

Item 114 : Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : Eczéma de contact

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	3
I Diagnostic	5
I.1 Diagnostic positif	5
I.1.1 Forme typique : eczéma aigu	5
I.1.2 Formes cliniques	6
I.1.2.1 Formes topographiques	6
I.1.2.2 Formes chroniques	6
I.1.3 Examen histologique	7
I.2 Diagnostic différentiel	8
I.2.1 Dermatite d'irritation	8
I.2.2 Dermatite (ou eczéma) atopique	9
I.2.3 Dysidrose	9
I.2.4 Œdème du visage	9
I.2.4.1 Érysipèle	9
I.2.4.2 Angio-œdème ou œdème de Quincke	10
I.2.4.3 Zona	10
II Diagnostic étiologique	10
II.1 Interrogatoire	10
II.1.1 Topographie initiale	10
II.1.2 Circonstances de déclenchement	11
II.1.3 Chronologie	11
II.1.4 Traitements locaux utilisés	11
II.2 Examen clinique	11
II.3 Tests épicutanés ou patch-tests	12
II.3.1 Pratique des tests	12
II.3.2 Pertinence des tests épicutanés	13
II.4 Principales causes	14

II.4.1	Allergènes professionnels.....	15
II.4.2	Médicaments topiques.....	15
II.4.3	Cosmétiques	16
II.4.4	Produits vestimentaires.....	16
II.4.5	Photoallergènes	16
III	Évolution et complications.....	16
III.1	Surinfection.....	16
III.2	Érythrodermie	17
III.3	Retentissement socioprofessionnel.....	17
IV	Traitement.....	17
IV.1	Traitement symptomatique	17
IV.2	Éviction de l'allergène.....	17
IV.3	Prévention et suivi	18
	Points Essentiels	18

OBJECTIFS

ENC :

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

Cette dermatose est très fréquente.

L'eczéma de contact est une cause majeure des eczémas.

Elle est due à une sensibilisation percutanée à des molécules non tolérées ou allergènes. Eczéma atopique et eczéma de contact peuvent être associés, en particulier dans le cas des dermatites des mains.

Physiopathologie

PHYSIOPATHOLOGIE

L'eczéma de contact est dû à une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire déclenchée par le contact avec la peau avec une substance exogène.

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

PHASE DE SENSIBILISATION

Le produit sensibilisant exogène est le plus souvent un haptène, c'est-à-dire une substance de petite taille non immunogène par elle-même.

Elle pénètre dans la peau et s'associe à une protéine pour former un couple haptène-protéine qui constitue l'allergène.

Celui-ci est pris en charge par les cellules dendritiques de l'épiderme (cellules de Langerhans) ou du derme. Ces cellules migrent par voie lymphatique dermique 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.

Elle peut durer quelques jours à plusieurs années.

PHASE DE RÉVÉLATION

Elle survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène.

Des lymphocytes T mémoire spécifiques de l'allergène à (re)circulation cutanée reconnaissent l'allergène présenté par les cellules de Langerhans.

Ils prolifèrent et sécrètent des cytokines pro-inflammatoires (IL-2, TNF α) qui recrutent des cellules mononucléées inflammatoires responsables de la réaction clinique et histologique (spongiose et exocytose épidermiques) d'eczéma.

Les kératinocytes produisent aussi des cytokines (IL-1, IL-6, GM-CSF et TNF α).

L'eczéma de contact est une hypersensibilité cellulaire retardée de type Th1 du fait du

profil des cytokines produites par les lymphocytes spécifiques de l'allergène (IFN γ , TNF α).
Il s'oppose ainsi à l'eczéma atopique qui a une phase de révélation (lors de contacts épicutanés avec des atopènes, molécules de poids moléculaire beaucoup plus élevé que les haptènes) dépendante de lymphocytes Th2 (IL-4, IL-5, IL-13).

I DIAGNOSTIC

I.1 DIAGNOSTIC POSITIF

I.1.1 Forme typique : eczéma aigu

Le diagnostic d'eczéma aigu est clinique.

Les lésions sont très prurigineuses (+++).

Elles réalisent des placards érythémateux à contours émiettés.

L'eczéma aigu évolue en quatre phases successives, souvent intriquées :

- phase érythémateuse : placard érythémateux ;
- phase vésiculeuse : vésicules remplies de liquide clair, confluant parfois en bulles (Figure 1) ;
- phase suintante : rupture des vésicules, spontanément ou après grattage (Figure 2) ;
- phase croûteuse ou desquamative suivie d'une guérison sans cicatrice.

Figure 1 : Eczéma en phase vésiculeuse



Figure 2 : Eczéma : phase suintante



I.1.2 Formes cliniques

I.1.2.1 Formes topographiques

L'eczéma peut prendre un aspect très œdémateux sur le visage, en particulier sur les paupières, et sur les organes génitaux.

Sur les paumes et les plantes, où la couche cornée est beaucoup plus épaisse, la rupture des vésicules est plus difficile, et l'eczéma aigu se présente sous forme de vésicules prurigineuses dures enchâssées (aspect de dysidrose). D'autres causes de dysidrose sont possibles (*cf.* « Diagnostic différentiel »).

I.1.2.2 Formes chroniques

On distingue :

- l'eczéma lichénifié : le grattage entraîne un épaissement de la peau qui devient quadrillée et pigmentée (Figure 3) ;
- l'eczéma chronique des paumes et des plantes : dans cette localisation, les lésions sont fréquemment fissuraires et hyperkératosiques, entraînant une kératodermie palmo-plantaire.

Figure 3 : Eczéma : phase suintante et crouteuse



I.1.3 Examen histologique

En pratique, la *biopsie cutanée est habituellement inutile au diagnostic.*

Elle n'est réalisée qu'en cas de doute diagnostique, ou pour documenter le caractère spongiotique d'un test épicutané.

L'examen histologique montre :

- une spongiose (œdème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intraépidermiques) ;
- une exocytose (infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes) ;
- un œdème dermique et un infiltrat riche en lymphocytes à prédominance périvasculaire.

I.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I.2.1 Dermatite d'irritation

Elle est fréquente sur les mains. Elle est secondaire à des agressions physiques ou chimiques directes, qui ne nécessitent pas l'intervention de mécanismes immunologiques spécifiques d'un allergène. Les principaux éléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermatite d'irritation sont donnés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Éléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermatite d'irritation

	Eczéma de contact	Dermatite d'irritation
<i>Épidémiologie</i>	Atteint quelques sujets en contact avec le produit	Atteint la majorité des sujets en contact avec le produit
<i>Lésions cutanées</i>	Bords émiettés	Bords nets
<i>Topographie</i>	Déborde de la zone de contact avec l'allergène	Limitée à la zone de contact
<i>Symptomatologie</i>	Prurit	Brûlure
<i>Histologie</i>	Spongiose, exocytose	Nécrose épidermique
<i>Tests épicutanés</i>	Positifs (lésion d'eczéma)	Négatifs ou lésion d'irritation

Une dermatite d'irritation peut se compliquer d'un eczéma de contact (favorise la pénétration d'allergène ?).

I.2.2 Dermatite (ou eczéma) atopique

Cf. Item 114 : Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : Dermatite (ou eczéma) atopique : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_16/site/html/1.html.

La dermatite atopique (DA) réalise un tableau très différent par la topographie des lésions et leur chronicité.

Chez l'adulte, un eczéma de contact généralisé peut être difficile à distinguer d'une dermatite atopique.

Chez l'adulte et chez l'enfant, une association d'eczéma de contact et d'eczéma atopique est possible. Il faut y penser en cas de résistance au traitement local bien conduit ou dans des cas de localisation inhabituelle de dermatite atopique.

Chez l'adulte, des dermatites des mains récalcitrantes dues à des facteurs d'irritation ou de contact surviennent sur une dermatite atopique préexistante. Le diagnostic peut être aidé par l'étude des marqueurs de susceptibilité génétique à la dermatite atopique (mutants filaggrine).

I.2.3 Dysidrose

La dysidrose (ou eczéma dysidrosique) est caractérisée par des vésicules dures et enchâssées très prurigineuses des faces latérales des doigts ou des orteils.

Les poussées sont souvent estivales.

Elle est en général idiopathique, mais peut relever d'une sensibilisation de contact ou d'une manifestation de dermatite atopique.

I.2.4 Œdème du visage

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

I.2.4.1 Érysipèle

Le placard inflammatoire est bien limité, le plus souvent unilatéral, parfois recouvert de vésicules ou bulles. Frissons, fièvre et hyperleucocytose l'accompagnent.

I.2.4.2 Angio-œdème ou œdème de Quincke

C'est un œdème pâle, indolore sans prurit ni fièvre. Il est souvent accompagné de troubles de la déglutition ou respiratoires et d'urticaire.

I.2.4.3 Zona

Le diagnostic repose sur les douleurs, la présence de vésicules hémorragiques ou croûteuses et la topographie unilatérale et segmentaire.

II DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

La recherche de l'allergène responsable est indispensable.

Elle repose sur :

- l'interrogatoire ;
- l'examen clinique ;
- les tests épicutanés (ou patch tests) ;
- la recherche de la pertinence des tests épicutanés.

II.1 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 les suivants.

II.1.1 Topographie initiale

Elle a une grande *valeur d'orientation*.

Les lésions sont initialement localisées à la zone de contact avec l'allergène (Figure 4) ; elles peuvent ensuite diffuser à distance.

Figure 4 : Eczéma de contact (cuir des chaussures)



II.1.2 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 : profession, jardinage, bricolage, menuiserie, peinture, application d'un cosmétique ou d'un parfum...

II.1.3 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.

II.1.4 Traitements locaux utilisés

Il faut préciser tous les traitements locaux utilisés avant et après l'apparition de la dermatose, ainsi que les produits d'hygiène, parfums et cosmétiques appliqués.

II.2 EXAMEN CLINIQUE

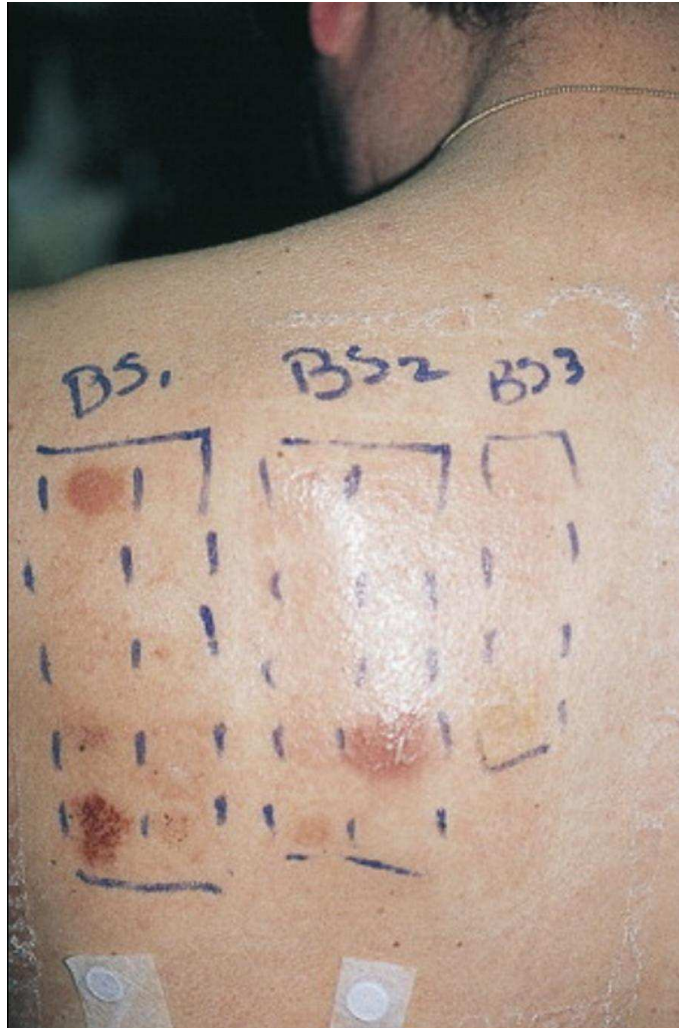
Certaines localisations ont une valeur d'orientation :

- un eczéma du lobule des oreilles, du poignet et de l'ombilic fait évoquer une sensibilisation au nickel ;
- un eczéma du visage, des paupières ou du cou oriente vers une allergie aux cosmétiques, aux vernis à ongles, aux produits volatils (parfums, peintures, végétaux...);
- un eczéma des pieds oriente vers une allergie à un constituant des chaussures : chrome du cuir sur le dos du pied, agents de vulcanisation du caoutchouc sur la plante.

II.3 TESTS EPICUTANES OU PATCH-TESTS

Ils sont *indispensables pour obtenir un diagnostic de certitude* de l'allergène en cause, dont l'éviction est primordiale (pour autant que ce soit possible) (Figure 5).

Figure 5 : Pose de batteries de tests épicutanes



II.3.1 Pratique des tests

Ils sont orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

Ils sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma (2 mois).

Le test épicutané est fait en milieu spécialisé (encadré « Technique »).

Technique

Différents allergènes sont appliqués sous occlusion sur le dos pendant 48 heures.

La lecture est faite à 48 heures, 15min après avoir enlevé les tests.

Une seconde lecture est réalisée à 72-96 heures, parfois à 7 jours pour certains allergènes (corticoïdes par exemple).

La lecture est la suivante :

- test négatif : peau normale ;
- test positif : reproduisant la lésion d'eczéma, à distinguer d'une simple réaction d'irritation :
 - + : érythème, papule,
 - ++ : érythème, papule et vésicules,
 - +++ : érythème, papule, nombreuses vésicules confluentes, vésiculo-bulles.

On réalise habituellement :

- la batterie standard européenne, qui comprend les 25 substances les plus fréquemment en cause (encadré « Batterie standard européenne des allergènes ») ;
- des tests avec les produits utilisés par les malades ;
- et éventuellement des batteries spécialisées orientées (coiffure, cosmétiques, photographie, peintures...).

II.3.2 Pertinence des tests épicutanés

Le résultat des tests épicutanés doit être confronté aux données de l'interrogatoire afin de déterminer si les allergènes identifiés par ces tests sont vraiment les responsables de l'eczéma récent.

Ils peuvent seulement témoigner d'une sensibilisation ancienne sans rapport avec les lésions récentes.

Un résultat négatif n'élimine pas formellement une allergie de contact, il faut parfois savoir utiliser directement les produits bruts suspectés (ex : cuir, semelle de chaussure...) ou réaliser des tests moins standardisés (tests d'usage).

II.4 PRINCIPALES CAUSES

Les allergènes en cause sont très variés, et il est nécessaire de faire appel à un spécialiste formé à la pratique et l'interprétation des tests, en particulier quand il faut prendre une décision importante d'orientation ou de reclassement professionnel.

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 (Encadré 1).

Encadré 1 : Batterie standard européenne des allergènes

- **Chrome (bichromate de potassium) (ciment, cuir).**
- **Sulfate de néomycine (topiques médicamenteux).**
- **Thiuram Mix (caoutchoucs, sans rapport avec l'allergie immédiate au latex).**
- **Paraphénylènediamine (PPD) (colorants foncés, teintures, tatouages éphémères).**
- **Cobalt (chlorure de cobalt) (ciment, métaux, colorants bleus).**
- **Benzocaïne (anesthésique local).**
- **Formaldéhyde (conservateur).**
- **Colophane (adhésifs, vernis, peintures).**
- **Clioquinol (antiseptique, conservateur).**
- **Baume du Pérou (cosmétiques, topiques médicamenteux, cicatrisants).**
- **N-isopropyl-N'-phényl paraphénylènediamine (IPPD) (caoutchoucs noirs).**
- **Lanoline (cosmétiques, topiques médicamenteux).**
- **Mercapto Mix (caoutchoucs, sans rapport avec l'allergie immédiate au latex).**
- **Résine époxy (résines, colles).**
- **Parabens Mix (conservateurs).**
- **Résine paratertiaire butylphénol formaldéhyde (colle des cuirs).**
- **Fragrance Mix (parfums).**
- **Quaternium 15 (conservateur).**
- **Nickel (sulfate de Nickel) (bijoux fantaisies, objets métalliques).**

- **Kathon CG (chlorométhyl isothiazolinone) (conservateur, cosmétiques).**
- **Mercaptobenzothiazole (caoutchoucs, sans rapport avec l'allergie immédiate au latex).**
- **Lactone Sesquiterpene Mix (plantes « composées » : artichauts, dahlias, chrysanthèmes...).**
- **Primine (primevères).**
- **Pivalate de tixocortol (corticoïdes).**

II.4.1 Allergènes professionnels

Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi *les plus fréquents des maladies professionnelles indemnissables* (tableau général 65 des maladies professionnelles).

Ils débutent et prédominent aux mains et s'améliorent pendant les congés.

Les professions le 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), caoutchouc (gants, pneus)...
- coiffeurs : paraphénylènediamine (teintures), thioglycolate (permanentes), caoutchouc (gants), conservateurs et agents moussants (shampooings), nickel (instruments)... ;
- professions de santé : antiseptiques, antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, phénothiazines, anesthésiques locaux, caoutchoucs (gants), acrylates des résines composites (prothésistes)...
- horticulteurs : lactones sesquiterpéniques (ex : chrysanthèmes), primevères, pesticides, gants...).

II.4.2 Médicaments topiques

Les lésions débutent sur la zone d'application mais s'étendent souvent à distance.

Les topiques les plus fréquemment en cause sont : néomycine, antiseptiques, sparadrap (colophane), topiques antiprurigineux, baume du Pérou, AINS...

Les dermocorticoïdes peuvent induire des sensibilisations. Il faut penser à cette éventualité chez les patients qui appliquent de manière régulière des corticoïdes topiques et dont les lésions sont non améliorées ou aggravées par l'application de corticoïdes.

II.4.3 Cosmétiques

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

Les produits responsables sont : les parfums, les conservateurs, les excipients, le vernis à ongles, les déodorants, les shampooings, les laques, le baume du Pérou (rouge à lèvres, crèmes), le paraphénylènediamine (teintures)...

II.4.4 Produits vestimentaires

La topographie oriente vers différentes causes :

- sur le tronc et les plis : colorants textiles ;
- sur les pieds : cuir, colle des chaussures, caoutchouc...
- en regard des bijoux fantaisie ou des accessoires (montre, boucle de ceinture, boutons de jeans) : nickel.

II.4.5 Photoallergènes

Certains allergènes n'induisent un eczéma de contact qu'après irradiation par les rayons ultraviolets.

Les lésions débutent et prédominent sur les zones photoexposées (visage, oreilles, dos des mains, décolleté...).

Les causes sont entre autres le kétoprofène et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], les phénothiazines, et certains végétaux.

Le diagnostic se fait par *photopatch-tests* : *patch-tests* suivis d'une irradiation par certaines longueurs d'ondes de rayons ultraviolets. Ils sont réalisés en cas de suspicion de photoallergie.

III ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison sans cicatrice de l'eczéma en 7 à 15 jours.

En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité.

III.1 SURINFECTION

L'impétiginisation des lésions est suspectée devant la présence de croûtes jaunâtres, parfois associées à des adénopathies et de la fièvre.

Peu fréquente, elle doit être distinguée des croûtes succédant à la phase suintante.

III.2 ÉRYTHRODERMIE

Cf. Item 314 : Érythrodermie : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_39/site/html/1.html.

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

Elle s'accompagne de fièvre et de frissons.

Elle n'est pas spécifique de l'eczéma de contact.

III.3 RETENTISSEMENT SOCIOPROFESSIONNEL

C'est un handicap pour les eczémas de contact chroniques, et professionnels, en particulier des mains.

Il peut conduire à une adaptation du poste de travail ou à une déclaration de maladie professionnelle indemnisable.

IV TRAITEMENT

IV.1 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Il repose sur l'application de dermocorticoïdes de niveau d'activité forte à très forte pendant 1 à 2 semaines.

Une corticothérapie générale peut être utile en cas de poussée suraiguë et/ou d'atteinte diffuse (15 à 30 mg/j pendant 3 à 7 jours puis dégression).

Les antihistaminiques sont inutiles.

En cas d'impétiginisation, une antibiothérapie générale active sur les Gram+ (pristinamycine, amoxicilline + acide clavulanique) est nécessaire, sans retarder le traitement par corticoïdes topiques.

IV.2 ÉVICTION DE L'ALLERGENE

L'éviction de l'allergène est indispensable à la guérison car il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et explique la chronicité de certains eczémas de contact.

Il est important d'informer les patients sensibilisés et de leur remettre des listes de produits à éviter.

Lorsque l'éviction de l'allergène est impossible, une protection vestimentaire peut être nécessaire pour éviter le contact (gants, manches longues, chaussures...).

Les eczémas de cause professionnelle justifient un arrêt de travail, la réalisation de tests épicutanés et peuvent conduire à une déclaration en maladie professionnelle indemnisable.

IV.3 PREVENTION ET SUIVI

Il faut expliquer le cas échéant, les modalités de la prévention primaire et secondaire, individuelle et collective.

La prévention et le suivi, en milieu professionnel, reposent sur :

- l'aménagement de l'activité professionnelle et du poste de travail en collaboration avec le médecin du travail ;
- l'éviction des contacts avec les substances sensibilisantes par le port de gants, de vêtements de protection dans les professions à haut risque de sensibilisation de contact.

POINTS ESSENTIELS

- **L'eczéma de contact est la deuxième grande cause d'eczéma à côté de la dermatite (eczéma) atopique.**
- **Il est dû à une sensibilisation par voie cutanée à des petites molécules (haptènes) présentes dans notre environnement (à l'opposé de la sensibilisation à des protéines - atopènes - dans le cas de l'eczéma atopique).**
- **Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemnissables.**
- **Eczéma de contact et eczéma atopique peuvent s'associer, expliquant l'efficacité relative des mesures d'éviction, par exemple pour les dermatites des mains.**
- **Certains allergènes n'induisent un eczéma de contact qu'après irradiation par les rayons ultraviolets (photoallergie).**
- **La réalisation des tests épicutanés doit être orientée par l'interrogatoire et l'examen clinique.**
- **On peut rester sensibilisé très longtemps à un allergène de contact commun : la pertinence des tests épicutanés positifs doit donc systématiquement être discutée.**
- **Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, en particulier le nickel.**

- **L'éviction de l'allergène est une condition indispensable à la guérison.**
- **L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et rend compte de la chronicité de certains eczémas de contact.**
- **Le traitement symptomatique repose sur l'application de corticoïdes locaux.**
- **L'information du patient est indispensable pour qu'il parvienne à se protéger de tout contact ultérieur avec l'allergène.**