

L'eczéma chronique des mains

en 20 questions

Frédéric Augey,
Catherine Dupin,
Jean-François Nicolas

L'eczéma chronique des mains en 20 questions

Frédéric Augey, Catherine Dupin, Jean-François Nicolas



ISBN : 978-2-7420-0807-0

**Cet ouvrage a été réalisé avec le soutien
des laboratoires BASILEA Pharma**



Éditions John Libbey Eurotext
127, avenue de la République
92120 Montrouge, France
Tél. : 01 46 73 06 60
e-mail : contact@jle.com
Site Internet : <http://www.jle.com>

John Libbey Eurotext
42-46 High Street
Esher, Surrey
KT10 9KY
United Kingdom

© 2011 John Libbey Eurotext. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'Exploitation du Droit de Copie, 20, rue des Grands-Augustins, 75010 Paris.

Sommaire

Préambule	5
1. Qu'est-ce que l'eczéma chronique des mains ?	6
2. Comment se présente l'eczéma des mains ?	7
3. Est-ce un problème fréquent ? Survient-il à tout âge ?	9
4. Quelles sont les causes les plus fréquentes ?	10
5. Quel lien y a-t-il entre l'atopie et l'eczéma chronique des mains ? ...	13
6. Quelles sont les autres causes possibles ?	14
7. Quand soupçonner une origine allergique ?	16
8. Quels tests proposer ?	17
9. Y a-t-il des professions plus exposées que d'autres ?	20
10. Le stress peut-il jouer un rôle ? Et l'alimentation ?	21
11. Avec quelles maladies l'eczéma chronique des mains peut-il être confondu ?	22
12. Comment prévenir l'eczéma chronique des mains ?	25
13. Les gants sont-ils utiles ? Comment les choisir ?	26
14. Que penser des crèmes hydratantes ? Et des crèmes barrières ? ...	28
15. Quel traitement médicamenteux proposer en première intention ?	29
16. Quelles sont les alternatives thérapeutiques ?	30

17. Quelle attitude en cas de contact permanent avec l'allergène identifié ?	31
18. Quel est le rôle du médecin généraliste ? Et du médecin du travail ?	33
19. Dans quel cas faire une déclaration en maladie professionnelle ? ...	34
20. Quel est le retentissement professionnel, socio-affectif de l'eczéma des mains ?	36
Contacts et liens utiles	37
Références	38
Lexique	40

Dans la même collection

- *Le psoriasis en 20 questions*
Frédéric Augey et Jean-François Nicolas, 2009
- *L'urticaire en 20 questions*
Frédéric Augey et Jean-François Nicolas, 2009
- *Physiopathologie du psoriasis*
Audrey Nosbaum et Jean-François Nicolas, 2009
- *Le système immunitaire cutané*
Frédéric Augey et Jean-François Nicolas, 2010
- *Le psoriasis : une maladie systémique*
Catherine Goujon, Jean-François Nicolas, 2011

Préambule

Formidable outil au cœur de l'aventure humaine, la main est devenue aussi, et l'on pourrait même dire avant tout, un organe de communication : elle souhaite la bienvenue, se joint à la parole, caresse, danse... et devient vecteur d'intégration sociale. À l'inverse, toute modification de son aspect devient stigmata, motif de méfiance et de rejet. Dans les métiers manuels, la main souffrante remet en question les parcours professionnels les plus prometteurs. L'eczéma des mains, affection longtemps négligée, est un véritable problème de santé publique. Principale dermatose professionnelle, volontiers chronique, il aboutit à une reconversion professionnelle dans 8 % des cas [1]. Hésitations diagnostiques et fréquents échecs thérapeutiques infligent au patient un véritable parcours du combattant. Des progrès sensibles ont été pourtant réalisés ces dernières années, aussi bien dans la classification que dans la prise en charge de l'eczéma chronique des mains. Puisse ce petit guide être, à l'image de la main, à la fois un vecteur d'information et un outil au service des médecins et de leurs patients.

Les mots en **bleu** sont explicités dans le lexique en fin d'ouvrage.

1

Qu'est-ce que l'eczéma chronique des mains ?

L'eczéma (terme dérivé d'un verbe grec signifiant « sortir en bouillonnant ») est une entité anatomoclinique aux multiples étiologies. Sur le plan clinique se succèdent classiquement l'érythème (et parfois l'œdème), les vésicules, le suintement à l'origine de croûtes, la desquamation et, dans les formes chroniques, les papules ou plaques de lichénification. Cette séquence, très souvent accompagnée d'un prurit, plus rarement de douleurs, est rarement complète. Sur le plan histologique, l'infiltration lymphocytaire de l'épiderme s'associe à une **spongiose** (œdème et vésiculation épidermique), qui est l'élément le plus caractéristique, à de l'**acanthose** et à une **parakératose** (Figure 1).

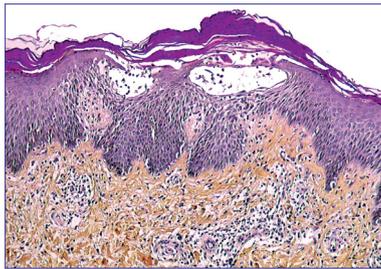


Figure 1. Aspect histologique d'un eczéma aigu allergique de contact (collection J. Kanitakis).

L'eczéma des mains, volontiers isolé et chronique (d'une durée supérieure à 3 mois et/ou plus de 2 épisodes par an) [2], représente un défi pour le clinicien en termes de diagnostic différentiel, de traitement et de retentissement professionnel. Au-delà de la sémantique, le remplacement progressif dans la littérature de la « dermite chronique des mains » par l'« eczéma chronique des

Qu'est-ce que l'eczéma chronique des mains ? 1

mains » (ECM) témoigne d'une évolution des idées : cette pathologie est à présent considérée comme un syndrome où l'intrication de facteurs individuels et exogènes génère une grande diversité de tableaux cliniques, différant parfois d'une poussée à l'autre.

2 Comment se présente l'eczéma des mains ?

L'ECM associe à des degrés divers érythème, desquamation, vésicules, fissures et, beaucoup plus rarement, infiltration et œdème. Les paumes et les doigts – parfois seulement les pulpes (*Figure 2*) – sont plus souvent atteints que le dos de la main ou les poignets. En cas d'atteinte chronique des phalanges distales, les ongles présentent fréquemment des sillons transversaux.



Figure 2. Eczéma atypique à type de pulpites.

2 Comment se présente l'eczéma des mains ?

Des nuances cliniques et étiologiques ont justifié l'individualisation, encore controversée, de 7 entités par un groupe d'experts européens (*Tableau I*). La forme vésiculaire (« dyshydrosique », parfois bulleuse) est particulièrement prurigineuse (*Figure 3*), tandis que les profondes crevasses de la forme hyperkératosique (*Figure 4*) la rendent très douloureuse. Insistons sur le fait qu'aucun aspect clinique n'est spécifique d'une cause.

Tableau I. Classification des eczémats chroniques des mains et particularités (d'après [3]).

Eczéma de contact allergique (ECA)	Prédominance masculine ; cause souvent professionnelle
Eczéma de contact irritatif (ECI)	Score de sévérité plus faible
ECA + ECI	
Eczéma atopique (EA)	Population jeune ; antécédents de dermatite (eczéma) atopique
EA + ECI	
Eczéma vésiculeux	Prédominance masculine
Eczéma hyperkératosique	Population plus âgée



Figure 3. Eczéma vésiculeux.



Figure 4. Eczéma hyperkératosique.

3

Est-ce un problème fréquent ? Survient-il à tout âge ?

La prévalence des eczémas des mains est très forte, proche de 10 % chez l'adulte [3], débutant avant 20 ans dans un tiers des cas [4]. L'incidence annuelle est de 5,5 à 8,8 pour 1 000 personnes et par an [5, 6], plus élevée chez la femme, notamment de 20 à 30 ans. Ces facteurs professionnels expliquent, au moins en partie, environ 50 % des ECM [2] mais sont rarement en cause dans la forme hyperkératosique.

La sévérité de l'ECM, principalement liée à la chronicité et à la résistance aux traitements locaux (environ 5 % des cas), peut être évaluée par des scores cliniques et de qualité de vie tels que l'**HECSI** (*hand eczema severity index*) ou le **DLQI** (*dermatology life quality index*).

L'ECM, qui atteint presque 10 % des adultes, le plus souvent des femmes, débute dans un tiers des cas avant 20 ans et a une fois sur deux une origine professionnelle.

4

Quelles sont les causes les plus fréquentes ?

L'ECM est lié à divers facteurs exogènes (irritatifs, allergiques, etc.) ou endogènes (terrain atopique notamment) souvent intriqués (cf. Figure 9, page 15).

L'eczéma de contact irritatif (ECI) et l'eczéma de contact allergique (ECA) expliquent à eux seuls 50 à 60 % des ECM [1, 6-8]. Les deux types d'eczéma sont liés à des contacts avec des composés chimiques (appelés **haptènes**), aggravés par des agressions physiques répétées (frictions, lavages, microtraumatismes), et impliquent les cellules de l'immunité. L'ECI est secondaire à l'activation de l'immunité innée, et l'ECA à l'activation de l'immunité adaptative. En pratique, les deux types d'immunité (et donc d'eczéma) sont intimement liés, d'autant plus que les haptènes pénètrent plus facilement à travers une barrière épidermique altérée : « l'irritation fait le lit de l'allergie » [9] (Figure 5).

- **Les lésions d'ECI**, induit par le contact avec les produits chimiques et parfois des substances animales ou végétales, voire par simple contact avec l'eau, sont en général sèches, craquelées et bien limitées (Figure 6). Elles prédominent sur les doigts (dont les pulpes prennent parfois un aspect lisse de dermite d'« usure »), au dos des mains et aux espaces interdigitaux (car souvent mal rincés). Le patient est asymptomatique ou ressent une sensation de cuisson plus que du prurit. Une hyperkératose très douloureuse masquant l'érythème est observée dans les formes les plus sévères.

Quelles sont les causes les plus fréquentes ? 4

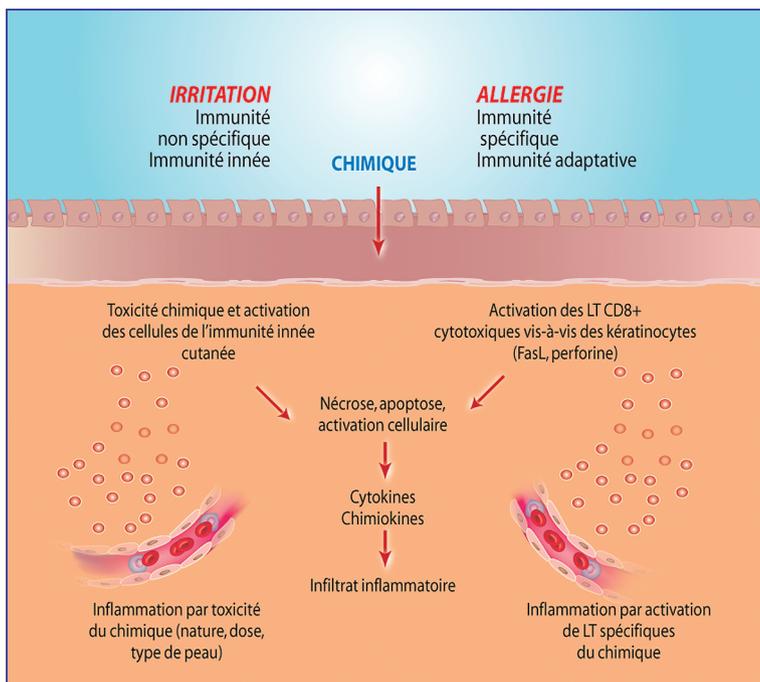


Figure 5. Mécanismes des dermatites irritantes et allergiques de contact.

Eczéma de contact irritatif (ECI) et eczéma de contact allergique (ECA) sont induits par contact cutané avec des composés chimiques (haptènes). Les étapes précoces sont différentes puisque l'agent chimique est pro-inflammatoire par « toxicité » directe sur les cellules cutanées dans l'ECI alors qu'il active des lymphocytes T (LT) spécifiques qui déclenchent une réaction inflammatoire dans l'ECA. Les étapes tardives donnant lieu à la lésion d'eczéma sont en revanche très proches et impliquent des cytokines (chimiokines), des phénomènes d'apoptose et de nécrose cellulaire et le recrutement d'un infiltrat inflammatoire polymorphe. Cela explique que les lésions d'ECI et d'ECA puissent être confondues cliniquement et histologiquement.

4

Quelles sont les causes les plus fréquentes ?



Figure 6. Eczéma chronique des mains irritatif chez une infirmière, avec fine desquamation évocatrice.

- **L'ECA** donne un tableau clinique volontiers plus invalidant, qui peut être très varié. Les lésions sont en principe au début nettement vésiculeuses et même parfois suintantes, très prurigineuses. L'extension hors de la zone de contact (poignet, face interne de l'avant-bras) est fréquente et évocatrice (Figure 7).



Figure 7. Eczéma allergique de contact.

Les ECM ont des origines endogènes et exogènes. Ces dernières font principalement appel à l'eczéma irritatif et à l'eczéma allergique de contact dont les mécanismes immunologiques sont intriqués. Certains aspects cliniques sont évocateurs. Cependant, dans environ 20 % des cas, la (ou les) causes de l'ECM sont inconnues [10].

5

Quel lien y a-t-il entre l'atopie et l'eczéma chronique des mains ?

L'atopie est le principal facteur endogène des ECM [2]. Elle en serait le facteur exclusif dans 5,8 à 16 % des cas [5], touchant une population relativement jeune. D'ailleurs, 42 % des patients atteints d'ECM ont des antécédents personnels d'atopie [2], soit plus du double de la population générale. Inversement, 40 % des enfants atteints d'eczéma atopique ont développé un ECM après 25 ans de suivi, ce qui incite à prendre en compte l'atopie dans l'orientation professionnelle. L'association à un eczéma irritatif est fréquente.

Les anomalies de la barrière cutanée constatées notamment chez les atopiques sont liées à une mutation du gène qui code la filaggrine, protéine du *stratum corneum*, favorisant ainsi la pénétration des agents irritants et des allergènes. La réponse inflammatoire de type eczéma est par ailleurs amplifiée par un déficit en lymphocytes T régulateurs.

Sur le plan clinique, l'eczéma atopique de la main est volontiers dyshydrosique ou à type de pulpite (*Figure 2*). Au dos des mains, il prend parfois un aspect nummulaire, notamment à la tabatière anatomique. Une lichénification de la face interne des poignets est fréquente (*Figure 8*). Le diagnostic est conforté par la présence de lésions typiques d'eczéma atopique à distance (plis des coudes, creux poplités, etc.).

5 Quel lien entre atopie et ECM ?



Figure 8. Eczéma atopique de la main avec lichénification du poignet.

L'atopie diminue la résistance aux agents irritants et augmente la réponse inflammatoire. Les aspects dyshidrotiques, nummulaires et les pulpites sont fréquents chez les atopiques qui devront tenir compte du risque d'ECM pour leur orientation professionnelle.

6 Quelles sont les autres causes possibles ?

D'autres facteurs exogènes doivent être pris en considération car souvent aggravants : humidité élevée, températures extrêmes, gants inadaptés ou souillés augmentant la macération et l'irritation (*Figure 9*). Le tabagisme ne semble péjoratif qu'au-delà d'une consommation quotidienne de 15 cigarettes [11]. L'**hyperhidrose** est un facteur endogène non négligeable de même que le stress psychologique (*cf.* Question 10).

Quelles sont les autres causes possibles ? 6

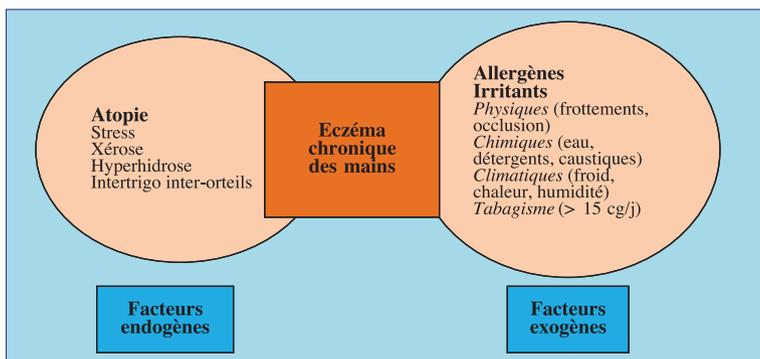


Figure 9. Causes endo- et exogènes de l'eczéma chronique des mains (d'après [2]).

La dyshidrose (*pompholyx* dans la littérature anglo-saxonne, eczéma vésiculeux de la classification européenne) mérite d'être individualisée par sa prédominance estivale, son évolution par poussées parfois spectaculaires, la localisation quasi-exclusive des lésions aux faces latérales des doigts et aux paumes, l'aspect vésiculo-bulleux (ou enchâssé dans le derme aux doigts), l'association fréquente à des lésions des pieds. Elle représente 9,3 % des ECM [3]. Les causes de la dyshidrose rejoignent en grande partie celles de l'ECM mais l'hyperhidrose, la chaleur, les dermatophyties inter-orteils et la sensibilisation au nickel sont plus souvent retrouvées.

La dermatite de contact aux protéines, beaucoup plus rare et favorisée par un terrain atopique, débute par des manifestations d'hypersensibilité allergique immédiate (urticaire de contact). Des signes digestifs peuvent être notés en cas d'ingestion de l'allergène. Dans les jours qui suivent, apparaissent des lésions d'eczéma des mains avec extensions fréquentes aux poignets et avant-bras. Dans les formes chroniques, les doigts apparaissent souvent boudinés et présentent de fréquentes altérations unguéales, notamment à type

6 Quelles sont les autres causes possibles ?

de **paronychie** chronique. Les protéines allergisantes étant le plus souvent alimentaires, les métiers de l'alimentation sont particulièrement affectés. Il peut s'agir aussi de poils d'animaux ou du latex.

7 Quand soupçonner une origine allergique ?

Bien qu'il n'existe aucun signe pathognomonique, certaines données cliniques orientent plus spécifiquement vers un ECM d'origine allergique :

- survenue en milieu professionnel [12] ;
- manipulation de produits réputés allergisants (ciment, résines acryliques ou époxy, métaux) ;
- atteinte simultanée du dos des mains et de la face interne des avant-bras ;
- apparition secondaire de lésions à distance (cou, visage, etc.) en dehors d'un contexte d'atopie, évoquant le rôle d'un allergène aéroporté ou manuporté. L'eczéma peut cependant rester longtemps localisé (pulpites allergiques des résines acryliques par exemple) ;
- bonne réponse initiale aux dermocorticoïdes puis résistance et/ou intensification des poussées ;
- guérison complète après un arrêt de travail suivi d'une rechute très rapide à la reprise.

Une atteinte simultanée du dos des mains et de la face externe des avant-bras en période ensoleillée doit faire rechercher une photo-allergie (bois, plantes, métaux, médicaments, etc.).

Un interrogatoire, un examen clinique et des tests menés avec rigueur permettent ainsi souvent de préciser l'étiologie d'un ECM. Les antécédents, la chronologie, le contexte professionnel et bien sûr

Quand soupçonner une origine allergique ? 7

les divers traitements doivent être soigneusement analysés. L'encadré rappelle les points clés de l'interrogatoire. Il devra être suivi d'un examen clinique complet, sans négliger les pieds, à la recherche notamment d'une **dermatophytie** ou de signes de psoriasis.

Points clés de l'interrogatoire au cours de l'ECM

- Profession, changements de poste de travail ou de processus, conditions du travail
- Cas similaires dans l'entourage professionnel (en faveur d'un ECM irritatif)
- Influence des congés et arrêts de travail
- Nombre d'enfants en bas âge (pour les femmes notamment)
- Lavage des mains : fréquence, modalités (recherche d'une **nosophobie**)
- Loisirs (dont jardinage, bricolage)
- Port et efficacité des gants (à la maison, au travail)
- Crèmes hydratantes (personnelles, prescrites)
- Nature et efficacité des traitements antérieurs
- Divers : tabagisme, degré de transpiration, influence du stress

8 Quels tests proposer ?

Les allergies de contact sont mises en évidence grâce aux tests épicutanés, dont une première lecture est faite à 48 heures et idéalement une seconde à 96 heures (*Figures 10 et 11*). Cette lecture nécessite une certaine expérience, la distinction entre test irritatif et test allergique étant parfois difficile.

8 Quels tests proposer ?

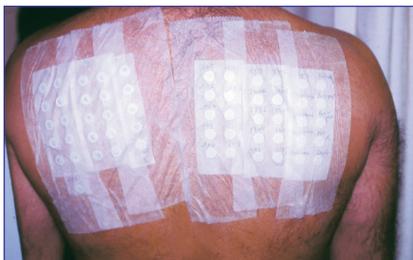


Figure 10. Pose de tests épicutanés (Finn Chamber®).



Figure 11. Test épicutané positif témoin d'eczéma allergique des mains.

La batterie standard européenne est systématiquement testée ainsi que les produits manipulés par le patient (savons, gants, crèmes, topiques médicamenteux, produits professionnels, etc.). Des batteries orientées sont souvent utiles (*Tableau II*).

Les produits apportés par le patient doivent être testés prudemment : il faut se renseigner sur les conditions d'emploi des produits, consulter les fiches de données de sécurité, mesurer le pH, faire les dilutions adéquates. On ne testera pas un produit corrosif ou inconnu.

Le médecin du travail peut en principe fournir des fiches de sécurité.

Quels tests proposer ? 8

Les tests prédictifs chez un sujet sain, par exemple avant une formation professionnelle, sont en revanche à bannir : ils ont toutes les chances d'être négatifs en l'absence de contact préalable avec les produits professionnels et surtout risquent de sensibiliser le sujet, comme cela a été observé avec la paraphénylène diamine, allergène majeur de la batterie coiffure [13].

En cas de suspicion de dermatite de contact aux protéines, il convient de réaliser des prick-tests, idéalement avec des produits frais.

Il est important enfin, en cas de positivité, d'établir la pertinence du test grâce aux données d'interrogatoire et au suivi du patient après éviction de l'allergène.

Tableau II. Principales batteries de tests orientés.

Coiffure
Huiles industrielles (métallurgistes, etc.)
Plastiques et colles (peintres, etc.)
Boulangerie
Dentisterie
Antiseptiques et conservateurs (personnel soignant, métiers de bouche, etc.)

Les tests épicutanés, d'interprétation souvent difficile, comportent la batterie standard européenne, des batteries orientées et les produits manipulés par le patient, sauf s'ils sont corrosifs ou inconnus. Il ne faut pas en revanche réaliser de tests prédictifs. Des prick-tests seront nécessaires en cas de dermite de contact aux protéines.

9

Y a-t-il des professions plus exposées que d'autres ?

Environ 50 % des ECM sont d'origine professionnelle [3]. Les secteurs professionnels les plus à risque sont, pour les hommes, le bâtiment et travaux publics, la métallurgie, l'industrie automobile et, pour les femmes, les professions de santé, la coiffure. Dans les deux sexes sont aussi souvent concernés les personnels d'entretien, de nettoyage et les métiers de l'agro-alimentaire. Les apprentis, à qui sont souvent confiées des tâches irritantes et répétitives, sont particulièrement touchés (« main des shampooineurs ») [12].

L'automatisation de certaines tâches et la mise en place de mesures de protection n'ont compensé que partiellement le durcissement des normes d'hygiène, le port de tenue augmentant la transpiration, la multiplication des contacts avec des produits chimiques dans l'environnement professionnel mais aussi familial.

10

Le stress peut-il jouer un rôle ? Et l'alimentation ?

Le rôle aggravant du **stress psychologique** est souvent évoqué dans l'eczéma atopique. Il a même été établi expérimentalement chez la souris dans le cadre de l'ECA [14] et est ressenti par environ 10 % des patients atteints d'ECM [10].

Inversement, l'ECM entraîne souvent honte et perte de l'estime de soi, qui aggravent la situation.

Chez des patients fortement allergiques au nickel ou au cobalt, le plus souvent des femmes, une **alimentation** riche en ces métaux (huîtres, thé, café, cacao, champignons, etc.) ou la cuisson dans des ustensiles en acier inoxydable peut exacerber une dyshidrose. Cela peut être observé aussi très rarement avec les épices chez les patients allergiques au baume du Pérou [10]. Un régime n'apparaît cependant justifié que dans les ECM sévères, en s'appuyant sur des arguments chronologiques solides, des épidermotests et, si possible, un test de provocation oral en aveugle.

11

Avec quelles maladies l'eczéma chronique des mains peut-il être confondu ?

Le diagnostic différentiel incontestablement le plus fréquent et le plus difficile est celui de **psoriasis**, d'autant plus que l'histologie est peu contributive dans cette localisation.

Les deux affections, ECM et psoriasis, sont presque indiscernables dans la forme chronique hyperkératosique et fissuraire (*Figure 12*). La modestie du prurit, le caractère symétrique et bien limitée des lésions, l'absence d'antécédent de poussées nettement vésiculeuses, la présence de pustules superficielles et l'existence de lésions plantaires identiques sont autant d'arguments en faveur d'un psoriasis, qui ne pourra être affirmé que par la présence de plaques typiques à distance. Des modifications unguéales non expliquées par une dermite péri-unguéale sont également évocatrices.



Figure 12. Psoriasis palmaire très difficile à distinguer d'un eczéma chronique des mains hyperkératosique.

Avec quelles maladies l'ECM peut-il être confondu ? 11

Une **dermatophytie chronique** sera suspectée si les lésions sont asymétriques, présentent un aspect finement squameux ainsi qu'une nette bordure circinée et progressent insidieusement (Figure 13).

Le **lichen plan acral**, parfois bulleux, atteint en principe simultanément les mains et les pieds. La couleur violacée et l'aspect papuleux caractéristiques sont souvent retrouvés au dos des mains et à la face antérieure des poignets.

La **pemphigoïde bulleuse** simule volontiers initialement une dys-hidrose bulleuse. La survenue de ce tableau chez un patient très âgé est évocatrice du diagnostic, que l'apparition de bulles à distance et la mise en évidence d'anticorps anti-peau permettent de confirmer.



Figure 13. Dermatophytie mimant un eczéma chronique des mains. La bordure très nette, notamment au poignet, est évocatrice.

11 Avec quelles maladies l'ECM peut-il être confondu ?

D'autres affections peuvent prendre beaucoup plus rarement le masque d'un ECM. Citons la gale (*Figure 14*), surtout dans sa forme dite « norvégienne » hyperkératosique, les kératodermies paranéoplasiques, le lymphome T épidermotrope, la dermatite herpétiforme, la syphilis secondaire et la dermatomyosite.



Figure 14. Gale humaine avec vésicules interdigitales caractéristiques et ébauches de sillons.

Le principal diagnostic différentiel de l'ECM, notamment de sa forme hyperkératosique, est le psoriasis. Une dermatophytie, un lichen plan ou une pemphigoïde bulleuse débutive peuvent le simuler plus rarement.

12

Comment prévenir l'eczéma chronique des mains ?

Combattre l'irritation cutanée, c'est agir sur la première cause d'ECM et limiter la deuxième : l'allergie de contact (« *L'irritation fait le lit de l'allergie* »). Cela nécessite avant tout une **éducation au lavage des mains**, au domicile ou au travail. Des savons ou désinfectants irritants, souvent riches en allergènes (parfum, isothiazolinones, etc.) sont fréquemment utilisés là où un simple *syndet* (« savon sans savon ») suffirait : liquide vaisselle par la « ménagère », white-spirit par le bricoleur... Des salissures importantes, justifiant l'usage par certains salariés de savons à billes très agressifs, pourraient être minimisées par des crèmes barrière et/ou le port de gants. Des fiches de prévention individuelle pour différents métiers ont été établies [15].

La fréquence du lavage des mains peut être excessive, du fait notamment d'une nosophobie. Dans les professions de santé, il est préférable d'utiliser les gels hydro-alcooliques, qui sont cependant difficiles à utiliser sur une peau déjà eczématisée.

Une **crème barrière** peut également limiter les conséquences de contacts répétés avec de faibles irritants et avec l'eau (cf. Question 14).

Chaque fois que possible, des **gants adaptés** doivent être utilisés, y compris à domicile dans les activités de ménage, jardinage et bricolage (cf. Question 13). Une information systématique et précoce sur les produits irritants ou allergisants manipulés et les moyens de prévention individuelle pourrait certainement éviter un grand nombre d'eczémas des mains professionnels.

12 Comment prévenir l'eczéma chronique des mains ?

L'application sur une peau propre, au minimum une fois par jour, de préférence en fin de journée, d'une **crème hydratante hypo-allergénique** (sans lanoline ni parfum de préférence), est utile pour restaurer la barrière cutanée.

La prévention de l'ECM passe par une éducation au lavage des mains, le port de gants adaptés, l'utilisation de crèmes barrière et réparatrices hypo-allergéniques.

13 Les gants sont-ils utiles ? Comment les choisir ?

Le port de gants est une mesure de prévention fondamentale, à la maison, mais davantage encore pour les professionnels, dès l'apprentissage. Trop souvent, l'apprenti coiffeur fait une coloration capillaire ou l'apprenti cuisinier la vaisselle, sans gants. Parfois obligatoires en cas de risques chimiques physiques (produits congelés ou chauffés, coupants) ou infectieux, ils sont souvent mal acceptés du fait d'une perte de dextérité ou de macération. Ils ne sont pas non plus toujours adaptés aux conditions de travail (manchettes trop courtes pour la « plonge », latex perméable aux résines acryliques, etc.) ni bien utilisés, étant troués ou souillés à l'intérieur. Le médecin du travail doit vérifier leur fourniture par

Les gants sont-ils utiles ? Comment les choisir ? 13

l'employeur et leur bon usage (*Tableau III*) [15] (cf. « Contacts »). Des gants de coton portés sous le gant de protection ou l'utilisation d'une crème barrière permettent de limiter la macération.

L'absence d'amélioration malgré une protection adaptée et une atteinte nettement limitée du dos des mains et des poignets doivent faire évoquer une allergie de contact aux gants, notamment aux agents de vulcanisation s'ils sont en caoutchouc.

Tableau III. Différents types de gants recommandés dans certaines professions [16] (voir aussi « Contacts et liens utiles »).

Coiffeurs	V ou N*
Métiers de l'alimentation	V ou N*
Prothésistes dentaires	N
Agents de nettoyage	V ou N*
Maçons	P ou N*
Peintres en bâtiment	V ou N*
Personnel soignant	V ou N*

V : polychlorure de Vinyle *alias* PVC ; N : nitrile ; P : polyuréthane.

* En fonction de la tâche.

Bien que parfois responsables d'allergie de contact, les gants ont un rôle fondamental dans la prévention, notamment en cas d'ECM professionnel. Pour être efficaces, ils doivent être choisis avec soin, avec l'aide du médecin du travail.

14

Que penser des crèmes hydratantes ? Et des crèmes barrières ?

Les crèmes hydratantes ont pour but de restaurer le film hydrolipidique et devraient être systématiquement utilisées après le travail ou pour compenser l'effet asséchant de certains topiques cortisonés utilisés pour traiter l'ECM. L'application en fine couche et un temps de pénétration suffisant évitent souvent une sensation de mains collantes. Les pommades hydratantes, plus grasses que les crèmes, sont préférables sur les crevasses et peuvent être associées la nuit à des gants de coton.

Les crèmes barrières, à utiliser sur peau saine avant et pendant le travail, sont également intéressantes pour prévenir les ECM en cas de contacts réguliers avec des concentrations faibles d'irritants mais doivent être choisies en fonction des produits manipulés (voir « Liens utiles »). Elles protègent aussi de l'eau et des salissures mais n'empêcheront pas en revanche le contact avec un allergène potentiel. Elles limitent la macération sous les gants. Aucune crème barrière n'est à ce jour remboursée par l'assurance-maladie.

Les crèmes hydratantes et les crèmes barrières font partie de la prévention individuelle à condition d'être utilisées correctement mais ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie.

15

Quel traitement médicamenteux proposer en première intention ?

Ce sont des traitements locaux. Les **dermocorticoïdes**, d'activité forte à très forte, doivent être utilisés en première intention dans l'ECM en application quotidienne unique, pendant plusieurs semaines. Les mesures de prévention (lavage des mains, port de gants, éviction d'un éventuel allergène) doivent bien entendu y être associées. Il y a un risque d'atrophie cutanée (notamment au dos des mains) et de surinfection. Si le traitement se limite aux mains, les effets secondaires généraux sont en revanche exceptionnels. Les dermocorticoïdes d'activité forte à très forte, qui favorisent **xérose** et fissures, doivent être systématiquement associés à une crème hydratante.

Les dermocorticoïdes sont le traitement de choix de l'ECM. Ils doivent être associés à l'application d'émollients et accompagnés de mesures d'éviction et de prévention. En cas d'intolérance, de contre-indication ou de réponse jugée incomplète ou insatisfaisante avec les dermocorticoïdes locaux, il convient de prendre le relais par un traitement alternatif.

16

Quelles sont les alternatives thérapeutiques ?

En cas d'ECM sévère de l'adulte ne répondant pas aux dermocorticoïdes puissants, l'**alitrétinoïne** (rétinoïde) est indiquée. Administrée par voie orale, elle est efficace sur les différentes formes d'ECM (hyperkératose, dyshidrose, **acropulpite**) et permet le retour à des mains saines/quasi saines chez un patient sur deux [17]. Deux tiers des patients répondeurs restent en rémission à l'arrêt du traitement, dont l'efficacité persiste le plus souvent lorsqu'il est repris en cas de rechute [18].

Le risque tératogène nécessite l'utilisation, chez la femme en âge de procréer, d'un moyen de contraception efficace et une stricte application du programme de prévention de la grossesse jusqu'à un mois après l'arrêt du médicament. Il faut également s'assurer, avant d'initier le traitement, de l'absence d'anomalies lipidiques.

La puvathérapie [psoralènes + ultraviolets A (UVA)] limitée aux mains est également une alternative intéressante en cas d'échec des traitements topiques, après avoir éliminé une allergie de contact. Elle est contre-indiquée en cas de grossesse ou de prise d'autres médicaments photosensibilisants et nécessite une surveillance ophtalmologique. Il existe un risque de brûlure, moins important lorsque le psoralène est administré par voie générale que sous forme topique. La photothérapie UVB, à spectre étroit ou large, est encore peu utilisée mais semble prometteuse. Ces photothérapies nécessitent un déplacement deux à trois fois par semaine pendant 2 à 4 mois vers une structure (le plus souvent hospitalière) disposant de l'appareil adéquat.

Quelles sont les alternatives thérapeutiques ? 16

D'autres traitements ont été essayés hors autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- les **immunosuppresseurs locaux** (tacrolimus), en application biquotidienne et éventuellement sous occlusion. Leur efficacité est toutefois discutée [2] ;
- les **immunosuppresseurs systémiques** (ciclosporine, méthotrexate, mycophénolate mofétil, aziathoprine), en l'absence d'alternative chez les patients les plus sévèrement atteints.

Quel que soit le traitement, il doit être accompagné d'une **éducation à la prévention** particulièrement développée dans certains secteurs industriels, notamment en Allemagne [19] et dans les « écoles de la main » de certains hôpitaux français [20].

En cas de persistance des lésions, l'alitrétinoïne et la photothérapie sont les alternatives thérapeutiques à privilégier dans les formes jugées sévères.

17

Quelle attitude en cas de contact permanent avec l'allergène identifié ?

L'identification d'un allergène responsable d'ECM doit conduire logiquement à son éviction, en changeant au besoin de poste de travail, ou, au minimum, à l'utilisation de gants de protection efficaces. Il existe cependant des gestes professionnels incompatibles avec des gants et des situations où

17

Quelle attitude en cas de contact permanent ?

l'éviction de l'allergène est impossible : les coiffeuses ne peuvent supprimer tout contact avec les teintures capillaires ou les maçons avec le ciment... Lorsque l'allergie se déclare au moment de l'apprentissage, situation fréquente dans la coiffure, une réorientation professionnelle s'impose, malgré des réticences bien compréhensibles. En revanche, si l'allergie de contact survient après de nombreuses années de pratique professionnelle, ce qui est souvent le cas en maçonnerie, un changement de métier est difficile à envisager. Un traitement symptomatique, alternant par exemple les traitements locaux et systémiques, peut alors être tenté et associé aux mesures de prévention, notamment si le patient est proche de la retraite. En cas d'échec, l'arrêt de l'activité professionnelle s'impose. Le patient pourra éventuellement solliciter une allocation d'adulte handicapé auprès d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Des recherches sont en cours pour tenter d'induire une tolérance aux allergènes responsables d'eczéma de contact. Ces techniques de désensibilisation, déjà utilisées avec succès dans les allergies IgE-dépendantes (pollens, venins d'hyménoptères, etc.), semblent intéressantes pour le nickel mais ne sont pas disponibles à l'heure actuelle en routine.

L'éviction allergénique doit être systématiquement envisagée, parfois au prix d'un reclassement professionnel. Si l'éviction est impossible, la prévention et les traitements tenteront d'éviter la cessation d'activité. La désensibilisation d'une allergie de contact est encore du domaine de la recherche.

18

Quel est le rôle du médecin généraliste ? Et du médecin du travail ?

Le **médecin généraliste** devrait jouer un rôle important dans la prévention, en conseillant notamment le jeune atopique dans son orientation professionnelle. Il doit également prendre en charge précocement un eczéma des mains afin de limiter le risque de sensibilisation allergique et le retentissement socioprofessionnel. En cas d'ECM, il peut adresser le patient à un dermatologue et/ou au médecin du travail et assure la coordination de soins et le suivi du patient.

Le médecin du travail, dont le rôle est majeur, doit tout d'abord informer les salariés sur les mesures de prévention et notamment le nettoyage des mains. Il vérifie aussi que les produits de nettoyage cutané et les gants, portés et changés régulièrement, sont adaptés au poste. Il participe au choix des crèmes barrières et intervient si nécessaire auprès de l'employeur pour la fourniture du matériel de prévention adéquat. En cas d'ECM, le médecin du travail oriente le patient vers un dermatologue et, si besoin, lui transmet les fiches de sécurité des produits manipulés. En cas de déclaration de maladie professionnelle, il conseille le salarié et l'employeur pour le réaménagement ou le changement du poste de travail.

19

Dans quel cas faire une déclaration en maladie professionnelle ?

Un eczéma induit ou aggravé par le travail (guérison ou amélioration pendant les congés, rechute à la reprise d'activité) peut faire l'objet par tout médecin d'une déclaration en maladie professionnelle. L'intérêt du patient justifie parfois de solliciter plusieurs avis (médecin du travail, dermato-allergologue, consultation de pathologie professionnelle des centres hospitaliers universitaires). Il faut cependant que ce travail l'expose à l'un des risques décrits, dans les régimes général ou agricole, par les tableaux des dermatoses professionnelles (liste limitative ou indicative de travaux suivant les cas) et que soit respecté le délai de prise en charge, délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale. Ces conditions étant remplies, aucune preuve supplémentaire n'est requise ; **les tests épicutanés ne sont pas obligatoires**. Dans le cas contraire, peut être exigée une expertise auprès du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles [21].

Comment ? Le médecin rédige le certificat de maladie professionnelle en des termes précis, le plus proche possible de ceux du tableau servant de référence (voir *Tableau IV*). Le patient se procure auprès de sa caisse primaire d'assurance-maladie un autre formulaire spécifique, qu'il complète et renvoie avec le certificat médical (aucun volet n'étant à adresser à l'employeur). La reconnaissance d'une maladie professionnelle permet aux salariés (ou aux travailleurs indépendants ayant cotisé volontairement) de bénéficier du remboursement intégral des consultations, examens

Dans quel cas faire une déclaration ? 19

complémentaires et soins jusqu'à guérison. Des indemnités journalières plus avantageuses en cas d'arrêt de travail (et d'incapacité permanente partielle en cas de séquelles) lui seront attribuées.

Quelle est la conséquence ? L'employeur d'un salarié déclaré en maladie professionnelle doit lui proposer un aménagement ou un changement de poste de travail. Si cela s'avère impossible, le salarié licencié pour inaptitude médicale percevra des indemnités doubles. Certains, notamment dans les petites entreprises, préfèrent par peur du licenciement renoncer à une telle déclaration bien qu'ils soient prioritaires pour la formation et la réorientation professionnelles.

Tableau IV. Eczéma de contact professionnel : principaux tableaux du régime général de la sécurité sociale.

Exposition à	Tableau
Produits de coiffure	65
Caoutchouc (agents de vulcanisation)	65
Latex	95
Huiles (métallurgie, travaux du bâtiment)	36
Colles, peintures, vernis	51, 65 ou 62
Détergents	65
Végétaux ou produits d'origine végétale	65
Ciment	8
Solvants (alcools, cétone, aldéhydes, glycols, etc.)	84

La déclaration en maladie professionnelle d'un travailleur peut être faite par tout médecin sous certaines conditions d'exposition au risque et de délai. Les tests ne sont pas obligatoires. Les bénéficiaires d'une telle déclaration sont à mettre en balance avec le risque de licenciement pour inaptitude médicale.

20

Quel est le retentissement professionnel, socio-affectif de l'eczéma des mains ?

L'ECM affecte fréquemment les activités quotidiennes, les loisirs, le sommeil et même l'humeur, du fait du prurit ou de fissures douloureuses. L'altération de la qualité de vie est comparable à ce qui est observé dans le psoriasis ou l'asthme [22]. Des sentiments de rejet et de honte sont souvent exprimés, comme dans toutes les dermatoses affichantes, exacerbés par le contact avec une clientèle.

Près d'un patient sur deux nécessite, au moins une fois, un arrêt de travail. Un reclassement professionnel et une exclusion du monde du travail sont observés respectivement dans 8 et 3 % des cas [2, 23]. Le coût pour la collectivité et les entreprises est également considérable.

Contacts et liens utiles

- **Association française de l'eczéma**
3 bis, avenue de la Grive, 44300 Nantes
E-mail : contacteczema@gmail.com
- **Association pour la prévention des allergies (AFRPRAL)**
Site Internet : <http://allergies.afpral.fr>
- **Société française de dermatologie**
Site Internet : <http://www.sfdermato.org/> (site professionnel et grand public)
- **Société française d'allergologie**
Site Internet : <http://www.lesallergies.fr> (site professionnel)
- **Société française de médecine du travail**
Site Internet : <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/accueil.php>
(site professionnel)
- **Fédération française de formation continue et d'évaluation en dermatologie-vénéréologie**
Site Internet : <http://www.fffcedv.org/> (site professionnel)
- **Base de données INRS (Institut national de recherche et de sécurité)**
Site Internet : www.inrs.fr (fiches d'allergologie professionnelle, tableaux des maladies professionnelles, dossier médico-technique « allergie aux gants médicaux »)
- **Sites Internet de fabricants de gants industriels**
www.directindustry.fr
www.ansell.com
www.comasec.com
www.mapa-professionnel.com
- **Sites Internet de fabricants de produits d'hygiène et d'entretien cutanés pour l'industrie**
www.stoko.com
www.laphi-ppdh.com
www.sorifa.com

Références

1. Meding B. Epidemiology of hand eczema in an industrial city. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh) 1990 ; 153 : 1-43.
2. Halioua B, Richard M-A. Mise au point sur l'eczéma chronique des mains. *Ann Dermatol Venereol* 2010 ; 137 : 315-27.
3. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, 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.
4. Meding B, Järholm B. Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study. *J Invest Dermatol* 2004 ; 122 : 873-7.
5. Berbis P. Eczéma chronique des mains. Comment le reconnaître ? *Nouv Dermatol* 2010 ; 29 : 491-500.
6. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menné T, Agner T. Incidence of hand eczema in a population-based twin cohort: Genetic and environmental risk factors. *Br J Dermatol* 2007 ; 157 : 552-7.
7. Diepgen TL, Agner T, Aberer W, et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Derm* 2007 ; 57 : 203-10.
8. Lantinga H, Nater JP, Coenraads PJ. Prevalence, incidence and course of eczema on the hands and forearms in a sample of the general population. *Contact Derm* 1984 ; 10 : 135-9.
9. Nosbaum A, Vocanson M, Rozieres A, Hennino A, Nicolas JF. Allergic and irritant contact dermatitis. *Eur J Dermatol* 2009 ; 19 : 325-32.
10. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: Causes, course, and prognosis I. *Contact Derm* 2008 ; 58 : 330-4.
11. Meding B, Alderling M, Wrangsjö K. Tobacco smoking and hand eczema: A population-based study. *Br J Dermatol* 2010 ; 163 : 752-6.
12. Le Coz C-J. Eczéma des mains et maladie professionnelle. *Ann Dermatol Venereol* 2010 ; 137 (Suppl. 3) : S104-110.

Références

13. Devos SA, Van Der Valk PG. The risk of active sensitization to PPD. *Contact Derm* 2001 ; 44 : 273-5.
14. Saint-Mézard P, Chavagnac C, Bosset S, *et al.* Psychological stress exerts an adjuvant effect on skin dendritic cell functions in vivo. *J Immunol* 2003 ; 171 : 4073-80.
15. Géraut C, Tripodi D. Les ordonnances de prévention des dermatoses professionnelles : mise en place et suivi. *Rev Fr Allergol* 2005 ; 45 : 237-47.
16. Cleenewerck MB. Comment choisir un gant de protection ? In : *Progrès en Dermato-Allergologie. Tome X (Lille 2004)*. Paris : Éditions John Libbey Eurotext, 2004 ; 231-61.
17. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GBE, *et al.* Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Br J Dermatol* 2008 ; 158 : 808-17.
18. Bissonnette R, Worm M, Gerlach B, *et al.* Successful retreatment with alitretinoin in patients with relapsed chronic hand eczema. *Br J Dermatol* 2010 ; 162 : 420-6.
19. Apfelbacher CJ, Soder S, Diepgen TL, Weisshaar E. The impact of measures for secondary individual prevention of work-related skin diseases in health care workers: 1-year follow-up study. *Contact Dermatitis* 2009 ; 60 : 144-9.
20. Vigan M. L'école de la main, projet d'éducation thérapeutique pour la dermatite des mains. In : *Progrès en Dermato-Allergologie. Tome XVI (Strasbourg 2010)*. Paris : Éditions John Libbey Eurotext, 2010 : 13-18.
21. Frimat P, Fantoni-Quinton S. Aspects médico-légaux des dermatoses professionnelles. *Ann Dermatol Veneréol* 2009 ; 136 : 650-3.
22. Moberg C, Alderling M, Meding B. Hand eczema and quality of life: A population-based study. *Br J Dermatol* 2009 ; 161 : 397-403.
23. Meding B, Wrangsjö K, Järholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: Persistence and consequences. *Br J Dermatol* 2005 ; 152 : 975-80.

Lexique

Acanthose : épaissement de l'épiderme et plus précisément du corps muqueux de Malpighi.

Acropulpite : inflammation des pulpes digitales.

Dermatophytie : infection mycosique à dermatophytes.

DLQI : *dermatology life quality index*.

Haptènes : antigènes non protéiques de petite taille (chimiques, métaux, médicaments, etc.).

HECSI : *hand eczema severity index*.

Hyperhidrose : transpiration excessive.

Nosophobie : peur exagérée des « microbes ».

Parakératose : maturation anormale de la kératine au niveau de la couche cornée de l'épiderme avec persistance des noyaux dans les cornéocytes.

Paronychie : inflammation des replis cutanés au-dessus et sur les côtés de l'ongle.

Spongiose : œdème épidermique entraînant une dissociation des cellules épidermiques (kératinocytes).

Xérose : sécheresse cutanée.



Achévé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 139047 - Dépôt légal : août 2011

Imprimé en France

L'eczéma chronique des mains

en 20 questions

- Quand soupçonner une origine allergique ?
- Comment prévenir l'eczéma chronique des mains ?
- Quelles sont les alternatives thérapeutiques ?
- Dans quel cas faire une déclaration en maladie professionnelle ?

Autant de questions, et bien d'autres, auxquelles ce guide tente de répondre à propos d'une affection longtemps négligée. Pourtant, en tant que principale dermatose professionnelle, l'eczéma des mains est un véritable problème de santé publique.

Frédéric Augey est dermatologue et allergologue ; ancien chef de clinique, il occupe les fonctions de praticien hospitalier. Il est chef du service de dermatologie du centre hospitalier de Vienne.

Catherine Dupin est dermatologue, ancienne chef de clinique, praticien attachée à la consultation de dermato-allergologie du centre hospitalier Lyon-Sud.

Jean-François Nicolas est dermatologue et professeur d'immunologie à l'université Claude-Bernard Lyon 1. Il est responsable de la recherche au sein du service d'allergologie et immunologie clinique du centre hospitalier Lyon-Sud et d'une équipe de l'Inserm Unité 851.



www.jle.com



ISBN : 978-2-7420-0807-0