

Quelques cas d'allergie de contact... Quel allergène évoquez-vous ?

*Dr Catherine Hammann Guggisberg,
Neuchâtel*

Plusieurs allergènes de contact, moins fréquents que le sulfate de nickel et les parfums par exemple, sont utiles à connaître puisque leur éviction permet très souvent la disparition de l'eczéma. Certains allergènes apparaissent en relation avec certaines modes, en particulier chez les adolescents. Après cette période de vacances, commençons par un de ceux-là !

Cas 1 : *Jeune homme de 16 ans revenant d'un séjour en Egypte à la fin duquel il a présenté des lésions vésiculo-bulleuses au site d'application d'un tatouage artisanal, associées à un prurit marqué. Quel allergène évoquer ?*

Cas 2 : *Lésions eczématiformes marquées du front, de la nuque, et de la région rétro-auriculaire 48 heures après une première teinture capillaire chez une adolescente de 17 ans. Quel est l'allergène ? Pourquoi une réaction allergique déjà après un premier contact ? De quelle façon cette jeune fille s'est-elle sensibilisée durant l'enfance ?*

Cas 3 : *Fille de 10 ans avec un eczéma des pieds récidivant depuis plusieurs années, s'améliorant transitoirement avec l'application de corticostéroïdes topiques. Examen mycologique négatif à plusieurs reprises dans le passé. L'allergène trouvé par tests épicutanés (patch-tests) et le mode de sensibilisation sont les mêmes que dans le cas n° 2.*

Depuis plusieurs années, dans diverses zones touristiques, est apparue la mode des tatouages temporaires. Dans les peintures cutanées traditionnelles, on utilise le henné, dont la sensibilisation est exceptionnelle. Par contre, pour les tatouages temporaires, les artistes utilisent des substances très colorées qu'ils présentent comme du

henné noir. Le « henné noir » résulte de l'adjonction au henné de paraphénylènediamine (PPD) ou de ses dérivés, ce qui permet d'augmenter son pouvoir colorant. La PPD est un allergène puissant. La sensibilisation ne se révélera qu'après un deuxième contact avec l'allergène. Mais si la personne est déjà sensibilisée à un des composants de la préparation colorante, un eczéma aigu surviendra dans les 96 heures après le tatouage (comme dans le cas n° 1). L'eczéma peut être très marqué et se généraliser.

La PPD et ses dérivés sont des substances pigmentées foncées (noires, brunes, bleues) utilisés principalement pour teindre les cheveux (teintures permanente ou semi-permanente), le cuir et les fourrures.

La PPD est donc la substance allergisante des teintures capillaires, et l'allergène responsable pour la patiente n° 2. Elle avait effectué trois ans auparavant à deux reprises des tatouages temporaires par lesquels elle s'est sensibilisée à la paraphénylènediamine, et a donc réagi déjà après une première teinture capillaire.

Les tests épicutanés pour la patiente n° 3 ont montré des résultats fortement positifs pour la PPD (négatifs pour les caoutchoucs et le chrome). Elle portait très souvent des chaussures noires ou des chaussures avec tissu intérieur noir (fourrure, synthétique). La pénétration cutanée est favorisée par la transpiration. Dans ce cas plus exceptionnel, l'allergène est également la PPD. Dans l'anamnèse, on retrouve aussi des tatouages temporaires lors de vacances.

L'augmentation du nombre des patients sensibilisés à la PPD, en particulier les enfants, est certainement liée à ce phénomène de mode. Cette sensibilisation entraîne un risque

d'eczéma de contact aux teintures capillaires mais aussi à certains colorants vestimentaires (colorants azoïques).

Cas 4 : *Un homme de 30 ans, maçon, présente un eczéma des mains dans le contexte d'une sensibilisation de contact aux sels de chrome. Plusieurs années après, survient un eczéma récidivant des pieds. L'allergène est-il le même que celui des mains ?*

L'allergie au chrome est due aux sels de chrome et non au chrome métal, et la substance testée (patch-tests) est le bichromate de potassium. Cette allergie touche préférentiellement les métiers du bâtiment par sa présence dans le ciment. Les sels de chrome sont aussi utilisés pour le tannage de certains cuirs.

L'allergène est donc le même pour les mains et les pieds chez ce patient qui s'est sensibilisé au cuir de ses chaussures. Il est utile d'avertir les patients présentant un eczéma de contact des mains aux sels de chrome du risque de développer une intolérance aux chaussures en cuir. L'éviction des chaussures en cuir n'est pas simple. La confection de chaussures en cuir exempts de sels de chrome est possible mais coûteuse !

Cas 5 : *Jeune fille de 15 ans présentant une dermatite atopique depuis l'enfance, nettement améliorée vers l'âge de 10 ans. Depuis deux ans, on note une réapparition des lésions eczématiformes avec nette prédominance sur les paupières supérieures. Elle ne met aucun produit de maquillage sur les cils et les paupières et n'effectue pas de teinture ou permanente capillaires. Quel allergène de contact cosmétique peut-on envisager ?*

Le vernis à ongle dont l'allergène principal est la résine paratoluène sulfonamideformaldéhyde. Les signes d'allergie ne se manifestent pas au niveau de l'ongle mais aux

endroits de grattages (eczéma manuporté), avec comme sites principaux les paupières, le visage et la nuque.

Il est donc utile de se souvenir que les vernis à ongles et les durcisseurs sont une cause classique d'eczéma de contact des paupières.

Actuellement de nombreuses fillettes utilisent déjà plus ou moins occasionnellement du vernis à ongles et la sensibilisation peut survenir assez tôt.

L'eczéma des paupières de cette jeune fille a totalement disparu après quelques semaines d'éviction du vernis à ongles. Si le port de vernis paraît indispensable pour certaines occasions... on peut essayer un vernis à ongles ne contenant pas ou très peu de substance allergisante (vernis pur Phas ou Roche Posay), qui est le plus souvent toléré sauf en cas de forte allergie.

Cas 6 : Jeune femme qui présente depuis six mois des épisodes aigus d'asthme et de conjonctivite après certaines séances chez l'esthéticienne, et un eczéma des avant-bras et des paupières récidivant systématiquement à l'arrêt des corticostéroïdes topiques. A quel allergène doit-on penser ?

Les acrylates contenus dans les préparations (colles) pour les faux-ongles ! La sensibilisation aux acrylates peut être la cause d'un eczéma de contact aux endroits de grattage (eczéma manuporté) et parfois des zones péri-unguéales, une onycholyse pouvant aussi survenir. Mais cet allergène de contact peut également causer d'autres manifestations allergiques : asthme, rhino-conjonctivite, parfois très sévères.

C'est un allergène professionnel pour les esthéticiennes mais aussi les dentistes, techniciens dentistes, instrumentistes (ciment orthopédique), etc...

Cas 7 : Episodes récidivant de lésions eczématiformes aiguës du coude G chez un patient de 50 ans. Le patient applique périodiquement un gel de kétoprofène (Fastum®) au niveau du

coude gauche pour une tendinite. Ce printemps, des lésions eczématiformes apparaissent 48 heures après une nouvelle application de Fastum® gel.

Il s'agit d'une photo-allergie au gel de kétoprofène (Fastum®), AINS dérivé de l'acide propionique. Une allergie survenant en l'absence d'exposition au soleil est aussi possible avec cette substance. En cas de photo-allergie, les patch-tests peuvent être négatifs et seuls les photopatch-tests sont positifs (patch-tests avec la substance puis exposition aux UV en cabine). Certains auteurs ont montré la persistance d'une forte concentration de kétoprofène au site d'application pendant plusieurs semaines après l'arrêt de l'application. Il est donc recommandé d'éviter d'appliquer un gel de kétoprofène sur des zones découvertes au printemps et en été.

Trois familles d'AINS topiques sont principalement responsables de dermite de contact :

- dérivés de l'acide propionique (kétoprofène) : allergène de loin le plus fréquent ;
- dérivés de la pyrazolone (phénylbutazone) ;
- dérivés de l'acide arylacanoïque (bufexamac et diclofénac).

L'éruption cutanée peut prendre divers aspects (dermite irritative, urticaire de contact, éruption érythème polymorphe-like et surtout dermite de contact allergique ou photo-allergique). Dans le cas du kétoprofène, l'éruption peut être très profuse et rebelle à la corticothérapie locale.

En général il n'y a pas d'allergie croisée entre les différentes familles d'AINS topiques. Des cas d'eczéma généralisé après prise du même AINS per os ont été décrits et il est donc préférable en cas d'allergie de contact à un AINS topique, d'éviter de donner la même substance per os. De plus, en cas d'allergie cutanée de contact au gel de kétoprofène, des réactions croisées peuvent se

produire avec le fénofibrate (Lipanthyl®), qu'il faut donc éviter de prescrire en cas d'allergie de contact au kétoprofène, et avec l'oxybenzone (benzophénone-3), substance contenue dans certains filtres solaires.

En conclusion, de nombreuses substances peuvent être responsables de dermite de contact allergique. Une anamnèse détaillée permet souvent d'orienter le diagnostic. Dans certains cas un bilan complémentaire par tests épicutanés (patch-tests) laissés en place 48 h (avec lecture à 48 h puis à 72 ou 96 h) est indiqué pour préciser le diagnostic et les substances à éviter à l'avenir. Le diagnostic de certitude repose sur la pertinence entre la clinique, la positivité des tests et la périodicité des lésions.

IMPRESSUM

Président

Philippe Freiburghaus
22, avenue Soguel, 2035 Corcelles
Tél. 032 731 75 75

Rédaction - Secrétaire médical

Dr R. Kehtari
Hôpital des Cadolles, 2000 Neuchâtel
Tél. 032 722 92 09
E-mail : reza.kehtari@ne.ch

Secrétaire SNM

Etude Walder et Klausner
Grand-Rue 7, 2108 Couvet
Tél. 032 863 21 71

Photocomposition et impression

Imprimerie Zwahlen SA
Plage 12, 2072 Saint-Blaise
Tél. 032 756 97 97
Fax 032 756 97 90
E-mail : iz@span.ch

Parution : 4 fois par année