

Comment tester un eczéma des mains ?

How should hand eczema be examined?

M. Castelain^{a,*}, F. Castelain^b

^a Département de dermatologie, hôpital de la Timone, université Aix-Marseille, AP-HM, 13, avenue de Montredon, 13008 Marseille, France

^b Département de dermatologie, hôpital universitaire de Besançon, 1, rue des Vociels, 25770 Serre-les-Sapins, France

Disponible sur Internet le 11 février 2014

Résumé

L'eczéma des mains est une maladie répandue qui conduit à des coûts de santé élevés et à une diminution de la qualité de vie. Des facteurs de risque importants incluent la dermatite atopique, l'allergie de contact et les travaux humides alors que le rôle de mutations nulles dans le gène complexe de la filaggrine reste à clarifier. L'étape clinique et l'interrogatoire sont des temps essentiels du bilan d'un eczéma des mains. Les tests cutanés sont indispensables dans la plupart des cas, même s'il faut dans certains cas aller au-delà du simple patch-test. Les dermites irritatives sont fréquentes à côté des allergies de contact et constituent un écueil diagnostique important.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermite irritative ; Eczéma de contact ; *Open test* ; Patch-test ; *Strip patch-test*

Abstract

Hand eczema is a widespread disease that leads to high health care costs and a decrease in the quality of life. Important risk factors include atopic dermatitis, contact allergy and wet work; the role of a null allele in the complex filaggrin gene remains to be clarified. The clinical stage of the disease and the examination are essential points in the investigation of hand eczema. Skin tests are indispensable in most cases, while in some it is necessary to go beyond simple patch-tests. Irritant dermatitis is common in comparison with contact allergies and constitutes an important diagnostic pitfall.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Hand eczema; Irritant dermatitis; Contact dermatitis; Open test; Patch-test; Strip patch-test

L'eczéma des mains est pour le dermatologue une source quotidienne de consultations et de tracas, car le problème n'est pas toujours simple. Le diagnostic clinique n'est pas toujours facile à faire, il s'agit souvent d'une dermatose complexe, qui a de multiples composantes, et qui évolue chroniquement.

1. La première étape est clinique

Tout le problème est d'en faire le diagnostic, c'est-à-dire avant tout d'éliminer d'autres pathologies non allergiques à type de psoriasis, de mycose, de lichen, de parasitose, de dermite pustuleuse ou paranéoplasique ou autre. Dès lors que le diagnostic d'eczéma est posé, il convient d'en chercher

l'étiologie. Il faut éliminer d'abord celles où l'allergie de contact est rarement en cause (eczéma kératosique et fissuraire, dysidrose, atopie...) et essayer de faire la part des choses entre allergie et irritation, d'une part, causes endogènes et/ou exogènes, d'autre part, ce qui est rarement facile, même pour des dermatologues chevronnés [1]. Il existe souvent une conjonction de plusieurs de ces cadres. On peut donc être amené à traquer un agent de contact irritant, une haptène, un atopène, une protéine allergisante. L'atopie et l'irritation favorisent de toute façon l'allergie de contact. De plus, les étiologies allergiques sont variées et souvent associées, les mains sont en première ligne pour la plupart des contacts, professionnels ou non.

Pour Johansen et al. [2], la dermite irritative est plus fréquente en cas d'eczéma chronique des mains sec et fissuraire (44,3 %), de pulpites (41,7 %), et d'eczéma nummulaire (40,9 %), alors que l'allergie de contact prédomine dans les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mcastell1.mrs@wanadoo.fr (M. Castelain).

eczémas de type vésiculeux récurrents (35 %). L'eczéma hyperkératosique palmaire est le seul type clinique qui constitue un groupe distinct, plus fréquent chez l'homme âgé et souvent non spécifique. Les autres types d'eczéma des mains doivent donner lieu à des patch-tests et des tests d'usage.

2. L'interrogatoire

L'interrogatoire est une pièce maîtresse du diagnostic étiologique, en amont des tests. Il définit :

- l'âge du patient ;
- ses antécédents allergiques ou non ;
- sa profession ;
- ses hobbies, ses loisirs ;
- le début des signes (date et caractères cliniques) ;
- l'évolution, les récurrences ;
- la chronologie des poussées par rapport aux activités du patient ;
- les différents produits qu'il manipule :
 - sur le plan personnel (toilette, sport, bricolage, ménage...),
 - et sur le plan professionnel ;
- les médicaments qu'il prend, topiques et généraux.

C'est cet interrogatoire qui va nous aider à établir la liste et le type de tests dont va avoir besoin le patient. On ne teste pas couramment à l'heure actuelle les dermites irritatives. On teste essentiellement les suspicions d'eczéma de contact allergique ou à la rigueur les supposées dermites de contact protéiques. Les eczémas allergiques aigus de survenue récente et brutale verront souvent leur étiologie plus facile à débusquer que les eczémas chroniques, récidivants, kératosiques, fissuraires, nummulaires ou dysidrosiques.

3. Les tests

3.1. Qui tester ?

Tous les patients qui ont une suspicion d'allergie de contact, soit à l'origine de leur dermatose, soit venant compliquer leur dermatose (iatrogénie ou produits appliqués spontanément par le patient). Certains arguments peuvent être plus évocateurs d'une allergie de contact, comme un prurit franc, des vésicules, une atteinte émiétée, mal limitée, atteignant les poignets, les avant-bras, d'autres parties du corps, l'atteinte du dos des mains et des doigts. Certaines catégories professionnelles sont plus particulièrement exposées, comme le bâtiment, la coiffure, la peinture et la plasturgie, le ménage, l'alimentation ou la santé.

3.2. Quand tester ?

De préférence en dehors des poussées aiguës, au moins 3 semaines après la fin des poussées. Il faut aussi arrêter préalablement les médicaments antiallergiques notamment les corticoïdes généraux et locaux si employés sur la zone de tests, les immunosuppresseurs. En matière de patch-tests, l'arrêt des antihistaminiques est conseillé mais non indispensable, alors

qu'il est tout à fait indispensable pour tous les tests à lecture immédiate.

3.3. Que tester ?

La batterie standard européenne (BSE), bien sûr, ainsi que les ajouts systématiques du Revidal-Gerda, mais aussi, tous les produits que manipule le patient, notamment ceux qui cadrent chronologiquement avec le début de l'eczéma des mains, ceux que soupçonne le patient, ceux qui auraient dû l'améliorer mais qui ne l'ont pas fait. Ainsi, il ne faudra pas oublier de tester les produits de nettoyage, les émoullients, produits barrières et dermocorticoïdes utilisés... En cas de suspicion d'allergie de contact à du matériel professionnel, notamment dans l'industrie, il sera nécessaire d'obtenir avant tout test cutané les fiches de sécurité des produits manipulés, par l'intermédiaire notamment du médecin du travail, afin de connaître le pH et le degré de causticité et de dangerosité éventuelle d'un produit avant de l'appliquer sur la peau. Il est utile pour ce faire aussi de disposer de bandelettes de pH au laboratoire de test, afin de vérifier l'acidité ou la basicité éventuelle d'un produit, en cas de doute ou si la fiche de sécurité n'est pas suffisamment explicite.

3.4. Comment tester ?

Les patch-tests classiques, dans le dos, lus en 48 et 72 ou 96 heures sont indispensables, mais pas toujours suffisants. Ainsi, le *strip patch-test* est recommandé lorsqu'un patch est supposé faussement négatif. Il accroît la sensibilité cutanée en enlevant les couches superficielles du stratum corneum avant le test [3]. Le *strip patch-test* standardisé comprend une abrasion du stratum corneum par une moyenne de 16 décollages successifs d'un adhésif type Blenderm 3M sur la zone à tester. Cette technique n'entraînerait pas de stimulation du système inflammatoire épidermique. Cette technique serait beaucoup plus sensible que le patch-test avec une perte de spécificité marginale [4].

Lorsqu'on est amené à tester un produit dont on ne connaît pas suffisamment la toxicité, malgré les fiches de sécurité, la littérature, on doit éviter de faire un patch-test occlus, pour en rester à un *test semi-ouvert*, selon la technique bien décrite par Goosens [6]. À l'inverse, un test négatif qui ne semble pas pertinent, peut voir sa sensibilité s'accroître par la réalisation d'un test d'application ouvert répété (*repeated open application test* ou ROAT) qui consiste à appliquer l'allergène supposé sur un carré de 5 cm de côté dessiné sur la fosse anté-cubitale, matin et soir pendant 7 à 10 jours [5].

Il existe des recueils permettant de savoir quels sont le meilleur véhicule et la meilleure concentration de test pour la plupart des allergènes de contact courants, notamment les ouvrages successifs de De Groot intitulés *patch-testing* [6].

Les dermites de contact aux protéines se testent en lecture immédiate, soit en *prick* soit en patch-test. Une urticaire de contact notamment au latex peut provoquer un prurit durable et s'eczématiser, de même que certaines allergies de contact à des aliments chez les professionnels notamment peuvent aussi avoir un mécanisme de type immédiat, il est donc nécessaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385915>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385915>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)