



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2014) xxx-xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Eczéma des mains : quels signes en faveur d'une allergie ?

Hand dermatitis: What signs in favor of an allergy?

D. Tennstedt *, M. Baeck

Cliniques universitaires St.-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique

Résumé

Les signes en faveur d'une allergie, dans le cadre d'une dermatite eczématiforme des mains, sont essentiellement cliniques mais ceux-ci ne sont que suggestifs et rarement pathognomoniques. Il reste essentiel et indispensable de s'appuyer sur une anamnèse rigoureuse et approfondie ainsi que sur la réalisation de tests épicutanés orientés. Par ailleurs, la recherche de la pertinence est une étape indispensable et incontournable (sous peine d'échec thérapeutique !). La prescription d'un traitement purement symptomatique (souvent indispensable) ne peut être effectuée à l'aveugle et devrait donc s'accompagner de conseils judicieux et adaptés.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermatite des mains ; Eczéma des mains ; Signes cliniques

Abstract

The signs in favor of an allergy, within the framework of an eczematiform dermatitis of the hands, are essentially clinical but they are only suggestive and rarely pathognomonic. It remains essential and necessary to rely on a rigorous and thorough history as well as on a selected set of patch tests. In addition, the search for the relevance is an essential and major step (risking a therapeutic failure!). The prescription of a purely symptomatic treatment (often necessary) cannot be made blindly and should therefore be made with sensible and appropriate advice.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Hand dermatitis; Hand eczema; Clinical signs; Diagnosis

L'eczéma de contact allergique des mains (ou dermatite de contact ou encore dermatite allergique de contact) est consécutif à l'application par voie directe ou par voie aéroportée d'une substance exogène, se comportant comme une haptène (qui se transforme en allergène complet dans l'épiderme après couplage avec une protéine) et déclenchant une réaction d'hypersensibilité à médiation cellulaire retardée. Classiquement, la dermatite allergique de contact des mains survient après 7 à 10 jours lors du premier contact avec l'allergène (phase d'induction) et après 24 à 72 heures lors d'un contact ultérieur (phase de révélation). Il est essentiel de rappeler que, dans l'immense majorité des cas, la dermatite allergique de contact ne survient pas nécessairement lors du premier contact. Cette réaction allergique peut survenir après

plusieurs mois, voire plus rarement, plusieurs années de tolérance. « On ne naît pas allergique, on le devient ». La prévalence de la dermatite de contact des mains, au sein de la population générale, est de l'ordre de 2 à 10 % selon les études. Cette prévalence atteint, dans les professions à haut risque (coiffeurs, cuisiniers, personnel d'entretien, personnel [para]-médical...), le chiffre de 30 %. Mais ceci serait sous-évalué car bon nombre de patients se connaissent sensibilisés à des allergènes (comme les dérivés du caoutchouc, le nickel ou les parfums par exemple) et ne sont donc jamais testés ! Par ailleurs, 50 % des patients atteints d'un eczéma des mains requièrent un traitement et environ 5 % de ces patients sont en arrêt de travail.

L'aspect clinique de la dermatite allergique de contact des mains varie considérablement suivant sa topographie, son étiologie et sa chronologie [1,2]. Au départ, il s'agit d'un eczéma aigu associant érythème, papules et vésicules (Fig. 1). Dans la grande majorité des cas, l'eczéma débute au dos des

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique@tennstedt.be (D. Tennstedt).



Fig. 1. Eczéma (aigu) de contact des mains (faces dorsales) lié au port de gants de chirurgien.

mains ou des doigts mais peut également affecter les espaces interdigitaux. L'atteinte primaire des paumes ou des pulpes est plus rare mais possible. Aux paumes, l'eczéma de contact aigu peut mimer une dysidrose. Le prurit est souvent considérable. Les lésions sont classiquement mal délimitées et émietées en bordure. Sur un fond érythémateux, parfois œdémateux, se développent de nombreuses vésicules (voire des bulles) plus ou moins translucides, laissant sourdre un suintement qui fera rapidement place à des croûtelles. À ce stade, une surinfection est possible (impétiginisation).

La variété « sèche » (plus souvent chronique) de la dermatite allergique de contact des mains peut apparaître d'emblée ou faire suite à un épisode aigu [3]. Ici également le dos des mains est le plus souvent atteint mais les paumes et les pulpes digitales peuvent l'être dans un grand nombre de cas (Fig. 2). L'eczéma des extrémités digitales s'accompagne régulièrement de lésions dystrophiques des ongles. Les lésions sont érythémateuses, légèrement squameuses, toujours mal délimitées et prurigineuses. La desquamation est variable. Il peut exister quelques crevasses. Cet eczéma sec peut lui-même évoluer vers un véritable eczéma lichénifié très prurigineux et souvent chronique. Le grattage peut jouer un rôle quant à la pérennisation des lésions. La peau est épaissie, violacée et parcourue de stries kératosiques formant un quadrillage. Aux paumes, l'eczéma de contact chronique peut mimer un eczéma dysidrosique. L'aspect peut prendre également une forme « kératodermique » avec hyperkératose sèche et fissuraire accompagnée de douleurs parfois considérables et d'impotence fonctionnelle. Plus exceptionnellement, il n'existe qu'une simple hyperkératose sous-unguéale s'étendant plus ou moins vers les pulpes des doigts et pouvant s'accompagner de fissures douloureuses.

Dans certains cas, seul un prurit diffus est signalé alors qu'aucune lésion cliniquement évidente n'est constatée.

La distinction entre une dermatite de contact allergique et une dermatite de contact irritative voire une dermatite atopique n'est pas toujours évidente d'autant plus que ces diverses étiologies sont très souvent intriquées [3–5].

Le diagnostic clinique d'une dermatite allergique de contact des mains doit impérativement faire appel à deux critères :

l'anamnèse et la réalisation de tests épicutanés et de leurs variantes additionnelles [1,6].

L'interrogatoire minutieux (anamnèse), éventuellement répété, reste la première étape du diagnostic étiologique d'une dermatite allergique de contact des mains. Il ne faut négliger ni la chronologie de l'apparition de la dermatite, ni sa localisation, ni les caractères évolutifs des multiples poussées, ni le mode d'extension. Il importe de procéder à une véritable « enquête policière », idéalement à l'aide d'un protocole anamnestique préétabli, et de ne négliger aucune piste potentielle. Les sources de contacts professionnels (analyse des gestes professionnels, des produits utilisés lors du travail, des moyens de prévention ou de nettoyage...), le port éventuel de gants ou de bagues (nature de ceux-ci), l'utilisation de cosmétiques ou de médicaments (topiques locaux utilisés récemment ou anciennement) doivent être systématiquement et minutieusement explorés [7].

Il est clair qu'une anamnèse fouillée ne peut offrir que des caractères de présomption. Elle doit impérativement être complétée par une mise au point à l'aide de tests épicutanés.

Les tests épicutanés constituent la deuxième pierre angulaire du diagnostic clinique d'une dermatite allergique de contact ; ils visent à identifier l'allergène responsable en reproduisant, en miniature, la dermatite allergique de contact [8–10].

En d'autres mots, la mise au point par tests épicutanés est une étape incontournable dans la prise en charge globale d'un patient suspect d'être atteint d'une dermatite allergique de contact des mains. En principe, elle ne peut se réaliser qu'après la guérison de l'eczéma. Il paraît illusoire d'entreprendre des mesures d'éviction avant l'identification de l'allergène. Il est raisonnable de réaliser au minimum la batterie européenne standard selon l'European Environmental and Contact Dermatitis Research Group (EECDRG) adoptée en France par le groupe d'études et de recherches en dermato-allergologie (GERDA) [6]. Il faut impérativement effectuer, selon les cas, d'autres tests : série(s) complémentaire(s), topiques médicamenteux, cosmétiques, produits chimiques manipulés par le patient produits chimiques de l'environnement, objets divers de la vie quotidienne...

Les séries complémentaires seront réalisées en fonction de la profession, de la topographie de la dermatite et des résultats des tests de la batterie standard [10].

D'autres méthodes d'investigation sont de pleine actualité et complètent la mise au point : tests ouverts, tests semi-ouverts, tests ouverts itératifs (ROAT), tests d'usage... [11].

Cependant, la négativité des tests ne permet pas toujours d'éliminer la possibilité d'une dermatite allergique de contact. Une anamnèse minutieuse rétrospective peut, à la lumière des premières constatations, aider le clinicien à progresser dans la découverte du (ou des) allergène(s) responsable(s). D'autre part, la connaissance des allergies croisées et/ou des allergies concomitantes permet de proposer un bilan du problème posé par le patient. En fonction de l'anamnèse, de l'examen clinique et des résultats des tests épicutanés, la recherche de la pertinence ancienne ou actuelle des résultats reste l'étape essentielle et incontournable afin de poser un diagnostic de probabilité (ou de certitude) dans la mise au point d'une



Fig. 2. Eczéma (chronique) de contact des mains (faces palmaires) lié à l'utilisation de produits contenant des chromates chez un carrossier.

dermatite allergique de contact des mains. Le lien entre les résultats des tests et les manifestations cliniques présentées par le patient doit absolument être établi. Il s'agit d'une recherche indispensable mais parfois complexe, nécessitant la connaissance des dernières nouveautés en matière d'eczéma de contact [12]. Elle conditionnera l'éviction de l'(ou des) allergène(s) et donc la disparition de l'eczéma de contact allergique.

Le fondement même de la thérapeutique d'une dermatite allergique de contact repose impérativement sur la mise en évidence de l'(ou des) allergène(s) en cause.

La connaissance des réactions croisées potentielles est indispensable car elle permet de pouvoir prédire l'apparition de réactions allergiques face à des substances a priori différentes (par exemple : paraphénylènediamine et benzocaïne, octocrylène et kétoprofène...) [13].

Le diagnostic différentiel de l'eczéma de contact allergique des mains doit systématiquement être réalisé en prenant en compte d'autres diagnostics possibles à ce niveau :

- dermatite d'irritation ;
- dermatite atopique ;
- eczéma nummulaire ;
- « eczéma » hyperkératosique palmaire ;
- psoriasis ;
- dermatophytie ;
- lichen plan ;
- gale...

Il est évident que dans un nombre non négligeable de cas, plusieurs diagnostics peuvent coexister ou se succéder chez un même patient [5].

La biologie n'est pas contributive dans le diagnostic de la dermatite allergique de contact des mains. Une éosinophilie

peut parfois être présente. Les IgE ne sont pas augmentées, sauf en cas de dermatite atopique sous-jacente.

En fonction de la détection de l'(ou des) allergène(s) en cause et surtout de leur pertinence dans l'éclosion de l'affection, il reste essentiel d'informer le patient sur les diverses sources et expositions auxquelles il pourrait être confronté [14,15]. La remise de feuillets spécifiques relatifs aux sources, expositions et usages des allergènes peuvent être utiles à condition de les commenter de façon adaptée et personnalisée au patient, en fonction du mode de présentation de son eczéma ainsi que des diverses circonstances dans lesquelles il pourrait être amené à les rencontrer. La délivrance « aveugle » de listes extensives et rébarbatives non commentées serait non seulement inutile mais source d'anxiété ou de découragement pour le patient qui se sentirait noyé au sein d'un flot d'informations non exploitables.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Tennstedt D, Jacobs MC, Baeck M, Lachapelle JM. Dermatite allergique de contact. *EMC Dermatol* 2012;7(00):1-17 [Article 98-145-A10].
- [2] Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009;160:353-8.
- [3] Berbis P. Eczéma chronique des mains. Comment le reconnaître ? *Nouvel Dermatol* 2010;29:491-500.
- [4] Lachapelle JM. Certains eczémats des mains gardent-ils leur secret ? *Derm Actu* 2013;139:14-8.
- [5] Nosbaum A, Vocanson M, Rozieres A, Hennino A, Nicolas JF. Allergic and irritant contact dermatitis. *Eur J Dermatol* 2009;19:325-32.
- [6] Tennstedt D, Jacobs MC, Lachapelle JM. Guide introductif à la batterie standard européenne des tests épicutanés et à ses ajouts. *Viterne: Médi-script*; 1995: 101.
- [7] Le Coz CJ. Eczéma des mains et maladie professionnelle. *Ann Dermatol Vénereol* 2010;137(Suppl. 3):S104-10.
- [8] Halioua B, Richard MA. Mise au point sur l'eczéma chronique des mains. *Ann Dermatol Vénereol* 2010;137:315-27.
- [9] Lachapelle JM, Frimat P, Tennstedt D, Ducombs G. *Dermatologie professionnelle et de l'environnement*. Paris: Masson; 1992: 75-80.
- [10] Lachapelle JM, Maibach HI. *Patch testing and prick testing. A Practical guide*, 3rd ed., Berlin: Springer; 2012: 218.
- [11] Hannuksela M, Salo H. The repeated open application test (ROAT). *Contact Dermatitis* 1986;14:221-7.
- [12] Giordano-Labadie F. Eczéma de contact : actualités. *Progrès en dermato-allergologie*. Bordeaux: John Libbey; 2009: 385-91.
- [13] Lepoittevin JP. L'allergie croisée : mythe ou réalité. In: *Progrès en dermato-allergologie*. Strasbourg: John Libbey; 2010: 79-84.
- [14] Menne T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2011;65:3-12.
- [15] Diepgen TL, Agner T, Aberer W, et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2007;57:203-10.