

COUP D'ŒIL DU CONGRES GERDA 2024

Sommaire

Dermato-allergologie professionnelle : du producteur au consommateur – Article 1

Dr Évelyne Collet, Dr Camille Leleu
Pr Florence Tétart
Dr Pierre Marcant

Conférence Dermatoses professionnelles, santé au travail : 75 ans d'expérience dans les Hauts de France

Pr Paul Frimat

Dermato-allergologie professionnelle : comment protéger le travailleur ?- Article 2

Dr Françoise Giordano.....
Dr Marie-Noëlle Crépy et Dr MarieBernadette Cleenewerck
Pr Annie Sobaszek
Dr Nadia Raison-Peyron et Pr An Goossens
Pr Annick Barbaud
Dr Christine Lafforgue

Questions pour des champions – Article 4

Pr Marie Baeck et Dr Anne Herman.....

Dermato-allergologie chez l'enfant – Article 5

Dr Benoit CATTEAU.....
Dr Claire Bernier.....
Dr Brigitte Milpied Oriane.....

Les éosinophiles pour le dermatologue et l'allergologue – Article 6

Dr Guillaume Lefevre (Lille).....

Hypersensibilité en pratique – Article 7

Dr Jean-Luc Bourrain.....

Symposium ABBVIE Les enjeux de la prise en charge de la DA modérée à

sévère par les inhibiteurs de JAK –

Article 8

Dr Nour Abdelhedi-Mekki.....
Pr Staumont.....
Pr Florence Tétart.....

Coup de cœur des Gerdistes en recherche –

Article 9

Pr Audrey Nosbaum.....
Pr Andreas Bircher.....
Pr Kathrin Scherer.....
Pr Jean Pierre Lepoittevin.....
Dr Marie-Claude Houle.....

Best of des posters –

Article 10

Hot topics –

Article 11

Pr Olivier Aerts.....
Pr Staumont-Sallé.....
Dr Aurélie Du Thanh et Dr Fabien Pelletier.....
Dr Frédéric Dezoteux.....

Réponses aux question



Article 1 :Dermato-allergologie professionnelle : du producteur au consommateur

Article rédigé par le Dr Laure Bellange (Allergologue)

Allergies aux textiles – Dr Évelyne Collet, Dr Camille Leleu

Dans le Nord, l'industrie du textile date du moyenne âge, avec une apogée aux 19^{ème} et 20^{ème} siècle. Puis il y a eu une perte de vitesse au début du 21^{ème} siècle. Depuis quelques années, il y a une reprise d'activité avec une envie de garder les savoir-faire, et grâce aux progrès de l'innovation.

Les fibres textiles sont de deux catégories : naturelles (végétales et animales) et chimiques (artificielles et synthétiques). Les allergies aux fibres se comptent sur les doigts d'une main dans la littérature. On retrouve quelques articles sur des eczéma de contact à la soie.

La fonctionnalisation du textile, ou encore ennoblissement, est l'ensemble des opérations destinées à apporter au textile des propriétés supplémentaires et à lui donner son aspect définitif : préparation et blanchissement des fibres, teinture, traitements de finitions avec apprêts chimiques. Il y a plus d'allergie dans cette phase de travail.

Comment s'y retrouver en tant que consommateur ? Le label standard 100 by OEKO-TEX est une assurance qualité, avec interdiction des métaux lourds et phtalates. Le product environmental footprint a été développé en Europe en 2013 et a pour objectif d'aider les entreprises à mesurer, calculer et communiquer l'empreinte environnementale de leurs produits, et permettre au consommateur de savoir quel genre de produits ils achètent. En France, on a aussi l'écobalyse, qui est comme le nutriscore mais pour la mode.

Les présentations cliniques de l'allergie au textile sont multiples. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de dermatose eczématiforme chronique, avec des topographies spécifiques (tronc et zones de friction et transpiration chez le consommateur, mains chez les fabricants). Il peut aussi y avoir des formes bulleuses, pustuleuses, avec infiltrat éosinophilique. Chez l'enfant, on a peu de données. L'atopie est un facteur de risque. Le visage peut être atteint, même en l'absence de port de vêtement à cet endroit. Pour le diagnostic, il faut tester le textile en découpant des gros morceaux de plusieurs cm, en l'humidifiant. Il ne faut pas hésiter à faire des tests d'usage car la rentabilité des tests est faible. Les colorants textiles sont grands pourvoyeurs d'allergie. Le textile dye mix (TDM) de la batterie standard européenne ne permet pas de faire tous les diagnostics. Il faut

détailler les composants et TDM et compléter par une batterie colorant textile si on a un doute. Les résines formaldéhydeurée sont aussi grandes pourvoyeuses d'allergie. Les alternatives sont coûteuses et moins performantes. Le formaldéhyde de la BSE n'est pas assez performant. Concernant les autres ennoblisseurs, peu d'allergies sont rapportées mais il y a un problème d'absence d'étiquetage, des allergènes non testés, une pertinence non retenue, une analyse de la pièce vestimentaire impossible en pratique courante.

Les cosméto-textiles et textiles connectés en cours de développement seront sans doute pourvoyeur d'allergies dans le futur.

Allergies dans les métiers du cuir – Pr Florence Tétart

Le cuir est utilisé depuis des décennies pour des usages variés. Les métiers du cuir s'exercent dans des usines mais aussi dans des petits ateliers indépendants, avec des façons très différentes de travailler le cuir.

Le cuir est forcément obtenu à base d'animal. Sinon il faut parler de simili-cuir. Le continent asiatique est le premier exportateur mondial du cuir. La France et l'Italie sont aussi des acteurs importants, surtout pour le cuir de luxe.

Entre la peau de l'animal et le cuir final, la production dure environ 4 semaines, en passant de l'éleveur à l'abattoir puis aux négociants et enfin aux tanneurs.

L'extraction de la peau brute se fait avec un parage et salage pour enlever la graisse et l'eau. Ensuite, il y a le travail de rivière, pour nettoyer la peau et enlever l'épiderme, les poils, les protéines solubles et les tissus sous-cutanés afin de ne garder que le derme. Le tannage du cuir fixe des agents chimiques dans la peau.

Concernant la clinique, les allergies au cuir se présentent surtout par des lésions eczématiformes mais il y a aussi des lésions kératosiques qui peuvent se voir. Les allergènes sont surtout le chrome, les colorants, les autres métaux, les colles, les agents tannants végétaux...et encore plein d'autres. Le tannage au chrome représente 90% des tannages de cuir. Il existe des normes ISO pour limiter la quantité de chrome, et choisir des chromes plus « sains ». Depuis l'instauration de cette réglementation, les consommateurs ont moins d'allergie, mais les professionnels du cuir en ont toujours autant. L'environnement a une influence sur le relargage du chrome (UV, humidité...) ce qui explique la persistance des allergies chez ces travailleurs. Les articles usés relarguent plus de chrome aussi, donc il ne faut pas les garder. Le cobalt. Les biocides permettent de conserver les peaux, et sont aussi pourvoyeurs d'allergie.

Chez les employés du textile au cuir, la prévalence des allergies est de 12 à 28% selon les études. Seule la moitié des travailleurs portent des gants, et souvent en prévention secondaire mais non primaire.

Allergies dans les métiers de bouche – Dr Pierre Marcant

Les métiers de bouche comprennent plusieurs professions : boucher, boulanger, maraicher, cuisinier etc...

Etant du Nord, l'orateur va parler de l'allergie à l'endive. La France est le premier producteur mondial d'endive, avec 95% d'exploitation en Haut de France. L'endive pousse sur sa racine (appelée carotte). Après coupe de l'endive, on peut remettre la carotte en terre pour produire de nouvelles endives. L'endive sera épluchée pour enlever les feuilles les plus amères, puis elle sera mise en sachet. Sur la dernière décennie, 12 saisonniers ont été testés à Lille pour des allergies à l'endive, avec très peu d'antécédent d'atopie. Les lésions d'eczéma étaient présentes sur le visage, notamment les paupières. Les mains étaient aussi atteintes, surtout dans les deux premiers rayons vu la technique d'extraction de la carotte d'endive, mais moins que le visage. Les tests disponibles ne sont pas du tout rentables pour le diagnostic. Il y a aussi des dermatites de contact aux protéines de l'endive. Parfois, il peut y avoir des allergies croisées à la laitue. Il faut donc penser aux tests immédiats et retardés, avec l'aliment natif. Il faut donc tenir compte de la saison pour les lésions et pour les tests.

Messages clés :

- les présentations de l'allergie cutanée en métiers de bouche sont multiples.
- il est important de connaître les gestes du travail afin de vérifier l'imputabilité et bien orienter les tests.
- il faut envisager une prise en charge global avec le médecin du travail pour mise en place de mesures de protection voire reclassement/inaptitude.
- il faut toujours laver les vêtements avant de les porter une première fois.
- il ne faut pas hésiter à répéter les tests, avec les vêtements apportés par les patients.

Questions Vrai ou Faux :

Que proposer à un patient avec une dermite aux protéines ?

- travailler avec des gants.
- faire une éviction alimentaire.

Quelle est la présentation typique de la dermite aux protéines ?

- l'absence de cuticule.
- la présence de coloration de la pulpe.
- un caractère très aigu.

Quels conseils donner à un patient allergique au cuir ?

- ne plus manger d'aliments à base d'animal, par réaction croisée.
- ne plus porter de cuir.
- faire des tests orientés afin de savoir quel agent est en cause.



Conférence Dermatoses professionnelles, santé au travail : 75 ans d'expérience dans les Hauts de France – Pr Paul Frimat

Modératrice : Pr Delphine Staumont-Sallé

La loi du 11 octobre 1946 et les décrets de 1952 créent le dispositif médecine du travail.

Quand l'orateur a commencé son travail, il n'y avait aucun ouvrage de référence de médecine du travail. Il prenait en photo chaque cas, afin de créer une bibliothèque et de pouvoir former les nouvelles générations. Il fallait créer des livres sur la spécialité, autant sur la façon de travailler que sur les pathologies rencontrées.

Le décret de mars 1979 instaure le tiers temps avec obligation pour le médecin du travail de passer un tiers de son temps à l'étude et à l'action du milieu de travail. C'est dans cette période que la notion d'analyse du process, l'étude du geste professionnel, l'expertise des produits deviennent une nécessité.

En dermatologie professionnelle, on retrouve cette même demande de pluridisciplinarité, d'échange et d'amélioration des connaissances qu'en médecine du travail. Le GERDA est né en 1975 avec l'idée de réunir des experts de dermatoallergologie, avec la participation des médecins du travail.

En 1992, des dermatologues et médecins du travail ont écrit un livre en commun pour l'étude des pathologies dermato-professionnelles.

Il faut attendre les années 2000 pour que soit confirmée en santé-travail l'importance de l'approche globale de la santé individuelle et collective. C'est dans cette période qu'a été instaurée une consultation pluridisciplinaire au CHU de Lille.

En 2013, Lille a proposé le thème du risque cutané dans le BTP lors des 32^{ème} journée national de santé au travail dans le BTP.

Mais le système a du mal à bouger, car il est axé sur la réparation et non sur la prévention.

La loi de juillet 2011, 65 ans après l'instauration de la santé au travail a replacé la santétravail au cœur de la politique de la santé rationalisé. La priorité est la connaissance du travail, la traçabilité des expositions aux risques et la veille sanitaire.

Le problème actuel est la démographie médicale, avec la difficulté d'accès à certaines consultations, la réalisation de certains actes. Les tests cutanés deviennent un exercice compliqué.

Messages clés :

-la médecine du travail est une spécialité récente.

- elle a besoin d'être transversale, et de s'allier avec d'autres spécialités médicales.
- la prise en charge des patients est loin d'être optimale actuellement.



Article 2 - Dermato-allergologie professionnelle : comment protéger le travailleur ?

Article rédigé par le Dr Laure Bellange (Allergologue)

Modératrices : Dr Françoise Giordano, Dr Marie-Noëlle Crépy

Réactions aux masques chirurgicaux – Dr Françoise Giordano

Suite à la pandémie du Covid 19, de nombreux articles sont sortis sur les réactions cutanées secondaires au port des masques de protection. On distingue les masques chirurgicaux des masques de protection respiratoire. Les masques chirurgicaux sont amples, non étanches, et vont protéger contre les grosses gouttelettes ou pulvérisation de fluides corporels. Habituellement constitués de polypropylène (PP) et de trois couches. Les masques de protection respiratoire (FFP2, KN95) peuvent filtrer les particules beaucoup plus petites. Ils sont ajustés à la peau avec un taux de fuite de 8% maximum. Ils sont aussi en PP. Les FFP2 européens sont meilleurs que les KN95 asiatiques.

Il y a trois catégories de réactions : dermatose faciale aggravée par le port du masque, dermite de contact irritative, dermite de contact allergique.

Les professionnels de santé sont les plus exposés.

La dermatose faciale aggravée par le port du masque la plus connue est le maskné. L'occlusion et la chaleur modifient le microbiote et augmentent la production de sébum. Être une femme, entre 21 et 30 ans, avec antécédent familial d'acné est plus à risque. C'est une acné majoritairement inflammatoire. Il faudrait enlever le masque toutes les 15 minutes toutes les 2 heures, ne pas se maquiller sous le masque, et utiliser des cosmétiques adaptés. La rosacée est une autre pathologie aggravée par le port du masque. Il y a surtout des poussées papulopustuleuses. Les mêmes mécanismes que l'acné sont en cause.

Les dermatites de contact irritatives sont fréquentes, car il y a des zones de pression sur les joues, l'arête nasale, et les oreilles. Au-delà de 6 heures de port par jour, on est plus à risque. L'éruption a tendance à s'améliorer avec des pauses régulières. On peut aussi doubler le masque avec du silicone. Un cas indien a rapporté du vitiligo induit par les frottements du masque.

Les métaux peuvent induire une dermite allergique. La barrette métallique ne touche pas directement la peau, mais le métal traverse le masque par la sudation. Les caoutchoucs et leurs accélérateurs sont aussi pourvoyeurs d'allergie, comme les formaldéhydes et libérateurs. Il y a aussi des allergènes plus anecdotiques, comme

le méthyl-dibromo glutaronitrile, présent dans les plastiques des masques, ou les isocyanates.

Comment choisir un gant de protection ? Dr Marie-Noëlle Crépy et Dr MarieBernadette Cleenewerck

Le challenge est qu'il faut des gants efficaces contre les mélanges de substances, faciles et confortables à porter, avec un prix abordable.

Un gant de protection est un polymère avec des « trous » entre lesquelles les substances traversent. Les gants se dégradent au fil du temps, avec discoloration, élongation, brûlure. Il y a aussi une pénétration des molécules grâce à des pertuis. Il y a aussi une perméation avec une rapidité extrême de passage des molécules (3-4 minutes pour les acrylates). La base de sélection des gants est ce temps de perméation pour les substances. Il existe des abaques pour bien choisir son gant.

Il faut se protéger contre les chimiques, mais aussi contre les biologiques, les facteurs thermiques et mécaniques. L'interrogatoire du patient est donc primordial. Le temps de contact est très important.

Les pictogrammes sont notés sur le gant, afin de savoir lequel utiliser. Il existe 3 catégories pour les protections chimiques. Il existe différents matériaux pour les gants (caoutchouc, plastique, cuire, métallique, gants laminés multicouches). La doublure interne permet un confort et une protection contre les coupures. La longueur des manchettes est différente selon l'exposition.

Les gants à usage unique ne doivent pas être réutilisés. En pratique, c'est rarement fait. Ils sont pratiques car pas chers. Les gants réutilisables sont plus à risque car souvent le travailleur les garde plus longtemps que ce qui est conseillé, donc au bout d'un moment il n'y a plus aucune protection. Il faut penser aux bons gestes avec des aides mécaniques pour ne pas mettre les mains dans les produits.

Les fiches de sécurité peuvent aider au choix du gant. Le logiciel INRS ProtecPo a aussi un catalogue de gants en fonction de l'utilisation. Les sites des fabricants des gants donnent aussi des informations.

Comment choisir les gants ? Il est bien d'utiliser des gants accelerator free. Il faut une main non lésée propre et sèche, non irritée, et le gant doit être porté dès le début du travail. Pour les professionnels de santé en laboratoire d'analyse, il faut des gants en nitrile, avec une manchette plus ou moins longue selon l'exposition. En coiffure, il faut des gants à usage unique nitrile noirs. Il ne faut pas recourir aux gants réutilisables (la rémanence de la PPD est de trois mois). Pour les esthéticiennes, il faut des gants en nitrile à usage unique. Les prothésistes ongulaires doivent utiliser des gants en néoprène à usage unique. Pour les peintres et carrossiers il faut une protection chimique supérieure contre les éclaboussures, avec des gants en nitrile avec une bonne résistance vis-à-vis des déchirures. Dans

l'industrie automobile et aérospatiale, il faut des gants colorés afin de ne pas les perdre.

Dermatoses professionnelles : intérêt de la consultation pluridisciplinaire – Pr Annie Sobaszek

Les patients sont souvent adressés avec un diagnostic en lien avec le milieu professionnel. Il faut donc confirmer le diagnostic dermatologique et rechercher les expositions professionnelles potentielles. Il faut tester pour déterminer le caractère allergique ou non, et il faut regarder les atteintes ORL ou respiratoires associées. Il faut penser à la prévention du développement d'autres pathologies en lien avec le travail. Le devenir professionnel aura une grande place aussi dans la prise en charge.

Quand on voit des jeunes en consultation, il est bien d'aborder leur orientation professionnelle, afin d'éviter les déconvenues dans le futur. Il faut un accompagnement dans les procédures médico-légales. Il faut trouver le meilleur compromis médicosocial, et discuter la déclaration en maladie professionnelle (tableau 65 ou 66).

Pour la déclaration en maladie professionnelle, il faut bien rentrer dans les cases du tableau. La colonne une désigne la maladie. Il faut une exposition régulière, répétée, avec un risque connu. La deuxième colonne décrit le délai de prise en charge entre la constatation des lésions et la déclaration. La troisième colonne donne une liste de métiers, indicative, avec énumération limitative. Ce qui pose problème pour de nombreuses déclarations. La rédaction des certificats médicaux peut se faire sur Amelipro. Tous les nouveaux CERFA sont disponibles.

Parfois, il y a eu un refus de reconnaissance en maladie professionnelle. Il est important de reprendre tout l'historique du patient, afin de chercher une trace de la pathologie dans un temps lointain, afin de respecter le délai de prise en charge.

Messages clés :

- la bonne protection mécanique est primordiale pour éviter le risque de sensibilisation. -il faut vraiment que le gant choisi corresponde au poste de travail.
- il faut mieux utiliser des masques aux normes CE, qui offrent une meilleure protection et suivent les normes en matière d'exposition.
- devant une pathologie cutanée, il faut penser à l'allergie, mais aussi penser aux dermatoses sous-jacente et à l'irritation.

-la reconnaissance en maladie professionnelle ne peut se faire que si toutes les conditions du tableau sont remplies.

Questions Vrai ou Faux :

Quel est le traitement du maskné ?

- ne plus porter de masque.
- renfort des soins d'hygiène avec nettoyage de peau et pas de maquillage occlusif.
- traitements topiques de l'acné.

Comment choisir un gant ?

- il faut un bon rapport qualité/prix
- il faut qu'il soit adapté aux produits manipulés.
- il doit être changé selon les normes des fiches de sécurité et les conseils du fabricant.
- il doit être celui que le patient préfère porter.

Que proposer à un étudiant en boulangerie qui développe un eczéma à la farine ? - dépister un asthme associé.

- travailler avec des gants lorsqu'il manipule la farine.
- sa peau va s'épaissir et il va s'habituer.
- proposer une visite en médecine du travail.



Article 3 -JO 2024 : Dermato-allergologie chez le sportif

Article rédigé par le Dr Laure Bellange (Allergologue)

Modérateurs : Pr Dominique Tennstedt, Dr Nadia Raison-Peyron

Allergies aux matériels et équipements du sportif Dr Nadia Raison-Peyron et Pr An Goossens

Les matériels de sport sont variés. Les allergènes aussi.

Les allergies sont souvent causées par les additifs du caoutchouc, dans les poignées de vélo par exemple, ou dans les orthèses de protection. Les sports aquatiques (lunettes, combinaisons, chaussons) et chaussures de sport ont aussi beaucoup de caoutchouc.

Les poudres avec colophane sont souvent en cause. Des cas ont été rapportés avec des handballeurs et pratiquant du bowling. On en trouve aussi dans les bandages.

Les résines epoxy et durcisseurs se retrouvent dans les bateaux, bâtons de hockey.

Le nickel, cobalt et palladium se retrouvent dans les skis, clubs de golf, équipement de musculation.

L'aluminium se retrouve dans les bâtons de hockey.

Pour les métaux, c'est la quantité libérée par la transpiration qui est en cause.

Le bois a été retrouvé comme allergisant chez des tireurs à la carabine.

Les colorants peuvent aussi être allergisants, des cas ont été décrits avec des palmes.

Les désinfectants de l'eau déclenchent aussi des allergies, avec réactions croisées avec les ammoniums quaternaires. Il peut y avoir des lésions très numulaires.

Il peut aussi y avoir des photoallergies. Il faut y penser dans les sports pratiqués en extérieur.

Les médicaments topiques comme les AINS utilisés dans les traumatismes musculaires peuvent causer des allergies, avec des réactions croisées multiples avec les filtres solaires et certains parfums.

La phytothérapie entraîne des allergies multiples, notamment le Tea tree, propolis, huiles essentielles.

Les isothiazolinones sont toujours en cause de certains cas en 2024. Un cas a été rapporté avec un casque de ski, chez un patient sensibilisé avec son canapé plusieurs années avant.

Le bilan allergologique doit être large. On commencera par la BSE, mais aussi les batteries conservateurs, colorants et apprêts textiles, plastiques et colles, caoutchouc. Il ne faut pas hésiter à tester directement le matériel, et les topiques appliqués par le patient. L'identification de l'allergène est souvent difficile. Il ne faut pas oublier les allergènes environnementaux. Il faut aussi penser aux dermatites d'irritation, avec les frottements et la sudation.

Il est difficile d'utiliser des matériels en remplacement parfois, mais il ne faut pas hésiter à proposer des alternatives. Parfois, les patients font des tests de différents matériels par eux-même avant d'en trouver un qui leur correspond.

Allergies aux prothèses orthopédiques – Pr Annick Barbaud

Il est difficile de savoir si une intolérance aux prothèses est liée à de l'allergie ou non.

Les prothèses sont de différentes composition : céramique, polyéthylène, céramique, métal, ciment.

Dans les métaux, on retrouve des alliages titane-nickel, alliages titane seul, alliages cobalt-chrome-molybdène, acier inoxydable.

Les ciments sont complexes. Ils comportent toujours des antibiotiques, du peroxyde de benzoyle, des acrylates, et parfois des agents de contraste radiographique.

Le descellement a plusieurs causes, notamment mécaniques et infectieuses. Quand on ne trouve rien, se pose la question d'hypersensibilité. Cette dernière serait en cause dans 5% des cas de descellement.

La vascularite aseptique lymphocytaire (ALVAL) entraîne des descellements. Souvent c'est plutôt un phénomène secondaire d'activation d'immunité innée, et non des hypersensibilités retardées.

Néanmoins, la probabilité d'une hypersensibilité retardée aux métaux est plus élevée après l'implantation d'une prothèse qu'avant.

Les critères de diagnostic de l'hypersensibilité sont les suivants :

Critères majeurs : éruption en regard de l'implant, dermatose chronique ayant débuté dans les semaines après implantation, patch test positif avec un métal connu dans l'alliage, guérison après ablation du matériel.

Critères mineurs : douleur ou dysfonctionnement de la prothèse sans autre raison, histologie compatible, dermatose résistant au traitement, TTL positif au métal.

Faut-il plutôt faire les patchs tests ou les TTL ? Il y a des discordances dans les études, donc il est difficile de conclure.

Faut-il interdire un métal chez un patient sensibilisé avant implantation ? Les allemands et Nord-Américains sont plutôt favorables, mais il y a un surcoût avec les prothèses en titane ou hypoallergéniques. Une étude a montré que les résultats orthopédiques sont moins bons avec les prothèses hypoallergéniques.

Après implantation, les patients avec prothèse ont un pourcentage plus élevé de patchs tests positifs aux métaux que dans la population générale. En dehors de la prothèse, ils ont aussi été sensibilisés avec les scies et autres matériels du chirurgien. Il y a aussi plus de sensibilisation au chrome et cobalt.

Le titane n'est pas forcément la solution, il y a de véritables allergies rapportées. Dans une étude, 54 des 56 patients pensant avoir une allergie au titane ont guéri après retrait.

Cosmétique du sportif – Dr Christine Lafforgue

Les tendances de produits associés au sport sont l'« athleisure beauty ».

Dans certaines fédérations sportives, il est difficile d'utiliser des produits solaires, à cause du fait que les numéros d'équipe ou autre dossard qui ne collent pas sur la peau après application de topique. Pour la protection UVA, les marques proposent généralement aux sportifs de protéger contre les UV reflétés par la neige et la glace, avec résistance à l'eau et effet anti-âge. Souvent, ils proposent des SPF 50. Mais, 39% des français estiment pouvoir se passer de crème solaire et 69% des 29-34 ans pensent que les produits solaires sont dangereux...

Du coup, des marques se sont engouffrées dans cette brèche, avec un fort marketing, pour que les consommateurs les choisissent. Le problème c'est que souvent, les ingrédients ne sont pas protecteurs réellement, et les conseils d'utilisation ne sont pas compatibles avec une vraie protection (prenez un grain de riz).

Shiseido propose un solaire qui s'active à l'eau et à la transpiration, avec un système de capteurs minéraux ioniques faisant une chaîne ionique hydrophobe. Leur site rappelle aussi bien les consignes de prévention vis-à-vis du soleil.

Sport et « speed life » : pour la sueur, la tendance est de moins en moins de spray, avec développement des roll-on et usage longue durée. Selon l'endroit où on vit, l'utilisation diffère. 36% des français en utilisent quotidiennement, quasiment le double au Brésil.

Certaines marques associent sport et stress quotidien dans leur marketing. Certains proposent aussi de transpirer sereinement, en prenant soin de la peau. Mais il faut faire attention, souvent ces marques ne sont pas conformes à la réglementation cosmétique. On s'en rend compte en regardant leur liste d'ingrédients, pas en règle avec la liste INCI.

Il y a aussi développement de crème anti-frottement, qui résiste à l'eau et à la transpiration.

Certains produits ne sont pas réellement cosmétiques mais sont vendus comme tels, comme les produits de massages. Décontracter et réchauffer ne répond pas à la définition du but des cosmétiques.

Certains produits n'ont pas de statut : ni cosmétique, ni dispositif médical. C'est au fabricant de s'assurer de la non dangerosité de son produit.

Concernant le maquillage, cela sera sûrement un sujet avec l'explosion des réseaux sociaux, et le fait de rester maquillé pendant la séance.

Messages clés :

-le sport est pourvoyeur de nombreuses allergies cutanées.

-il faut penser à tout l'équipement du sportif, mais aussi les topiques et médicaments utilisés.

-les batteries de tests ne permettent pas toujours le diagnostic, il faut tester les produits du patient.

-il faut se méfier dans le marketing des cosmétiques, et rester pragmatique.

Questions Vrai ou Faux :

Qui tester avant implantation de prothèse ?

-tout le monde.

-les patients connus pour avoir une sensibilité aux métaux.

Devant un plongeur avec eczéma de la voute plantaire, que proposer ?

- faire des patchs avec la BSE et sa combinaison.
- tester d'autres matériaux afin de savoir lequel utiliser pour son futur équipement.
- essayer un autre sport.



Article 4- Questions pour des champions

Article rédigé par le Dr Laure Bellange (Allergologue)

Modérateurs : Dr Olivier Aerts, Dr Fabien Pelletier

Quiz interactif Sport et Dermatologie Pr Marie Baeck et Dr Anne Herman

Cette dermatose est-elle d'origine professionnelle ? Pr Dominique Tennstedt

Il faut penser à l'allergologie dans le sport, mais il faut aussi penser à toutes les dermatoses, et aussi aux traumatismes.

La plongée est pourvoyeuse de nombreuses dermatoses. Les coraux peuvent donner des dermatites irritatives, persistant plusieurs mois après le contact. Il peut aussi y avoir des réactions avec la combinaison, et l'embout de la bouteille. Sur le bout des doigts et des pieds, on peut avoir des pool palms, par irritation. Il faut différencier de l'aquapalm, quand on est resté trop longtemps dans l'eau. L'urticaire au froid peut se voir aussi.

Pseudomonas aërogenosa dans les jacuzzi peut entraîner un hot foot syndrome.

Comme dit dans une autre session, chez le sportif, il faut penser à tout l'équipement, mais aussi tous les topiques appliqués.

Il faut se méfier des diagnostics différentiels, d'autant plus avec la macération, comme les teignes. Certaines dermatophyties peuvent se présenter de manière atypique, avec pustules, xérose intense. Il faut toujours regarder les pieds devant les lésions des mains, cela peut orienter le diagnostic.

Sur les extrémités, il faut aussi penser aux engelures.

Avec l'escalade peuvent se voir des coussinets des phalanges. Il peut y avoir des cryopanniculites au froid dans l'équitation. Le parapente peut entraîner des dermites hyperkératosiques frictionnelles.

Les compléments protéinés et anabolisants sont pourvoyeurs d'acné.

La dermatite de contact aux protéines est trop souvent confondue avec la dermatose de contact. Le diagnostic sera fait via les prick tests. Cela peut être très œdémateux et vésiculeux. Il y a une absence de cuticule.

Sur les mains, il faut penser au Koebner en plus des dermatoses classiques.

Certaines brûlures par chimiques surviennent en décalé de l'exposition. L'interrogatoire est donc très important. L'acide fluorhydrique est un liquide incolore, volatil. Le traitement est le gluconate de calcium.

Les maladies systémiques peuvent aussi entraîner des lésions des mains. Encore une fois, l'interrogatoire et l'examen complet du patient peuvent permettre de faire les diagnostics différentiels.

Bien sûr, il faut toujours penser à la gale aussi. L'application de dermocorticoïdes répétée peut entraîner une gale norvégienne.

Devant des lésions lichénoïdes, il faut bien regarder quel traitement de fond prend le patient.

Messages clés :

-devant une dermatose, il faut examiner le corps entier à la recherche d'autres lésions.

-il faut éliminer une infection fongique avant de tester un traitement par dermocorticoïdes.

-l'interrogatoire est vraiment primordial afin de rechercher toutes les expositions, au travail et dans les loisirs.

Questions :

Quel stupéfiant est connu pour donner des pseudo-engelures ?

-la cocaïne.

-le TCH du cannabis.

Quelle classe de médicaments peut aggraver un psoriasis ?

-les bêtabloquants.

-les AINS.

-les antihistaminiques.



Article 5 - Dermato-allergologie chez l'enfant

Article rédigé par le Dr Stéphane Kandemir (Dermatologue)

Modératrices : Dr Claire Bernier et Pr Marie Baeck.

Diagnostiques différentiels de l'eczéma et de l'urticaire chez l'enfant - Dr Benoit CATTEAU

(Lille)

I - Diagnostic différentiel d'une poussée de dermatite atopique de l'enfant

On retrouve de nombreuses réactions eczématiformes notamment dans un contexte infectieux qui peuvent se prolonger en cas de traitement inadéquat.

L'APEC syndrome (asymmetric periflexural exanthem of childhood) comme son nom l'indique correspond à une éruption asymétrique atteignant la racine des membres et le tronc +/- prurigineux qui régresse en 2-3 semaines en général.

Les molluscums contagiosum peuvent facilement s'eczématiser notamment lorsqu'ils passent à la phase inflammatoire pseudo pustuleuse.

Une teigne inflammatoire peut donner une éruption eczématiforme du cou et du tronc.

Il faut toujours se méfier d'une gale chez un nourrisson devant une éruption profuse non prurigineuse avec papulo-nodule palmoplantaire.

II – Maladies atopiques monogéniques « primaires » - Primary Atopic Disorders

Les déficits immunitaires primitifs (DIP) peuvent présenter un tableau d'eczéma dans environ 20% des cas. Il y a plus de 500 gènes dont 40 maladies atopiques primitives.

Le syndrome hyperIgE est dû à une mutation perte de fonction du gène STAT3 qui donne classiquement une **éruption papulo pustuleuse du front et de la nuque** associée à des lésions inflammatoires des plis (peut faire penser à des lésions

d'herpès) avec parfois d'authentique abcès froid. Il n'y a pas de phase sèche, les lésions récidivent et le milieu reste humide.

Les autres atteintes d'organe sont principalement ORL et pneumologique mais également otites récidivantes et candidose.

A l'adolescence apparaît une dysmorphie faciale, une scoliose et une rétention des dents de lait.

III – Diagnostic différentiel d'une urticaire aigue de l'enfant

La problématique se pose surtout sur une éruption aigue figurée annulaire polycyclique ou ecchymotique.

L'érythème polymorphe donne des lésions en **cocarde avec 3 anneaux, symétrique** et une atteinte muqueuse variable.

Le purpura rhumatoïde peut donner des lésions d'allure urticarienne mais **fixes, non fugaces et parfois linéaire**.

Le parvovirus B19 peut également donner des lésions dites en arabesque des joues, bras et fesses.

En cas de lésions œdémateuses, penser à la pseudo maladie sérique en cas de prise récente de céphalosporines et d'œdème aigu hémorragique du nourrisson (OAHN) devant un **purpura en cocarde sans altération de l'état général**.

IV – Maladies auto inflammatoire et urticaire

Il est important de savoir évoquer une maladie auto inflammatoire devant une urticaire associée à de la fièvre, une uvéite, un œdème péri orbitaire, des myalgies, des douleurs abdominales, une stomatite ou une atteinte des séreuses.

La maladie de Still est une maladie **polygénique** définit par la triade clinique : **fièvre, arthrite chronique et rash d'allure urticarienne** évanescent, pétaloïde +/- linéaire parfois très discrète du tronc et de la racine des membres (touche rarement le visage et les extrémités).

Actualités dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant et l'adolescent - Dr Claire Bernier (Nantes)

Les dermocorticoïdes sont apparus dans les années 1950, le tacrolimus topique en 2003 puis le méthotrexate et la ciclosporine hors AMM dans les années 2000.

Les nouvelles recommandations européennes de 2023 séparent maintenant l'eczéma en léger, modéré ou sévère avec une appréciation laissée au dermatologue.

Aujourd'hui le dupilumab (anti IL4 et IL13) a l'AMM et est remboursé dans la dermatite atopique de l'enfant modéré à sévère en 1^{er} ligne de traitement systémique à partir de l'âge de 6 mois, le tralokinumab (anti IL13) à partir de 12 ans, et le lebrikizumab à partir de 12 ans (anti IL13 en attente de remboursement).

Pour les JAK inhibiteurs, l'upadacitinib est remboursée à partir de 12 ans, le baricitinib (> 2 ans) et l'abrocitinib (> 12 ans) sont en attente de remboursement.

Il est important de prendre en compte les comorbidités (atopique et allergique) mais également les conséquences (prurit, trouble du sommeil, **anxiété, dépression, risque suicidaire, trouble de l'apprentissage et de l'attention**)

La grande majorité des enfants répondent aux dermocorticoïdes s'ils sont correctement prescrits c'est-à-dire à appliquer **quotidiennement jusque régression complète de la poussée et en quantité suffisante (comme une tartine de nutella) d'où l'importance de l'éducation thérapeutique.**

En cas d'atteinte importante et/ou récidivante du visage, ne pas hésiter à utiliser du tacrolimus topique et réaliser des tests allergologiques et en cas d'atteinte des mains ou d'eczéma nummulaire lichénifié, ne pas hésiter à utiliser des dermocorticoïdes **très forts** (+/- wet wrapping).

En cas d'eczéma sévère, il est nécessaire de réévaluer rapidement l'enfant (maximum 4 semaines) et de switcher sur un traitement systémique si nécessaire.

Entre 6 mois et 12 ans, on propose le dupilumab avec la moitié des enfants qui obtiennent une bonne réponse à la semaine 16 et 80% à 1 an avec un bon profil de tolérance (moins de conjonctivites que chez l'adulte environ 5% et douleurs au point d'injection).

A partir de 12 ans, l'upadacitinib est intéressant si l'adolescent souhaite un résultat rapide, 75-80% d'efficacité à la semaine 16 et réduction du prurit dès 48h de traitement. Néanmoins la tolérance est moins bonne avec herpès, zona et acné induite du visage et nécessité d'un suivi biologique trimestriel après un premier contrôle mensuel (possible anémie, cytolyse hépatique et élévation des CPK sans conséquence clinique).

Les points forts des biologiques sont : la tolérance, l'AMM dans l'asthme pour le dupilumab et les données à long terme rassurantes, les points faibles : l'injection douloureuse (possibilité d'injection sous cutanée **lente en milieu hospitalier ou avec prestataire à domicile**), la conjonctivite et l'exacerbation tête et cou.

Les points forts des anti JAK sont : l'efficacité très rapide, la prise per os mais plus immunosuppresseur, la surveillance biologique et le risque cardiovasculaire, thrombo embolique et oncologique à long terme qui reste à préciser.

L'évaluation d'un traitement systémique se fait à 6 mois.

En conclusion, les formes sévères représentent 3 à 4% des dermatites atopiques de l'enfant, il est important de s'assurer que le traitement topique est bien réalisé puis de décider avec l'enfant et ses parents du meilleur traitement systémique à introduire. La place de chaque molécule reste à définir tout comme le profil de sécurité des JAK inhibiteurs.

Quand évoquer un eczéma de contact chez l'enfant et comment le tester ? Dr Brigitte Milpied (Bordeaux)

L'eczéma de contact pédiatrique est fréquent (20% des dermatites pédiatriques, 1/3 des enfants atteint de DA) et en augmentation (comme on teste plus).

La pertinence des tests est plus élevée en pédiatrie allant jusque 70% de positivité.

Les particularités pédiatriques reposent sur les soins d'hygiène (siège), les jouets (visage et mains), le sport, les topographies. L'eczéma de contact dépend des **modes et donc des réseaux sociaux**. L'interrogatoire de l'entourage est primordial.

Il n'y a **pas** d'augmentation du risque de sensibilisation chez l'atopique ni d'allergène spécifique à l'enfant ; gardez en tête qu'ils peuvent se sensibiliser aux topiques émoullient et médicamenteux.

La réalisation de tests se posent notamment avant l'instauration d'un traitement systémique.

Les allergènes préoccupants/émergents sont les antiseptiques, les isothiazolinones et l'octocrylène.

L'eczéma de contact aux antiseptiques touche l'enfant très jeune (12-24 mois) qui se sensibilise en cas d'exposition antérieure pendant les soins de cordon et réalise un eczéma œdémateux aigu du visage. On peut aussi observer des urticaires de contact à la chlorhexidine.

Les isothiazolinones (lingettes, lait de toilette, eau nettoyante) sont interdits par la législation dans les cosmétiques depuis 2017 mais sont retrouvées dans des peintures (atteinte aéroportée du visage) et pâte à prout (mains).

On retrouve du thiourée dans le néoprène de lunettes de piscine ou de chaussures, de l'acétophénone azine dans les protèges tibias et les chaussures, de l'acrylate dans les **capteurs glycémiques**, adhésifs et colles chirurgicales, les faux ongles et faux cils.

Les bijoux maisons peuvent contenir de l'époxy et on voit des réactions palmoplantaires (appliquées) et palpébral (diffusées) à des huiles essentielles de tea tree ou de lavande notamment.

En conclusion, **il n'y a aucune limite d'âge pour réaliser des patch tests** mais utiliser des chambres en plastique et non en aluminium, il n'y a pas de batterie standard pédiatrique, chaque centre à la sienne.

Communications orales session 2

Modérateurs : Dr Jean-Luc Bourrain, Dr Anne Herman

Évolution de la sensibilisation à l'aluminium dans une cohorte française pédiatrique - Miranda LAUX (interne Bordeaux)

Il est observé une augmentation de la sensibilisation à l'aluminium (21 à 26%) dans une cohorte pédiatrique française certainement en lien avec la mise à jour du calendrier vaccinal et **l'ajout du méningocoque B** qui en contient. En cas de sensibilisation, la vaccination n'est pas contre indiquée, privilégiez une injection profonde lors de vaccinations ultérieures tout en précisant aux parents que la sensibilisation et les granulomes régressent en 5 à 9 ans. Les USA recommandent d'ajouter l'aluminium dans la batterie standard pédiatrique ainsi que la réduction de la concentration dans les tests.

Eczéma de contact aux colles chirurgicales en milieu pédiatrique : vigilance accrue - Oriane LETERTRE (interne Bordeaux)

Les colles cutanées sont intéressantes en pédiatrie car elles sont indolores, ne nécessite ni injection, ni anesthésie ni retrait de point et coûte moins chère **mais comporte 2 composants à risque d'eczéma de contact** : le 2 octyl cyanoacrylate et l'ethyl cyanoacrylate.

Elles peuvent donc retarder la cicatrisation et faire porter un diagnostic erroné de surinfection.

Ces eczémas touchent des adolescents atopiques multi exposés (multi opérés) quelques jours à semaines après l'exposition. Il est important d'informer les urgentistes et les chirurgiens et de **déclarer à la pharmacovigilance**

Eczéma de contact aux lactones/composées chez le très jeune enfant - Oriane LETERTRE (interne Bordeaux)

Les lactones sont contenues dans diverses plantes en France. On peut évoquer un eczéma de contact aux lactones chez un enfant qui présente un eczéma atopique atypique (lésions palmoplantaires et faciale indépendante des autres lésions d'eczéma avec contexte de centre aéré ou de jardin) avec très souvent une batterie patch test plante positifs à plusieurs éléments (multi sensibilisation). L'éviction est malheureusement difficile.

Évolution des kérato-conjonctivites atopique chez des patients atteints de dermatite atopique sévère à modérée sous inhibiteurs de Janus kinase - Yasmine BENDOUKHA (interne Rouen)

La dermatite atopique peut donner des complications ophtalmologiques allant de la conjonctivite allergique à la kératoconjonctivite qui peut altérer la fonction visuelle. Les

corticoïdes locaux peuvent entrainer glaucomes et cataractes alors que les biothérapies sont connues pour donner des conjonctivites.

Il semblerait à travers cette étude que les JAK inhibiteurs aient une réelle efficacité dans l'atteinte oculaire des patients qui convergent tous vers le stade le plus léger de sévérité après 4 à 6 mois de traitement et réduisent de moitié leurs consommations de corticoïdes en collyres et anti histaminiques.



Article 6- Les éosinophiles pour le dermatologue et l'allergologue - Dr Guillaume Lefevre (Lille)

Article rédigé par le Dr Stephane Kandemir (Dermatologue)

Modérateur : Dr Frédéric Dezoteux

I - Le polynucléaire éosinophile : quelques généralités utiles

Le polynucléaire éosinophile (PNE) provient de la moelle osseuse et est régulé par 3 principaux facteurs de croissance : IL5 (le plus important et le plus sélectif), l'IL 3 et le GMSCF.

Il passe quelques heures dans le sang puis 6 jours dans les tissus (intestins >>> poumons).

Le taux d'éosinophile circulant reflète donc mal ce qui se passe dans les tissus.

Leur fonction complexe mais ils n'ont **aucun rôle dans l'anaphylaxie et l'allergie IgE médiée.**

II - Hyperéosinophilie : démarche diagnostique initiale

Seules les helminthiases donnent des hyperéosinophilies ; la seule sérologie à réaliser systématiquement est la **toxocarose**, les autres sont peu sensibles et spécifiques et à réaliser selon contexte ; la parasitologie des selles n'est à réaliser qu'en cas de signes abdominaux ou si la personne a vécu en zone d'endémie. Penser à la loase en cas d'œdème fugace prurigineux.

L'anguillulose est présente dans le **pourtour méditerranéen** (plages et côtes), peut donner des hyperéosinophilies importantes (7000) et des signes abdominaux (parasitologie des selles).

En France, on réalise facilement des traitements d'épreuve car nos tests sont peu sensibles.

L'hyperéosinophilie **iatrogénique** (8% des hyperéosinophilies) est due à une hypersensibilité **retardée (délai 1 semaine à 2 mois après la prise)** et ne donne pas systématiquement un rash.

Les médicaments incriminés sont les AINS, la colimycine, les dispositifs de dialyse (calciparine, filtre, membrane, KT tunellisé => malaise au branchement), la phytothérapie (compléments alimentaires et huiles essentielles). Les inhibiteurs de checkpoint donnent une hyperéosinophilie chez 3% des patients, se méfier de la pneumopathie et de la myocardite (corticosensible). Le dupilumab peut donner ou exacerber une hyperéosinophilie asymptomatique dans la majorité des cas mais se méfier de la vascularite à partir d'une hyperéosinophilie > 5000-7000.

Une numération formule sanguine à la recherche d'une hémopathie et un TEP-TDM à la recherche d'un cancer solide complètent le bilan diagnostique.

Il est primordial de rechercher une atteinte cardiaque car potentiellement **silencieuse** avec troponine ECG et échographie cardiaque dès que possible.

III - Hyperéosinophilie inexplicée : que faire et ne pas faire ?

L'hyperéosinophilie clonale représente moins de 5% des hyperéosinophilies. Si le patient est asymptomatique avec un bilan cardiologique négatif on surveille. La recherche mutationnelle FIP touche 9 hommes pour 1 femme, 10 cas annuel en France (très rare). Un nouveau panel NGS à Lille a été développé (avis sur spécialisé).

Questions :

Doit-on arrêter un médicament en cas d'hyperéosinophilie légère et asymptomatique ?



Article 7 - Hypersensibilité en pratique

Article rédigé par le Dr Stéphane Kandemir (Dermatologue)

Modératrices : Dr Brigitte Milpied ; Dr Aurélie Du Thanh

I - « Piqûres d'insectes » : quand y penser et que faire ? Dr Jean-Luc Bourrain (Montpellier)

En réalité nous nous faisons bien plus fréquemment **mordre (extrémités buccales)** que piquer (nécessité d'un dard). Il y a bien plus d'arthropodes que d'humains c'est pourquoi il est le plus souvent difficile d'identifier l'animal mordeur. On peut néanmoins rechercher des signes d'orientation comme la topographie linéaire en faveur d'un mordeur **rampant**.

Pourquoi nous faisons-nous mordre ?

- Pour se nourrir (dans ces cas les morsures sont répétées et donc généralement indolores ou peu douloureuses) : diptères, puces, poux, punaises, morpions
(DEEP LOOK vidéo est un site pour voir les morsures en détail)
- Pour se défendre (morsure douloureuse, ponctuelle) : araignées, guêpes, fourmis
- Contact accidentel : chenilles processionnaires (contact indirect via l'arbre)

On recherche dans l'interrogatoire : zone géographique, saison de survenue, période (nuit chez soi, jour dehors), lieu de survenue (extérieur intérieur), présence d'animaux, description de l'agresseur si vu, nombre de lésions, contagé, épisode ponctuel ou répétés, protection vestimentaire, symptômes.

Le *pyemotes* est un acarien parasite du bois (vieux meuble, lambris, paille de chaise) qui donne classiquement une dermite des fesses et/ou le signe de la comète.

Le skeeter syndrome correspond au syndrome d'hypersensibilité aux piqûres de moustiques. Il n'est pas forcément douloureux ou prurigineux, touche l'enfant et régresse à l'âge adulte.

Il faut se méfier d'une hémopathie en cas de lésions bulleuse **nérotiques** post piqures.

La dermatite cercarienne apparait en cas de baignade dans un lac sous forme de réaction eczématiforme ou d'une folliculite et est due à un parasite qui infeste classiquement le canard.

Le syndrome d'Ekbohm correspond à un délire d'infestation parasitaire.

En conclusion : la prévention passe par la **protection vestimentaire et l'usage de répulsifs** et le traitement par **l'éradication du foyer** si possible. Les dermocorticoïdes locaux +/- antihistaminiques sont utilisés à visée symptomatique.

II - Treating-through : dans quelles situations et comment ? Pr Angèle Soria

(Paris) Le *treating-through* consiste à poursuivre un traitement malgré l'apparition d'un rash.

En effet la majorité des exanthèmes maculo-papuleux (EMP) ne sont pas sévères.

Une première étude française comportant 18 patients traités par antibiothérapie avec EMP non sévère (pas d'infiltration des lésions, pas de lésions violacées, pas de pustulose, surface cutanée atteinte < 50%, pas d'atteinte muqueuse ni biologique) a permis à 12 patients de poursuivre le traitement sans aggravation.

Une seconde étude américaine précise l'application du *treating through* : pas en cas d'urticaire ou de toxidermie sévère, possible dans le SDRIFE, l'EMP simple et l'EPF non bulleux

La démarche décisionnelle est la suivante :

1. Toxidermie : **Oui** / Non ?
2. EMP simple sans signe de gravité **Oui** / Non ?
3. Médicament suspecté à risque de toxidermie sévère **Oui** / **Non** ?
4. Bénéfices risques du traitement pour le patient
5. Réévaluation quotidienne clinique et biologique.

Questions :

Mais alors pourquoi l'éruption s'améliore alors qu'on n'arrête pas le médicament ?

Comment savoir si le patient est allergique si on continue le traitement ?

Communications orales session 3

Modérateurs : Dr Christine Lafforgue, Pr Paul Frimat

Érythème pigmenté fixe à la doxycycline : une nouvelle épidémie ? Alice BREHON (interne Paris)

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une toxidermie dont les principaux pourvoyeurs sont le paracétamol, les antibiotiques et les AINS.

L'hôpital Tenon recense une cohorte de 15 patients dont 14 hommes atteints d'EPF à la doxycycline.

Parmi ces 15 patients, 14 ont une atteinte muqueuse (dont 9 atteinte génitale exclusive),

12 avaient déjà reçu de la doxycycline auparavant et les lésions sont apparues entre 1 et 72 heures après la prise. Les patch tests n'ont pas un bon rendement mais les ROAT oui, et les ROAT négatifs sont positifs au test de provocation orale. La guérison se fait sans séquelle pigmentaire mais une fusion balanopréputiale a été observée. Cette série d'EPF à la doxycycline s'explique par l'augmentation de la prescription dans le cadre de la PeP chez les HSH dans les suites d'un rapport sexuel à risque. Il n'existe pas de données claires concernant les autres cyclines mais des réactions croisées ont été rapportées.

Toxidermies aux produits de contraste iodés avec multi sensibilisation - Pr Angèle Soria (Paris)

Il s'agit d'une hypersensibilité retardée qui croise entre différents produits de contraste iodés (PCI) dans 14 à 88% des cas. L'étude cherchait à établir le profil des patients multisensibilisés. La majorité avait déjà reçu des PCI auparavant, 97% de positivité au test intradermique, 82% au patch tests. Ce sont des EMP qui récidive dans 80% des cas mais quelques DRESS et PEAG ont été observées. Il existe peu de données sur la prémédication.

Utilité du tralokinumab dans la prise en charge des séquelles oculaires de la nécrolyse épidermique, une série de preuve de concept - Dr Benoit BEN SAID (Lyon)

Les séquelles oculaires dans les nécrolyses épidermiques sont fréquentes et sévères. Les traitements locaux, systémiques et chirurgicaux sont très décevants. Il a été démontré que l'IL 13 était augmentée dans les nécrolyses épidermiques. Cette étude s'est intéressée aux effets du tralokinumab (anti IL 13) donnée pour de l'eczéma chez des patients avec antécédent de nécrolyse épidermique. Les 6 patients étudiés notent une amélioration de la qualité de vie, une réduction des poussées et de larmes artificielles consommées et l'examen ophtalmologique montre une réduction de l'inflammation, de la fibrose et moins de conjonctivite. Le tralokinumab semble améliorer le pronostic oculaire de ces patients mais une étude prospective randomisée permettrait de confirmer ces résultats.



Article 8 - Symposium ABBVIE Les enjeux de la prise en charge de la DA modérée à sévère par les inhibiteurs de JAK

Article rédigé par le Dr Stephane Kandemir (Dermatologue)

Modératrice : Pr Delphine Staumont-Sallé

I - Pourquoi devons-nous écouter nos patients ? Dr Nour Abdelhedi-Mekki (Paris)

Dans un premier temps il faut préciser le phénotype de la DA : début, comorbidités, topographie, expression clinique, mode évolutif, sévérité, profil immunologique ; puis la séquence thérapeutique : qu'a-t-il déjà eu et qu'est-ce que je peux lui proposer ?

En général on retrouve une concordance entre la sévérité clinique et l'impact sur la qualité de vie **mais il est important de prendre en compte d'autres facteurs**. Des études montrent que la **perception** de la maladie entre le médecin et le patient est **différente dans près de 50% des cas** mais se rejoignent quand la pathologie s'améliore sous traitement systémique (biothérapie ou JAK inhibiteur).

En conclusion : il est primordial de mettre le patient au centre de sa maladie et d'intégrer les aspects physiques, psychologiques, sociales (scolarité, travail, entourage), financiers, le sommeil, la sexualité et de ne pas négliger les dégâts d'un prurit et de douleurs.

II- Optimisons la prise en charge dans la DA vers une activité minimale de la maladie - Pr Staumont (Lille)

On dispose d'un recul de 7 ans pour le dupilumab et 3 ans pour le tralokinumab. Concernant l'upadacitinib le recul s'étend à 140 semaines sans nouveau signal en termes de tolérance.

Les données en vraie vie montre qu'une grande partie des patients ne sont pas traités de manière optimale (seulement 23% des DA modérées à sévères en France ont déjà reçu un traitement systémique, 7% au Danemark).

Alors comment définir la sévérité et l'éligibilité d'un patient ?

Les scores peuvent nous aider, notamment les PRO (score réalisé par le patient) mais d'autres critères (retentissement, nombre de poussées, recours au traitement d'attaque) et la préférence du patient.

Un nouveau concept émerge, celui de **MDA (minimal disease activity)**, reposant sur 3 objectifs définis par le patient (comme pouvoir aller à l'école, faire du sport...), 1 score réalisé par le médecin et 1 score réalisé par le patient pour une décision médicale partagée sur une **période suffisante de temps (6 mois)**. Cela permet de donner une vision globale et optimale du contrôle de la maladie.

En conclusion la MDA n'apparaît pas clairement dans les recommandations européennes mais est sous entendue, elle commence à infuser et prouve en est, les tchèques l'ont incluse dans leur pyramide décisionnelle.

III - En pratique, quel arsenal thérapeutique pour répondre à ces nouveaux enjeux ? Pr Florence Tétart (Rouen)

Il n'est pas facile de choisir un traitement, il est fonction de l'âge, des comorbidités, de la présence ou non d'une contraception, des antécédents carcinologiques, de la rapidité d'action attendue...

L'étude HEADS UP montre que les patients sous upadacitinib atteignent plus rapidement l'EASI 90 et 100 que les patients sous dupilumab et donc passent plus de jours sous EASI 90-100. Une méta analyse confirme ces résultats mais souligne la **moins bonne tolérance des JAK inhibiteurs**.

Une étude italienne semble montrer que les JAKi rattrapent les patients ne répondant pas au dupilumab. Enfin une étude en vie réelle montre que 86% des patients sous JAKi sont très satisfait, avec 60% de répondeurs sur le prurit en moins de 3 jours et 60% de blanchiment de la peau en 1 semaine.



Article 9 - Coup de cœur des Gerdistes en recherche

Article rédigé par le Dr Stephane Kandemir (Dermatologue)

Modératrices : Pr Audrey Nosbaum, Pr Angèle Soria

1^{er} article commentée par le Pr Audrey Nosbaum : « Attenuating the atopic march : Metaanalysis of the dupilumab atopic dermatitis database for incident allergic events » JACI 2023

En préambule cet article rappelle que 2 DA sur 3 sont associées à une rhinite ou une conjonctivite allergique, 1 DA sur 3 à de l'asthme et que 15% des DA pédiatriques présenteront une allergie alimentaire. Les facteurs prédictifs de ces associations sont le début précoce et sévère de la DA et la sensibilisation IgE.

Pour l'instant aucune étude n'a démontré l'efficacité d'un traitement dans la modification de trajectoire de la marche atopique.

Cette étude avait pour but de déterminer la survenue de nouveaux ou l'aggravation d'évènements allergiques d'adolescents et adultes sous dupilumab versus placebo. La cohorte comportait 2300 patients sous dupilumab avec une population placebo comparable.

Le résultat principal révèle une **réduction de 37% des évènements allergiques sous dupilumab**.

Les auteurs ont montré que cette réduction étaient plus importantes chez les patients de moins de 18 ans, ceux dont la DA avait débuté avant 2 ans, ceux dont la DA était sévère, associée à de l'asthme et chez les patients dont l'ethnie était blanche dans l'étude.

Ils ont également montré que cette réduction s'atténuait à l'arrêt du traitement

Les 5 messages clés :

1. Le dupilumab atténue la marche atopique dans la DA notamment chez les adolescents. Les auteurs ont 2 hypothèses pour expliquer cette meilleure réponse : une fenêtre de plasticité inflammatoire chez le plus jeune ou alors une prédominance d'inflammation Th2 médiée.
2. **La peau est un mode d'entrée majeure dans l'atopie, il serait très intéressant de faire cette même étude chez des asthmatiques et de comparer les résultats.**
3. Il est nécessaire de mieux prédire les patients réceptifs.
4. Les effets des autres systémiques restent à définir : tralo-lebriki-zumab, JAKi.
5. Concept de **disease modification (DM) dans la DA** : il s'agit de supprimer ou d'inhiber temporairement la progression de la DA **et de la marche atopique.**

Ouverture sur la DM et la nécessité de définir précisément :

- Le concept de marche atopique
- Une DM réussie
- Moment de l'intervention (fenêtre d'opportunité)
- La durée, le design et les résultats attendus des essais cliniques
- Les biomarqueurs à inclure dans ces études.

2^e article commenté par le Pr Andreas Bircher (Suisse) : « Deep Neural Network for Early Image Diagnosis of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis » JACIP 2022

En préambule, les auteurs soulignent l'augmentation très rapide de l'usage de l'intelligence artificielle (IA) dans tous les domaines de la médecine et des publications sur l'IA avec un impact significatif dans nos pratiques à venir. Néanmoins celle-ci suscite des interrogations en termes d'éthique, d'autonomie des systèmes, de complexité (boîtes noires), de transparence, de consommation d'énergie importante et du manque de nouvelles données pour alimenter les IA.

Cet article japonais a comparé l'interprétation de lésions précoces d'EMP non sévère

(n=94) et de syndrome de Stevens-Johnson Lyell (n=29) entre une IA et des dermatologues diplômés.

L'IA semble surpasser les dermatologues sauf en spécificité où les dermatologues parviennent à établir des diagnostics différentiels.

Cette étude comporte plusieurs limites : elle est rétrospective, le caractère précoce des lésions demeure flou, l'IA a comparé 3000 images vs 100 images pour les dermatologues, il n'y avait pas de lésions muqueuses et un biais de données interne c'est-à-dire que l'IA a comparé des images déjà enregistré préalablement et non inédites.

En messages clés les auteurs soulèvent des questions éthiques, de **responsabilité de l'IA (qui porte la responsabilité en cas d'erreur de l'IA ?)**, de sécurité (cyber attaque) et conclue en rappelant que l'IA peut être un outil complémentaire mais que le médecin garde un rôle central.

3^e article commentée par le Pr Kathrin Scherer (Allemagne) : « Administration of an alternative iodinated contrast media in confirmed severe delayed hypersensitivity reactions » JACIP 2024

En préambule, cet article rappelle que les réactions aux produits de contraste iodés (PCI) peuvent résulter d'une hypersensibilité immédiate, retardée, de symptômes toxiques ou d'idiosyncrasie.

La prémédication par anti histaminique et corticostéroïdes est intéressante dans l'hypersensibilité immédiate, moins dans la tardive. Les dernières recommandations proposent d'utiliser un PCI négatif aux tests ou alors d'un autre groupe que celui avec lequel le patient a réagi. Les PCI du groupe A comporte une chaine latérale que ceux du groupe B n'ont pas.

Cette étude rétrospective a décrit le profil de tolérance de PCI testée négativement chez des patients qui ont réagi sévèrement à un autre PCI (PEAG, DRESS, NET, EMP > 50%). Dans cette étude 2 patients ont réagi au PCI testée négativement avec une réaction limitée à la peau.

En discussion les auteurs rappellent que ces patients avec hypersensibilité très sévères sont à hauts risques d'une hypersensibilité croisée plus sévère encore ; ces mêmes patients sont ceux qui auront besoin d'autres examens de contraste à l'avenir (difficulté à éviter les examens). Il n'existe pour l'instant pas de protocole de provocation pour ce genre de réaction mais leur protocole leur semble raisonnable étant donné le long délai entre les injections qui limiteraient les réactions graves.

Pour améliorer la sécurité du patient les tests doivent être réalisés par des allergologues **spécialisés**, avec PCI dont le test cutané est négatif et sans chaîne latérale.

Un autre article propose de réaliser un TPIV sur un PCI avec test cutané négatif en l'absence d'urgence, d'essayer une autre chaîne latérale en cas d'urgence et d'éviter toute nouvelle injection de PCI en cas de DRESS ou de Stevens Johnson Lyell antérieur.

4^e article commenté par le Pr Jean Pierre Lepoittevin (Montpellier): «Facial dermatitis caused by undeclared methylisothiazolinone in a gel mask: is the preservation of raw materials in cosmetics a cause of concern? » Contact Dermatitis 2018

Le professeur Lepoittevin veut à travers cet article de 2018 nous mettre en garde contre une source d'inquiétude croissante des consommateurs : **les MiMs ou mélange dans le mélange**.

Ces MiMs sont retrouvés dans les produits du quotidien tel que les parfums, les colorants, les biocides, les tensioactifs et constituent une **boîte noire** étant donné que nous ne disposons pas de leur composition ou avec des fourchettes de concentration assez large en général. Autre fait intéressant **les MiMs peuvent contenir un ou plusieurs MiMs** dans leur composition.

On note une augmentation très importante des MiMs sur les 10 dernières années (20 à 50% des produits déclarés à la base nationale des produits et des compositions).

Cet article relate le cas d'une patiente de 56 ans qui présente un eczéma du visage suite à l'application d'un masque gel à la camomille. La BSE est positive à l'isothiazolinone, la patiente réagit bien au masque qui est testée mais la composition du masque ne révèle pas d'isothiazolinone. Un test qualitatif du masque permet de confirmer la présence d'isothiazolinone contenu dans le MiM « sodium hyaluronate ».

Les messages clés sont :

- La présence de substances non déclarées qui posent de nombreux points d'incertitude
- Un défaut d'étiquetage, une mauvaise évaluation des risques par le fabricant, l'incertitude sur les produits à tester, **l'évaluation de la pertinence des tests**, et le délai important de prise en charge pour les patients

- Attention la cosmétovigilance a été transférée à l'ANSES depuis le 1^{er} janvier 2024 et il est important de déclarer surtout en cas d'effets indésirables graves.

Le dernier article est proposé par le Dr Marie-Claude Houle (Canada) et s'intitule « the diagnosis value of delayed-type reactions to perennial aeroallergens for atopic disease » *Dermatitis Janv-Fev 2024*

Le postulat de cet article est que tests cutanés ne sont pas suffisamment réalisés chez les atopiques et que malgré l'impression d'avoir un lien entre les aéroallergènes et l'atopie on ne puisse pas le prouver. Le cas qui illustre parfaitement le postulat est celui d'une femme de 32 ans aux antécédents de rhinite, asthme et dermatite atopique qui présente des patch tests, des pricks et des intradermoréactions immédiates négatives **MAIS des intradermoréactions retardées positives** avec une amélioration des symptômes à l'éviction et sous dupilumab. Les investigations « types » comportent **rarement une lecture retardée des intradermoréactions.**

Le but de cette étude était d'estimer la prévalence des réactions retardées aux aéroallergènes et d'étudier la pertinence clinique chez des patients atopiques.

Dans cette étude rétrospective de 266 patients, 70% réagissent immédiatement à l'intradermoréaction **mais 16% réagissent uniquement à l'intradermoréaction retardée pour les aéroallergènes.** Les patchs tests sont positifs dans 80% des cas mais sans pertinence clinique pour la grande majorité d'entre eux.

En discussion les auteurs soulignent que les réactions retardées intradermique sont **vraies** ; que chaque patient a un profil unique et qu'aucun aéroallergène ne se dégage ; en revanche il semble contribuer au patron aéro porté de la DA avec une amélioration à l'évitement.

On peut parler de **sous-diagnostic en cas de lecture retardée non effectuée (16%).**

En conclusion, la DA rentre dans un spectre de différentes maladies avec des particularités pour chaque patient ; celui-ci requiert une investigation complète notamment en cas de patron aéro porté.



Article -10 Best of des posters

Article rédigé par le Dr Stephane Kandemir (Dermatologue)

Modératrices : Dr Nadia Raison-Peyron, Pr Annick Barbaud

1^e poster : toxidermie au pylera pensez au bismuth

Il s'agit d'un poster qui relate 3 toxidermies (2 PEAG et 1 EMP) au bismuth contenu dans le pylera indiqué dans l'éradication de l'*H.Pylori*. Il est nécessaire de séparer les différents médicaments contenus dans une gélule ou comprimé afin d'identifier la molécule causale et ne pas contre indiquer l'ensemble des médicaments.

2^e poster : phytophotodermatose induit par une tisane

Il s'agit du premier cas grave rapporté de phytophotodermatose à l'angélique chinoise (coumarine) contenu dans une tisane après faible exposition solaire mais ayant nécessité une hospitalisation dans le service des brûlés avec atteinte d'environ 50% de la surface corporelle.

3^e poster : allergie de contact aux casques audios à l'octylisothiazolinone

Il s'agit d'une série de 4 cas dont 3 avec eczéma des oreilles et 1 œdème aigu du visage pris à tort pour un angiooedème bradykinique avec hospitalisation en soins intensifs. La batterie standard était négative mais les patients testés avec leurs propres casques

« découpés » ont réagi à l'octylisothiazolinone et l'INRS a pu confirmer la présence d'octylisothiazolinone dans le cuir synthétique et la mousse des casques.



Article 11 - Hot topics

Article rédigé par le Dr Stephane Kandemir (Dermatologue)

Modératrices : Pr An Goossens, Dr Martine Avenel-Audran

Top 5 des nouveaux allergènes - Pr Olivier Aerts (Belgique)

Les plastiques

Le polystyrène peut donner des réactions retardées, il peut être testé directement sur la peau ou mélangé à de la vaseline. On voit de plus en plus de résine époxy **maison** avec des cas d'œdème du visage, pensez à la batterie époxy en cas de bijoux maison. La coco bétaine est un nouvel allergène qu'on retrouve dans certains cosmétiques type « body lotion ». Le polyétheréthercétone (PEEK) est un plastique de plus en plus utilisé par les dentistes et les orthopédistes et peut entraîner une **résorption osseuse** ; il s'agit d'un précurseur de résine époxy. N'oublions pas les acrylates présents dans les dispositifs médicaux et cosmétiques.

Les acétophénones

Il s'agit de nouveaux allergènes découverts dans les protèges tibias et les chaussures et qui peut donner des tableaux d'eczéma **généralisé**. Les tests sont négatifs mais les extraits reviennent positifs. Plus récemment l'hydroxy acétophénone a été retrouvée dans un cosmétique anti-âge et le résacétophénone dans un **topique antifongique**.

Les anti-oxydants

Les adhésifs dans les stér strips contiennent du 2-tert-butyl-5-Methylphenol et peuvent donner des réactions locales. Les salicylates sont toujours présents dans les cosmétiques adhésifs et crèmes solaires et un test positif à l'acide salicylique à 5% permet de confirmer l'allergie. L'acide thioctique ou acide alpha lipoïque (équivalent) est retrouvé dans des crèmes anti-âge, des compléments alimentaires

et crèmes cicatrisantes ; il s'agit d'un puissant allergène qui peut donner des urticaires de contact.

Cuir et caoutchouc

Le GRAT (cf communications orales session 1 résumé par le Dr Bellange) est un très bel ajout pour compléter la palette de tests. Cependant, par analogie au ROAT il faut se méfier car on ne peut pas toujours faire la différence entre allergie et irritation.

Cosmétiques

La phlorétine à 2% qui vient du pommier est retrouvée dans un anti-âge et *Centella asiatica* est retrouvée dans un autre anti-âge avec co-sensibilisation aux huiles essentielles. Le Pr Aerts rappelle l'importance de tester les huiles essentielles à 5% mélangées à la vaseline car il y a des faux négatifs dans la BSE. Il rappelle la série de cas d'allergie à l'octyl isothiazolinone retrouvée dans le plastique et le cuir des casques audios (poster du Dr Marcant).

Dermatite atopique – Pr Staumont-Sallé (Lille)

Une des nouveautés dans la DA est la **levée de la prescription initiale hospitalière (PIH) depuis avril 2024 uniquement pour les biothérapies (pas les JAKi)**. Les JAKi garde donc la PIH hospitalière et sont toujours soumis à la vigilance du PRAC (pharmacovigilance européenne). Il est conseillé d'éviter les JAKi chez des patients à risque de cancer, de maladies thromboemboliques.

Point pratico-pratique : sur le site de la SFD > **groupes thématiques** > GREAT > **documents et scores utiles**, vous trouverez des fiches pré thérapeutiques et des outils d'aide à la prescription pour calculer le risque thromboembolique de vos patients.

Le choix du traitement systémique se fera en fonction de la disponibilité et du périmètre de remboursement (échec de la ciclosporine), de la tolérance, de l'efficacité et de la préférence du patient. Les nouveaux systémiques ont une place car chaque patient possède un profil différent.

Nous sommes en attente du némolizumab (anti IL 31) dans le prurigo.

Les thérapeutiques en cours d'étude dans la DA sont le rocatinlimab et amlitelimab (anti OX40 et anti OX40L), le delgocitinib et le ruxolitinib (JAKi topique).

Urticaire, angioœdème et mastocytose – Dr Aurélie Du Thanh et Dr Fabien Pelletier (Besançon)

Le Dr Du Thanh nous demande si l'urticaire est encore un « hot topic » : en effet, les publications sur l'urticaire diminuent depuis 2021 ; en réalité nous sommes entre 2 vagues de traitement. En attendant on revient sur les fondamentaux et elle rappelle les recommandations sur les anti H1 : anti H1 de 2^e génération **exclusivement**, maximum 4/j de la même molécule de préférence **quand on veut dans la journée**. Concernant les effets indésirables, 3 molécules semblent plus toxiques pour le système nerveux central : l'emedastine (pas d'AMM en France), la mizolastine et la **cétirizine** ; la mieux tolérée sur le plan cérébral est la **bilastine**. La lévocitirizine est 3 fois plus insomnante que la bilastine.

Un article taïwanais s'est intéressé à la dose cumulée d'anti H1 pris après plusieurs années voire décennies et suggèrent un risque accru de **démence** avec les anti H1 de **1^e génération, moins important avec ceux de 2^e génération** sauf avec la **loratadine** (se méfier des biais).

La PIH a également été levée pour l'omalizumab ; celui-ci coûte 800€/mois à la dose usuelle de 300mg/4 semaines mais peut être désormais augmenter jusque 600mg toutes les 2 semaines. Il semblerait que l'omalizumab serait efficace dans l'urticaire cholinergique sévère réfractaire aux anti H1.

L'angioœdème (AO) est une maladie sévère d'évolution imprévisible qui engage le pronostic vital en cas d'atteinte laryngée. Les anti histaminiques et l'adrénaline sont inefficaces et les corticoïdes peuvent **aggraver** la symptomatologie. La voie d'activation de l'AO est contrôlée par un inhibiteur de sérine protéase **C1**.

Il existe une nouvelle classification des AO et un nouveau PNDS d'août 2024 avec en cas de crise (œdème de la face, signes ORL, douleurs abdominales avec EVA > 5) : icatibant (firazyr) 30mg SC en auto-administration (le patient doit avoir 2 seringues au domicile), attention contre indiquée chez la femme enceinte et en cas d'échec concentré de C1 inhibiteur 20UI/kg en IV.

Une prophylaxie avant chirurgie dentaire, fibroscopie ou accouchement par C1 inhibiteur en IV lente peut être réalisé. Le traitement de fond est indiqué en cas de crise mensuel OU 5 crises sévères par an OU retentissement important de la qualité de vie et repose sur : anti kalicréines (lanadelumab) avec une AMM à partir de 12 ans, les IgG avec un accès précoce à partir de 2 ans et le bertralstat à partir de 12 ans également. Il y a de nombreuses études en cours (IgG, thérapie génique, inhibiteur de kalicréine) qui semble très prometteuses.

Allergies médicamenteuses – Dr Frédéric Dezoteux (Lille)

Le Dr Dezoteux a réalisé une sélection bibliographique des toxidermies de l'année écoulée.

Une première méta analyse de 38 études sur 2917 patients atteints de nécrolyse épidermiques toxiques révèle que la cause médicamenteuse est retrouvée dans seulement **28% des cas** et 1 fois sur 3 aux **sulfamides**. Le risque de toxidermie augmente avec la dose journalière de sulfamide.

L'impact psychologique est **sous-estimé** avec **plus de 50% de dépression post toxidermie et d'anxiété pour la prise de futur médicament**. Il existe un nouvel outil le DrHy-Q6 qui comportent 6 items et permet rapidement d'évaluer le risque d'allergie à un futur médicament.

Un nouvel algorithme a été établi : l'ALDRESS qui permet de spécifier la probabilité d'un médicament d'être causal ou non dans un DRESS.

On commence à voir des études de de-labelling de patients étiquetés allergiques :

Dans un protocole randomisé australien, il a été proposé à des patients admis en réanimation ET étiqueté allergique de tester le médicament causal en cas de faible risque selon le score PEN FAST ; **1 seul patient** sur 40 « positifs » a réagi dont 0 forme grave. Parmi ces 40 patients, 32 ont pu être re testé après le passage en réanimation et **tous** étaient négatifs.

Une seconde étude de 380 patients positifs aux tests ont eu une ré introduction en cas de PEN FAST < 3 avec 1 seule réaction à 1 heure (critère de jugement principal) puis 22 réactions ultérieures sans précision sur la nature allergie ou non des réactions.

Sur le plan thérapeutique l'étude DRESSCODE a cherché à évaluer la non-infériorité des dermocorticoïdes vs corticoïdes systémiques dans le DRESS mais a dû être **interrompue** avec 50% vs 70% de rémission viscérale à 1 mois et 70% vs 82% de rémission cutanée à 1 mois.



Réponses aux Questions

Article : *Dermato-allergologie professionnelle : du producteur au consommateur*

Questions :

Que proposer à un patient avec une dermite aux protéines ?

- travailler avec des gants.
- faire une éviction alimentaire.

Quelle est la présentation typique de la dermite aux protéines ?

- l'absence de cuticule.
- la présence de coloration de la pulpe.
- un caractère très aigu.

Quels conseils donner à un patient allergique au cuir ?

- ne plus manger d'aliments à base d'animal, par réaction croisée.
- ne plus porter de cuir.
- faire des tests orientés afin de savoir quel agent est en cause.

Article : *Dermato-allergologie professionnelle : comment protéger le travailleur ?*

Questions :

Quel est le traitement du maskné ?

- ne plus porter de masque.

-renfort des soins d'hygiène avec nettoyage de peau et pas de maquillage occlusif.

-traitements topiques de l'acné.

Comment choisir un gant ?

-il faut un bon rapport qualité/prix

-il faut qu'il soit adapté aux produits manipulés.

-il doit être changé selon les noms des fiches de sécurité et les conseils du fabricant.

-il doit être celui que le patient préfère porter.

Que proposer à un étudiant en boulangerie qui développe un eczéma à la farine ?

-dépister un asthme associé.

-travailler avec des gants lorsqu'il manipule la farine.

-sa peau va s'épaissir et il va s'habituer.

-proposer une visite en médecine du travail.

Article : *JO 2024 : Dermato-allergologie chez le sportif*

Questions :

Qui tester avant implantation de prothèse ?

-tout le monde.

-les patients connus pour avoir une sensibilité aux métaux.

Devant un plongeur avec eczéma de la voute plantaire, que proposer ?

-faire des patchs avec la BSE et sa combinaison.

-tester d'autres matériaux afin de savoir lequel utiliser pour son futur équipement.

-essayer un autre sport.

Article : Questions pour des champions

Questions :

Quel stupéfiant est connu pour donner des pseudo-engelures ?

-la cocaïne.

-le TCH du cannabis.

Quelle classe de médicaments peut aggraver un psoriasis ?

-les bêtabloquants.

-les AINS.

-les antihistaminiques.

Article : Les éosinophiles pour le dermatologue et l'allergologue - Dr Guillaume Lefevre (Lille)

Question : Doit-on arrêter un médicament en cas d'hyperéosinophilie légère et asymptomatique ?

Réponse : Oui et l'hyperéosinophilie doit diminuer en général en 2-3 semaines, maximum 6 mois.

Article : Hypersensibilité en pratique

Question : Mais alors pourquoi l'éruption s'améliore alors qu'on n'arrête pas le médicament ?

Réponse : On ne sait pas mais les hypothèses sont la tolérance progressive au traitement, l'application de dermocorticoïdes, le rôle viral dans l'éruption.

Question : Comment savoir si le patient est allergique si on continue le traitement ?

Réponse : Si le rash régresse alors qu'il est encore traité on est rassurant sinon on ne sait pas.