



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie 53 (2013) 147–151

Eczéma de contact et dermatite atopique de l'enfant : les haptènes

Contact dermatitis in children with atopic dermatitis: The role of haptens

F. Giordano-Labadie

Service de dermatologie, hôpital Larrey, CHU de Toulouse, 24, chemin de Pourville, 31059 Toulouse cedex 9, France

Disponible sur Internet le 11 mars 2013

Résumé

Longtemps controversée, la possibilité de l'acquisition d'une sensibilisation de contact à un haptène au cours de la dermatite atopique (DA) est actuellement reconnue. La prévalence de l'eczéma de contact au cours de la DA de l'enfant est élevée aux alentours de 40 %. Certains haptènes comme les parfums et apparentés, le nickel, la lanoline, la néomycine sont les plus souvent en cause. Mais le rôle sensibilisant des traitements locaux de la DA ne doit pas être oublié, car ils sont responsables d'eczéma de contact surajouté dans 6 % de cette population, en particulier par l'intermédiaire des émoullissants mais aussi des antiseptiques comme la chlorexidine. L'exploration par tests épicutanés chez l'enfant à la recherche de l'acquisition d'une sensibilisation à un haptène peut être conduite comme chez l'adulte et fait partie intégrante à l'heure actuelle de l'exploration allergologique de la DA.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermatite atopique ; Eczéma de contact ; Enfant ; Haptènes ; Allergènes de contact

Abstract

Long debated, the possibility of acquiring contact sensitization to a hapten in patients with atopic dermatitis is currently recognized. The prevalence of contact dermatitis in children with atopic dermatitis is high, at around 40 %. Haptens such as those in perfumes and related substances, nickel, lanolin, and neomycin are those most often involved. Also, the role of the sensitizers used in the topical treatment of atopic dermatitis should not be forgotten because they are responsible for superimposed contact dermatitis in 6 % of this population, in particular sensitizers in emollients but also those in antiseptics, for example chlorhexidine. In children, examination by patch testing when looking for the presence of sensitization to a hapten may be conducted the same as in adults. It is an integral part of today's approach to diagnosis of atopic dermatitis.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Atopic dermatitis; Contact dermatitis; Children; Haptens; Contact allergens

1. Introduction

Longtemps controversée, la possibilité de l'acquisition d'une sensibilisation de contact à un haptène au cours de la dermatite atopique (DA) est actuellement reconnue. Différents facteurs liés à la maladie, qu'il s'agisse de l'altération de la fonction barrière cutanée, de son traitement local au long cours, ou de la perméabilité cutanée augmentée chez l'enfant favorisent la pénétration des haptènes et la survenue d'un eczéma de contact surajouté à celui de la DA.

2. Les haptènes : acteurs de l'eczéma de contact allergique

2.1. Qu'est ce qu'un haptène ?

C'est une substance chimique différente des constituants de l'organisme, de faible masse moléculaire qui est réactogène mais qui n'est pas immunogène quand elle est seule. Un haptène peut devenir immunogène, c'est-à-dire un allergène complet capable d'induire une réaction immunologique, après fixation à un porteur qui est le plus souvent une protéine.

Dans le cas de la DA, les haptènes sont des molécules chimiques capables après fixation à une protéine épidermique de provoquer un eczéma de contact allergique (ECA) surajouté

Adresse e-mail : giordano-labadie.f@chu-toulouse.fr.

à l'eczéma de la DA, tandis que les allergènes protéiques comme les aéroallergènes ou les trophallergènes sont responsables des signes associés à la sensibilisation IgE dépendante.

Les haptènes peuvent être d'origine très diverse : végétale (lactones, huiles essentielles...), animale (lanoline...), synthétique (certains parfums...), métallique (nickel...), médicamenteuse (aminosides, penicillines...).

2.2. Haptène et pénétration cutanée

Les haptènes sont des substances hydrophobes, ce qui favorise une meilleure pénétration transcutanée. La pénétration dépend par ailleurs de la présence de groupes chargés, du poids moléculaire (< 1000 Daltons) et de la forme moléculaire. Les peaux altérées chroniquement (irritation, ulcères de jambe, déficit génétique de la barrière cutanée comme dans l'atopie) favorisent la pénétration des haptènes et donc l'apparition d'un eczéma de contact.

2.3. Haptènes et pouvoir sensibilisant

Même s'il existe une « sensibilité » cutanée individuelle liée à de nombreux facteurs, locaux mais aussi vraisemblablement génétiques, les haptènes ont un pouvoir sensibilisant qui leur est propre. Ainsi, on peut définir une classification du pouvoir sensibilisant. On parle d'haptène fort quand plus de 90 % des sujets en contact sont sensibilisés, c'est le cas par exemple du 2,4-Dinitrochlorobenzène (DNCB) qui est utilisé en thérapeutique quand on cherche à créer un eczéma de contact comme dans le traitement local de la pelade ou parfois des verrues, le but étant de « tromper » le système immunitaire pour le dévier vers la réaction d'eczéma de contact. Un haptène modéré induira entre 1 % à 20 % de sensibilisation de contact (ex. nickel), tandis qu'un haptène dit faible sera responsable de moins de 1 % d'eczéma de contact lorsqu'il sera appliqué sur la peau (ex. formaldéhyde).

Les facteurs influant sur le pouvoir sensibilisant de l'haptène sont multiples et souvent intriqués. Ils dépendent certes de sa nature et structure chimique qui sont propres à l'haptène et qui vont conditionner pénétration, fixation et toxicité ainsi que du mode d'exposition cutanée (dose, durée, fréquence) mais aussi de caractères propres à l'individu : l'âge ou le sexe, l'existence d'une prédisposition génétique, et enfin du statut immunitaire.

3. Eczéma de contact allergique et dermatite atopique de l'enfant

3.1. Approches actuelles

Il y a encore une vingtaine d'années, l'exploration des eczémas de contact allergiques (ECA) dans la DA, en particulier chez l'enfant, était quasi inexistante.

En effet, l'association entre DA et ECA a longtemps fait l'objet d'une controverse.

L'hypothèse initiale était que les ECA seraient moins fréquents dans la DA en raison d'une dysrégulation de la réponse cellulaire vers le type TH2 qui pourrait agir comme un

facteur de protection. À l'inverse, d'autres auteurs ont soutenu qu'il existait une prévalence plus élevée des ECA dans la DA expliquée par les altérations de la barrière épidermique agissant comme un facteur favorisant l'acquisition d'une sensibilisation de contact, risque majoré par l'exposition continue à des agents topiques pour les soins cutanés et enfin par la pénétration cutanée augmentée chez l'enfant.

À l'heure actuelle, on s'oriente vers l'hypothèse que la DA n'affecte pas la possibilité de l'acquisition d'une sensibilisation à différents allergènes et qu'ainsi il existe une prévalence égale d'ECA chez les malades avec et sans DA. Une publication récente [1] est très démonstrative à ce sujet. Elle a analysé toutes les séries publiées depuis dix ans concernant l'exploration par patch-tests des eczémas de l'enfant. Elle indique que l'eczéma de contact est fréquent chez l'enfant présentant un eczéma (26,6 à 95,6 % des enfants testés), sans différence significative qu'il y ait ou non un eczéma atopique associé, les variations dans les résultats étant expliquées par la variabilité des populations étudiées en taille ou en recrutement et aussi du nombre d'allergènes testés. Même chez l'enfant d'âge préscolaire avant trois ans la prévalence de l'allergie de contact est élevée aux alentours de 60 % lorsqu'on explore par patch-tests des petits enfants ayant un eczéma persistant qu'il soit atopique ou non [2].

3.2. État des lieux

Ces constatations incitent à penser que la recherche d'une allergie de contact fait partie intégrante de l'exploration allergologique d'une DA chez l'enfant lorsqu'elle est indiquée. Or, l'enquête nationale de pratique concernant la prise en charge de la DA de l'enfant réalisée à l'occasion de la conférence de consensus donne des indications intéressantes à ce sujet [3]. Cette enquête réalisée auprès de 351 médecins (généralistes, pédiatres, dermatologues et allergologues) indique en effet que si les dermatologues et allergologues recherchent souvent ou toujours une sensibilisation de contact au cours des DA sévères ou en cas d'échec du traitement local, les pédiatres et surtout les généralistes le font rarement.

3.3. Prévalence de l'eczéma de contact au cours de la dermatite atopique de l'enfant

Les conclusions de la conférence de consensus sur la prise en charge de la DA de l'enfant [4] confirment bien que la prévalence de l'eczéma de contact est élevée (environ 40 %) chez les enfants ayant une DA et que l'éviction de l'allergène responsable améliore l'eczéma (alors que l'impact de l'éviction alimentaire ou des pneumallergènes reste discuté sur l'évolution de la DA).

Il existe assez peu d'études ayant porté sur la recherche d'une allergie de contact dans une population exclusive de DA pédiatriques. Dans notre expérience [5–7], la prévalence de l'eczéma de contact au cours de la DA de l'enfant est élevée, aux alentours de 40 %. Ainsi, une première étude prospective menée chez 137 enfants présentant une DA d'intensité bénigne à sévère et testés systématiquement avec une batterie standard

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386325>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386325>

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