

# Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte

## Eczéma de contact

M. BAGOT (Créteil), E. GROSSHANS (Strasbourg), D. LAMBERT (Dijon), L. VAILLANT (Tours)

### Objectifs

- Diagnostiquer un eczéma de contact chez l'enfant et chez l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

**L'**eczéma de contact est une dermatose très fréquente. Elle est due à une sensibilisation à des substances en contact avec le revêtement cutané.

### PHYSIOPATHOLOGIE

L'eczéma de contact est une forme particulière de réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire secondaire à l'application sur la peau d'une substance exogène.

L'eczéma de contact évolue en deux phases : phase de sensibilisation et phase de déclenchement.

#### Phase de sensibilisation

Cette phase peut durer de quelques jours à plusieurs années. Le produit sensibilisant exogène est le plus souvent un haptène, c'est-à-dire une substance non immunogène par elle-même, qui pénètre dans la peau, où elle s'associe à une molécule porteuse pour former un couple haptène-protéine qui constitue l'allergène complet. L'allergène est pris en charge par les cellules de Langerhans (cellules dendritiques) de l'épiderme. Les cellules de Langerhans traversent la membrane basale, et migrent à travers le derme vers la zone paracorticale des ganglions lymphatiques. Pendant cette migration, elles subissent une maturation qui les rend capable d'activer des lymphocytes T « naïfs ». Ces lymphocytes T prolifèrent et se différencient alors en lymphocytes « mémoires » circulants. Cette première phase est cliniquement asymptomatique.

#### Phase de déclenchement

Elle survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'antigène. Des lymphocytes T

mémoire portent à leur surface des molécules qui favorisent leur extravasation dans la peau. Ces lymphocytes reconnaissent l'allergène présenté à ce niveau par les cellules de Langerhans. Ils prolifèrent et sécrètent des cytokines qui recrutent des cellules inflammatoires. Les kératinocytes et les cellules endothéliales sont également activées. Les cytokines proinflammatoires sont produites au tout début de la réaction, interleukine (IL)-1, TNF (facteur de nécrose tumorale)-alpha, suivies de la production de cytokines qui régulent négativement les phénomènes inflammatoires (IL-10). L'eczéma de contact est une réaction de type Th1, associée à la production d'IL-2 et d'interféron gamma.

### DIAGNOSTIC

#### Diagnostic positif

FORME TYPIQUE : ECZÉMA AIGU

L'eczéma aigu, de diagnostic clinique facile, évolue en quatre phases successives, le plus souvent intriquées :

- phase érythémateuse : placard érythémateux ;
- phase vésiculeuse : vésicules remplies de liquide clair, confluant parfois en bulles ;
- phase suintante : rupture des vésicules, spontanément ou après grattage ;
- phase desquamative, suivie d'une guérison sans cicatrice.

Les lésions sont très prurigineuses ++++. Elles réalisent des placards à contours émettés.

FORMES CLINIQUES

Formes topographiques

Au visage et sur les organes génitaux, l'eczéma prend un aspect très oedémateux en particulier sur les paupières.

Aux mains et aux pieds, l'eczéma se présente sous forme de vésicules prurigineuses dures, enchassées.

#### Formes symptomatiques

– L'eczéma nummulaire réalise des lésions érythémato-vésiculeuses en placards arrondis de quelques centimètres de diamètre.

– L'eczéma papulo-vésiculeux est une forme d'eczéma où les papulo-vésicules restent isolées les unes des autres.

– Dysidrose : elle est caractérisée par des vésicules très prurigineuses des faces latérales de doigts. Ce tableau peut être du à un eczéma de contact ou à d'autres causes (dermatite atopique, formes idiopathiques à récurrences saisonnières...).

#### Formes chroniques

Elles sont caractérisées par un épaississement quadrillé de la peau (lichénification) et une hyperpigmentation.

Sur les paumes et les plantes, les lésions sont fissuraires et hyperkératosiques.

#### Photoallergies

La substance exogène n'induit un eczéma de contact qu'après irradiation par les rayons ultra-violet.

Les lésions débutent et prédominent sur les zones photo-exposées (visage, oreilles, dos des mains...).

#### EXAMEN HISTOLOGIQUE

Une biopsie cutanée n'est pratiquée que dans les cas où le diagnostic est hésitant. L'examen histologique montre :

– des lésions essentiellement épidermiques : spongiose (œdème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intra-épidermiques) et exocytose (infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes) ;

– un œdème et un infiltrat lympho-monocytaire à prédominance périvasculaire.

### Diagnostique différentiel

#### DERMITE D'IRRITATION

Elle est secondaire à des agressions physiques ou chimiques directes, qui ne nécessitent pas l'intervention de mécanismes immunologiques.

Les lésions siègent le plus souvent aux mains.

Le *tableau I* donne les principaux éléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermite d'irritation.

En réalité, la dermite d'irritation favorise la pénétration des allergènes et la survenue d'un eczéma de contact, et les deux entités sont souvent intriquées (main du cimentier liées à une allergie au chrome, dermite des ménagères liée à une allergie aux détergents).

#### DERMATITE ATOPIQUE

La dermatite atopique réalise un tableau très différent (qs). Cependant, les altérations cutanées liées à cette affection et l'application d'un grand nombre de produits topiques favorisent la survenue d'eczéma de contact chez les patients ayant une dermatite atopique.

Tableau I. – Éléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermite d'irritation.

|                  | Eczéma de contact                                  | Dermite d'irritation                                      |
|------------------|--|---|
| Lésions cutanées | Bords émiettés                                     | Bords nets  |
| Topographie      | Peut déborder la zone de contact avec l'allergène  | Limitée à la zone de contact                              |
| Symptomatologie  | Prurit   | Brûlure   |
| Epidémiologie    | Atteint quelques sujets en contact avec le produit | Atteint la majorité des sujets en contact avec le produit |
| Histologie       | Spongiose, exocytose                               | Nécrose épidermique                                       |
| Tests épicutanés | Positifs (lésion d'eczéma)                         | Négatifs ou lésion d'irritation                           |

#### DYSIDROSE

C'est un tableau clinique dont l'eczéma de contact n'est que l'une des causes possibles.

#### ŒDÈME DU VISAGE

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les autres causes d'œdème aigu du visage :

#### Erysipèle

Le placard inflammatoire bien limité peut être recouvert de vésicules. Frissons, fièvre, hyperleucocytose sont caractéristiques.

#### Œdème de Quincke

Pale, indolore sans prurit ni fièvre, souvent accompagné d'urticaire.

#### Zona

Douleurs, vésicules hémorragiques ou croûteuses, topographie hémifaciale permettent le diagnostic

Le prurit et l'absence de fièvre sont des éléments en faveur du diagnostic d'eczéma ou de photoallergie.

### ÉTIOLOGIE

Tout eczéma doit faire l'objet de la recherche acharnée de l'allergène en cause, dont l'éviction conditionne l'absence de rechute.

### Interrogatoire

L'interrogatoire est un élément très important de l'enquête étiologique. Il permet parfois de suspecter un ou plusieurs allergènes et oriente les tests épicutanés. Les éléments importants à rechercher sont :

## LA TOPOGRAPHIE INITIALE

Les lésions, initialement localisées à la zone de contact avec l'allergène, ont ensuite tendance à diffuser à distance et à se disséminer. La topographie initiale des lésions a une grande valeur d'orientation (par exemple lésions initialement localisées à la zone d'application d'un antiseptique, aux mains ou aux pieds).

## LES CIRCONSTANCES DE DÉCLENCHEMENT

Il faut faire préciser les activités ayant pu conduire à un contact avec un allergène particulier 24 heures à quelques jours avant le début des lésions : jardinage, bricolage, menuiserie, peinture...

## LA CHRONOLOGIE

Il faut préciser l'évolution des lésions au cours du temps, leur amélioration ou leur aggravation pendant les week-ends, les vacances ou d'éventuels arrêts de travail.

## LES TRAITEMENTS LOCAUX UTILISÉS

Il faut préciser tous les traitements locaux utilisés, ainsi que les produits d'hygiène, parfums et cosmétiques.

## Examen clinique

Certaines localisations ont valeur d'orientation : un eczéma du lobule des oreilles, du poignet et de l'ombilic fait évoquer une sensibilisation au nickel ; un eczéma des paupières oriente vers une allergie aux cosmétiques ou au vernis à ongles ; un eczéma des pieds oriente vers une allergie à un constituant des chaussures.

## Tests épicutanés ou patch-tests

– Ils sont indispensables pour le diagnostic de certitude de l'allergène en cause, qui conditionne souvent son éviction efficace.

– Ils doivent être orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

– Ils sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma. Différents allergènes sont appliqués sous occlusion sur le dos pendant 48 heures. La lecture est faite à 48 heures, 15 minutes après avoir enlevé les tests. Une deuxième lecture est réalisée après 72 à 96 heures, parfois à 7 jours pour certains allergènes (corticoïdes par exemple).

– Lecture :

- Test négatif : peau normale
- Test positif : reproduisant la lésion d'eczéma

+ érythème

++ érythème et oedème et/ou vésicules

+++ érythème, vésicules, vésiculo-bulles

- Réaction d'irritation

– On réalise habituellement la batterie standard européenne, qui comprend les 23 substances les plus fréquemment en cause, les produits apportés par les malades et éventuellement des batteries spécialisées orientées (coiffure, cosmétiques, photographie, peintures...).

## Tableau II. – Batterie Standard Européenne des Allergènes.

1. Bichromate de Potassium (ciment).
2. Sulfate de Néomycine (topiques médicamenteux).
3. Thiuram Mix (caoutchoucs).
4. Para-phénylènediamine (PPD) (colorants foncés, teintures).
5. Chlorure de Cobalt (ciment, métaux, colorants bleus).
6. Benzocaïne (anesthésique local).
7. Formaldéhyde (conservateur).
8. Colophane (adhésifs, vernis, peintures).
9. Cloquinol (antiseptique, conservateur).
10. Baume du Pérou (cosmétiques, topiques médicamenteux).
11. N-Isopropyl-N'-Phényl Paraphénylènediamine (IPPD) (caoutchoucs noirs).
12. Lanoline (cosmétiques, topiques médicamenteux).
13. Mercapto Mix (caoutchoucs).
14. Résine Epoxy (résines).
15. Parabens Mix (conservateurs).
16. Résine Paratertiaire Butylphénol Formaldéhyde (colle à chaussures).
17. Fragrance Mix (parfums).
18. Quaternium 15 (conservateur).
19. Sulfate de Nickel (bijoux fantaisies, objets métalliques).
20. Kathon CG (chlorométhyl isothiazolinone) (conservateur, cosmétiques).
21. Mercaptobenzothiazole (caoutchoucs).
22. Lactone Sesquiterpene Mix (plantes "composées" : artichauts, dahlias, chrysanthèmes...).
23. Primine (primevères).

– Les photopatch-tests sont des patch-tests suivis d'une irradiation par certaines longueurs d'ondes de rayons ultraviolets.

– La pertinence d'un test positif doit toujours être discutée : le test positif observé explique-t-il la poussée actuelle d'eczéma ou témoigne-t-il d'une sensibilisation ancienne sans rapport avec les lésions récentes ?

– Il existe des faux-positifs et des faux-négatifs.

– Il existe des sensibilisations de groupe, attribuables au rapport de deux ou plusieurs allergènes avec des groupes chimiques qu'ils ont en commun. Ces réactions croisées expliquent la possibilité de récurrences malgré l'éviction de l'allergène : groupe de la paraphénylène diamine (PPD) dit groupe para (fonction amine en para) réunissant des teintures capillaires, des sulfamides et des anesthésiques locaux, groupe des parahydroxybenzoates (parabens) (conservateurs).

## Causes identifiées

Les allergènes en cause sont très variés. Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, en particulier le nickel. La batterie standard européenne des allergènes comprend les allergènes les plus fréquemment en cause dans les pays européens (tableau II).

## ALLERGÈNES PROFESSIONNELS

Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemni-

sables. Les lésions sont plus fréquentes chez les hommes. Elles débutent et prédominent aux mains. Elles s'améliorent pendant les vacances.

Les professions les plus souvent à l'origine d'eczémas professionnels sont :

– métiers du bâtiment : sels de chrome (ciment), cobalt (peinture, émail), résines époxy (colle, vernis, peinture), formaldéhyde (colle, textile), térébenthine (menuiserie, peinture), colophane (gants, pneus)... ;

– coiffeurs : paraphénylène-diamine (teintures), thioglycolate (permanentes), caoutchouc (gants), conservateurs (shampoings), nickel (instruments)... ;

– professions de santé : antiseptiques (iodés, mercuriels, hexamidine), aminosides, anti-inflammatoires non stéroïdiens, phénothiazines, anesthésiques locaux, caoutchoucs (gants), acrylates des résines composites (prothésistes)... ;

– horticulteurs : lactones sesquiterpéniques (exemple : chrysanthèmes), primevères, pesticides, gants...

#### MÉDICAMENTS TOPIQUES

Les lésions débutent sur la zone d'application. Les topiques les plus fréquemment en cause sont : néomycine, antiseptiques iodés et mercuriels, sparadrap (colophane), topiques anti-prurigineux, baume du Pérou...

Les corticoïdes locaux peuvent se comporter comme des allergènes et induire des sensibilisations. Il faut penser à cette éventualité chez les patients qui appliquent de manière régulière des corticoïdes topiques ou dont les lésions sont non améliorées ou aggravées par l'application de corticoïdes. Les tests aux corticoïdes locaux sont positifs dans 2 à 4 p. 100 des eczémas chroniques.

#### COSMÉTIQUES

Les lésions sont plus fréquentes chez les femmes. Elles prédominent sur le visage.

Les produits responsables sont : parfums, conservateurs, excipients, formaldéhyde (verniss à ongles), déodorants, shampoings, laques, baume du Pérou (rouge à lèvres, crèmes), paraphénylène-diamine (teintures)...

#### PRODUITS VESTIMENTAIRES

Les lésions prédominent sur le tronc et les plis (colorants textiles, produits de teinturerie...) ou sur les pieds (cuir, colle des chaussures, caoutchouc...).

Les allergies au nickel sont très fréquentes. Elles sont causées par des bijoux fantaisie ou des accessoires (montre, boucle de ceinture).

#### PHOTOALLERGÈNES

Les lésions prédominent sur les régions découvertes. De nombreux médicaments peuvent induire des réactions de photosensibilité, soit par voie systémique (sulfamides, phénothiazines, fénofibrate), soit par voie topique (kétoprofène).

L'eczéma photo-allergique de contact comporte même après éviction de l'allergène un risque de photosensibilité persistante.

## ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison de l'eczéma en dix à quinze jours. En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité.

### Surinfection

L'impétiginisation des lésions est suspectée devant la présence de croûtes jaunâtres, parfois associées à des adénopathies et à de la fièvre. Peu fréquente, elle doit être distinguée des croûtes succédant à la phase suintante.

### Erythrodermie

L'érythrodermie est une généralisation des lésions sous forme d'érythème disséminé prurigineux squameux ou vésiculeux.

### Retentissement socio-professionnel

Le handicap induit par les eczémas de contact chroniques, en particulier des mains, peut être considérable.

## TRAITEMENT

L'éviction de l'allergène est une condition indispensable de la guérison. L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et rend compte de la chronicité de certains eczémas de contact.

Le traitement repose sur l'application de corticoïdes locaux de classe 2 pendant 1 à 2 semaines. Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique.

En cas d'infection, on associe une antibiothérapie générale pendant 7 jours, sans retarder le traitement par corticoïdes topiques.

Les eczémas de cause professionnelle justifient un arrêt de travail, la réalisation de tests épicutanés, ainsi que la possibilité de déclaration en maladie professionnelle indemnisable. L'activité professionnelle doit être aménagée en collaboration avec le médecin du travail.

Il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact. La prévention repose sur l'éviction des contacts avec les substances sensibilisantes (gants, vêtements de protection). Il est important d'informer les patients sensibilisés et de leur remettre des listes de produits à éviter. Il faut déconseiller aux atopiques le contact avec les substances fréquemment à l'origine de sensibilisations de contact.

#### Points clés

1. Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemnisables.
2. L'éviction de l'allergène est une condition indispensable de la guérison.
3. La réalisation des tests épicutanés doit être orientée par l'interrogatoire et l'examen clinique.
4. La pertinence de la positivité des tests épicutanés doit être discutée.
5. Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, en particulier le nickel.
6. En cas de persistance ou d'aggravation des lésions sous traitement, il faut penser à une allergie aux corticoïdes.
7. L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et rend compte de la chronicité de certains eczémas de contact.
8. L'eczéma photo-allergique de contact comporte même après éviction de l'allergène un risque de photosensibilité persistante.
9. Il faut savoir prévenir les allergies croisées.
10. Le traitement repose sur l'application de corticoïdes locaux. Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique.



Fig. 1. Eczéma aigu – lésions vésiculeuses.



Fig. 2. Eczéma aigu – phase suivante.



Fig. 3. Eczéma lichénifié.



Fig. 5. Tests épicutanés.



Fig. 4. Sensibilisation à un constituant des chaussures.