

# Urticaires et dermites de contact aux protéines en milieu professionnel

## Occupational contact urticaria and protein contact dermatitis

M.S. Doutre

*Service de dermatologie, CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque, avenue de Magellan, 33604 Pessac cedex, France*

Reçu le 31 janvier 2005 ; accepté le 8 février 2005

Disponible sur internet le 10 mars 2005

### Résumé

La majorité des dermatoses de contact sont des dermites d'irritation ou des eczémas. Il existe aussi des réactions d'hypersensibilité immédiate, telles que l'urticaire de contact et la dermite de contact aux protéines. L'urticaire de contact au latex est particulièrement fréquente chez les professionnels de santé mais des substances très diverses peuvent être impliquées dans de nombreuses professions, certains métiers étant dits « à risque », cuisiniers, boulangers, bouchers, charcutiers, professionnels de la restauration, vétérinaires, coiffeurs, fleuristes, horticulteurs, forestiers... la dermite de contact aux protéines, le plus souvent due à des protéines d'origine végétale ou animale, intéresse plus particulièrement certaines de ces professions, d'autant qu'il existe un terrain atopique sous-jacent. Le diagnostic repose sur un interrogatoire complet et précis, l'examen clinique et des tests cutanés, en particulier tests ouverts et prick-tests, dont il faudra apprécier la pertinence.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Irritant dermatitis and eczema are the most prevalent occupational skin diseases. Less common are immediate contact reactions such as contact urticaria and protein contact dermatitis. Contact urticaria to natural rubber latex is particularly frequent among health care personnel, but contact urticaria to a wide variety of other substances occurs in many other occupations. Among those at risk are cooks, bakers, butchers, restaurant personnel, veterinarians, hairdressers, florists, gardeners, woodsmen, etc. Protein contact dermatitis in some of these occupations is caused principally by proteins of animal or plant origin, especially among individuals with a history of atopic dermatitis. Diagnosis requires careful interrogation, clinical examination and skin tests (open tests and prick tests) to identify a particular contact allergen.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Urticaire de contact ; Dermite de contact aux protéines ; Dermatoses professionnelles

*Keywords*: Occupational skin diseases; Contact urticaria; Protein contact dermatitis

Dans les pays européens, où toute maladie liée au travail doit être déclarée, l'incidence des dermatoses professionnelles est de sept à huit cas pour 10 000 employés/an dont plus de 90 % sont des eczémas. Cependant, il peut aussi s'agir d'urticaire de contact ou de dermite de contact aux protéines. Il est important d'en faire le diagnostic et de mettre en évidence le ou les allergènes responsables puisque c'est l'éviction de ceux-ci qui en représente la thérapeutique essentielle.

### 1. Urticaires de contact professionnelles

L'urticaire de contact (UC) correspond à la survenue de papules érythémateuses, ortiées, prurigineuses, apparaissant dans les minutes qui suivent le contact avec la substance responsable et régressant rapidement après la suppression de celui-ci. Parfois, l'aspect clinique est plus atypique : simple prurit, érythème prurigineux... Les lésions sont souvent limitées aux sites de contact mais parfois plus diffuses, pouvant s'accompagner de manifestations extracutanées (rhinite, asthme, troubles digestifs) et/ou systémiques [1].

Adresse e-mail : [marie-sylvie.doutre@chu-bordeaux.fr](mailto:marie-sylvie.doutre@chu-bordeaux.fr) (M.S. Doutre).

Une classification des UC a été proposée par Von Krogh et Maibach en fonction de la gravité des symptômes [2] :

- stade 1 : U localisée à l'endroit du contact ;
- stade 2 : U à distance du site de contact et/ou généralisée ;
- stade 3 : U associée à des signes extradermatologiques :  
ORL, bronchiques, digestifs ;
- stade 4 : choc anaphylactique et/ou œdème de Quincke.

Lorsque l'UC est due à des substances aéroportées ou manuportées, elle siège préférentiellement dans les zones découvertes, visage, cou, dos des mains.

De multiples substances peuvent déclencher une UC mais certaines sont plus particulièrement impliquées en milieu professionnel [3].

### 1.1. Sur le plan physiopathologique

Les UC sont classiquement différenciées en U non immunologiques et U immunologiques [4].

#### 1.1.1. U non immunologiques

Ce sont les plus fréquentes, survenant dès le premier contact, restant habituellement localisées à l'endroit de celui-ci et disparaissant en une à deux heures. Elles sont dues à des substances libérant de l'histamine mais aussi d'autres médiateurs, prostaglandines, leucotriènes... Parfois, ce sont des substances vasoactives qui en sont responsables. Cependant, les mécanismes de ces UC restent souvent inconnus.

#### 1.1.2. UC immunologiques

Celles-ci sont dues à des IgE spécifiques, entraînant la dégranulation des mastocytes et des basophiles. Apparaissant après plusieurs contacts sans symptômes, elles sont fréquemment diffuses, s'accompagnant souvent de manifestations extracutanées, rhinoconjonctivite, bronchospasme, œdème laryngé, troubles digestifs, choc anaphylactique. Ces UC immunologiques surviennent volontiers sur un terrain atopique.

Il faut noter que certaines substances peuvent induire une UC par mécanisme soit immunologique, soit non immunologique.

### 1.2. Le diagnostic d'une UC d'origine professionnelle

Il repose sur plusieurs éléments :

- l'interrogatoire qui permet de préciser les antécédents du patient (atopie personnelle et/ou familiale), l'évolution des signes cliniques en fonction des périodes de travail et de repos, le type des manifestations dermatologiques. La profession du patient est également importante à considérer, certains métiers étant classiquement « à risque » : cuisiniers, boulangers, bouchers, charcutiers, vétérinaires, fleuristes, horticulteurs, forestiers, coiffeurs, professions du bois, du caoutchouc, du cuir, personnel médical et paramédical... mais bien sûr cette liste n'est pas exhaustive. Les produits manipulés par le patient doivent aussi être pris en considération. En effet, les principaux agents res-

ponsables d'UC d'origine professionnelle sont le latex, des protéines végétales et animales, mais aussi des médicaments, des produits capillaires...

- les explorations allergologiques qui se feront en fonction du ou des produits suspectés et des symptômes présentés par le patient. En effet, plus la symptomatologie est sévère, plus il convient d'être prudent. Si l'UC est de stade 2, 3 ou 4, les tests cutanés seront réalisés après mise en place d'un abord veineux et sous surveillance (pouls, tension artérielle, débit expiratoire de pointe) pendant deux heures. Pour faire le diagnostic de certitude d'une UC non immunologique, il faut réaliser soit des tests ouverts soit des tests épicutanés. Les tests ouverts se pratiquent en appliquant 0,01 ml du produit suspect sur une surface de 1 cm, tel quel ou dilué soit dans de l'eau soit dans de la vaseline. Les tests épicutanés sont appliqués de manière classique. Ils sont lus à la 15<sup>e</sup> et à la 60<sup>e</sup> minute.
- Mais la plupart des UC professionnelles sont d'origine immunologique. Certains auteurs proposent, dans ce cas, d'effectuer des tests selon la chronologie suivante, chaque étape étant réalisée après s'être assuré de la négativité de la précédente : tests ouverts en peau saine, tests ouverts en peau lésée, tests épicutanés en peau saine, tests épicutanés en peau lésée, prick-tests, scratch *chamber tests* (exposition à l'allergène après scarification cutanée suivie d'une occlusion par une chambre de testage) [3]. Cela est en fait difficilement réalisable en pratique journalière. Dans la grande majorité des cas, ce sont les prick-tests lus à 20 minutes avec les extraits commerciaux d'allergènes protéiques ou les produits natifs (pour les fruits et les légumes, ceux-ci ont une meilleure sensibilité), que l'on utilise avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité [4]. Les résultats (papule et érythème périphérique) sont comparés à ceux d'un témoin positif (histamine et/ou codéine) et négatif (sérum physiologique). La recherche d'IgE spécifiques peut également être réalisée pour certaines molécules mais la sensibilité des résultats est modérée.

### 1.3. L'UC au latex

Elle est la plus fréquente des UC d'origine professionnelle [5,6]. La prévalence de la sensibilisation au latex est de 5 à 10 % chez les professionnels de santé en Europe, plus élevée dans certaines études américaines [7,8,9]. Celle-ci peut aussi se voir avec la même fréquence dans d'autres professions exposées au caoutchouc (agents d'entretien, coiffeurs, fabricants de gants, de poupées...). Cependant, tous les sujets sensibilisés ayant un prick-test positif et/ou des IgE spécifiques ne font pas de manifestations cliniques. Celles-ci sont souvent favorisées par l'existence d'un terrain atopique d'une part et d'autre part la présence d'une dermatite irritative des mains. Il peut s'agir d'une urticaire localisée ou parfois plus diffuse, s'accompagnant ou non de manifestations systémiques. Dans l'étude de Turjannaa, 40 % des patients présentaient un stade 1, 17 % un stade 2, 21 % un stade 3 et 10 % un stade 4 de la classification de Maibach [10].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9100294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9100294>

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