

ECZEMAS

Dr GASMI

Objectifs

- Définir les eczémas.
- Décrire la physiopathologie et l'histopathologie de l'eczéma.
- Diagnostiquer un eczéma de contact et une dermatite atopique.
- Reconnaître les différentes formes d'eczémas (eczéma de contact et dermatite atopique).
- Procéder au diagnostic étiologique de l'eczéma de contact (tests épicutanés).
- Traiter un eczéma de contact ou une dermatite atopique.

ECZEMA

- L'eczéma est une **dermatose érythémato-vésiculeuse prurigineuse**, en nappes ou en placards très récidivante et dont la lésion histologique prédominante est la spongiose du corps muqueux de Malpighi.
- L'eczéma est la plus fréquente des dermatoses, 1/3 des malades d'une consultation externe de dermatologie sont atteints d'eczéma.

ECZEMA

- Ce groupe d'eczéma, comporte deux entités bien définies :
- - l'eczéma de contact allergique
- - l'eczéma constitutionnel encore appelé dermatite atopique

CLINIQUE

• Sur le plan séméiologique, les lésions élémentaires sont représentées par :

- l'érythème
- les micro vésicules de la taille d'une tête d'épingle, sont remplies d'un liquide clair,



- L'eczéma évolue par poussée. Le prurit est pratiquement constant, la poussée d'eczéma évolue en 4 phases :

• 1. La phase érythémateuse :

- Un placard érythémateux, oedémateux, chaud, inflammatoire, parsemé de petites élevures, donnant un aspect chagriné de la peau. A ce stade initial, le prurit est toujours intense



• 2. La phase vésiculeuse :

Quelques heures (6 à 10 heures), après la première phase, les vésicules caractéristiques de l'eczéma, apparaissent sur les lésions érythémateuses, elles sont transparentes et renferment une sérosité claire. Elles peuvent confluer pour réaliser des petites bulles.



Elles ne se limitent pas à la plaque érythémateuse mais peuvent se voir à distance. Ces vésicules sont fragiles, elles se rompent spontanément ou à la suite du grattage et nous entrons dans la troisième phase.

- **3. La phase de suintement :**

- Les vésicules se rompent et laissent s'écouler un liquide séreux jaunâtre, le placard se couvre alors de petites croûtes jaunâtres, résultat de la coagulation de la sérosité (assèchement).



- En quelques jours, les croûtes vont se dessécher et tomber, nous entrons alors dans la dernière phase.

- **4. La phase de réparation : phase de desquamation :**

- Lorsque les croûtes sont tombées, le tégument prend un aspect érythémateux, lisse. Rapidement la rougeur diminue, la surface de la peau se craquelle et se recouvre de squames fines.
- Ces squames tombent et peu à peu la peau reprend son aspect normal.
- Dans certains cas d'eczéma chronique où le prurit est extrêmement important, la peau garde un aspect épaissie, lichénifié, infiltré.

III- LES FORMES CLINIQUES

- **A/ formes symptomatiques**

- 1. **L'eczéma aigu du visage :**

Il est caractérisé par une rougeur intense oedémateuse avec suintement, simulant un érysipèle

les lésions sont prurigineuses, sans adénopathies, sans phénomènes généraux.



- **2. L'eczéma papulo-vésiculeux :**

- Il se présente sous forme de petites élevures papuleuses, légèrement infiltrées, de teinte rose vif avec, au centre, une vésicule. Ces papulo-vésicules sont analogues à celles du prurigo simplex.



- 3. L'eczéma nummulaire : (en pièces de monnaies)



- 5. L'eczéma sec :



- 4. L'eczéma bulleux :



- 6. L'eczéma kératosique : eczéma chronique



B/les formes compliquées:

- 1. Surinfection
- 2. Passage à la chronicité



- 3. Généralisation



- 4. RECIDIVES

V- PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ECZEMA DE CONTACT

- Les eczémas de contact sont des réactions allergiques d'hypersensibilité immunologique cellulaire classées dans le type IV de la classification de Gell et Coombs .
- Cette hypersensibilité immunologique de contact une fois acquise, est en général définitive.

VI- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : ECZEMA DE CONTACT

- principe de l'enquête étiologique
- 1. L'interrogatoire :
- Il a une importance fondamentale et il faut y consacrer le temps nécessaire.
- Les 2 questions préalables sont :
- - Où l'eczéma a-t-il débuté? Cette localisation aidera à s'orienter vers des allergènes précis.

Exemples

- • DOS des mains :
contact professionnel,
ménagère,



CIMENT





- Visage : cosmétique, produits aéroportés...
- paupières : vernis à ongles, collyres....



- • poignet : montre, bracelet.....



Figure 8. Dermatite de contact au fragrance mix (molécules parfumées contenues dans une crème « bio » à usage cosmétique).

- - Quant l'eczéma a-t-il débuté et comment évolue-t-il?

2. Les test cutanés ou patch test

- Ces tests reproduisent les mêmes lésions que celles de l'eczéma.
- - Technique : sur la peau du dos en dehors d'une poussée d'eczéma et à distance d'une corticothérapie locale, on applique la substance à tester qu'on recouvre d'un support non allergisant (pastilles de cellulose), la lecture se fait



- 48 heures plus tard, les résultats sont interprétés comme suit :
- érythème simple : + : Douteux
- érythème et œdème : ++ : Positif
- vésiculation : +++ . bulles : ++++ : Fortement positif

Les principaux allergènes de contact

- Sels de chrome : bichromate de potassium: c'est une cause fréquente d'eczéma de contact professionnel ; ciments, peintures, eau de Javel, solution pour chromage, huiles de coupe (soudure),...
- Nickel : accessoires vestimentaires, boutons métalliques, bijoux de fantaisie,...
- Caoutchouc : pneus, câbles, objets domestiques, bottes, gants,
- le groupe des aminés en paraphénylène diamine ; colorants, sulfamides, teinture de cheveux, constituant des cosmétiques : lanoline, parfum.... donnent des allergies croisées.

Dermatite atopique OU Eczema

INTRODUCTION

- La Dermatite Atopique(DA), ou eczéma atopique, (autrefois appelée eczéma constitutionnel) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique commune chez l'enfant et l'adulte jeune, qui évolue par poussées.
- Les caractéristiques anatomopathologiques sont très proches de celles observées dans l'eczéma de contact et incluent
 - une atteinte épidermique prédominante avec un afflux de lymphocytes T (exocytose) et un oedème intercellulaire (spongiose) réalisant des vésicules microscopiques.

Le diagnostic de DA est clinique et anamnestique

Tableau I : Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'United Kingdom Working Party

| Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associé à 3 ou plus des critères suivants |
|--|
| 1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, coudes, poplités, face antérieure des chevilles, cou) et / ou des joues chez l'enfant moins de 10 ans. |
| 2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme ou de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans). |
| 3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année. |
| 4. Eczéma des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans. |
| 5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement). |

(D'après Williams et al. Br J Dermatol. 1994 ; 131 : 406-416)

Dermatite atopique du nourrisson

- La maladie débute vers le 2^e-3^e mois de la vie. Il s'agit d'un eczéma toujours prurigineux, érythémato-suintant et croûteux.
- Le visage est souvent le 1^{er} atteint (le front et les joues (la bouche, nez, menton sont respectés).

L'éruption peut s'étendre aux oreilles, au cuir chevelu. Des lésions sur les membres peuvent se voir.



Figure 2. Dermatite atopique sévère du nourrisson. Atteinte du visage. Les lésions associent un érythème diffus et des croûtes résultant de lésions suintantes. Noter que les régions des sourcils, du nez et péri-buccale sont épargnées (cliché Clinique dermatologique, Nantes).



Figure 7. Dermatite atopique du nourrisson avec atteinte de la face dorsale des mains et des régions périunguérales. Noter l'oedème des doigts atteints.

Chez l'enfant plus grand (à partir de 3-4ans)

- la D.A a un aspect et une topographie différents : plaques lichénifiées, prurigineuses, rarement suintantes, prédominant au niveau des plis des coudes, creux poplités, poignets, posant le diagnostic différentiel avec un intertrigo trichophytique.

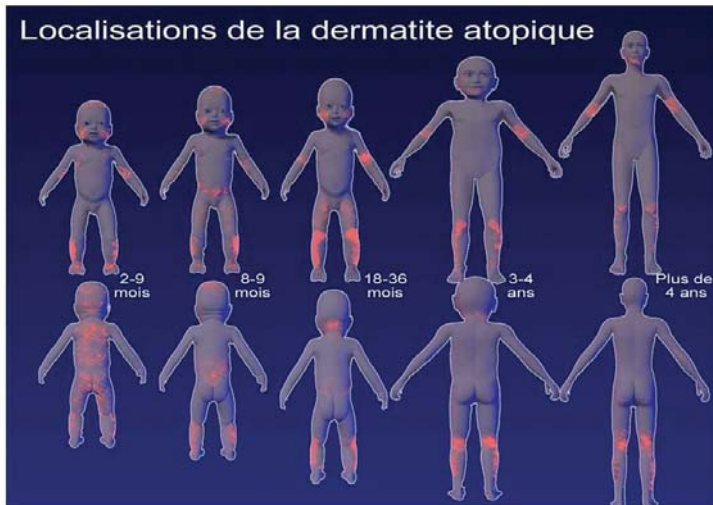


Figure 3. Dermatite atopique modérée de l'enfant : atteinte des creux poplités. Les lésions sont peu intenses mais nécessitent un traitement antiinflammatoire topique (cliché Clinique dermatologique, Nantes).

Chez l'adolescent et l'adulte

- La DA manifeste une période de recrudescence à l'adolescence souvent à l'occasion de conflits psychoaffectifs ou de stress.
- début tardif à l'âge adulte, bien que difficile à exclure, doit faire effectuer des examens complémentaires, pour éliminer une autre affection (gale, dermite de contact, dermatite herpétiforme ou pemphigoïde bulleuse, maladie de Hodgkin...).
- Parmi les aspects symptomatiques, les formes graves peuvent se manifester à l'extrême sous un aspect érythrodermique, ou plus communément sous forme de prurigo lichénifié prédominant aux membres.

Localisations de la dermatite atopique



ÉVOLUTION GLOBALE

- La période du nourrisson est celle qui comporte le plus de formes étendues mais l'évolution est spontanément bonne, avec une rémission complète dans la majorité des cas. Les formes persistant dans l'enfance sont plus localisées.
- La résurgence à l'adolescence ou chez l'adulte jeune est possible, fréquemment dans un contexte de stress.

COMPLICATIONS

1. Surinfections
2. Extension des lésions vers l'érythrodermie
3. **Retard de croissance:** Un retard de croissance peut être associé dans les DA graves et se corrige souvent de façon spectaculaire quand la DA est traitée efficacement.
4. **Complications ophtalmologiques:** Elles sont rares (kératoconjonctivite, cataracte).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Hyperéosinophilie sanguine, élévation des IgE sériques.

PATHOGENIE

- Elle est complexe. Il s'agit d'un déficit immunitaire discret.
- . Déficit lymphocytaire T partiel
- . Augmentation de la synthèse IgE (par défaut de régulation)
- . Un déficit néonatal transitoire en IgA digestives
- . Déficit de la fonction des PNN

TRAITEMENT

A- Traitement de l'eczéma allergique :

1- Traitement étiologique : c'est l'éviction de l'allergène, parfois facile : allergie de rencontre, maladie professionnelle.

L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et rend compte de la chronicité de certains eczémas de contact. Il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

TRAITEMENT

2- Traitement symptomatique :

2.1 Bains antiseptiques, colorants.....

2.2 Corticothérapie locale :

- Ils sont largement prescrits en dermatologie dans le but de réduire l'intensité de la composante inflammatoire.
- L'importance de l'absorption et par conséquent de l'activité clinique ainsi que les effets secondaires dépendent de la molécule elle-même.

. Les dermocorticoïdes : sont classés selon 4 niveaux :

- le niveau 1 : correspond aux dermocorticoïdes les plus puissants dont l'usage doit être réservé aux spécialistes,

Réservée aux lésions résistantes ,trainantes ou rapidement extensives, chez l'adulte

- le niveau 4 correspond aux corticostéroïdes les plus faibles,
- les niveaux 2 et 3 sont des niveaux intermédiaires.

Classe 2 : Adulte Classe 2 et 3 : Enfant

- Classe 3 est réservée aux lésions du visage chez l'adulte et l'enfant

Les dermocorticoïdes sont classés en fonction de leur niveau d'activité (Classification française DCI, Vidal 2007).

| | D.C.I (dénomination commune internationale de la molécule active) | Nom commercial |
|---------------------------|---|---|
| Classe Très forte 1 | Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate | Dermoval[®] Diprolène [®] |
| Classe Forte 2 | Bétaméthasone valérate Bétaméthasone dipropionate Désonide Diflucortolone valérate Difluprednate Hydrocortisone acéponate Hydrocortisone butyrate | Betneval [®] Célestoderm [®] Diprosone[®] Locatop [®] Nérison [®] Epitopic [®] Efficort [®] Locoïd [®] |
| Classe Modérée 3 | Acétométasone Bétaméthasone valérate Désonide Difluprednate Fluocinolone acétonide Fluocortolone | Aclosone [®] Célestoderm relais [®] Locapred[®] Tridésonit[®] Epitopic 0,02 [®] Synalar propylène glycol [®] Ultralan [®] |
| Classe Faible 4 | Hydrocortisone Triamcinolone Acétonide | Hydrocortisone [®] Kéropharm [®] Hydracort [®] Dermaspraid [®] Mitocortyl [®] Kénalcol [®] Localone [®] |

• Le traitement repose sur

☐ L'application de corticoïdes locaux de classe 2 pendant 1 à 2 semaines.

☐ Les dermocorticoïdes de classe 3 peuvent être utilisés sur le visage.

• **Les effets secondaires des dermocorticoïdes** sont facilement prévenus par leur usage rationnel :

☐ Pas d'utilisation prolongée sur des surfaces importantes,

☐ Contrôle des quantités utilisées

☐ Prudence d'application sur les zones sensibles telles que le visage, les plis et la peau de l'enfant.

2.3 - Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique

B. Traitement de l'eczéma Atopique :

1- Bains émollients (hydratant):

savons surgras, huile de bains...

-Le but est de traiter la sécheresse cutanée et donc de rétablir le rôle de barrière cutanée que joue un épiderme normal.

- Ce traitement doit être quotidien puisque l'altération de la barrière cutanée est permanente chez le sujet atteint de dermatite atopique.

2.Traitement antiinflammatoire local :

- -antiseptiques moussants : cyteal*, asepsil*....ou non moussants: hexomédine, septeal, amuchina.....et aussi les colorants (éosine, fluorescéine).
- -les dermocorticoïdes : on utilise en général une forme crème
- -les antihistaminiques et les antibiotiques sont également utiles.
- -la corticothérapie générale n'a pas de place dans le traitement.

Conduite du traitement

- Le traitement de la dermatite atopique est symptomatique.
- **L'objectif principal du traitement doit être la restauration de la qualité de vie du patient et de son entourage.**
- **En cas de DA légère:**
- Les traitements locaux (émollients, dermocorticoïdes et inhibiteurs de la calcineurine topiques: immunomodulateurs locaux, le pimécrolimus et le tacrolimus) sont le plus souvent suffisants pour contrôler la maladie.

Ces traitements locaux sont le plus souvent suffisants pour traiter une DA chez l'enfant.

- Tacrolimus: pommade réduit efficacement et rapidement les signes et symptômes de la dermatite atopique.
- Le tacrolimus à 0,03% peut être utilisé dans la dermatite atopique modérée à sévère de l'enfant de plus de deux ans 2 applications par jour sur toute la surface à traiter, jusqu'à disparition des lésions.

Il peut être utilisé en cure courte ou en traitement au long cours intermittent (2 applications par semaine).

- Le tacrolimus à 0,1% est utilisé principalement dans les atteintes faciales de l'adulte, en particulier sur les paupières. Il peut être appliqué 2 fois par jour en cas de poussée et 2 fois par semaine en traitement préventif des poussées.
- Quelques cas de cancers (cancers cutanés, des cellules sanguines ou autres) ont été rapportés lors de la surveillance de ces médicaments.
- La présence d'une infection herpétique évolutive est une contre-indication transitoire aux IML.

- **En cas de DA modérée à sévère, d'échec des traitements locaux ou de réponse partielle à ces traitements avec persistance d'une altération de la qualité de vie**
- Un traitement systémique (photothérapie, ciclosporine ou méthotrexate) peut être indiqué.

Tableau II : Conseils

A- Mesures non spécifiques

- Habillement : éviter les textiles irritants (laine, synthétiques à grosses fibres) ; préférer coton et lin.
- Éviter l'exposition au tabac.
- Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit.
- Exercice physique, sport, à conseiller. Douche et émollients après, en particulier pour la natation (irritation des désinfectants chlorés).
- Augmenter les applications d'émollients par temps froid et sec.
- Se méfier des contagions herpétiques.
- Vacciner normalement.

B- mesures spécifiques vis-à-vis des allergènes

- Nourrisson : Allaitement maternel prolongé, pas de diversification alimentaire précoce.
- Éviter l'exposition aux animaux domestiques (chat, chien, cobaye...). La présence d'un chat dans l'environnement domestique, à condition qu'elle soit intervenue avant la naissance de l'enfant a été associée dans les études épidémiologiques à un certain degré de protection contre les manifestations de l'atopie (à l'échelle d'une population). Il est cependant évident qu'à titre individuel, l'exposition à des allergènes de chat vis-à-vis desquels l'enfant serait sensibilisé est contre-indiquée.
- Acariens domestiques, moisissures : dépoussiérage (aspiration régulière, éponge humide...), housses de literie anti-acariens recommandées, contrôler l'humidité par une ventilation efficace de l'habitation.

Bibliographie

- Item 114 : Dermatite atopique : diagnostic, évolution, traitement. **Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue française Université Médicale Virtuelle Francophone**
- Item 114 : Eczéma allergique de contact : physiopathologie, diagnostic, étiologie, évolution, traitement. t. **Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue française Université Médicale Virtuelle Francophone**
- LES ECZEMAS. Dr MOHAMED DENGUEZLI. Université Virtuelle de *Tunis*. https://www.uvt.rnu.tn/resources-uvf/cours/atlas_dermato/pdf/chap5.pdf
- Société française de dermatologie (SFD). La dermatite atopique [en ligne]. [Consulté le 19/08/2022]. Disponible à l'adresse : <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>
- Delphine STAUMONT. La **dermatite atopique**. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>