



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2018) xxx–xxx

Revue Générale

Prise en charge de l'eczéma des mains en pratique de ville

Hand dermatitis testing in the allergist's office

C. Dzviga

Consultation d'allergologie, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

Reçu le 7 mars 2018 ; accepté le 6 avril 2018

Mots clés : Eczéma ; Allergie de contact ; Patch-tests ; Dermite des mains ; Cabinet de ville

Keywords: Eczema; Contact allergy; Patch tests; Hand dermatitis; Allergist's office

L'eczéma des mains est une pathologie fréquente, touchant 2 à 8,8 % de la population générale, et pouvant dans certaines professions approcher les 50 % [1]. Il représente 20 à 35 % de l'ensemble des dermatoses.

Le mécanisme est souvent multifactoriel, soit exogène, de mécanisme allergique ou irritatif, soit endogène, lié à l'état de la barrière cutanée (terrain atopique) [1].

Les dermites des mains sont classées en plusieurs groupes : dermite irritative de contact, dermite allergique de contact, dermite hyperkératosique (psoriasis), dermite atopique. Les mécanismes irritatifs et allergiques, par ailleurs souvent associés, sont les plus fréquents [2].

Nombre de ces dermites des mains sont explorées par des allergologues ou des dermato-allergologues, en médecine de ville. Il nous a semblé important de savoir comment était gérée cette pathologie, et les difficultés rencontrées par les médecins. Un questionnaire avec 12 questions a donc été envoyé via le syndicat des allergologues (SYFAL). Trente réponses de médecins, répartis sur tout le territoire, ont pu être analysées. Voici quelques informations apportées par cette enquête.

Les tests de contact sont la technique de référence pour dépister une dermite allergique. Ils sont dans notre enquête effectués systématiquement dans environ 2/3 des cas. La batterie standard européenne (BSE) contient actuellement 30 allergènes, plus 10 ajouts recommandés. Dans les cabinets d'allergologie, la composition de la BSE est variable, allant de 24 et 40 tests. Cette batterie est assez régulièrement mise à jour. Le recours aux batteries complémentaires est plus aléatoire. Plus de 2/3 des

médecins n'en utilisent pas ou ils envoient le patient à l'hôpital lorsqu'ils les estiment nécessaires. Lorsqu'ils en utilisent, la batterie coiffure est la plus fréquente, suivie de la batterie cosmétiques/conservateurs.

Les produits personnels ou professionnels sont testés dans environ la moitié des cas. Tester ces produits semble d'ailleurs pour une majorité de médecins peu informatifs, bien moins intéressant que la BSE, et même moins que les batteries complémentaires. Une autre variable étudiée a été le nombre de lecture effectué pour ces tests : pour un quart des praticiens une seule est effectuée, pour une moitié deux lectures sont effectuées, le reste se partageant entre une deuxième lecture par photo, et plus rarement une troisième lecture. Ces résultats sont à confronter avec les résultats de certaines études montrant le gain de rentabilité que peut apporter une troisième lecture [3,4].

Les commentaires des médecins insistent sur la difficulté de cette pathologie, et l'importance de l'éducation, rarement effectuée. Ils soulignent le coût élevé du matériel, que par ailleurs la majorité ignore ou qu'elle sous-estime. Décevant et souvent négatif sont les mots qui reviennent régulièrement dans les remarques. Ceci contraste avec les résultats de certaines études qui retrouvent une positivité des tests de contact dans plus de 60 % des cas [1].

Sur la région Rhône Alpes Auvergne, des représentants des 4 CHU (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand et Saint-Étienne) se réunissent depuis 2 années pour uniformiser les batteries. Ceci est un grand progrès pour l'homogénéisation des bilans, mais cela ne garantit pas l'accès pour tous les patients de la région à ces batteries. Il a été débuté sur la région de Saint-Étienne une coopération ville/hôpital afin de faire évoluer cette situation. Les patients viennent à l'hôpital pour se faire poser les

Adresse e-mail : charles.dzviga@wanadoo.fr

<https://doi.org/10.1016/j.reval.2018.04.002>

1877-0320/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

plaques des tests de contact, qui seront ensuite lues par le médecin prescripteur. Cette expérience pourra peut-être améliorer la vision négative et pessimiste que cette pathologie a parmi les allergologues.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Warshaw E, Rehana L, Donald V, Vincent A, Fowler J, Howard Maibach I, et al. Contact dermatitis of the hands: cross-sectional analyse of North

American contact dermatitis group data, 1994–2004. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:301–14.

- [2] Diepgen TL, Anderson 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;160:353–8.
- [3] Ahlgren C, Isaksson M, Moller H, Axeli T, Liedholm R, Bruze M. The necessity of a test reading after 1 week to detect late positive patch test reactions in patients with oral lichen lesions. *Clin Oral Investig* 2014;18(5):1525–31.
- [4] Higgins E, Collins P. The relevance of 7-day patch test reading. *Dermatitis* 2013;24(5):237–40.