

LES CAS DU CONGRÈS

GERDA 2021
Nantes

DERMATO-ALLERGOLOGIE



Ce service vous est proposé par NAOS Services avec la caution du laboratoire dermatologique BIODERMA

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Éditorial

Chers Collègues,

J'ai eu le grand plaisir d'organiser pour la première fois le cours du GERDA à Nantes les 23 et 24 septembre 2021. Après une année compliquée pour beaucoup d'entre nous, qui a vu s'annuler nombre de rencontres scientifiques, ce 42ème cours a été l'occasion de nous retrouver, d'échanger et de continuer à progresser dans le domaine passionnant de la dermato-allergologie. Le programme a été à l'image de la ville de Nantes : à la fois traditionnel et innovant, mais je l'espère surtout enrichissant.

Le Covid 19 nous ayant amené à augmenter de façon exponentielle nos lavages de mains et l'utilisation des solutions hydroalcooliques nous avons programmé une grande session thématique sur les antiseptiques et les tensio-actifs. Nous nous sommes intéressés également à de nouvelles dermatoses topographiques : les pieds, la région génitale et le visage. Puis après un petit point de sémantique allergologique nous avons abordé les explorations allergologiques et biologiques qui nous posent problème : les éosinophilies, la tryptase, les explorations à demander devant un angioedème ou une photodermatose. Enfin vous avez pu retrouver les hot topics sur vos thématiques favorites : l'allergie de contact, les toxidermies, les allergies professionnelles, la dermatite atopique ...

Grâce à la collaboration active du laboratoire Naos nous vous proposons de retrouver les communications orales et affichées présentées lors de ce 42ème cours du GERDA.

Pour une meilleure visibilité nous avons choisi cette année de classer les communications par catégories.

Ainsi vous retrouverez 3 grandes thématiques :

- les dermatoses inflammatoires (dermatite atopique, urticaire chronique),
- les allergies aux médicaments ou aux aliments
- et enfin les allergies de contact.

Le cours du GERDA nantais a innové avec son premier « poster challenge ». Pour ceux qui n'étaient pas présents au congrès nous vous proposons de tester vos connaissances à partir de 15 cas cliniques didactiques.

Merci à tous les orateurs de ce cours, aux auteurs des communications orales et affichées, à tous les sponsors sans qui ce congrès ne pourrait avoir lieu et à l'équipe de MCI, responsable de l'organisation de ce congrès.

Nous vous attendons nombreux l'année prochaine au 43ème cours du GERDA à Anvers en Belgique les 6 et 7 octobre 2022.

Bonne lecture !

Claire Bernier,
Organisatrice du GERDA 2021

Sommaire

ÉDITORIAL	P.2
LE POSTER DU CONGRÈS	P.4
LES COMMUNICATIONS DU CONGRÈS	P.7
▶ Dermatoses inflammatoires	p.7
• Posters	
• Résumés des communications orales	
▶ Allergies aux médicaments ou aux aliments	p.17
• Posters	
• Résumés des communications orales	
▶ Allergies de contact	p.35
• Posters	
• Résumés des communications orales	
TESTEZ-VOUS	P.59
▶ Quiz de formation	p.59
▶ Posters Challenge	p.67

LE POSTER DU CONGRÈS

LE MOT DES AUTEURS

Ce poster a été réalisé par des membres du service de dermatologie du CHU de Lille à savoir Julia Vanlerberghe, interne de dermatologie avec l'aide précieuse du Dr Pierre Marcant, dermatologue spécialisé en allergologie exerçant également dans le service de médecine du travail du CHU de Lille. Ce travail a également été mené en collaboration avec le Dr Dezoteux, praticien hospitalier universitaire, le Dr Benjamin Adam, médecin généraliste à temps partagé dans le service de dermatologie ainsi que le Pr Staumont-Sallé, professeur des universités-praticien hospitalier.

Nous avons décidé de réaliser ce poster pour partager un cas didactique. Il s'agit en effet d'un cas original, non décrit dans la littérature avec une implication potentielle pour de nombreux dermato-allergologues devant l'utilisation croissante de l'huile de ricin en cosmétologie au quotidien.

Il s'agit d'une patiente qui présentait une poussée d'eczéma après application d'un émollissant à base de glycérolé d'amidon et de Codexial Cold Cream Fluide®.

Des patch-test mettaient en évidence à 48 et 72h de multiples sensibilisations et notamment à la préparation émollissante (+ +). Au vu des sensibilisations mises en évidence et de la présence de l'huile de ricin dans la préparation, celle-ci était suspectée. Cependant, un ROAT à l'huile de ricin pure réalisé pendant 14 jours était négatif.

Après tests cutanés de l'ensemble des composants de la préparation émollissante, ceux-ci sont revenus positifs pour PEG-2 (30% pet.) et PEG-7 hydrogenated castor oil (10% pet. et 30% pet.). Dans le contexte de vaccin RNA anti COVID, la question du rôle du PEG seul était soulevée mais les tests cutanés concernant le PEG seul étaient négatifs.

Ce poster permet d'illustrer l'absence de réaction croisée entre l'huile de ricin pure et ses dérivés. La question d'ajouter l'huile de ricin pure et ses dérivés dans la batterie cosmétique pourrait se poser en facilitant le diagnostic.

Une publication sous la forme d'un Contact Point dans le journal Contact dermatitis est envisagée (actuellement en cours d'écriture).

Allergie aux dérivés de l'huile de ricin

P22

VANLERBERGHE J.⁽¹⁾, MARCANT P.^(1,2,3), DEZOTEUX F.^(1,3), ADAM B.^(1,3), STAUMONT-SALLÉ D.^(1,3)

(1) CHU Lille, Service de Dermatologie, F-59000, Lille. (2) CHU Lille, Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles, F-59000, Lille. (3) University of Lille, F-59000, Lille.

Justification du cas

L'huile de ricin, qui est utilisée dans de nombreux produits cosmétiques, est connue comme potentielle pourvoyeuse de réaction allergique, le plus souvent dans sa forme pure. Les dérivés – forme hydrogénée et éthoxylée (PEG) – de l'huile de ricin peuvent également être responsables de dermatite allergique de contact, bien que plus rarement. Nous rapportons un cas illustrant l'absence de réaction croisée entre les différentes formes, rendant le diagnostic difficile.

Description

Il s'agit d'une femme de 30 ans aux antécédents de dermatite atopique (DA) évoluant depuis 15 ans. Des patch-tests avaient été réalisés dix ans auparavant et retrouvaient une sensibilisation au fragrance mix, au budésonide, ainsi qu'à la crème EMLA® (lidocaïne). Elle présentait une nouvelle poussée d'eczéma du visage et du cou (Figure 1) après application d'une préparation magistrale émollissante à base de glycérolé d'amidon et de Codexial Cold Cream Fluide®, justifiant la réalisation de nouveaux tests épicutanés.



Figure 1.

Résultats des investigations allergologiques

Les patch-tests étaient positifs à 48 et 72h pour la fragrance mix (+ +), le fragrance mix II (+), le budésonide (+ +), l'hydroperoxyde de linalol (+) et de limonène (+) ainsi pour la préparation émollissante testée telle quelle (+ +) (Figure 2A).

L'huile de ricin, composant commun à la préparation émollissante et à la crème EMLA, était suspectée comme responsable de la réaction. Un ROAT à l'huile de ricin pure a été réalisé pendant 14 jours mais était négatif. Après avoir récupéré l'ensemble des composants de la préparation magistrale, des tests ont été réalisés et étaient positifs pour le PEG-2 (30 % pet.) et PEG-7 hydrogenated castor oil (huile de ricin hydrogénée) à 10 % et 30 % pet. (Figure 2B). Les tests pour le polyéthylène glycol seul étaient négatifs.



Figure 2. Patch tests positifs pour la préparation émollissante telle quelle (*), pour le PEG-2 hydrogenated castor oil 30%. (**), et pour le PEG-7 hydrogenated castor oil 10% pet. et 30% pet. (***).

Conclusion

Nous rapportons un cas d'eczéma de contact à l'huile de ricin dans sa forme hydrogénée et éthoxylée contenue dans une préparation émollissante, illustrant l'absence de réaction croisée entre les dérivés de l'huile de ricin et la forme pure. Ceci peut être expliqué par le fait que le principal acide gras de l'huile de ricin pure est l'acide ricinoléique (allergène le plus souvent incriminé) tandis qu'il s'agit de l'acide 12-hydroxystéarique dans la forme hydrogénée. L'ajout de l'huile de ricin pure et de ses dérivées dans la batterie cosmétique pourrait faciliter le diagnostic.

Conflits d'intérêts. Aucun

Mots clés. Eczéma de contact allergique – Huile de ricin hydrogénée – Hydrogenated castor oil

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Les communications du congrès

1

**Dermatoses
inflammatoires**

2

**Allergies
aux médicaments
ou aux aliments**

3

**Allergies
de contact**

PRESCRIPTION D'OMALIZUMAB PENDANT LA GROSSESSE CHEZ DES PATIENTES ATTEINTES D'URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE: RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE RETROSPECTIVE FRANÇAISE

BADAOUI A.⁽¹⁾, AMSLER E.⁽²⁾, DARRIGADE A.-S.⁽³⁾, FOUGEROUSSE A.-C.⁽¹⁾, REGUIAI Z.⁽⁴⁾, CASTELAIN F.⁽⁵⁾, SORIA A.^(2,6), au nom du groupe Urticaire Spontané (GUS) de la Société Française de Dermatologie et du groupe ResoUrticaire

(1) Service de dermatologie, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, 69 avenue de Paris, FR-94160 Saint Mandé.
 (2) Sorbonne Université. Service de dermatologie et allergologie, Hôpital Tenon APHP, 4 rue de la Chine 75020 Paris, France.
 (3) Service de dermatologie hôpital Saint André, CHU Bordeaux, France. (4) Service de dermatologie, Courlancy Polyclinic, Reims, France.
 (5) Service de dermatologie, CHU Besançon, France. (6) Sorbonne Université. Service de dermatologie et allergologie, Hôpital Tenon APHP, 4 rue de la Chine 75020 Paris, France, INSERM 1135, CIMI, Paris, France.

Introduction

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une pathologie fréquente touchant 1% de la population, le plus souvent des femmes. L'omalizumab est actuellement recommandé dans la prise en charge des UCS résistantes à 4cp/j d'anti-histaminique^{1,2}. Bien que l'utilisation d'omalizumab ait déjà été rapporté comme sûre chez des patientes enceintes atteintes d'asthme sévère dans une cohorte nord-américaine³, peu d'études ont étudié les conséquences maternelles et foetales éventuelles de l'omalizumab chez des patientes enceintes atteintes d'UCS⁴⁻⁷.

Matériel et Méthode

Étude rétrospective de 12 patientes traitées par omalizumab pour une UCS, qui ont déclaré une grossesse sous ce traitements.

Résultats

Douze patients (29 à 42 ans) ont été incluses dans l'étude. Le traitement par omalizumab avait été introduit à la posologie de 300 mg toutes les 4 semaines pour une UCS résistante à 4cp/j d'anti-histaminique. Cinq patientes avait un terrain atopique. Toutes les patientes avait une UCS modérée à sévère avec un score UAS > 15 et/ou un score DLQI > 10.

Le traitement par omalizumab avait été introduit avant le début de la grossesse chez toutes les patientes, par conséquent, toutes les patientes ont été exposées à ce traitement pendant le premier trimestre de grossesse. Cinq patientes ont interrompu le traitement pendant le premier trimestre et 2 pendant le deuxième trimestre en raison d'une rémission de l'UCS et de la crainte de complications foetales.

Sur les 12 patientes, 7 ont eu une grossesse et un accouchement sans complication, 2 ont eu un accouchement par césarienne en raison de trouble du rythme cardiaque foetal, 2 ont eu une fausse couche spontanée au premier trimestre et 1 a eu une fausse couche spontanée au 2^e trimestre.

Aucune malformation foetale n'est à noter sur les 9 nouveau-nés.

Discussion

Dans notre étude, aucune complication foetale de l'omalizumab n'a été retrouvé, ce qui est concordant avec les publications antérieures dans l'UCS et dans l'asthme (registre EXPECT). Trois patientes ont eu une fausse couche spontanée (25%) ce qui est comparable au taux de fausse couche spontanée dans la population française⁸. Omalizumab est un traitement sûr et efficace chez les femmes enceintes atteintes d'UCS.

1. Management of chronic spontaneous urticaria: a worldwide perspective. Pavel Kolkhir, Dmitry Pogorelov, Razvigor Darlenski, et al. *World Allergy Organ J.* 2018 Jul;4:11-14
 2. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. T Zuberbier, W Aberer, R Asero, et al. *Allergy.* 2018 Jul;73:1393-1414.
 3. Pregnancy outcomes in the omalizumab pregnancy registry and a disease-matched comparator cohort. Jennifer A Namazy, Lucie Blais, Elizabeth B Andrews, et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2020 Feb;145:528-536.
 4. Omalizumab use during pregnancy for CIU: a tertiary care experience. L Cuervo-Pardo, M Barcena-Blanch, C Radojicic. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2016 Jul;48:145-6.
 5. Omalizumab as Third-Line Therapy for Urticaria During Pregnancy. L F Ensina, A P Cusato-Ensina, I C Camelo-Nunes, et al. *J Invest Allergol Clin Immunol.* 2017;27(5):326-327.
 6. Omalizumab use during pregnancy for chronic spontaneous urticaria (CSU): report of two cases. M González-Medina, L Curto-Barredo, M Labrador-Horrillo, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 May;31:e245-e246.
 7. Successful and Safe Treatment of Chronic Spontaneous Urticaria with Omalizumab in a Woman during Two Consecutive Pregnancies. Misbah Nasheela Ghazanfar, Simon Francis Thomsen. *Case Rep Med.* 2015;2015:368053.
 8. The French Pregnancy Cohort: Medication use during pregnancy in the French population. Anick Bérard, Fatima Abbas-Chorfa, Behrouz Kassai, et al. *PLoS One.* 2019 Jul;17:14.



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
 BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

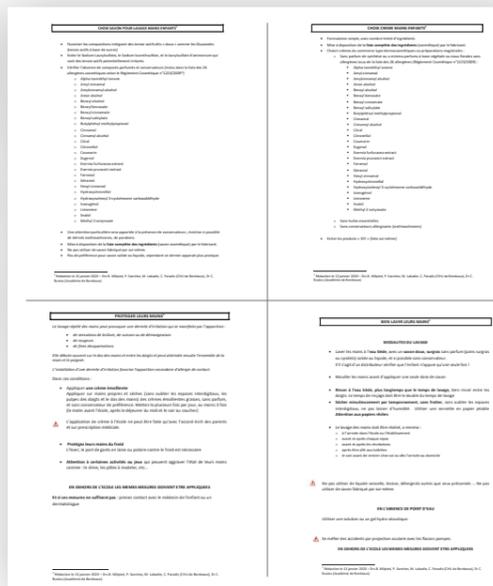
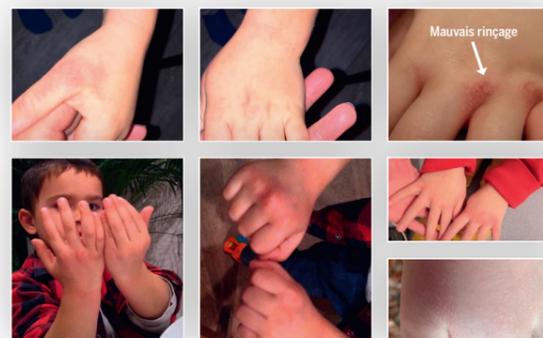
Un exemple de prévention des dermatites des mains en Aquitaine chez les enfants de Maternelles

MILPIED B.⁽¹⁾, SANCHEZ P.⁽²⁾, LABRÈZE C.⁽³⁾, BUSTOS C.⁽⁴⁾, LABADIE M.⁽⁵⁾

(1) Service de Dermatologie, CHU Bordeaux. (2) Centre de Pharmacovigilance, CHU Bordeaux. (3) Service de Dermato pédiatrie, CHU Bordeaux. (4) Rectorat Académie de Bordeaux. (5) Centre Anti-Poison, CHU Bordeaux.

Introduction, Objectifs

Nous rapportons un exemple de prévention des dermatites d'irritation des mains chez des petits enfants de classes maternelles dans le contexte de la pandémie COVID. À la suite d'appels de parents d'élèves et de professeurs de classes maternelles d'Aquitaine auprès du Centre Anti-Poison (CAP) de Bordeaux et du service de Pharmacovigilance (PV) de Bordeaux, l'attention est attirée sur la survenue de dermatites d'irritation des mains chez les petits des classes maternelles. Le contact est alors pris auprès du service de dermatologie allergologie du CHU de Bordeaux afin de mettre en place des mesures de prévention de ces dermatites des mains occasionnées par les lavages quotidiens multiples liés à la crise sanitaire.



Matériel et Méthodes

En cette période Covid les décisions sont essentiellement prises au cours de réunions téléphoniques et mails avec la constitution rapide d'un petit groupe réunissant un médecin dermatoa allergologue, un dermatopédiatre, un médecin du CAP, un médecin de la PV et le médecin responsable du Rectorat. En un mois sont éditées 4 fiches: 1. Fiche de choix des savons; 2. Fiche de choix des crèmes; 3. Fiche de lavage des mains; 4. Fiche de protection des mains. Ces fiches sont envoyées via le rectorat à toutes les mairies d'Aquitaine (responsables du choix des savons des écoles) ainsi qu'aux directeurs des écoles de la région d'Aquitaine.

Résultats

Rapidité de l'action: un mois entre le premier contact le 11/12/2020 et les recommandations transmises le 10 janvier 2021. Évaluation de notre action: pas d'évaluation objective car non prévue initialement dans les objectifs mais indirecte (avis de parents d'élèves ou d'associations de parents d'élèves): retours positifs avec une nette diminution des appels pour dermatites des mains chez les enfants.

Conclusion

Cette démarche rapide a pu se mettre en place grâce à l'existence d'un réseau de professionnels certes informel, mais efficace, sans l'alourdissement habituel des démarches administratives et ce probablement en raison du contexte très particulier de cette épidémie où les initiatives étaient encouragées. Les limites sont par contre l'absence d'évaluation objective mais une réflexion est en cours pour sa mise en place.



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
 BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Facteurs prédictifs de réponse au méthotrexate dans la dermatite atopique de l'adulte

P26

JAULENT L.⁽¹⁾, JAULENT C.⁽¹⁾, GOUJON C.⁽¹⁾, HACARD F.⁽¹⁾, NICOLAS J.-F.^(1,2), STAUMONT-SALLÉ D.⁽³⁾, SENESCHAL J.⁽⁴⁾, TOUSSAINT C.⁽⁴⁾, BARBAROT S.⁽⁵⁾, SORIA A.⁽⁶⁾, DELAUNAY J.⁽⁷⁾, DU THANH A.⁽⁸⁾, PRALONG P.⁽⁹⁾, RAISON-PEYRON N.⁽⁸⁾, TETART F.⁽¹⁰⁾, RABILLOUD M.⁽¹¹⁾, NOSBAUM A.^(1,2) POUR LE GROUPE DE RECHERCHE SUR L'ECZÉMA ATOPIQUE (GREAT)

(1) Hospices Civils de Lyon, Centre Hospitalier Lyon Sud, Service d'Allergologie et Immunologie Clinique, F-69495 Pierre Bénite, France. (2) CIRI, Centre International de Recherche en Infectiologie, Univ Lyon, Inserm, U1111, Université Claude Bernard Lyon 1, CNRS, UMR5308, ENS de Lyon, F-69007, Lyon, France. (3) Dermatology Department, CHU Lille, Univ. Lille, INSERM U1286- INFINITE - Institute for Translational Research in Inflammation, F-59000 Lille, France. (4) Dermatology Department, Saint-Andre University Hospital, Bordeaux, France. (5) Dermatology Department, Nantes University Hospital, Nantes, France. (6) Dermatology Department, Tenon University Hospital, Paris, France. (7) Dermatology Department, Angers University Hospital, Angers, France. (8) Dermatology Department, Saint Eloi University Hospital, Montpellier, France. (9) Dermatology Department, North University Hospital, Grenoble, France. (10) Dermatology Department, Rouen University Hospital, Rouen, France. (11) Hospices Civils de Lyon, Centre Hospitalier Lyon Sud, Service de Biostatistique and Bioinformatique, F-69495 Pierre Bénite, France.

Introduction

Le méthotrexate (MTX) est une option thérapeutique hors AMM dans la dermatite atopique (DA) modérée à sévère lorsque les traitements locaux sont insuffisants. Notre objectif était d'identifier des facteurs prédictifs de bonne et/ou mauvaise réponse au MTX dans la DA.

Matériels et Méthodes

Une étude rétrospective impliquant 9 centres du GREAT a inclus des adultes atteints de DA modérée à sévère. Des caractéristiques cliniques et biologiques ont été recueillies afin d'évaluer l'efficacité, la tolérance et la durée de maintien du MTX. Les facteurs prédictifs de réponse au MTX ont été recherchés par des analyses uni et multivariées, en comparant la réponse au MTX dans différentes sous-populations de patients. La réponse au MTX était définie par une diminution de plus de 50% du SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) ou l'obtention d'un score IGA (Investigator Global Assessment) à 0 ou 1 ou une baisse de 2 points ou plus, à 3, 6 ou 12 mois de traitement, par rapport à l'initiation du MTX.

Résultats

272 patients ont été inclus. Les patients étaient considérés comme répondeurs au MTX dans 41% (83/203), 59% (93/158) et 79% (86/109) des cas à 3, 6 et 12 mois respectivement (Figure 1). Des effets indésirables étaient rapportés dans 39% (106/272) des cas, avec principalement 22% (59/272) d'intolérances digestives et 14% (37/272) d'anomalies biologiques. La survie médiane du traitement par MTX était de 23 mois, bien supérieure chez les répondeurs (36 mois) que chez les non répondeurs où le MTX était interrompu après 6 mois de traitement en moyenne (Figure 2). Les principales causes d'arrêt étaient les effets secondaires (40%, 61/152), l'inefficacité (28%, 42/152) et la perte d'efficacité (17%, 26/152). Les facteurs de bonne réponse au MTX étaient un score IGA à 4 (très sévère) ($p < 0,03$) et une éosinophilie $> 0,5$ G/L ($p < 0,04$) à l'initiation du traitement. Un tabagisme actif était un facteur de mauvaise réponse au traitement (Tableau 1) ($p < 0,07$).

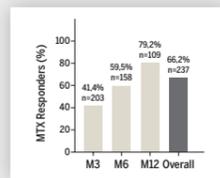


Figure 1. Patients répondeurs au MTX à 3, 6 et 12 mois.

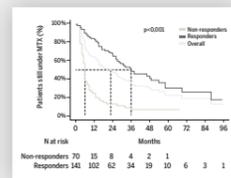


Figure 2. Survie du MTX.

Factors	Response		
	n	%	p-value
Active use of tobacco	28/55	50.9	0.007
None or weaned use of tobacco	115/162	71.0	
IGA \leq 3	67/112	59.8	0.03
IGA $>$ 3	86/117	73.5	
Hypereosinophilia	60/81	74.1	0.04
Nohypereosinophilia	87/144	60.4	

Tableau 1. Facteurs prédictifs d'efficacité du MTX.

Conclusion

L'évaluation de la sévérité initiale, basée sur le score simple de l'IGA (en 5 points), la recherche d'un tabagisme actif, d'une éosinophilie sanguine semblent utiles pour guider le clinicien dans son choix thérapeutique et permettre une prescription plus personnalisée du MTX.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

UNE RÉACTION D'AUTO-ECZÉMATISATION AUX POUX DE TÊTE

P34

MANAA L.⁽¹⁾, KORBI M.⁽¹⁾, BEN SALAH A.⁽²⁾, BEN SALAH N.⁽¹⁾, BEN ABDEJLIL N.⁽³⁾, AOUAM K.⁽⁴⁾, BELHADJALI H.⁽¹⁾, ZILI J.⁽¹⁾

(1) Service de dermatologie. (2) Service de parasitologie. (3) Service d'anatomopathologie. (4) Service de pharmacologie. CHU Monastir, Monastir, Tunisie.

Justification du cas

La pédiculose de la tête est une infestation du cuir chevelu par le pou de tête « *Pediculus humanus capitis* ». Une réaction généralisée d'auto-eczématisation est rarement décrite en association avec une pédiculose. Nous présentons un cas rare de pédiculose de la tête compliquée d'une réaction « Id ».

Description

Une femme âgée de 42 ans s'est présentée à notre consultation pour une éruption prurigineuse généralisée évoluant depuis 1 semaine. Elle n'ait toute prise médicamenteuse ou application de topiques. L'examen dermatologique montrait des plaques érythémateuses maculo-papuleuses finement squameuses et eczématiformes touchant le tronc, le visage, les membres supérieurs et inférieurs associées à des excoriations et des croûtes (Figure 1). L'examen du cuir chevelu mettait en évidence la présence de lentes attachées aux tiges pileuses et de nombreux poux mobiles en particulier sur les régions frontales et occipitales. Il n'y avait aucune preuve de poux corporels, l'examen mycologique et la recherche de sarcopte étaient négatifs. Des tests sanguins ont révélé une éosinophilie périphérique. La biopsie cutanée montrait une spongiose épidermique avec un infiltrat périvasculaire riche en lymphocytes mélangés à des éosinophiles (Figure 2).



Figure 1. Plaques eczématiformes du tronc, visage et membres supérieurs.

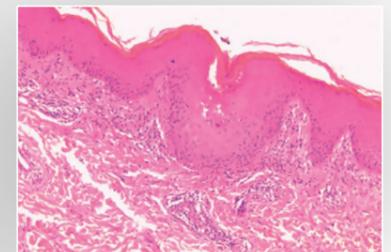


Figure 2. Aspect histologique.

Résultats des investigations allergologiques

Les données cliniques et histopathologiques étaient compatibles avec une « réaction id » (« *Pediculid* »). La patiente était traitée par des corticostéroïdes topiques, des antihistaminiques et un shampooing à base d'alcool benzylique avec peignage pour la pédiculose de la tête. Les lésions ont complètement disparu en 2 semaines.

Conclusion

À notre connaissance, seulement 5 cas de « réactions id » causées par pédiculose de la tête ont été rapportés. Le traitement du stimulus initial ainsi que des manifestations d'auto-eczématisation par des dermocorticoïdes sont suffisants pour la résolution des lésions.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Dermites des mains d'origine professionnelle : étude MANUS PRO

P39

DEYDIER N.⁽¹⁾, BARON R.⁽²⁾, ENIAFE M.⁽³⁾, SALIOU P.⁽²⁾, ROGUEDAS A.-M.⁽⁴⁾, MISERY L.⁽⁴⁾, LODDÉ B.⁽¹⁾, GOURIER G.⁽¹⁾

(1) Centre de pathologies professionnelles et environnementales. (2) Hygiène hospitalière. (3) Santé au travail. (4) Dermatologie. CHRU, Brest, France

Introduction

Les dermites des mains (DM) chez les soignants sont fréquentes. Une étude réalisée par le CHU de Nantes trouve une prévalence des DM chez son personnel de 67,9%.¹ Nous n'avons pas de données sur les DM au sein du personnel du CHRU de Brest. L'objectif principal était d'estimer la prévalence des DM professionnelles chez le personnel du CHRU. Les objectifs secondaires : [1] la description de facteurs de risque de DM ; [2] la description clinique des DM ; [3] La description des taux de DM en fonction des pratiques d'hygiène des mains ; [4] la mise en évidence les modifications des pratiques d'hygiène induites par les DM ; [5] l'estimation de l'impact professionnel et socio-économique des DM ; [6] l'évaluation du recours aux soins pour ces dermites des mains, et [7] l'étude de l'association des DM avec un terrain atopique.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale monocentrique par auto-questionnaire ciblant les personnels médicaux et paramédicaux soignants et les agents hospitaliers travaillant au CHRU de Brest. Ce dernier comportait 28 questions relatives aux caractéristiques socio professionnelles, aux habitudes d'hygiène des mains, aux antécédents dermatologiques, à l'évaluation de l'état cutané des mains et au recours aux soins. Le questionnaire, réalisé sur SPHINX[®], a été diffusé par mail. Une version papier a également été relayé dans les services via les représentants du réseau opérationnel d'hygiène hospitalière. La période d'inclusion s'étendait du 15/08 au 15/09/2019. Le caractère professionnel de la DM était défini en fonction de sa rythmicité professionnelle.

Résultats/Discussion

1149 questionnaires ont été recueillis. La prévalence estimée des DM professionnelles est de 40 %. Les différences de pratiques d'hygiène des mains entre les personnels porteurs ou non d'une DM sont présentées dans le *tableau 1*. Les principaux signes rapportés sont : une xérose cutanée (87 %), un prurit (62 %), des douleurs (25 %), des fissures (65 %), un érythème (72 %), des vésicules (6 %) et des suintements (5 %). 75 % avait une DM « sévère » selon les critères suivants : douleurs, suintements, fissures, vésicules ou atteinte permanente. Seuls 27 % ont consulté un médecin pour cette indication et 4 patients (< 1%) ont bénéficié d'un arrêt de travail.

Un fort usage du savon et l'usage intensif de gant semble favoriser la survenue de DM professionnelles.

L'usage du SHA semble moins impactant sur la survenue de DM. L'atopie semble être un facteur de risque de DM professionnelles. Le personnel paramédical est plus à risque de DM professionnelles.

	Absence de DM	DM Professionnelle
Femme (%)	485 (54)	407 (45)
Homme (%)	140 (72)	53 (27)
CSP-I (%)	182 (65)	97 (34)
CSP-II (%)	408 (54)	351 (46)
CSP-III (%)	35 (72)	13 (27)
SAV-1 (%)	100 (81)	23 (19)
SAV-2 (%)	475 (55)	375 (45)
SAV-3 (%)	48 (45)	58 (55)
SHA-1 (%)	63 (57)	47 (43)
SHA-2 (%)	317 (62)	194 (37)
SHA-3 (%)	245 (52)	219 (48)
GAN-1 (%)	186 (67)	91 (33)
GAN-2 (%)	335 (57)	247 (43)
GAN-3 (%)	99 (45)	117 (55)
Pas d'atopie personnelle (%)	391 (66)	195 (33)
Atopie personnelle (%)	233 (46)	266 (54)
Pas d'atopie familiale (%)	336 (64)	184 (35)
Atopie familiale (%)	290 (51)	275 (49)

Tableau 1. Différences de pratiques d'hygiène des mains entre le personnel porteur ou non d'une Dermite des Mains (DM) professionnelle. CSP-I : Médecin/Sage-femme/Dentiste/Pharmacien ; CSP-II : IDE/aide-soignante/autre profession paramédicale / profession médico-technique ; CSP-III : étudiants ; SAV : Nombre de lavages des mains par jour ; SHA : nombre d'application de SHA par jour ; GAN : nombre de paires de gants porté par jour ; 1 : <5 fois ; 2 : 5 à 20 fois ; 3 : >20 fois.

Conclusion

L'identification de spécificités des pratiques d'hygiène et de populations à risque va permettre d'orienter un programme d'éducation thérapeutique du personnel sur les DM professionnelles, de faciliter le recours aux soins, et ainsi d'améliorer les pratiques professionnelles au sein du CHRU.

1. Longuenesse C, Lepelletier D, Dessomme B, Le Hir F, Bernier C (2017); Hand dermatitis: hand hygiene consequences among healthcare workers. *Contact Dermatitis*, 77: 330-331.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

URTICAIRE AQUAGÉNIQUE LOCALISÉE À L'EAU SALÉE

P42

Carra S.^(1,2), Raison Peyron N.⁽²⁾, Dereure O.⁽²⁾

(1) Service d'allergologie, département de pneumologie et d'addictologie CHU Montpellier.*

(2) Service de dermatologie, UF allergologie CHU Montpellier.*

* 371 av Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier, France.

■ Introduction

Nous présentons le cas d'une patiente de 17 ans avec un diagnostic d'urticaire aquagénique (UA) à l'eau salée localisée au visage et au cou.

■ Observations

Depuis plusieurs mois, une patiente de 17 ans aux antécédents d'allergie aux fruits à coques et de migraines se plaignait de micropapules périfolliculaires fugaces entourées d'un halo érythémateux, prurigineuses, localisées au visage et au cou lors de baignade en mer, ou lorsqu'elle transpirait beaucoup (atmosphère chaude, effort physique).

Il n'existait pas d'antécédent familial d'urticaire.

Les symptômes étaient un peu moins sévères lors de bains en piscine traitée au sel et elle n'avait aucun symptôme au contact de l'eau douce que ce soit lors des douches, des bains en piscine chlorée ou en rivière. Les antihistaminiques (desloratadine) étaient mal tolérés à la dose maximale 4/j (sommolence).

Le test de provocation avec des compresses imbibées de sérum salé hypertonique (NaCl 3,5 %) à 37°C appliquées pendant 20 minutes sur la face latérale du cou était positif avec l'apparition de micropapules érythémateuses sur la zone (*Figure 1*).

Il n'y avait pas de dermographisme associé.

Le diagnostic d'urticaire aquagénique localisée à l'eau salée a été posé.

Devant la mauvaise tolérance des antihistaminiques et la gêne fonctionnelle, un traitement par Omalizumab a été prescrit avec une efficacité sur les symptômes dès la première injection.



Figure 1. Test de provocation avec des compresses imbibées de sérum salé hypertonique (NaCl 3,5%) à 37°C appliquées pendant 20 minutes sur la face latérale du cou. Apparition dès la fin de l'application de micropapules (flèches) sur une zone érythémateuse en regard de la zone d'application.

■ Discussion

L'urticaire aquagénique est une urticaire chronique inductible qui peut parfois être dépendante de la salinité de l'eau¹. Dans ce cas, l'apparition des lésions cutanées survient en général 20 à 30 minutes après le contact avec l'eau salée, le plus souvent l'eau de mer, mais aussi parfois le contact avec la sueur ou les larmes alors que le contact avec l'eau douce est bien toléré.

Moins de 10 cas d'urticaire aquagénique dépendant de la salinité ont été rapportés^{2,3,4}. Dans certains cas, cette urticaire est localisée le plus souvent au visage et au cou comme chez notre patiente⁵. Le test avec des compresses humidifiées avec de l'eau de mer ou avec du sérum salé hypertonique 3,5 % (tous deux correspondant à 35 g NaCl/l) est en général positif mais parfois des concentrations supérieures en NaCl sont nécessaires voire aussi la nécessité d'immerger une section de membre (avant-bras) dans l'eau de mer⁶.

Quand l'urticaire est localisée sur une zone cutanée bien particulière comme chez notre patiente, le test de provocation est positif uniquement sur cette zone. L'Omalizumab a l'AMM dans le traitement de l'urticaire chronique spontanée. Un seul cas d'urticaire aquagénique à l'eau salée traitée par omalizumab a été publié à ce jour⁷.

Notre patiente a été mise sous OMALIZUMAB 300 mg toutes les 4 semaines et dès la première injection, les symptômes cliniques invalidants ont régressé (notamment la gêne fonctionnelle induite par la sueur sur le visage et le cou lors des efforts physiques).

■ Conclusion

Nous présentons le cas d'une patiente avec urticaire localisée à l'eau salée, localisée au visage et au cou lors de bains uniquement en mer et sur les zones cutanées où la sueur est plus riche en chlorure de sodium (qui confère à la sueur une légère saveur salée) notamment lors d'efforts physiques, ce qui aurait pu faire évoquer à tort dans cette dernière situation une urticaire cholinergique.

L'omalizumab peut être indiqué dans les formes d'urticaire aquagénique altérant la qualité de vie.

1. Luong KV, Nguyen LT. Aquagenic urticaria: report of a case and review of the literature. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1998;80(6):483-5.
2. Gallo R, Goncalo M, Cinotti E, Cecchi F, Parodi A. Localized salt-dependent aquagenic urticaria: a subtype of aquagenic urticaria? *Clin Exp Dermatol*. 2013;38(7):754-7.
3. Vieira M, Rosmaninho I, Lopes I, Guilherme A, Moreira da Silva JP. Localized salt-dependent aquagenic urticaria, a rare subtype of urticaria: a case report. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2018;50(3):141-4.
4. Margerin F, Wettlé C, Merklen-Djalil C, Cribier B. [Localized salt-dependent aquagenic urticaria: A case report]. *Ann Dermatol Venerol*. 2015;142(12):771-5.
5. Du Thanh A. Inducible urticaria and chronic spontaneous urticaria. *Ann Dermatol Venerol*. 2014; 141 Suppl 3:S570-9.
6. Barbaud A, Castagna J, Soria A. L'urticaire inductible à l'eau de mer : une entité exceptionnelle liée à l'hyperosmolarité. 2021. Doi: 10.1016/j.lreval.2021.03.084.
7. Rorie A, Gierer S. A case of aquagenic urticaria successfully treated with omalizumab. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(3):547-8.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

MADUPI : Motifs d'Arrêt du dupilumab chez les adultes atteints de dermatite atopique en vie réelle

Marie-Emeline Marniquet, Julien Seneschal, Anne-Sophie Darrigade, Marie Jachiet, Delphine Staumont-Sallé, Audrey Nosbaum, Marie Tauber, Claire Abasq, Marie-Christine Ferrier le Bouedec, Catherine Droitcourt, Hélène Aubert, Claire Bernier, Angèle Soria, Nadia Raison-Peyron, Florence Tétart, François Aubin, Manuelle Viguier, Anne Grange, Aude Valois, Ingrid Kupfer-Bessaguet, Thomas Goronflot, Sébastien Barbarot.

Pour le Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT)

Contexte

Le dupilumab, anticorps monoclonal anti IL4 α , a montré son efficacité dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère mais le rapport bénéfice risque en vie réelle est encore peu documenté. Notre objectif était d'étudier la fréquence des arrêts de traitement, les motifs d'arrêt et les stratégies thérapeutiques après arrêt du dupilumab chez les adultes atteints de DA en vie réelle.

Méthodes

Étude nationale multicentrique rétrospective incluant les patients adultes ayant une DA modérée à sévère pour lesquels le traitement par dupilumab était interrompu (défini par arrêt \geq 1 mois) entre mars 2017 et septembre 2020.

Résultats

Un total de 968 patients étaient traités par dupilumab dans 16 centres français dans la période de l'étude. Parmi eux, le dupilumab était interrompu chez 150 patients (15,5%) après une durée médiane de traitement de 5 mois [IQR = 3-10]. Les motifs d'arrêt principaux étaient un/des effet(s) secondaire(s) chez 61 patients (40,7%), une inefficacité chez 22 patients (14,7%), une inefficacité couplée à des effets secondaires chez 23 patients (15,3%), un projet de grossesse chez 12 patients (8%) ou une rémission complète chez 6 patients (4%) après une durée médiane de 57 semaines [IQR = 44.25, 65.25]. Les effets secondaires à l'origine de l'arrêt étaient des événements ophtalmologiques (59%), des érythèmes faciaux (19,7%) ou diffus (16,4%) de la DA. Les patients avec comorbidités atopiques (principalement conjonctivite allergique) arrêtaient le dupilumab davantage pour effets secondaires que pour inefficacité ($p=0,007$). Le phénotype de la DA (classique/cervico-faciale/prurigo/érythrodermie) n'était pas prédictif du motif d'arrêt. Les stratégies thérapeutiques après arrêt du dupilumab étaient : initiation d'un autre traitement systémique (40%), traitements locaux seuls (30%) ou reprise du dupilumab (20,6%) après un délai moyen d'arrêt de 20 semaines.

Discussion

Les arrêts du dupilumab pour effets secondaires sont rares dans les essais cliniques (seulement 1,8% d'arrêt dans l'essai clinique de phase III CHRONOS après 52 semaines de suivi). Une précédente étude française en vie réelle réalisée en 2018 chez 241 patients avait rapporté une fréquence d'arrêt du traitement de 17,4%, comparable à notre étude, et une fréquence d'arrêt pour effets secondaires de 11,3% après 1 an d'utilisation (8,5% dans notre étude à 3 ans). Ces résultats soulignent l'importance des études en vie réelle dans l'évaluation du rapport bénéfice/risque des traitements.

Conclusion

Trois ans après le début de l'utilisation du dupilumab en vie réelle dans la DA, notre étude montre une fréquence d'arrêts pour effets secondaires de 8,7%, majoritairement ophtalmologiques, similaire aux études en vie réelle précédentes. L'arrêt pour rémission complète est actuellement une modalité rare (seulement 4% des motifs d'arrêt) chez l'adulte.

Évaluation ophtalmologique complète dans la dermatite atopique : identification de critères d'orientation en ophtalmologie

Anaïs Valeille⁽¹⁻²⁾, Coralie Ouillon⁽³⁾ MD, Fabien Subtil⁽⁴⁻⁵⁾ MD PhD, Florence Hacard⁽¹⁻⁶⁾ MD, Coline Jaulent⁽¹⁾ MD, Frédéric Bérard⁽¹⁻²⁻⁶⁾ MD PhD, Jean-François Nicolas⁽¹⁻²⁻⁶⁾ MD PhD, Audrey Nosbaum⁽¹⁻²⁻⁶⁾ MD PhD

Introduction

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique de type 2 fréquemment associée à des atteintes oculaires (AO) qui peuvent apparaître ou s'aggraver sous traitements systémiques ciblant l'inflammation de Type 2. Dans ce contexte, la prévalence exacte des AO et leurs facteurs de risque nécessitent d'être mieux définis.

Objectif

L'objectif de notre étude est de caractériser la prévalence et la nature des AO de patients naïfs de biothérapie et d'identifier les facteurs associés au développement de ces AO, justifiant une prise en charge ophtalmologique.

Méthodologie

Nous avons inclus rétrospectivement 98 patients DA naïfs de traitement biologique pris en charge en milieu hospitalier. Ils ont été systématiquement évalués par un ophtalmologue. Les données cliniques et biologiques des patients ont été analysées afin de caractériser les AO et leurs facteurs de risque.

Résultats

83/98 patients DA (85%) présentaient une AO, principalement un syndrome sec (64%, 63/98), une conjonctivite allergique (42%, 41/98), une blépharite postérieure (33%, 32/98) et blépharite antérieure (31%, 30/98). 13% (12/98) d'entre eux étaient asymptomatiques avec une AO principalement légère. Aucune association majeure n'a été trouvée entre la prévalence ou la nature de l'AO et la sévérité de la DA ou le taux de polynucléaires éosinophiles. Cependant, les facteurs de risque suivants d'AO ont été identifiés : antécédent de rhinite allergique, sensibilisation aux pneumallergènes, DA de la tête et du cou, symptômes oculaires (sensation de corps étranger dans l'œil, brûlure, démangeaisons, photophobie) et taux total d'IgE > 3000 kU / L.

Conclusion

Une grande majorité de patients atteints de DA présentent une AO. Nous avons défini des critères cliniques et biologiques de survenue d'AO. Lorsqu'ils sont présents, ils justifient une prise en charge ophtalmologique en particulier lorsqu'un traitement biologique ciblant l'inflammation de Type 2 est envisagé.

Les communications du congrès

1

Dermatoses
inflammatoires

2

**Allergies
aux médicaments
ou aux aliments**

3

Allergies
de contact

DE LA CHLORHEXIDINE EN PASTILLE!

PLOTIN A., NOSBAUM A., BÉRARD F., NICOLAS J.-F., CRUMBACH L., HACARD F.
Allergologie et Immunologie Clinique, Centre Hospitalo-Universitaire Lyon Sud, Pierre Bénite, France.

Introduction

La chlorhexidine est un antiseptique de la famille des biguanides à activité bactériostatique, bactéricide et à moindre degré fongicide, fréquemment utilisé lors des soins médicaux, chirurgicaux et dentaires. Elle est également présente dans de nombreux produits de santé et produits cosmétiques comme agent de conservation et antimicrobien. Si les hypersensibilités retardées (eczéma de contact) à la chlorhexidine sont bien connues, les hypersensibilités immédiates étaient probablement sous-estimées mais sont de plus en plus fréquemment rapportées au cours de ces dernières années. Des cas d'anaphylaxie à la chlorhexidine sont décrits le plus souvent au cours des interventions chirurgicales, lors de sondages urinaires, lors de soins dentaires ou lors de l'application sur une peau ou une muqueuse lésée¹. Nous rapportons un cas d'anaphylaxie à la chlorhexidine après la prise d'une pastille à sucer pour maux de gorge.

Cas clinique

Une patiente de 32 ans a été adressée dans le service d'Allergologie et Immunologie Clinique pour réaliser le bilan allergologique d'une réaction survenue après la prise d'une pastille à sucer pour maux de gorge 10 ans auparavant. Dans ses antécédents, on notait une hypothyroïdie, une urticaire chronique et une rhino-conjonctivite allergique aux pollens et acariens. En 2011, la patiente avait présenté une urticaire diffuse, une dyspnée et une gêne pharyngée dans l'heure suivant la prise d'une pastille DRILL[®]. Après la prise de corticoïdes oraux, les symptômes avaient totalement disparu rapidement. Depuis cette réaction, la patiente avait évité les pastilles à sucer et n'avait pas utilisé d'antiseptique contenant de la chlorhexidine. La pastille contenait 3 mg de chlorhexidine digluconate et 0,2 mg de tétracaine chlorhydrate. Les prick tests cutanés étaient positifs à 20 minutes pour la chlorhexidine digluconate 0,2 % à 4 mm/21 mm et chlorhexidine digluconate 2 % à 8 mm/30 mm. Le témoin positif à l'histamine était à 7 mm/40 mm. Le témoin négatif au sérum physiologique était négatif. Le prick test à la tétracaine chlorhydrate 1 % était négatif, tout comme le test de provocation oral à la tétracaine chlorhydrate (Solutricine[®]). Les IgE spécifiques chlorhexidine (dosage ImmunoCap ThermoFischer[®]) étaient positives à 0,61kU/L. Nous avons conclu à une hypersensibilité immédiate IgE-médiée à la chlorhexidine. La patiente a reçu une carte d'allergie avec les recommandations d'éviction de la chlorhexidine.



Discussion

À notre connaissance, peu de cas d'anaphylaxie à la chlorhexidine après la prise de pastilles à sucer ont été rapportés. Dans une revue internationale récente de la littérature², aucun cas n'était mentionné ; toutefois, cette revue excluait les articles non rédigés en anglais. Deux cas d'anaphylaxie à la chlorhexidine après la prise de pastilles à sucer ont été rapportés dans des abstract-posters de congrès français en 2013³ et 2019⁴. Le diagnostic d'allergie à la chlorhexidine est basé sur l'association d'une histoire clinique pertinente et au moins 2 tests positifs (dosage biologique et test cutané), avec une meilleure sensibilité et spécificité pour les IgE spécifiques et prick tests⁵. Dans le cas de notre patiente, malgré le délai important entre la réaction et le bilan allergologique, les prick tests et les IgE spécifiques étaient encore positifs, confirmant ainsi leur sensibilité élevée. La chlorhexidine peut être présente dans différents produits de santé ou cosmétiques en vente libre comme dans les dentifrices, bains de bouche, collyres, gels lubrifiants, pansements, désinfectants, crèmes, lotions, ou pastilles à sucer pour maux de gorge. Ces produits qui ne font pas toujours l'objet d'une étiquetage standardisé facilement lisible et interprétable par tous les patients, constituent des sources potentielles de sensibilisation et peuvent également être impliqués dans des réactions allergiques.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance de ne pas sous-estimer l'imputabilité des produits de santé en vente libre lors de l'évaluation allergologique. Une meilleure communication auprès des personnels de santé, des patients, et un étiquetage clair de ces produits semblent importants afin de limiter les risques de sensibilisation et les expositions accidentelles.

1. Silvestri DL, McEnery-Stonelake M. Chlorhexidine: uses and adverse reactions. *Dermatitis*. 2013;24:112-118.
2. Gerges BZ, Rosenblatt J, Truong Y-L, Reitzel RA, Raad I. Review of allergic reactions from use of chlorhexidine on medical products in clinical settings over 40 years: Risks and mitigations. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2021;1:15.
3. Blanc S, Bourrier T, Giovannini-Charni L, Bailly C. Réaction anaphylactique à la chlorhexidine due à une pastille Drill[®]. *Revue Française d'Allergologie*. 2013;53:364-365
4. Saf S, Bourgoïn-Heck M, Just J, Amat F. Anaphylaxie à la chlorhexidine en pédiatrie : se méfier des pastilles à sucer. *Revue Française d'Allergologie*. 2019;59:280.
5. Opstrup MS, Malling HJ, Krøigaard M, et al. Standardized testing with chlorhexidine in perioperative allergy—a large single-centre evaluation. *Allergy*. 2014;69:1390-1396.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

PATCH-TESTS MÉDICAMENTEUX: COMPARAISON DES PRÉPARATIONS HOSPITALIÈRES VERSUS BATTERIES INDUSTRIELLES

DARRIGADE A.-S.⁽¹⁾, COUMES-SALOMON C.⁽¹⁾, BARBIER O.⁽¹⁾, CRAUSTE-MANCIET S.⁽²⁻³⁾, VENET A.⁽²⁾, MILPIED B.⁽¹⁾

(1) Service de dermatologie, Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux.
(2) Service de pharmacotechnie hospitalière, pharmacie, CHU de Bordeaux.
(3) ARNA ChemBioPharm U1212 INSERM – UMR 5320 CNRS, Université de Bordeaux, France.

Objectifs

L'exploration par patch-tests des toxidermies est utile pour mettre en évidence le(s) médicament(s) inducteur(s). Certains principes actifs médicamenteux sont commercialisés. D'autres molécules ne sont pas disponibles et doivent être préparées pour être testées.

Nous comparons rétrospectivement les résultats des tests réalisés avec les principes actifs (PA) aux préparations hospitalières (PH) réalisés avec les médicaments commerciaux.

Matériels et méthodes

Seuls les patients présentant une réaction cutanée d'origine médicamenteuse et testés à la fois avec le PA Chemotechnique Diagnostics (Vellinge, Sweden)[®] et un PH ont été retenus pour l'analyse.

La préparation était réalisée selon les guidelines (30 % vaseline, 30 % eau) avec le médicament pris par le patient. Elle était réalisée **soit sur notre paillasse par les infirmières d'allergologie ou externe de pharmacie (PH/e), soit à la pharmacie hospitalière (PH/h).**²

Résultats

Entre janvier 2015 et juin 2017, **57 patients** ont eu des patch-tests avec les PA et les PH/e; entre juin 2017 et décembre 2020, **78 patients** ont eu des patch-tests avec les PA et les PH/h.

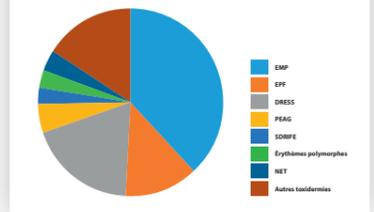
Au total, 53 EMP, 18 EPF, 26 DRESS, 7 PEAG, 4 SDRIFE, 4 érythèmes polymorphes, 5 NET et 22 toxidermies autres, ont été testés.

Pour 11 patients les résultats des tests PA et PH étaient discordants, 10/11 étaient positifs pour la PH et négatifs pour le PA.

Dans les EMP, 3 tests sont discordants (5,66 %);
Dans les DRESS, 4 tests sont discordants (15,38 %);
Dans les PEAG, 1 test est discordant (14,29 %);
Dans les NET, 1 test est discordant (20 %);
Dans les autres types de toxidermies, 1 test est discordant (4,55 %).

Les molécules concernées par les discordances sont variables: amoxicilline/acide clavulanique (2), clindamycine (2), lamotrigine (2), carbamazépine (1), cefotaxime (1), cotrimoxazole (1), paracétamol (1) et piroxicam (1).

Toxidermies testées



Discussion-Conclusion

Lorsque les patch-tests sont positifs l'imputabilité du médicament dans la toxidermie est forte. En cas de négativité les explorations sont poursuivies par des IDR à lecture tardive ou des tests de réintroduction, à risque élevé dans les toxidermies sévères. **Cette étude met en évidence la possibilité de patch-test faux négatif avec les PA et donc fait discuter l'intérêt de les associer systématiquement à des patch-tests avec le médicament commercial pris par le patient. Dans cette série, 16,56% des patchs sont positifs avec la préparation hospitalière seulement.**

Nous soulignons l'intérêt de privilégier les préparations médicamenteuses hospitalières pour les toxidermies sévères.

1. Assier H, Valeyrie-Allanore L, Gèner G, Verlinde Carvalh M, Chosidow O, Wolkenstein P. Patch testing in non-immediate cutaneous adverse drug reactions: value of extemporaneous patch tests. *Contact Dermatitis* 2017 Nov;77(5):297-302.
2. Barbaud A, Gonçalo M, Bruynzeel D, Birchler A, European Society of Contact Dermatitis. Guidelines for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Contact Dermatitis* 2001 Dec;45(6):321-328.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

L'HYDROXYZINE, UN POURVOYEUR DE PEAG À NE PAS NÉGLIGER

COUMES-SALOMON C., DARRIGADE A.-S., MILPIED B.
Dermatologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux, France.

Introduction

La PEAG est une toxidermie sévère pustuleuse dont les antibiotiques sont les principaux inducteurs, mais il ne faut pas négliger d'autres médicaments comme les antihistaminiques, dont l'indication «antiallergique» détourne la suspicion. Nous rapportons deux observations de PEAG induites par l'hydroxyzine initialement non retenue comme responsable.

Observation

La première observation concerne une patiente, présentant au lendemain d'une tumorectomie du sein droit une éruption cutanée fébrile et pustuleuse des grands plis, du tronc et des cuisses, accompagnée d'une neutrophilie (12G/l), et d'une histologie évocatrice de PEAG. Pour cette chirurgie, elle avait reçu des produits d'anesthésie, des antalgiques, une antibiothérapie par C1G, et la veille de sa chirurgie, une pré-médication par Atarax®.

Le second patient présentait 4 jours après une exérèse de carcinome épidermoïde facial, un érythème fébrile des grands plis, du tronc, des 4 membres, avec présence de pustules. La biologie notait une neutrophilie et la biopsie était en faveur d'une PEAG. Pour cette chirurgie il avait reçu des produits d'anesthésie, des antalgiques, une antibiothérapie par Augmentin, poursuivie 7 jours, et la veille de l'éruption de l'Atarax® à visée anxiolytique.

Les deux patients ont eu des patch tests pour les médicaments introduits dans les jours précédant l'éruption et pour les deux patients les tests étaient positifs uniquement pour l'Atarax® dilué dans 1/3 d'eau et 1/3 vaseline et l'hydroxyzine 10 % vaseline (CHEMOTÉCHNIQUE).

Résultats des investigations allergologiques

Ces deux observations mettent en lumière la nécessité d'être systématique dans le bilan des toxidermies. Pour le patient 2, si l'Atarax® faisait partie du bilan, initialement l'Augmentin® était suspecté. Pour la patiente 1, il s'agissait en fait du troisième épisode de PEAG : le premier non exploré ; au second, plusieurs molécules testées sauf l'Atarax®. Lors du troisième épisode, la positivité des patchs à l'hydroxyzine et l'Atarax® mettaient la puce à l'oreille : en menant l'enquête sur les deux précédents épisodes, la patiente avait effectivement reçu une pré-médication par Atarax®.

6 cas de PEAG aux anti-histaminiques ont été décrits, 4 concernent les dérivés de la pipérazine (hydroxyzine et cétirizine). Le délai d'apparition des symptômes varie entre 24 et 48 heures.

Plusieurs auteurs ont montré une réactivité croisée entre la cétirizine et l'hydroxyzine, aussi bien en hypersensibilité retardée qu'en hypersensibilité immédiate car elles partagent un noyau commun, la cétirizine étant un métabolite de l'hydroxyzine.

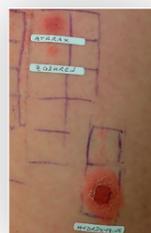


Figure 1. Résultat patch-test patient 1.



Figure 2. Résultat patch-test patient 2.

Conclusion

Les toxidermies aux anti-histaminiques sont décrites depuis plusieurs années et ne sont pas anodines, ce d'autant que par leur indication, ils sont souvent à tort placés en second rang d'imputabilité dans l'enquête étiologique.

Kumar SL, Rai R. Hydroxyzine-induced acute generalized exanthematous pustulosis: an uncommon side effect of a common drug. *Indian J Dermatol.* 2011;56(4):447-8.
Kim M-Y, Jo E-J, Chang Y-S, Cho S-H, Min K-U, Kim S-H. A case of levocetirizine-induced fixed drug eruption and cross-reaction with piperazine derivatives. *Asia Pac Allergy.* oct 2013;3(4):281-4.
Khan M, Wakelin S. Cetirizine induced acute generalized exanthematous pustulosis confirmed by patch testing. *Contact Dermatitis.* 2020;82(4):238-9.
Badawi AH, Tefft K, Fraga GR, Liu DY. Cetirizine-induced Acute Generalized Exanthematous Pustulosis: a serious reaction to a commonly used drug. *Dermatol Online J [Internet].* 2014 [cité 16 août 2021];20(5). Disponible sur : <https://escholarship.org/uc/item/0vm587f>.
Assouère MN, Mazereeuw-Hautier J, Bonafé JL. [Cutaneous drug eruption with two antihistaminic drugs of a same chemical family: cetirizine and hydroxyzine]. *Ann Dermatol Venerol.* nov 2002;129(11):1295-8.
Tsai Y-S, Tu M-E, Wu Y-H, Lin Y-C. Hydroxyzine-induced acute generalized exanthematous pustulosis. *Br J Dermatol.* 2007;157(6):1296-7.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

EXANTHÈME MACULO-PAPULEUX INDUIT PAR LE DUPILUMAB

LELEU C.⁽¹⁾, BENJELLOUN L.⁽¹⁾, LANDAIS C.⁽¹⁾, BONNIAUD P.⁽²⁾, GRANDVUILLEMIN A.⁽³⁾, COLLET E.⁽¹⁾
(1) Dermatologie. (2) Pneumologie. (3) Pharmacovigilance. CHU, Dijon, France

Introduction

Le dupilumab est un anticorps monoclonal anti IL4 et IL13 couramment utilisé dans le traitement de la dermatite atopique et de l'asthme sévère. Nous rapportons un cas d'exanthème maculo-papuleux (EMP) apparu dès la première injection de dupilumab chez une patiente traitée pour un asthme grave.

Description

M^{me} G. âgée de 26 ans, porteuse d'un asthme allergique et hyperéosinophilique depuis l'enfance, en échec de l'Omalizumab, était traitée par Dupilumab 600 mg sous-cutané (SC) puis 300 mg SC tous les 15 jours. Dès la première injection apparaissait un EMP à J4, régressif sous dermocorticoïdes. Nous décidons de maintenir le traitement mais une éruption identique survenait à J8 après la seconde injection. Le traitement était interrompu.

Résultats des investigations allergologiques

Des tests cutanés étaient réalisés: intradermoréaction (IDR) avec Dupilumab 150 mg/ml dans sérum physiologique au 1/10 et pur et patch-test avec la forme non diluée du médicament. Les tests cutanés étaient négatifs en lecture immédiate et tardive. Une épreuve de réintroduction du Dupilumab à dose thérapeutique était effectuée, entraînant en 10 jours une récurrence de l'éruption (Figures 1 et 2).



La patiente présentait un placard érythémateux, infiltré, inflammatoire et prurigineux dépassant largement le site d'injection et un EMP diffus sur l'abdomen et les membres. L'histologie montrait une dermite lymphocytaire péricapillaire peu spécifique et l'immunofluorescence directe était négative.

L'éruption ne s'accompagnait d'aucune autre manifestation. Le traitement était définitivement interrompu.

Conclusion

Les effets secondaires cutanés du Dupilumab sont exceptionnels. Deux observations sont rapportées dans la littérature. Dans le premier cas il s'agissait d'une éruption urticarienne survenant 1 h après injection et persistant 4 jours. Les IDR avec le Dupilumab (1/1000, 1/100 et 1/10) étaient positives à 20 minutes⁽¹⁾. Dans le second cas, le délai d'apparition de 10 jours et l'association à des arthralgies, de la fièvre et un syndrome inflammatoire avaient fait suspecter une maladie sérique⁽²⁾. Les prick-tests étaient négatifs. Notre patiente présentait un tableau d'hypersensibilité retardée sans aucun signe de vasculite ou de maladie sérique. Le test de réintroduction positif confirmait l'imputabilité du Dupilumab malgré des tests cutanés négatifs.

1. Acquired hypersensitivity to dupilumab: first case report. L. Ludrikson, P. Elsner, S. Schliemann. *J EADV* 2019;33, e437-e495
2. Dupilumab-induced serum sickness-like reaction: an unusual adverse effect in a patient with atopic eczema. R. Treudler, N. Delaroque, M. Puder, J.-C. Simon, M. Szardenings. *J EADV* 2021. 35, e1-e96.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Érythème pigmenté fixe après vaccin anti-COVID-19 Comirnaty® de Pfizer/BioNTech

P19

LELLIG E., MOUTON-FAIVRE C., ABS D., BURSZTEJN A.C
Service de Dermatologie et Allergologie, Centre hospitalier universitaire, Nancy

Introduction

- Vaccin Pfizer : vaccin à ARN messager.
- Rares cas de réaction d'hypersensibilité immédiate après ce vaccin rapportés dans la littérature.
- Nous rapportons un cas de réaction d'hypersensibilité retardée de type érythème pigmenté fixe (EPF) après vaccin anti-COVID-19 Comirnaty® de Pfizer/BioNTech.

Observations

- Femme de 54 ans, antécédent de rhinite allergique aux pollens.
- Apparition d'une plaque érythémateuse arrondie bien limitée de 3 cm de diamètre sur le poignet gauche (Figure 1).
- Seul facteur déclenchant trouvé : injection du vaccin Comirnaty® au bras controlatéral 24h plus tôt.
- Evolution marquée par une fine desquamation périphérique 15 jours plus tard. Régression en 25 jours avec un érythème séquellaire sur une partie de la plaque.
- 2^e injection réalisée 28 jours plus tard : récurrence de la lésion à la même localisation.
- Histologie : dermite vacuolaire et spongiotique discrète avec de rares nécroses kératinocytaires, compatible avec une toxidermie.
- Nous avons conclu au diagnostic d'EPF après vaccination avec Comirnaty®.
- Traitement par crème de dipropionate de béclo méthasone.
- Regression de la plaque en 21 jours.



Figure 1. Plaque du poignet gauche, apparu 24 heures après la première dose de vaccin anti-COVID-19 Comirnaty®-BioNTech/Pfizer.



Figure 2. Résultats du patch test sur le site de l'EPF avec le vaccin Comirnaty®-BioNTech/Pfizer dilué dans 30% de vaseline, montrant un résultat positif (+) à 48h.

Résultats

- Patch tests réalisés 5 semaines après la deuxième dose de vaccin.
- Patch test positif (+) pour le vaccin dilué dans 30% de vaseline après 48 heures sur la plaque de l'EPF (Figure 2).
- Patch test avec polyéthylène glycol (PEG) dilué dans 30% de vaseline positif (+) après 144 heures sur la plaque de l'EPF.
- Contre-indication du PEG sous forme injectable ainsi qu'en sachet pour préparation colique du fait de la quantité importante de PEG que cela contient ; en revanche, PEG renfermé dans des comprimés non contre-indiqué (très faible quantité, aucun cas rapporté avec cette forme).

Discussion

- Seul un autre cas d'EPF après vaccin Comirnaty® dans la littérature¹ : Femme jeune, éruption avec érosion centrale secondaire puis éruption vésiculo-bulleuse après la 2^e injection, absence de tests cutanés réalisés.
- Dans la littérature, rares cas d'EPF après vaccins décrits : 3 cas après le vaccin contre la grippe^{2,3} (patch-tests réalisés pour 2 cas, positifs), 1 cas après le vaccin contre le papillomavirus⁴ (patch-test négatif), 1 cas après la fièvre jaune⁵ (sans test cutané réalisé). Pour tous les cas, contre-indications avec les vaccins et leurs excipients non discutées.

Conclusion

- EPF après vaccination anti-COVID-19 confirmé par un patch-test avec le vaccin Comirnaty® et le PEG contenu dans le vaccin.
- Rapport bénéfice/risque en faveur de la poursuite du schéma vaccinal en cas d'EPF avec vaccin anti-COVID-19.

1. Mintoff D, Pisani D, Betts A *et al.* SARS-CoV-2 mRNA Vaccine-Associated Fixed Drug Eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 May 25.
2. Byrd RC, Mourninghan KJ, Baca-Atlas M *et al.* Generalized bullous fixed-drug eruption secondary to the influenza vaccine. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Oct;4(9):953-5.
3. Al-Mutairi N, Al-Fouzan A, Nour-Eldin O *et al.* Fixed drug eruption due to influenza vaccine. *J Cutan Med Surg.* 2004 Feb;8(1):16-8.
4. Pyl J, Aerts O, Siozopoulou V *et al.* Bullous fixed drug eruption following Human Papilloma Virus vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Nov;34(11):e697-8.
5. Sako EY, Rubin A, Young LC *et al.* Localized bullous fixed drug eruption following yellow fever vaccine. *J Am Acad Dermatol.* 2014 May;70(5):e113-114.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Fixed Food Eruption au gingembre

P21

Fareau J., Chêne L., Hoffman C., Palladini A., Abed S., Boyé T., Morand JJ., Valois A.
Dermatologie, HIA Sainte-Anne, Toulon.

Introduction/But

L'érythème pigmenté fixe induit par les aliments ou Fixed Food Eruption (FFE) en anglais est une entité clinique qui a été décrite pour la première fois en 1992 par Hatzis dans les suites d'une ingestion de chips au fromage. Mais c'est seulement en 1996 que la dénomination de Fixed Food Eruption a été faite par Kelso.

Depuis, 12 cas de FFE ont été rapportés dans la littérature (Tableau 1). Aucun d'eux n'était lié à la prise d'épices.

Le gingembre est une épice originaire d'Inde dont l'utilisation a débuté il y a plus de 5000 ans et dont l'usage est assez répandu dans le monde entier de nos jours.

On retrouve peu d'allergies associées au gingembre hormis quelques cas d'anaphylaxie avec des symptômes respiratoires et digestifs sans critère de gravité ainsi que des cas de dermite de contact chez des professionnels de la restauration manipulant du gingembre.

Reference	Aliment	Age	Sexe	Prick test	Patch test dans le dos	Patch test sur site lésionnel	TPO
Kelso JM <i>and al.</i> (1996)	Fraise	66 ans	F	Négatif	Négatif	NP	Positif
Yanguas I <i>and al.</i> (1998)	Lentilles	45 ans	F	Négatif	Négatif	NP	Positif
		30 ans	F	Négatif	NP	NP	Positif
Tsuruta D <i>and al.</i> (2005)	Aliments contenant du lactose	54 ans	F	NP	Négatif	NP	Positif
Volz T <i>and al.</i> (2005)	Asperge	50 ans	F	Positif sur le site lésionnel	Négatif	Positif à H72	NP
Muso Y <i>and al.</i> (2007)	Tonic	37 ans	M	NP	Négatif	Positif	Positif
		24 ans	F	NP	Négatif	Positif	Positif
Fukushima <i>and al.</i> (2008)	Noix de cajou	71 ans	F	NP	Négatif	Positif	Positif
Tsuruta D <i>and al.</i> (2009)	Lançon japonais	58 ans	F	NP	NP	NP	Positif
Watson J <i>and al.</i> (2011)	Poissons et crustacés	26 ans	M	Positif H1 et H24	Négatif	Positif	Positif
Leleu C <i>and al.</i> (2013)	Colorant jaune	23 ans	F	NP	Négatif	Positif à J4	NP
Parker A <i>and al.</i> (2015)	Cacahuète et noix de cajou	22 ans	M	Négatif	Négatif	NP	Positif
Kyoung S <i>and al.</i> (2017)	Kiwi	43 ans	F	Positif	NP	NP	Positif
Notre cas	Gingembre	32 ans	M	NP	Positif à J4	Positif à J4	NP

Tableau 1.

Observations

Un homme de 32 ans sans antécédent présentait depuis 3 ans une éruption récurrente (4 poussées) qui survenait toujours aux mêmes localisations (coudes, genoux et organes génitaux). Il s'agissait de plaques érythémateuses à centre bulleux et érosif d'évolution cicatricielle avec une hyperpigmentation résiduelle (Figures 1 et 2). Il ne rapportait aucune prise médicamenteuse les jours précédant les poussées. Cependant, à l'interrogatoire on retrouvait une ingestion de gingembre la veille de chaque poussée. Une biopsie cutanée montrait un épiderme en partie érodé sans nécrose kératinocytaire associée à un infiltrat inflammatoire dermique constitué de lymphocytes et de quelques polynucléaires neutrophiles. L'immunofluorescence directe était négative.

Le tableau clinique et les résultats histologiques permettaient de poser le diagnostic d'érythème pigmenté fixe.

Des patch-tests dans le dos et sur le site lésionnel (coude) avec du gingembre frais étaient positifs à 96h sur les 2 localisations. La batterie standard et les autres produits testés étaient négatifs.



Figure 1.



Figure 2.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit du premier cas de FFE induit par une épice et plus particulièrement par le gingembre.

D'après cette revue de la littérature, il semblerait que les patch-tests en zone lésionnelle et/ou les tests de provocation orale soient les meilleurs examens pour affirmer le diagnostic de FFE.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA VACCINATION ANTI-COVID19 DES PATIENTS ÉTIQUETÉS « À RISQUE ALLERGIQUE »

P23

CASTAGNA J.⁽¹⁾, LE THAI C.⁽¹⁾, SORIA A.^(1,2), BARBAUD A.^(1,2)

(1) Service de dermatologie et allergologie, hôpital Tenon, AP-HP, Paris. (2) Sorbonne Université, Paris.

Introduction

Fin décembre 2020, les vaccins anti-COVID19 à ARNm Comirnaty® de Pfizer-BioNTech et Moderna® de Moderna Biotech ont obtenu l'AMM Européenne. Des réactions anaphylactiques après vaccination par Comirnaty® ont été observées au Royaume-Uni ce qui a amené les autorités françaises (HAS, ministère de la Santé, Assurance maladie et ANSM) à la plus grande prudence lors de l'administration des vaccins à ARNm chez les personnes ayant des antécédents de manifestations allergiques anaphylactiques sévères.

Nous rapportons la tolérance de la vaccination avec Comirnaty® sous surveillance allergologique rapprochée de patients supposés à haut risque allergique.

Matériel et Méthodes

Entre le 20 janvier et le 8 avril 2021, les patients étaient adressés via la hotline téléphonique mise en place spécialement pour les avis vis-à-vis de la vaccination anti-COVID19 pour les centres de vaccination d'Ile de France, médecins traitants ou allergologues.

Étaient éligibles à la vaccination sous surveillance allergologique les patients ayant un antécédent de réaction immédiate (bronchospasme, urticaire généralisée, anaphylaxie) à un autre vaccin (non-COVID19) ou à un médicament injectable. Les patients avec antécédent de réaction allergique à l'un des composants du vaccin ou après première injection de vaccin ARNm COVID19 étaient quant à eux orientés pour un bilan allergologique préalable.

Jusqu'au 12/03/21, la vaccination était réalisée avec voie d'abord veineuse, arrêt des bêtabloquants, surveillance des constantes toutes les 30 minutes et totale de 2h. Le protocole a ensuite été allégé, sans voie veineuse et surveillance de 1h.

Résultats

225 patients supposés à haut risque allergique ont été vaccinés (1^{re} dose) :

- 48 hommes et 177 femmes
- âge moyen : 73 ans
- terrain atopique : 98 (43,6 %)
- antécédents allergiques suspectés ou prouvés :
 - hypersensibilité immédiate : 203 (90,2 %)
 - hypersensibilité retardée : 16 (7,1 %)
 - mastocytose systémique indolente sans réaction médicamenteuse spécifique : 2
 - réaction non connue : 4
- molécules en cause : majoritairement les produits de contraste (32,4 %) ou les antibiotiques (27,5 %).

3 réactions post vaccinales ont été notées (tableau 1, patients 1 à 3), aucune anaphylaxie de grade II ou plus. Il faut noter que les réactions urticariennes étaient toutes retardées de plus d'1 heure ; peu évocateur d'anaphylaxie IgE médiée.

Parmi les 225 premières doses, 217 patients ont eu une deuxième dose (dont 75 dans le service), 7 n'étaient pas éligibles ayant eu une infection COVID19 et 1 patient a été perdu de vue. 2 patients ont présenté une réaction (tableau 2, patients 4 et 5) sans argument pour une anaphylaxie.

Par ailleurs la hotline a permis d'autoriser la vaccination en centre de vaccination d'environ 2000 patients pendant cette période, et continue chaque jour de guider les médecins sur les risques allergologiques de la vaccination.

Conclusion

Malgré le petit effectif, principalement lié à une pénurie de vaccins dans la même période et des capacités d'accueil limitées, nous n'avons pas observé de réactions anaphylactiques chez les patients étiquetés « à haut risque allergique ». Cette étude nous a permis de modifier nos pratiques et restreindre les indications de vaccination sous surveillance « allergologique ».

Patients	1	2	3
Sexe/ âge	Femme/ 58 ans	Femme/ 85 ans	Femme/ 73 ans
Type de réaction	Urticaire du décolleté 1h30 après vaccination de résolution spontanée en 30 minutes	Éruption maculeuse associée à une crise d'asthme 6h après	Éruption prurigineuse 6h après du visage, des membres supérieurs et du thorax de résolution spontanée en moins de 24h
Antécédents allergologiques	Réaction immédiate de grade II ou III après injection d'immunoglobulines G équine (date inconnue), non explorée	Réaction immédiate de grade III après administration d'un vasodilatateur par voie intraveineuse (date inconnue), non explorée	Réaction immédiate de grade I ou III après injection d'un produit de contraste iodé en 2010, non explorée
Tests cutanés au vaccin et excipients	Négatifs (19 jours après)	Refus	Négatifs (5 semaines après)
2 ^e dose	Sans incident	Sans incident	Sans incident

Tableau 1.

Patients	4	5
Sexe/ âge	Femme/ 81 ans	Femme/ 66 ans
Type de réaction	Éruption localisée au bras injecté 7 jours après la 2 ^e dose, ayant persisté 7 jours, traitée par antihistaminique et crème émolliente. Toux et asthme à distance ayant duré plusieurs semaines	Immédiatement après injection de la 2 ^e dose, sensation de chaleur du côté de l'injection puis diffusion au thorax avec tachycardie et prodromes type malaise vagal sans perte de connaissance. Pas de traitement, résolution spontanée
Antécédents allergologiques	Réaction immédiate de grade I ou II après injection d'une pénicilline en 1979, non explorée	Réaction immédiate de grade I après vaccin antigrippal en 2011 (traitement non évocateur d'anaphylaxie après reprise de l'interrogatoire et prick test négatif en juillet 2021)

Tableau 2.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

UNE CAUSE MÉCONNUE D'ÉRYTHÈME PIGMENTÉ FIXE

P25

Ah-Thiane L., Bernier C.

Allergologie, CHU Nantes, Nantes, France.

Les médicaments sont quasiment toujours en cause dans l'EPF mais nous décrivons ici le cas d'un EPF non déclenché par un médicament.

Introduction

Erythème pigmenté fixe ou EPF = réaction cutanée induite par les médicaments survenant habituellement **dans les 48h après l'exposition médicamenteuse**.
= plaque érythémateuse œdémateuse ronde bien délimitée
+/- violacée +/- bulle centrale ou décollement épidermique

En cas de réintroduction de la molécule en cause la lésion récidive **exactement au même site**, accompagnée ou non de nouvelles lésions à distance.
Principales molécules responsables : AINS, paracétamol, sulfamides et tétracyclines.

Observations

Février 2019 : apparition d'une lésion **bien délimitée arrondie et pigmentée** de l'index gauche (Figure 1), spontanément résolutif.

Plusieurs récurrences pendant 6 mois : la plaque de l'index gauche réapparaissait **à chaque fois**, avec apparition de nouvelles plaques l'une au niveau de la main droite et l'une au niveau de la plante de pied gauche.

Le diagnostic d'EPF a alors été évoqué devant l'aspect et la chronologie des lésions.

Cependant, les épisodes survenaient **sans aucune prise médicamenteuse** et la patiente avait consommé du paracétamol sans aucune réaction.

Après réflexion, la patiente a remarqué que les lésions apparaissaient **après des soirées** chez ses amis, ce qui nous a alors fait évoquer la possibilité d'EPF à la quinine contenue dans les boissons toniques (car utilisées pour réaliser des **cocktails**). En effet, la patiente prenait systématiquement du Gin Fizz contenant du Schweppes en soirée.

Tests allergologiques

Patch-test avec la quinine et de l'hydroxychloroquine en peau saine + **patch-test et ROAT test** à la quinine sur une zone préalablement atteinte = NEGATIFS

MAIS **test de provocation oral = POSITIF**



Figure 1. Patiente de 25 ans, Index gauche.

Discussion

1) La négativité des tests cutanés peut donc être faussement rassurante. La poursuite du bilan allergologique par test de provocation orale peut alors permettre de redresser le diagnostic, comme illustré chez notre patiente.

2) Par ailleurs, une réaction croisée entre quinine et chloroquine doit aussi être explorée en allergologie car les deux molécules partagent le même noyau chimique. En effet, un cas d'urticaire provoquée par la quinine a été rapporté associée à un test de provocation oral positif à la chloroquine.

3) Enfin, très peu de cas d'EPF avec des causes non médicamenteuses ont été décrits dans la littérature dont **1 cas d'EPF induit par des chips au fromage et 9 cas d'EPF induits par les boissons toniques**. Ainsi, en l'absence de prise médicamenteuse, il faut interroger les patients sur leurs habitudes alimentaires et consommations de boisson tonique.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

EXPÉRIENCE EN VRAIE VIE CONCERNANT LE SERVICE RENDU ET LA SÉCURITÉ DES TESTS ALLERGOLOGIQUES CUTANÉS DANS LE CADRE DES TOXIDERMIES AUX MACROLIDES

Véron M.⁽¹⁾, Lannoy D.^(2,3), Azib S.⁽¹⁾, Gautier S.⁽⁴⁾, Nassar C.⁽⁴⁾, Staumont-Sallé D.^(1,5), Dezoteux F.^(1,5)

(1) CHU Lille, Service de Dermatologie, F-59000 Lille, France. (2) CHU Lille, Institut de Pharmacie, F-59000 Lille, France. (3) Université de Lille, ULR7365 - GRITA - Groupe de Recherche sur les Formes Injectables et les Technologies Associées, F-59000 Lille, France. (4) CHU Lille, Centre régional de Pharmacovigilance, F-59000 Lille, France. (5) Université de Lille, Inserm, CHU Lille, U1286 - INFINITE Institute for Translational Research in Inflammation, F-59000 Lille, France.

Introduction

Peu de données en vraie vie sont rapportées dans la littérature concernant l'exploration des toxidermies aux macrolides et apparentés. Nous présentons notre expérience lilloise des tests cutanés allergologiques au cours des toxidermies aux macrolides et leurs apparentés lincosamides et streptogramines (MLS), afin d'en évaluer le service rendu au patient et la sécurité de réalisation.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective au sein du service de Dermatologie du CHU de Lille, à partir d'une base de données clinico-pharmacologique. Les patients inclus avaient bénéficié de tests cutanés allergologiques (patch test et/ou prick test et/ou intradermoréaction) suivis si négativité d'un test de provocation orale (TPO), entre janvier 2008 et août 2020, pour l'exploration d'une toxidermie aux MLS.

Résultats

Sur 823 patients testés toutes molécules confondues, 124 patients ont été testés aux MLS (Figure 1). Notre population d'étude comportait 74 % de femmes (n = 92/124). L'âge moyen était de 49 ans. Le délai médian de réalisation des tests était de 15 mois (Tableau 1). Les tests allergologiques étaient positifs dans 27 % des cas (n = 34/124). Parmi les patients négatifs ayant bénéficié d'un TPO, il existait 5 % de faux positifs (n = 3/57), donc une VPN de 94,7 %. On observait 50 % des patients (n = 62/124) testés pour une suspicion d'hypersensibilité immédiate (HSI) dont 63 % (n = 39/62) d'urticaires, et 50 % (n = 62/124) pour une hypersensibilité retardée (n = 62/124), dont 47 % (n = 29/62) d'exanthèmes maculopapuleux, 19 % (n = 12/62) de pustulose exanthématique aiguë généralisée, 6 % (n = 4/62) de nécrolyses épidermiques toxiques et 5 % (n = 3/62) de DRESS syndromes (Figure 2). La molécule la plus souvent positive était la Spiramycine dans 45 % des tests positifs (n = 18/40) (Fig. 3). Seuls 8 % des patients (n = 3/37) présentaient un profil de réactions croisées entre MLS, et on retrouvait 30 % (n = 37/124) de co-sensibilisation à une autre classe thérapeutique (dont 38 % aux bêta-lactamines), concernant des HSI dans 38 % (n = 14/37). Le test le plus réalisé était les prick tests (n = 114), mais celui plus souvent positif était les IDR dans 26 % (n = 19/72). L'innocuité des tests allergologiques est confirmée dans notre étude, avec seulement 7,2 % (n = 9/124) d'évènements indésirables (anxiété, hyperthermie, HTA, malaise...), toujours bénins, survenant dans 55 % (n = 5/9) pour des suspicions d'HSI. Parmi les 47 patients contactés par téléphone pour le suivi (tests négatifs ou incomplets), 34 % (n = 16/47) avaient repris un MLS (majoritairement la Pristinamycine) sans aucune réaction cutanée rapportée, mais 35 % (n = 13/31) n'en avait pas repris par peur, malgré des tests négatifs.



Figure 1. Flow chart

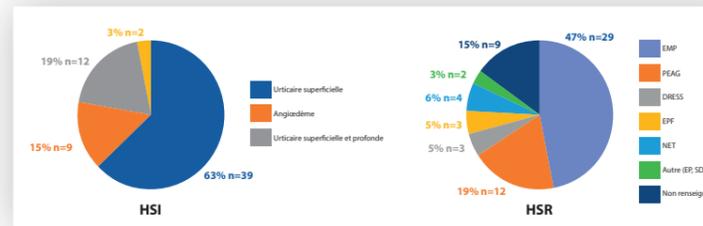


Figure 2. Répartition du type de toxidermies.

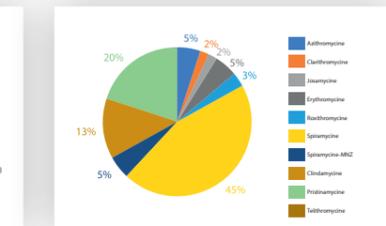


Figure 3. Répartition des MLS positifs.

Conclusion

Les tests allergologiques cutanés présentent un bon profil de sécurité dans l'exploration des toxidermies aux MLS et permettent un service rendu important au patient. Les IDR semblent indispensables dans la stratégie d'exploration.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster. BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

DRESS Syndrome aux Bêta-lactamines compliqué d'une sténose duodénale sévère et d'une atteinte pulmonaire

DOUXAMI M.⁽¹⁾, FIEVET C.^(1,2), BUCHE S.^(1,2), TILMANT A.⁽³⁾, LAMBIN T.⁽⁴⁾, BÉNÉ J.⁽⁵⁾, GAUTIER S.⁽⁵⁾, FAURE E.⁽⁶⁾, STAUMONT-SALLÉ D.^(1,7,8), DEZOTEUX F.^(1,7,8)

(1) CHU Lille, Service de Dermatologie, F-59000 Lille. (2) CH Seclin, Service de Dermatologie, F-59560 Seclin. (3) CHU Lille, Service d'Anatomopathologie, F-59000 Lille. (4) CHU Lille, Service d'Hépatogastro-entérologie, F-59000 Lille. (5) CHU Lille, Centre Régional de Pharmacovigilance, F-59000 Lille. (6) CHU Lille, Service de Maladies Infectieuses, F-59000 Lille. (7) Université de Lille, F-59000 Lille. (8) U1286 Inserm, INFINITE - Institute for Translational Research in Inflammation, F-59000 Lille.

Introduction

Le DRESS syndrome est une toxidermie sévère. Nous présentons un cas de DRESS syndrome secondaire à la Cloxacilline dont l'évolution atypique a été marquée par une sténose duodénale sévère.

Observation

Un patient de 73 ans était hospitalisé pour une bactériémie à SAMS compliquée d'une sacro-ilite. Après 5 jours de Cloxacilline et 2 jours de Lévofloxacine, il développait un rash maculo-papuleux, érythémateux, prurigineux avec des éléments purpuriques et pustuleux, associé à une fièvre persistante. Il n'existait pas d'atteinte muqueuse. Sur le plan biologique, il existait une hyperéosinophilie jusqu'à 1,7 G/L.

Une TDM thoracique retrouvait de multiples adénopathies médiastinales. Le diagnostic de toxidermie était suspecté et les deux antibiotiques étaient arrêtés et relayés par de la Daptomycine.

Trois jours après, le patient a présenté un syndrome occlusif avec des vomissements sévères. Dans le cadre du bilan étiologique, une TDM retrouvait une dilatation gastrique et une inflammation duodénale sévère avec sténose. La FOGD montrait une gastrite érosive associée à une sténose inflammatoire du duodénum, les biopsies retrouvaient une inflammation duodénale avec infiltration d'éosinophiles, lymphocytes et plasmocytes. Les sérologies CMV et HHV6 étaient négatives, mais la PCR EBV était positive avec une charge virale de 4,11log₁₀. L'évolution était marquée par la persistance de la sténose et l'apparition d'une pneumopathie interstitielle à éosinophiles, avec infiltrats bilatéraux diffus sur la TDM, et une réascension des PNE. Le diagnostic de DRESS syndrome avec atteinte cutanée, intestinale et pulmonaire était suspecté avec un score Regiscar à 5. Un traitement par corticothérapie 1 mg/kg/j a permis une régression rapide des symptômes digestifs, et a pu être arrêté après 6 mois de traitement.



Figure 1. FOGD : gastrite érosive et sténose inflammatoire du duodénum.

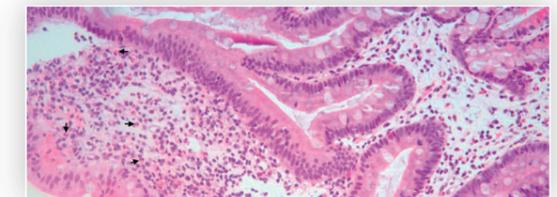


Figure 2. Inflammation duodénale avec infiltration d'éosinophiles (flèches), lymphocytes et plasmocytes (HES x 100).

Discussion

Le diagnostic de DRESS est complexe en raison d'un large spectre de symptômes et d'organes potentiellement impliqués. L'atteinte gastro-intestinale est rare, majoritairement des colites et oesophagites, secondaire à des antiépileptiques et au Léflunomide. Des cas de DRESS syndromes à la Cloxacilline et Lévofloxacine ont été rapportés mais sans atteinte digestive. Dans notre cas, le patient a développé une sténose digestive, nécessitant d'exclure les diagnostics différentiels infectieux et tumoraux. Malgré le fait d'être une manifestation rare, il est important d'évoquer une complication du DRESS devant une sténose digestive dans un contexte de toxidermie ou associée à une éosinophilie. La corticothérapie doit être prescrite à un stade précoce afin d'éviter la pérennisation de la sténose.

Conclusion

L'atteinte digestive d'un DRESS syndrome est un facteur pronostique majeur, avec des conséquences fonctionnelles importantes. C'est une complication qu'il faut savoir évoquer dans ce contexte afin de rapidement arrêter le traitement responsable et instaurer un traitement spécifique.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster. BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Réaction pustuleuse sous hydroxychloroquine, forme frontière entre DRESS et PEAG: à propos de 2 cas

P41

LETERTRE O., DARRIGADE A.-S., BEYLOT-BARRY M., MILPIED B.
Service de Dermatologie, Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux.

Introduction

Initialement utilisée en tant qu'antipaludéen, l'hydroxychloroquine (HQ) occupe désormais une place centrale dans l'arsenal thérapeutique des pathologies auto-immunes. Des réactions médicamenteuses sévères ont été décrites sous HQ en particulier des formes pustuleuses pour lesquelles un diagnostic de PEAG était posé. Toutefois la plupart de ces réactions ne répondent pas aux critères classiques des PEAG.

Observation n°1 (Figures 1A, 1B)

Une femme de 26 ans est prise en charge pour un lupus érythémateux systémique motivant l'initiation d'un traitement par HQ 400 mg/j. Après 11 jours de traitement, la patiente présentait une éruption cutanée fébrile (38,5 °C) prurigineuse d'extension rapide. Cette éruption micro-pustuleuse sur fond érythémateux respectait les grands plis et était associée à un œdème de la face et une poly adénopathie. Biologiquement, on notait un syndrome inflammatoire (CRP = 100 mg/L), une polynucléose neutrophile (21G/L) et éosinophilie (1.3G/L) ainsi qu'une cytolysé hépatique (8N). L'ensemble du bilan infectieux réalisé était négatif et l'histologie compatible avec toxidermie. Une prise en charge par clobetasol permettait une disparition progressive des lésions en parallèle d'une normalisation du bilan hépatique en 3 semaines. Les patchs test HQ 30 % vaseline et 30 % eau était négatifs.



Figure 1.

Observation n°2 (Figure 2)

Une femme de 64 ans est prise en charge pour une maladie de Horton cortico dépendante avec décision d'instauration d'HQ 400 mg à visée d'épargne cortisonique. Après 8 jours de traitement alors qu'elle était toujours sous corticothérapie à 12,5 mg/j, apparaissait une éruption papulo-pustuleuse prurigineuse d'extension rapide à l'ensemble du tégument associée à une hyperthermie (38,7 °C). Biologiquement, on notait une élévation des polynucléaires neutrophiles (15G/L) et éosinophiles (0.65G/L) et un important syndrome inflammatoire biologique (CRP = 180 mg/L). L'ensemble de cette symptomatologie s'améliorait en 18 jours sous dermocorticoïdes et majoration de sa corticothérapie générale à 20 mg. Le patch test HQ 30 % vaseline était positif à 96h.



Figure 2.

Discussion

Nous illustrons par ces deux cas les particularités cliniques des réactions médicamenteuses pustuleuses sévères sous HQ. Ce tableau semble constituer une forme frontière entre DRESS et PEAG associant des caractéristiques de PEAG (polynucléose neutrophile majeure, lésions pustuleuses,...) et de DRESS (délai d'apparition et de guérison de plus de 15 jours, œdème de la face, hyper éosinophile, cytolysé hépatique, ...).

Conclusion

Ces observations concordent avec les présentations de toxidermies sévères à l'HQ retrouvées dans la littérature qui sont quasi constamment pustuleuses et suggèrent l'existence d'un tableau d'overlap PEAG et DRESS assez spécifique des réactions à l'HQ

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

DERMATITE DE CONTACT SYSTÉMIQUE À LA DAPSONE: LES SCRATCH-PATCH TESTS PLUS UTILES QUE LES PATCH TESTS DANS LES ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES RETARDÉES?

P45

BEAULIEU V.⁽¹⁾, AUGER I.⁽¹⁾, DESSUREAULT J.⁽²⁾, HOULE M.-C.⁽¹⁾

(1) Département de dermatologie, CHU de Québec - Université Laval, Québec, Canada. (2) Clinique SANA, Québec, Canada.

Introduction

La dapsonne est le traitement de choix pour les patients souffrant de dermatite herpétiforme (DH) et entraîne généralement une réponse rapide en 48 à 72 heures. La forme topique de dapsonne (Aczone) a été décrite dans certains rapports de cas comme étant potentiellement efficace dans les formes localisées de DH. Nous présentons le premier cas décrit dans la littérature, à notre connaissance, de dermatite de contact systémique à la dapsonne per os suite à la sensibilisation antérieure par la dapsonne topique.

Description du cas

Une patiente atteinte de dermatite herpétiforme depuis l'âge de 42 ans était traitée par une diète sans gluten ainsi qu'avec de la dapsonne 5 % en gel (Aczone) topique lors des exacerbations. À l'âge de 55 ans, après quelques jours d'application topique d'Aczone, une éruption prurigineuse microvésiculeuse est apparue aux bras et aux avant-bras aux sites d'application du traitement (Figure 1). Un diagnostic provisoire d'exacerbation de sa dermatite herpétiforme a initialement été posé et un traitement de dapsonne per os a été débuté. Deux heures après la prise orale de 100 mg de dapsonne, une éruption urticarienne et eczémateuse est apparue aux cuisses internes, aux fesses et aux épaules antérieures. Un diagnostic de probable dermatite de contact systémique à la dapsonne a alors été posé et un traitement de prednisone par voie orale a été débuté. L'éruption eczémateuse s'est résolue en quelques semaines tandis que l'éruption urticarienne a persisté pendant plusieurs mois avant de se résorber.



Figure 1.

Résultats des investigations allergologiques

Dans un premier temps, des tests épicutanés (patch tests) avec la série nord-américaine standard (Chemotechnique Diagnostics AB, Malmö, Suède), l'Aczone gel et le queletadapsonne diluée à 1 % petrolatum ont été effectués. Une réaction fortement positive (3+) à l'Aczone a été notée à 96h, tandis que la dapsonne 1 % petrolatum n'a pas élicité de réaction. Des réactions au nickel (2+), au méthylidibromoglutaronitrile (+/-) et au disperse yellow (+/-) ont aussi été notées, mais n'ont pas été considérées en lien avec l'épisode décrit.

Dans un deuxième temps, des tests épicutanés (patch tests et scratch-patch tests) avec la dapsonne diluée à 5 %, 10 %, 30 % et 50 % petrolatum ont été réalisés. Toutes les dilutions de dapsonne testées en patch tests se sont avérées négatives. Or, lorsque testées en scratch patch-tests, elles ont toutes très fortement réagi avec une lecture à 3+ à 48h et à 96h (Figure 2).

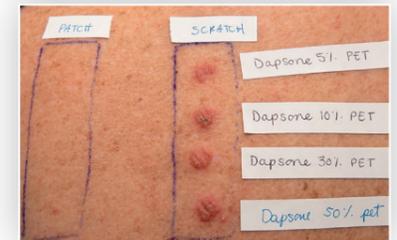


Figure 2.

Conclusion

Donc, une sensibilisation à la dapsonne lors de son utilisation topique est possible et la prise de dapsonne per os peut subséquemment éliciter l'allergie sous forme de dermatite de contact systémique. Les scratch-patch tests ont confirmé l'allergie médicamenteuse à la dapsonne chez notre patiente, ce que les patch tests standards avaient échoué à prouver.

Antiga E, Maglie R, Quintarelli L, Verdelli A, Bonciani D, Bonciani V, Caproni M. Dermatitis herpetiformis: Novel perspectives. *Front. Immunol.* 2019;10:1290. doi: 10.3389/fimmu.2019.01290.
Handler MZ, Chacon AH, Shiman MI, Schachner LA. Letter to the editor: Application of dapsonne 5% gel in a patient with dermatitis herpetiformis. *J Dermatol Case Rep.* 2012;6(4):132-133. doi:10.3315/jdcr.2012.1124.
Nino M, Balato N, Di Costanzo L, Gaudiello F. Scratch-patch test for the diagnosis of allergic contact dermatitis to aciclovir. *Contact Dermatitis* 2009;60(1): 56-57. doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/j.1600-0536.2008.01453.x
Nino M, Patrino C, Zagaria O, Balato N. Allergic Contact Dermatitis from Heparin-Containing Gel: Use of Scratch Patch Test for Diagnosis. *Dermatitis* 2009;20(3):171-172. doi: 10.2310/6620.2009.08080.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Érythème pigmenté fixe à la MDMA. *MDMA-Induced Fixed Drug Eruption*

Barbier Ophélie⁽¹⁾, Galadari Alia⁽¹⁾, Milpied Brigitte⁽¹⁾, Sanchez-Pena Paola⁽²⁾, Kassab Stéphanie⁽¹⁾, Goncalves Ruben⁽³⁾, Darrigade Anne-Sophie⁽¹⁾

Introduction

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une réaction allergique principalement due aux antibiotiques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. La MDMA (3,4 méthylènedioxy-N-méthylamphétamine) est une drogue à usage festif pouvant se présenter sous forme de poudres ou de comprimés (appelés ecstasy). Les réactions cutanées associées à la consommation de drogues illicites sont rares. Nous rapportons le premier cas d'érythème pigmenté fixe induit par la prise de MDMA.

Observation

Une femme de 25 ans sans antécédent ni terrain atopique personnel ou familial, a présenté plusieurs épisodes de lésions prurigineuses érythémateuses bien limitées. La première poussée était trois semaines après une prise de tri-antibiothérapie par ceftriaxone, doxycycline et métronidazole pour une salpingite. Les lésions sont réapparues à plusieurs mois d'intervalles, toujours dans les 12h suivant la consommation de MDMA dans un contexte festif et ont récidivé aux mêmes localisations. L'examen physique a révélé des lésions hyperpigmentées bien limitées sur l'avant-bras, le dos, les cuisses et le pourtour labial. Des tests épicutanés ont été réalisés avec la batterie standard européenne, les antibiotiques, le comprimé d'ecstasy (dilué à 50% dans de la vaseline) apporté par la patiente sur peau saine et sur peau lésée. La lecture à 96 heures au niveau de la peau lésée est positive pour le comprimé, les autres lectures sont négatives. L'analyse qualitative par spectrométrie de masse du comprimé a mis en évidence de la MDMA, de la cocaïne et du lévamisole. Les patch-tests ont été complétés, en peau saine et lésée, avec MDMA (diluée dans du méthanol à 1 mg/ml), cocaïne (diluée dans l'acétonitrile à 1 mg/ml) et le lévamisole en poudre (à 50% dans vaseline), négatifs à 96h. La réintroduction orale des antibiotiques n'a provoqué aucune réaction cutanée. Une réintroduction accidentelle de MDMA par la patiente a entraîné une récurrence plus sévère des lésions alors que la cocaïne consommée seule n'a pas induit de récurrence. Nous avons confirmé l'érythème pigmenté fixe à la MDMA devant l'histoire clinique évocatrice, le test cutané positif du comprimé ainsi que la réintroduction.

Discussion

Un cas d'érythème pigmenté fixe après une inhalation de cocaïne a été rapporté en 1955. Quelques réactions secondaires à la prise de MDMA ont été rapportées dans la littérature, comme un psoriasis en goutte survenu quatre jours après la prise de MDMA et une réaction urticarienne 12h après une consommation de MDMA par voie inhalée. L'exploration allergologique de l'érythème pigmenté fixe est difficile avec des tests cutanés le plus souvent négatifs. La réintroduction médicamenteuse pose des problèmes éthiques avec les drogues illicites. Notre patiente a eu un patch-test positif avec le comprimé de MDMA fourni mais négatif avec de la MDMA pure. Devant la consommation régulière par la patiente de cocaïne sans aucune réaction et l'utilisation du lévamisole comme produit de coupe de la cocaïne, nous avons confirmé l'EPF induit par la MDMA.

Bibliographie

1. Patel S, John AM, Handler MZ, Schwartz RA. Fixed drug eruptions: an update, emphasizing the potentially lethal generalized bullous fixed drug eruption. *American journal of clinical dermatology*. 2020;21(3): 393-399.
2. Edland-Gryt, M., Sandberg, S., & Pedersen, W. (2017). From ecstasy to MDMA: Recreational drug use, symbolic boundaries, and drug trends. *International Journal of Drug Policy*, 50, 1-8.
3. Hennings C, Miller J. Illicit drugs: What dermatologists need to know. *Journal of the American Academy of Dermatology*.2013;69(1):135-142.
4. Nelson LM. Fixed Drug Eruptions—A Report of Two Cases, One Caused by Niacin, the Other by Cocaine. *Calif Med* 1955 ; 82
5. Tan B et al. Guttate psoriasis following Ecstasy ingestion. *Australas J Dermatol* 2004;45:167-9.
6. Gómez-Fernández C et al. Facial eruption related to snorting Ecstasy. *Eur J Dermatol*. 2010;20:853-4.
7. Phillips EJ, Bigliardi P, Bircher AJ et al. Controversies in drug allergy: testing for delayed reactions. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2019;143(1):66-73.

Figure 1

Photographies de la patiente



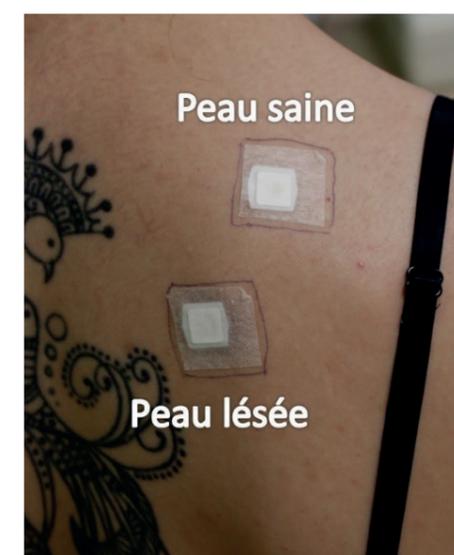
(A) : plaque érythémateuse bien limitée sur son avant-bras gauche.



(B) : lésion hyperpigmentée fixe séquellaire.

Figure 2

Lecture à 96 heures des patch tests sur peau lésée et saine avec le comprimé de MDMA apporté par la patiente (diluée à 50% dans de la vaseline).



Les réactions cutanées eczématiformes secondaires aux perfusions d'immunoglobulines intra-veineuses : une série de cas.

Camille Barthel⁽¹⁾, Marie Musquer⁽²⁾, Gwenaëlle Veyrac⁽³⁾, Claire Bernier⁽¹⁾

Objectifs

La dyshidrose palmoplantaire et les réactions eczématiformes sont des effets indésirables liés aux perfusions d'immunoglobulines intra veineuses (IgIVs) mais dont les caractéristiques cliniques, le devenir et la prise en charge restent mal connus. Notre objectif était de décrire les réactions cutanées de type eczématiforme secondaires au traitement par IgIV.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les cas de réactions cutanées retardées secondaires aux perfusions d'IgIV, déclarés au Centre Régional de Pharmacovigilance Nantaise de 1985 à 2020.

Résultats

Notre cohorte comportait 27 patients, dont 85% d'hommes. Les IgIV étaient utilisées pour une indication neurologique dans 82% des cas. Les réactions cutanées eczématiformes survenaient dans 2/3 des cas après la première perfusion et dans un délai médian de 11 jours après la cure. L'atteinte à type de dyshidrose palmoplantaire était la plus fréquente, retrouvée chez 63% des patients. Nous décrivions d'autres types de présentations cliniques tels que des réactions érythématoquameuses ou maculopapuleuses. Six patients présentaient une forme sévère d'emblée, atteignant plus de 50% de la surface corporelle, et 8 patients (31%) ont nécessité une hospitalisation. L'ensemble de ces réactions cutanées eczématiformes sévères concernaient des hommes traités avec de fortes doses d'IgIV pour des indications neurologiques. La relecture des lames des patients avec une forme sévère retrouvait un pattern eczématiforme commun non spécifique. Les récurrences étaient fréquentes (59%), et plus sévères que lors de la réaction initiale. La réintroduction du même type d'IgIV entraînant une récurrence systématique alors que sa modification entraînait une récurrence dans 53% des cas. Moins de la moitié des patients ayant présenté une récurrence ont poursuivi les perfusions d'IgIV.

Conclusion

Nous présentons ici la plus grande étude rétrospective sur les réactions eczématiformes secondaires aux perfusions d'IgIV. Cet effet indésirable peut être sévère et se présenter de manière polymorphe. Les récurrences sont fréquentes mais moins systématiques lors de la modification du type d'IgIV.



Les communications du congrès

1

Dermatoses
inflammatoires

2

Allergies
aux médicaments
ou aux aliments

3

**Allergies
de contact**

Intérêt de la batterie spécialisée « Epoxy » dans l'exploration de l'eczéma de contact allergique

Amani Dallagi*¹, Saloua Ismail¹, Nihel Khouja¹, Emna Baraketi¹, Jihen Hsinet¹, Ines Aissa¹, Siwar Chemingui¹, Aida Benzarti¹, Abdelmajid Ben Jemâa¹, Nessrine Kammoun², Mejda Bani²

¹ Service de Médecine du Travail et des Maladies Professionnelles – CHU La Rabta, ² Institut de santé et sécurité au travail – Faculté de médecine de Tunis, Tunisie

Introduction: Différents types de résines époxydiques (RE) sont utilisés dans la fabrication de matériaux composites des pièces aéronautiques. Ces substances sont connues pour leur important pouvoir allergisant en milieu professionnel.

Objectif: Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques d'un cas d'eczéma de contact allergique au Bisphénol F chez un travailleur de l'industrie aéronautique.

Observation:

- Patient de sexe masculin, âgé de 31 ans
- **Poste de travail:** ouvrier de moulage dans une entreprise de fabrication de pièces aéronautiques
- **Ancienneté professionnelle:** 6 ans
- **Motif de consultation:** lésions cutanées au niveau des mains et du visage.
- **Exposition professionnelle:**
 - poussières et vapeurs de **résines époxydiques** émanant des opérations de découpage de panneaux pré imprégnés, de moulage et de collage des pièces.
 - poussières de **fibres de verre** et de carbone.
- **Délai d'apparition des symptômes:** 18 mois après l'embauche
- **Symptomatologie:**
 - Placards érythémateux mal limités /vésicules
 - Siège: dos de la main, du poignet et de l'avant-bras droits
 - prurit intense généralisé à tout le corps
 - œdème et squames: paupière supérieure droite
 - Notion de **rythmicité avec l'exposition professionnelle +++**

Résultats des investigations allergologiques :

- **Tests épicutanés à la batterie standard européenne (RE bisphénol A):** négatifs.
- **Test épicutané à la batterie spécifique Epoxy:** Réaction eczématiforme à 2 croix à la RE **Bisphénol F**.



Figure: réaction positive au Bisphénol F

Diagnostic retenu: Eczéma de contact allergique au Bisphénol F associé à une dermatite irritative à la fibre de verre.

Décision d'aptitude médicale au travail: Mutation à un poste n'exposant pas aux poussières et vapeurs de RE.

Réparation médico-légale: Déclaration de l'eczéma de contact en tant que maladie professionnelle indemnisable au titre du tableau N°41 de la liste Tunisienne des tableaux de maladies professionnelles relatif aux RE et leurs constituants.

Discussion:

- Les RE à base de bisphénol A (DGEBA-R) sont les plus utilisées dans la majorité des secteurs d'activité industrielle, expliquant ainsi leur présence dans la batterie standard européenne. Pourtant, les RE à base de bisphénol F (DGEBF-R) sont de plus en plus utilisées actuellement.
- Certaines études plaident en faveur d'une réactivité croisée entre DGEBA-R et DGEBF-R (1).
- D'autres auteurs proposent de tester systématiquement les patients fortement suspects de sensibilisation à la RE, et qui n'ont pas réagi au DGEBA-R, avec la DGEBF-R ou leurs propres échantillons convenablement dilués (2).

Conclusion: Les allergies de contact au Bisphénol F sont rares. Devant des patch tests négatifs à la batterie standard Européenne, il faudrait penser à avoir recours à la batterie spécialisée « Epoxy ».

Références: 1. Ponten A, Zimerson E, Sorensen O, Bruze M. Chemical analysis of monomers in epoxy resins based on bisphenols F and A. Contact Dermatitis. mai 2004;50(5):289-97.
2. Lee H. Cross-reactivity among epoxy acrylates and bisphenol F epoxy resins in patients with bisphenol A epoxy resin sensitivity. Am J Contact Dermat. sept 2002;13(3):108-15.

ALLERGIE CUTANÉE AUX GANTS EN MILIEU PROFESSIONNEL : LATEX OU ADDITIFS ? (À PROPOS DE 54 CAS)

Siwar Bousseimi¹, Hsinet Jihen, Saloua Ismail¹, Siwar Chemingui¹, Nihel Khouja¹, Amani Dallagi¹, Ines Aissa¹, Aida Mezri Benzarti¹, Abdelmajid Ben Jemâa¹
service de médecine du travail, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction: Les allergies cutanées d'origine professionnelle dues au caoutchouc sont fréquentes. Les gants, équipements de protection individuelle très utilisés en milieu de travail, en sont la cause prépondérante. En effet, ils sont source d'allergie cutanée immédiate de type I à type d'urticaire mais aussi d'allergie cutanée retardée de type IV à type d'eczéma de contact allergique.

Objectifs: Déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles, cliniques et allergologiques des allergies cutanées aux gants observées en milieu professionnel et évaluer leur impact sur l'aptitude médicale au travail

Méthodes: Etude rétrospective descriptive ; les données médicales et socioprofessionnelles ont été recueillies à partir des dossiers médicaux de 54 patients ayant consulté au service de Médecine du Travail et de Maladies Professionnelles du CHU La Rabta entre 2000 et 2019 en se basant sur une fiche synoptique préétablie.

Résultats: Population d'étude de 54 cas.

Caractéristiques socioprofessionnelles:

Age moyen: 36,52 ± 9,92 ans avec des extrêmes de 22 à 64 ans.
Genre: discrète prédominance féminine (57,4%)
Secteurs d'activité : Le secteur d'activité prédominant: secteur de santé (55,5%) suivi par le secteur de transport (7,4%), de BTP (5,6%) et de restauration (5,6%).
Postes occupés: infirmiers (22,2%), ouvriers polyvalents et spécialisés (16,7%), agents de nettoyage et d'entretien (13%), médecins (7,4%).
Ancienneté dans le poste: ancienneté moyenne de 10,34 ± 9,73 ans

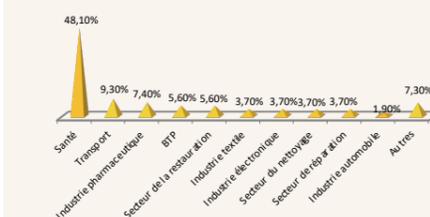


Fig.1: Répartition selon les secteurs d'affectation

Caractéristiques anamnestiques :

Tabagisme : 30% des patients étaient tabagiques
Activité extraprofessionnelle :
Néant : 85,2% des cas
Activité de ménage : 11,1% des cas
Bricolage : 3,7%
Antécédents familiaux : 20,4% avaient une atopie familiale
Antécédents personnels : retrouvés chez 35,2% des patients
Dermatite atopique : 5,6% des cas
Allergie alimentaire : 3,7% des cas
Allergie médicamenteuse : 1,9% des cas
Asthme allergique : 9,3% des cas
Rhinite allergique : 20,4% des cas
Conjonctivite allergique : 13% des cas
Caractéristiques cliniques :

Type de lésions : placards érythémateux squameux prurigineux (55,6%) associés à des vésicules (27,8%) et à des crevasses (25,9%). Les lésions urticariennes ont été observées chez 11,1% des cas.

Siège : lésions localisées au niveau des mains avec une atteinte préférentielle du dos des mains (31,5%). Les lésions à distance siègeaient surtout au niveau des pieds (75%).

Rythmicité des lésions avec l'activité professionnelle : retrouvée chez 74,1% des patients.

Délai d'apparition des symptômes par rapport à l'embauche : 6,33 ± 7,71 ans

Conclusion :

L'allergie cutanée aux gants qu'elle soit de type immédiate au latex ou retardée aux additifs du caoutchouc, constitue une importante source de handicap manuel en milieu professionnel. La prise en charge se base d'abord sur l'identification de l'allergène en cause et ensuite sur l'éviction de l'exposition à cet allergène afin de prévenir les récurrences ce qui pose dans notre contexte un problème de reclassement professionnel.

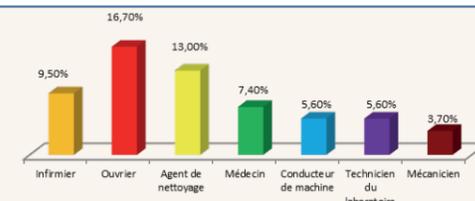


Fig.2: Répartition selon le poste occupé

Caractéristiques paracliniques :

Tests épicutanés (à la batterie standard européenne): sensibilisation au Thiuram-mix (63,6%), au Mercaptomix (11,4%), au Mercaptobenzothiazole (11,4%), à l'IPPD (13,6%) et au PPD (4,5%).

Pertinence des tests épicutanés : pertinence jugée dans 61,1% des cas.

Dosage des IgE totales : fait chez 11,1% des patients et positifs chez 3,7% d'entre eux

RAST au Latex : positifs dans 11,1% des cas

Epreuve d'éviction-reprise : réalisée chez 13% des patients, positive dans 11,1%

Test d'usage : positif au Latex chez 18,5% des patients

Prick test : positif au Latex chez 11,1% des patients

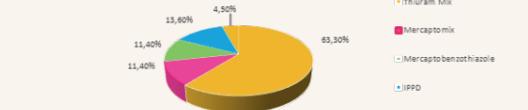


Fig.3: Répartition selon le type d'allergène positif aux tests épi-cutanés

Diagnostic retenu :

Le diagnostic d'eczéma de contact allergique isolé a été retenu chez 75,9% des cas, et le diagnostic d'urticaire dans 13% des cas. Les formes associées ont été objectivées chez 11,1% des cas.

Décision d'aptitude et déclaration des maladies professionnelles :

- **Aménagement de poste avec prescription de gants sans Latex :** 64,8% des cas
- **Mutation de poste :** 22,2% des cas
- **Inaptitude définitive :** justifiée chez 1,9% des patients soit un seul cas, devant la survenue d'un choc anaphylactique du au Latex.

Sur le plan médico-légal, Les affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel) peuvent être prises en charge au titre du tableau n° 44 bis « Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex » de la liste des tableaux des maladies professionnelles. Les lésions eczématiformes de mécanisme allergique peuvent être prises en charge au titre du tableau n° 59 « Les autres agents responsables de dermatoses eczématiformes de mécanisme allergique ». Au total, 19 cas ont répondu aux conditions de réparation fixées par la liste des maladies professionnelles (35,2%).



Eczéma de contact allergique professionnel aux méthacrylates chez une cuisinière

PO3

MEAR A., BARA-PASSOT C., MAILLARD H.
Service de Dermatologie, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans, France

Introduction

Les acrylates et méthacrylates sont utilisés dans de très nombreuses applications et sont devenus une cause d'eczéma allergique professionnel classique en dentisterie, dans l'esthétique, dans l'imprimerie et dans l'industrie. Nous rapportons ici le premier cas, à notre connaissance, chez une cuisinière.

Observation

Une patiente de 52 ans, sans antécédent d'atopie, qui travaillait en tant que cuisinière, présentait depuis deux mois une pulpite de l'ensemble des doigts et un eczéma des paumes des deux mains. Ces symptômes avaient une rythmicité professionnelle. Dans le cadre de son travail, la patiente utilisait un dégraissant pour nettoyer les miroirs et les vitres et une colle bi-composant pour coller les fixations sur les meubles. Les deux constituants de la colle contenaient du 2-hydroxyéthyl méthacrylate (2-HEMA, n°CAS : 868-77-9), du 2-éthylhexylméthacrylate et du 2-hydroxypropyl méthacrylate.

Résultats des investigations allergologiques

Une batterie standard européenne avec ajouts du Revidal, une batterie plastique et colles, plusieurs (méth)acrylates, une batterie caoutchoucs et les produits professionnels apportés par la patiente ont été testés. Les tests se sont avérés positifs à 48h et à 96h pour les deux constituants de la colle bi-composant (++), pour le 2-HEMA (+) et l'éthylène glycol diméthacrylate (+). Les tests étaient douteux pour l'uréthane diméthacrylate et le N,N-diméthylaminoéthyl méthacrylate. Tous les autres tests étaient négatifs. Un eczéma de contact allergique professionnel au 2-HEMA, avec des allergies croisées à d'autres méthacrylates, a été retenu. L'éviction professionnelle des (méth)acrylates a permis une guérison sans récurrence.



Figures 1 et 2. Résultats des tests épicutanés (à 96 heures).

Conclusion

Il nous semble important de rechercher la présence de (méth)acrylates dans les produits professionnels, même dans des secteurs d'activité qui ne sont pas connus pour être particulièrement exposés à ces allergènes. Les fiches de données de sécurité sont une aide indispensable pour l'identification des allergènes professionnels. L'eczéma de contact allergique aux acrylates peut être déclaré en maladie professionnelle au titre du tableau n° 65 du régime général de la Sécurité Sociale.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



ECZÉMA DE CONTACT ALLERGIQUE AUX PANSEMENTS URGO®

PO4

MEAR A., BARA-PASSOT C., MAILLARD H.
Service de Dermatologie, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans, France

Introduction

Les allergies de contact aux pansements sont fréquentes. Malheureusement, la législation concernant les dispositifs médicaux ne rend pas obligatoire la communication de la composition des pansements. Il est donc difficile de conseiller les patients allergiques sur les alternatives possibles. Nous rapportons un cas de patient poly-sensibilisé, pour lequel la collaboration avec le fabricant de pansements a permis d'avancer dans l'identification de l'allergène causal.

Observation

Un patient de 65 ans, aux antécédents d'asthme et d'eczéma atopique, souffrant d'un ulcère de jambe post-phlébétique depuis plusieurs années, a été adressé en bilan allergologique pour suspicion d'un eczéma de contact aux pansements. Les tests épicutanés étaient positifs pour le 2-hydroxyéthyl méthacrylate, le baume du Pérou, les fragrances mix I et II, l'amerchol, l'acide fucidique, le wood tar mix, le sorbitan sesquioleate et le propylène glycol, ainsi que pour de nombreux pansements de la marque Urgo® (UrgoStart®, UrgoStart Border®, UrgoStart micro-adhérent®, UrgoClean®, UrgoK2®). Les laboratoires Urgo® confirment que l'ensemble des allergènes retrouvés lors des tests sont absents de leurs pansements, mais signalent la présence de polyacrylates. Des échantillons des constituants des pansements, envoyés par le laboratoire, et d'autres (méth)acrylates ont été testés.



Figures 1, 2 et 3. Résultats des premiers tests épicutanés (à 96 heures).

Résultats des investigations allergologiques

Les tests épicutanés complémentaires étaient positifs en lecture à 48 heures et à 96 heures pour la compresse polyacrylate et la résine des pansements Urgo®, ainsi que pour le 1,6-hexanediol diacrylate. La compresse polyacrylate et la résine fournies par le laboratoire sont communes à tous les pansements testés positifs. Suite aux tests complémentaires, nous avons recontacté le laboratoire pour connaître la composition exacte de la compresse polyacrylate et de la résine. Le laboratoire n'a pour l'instant pas donné suite à notre demande.



Figure 4.
Résultats des tests épicutanés complémentaires (à 96 heures).

Conclusion

L'eczéma de contact allergique aux pansements est une complication fréquente des ulcères chroniques, qu'il faut savoir rechercher. Si les pansements contiennent plusieurs allergènes connus (acrylates, colophane,...), il reste toujours difficile actuellement d'obtenir la composition d'un pansement auprès d'un laboratoire, même en cas d'allergie avérée chez un patient. Pour notre patient, la collaboration avec les laboratoires Urgo® a permis de confirmer la présence d'un allergène dans certains composants des pansements. Une collaboration plus approfondie avec les laboratoires permettra de connaître le(s) allergène(s) en cause, afin de mieux conseiller le patient sur les alternatives possibles.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Une cause rare de chéilite allergique

BOULANGER J.⁽¹⁾, PINAULT A.-L.⁽¹⁾, VAILLANT A.⁽²⁾

(1) Dermatologie, CH Émile Durkheim, Épinal, France. (2) Allergologie, CH Émile Durkheim, Épinal, France.

Introduction

Les réactions d'hypersensibilité de contact sont une cause fréquente de chéilites. Les cosmétiques et produits d'hygiène sont les plus fréquemment responsables. Plus rarement, les médicaments topiques peuvent également être en cause.

Observations

Nous rapportons le cas d'une patiente de 63 ans qui présentait une chéilite invalidante depuis quelques semaines (Figure 1), précédée d'une xérose fissuraire. Elle était traitée par émouillants (LABELLO®, VASELINE cooper non stérile et monot) et dermocorticoïdes (LOCOÏD crème) sans efficacité. Elle n'avait pas de terrain atopique. On ne retrouvait aucun traitement nouvellement introduit et aucun autre topique appliqué sur les lèvres.

Nous réalisons des patch tests à la VASELINE cooper non stérile, à la VASELINE monot et la crème LOCOÏD avec une lecture à 48h et 96h. Nous faisons également un test d'applications répétées (ROAT-test) à la VASELINE cooper.

Les patch tests étaient positifs à 2+ pour la VASELINE cooper non stérile et à 1+ pour la VASELINE monot à 48h (Figure 2). Ils sont positifs à 3+ pour la VASELINE cooper non stérile à 96h et elle présentait par ailleurs un eczéma à distance des patchs. Le ROAT-test était positif à la VASELINE cooper non stérile.

Ces tests confirmaient la chéilite allergique à la VASELINE qui est présente, en quantité variable, dans tous les topiques utilisés par la patiente y compris le LABELLO® et la LOCOÏD crème.



Figure 1. Chéilite fissuraire évoluant depuis plusieurs semaines lors de la première consultation.



Figure 2. Lecture des tests à 96h montrant une positivité à 3+ de la VASELINE cooper non stérile.

Discussion

La VASELINE ou PETROLATUM est un mélange d'hydrocarbures semi-solides de la série méthane dont les impuretés sensibilisantes sont les hydrocarbures polycycliques aromatiques et dérivés phénanthrènes. La pureté de la VASELINE dépend du stockage, des méthodes de production et d'emballage. La quantité de contaminants sensibilisants varie dans une même vaseline et d'un lot à l'autre, ce qui explique la variabilité clinique.

Conclusion

Nous rapportons un cas de chéilite allergique au PETROLATUM. Cette dermite de contact est rare, rend les patch tests difficiles à interpréter, la VASELINE étant un véhicule courant, et est difficile à traiter. En effet, la plupart des dermocorticoïdes et émouillants contiennent du PETROLATUM.

Ulrich G, Schmutz JL, Trechot P, Commun N, Barbaud A. Sensitization to petrolatum: an unusual cause of false-positive drug patch-tests. *Allergy* 2004 Sep;59(9):1006-9.
Dooms-Goossens A, Degreel H. Contact allergy to petrolatums (I). Sensitizing capacity of different brands of yellow and white petrolatums. *Contact Dermatitis* 1983;9:175-185.
Dooms-Goossens A, Degreel H. Contact allergy to petrolatums (II). Attempts to identify the nature of the allergens. *Contact Dermatitis* 1983;9:247-256.
E. Collet, G. Jeudy, S. Dalac. Allergic cheilitis. *Revue Française d'Allergologie* 2010;50(3):238-243.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ECZÉMA DE CONTACT À L'ISOPROPYL LAUROYL SARCOSSINATE

BADAOUÏ A.^(1,2), SORIA A.^(3,4)

(1) Service de dermatologie, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, 69 avenue de Paris, FR-94160 Saint Mandé.
(2) Cabinet médical 14 rue de Châteaudun, 75009 Paris. (3) Sorbonne Université. Service de dermatologie et allergologie, Hôpital Tenon APHP, 4 rue de la Chine, 75020 Paris, France. (4) Sorbonne Université. Service de dermatologie et allergologie, Hôpital Tenon APHP, 4 rue de la Chine 75020 Paris, France, INSERM 1135, CIMI, Paris, France.

Introduction

L'isopropyl lauroyl sarcosinate (numéro CAS 230309 38 3) est un ester utilisé pour dissoudre des substances difficilement solubles. Seulement un seul cas d'eczéma de contact à cette molécule a été publiée à ce jour.¹ Nous rapportons un nouveau cas d'eczéma de contact à l'isopropyl lauroyl sarcosinate contenu dans un cosmétique.

Cas clinique

Une femme de 35ans, aux antécédents d'urticaire chronique spontanée et d'asthme, rapporte la survenue de plaques érythémateuses, oedémateuses, prurigineuses, secondairement desquamatives, du visage survenant quelques heures après l'application de crème Effaclar Duo+®.

L'éruption cutanée a disparu spontanément en 5 jours après l'arrêt de cette crème. Elle rapportait également la survenue du même type de réaction quelques mois auparavant après avoir utilisé un maquillage de la marque Urban Decay® (Figure 1).

Des patch tests ont été réalisés avec les batteries standard européenne, ajout REVIDAL et cosmétiques ainsi que la crème Effaclar Duo+® (++) à J4. Une nouvelle série de patch tests avec les ingrédients fournis par L'Oréal ont été réalisés et étaient douteux pour l'isopropyl lauroyl sarcosinate 5 % ethanol et négatifs pour les autres ingrédients (Figure 2). Des tests d'applications répétées au pli du coude avec l'isopropyl lauroyl sarcosinate 5 % ethanol ont été réalisés et étaient positifs en 48h (Figure 3). Le maquillage Urban Decay n'a pas pu être testé mais certains maquillages de cette marque contiennent de l'isopropyl lauroyl sarcosinate.



Figure 1.



Figure 2.



Figure 3.

Discussion

Isopropyl lauroyl sarcosinate est utilisé pour augmenter la solubilité, l'efficacité et la photostabilité des filtres ultra-violet³. À ce jour, seulement un cas d'eczéma de contact à cette molécule a été décrite chez une patiente japonaise ayant appliqué une crème cosmétique contenant de l'isopropyl lauroyl sarcosinate sur son visage¹. Cependant, des allergies de contact à d'autres dérivés de sarcosinate ont été décrites, notamment au sodium lauroyl sarcosinate⁴⁻⁶. À notre connaissance, il s'agit du second cas décrit d'eczéma de contact à l'isopropyl lauroyl sarcosinate.

A notre connaissance, il s'agit du second cas décrit d'eczéma de contact à l'isopropyl lauroyl sarcosinate.

1. Numata T, Okubo Y, Tsuboi R. Allergic contact dermatitis caused by isopropyl lauroyl sarcosinate. *Contact Dermatitis* 2019 Jan;80:58-59.
2. Wilkinson DS, Fregert S, Magnusson B, Bandmann HJ, Calnan CD, Cronin E, et al. Terminology of contact dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1970;50:287-292.
3. L'Alloret F, Candau D, Seité S, Pygmalion MJ, Ruiz L, Josso M, et al. New combination of ultraviolet absorbers in an oily emollient increases sunscreen efficacy and photostability. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2012;24.
4. Zemtsov A, Fett D. Occupational allergic contact dermatitis to sodium lauroyl sarcosinate in the liquid soap. *Contact Dermatitis*. 2005;52:166-167.
5. Hanson JL, Warshaw EM. Contact allergy to surfactants in a hypoallergenic liquid cleanser. *Dermatitis*. 2015;26:284-286.
6. Amended Safety Assessment of Fatty Acyl Sarcosines and Sarcosinate Salts as Used in Cosmetics. <https://www.cir-safety.org/sites/default/files/sarcos092016FAR.pdf> (last accessed January 30, 2021).

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ECZÉMA DE CONTACT À L'OLEOYL TYROSINE

P11

BADAoui A.^(1,2), VERGEZ M.⁽³⁾, SORIA A.⁽⁴⁾

(1) Dermatologie, HIA Bégin, Saint Mandé. (2) Dermatologie, Cabinet de dermatologie. (3) Allergologie, CHU Trousseau. (4) Dermatologie, Hôpital Tenon, Paris, France.

Introduction

Nous rapportons le premier cas d'eczéma de contact allergique à l'oleoyl tyrosine (CAS no. 147732-57-8).

Observations

Une jeune adolescente de 13 ans, sans antécédent particulier, a présenté une éruption cutanée des cuisses, des jambes et des avant-bras, érythémato squameuse, prurigineuse, survenant 6 h après l'application d'une crème solaire Photoderm bronz huile sèche SPF50+ (Bioderma, NAOS, Lyon, France).

Les lésions se sont secondairement étendues au visage, alors que la crème solaire n'y avait pas été appliquée. (Figure 1)

Des patch tests avec les batteries standard européenne, ajout Revidal, cosmétique (Chemotechnique Diagnostics, Vellinge, Sweden) ainsi que la crème solaire Photoderm bronz huile sèche ont été réalisés. Ils étaient positifs uniquement pour la crème solaire Photoderm bronz huile sèche (++) à J4. Les ingrédients de la crème solaire, fournis par le laboratoire, ont secondairement été testés et étaient positifs pour oleoyl tyrosine 1% vaseline (++) (Figure 2). Des patch tests avec ce même ingrédient ont ensuite été réalisés sur 3 volontaires sains et sont restés négatifs.



Figure 1.



Figure 2.

Discussion

Nous rapportons le premier cas d'eczéma de contact allergique à oleoyl tyrosine, un amino acid alkyl amide, contenu dans une crème solaire. L'oleoyl tyrosine est un agent conditionnant de la peau et auto-bronzant. D'après le Cosmetic Ingredient Review (CIR), les tyrosines ne sont pas irritantes ni sensibilisantes lorsqu'elles sont testées chez des rats, des cochons d'Inde ou des souris, à des concentrations jusqu'à 1 %.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



GERDA2021-171

Un cas d'eczéma de contact au tamanu



Benoit STERLING, Marie-Aleth RICHARD, Caroline GAUDY, Sandrine MONESTIER, Stéphanie MALLET, Sylvie HESSE, Valérie LIABEUUF, Emilie GARCIN, Armelle SIRVENT, Jean-Jacques GROB

Dermatologie, APHM, Marseille, France

Description

Nous rapportons le cas d'un eczéma aigu du visage quelques heures après l'application de produits à base d'huile de tamanu chez une jeune femme de 24 ans.

Cette patiente avait déjà présenté un eczéma de contact non exploré suite au port de bijoux fantaisies et ses deux parents présentaient des allergies alimentaires.



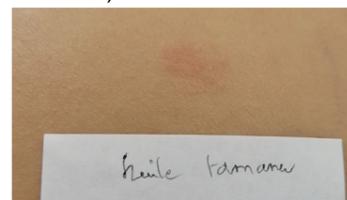
Photo prise par la patiente



Les produits au tamanu ont été rapportés d'un voyage à tahiti 2 ans auparavant. Elle a appliqué un baume de tamanu à base d'huile et de cire d'abeille et une huile de tamanu première pression à froid. L'huile de tamanu, issue de la pression à froid de graines d'amande séchées, provenant du *Calophyllum inophyllum* ou tamanu en polynésien (ou laurier d'alexandrie) est un arbre de la famille des clusiacées. Son bois est également utilisé pour sculpter des divinités, construire des pirogues en Inde, à Tahiti, Madagascar et au Vietnam.



L'huile est utilisée dans de nombreuses affections cutanées notamment l'eczéma en raison de ses propriétés anti inflammatoires. Elle contient sterols, coumarines (4 phenylcoumarine, pyranocoumarine), calo et inophyllolides triterpénoïdes, flavonoïdes, calanolide A, Calaustraline et, polyphénols, huiles essentielles (dont les molécules suivantes : acora-3.5-diène et carvacrol)¹



Résultats des Patch Tests à 72h :
L'huile et baume de tamanu en occlusion purs : positifs à ++ (+ H48)
BSE nickel ++,
propolis et cold cream négatifs



Discussion

On retrouve un seul cas rapporté dans la littérature en 2004 d'une femme de 53 ans qui développait un eczéma aigu du visage et des membres rapidement après l'application d'huile tamanu au retour de son voyage à Tahiti, l'exploration par patch tests de la patiente confirmait cette allergie avec une photo-aggravation en UVA². Notre patiente présentait à la fois une allergie au nickel et au tamanu.

Conclusion: L'allergie de contact à l'huile de tamanu n'est pas fréquemment rapportée, la patiente a présenté la réaction dès la première application suggérant une sensibilisation préalable. L'huile de calophylle est de plus en plus utilisée dans des cosmétiques dits naturels et bios mais l'interrogatoire et l'étude des produits appliqués au domicile ne permettait pas de l'identifier.

1. Cassien M, et al. Improving the Antioxidant Properties of *Calophyllum inophyllum* Seed Oil from French Polynesia: Development and Biological Applications of Resinous Ethanol Soluble Extracts. Antioxidants (Basel). 2021
2. Le Coz, C.-J. Allergic contact dermatitis from tamanu oil (*Calophyllum inophyllum*, *Calophyllum tacamahaca*). Contact Dermatitis, 2004.

ALLERGIE DE CONTACT SÉVÈRE À L'HUILE DE NIGELLE PAR PROCURATION APRÈS CONTACTS RÉPÉTÉS AVEC DES COSMÉTIQUES POUR BARBE

ROUX C., KOUBY F., ORO S., ASSIER H.

(1) Service de Dermatologie, AP-HP, Hôpital Henri Mondor, Créteil, France

■ Introduction

L'huile de Nigelle est extraite des graines de *Nigella sativa*. Son utilisation à des fins cosmétiques ou thérapeutiques est en pleine expansion. Les allergies de contact à l'huile de Nigelle ont des présentations polymorphes et peuvent parfois être sévères.¹ Nous rapportons un cas d'eczéma allergique sévère par procuration à l'huile de Nigelle.

■ Observation

Une patiente de 31 ans, sans allergie ou atopie connue, présentait une éruption aiguë érythémateuse, pustuleuse et crouteuse du décolleté et de la partie inférieure du visage, associée à un érythème conjonctival conduisant à des consultations itératives (Figure 1). Après échec de multiples traitements topiques antiseptiques et antibiotiques et échec du valaciclovir, elle était finalement hospitalisée pour eczéma sévère impétiginisé. L'évolution était favorable sous bétaméthasone crème et clindamycine.

Aucun facteur contact n'était initialement identifié. Après un interrogatoire approfondi, on retrouvait l'utilisation quotidienne par son compagnon depuis 3 semaines avant les premiers signes, de nouveaux produits de soins de barbe : huiles de Nigelle et de Fenugrec pures, vaseline à l'huile de Nigelle CODEX®, pommade VAPORUB® à base d'huiles essentielles et crème Q10 de CIEN®. La patiente n'avait jamais utilisé d'huiles essentielles pour elle-même.



Figure 1. Éruption du visage de la patiente (A), deux des produits utilisés par le compagnon de la patiente sur sa barbe au quotidien (B).

■ Matériel et méthodes

A distance, des patch tests avec lectures à 48 et 96 h étaient réalisés avec les batteries standard européenne et ses ajouts, antiseptiques-conservateurs-cosmétiques, et tous les produits personnels du compagnon sus-cités dont ses huiles essentielles diluées à 5% dans de l'huile de paraffine. Les tests de deux produits personnels étaient positifs : l'huile de Nigelle à 5% (++) et la vaseline à l'huile de nigelle CODEX telle-que (0/++) (Figure 2). Au sein des batteries, les tests positifs étaient : t-butylhydroquinone (+/++), hydroperoxydes of limonene et linalool (0/++), Wood Tar mix (+/++) et benzoyl peroxide (douteux/++) (Figure 2).

Un test positif au t-butylhydroquinone est un marqueur de sensibilisation au thymoquinone, reconnu récemment comme le principal allergène de l'huile de Nigelle et qui peut croiser avec le Wood tar mix.^{2,3} Les tests étaient donc pertinents pour expliquer l'eczéma de la patiente, survenu après contacts répétés avec une barbe sur laquelle étaient appliqués ces allergènes. Suite aux explorations, toutes les huiles essentielles étaient désormais contre-indiquées.

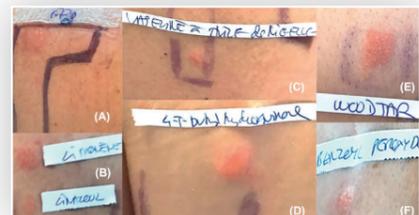


Figure 2. Résultats des patch tests cutanés à 96h : huile de Nigelle (5% paraffine) (A), hydroperoxydes of limonene et linalool (B), vaseline à l'huile de Nigelle (pure) (C), 4-ter-butylhydroquinone (D), Wood tar mix (E), benzoyl peroxide (F).

■ Conclusion

Devant un eczéma aigu du visage sans facteur contact retrouvé, il est important d'évoquer les allergies par procuration. Nous rapportons le 1^{er} cas d'eczéma par procuration à l'huile de Nigelle; celle-ci utilisée dans des cosmétiques « naturels » pour barbe et dont l'intensité a conduit à une hospitalisation.

- Gaudin O, Toukal F, Hua C, et al. Association Between Severe Acute Contact Dermatitis Due to Nigella sativa Oil and Epidermal Apoptosis. *JAMA Dermatol*. 2018;154(9):1062. doi:10.1001/jamadermatol.2018.2120
- Kurihara F, Soria A, Lepoittevin J, Chasset F, Barbaud A, Pecquet C. Thymoquinone as a causative allergen in NIGELLA SATIVA oil contact dermatitis with cross-reactivity to Tert-butylhydroquinone. *Contact Dermatitis*. 2020;83(2):132-134. doi:10.1111/cod.13542
- Seiller H, Kurihara F, Chasset F, Soria A, Barbaud A. Tert-butylhydroquinone is a marker for sensitivity to NIGELLA SATIVA oil allergy: Five new cases. *Contact Dermatitis*. 2021;84(6):447-449. doi:10.1111/cod.13750

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ECZÉMA DE CONTACT SECONDAIREMENT GÉNÉRALISÉ APRÈS PORT DE PROTÈGE-TIBIAS: RÔLE DE LA 4, 4'- DITHIODIMORPHOLINE ?

MERKLEN C., BIRCKEL E., MAHE A.

Dermatologie, Hôpitaux Civils de Colmar

Observation



- > Patient de 14 ans, atopique mais sans antécédent d'eczéma
- > Eczéma évoluant depuis un an, ayant débuté sur la face antérieure des jambes puis étendu au reste du corps
- > Début peu de temps après l'utilisation de nouveaux protège-tibias (Nike)
- > Régression presque complète lors de l'arrêt des entraînements de football pendant 2 mois et récidive à la reprise



- > Tests épicutanés (Batterie Standard Européenne et ajouts de GERDA, protège-tibias, batteries chaussure, colorants textiles et caoutchouc)
- > Lectures à 96h:
 - protège-tibia (++)
 - 4, 4'-Dithiodimorpholine 1% vaseline (++)

Discussion

La 4, 4'-Dithiodimorpholine est un accélérateur de vulcanisation du caoutchouc qui a déjà été mis en évidence dans des eczémats de contact aux chaussures, aux gants et chez les travailleurs de l'industrie du caoutchouc. Elle est utilisée dans la fabrication de pneus, chambres à air, chaussures et probablement de protège-tibias comme le fait supposer notre cas. Nous attendons un retour du fabricant afin de confirmer sa présence dans ce modèle de protège-tibias. Il s'agit à notre connaissance du premier cas d'allergie de contact à des protège-tibias impliquant cet allergène. Comme c'était le cas pour l'acétophénone azine, une généralisation secondaire de l'eczéma a été observée. L'évolution après changement de modèle de protège tibia était favorable avec une régression complète en moins d'un mois de l'eczéma à distance et la persistance d'un eczéma léger sur les zones initialement lichénifiées en région pré-tibiale.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ALLERGIE À LA CHLORHEXIDINE CHEZ UN ENFANT MIMANT UN DÉFICIT IMMUNITAIRE

P29

Sarre M.-E., Marziale A., Bernier C.
Plateforme Allergologie, CHU Nantes, Nantes.

Introduction

Même si l'allergie de contact aux antiseptiques est un problème d'actualité notamment dans les populations pédiatriques, celle-ci est souvent sous-estimée chez le jeune enfant et peut amener à des errances et retards diagnostiques avec de lourdes conséquences.

Observations

Nous vous rapportons le cas d'un enfant de 8 ans ayant consulté aux urgences suite à l'aggravation d'une lésion cutanée sous oculaire gauche avec œdème palpébral (Figure 1) résistant à la prise consécutive de Josacine®, Augmentin® puis Zovirax®. Il présentait une lésion ronde, bien délimitée évoluant depuis 10 jours croûteuse, suintante sans autre localisation à distance et avec une hémodynamique stable. Devant l'importance de l'atteinte cutanée et la suspicion d'une cellulite de la face, l'enfant a été hospitalisé pour la mise en place d'une antibiothérapie IV.

Dans les 6 mois précédents la consultation aux urgences, le jeune garçon avait bénéficié de 2 cures d'antibiotiques (Josacine® et Augmentin®) pour 2 épisodes infectieux distincts localisés au coude G et Genou D.

Devant ces infections cutanées récidivantes, un bilan biologique approfondi a été réalisé à la recherche d'un déficit immunitaire. Ce dernier étant normal, la maman a consulté en allergologie, suspectant une allergie aux désinfectants. En effet, elle avait noté qu'à chaque épisode elle avait réalisé des soins locaux avec un antiseptique commun (Diseptyl®) et lors du dernier épisode, la lésion du visage prenait la forme du coton utilisé pour la désinfection (Figure 2).

Résultats des investigations allergologiques: Confirmation du diagnostic par la positivité du patch test à l'antiseptique suspecté (Diseptyl®) et la chlorhexidine digluconate (++) à 48h et 72h).



Figure 1.



Figure 2.

Conclusion

Les antiseptiques locaux sont largement utilisés pour la désinfection cutanée. La sensibilisation à ces antiseptiques est très probablement liée à son utilisation très précoce dès la maternité pour des soins du cordon, poursuivi dans l'enfance par les parents pour la désinfection de plaies bénignes. Le premier cas d'eczéma de contact lié à l'utilisation de chlorhexidine a été rapporté en 2008 et depuis de nombreuses observations rapportent des cas pédiatriques (P. Mathelier-Fusade, 2018). Plus récemment, B. Milpied *et al.* a rapporté pour la première fois le cas d'un enfant ayant présenté une allergie de contact à la Biseptine® et étant polysensibilisé aux 3 composants de cet antiseptique très répandu.

Notre cas confirme la sur-utilisation de ce mode de désinfection cutanée pour la moindre petite plaie alors que l'eau savonneuse peut être suffisante dans la majorité des cas. Il soulève également la méconnaissance de ces réactions allergiques retardées. Il est indispensable de ne pas méconnaître ce diagnostic afin d'éviter les examens cliniques et les prises thérapeutiques inutiles mais également d'orienter vers la réalisation de tests allergologiques.

* P. Mathelier-Fusade. Allergies de contact à la chlorhexidine chez le jeune enfant. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. December 2018.
* AS Darrigade *et al.* Allergic contact reaction to antiseptics in very young children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; Dec;32(12):2284-2287.
* Galadari *et al.* Allergie de contact aux trois constituants de la Biseptine® chez un enfant. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. December 2018.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ALLERGIE DE CONTACT AU NICKEL CONTENU DANS LES MASQUES CHIRURGICAUX: EFFETS SECONDAIRES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

P31

Menanteau M., Salomon G., Giordano-Labadie F.
Service de Dermatologie, CHU de Toulouse, Toulouse, France.

Introduction

Les lois européennes limitent l'utilisation du nickel dans les objets métalliques en contact prolongé avec la peau. Voici deux cas de patients atteints de dermatite de contact au nickel suite au port quotidien de masques chirurgicaux en raison de la pandémie de COVID-19.

Observations

Patiente 1: femme caucasienne de 45 ans présentant un prurit et des lésions érythémateuses persistantes, mal limitées, partiellement squameuses sur l'arête nasale et les pommettes malgré l'utilisation de dermocorticoïdes (Figure 1). Les symptômes avaient commencé après le port quotidien prolongé de masques chirurgicaux et s'étaient améliorés en télétravail lorsque leur utilisation était réduite.

Patiente 2: femme caucasienne de 38 ans présentant un prurit et érythème de l'arête nasale et des tempes depuis le port quotidien de masques chirurgicaux. Amélioration sous dermocorticoïdes appliqués plusieurs mois, rechute à l'arrêt et rosacée cortico-induite, compliquant le diagnostic et le traitement de la dermatose initiale. Elle soupçonnait les masques d'une marque particulière et a noté une amélioration lors du changement de marque. Traitement de la rosacée par doxycycline permettant la disparition des lésions avant la consultation.



Figure 1. Lésions modérées persistantes chez patiente 1 en consultation.

Résultats des investigations allergologiques

Patiente 1: Batterie standard européenne (BSE) et série Plastiques/Colles: à 72h réactions positives au nickel (++) chrome (+) et cobalt (+). Test semi-ouvert avec un morceau de 5x5cm du masque de la patiente négatif. Le fabricant du masque testé était inconnu (Figure 2).

Le spot-test au nickel a confirmé la libération de nickel de l'embout métallique du masque, qui n'est pas en contact direct avec la peau car il est recouvert de plastique et enveloppé dans le masque. Cependant, la localisation et la morphologie des lésions cutanées étaient compatibles avec une dermatite allergique de contact due à l'embout nasal. Le patient s'est totalement rétabli grâce à l'utilisation de masques sans nickel. Les résultats des tests étaient de pertinence certaine pour le nickel et nulle pour le chrome et le cobalt.

Patiente 2: BSE et série Plastiques/Colles: à 72h J2 réactions positives au nickel (++) Fragrance mix 1 (+) et linalol (+). Test semi-ouvert avec un morceau de 5x5cm du masque de la patiente négatif.

Le spot-test au nickel a confirmé la libération de nickel de l'embout métallique du masque suspecté (Figure 3). Les résultats des tests étaient de pertinence certaine pour le nickel et incertaine pour le FM1 et linalol car la patiente utilisait un shampoing parfumé mais s'était totalement rétabli tout en l'utilisant.



Figure 2. Boîte de masque contenant du nickel acheté par la patiente 1.



Figure 3. Spot test au nickel confirmant la présence de nickel sur l'embout métallique du masque de la patiente 2.

Conclusion

Malgré les restrictions européennes, du nickel peut se trouver dans la pièce métallique nasale des masques et induire des dermatites allergiques de contact. L'absence d'étiquetage obligatoire des masques peut entraver les investigations et compliquer la recherche d'alternatives appropriées par les patients.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

ECZÉMA PUSTULEUX INDUIT PAR UN PROBIOTIQUE LOCAL

BEN SALAH N., LAHOUEL I., MACHGHOUL S., YOUSSEF M., BELHADJALI H., ZILI J.

Service de dermatologie EPS Monastir, Laboratoire de recherche LR20SP03, Université de Monastir, Tunisie.

Justification du cas

Les probiotiques locaux sont récemment utilisés en dermatologie. Ils sont indiqués notamment au cours de l'acné, la dermatite atopique et la rosacée. Cependant, leurs effets secondaires potentiels sont encore mal connus. Nous rapportons un cas d'eczéma pustuleux induit par un probiotique local.

Description

Une patiente âgée de 24 ans nous consultait pour une éruption prurigineuse du visage d'installation aiguë. Les lésions sont apparues cinq jours après la première utilisation d'une mousse nettoyante du visage (COGERIE®) à base de probiotiques (Lactobacillus). L'examen dermatologique révélait des multiples pustules non folliculaires sur un fond érythémateux, siégeant au niveau des joues et du menton (Figures 1 et 2). Un eczéma pustuleux était suspecté et des tests épicutanés étaient réalisés à l'aide de la batterie Standard Européenne et la batterie Cosmétique. Un test semi ouvert avec le probiotique local de la patiente était pratiqué. La lecture après 48h et 72h révélait une réaction positive (++) au test semi ouvert au probiotique (Figure 3). Les tests épi cutanés étaient négatifs. Nous avons complété par un patch test médicamenteux à l'aide d'un probiotique à base de Lactobacillus sous forme de poudre encapsulée qui était dilué à 30 % dans la vaseline. La lecture après 48h et 72h était positive (++) (Figure 4). Le diagnostic d'un eczéma pustuleux au probiotique local était retenu. L'éviction de la mousse nettoyante en cause a permis une résolution spontanée des lésions.

Résultats des investigations allergologiques

Nous rapportons un cas d'eczéma pustuleux induit par un probiotique local. L'eczéma chez notre patiente peut être du à l'ingrédient actif (le probiotique) ou aux additifs et excipients contenus dans la mousse nettoyante. Cependant, ces additifs étaient testés dans la batterie Standard Européenne et la batterie Cosmétique avec des résultats négatifs. De plus, le seul ingrédient en commun entre le produit utilisé par la patiente et le médicament utilisé pour le patch test était le probiotique (lactobacillus). L'eczéma pustuleux est rare, précédemment décrit par le minoxidil, les parfums et récemment la colophane. A notre connaissance, l'eczéma pustuleux induit par un probiotique local n'a pas été rapporté précédemment dans la littérature. Un seul cas de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) suite à l'utilisation d'un probiotique par voie orale était rapporté.



Figures 1 et 2. Eruption de visage faite des multiples pustules non folliculaires.



Figure 3. Réaction positive (++) au test semi ouvert au probiotique (H72).



Figure 4. Réaction positive (++) au patch test médicamenteux à base de Lactobacillus.

Conclusion

À travers notre observation, nous soulignons l'importance de connaître cette réaction aux probiotiques topiques pour faciliter le diagnostic précoce.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

RÉACTION TARDIVE: INTÉRÊT DE LA RÉPÉTITION DES PATCH TESTS ?

BEN SALAH N., LAHOUEL I., AMRI F., YOUSSEF M., BELHADJALI H., ZILI J.

Service de dermatologie EPS Monastir, Laboratoire de recherche LR20SP03, Université de Monastir, Tunisie.

Justification du cas

La sensibilisation active est une complication rare mais redoutable des patchs tests cutanés. Nous décrivons un cas de sensibilisation active aux colorants textiles disperse Blue 106 (DB 106) et disperse Blue 124 (DB 124).

Description

Il s'agissait d'une patiente âgée de 38 ans, suivie pour dermatite atopique, qui présentait des lésions eczématiformes au niveau du visage, des mains et du tronc. Des patch tests ont été réalisés afin d'éliminer une dermatite de contact allergique surajoutée. La patiente était testée avec les allergènes de la batterie standard européenne et de la batterie des colorants textiles. Lors des 3 lectures effectuées respectivement le 2^e, 3^e et 7^e jour, seul le Nickel était positif à ++. La patiente consultait 13 jours après les tests pour des nouvelles lésions évoluant depuis 3 jours sur la zone testée. De nouvelles réactions positives ont été notées pour les colorants textiles DB 106 (+++), DB 124 (+++) et Textile dye mix (TDM) (++) (Figure 1). Les patchs tests répétés étaient positifs (++) à ces trois allergènes, cette fois au 2^e et 3^e jour (Figure 2). La patiente n'a pas réagi à la para-phénylènediamine (PPD) ou à d'autres allergènes du Disperse Blue. Le diagnostic d'une sensibilisation active aux colorants textiles DB 106 (+++), DB 124 (+++) a été retenu.

Résultats des investigations allergologiques

La sensibilisation active est une complication exceptionnelle des patch tests. Devant l'apparition de réactions tardives, la répétition des patch tests est fondamentale pour différencier une sensibilisation active d'une positivité retardée. Lors de la sensibilisation active, il y a un raccourcissement du délai d'apparition de la réaction cutanée suite à la répétition des patch tests. Certains allergènes, comme la PPD, ont été associés plus fréquemment à une sensibilisation active (jusqu'à 1,5 % des patch tests). À notre connaissance, la sensibilisation active aux colorants textiles n'a pas été rapportée auparavant.

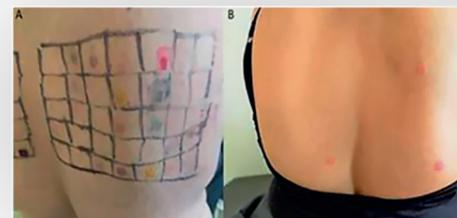


Figure 1. Réactions positives tardives aux colorants textiles DB 106, DB 124 et Textile dye mix (TDM) (J13).

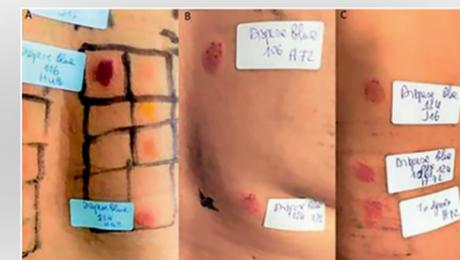


Figure 2. Réactions positives aux colorants textiles DB 106, DB 124 et Textile dye mix (TDM) (J2 après répétition des patch tests).

Conclusion

La sensibilisation active est un effet indésirable rare mais redoutable des tests épicutanés. La répétition des patch tests est fondamentale pour confirmer le diagnostic.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

BLANC SUR BLEU: « MASK VITILIGO » ET SENSIBILISATION DE CONTACT AU DISPERSE BLUE

AMRI F.⁽¹⁾, KORBI M.⁽¹⁾, HADHRI R.⁽²⁾, BEN SALAH N.⁽¹⁾, BOUZID S.⁽¹⁾, YOUSSEF M.⁽¹⁾, BELHADJALI H.⁽¹⁾, ZILI J.⁽¹⁾

(1) Service de Dermatologie EPS Monastir, Laboratoire de recherche LR20SPO3, Université de Monastir.

(2) Service d'Anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.

Justification du cas

Les masques faciaux, symbole de l'ère de la COVID-19, peuvent induire différentes dermatoses qui sont de nature mécanique, irritante ou allergique. L'éviction peut être difficile, surtout avec la production incontrôlée de masques faciaux pendant la pandémie de COVID-19. La notion du « Mask vitiligo » est récemment rapportée. Il serait en rapport avec un phénomène de Koebnerisation (type 2A selon Van Geel *et al*) induit par une dermatite de friction liée à l'usage des masques faciaux. Nous rapportons le cas d'une patiente avec une dépigmentation cutanée associée à une sensibilisation de contact au disperse blue présent dans les masques chirurgicaux de couleur bleue.

Description

Une patiente âgée de 50 ans, femme de ménage à l'hôpital, consultait pour une dépigmentation péri-orale d'apparition rapidement progressive, survenue quelques semaines après avoir commencé à porter des masques bleus chirurgicaux. Elle n'avait ni prurit ni érythème associé au niveau du visage. Elle portait le masque chirurgical de façon quotidienne pour une durée supérieure à 6 heures par jour. Elle n'ait toute histoire familiale ou personnelle de vitiligo, de dysthyroïdie et d'atopie. À l'examen dermatologique, des macules achromiques bien définies (Figure 1), accentuées sous la lumière de Wood (Figure 2a), étaient notées sur les sillons nasogéniens et sur le menton, associées à une poliose à l'examen dermoscopique. Par ailleurs, le reste de l'examen dermatologique était sans anomalies. Les explorations biologiques n'objectivaient ni de dysthyroïdie ni d'atopie. L'étude histologique d'une biopsie cutanée au niveau de la zone dépigmentée montrait l'absence de mélanocytes dans l'épiderme, évoquant le diagnostic d'un vitiligo (Figure 3). Nous avons réalisé des tests épicutanés avec la batterie standard Européenne et la batterie textile. Nous avons effectué, également, des patch tests avec différents fragments humidifiés du masque chirurgical bleu. La lecture des patch-tests étaient effectuée à H48 et à H72 selon les critères de l'ICDRG.



Figure 1. Macules achromiques du sillon nasogénién droit.



Figure 2a. Examen initial à la lumière de Wood.



Figure 2b. Examen à la lumière de Wood après éviction.

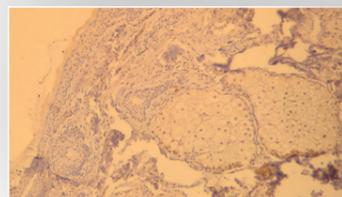


Figure 3. Absence de mélanocytes dans l'épiderme.



Figure 4. Réaction positive au disperse blue 124 à (+) à H48.

Résultats des investigations allergologiques

Le disperse blue mix était positif à (++) à H48 et à H72. Les patch tests avec les composés du mix révélèrent une réaction positive au disperse blue 124 à (+) à H48 et à H72 (Figure 4). Une semaine après lecture des tests, nous avons noté des stries de grattage en regard des zones de patch tests avec les fragments du masque chirurgical. On a indiqué une éviction du masque chirurgical bleu et son remplacement par un masque blanc N95 (FFP2). Un mois après, nous avons noté un début de repigmentation cutanée (Figure 2b).

Conclusion

L'absence du prurit et d'érythème, les données dermoscopiques, histologiques et les résultats des tests épicutanés seraient moins en faveur d'une leucodermie de contact et plaideraient plutôt pour un « Mask vitiligo » associé à une sensibilisation de contact aux composants textiles des masques chirurgicaux.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

UN LICHEN PLAN CUTANÉ ASSOCIÉ À UNE SENSIBILISATION DE CONTACT À L'OR

BOUZID S.⁽¹⁾, KORBI M.⁽¹⁾, BELHADJALI H.⁽¹⁾, BEN SALAH N.⁽¹⁾, NJIM L.⁽²⁾, YOUSSEF M.⁽¹⁾, ZILI J.⁽¹⁾

(1) Service de Dermatologie EPS Monastir, Laboratoire de recherche LR20SPO3, Université de Monastir.

(2) Service d'Anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie.

Justification du cas

La sensibilisation de contact à l'or est désormais de plus en plus rapportée sous divers aspects : dermatite de contact aux sites des bijoux, dermatites des paupières et lésions lichénoïdes buccales induites par le matériel dentaire contenant de l'or. Cependant, l'incrimination de l'or dentaire dans l'apparition de dermatoses lichénoïdes à distance, sans lésion de la muqueuse buccale, demeure controversée. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour un lichen plan (LP) cutané associé à une positivité persistante du patch test au thiosulfate sodique d'or (gold sodium thiosulfate, GST).

Description

Une femme âgée de 55 ans, sans antécédents notables, consultait pour des lésions papuleuses prurigineuses du tronc évoluant depuis 1 an. Ces lésions étaient cliniquement et histologiquement en faveur d'un LP cutané (Figures 1 et 2) et ne s'amélioraient que partiellement sous dermocorticoïdes. À l'examen des muqueuses, il n'y avait pas de lésions associées. Cependant, la patiente avait un amalgame dentaire, mis en place il y a une vingtaine d'années. Au cours de son suivi médical, malgré l'arrêt des traitements topiques, on notait une amélioration des lésions cutanées, quelques jours après avoir consulté son dentiste qui avait couvert l'ancien amalgame, usé, par une couronne dentaire en nickel et en chrome. Ainsi, on a effectué des tests épicutanés avec la batterie standard Européenne et la batterie dentaire. La lecture des patch-tests étaient effectuée à H48 et à H72 selon les critères de l'ICDRG.



Figure 1. Aspect clinique des lésions de lichen plan cutané.

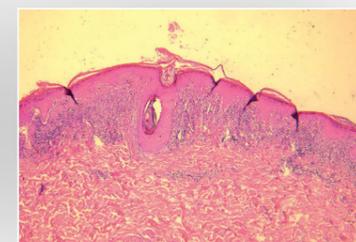


Figure 2. Image histologique en faveur de lichen plan cutané.

Résultats des investigations allergologiques

Le test au GST était positif avec une réaction eczématiforme au site du patch test à H48 et à H72. Quant à la pertinence de ce test, la patiente portait des bijoux en or depuis le jeune âge sans aucune plainte au niveau des mains ni au niveau du visage et elle avait son amalgame dentaire depuis une vingtaine d'années sans aucun symptôme de la muqueuse buccale. Quoiqu'une détermination formelle des constituants de l'ancien amalgame ne puisse être faite, la présence d'or sous forme de traces reste fort probable, selon son dentiste. Au cours de son suivi médical, on a noté une persistance de la positivité du patch test au GST sous forme d'un nodule jusqu'à 2 mois après la réalisation des patch tests (Figure 3). Nous avons réalisé une biopsie cutanée au niveau de ce nodule, montrant l'aspect d'une dermatose lichénoïde (Figure 4).



Figure 3. Persistance de la positivité du test épicutané au thiosulfate sodique d'or (GST).

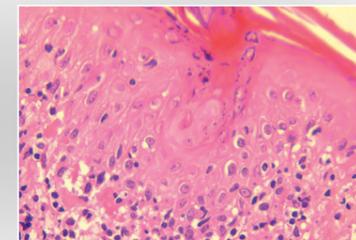


Figure 4. Histologie en faveur d'une réaction lichénoïde au niveau du site du patch test positif au GST.

Conclusion

Bien que les réactions tardives au GST soient bien documentées, les réactions persistantes sont rarement rapportées et seraient probablement sous-diagnostiquées. La positivité persistante du test épicutané au GST, les données histologiques, ainsi que l'évolution favorable après la mise en place d'une couronne couvrant l'amalgame, plaident en faveur du rôle de la sensibilisation de contact à l'or dans le LP cutané chez notre patiente.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

L'hypersensibilité retardée au ciment, une étiologie méconnue de l'échec de l'arthroplastie totale du genou : à propos d'un cas

HENCHI M. A⁽¹⁾, MACHGHOUL S.⁽¹⁾, LAHOUEL I.⁽²⁾, BEN MOSBAH H.⁽¹⁾, BEN SALAH N.⁽²⁾, YOUSSEF M.⁽²⁾, BELHADJALI H.⁽²⁾, ZRIG M.⁽³⁾, ZILI J.⁽²⁾

(1) Service de Médecine de Travail, EPS Monastir, Tunisie. (2) Service de Dermatologie, EPS Monastir, Tunisie. Laboratoire de recherche LR20SP03, Université de Monastir, Tunisie. (3) Service de Chirurgie orthopédique, EPS Monastir, Tunisie.

Justification du cas

Les réactions d'hypersensibilité aux implants orthopédiques sont une complication peu fréquente de l'arthroplastie et peuvent poser des défis diagnostiques et thérapeutiques. Les allergènes les plus impliqués sont les métaux, notamment le nickel, le chrome et le cobalt, mais aussi d'autres composants de la prothèse comme le méthacrylate de méthyl et le peroxyde de benzoyl. Nous rapportons un cas d'hypersensibilité au ciment d'une prothèse de genou.

Description

Il s'agit d'une patiente âgée de 68 ans, aux antécédents de diabète type 2, une hypothyroïdie, un AVC ischémique et une gonarthrose bilatérale traitée par une arthroplastie totale du genou gauche. Elle était adressée par son médecin orthopédiste pour une lésion prurigineuse hyperpigmentée en regard de la cicatrice de l'arthroplastie évoluant depuis 1 an, soit deux mois après l'opération, associée à une douleur, une instabilité et un œdème du genou gauche persistants depuis l'acte opératoire. L'examen physique avait trouvé à l'inspection une cicatrice propre de 25 cm au niveau de la face antérieure du genou gauche avec une lésion hyperpigmentée lichénoïde mal limitée autour de l'extrémité inférieure de la cicatrice et un œdème. (Figure 1) La palpation du genou était douloureuse surtout en regard de la face médiale avec un choc rotulien positif. Les diagnostics d'une infection du site opératoire et d'une désinsertion de la prothèse étaient déjà éliminés par le médecin orthopédiste. Devant l'aspect et l'évolution clinique, une hypersensibilité retardée aux composants de la prothèse du genou était évoquée. Nous avons contacté son médecin orthopédiste pour vérifier la composition de la prothèse. Il s'agissait d'une prothèse à base d'un alliage métallique, cimentée avec un ciment à base de méthyl méthacrylate.



Figure 1. Aspect clinique de la lésion du genou.

Résultats des investigations allergologiques

Des tests épicutanés étaient réalisés à l'aide de la BSE, la batterie dentaire et la batterie méthacrylate. Les lectures à 48h et 72h montraient une réaction positive au méthacrylate de méthyle (+/+), au chlorure de palladium (++/+) et au thio-sulfate d'or (++/+). (Figures 2 et 3) Les sensibilisations au palladium et à l'or n'étaient pas jugées pertinentes car la prothèse n'en contenait pas. La réaction positive au méthacrylate méthyle était jugée pertinente (présent dans le ciment). Le diagnostic d'une hypersensibilité au ciment de la prothèse du genou était retenu. Un remplacement par une prothèse non cimentée est prévu.



Figure 2. Lecture à 48h du test épicutané positif au méthyl méthacrylate.



Figure 3. Lecture à 72h du test épicutané positif au méthyl méthacrylate.

Discussion

La persistance ou la réapparition de la douleur ou des signes inflammatoires après une arthroplastie totale du genou doit faire éliminer en premier lieu les causes les plus communes : l'infection et la désinsertion de la prothèse. Si l'enquête étiologique initiale est négative, des causes moins communes, comme les réactions d'hypersensibilité aux composants de la prothèse, doivent être recherchées. Cette réaction peut être due aux métaux (nickel, cobalt, chrome) ou au ciment. L'incidence estimée de l'allergie aux métaux suite à une arthroplastie totale du genou est inférieure à 1%.¹ Cette incidence est difficile à déterminer pour l'allergie au ciment vu que les données actuelles sont limitées à des cas sporadiques rapportés dans la littérature.² Les composants du ciment incriminés dans les réactions d'hypersensibilité sont le p-toluidine, le peroxyde de benzol et le méthyl méthacrylate.³ Dans notre cas, les causes les plus communes de la douleur étaient éliminées et une réaction d'hypersensibilité retardée était évoquée. Nous n'avons pas objectivé une réaction aux composants métalliques de la prothèse. Cependant, les tests épicutanés ont révélé une réaction positive au méthyl méthacrylate. Cette réaction était jugée pertinente devant la présence du méthyl méthacrylate dans le ciment de la prothèse du genou implantée.

Conclusion

Les réactions d'hypersensibilité aux implants orthopédiques restent un diagnostic d'élimination. Cependant, devant les retombées thérapeutiques potentielles, ça reste un diagnostic à évoquer devant la persistance ou la réapparition des signes inflammatoires après une arthroplastie surtout en cas de lésions cutanées associées.

1. Innocenti M, Vieri B, Melani T, Paoli T, Carulli C. Metal hypersensitivity after knee arthroplasty: fact or fiction? *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2017;88(Suppl 2):78-83. 2. PAHLAVAN, Sheila, HEGDE, Vishal, BRACEY, Daniel N., et al. Bone Cement Hypersensitivity in Patients With a Painful Total Knee Arthroplasty: A Case Series of Revision Using Custom Cementless Implants. *Arthroplasty Today*, 2021, vol. 11, p. 20-24. 3. ZMERLY, Hassan, MOSCATO, Manuela, MANCUSO, Vincenzo, et al. Two-Stage Revision Total Knee Arthroplasty for Suspected Periprosthetic Joint Infection and Metal and Bone Cement Hypersensitivity. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 2019, vol. 26, no 3, p. e40-e44.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



UNE ÉTIOLOGIE ÉMERGENTE DE LA DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE DES SOURCILS

Lahouel I., Machghoul S., Ben Salah N., Youssef M., Belhadjali H., Zili J.

Service de Dermatologie EPS Monastir, Laboratoire de recherche LR20SP03, Université de Monastir, Monastir, Tunisie.

Introduction

La dermatite périorbitaire est une affection dermatologique courante dont les étiologies sont multiples. La dermatite de contact allergique (DCA) est une des causes les plus fréquentes. Nous rapportons un cas de dermatite périorbitaire secondaire à une séance de microblading.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, aux antécédents de dermatite atopique qui nous a consulté pour des lésions oedémateuses érythémateuses prurigineuses au niveau des sourcils (Figures 1 et 2). A l'interrogatoire, la patiente rapportait que l'apparition des lésions succédait une séance de microblading des sourcils. Devant l'aspect et la topographie des lésions et le contexte clinique, une dermatite de contact allergique (DCA) était suspectée et des tests épicutanés étaient réalisés à l'aide de la Batterie Standard Européenne et la batterie Coiffure. La lecture à 48h et 72h montrait une réaction positive au nickel (++) (Figure 3). Cette réaction était jugée pertinente devant la présence de nickel dans les aiguilles utilisées pour le microblading et la notion d'intolérance aux faux bijoux rapportée par la patiente. Le diagnostic d'une DCA post microblading des sourcils induit par le nickel était alors retenu.



Figures 1 et 2. Aspect érythémateux oedémateux des sourcils.



Figure 3. Lecture à 48h du test épicutané positif au Nickel.

Discussion

Le microblading est une technique relativement récente de maquillage semi-permanent des sourcils. Il s'agit d'une technique de micropigmentation par injection de pigments dans le derme papillaire à l'aide des aiguilles métalliques. Les pigments utilisés sont organiques et ne contiennent pas des métaux lourds¹. Les effets secondaires rapportés post microblading sont essentiellement d'ordre cosmétiques, mais aussi d'ordre fonctionnels à type d'inflammation, d'infection bactérienne, réactivation d'une infection par le virus Herpès simplex et une koebnérisation^{1,2}. A nos connaissances, notre cas est le premier cas d'hypersensibilité retardée post microblading. L'imputabilité du nickel dans cette réaction était initialement suspectée devant la présence de ce dernier dans les aiguilles utilisées, et par la suite confirmée par le test épicutané.

Conclusion

Les cosmétiques représentent une des étiologies les plus communes de la DCA périorbitaire. Cependant, devant l'émergence perpétuelle de nouvelles techniques esthétiques, la détermination de l'allergène en cause peut poser un challenge et implique une enquête allergologique rigoureuse.

1. MARWAH, Manjot Kaur, KERURE, Amit S., et MARWAH, Gurjot S. Microblading and the Science Behind it. *Indian Dermatology Online Journal*, 2021, vol. 12, no 1, p. 6. 2. Giulieri S, Morisod B, Edney T, Odman M, Genne D, Malinverni R. Outbreak of mycobacterium haemophilum infections after permanent makeup of the eyebrows. *Clin Infect Dis*. 2011;52:488-91.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.





« Triple Trouble » Dermatite de contact allergique causée par deux sels d'ammonium quaternaires et un biguanide chez une professionnelle de la santé

P40

Ella Dendooven • Michal Ulicki • Julien Lambert • Olivier Aerts

Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Anvers, Belgique

INTRODUCTION

De nombreux nouveaux antiseptiques ont été utilisés pendant la pandémie de COVID-19. Les **sels d'ammonium quaternaires** et les **biguanides** sont controversés à cet égard: ils sont à la fois considérés comme irritants et/ou allergènes, et peuvent également provoquer des réactions d'hypersensibilité immédiate.



Figure 1

PATIENTE ET MÉTHODES

- Femme de 55 ans, atopique, aide nettoyant à l'hôpital
- Eczéma des mains rythmé par son travail (Figure 1)
- Produits utilisés au travail:
 - Gants en caoutchouc
 - Antiseptiques à base de sels d'ammonium quaternaires: chlorure de didécylidiméthylammonium [DDAC], chlorure de benzalkonium [BAC]
 - Antiseptiques à base de biguanides: polyhexaméthylène biguanide [PHMB]
- Patch tests: batterie standard, cosmétique et caoutchouc, PHMB 5% dans de l'eau, et le DDAC et le BAC dans une série de dilutions de 0,1% – 0,005 % dans de l'eau et dans de la vaseline. Lectures aux jours (J) 2, 3 et 7.

J3/J7	DDAC (eau)	DDAC (vas)	BAC (eau)	BAC (vas)
0,1%	+	++	+	?+
0,05%	?+	++	+	-
0,025%	?+	++	?+	-
0,01%	-	+	-	-
0,005%	-	?+	-	-

RÉSULTATS

Lectures à J3 et J7 (Tableau 1):

- ✓ Diphénylguanidine (DPG) ++
- ✓ PHMB +
- ✓ DDAC ++
- ✓ BAC +

Pertinence:

- ✓ DPG: gants en caoutchouc
- ✓ PHMB: antiseptiques/lingettes désinfectantes
- ✓ DDAC et BAC: désinfectants pour les mains (Figure 2)

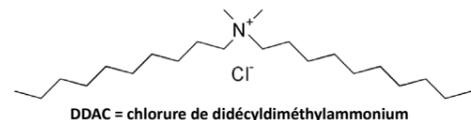
Évolution:

- ✓ Éviction allergènes = amélioration significative



Tableau 1, Figure 2

Série de dilutions: A= eau, P= vaseline, DDAC= chlorure de didécylidiméthylammonium, BAC= chlorure de benzalkonium



GERDA 42^{ème} cours d'actualisation en dermato-allergologie.
Nantes, 23 – 24 septembre 2021

Aucun conflit à déclarer

Contact: olivier.aerts@uza.be

Poster design:
Dirk De Weerd

CONCLUSION

Outre la DPG, un allergène majeur du caoutchouc chez les professionnels de la santé, les sels d'ammonium quaternaires et les biguanides peuvent également provoquer une allergie de contact professionnelle pertinente

La chlorure de benzoxonium et le lauryl-amine-oxide, les allergènes responsables de réactions de contact allergique au désinfectant Merfen® dans une série de 4 enfants

Teofila Caplanusi¹, Ahmad Yatim¹, Julie Di Lucca¹, Sarah Ventejou², Marie-Anne Morren², Michel Gilliet¹

¹ Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

² Unité de Pédiatrie Dermatologique, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

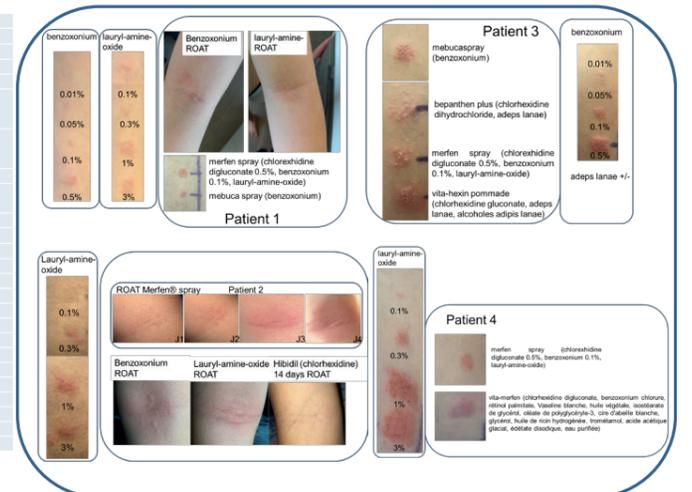
Justification du cas

Nous avons mis en évidence que les réactions de contact au désinfectant Merfen® sont dues à la présence du chlorure de benzoxonium et du lauryl-amine-oxide dans notre série de 4 cas. Il s'agit de deux allergènes qui ne se retrouvent pas dans les batteries commerciales. Nous avons également écarté la contribution du digluconate de chlorhexidine qui est le principe actif du Merfen® et qui était considéré en général responsable de la réaction chez les patients sans bilan allergologique approfondi. Ce fait menait souvent à considérer les patients allergiques à la chlorhexidine et une éviction non justifiée était mise en place pour la chlorhexidine qui reste un de plus utilisés désinfectants dans le domaine médical.

Description et Résultats des investigations allergologiques

Le Merfen® spray est un désinfectant incolore utilisé très fréquemment en Suisse pour traiter les plaies superficielles. Il contient les composants suivants : chlorhexidine digluconate 0.5%, benzoxonium 0.1%, lauryl-amine-oxide en faible quantité. Des tests épicutanés ont été effectués pour explorer la suspicion d'allergie de contact au Merfen® spray pour une série de 4 enfants (âge moyenne de 11 ans) avec une histoire clinique compatible avec une réaction de contact. La batterie standard pédiatrique et le chlorhexidine digluconate 0.5% dans l'eau ont été testés chez les 4 enfants. En plus le Merfen® spray et ses composants ont été testés (chlorhexidine digluconate, chlorure de benzoxonium 0.5%, 0.1%, 0.05%, 0.01%; lauryl-amine-oxide 3%, 1%, 0.3%, 0.1%). Des produits commerciaux fréquemment utilisés contenant soit uniquement la chlorhexidine soit uniquement le benzoxonium ont été également testés [hibidil (chlorhexidine digluconate 0.5%), vita-hexin pommade (chlorhexidine gluconate, adeps lanae, alcoholes adipis lanae), mebucaspray spray (benzoxonium)].

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
chlorhexidine digluconate	-	-	-	-
chlorure de benzalkonium	-	+/-	-	-
lanoline	NT	-	+/- -> +	-
merfen spray (chlorhexidine digluconate 0.5%, benzoxonium 0.1%, lauryl-amine-oxide)	++	-	++	+
vita-hexin pommade (chlorhexidine gluconate, adeps lanae, alcoholes adipis lanae)	-	-	+++	NT
vita-merfen	NT	NT	NT	+
bepanthen plus (chlorhexidine dihydrochloride, adeps lanae)	-	-	+	-
hibidil (chlorhexidine digluconate 0.5%)	-	-	-	-
mebucaspray spray (benzoxonium)	+	-	+++	-
benzoxonium 0.01%	-	-	-	-
benzoxonium 0.05%	-	-	+/-	-
benzoxonium 0.1%	+/-	-	+	-
benzoxonium 0.5%	+/-	-	+++	-
lauryl-amine-oxide 0.1%	+/-	-	-	+/-
lauryl-amine-oxide 0.3%	+/-	+	-	++
lauryl-amine-oxide 1%	+	+	+/- -> +	+++
lauryl-amine-oxide 3%	+	+	+	+++
ROAT Merfen	positif	positif	positif	NT
ROAT Hibidil	positif	positif	positif	NT
ROAT benzoxonium 0.1%	positif	positif	positif	NT
ROAT lauryl-amine-oxide 0.3%	positif	positif	positif	NT



Aucun test positif à un allergène des batteries du commerce n'a été détecté. Trois patients ont présenté de réactions positives pour le Merfen® spray aux tests épicutanés et une patiente uniquement au ROAT. Deux patients avec des tests positifs au Merfen® spray ont présenté également des tests positifs pour le mebucaspray spray (contenant le benzoxonium et pas la chlorhexidine) et des réactions dose-dépendantes pour le benzoxonium. Par contre pour les deux autres patients les tests sont revenus négatifs pour le mebucaspray spray et ils ont présenté des réactions positives dose-dépendantes pour le lauryl-amine-oxide. Un patient a présenté des réactions dose-dépendantes pour les deux composants (le benzoxonium et le lauryl-amine-oxide) et des ROAT positifs aux deux composants.

Conclusion

Deux nouveaux potentiels allergènes sont imputés pour les réactions de contact au Merfen® spray: la chlorure de benzoxonium et le lauryl-amine-oxide. La chlorure de benzoxonium est un antiseptique et le lauryl-amine-oxide un agent tensio-actif utilisés comme émulsifiant dans un grand nombre de produits cosmétiques et de nettoyage. Aucune sensibilisation à la chlorhexidine qui est le composant principal du Merfen® spray n'a pas été observée dans notre série.

Dermato-allergologues et chimistes parlent un même langage... pour rechercher les allergènes dans les gants de protection.

Sandrine MELIN⁽¹⁾, Eric PELLETIER⁽¹⁾, Marie-Noëlle CREPY^(2, 3), Danièle JARGOT^{*(1)}

Objectifs

La dermatite de contact allergique est l'une des pathologies cutanées professionnelles les plus fréquentes et les conséquences économiques sont parfois importantes. Les gants de protection peuvent contenir des composés chimiques sensibilisants, issus de leur fabrication, et leur choix constitue parfois un défi pour le dermato-allergologue et le médecin du travail. La demande d'un service hospitalier de Pathologies Professionnelles a conduit l'INRS à mener une étude pour la recherche des allergènes dans les gants de protection.

Matériels et méthodes

La liste des allergènes cibles, accélérateurs de vulcanisation, plastifiants, colorants, adhésifs, conservateurs, antioxydants, fongicides et bactéricides, a été établie sur la base de la littérature spécialisée, médicale et technique. L'analyse d'un gant repose sur une extraction au solvant, la séparation par chromatographie UPLC/MS-MS et l'identification des allergènes extraits. La différenciation nécessaire entre les familles des carbamates et des thiurams a représenté une difficulté analytique particulière, qui a été prise en compte. Le protocole standardisé repose sur la comparaison systématique et automatisée de 3 transitions de masse, obtenues à la fois pour l'échantillon extrait et pour chacun des 43 allergènes de référence purs analysés en parallèle. La méthode de recherche et de dosage a été optimisée, testée et validée au regard de la diversité des matériaux de fabrication, sur plus de 70 types de gants représentatifs du marché français en 2019-2020.

Résultats

L'analyse automatisée des allergènes présents dans la solution d'extraction d'un gant est réalisée en 7 étapes de 11 minutes. Les allergènes mis en évidence par le chimiste, sur le gant mis en cause sont adressés au médecin. Celui-ci pourra également nourrir sa réflexion avec l'ensemble des résultats obtenus au cours de l'étude, disponibles sous la forme d'un tableau global ou de trois types de graphiques (allergènes vs gant, "composition" des gants, allergènes vs matériaux).

Conclusion

La méthode analytique sera transférée aux laboratoires compétents. Une base de données est envisagée pour fournir une information du type "Quel(s) allergène(s) dans quel gant ou dans quel matériau ?", afin que le médecin et/ou l'allergologue puissent proposer les gants les mieux adaptés à un salarié allergique, avant qu'un autre outil de diagnostic ne soit développé pour les besoins des tests épicutanés.

Eczéma chronique des mains (ECM) chez les patients porteurs de gants

Aude Clement^{*(1)}, Marie-Christine Ferrier le Bouëdec⁽¹⁾, Nadia Raison Peyron⁽²⁾, Florence Tétart⁽³⁾, Pierre Marcant⁽⁴⁾, Pauline Pralong⁽⁵⁾, Aude Valois⁽⁶⁾, Justine Pasteur⁽¹⁾, Haudrey Assier⁽⁷⁾, Claire Bernier⁽⁸⁾, Marie-Thérèse Le Cam⁽⁹⁾, Audrey Nosbaum⁽¹⁰⁾, Marie-Noëlle Crépy⁽¹¹⁾, Françoise Giordano Labadie⁽¹²⁾, Cécile Morice⁽¹³⁾, Camille Leleu⁽¹⁴⁾, Brigitte Milpied⁽¹⁵⁾, Anne-Sophie Darrigade⁽¹⁵⁾, Juliette Delaunay⁽¹⁶⁾, Annick Barbaud⁽¹⁷⁾, Florence Castelain⁽¹⁸⁾, Evelyne Collet⁽¹⁴⁾, Emmanuelle Amsler⁽¹⁷⁾ et Groupe DAG.

Objectifs

Le port de gants est source de dermatites de contact irritatives ou allergiques le plus souvent dues aux accélérateurs de vulcanisation. De nouvelles sensibilisations aux gants en caoutchouc synthétique ou en vinyle ont été rapportées. Une batterie Européenne caoutchouc (BEC) et des patch tests avec les gants personnels sont conseillés depuis 2016 pour le diagnostic d'allergie aux gants. Depuis, une seule étude systématique a été réalisée chez les porteurs de gants. Nos objectifs étaient d'évaluer le profil clinique des patients atteints d'ECM et porteurs de gants, et l'intérêt des tests avec les gants personnels, la BEC et des allergènes de gants vinyle.

Matériels et méthodes

Le groupe DAG de la Société française de dermatologie a inclus dans une étude multicentrique, tous les patients atteints d'ECM et porteurs de gants en milieu professionnel ou non, ayant bénéficié, selon les règles de bonnes pratiques du groupe, d'un questionnaire-enquête de pratiques dans l'ECM, d'un recueil standardisé d'observation, de patch tests avec la BSE, la BEC et ses ajouts, les allergènes commercialisés de gants vinyle et de tests avec des gants personnels (patch tests et tests semi-ouverts 5x5cm SO).

Résultats

283 patients, âge moyen 38,6 ans, 75% de femmes, 56% d'atopiques, durée moyenne de l'ECM 53,6 mois, eczéma fissuraire ou vésiculeux dans plus de 50% des cas. 43% exerçaient dans le milieu de la santé et 26% portaient les gants plus de 2h/jour. 62% portaient plusieurs types de gants (latex 58%, vinyle 47%, nitrile 47%, textile enduit 15%, néoprène 7%). Le lavage des mains était fréquent (64,8%). 80% utilisaient un savon doux et un émoullient. L'ECM était rythmé par le travail dans 62,6% des cas. 32% des patients avaient des tests positifs à des gants personnels ou des allergènes de gants. Les allergènes principaux étaient : thiurams 13%, (dont 20% non dépistés par la BSE), carbamates 3,2%, benzothiazoles 3,2%, 1,3-diphenylguanidine 5,3%. 48,7% des sensibilisations n'étaient détectées que par la BEC. Sur les 55 gants positifs, 10,9% étaient des gants vinyle et sur les 35 patients ayant eu patch tests et tests SO, 22,8% avaient uniquement des tests SO positifs. 25% étaient sensibilisés à d'autres allergènes. 52% de patients allergiques aux gants étaient revus avec 87% d'évolution très favorable après éviction.

Conclusion

Notre étude montre l'intérêt de tester la batterie Européenne caoutchouc et les gants apportés. Le taux élevé d'allergie aux gants s'explique par un biais de recrutement hospitalier. Le taux de sensibilisation aux thiurams, carbamates et benzothiazoles est similaire aux données de la littérature. Nous confirmons l'importance de la sensibilisation à la diphenylguanidine. Les tests semi-ouverts avec les gants sont apparus utiles. Nous soulignons une proportion significative (10,9%) de tests positifs aux gants vinyle avec une faible pertinence des allergènes commercialisés dans ces cas.

⁽¹⁾Dermatologie, CHU Estaing, CLERMONT FERRAND, ⁽²⁾Dermatologie, CHU Saint Eloi, MONTPELLIER, ⁽³⁾Dermatologie, CHU Rouen, ROUEN, ⁽⁴⁾Dermatologie, CHU Claude Huriez, LILLE, ⁽⁵⁾Dermatologie, CHU Grenoble Alpes, GRENOBLE, ⁽⁶⁾Dermatologie, HIA Sainte-Anne, TOULON, ⁽⁷⁾Dermatologie, Hôpital Henri Mondor, CRETEIL, ⁽⁸⁾Dermatologie, CHU Nantes, NANTES, ⁽⁹⁾Dermatologie, CHI Créteil, CRETEIL, ⁽¹⁰⁾Immuno-allergologie, CHU Lyon Sud, LYON, ⁽¹¹⁾Dermatologie, Hôpital Hôtel Dieu, PARIS, ⁽¹²⁾Dermatologie, Hôpital Larrey, TOULOUSE, ⁽¹³⁾Dermatologie, CHU de Caen, CAEN, ⁽¹⁴⁾Dermatologie, CHU Dijon Bourgogne, DIJON, ⁽¹⁵⁾Dermatologie, CHU Bordeaux, BORDEAUX, ⁽¹⁶⁾Dermatologie, CHU Angers, ANGERS, ⁽¹⁷⁾Dermatologie, Hôpital Tenon, PARIS, ⁽¹⁸⁾Dermatologie, CHU Besançon, BESANCON, France

TESTEZ- VOUS !

QUIZ DE
FORMATION

1

POSTERS
CHALLENGE

2

Testez-vous !

> Quiz de formation

Dermatoses inflammatoires

QUESTION 1

Quels sont les facteurs qui aggravent un eczéma des mains ?

1. Le lavage à l'eau tiède
2. Les lavages fréquents des mains
3. Le port de gants
4. L'utilisation répétée des produits hydroalcooliques
5. L'exposition au froid

QUESTION 2

Quel est le principal motif d'arrêt du traitement par dupilumab chez les patients traités pour une dermatite atopique ?

1. Une inefficacité
2. Un effet secondaire ophtalmologique
3. Une aggravation de l'eczéma
4. Un érythème facial
5. Une rémission complète

Réponses

Réponses : 2, 3, 5

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

L'eczéma chronique des mains est une pathologie courante, très invalidante, dont la fréquence a augmenté depuis la pandémie de covid.

Les principaux facteurs aggravants sont : - les lavages fréquents des mains (>10/jour)
- le port prolongé de gants (>30 minutes)
- l'exposition au froid.

Les produits hydroalcooliques n'aggravent pas l'eczéma des mains et doivent être privilégiés dès la guérison des lésions inflammatoires et fissures.

Réponse : 2

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

Le dupilumab est la première biothérapie disponible pour le traitement de la dermatite atopique de l'enfant (à partir de 6 ans) et l'adulte.

La tolérance est globalement bonne et l'efficacité très intéressante.

Le principal effet secondaire est l'atteinte ophtalmologique (blépharite, conjonctivite ..). Elle est majorée en cas d'atteinte palpébrale préexistante et de xérophtalmie. Elle peut être limitée par l'utilisation de tacrolimus topique sur les paupières et de larmes artificielles.

Le patient doit être prévenu de cet effet secondaire possible et consulter un spécialiste.

Testez-vous !

> Quiz de formation

Allergies aux médicaments ou aux aliments

QUESTION 3

Quel(s) allergène(s) peuvent induire des Érythèmes Pigmentés Fixes (EPF) ?

1. Le gingembre
2. L'ecstasy
3. Le schweppes
4. La limonade
5. Le vaccin Comirnaty

QUESTION 4

Dans l'Érythème Pigmenté Fixe, quel(s) test(s) sont utile(s) pour confirmer l'imputabilité d'un allergène ?

1. Le Prick test
2. Le Patch test en peau antérieurement lésée
3. L'IDR
4. Le Roat test
5. Le Test de provocation orale

Réponses

Réponses : 1, 2, 3, 5

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

L'érythème pigmenté fixe se manifeste rapidement (quelques heures) après la prise de l'allergène.

Si les causes les plus souvent retrouvées sont les médicaments (paracétamol, AINS, antibiotiques ...) il faut savoir évoquer des causes plus rares comme certains aliments ou des médicaments non évidents au premier abord (quinine des boissons toniques, MDMA contenu dans l'ecstasy).

Réponses : 2, 4, 5

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

Le bilan allergologique doit comporter un patch test en peau antérieurement lésée, suivi d'un ROAT test en cas de négativité.

Si le bilan n'est pas concluant, un test de provocation orale peut être proposé si les lésions sont limitées et en zone peu affichante, en prévenant le patient de la rechute possible.

Testez-vous !

> Quiz de formation

Allergies de contact

QUESTION 5

Quels constituants des masques peuvent induire des dermatites de contact ?

1. Le nickel
2. Le chrome
3. Le disperse blue
4. La PPD
5. La chlorhexidine

QUESTION 6

Quel est l'allergène le plus souvent en cause dans l'allergie aux gants ?

1. Les carbamates
2. Les thiuram
3. Les benzothiazoles
4. La 1,3-diphénylguanidine
5. Les thiourées

Réponses

Réponses : 1, 3

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

Le port de masques a engendré de nouvelles dermatoses : l'acné du masque ou « Maskné », des phénomènes de Koebner chez les patients souffrant de psoriasis ou vitiligo mais il faut également penser aux dermatoses de contact.

Du nickel peut être contenu dans la pièce métallique nasale des masques. Le Nickel spot test peut être utile pour le dépister.

Réponse : 2

À RETENIR POUR MA PRATIQUE

Le port de gants est source de dermatites de contact irritatives ou allergiques le plus souvent dues aux accélérateurs de vulcanisation. Les thiuram mix sont le plus souvent en cause mais d'autres accélérateurs comme la diphénylguanidine sont de plus en plus fréquemment retrouvés. La batterie standard est insuffisante pour dépister ces allergies. Il est fondamental de compléter par une batterie caoutchouc et de tester les gants personnels du patient.

TESTEZ- VOUS !

QUIZ DE
FORMATION

1

POSTERS
CHALLENGE

2

Testez-vous !

> Posters challenge



Il y a quelque chose qui cloque...

N°1

DESCRIPTIF DU CAS

Marine, 5 ans, atopique, consulte un jeudi de juin. Elle a présenté brutalement des lésions érythémateuses avec quelques bulles du visage. Elle est en bon état général.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Eczéma de contact
2. Impétigo bulleux
3. Phytodermatose

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Incroyable mais vrai

N°2

DESCRIPTIF DU CAS

Josette, 71 ans est adressée pour une lésion ulcérée du lobule de l'oreille qui ne guérit pas depuis plusieurs mois.

Antécédents: Exogénose sévère, état anxio-dépressif. Elle est hospitalisée en psychiatrie.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Un carcinome épidermoïde
2. Une pathomimie
3. Un eczéma de contact

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Ouvrez l'œil...

N°3

DESCRIPTIF DU CAS

Une femme de 55 ans se présente aux urgences. Elle présente depuis le réveil un œdème majeur du visage qui l'empêche d'ouvrir les yeux.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Un angioedème bradykinique
2. Un eczéma de contact
3. Un syndrome cave supérieur

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Ne vous plantez pas...

N°4

DESCRIPTIF DU CAS

Hugo, 6 mois, est adressé en consultation devant l'apparition brutale d'un érythème péribuccal associé à des phlyctènes et des érosions post bulleuses. Il n'a aucun antécédent, et est en bon état général.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Une phytophotodermatose
2. Une allergie de contact à la tétine
3. Un tic de léchage

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Une dépigmentation intrigante

N°5

DESCRIPTIF DU CAS

Une femme de 31 ans, antillaise, consulte pour une dépigmentation cutanée d'apparition récente. Quelques semaines après l'achat et le port régulier de lunettes de vue bon marché fabriquées en Chine, elle a présenté un eczéma prurigineux suivi de lésions dépigmentées des régions temporales et rétro auriculaires. Les tests cutanés confirment l'allergie de contact aux lunettes. La lecture à 2 mois montre une dépigmentation au niveau de certains tests positifs



PARMI LES SUBSTANCES CHIMIQUES SUIVANTES, LAQUELLE EST CLASSIQUEMENT RESPONSABLE DE LEUCODERMIE ?

1. Methylisothiazolinone
2. Résine 4-tert-butylphénolformaldéhyde
3. Chrome

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Un allergène à connaître sur le bout des doigts

N°6

DESCRIPTIF DU CAS

Une jeune femme de 21 ans, esthéticienne, consulte pour une pulpite bilatérale. Les lésions disparaissent pendant les congés et réapparaissent rapidement après la reprise du travail, notamment après avoir fait de l'onglerie.



QUEL GROUPE D'ALLERGÈNES DOIT-ON ÉVOQUER EN PRIORITÉ ?

1. Epoxy
2. Méthacrylates
3. Isocyanates

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



De drôles de stries

N°7

DESCRIPTIF DU CAS

Vous recevez un nourrisson de 8 mois pour prise en charge d'une éruption cutanée évoluant depuis 5 mois. Les lésions sont par endroit d'aspect linéaire et très prurigineuses (mouvements de frottement sur le dos). Il n'a pas de terrain atopique personnel connu mais son frère de 9 ans a une rhinite allergique et une dermatite atopique.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Une scabiose
2. Une mastocytose cutanée
3. Une urticaire chronique inductible à type de dermographisme

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Siège ou pas siège...

N°8

DESCRIPTIF DU CAS

Un patient de 63 ans, retraité, consulte pour une éruption érythémato-papuleuse annulaire prurigineuse des fesses et des faces postérieures de cuisses depuis 2 mois. Un interrogatoire bien conduit nous oriente vers le diagnostic qui sera confirmé par des examens complémentaires.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Dermatophytie
2. Eczéma de contact allergique
3. Pseudo-lymphome

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Angioedème facial: ne pas se fier aux apparences

N°9

DESCRIPTIF DU CAS

M. M., 40 ans, est admis aux urgences pour un angioedème apparu progressivement en 10 jours et résistant au traitement par concentrés de CIINH (Bérinert®) 1000 UI/12h et acide tranexamique (Exacyl®) 3g/j administrés pendant 4 jours.

Antécédents: Tabagisme et alcoolisme, BPCO appareillée, Hypothyroïdie, HTA traitée depuis 6 mois, carcinome épidermoïde laryngé (T2N0) traité en 2014 par radiothérapie, avec récurrence en 2018 traitée par pharyngo-laryngectomie totale avec lambeau pectoral et curage ganglionnaire.

Traitements: Atorvastatine, Alprazolam, Pantoprazole, Enalapril, L-Tyroxine.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Angioedème histaminique
2. Œdème par envahissement néoplasique loco-régional
3. Angioedème induit par les IEC

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



La bonne question!

N°10

DESCRIPTIF DU CAS

Inès, 8 ans, consulte pour des lésions érythémateuses, prurigineuses du visage apparues depuis 8 jours. Elle est traitée pour un syndrome de DRAVET (épilepsie) par Micropakine et Urbanyl.

Antécédents familiaux: psoriasis et asthme chez sa mère.



QUELLE QUESTION POSEZ-VOUS AUX PARENTS?

1. Avez-vous changé les produits d'hygiène d'Inès?
2. Y a-t-il eu une forte exposition solaire sans photoprotection?
3. Autre question?

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Une éruption pas très confort...table

N°11

DESCRIPTIF DU CAS

Un homme de 57 ans est hospitalisé pour des lésions érythématosquameuses, très prurigineuses, siégeant au niveau du dos, sur les fesses, les faces externes des cuisses et les avant-bras. Les lésions régressent sous dermocorticoïdes mais récidivent dès son retour à domicile.

La biopsie cutanée montre des images d'eczéma. L'interrogatoire ne retrouve aucun facteur favorisante. Les tests cutanés avec les allergènes de la batterie standard européenne et les ajouts sont négatifs.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS ?

1. Eczéma de contact
2. Lymphome cutané T épidermotrope
3. Dermite lymphomatoïde de contact

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Photo dermatite de contact sévère à plusieurs reprises...

N°12

DESCRIPTIF DU CAS

Une femme de 54 ans, connue pour une photosensibilisation (sévère) au kétoprofène, se présente avec :

- Une dermatite de contact bulleuse du visage et des paupières, suite à l'application d'une crème solaire contenant de l'octocrylène (A).
- Une dermatite de contact sévère des genoux après avoir lu un magazine au soleil (B).

Les photo-patch tests confirment une photoallergie de contact sévère au kétoprofène.



QUEL PHOTO-ALLERGÈNE EST IMPLIQUÉ DANS LES DEUX ÉPISODES ?

1. Octocrylène
2. Benzophénone
3. Avobenzone

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Encore faut-il y penser

N°13

DESCRIPTIF DU CAS

Z, 5 ans, a un asthme sévère depuis deux ans, traité depuis 6 mois par inhalations de propionate de fluticasone (Flixotide®) délivrées via un inhalateur «Vortex® chambre d'inhalation antistatique» accouplé à un masque «grenouille» (Pari®) en polypropylène, silicone, élastomère thermoplastique et colorant vert. Après trois mois de traitement, elle développe une dermatite érythémateuse et micro-vésiculeuse du visage correspondant à la topographie du masque d'inhalation. Une chéilite discrète de la lèvre inférieure et un léger prurit.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Une candidose cutanée
2. Une dermite périorale
3. Une dermatite de contact à un composant du masque

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.



Une urticaire «énigmatique»

N°14

DESCRIPTIF DU CAS

Madame B, 27 ans, présente depuis 8 mois, des lésions cutanées strictement digitales et prédominantes à droite faisant penser à de l'urticaire. En général, seuls l'index et le pouce sont atteints. Ces lésions sont prurigineuses, davantage le soir, parfois insomniantes et elles diminuent spontanément pendant la journée suivante sans totalement disparaître au cours de celle-ci. Un traitement antihistaminiques a été administré pendant six semaines sans résultat. De manière concomitante, elle a développé une conjonctivite à gros vaisseaux. Elle est artiste peintre aquarelliste et s'adonne volontiers au jardinage.



QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS?

1. Une urticaire chronique spontanée localisée
2. Une urticaire de contact à l'herbe de son jardin ou à la peinture aquarelle
3. Une urticaire de contact à un cosmétique (mascara...)

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Testez-vous !

> Posters challenge



Docteur, j'ai de plus en plus de taches brunes

N°15

DESCRIPTIF DU CAS

Une patiente de 72 ans consulte pour des taches brunes sur ses jambes et son tronc, parfois brûlantes, dont le nombre augmente progressivement. On constate environ 50 macules pigmentées, partiellement érythémateuses mesurant entre 1 cm et 2,5 par 4,5 cm sur le tronc et les extrémités proximales.

Antécédents: Mélanome SSM du bras il y a 5 ans, HTA, obésité, constipation, dépression.

Traitements: 14 médicaments (cf. tableau).



Nom libre (INCI)	Nom de marque	Indication
Depuis 5 ans		
1) Nortriptyline	Nortifen®	Dépression
2) Clonidine	Zipadon®	Dépression
3) Lamotrigine	Lamictal®	Dépression
4) Estradiol	Progynova®	Substitution hormonale
5) Simvastatine	Simvastol®	Hypertension artérielle
6) Atorvastatine	Storvas®	Hypertension artérielle
7) Ondansétron	Onsenal®	Nausées
8) Magnésium	Magnésion®	Refluxes légers
9) Valériane, Valérian	Valériane®	Trouble du sommeil
Depuis 2 ans		
10) Acide acétylsalicylique	Aspirin cardio®	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire
11) Nifédipine	Nifedipin®	Hypertension artérielle
Développement des taches		
12) Paracétamol	Paracétol®	Douleurs
13) Sulfate ferreux II	Sulféferon veronal®	Carence en fer
14) Lactulose	Dulcolax®	Constipation

QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS ?

1. Métastases de mélanome
2. Érythème pigmenté fixe
3. Maladie de Kaposi

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.
BIODERMA est une marque fondée sur l'écobiologie qui est au cœur de la démarche NAOS pour respecter l'écosystème de votre peau et préserver sa santé.

Réponses aux posters challenge

- N°1 Une phytodermatose
- N°2 Un eczéma de contact
- N°3 Un eczéma de contact
- N°4 Une phytophotodermatose
- N°5 La résine 4 ter butyl phénol
- N°6 Les méthacrylates
- N°7 Une scabiose
- N°8 Un eczéma de contact
- N°9 Un œdème par envahissement
- N°10 Autre : Y a-t-il eu des travaux de peinture au domicile ?
- N°11 Une dermatite lymphomatoïde de contact
- N°12 Le benzophénone
- N°13 Une dermatite péri-orale
- N°14 L'herbe du jardin
- N°15 Un érythème pigmenté fixe

NAOS Services



+ de 30 services réalisés en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire d'experts pour vous accompagner en dermatologie.

Services
Formation

Vous former en continu

Services
Métier

Suivre l'évolution de l'environnement de votre métier

Services
Patients

Vous aider à prendre en charge vos patients

Retrouvez tous nos services sur
www.naosservicespro.fr



1. Je m'inscris
2. J'accède à tous les services NAOS

NAOS Services vous est proposé en collaboration avec

INSTITUT
ESTHEDERM
PARIS

— BIODERMA —
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

— état pur