

Les urticaires chroniques de contact

D. TENNSTEDT

Résumé

Dans la plupart des cas, les urticaires de contact sont aiguës et ne posent que peu de difficultés diagnostiques puisqu'elles apparaissent rapidement lors de l'application de l'allergène de contact et disparaissent tout aussi rapidement lors du retrait de celui-ci. Dans certains cas nettement plus rares, les urticaires de contact peuvent être chroniques soit parce qu'elles sont provoquées par un allergène méconnu de l'environnement, soit parce qu'elles entrent dans le cadre d'une dermatite de contact aux protéines. Dans ces deux situations, la mise au point diagnostique est primordiale et la prise en charge thérapeutique consistera essentiellement en l'élimination de l'allergène responsable. Les urticaires de contact (aiguës ou chroniques) peuvent être subdivisées en urticaires non immunologiques et immunologiques. Le diagnostic peut se faire, suivant le cas, par des tests épicutanés ou des prick tests à lecture « immédiate ».

La notion même d'urticaire de contact s'est individualisée au cours des vingt-cinq dernières années et occupe une place extrêmement importante tant en dermatologie environnementale qu'en dermatologie professionnelle.

Dans la grande majorité des cas, les urticaires de contact sont essentiellement aiguës puisqu'elles disparaissent dans les minutes ou les heures qui suivent le retrait de l'agent déclenchant le contact.

Les urticaires de contact chroniques sont nettement plus rares et correspondent à des situations cliniques bien différentes.

1. Les urticaires de contact chroniques « pures » provoquées par un allergène méconnu de l'environnement (l'urticaire de contact liée au latex est certainement la plus fréquente). Le dépistage de celles-ci suivie de l'éviction du ou des allergène(s) responsable(s) représentera la principale prise en charge thérapeutique possible.

2. Les urticaires de contact chroniques entrant dans le cadre d'une dermatite de contact aux protéines, les lésions urticariennes s'associant alors volontiers à des manifestations retardées eczématiformes. Dans ce cas également, la

Summary

In most cases, contact urticaria is acute and is diagnosed straightforward; indeed it appears immediately after the application of the urticariogen(s) and disappears promptly after removal of the contact. On some rare occasions, contact urticaria is chronic for two main reasons: sometimes, it is provoked by an unknown urticariogen; in other cases, it is one of the clinical signs of protein contact dermatitis. In both situations, diagnostic procedures to be applied are of prime importance; treatment is submitted to the elimination of the responsible urticariogen. Acute and chronic varieties of contact urticaria can be subdivided into two categories: immunological and non-immunological. Diagnostic procedures include prick testing and/or patch testing (with immediate reading).

Chronic contact urticarias.

D. TENNSTEDT

Ann Dermatol Venerol 2003;130:1S28-30

prise en charge thérapeutique sera essentiellement liée au retrait de l'(les) allergène(s) protéique(s).

Dans ces deux situations cliniques, la mise au point diagnostique est donc primordiale et constituera la pierre d'angle de la prise en charge thérapeutique.

Une thérapie médicamenteuse, éventuellement provisoire, ne devra être proposée qu'en cas d'impossibilité de supprimer le(s) allergène(s) en cause (essentiellement dans le cadre d'affections d'origine professionnelle où la poursuite du métier s'avèrerait indispensable).

Aspects cliniques [1-3]

L'urticaire de contact correspond à la survenue de papules érythémateuses ortiées prurigineuses survenant dans les minutes qui suivent le contact avec la substance responsable.

En principe, l'apparition de ces papules est tout aussi rapide que leur disparition. Certaines formes cliniques à minima (et plus sournoises) peuvent s'observer : vague érythème prurigineux et même simple prurit récidivant s'observant plusieurs heures après le contact.

Les variétés d'urticaires de contact chroniques sont plus volontiers de ces deux derniers types car l'agent responsable n'est pas toujours suspecté par le patient.

Les lésions s'observent classiquement à l'endroit même du contact, mais peuvent bien entendu être aéroportées et/ou manuportées. Elles s'observent alors essentiellement au

visage et au cou ou au dos des mains (cas des protéines du latex par exemple).

Dans tous ces cas, un terrain atopique sous-jacent paraît favorisant.

Une classification des urticaires de contact a été proposée :

- stade 1 : urticaire isolée et strictement localisée au site du contact ;

- stade 2 : urticaire à distance du site de contact et/ou généralisée ;

- stade 3 : urticaire associée à des manifestations non cutanées (rhinite, conjonctivite, dysphagie, asthme, troubles digestifs divers) ;

- stade 4 : urticaire avec choc anaphylactique.

Dans certains cas, l'exposition incessante à l'(aux) allergène(s) protéique(s) induit la survenue d'une dermatite de contact aux protéines. Il existe alors une association de lésions chroniques eczématiformes érythématosquameuses, parfois vésiculeuses, associées à des poussées érythémateuses, voire œdémateuses caractéristiques d'urticaire. Ces lésions sont volontiers chroniques et s'exacerbent lors du contact avec les protéines responsables.

La dermatite de contact aux protéines se rencontre volontiers au sein de certaines professions dites « à risque » : poissonniers, bouchers, découpeurs de volaille, vétérinaires, boulangers ou tous les métiers de la restauration. Dans tous ces cas, l'atopie sous-jacente joue un rôle non négligeable.

Les protéines, y compris les enzymes (comme l'alpha-amylase présente dans certaines levures), sont des molécules d'un poids moléculaire élevé exprimé en K Daltons.

Physiologie [4, 5]

Les urticaires de contact peuvent être différenciées en urticaires non immunologiques et urticaires immunologiques (à mécanisme IgE). Parfois le mécanisme reste indéterminé.

URTICAIRES DE CONTACT NON IMMUNOLOGIQUES

Les urticaires de contact non immunologiques ont un mécanisme mal connu. Elles surviennent dès le premier contact et les lésions sont essentiellement limitées aux lieux du contact (stade 1) et surviennent très rapidement après celui-ci. Elles disparaissent en une à deux heures. L'histamine serait le principal médiateur, bien que d'autres substances pourraient en être responsables (prostaglandines, substance P, leucotriènes...). Les urticaires de contact non immunologiques sont très fréquentes (orties, fourmis, méduses, ...) ou souvent de découverte fortuite (lors de tests épicutanés par exemple) : baume du Pérou, cinnamaldéhyde, acide cinnamique, acide benzoïque... Les urticaires de contact non immunologiques ne sont que rarement chroniques.

URTICAIRES DE CONTACT IMMUNOLOGIQUES

Les urticaires de contact immunologiques sont médiées par les IgE et sont dues à la dégranulation des mastocytes et des basophiles lors du pontage des IgE situées à la surface de ces

cellules par l'allergène responsable. Ces urticaires sont souvent plus importantes et peuvent s'étendre en dehors du lieu de contact : l'association avec les manifestations générales est nettement plus fréquente (stade 2, stade 3, voire stade 4).

Les urticaires de contact immunologiques sont parfois chroniques, si l'agent responsable est inconnu, ou non évitable ou encore en cas de dermatite de contact aux protéines (association de réactions eczématiformes et d'urticaire).

Etiologie [6-9]

Les principaux agents responsables d'urticaires de contact non immunologiques sont les suivants :

- parfums et arômes : baume du Pérou, acide cinnamique, cinnamaldéhyde... ;

- conservateurs : acide benzoïque, formaldéhyde, acide sorbique, benzoate de sodium... ;

- ingrédients intervenant dans certaines préparations à usage topique : éthanol, isopropanol, capsaïcine, teinture de benjoin, résorcine, salicylate de méthyle, esters de l'acide nicotinique, codéine, diméthylsulfoxyde, essence de térébenthine... ;

- règne animal : chenilles, coraux, méduses, anémones de mer, cantharides, papillons de nuit... ;

- règne végétal : orties, cactus, algues, euphorbiacées... ;

- aliments : moutarde, poivre, thym, pulpe de grenade...

La cause la plus importante d'urticaires de contact immunologiques est l'allergie aux protéines du latex puisque dans des études épidémiologiques récentes, on cite des chiffres de prévalence allant de 3 à 10 p. 100 parmi les membres du personnel de soins. Cette prévalence élevée s'explique par le port de gants « chirurgicaux » en latex. D'autres sources peuvent être en cause : élastiques de sous-vêtements, matériel médical caoutchouté, préservatif, bonnet de bain, ballons de baudruche...

Il ne faut pas perdre de vue que de nombreux aliments peuvent provoquer des allergies croisées avec le latex : avocat, banane, châtaigne, kiwi, ananas, melon, tomate, pêche...

D'autres agents peuvent être responsables d'urticaire immunologique de contact :

- produits capillaires : colorants (PPD en particulier), persulfate d'ammonium (mécanisme peut-être également non immunologique ?), acrylates... ;

- produits cosmétiques : sésame, menthe, benzoate de sodium, chlorhexidine, menthol, parabens... ;

- règne animal et produits dérivés : chenilles processionnaires, rats (urine, poils et salive), asticots, chironomides, pelage et sérum de bovins, liquide amniotique, placenta, sperme... ;

- aliments et produits dérivés : additifs de farine (alpha-amylase, cellulase), viandes diverses, riz, fruits, légumes, poissons, crustacés, fruits de mer, ail, oignon... ;

- règne végétal : ficus, lupins, tabac, chrysanthèmes, lichens, primevères, jacinthes... ;

- médicaments : chlorhexidine, polyvidone iodée, bêta-lactamines, acide acétylsalicylique, alphotocophérol (vita-

mine E), aminophénazone, benzophénones, chloramine, butylhydroxytoluène, chlorpromazine, diéthyltoluamide, lindane, phénothiazines, pyrazolone, virginiamycine...

Mise au point [10-12]

URTICAIRES DE CONTACT NON IMMUNOLOGIQUES

Pour en faire le diagnostic de certitude, il faut réaliser soit des tests ouverts, soit des tests épicutanés (et non des prick tests). En général, ces tests ne sont pas indispensables lorsque la cause paraît évidente (méduse, corail, anémone de mer, ortie...).

Les tests ouverts se pratiquent en appliquant 0,01 ml du produit suspect sur une surface de 1 cm². Les produits cosmétiques sont appliqués tels quels ou dilués soit dans l'eau, soit dans la vaseline (parfois dans du propylène glycol).

Les tests épicutanés sont appliqués de manière classique.

Tous ces tests sont lus à la 15^e et à la 60^e minute.

En cas de négativité, un test d'application répétée peut éventuellement être tenté.

URTICAIRES DE CONTACT IMMUNOLOGIQUES

Classiquement, la plupart des auteurs proposent une démarche progressive : tests ouverts en peau saine, tests ouverts en peau lésée, tests épicutanés en peau saine, tests épicutanés en peau lésée, prick-tests et intradermoréactions.

Il est évident que cela n'est pas réaliste en pratique journalière.

La décision de recours à un test diagnostique précis se fera donc en fonction du produit suspecté et des symptômes présentés.

Plus la symptomatologie aura été sévère, plus il conviendra d'être prudent et éventuellement progressif (dilution croissante du produit). Dans la grande majorité des cas, les prick tests restent l'outil de diagnostic le plus fiable, tant sur le plan de la sensibilité que de la spécificité.

Les extraits d'allergènes protéiques sont disponibles et seront utilisés en première intention. Pour les fruits et les légumes, les produits natifs semblent cependant supérieurs et permettent une meilleure sensibilité.

Pour les protéines du latex, le prick test à l'aide d'un extrait standardisé constitue également le moyen de diagnostic de choix. En cas de négativité, le prick test peut être réalisé à l'aide d'une solution de sérum physiologique dans laquelle ont été trempés des morceaux de gants en latex. Ensuite, d'autres tests de réexposition à l'aide d'un doigtier d'un gant de latex peuvent être réalisés (sur peau sèche puis sur peau mouillée).

Une surveillance attentive doit toujours être réalisée dans les minutes et l'heure qui suivent la réalisation de ce test de réexposition.

La recherche d'IgE spécifiques peut également être réalisée (en particulier pour le latex) mais la sensibilité de ce test reste relativement moyenne.

Conclusion [13, 14]

Les urticaires de contact chroniques sont relativement rares et surtout d'origine immunologique. Elles se retrouvent principalement au sein de certaines professions à risques, chez lesquelles elles doivent être systématiquement suspectées.

La symptomatologie est très variable (formes frustes ou atypiques en particulier).

L'anamnèse ainsi que la réalisation de prick tests orientés permettront un diagnostic de présomption, voire de certitude.

Le retrait de l'allergène en cause est bien entendu primordial et constitue à lui seul la principale prise en charge thérapeutique (à condition de le dépister et de pouvoir l'éliminer). Dans le cas contraire, la prise en charge thérapeutique rejoindra celle de l'urticaire chronique idiopathique.

Références

1. Ale SI, Maibach H. Occupational contact urticaria. In Handbook of Occupational Dermatology, Kanerva L, Elsner P, Wahlberg JE, Maibach HI eds, Springer Verlag (Berlin, Germany), 2000;2:201-16.
2. Amin S, Tanglertsampan C, Maibach HI. Contact urticaria syndrome. Am J Contact Dermatitis 1997;8:15-9.
3. Trémeau-Martinage C, Giordano-Labadie F, Bazex J. Les urticaires de contact. Rev Fr Allergol 1995;35:44-9.
4. Lathi A. Non-immunologic contact urticaria. In Handbook of Occupational Dermatology, Kanerva L, Elsner P, Wahlberg JE, Maibach HI eds, Springer Verlag (Berlin, Germany), 2000;26:221-4.
5. Kanerva L, Toikkanen J, Jolanki R, Estlander T. Statistical data on occupational contact urticaria. Contact Dermatitis 1996;35:229-33.
6. Vervloet D. Latex allergy. Rev Fr Allergol 1997;37:1180-3.
7. Turjanmaa K, Alenius H, Mäkinen-Kiljunen S, Palosuo T, Reunala T. Commercial skin prick-test preparations in the diagnosis of rubber latex allergy. J Allerg Clin Immunol 1995;93:299.
8. Turjanmaa K, Alenius H, Mäkinen-Kiljunen S, Palosuo T, Reunala T. Natural-rubber-latex allergy. In Handbook of Occupational Dermatology, Kanerva L, Elsner P, Wahlberg JE, Maibach HI eds, Springer Verlag (Berlin, Germany), 2000;88:719-29.
9. Katsarou A, Armenaka M, Ale I, Koufou V, Kalogeromitros D. Frequency of immediate reactions to the european standard series. Contact Dermatitis 1999;41:276-9.
10. Brehler R, Kutting B. Natural rubber latex allergy; a problem of interdisciplinary concern in medicine. Arch Intern Med 2001;161:1057-64.
11. Valsecchi R, Leghissa P, Cortinovis R, Cologni L, Pomesano A. Contact urticaria from latex in healthcare workers. Dermatology 2000;201:127-31.
12. Jolanki R, Estlander T, Alanko K, Savola A, Kanerva L. Incidence rates of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex. Contact Dermatitis 1999;40:329-31.
13. Barbaud A. Urticaires de contact. Ann Dermatol Venerol 2001;128:1161-5.
14. Bourain JL. Les urticaires de contact. Progrès en Dermato-Allergologie John Libbey Lyon 1999, pp : 19-26.