



Eczéma des mains : classifications cliniques et physiopathologiques

Hand eczema: Clinical and physiopathological classification

A. Herman*, D. Tennstedt, M. Baeck

Service de dermatologie, cliniques universitaires st-Luc, UCL, avenue Hippocrate-10, 1200 Bruxelles, Belgique

Reçu le 15 février 2018 ; accepté le 16 février 2018

Mots clés : Eczéma mains ; Classifications ; Physiopathologie ; Contact ; Irritations

Keywords: Hand eczema; Classification; Physiopathology; Contact; Irritation

1. Introduction

Les eczémats correspondent à des réactions cutanées inflammatoires provoquées par des facteurs endogènes ou exogènes et parfois ces deux types de facteurs peuvent s'associer rendant plus difficile le diagnostic et la prise en charge.

Les facteurs endogènes impliquent une fragilité de la barrière cutanée d'origine génétique (déficit en fillagrine ou en lipides intercellulaires, notamment) et seront responsables de l'eczéma ou dermatite atopique. Les facteurs peuvent être des agents irritants ou caustiques, responsables de la dermatite irritative, ou des agents sensibilisants ou allergènes qui induiront quant à eux l'eczéma ou dermatite de contact allergique [1].

Les mains représentent un site particulièrement vulnérable au développement de ces affections en raison de la manipulation répétée au cours des activités quotidiennes et professionnelles de multiples produits, naturels ou synthétiques aux propriétés irritantes ou allergisantes.

L'eczéma des mains peut être classé en plusieurs catégories [2] :

- la dermatite de contact irritative ;
- l'eczéma ou dermatite de contact allergique ;
- la dermatite atopique ;
- la dermatite crevassée hyperkératosique ;
- l'eczéma dyshidrosique ;
- la dermatite de contact aux protéines.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne.herman@uclouvain.be (A. Herman).

La dermatite de contact irritative, la dermatite crevassée hyperkératosique ainsi que la dermatite de contact aux protéines n'entrent pas dans la définition de l'eczéma stricto sensu mais des similitudes anatomocliniques nous incitent à les aborder dans cette thématique des eczémats des mains.

2. Dermatite de contact irritative

La dermatite d'irritation est une altération de la barrière cutanée sans composante immunologique, liée à l'application sur la peau d'une ou plusieurs substances aux propriétés irritantes. Ces substances sont principalement des agents chimiques (détergents...) mais peuvent également être des agents physiques tels que des frottements ou frictions répétées. Les causes sont souvent multifactorielles : le contact répété avec des irritants (savons, détergents, shampooings, etc.) se combine aux microtraumatismes, à l'exposition au froid et à l'humidité, et à l'occlusion (port de gants) [3].

Elle se situe très précisément sur les régions qui ont été en contact direct avec cette substance et ne s'étend pas à distance. L'intensité des effets délétères du produit varie en fonction de son pouvoir irritatif (voire caustique), du site cutané atteint, de la fréquence et de la durée des applications.

La dermite d'irritation aiguë survient dès le premier contact avec une substance irritante. Les mains sont le siège d'un prurit intense accompagné de placards érythémateux, craquelé, se limitant le plus souvent au dos des mains avec une démarcation nette avec la paume qui reste indemne et avec une accentuation au niveau des espaces interdigitaux.

La dermatite d'irritation chronique (ou dermite d'usure, dermite des ménagères, dermite traumatique) est due à l'agression

répétée ou prolongée de la peau par des irritants mineurs. Dans ce cas, la paume peut être atteinte avec des accentuations des plis allant parfois jusqu'au fissures, voire même des crevasses douloureuses. Des pulpites digitales d'usures et des perturbations unguéales peuvent être observées. Elle favorise l'apparition secondaire de dermatites allergique de contact suite à l'altération de la barrière cutanée. L'irritation fait bien souvent le « lit » de l'allergie.

3. Eczéma de contact allergique

L'eczéma de contact allergique (ou dermatite allergique de contact) est consécutif à l'application par voie directe (sur la peau) par voie aéroportée (via l'air) ou par voie manipulée (contact par les mains) d'une substance exogène se comportant comme un allergène qui va être à l'origine d'une réaction immunitaire spécifique. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire, évoluant en deux phases : la phase de sensibilisation et la phase de révélation. Pendant la phase de sensibilisation, l'individu acquiert une mémoire immunitaire spécifique de l'allergène. En effet, les allergènes de contact, généralement des haptènes solubles, traversent la couche cornée de la peau, et se lient à des protéines épidermiques pour former des conjugués haptène-protéine. Les cellules de Langerhans, présentatrices d'antigène, prennent en charge le complexe haptène-protéine et induisent l'activation et la différenciation des lymphocytes T spécifiques « mémoires ». Cette phase de sensibilisation est donc asymptomatique. Lors de la phase de révélation, une réponse immunitaire spécifique s'active lorsque le patient est à nouveau en contact avec l'allergène responsable. En effet, les lymphocytes T mémoires produits lors de la phase de sensibilisation reconnaissent l'allergène et sécrètent des cytokines pro-inflammatoires se traduisant cliniquement par l'apparition d'eczéma. Cette réponse immunitaire est une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV selon Gell et Coombs [4] qui n'apparaît que 12 à 72 h après le contact avec l'allergène.

Sur le plan clinique, l'érythème et l'œdème s'observent 5 à 7 jours après le contact ou dans les 24 à 48 heures en cas de réintroduction. L'eczéma se développe sur le territoire cutané où la substance allergisante est appliquée mais peut également s'étendre à distance, voire donner des réactions généralisées.

Au dos des mains, l'eczéma de contact aigu est vésiculeux et suintant mais devient sec et squameux en cas de contact chronique avec l'allergène en cause. Des altérations unguéales (stries unguéales) peuvent être observées.

Sur la face palmaire, l'eczéma de contact est également possible bien que plus rare. Il se manifeste par des placards érythémato-vésiculeux prurigineux réalisant une pseudodysidrose. Lorsque l'eczéma se chronicise, l'éruption devient érythémato-squameuse.

4. Dermatite de contact aux protéines

Le mécanisme physiopathologique à l'origine de la dermatite de contact aux protéines n'est pas encore totalement certain. Il s'agit d'une dermatite, résultant de la combinaison de réactions immédiates (type I, médiée par des IgE), et de réactions retardées

(type IV). Il pourrait également s'agir d'une combinaison de réactions immédiates (type I) et de facteurs irritants.

Cette dermatite apparaît par ailleurs préférentiellement chez les sujets atteints de dermatite atopique ou présentant des traumatismes à répétitions. Elle est en effet plus fréquemment observée dans certaines professions en contact répétés avec des protéines animales ou végétales telles que les poissonniers, bouchers, cuisiniers, boulangers ou encore vétérinaires.

Sur le plan clinique, elle se caractérise par une exacerbation urticarienne, voire vésiculeuses, dans les 30–60 minutes suivant la manipulation de protéines d'origines animales ou végétales suivie d'un eczéma de contact ou d'une dermatite irritative chronique.

5. Dermatite atopique

La dermatite atopique est une maladie multifactorielle caractérisée principalement par un déficit génétique en une protéine, la filaggrine ou en lipides intercellulaires, rendant la barrière cutanée plus fragile ainsi que par une rupture de tolérance du système immunitaire par rapport aux antigènes de l'environnement.

Classiquement, la dermatite atopique survient dans l'enfance. Elle est caractérisée par l'apparition dans les trois premiers mois de vie de plaques symétriques d'eczéma sur les zones convexes du visage et des membres. Le prurit est intense et les plaques évoluent par poussées et rémissions. Des antécédents d'eczéma, d'asthme, ou de rhinite (regroupés sous le terme d'atopie) sont fréquemment retrouvés dans la famille.

Sur le plan clinique, les mains peuvent être atteintes tout autant que les autres parties du corps. Toutefois, la localisation au niveau des mains est assez caractéristique de la dermatite atopique de l'adulte. La barrière cutanée étant déjà altérée, les personnes atopiques développeraient également plus facilement des dermatites de contact allergiques via une sensibilisation secondaire.

6. Eczéma dyshidrosique

Cet eczéma nommé pompholyx par les anglais, se caractérise par des vésicules, enchâssées dans le derme, prurigineuses sur un fond érythémateux, localisées aux paumes et aux bords latéraux des doigts [5]. Son origine est multifactorielle. Notons que certains facteurs comme le tabagisme ou la consommation d'alcool et de café, de même que l'hyperhydrose sont incriminés. Un authentique eczéma de contact allergique peut par ailleurs prendre un aspect de dyshidrose, de même qu'une infection mycosique (mycides).

7. Conclusion

La difficulté du diagnostic et de la classification des eczémas des mains est due au fait que la majorité des pathologies sont intriquées. En effet, comme expliqué précédemment, la dermatite atopique ainsi que la dermatite d'irritation peuvent se compliquer secondairement d'une dermatite de contact allergique. Les explications théoriques sont donc faciles mais le diagnostic et dès lors la prise en charge qui est découlée en

pratique n'est pas toujours aussi aisée surtout lorsqu'il s'agit de cas professionnels.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis II. *Contact Dermatitis* 2008;58(6):335–9.
- [2] Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009;160(2):353–8.
- [3] Halioua B, Richard MA. Update on chronic hand eczema. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137(4):315–27.
- [4] Coombs RRA. Classification of allergic reactions for clinical hypersensitivity and disease. In: Geel PGH, Coombs RRA, Lachman R, editors. *Clinical aspects of immunology*. 3rd ed. London: Oxford Blackwell Scientific; 1975. p. 761–81.
- [5] Tennstedt D. Le monde des dysidroses. *Progrès en dermato-allergologie*. Lyon: John Libbey Eurotext; 2013. p. 1.