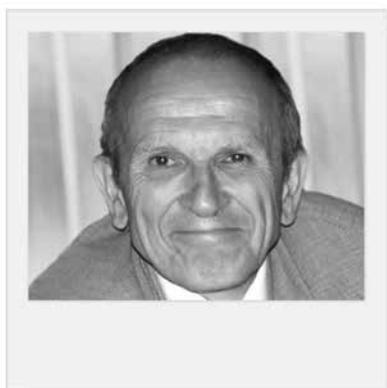


## CONGRÈS

# La dermatologie au 11<sup>e</sup> Congrès Francophone d'Allergologie, Paris, 19-22 avril 2016

**RÉSUMÉ :** Nous avons sélectionné une dizaine de communications orales et affichées susceptibles d'intéresser les dermatologues et les internistes: le portrait robot de chacune des 7 toxidermies et leurs critères de gravité pour décider une hospitalisation; les tests diagnostiques adaptés à chaque toxidermie; la place des émoullissants pour la prévention primaire et secondaire de la dermatite atopique; que faut-il entendre par *Wet wrapping* (littéralement "emballage humide")?; la multiplicité des dermatoses chez les travailleurs de la forêt; une mise au point sur les phytophotodermatoses (dermite des prés); le traitement actuel de l'urticaire chronique; l'intérêt du méthotrexate par rapport à celui de la ciclosporine au cours du traitement des dermatites modérées à sévères non contrôlées par le traitement de première intention; l'urticaire vibratoire, une urticaire physique rare mais aux modes de déclenchement curieux; les accidents allergiques aux appâts de pêcheur; les accidents allergiques à la chlorhexidine et aux produits qui en contiennent.



→ G. DUTAU  
Allergologue - Pneumologue - Pédiatre,  
TOULOUSE.

**L**e 11<sup>e</sup> Congrès Francophone d'Allergologie (CFA) s'est tenu du 19 au 22 avril 2016 avec pour fil conducteur "*L'allergologie est bien vivante en toutes saisons!*". Depuis sa création, ce congrès se place parmi les manifestations européennes les plus importantes en allergologie. Les communications orales et affichées sur la dermatologie étaient nombreuses. Nous proposons ici une analyse des contributions les plus marquantes.

## Les 7 toxidermies: un portrait robot de chacune d'entre elles

Le diagnostic précis d'une toxidermie est d'une importance capitale, car il conditionne sa gravité, son pronostic, le

choix des tests allergologiques et celui des conseils d'éviction. En effectuant un portrait type de chacune de ces entités, Collet et Bonniaud [1] décrivent successivement ces tableaux cliniques dont la terminologie est riche en acronymes: exanthème maculo-papuleux (EMP); nécrolyse épidermique toxique (NET) ou syndrome de Lyell et syndrome de Stevens-Johnson (SJS); DRESS (*Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*); pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG); urticaires et angioœdèmes, érythème pigmenté fixe (EPF); SDRIFE (*Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema*).

>>> L'EMP, toxidermie la plus fréquente (50 à 95 %), peut prêter à confusion avec une infection virale, surtout chez

l'enfant où les virus sont en cause dans 80 % des EMP. L'éruption survient une huitaine de jours après le début de la prise du médicament. Polymorphe, elle associe macules, papules érythémateuses, plaques d'urticaire, purpura des membres inférieurs, etc. La fièvre est modérée ou absente. L'éruption régresse en une semaine avec desquamation [1].

>>> La NET est la forme la plus grave des toxidermies. Les auteurs soulignent qu'il existe un continuum entre SJS et Lyell-NET, les différences venant du pourcentage de surface décollée (moins de 10 % dans le SJS, plus de 30 % dans le Lyell-NET). Le frottement reproduit le décollement (signe de Nikolsky)<sup>1</sup> [1].

>>> Le diagnostic du DRESS, caractérisé par son éruption tardive (2 à 6 semaines après la prise du médicament), est basé sur des critères précis :

- suspicion de réaction médicamenteuse ;
- éosinophilie supérieure à 1 500/mm<sup>3</sup> ;
- au moins deux atteintes viscérales incluant la peau : adénopathies diffuses, hépatite (alanine aminotransférase [ALAT] > 2 fois la norme), néphropathie interstitielle, pneumopathie interstitielle, péricardite ou myocardite.

L'éruption est un EMP prurigineux affectant plus de 50 % de la surface cutanée ou une érythrodermie fébrile avec œdème facial dans 30 % des cas. Les adénopathies volumineuses et dif-fuses sont habituelles [1].

<sup>1</sup> Ceux qui sont intéressés par l'histoire de la médecine liront avec beaucoup d'intérêt le remarquable article de David Farhi consacré au signe de Nikolsky (1858-1940), découvert à la suite d'une observation fortuite. On apprendra que ce n'est pas un signe mais trois que le médecin russe décrit, permettant de guider rapidement le diagnostic étiologique d'une dermatose bulleuse au lit du malade. Les signes de Nikolsky reflètent une perte de la cohésion interkératinocytaire (acantholyse) et orientent le clinicien vers le diagnostic de dermatose bulleuse intra-épidermique. <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/histoire-du-signe-de-nikolsky>.

## POINTS FORTS

- ➔ Le diagnostic d'une toxidermie conditionne le choix des tests allergologiques et les conseils d'éviction. Les 7 toxidermies sont : l'exanthème maculo-papuleux, la nécrolyse épidermique toxique (ou syndrome de Lyell et de Stevens-Johnson), le *Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*, la pustulose exanthématique aiguë généralisée, les urticaires et/ou angioœdèmes et l'érythème pigmenté fixe, le *Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema*.
- ➔ Les tests allergologiques (*patch tests*, PT, IDR) sont adaptés à chaque toxidermie. Les tests utiles au diagnostic des toxidermies graves sont surtout les *patch tests* médicamenteux. Au cours des toxidermies graves, les IDR avec un médicament très suspect sont formellement contre-indiquées.
- ➔ Les émoullients, utiles pour la prévention secondaire de la dermatite atopique, pourraient l'être aussi pour la prévention primaire (éviter la maladie chez le nourrisson à haut risque atopique). Il faut choisir un émoullient sans parfum, ni conservateur, ni protéine alimentaire.
- ➔ Le *Wet wrapping* est un bandage humide utilisé pour améliorer rapidement le prurit et l'état de la peau au cours des dermatites atopiques modérées à sévères de l'enfant et de l'adulte. Utile chez l'enfant de 6 mois à 11 ans et l'adulte, il est déconseillé chez l'adolescent (risque de vergetures).
- ➔ Les dermatoses des forestiers sont un groupe polymorphe d'affections dues au contact avec les végétaux et les arbres, ou avec des animaux. Les premières sont des dermatites irritatives, des dermatoses allergiques, ou des dermatites aéroportées par contact avec des débris végétaux, des sciures ou des poussières de bois, etc. Parmi les secondes, on trouve la maladie de Lyme et les dermatites irritatives et/ou IgE-dépendantes aux poils des chenilles processionnaires.
- ➔ La dermatite des prés, la plus typique des phytophotodermatoses, se caractérise par une éruption rouge ou souvent bulleuse reproduisant la forme des herbes au contact de la peau exposée. Les lésions sont dues au contact avec des plantes phototoxiques (furocoumarines), associé à une exposition solaire et à l'humidité de la peau.
- ➔ L'objectif du traitement de l'urticaire chronique n'est pas d'obtenir une disparition complète des lésions, mais de faire en sorte qu'elles soient acceptables. Les anti-H1 sont utilisés en première intention. Si le contrôle n'est pas suffisant, on ajoutera le montélukast (en 2<sup>e</sup> intention) puis l'omalizumab, ou la ciclosporine ou le méthotrexate (en 3<sup>e</sup> intention).
- ➔ Le méthotrexate améliore moins rapidement la DA que la ciclosporine chez les adultes atteints de DA modérée à sévère. L'efficacité et la tolérance du méthotrexate sont bonnes.
- ➔ L'urticaire vibratoire fait partie des urticaires physiques, mais ne représente que 10 % des urticaires chroniques. Les circonstances de survenue sont curieuses : machine à coudre, bicyclette, marteau-piqueur, tondeuse à gazon, massages, saxophone, etc.
- ➔ Les accidents allergiques dus aux appâts de pêcheurs sont polymorphes (œdème facial, asthme, anaphylaxie, pulpites et œdème des doigts, etc).
- ➔ La chlorhexidine contenue dans de nombreux produits (désinfectants, dentifrices, collyres, bains de bouche, etc.) peut être responsable d'allergies allant de l'urticaire à l'anaphylaxie.

## CONGRÈS

>>> La PEAG, à début brutal, se caractérise par un érythème scarlatiniforme qui se recouvre vite de petites pustules superficielles, aseptiques, non folliculaires, situées principalement au niveau des aisselles et des plis inguinaux [1].

>>> Les urticaires et angiœdèmes surviennent immédiatement après la prise du médicament. Ils sont IgE-dépendants ou non (AINS). L'urticaire est fugace, migratrice, dure de quelques minutes à plusieurs heures. L'angiœdème est une urticaire profonde, plus douloureuse que prurigineuse. L'atteinte de la muqueuse ORL entraîne une gêne respiratoire, un stridor et un risque d'asphyxie [1].

>>> L'EPF se manifeste de 24 h à quelques jours après la prise du médicament sous la forme d'une ou plusieurs plaques arrondies ou ovalaires, bien limitées, de couleur rouge-violacé, évoluant vers une cicatrice pigmentée. La reprise du médicament reproduit les lésions au même endroit, parfois avec de nouvelles plaques [1].

>>> Autrefois appelé "syndrome babouin", le SDRIFE se caractérise par un érythème maculo-papuleux des fesses, des plis inguinaux et de la région génitale affectant une topographie en V. Les plis axillaires sont souvent atteints. Le visage, les paumes des mains et les plantes des pieds, les muqueuses sont respectés. Il n'y a pas d'atteinte systémique. Les pénicillines sont le plus souvent en cause [1].

>>> À ces 7 toxidermies, il faut ajouter les phototoxicités ou photoallergies, les vascularites, certaines éruptions bulleuses, des pemphigus et des lupus induits.

Les auteurs insistent sur 10 critères d'hospitalisation :

- angiœdème avec risque d'asphyxie;
- éruption dépassant 60 % de la surface corporelle;
- fièvre supérieure à 38,5 °C;

- décollement cutané ou présence d'un signe de Nikolsky;
- érosions muqueuses buccales et/ou génitales;
- adénopathies périphériques et/ou œdème facial et/ou hépato-splénomégalie (DRESS);
- pustulose;
- purpura;
- PE > 1 000/mm<sup>3</sup>;
- ALAT > 2 fois la norme [1].

Cette présentation était importante, non seulement pour les dermatologues mais aussi pour tous les allergologues, internistes et pédiatres qui ne sont pas forcément familiarisés avec la terminologie et les définitions de ces situations cliniques. Les critères d'hospitalisation sont importants à connaître.

### Quels sont les tests utiles au diagnostic selon chaque toxidermie ?

Une autre communication sur le thème des toxidermies était celle d'Annick Barbaud [2], qui a précisé les tests adaptés à chaque toxidermie, en insistant sur les tests propres aux toxidermies graves. D'une façon générale, les tests cutanés sont très utiles : *patch tests* (ou tests épicutanés), PT (*prick test*) ou IDR (intradermoréaction).

>>> Les tests épicutanés sont parfois effectués avec des produits commercialisés prêts à l'emploi en seringue mais, le plus souvent, on ne dispose que des médicaments apportés par le patient qu'il faut diluer à 30 % dans de la vaseline selon les recommandations de l'ESCD (*European Society of Contact Dermatitis*), ce qui correspond à des concentrations du principe actif de 0,05 à 27 % [3].

>>> Les PT sont réalisés de la façon habituelle avec le médicament, la réaction obtenue à 20 min étant comparée aux témoins histamine et sérum

physiologique. La réaction immédiate est positive si la papule est d'au moins 3 mm entourée d'un érythème. Les PT peuvent aussi entraîner une réaction retardée sous forme d'une papule érythémateuse au bout de 24 h.

>>> Les IDR, uniquement effectuées avec des médicaments injectables, sont utiles dans les formes non graves de toxidermies. On injectera 0,02 mL du médicament, la réaction étant positive au bout de 20 min si son diamètre est supérieur d'au moins 3 mm à celui de la papule d'injection. Comme pour les PT, des réactions retardées sont possibles au bout de 24 à 48 h.

Les PT et les IDR à lecture immédiate sont utiles au cours de l'urticaire, du choc anaphylactique et des angiœdèmes, car ce sont les tests les plus sensibles. Les *patch tests* sont contre-indiqués au cours des chocs anaphylactiques médicamenteux, car ils peuvent provoquer à nouveau un choc. Les pourcentages de positivité varient selon les médicaments et les âges. À titre d'exemple, pour les β-lactamines, le PT était positif 2 fois et les IDR 41 fois [4]. Ces tests sont également utiles pour les anesthésiques généraux, les antibiotiques autres que les β-lactamines, les sels de platine, les IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et les PCI (produits de contraste iodés).

Pour les autres situations, les tests les plus appropriés sont les suivants : EPT (*patch tests*), EMP (*patch tests*), PT et surtout IDR en lecture retardée).

Les tests utiles au diagnostic des toxidermies graves sont surtout les *patch tests* médicamenteux (57,5 % de positivité); le pourcentage de positivité était de 58 % au cours des PEAG, de 64 % au cours des DRESS et de 64 % au cours du SSJ/NET. **Important : au cours des toxidermies graves, les IDR effectuées avec un médicament très suspect sont formellement contre-indiquées [2].**

## Une question pratique : la place des émollissants au cours de la dermatite atopique

La physiopathologie de la dermatite atopique (DA) peut se résumer d'une façon lapidaire à un "déficit de la fonction barrière de la peau" (perte de la fonction de la filaggrine [FLG]) [5]. De plus, chez l'atopique, il existe un déficit du microbiome<sup>2</sup> favorisant l'infection à staphylocoque doré. L'application d'émollissants aurait pour effet de rétablir le microbiome cutané, avec amélioration des symptômes de DA [6].

Les émollissants pourraient être utiles au cours de la prévention primaire de la DA à un stade où, à risque atopique par leurs antécédents familiaux allergiques, ils n'ont pas encore développé de symptômes de DA. C'est le résultat de l'étude randomisée de Simpson *et al.* [7], qui porte sur 124 nouveau-nés à haut risque de développer une DA. Les émollissants étaient appliqués au moins 1 fois par jour sur l'ensemble de la peau des nouveau-nés, tandis que les enfants du groupe témoin ne recevaient aucun traitement. À l'âge de 6 mois, il en résultait une réduction de 50 % du risque relatif (RR) de développer une DA (RR = 0,50 [IC 95 % ; 0,28-0,90 ; p = 0,17]).

Autre argument, la restauration de la fonction barrière de la peau aurait pour effet de diminuer le risque de sensibilisation cutanée à l'arachide et ultérieurement celui de développer une allergie alimentaire (AA) à l'arachide. Dans cette étude, Brough *et al.* [8] ont montré que les enfants exposés aux allergènes de l'arachide contenus dans la poussière de maison et ayant une mutation de la FLG multipliaient par 6 le risque

de développer une sensibilisation à l'arachide et par 3 celui de développer une AA à l'arachide.

L'utilisation des émollissants au cours de la prévention secondaire de la DA – éviter la survenue des poussées et la xérose cutanée – est relativement documentée. L'utilisation quotidienne des émollissants peut retarder la survenue des poussées de DA. Toutefois, tous les produits ne se valent pas. Certains d'entre eux peuvent avoir un effet d'épargne des corticoïdes. Il est recommandé d'appliquer les émollissants immédiatement après la toilette sur la peau humide, mais les effets sont peu différents si l'application a lieu 30 min après celle-ci. La fréquence d'utilisation par jour et la quantité à utiliser à chaque application ne sont pas bien précisées pour l'instant [5].

Il faut choisir de préférence un émollissant sans parfum, ni conservateur, ni protéine alimentaire. Le choix galénique est important : émulsions, lait, cérat, etc. Les textures, occlusives ou fluides, sont appréciées de façon variable par les patients dont l'opinion est capitale pour guider le choix. Il est difficile de faire un choix selon les études dont les protocoles sont variables. Le produit idéal doit avoir les caractéristiques suivantes<sup>3</sup> :

- être efficace (augmentation de l'hydratation de la peau et diminution de la perte insensible en eau ;
- permettre un assouplissement de la peau ;
- avoir la capacité de restaurer la barrière lipidique ;
- être cosmétique ;
- être d'absorption rapide ;
- avoir une action prolongée ;
- être toléré par les peaux réactives ;

- être non sensibilisant ;
- avoir un prix abordable.

En pratique, la majorité des patients utilise 250 grammes d'émollissant par mois et applique un émollissant 2 fois par jour.

## Le Wet wrapping : c'est quoi ?

Utilisé pour la première fois en 1991, mais connu depuis l'Antiquité, le *Wet wrapping*<sup>4</sup> (WW) est un bandage humide utilisé pour traiter le prurit au cours des DA modérées à sévères de l'enfant et de l'adulte [9]. La technique comporte 3 phases : application du traitement (en général des dermocorticoïdes dilués dans un émollissant) ; premier recouvrement par une couche de bandage humide ; second recouvrement par un bandage sec<sup>5</sup>.

Sur quatre études contrôlées, deux montrent une efficacité supérieure du WW sur l'application usuelle de dermocorticoïdes. Parmi les effets secondaires, une sensation d'inconfort liée à l'humidité est parfois rapportée, ainsi que des cas de folliculite. Il existe un passage systémique des corticoïdes dû à l'humidité. Après une revue de la littérature (24 publications), Devillers et Oranje [10, 11] recommandent le WW avec un niveau d'évidence de grade C.

Les critères d'utilisation sont les suivants :

- utilisation de 6 mois à 11 ans ;
- déconseillé chez l'adolescent en raison du risque de vergetures ;
- emploi d'un corticoïde fort (propionate de fluticasone ou furoate de mométasone) dilué à 10 % dans un émollissant ;

<sup>2</sup> Le microbiome est l'aire de vie ("aire biotique") du microbiote, expression qui qualifie l'ensemble des espèces naguère regroupées sous le terme "microflore". Les principales sont la flore intestinale (microbiome intestinal) et la flore cutanée (microbiome cutané).

<sup>3</sup> Voir : Jean-Luc Bourrain. Les émollissants dans la dermatite atopique : de la prévention au traitement. <http://www.aart-toulouse.org>. Résumés des Journées Toulousaines d'Allergologie : les émollissants dans la dermatite atopique.

<sup>4</sup> Littéralement "emballage humide".

<sup>5</sup> Voir <https://www.youtube.com/watch?v=s6pAVs4wT1A>. CHU Nantes.

## CONGRÈS

- bandages laissés en place pendant 3 à 24 h en humidifiant toutes les 2 ou 3 h [10];
- utilisation pendant quelques jours lors des poussées;
- possibilité en traitement d'entretien à visée préventive, 2 ou 3 fois par semaine.

Cette technique diminue rapidement le prurit et améliore l'état cutané. Les mécanismes d'action sont multiples : création d'une barrière protectrice qui diminue le grattage, réduction du prurit par vasoconstriction provoquée par le froid, meilleure pénétration des dermo-corticoïdes.

### Les dermatoses des forestiers sont nombreuses

C'est ce que démontre la communication de Cleenewerck [12], qui distingue les dermatites de contact dues aux végétaux et aux arbres, et les dermatoses dues aux animaux.

Les dermatoses de contact dues aux végétaux et aux arbres sont des DIC (dermatites irritatives de contact), soit des DAC (dermatoses allergiques de contact), soit des dermatites aéroportées dues au contact avec des débris végétaux, des sciures ou des poussières de bois.

>>> Les DIC sont d'origine physique (friction, coupures, échardes, piqûres, etc.) pouvant se surinfecter, ou d'origine

chimique avec certaines plantes. Le contact avec les euphorbes (esters diterpéniques), les Brassicacées<sup>6</sup> (isocyanates) ou les renoncules (proto-anémone) entraîne des brûlures le plus souvent sévères.

>>> Les DAC sont provoquées par les mousses, les lichens et surtout certaines plantes de la famille des Astéracées. Les plantes et les composés allergisants sont très variés : *Frullania dilatata* et *tamarisci* (pour les mousses), divers acides (pour les lichens), etc. En Amérique du Nord, des DAC sont dues au poison *ivy* ou au poison *oak*<sup>7</sup>.

>>> Les urticaires de contact sont dues aux bois, à divers végétaux (orties), à des tiges ou à des feuilles histaminolibératrices.

>>> Les photodermatoses sont dues à des furocoumarines soit linéaires (psoralènes), soit angulaires (angélicines). La majorité des végétaux phototoxiques sont des Ombellifères (Apiacées, comme le céleri, le cerfeuil, le fenouil, la ciguë, l'angélique, etc)<sup>8</sup>.

Les principales dermatoses de contact dues aux animaux sont la maladie de Lyme, les leishmanioses cutanées, les dermatites provoquées par les chenilles processionnaires du pin ou certains papillons de nuit<sup>9</sup>. Si elles atteignent d'abord les travailleurs forestiers, la plupart d'entre elles peuvent toucher les vacanciers et les promeneurs, à l'instar des dermatites de contact aux



FIG. 1 : Lésions papulo-érythémateuses des bras avec prurit, de dimensions variables, avec excoriations débutantes de certaines d'entre elles (collection GD).



FIG. 2 : Mêmes patient : lésions papuleuses entourées d'un érythème au niveau du thorax (collection GD).

poils urticants des chenilles processionnaires du pin qui sont très souvent IgE-dépendantes (fig. 1 et 2).

### Une mise au point sur les phytophotodermatoses

La communication de Avenel-Audran et Sarre [14] indiquait tout ce qu'il faut savoir sur les phytophotodermatoses : leur définition, leurs aspects cliniques et les plantes responsables.

<sup>6</sup> Anciennement appelées Crucifères, elles comportent 3 200 espèces et 350 genres (choux, navets, moutarde). Il existe des espèces sauvages (cardamine ou herbe de la Saint-Georges, capselles ou bourse-à-pasteur).

<sup>7</sup> Les sumacs (genre *Rhus*, famille des Anacardiacées) sont des plantes ligneuses, rampantes, toxiques ou non. La toxicité peut venir du latex qu'elles produisent (urushiol) ou des feuilles. Le sumac vénéneux ou poison *ivy* est le lierre empoisonné (*Rhus radicans* L.). Le poison *oak* est le chêne empoisonné (*Rhus diversiloba*). L'allergie au poison *oak* est la cause principale des arrêts de travail chez les pompiers de San Francisco. 80 % des Américains sont sensibles à ces Anacardiacées. En France, ces sumacs n'existent pas à l'état sauvage, sauf implantation accidentelle ou délictueuse (à Strasbourg, le long du Rhin, à Nancy). Voir : Plantes et réactions cutanées. <https://books.google.fr/books?isbn=2742004343>.

<sup>8</sup> Voir ci-dessus le compte rendu de la communication de Avenel-Audran et Sarre.

<sup>9</sup> La papillonite, ou lépidoptérisme, est due au contact avec les poils urticants présents sur l'abdomen des papillons femelles du genre *Hylesia* ou papillon cendré (Argentine, Guyane, Venezuela, Pérou, etc.) et du genre *Anaphae* (Afrique). Ces poils sont responsables de dermatites de contact souvent sévères, d'allergies respiratoires et parfois de réactions anaphylactiques. Des symptômes graves, toxiques, neurologiques et hémorragiques ont été décrits. Des réactions systémiques ont également été rapportées après le contact avec le cocon d'un papillon australien, *Chelepteryx collesi*.

Ces dermatoses résultent du contact de la peau avec une plante et de l'action du soleil. Il s'agit de dermatoses phototoxiques dues à l'action conjuguée d'un agent chimique photosensibilisant contenu dans la plante et de la longueur d'onde d'UV correspondante (UVA). Elles réalisent une réaction inflammatoire, apparaissant quelques heures après le contact avec les herbes, se manifestant d'abord par une rougeur avec œdème, puis éventuellement par un aspect bulleux. Une pigmentation peut persister. Les furocoumarines sont les agents chimiques responsables, à structure linéaire (psoralènes) ou angulaire (angélicine). D'autres substances chimiques peuvent être en cause comme les thiophènes présents dans les Astéracées.

La dermite des prés, vulgairement dénommée "pastanargue", est le tableau clinique le plus typique. Elle réalise une éruption rouge ou souvent bulleuse reproduisant la forme des herbes en contact avec la peau. Le contact de la peau avec des plantes phototoxiques est associé à une exposition solaire et à l'humidité de la peau (baignade ou sudation). Les circonstances de survenue sont les baignades au bord des rivières ou des lacs, le repos sur des pelouses, etc. (fig. 3 et 4).



**FIG. 3 :** Dermite des prés après une baignade en rivière et jeux sur des rives herbeuses chez un enfant de 7 ans. Aspect des lésions au niveau de la plante des pieds chez cet enfant qui avait couru dans l'herbe les pieds nus et humides (collection GD).



**FIG. 4 :** Même patient : lésions très importantes au niveau des deux mains. Surinfection (collection GD).

Les auteurs donnent une liste des familles des plantes responsables : Apiacées (angélique, carotte, fenouil, grande berce, héraclée, cerfeuil sauvage, etc.), Fabacées (psoralière), Moracées (figuier), Rutacées (citron, orange, bergamote, rue des jardins, fraxinelle, etc.), Astéracées (chicorée, pissenlit, chardon, etc.). Pour les Rutacées, le potentiel photosensibilisant est situé dans l'écorce plus que dans le fruit.

### Comment traiter une urticaire chronique en 2016 ?

Les traitements disponibles de l'urticaire chronique (UC) sont nombreux : antihistaminiques (anti-H1, anti-H2), antileucotriènes, immunomodulateurs (corticoïdes systémiques, ciclosporine, méthotrexate), anticorps monoclonaux (omalizumab, rituximab, anti-TNF $\alpha$ ).

La communication de Soria [15] donne les points clés du traitement optimal pour la majorité des patients atteints

d'UC. L'objectif n'est pas d'obtenir une disparition complète de l'UC, mais des lésions acceptables pour le patient et la meilleure qualité de vie possible. En effet, sous traitement, certaines plaques d'urticaire sont peu ou non symptomatiques, non prurigineuses.

>>> En sus du contrôle des facteurs favorisants, les anti-H1 de 2<sup>e</sup> génération constituent la base du traitement : 45 à 80 % des patients sont améliorés par les anti-H1. Il ne semble pas exister d'avantage à prendre tel anti-H1 ou tel autre. Ils sont d'abord prescrits à la posologie de l'AMM (1 comprimé par jour) puis, au bout de 2 semaines, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour si l'UC n'est pas suffisamment contrôlée [15].

>>> En seconde intention, si l'efficacité des anti-H1 n'est pas suffisante, il est possible d'ajouter du montélukast [15].

>>> Le traitement de 3<sup>e</sup> intention fait appel à l'omalizumab, au méthotrexate ou à la ciclosporine, toujours en association

## CONGRÈS

avec les anti-H1 [15]. La ciclosporine serait efficace dans 70 à 80 % des cas au bout de 6 semaines de traitement. L'omalizumab, à la dose de 300 mg toutes les 4 semaines en injection sous-cutanée, a l'AMM dans le traitement additionnel de l'UC chez les adultes et les enfants de plus de 11 ans dont la réponse aux anti-H1 n'est pas suffisante. Selon des études ouvertes, son efficacité irait jusqu'à 80 % des cas. L'initiation du traitement doit se faire à l'hôpital. Son renouvellement est réservé aux dermatologues, aux internistes et aux pédiatres.

Fait important, les corticoïdes par voie générale n'ont pas de place dans le traitement de l'UC et sont donc contre-indiqués. L'éducation thérapeutique améliore la connaissance de leur maladie par les patients. Reste à prouver qu'une meilleure compréhension de l'UC est associée à une amélioration clinique [16].

### Quelques brèves

#### 1. Le méthotrexate améliore moins rapidement la DA que la ciclosporine mais sa tolérance est meilleure

Dans le cadre d'une étude de non-infériorité, Goujon *et al.* [17] ont étudié 97 adultes atteints de DA modérée à sévère ayant reçu du méthotrexate (15 mg/semaine) ou de la ciclosporine (2,5 mg/kg/jour) pendant 8 semaines. Au bout de 8 semaines, si le SCORAD (*Scoring atopic dermatitis*) ne s'améliorait pas de 50 %, le méthotrexate était augmenté de 25 mg/semaine et la ciclosporine de 5 mg/kg pendant les 16 semaines suivantes. Globalement, lorsque la diminution de 50 % du SCORAD n'était pas atteinte à l'issue de la 8<sup>e</sup> semaine, le méthotrexate était augmenté chez 56 % et la ciclosporine chez 49 % des patients. L'EASSI 50 (*diminution de 50 % de l'Eczema Area Severity Intensity index*) était atteinte à la 20<sup>e</sup> semaine chez 92 % (22/24) des patients sous méthotrexate

et chez 87 % (26/30) des patients sous ciclosporine ce qui, compte tenu de l'effectif, n'est pas une différence très significative. En revanche, les effets secondaires étaient plus fréquents avec la ciclosporine ( $p < 0,0001$ ). Il faut effectuer des études sur des effectifs plus importants et commencer probablement par des posologies plus élevées de méthotrexate au début.

#### 2. L'efficacité et la tolérance du méthotrexate sont bonnes chez les adultes atteints de DA modérée à sévère

À l'aide des scores SCORAD et DLQI (*Dermatology life quality index*), Delcasso *et al.* [18] ont évalué de façon rétrospective 50 adultes atteints de DA sévère recevant au minimum 15 mg de méthotrexate par semaine, le plus souvent en injection sous-cutanée, cela en sus du traitement usuel. Les premiers résultats montrent que l'amélioration clinique commence au bout de 3 mois de traitement. La tolérance est bonne. En revanche, l'asthme associé à la DA n'est pas amélioré par le méthotrexate. Les auteurs comparent leurs résultats à ceux de Politiek *et al.* [19] qui n'obtenaient une réponse au méthotrexate que dans 50 % des cas, ce qui peut s'expliquer par une administration par injections sous-cutanées seulement dans 11 % des cas (contre plus de 50 %) et par une dose moyenne plus faible (13,6 mg/semaine contre 20 mg/semaine dans cette étude). Si, en cas d'échec du traitement de 1<sup>re</sup> intention, le traitement de référence de la DA modérée à sévère est la ciclosporine, le méthotrexate est une alternative intéressante en raison de son faible coût et de sa bonne tolérance.

#### 3. L'urticaire vibratoire fait partie des urticaires physiques qui ne représentent que 10 % des urticaires chroniques

C'est donc une affection rare qui, dans le cas décrit par Saintot *et al.* [20], sur-

venait depuis 3 ans au niveau des mains chez une femme de 63 ans qui utilisait souvent une machine à coudre. Le test au diapason était positif. L'EAACI (*European Academy of Allergy and Clinical Immunology*) recommande d'utiliser un agitateur vortex pour le diagnostic avec lecture à 10 min, mais la réaction peut être plus tardive, jusqu'à 6 h. Les circonstances de survenue décrites jusqu'à présent étaient : la bicyclette, le marteau-piqueur, la tondeuse à gazon, les massages. S'y ajoutent un angioedème des lèvres chez une saxophoniste et un angioedème vibratoire de la langue induit par le ronflement au cours d'un syndrome d'apnées du sommeil !

#### 4. Les accidents allergiques dus aux appâts de pêcheurs, décrits depuis plusieurs années, sont polymorphes

Brault *et al.* [21] décrivent une pulpite des deux mains (œdème des doigts et pulpite sèche) survenant depuis 2 ans chez un pêcheur de 25 ans, rythmée par les allers et retours à la pêche, disparaissant hors de la saison de pêche en hiver. La pulpite survenait au niveau des 3 premiers doigts de la main droite et des 2 premiers doigts de la main gauche. Il fut facile de démontrer que cette localisation correspondait à la technique d'accroche des appâts, des asticots de diverses sortes. Les PT étaient positifs pour l'asticot blanc (5 mm) et l'asticot rouge (3 mm), mais négatifs pour les asticots verts et noirs, ainsi que pour les poissons crus [21]. Les auteurs ont recommandé à ce jeune pêcheur d'utiliser des gants et des asticots verts !

#### 5. Une urticaire de contact à la chlorhexidine est rapportée chez une fillette de 7 ans

Elle est survenue à deux reprises, après désinfection à l'aide d'un spray puis après l'utilisation d'un démaquillant. Les auteurs ont montré que le produit responsable était l'alcool benzylique,

excipient de la Biseptine<sup>®</sup>, utilisé comme conservateur dans de nombreux médicaments, cosmétiques et parfums [22]. On rapprochera de cette observation le cas d'anaphylaxie IgE-dépendante à la chlorhexidine décrit par Rochefort-Morel *et al.* [23] chez un garçon de 2 ans après la désinfection d'une plaie au menton. Le PT à la chlorhexidine aqueuse (2 mg/mL) était fortement positif, avec réaction systémique au bout de 30 min sous la forme d'un œdème labial et d'une toux sèche régressifs sous anti-H1 et corticoïdes par voie générale. La chlorhexidine, antiseptique à large spectre très utilisé pour la désinfection des plaies, est également présente dans de nombreux produits comme les pâtes dentifrices, les bains de bouche, les sprays buccaux, les collyres, les démaquillants, etc. Elle peut provoquer des dermatites de contact et des réactions systémiques. Cette allergie pourrait être impliquée dans 5 à 10 % des anaphylaxies périopératoires : il est recommandé de la rechercher plus systématiquement comme l'allergie au latex [23].

### Bibliographie

1. COLLET E *et al.* Les 7 toxidermies : présentation clinique. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:109-111.
2. BARBAUD A. Quels tests pour quelles toxidermies ? *Rev Fr Allergol*, 2016;56:112-113.
3. BRAJON D *et al.* Non-irritant concentrations and amount of active ingredient in drug patch tests. *Contact Dermatitis*, 2014;71:170-175.
4. PONVERT C *et al.* Allergy to betalactam antibiotics in children : results of a 20-year study based on clinical history, skin and challenges tests. *Pediatr Allergy Immunol*, 2011;22:411-418.
5. WATON J *et al.* Place des émoullients dans la prise en charge de la dermatite atopique. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:151-152.
6. SEITE S *et al.* Microbiome of affected and unaffected skin of patients with atopic dermatitis before and after emollient treatment. *J Drugs Dermatol*, 2014;13:1365-1372.
7. SIMPSON EL *et al.* Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:818-823.
8. BROUGH HA *et al.* Peanut allergy: effect of environmental peanut exposure in children with filaggrin loss-of-function mutations. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:867-875.
9. BERNIER C. Prise en charge de la dermatite atopique : connaissez-vous le *Wet Wrapping* ? *Rev Fr Allergol*, 2016;56:153-154.
10. DEVILLERS AC *et al.* Efficacy and safety of « wet-wrap » dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. *Br J Dermatol*, 2006;154:579-585.
11. DEVILLERS AC *et al.* Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline. *Pediatr Dermatol*, 2012;29:24-27.
12. CLEENEWERCK MB. Dermatoses des forestiers. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:160-162.
13. DINEHART SM *et al.* Caripito itch: dermatitis from contact with Hylesia moths. *J Am Acad Dermatol*, 1985;13(5 Pt 1):743-747.
14. AVENEL-AUDRAN M *et al.* Phytophotodermatoses. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:230-232.
15. SORIA A. Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:199-201.
16. MARTIN C *et al.* Évaluation de l'éducation thérapeutique dans l'urticaire chronique. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:290 (Derm-03).
17. GOUJON V *et al.* *Rev Fr Allergol* 2016 ; 56(3) : 289 (Derm-01).
18. DELCASSO B *et al.* Bonne efficacité et tolérance du méthotrexate chez les patients adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère en condition réelle de prescription. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:289-290 (Derm-02).
19. POLITEK K *et al.* Drug survival for methotrexate in a daily practice cohort of adult patients with severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol*, 2016;174:201-203.
20. SAINTOT M *et al.* Urticaire vibratoire des mains. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:293 (Derm-12).
21. BRAULT P *et al.* Dermite de contact aux protéines d'asticot chez un pêcheur. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:291 (Derm-05).
22. JELTI L *et al.* Urticaire de contact à la biseptine. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:291 (Derm-06).
23. ROCHEFORT-MOREL C *et al.* Un cas rare d'anaphylaxie à la chlorhexidine chez un enfant de 2 ans. *Rev Fr Allergol*, 2016;56:314 (Médi-29).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.