

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

**UNIVERSITE BATNA 2
Faculté de médecine
Département de médecine**

Eczéma de contact

Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année médecine

Module de Dermatologie

Année universitaire : 2021/2022

Présenté par : Dr. TEBABEL Wafia

Maitre assistante en Dermatologie-vénéréologie

CHU Batna

Objectifs :

- Diagnostiquer un eczéma de contact.
- Argumenter l'attitude thérapeutique, et planifier le suivi du patient.

Plan du cours :

- I. Définition**
- II. Physiopathologie**
 - 1. Phase de sensibilisation
 - 2. Phase de révélation
- III. Diagnostic positif**
 - 1. Clinique
 - 1.1 Eczéma aigu
 - 1.2 Eczéma chronique
 - 2. Histologie
- IV. Diagnostic différentiel**
- V. Diagnostic étiologique**
 - 1. Recherche de l'allergène
 - 2. Principales étiologies
- VI. Evolution / Complications**
- VII. Traitement**
 - 1. Traitement symptomatique
 - 2. Eviction de l'allergène

I. Définition

- L'eczéma de contact est une dermatose très fréquente.
- Elle est due à une sensibilisation percutanée à des molécules non tolérées ou allergènes.

II. Physiopathologie

- L'eczéma de contact est une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire déclenchée par le contact de la peau avec une substance exogène.
- Elle évolue en deux phases :
 1. Phase de sensibilisation
 - Cliniquement *asymptomatique*. Elle peut durer quelques jours à plusieurs années.
 - Le produit sensibilisant exogène est le plus souvent **un haptène** = substance de petite taille non immunogène par elle-même.
 - Elle pénètre dans la peau et s'associe à une protéine pour former un couple haptène-protéine qui constitue **l'allergène**.
 - Celui-ci est pris en charge par les cellules dendritiques de l'épiderme (cellules de Langerhans) ou du derme.
 - Ces cellules migrent par voie lymphatique vers la zone paracorticale des ganglions lymphatiques et vont activer des lymphocytes T « naïfs ».
 - Ces lymphocytes T prolifèrent et se différencient alors en lymphocytes « mémoires » circulants.
 2. Phase de révélation
 - Elle survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène.
 - Des lymphocytes T mémoire spécifiques de l'allergène à recirculation cutanée reconnaissent l'allergène présenté par les cellules de Langerhans.
 - Ils prolifèrent et sécrètent des cytokines pro-inflammatoires (IL-2, TNF α) qui recrutent des cellules inflammatoires responsables de la réaction clinique et histologique d'eczéma (spongiose et exocytose épidermiques).

III. Diagnostic positif

1. Clinique :

1.1. *Forme typique* : **Eczéma aigu**

- Le diagnostic est **clinique**.
- Les lésions sont très prurigineuses (+++).
- La poussée d'eczéma évolue en 04 stades, souvent intriqués :
 - Phase érythémateuse : placard érythémateux, oedémateux, chaud, d'effaçant à la VP, à bords émiettés.

- Phase vésiculeuse : après quelques heures, des vésicules apparaissent à la surface de l'érythème, à contenu séreux clair.
- Phase suintante : la rupture de vésicules, spontanément ou après grattage, laisse s'écouler un liquide séreux, dont la coagulation donne des croûtes jaunâtres.
- Phase desquamative ou de réparation : à la chute de croûtes, apparaît un épiderme rose, fripé, fortement desquamatif.
 - ⇒ *Formes topographiques* :
- Sur le visage (paupières ++) et les organes génitaux : l'eczéma peut prendre un aspect très œdémateux.
- Sur les paumes et les plantes (couche cornée plus épaisse) : la rupture des vésicules est plus difficile, et l'eczéma aigu se présente sous forme de vésicules prurigineuses dures enchâssées (aspect de dysidrose).

1.2. ***Eczéma chronique*** :

- Eczéma lichénifié : le grattage chronique entraîne un épaississement de la peau qui devient quadrillée et pigmentée
- Eczéma chronique des paumes et des plantes : lésions fissuraires et hyperkératosiques réalisant une kératodermie palmo-plantaire.

2. Histologie :

- La biopsie cutanée n'est pas nécessaire, elle est réalisée en cas de doute diagnostique.
- L'examen histologique montre :
 - Au niveau de l'épiderme :
 - * Une **spongiose** = œdème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intra épidermiques)
 - * Une **exocytose** = infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes
 - Au niveau du derme :
 - * **Œdème** dermique
 - * Un **infiltrat** riche en lymphocytes à prédominance péri vasculaire.

IV. **Diagnostic différentiel**

- *Dermatite d'irritation* : secondaire à des agressions physiques ou chimiques directes, qui ne nécessitent pas de mécanismes immunologiques.
- *Dermatite atopique* : tableau différent par la topographie et la chronicité des lésions.
- *Dysidrose*
- *Œdème du visage* : Erysipèle, Angio-œdème, Zona

| | Eczéma de contact | Dermatite d'irritation |
|-------------------------|--|---|
| Epidémiologie | Atteint quelques sujets en contact avec le produit | Atteint la majorité des sujets en contact avec le produit |
| Lésions cutanées | Bords émiettés | Bords nets |
| Topographie | Déborde la zone de contact avec l'allergène | Limitée à la zone de contact |
| Symptomatologie | Prurit | Brûlures |
| Histologie | Spongiose, exocytose | Nécrose épidermique |
| Tests épicutanés | Positifs (lésion d'eczéma) | Négatifs (ou lésion d'irritation) |

-Éléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermatite d'irritation-

V. Diagnostic étiologique :

1. La recherche de l'allergène : **indispensable**, elle repose sur :

- **L'interrogatoire** : ++ doit préciser :
 - La *topographie initiale* : grande valeur d'orientation. Les lésions sont initialement localisées à la zone de contact avec l'allergène, elles peuvent ensuite diffuser à distance.
 - *Circonstances de déclenchement* : 24h à qlq jours avant le début des lésions : profession, jardinage, bricolage...
 - Chronologie : évolution des lésions dans le temps : amélioration ou aggravation pendant les week-ends, les vacances...
 - Traitements locaux utilisés : avant et après l'apparition de la dermatose, produits d'hygiène, parfums, cosmétiques ...

- **L'examen clinique** : Certaines localisations ont une valeur d'orientation :
 - Un eczéma du lobule des oreilles, poignet, ombilic fait évoquer une sensibilisation au *nickel*
 - Un eczéma du visage, des paupières ou du cou oriente vers une allergie aux *cosmétiques*, vernis à ongles, aux *produits volatils* (parfums, peintures, végétaux...)
 - Un eczéma des pieds oriente vers une allergie à un constituant des chaussures : *chrome* du cuir ...

- **Les tests épicutanés** : **Patch-tests** : indispensables pour le diagnostic de certitude :
 - Ils sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma (2 mois).
 - Différents allergènes sont appliqués sous occlusion sur le dos pendant 48 h
 - La lecture est faite à 48 h, 15min après avoir enlevé les tests.
 - Une seconde lecture est réalisée à 72-96 h, parfois à 7 jours pour certains allergènes.

- La lecture est la suivante :
 - * Test négatif : peau normale
 - * Test positif : lésion d'eczéma : + : érythème, papule
 - ++ : érythème, papule et vésicules
 - +++ : érythème, papule, nombreuses vésicules confluentes, vésiculo-bulles.
- On réalise habituellement :
 - * La **Batterie standard européenne** = 25 substances les plus fréquemment en cause
 - * Des tests avec les produits utilisés par le malade
 - * Eventuellement des batteries spécialisées orientées (coiffure, peintures...).

2. Principales étiologies :

- **Allergènes professionnels** :
 - *Métiers du bâtiment* : sels de chrome (ciment), cobalt (peinture, émail), résines époxy (colle, vernis, peinture)...
 - *Coiffeurs* : paraphénylènediamine (teintures), caoutchouc (gants)...
 - *Professions de santé* : antiseptiques, antibiotiques, AINS, anesthésiques locaux, caoutchoucs (gants), acrylates des résines composites (prothésistes)...
- **Médicaments topiques** : Les lésions débutent sur la zone d'application mais s'étendent souvent à distance. Les produits les plus fréquemment en cause sont : néomycine, antiseptiques, sparadrap...
- **Cosmétiques** : Les lésions sont plus fréquentes chez les femmes et prédominent sur le visage : parfums, conservateurs, excipients, vernis à ongles, déodorants, shampooings, laques, baume du Pérou (rouge à lèvres) ...
- **Produits vestimentaires** : La topographie oriente vers différentes causes : sur le tronc et les plis= colorants textiles, sur les pieds= cuir, colle des chaussures, caoutchouc, en regard des bijoux fantaisie ou des accessoires (montre, boucle de ceinture, boutons de jeans)= nickel.
- **Photoallergènes** :
 - Certains allergènes n'induisent 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, décolleté...).
 - Kétoprofène et autres AINS, phénothiazines, et certains végétaux.
 - Le diagnostic se fait par *photopatch-tests*.

VI. Evolution / Complications

- L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison sans cicatrice de l'eczéma en 7 à 15 jours.
- En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité.

- Les principales complications sont :
 - La surinfection
 - L'érythrodermie
 - Le retentissement socio-professionnel +++

VII. Traitement

1. Traitement symptomatique

- Application de dermocorticoïdes de niveau d'activité forte à très forte pendant 1 à 2 semaines.
- Une corticothérapie générale peut être utile en cas de poussée suraiguë et/ou diffuse (15 à 30 mg/j pendant 3 à 7 jours puis dégression).
- En cas d'impétiginisation, une antibiothérapie générale active sur les Gram+ (pristinamycine, amoxicilline + acide clavulanique) est nécessaire, sans retarder le traitement par corticoïdes topiques.

2. Traitement étiologique : éviction de l'allergène

- L'éviction de l'allergène est indispensable à la guérison car il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.
- Informer les patients sensibilisés et leur remettre des listes de produits à éviter.
- Lorsque l'éviction est impossible, une protection vestimentaire est nécessaire (gants, manches longues, chaussures...).
- Les eczémas de cause professionnelle justifient un arrêt de travail, et éventuellement un aménagement de l'activité professionnelle en collaboration avec le médecin du travail.