



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**



**Université Lille 2
Droit et Santé**

Atopie : quelle prise en charge ?

Delphine Staumont-Sallé

Service de Dermatologie, CHRU Lille

Consultation Multidisciplinaire des Dermatoses Professionnelles

Le risque cutané dans le BTP, Lille, 30 Mai 2013

DA : épidémiologie

Population générale : Prévalence en ↑ croissante
X2 à X3 en 30 ans

Dans les pays occidentaux :

Enfant : 15-30%

Adulte : 3-5%

DA : épidémiologie

Chez le travailleur :

- 15 à 25% d'atopiques chez les salariés

(Frimat P, Fantoni-Quinton S. Revue Française d'Allergologie 2008 ; 48:317-20)

- Etude suédoise :

40% de DA chez les 16-24 ans, 17% chez les plus âgés

Nombre de jours d'arrêt maladie /individu : 108

(Meding et al, 1995)

➔ Problème de santé publique

DA et risque de dermatoses professionnelles

DA = facteur favorisant la survenue des dermatoses professionnelles

Confirmé par plusieurs études pour certains secteurs d'activité dits « à risque » :

- Soins : DA X3 risque d'eczéma des mains
- Coiffure
- BTP
- Travaux de mécanique
- Travaux agricoles
- Travaux de nettoyage
- Manipulation des aliments (restauration, conserverie...)

Travailleur atopique : Conduite à tenir ?

CAT à décider en fonction :

- De l'examen clinique : diagnostic, sévérité
 - Du mécanisme incriminé : irritation/allergie
 - Des examens complémentaires (épidermo-tests) orientés par la clinique et une bonne connaissance du poste de travail
 - Du suivi évolutif
- Cs multidisciplinaire (médecin du travail, dermatologue, dermato-allergologue, en lien avec le médecin traitant)
- 4 axes : diagnostic, traitement, prévention, réparation

1- Faire le diagnostic

DA = Diagnostic clinique

Important car souvent problème de définition
dans les études publiées

Définition clinique de la DA : Critères de HANIFIN (1987)

4 critères majeurs : au moins 3

Prurit

Eruption chronique et/ou récidivante

Topographie typique des lésions

Antécédents personnels ou familiaux d'atopie

23 critères mineurs : au moins 4

Xérose

Intolérance à la laine et aux solvants lipides

Pli de Dennie-Morgan

Dermite palmo-plantaire

Ichtyose/kératose pilaire/hyperlinéarité palmaire

Chéilite

Pigmentation péri-orbitaire

Conjonctivite récurrente

Pityriasis alba

Kératocône

Eczéma mamelonnaire

Plis antérieurs du cou

Dermographisme blanc

Intolérance alimentaire

Intolérance à la sueur

Tendance à la surinfection cutanée

Début < 5 ans

Influence des facteurs émotionnels

Élévation des IgE sériques

Réaction de type I aux tests épicutanés

Aggravation périfolliculaire

Pâleur/érythème facial

Cataracte sous capsulaire antérieure

Définition clinique de la DA : UK Working Party

Prurit

Et au moins 3 des critères suivants :

Topographie des lésions : plis

Antécédents personnels ou familiaux d'asthme et/ou de rhinite

Sécheresse cutanée diffuse

Début des signes cutanés < âge de 2 ans

**Topographie
« classique »
des lésions de DA**



Topographie spécifique chez l'adulte : visage et cou



Topographie spécifique chez l'adulte : visage et cou

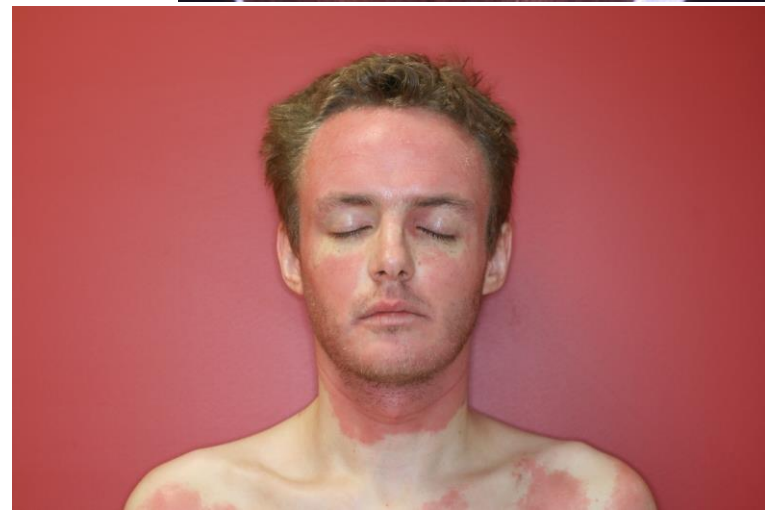
Visage rouge

« Head and neck dermatitis »

tête, cou, partie supérieure du dos et
région pré-thoracique

localisation préférentielle chez l'adulte

- Constitutionnel
- Facteur infectieux : *malassezia*
- Sensibilisation aux aéro-allergènes ou allergènes aéroportés
- Sensibilisation de contact



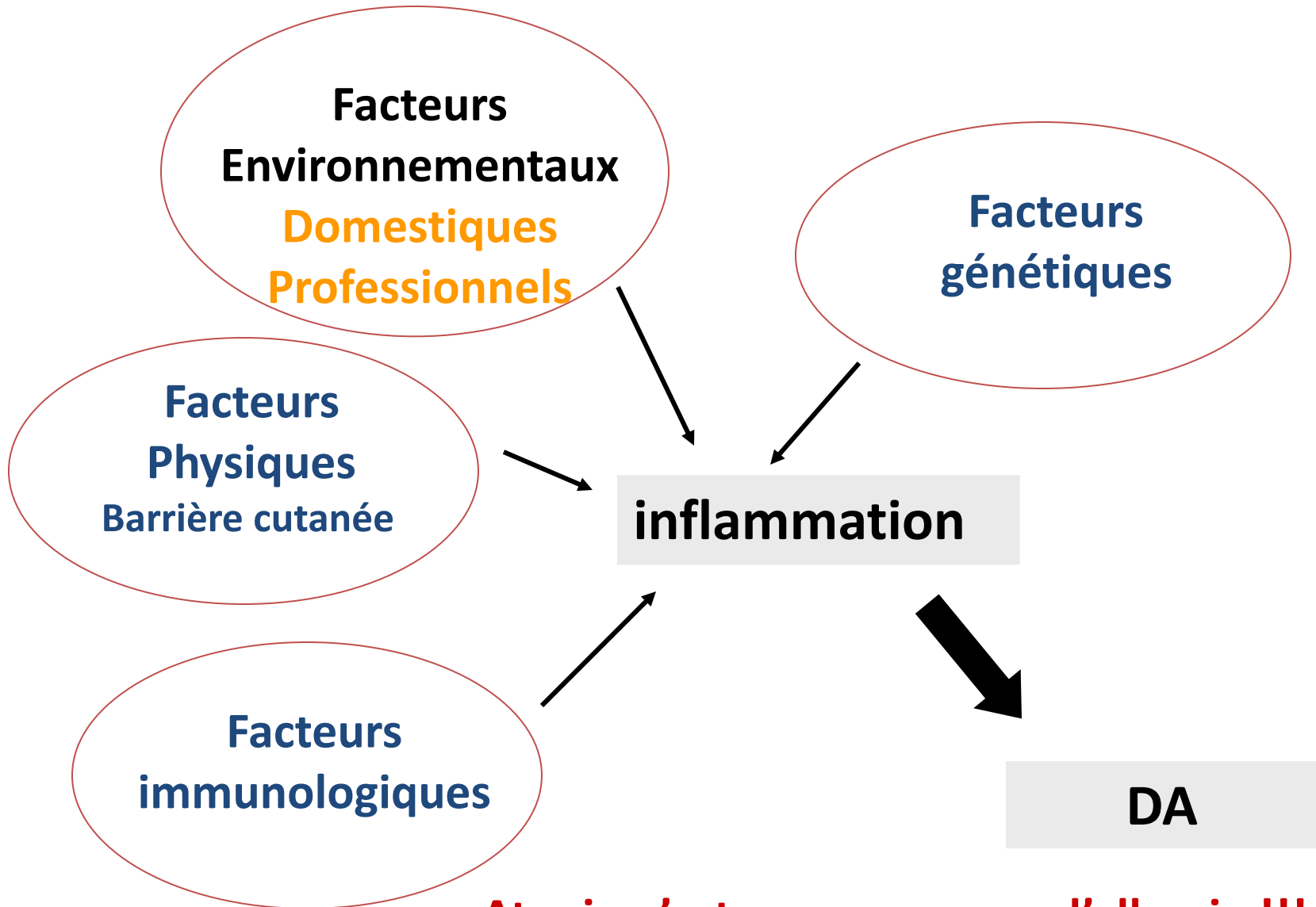
Topographie spécifique chez l'adulte : mains



2- Identifier le(s) mécanisme(s)
et le(s) agent(s) responsable(s)



DA : maladie plurifactorielle



Atopie n'est pas synonyme d'allergie !!!

Perturbations de la fonction barrière de la peau

Peau sèche, parfois altérée (fissures, érosions), d'autant plus si prurit (lésions de grattage)

Aggravation par facteurs environnementaux souvent intriqués :

- Facteurs physiques non spécifiques : chaleur, froid, humidité, climatisation, frottements
- Facteurs chimiques non spécifiques : savons, détergents, solvants
- Facteurs chimiques spécifiques : ciments et autres allergènes
- Facteurs individuels : stress (neuropeptides)

2 tableaux cliniques principaux

- Dermite d'irritation
- Eczéma de contact allergique (ECA)

→ « dermite chronique des mains »

Dermite d'irritation





Dermite d'irritation

Situation la plus fréquente en consultation

- Non spécifique, mais plus fréquente si DA
- Amélioration si éviction de l'irritant mais peut perdurer en milieu domestique si autres irritants présents
- Souvent difficile à distinguer d'un ECA, et possibilité d'intrication avec ECA

Eczéma de contact allergique (ECA)







Eczéma de contact allergique (ECA)

L'atopique ne développerait pas plus d'ECA que le non atopique dans les études

15 à 35% d'allergie de contact chez l'atopique

Mais sensibilisation de contact favorisée par :

- Altération de la barrière cutanée (pénétration des allergènes)
- Dysrégulation de la réponse immune locale (rupture de tolérance)

Dans le BTP : ciments (irritant et sensibilisant : pas seulement chrome), huiles de décoffrage, peintures et solvants, colles et résines, bois et ses produits de traitement, isolants ...

➔ Intérêt des épidermo-tests : batterie standard, batteries spécialisées en fonction des expositions, produits manipulés

Fréquent si DA : Dermite mixte des mains



2- Traiter

- Expliquer les évictions (irritants, allergènes)
- Traiter rapidement
- Planifier le traitement : Traitement de la crise /
Traitement de fond
- Eduquer

Les outils du traitement

- Traitements topiques restaurateurs de la barrière
- Traitements topiques anti-inflammatoires et immunomodulateurs
- Traitements systémiques anti-inflammatoires et immunomodulateurs
- Pas de thérapeutique ciblée ayant fait la preuve de son efficacité à l'heure actuelle (\neq psoriasis)

Topiques restaurateurs de la fonction barrière

Emollients (filmogènes hydrophobes ou humectants hydrophiles)

Crèmes barrières

Bariéderm[®] crème isolante réparatrice

Bariéderm Tech (Uriage[®])

Exoméga[®] crème barrière (Aderma[®])



Prescription systématique

Au minimum 1 application par jour, sur tout le corps (y compris visage si besoin)

En association aux topiques anti-inflammatoires et/ou aux systémiques lors de la poussée : rôle d'épargne cortisonique

Seuls en entretien

Topiques anti-inflammatoires



- Dermocorticoïdes : ttt de 1^e intention, en association avec les émoullients**
- Immunosuppresseur topique : tacrolimus, à discuter si échec des dermocorticoïdes**

Dermocorticoïdes

- Effet réservoir : 1 seule application x/j
- Tachyphylaxie : Apparition d'une tolérance (résistance clinique) après applications prolongées et ininterrompues
d'où cures courtes avec arrêt rapide = ttt de la poussée
possibilité de « week-end thérapies » en ttt d'entretien
- 65 à 85 % de réponse clinique bonne ou excellente (essais contrôlés contre excipient)
Si échec : Observance ? Corticophobie ? Rarement : ECA aux dermocorticoïdes
- Mains: classe très forte, pommades ou crèmes
- Utilisation sous occlusion possible en début de traitement
- Réduction de la colonisation par le staphylocoque en restaurant la barrière épidermique
Contre-indiqués transitoirement en cas de surinfection manifeste surtout HSV

Inhibiteurs topiques de la calcineurine

tacrolimus (Protopic®)

- Traitement de la D.A. modérée à sévère de l'adulte en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux traitements conventionnels (Protopic® 0,03 % et 0,1 % pommade, tubes 30 g)
- Ne peut être prescrit que par les Dermatologues et les Pédiatres
(ordonnance d'exception)

Traitement de la poussée : 2 applications/jour
Irritation locale en début de ttt

Possibilité d'utilisation en entretien : 2 fois/semaine

Pas d'atrophie cutanée

Attention : photoprotection, ↑ risque infection HSV ; si utilisation au long cours : risque carcinogène (risque lymphome non prouvé)

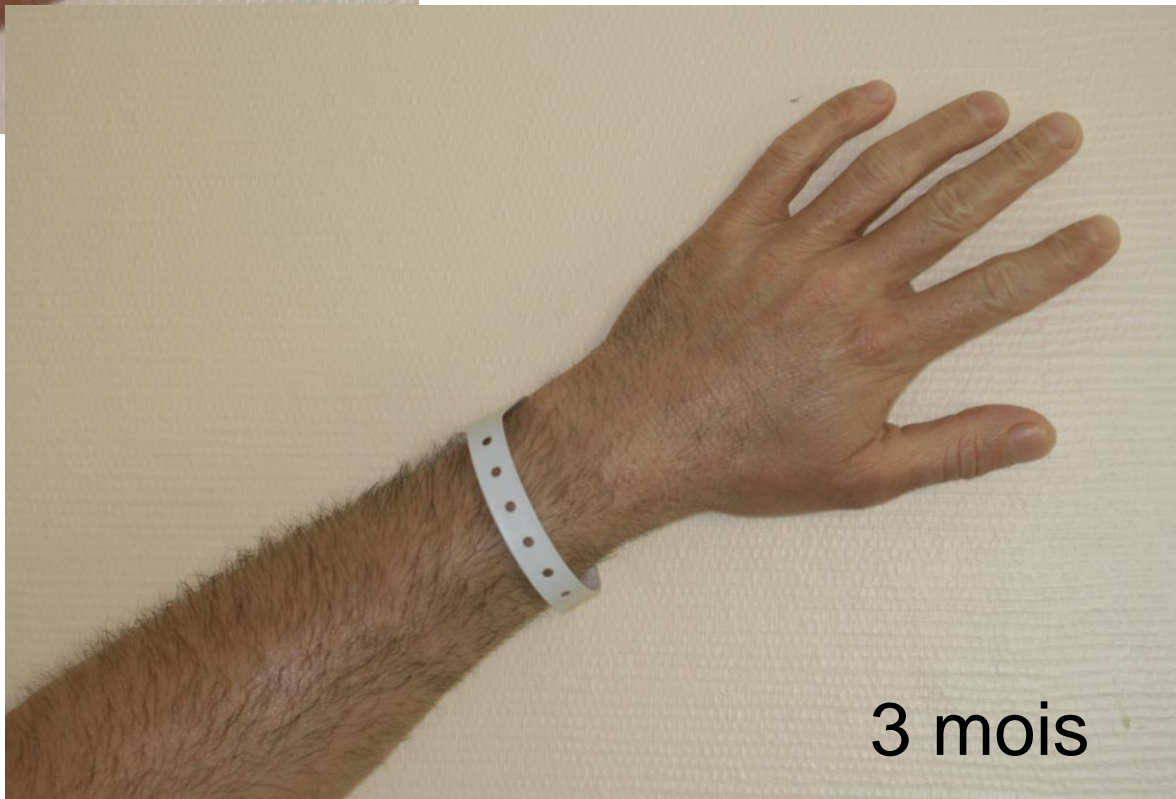


Traitements systémiques

- Alitrétinoïne
- Photothérapie
- Ciclosporine
- Methotrexate
- Autres immunosuppresseurs

Alitrétinoïne (Toctino®)

- Rétinoïde systémique (régulation de la différenciation kératinocytaire)
- AMM spécifique dans l'ECM après échec d'un traitement bien conduit par dermocorticoïdes de classe forte ou très forte
- 30 mg/jour (ou 10 mg si facteurs de risque cardiovasculaires)
- Au moins 3 mois
- Surtout efficace sur eczéma sec
- Peut être efficace sur autres localisations de DA
- EI : céphalées, dyslipidémies, hypothyroïdie centrale



3 mois

Photothérapie

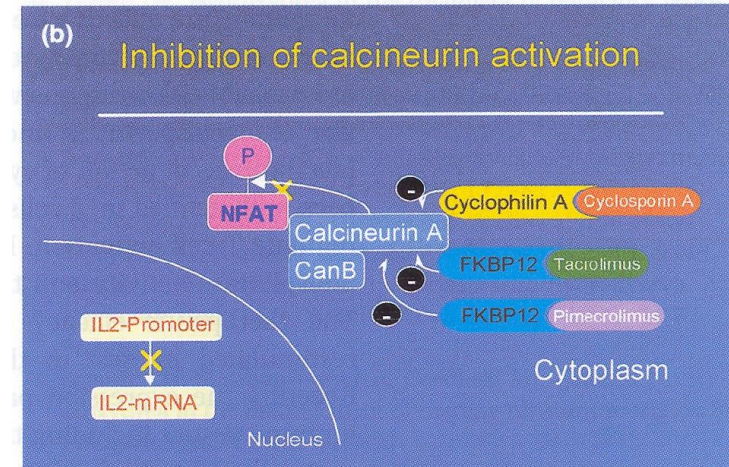
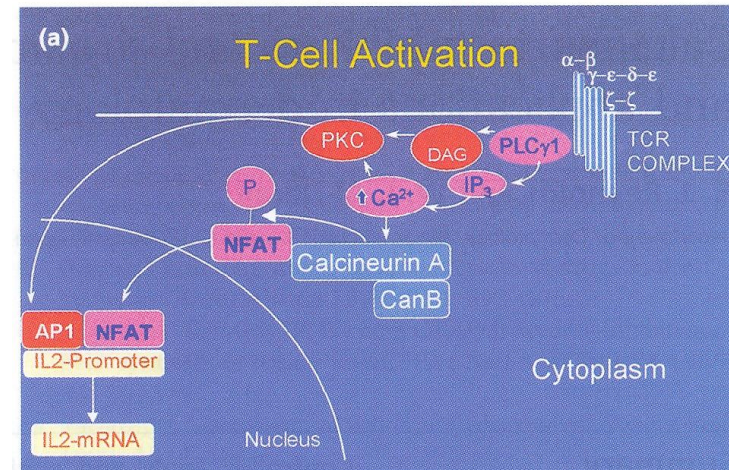


- Différentes modalités :
 - PUVA et balnéo-PUVA= psoralène photosensibilisant + UVA
 - UVA-1
 - UVB à spectre étroit (TL01)
 - UVA+UVB
- 20 à 30 séances à raison de 2 à 3 séances/semaine
- Complications tardives : cancers cutanés
- **Résultats satisfaisants mais pas de rémission prolongée :**
= Pour passer un cap

Ciclosporine



- AMM dans les DA sévères de l'adulte
- Posologie de 2,5 à 5 mg/kg/j pendant 4 à 12 semaines parfois plus mais < 2 ans
- Amélioration clinique rapide dans 80 % des cas mais rechutes précoces
- Tolérance à court terme bonne, risque de complications rénales, hypertensives et risque carcinogène



Autres immunosuppresseurs/régulateurs

Hors AMM :

- MTX
- Azathioprine (Imurel)
- Mycophénolate mofétil (Cellcept, Myfortic)

Ttt d'exception :

- Photochimiothérapie EC
- Biomédicaments (efficacité non démontrée):
Anti-IgE (omalizumab, Xolair)
Anti-IL5 (mepolizumab)

4-Prévenir

Rôle essentiel du médecin du travail

Mais aussi du médecin traitant et du dermatologue

Dans :

- Orientation professionnelle du jeune atopique :
prévention primaire
- Maintien au poste de travail : prévention
secondaire

Prévention individuelle

- Adaptées au poste de travail et poursuivies en dehors des périodes de travail
- Hygiène des mains sur le lieu de travail : éviction des solvants, des savons détergents, des antiseptiques, température adéquate, séchage soigneux, ongles courts
- Protection : gants adaptés à la main, aux nuisances et aux gestes, propres, secs, renouvelés fréquemment, ± sous-gants en coton, éviction du latex
- Crèmes protectrices dites barrière
- Lutte contre le tabagisme

➔ **Education thérapeutique +++ Ecole de la main**

Orientation professionnelle

- ATCD atopiques cutanés indispensables à rechercher, et en particulier persistance DA chez l'adulte, notion de DA sévère dans l'enfance
- ≠ atopie respiratoire isolée : pas de sur-risque de dermatoses professionnelles
- Poste de travail : vigilance accrue si exposition à des irritants ou allergènes → mesures de prévention individuelle
- **Mais pas de screening pré-emploi (démarche d'aptitude et non de sélection)**

Orientation professionnelle

- Possibilité de conseil au jeune atopique (autre orientation, avis d'inaptitude à l'embauche après conseil spécialisé)
- Action précoce auprès des (pré-) apprentis et des parents : prévention collective

4- Réparer (si indication)

Prévention toujours utile à ce stade

Si nécessaire reclassement avec réparation éventuelle

Difficile +++

- Part de l'atopie ?
- Part des facteurs non spécifiques présents dans l'environnement domestique ? Quel(s) allergène(s) ? (souvent polysensibilisation)



**Mince,
ça gratte...**