparition et la gravité de la DA, les dermatologues sont convaincus du contraire [19,25,26]. Ces points de vue contradictoires combinés aux effets secondaires des traitements standards conduisent les patients à explorer des thérapies alternatives telles que les régimes d'exclusion alimentaires souvent sans consulter un





professionnel de santé. Les tests cutanés et le dosage d'IgE spécifique ont été réalisés chez moins de 10% des enfants. Ceci pourrait s'expliquer dans notre contexte, d'une part par le manque de moyen financier ou de plateau technique pour la réalisation de ces examens et d'autre part par la méconnaissance de cette maladie par certains agents de santé. Les raisons ayant motivé les parents à recourir à un régime d'exclusion étaient pour la plupart des cas la corticophobie. Les observations similaires ont été faites par plusieurs auteurs dont Bernies Bos MB et S. Veenje au Pays-Bas, [Jin Yong Lee](#) en Corée du sud et [Maya El Hachem](#) en Italie[27,28,29,30]. La plupart des parents avaient découvert les aliments qui affectaient l'état de la peau de leurs enfants grâce à l'internet. Compte tenu de la facilité avec laquelle on peut chercher les informations sur Google, il n'est pas étonnant que bon nombre de personnes essaient de s'autodiagnostiquer à l'aide d'Internet au lieu d'attendre des heures à l'hôpital ou dans une clinique pour consulter un professionnel de santé[31]. Selon M. Dubey, les malades vont chercher sur Internet des savoirs pratiques et un échange de vécu qu'ils n'ont que très rarement chez le docteur ou plus généralement dans l'institution médicale[32]. Ce constat a également été fait par [Tabitha Tonsaker](#) et al au Canada [31].

Une réponse positive a été signalée chez 7,7% des enfants qui avaient évités les aliments locaux et chez 34,3% des enfants qui avaient évités d'autres aliments. Nos résultats se rapprochaient de ceux de Johnston GA au Royaume-Uni où 39 % d'amélioration des symptômes de la dermatite atopique a été signalée chez les enfants qui avaient exclu les aliments comme les produits laitiers, les œufs, les malbouffes.[20]. La littérature stipule que l'efficacité des régimes d'exclusion alimentaires est très variable d'une étude à l'autre : son pourcentage s'échelonne ainsi de 20 à 90 % selon les études [33].

### Limites

Une faible puissance des tests statistiques suite à la petite taille de l'échantillon et notre méthode d'échantillonnage non probabiliste. Malgré ces limites, cette étude menée à l'hôpital provincial du Nord-Kivu a permis d'étudier les résultats rapportés par les parents et leurs perceptions concernant les effets de l'alimentation dans la gestion de la dermatite atopique

### CONCLUSION

A travers cette étude, nous constatons que trois parents sur quatre se tournent vers les régimes d'exclusion alimentaires pour tenter de gérer la maladie de leurs enfants. Ceci met en évidence l'importance du régime alimentaire comme outil de gestion de la DA du point de vue des parents. L'huile de palme constitue l'aliment local le plus exclu par les parents et cela malgré le manque des données probantes dans la littérature sur le lien entre cet aliment et la DA. Des enquêtes supplémentaires pour identifier leurs relations causales sont donc nécessaires à l'avenir

### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Contributions des auteurs

Tous les auteurs cités ont contribué à la rédaction de cet article. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

### REFERENCES

1. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, Boguniewicz M, Russell JJ, Block JK, Tofte S, Dunn JD, Feldman SR, Clark AR, Schwartz G, Eichenfield LF. Major Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Allergic Disorders. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Dec;19(6):821-838. [PubMed]
2. Giavina-Bianchi M, Giavina-Bianchi P. Systemic Treatment for Severe Atopic Dermatitis. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2019 Apr;67(2):69-78.
3. Drucker AM, Ellis A, Jabbar-Lopez Z, Yiu ZZN, Arents BWM, Burton T, Spuls PI, Küster D, Schmitt J, Flohr C. Systemic immunomodulatory treatments for atopic dermatitis: protocol for a systematic review with network meta-analysis. *BMJ Open*. 2018 Aug 29;8(8):e023061.
4. Thomas Bieber et al. Atopic dermatitis. *Anne Dermatol*. 2010 ; 22(2) : 125-37
5. J.Just. Histoire naturelle de la dermatite atopique : expérience des cohortes néonatales. *Revue française d'allergologie*. 2012 ; 52 : 168-174
6. Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR, Groupes d'étude de phase un et trois de l'étude internationale sur l'asthme et les allergies chez l'enfant (ISAAC) L'eczéma est-il vraiment en augmentation dans le monde ? *J Allergie Clin Immunol*. 2008 ; 121 : 947-954.
7. [Sophie Nutten](#). Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Ann Nutr Metab* (2015) 66 (Suppl. 1): 8–16.
8. [Bridget P. Kaufman](#). Atopic dermatitis in diverse racial and ethnic groups—Variations in epidemiology, genetics, clinical presentation and treatment. *Experimental dermatology*. 2018 ; 27(7) : 340-357
9. Bos JD, Van Leent EJ, Sillevius Smitt JH (1998) The millennium criteria for the diagnosis of atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 7:132–138.
10. Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ et al (1994) The UK Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 131:383–396.
11. Diepgen TL, Fartasch M (1992) Recent epidemiological and genetic studies in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 176:13–18
12. Hanifin JM, Rajka G (1980) Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol Venereol Stockh* 92:44–47
13. 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.
14. Karima NACIM. La prévalence de la dermatite atopique à Marrakech. Thèse de médecine. Université cadi ayyad. 2015 ; p63
15. [Paul Oykhman](#), [Jared Dookie](#), [Husam Al-Rammahy](#) and al. Dietary Elimination for the Treatment of Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022 Oct;10(10):2657-2666.e8.
16. Hanifin J.M. et coll., *Acta Dermatovenereol*, 1980; 92: 44
17. The PO-SCORAD Investigation Group – Patient oriented SCORAD (PO-SCORAD) : a new self assessments scale in atopic dermatitis validated in Europe – Publié dans *Allergy*. 2011,pp. 1114 – 1121
18. Rehal & Armstrong 2011 Health Outcome Measures in Atopic Dermatitis: A Systematic Review of Trends in Disease Severity and Quality-of-Life instruments 1985-2010. *PLoS ONE* 6(4): e17520

19. [Adi Nosrati](#), [Ladan Afifi I](#), [Melissa J Danesh](#). Dietary modifications in atopic dermatitis: patient-reported outcomes. *J Dermatolog Treat*. 2017 ;28(6):523-538
20. [G A Johnston](#), [R M Bilbao](#), [R A C Graham-Brown](#). The use of dietary manipulation by parents of children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2004 ;150(6):1186-9
21. New directions.ALL ABOUT PALM OIL. <https://www.newdirectionsaromatics.com/blog/products/all-about-palm-carrier-oil.html>. Consulté le 22/09/2023
22. [PalmOilToday](#). Red Palm Oil to the Rescue – In eczema treatment. 2021. <https://palmoiltoday.net/red-palm-oil-to-the-rescue-in-eczema-treatment/>
23. Allergy ressource. PALM OIL ALLERGY. 2023. <https://www.allergyresources.co.uk/Palm-Oil.php.consulté> le 22/09/2023
24. [Carmen Tait](#), [Ran D Goldman](#). Dietary exclusion for childhood atopic dermatitis. *Can Fam Physician*. 2015 ;61(7):609-11
25. 41. Getmetti C. Diet and atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:439–40
26. Suh KY. Food allergy and atopic dermatitis: separating fact from fiction. *Semin Cutan Med Surg*. 2010;29:72–8
27. [Bernies Bos<sup>1</sup>](#), [Ioana Antonescu](#), [Hilda Osinga](#), [Sietske Veenje](#), [Kim de Jong](#), [Tjalling W de Vries](#). Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. *Pediatr Dermatol*. 2019 ;36(1):100-104
28. S.Veenje, H. Osinga, I. Antonescu, B. Bos, T.W. de Vries. Focus group parental opinions regarding treatment with topical corticosteroids on children with atopic dermatitis. *Allergologia et Immunopathologia*. 2019; 47(2): 166-171
29. [Jin Yong Lee](#), [Young Her](#), [Chul Woo Kim](#), [Sang Seok Kim](#). Topical Corticosteroid Phobia among Parents of Children with Atopic Eczema in Korea. *Ann Dermatol*. 2015 ;27(5):499-506
30. [Maya El Hachem](#), [Francesco Gesualdo](#), [Giampaolo Ricci](#), [Andrea Diociaiuti](#), [Loredana Giraldi](#), [Orsola Ametrano](#) and al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Ital J Pediatr*. 2017;43(1):22.
31. [Tabitha Tonsaker](#). Information sur la santé dans Internet. *Can Fam Physician*. 2014; 60(5): 419-420.
32. Le monde. Je suis malade... Vite, sur Internet !. *Quotidien Paris OJD*.2011;551:61
- P. Pralong , F. Hacard ,C. Chatain and al. La dermatite atopique est une allergie alimentaire : contre (controverse). *Revue Française d'Allergologie*. 2014; 54(3) :120-123