

Le dossier – Eczémas de contact

Éditorial



D. TENNSTEDT

Cabinet de Dermatologie, NIVELLES, Belgique.

La dermatite allergique de contact (ou eczéma allergique de contact) est consécutive à l'application par voie directe ou par voie aéroportée d'une substance exogène, se comportant comme un haptène (qui se transforme en allergène complet dans l'épiderme après couplage avec une protéine) et déclenchant une réaction d'hypersensibilité à médiation cellulaire retardée (type IV). Classiquement, la dermatite allergique de contact survient après 7 à 10 jours lors du premier contact avec l'allergène (phase d'induction) et après 24 à 72 heures lors d'un contact ultérieur (phase de révélation). Il est essentiel de rappeler que la dermatite allergique de contact ne survient pas nécessairement lors du premier contact. Cette réaction allergique peut survenir après plusieurs mois ou, plus rarement, plusieurs années de tolérance. "On ne naît pas allergique, on le devient".

La dermato-allergologie de contact est souvent considérée comme une sous-spécialité "à part" dont la mise au point est parfois réservée (à tort) aux services universitaires !

Même si la recherche d'un ou des allergène(s) en cause n'est pas toujours évidente, et souvent rébarbative au premier abord, elle reste ô combien riche pour celui qui s'y intéresse.

Il est évident, voire indiscutable, qu'il existe d'importantes interactions entre la dermato-allergologie de contact et les grandes dermatites inflammatoires que sont la dermatite irritative de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, le lichen plan et bien d'autres...

Le diagnostic clinique d'une dermatite allergique de contact doit impérativement faire appel à deux critères : l'anamnèse et la réalisation de tests épicutanés et de leurs variantes additionnelles.

L'interrogatoire minutieux, éventuellement répété, reste la première étape du diagnostic d'une dermatite allergique de contact. Il ne faut négliger ni la chronologie de l'apparition de la dermatite, ni sa localisation, ni les caractères évolutifs des multiples poussées, ni le mode d'extension.

Les tests épicutanés constituent la deuxième pierre angulaire du diagnostic clinique d'une dermatite allergique de contact ; ils visent à identifier l'allergène responsable en reproduisant, en miniature, la dermatite de contact.

Ce dossier de *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie* a été conçu, écrit et réalisé par quatre dermato-allergologues. En effet, les auteurs des différents chapitres sont à la fois dermatologues et spécialisés en dermato-allergologie.

■ Le dossier – Eczémas de contact

Ils ont voulu actualiser plusieurs chapitres de cette sous-spécialité en y incluant un nombre considérable de nouveautés. D'autre part, les aspects pratiques et indispensables à connaître sont décrits de manière précise et devraient répondre aux nombreuses questions que se posent les praticiens qui abordent de façon active la dermatologie de contact. Cette discipline subit d'importantes et incessantes évolutions liées aux diverses innovations de la technologie moderne. Le dermatologue doit donc rester curieux, ouvert et attentif à tout ce qui touche le monde professionnel afin de pouvoir débusquer et soigner une pathologie à mettre en relation avec le monde externe.

Quatre grands chapitres étroitement liés aux dermatites allergiques de contact ont été privilégiés.

Le Dr Marie-Noëlle Crépy (Paris) nous emmène dans le dédale des allergies aux gants de travail. En ce qui concerne le travail en milieu humide, le port de gants représente incontestablement la source la plus fréquente de sensibilisation de contact en raison des nombreux allergènes qu'ils peuvent contenir. Une mise au point par tests épicutanés est primordiale pour déterminer le ou les allergènes en cause et permettre un choix judicieux de gants de substitution.

Le Dr Brigitte Milpied (Bordeaux) nous dévoile le monde des dermatites allergiques de contact chez l'enfant. Ceux-ci côtoient de nombreuses sources de sensibilisation cutanée : excipients et conservateurs de divers topiques, corticoïdes à usage local, nickel, aluminium, parfums, huiles essentielles, baume du Pérou, accélérateurs de vulcanisation des caoutchoucs, PPD des tatouages au "henné" (et bien d'autres).

Il faut également souligner que les enfants atopiques sont fréquemment traités par divers topiques qui peuvent être la source de fréquentes allergies de contact.

Une mise au point des diverses dermatites allergiques de contact situées aux pieds est réalisée par le **Pr Dominique Tennstedt** (votre "serviteur" de Bruxelles) aidé très activement par le **Dr Jeanne Dubois**, du CHUV de Lausanne. Les dermatites allergiques de contact des pieds sont extrêmement fréquentes et souvent chroniques. La transpiration, l'occlusion, la macération, jouent un rôle considérable, entraînant un relargage facilité des allergènes contenus dans les composants des chaussures. D'autre part, les conditions de travail peuvent jouer un rôle déterminant (frottements, froid, humidité, chaleur...).

Enfin, le Pr Olivier Aerts (Anvers), chercheur "infatigable" de nouveautés, nous interpelle quant aux nombreux nouveaux allergènes ou nouvelles sources d'allergènes bien authentifiés : allergènes cosmétiques, parfums, propolis, allergènes végétaux, filtres solaires, allergènes des gants et chaussures, allergènes du métier de manucure, allergènes des nouveaux dispositifs médicaux et surtout la benzisothiazolinone dans les produits à usage ménager (détergents en particulier).