

COUP D'ŒIL DU CONGRES GERDA 2021

Sommaire

FOCUS DERMATO - ARTICLE 1

Qui tester ? Que tester ? Selon la topographie et la sémiologie.

Modérateurs : Brigitte MILPIED-HOMSI (Bordeaux), Olivier AERTS (Anvers, Belgique).....2

Quiz de formation4

FOCUS DERMATO - ARTICLE 2

La dermatite atopique du jeune adulte5

Quiz de formation7

FOCUS DERMATO - ARTICLE 3

Dermato allergologie : et si on parlait le même langage ?

Modératrices : Annick BARBAUD (Paris), Audrey NOSBAUM (Lyon).....8

Quiz de formation10

FOCUS DERMATO - ARTICLE 4

Symposium NAOS – Dermite des mains : une nouvelle vision de la prise en charge pluridisciplinaire11

Quiz de formation13

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

Du bon usage des antiseptiques

Modérateurs : Jean-Pierre LEPOITTEVIN (Strasbourg), Évelyne COLLET (Dijon),

Marie Noëlle CREPY (Paris).....14

Quiz de formation16

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Examens complémentaires et allergologie

Modérateurs : Jean-Luc BOURRAIN (Montpellier), Aurélie DU THANH (Montpellier).....17

Quiz de formation19

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

Les tensio actifs

Modératrices : Nadia RAISON-PEYRON (Montpellier), Marie-Bernadette

CLEENEWERCK (Lille).....20

Quiz de formation21

Qui tester ? Que tester ? Selon la topographie et la sémiologie.

Modérateurs : Brigitte MILPIED-HOMSI (Bordeaux), Olivier AERTS (Anvers, Belgique)

Article rédigé par Laure BELLANGE

Les causes de dermatoses peuvent varier selon leurs localisations. L'examen clinique doit donc être complet, adapté et refléter cette diversification.

Dermatoses des pieds

Marie-Claude HOULE (Montréal, Canada)

Les pieds sont importants et uniques, il faut bien les examiner en consultation. Ils sont victimes de facteurs endogènes, exogènes et systémiques. Ils sont dans un milieu favorable au développement des eczémas de contact avec la macération.

Les chaussures sont les principaux pourvoyeurs d'allergies. Les cuirs et caoutchouc qui les composent sont des allergènes très connus. Les mécanismes de transformation du cuir (tannage) et du caoutchouc vont augmenter le pouvoir allergisant de ces molécules. Les colles, notamment la résine butylphenol formaldéhyde paratertiaire, ou les teintures sont aussi en cause. Quand on soupçonne une allergie aux composants des chaussures, il faut bien sûr faire les patchs tests, avec les batteries dont on dispose, mais aussi avec les différents éléments de la chaussure. Il faut aussi éviter les allergènes en changeant de chaussure et en utilisant des chaussettes appropriées.

Les traitements topiques sont aussi souvent en cause dans l'allergie des pieds, comme les antibiotiques topiques.

Les dermatoses vues sur les pieds ne sont pas toujours d'origine allergique. Il faut penser aux dermatoses générales à localisation pédestre, comme le lichen plan ou le psoriasis. Les maladies vasculaires peuvent aussi entraîner des lésions sur les pieds.

En conclusion, les pieds sont essentiels mais souvent oubliés. Il faut bien les examiner car ils peuvent être le siège de pathologies plus générales.

Dermatoses génitales

Fabien PELLETIER (Besançon)

Il faut tenir compte des particularités de la vulve : elle a trois types histologiques différents, elle est exposée à de nombreux topiques et elle est soumise à de nombreux phénomènes mécaniques comme occlusion/friction/frottements... Favorisant le développement d'eczéma de contact.

Le diagnostic différentiel d'un eczéma de contact de la vulve est toujours à rechercher. Le plus fréquent est la candidose. Il faut penser aussi aux érosions traumatiques et aux atrophies post-ménopausiques, au psoriasis, à la maladie de Paget, au lichen et autres...

En dehors de l'allergie, il peut aussi y avoir des vulvites irritatives.

Concernant les allergies, voici une liste non exhaustive d'allergènes retrouvés : des serviettes hygiéniques contenant des huiles essentielles, des crèmes parfumées, des lingettes humides avec du méthylisothiazolinone, le cuivre du dispositif intra-utérin. Les parfums et conservateurs sont les grands pourvoyeurs d'eczéma de contact de cette région du corps.

En conclusion, peu de médecins s'intéressent à ces dermatoses. Souvent gynécologues, dermatologues et allergologues ne savent pas les évaluer, les diagnostiquer et les traiter. La pudeur des patientes également entraîne un retard de prise en charge. Mais ces lésions ne sont pas à négliger, car elles impactent la qualité de vie.

Eczéma des paupières

Michel CASTELAIN (Marseille), Évelyne COLLET (Dijon)

Il est difficile de faire le diagnostic de dermatite de contact des paupières. Souvent, l'eczéma des paupières est œdémateux. Les patients sont donc souvent adressés en consultation pour des diagnostics différentiels comme « œdème de Quincke ». Mais il est important de prendre en charge rapidement les patients souffrant d'eczéma des paupières, car dans les formes chroniques, les ulcères vernaux peuvent entraîner à terme une cécité.

L'eczéma des paupières a plusieurs mécanismes : application directe, allergènes de proximité, contact manu ou aéroporté, réaction conjuguées, réactions fortuites, réactions endogènes.

Les produits cosmétiques, les parfums et les conservateurs sont les allergènes les plus fréquents chez les jeunes adultes. Il faut se méfier des extenseurs de cils qui sont à la mode. Chez les personnes plus âgées, il faut penser aux collyres, avec un piège : les collyres peuvent passer en systémique et donner des eczémas du corps, à distance de l'application dans les yeux. Les lentilles de contact étaient autrefois pourvoyeuses d'allergies, contrairement aux lentilles souples récentes qui elles ne le sont pas. Par contre, il y a des allergènes dans les produits d'entretien des lentilles.

Les batteries paupières ne sont pas à utiliser en systématique pour le diagnostic. Leur rendement est peu rentable. Il vaut mieux tester les produits utilisés par le patient.

En conclusion, les causes d'eczéma des paupières sont multiples. S'il y a une conjonctivite associée, il faudra penser à une cause locale. Sinon, il faudra penser à toutes les causes citées plus haut.



QUIZ DE FORMATION

Devant une personne âgée consultant pour lésion eczématiforme du pied, faut-il penser en priorité ?

- 1) À une néoplasie, notamment hématologique.
- 2) À un eczéma de contact à ses chaussures.
- 3) À une dermite irritative, renforcée par la xérose sénile.

Quand évoquer un eczéma de contact vulvaire ?

- 1) Si la vulvite ne répond pas au traitement antifongique.
- 2) Si la patiente rapporte un excès d'hygiène.
- 3) Si la patiente a des lésions d'eczéma diffuses sur tout le reste du corps.

Réponses :

Devant une personne âgée consultant pour lésion eczématiforme du pied, faut-il penser en priorité ? *Réponse : 1*

Quand évoquer un eczéma de contact vulvaire ? *Réponse : 1*

La dermatite atopique du jeune adulte

Article rédigé par Laure BELLANGE

La dermatite atopique bénéficie dorénavant d'un arsenal plus fourni. Tous les patients doivent donc être pris en charge, quelle que soit la localisation. Cette prise en charge doit aller au-delà des traitements : l'accompagnement dans le monde du travail est également important.

Focus sur la forme « tête & cou »

Angèle SORIA (Paris)

Chez l'adulte, les zones bastion de la dermatite atopique sont les mains et la zone cervico-faciale.

Il y a des phénotypes cliniques très variés, allant du prurigo à l'eczéma nummulaire.

La forme tête et cou est peu décrite, probablement car elle est souvent associée à d'autres topographies, mais aussi car elle est sûrement sous-évaluée. Le haut du tronc peut être touché. La forme classique est un visage rouge squameux lichénifié.

Un eczéma de cette zone impacte très fortement la qualité de vie.

Les hypothèses physiopathologiques sur cette localisation sont nombreuses. Il est probable que *Malassezia* spp soit en cause, car il contribue à l'inflammation cutanée. Les corticoïdes locaux aggraverait donc les formes tête et cou, par prolifération du *Malassezia*, et par la vasodilatation qu'ils entraînent. Il vaut mieux privilégier la calcineurine et le tacrolimus topiques dans ces formes.

Concernant les traitements systémiques, il n'y a aucune étude spécifique tête et cou. Les antifongiques par voie générale peuvent améliorer les symptômes.

En conclusion, il ne faut pas négliger le traitement de l'eczéma de la tête et du cou, car ils impactent très fortement la qualité de vie, et utiliser des traitements spécifiques à cette topographie comme les antifongiques.

Les traitements disponibles en 2021

Claire BERNIER (Nantes)

En 2021, les praticiens ont un arsenal comprenant : les traitements topiques, la photothérapie et la ciclosporine. Parmi les nouveaux traitements, on a des anticorps monoclonaux et anti-JAK. D'autres molécules sont souvent utilisées, mais hors AMM. Dans les eczémas sévères, on peut avoir recours à des hospitalisations.

Les émoullients restent la base du traitement et sont à appliquer quotidiennement, même en dehors des poussées.

Concernant les traitements topiques, en cas d'échec, il faut toujours chercher une corticophobie. Il faut aussi s'assurer que la quantité appliquée est suffisante. Sur certaines zones (paupières) et pendant certaines périodes (adolescence avec risque de vergetures), il faut limiter les dermocorticoïdes et préférer le tacrolimus.

Devant une dermatite atopique (DA) récidivante, étendue, très inflammatoire, invalidante, il faut envisager les traitements systémiques :

- La photothérapie a une bonne efficacité à court terme. Elle est possible pendant la grossesse et l'allaitement.
- La ciclosporine est le seul immunosuppresseur ayant une AMM pour la DA. La prescription initiale est hospitalière. La durée du traitement est limitée de 6 à 12 mois.
- Le dupilumab, anticorps monoclonal anti IL4 et anti IL13, est prescrit en deuxième intention chez l'adulte. Il est à prescription initiale hospitalière puis peut être renouvelé par les dermatologues libéraux. Il faut se méfier des effets secondaires ophtalmologiques. L'efficacité est évaluée à trois mois. Il n'y a pas de surveillance biologique particulière.

Le baricitinib est un anti-JAK, très efficace pour diminuer l'inflammation cutanée et le prurit. Avant d'instaurer le traitement, il faut une mise à jour des vaccinations. Un suivi biologique s'impose pendant toute la durée du traitement.

En conclusion, il existe de nombreux traitements disponibles. Il paraît donc inconcevable qu'un patient soit encore gêné par son eczéma en 2021.

Quelle orientation professionnelle ?

Marie-Noëlle CREPY (Paris)

En cas de dermatite atopique, le risque d'eczéma des mains est multiplié au moins par 4. Ce risque augmente si on est exposé à des facteurs de risque sur son lieu de travail. Le pronostic est plus péjoratif que chez un patient non atopique.

Le premier facteur de risque en milieu professionnel est le travail en milieu humide « wet work », avec lavages des mains répétés.

Faut-il exclure tous les patients avec une dermatite atopique (DA) des professions à risque ? Il existe un manque de stratégie de prévention. Les recommandations conseillent d'éviter les métiers à risque si le patient souffre de DA sévère ou d'eczéma des mains ou de mutation de la filagrine. Dans les autres cas, il n'y a aucune recommandation française ou internationale. Si le patient veut choisir un métier à risque, il faut l'accompagner, le suivre et anticiper durant tout son cursus. On peut lui proposer des passerelles « de secours » afin qu'il reste dans le même domaine, mais avec un métier moins exposé.

En conclusion, la prise en charge doit être pluridisciplinaire, avec le dermatologue, l'allergologue et le médecin du travail.



QUIZ DE FORMATION

Quelle molécule choisir si échec des traitements topiques et de la ciclosporine dans la dermatite atopique de l'adulte ?

- 1) Les autres molécules bien connues tel que le méthotrexate, même si hors AMM.
- 2) Dupilumab ou Baricitinib, sans supériorité de l'une ou de l'autre molécule.
- 3) Un antifongique.

Devant un jeune atopique souhaitant devenir coiffeur et développant un eczéma de contact au cours de sa formation, que lui conseiller ?

- 1) De terminer son cursus jusqu'à l'obtention du diplôme, pour faciliter les passerelles après.
- 2) Seulement utiliser les mesures de protection individuelle, afin de continuer sa passion.
- 3) Stopper immédiatement sa formation et lui contre-indiquer tout métier manuel.

Réponses :

Quelle molécule choisir si échec des traitements topiques et de la ciclosporine dans la dermatite atopique de l'adulte ? *Réponse : 2*

Devant un jeune atopique souhaitant devenir coiffeur et développant un eczéma de contact au cours de sa formation, que lui conseiller ? *Réponse : 1*

Dermato allergologie : et si on parlait le même langage ?

Modératrices : Annick BARBAUD (Paris), Audrey NOSBAUM (Lyon)

Article rédigé par Laure BELLANGE

La terminologie médicale est riche et se doit d'être respectée. De nombreuses erreurs médicales se produisent à cause d'une erreur de vocabulaire.

Le vocabulaire doit également être précis lorsque l'on parle d'allergie, attention à la vulgarisation qui dénature les définitions médicales. Le dialogue bénéficiera d'une homogénéité des discours.

Petites erreurs sémantiques et leurs conséquences

Jean-Luc BOURRAIN (Montpellier)

Classiquement, pour la formation de secrétaires médicales, il est demandé de connaître entre 15 et 20 000 entrées médicales. Or les dictionnaires médicaux contiennent plus de 60 000 termes.

Par ailleurs, il y a des changements sémantiques au fil des années. Il y a aussi une explosion des connaissances et des sources d'information. En parallèle, notre ignorance relative ne fait qu'augmenter.

Les défauts de communication sont impliqués dans 60 % des erreurs médicales. Il faut donc au maximum utiliser une sémantique correcte, et surtout comprise par les autres, professionnels de santé mais aussi patients.

Nos comptes rendus doivent être compris par tous les lecteurs, et de manière pérenne. Il faut éviter le subjectif et le flou (depuis longtemps, sur une grande partie du corps etc....). Il faut donner des données chiffrées, avec des termes anatomiques précis, dans leurs définitions médicales. Il faut utiliser les critères de lecture des tests et non utiliser des adjectifs subjectifs (grosse réaction, hématies au plafond etc....)

Dans les registres de la persuasion il y a trois versants : ethos (crédibilité) logos (logique et rationalité) et pathos (émotion que l'orateur suscite). Il faut être le plus dans les deux premiers registres.

Voici quelques exemples :

- Le verbe bilanter n'existe pas.
- « Au niveau » signifie « à hauteur de » et non pas la localisation de l'endroit du corps.

- La définition d'allergie en langage médical est « l'ensemble de symptômes ou maladies créé par l'activation des mécanismes d'hypersensibilité ». Dans le langage

commun, allergie veut dire « réagir autrement ». En pratique, le terme d'allergie est souvent employé plus dans la définition du langage commun que dans sa définition médicale. Très souvent, des patients sont adressés à l'allergologue, non pour une allergie, mais pour un symptôme non expliqué par son médecin traitant.

- L'œdème de Quincke a une image de maladie immédiate mortelle avec étouffement. De nombreuses fausses définitions sont en ligne, notamment sur le site de l'assurance maladie. Initialement, l'œdème de Quincke n'avait pas cette description clinique.

En conclusion, il est important qu'on arrive à harmoniser notre sémantique, surtout dans le domaine de l'allergie, spécialité récente, où de nombreux termes ont été définis et utilisés par le passé à tort. Cela évitera les erreurs médicales.

Allergies croisées : De quoi parle-t-on ?
Jean-Pierre LEPOITTEVIN (Strasbourg)

Il faut différencier la co-sensibilisation de l'allergie croisée. L'allergie croisée vient de l'apprêtement des protéines modifiées chimiquement. Il y a une analogie structurale ou fonctionnelle des protéines, qui seront reconnues par les mêmes cellules présentatrices d'antigène.

Quand il y a une vraie allergie croisée entre deux sensibilisants A et B, il faut s'assurer que A et B sont chimiquement différents. Il faut vérifier aussi que A n'est pas métabolisé en B et B en A, et que A n'est pas transformé en B et B en A. Ce phénomène a été expérimentalement testé et vérifié plusieurs fois.

Chez l'homme, pour démontrer une allergie croisée, il faut faire une investigation de type cross-retest, correspondant à la mise en évidence de lymphocyte T spécifique sur la zone d'un test préalable. La cinétique est plus rapide en cas de réactivation, mais il est très difficile de montrer cliniquement une vraie réaction croisée. Souvent on met en évidence des associations entre deux tests positifs, mais qui ne sont pas des réelles allergies croisées.

En conclusion, les allergies croisées sont une réalité, mais de nombreux cas décrits sont des mythes.



QUIZ DE FORMATION

Quand doit-on parler d'allergie ?

- 1) Devant une réaction survenant au décours de la prise d'un médicament, avant la réalisation de tests.
- 2) Devant un eczéma de contact.

Réponses :

Quand doit-on parler d'allergie ? *Réponse : 2*

Symposium NAOS – Dermite des mains : une nouvelle vision de la prise en charge pluridisciplinaire

Article rédigé par Laure BELLANGE

L'épidémie de COVID-19 a eu comme conséquence, entre autres, une flambée des dermatites chez les soignants mais pas seulement !

Ces dermatites sont à prendre en charge précocement et efficacement afin de limiter l'augmentation des eczémats des mains. Une prise en charge efficace est une prise en charge pluridisciplinaire avec l'utilisation de dermocosmétiques adaptés.

Eczéma des mains en 2021 : nouveaux risques, nouvelles approches thérapeutiques

Claire BERNIER (Nantes)

Les facteurs de risque connus de dermatite des mains sont le sexe féminin, l'âge jeune, le lavage répété. Le tabac est un facteur de risque incertain, ainsi que le haut niveau de stress.

Le risque professionnel est à prendre en compte. Les métiers à risque sont la santé, la coiffure, la mécanique. Chez les soignants, l'allergène numéro un est l'accélérateur de vulcanisation des caoutchoucs. Les conservateurs apparaissent en deuxième position. Porter des gants de façon prolongée et se laver les mains de manière répétée augmentent le risque de dermatite des mains.

Suite à la pandémie de COVID-19, de nombreuses études se sont intéressées à ce sujet. L'incidence de la dermatite des mains a augmenté, ainsi que la gravité des lésions présentées par les patients.

Dans la prise en charge thérapeutique, le plus important est de supprimer les irritants. Il faut utiliser des dermocorticoïdes forts en traitement. En cas d'échec, il faudra chercher une allergie de contact associée.

En conclusion, les dermatites irritatives sont en augmentation. Il est important de les dépister et les prendre en charge précocement, avant d'avoir une augmentation de l'incidence des eczémats de contact des mains.

Quand le patient reprend la main

Michèle DEBONS-PEYROUTET (Nantes), Françoise ELAN (Nantes)

Dans le service de dermatologie du CHU de Nantes, la prise en charge des patients venant consulter pour dermatite des mains se fait en équipe, avec les médecins et les infirmières. Un questionnaire médical et éducatif est systématiquement remis au patient à son arrivée en consultation. La part sur la qualité de vie et les attentes du patient est très importante.

La prise en charge est adaptée aux réponses à ce questionnaire. Par exemple, si le patient note qu'il préfère les textures grasses, on préférera lui prescrire une pommade plutôt qu'une crème.



Des vidéos de démonstration du lavage des mains ou de l'application des dermocorticoïdes sont utilisées pour l'éducation thérapeutique.

Le service utilise aussi le wet wrapping. C'est une technique d'enveloppement humide, qui a un effet accélérateur du traitement. Après application de dermocorticoïdes, on enfile une double couche de gants mouillés, le premier étant en coton, le deuxième étant en vinyle. Les gants se gardent au moins 6 heures. Le traitement est de courte durée, entre 3 jours et une semaine.

Un suivi rapproché des patients est fait, afin d'améliorer l'observance et d'éviter les perdus de vue.

En conclusion, il est important d'avoir une prise en charge globale, pluridisciplinaire, et centrée sur le patient.

Les soins dermo-cosmétiques décryptés au-delà du visible
Aurélie GUYOUX (Naos)

La peau est en interface et en connexion permanente avec les ingrédients des dermo-cosmétiques appliqués. 30 000 ingrédients environ sont référencés en Europe. NAOS en utilise 650. La sélection des molécules se fait par leur fonction, leur mécanisme d'action, leur origine...

Il faut parfaitement définir les ingrédients. Des ingrédients biomimétiques sont intéressants car ils sont identiques à des constituants cutanés. Des actifs biologiques ont des actions ciblées. L'utilisation de molécules pures est privilégiée.

Il faut bannir les extraits végétaux mal caractérisés.

Pour l'efficacité des actifs, on va s'intéresser à la concentration, mais aussi au pH, la solubilisation et la stabilité. De nombreux tests in vitro puis in vivo sont réalisés, évaluant aussi la sécurité des produits.

Pendant le premier confinement, Bioderma a développé un produit virucide, bactéricide et fongicide sur le *Candida albicans*, mais qui dans le même temps relipide la peau et renforce son film hydrolipidique.

Bioderma a aussi développé un baume barrière réparateur, qui a une double action. Il protège contre les agressions extérieures. Dans le même temps, il répare la peau abîmée.

Ces produits répondent donc aux attentes et aux problématiques rencontrées ces derniers mois avec la pandémie de Covid-19.

Comment renforcer l'efficacité de la prise en charge de dermite ?

- 1) Augmenter le nombre de lignes de traitement sur l'ordonnance.
- 2) Impliquer le patient et le remettre au cœur de la prise en charge.
- 3) Interdire au patient d'utiliser ses mains au maximum dans sa vie quotidienne et professionnelle.

Le wet wrapping peut :

- 1) Être répété sur une durée prolongée.
- 2) Être utilisée avec des gants en latex.
- 3) Augmenter l'efficacité et la rapidité d'action des dermocorticoïdes.

Réponses :

Comment renforcer l'efficacité de la prise en charge de dermite ? *Réponse : 2*

Le wet wrapping peut : *Réponse : 3*



Du bon usage des antiseptiques

Modérateurs : Jean-Pierre LEPOITTEVIN (Strasbourg), Évelyne COLLET (Dijon), Marie Noëlle CREPY (Paris)

Article rédigé par Laure BELLANGE

Les antiseptiques sont largement utilisés mais ne sont pas exempts d'effets indésirables ou d'interactions. Mieux maîtriser leur usage est important pour prévenir certaines réactions comme des allergies.

Antiseptiques et SHA : Indications et contre-indications en 2021

Didier LEPELLETIER (Nantes)

Les antiseptiques existent sous forme aqueuse ou alcoolique.

L'antiseptique idéal est à large spectre, facile d'emploi, avec une bonne tolérance et une rapidité d'action. Actuellement, il en existe plusieurs familles. Pour choisir le meilleur, il faut prendre en compte la zone d'application (muqueuse, peau lésée), la présence d'un geste invasif ou non, et le patient cible sur lequel on va l'appliquer (enfant/adulte).

Les antiseptiques sont souvent mal connus, donc mal utilisés, et doivent être prescrits comme des médicaments, donc en respectant les indications et contre-indications. Il faut bien suivre les règles de conservation et penser à utiliser les produits les moins toxiques.

La plupart des études publiées sur l'efficacité des antiseptiques prennent pour critère de jugement principal la réduction de la flore cutanée.

La chlorhexidine existe sous différentes formes. Elle peut être utilisée en lavage antiseptique et chirurgical des mains, en antisepsie de la peau du champ opératoire. La solution aqueuse est à ne pas utiliser en antisepsie. Cette molécule entraîne des risques d'allergie et de neurotoxicité. Il faut faire attention car il y a un risque de passage systémique.

Les halogénés dérivés iodés sont utilisés dans la déterision, le lavage chirurgical et l'antisepsie de la peau et des muqueuses saines ou lésées. Ils sont contre-indiqués chez le nourrisson de moins d'un mois, ou si intolérance à la povidone. Il faut bien rincer si utilisation avant l'âge de 30 mois, car il y a un risque de dysfonctionnement thyroïdien. Il n'y a pas d'allergie croisée avec les produits de contraste iodés ou les fruits de mer.

Les dérivés chlorés comme le Dakin®, sont utilisés en antisepsie de la peau, des muqueuses et des plaies. Il n'y a aucune contre-indication. Il faut bien nettoyer et rincer la peau avant application.

Il y a d'autres antiseptiques disponibles, comme l'alcool à 70°, les sels d'ammonium quaternaires, les aldéhydes et l'oxyde d'éthylène.

Des changements dans les protocoles de déterision et antisepsie sont en cours, faisant suite aux dernières études.

En conclusion, il existe de nombreux antiseptiques, avec des indications et contre-indications propres. Il faut se référer aux dernières données afin de choisir le meilleur pour chaque patient.

Réactions immédiates aux antiseptiques et désinfectants

An GOOSSENS (Leuven, Belgique)

Les symptômes immédiats rapportés avec les antiseptiques sont de l'urticaire, une conjonctivite, une rhinite, une réaction respiratoire et de l'anaphylaxie.

Avec l'alcool, de rares cas ont été décrits, dont un syndrome d'urticaire de contact chez une infirmière.

Les sels d'ammonium quaternaires ont une réactivité croisée avec les myorelaxants utilisés en anesthésie. Il y a aussi des réactivités croisées avec des produits utilisés en coiffure, donc un risque d'allergie professionnelle. Le chlorure de benzalkonium peut entraîner des réactions sévères. Les principaux cas rapportés sont en rapport avec la manipulation de cathéters veineux ou utilisation de produits ménagers ou désinfectants hospitaliers.

Plusieurs cas de réactions sévères avec la chlorhexidine ont été rapportés, notamment lors d'interventions chirurgicales et des soins dentaires. Il y a aussi des cas professionnels. La réponse IgE est polyclonale, avec risque de réaction croisée avec d'autres désinfectants de cette famille des biguanides.

Avec les halogènes chlorés, il y a eu des cas d'urticaire de contact après utilisation d'eau de javel ou de bain de piscine. Plusieurs cas professionnels ont été décrits, avec parfois des réactions sévères généralisées.

Pour les iodophores, un cas de choc anaphylactique à une solution Lugol® a été rapporté.

En conclusion, les urticaires de contact et autres réactions immédiates sont rares mais probablement sous-estimées. L'attention se porte sur les atteintes respiratoires, qui surviennent surtout chez le personnel médical. Il faut se méfier des réactions croisées. Les pricks tests, tests ouverts et dosages des IgE spécifiques sont utiles au diagnostic.

Allergie de contact aux antiseptiques chez l'enfant et chez l'adulte

Anne-Sophie DARRIGADE (Bordeaux), Nadia RAISON-PEYRON (Montpellier).

Les réactions retardées sont plus fréquentes chez les adultes. Les enfants atopiques sont plus à risque que les enfants non atopiques.

Le principal allergène chez l'enfant est le digluconate de chlorhexidine, utilisé seul ou sous forme associée. Le second allergène en cause est le chlorure de benzalkonium. Il peut être en association dans les antiseptiques et dans les anesthésiants locaux. Il est aussi utilisé comme conservateur. Les autres antiseptiques sont peu en cause.

Il faut les tester en patch-test, avec l'allergène seul et le produit commercial suspecté. Des ROAT tests sont possibles au moins 7 jours si le patch est négatif.

Chez les adultes, la fréquence de l'allergie retardée aux antiseptiques est mal connue car il y a des sous-déclarations. La povidone iodée peut entraîner de grosses irritations, avec des lésions purpuriques, ou des éruptions erythémato-vésiculo-bulleuses. Il ne s'agit pas d'allergie, et cela ne doit pas contre-indiquer la prise ultérieure de ces antiseptiques. La prévalence des allergies de contact à la chlorhexidine est entre 0,5 et 2,7 %. Les ammoniums

quaternaires sont surtout considérés comme des irritants forts plutôt que comme allergisants.

En conclusion, le diagnostic d'allergie aux antiseptiques est difficile, ces produits étant aussi très irritants. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à compléter les patchs tests classiques par des ROAT.

QUIZ DE FORMATION

Quand suspecter une allergie aux antiseptiques chez l'enfant ?



- 1) Devant un retard de cicatrisation du cordon ombilical.
- 2) Devant un eczéma répondant aux dermocorticoïdes
- 3) Devant un érythème isolé.

Que devons-nous faire devant une suspicion d'allergie retardée à un antiseptique ?

- 1) Tester les produits en prick-test.
- 2) Tester le produit commercial et les molécules en patch test.
- 3) Faire un test de re-exposition

Réponses :

Quand suspecter une allergie aux antiseptiques chez l'enfant ? *Réponse : 1*

Que devons-nous faire devant une suspicion d'allergie retardée à un antiseptique ?

Réponse : 2

Examens complémentaires et allergologie

Modérateurs : Jean-Luc BOURRAIN (Montpellier), Aurélie DU THANH (Montpellier)

Article rédigé par Laure BELLANGE

Les examens complémentaires sont très utiles pour confirmer certains diagnostics... À condition de les réaliser dans de bonnes conditions et de savoir les interpréter.

Les explorations photobiologiques : pour qui ? Comment ?

Hervé DUTARTRE (Nantes)

La base du diagnostic de photodermatose reste l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. On reconnaît notamment une photodermatose par la localisation des lésions : respect des vêtements, du pli sous mentonnier, des 2^e et 3^e phalanges (souvent repliées au repos). Les explorations sont inutiles pour les lucites estivales bénignes, les phytophotodermatoses et les photodermatoses juvéniles.

Les explorations doivent être faites en cas de photodermatose idiopathique, photosensibilisation médicamenteuse ou photoallergie de contact.

Pour faire des explorations photobiologiques, on utilise des simulateurs solaires, notamment des tubes fluorescents. Il existe de meilleurs matériels, mais plus disponibles actuellement...

Il y a trois tests pour les photodermatoses :

- La détermination de la dose érythémateuse minimale : c'est la plus petite dose donnant un érythème bien limité. La lecture se fait à 24 heures, sauf dans l'urticaire solaire où la lecture est immédiate.
- Les phototests, qui cherchent à reproduire la lésion de la photodermatose. On réalise trois jours de tests, d'abord avec de la lumière totale, puis des UVAs puis des UVBs. La lecture se fait en retardé plusieurs jours après.
- Les photopatchs tests. On utilise des patchs témoins non irradiés. On fait une lecture à J3 et une lecture retardée à J5 ou J7.

En conclusion, l'exploration des photodermatoses n'est pas nécessaire dans tous les cas. Mais quand elle est utile, il faut adresser les patients en centre spécialisé, afin d'établir un diagnostic et une prise en charge adaptée.

ROAT : quand ? Comment ?

Emmanuelle AMSLER (Paris)

Le ROAT est un test d'usage qui simule l'utilisation d'un produit topique.

Les indications sont multiples. On les fait après les patchs tests si on a un produit fortement suspect mais testé négatif, ou si le patch est douteux, ou si on veut valider la bonne tolérance d'un produit. Il est possible de les faire avant les patchs tests pour confirmer l'imputabilité d'un produit dans la réaction du patient.

On peut tester :

- Les cosmétiques, nécessitant rinçage ou non, ainsi que le maquillage.
- Les médicaments topiques, surtout les antiseptiques et les collyres.

On peut aussi tester d'autres substances, pures ou diluées, selon leur potentiel irritant.

Concernant la durée d'application, les recommandations ESCD de 2015 conseillent de faire entre quinze jours et quatre semaines d'application. Mais en pratique courante, les délais sont souvent plus courts.

La lecture se fait selon une grille de cotation, selon les mêmes recommandations de 2015. Cela permet de distinguer irritation et eczéma de contact. Souvent, on retient une positivité si plus de 25 % de la zone de test contient des vésicules et papules.

Entre deux séries de ROAT test, il faut respecter un délai d'au moins sept jours.

Dans l'érythème pigmenté fixe, il faut appliquer le produit sur une ancienne lésion, une fois par jour, sans couvrir, au moins 7 jours de suite. On donne la préparation diluée en vaseline du médicament qu'on a utilisé préalablement pour le patch test.

En conclusion, le ROAT est facile et accessible. Sa première limitation est la collaboration du patient.

Ces résultats biologiques qui nous perturbent : Les tryptases augmentées
Évelyne COLLET (Dijon)

La tryptase est une sérine protéase produite par les mastocytes. Il en existe quatre types, avec un grand polymorphisme des gènes codant pour ces tryptases. Deux tryptases, alpha et bêta, sont exocytées du mastocyte. Elles sont représentatives du nombre de mastocytes et de leur activité basale. La forme bêta est aussi sécrétée si activation du mastocyte.

La tryptase est une protéine pro-inflammatoire et chémoattractante.

On dose la tryptase totale, c'est-à-dire les isoformes alpha et bêta. La norme est fixée à 11ug/L.

La tryptase basale est stable chez un même individu. La stabilité de la tryptase dans un prélèvement sanguin est excellente, y compris à température ambiante. La demi-vie de la tryptase est d'environ deux heures, ce qui facilite le prélèvement initial. Il est indispensable de noter la date et l'heure du prélèvement.

Une augmentation significative de la tryptase aigüe est définie comme une augmentation supérieure à 1,2 fois la tryptase basale + 2ug/L.

La première cause d'augmentation de la tryptase est l'anaphylaxie.

La mastocytose est une maladie chronique, dans laquelle on retrouve une élévation de la tryptase, au-delà de 20ug/L. Il faut d'autres critères diagnostiques complémentaires pour affirmer le diagnostic.

Les syndromes d'activation mastocytaires sont un groupe de maladies, à la gravité hétérogène, et aux symptômes variés, dans lesquels la tryptase est aussi augmentée lors des symptômes. Il faut une augmentation sérique d'au moins 20 % par rapport à la valeur basale individuelle + 2ug/L dans une fenêtre de deux à quatre heures après la crise. Il faut aussi de nombreux autres critères pour confirmer le diagnostic.

Attention, l'âge, l'insuffisance rénale chronique et la dialyse, les hémopathies myéloblastiques, les pathologies cardiovasculaires et l'hypertryptasémie familiale entraînent une augmentation de la tryptase basale.

En conclusion, la tryptase est très utile dans le diagnostic de l'anaphylaxie et d'autres pathologies. Mais son dosage doit être réalisé dans de bonnes conditions, et il faut garder en tête que d'autres pathologies peuvent entraîner une élévation non spécifique de la tryptase.



QUIZ DE FORMATION

Que faire devant un jeune adulte se plaignant d'urticaire du décolleté en début d'été ?

- 1) Aucun test, lui donner les règles hygiénodietétiques améliorant la lucite estivale bénigne.
- 2) Des photopatchs tests aux produits qu'il utilise.
- 3) Des pricks tests aux produits qu'il utilise.

En plus de la tryptase élevée, que faut-il pour confirmer le diagnostic de mastocytose systémique ?

- 1) Une urticaire pigmentée.
- 2) Autres critères mineurs comme la mutation de c-kit et des mastocytes médullaires exprimant CD2 et/ou CD25.
- 3) Une bonne réponse au traitement antihistaminique.

Réponses :

Que faire devant un jeune adulte se plaignant d'urticaire du décolleté en début d'été ?

Réponse : 1

En plus de la tryptase élevée, que faut-il pour confirmer le diagnostic de mastocytose systémique ? *Réponse : 2*

Les tensio actifs

*Modératrices : Nadia RAISON-PEYRON (Montpellier), Marie-Bernadette CLEENEWERCK (Lille)
Article rédigé par Laure BELLANGE*

Les tensio actifs sont utilisés par la grande majorité de la population. Malgré des progrès, les tensio actifs utilisés aujourd'hui ne sont exempts de certains problèmes : allergie ou irritation entre autres. Des précautions peuvent être proposées en cas d'utilisation intensive.

"Tout ce qui lave en cosmétique"
Christine LAFFORGUE (Chatenay-Malabry)

76 % des Français pratiquent une toilette complète quotidiennement. 96 % se lavent les cheveux une fois par semaine au moins.

Il se vend près de 6 flacons de gel douche et 5 de shampoings chaque seconde en France.

Quand on se lave, on recherche une détergence. Les produits nettoyants ont toujours un tensio actif (=surfactant).

Les tensio actifs anioniques sont caractérisés par le fait que, mis en solution avec de l'eau, ils se dissocient en libérant un cation et devenant chargés négativement. On retrouve dans cette catégorie les savons (vrais = sels alcalins d'acide gras), les sulfonates d'acide gras et syndets (sulfates d'alcool gras).

Les tensio actifs non ioniques sont caractérisés par le fait que, mis en solution dans l'eau, ils ne se dissocient pas, ce qui leur confère une excellente stabilité.

Les tensio actifs amphotères sont caractérisés par le fait que, mis en solution dans l'eau, vont se comporter différemment selon le pH du milieu. Cela explique par exemple la constatation faite en vie réelle qu'un même shampoing va mousser différemment dans différentes villes, où le pH de l'eau sera différent.

Le rôle des tensio actifs est de créer une tension de surface. Si j'ai une salissure hydrophile, j'aurai une solubilisation et un entraînement à l'eau. Sur une salissure lipophile, le tensio actif va la capturer dans les micelles de tensio actifs, qui sont ensuite entraînées par l'eau.

Pour être efficace au lavage, on prend en compte quatre paramètres pour les tensio actifs : la température, le temps d'action, l'action mécanique, et l'action physico-chimique. Il faut un bon équilibre entre ces quatre paramètres, pour obtenir une propreté, sans trop d'irritation cutanée.

En conclusion, les professionnels de l'industrie doivent réussir à fabriquer des produits permettant une bonne hygiène de la peau, en limitant les dommages de la barrière cutanée, et tout en offrant des produits agréables à utiliser. Aujourd'hui, il faut aussi prendre en compte le côté écologique et écoresponsable pour le développement des nouveaux produits.

Allergies et irritations avec les tensio actifs
Françoise GIORDANO-LABADIE (Toulouse)

Par leur action sur la tension superficielle des protéines et des lipides de la couche cornée, les tensio actifs vont altérer la barrière cutanée. Cela fait le lit d'irritations et dermatites de contact.

Il est largement admis que les surfactants non ioniques sont les moins irritants, mais ce sont aussi les moins efficaces.

En prévention primaire, il faut éviter une exposition répétée, protéger la peau, et la réparer par l'application d'émollients.

Le lauryl sulfate de sodium est le plus anciennement connu pour être irritant. Mais il n'est pas allergisant.

La pandémie de covid 19 a entraîné une épidémie de dermite irritative des mains du personnel soignant. Le risque apparaît dès 10 lavages par jour. Le risque diminue avec l'utilisation d'émollient hypoallergénique après chaque lavage et l'utilisation d'une eau tempérée. Il est démontré que l'usage des désinfectants hydroalcooliques est moins irritant que le lavage avec les savons.

D'autres tensio actifs sont plus pourvoyeurs d'allergie que d'irritation. Les localisations d'eczéma de contact liées à ces produits sont surtout les mains et les zones péri capillaires et péri palpébrales.

Un des problèmes majeurs est que certains surfactants, et leurs impuretés, ne sont pas étiquetés dans les produits. C'est le cas notamment des amidamines. Il est donc difficile de les tester et de faire le diagnostic d'allergie.

En conclusion, de nouveaux tensio actifs sont moins irritants que ceux anciennement utilisés, mais sont potentiellement allergisants. Pour le moment, il n'existe pas de molécule idéale.

QUIZ DE FORMATION



Que conseiller à un patient/soignant qui a une dermite des mains ?

- 1) De limiter de se laver les mains.
- 2) De préférer l'utilisation de solutions hydroalcooliques au lavage des mains.
- 3) De changer d'orientation professionnelle.

Quel sera le meilleur tensio actif ?

- 1) Le dernier du marché.
- 2) Celui qui nécessite peu de frictions et l'utilisation d'une eau à température tempérée, et qui n'est pas trop irritant.
- 3) Celui qui a le meilleur pouvoir lavant.

Réponses :

Que conseiller à un patient/soignant qui a une dermite des mains ? Réponse : 2

Quel sera le meilleur tensio actif ? Réponse : 2