

ECZEMA DES MAINS

1. LES ECZEMAS. Généralités

Il existe 2 types d'eczémas : interne et externe.

1.1. L'eczéma « interne ».

Il est secondaire à une prédisposition génétique. Certains gènes impliqués dans la fonction barrière de la peau ou dans le contrôle de l'inflammation ne fonctionnent pas parfaitement.

Le plus fréquent de ces eczémas s'appelle l'eczéma atopique (ou dermatite atopique - DA) qui se caractérise par une altération de la barrière cutanée s'exprimant par une sécheresse cutanée : l'épiderme est « poreux ». Ceci autorise la pénétration des molécules de l'environnement en contact avec la peau : allergènes protéiques et chimiques, irritants, polluants, toxiques, microorganismes saprophytes et pathogènes. Ces substances qui pénètrent les couches supérieures de l'épiderme (couche cornée) sont responsables de l'activation chronique des cellules de la peau et de l'immunité qui génèrent l'eczéma. C'est une dermatose inflammatoire qui évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémissions. La DA fait partie d'un ensemble de maladies appelées maladies atopiques qui regroupent l'asthme, la rhinite et la conjonctivite allergique.

1.2. L'eczéma « externe » que nous appelons eczéma (ou dermatite) de contact.

Il n'y a pas de prédisposition génétique. L'eczéma de contact est dû au contact répété de la peau avec une ou de plusieurs substances de l'environnement. Il est fréquent dans le monde professionnel chez des individus qui travaillent avec leurs mains et manipulent de nombreux produits (bâtiment, coiffure, santé, etc.)

> Le plus souvent, il s'agit d'un eczéma irritatif de contact : l'exposition répétée à des agents irritants (détergents, lavage fréquent des mains, etc) entraîne une fragilisation/irritation de la barrière cutanée responsable des lésions d'eczéma. L'éviction des agents irritants accompagnée de soins locaux permet la guérison de l'eczéma.

> Plus rarement, il s'agit d'un eczéma allergique de contact : il existe une sensibilisation et une réaction des cellules immunitaires contre une molécule qui est appelée alors allergène, qui induit un eczéma à chaque contact avec cette molécule.

L'éviction de l'agent responsable accompagnée de soins locaux permet la guérison de l'eczéma.

Il est parfois difficile de différencier un eczéma de contact irritatif d'un eczéma de contact allergique. La possibilité d'une cause allergique justifie la réalisation de tests cutanés afin d'identifier un potentiel allergène responsable et permettre son éviction.

Qu'il soit « interne » ou « externe », le traitement de l'eczéma des mains est local, mais peut être systémique si besoin.

2. TRAITEMENT LOCAL DE L'ECZEMA DES MAINS

Il est « préventif » le jour et « curatif » la nuit :

2.1. Prévention le jour :

Au cours de la journée, afin d'éviter le contact direct de la peau avec les molécules irritantes/ou l'allergène, des gants en caoutchouc de type « MAPA » non doublés sont conseillés. Il est important de laver l'intérieur et l'extérieur des gants le soir, de les retourner, puis de les pendre afin qu'ils soient secs le

lendemain. Des crèmes barrières peuvent également être appliquées. L'utilisation des savons est à proscrire, les huiles de douche à privilégier.

2.2. Traitement la nuit :

Le traitement curatif fait appel à deux types de produits :

- Les émoullients : à appliquer « tous les jours, en bonne quantité » sur la totalité de la surface des 2 mains, pendant plusieurs mois voire des années.
- Les agents anti-inflammatoires : à appliquer par-dessus l'émoullient « là où il faut, quand il faut », c'est-à-dire lorsqu'il y a des lésions d'eczéma.

a) Traitement émoullient / hydratant : « tous les jours, en bonne quantité »

C'est le traitement de fond donc le plus important. Le but est de restaurer la barrière cutanée, favoriser la cicatrisation, renforcer les défenses immunitaires innées, apaiser et soulager en partie les démangeaisons. Ce traitement doit être quotidien.

En phase d'eczéma aigu ou chronique, il favorise la rémission.

En dehors des poussées d'eczéma, il prévient la poussée suivante et diminue son importance.

Ce traitement doit être aussi systématique que se brosser les dents (on se brosse les dents tous les jours de l'année). Il est fait au moins une fois par jour. Tous les soirs avant d'aller dormir, les mains seront recouvertes d'un émoullient, puis de gants en coton pour permettre de maintenir le contact de l'émoullient avec la peau. Lors de l'application du produit, il n'est pas nécessaire de masser. Le produit sera appliqué « en bonne quantité ». Les types d'émoullients à privilégier sont les cérats, les baumes ou les cold creams. Les crèmes et les laits sont souvent insuffisants. A la fin de cette application, l'intégralité des mains est recouverte du produit qui pénètre les couches superficielles de l'épiderme et qui assure une continuité à la surface en restaurant le film hydro-lipidique qui manque.

b) Traitement anti-inflammatoire local : « là où il faut, quand il faut »

Le traitement anti-inflammatoire a pour but de traiter l'eczéma. Il doit être réalisé quand il y a de l'eczéma. Deux types de traitement anti-inflammatoire existent : les dermocorticoïdes et les immunomodulateurs topiques, tous deux très efficaces et très bien tolérés.

Ce traitement par crèmes ou pommades est appliqué une fois par jour, tout de suite après l'application du traitement émoullient sur les zones atteintes d'eczéma. La quantité nécessaire pour traiter 2 paumes de mains est l'équivalent de la quantité de produit sorti du tube qui recouvre la surface d'une phalange (unité phalange) (http://allergo.lyon.inserm.fr/fiches_patientes/L_unite_phalange.pdf). Le produit est posé sur la peau et étalé. Il n'est pas nécessaire de masser. Il n'est pas nécessaire de mettre une couche épaisse de produit.

Quand il n'y aura plus de lésion d'eczéma et quand la peau sera redevenue normale, il ne sera plus nécessaire d'appliquer le dermocorticoïde mais il faudra continuer l'émoullient. Il n'y a donc pas de durée définie du traitement anti-inflammatoire local, elle varie en fonction du type de lésion à traiter et d'un patient à l'autre.

Si l'amélioration n'est pas très nette (supérieure à 75 %) après 2 à 4 semaines de traitement, il faut recontacter votre dermatologue afin de discuter des raisons de cet échec et d'adapter le traitement.

Laura Crumbach, Interne

Pr Jean-François Nicolas, mai 2020