

Item 114 : Eczéma allergique de contact : physiopathologie, diagnostic, étiologie, évolution, traitement

**Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie
des Universités de Langue française**

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	4
INTRODUCTION.....	4
I Physiopathologie	4
I.1 Phase de sensibilisation	4
I.2 Phase de déclenchement	5
II Diagnostic	6
II.1 Diagnostic positif	6
II.1.1 Forme typique : eczéma aigu.....	6
II.1.2 Formes cliniques	6
II.1.2.1 Formes topographiques	6
II.1.2.2 Formes symptomatiques.....	6
II.1.2.3 Formes chroniques.....	7
II.1.2.4 Eczéma de contact de l'enfant.....	7
II.1.2.5 Photoallergies	7
II.1.3 Examen histologique	7
II.2 Diagnostic différentiel.....	8
II.2.1 Dermite d'irritation.....	8
II.2.2 Dermatite atopique.....	9
II.2.3 Dysidrose	9
II.2.4 Œdème du visage	9
II.2.5 Phototoxicité.....	9
III Étiologie	9
III.1 Interrogatoire	10
III.2 Examen clinique	10
III.3 Tests épicutanés ou patch-tests	11
III.4 Causes identifiées	13
III.4.1 Allergènes professionnels	14

III.4.2	Médicaments topiques	14
III.4.3	Cosmétiques.....	15
III.4.4	Produits vestimentaires	15
III.4.5	Photoallergènes	15
III.4.6	Dermatoses aéroportées	15
IV	Évolution et complications.....	15
V	Traitement.....	16

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une allergie cutané-muqueuse aiguë et/ou chronique chez l'enfant et chez l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

INTRODUCTION

L'eczéma allergique de contact (ou dermatite, ou dermatite de contact) est une dermatose très fréquente. Elle est due à une sensibilisation à des substances en contact avec le revêtement cutané, suivie d'une réaction immunitaire qui fait intervenir l'hypersensibilité retardée. Le diagnostic différentiel principal est la dermatite d'irritation de contact qui ne fait pas intervenir l'immunité lymphocytaire T spécifique.

I PHYSIOPATHOLOGIE

L'eczéma allergique 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,
- phase de déclenchement.

I.1 PHASE DE SENSIBILISATION

Phase de sensibilisation : cette phase peut durer de quelques jours à plusieurs années. Le produit sensibilisant exogène est le plus souvent une 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 subissent alors des modifications cellulaires et membranaires et expriment alors à leur surface le récepteur CCR7 (récepteur à la

chimiokine MIP-3 β) qui leur permet de se diriger vers la zone paracorticale des ganglions lymphatiques après avoir traversé la membrane basale, et migré à travers le derme. Pendant cette migration, elles subissent une maturation qui les rend capables d'activer des lymphocytes T « naïfs ». Les cellules de Langerhans matures présentent l'haptène en association avec des molécules HLA de classe I aux lymphocytes T CD8⁺ et en association avec des molécules HLA de classe II aux lymphocytes T CD4⁺. Les lymphocytes T capables d'interagir par leur récepteur (TCR) avec le complexe haptène-peptide/molécule du CMH sont activés, prolifèrent et se différencient alors en LT effecteurs et en LT « mémoires » circulants qui vont pouvoir retourner vers l'épiderme si l'antigène est réintroduit. Cette première phase dure de 5 jours chez la souris à 10-15 jours chez l'homme. Elle est cliniquement asymptomatique.

I.2 PHASE DE DECLENCHEMENT

Phase de déclenchement : elle survient chez un sujet sensibilisé, 24 à 48 heures après un contact avec le même antigène/haptène. La prise en charge de l'haptène par les kératinocytes et les cellules de Langerhans induit la production de cytokines et chimiokines qui permettent le recrutement dans le derme des lymphocytes T CD4⁺ et CD8⁺ « mémoires » qui portent à leur surface des récepteurs de chimiokines et des molécules de domiciliation appelées CLA pour « cutaneous lymphocyte antigen ». Les lymphocytes T CD8 jouent un rôle effecteur essentiel dans le déclenchement des lésions alors que les lymphocytes T CD4 semblent être doués de propriétés régulatrices aboutissant à la résolution de l'inflammation.

La plupart des lymphocytes T CD8 impliqués dans les réactions d'eczéma de contact synthétisent des cytokines de type Tc1 (IL-2, IFN- γ , lymphotoxine et TNF). La majorité des lymphocytes T CD4 synthétisent également des cytokines de type Th1 (IL2, IFN γ et TNF) mais un faible nombre de lymphocytes T CD4 synthétisent des cytokines de type Th2 (IL-10). Cette population CD4 de type Th2 pourrait jouer un rôle de régulation négative, comme la population de lymphocytes CD4⁺ CD25⁺, par l'intermédiaire de la synthèse d'IL-10. Les cytokines de type Th1 sont impliquées dans l'activation des mastocytes, à l'origine du recrutement des polynucléaires neutrophiles.

Les lymphocytes T CD8 exercent leurs activités cytotoxiques soit par la voie des granzymes et perforines qu'ils synthétisent, soit par la voie Fas/FasL. Ce sont eux qui en détruisant les kératinocytes et en les mettant en apoptose, sont responsables des lésions.

Les kératinocytes et les cellules endothéliales sont également activées. Les kératinocytes, sous l'action de l'IFN γ seul ou en association avec le TNF sécrètent d'autres cytokines et des chimiokines. Ces chimiokines (IP 10, MIG, I-TAC) attirent les lymphocytes T (de type Th1 et Tc1) portant CXCR3 qui représentent plus de 70 % de l'infiltrat cellulaire intra-

épidermique. Ensuite, au cours des phases plus tardives de la réaction, des chimiokines produites par des cellules dendritiques (I-309) attirent les lymphocytes Th2 et les lymphocytes régulateurs CD4+ CD25+ qui interviennent dans l'arrêt de la réaction.

II DIAGNOSTIC

II.1 DIAGNOSTIC POSITIF

II.1.1 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 extrêmement prurigineuses.

Elles réalisent des placards à contours émiettés dont la topographie correspond à la zone de contact avec l'antigène.

II.1.2 Formes cliniques

II.1.2.1 Formes topographiques

- Au visage, en particulier sur les paupières, et sur les organes génitaux, l'eczéma prend un aspect très œdémateux.
- Aux mains et aux pieds, l'eczéma se présente sous forme de vésicules prurigineuses dures, enchâssées.

II.1.2.2 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.
- La dysidrose est caractérisée par des vésicules très prurigineuses des faces latérales des doigts. Ce tableau peut être dû à un eczéma de contact ou à d'autres causes (dermatite atopique, formes idiopathiques à récurrences saisonnières...).

II.1.2.3 Formes chroniques

- Elles sont caractérisées par un épaissement quadrillé de la peau (lichénification) et une hyperpigmentation.
- Sur les paumes et les plantes, les lésions sont fissuraires et hyperkératosiques.

II.1.2.4 Eczéma de contact de l'enfant

- Le jeune âge ne doit pas faire récuser un eczéma de contact et faire faire par excès un diagnostic de dermatite atopique, pas plus qu'interdire le recours aux tests épicutanés pour le diagnostic.

II.1.2.5 Photoallergies

- Dans le cas d'une photosensibilisation (à distinguer d'une phototoxicité), la substance exogène n'induit un eczéma de contact qu'après irradiation par les rayons ultraviolets.
- Les lésions débutent et prédominent sur les zones photo-exposées (visage, oreilles, dos des mains...).

II.1.3 Examen histologique

Une biopsie cutanée n'est pratiquée que dans les cas où le diagnostic d'eczéma est hésitant. Il ne permet pas de préjuger d'une étiologie par allergie de contact. L'examen histologique montre :

- des lésions essentiellement épidermiques : elles sont caractérisées par la spongiose (œdème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intra-

épidermiques) et par l'exocytose (infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes) ;

- dans le derme : on observe un œdème et un infiltrat lympho-monocytaire à prédominance périvasculaire.

II.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

II.2.1 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 dermatite d'irritation.
- En réalité, la dermatite 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, dermatite des ménagères non spécifique, suivie quelques années plus tard d'un eczéma allergique de contact au nickel, aux caoutchoucs, aux parfums).

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

	Eczéma de contact	Dermite d'irritation
Lésions cutanées	Bords émiettés	Bords nets
Topographie	Peut déborder la zone de contact	Limitée à la zone de contact avec l'allergène
Symptomatologie	Prurit	Brûlure
Épidémiologie	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

II.2.2 Dermatite atopique

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

II.2.3 Dysidrose

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

II.2.4 Œdème du visage

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

- Érysipèle : le placard inflammatoire bien limité peut être recouvert de vésicules. Frissons, fièvre, hyperleucocytose sont caractéristiques.
- Œdème de Quincke : pâle, indolore sans prurit ni fièvre, souvent accompagné d'urticaire.
- Zona : douleurs, vésicules hémorragiques ou croûteuses, topographie hémifaciale permettent le diagnostic.

II.2.5 Phototoxicité

C'est le résultat d'une brûlure excessive après exposition solaire due à la présence de métabolites photo-actifs dans la peau obtenus après la prise de certains médicaments (comme les quinolones). Le prurit et l'absence de fièvre sont des éléments en faveur du diagnostic d'eczéma ou de photoallergie.

III ÉTIOLOGIE

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

III.1 INTERROGATOIRE

L'interrogatoire qui doit combiner connaissances, perspicacité et imagination, 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 :

1. **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). Des localisations secondaires peuvent s'observer (caractéristiques eczéma du visage ou du scrotum dans le cas d'eczéma professionnels initialement localisés aux mains...). Des eczéma de contact « par procuration » peuvent même faire errer le diagnostic (allergies au parfum ou autre cosmétique du conjoint, à un topique médicamenteux appliqué à un enfant... ou à un animal !);
2. **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... ; l'environnement professionnel, domestique ou de loisir doit être recherché ;
3. **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 ;
4. **les traitements locaux utilisés** : il faut préciser tous les traitements locaux utilisés, ainsi que les produits d'hygiène, parfums et cosmétiques.

III.2 EXAMEN CLINIQUE

Certaines localisations ont valeur d'orientation : un eczéma du lobe 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.

III.3 TESTS EPICUTANES OU PATCH-TESTS

- Ils sont indispensables pour le diagnostic de certitude de l'allergène en cause, qui conditionne souvent son éviction efficace. Le jeune âge ne contre-indique pas leur réalisation : au pire ils pourront être négatifs en raison d'une réactivité cutanée moindre ; si les signes cliniques le suggèrent, il ne faudra alors pas hésiter à les répéter quelques mois plus tard.
- Ils doivent être orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique.
- Ils sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma. Différents allergènes, généralement dilués dans la vaseline, 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 :
 - + : réaction faiblement positive : érythème et infiltration discrète,
 - ++ : réaction fortement positive : érythème, infiltration, vésicules,
 - +++ : réaction violemment positive : vésicules coalescentes aboutissant à une bulle,
 - - : réaction négative : peau normale IR : réaction d'irritation ; une réaction d'irritation particulière est représentée par l'effet « savon », qui se traduit par un aspect érythémateux et luisant, tout particulièrement observé avec les produits détergents et certains cosmétiques.
- 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). Des batteries plus limitées et adaptées sont proposées chez l'enfant. Des produits suspects apportés par le patient peuvent être testés, très dilués pour éviter des réactions de toxicité.

Tableau II : Batterie Standard Européenne des Allergènes

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

- Les photopatch-tests sont des patch-tests suivis d'une irradiation par certaines longueurs d'ondes de rayons ultra-violet.
- Les principaux effets secondaires des tests sont en relation avec une toxicité directe du produit testé (ulcération) ou avec une sensibilisation induite par le test (réaction très tardive, et réaction « classique » lors d'un test ultérieur).
- 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 ? Dans le cas des allergies d'origine professionnelle, la collaboration du médecin du travail de l'entreprise concernée est souvent précieuse, tant pour obtenir la nature et la composition des substances manipulées que pour établir la pertinence d'un test.
- Il existe des faux-positifs (principalement en relation avec des réactions d'irritation, ou en raison d'une sensibilisation antérieure qui n'est pas en relation avec l'eczéma récemment observé) et des faux-négatifs (en raison d'une faible réactivité cutanée, ou d'une trop faible concentration de la substance testée).
- 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), groupe des phénothiazines (Phénergan R topique), groupe des antibiotiques dérivés de la désoxystreptomine (néomycine, gentamycine, kanamycine)...

III.4 CAUSES IDENTIFIEES

Les allergènes en cause sont très variés. Des « réseaux d'allergo-vigilance » assurent désormais une veille permanente de l'apparition de nouveaux allergènes et peuvent être consultés en cas de besoin. 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) ; elle est périodiquement remise à jour en fonction de la présence et de l'utilisation des produits concernés.

III.4.1 Allergènes professionnels

Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemnisables. 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 et paratoluène diamine (teintures), thioglycolate (permanentes), caoutchouc (gants), conservateurs (shampoings), nickel (instruments)...
- *Métiers de l'industrie* : huiles de coupe, détergents, résines acryliques, bois exotiques...
- *Professions de santé* : antiseptiques (iodés, mercuriels, hexamidine), pénicillines, aminosides, anti-inflammatoires non stéroïdiens, phénothiazines, anesthésiques locaux, caoutchoucs naturels (latex) ou synthétiques (thiurams) (gants et matériels divers), acrylates des résines composites (prothésistes)...
- *Horticulteurs* : lactones sesquiterpéniques (ex : chrysanthèmes), primevères, pesticides, gants...

III.4.2 Médicaments topiques

Les lésions débutent sur la zone d'application. Les topiques les plus fréquemment en cause sont : néomycine, antiseptiques iodés et mercuriels, AINS, topiques antiprurigineux, baume du Pérou... Le sparadrap (colophane) peut également être en cause.

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 % des eczémas chroniques. Une lecture tardive 7 jours après la pose des tests est souvent nécessaire.

III.4.3 Cosmétiques

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

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

III.4.4 Produits vestimentaires

Les lésions prédominent sur le tronc et les plis (colorants et apprêts textiles) 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).

III.4.5 Photoallergènes

Les lésions prédominent sur les régions découvertes. Il s'agit d'une réaction au cours de laquelle un antigène, modifié par les UV devient immunogène. 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.

III.4.6 Dermatoses aéroportées

Les lésions prédominent sur les zones du corps exposées à l'air : visage, cou, décolleté, mains, poignets, avant-bras, jambes (chez la femme) et peuvent s'étendre aux régions couvertes. Il faut les distinguer des eczémas photo-allergiques qui ne s'étendent pas aux zones protégées de la lumière.

IV ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison de l'eczéma en dix à quinze jours. Une des rares exceptions à cette règle est représentée par l'allergie à l'urushiol, agent extrêmement

sensibilisant de certains végétaux rares en Europe mais communs aux États-Unis et au Canada (« poison ivy », « poison oak ») ou les lésions, très inflammatoires et prurigineuses peuvent persister plusieurs semaines sans nouveau contact avec l'allergène. En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité.

1. **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.
2. **Érythrodermie.** L'érythrodermie est une généralisation des lésions sous forme d'érythème disséminé prurigineux squameux ou vésiculeux.
3. **Retentissement socio-professionnel.** Le handicap induit par les eczémas de contact chroniques, en particulier des mains, peut être considérable. Un reclassement professionnel est parfois inévitable.

V 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. Il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

Le traitement repose sur l'application de corticoïdes locaux de classe 2 pendant 1 à 2 semaines. Les dermocorticoïdes de classe 3 peuvent être utilisés sur le visage. Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique, sauf dans l'allergie à l'urushiol évoquée plus haut.

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. En effet, les principaux allergènes susceptibles d'être à l'origine d'eczémas de contact sont listés dans les tableaux de maladies professionnelles indemnissables, au titre du régime général de l'assurance maladie ou au titre des régimes spécialisés (en particulier agricole). Un certificat doit être remis au salarié, qui jugera de l'intérêt pour lui de déclarer ou non sa pathologie. L'activité professionnelle doit, dans tous les cas où la poursuite du contact est inévitable, être aménagée en collaboration avec le médecin du travail ; il est vivement conseillé de rapporter la pathologie observée à l'observatoire des maladies professionnelles de l'inspection du travail du département du patient.

La prévention repose sur l'éviction des contacts avec les substances sensibilisantes. Des conseils adaptés doivent être donnés pour l'utilisation de crèmes « barrière », de gants, de

vêtements de protection, pour qu'une nouvelle sensibilisation ne vienne pas se substituer à celle que l'on souhaitait prendre en charge.

Il est important d'informer les patients sensibilisés et de leur remettre des listes de produits à éviter, et dans certains cas, des substances qui peuvent être responsables de réactions croisées. Même s'il n'est pas recommandé de réaliser des tests « prédictifs », qui risquent de plus de sensibiliser inutilement, des conseils de prévention doivent être donnés lors de l'entrée en apprentissage et/ou dans la vie professionnelle, pour les professions très exposées (coiffeurs, par exemple). Il faut déconseiller aux patients atteints de dermatite atopique le contact avec les substances fréquemment à l'origine de sensibilisations de contact.