



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Place des tests allergologiques dans l'eczéma chronique des mains

Skin tests in chronic hand dermatitis

C. Bernier*, P. Gélot

Service de dermatologie, CHU de Nantes-Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

MOTS CLÉS

Eczéma chronique des mains ;
Eczéma de contact ;
Patch-test ;
Dermite de contact aux protéines

KEYWORDS

Chronic hand dermatitis;
Contact dermatitis;
Patch tests;
Protein contact dermatitis

Résumé

Les eczémata chroniques des mains sont souvent multifactoriels mais les eczémata de cause allergique sont fréquents et peuvent compliquer une dermatite atopique ou une dermite d'irritation. La prise en charge d'un patient atteint d'eczéma des mains doit comprendre un interrogatoire détaillé et un examen clinique de tout le tégument. Un bilan allergologique doit être systématiquement réalisé si la clinique est d'emblée évocatrice d'un eczéma de contact ou d'une dermite de contact aux protéines, si une étiologie professionnelle est évoquée, mais également chez tous les patients en échec thérapeutique. Le bilan allergologique comprendra des patch-tests avec la batterie standard européenne élargie, des batteries complémentaires spécifiques si nécessaires et également les produits personnels du patient. Si une dermite de contact aux protéines est évoquée les tests seront complétés par des prick-tests. Seule une éviction complète et définitive des allergènes identifiés permettra une guérison complète et définitive.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Chronic hand dermatitis is often multifactorial but allergic causes are frequent and can complicate atopic dermatitis or irritant dermatitis. The management of patients affected by hand dermatitis includes detailed interrogation and a complete examination of the skin. Allergologic tests must be systematically realized if examination is suggestive of contact dermatitis or protein contact dermatitis, if an occupational origin is suspected but also in all patients in which treatment is ineffective. Skin tests include patch tests with the European standard series, specialized or additional series if necessary. Skin tests may also include personal items used by patients on a daily basis. If protein contact dermatitis is suspected skin tests include prick tests. Only complete and definitive eviction of allergens can allow a complete and definitive cure of chronic hand dermatitis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

e-mail : claire.bernier@chu-nantes.fr (C. Bernier).

Introduction

L'eczéma chronique des mains (ECM) est souvent multifactoriel ; les causes les plus fréquentes sont : l'eczéma atopique, la dermatite d'irritation et la dermatite de contact allergique. Ces causes peuvent également être intriquées entre elles [1] (Fig. 1).

La prise en charge de l'ECM nécessite donc une démarche rigoureuse afin d'en préciser au mieux la cause et proposer une prise en charge optimale.

Démarche diagnostique

La démarche diagnostique dans l'ECM doit être précise, incluant un interrogatoire détaillé et un examen clinique complet afin de proposer la réalisation d'examens complémentaires orientés si nécessaire.

Interrogatoire

Antécédents dermatologiques personnels et familiaux

Tout d'abord, l'interrogatoire recherchera des antécédents personnels et familiaux d'atopie : dermatite atopique mais aussi asthme, rhinite et/ou conjonctivite allergique et allergies alimentaires. Il s'intéressera également aux autres antécédents dermatologiques personnels et familiaux, notamment un éventuel psoriasis.

Mode évolutif de l'ECM

On précisera la date et le mode d'apparition de l'eczéma : brutal ou progressif, les circonstances de survenue, son mode évolutif avec la fréquence et la durée des symptômes,

et les relations éventuelles avec le travail, les loisirs, les saisons... On recherchera une éventuelle chronologie professionnelle : apparition et aggravation durant le travail, amélioration le weekend, guérison pendant des vacances prolongées, récurrence à la reprise du travail.

Recherche de facteurs aggravants

Toutes les expositions professionnelles, domestiques ou de loisirs, aux différents facteurs irritants mécaniques et chimiques devront être recherchées. Il est ainsi important de connaître la profession du patient, son statut marital et la présence d'enfants au domicile, notamment en bas âge. On recueillera également les différentes habitudes de vie des patients, notamment le lavage des mains (nombre quotidien de lavages, type de savon utilisé, mode de séchage...), les différents produits manipulés par les patients à la maison et au travail, le port de gants, la réalisation de gestes manuels répétitifs...

Examen clinique

L'examen clinique détermine la localisation précise de l'eczéma des mains (dos, paume, pulpe des doigts) et l'aspect sémiologique : xérose, vésicules, œdème, hyperkératose, crevasses... Un examen clinique complet est nécessaire afin de rechercher des localisations à distance. Au cours de l'examen on pourra également demander au patient de montrer ses gestes de travail.

L'examen clinique peut parfois orienter d'emblée vers une cause précise. En effet, certains aspects cliniques sont très évocateurs d'une dermatite d'irritation, d'un eczéma atopique ou d'emblée d'un eczéma de contact allergique.

Différentes formes cliniques d'ECM

Dermite irritative

La dermatite irritative, anciennement dénommée dermatite ortho-ergique, résulte de l'exposition répétée à divers irritants professionnels et domestiques. Il s'agit de la forme étiologique la plus fréquente d'eczéma des mains. Dans la dermatite irritative, les mains ont une hypersensibilité aux agents nocifs chimiques, physiques et à l'eau et le seuil d'exposition aux irritants déclenchant les poussées aiguës est abaissé.

Cliniquement, elle se caractérise typiquement par une xérose cutanée marquée, une peau squameuse craquelée sur la face dorsale de la main ou par un érythème vernissé. Un aspect hyperkératosique et fissuré au niveau pulpaire et palmaire peut être associé. Les lésions se situent le plus souvent sur le dos des mains et des doigts. La paume est touchée plus tardivement (Fig. 2).

Lors des premiers contacts avec le produit irritant, les lésions sont aiguës avec un érythème et un œdème limités à la zone de contact avec le produit irritant. Suite à des contacts répétés, l'épiderme se lichénifie progressivement, desquame et devient hyperkératosique dans son ensemble.

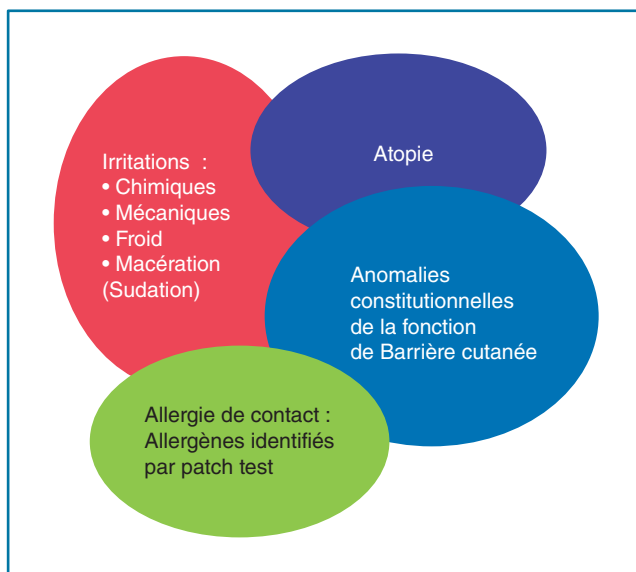


Figure 1. Étiologies des eczémats chroniques des mains.

Cette forme de dermatite irritative s'améliore initialement pendant les phases de repos mais une rémission complète ne peut être généralement obtenue qu'après cessation prolongée de toute exposition aux divers agents irritants. La dermatite irritative créant une altération de la barrière cutanée, elle favorise la sensibilisation secondaire à des substances allergisantes. Un des exemples classiques est la dermatite d'irritation de l'apprentie coiffeuse, provoquée par la réalisation de très nombreux shampoings chaque jour. Cet état cutané est encore réversible si elle adopte les mesures de protection et d'hydratation des mains adéquates mais le risque est de développer secondairement une réelle allergie de contact aux produits de la coiffure (colorants, tensio-actifs...) rendant la poursuite de la profession parfois impossible.

Eczéma des mains atopique

Le diagnostic d'eczéma des mains d'origine atopique est porté principalement grâce aux antécédents personnels et familiaux d'atopie notamment de dermatite atopique dans l'enfance et aux lésions cutanées trouvées sur le reste du tégument. Néanmoins l'enquête sur tous les autres facteurs aggravants est indispensable car les patients atteints de dermatite atopique ont une barrière cutanée altérée,



Figure 2. Dermite irritative.

entraînant une prédisposition au développement de dermatite d'irritation ou de contact surajoutées.

Cliniquement l'eczéma des mains atopique est classiquement localisé sur le dos des mains comme dans les dermatites d'irritation, avec souvent une atteinte unguéale, des poignets et de la tabatière anatomique. Au niveau de ces dernières zones, on retrouve fréquemment des lésions lichénifiées à bord mal limitées. Par ailleurs, des localisations d'eczéma à distance (cou, jointure, dos des pieds) peuvent être associées (Fig. 3).

La forme dyshydrosique est également fréquente avec présence de vésiculo-bulles enchâssées au niveau palmaire et interdigital. On peut retrouver également une atteinte à type de pulpites sèche ou d'eczéma nummulaire mal limité du dos des mains.

Eczéma de contact allergique

L'eczéma de contact allergique résulte le plus souvent d'une hypersensibilité de type IV selon la classification de Gell et Combs à savoir une réponse immunitaire retardée à médiation cellulaire due au contact avec l'allergène responsable chez un individu sensibilisé.

La présentation clinique est variable et parfois difficile à distinguer cliniquement d'une dermatite irritative ou d'une dermatite atopique. L'eczéma de contact allergique est généralement initialement plus aigu. Ainsi à la phase aiguë, on observe un érythème et un œdème parfois importants avec présence de vésiculo-bulles à l'origine de suintement (Fig. 4). Il existe toujours un prurit important expliquant la présence d'excoriations. Les formes plus chroniques peuvent évoluer vers une lichénification importante avec hyperkératose et fissures ou crevasses (Fig. 5). En cas d'eczéma de contact allergique, les lésions cutanées sont localisées initialement au niveau des zones de contact avec l'allergène mais peuvent secondairement diffuser, même à distance. Les limites des lésions sont donc plus floues que dans la dermatite irritative et on peut observer des lésions à type d'eczématides à distance des lésions initiales même si ces zones n'ont pas été en contact avec l'allergène. Parfois l'atteinte de deux zones distinctes peut également orienter vers un eczéma de contact, comme dans l'eczéma des mains et des pieds chez les travailleurs du BTP sensibilisés au chrome ou l'eczéma des mains et des paupières des patients sensibilisés à des allergènes aéroportés comme les résines époxy.



Figure 3. Eczéma atopique avec lichénification du dos des mains.

Dermite de contact aux protéines

La dermite de contact aux protéines se développe lors du contact avec diverses protéines alimentaires ou non. C'est une forme rare débutant fréquemment sous la forme d'une urticaire de contact évoluant dans les 48 heures vers un eczéma vésiculeux. Elle se définit par la survenue de poussées aiguës urticariennes ou vésiculeuses dans les minutes qui suivent le contact avec ces substances. Les lésions sont délimitées par une bordure émiettée débordant la zone du contact éventuel



Figure 4. Eczéma de contact aigu.



Figure 5. Eczéma de contact chronique.

préalable. Cliniquement, il existe un érythème souvent infiltré par l'œdème et un aspect de doigts boudinés. L'extension est fréquente au niveau des avant-bras. Elle résulte d'un phénomène de sensibilisation de type I +/- IV (Fig. 6).

Il peut exister des signes extra cutanés, en particulier respiratoires (rhinite, asthme), par exemple chez les boulangers exposés à la farine ou les cuisiniers lors de la cuisson des aliments responsables.

Les substances déclenchantes les plus fréquentes sont le latex, les allergènes alimentaires (fruits, légumes, poissons, fruits de mer, farine...) et les poils d'animaux. La dermite de contact aux protéines est particulièrement trouvée dans certaines professions comme les métiers de la santé, l'industrie alimentaire et l'agriculture, ainsi que chez les patients atopiques.

Même si certains signes cliniques peuvent orienter vers une cause particulière, il reste difficile de pouvoir affirmer par la seule clinique la cause d'un ECM. Molin et al. ont montré également que si dans 23 % des cas l'eczéma de contact allergique était isolé, dans 20 % des cas une dermite irritative était associée à un eczéma de contact (Fig. 7) [2]. L'eczéma de contact doit donc toujours être évoqué et un bilan allergologique proposé dans des situations évocatrices.

Quand proposer un bilan allergologique ?

Plusieurs situations doivent nous amener à proposer des tests allergologiques : lorsque la clinique est d'emblée très en faveur, lorsqu'une étiologie professionnelle est suspectée, lorsque le patient est en échec thérapeutique malgré un traitement bien conduit.

Aspect clinique d'emblée évocateur d'un eczéma de contact

Face à un patient sans antécédent atopique, qui développe brutalement un eczéma des mains aigu, l'allergie de contact sera le premier diagnostic à évoquer. Les aspects cliniques typiques sont des lésions prurigineuses, volontiers vésiculeuses voire bulleuses, localisées au départ sur une zone de la main, puis avec extension secondaire parfois même à distance.



Figure 6. Dermite de contact aux protéines de latex.

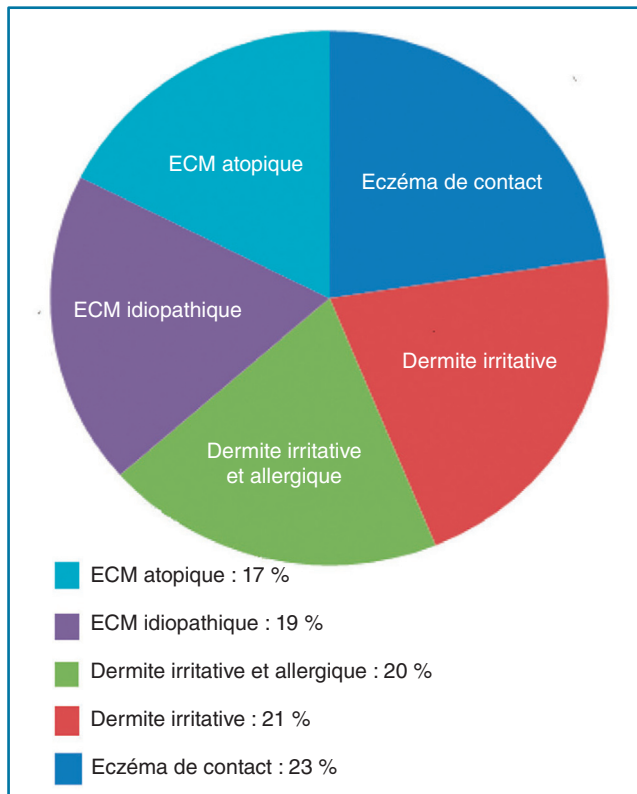


Figure 7. Distribution des sous-types d'ECM en fonction de l'algorithme de Molin et al. [2].

Certaines localisations peuvent être très évocatrices d'eczéma de contact : ainsi l'atteinte du poignet est évocatrice d'une allergie aux gants, une pulpite chez un fleuriste fait évoquer une allergie aux plantes (tulipes) et chez un cuisinier une allergie à l'ail, un eczéma des mains associé à un eczéma des paupières fera évoquer une allergie aéroportée (fragrance, résines époxy...).

Suspicion d'allergie de contact professionnelle

Mathias et al. ont proposé 7 critères pour établir le diagnostic de dermatite de contact professionnelle [3] :

- l'aspect des lésions est-il compatible avec une dermatite de contact ?
- y a-t-il une exposition professionnelle à des irritants ou des allergènes potentiels ?
- la distribution anatomique de l'eczéma est-elle compatible avec l'activité professionnelle ?
- la relation temporelle entre l'exposition et le début de l'eczéma est-elle compatible avec une origine professionnelle ?
- une exposition non professionnelle a-t-elle été exclue ?
- l'arrêt de l'exposition améliore-t-il l'eczéma ?
- les examens complémentaires confirment-ils l'origine professionnelle ?

Une réponse positive à 4 questions permet de conclure à une origine professionnelle très vraisemblable. Gomez et Carvalho ont trouvé une sensibilité de ces critères de 100 % et une spécificité de 98,6 % dans une série de 103 patients [4].

Les professions les plus exposées sont les coiffeurs, les personnels de santé, les ouvriers du bâtiment mais l'eczéma de contact peut s'observer dans de très nombreuses professions. L'étude du poste de travail est essentielle pour identifier les agents sensibilisants auxquels le travailleur est exposé ainsi que les conditions d'exposition.

Patients en échec thérapeutique

Un bilan allergologique doit systématiquement être réalisé chez un patient souffrant d'un ECM en échec thérapeutique. L'échec thérapeutique est défini par la persistance ou la récurrence d'un ECM malgré une suppression des facteurs irritants non spécifiques, une protection des mains adaptée à ses activités quotidiennes et un traitement local bien conduit.

En pratique il faut proposer au patient une éviction des facteurs d'irritation (diminution du nombre de lavages de mains < 10/j, port de gants adaptés pour les tâches ménagères, la manipulation de produits professionnels irritants et le travail en milieu humide) et prescrire un traitement adapté. Le traitement de première intention fait appel à un dermocorticoïde très fort appliqué tous les jours en quantité suffisante. La quantité à prescrire est toujours difficile. On peut s'aider de l'unité phalangeuse ou proposer d'emblée l'application de 10 g par semaine de dermocorticoïde très fort pour les 2 mains. Il faut bien préciser au patient que le traitement devra être appliqué tous les jours jusqu'à guérison complète des mains.

En cas de persistance de lésions d'eczéma au bout d'un mois de traitement ou de récurrence systématique de l'eczéma à l'arrêt du traitement, un bilan allergologique doit être proposé.

Les tests allergologiques doivent toujours être réalisés avant d'envisager le passage à un traitement systémique.

Quel bilan allergologique proposer ?

Tests épicutanés ou patch-tests

Les patch-tests sont la procédure standard pour explorer les sensibilisations retardées de type IV comme les dermatites allergiques de contact.

Les tests épicutanés comprennent au minimum les allergènes de la batterie standard européenne auxquels peuvent être ajoutées des batteries spécialisées ou additionnelles spécifiques de certaines professions (batterie coiffure, cosmétiques, caoutchoucs, acrylates...). Il est également instructif de tester les produits personnels manipulés à la maison et sur le lieu de travail ainsi que les traitements topiques utilisés [5].

Les tests avec les produits personnels sont à réaliser en suivant les recommandations suivantes : les cosmétiques utilisés pour la peau pourront être testés en patch-test de façon classique mais les produits cosmétiques qui s'utilisent rincés comme les savons ou sur les phanères (vernis à ongles, produits capillaires...) seront testés en semi-ouvert pour limiter le caractère irritant. Cette technique se réalise en appliquant le produit directement sur la peau à l'aide d'un coton tige, en le laissant sécher puis en recouvrant uniquement avec un adhésif type micropore et non une cupule de patch. Pour les produits ménagers ou les produits professionnels, il faut systématiquement

ment demander au patient de rapporter l'emballage initial et la fiche de sécurité du produit. Ainsi les produits irritants, corrosifs ou à un pH extrême (inférieur à 3 ou supérieur à 11) ne devront jamais être testés purs. Les autres produits pourront être testés uniquement en semi-ouvert.

Les produits solides (gants, papiers, textiles, copeaux de plastique...) peuvent être testés tels quels, légèrement humidifiés sous une cupule de patch.

Une première lecture des tests est faite à 48 heures, 15 minutes après avoir retiré les tests puis une seconde lecture est réalisée à 72-96 heures. La lecture est réalisée selon les recommandations de l'ICDRG (*International Contact Dermatology Research Group*). La présence d'un test positif nécessitera l'étude de sa pertinence clinique. En effet, des auteurs suggèrent que moins de 30 % des tests positifs avec la batterie standard chez les patients ayant un eczéma chronique seraient pertinents, c'est-à-dire responsables de la dermatose actuelle [6].

En cas de test négatif avec un allergène faible et non irritant, il peut être utile de réaliser un test d'application ouvert et répété ou ROAT Test (*Repeated Open Application Test*) ou un test d'usage.

ROAT test (Repeated Open Application Test)

Ce test peut compléter les patch-tests si ceux-ci sont négatifs. Il ne sera réalisé que pour des produits destinés à l'usage cutané (cosmétiques, dispositifs médicaux, antiseptiques). Ce test consiste à appliquer le produit suspecté, matin et soir, sur une petite zone de l'avant-bras, sans occlusion, sur une surface d'environ 3 cm², pendant 7 à 10 jours. Si une réaction cutanée apparaît (érythème, œdème, vésicules) le test est considéré comme positif et arrêté. En l'absence de réaction cutanée un test d'usage peut être proposé.

Test d'usage

Le test d'usage consiste à réappliquer le produit initialement suspecté sur la zone touchée par l'eczéma pendant plusieurs jours. L'absence de réaction permet d'innocenter définitivement le produit.

Prick tests

Les prick-tests sont indispensables en cas de suspicion de dermite de contact aux protéines. Ils sont réalisés avec les aliments frais natifs (légumes, viande ou poisson) ou avec les allergènes commerciaux, notamment dans le cadre du bilan des allergies au latex. Le dosage des IgE spécifiques apporte souvent la confirmation du diagnostic mais sa négativité ne l'infirme en rien.

Principales allergies identifiées dans les ECM

Les allergènes de contact sont très nombreux (Tableau 1), ils ne seront donc pas tous détaillés ici, cependant certains allergènes méritent notre attention.

Tableau 1. Principaux allergènes et leurs sources d'exposition.

Nickel (bijoux fantaisie, accessoires vestimentaires, montures de lunettes, pièces de monnaie, accessoires de cuisine, accessoires médicaux, colorants pour peintures, industries de galvanisation, alliages diverses.)

Chrome (ciment, pigments de peinture, vernis, cuirs tannés, fourrures, eau de javel, industrie de caoutchouc, alliages diverses.)

Paraphénylène-diamine (teintures capillaires, cosmétiques, teintures textiles, colorants du caoutchouc ou du cuir).

Parfums (cosmétiques, produits ménagers, produits alimentaires, topiques médicamenteux).

Cobalt (ciment, poterie, céramiques, peintures, bijoux fantaisie, industries du caoutchouc, industries plastiques, cosmétiques).

Baume du Pérou (topiques médicamenteux, stick pour les lèvres, produits alimentaires, cosmétiques).

Caoutchoucs (industries automobile, aéronautique, navale, accessoires médicaux, accessoires vestimentaires).

Colophane (sparadraps, colles, vernis, ciments dentaires, cires, matières isolantes, cosmétiques, pneus).

Résines époxy (colles, vernis, peintures, papiers, cuirs, industries plastiques).

Résines acryliques (colles, prothèses dentaires, peintures, lunettes, sparadrap).

Formaldéhyde (industrie textile, encres, peintures, antiseptiques, produits cosmétologiques, insecticides).

Isothiazolinones (cosmétiques, produits ménagers, huiles professionnelles).

Parabens (cosmétiques, médicaments).

Lanoline (cosmétiques, topiques médicamenteux).

Topiques médicamenteux (anesthésiques locaux, antibiotiques locaux, topiques antihistaminiques).

Plantes (primevères, tulipes, frullania, térébenthine, lactones sesquiterpéniques).

Allergies aux cosmétiques

Les principaux allergènes des cosmétiques sont dominés par les substances parfumées, les conservateurs et les tensio-actifs.

Certains sont connus depuis longtemps comme les parfums, le baume du Pérou ou la lanoline mais d'autres sont en recrudescence, comme les isothiazolinones. Ce conser-

vateur très longtemps utilisé sous forme de Kathon CG (mélange de méthylchloroisothiazolinone et de méthylisothiazolinone) avait déjà entraîné de très nombreuses réactions d'eczéma de contact dans le passé aboutissant à sa quasi disparition des cosmétiques. Mais ces deux dernières années le remplacement progressif des parabens s'est fait au profit de la réintroduction d'autres conservateurs dont les isothiazolinones sous forme de méthylisothiazolinone, parfois utilisée à de fortes concentrations. Ceci engendre à nouveau de très nombreuses réactions d'eczéma de contact, en particulier sur les mains, du fait de sa présence également dans de nombreux produits d'hygiène, produits ménagers, et lingettes (Fig. 8).

Concernant les tensio-actifs, nous connaissons le rôle sensibilisant du cocamidopropylbétaine présent dans une grande majorité de savons liquides ou liquides vaisselles. Des cas de sensibilisations aux glucosides (décyl glucoside et lauryl glucoside) ont également été rapportés.

Enfin il faut rester vigilant et penser à tester également chez nos patients les produits étiquetés « bio » ou les huiles essentielles dont l'utilisation s'est répandue, en particulier chez les patients souffrant d'eczéma. Or ces produits ne sont pas dénués de risque allergologique et les patients omettent fréquemment de signaler leur utilisation les considérant à tort comme anodins.

Allergie au nickel

Le lien éventuel entre ECM et allergie de contact au nickel a fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs auteurs ont montré que l'allergie au nickel et l'eczéma des mains étaient significativement associés dans les deux sexes et que 30 % des patients déclarant une allergie au nickel présentaient également un eczéma des mains [7]. Menné et al. ont montré, à partir d'un échantillon de femmes de la population générale danoise, que les femmes ayant un eczéma des mains avaient un risque accru de développer une allergie de contact au nickel [8]. Inversement, ils ont montré que l'allergie au nickel était un facteur de risque de développer un eczéma des mains [9] ce qu'a confirmé l'étude menée par Bryld et al. Cependant, cette association tend à diminuer suite aux processus de régulation d'exposition au nickel visant à diminuer la libération de nickel des produits de consommation tels les bijoux [10].

Des hypothèses physiopathologiques émergent pour expliquer le rôle de la sensibilisation au nickel et des mutations de la filaggrine dans l'eczéma des mains. Le nickel est en effet chélaté dans l'épiderme, possiblement par la filaggrine. Une mutation inactivatrice de la filaggrine entraînerait alors une diminution de la chélation du nickel et une altération de la barrière cutanée. Ceci serait à l'origine



Figure 8. Eczéma de contact aux isothiazolinones chez une aide-soignante.

d'une sensibilisation augmentée au nickel et d'une aggravation de l'eczéma des mains par effet additif des autres agents irritants [11].

Allergies professionnelles

L'incidence des dermatoses professionnelles est évaluée à 0,5-0,7 cas pour 1 000 travailleurs par an et l'eczéma des mains représente 90 à 95 % de ces dermatoses d'après des données épidémiologiques issues de pays européens comme le Danemark [12]. En France, les données proviennent des

déclarations des maladies professionnelles indemnifiables avec 1 100 cas annuels d'eczéma de contact rapportés entre 1995 et 2004 [5]. Cependant, ces résultats sont clairement sous-estimés puisqu'en réalité seuls les eczémata des mains professionnels graves à l'origine d'arrêts de travail répétés ou de changements de poste sont déclarés. Une étude récente a recensé tous les eczémata professionnels déclarés, constatés et reconnus comme maladie professionnelle par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007 chez l'ensemble des salariés du secteur du nettoyage et de l'entretien [13]. 769 eczémata professionnels ont été recensés, touchant

Tableau 2. Principaux allergènes en fonction des professions.

Principales professions à risque élevé de dermatite de contact allergique et allergènes responsables

Coiffeurs

- Teintures pour cheveux
- Permanentes
- Décolorations : persulfates
- Shampoings, nickel des ciseaux et objets métalliques

Personnels de santé

- Caoutchouc des gants : additifs de vulcanisation (thiurames, carbamates, benzothiazoles), latex
- Antiseptiques et désinfectants à usage hospitalier
- Médicaments : antibiotiques, antalgiques, anesthésiques
- Parfums

Dentistes et personnels dentaires

- Caoutchouc des gants
- Acrylates et méthacrylates des résines dentaires et adhésifs
- Antiseptiques et désinfectants
- Anesthésiques

Métiers du bâtiment et travaux publics (plombier, couvreur, carreleur, peintre...)

- Chromates et cobalt des ciments
- Caoutchouc des gants et chaussures de sécurité
- Peintures, vernis, adhésifs : résines époxy, acrylates, résines polyuréthanes

Métiers de la métallurgie (galvanoplaste, soudeur)

- Huiles de coupe
- Savon, crème barrière, émoullients (ingrédients de cosmétiques)
- Colles : acrylates

Métiers de l'alimentation (cuisinier, boulanger, confiseur...)

- Aliments (légumes, ail, épices)
- Caoutchouc des gants
- Antiseptiques pour le lavage des mains, désinfectants de surface et conservateurs présents dans les cosmétiques
- Moisissures de qualité alimentaire (fromages et saucissons secs)

Fleuristes et jardiniers

- Plantes et fleurs
- Pesticides
- Caoutchouc des gants et bottes

Agriculteurs, éleveurs, vétérinaires

- Caoutchouc de gants, bottes, tuyaux, pneus
- Pesticides
- Végétaux
- Médicaments et produits vétérinaires
- Aliments pour animaux (éthoxyquine)
- Conservateurs, désinfectants et antiseptiques

les mains dans 90 % des cas et représentant une incidence annuelle de 43,5 pour 100 000 travailleurs salariés du secteur du nettoyage et de l'entretien. Il existait une nette prédominance féminine. Ces eczémats professionnels ont entraîné une perte de 32 714 journées de travail. Pendant cette même période, 10 582 cas de dermatoses professionnelles de contact ont été déclarés, représentant 9,6 % de toutes les maladies professionnelles et une incidence annuelle estimée à 15,7 pour 100 000 salariés [14]. Ces dermatoses professionnelles sont un problème de santé publique conséquent en France, particulièrement chez les professionnels du bâtiment (36,7 % des salariés) et les coiffeurs.

Plusieurs études se sont intéressées au lien entre dermatites des mains et activité professionnelle. Dans une étude Danoise de Johansen et al. parue en 2011 portant sur un échantillon de 710 patients ayant un eczéma des mains, 44 % des dermatoses étaient causées ou aggravées par le travail [15]. Une autre étude danoise de Vein et al. trouvait une origine professionnelle probable ou certaine dans environ 30 % des cas [16] ; ce chiffre s'élevait à 52 % dans l'étude allemande de Diepgen et al [17]. Un rôle aggravant de la profession était trouvé chez 12 % des hommes et 9 % des femmes.

Comme pour la population générale, l'eczéma des mains d'origine professionnelle est presque deux fois plus fréquent chez les femmes mais une atteinte plus sévère chez les hommes [16,18].

Parmi les professions à risque, on retiendra les métiers de la santé, de l'entretien, de la coiffure, du bâtiment et des travaux publics, les métiers de la métallurgie et de la mécanique et les métiers de l'agro-alimentaire et de la restauration notamment les boulangers [12,19]. La prévalence annuelle était la plus élevée dans les professions de la santé et de l'entretien, mais ces professions ont surtout la plus forte prévalence de dermatite irritative [9]. Dans le milieu de l'industrie automobile allemande, 30 % des employés rapportaient au moins un épisode d'eczéma des mains dans l'année écoulée [20]. La prévalence est également élevée chez les coiffeurs et apprentis coiffeurs entre 27,2 % et 58 % selon les études avec un âge moyen d'apparition précoce entre 19 et 21 ans [21].

Les substances impliquées dans le déclenchement, l'aggravation et la pérennisation des eczémats des mains d'origine professionnelle combinent souvent à la fois irritants et allergènes, comme par exemple les chromates des ciments ou encore l'isothiazolinone (Tableau 2).

Les allergènes les plus fréquemment trouvés sont [22] :

- les accélérateurs de vulcanisation des caoutchoucs (thiurames, dithiocarbamates, mercaptobenzothiazoles, thiourée, diphénylguanidine, dithiomorpholine) ;
- les métaux (nickel, chrome, cobalt) ;
- les biocides (isothiazolinones, formaldéhyde et libérateurs de formol, méthylidibromoglutaronitrile, ammoniums quaternaires...) ;
- les composants des matières plastiques (résines époxy, polyacrylates et polyméthacrylates) ;
- les colorants capillaires (paraphénylène diamine, paratoluène diamine) et le persulfate d'ammonium ;
- les végétaux (lactones sesquiterméniques).

L'INRS a fait un gros travail de recensement des allergènes selon les différentes professions. Toutes ses données sont accessibles sur le site de l'INRS (www.rst-sante-travail.fr)

et permettent d'aider les professionnels pour orienter le bilan allergologique et proposer les mesures de protection adaptées à chaque situation.

Conclusion

Les eczémats chroniques des mains sont souvent multifactoriels mais les eczémats de contact allergiques sont fréquents et peuvent compliquer une dermatite atopique ou une dermite d'irritation. Un bilan allergologique doit être systématiquement réalisé si la clinique est d'emblée évocatrice d'un eczéma de contact ou d'une dermite de contact aux protéines, si une étiologie professionnelle est évoquée mais également chez tous les patients en échec thérapeutique. Le bilan allergologique comprendra des patch-tests avec la batterie standard européenne élargie, des batteries complémentaires spécifiques si nécessaires et également les produits personnels du patient. Si une dermite de contact aux protéines est évoquée les tests seront complétés par des prick-tests et un dosage des IgE spécifiques. Seule une éviction complète et définitive des allergènes permettra une guérison complète et définitive des mains.

Liens d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Halioua B, Richard MA. Mise au point sur l'eczéma chronique des mains. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:315-27.
- [2] Molin S, Diepgen TL, Ruzicka T, Prinz JC. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. *Clin Exp Dermatol* 2011;36:595-601.
- [3] Mathias CG. Contact dermatitis and worker's compensation: criteria and establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:842-8.
- [4] Gomez de Carvallo M, Calvo B, Benach J, Pujol R, Giménez-Arnau AM. Evaluación de los criterios de imputabilidad de dermatosis profesional definido por Mathias. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:411-21.
- [5] Le Coz CJ. Eczéma des mains et maladies professionnelles. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:5104-10.
- [6] Diepgen TL, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P, et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Derm* 2007;57:203-10.
- [7] Meding B, Lidén C, Berglind N. Self-diagnosed dermatitis in adults. Results from a population survey in Stockholm. *Contact Derm* 2001;45:341-5.
- [8] Menné T, Borgan O, Green A. Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiological study including a statistic appendix. *Acta Derm Venerol* 1982;62:35-41.
- [9] Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population-prevalence and main findings. *Contact Derm* 2010;62:75-87.
- [10] Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, Nielsen NH, Johansen JD. The association between hand eczema and nickel allergy has weakened among young women in the general population following the Danish nickel regulation: results from two cross-sectional studies. *Contact Derm* 2009;61:342-8.

- [11] Thyssen JP, Carlsen BC, Menné T. Nickel sensitization, hand eczema, and loss-of-function mutations in the filaggrin gene. *Dermatitis* 2008;19:303-7.
- [12] Skoet R, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, Agner T. A survey of occupational hand eczema in Denmark. *Contact Derm* 2004;51:159-66.
- [13] Halioua B, Bensefa-Colas L, Crepy M, Bouquiaux B, Assier H, Billon S, et al. Les eczémats professionnels chez les travailleurs du secteur du nettoyage et de l'entretien. Étude de 769 déclarations à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés entre 2004 et 2007. *Ann Dermatol Veneréol* 2012;139:526-31.
- [14] Halioua B, Bensefa-Colas L, Bouquiaux B, Crépy MN, Assier H, Billon S, et al. Occupational contact dermatitis in 10,582 French patients reported between 2004 and 2007: a descriptive study. *Dermatology (Basel)* 2012;225:354-63.
- [15] Johansen JD, Hald M, Andersen BL, Laurberg G, Danielsen A, Avnstorpe C, et al. Classification of hand eczema: clinical and aetiological types. Based on the guideline of the Danish Contact Dermatitis Group. *Contact Derm* 2011;65:13-21.
- [16] Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis I. *Contact Derm* 2008;58:330-4.
- [17] Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009;160:353-8.
- [18] Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Derm* 2008;59:43-7.
- [19] Dickel H, Kuss O, Blesius CR, Schmidt A, Diepgen TL. Occupational skin diseases in Northern Bavaria between 1990 and 1999: a population-based study. *Br J Dermatol* 2001;145:453-62.
- [20] Apfelbacher CJ, Radulescu M, Diepgen TL, Funke U. Occurrence and prognosis of hand eczema in the car industry: results from the PACO follow-up study (PACO II). *Contact Derm* 2008;58:322-9.
- [21] Bregnhøj A, Menné T, Johansen JD, Søsted H. Prevention of hand eczema among Danish hairdressing apprentices: an intervention study. *Occup Environ Med* 2012;69:310-6.
- [22] Crépy MN. Dermites de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir. www.rst-sante-travail.fr, 2013.