

COUP D'ŒIL DU CONGRES GERDA 2023

Sommaire

« LE CHIFFRE DU JOUR » : 3.....

FOCUS DERMATO - ARTICLE 1

Allergies professionnelles" et « boulangerie »

Recherche et innovations sur les farines de blé

Pierre Tristan Fleury (Rouen)

Dermatoses professionnelles chez le boulanger et le pâtissier

Marie-Bernadette Cleenewerck (Lille)

Anaphylaxie a l'effort : n'y a-t-il que le blé ?

Jean Luc Bourrain (Montpellier)

Dermatoses professionnelles chez les artistes peintres et les sculpteurs

Marie-Noëlle Crépy (Paris)

FOCUS DERMATO - ARTICLE 2

Allergènes des adhésifs et colles chirurgicales

An GOOSSENS (Leuven, Belgique)

FOCUS DERMATO - ARTICLE 3

Dermatite Atopique

Impact environnemental sur la fonction barrière cutanée

Audrey Nosbaum (Lyon)

Comorbidités de la dermatite atopique

Marie Baeck (Bruxelles, Belgique)

Actualités dans la kérato-conjonctivite Atopique

Julie Gueudry (Rouen)

FOCUS DERMATO - ARTICLE 4

Érythèmes fessiers de l'enfant : allergique, irritatif or not ?

Dominique Tennstedt (bruxelles, Belgique)

FOCUS DERMATO - ARTICLE 5

Mastocytes, désordres mastocytaires et urticaires

Comment tester les patients atteints de mastocytose ? : Actualités

Florence CASTELAIN (Besançon)

Actualités dans les urticaires cholinergiques

Angèle SORIA (Paris)

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

L'histoire du test allergologique

Annick BARBAUD (Paris)

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Cosmétiques et environnement

Cosmétiques éco-friendly

Christine Lafforgue (Chatenay-Malabry)

Cosmétiques DIY et allergies de contact
Anne Herman (Bruxelles, Belgique)

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

Conférence – microbiote intestinal, atopie et ses comorbidités : où en sommes-nous ?
Pierre Dechelotte (Rouen)



3

C'est le nombre d'ajouts d'allergènes dans la batterie standard européenne en 2023. Il s'agit du métabisulfite de sodium 1 %, présent dans de plus en plus de matériaux dont les gants en caoutchouc et les cathéters ; du benzisothiazolinone (BIT) 0,1 % ; et le décyl glucoside 5 %, en hausse en Amérique du Nord mais aussi en Europe. Dix autres allergènes sont en cours d'étude et il sera décidé dans deux à trois ans s'ils seront inclus dans la batterie standard européenne. Il s'agit entre autres de libérateurs de formaldéhyde et de limonènes.



"ALLERGIES PROFESSIONNELLES" ET "BOULANGERIE"

Pierre Tristan FLEURY (Rouen)

Marie-Bernadette CLEENEWERCK (Lille)

Jean Luc BOURRAIN (Montpellier)

Marie-Noëlle CRÉPY (Paris)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les allergies professionnelles sont de plus en plus nombreuses, voici une approche de certaines allergies liées aux métiers des patients.

RECHERCHE ET INNOVATIONS SUR LES FARINES DE BLÉ

Pierre Tristan FLEURY (Rouen)

Les premiers essais sur l'asthme en boulangerie datent de 1778, dont celui de Bernardino Ramazzini.

Aujourd'hui, plusieurs documents sont transmis aux professionnels afin qu'ils se protègent, via leur formation, leur caisse de retraite, la médecine du travail, les associations professionnelles. Beaucoup de chartes essaient de faire avancer les choses aussi, afin de limiter la propagation des farines dans l'atelier, à toutes les étapes de la production.

À partir de 2015, des normes matérielles définissent bien les risques liés à l'utilisation des farines, et les moyens de s'en prémunir. La mutuelle professionnelle des boulangers est bien au courant du problème et propose régulièrement des dépistages. Malgré tout, les mauvais gestes et donc les allergies persistent.

Avant, aucune méthode ne caractérisait les farines selon leur volatilité. M. Fleury s'est donc intéressé à ce sujet. Il a essayé de définir l'indice de pulvérulence grâce à une machine à technologie laser. Lors des passages de mouture, l'amidon dans les farines sera différent, et entraînera des pulvérisations différentes. Les farines de tête sont beaucoup plus pulvérulentes que les farines de queue dans la chaîne de production. Cela est à prendre en compte dans l'exposition au travail. Entre-temps, un décret est paru en 2021 sur la qualité de l'air en poussières totales et alvéolaires dans les milieux professionnels fermés. Un tiers des boulangeries dépasse le seuil défini par ce décret. Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a donc établi un nouveau projet de recherche afin de réduire la volatilité des farines utilisées. La caisse de retraite CARSAT aide les boulangers en finançant ces nouvelles farines.

Il reste encore beaucoup à faire dans le domaine, et on aura encore longtemps des patients allergiques à la farine.

DERMATOSES PROFESSIONNELLES CHEZ LE BOULANGER ET LE PÂTISSIER

Marie-Bernadette CLEENEWERCK (Lille)

La boulangerie-pâtisserie est un des secteurs professionnels les plus à risque d'allergies.

Il y a un rôle primordial de l'application des mesures de prévention collective, notamment concernant les techniques. Il est important de former les boulangers et meuniers dès le début de leur apprentissage.

Des patients souffrant de dermatite atopique sont plus à risque que la population générale pour le développement de dermatoses professionnelles.

Un boulanger a plusieurs activités : pesée des farines, malaxage, pétrissage, fleurage, cuisson, nettoyage et entretien des équipements. Chaque activité est à risque.

Les dermatites irritatives sont très fréquentes, augmentées par le travail en milieu humide, avec lavage fréquent des mains. Il y a des facteurs toxiques avec la manipulation de détergents puissants. Il y a aussi des facteurs mécaniques, liés aux microtraumatismes et frottements répétés.

Ces professionnels souffrent par ailleurs d'eczéma de contact. Les principaux allergènes sont les agrumes avec le limonène, les additifs dont les sulfites, les anti-oxydants dont le gallate de propyle, les arômes et épices, les colorants alimentaires, les métaux (paniers et plaques métalliques pour la cuisson mais aussi monnaie en boutique), les allergènes des caoutchoucs, les désinfectants et antiseptiques, les produits d'hygiène.

Ils peuvent aussi souffrir de réactions immédiates, avec de l'urticaire et de la dermatite de contact aux protéines. Les principales sources sont les épices et les farines (de blé, mais aussi d'autres farines dont celle de sarrasin, de plus en plus utilisée comme alternative pour les intolérants ou allergiques au gluten). Les protéines animales sont plus anecdotiques. Les améliorants comme l'alpha-amylase sont aussi source d'allergie immédiate.

Cliniquement, on observe surtout des formes chroniques, avec éruptions erythématosquameuses parfois fissurées. Il y a des signes extra-cutanés possibles dont des symptômes respiratoires.

Il y a un grand intérêt à faire les tests cutanés, dont les patchs tests de la batterie standard européenne, mais aussi de la batterie boulangerie. Les pricks tests et prick to prick sont à faire dans l'allergie immédiate.

Ces maladies sont de grandes causes de reconversion professionnelle.

ANAPHYLAXIE A L'EFFORT : N'Y A-T-IL QUE LE BLÉ ?

Jean Luc BOURRAIN (Montpellier)

Les anaphylaxies au blé sont fréquentes. Mais d'autres aliments sont responsables. Dans les anaphylaxies alimentaires, on retrouve surtout les LTP et les gibbérélines (allergies croisées au cyprès).

Il n'y a pas de différence homme/femme dans l'anaphylaxie alimentaire. Il y a souvent des cofacteurs associés, l'effort est le premier. Il y a aussi l'alcool, les médicaments, la prise de cannabis. Le sport va entraîner une ischémie intestinale relative, avec une augmentation de la perméabilité intestinale et une redistribution du flux sanguin, aggravant les symptômes. Selon les patients, les symptômes surviennent pour des efforts différents, modérés à intenses. Il ne faut pas donc que demander s'il y a eu une activité sportive, mais s'intéresser à toutes les activités du patient.

Le diagnostic est souvent long, au-delà d'un an. À l'anamnèse, les symptômes sont souvent décalés 4 à 6 heures après le repas. Les pricks tests aux aliments sont indispensables. Pour le blé, on peut tester la farine et la mie de pain. Il faut aussi doser les IgE spécifiques. Concernant le blé, le meilleur marqueur est l'Oméga 5 gliadine. Dans l'idéal, il faudrait aller jusqu'au test de provocation orale, peu réalisé en pratique. Concernant les autres aliments, le diagnostic peut être plus compliqué car ils sont moins souvent responsables, on y pense donc moins. Il est primordial de garder un interrogatoire policier afin d'aider au mieux les patients.

DERMATOSES PROFESSIONNELLES CHEZ LES ARTISTES PEINTRES ET LES SCULPTEURS

Marie-Noëlle CRÉPY (Paris)

Concernant les peintres, souvent leurs ateliers sont en milieu clos, mal ventilés. Il y a une grande diversité des techniques. Parfois le corps humain est utilisé pour peindre. Il y a aussi de multiples recettes de peintures.

Les principaux allergènes sont la térébenthine et le colophane, qui sont des résines de pin.

Maintenant, on conseille aux peintres de remplacer la térébenthine par des écorces d'orange. Mais ces dernières contiennent du limonène, aussi allergisant.

Étrangement, les peintres sont très exposés aux acrylates, mais il y a peu de sensibilisation contrairement à d'autres métiers les manipulant (esthétique, prothèses dentaires).

Pour les sculpteurs, les résines époxy sont pourvoyeuses d'allergie, tout comme les résines polyuréthanes, les isocyanates. Les restaurateurs d'art sont souvent allergiques au peroxyde de benzoyl, alors que cette molécule est très fréquemment utilisée dans la dermatologie et sans réaction.

Les isothiazolinones sont de grands pourvoyeurs d'allergie, dans tous les domaines.

Une plante, le toxicodendron contient un allergène important, l'urushiol. On utilise ces produits pour faire des laques du Japon. Quelques cas ont été publiés, avec des manifestations très sévères.

Les pigments/colorants sont aussi des allergènes auxquels il faut penser. Le cobalt est utilisé comme colorant bleu en peinture. Les réactions peuvent être associées : immédiates et retardées. Concernant les tests, il faut penser à tester les produits professionnels. Il existe des batteries pour certaines professions.

Pour le diagnostic, il faut bien sûr éviter le contact avec les allergènes. Les mesures de prévention sont difficiles à mettre en place car coûteuses et perturbant le travail de précision.

La déclaration en maladie professionnelle et la reconversion peuvent être envisagées. Pour les travailleurs indépendants, ces mesures sont possibles s'ils avaient bien souscrit à une prévoyance.

Messages clés

- Le blé est pourvoyeur d'allergie chez les professionnels de la boulangerie et de la pâtisserie, mais il faut aussi penser aux autres farines, de plus en plus utilisées en alternative.
- Chez les artistes, il est important de prendre en charge les lésions pré-existantes et la dermatite atopique, afin d'éviter une sensibilisation, les mesures de protection étant peu appliquées.
- Il faut penser à rechercher les causes professionnelles, mais aussi interroger le patient quant à ses loisirs.



QUESTIONS DE FORMATION

1. Dans les anaphylaxies alimentaires, il est important de tester aussi :
 - a. Les pneumallergènes à la recherche de réactions croisées expliquant les symptômes.
 - b. Les aliments que le patient consomme régulièrement sans réaction mais qui sont connus pour être allergisants.
2. Que proposer à un boulanger qui devient asthmatique en plus de son eczéma ?
 - a. D'envisager une reconversion professionnelle.
 - b. De changer les farines utilisées.
 - c. De prendre un traitement préventif avant d'aller sur son lieu de travail.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



ALLERGÈNES DES ADHÉSIFS ET COLLES CHIRURGICALES

An GOOSSENS (Leuven, Belgique)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les réactions allergiques peuvent être immédiates ou retardées. Il peut aussi y avoir des dermatites irritatives. La fréquence de ces réactions est sous-estimée et sous-rapportée.

Les dispositifs médicaux ne sont pas étiquetés quant à leur composition. La collaboration des laboratoires est rare quand un patient a fait une réaction à un de leur produit. Il est donc difficile de savoir quel est l'allergène en cause.

Concernant les rubans adhésifs, les tackifiants d'origine naturelle (colophane, d-limonène etc...) sont allergisants. On retrouve ces allergènes dans certains dispositifs médicaux étiquetés hypoallergéniques. Parfois, les réactions peuvent être très sévères. Il y a aussi des tackifiants synthétiques (acrylates, additifs du caoutchouc, résine époxy, colophane modifiée etc...). En général, les colophanes synthétiques n'ont pas de réactivité croisée avec la colophane naturelle.

Un allergène du steristrip® a été identifié récemment, le 4,40-thiobis.

Concernant les stomies, beaucoup de substances sont en contact avec la peau. Il y a le joint de l'appareil, les pâtes adhésives, des lingettes, des antifongiques, des barrières protectrices... Les colophanes et les acrylates sont les principaux adhésifs. Dans les lingettes, les conservateurs comme les isothiazolinones sont responsables d'allergie.

Les colles chirurgicales peuvent contenir des composants naturels comme la teinture de benjoin, qui sont allergisants. Parfois, la réaction a lieu sous le pansement ou sous le plâtre, et on s'en rend compte tardivement, entraînant des cicatrices. Il y a aussi des cyanoacrylates qui sont pourvoyeurs d'allergie, notamment dans le dermabond®. Il y a des réactions croisées avec les acrylates utilisés dans les autres domaines comme la dentisterie ou l'esthétique.

Messages clés

- Il ne faut pas hésiter à rapporter les cas de réactions aux adhésifs et colles chirurgicales.
- Le patient ne signale pas en général les réactions passées avec ces dispositifs médicaux, il faut les rechercher à l'interrogatoire.
- Les allergènes responsables sont ubiquitaires, ils peuvent donc ensuite entraîner des réactions multiples.



QUESTIONS DE FORMATION

1. Si on a un patient qui souffre de dermatite atopique, que lui proposer ?
 - a. Un dispositif hypoallergénique.
 - b. Une solution de remplacement si possible, par bande non collée par exemple.
 - c. La réaction n'est pas grave, on peut lui remettre le même dispositif si besoin.

2. Une grande épidémie a fait parler d'elle ces dernières années sur les adhésifs. Il s'agissait :
 - a. Des capteurs de glycémie.
 - b. Des patchs morphiniques.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



DERMATITE ATOPIQUE

Audrey NOSBAUM (Lyon)

Marie BAECK (Bruxelles, Belgique)

Julie GUEUDRY (Rouen)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

La peau sert de barrière depuis des milliers d'années, afin de maintenir l'homéostasie. Ces dernières années, l'environnement a beaucoup changé, impactant cet effet barrière.

IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA FONCTION BARRIÈRE CUTANÉE

Audrey NOSBAUM (Lyon)

L'exposome est la totalité des expositions auxquelles un individu est soumis depuis sa conception jusqu'à sa mort. Il est composé de facteurs internes (vieillesse, hormones...) et externes (environnement, mode de vie économique et sociologique). Les changements environnementaux sont multiples. On y retrouve le changement climatique, le changement de l'alimentation (OGM, régime riche en graisses), les substances environnementales et gaz polluants (détergents, particules de matière entre autres), la modification de notre microbiote.

Les conséquences sanitaires sont une augmentation, exponentielle des maladies allergiques et auto-immunes.

Concernant les détergents, une étude a analysé l'impact de différentes concentrations de détergents sur la perméabilité cutanée. Les détergents augmentent la perméabilité épidermique.

Une autre étude montre que même dilués et après rinçage (nos vêtements après lavage en machine par exemple), les détergents ont un impact sur les kératinocytes avec une altération des lipides membranaires et une atteinte de la filaggrine.

Concernant les particules de diamètre de 2,5 ou 10 microns, elles ont aussi un impact sur la barrière cutanée. On retrouve dans cette catégorie les hydrocarbures aromatiques polycycliques et les dioxines TCDD (chauffage au bois par exemple). En cas d'exposition cutanée, il y a une diminution des protéines impliquées dans les jonctions cellule/cellule, entraînant la sécheresse, l'augmentation de la perméabilité, et l'augmentation de l'innervation, donc l'augmentation du prurit.

La dysbiose cutanée a aussi un impact sur la barrière. On sait qu'il y a un rôle prépondérant des staphylocoques aureus dans la dermatite atopique. Ils sont en abondance, jusqu'à 100 fois plus qu'une peau normale. Ils vont aussi altérer la barrière cutanée. Cette bactérie participe à la chronicité de la dermatite atopique quand la peau est altérée, via un recrutement de cellules inflammatoires.

Pour prévenir cela, on pourrait contrôler et éviter les substances polluantes, développer des produits plus sûrs, identifier les biomarqueurs responsables, améliorer la prise en charge de l'altération de la barrière.

COMORBIDITÉS DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Marie BAECK (Bruxelles, Belgique)

La dermatite atopique reste une maladie complexe, impactant la qualité de vie.

On pourrait considérer la dermatite atopique comme une maladie systémique. Elle est corrélée à des troubles cardiovasculaires, métaboliques, neuropsychiatriques, auto-immuns. C'est en lien avec la sévérité de la maladie. Plusieurs causes sont possibles, comme les facteurs de confusion, la coïncidence d'exposition à des facteurs environnementaux, le rôle synergique d'inflammation d'autres organes, des mécanismes génétiques et immunologiques communs, le rôle des traitements de la dermatite atopique.

On connaît bien la marche atopique. Un patient sur deux souffre de rhinite allergique, un sur quatre souffre d'asthme. Concernant les allergies alimentaires, le débat persiste aujourd'hui. On conseille de ne pas faire de test en l'absence de symptôme. Les œsophagites à éosinophiles et polypose nasosinusiennes sont aussi plus fréquentes. Les causes de chevauchement restent mal connues. Les maladies cardiovasculaires et thromboemboliques sont plus fréquentes, mais le lien n'est pas encore clair.

Il y a aussi une association avec l'obésité et l'ostéoporose.

Concernant les troubles neuropsychiatriques, la dépression et les troubles anxieux sont augmentés par 2 à 4 par rapport à la population générale. C'est directement lié à la sévérité de la maladie, mais un lien génétique n'est pas exclu. On constate aussi plus de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. On observe aussi plus de personnalités type D, avec inhibition sociale.

À propos des pathologies auto-immunes, il y a un risque accru de pelade, avec des formes plus sévères que dans la population générale, et un risque accru de vitiligo. Il y a un risque significativement plus élevé de polyarthrite rhumatoïde, et d'autres maladies rhumatoïdes comme la spondylarthrite. Concernant les autres maladies auto-immunes, certains liens sont plus difficiles à prouver, comme pour le diabète de type 1.

Il y a plus de pathologies infectieuses, avec notamment le fameux syndrome de Kaposi-Juliusberg. On pointe aussi un risque accru de cancer cutané, sûrement à cause des niveaux plus faibles de filaggrine, et des traitements de la dermatite atopique. Il y a peut-être un biais car ce sont des patients plus suivis que la population générale.

La conjonctivite chronique est fréquente et multifactorielle. Il y a une part allergique, mais aussi une part liée au frottement des yeux. Les nouveaux traitements sont aussi en cause.

Au niveau hématologique, on retrouve un risque doublé d'anémie microcytaire chez l'enfant.

Y a-t-il des biomarqueurs permettant de traquer les patients à risque de comorbidités ? Beaucoup d'études ont cherché, mais pour le moment, on en est aux prémices de ces découvertes.

ACTUALITÉS DANS LA KERATOCONJONCTIVITE ATOPIQUE

Julie GUEUDRY (Rouen)

La kératoconjonctivite est l'atteinte la plus grave d'atteinte oculaire d'atopie. L'atteinte palpébrale associée est quasi constante.

Elle touche surtout l'adulte entre 40 et 50 ans, avec une majorité d'hommes. La dermatite atopique est associée dans 30 % des cas.

La clinique retrouve une rougeur, un prurit et surtout une photophobie. Les paupières sont indurées, avec une perte de cils, une inflammation du bord libre. On peut retrouver des papilles conjonctivales. On peut aussi retrouver une atteinte limbique avec des grains de trantas (amas d'éosinophiles).

L'atteinte cornéenne est quasi constante, de gravité variable, responsable de la photophobie. Elle peut aller de la kératite ponctuée à l'ulcère.

Il y a des complications indirectes, liées aux traitements et aux frottements. Le kératocône est caractérisé par un amincissement et une déformation de la cornée. Les infections sont plus sévères, plus fréquentes, et parfois avec des présentations atypiques. Il faut toujours garder en tête l'herpes oculaire, et adresser le patient à l'ophtalmologue au moindre doute.

Le traitement combine des lavages au sérum physiologiques, des collyres mouillants sans conservateurs, des antidégranulants mastocytaires. Les corticoïdes sont à utiliser avec parcimonie. Il y a un risque de dépendance et de développement de cataracte et glaucome cortico-induit. Ce dernier est asymptomatique au début donc dangereux. Pour avoir une épargne en corticoïdes, il y avait des collyres de ciclosporine. Ils ne sont plus disponibles en France depuis quelques mois. Le tacrolimus topique est bien utile. Il améliore la paupière mais aussi la conjonctivite sous-jacente. Mais seuls les dermatologues et les pédiatres peuvent le prescrire.

Il y a des formes de kérato-conjonctivites induites par les traitements, notamment les biothérapies.

Le premier médicament incriminé est le dupilumab. Avant mise en route du traitement, il faut un

avis ophtalmologique. Mais la préexistence de kérato-conjonctivite n'entraîne pas de contre-indication de mise en route du traitement, seulement un suivi rapproché. Trois facteurs de risque ont été identifiés dans le déclenchement de la kérato-conjonctivite chez les patients atteints de dermatite atopique : l'atteinte tête et cou, l'érythrodermie, la sécheresse oculaire. Le tralokinumb semble donner moins d'affections oculaires d'après les études. Il faut une réelle collaboration ophtalmo-dermato-allergo pour une prise en charge optimale des patients, que ce soit dans la prévention ou dans le traitement curatif.

Messages clés

- La dermatite atopique n'est pas qu'une maladie de peau et il faut vraiment prendre en charge le patient dans sa globalité.
- La qualité de vie du patient est vraiment à prendre en compte dans les soins qu'on va proposer.
- De nombreux traitements sont prometteurs.
- De nombreuses recherches s'intéressent aux comorbidités, afin de mieux les prévenir à l'avenir.



QUESTIONS DE FORMATION

1. Que proposer à un patient obèse qui souffre de dermatite atopique ?
 - a. Il doit absolument arrêter les soins locaux car les dermocorticoïdes vont aggraver son obésité.
 - b. Un suivi chez le cardiologue.
 - c. Ne pas tenir compte de son obésité, qui ne va pas changer la prise en charge.
2. Comment limiter l'impact de l'environnement chez un patient atteint de dermatite atopique ?
 - a. Réduire au maximum l'utilisation de produits détergents et l'exposition à des polluants ? V
 - b. Il est impossible de modifier l'environnement.
 - c. Il doit se laver beaucoup plus que les autres pour débarrasser sa peau des polluants.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



ÉRYTHÈMES FESSIERS DE L'ENFANT : ALLERGIQUE, IRRITATIF OR NOT ?

Dominique TENNSTEDT (Bruxelles, Belgique)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

90 % des dermatites du siège sont irritatives. L'urée contenue dans les urines va augmenter le pH et la perméabilité cutanée. Les selles et urines vont donc pénétrer dans la peau et entraîner une irritation.

La maladie de Hirschsprung provoque des dermatites d'irritation très importantes. On voit parfois des ulcérations avec des bains de permanganate, ou une utilisation abusive d'antiseptiques. Les dermatites d'irritation se compliquent facilement d'infections bactériennes ou mycotiques : staphylococcies, infections à Candida, pyocyaniques. Les dermatites irritatives se compliquent aussi parfois de granulomes, surtout si un traitement par dermocorticoïdes a été appliqué par erreur. Il faut changer les nouveau-nés toutes les heures si les enfants sont atteints, afin de guérir. La dermatite atopique peut aussi donner des atteintes du siège. Le tacrolimus fonctionne très bien dans cette zone. Il faut donc examiner l'enfant dans sa globalité car souvent il y a des atteintes ailleurs sur le corps orientant le diagnostic. Si le diagnostic est tardif, il y a un risque de lichénification.

Des taches brunâtres à distribution linéaire au fond des plis doivent faire évoquer le dépôt de détergents. Il faut réduire le nombre de nettoyages, utiliser plutôt des produits nettoyants huileux et appliquer des émoullissants.

Si on a des papules kératosiques et pigmentées, il s'agit de parakératose granulaire infantile (déficit de la transformation de la profilaggrine en filaggrine). L'urée peut aider à faire réduire plus rapidement les lésions.

La véritable dermatite allergique de contact est rare. Les isothiazolinones sont de grandes pourvoyeuses d'allergie. En théorie, ça ne devrait plus se voir. Mais on trouve encore des produits sur internet qui en contiennent. Les parfums sont aussi en cause. Les premiers coupables sont les lingettes, puis les topiques cosmétiques et médicamenteux. Il faut aussi penser aux couches bien sûr, surtout avec le retour des couches lavables et les liens en caoutchouc.

Il faut aussi penser aux maladies plus rares pouvant donner de l'érythème fessier : dermatite bipolaire Leiner moussous, pieds main bouche, psoriasis, varicelle, parvovirus, acrodermatite, épidermolyse bulleuse.

Messages clés

- L'érythème fessier est encore trop fréquent alors que beaucoup de moyens de prévention existent.
- Il faut toujours penser aux surinfections en l'absence de guérison.
- Il faut toujours examiner l'enfant entièrement, afin d'orienter notre diagnostic.



QUESTIONS DE FORMATION

- 1) Quelle forme a tendance à prendre un érythème chronique quand on examine le siège ?
 - a) Un W
 - b) Un O
 - c) Une carte de géographie
- 2) Quelle précaution prendre avant de traiter une dermatite atopique du siège par dermocorticoïdes ?
 - a) Vérifier avec les parents qu'ils appliquent bien les émoullients quotidiennement.
 - b) Vérifier l'absence de trace d'impétiginisation.
 - c) Leur demander s'ils ne sont pas corticophobes, afin de leur proposer une alternative.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



MASTOCYTES, DÉSORDRES MASTOCYTAIRES ET URTICAIRES

Florence CASTELAIN (Besançon)

Angèle SORIA (Paris)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

La mastocytose est une prolifération anormale des mastocytes qui vont diffuser dans divers organes. La forme de mastocytose avec urticaire pigmentaire est facile à diagnostiquer cliniquement.

L'urticaire chronique cholinergique est relativement fréquente. Elle touche plus souvent le tronc.

COMMENT TESTER LES PATIENTS ATTEINTS DE MASTOCYTOSE ? : ACTUALITÉS

Florence CASTELAIN (Besançon)

La mastocytose est une prolifération anormale des mastocytes qui vont diffuser dans divers organes.

La forme de mastocytose avec urticaire pigmentaire est facile à diagnostiquer cliniquement. On a notamment le signe de Darier.

Il est plus difficile de faire le diagnostic de mastocytose quand il n'y a pas d'atteinte cutanée.

Souvent, les patients font plusieurs anaphylaxies sévères non expliquées avant qu'on évoque ce diagnostic. Il y a maintenant le score de REMA qui peut aider. Dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'une mastocytose médullaire.

Parfois, une tryptase dosée dans un autre contexte et élevée doit amener à chercher une mastocytose.

Il faut penser aussi à la mastocytose devant des symptômes d'activation mastocytaire, comme des diarrhées liquidiennes ou des réactions urticariennes « à tout et à rien ». Il faut aussi y penser si mauvaise tolérance d'une immunothérapie spécifique, des ostéopénies/ostéoporoses précoces avec ou sans fracture.

Dans de rares cas, il peut y avoir une découverte fortuite sur un myélogramme réalisé pour autre motif.

Enfin, beaucoup de patients restent dans la nature sans diagnostic.

Pour le diagnostic, l'urticaire pigmentaire est facile à confirmer.

Dans les autres formes, les tests d'allergie immédiate sont plus à risque d'anaphylaxie que la population générale en théorie, mais les études sont assez rassurantes. Il faut mieux les faire en milieu hospitalier, avec chariot d'urgence et équipe formée. Des études montrent que les IgE sont moins spécifiques qu'en population générale. Il est possible de faire des tests de provocation orale chez ses patients, mais préférer les tests de substitution si besoin.

ACTUALITÉS DANS LES URTICAIRES CHOLINERGIQUES

Angèle SORIA (Paris)

L'urticaire chronique cholinergique est relativement fréquente. Elle touche plus souvent le tronc. Cela ne touche jamais les paumes, les plantes et les plis axillaires. Elle est de durée brève de quelques minutes à une heure, avec des douleurs et brûlures.

Les Japonais décrivent quatre formes : secondaire à une allergie à la sueur de type 1, associée aux angioœdèmes palpébraux, folliculaire et avec anhidrose ou hypohidrose acquise. Cette dernière

forme est particulièrement sévère, entraînant des douleurs et paresthésies lors de l'augmentation de la température cutanée.

Il faut penser à des diagnostics différentiels avant de traiter les patients : anaphylaxie induite à l'effort, urticaire à la chaleur, urticaire aquagénique, BASCULE syndrome (dermatose vasomotrice), prurit cholinergique (forme a minima de l'urticaire cholinergique ? C'est débattu selon les équipes). C'est la même prise en charge que l'urticaire chronique spontanée, avec antihistaminiques de deuxième génération jusqu'à quatre par jours, puis omalizumab si échec. Les Japonais rajoutent des désensibilisations à la sueur, et l'activité physique régulière qui fait transpirer. Certaines molécules sont en phase test.

Messages clés

- La mastocytose est encore trop souvent peu évoquée devant des symptômes multiples et variés.
- Le retard diagnostique entraîne une vraie perte de chance pour les patients, qui peuvent enchaîner les passages en réanimation pour anaphylaxie.
- Il y a des continuums entre urticaire/SAMA/mastocytose.
- Il existe des centres de référence partout en France et il ne faut pas hésiter à adresser les patients si doute.



QUESTIONS DE FORMATION

- 1) À quoi correspond le signe de Darier ?
 - a) Un effacement des lésions à la vitropression.
 - b) Un dermographisme.
 - c) Une modification des lésions au frottement qui vont devenir œdémateuses et parfois même bulleuses.

- 2) Que proposer à un enfant qui fait de l'urticaire au froid ?
 - a) S'habituer petit à petit pour ne plus réagir.
 - b) Ne jamais se baigner seul et faire un PAI pour l'école.
 - c) Une réassurance car ce n'est pas grave.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 1

L'HISTOIRE DU TEST ALLERGOLOGIQUE

Annick BARBAUD (Paris)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Joseph Jadasshon est l'inventeur du patch test.

C'est ensuite en Suisse que Bruno Bloch va standardiser les patchs tests, avec application sur le dos de patchs de 1 cm².

Un de ses élèves, Paul Bonnevie, va proposer la première batterie standard. Actuellement, il y a encore 6 allergènes de cette batterie initiale dans la batterie standard européenne.

Marion Sulzberger va développer les patchs tests en Amérique du Nord. C'est lui qui va montrer qu'un test positif n'est pas forcément pertinent cliniquement. C'est là que naît le premier groupe de travail sur les patchs tests.

En 1988 est créé L'European Society of Contact Dermatitis. Le premier congrès a lieu à Bruxelles en 1992.

Depuis, la batterie standard européenne est modifiée tous les ans.

Concernant la lecture des tests, la cotation moderne avec les croix date de 1970. Il y a eu une mise à jour en 2015.

Depuis 1986, les ROAT sont apparus, afin de proposer une alternative aux patchs tests et ainsi permettre de rattraper des diagnostics pour des allergènes mineurs.

En 2009, An Goossens a proposé les tests ouverts pour les produits trop irritants sous occlusion.

Il existe plusieurs livres expliquant comment faire les patchs, notamment le De Groot. Pubmed permet aussi de trouver les informations pour faire les patchs aux produits peu courants via internet.

Les pricks tests sont nés en Angleterre avec le Dr Charles Harrison Blakely, qui souffrait de rhinite et d'asthme saisonnier.

Le premier test alimentaire est fait en 1912, aux États-Unis.

La première description de la réaction positive d'un prick a été faite par le Dr Lewis, cardiophysicien : C'est grâce à lui qu'est née la triade de Lewis.

En 1972, Jack Pepys décrit la technique moderne des pricks tests, à l'aiguille.

Les pricks tests ont été standardisés seulement en 2012 avec l'EAACI. En 2020, la WAO recommande les lancettes pour les effectuer.

Les pricks to pricks viennent d'Europe du Nord.

Et demain ? Certains centres en Espagne ont un appareil pour lecture standardisée. D'autres centres possèdent un appareil qui permet de faire 10 pricks à la fois.

Les résultats sont plus reproductibles.

Messages clés

- L'allergologie est une spécialité récente contrairement aux autres.
- Il y a encore plein de consensus à trouver quant à la standardisation ses tests.
- Les machines et l'intelligence artificielle pourront nous aider à mieux réaliser et interpréter nos tests.



QUESTIONS DE FORMATION

1. Combien de jours de suite doit-on appliquer les produits dans les ROAT tests ?
 - a) 5 jours.
 - b) 10 à 15 jours.
 - c) Tant qu'il n'y a pas de réaction visible.
2. Le prick to prick peut servir :
 - a) Que pour les aliments.
 - b) N'est plus utile avec la spécificité de la biologie.
 - c) Pour les aliments, les médicaments, les cosmétiques.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



COSMÉTIQUES ET ENVIRONNEMENT

Christine LAFFORGUE (Chatenay-Malabry)
Anne HERMAN (Bruxelles, Belgique)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

L'approche écologique arrive à grand pas dans les cosmétiques, qu'est-ce qu'un cosmétique éco-friendly, quels sont les tenants et les aboutissants des DIY ?

COSMÉTIQUES ÉCO-FRIENDLY

Christine LAFFORGUE (Chatenay-Malabry)

L'empreinte écologique représente la surface Terre nécessaire pour vivre comme on vit. Elle est passée de 1 ha à plusieurs ha entre 1900 et 2007 en France.

L'empreinte carbone représente la quantité de gaz à effet de serre induite par la demande finale intérieure d'un pays.

En 1992, le Sommet de la Terre à Rio officialise la notion de développement durable. Il doit y avoir trois piliers : écologique, économique et social.

Les limites planétaires sont un espace de développement sûr et juste pour l'humanité.

L'écoconception, norme ISO 14 006, se définit comme une approche méthodique qui prend en considération les aspects environnementaux pour concevoir un produit.

En 2022, les cosmétiques utilisent 18 % de la production mondiale d'hydrocarbures. Cette industrie est responsable de 0,5 à 1,5 % de l'émission des gaz à effet de serre. L'industrie cosmétique génère 120 Pds de déchets/an.

On peut agir sur différents leviers : le stockage, la composition, le packaging, le process, la réglementation.

Agir sur la composition est important. Certaines matières vont être de moins en moins abondantes sur Terre, comme l'argile par exemple. On peut aussi faire de l'upcycling, pour valoriser les déchets.

On peut aussi faire des formules X en un, en partant d'un schéma fixe et en ajoutant des ingrédients pour maximiser les effets, ou des formules water conscious (produits solides).

La réglementation est aussi une grande part du problème. Les allégations vertes sont multiples, mais beaucoup ne sont pas certifiées. Ces produits représentent aujourd'hui 17 % de part du marché (+ 3,3% par rapport à 2015), avec des produits plus chers que les produits conventionnels. L'Europe prépare une nouvelle réglementation sur les allégations. Un nouveau règlement cosmétique est aussi en préparation. Il y aura l'obligation d'inclure la toxicité environnementale.

Il faut garder la règle des 3R : réduire, réutiliser, recycler.

COSMÉTIQUES DIY ET ALLERGIES DE CONTACT

Anne HERMAN (Bruxelles, Belgique)

Un produit cosmétique DIY est fait maison par le patient, tel un artisan.

Les motivations du consommateur sont nombreuses : méfiance à l'égard de l'industrie, tendance actuelle du « consommer mieux », sentiment de fierté, activité ludique, raisons économiques/écologiques/environnementales.

9 % de la population française dit fabriquer ses produits cosmétiques en 2020. Il y a plus de 435 millions de vues sur TikTok et 250 millions de vues sur Instagram avec le #diybeauty. Seuls 6 % des sites sont faits par des personnes ayant des connaissances en cosmétologie. Peu de cas d'allergies sont rapportés dans la littérature. Les patients déterminent souvent le coupable eux-mêmes et n'ont pas besoin de consulter. Aussi, comme les produits sont dits bios et naturels, ils pensent que ces derniers ne peuvent pas être en cause. On retrouve quand même dans la littérature des cas avec le limonène. On a aussi des cas avec la cannelle. Il y a eu un pic de consultations après qu'une youtubeuse a proposé un masque avec du miel et de la cannelle. 30 % des patients utilisent les huiles essentielles dans leurs produits DIY. Elles sont responsables d'eczéma de contact, mais aussi de troubles respiratoires. Des protéines végétales et animales peuvent être en cause dans les réactions des produits DIY. Les masques capillaires au blanc d'œuf faits par une patiente l'ont rendue allergique secondairement à l'œuf consommé, par passage transcutané. En dehors de l'allergie, il y a aussi beaucoup de cas d'irritations. Les dosages ne sont pas précis. Pour la saponification, il y a utilisation de produits toxiques. Les consommateurs sont censés se protéger, mais en pratique, ils ne le font pas. On retrouve aussi des phytophotodermatoses, notamment avec des lotions de bronzage avec des feuilles de figuier, ou du thé et du jus de citron, ou encore avec des produits antipelliculaires. Les plantes peuvent aussi être toxiques. Une patiente s'est empoisonnée en voulant faire un dentifrice maison. La plupart du temps, ces produits ne contiennent pas de conservateurs. Les consommateurs peuvent donc développer des mycoses et infections bactériennes. Concernant les filtres solaires, il faut insister sur la dangerosité des recettes. La plupart du temps, ils n'ont aucun SPF.

Messages clés

- La cosmétologie est une science et il est impossible de reproduire un produit efficace et sécuritaire à la maison.
- Notre planète meurt à petit feu et il est important d'essayer de réduire notre impact environnemental, tant sur la cosmétique, que sur notre activité médicale au cabinet.
- La réglementation ne va pas assez vite et n'est pas forcément adaptée.



QUESTIONS DE FORMATION

1. Selon WWF, si on ne change pas de mode de vie, de combien de planètes aurons-nous besoin pour vivre en 2030 ?
 - a) La nôtre suffira grâce à nos efforts actuels.
 - b) 2 planètes.
 - c) 4 planètes.
2. En 2023, la réglementation cosmétique a évolué. Combien y a-t-il d'allergènes à étiqueter à présent ?
 - a) Cela a baissé, car plus d'ingrédients sont devenus interdits.
 - b) Cela a doublé, passant de 24 à 50.
 - c) 80

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.



QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 3

CONFÉRENCE – MICROBIOTE INTESTINAL, ATOPIE ET SES COMORBIDITES : OU EN SOMMES-NOUS ?

Pierre DECHELOTTE (Rouen)

Article rédigé par le Docteur Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Le microbiote est l'ensemble des micro-organismes présents dans le corps humain, au niveau cutané, vaginal, intestinal, oral et pulmonaire. La vie est une succession de bio inoculations qui va influencer notre microbiote.

Le microbiote cutané est variable selon les zones du corps, qu'elles soient séborrhéiques, humides ou sèches.

Le microbiote intestinal se trouve sous les cellules épithéliales et le mucus. Il est résumé en cinq familles de bactéries : Firmicutes (productrices de SCFAs), Bacteroidetes (dégradent des glycanes), Actinobacteria, Proteobacteria, Verrucomicrobia. Quand tout va bien, ces bactéries vivent en harmonie et cohabitent dans le tube digestif. Cela représente 1 à 2 kg de notre poids. Le microbiote joue un rôle important dans l'homéostasie générale. Il a des fonctions métaboliques et immunes, il a aussi une fonction de barrière permettant une protection contre les pathogènes. Quand on a des perturbateurs extérieurs, comme la prise d'un traitement antibiotique, on a une mise à l'épreuve de notre microbiote. Il a une résilience donc il revient normalement à son état de base. S'il y a dysbiose, on aura le basculement vers des pathologies.

On a un nouveau paradigme : une maladie est reliée à une communauté de bactéries. C'est donc un système complexe, difficile à étudier.

La dysbiose va augmenter la perméabilité intestinale, permettant la présentation de pathogènes à la voie Th2, et donc les maladies inflammatoires.

On connaît l'axe intestin cerveau, mais maintenant on commence à s'intéresser à l'axe intestin-poumon. Une étude a montré l'axe microbiote voies aériennes/ voies digestives/ peau. Certaines bactéries sont associées à plus d'allergies. D'autres au contraire seraient préventives.

En pratique, des études ont montré quelques facteurs influençant le microbiote : le mode d'accouchement, le mode d'allaitement, l'alimentation, l'obésité... Jouer sur ces facteurs permettrait de prévenir certaines maladies. Il faut une prise en charge globale et multimodale sur l'alimentation, le stress, l'activité physique. Agir directement sur le microbiote paraît compliqué. Quand le microbiote est normal, on peut prendre des prébiotiques pour le renforcer, quand le microbiote est altéré, on peut prendre des probiotiques pour rétablir la flore normale. En cas de dysbiose et maladie avérée, on peut faire une transplantation de microbiote. Les études sont contradictoires quant à la prise de probiotiques. La WAO a quand même proposé en 2015 la prise de probiotiques aux femmes enceintes à risque d'avoir un enfant atopique. Mais quels probiotiques prendre ? En quelle concentration ? Comment l'adapter selon l'individu ? Toutes ces questions restent en suspens. On aimerait mettre en place une médecine de précision, à l'aide de la cartographie du microbiote des patients. Pour l'instant, cela reste une perspective de recherche.

Messages clés

- Plus on fait de recherches sur le microbiote, plus les questions apparaissent.
- Le microbiote est un système qui paraît expliquer énormément de choses dans notre corps mais qui reste encore mystérieux.
- Un mode de vie sain et équilibré aide à avoir la meilleure homéostasie.



QUESTIONS DE FORMATION.

- 1) Que conseiller à un patient souffrant de dermatite atopique pour améliorer son microbiote ?
 - a) Cuisiner soi-même avec des produits frais et de saison.
 - b) Prendre des probiotiques en continu pour rétablir sa flore.
- 2) Quelle quantité de gènes représente le microbiote dans le corps humain ?
 - a) Un tiers des gènes du corps humain.
 - b) Deux fois plus de gènes que ceux du corps humain.
 - c) Plus de douze fois le nombre de gènes que ceux du corps humain.

Retrouvez les réponses pages 22 à 24.

Réponses aux quiz

FOCUS DERMATO

Article 1 : "Allergies professionnelles" et "boulangerie"

1. Dans les anaphylaxies alimentaires, il est important de tester aussi :
 - a. **Les pneumallergènes à la recherche de réactions croisées expliquant les symptômes. VRAI**
 - b. Les aliments que le patient consomme régulièrement sans réaction mais qui sont connus pour être allergisants.
2. Que proposer à un boulanger qui devient asthmatique en plus de son eczéma ?
 - a. **D'envisager une reconversion professionnelle VRAI**
 - b. De changer les farines utilisées.
 - c. De prendre un traitement préventif avant d'aller sur son lieu de travail.

Article 2 : Allergènes des adhésifs et colles chirurgicales

1. Si on a un patient qui souffre de dermatite atopique, que lui proposer ?
 - a. Un dispositif hypoallergénique.
 - b. **Une solution de remplacement si possible, par bande non collée par exemple. VRAI**
 - c. La réaction n'est pas grave, on peut lui remettre le même dispositif si besoin.
2. Une grande épidémie a fait parler d'elle ces dernières années sur les adhésifs. Il s'agissait :
 - a. **Des capteurs de glycémie. VRAI**
 - b. Des patchs morphiniques.

Article 3 : Dermatite atopique

1. Que proposer à un patient obèse qui souffre de dermatite atopique ?
 - a. Il doit absolument arrêter les soins locaux car les dermocorticoïdes vont aggraver son obésité.
 - b. **Un suivi chez le cardiologue. VRAI**
 - c. Ne pas tenir compte de son obésité, qui ne va pas changer la prise en charge.
2. Comment limiter l'impact de l'environnement chez un patient atteint de dermatite atopique ?
 - a. **Réduire au maximum l'utilisation de produits détergents et l'exposition à des polluants ? VRAI**
 - b. Il est impossible de modifier l'environnement.
 - c. Il doit se laver beaucoup plus que les autres pour débarrasser sa peau des polluants.

Article 4 : Erythèmes fessiers de l'enfant : allergique, irritatif or not ?

- 3) Quelle forme a tendance à prendre un érythème chronique quand on examine le siège ?
 - a) **Un W : VRAI**
 - b) Un O
 - c) Une carte de géographie
- 4) Quelle précaution prendre avant de traiter une dermatite atopique du siège par dermocorticoïdes ?
 - a) Vérifier avec les parents qu'ils appliquent bien les émoullients quotidiennement.
 - b) **Vérifier l'absence de trace d'impétiginisation. VRAI**
 - c) Leur demander s'ils ne sont pas corticophobes, afin de leur proposer une alternative.

Article 5 : Mastocytes, désordres mastocytaires et urticaires

- 3) À quoi correspond le signe de Darier ?
 - a) Un effacement des lésions à la vitropression.
 - b) Un dermographisme.
 - c) **Une modification des lésions au frottement qui vont devenir œdémateuses et parfois même bulleuses. VRAI**
- 4) Que proposer à un enfant qui fait de l'urticaire au froid ?
 - a) S'habituer petit à petit pour ne plus réagir.
 - b) **Ne jamais se baigner seul et faire un PAI pour l'école. VRAI**
 - c) Une réassurance car ce n'est pas grave.

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

Article 1 : L'histoire du test allergologique

3. Combien de jours de suite doit-on appliquer les produits dans les ROAT tests ?
 - d) 5 jours
 - e) **10 à 15 jours VRAI**
 - f) Tant qu'il n'y a pas de réaction visible
4. Le prick to prick peut servir :
 - d) Que pour les aliments.
 - e) N'est plus utile avec la spécificité de la biologie.
 - f) **Pour les aliments, les médicaments, les cosmétiques. VRAI**

Article 2 : Cosmétiques et environnement

3. Selon WWF, si on ne change pas de mode de vie, de combien de planètes aurons-nous besoin pour vivre en 2030 ?
 - a) La nôtre suffira grâce à nos efforts actuels.
 - b) **2 planètes. VRAI**
 - c) 4 planètes.
4. En 2023, la réglementation cosmétique a évolué. Combien y a-t-il d'allergènes à étiqueter à présent ?
 - d) Cela a baissé, car plus d'ingrédients sont devenus interdits.
 - e) Cela a doublé, passant de 24 à 50.
 - f) **80 VRAI**

Article 3 : Conférence – microbiote intestinal, atopie et ses comorbidites : où en sommes-nous ?

- 3) Que conseiller à un patient souffrant de dermatite atopique pour améliorer son microbiote ?
 - a) **Cuisiner soi-même avec des produits frais et de saison. VRAI**
 - b) Prendre des probiotiques en continu pour rétablir sa flore.

- 4) Quelle quantité de gènes représente le microbiote dans le corps humain ?
 - a) Un tiers des gènes du corps humain.
 - b) Deux fois plus de gènes que ceux du corps humain.
 - c) **Plus de douze fois le nombre de gènes que ceux du corps humain. VRAI**

NAOS est l'une des premières entreprises indépendantes de Skincare au monde.
NAOS a créé 3 marques inspirées de l'écobiologie.