

PROTOCOLE DIAGNOSTIC CLINIQUE - DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE (Classe 2)

1. DÉFINITION ET CLASSIFICATION

Dermatite de Contact Irritante (DCI)

- **Mécanisme:** Réaction non-immunologique
- **Caractéristique:** Dommage direct aux kératinocytes
- **Prévalence:** 80% des dermatites de contact
- **Délai:** Minutes à heures après exposition

Dermatite de Contact Allergique (DCA)

- **Mécanisme:** Hypersensibilité retardée type IV
- **Caractéristique:** Réaction immunologique médiée par lymphocytes T
- **Prévalence:** 20% des dermatites de contact
- **Délai:** 24-72 heures après exposition

Formes Cliniques

Aiguë: Érythème, vésicules, suintement, prurit intense **Subaiguë:** Érythème, desquamation, croûtes **Chronique:** Lichénification, hyperkératose, fissures, hyperpigmentation

2. ANAMNÈSE (Questions Obligatoires)

A. Caractéristiques des lésions

Début des symptômes?

- DCA: 24-72h après exposition (sensibilisation préalable requise)
- DCI: Minutes à heures (pas de sensibilisation nécessaire)

Localisation initiale?

- Correspond-elle à la zone de contact?
- Extension au-delà de la zone initiale? (suggère DCA)

Évolution temporelle?

- DCI: Résolution rapide après éviction
- DCA: Persistance plusieurs jours après éviction

Symptômes associés?

- Prurit (DCA > DCI)

- Brûlure/douleur (DCI > DCA)

B. Exposition professionnelle et environnementale

Profession actuelle?

- Coiffeurs: Colorants (PPD), permanentes, shampoings
- Personnel soignant: Gants latex, désinfectants, médicaments topiques
- Travailleurs métalliques: Chromate, nickel, huiles de coupe
- BTP: Ciment (chromate), résines époxy
- Peintres: Solvants, résines
- Fleuristes: Compositae, pesticides

Horaires de travail et symptômes?

- Amélioration week-end/vacances? (suggère origine professionnelle)
- Aggravation au travail?

Activités extra-professionnelles?

- Jardinage: Plantes (Toxicodendron, Compositae)
- Bricolage: Colles, résines, chromate
- Sport: Équipements (caoutchouc, textiles)

C. Produits utilisés

Cosmétiques et soins cutanés:

- Parfums, conservateurs (MCI/MI, parabènes)
- Teintures capillaires (PPD)
- Vernis à ongles, acrylates
- Crèmes topiques (lanoline, néomycine)

Vêtements et accessoires:

- Bijoux (nickel 5%, cobalt, or)
- Chaussures (chromate, caoutchouc, colles)
- Textiles (colorants dispersés, résines)
- Montres, lunettes (nickel, caoutchouc)

Produits ménagers:

- Détergents, savons
- Désinfectants (benzalkonium chloride)
- Gants (thiurames, mercaptobenzothiazole)

D. Antécédents personnels et familiaux

Atopie:

- Dermatite atopique (barrière cutanée altérée → risque ↑ DCI et DCA)
- Rhinite allergique, asthme
- Mutations filaggrine (risque ↑ sensibilisation nickel)

Antécédents dermatologiques:

- Épisodes antérieurs de dermatite
- Eczéma des mains chronique
- Ulcères de jambe (risque ↑ sensibilisation médicaments topiques)

Allergies connues:

- Médicamenteuses (antibiotiques, corticoïdes topiques)
- Métaux (bijoux, boutons)

3. FACTEURS AGGRAVANTS ET MODIFICATEURS

Facteurs endogènes

- **Âge:** Peau fine chez enfants/personnes âgées
- **Sexe:** Femmes > hommes (nickel, acrylates cosmétiques)
- **Sécheresse cutanée:** Perte transépidermique d'eau ↑
- **Atopie:** Barrière épidermique compromise

Facteurs exogènes

- **Environnementaux:** Humidité faible, froid, friction
- **Occlusifs:** Gants, vêtements serrés (↑ pénétration allergène)
- **Irritants cumulatifs:** Eau, savons, solvants
- **Photosensibilisation:** UV + allergène (ex: écrans solaires)

4. EXAMEN CLINIQUE

A. Distribution et morphologie

Localisations évocatrices:

Les allergènes suspects varient selon la localisation des lésions.

Sur les **mains**, on rencontre souvent des réactions liées aux métaux, au caoutchouc, aux détergents ou encore aux aliments.

Au **visage**, les causes principales sont les cosmétiques, les parfums ainsi que les allergènes

aéroportés. Au niveau des **paupières**, les responsables fréquents sont les vernis à ongles, les produits cosmétiques et les collyres.

Sur le **cou**, les bijoux contenant du nickel et les parfums sont souvent en cause.

Pour les **oreilles**, les boucles d'oreilles, les téléphones et les écouteurs sont régulièrement impliqués. Les **aisselles** réagissent souvent aux déodorants et à certains textiles.

Les **pieds** sont généralement touchés par les chaussures, en particulier le chromate, le caoutchouc et certaines colles. En zone **péri-orale**, les dentifrices, les aliments et certains instruments de musique peuvent déclencher des réactions. Enfin, les **mains chez les professionnels** représentent plus de 50 % des localisations dans les dermatites de contact professionnelles.

Différences entre dermatite de contact allergique (DCA) et irritative (DCI)

La **DCA** présente souvent des **marges mal définies**, avec une extension possible au-delà de la zone de contact, alors que la **DCI** montre des **marges nettes**, strictement limitées au point de contact. Le **prurit** est généralement **intense dans la DCA**, tandis que dans la DCI la sensation de **brûlure dépasse souvent le prurit**. Les **vésicules** sont **fréquentes dans la DCA mais rares dans la DCI**. La **distribution** de la DCA peut **dépasser la zone initiale**, alors que celle de la DCI reste **strictement localisée**. Enfin, la **Résolution** est **lente dans la DCA (plusieurs jours)**, alors qu'elle est **plus rapide dans la DCI (heures à quelques jours)**.

B. Signes évocateurs de causes spécifiques

Configuration linéaire: Contact avec plantes (Toxicodendron) **Dermographisme:** Friction, pression **Pattern "aéroporté":** Zones découvertes (visage, cou, mains) **Hyperpigmentation péri-orale:** Cosmétiques chez peaux foncées

C. Examen systémique

- Signes vitaux normaux (pas de fièvre, pas d'anaphylaxie)
- Adénopathies locales possibles (infection secondaire)
- Examen général: Exclure dermatoses systémiques

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dermatoses à exclure

Dans les diagnostics différentiels, la **dermatite atopique** se manifeste par un début précoce, l'atteinte des plis de flexion et des antécédents d'atopie.

La **dermatite séborrhéique** touche les zones séborrhéiques, avec des squames grasses et sans prurit intense.

Le **psoriasis** se caractérise par des plaques bien limitées, des squames argentées et souvent une atteinte des ongles.

La **dermite irritative** évolue rapidement vers une résolution sans sensibilisation, avec

une prédominance de brûlure.

Le **tinea corporis** présente une bordure active avec un centre clair et un test KOH positif.

L'**urticaire de contact** apparaît en moins de 60 minutes et disparaît en moins de 24 heures, avec des papules typiques.

Le **lichen simplex** se manifeste par une plaque unique, épaisse (lichénifiée), liée à un grattage chronique.

Enfin, la **dyshidrose** se reconnaît par des vésicules profondes situées sur les paumes ou les plantes.

Signes d'alerte (autres diagnostics)

Syndrome de Wiskott-Aldrich: Eczéma + infections récurrentes + thrombopénie

Dermatite herpétiforme: Vésicules groupées, IgA linéaire, maladie cœliaque

Lymphome cutané T: Plaques fixes, résistantes au traitement

Déficits immunitaires: SCID, syndrome hyper-IgE,

Omenn

6. TESTS DIAGNOSTIQUES: PATCH TESTS (Épicutanés)

A. Indications

Absolues:

- Dermatite chronique (> 6 semaines) sans cause évidente
- Eczéma des mains/pieds récidivant
- Dermatite résistante aux traitements
- Distribution suspecte de DCA

Relatives:

- Dermatite atopique sévère/récalcitrante
- Profession à risque (coiffeur, soignant, BTP)
- Suspicion d'allergie à médicament topique
- Photodermatite (→ photopatch tests)

B. Contre-indications

Absolues:

- Dermatite aiguë sévère/étendue (risque "angry back")
- Traitement immunosuppresseur lourd (risque faux négatif)
- Grossesse (pour certains allergènes)

Relatives:

- Corticoïdes systémiques > 10 mg/j (arrêt 3-7j avant test)
- Corticoïdes topiques puissants sur zone test (arrêt 3-7j)
- Exposition UV récente (arrêt 3 semaines)
- Antihistaminiques (pas d'effet sur réaction retardée)

C. Technique standardisée

Série de base européenne (32 allergènes + 10 extension):

- Application sur dos (zone test optimale)
- Chambres Finn (aluminium/plastique) sur bande hypoallergénique
- Pose: J0 (48h d'occlusion)
- Retrait: J2
- **Lectures:** J3-J4 (30 min après retrait) + J7 (lecture tardive essentielle)

Grading ICDRG:

- **Négatif (-):** Aucune réaction
- **Douteux (?+):** Érythème léger, pas d'infiltration
- **Faible positif (+):** Érythème, infiltration, papules
- **Positif (++):** Érythème, infiltration, papules, vésicules
- **Positif fort (+++):** Érythème, vésicules confluentes, bulles
- **Irritant (IR):** Érythème avec aspect "savonneux", pustules, nécrose

D. Séries allergéniques

Série de base européenne (2023) - 32 allergènes principaux:

Les allergènes les plus courants incluent le **sulfate de nickel (5% pet)**, présent dans les bijoux, les boutons ou les pièces métalliques. Le **dichromate de potassium (0,5% pet)** se trouve principalement dans le ciment, le cuir et certaines peintures. Le **thiuram mix (1% pet)** est associé au caoutchouc et aux fongicides, tandis que le **PPD (1% pet)** est largement retrouvé dans les teintures capillaires et certains textiles. Le **chlorure de cobalt (1% pet)** apparaît dans divers métaux, le ciment et certains cosmétiques. Le **baume du Pérou (25% pet)** est utilisé dans les parfums, les cosmétiques et même certains aliments. La **colophane (20% pet)** provient des adhésifs, des cosmétiques et du papier. La **résine époxy (1% pet)** est présente dans les colles, les peintures et les matériaux composites. Le **MCI/MI ou Kathon (0,02% aq)** est un conservateur fréquent dans les produits cosmétiques et industriels, tandis que la **méthylisothiazolinone (MI) 0,2% aq** reste un conservateur courant dans les cosmétiques. Le **Fragrance mix I (8% pet)** et le **Fragrance mix II (14% pet)** regroupent plusieurs composants de parfums. Le **formaldéhyde (2% aq)** est trouvé dans les conservateurs, les textiles et les cosmétiques. Le **néomycine sulfate (20% pet)** est un antibiotique topique, alors que le **mercapto mix (2% pet)** et le **MBT – mercaptobenzothiazole (2% pet)** sont associés au caoutchouc. Le **paraben mix (16% pet)** est un conservateur cosmétique, et la **lanoline (30% pet)** est présente dans de nombreux émollients et cosmétiques. Le **budesonide (0,01% pet)** et

le **tixocortol pivalate (0,1% pet)** sont des corticoïdes topiques utilisés pour tester les allergies aux corticoïdes. Le **HEMA (2% pet)** se trouve dans les acrylates, notamment les ongles artificiels et le matériel dentaire. Le **Lyral (5% pet)**, aujourd'hui interdit (depuis 2021), était utilisé comme parfum. La **propolis (10% pet)** provient des produits apicoles, et le **sesquiterpene lactone mix (0,1% pet)** est lié aux plantes de la famille des Compositae. Enfin, le **textile dye mix (6,6% pet)** regroupe des colorants textiles dispersés.

Séries complémentaires selon contexte:

- **Coiffeurs:** Persulfates, colorants, permanentes
- **Soignants:** Antibiotiques, antiseptiques, gants
- **Métiers du bâtiment:** Résines, colles, chromate étendu
- **Cosmétiques:** Conservateurs étendus, parfums individuels
- **Corticoïdes:** 5 groupes de cross-réaction (tixocortol, budesonide, hydrocortisone-17-butrate)
- **Acrylates:** HEMA, EGDMA, méthacrylates (prothésistes dentaires, ongles)

E. Interprétation de la pertinence

Système COADEX:

- **C (Current):** Pertinence actuelle - explique la dermatite en cours
- **O (Old):** Pertinence passée - allergie documentée mais pas cause actuelle
- **A (Active sensitization):** Sensibilisation active pendant le test
- **D (Doubtful):** Pertinence incertaine
- **E (Exposed):** Exposition passée sans dermatite
- **X (Cross-reaction):** Réaction croisée avec allergène pertinent

Facteurs de confusion:

- **"Angry back syndrome":** Réactions faussement positives multiples si dos inflammatoire
- **Effet de position:** Sensibilisations vraies peuvent paraître plus intenses près d'une réaction forte
- **Allergènes "problématiques":** Nickel, cobalt, lanoline (irritations fréquentes chez atopiques)

7. TESTS COMPLÉMENTAIRES

A. Tests de provocation

ROAT (Repeated Open Application Test):

- **Indication:** Confirmer pertinence produit cosmétique/professionnel
- **Technique:** Application 2x/jour sur avant-bras interne × 7-14 jours

- **Lecture:** Dermatite = test positif

Tests d'usage:

- Application produit fini dans conditions réelles (ex: shampoing)
- Confirme tolérance après éviction allergène suspecté

B. Photopatch tests

- **Indication:** Photodermatite suspectée (zones photo-exposées)
- **Technique:** Double série allergènes (exposée vs protégée UV à J2)
- **Lecture:** J3-J4, J7
- **Allergènes fréquents:** Écrans solaires (benzophénones, oxybenzone), AINS topiques, parfums

C. Tests biologiques (utilité limitée)

Non recommandés en routine:

- IgE totales (élévées dans atopie, pas DCA)
- IgE spécifiques (pas de corrélation avec DCA)
- LTT (test transformation lymphocytaire): Non validé, coûteux

Indications spécifiques:

- Biopsie cutanée: Si doute diagnostique (exclure lymphome, dermatite herpétiforme)
- KOH/culture fongique: Exclure tinea
- Patch test nickel in vivo (spot test dimethylglyoxime): Tester objets métalliques

8. ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ

Scores cliniques

SCORAD (utilisé dans atopie, applicable DCA):

- Étendue (0-100%)
- Intensité (érythème, œdème, suintement, excoriation, lichénification, sécheresse)
- Symptômes subjectifs (prurit, perte sommeil)

Impact qualité de vie:

- **DLQI (Dermatology Life Quality Index):** Adultes
- **CDLQI (Children's DLQI):** Enfants > 4 ans
- Retentissement professionnel (arrêts travail, reconversion)

Classification pratique

La sévérité des lésions se divise en trois niveaux.

Une atteinte **légère** est localisée et touche moins de 10% de la surface corporelle, avec un impact minimal sur les activités quotidiennes.

Une forme **modérée** correspond à une extension entre 10% et 30% de la surface corporelle et entraîne un impact notable, notamment une perturbation du sommeil.

Les formes **sévères** concernent plus de 30% de la surface corporelle ou une érythrodermie, et elles entraînent une limitation importante des activités, pouvant aller jusqu'à nécessiter un arrêt de travail.

9. DIAGNOSTIC PROFESSIONNEL

Critères de reconnaissance (maladie professionnelle)

Tableau 65 (France) - Eczéma professionnel:

1. Lésions eczématiformes récidivant après nouvelle exposition
2. Délai de prise en charge: 15 jours après cessation exposition
3. Liste limitative ou complémentaire d'agents allergènes

Démarche médico-légale:

1. **Anamnèse professionnelle détaillée:** Postes, produits, protections
2. **Amélioration hors exposition:** Week-ends, vacances, arrêts
3. **Patch tests avec substances professionnelles:**
 - a. Dilution appropriée (consultation fiches sécurité)
 - b. Tests en série sur 5 témoins (exclure irritation)
4. **ROAT en milieu professionnel** (si faisable)
5. **Visite du poste de travail** (médecin du travail, dermatologue)

Substances reconnues Tableau 65 (exemples):

- Ciment, chromates, cobalt
- Résines époxy, acryliques, formaldéhyde
- Caoutchouc (thiurames, mercaptobenzothiazole)
- Métaux (nickel, cobalt, chrome)
- Amines aromatiques (PPD)
- Biocides (isothiazolinones)

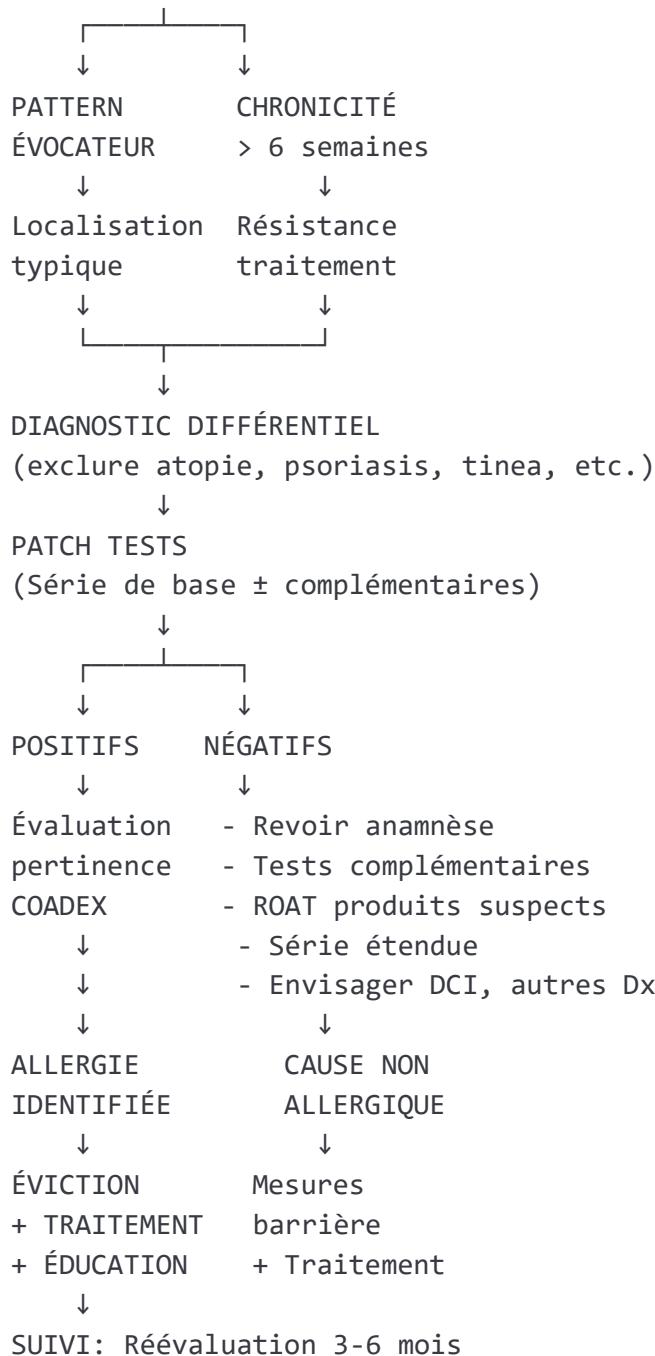
10. ARBRE DÉCISIONNEL DIAGNOSTIQUE

SUSPICION DERMATITE DE CONTACT

↓

ANAMNÈSE + EXAMEN CLINIQUE

↓



11. PIÈGES DIAGNOSTIQUES

À NE PAS MANQUER

Allergie médicament topique:

- Corticoïdes (tixocortol, budesonide): Échec traitement malgré "corticothérapie adéquate"
- Antibiotiques (néomycine > 70 ans): Ulcères, plaies chroniques
- Excipients (lanoline, propylène glycol): Peut coexister avec allergie principe actif

Sensibilisations multiples:

- Co-sensibilisations fréquentes: Nickel + cobalt + chromate (30%)
- Parfums: Baume Pérou ≈ Fragrance mix (cross-réactions)

DCA et DCI mixtes:

- Main d'œuvre manuelle: Irritation chronique favorise sensibilisation
- Atopiques: Barrière altérée → irritation ET allergie fréquentes

Photoallergie méconnue:

- Dermatite visage/mains épargnant zones couvertes
- Allergènes: Écrans solaires, AINS topiques, parfums (musc ambrette)

Dermatite aéroportée:

- Compositae (pollens, plantes), résines époxy volatiles
- Atteinte zones découvertes (visage, cou, avant-bras)

Dermatite de contact systémique:

- Ingestion/injection allergène contact connu (ex: nickel alimentaire chez sensibilisés)
- Syndrome de baboon: Érythème fesses/plis après ingestion métal

"Consort dermatitis":

- Transfert allergène d'une personne (ex: cosmétiques partenaire sur visage enfant)

Réactions tardives:

- Corticoïdes, néomycine, or: Positivation parfois J7-J14 (importance lecture tardive)

12. SITUATIONS SPÉCIALES

A. Dermatite de contact chez l'enfant

Particularités:

- Moins fréquente que chez adulte (< exposition professionnelle)
- Allergènes principaux: Nickel (bijoux, boutons), parfums, conservateurs (lingettes bébé), néomycine
- Patch tests possibles dès 6 ans (FDA: T.R.U.E. Test approuvé ≥ 6 ans)
- Série pédiatrique spécifique (38 allergènes): Ajout propolis, propylène glycol, cocamidopropyl bétaine

Indications patch tests enfant:

- Dermatite chronique > 6 semaines
- Dermatite atopique réfractaire (suspicion allergie émollients)
- Localisations suspectes (pieds, mains, visage)

B. Dermatite de contact chez personnes âgées

Particularités:

- Peau fragile (\downarrow barrière, \downarrow réponse immunitaire)
- Polypharmacie \rightarrow \uparrow risque allergie médicaments topiques
- Ulcères chroniques \rightarrow sensibilisation antibiotiques (néomycine 20%), pansements
- Sensibilisations fréquentes: Néomycine, lanoline, parfums, corticoïdes

C. Dermatite de contact en milieu professionnel

Professions à haut risque (> 50% DCA professionnelles):

Certaines professions sont particulièrement exposées aux allergènes.

Chez les **coiffeurs**, les principaux sensibilisants sont le PPD, les persulfates et le thioglycolate ; la prévention repose sur le port de gants en nitrile et une bonne ventilation.

Les **soignants** sont exposés aux gants en latex ou contenant des accélérateurs, ainsi qu'aux désinfectants ; il est recommandé d'utiliser des gants sans accélérateurs, en vinyle ou en nitrile.

Les travailleurs du **BTP** rencontrent souvent le chromate contenu dans le ciment ou les résines époxy ; la prévention inclut l'utilisation de ciment à faible teneur en chromate (< 2 ppm) et de gants adaptés.

Les **fleuristes** sont exposés aux plantes Compositae, aux pesticides et au tulipaloside A ; le port de gants et l'évitement des plantes allergisantes sont conseillés.

Enfin, les **mécaniciens** sont exposés aux huiles de coupe, à l'essence et aux additifs ; ils doivent utiliser des crèmes barrière et privilégier un nettoyage doux de la peau.

Démarche prévention primaire:

- Substitution allergène (ex: ciment bas chromate obligatoire UE)
- Protection collective (ventilation, automatisation)
- EPI adaptés (gants résistants à l'allergène spécifique)
- Éducation (formation, fiches sécurité)