

ALLERGIES DES MAINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : CAUSES, PRÉVENTION, TRAITEMENT.

Docteur M.B. CLEENEWERCK
Dermatologue et Médecin du Travail

LILLE FRANCE

Pas de conflits d'intérêts.

INTRODUCTION

Établissements de santé : l'un des 5 secteurs professionnels les plus à risques de dermatoses liées au travail.

Dermatoses professionnelles de ce secteur : surtout des dermatites de contact, irritatives et/ou allergiques, plus rarement des urticaires de contact.

Toujours très fréquentes chez le personnel soignant (médical, paramédical) et autres...

Étude danoise (2012) : Prévalence de l'eczéma des mains chez le personnel de santé :

2 fois plus importante que dans la population générale (Ibler KS *et al.*).

Rôle des expositions répétées et/ou prolongées à de nombreux produits irritants et à divers allergènes.

Dermatites de contact allergiques :

- surtout eczémas aigus, subaigus ou chroniques.
- plus rarement urticaires de contact.

Topographie préférentielle : mains.

Caractère plurifactoriel de ces dermatites.

Antécédents de dermatite atopique : facteur de risque de développer une dermatite de contact professionnelle.

PRINCIPALES DERMATITES DE CONTACT

DERMATITES DE CONTACT D'IRRITATION

DERMATITES DE CONTACT ALLERGIQUES

URTICAIRES DE CONTACT

DERMATITES DE CONTACT

Maladies inflammatoires cutanées fréquentes survenant au site de contact avec des molécules chimiques non protéiques (xénobiotiques).

Évolution chronique.

Pas de traitement curatif.

Première cause de dermatoses professionnelles.

DERMATITES IRRITATIVES DE CONTACT (DIC)

Dermatoses inflammatoires non spécifiques, dues à la toxicité de chimiques sur les cellules cutanées, induisant une inflammation par activation de l'immunité innée.

Assimilées parfois à des eczémas non allergiques.

70 à 80 % des dermatites de contact.

DERMATITES ALLERGIQUES DE CONTACT (DAC)

Dermatoses inflammatoires correspondant à une réponse immunitaire adaptative de type hypersensibilité retardée.

Inflammation induite, secondaire à l'activation dans la peau des lymphocytes T, spécifiques du produit chimique.

Apparition plusieurs heures après le contact avec le produit chimique.

ASPECTS CLINIQUES : DERMATITES IRRITATIVES DE CONTACT (DIC)

Expression clinique protéiforme : simple xérose à la brûlure chimique.

Nombreux facteurs en cause (nature et concentration du produit, durée et fréquence des contacts...)

Pas de tableau clinique spécifique des dermatites irritatives de contact,

Simulation possible du tableau d'une dermatite allergique de contact.

Importance du geste professionnel.

DERMATITES IRRITATIVES DE CONTACT AIGUES :

apparition rapide.

pas d'extension au-delà des zones de contact avec l'agent irritant,
bords bien limités.

macules ou papules, placards érythémateux, érythémato-oedémateux
ou érythémato-squameux,

plus rarement, vésicules ou bulles.

sensations de picotements ou de brûlures plus ou moins cuisantes.

DERMATITES IRRITATIVES DE CONTACT (DIC)

DERMATITES IRRITATIVES CHRONIQUES :

- **aspects variés :**
 - xérose cutanée,
 - dermatite érythémato-squameuse,
 - hyperkératose réactionnelle,
 - crevasses, fissures,
 - disparition des empreintes digitales.
- **topographie mains :** principales localisations : espaces interdigitaux, paumes, régions pulpaire des doigts...

ASPECTS CLINIQUES : DERMATITES ALLERGIQUES DE CONTACT (DAC)

En cas de sensibilisation cutanée préalable :

- survenue 24 à 96 heures après le contact avec l'haptène.
- localisation initiale au niveau du site du contact.
- bords de la lésion parfois bien limités, mais aspects plutôt émiétés, non nets.

Extension et propagation possibles à distance.

Signe fonctionnel : prurit intense

DERMATITES ALLERGIQUES DE CONTACT (DAC)

- **phase aiguë** : érythème et œdème, suivis de papules, de nombreuses vésicules, d'un suintement, puis de croûtelles.

- **phase chronique** : peau lichénifiée, fissurée et pigmentée.
nouveaux épisodes de vésiculation, suintement et croûtes possibles, en fonction des nouvelles expositions avec l'haptène.

aspect polymorphe de l'éruption cutanée.

DERMATITES ALLERGIQUES DE CONTACT (DAC)

- extension possible des mains vers les poignets, les avant-bras... parfois généralisation de l'eczéma.
- extension possible de l'eczéma au visage, notamment aux paupières.
mécanismes aéroporté (produits aérodispersables ou volatils) ou manuporté (mains contaminées, frottements avec les gants).

N.B. : en cas de dermatites de contact allergiques aux gants : atteinte très évocatrice des poignets, au niveau du bord libre de la manchette...

AUTRES FORMES CLINIQUES

- eczéma de contact suivi d'érythème polymorphe :
éléments en cocarde (possible avec certains médicaments).
- dermatites de contact systémique :
 - 1^{er} épisode de sensibilisation, plus ou moins suivi de lésions de DAC lors de l'exposition cutanée à un allergène.
 - puis, 2nd épisode d'éruption plus ou moins généralisée, plutôt symétrique, lors de l'introduction de l'allergène par voie systémique (ingestion, inhalation, injection...).

Professions les plus exposées : personnels de santé et de laboratoire pharmaceutique devenus allergiques à certains médicaments...

ASPECTS CLINIQUES : URTICAIRES DE CONTACT

- Papules et/ou plaques érythémato-oedémateuses à bords nets.
- Pas de signe épidermique : pas de desquamation, de croûte, de suintement, de fissure...
- Rares signes de grattage surajouté.
- Prurit souvent intense !
- Caractère immédiat de l'éruption : dans les minutes ou l'heure suivant le contact avec la substance responsable (par ex: port de gants fins en latex).
- Disparition rapide en quelques heures après arrêt de ce contact, en laissant une peau normale sans séquelle.

DIAGNOSTIC EN MILIEU DE TRAVAIL

Le diagnostic d'une dermatite de contact professionnelle repose sur l'examen clinique, l'anamnèse et le bilan allergologique cutané.

A différencier :

- **la dermatite de contact d'irritation** : exposition professionnelle à des irritants,, absence d'allergie de contact aux produits manipulés.
- **la dermatite de contact allergique** : exposition professionnelle à des allergènes, confirmation de la sensibilisation par des tests épicutanés.

Guérison complète pendant les congés

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DERMATITES DE CONTACT D'IRRITATION

Évoluant parfois vers un eczéma des mains en milieu professionnel.

Travail en milieu humide : l'un des principaux facteurs de risque, défini en Allemagne par une législation spécifique (TRGS 401), comportant les critères suivants :

- mains dans l'eau plus de 2 heures par jour,
- port prolongé de gants plus de 2 heures par jour,
- lavage fréquent des mains,
- lavage agressif des mains.

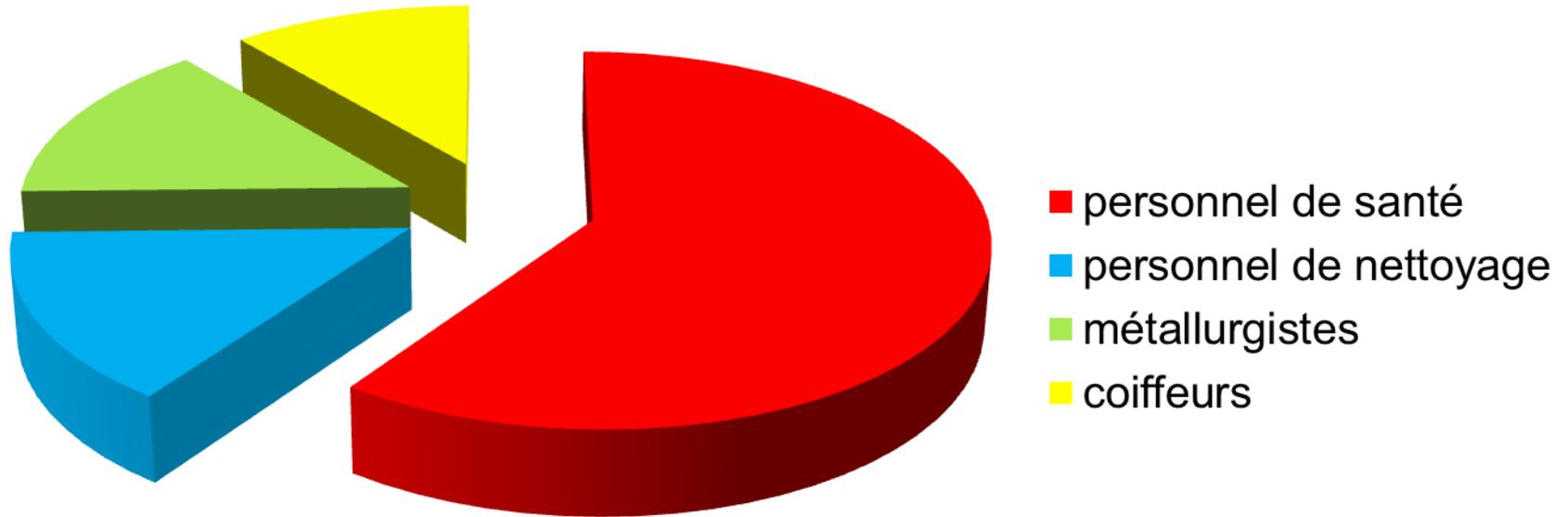
PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DERMATITES DE CONTACT D'IRRITATION

- Personnel de santé : association de la plupart de ces facteurs de risques :



- lavage fréquent des mains jusqu'à 50 fois par jour, parfois avec une brosse (essuie-mains rêche...).
- solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'antisepsie des mains (pouvoir irritant modéré).
- utilisation préférentielle de savons désinfectants, plus irritants que les SHA.
- concentrations d'utilisation au « jugé » (antiseptiques...).
- manipulations de nombreux produits irritants : détergents avec tensio-actifs, désinfectants, acides...

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS



PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

GANTS EN CAOUTCHOUC NATUREL (LATEX) ET/OU SYNTHÉTIQUE

Principaux allergènes : additifs de vulcanisation :

- surtout thiurames,
- dithiocarbamates,
- mercaptobenzothiazoles et dérivés,
- dérivés de la thiourée,
- diphénylguanidine,
- dithiomorpholines...

Conversion possible des thiurames en dithiocarbamates de zinc correspondants.

Réactions croisées possibles entre les thiurames et les dithiocarbamates.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

Intérêt des tests aux thiurames pour le dépistage d'une sensibilisation aux thiurames et aux dithiocarbamates.

Dans les produits finis en caoutchouc : accélérateurs en surface (contacts avec la peau).

1,3 diphénylguanidine : agent de vulcanisation souvent associé au mercaptobenzothiazole.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

Étude IVDK 2012 (Geier J. *et al.*).

(réseau informatisé allemand des cliniques dermatologiques) :

Personnel de santé : groupe professionnel avec la prévalence des tests épicutanés positifs aux thiurames la plus élevée (13%).

thiurames : 13 %

dithiocarbamates : 3,3 %

mercaptobenzothiazoles et dérivés : 2,3 %

thiourées : 1 %

1,3 diphénylguanidine : 2,1 %.

Conclusion : sensibilisation aux additifs du caoutchouc : fréquente et inchangée

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

2 publications récentes chez le personnel de bloc opératoire.

↗ sensibilisation aux allergènes des gants médicaux en caoutchouc synthétique :

- **PONTÉN *et al.*** (2013) : 16 cas de dermatites de contact allergiques à des gants en caoutchouc synthétique chez les personnels de santé.
 - thiurames + : 8 patients
 - 1,3 diphénylguanidine : 12 patients
 - chlorure de cétylpyridinium : 7 patients
- **BAECK *et al.*** (2013) : 8 cas de dermatites de contact allergiques à des gants stériles en caoutchouc synthétique polyisoprène.

Tests épicutanés positifs aux gants et à un ou à plusieurs additifs de vulcanisation : thiurames, carba-mix, 1,3 diphénylguanidine et/ou mercaptobenzothiazole.

Réf : PONTÉN A.,HAMNERIUS N.,BRUZE M. *et al.* Occupationnal allergic contact dermatitis caused by sterile non-latex protective gloves : clinical investigation and chemical analysis. Contact Dermatitit 2013 ; 68 : 103-10.

BAECK M., CAWET B., TENNSTEDT D., GOOSSENS A. Allergic contact dermatitis caused by latex (natural rubber) – free gloves in healthcare workers. Contact Dermatitit 2013 ; 68 (1): 54-5.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

Autres sources professionnelles d'allergie aux additifs du caoutchouc :

- **anti-oxydants** :
N-isopropyl-N'-phényl-p-phénylènediamine (IPPD) :
caoutchouc noir des stéthoscopes,
tensiomètres,
anneaux du binoculaire de microscope.
- **thiourées** des poignées en néoprène de chariot de ménage.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : GANTS

GANTS EN PLASTIQUE : POLYCHLORURE DE VINYLE (PVC)

Dermatites allergiques de contact aux gants en PVC beaucoup plus rares qu'avec les gants en caoutchouc.

Cas plus fréquemment rapportés à l'heure actuelle : allergènes en cause :

- antimicrobiens : 1,2 benzisothiazolin-3-one, formaldéhyde.
- plastifiants : phosphate de tricrésyle, phosphate de triphényle..., résines d'époxy...
- antioxydants (bisphénol A).
- colorants.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES

Utilisation très large de ces produits.

Différentes familles d'allergènes :

- **aldéhydes** : formaldéhyde, glutaraldéhyde, glyoxal ;
- **ammoniums quaternaires** : chlorure de didécyldiméthylammonium, chlorure de benzalkonium;
- **biguanides** : chlorhexidine, polyhexaméthylène biguanide;
- **substances iodées** : povidone iodée;
- **halogènes chlorés** : hypochlorite de sodium;
- **produits amphotères** (tensioactifs) : bis-(aminopropyl)laurylamine;
- **alcools** : éthylique, isopropylique...

DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES : ALDÉHYDES

- Principaux aldéhydes utilisés :
- formaldéhyde,
 - glutaraldéhyde,
 - orthophtaldéhyde,
 - glyoxal.
- **Formaldéhyde**, utilisé comme :
 - désinfectant de surface et de matériel (dentisterie, dialyse rénale, endoscopie).
 - conservateur de tissus et pièces anatomiques (laboratoires d'hématologie et d'anatomopathologie).
 - **Glutaraldéhyde**, utilisé comme :
 - composant de désinfectants de surface ou de produits de développement radio,
 - conservateur de tissus et de pièces anatomiques.
 - **Orthophtaldéhyde** : introduit en remplacement du glutaraldéhyde dans
 - désinfection des endoscopes.



DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES : AMMONIUMS QUATERNAIRES

Surtout responsables de dermatites d'irritation de contact.

- Chlorure de benzalkonium : fréquemment incriminé.
- Chlorure de didécylméthylammonium, très irritant, parfois allergisant.
- Autres ammoniums quaternaires : rarement incriminés dans la dermatite de contact allergique.



DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES : GROUPE DES BIGUANIDES

Chlorhexidine : groupe des biguanides.

Très utilisée sous forme de sels (digluconate, acétate...),
en solution aqueuse ou alcoolique (synergie avec
l'alcool), ou
associée à des tensio-actifs
(pouvoir moussant et détergent).

Rares dermatites de contact allergiques.

DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES : ALCOOLS

Alcools amylique, butylique, éthylique, méthylique et isopropylique :
dermatites de contact allergiques possibles...

Utilisés parfois dans les solutions hydro-alcooliques.

Plusieurs cas de sensibilisation décrits avec l'isopropanol présents dans des
SHA, chez des infirmières.

Autres cas d'allergies cutanées à l'alcool isopropylique, utilisé comme excipient
d'antiseptiques ou de topiques médicamenteux.

DÉSINFECTANTS. ANTISEPTIQUES : SUBSTANCES IODÉES

Polyvinylpyrrolidone iodée.

- Dermatitis de contact allergiques professionnelles.
- Etude IVDK récente (LANDECK *et al.*) : 505 infirmières.
Prévalence de 7,7 % des tests + à la polyvinylpyrrolidone iodée.
1,5 % groupe témoin (n = 20473).

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : DÉTERGENTS

Exposition surtout du personnel de nettoyage des établissements de santé.

Allergènes potentiels : conservateurs, parfums, tensio-actifs :

conservateurs :

- isothiazolinones (méthylisothiazolinone, mélange de méthylchloroisothiazolinone/méthylisothiazolinone, 1,2-benzisothiazolinone-3-one),
- formaldéhyde et libérateurs de formaldéhyde :
 - 1,3-diméthylol-5,5-diméthyl-hydantoïne ou hydantoïne de DMDM,
 - 2-bromo-2-nitropropane-1,3-diol ou Bronopol,
 - quaternium 15...
- triclosan,
- méthyldibromoglutaronitrile (MDBGN),
- hypochlorite de sodium...

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : DÉTERGENTS

parfums : limonène, linalol, baume du Pérou, alcool cinnamique, citronellol...

tensio-actifs :

- cocamidopropylbétaine,
- 3-diméthylaminopropylamine (DMAPA),
- propylène-glycol,
- triéthanolamine,
- ammoniums quaternaires,
- dodicine,
- alcanolamides d'acides gras, cocamide (DEA)...

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : COSMÉTIQUES

Savons, crèmes de protection, émoullissants.

Nombreux allergènes dans leur composition :

- conservateurs,
- parfums,
- excipients,
- émulsifiants et émoullissants,
- antioxydants.



Émergence actuelle de la méthylisothiazolinone : allergène très utilisé comme conservateur, en particulier dans les cosmétiques (savons, crèmes de protection, émoullissants...) et les détergents.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : MÉDICAMENTS

Responsables d'allergies chez les infirmières,

- surtout **les antibiotiques** :
 - aminoglycosides,
 - pénicillines,
 - céphalosporines et
- **les analgésiques**.

Plusieurs cas récents de dermatites allergiques professionnelles au tétrazépam et à d'autres benzodiazépines, chez des infirmières.

Gestes d'écrasement des tablettes de tétrazépam pour des patients de gériatrie ou d'autres services, présentant des difficultés à la déglutition.

Réf : Landeck L., Skudlik C., John SM. Airborne contact dermatitis to tetrazepam in geriatric nurses-a report of 10 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26 (6) : 680-4.

Vander Hulst K., Kerre S., Goossens A. Occupational allergic contact dermatitis from tetrazepam in nurses. Contact Dermatitis 2010; 65 (5) : 303-8.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DAC : MATIÈRES PLASTIQUES

Résines acryliques fréquemment responsables de dermatites de contact allergiques professionnelles, chez le personnel dentaire.

Cas plus rares en orthopédie : ciments osseux, colles cyanoacrylates, et avec différents produits : pansements, adhésifs, sparadraps, électrodes et sets de perfusion d'insuline...

Nombreuses résines acryliques sensibilisantes :

- méthacrylate de méthyle (MMA)
- méthacrylate d'éthyle (EMA)
- méthacrylate de 2-hydroxyéthyle (2-HEMA)
- méthacrylate de 2-hydroxypropyle (2-HPMA)
- diméthacrylate d'éthylène glycol (EGDMA)
- diméthacrylate de triéthylène glycol (TREGDMA)...
- époxyacrylates...

Contaminations possibles d'instruments médicaux et des surfaces de travail, lors de l'ouverture et de la fermeture des flacons.

PS : Monomères acrylates et méthacrylates : sensibilisants professionnels forts.

AUTRES ALLERGÈNES

- **Personnel de laboratoire** : quelques exemples (liste non exhaustive).
 - fixateurs : formaldéhyde, glutaraldéhyde, acide picrique,
 - colorants : chromates, colorants azoïques (congo red)...
 - agents d'inclusion : résines d'époxy, résines acryliques
 - (2-HEMA, MMA), cire d'abeille...
 - **huiles d'immersion pour microscopes LEICA®: résines d'époxy.**
 - produits de développement photos : benzotriazole, hydroquinone...
 - autres allergènes : acrylamide (gel d'électrophorèse), phénylhydrazine (analyse urinaire).
- **Services d'orthopédie** : en plus des résines acryliques :
 - résines polyuréthanes (isocyanates) : plâtres, coquilles orthopédiques, orthèses...
 - résines polyester et phénoplastes : plâtres orthopédiques, etc...

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES URTICAIRES DE CONTACT

LATEX : principale cause chez le personnel de santé.

Autres substances plus rarement en cause :

- **gants** : poudre d'amidon de maïs,
additifs de vulcanisation du caoutchouc des gants.
- **désinfectants, antiseptiques**:
 - chlorhexidine,
 - chloramine T,
 - chlorure de didécyldiméthylammonium...
- **médicaments** : antibiotiques, phénothiazines, cisplatine...
- **autres** : colophane, eugénol.

DIAGNOSTIC POSITIF

- Anamnèse. Interrogatoire « policier ».
 - Examen clinique.
 - Bilan allergologique pour DAC :
 - tests épicutanés : patch-tests,
 - tests semi-ouverts,
 - tests ouverts à applications répétées (ROAT-TESTS),
 - prick-tests.
- suivant les observations cliniques.

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

Tests épicutanés : patch-tests : méthode de référence pour l'identification du ou des allergènes responsables de la DAC (pas pour les irritants).

Allergènes de la batterie standard européenne recommandée par l'EECDRG.

Batteries de tests spécialisés (batterie antiseptiques, batterie caoutchoucs, batterie acrylates, batterie cosmétiques...).

Tests avec les produits professionnels (importance des FDS pour préciser la composition). Lire les étiquettes pour les cosmétiques (code INCI).

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

Conditions nécessaires pour la réalisation des tests épicutanés :

- connaître la composition des produits chimiques professionnels manipulés.
- ne pas tester en cas de grossesse, de « coups de soleil », de dermatite active sur la zone de test.
- **ne pas tester des produits corrosifs ou avec un pH (pH < 3 ou > 11).**
- vérifier l'absence de certains traitements concomitants : pas d'application de dermocorticoïde sur le site des tests depuis 7 jours,
- pas de traitement par photothérapie sur le site des tests depuis 1 mois,
- pas de traitement par corticoïdes, ni de ciclosporine ni de tacrolimus per os, pas de traitement anti-histaminique depuis au moins 72 heures...

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

- Lectures recommandées à J2, J3 ou J4.
- Lecture tardive souhaitable pour certains allergènes comme les corticoïdes.
- Évaluation de la pertinence de la positivité d'un test épicutané :
 - test pertinent certain : notion d'eczéma avec un produit contenant de façon certaine cet allergène.
 - test de pertinence possible, non certaine.
 - test non pertinent : eczéma sans rapport avec des produits contenant cet allergène.

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

Autres tests :

- **Tests semi-ouverts** : surtout indiqués pour tester les produits avec lesquels le patient est en contact cutané direct, présentant un certain pouvoir irritant (savon liquide, shampooing...).
 - Mesure du pH avant de réaliser ce test.
 - Ne pas tester les produits à pH < 3 ou > 10 ou toxiques.
 - Application avec un coton-tige d'une infime quantité de produit liquide (solution ou suspension) sur une surface cutanée d'environ 1cm².
 - Evaporation du liquide.
 - Pose d'un adhésif pour recouvrir la zone de test.
 - Lectures effectuées selon les mêmes critères que les patch-tests.

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

- Tests ouverts à applications répétées (ROAT ou REPEATED OPEN APPLICATION TEST).
 - Applications répétées deux fois par jour du produit à tester, en petite quantité, sur l'avant-bras (face interne) pendant 7 jours (parfois jusqu'à 21 jours dans certains cas).
 - Arrêt de l'application dès la survenue d'une réaction cutanée (prurit, érythème, papules ou réaction folliculaire).
 - Très utiles pour l'exploration des allergies aux cosmétiques.
 - Seul test dont la pertinence est excellente.
 - A ne pas utiliser pour les produits irritants.

CONCENTRATION ET VEHICULE DES TESTS POUR DES PRODUITS PROFESSIONNELS : souvent entre 0,01 et 10 % (d'après Frosch P.J. et al)

Shampooings	1 % (eau)
Savons	1 % (eau)
Détergents ménagers	0,1 – 1 % (eau)
Désinfectants pour les mains	Tel quel
Désinfectants pour instruments et surfaces	0,01 %, 0,1 %, 1 % (eau)

Réf : Frosch P.J. *et al.* Patch testing with the Patients'Own Products. In : Johannes J., Frosch P.J., Lepoittevin JP (Eds.). Contact Dermatitis. 5th edition. Berlin : Springer-verlag; 1107-20, 1262 p.

Crépy M-N. Dermatite de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir.
Références en santé au travail – INRS – mars 2013 – TA 93 – N° 133, 109-122.

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

○ Prick-tests

- Exploration des allergies immédiates de type I (latex, antiseptiques : chlorhexidine, polyvidone iodée; médicaments...).
- Dépôt d'une goutte de la solution contenant l'allergène à tester sur la face antérieure de l'avant-bras.
- Piqure au travers de cette goutte d'extrait avec une lancette.
- Lecture à 20 minutes.
- Si allergie cutanée : réaction locale immédiate appelée triade de Lewis associant : prurit, érythème et œdème.
- Comparaison des résultats à ceux d'un contrôle témoin positif (histamine ou codéïne) et d'un contrôle négatif (sérum physiologique).

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

- **Prick-test positif** quand diamètre de la papule d'urticaire supérieur à 3 mm et témoin négatif (excluant ainsi un dermographisme).
Pour d'autres auteurs : positivité du prick-test si mesure de la réaction égale à au moins la taille du témoin positif.
- **Prick-test négatif** si inférieur à la moitié du diamètre du témoin positif.
- Entre les deux : test interprété comme faiblement positif.

Intérêt d'utiliser des allergènes standardisés (commercialisés) pour les prick-tests.

EXPLORATION D'UNE DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE

Prick-tests (suite)

Risque de réactions immédiates sévères avec éventuel choc anaphylactique notamment avec le latex, des antiseptiques et des antibiotiques du groupe des pénicillines (ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, oxacilline, flucloxacilline)...

A ne réaliser qu'en milieu hospitalier spécialisé !

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Visite du poste de travail et étude des fiches de données de sécurité :

- identification précise des allergènes professionnels et des irritants (synergie possible).
- établissement de la pertinence des tests positifs.
- recherche d'autres collègues de travail présentant la même symptomatologie cutanée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UNE DERMATITE DE CONTACT

Aspect clinique d'un eczéma professionnel des mains, non spécifique.
Importance d'éliminer les principaux diagnostics différentiels suivants :

- Dermatite atopique
- Dysidrose idiopathique
- Eczéma nummulaire
- Eczéma hyperkératosique palmaire
- Dermatophytie chronique des mains (tinea manuum)
- Psoriasis palmaire
- Psoriasis provoqué (phénomène de Koëbner)
- Lichen plan...

PRÉVENTION

PRÉVENTION TECHNIQUE COLLECTIVE

PRÉVENTION TECHNIQUE INDIVIDUELLE

PRÉVENTION MÉDICALE

PRÉVENTION TECHNIQUE COLLECTIVE

Indispensable. A envisager avant toute mesure de prévention individuelle.

- identification des agents irritants et sensibilisants et des activités avec risques de contacts cutanés directs, manuportés ou aéroportés (visite et étude du poste de travail),
- substitution des irritants forts et des allergènes par des composants moins à risques,
- réduction de la teneur en allergènes (par exemple, des protéines du latex dans les gants médicaux),
- automatisation, si possible, des opérations (procédés de travail en circuit fermé ou en vase clos),
- limitation de l'utilisation des techniques de pulvérisations (désinfectants en milieu de soins) et de produits en poudre,

PRÉVENTION TECHNIQUE COLLECTIVE

- vigilance quant à la propreté de l'environnement du poste de travail (pas de contamination par des allergènes et des irritants),
- information du personnel sur les risques cutanés dus aux produits manipulés et à certains gestes professionnels [écrasement de médicaments comme le tétrazépam ; préparation du propacétamol (Barbaud A.)] (affiches etc...),
- formation aux règles d'hygiène habituelles : lavage et antiseptie des mains (emploi des solutions hydro-alcooliques), par exemple dans le cadre d'une « école de la main ».

Rôle primordial du médecin spécialiste en santé au travail dans l'éducation et les conseils donnés aux salariés exposés aux irritants et aux allergènes cutanés.

PRÉVENTION TECHNIQUE INDIVIDUELLE

Programme stratégique d'éducation. Prévention des DIC.

Rédaction d'ordonnances de prévention par le médecin de santé au travail avec, par ex., les mesures suivantes :

- ne pas porter de bagues sur les lieux de travail ;
- se laver les mains à l'eau tiède : bien les rincer et les sécher,
- pas de brossages et de lavages nombreux des mains avec des savons antiseptiques puissants,
- utiliser des désinfectants selon les recommandations préconisées au poste de travail,
- porter des gants protecteurs adaptés, propres et secs, non poudrés, lors des tâches en milieu humide, sur des périodes aussi courtes que possible.



PRÉVENTION TECHNIQUE INDIVIDUELLE

- mettre des sous-gants en coton, à changer régulièrement, chaque fois que cela s'avère possible, en cas de port prolongé,
- bien sécher les mains avant d'enfiler les gants,
- **appliquer avec soins des émollients (sans parfums) sur les mains, surtout après le travail,**
- porter des gants adaptés, également lors des tâches ménagères domestiques et lors des travaux de bricolage...

NB : Recourir aux solutions hydro-alcooliques (SHA) contenant des additifs émollients, pour l'antisepsie des mains en milieu de soins.
Meilleure tolérance cutanée des SHA par rapport aux savons désinfectants et aux détergents.



PRÉVENTION TECHNIQUE INDIVIDUELLE

Quelques rappels complémentaires concernant les gants protecteurs :

- Port prolongé de gants équivalent à un travail en milieu humide.
- Privilégier les gants non poudrés : poudre paramètre de l'irritation cutanée.
- Gants médicaux :
 - gants de faible épaisseur destinés à un usage unique, peu résistants sur le plan chimique et mécanique.
 - non adaptés aux tâches de nettoyage avec immersion des mains dans des produits détergents ou désinfectants.
- Pour les travaux ménagers : nécessité de gants plus épais à manchettes longues.
- Changement de gants nécessaire en cas de pénétration de produit.

PRÉVENTION MÉDICALE

Deux aspects essentiels : Réduction maximale du contact avec les irritants et éviction complète du contact cutané avec les allergènes auxquels le patient est sensibilisé.

- Choisir des produits d'hygiène et de soins cutanés sans parfum et contenant des conservateurs faiblement sensibilisants.
- En cas de sensibilisation à un allergène : fournir une liste d'éviction indiquant les sources possibles d'exposition (professionnelles et non professionnelles).
- En cas d'allergie aux protéines du latex des gants médicaux et chirurgicaux : proposer des gants en caoutchouc synthétiques fins, non poudrés, stériles ou non, suivant les besoins.

www.gisbau.de, rubrique Aktuelles.

PRÉVENTION MÉDICALE

- En cas d'allergie aux additifs des gants en caoutchouc, souvent les thiurames : conseiller des gants sans thiurames, ni dithiocarbamates (en raison des réactions croisées).

Intérêt des gants médicaux en caoutchouc synthétique de type styrène sans additifs de vulcanisation.

Gants thermoplastiques (en PVC, en polyéthylène) : pas d'accélérateurs de vulcanisation mais risques par rapport à certains liquides biologiques.

www.gisbau.de, rubrique Aktuelles.

Quels gants pour les personnels de santé ?

Rappel : port prolongé de gants équivalent à un travail en milieu humide.

Occlusion sous les gants : sudation et macération favorisant la pénétration des irritants et des allergènes.

Privilégier les gants en latex lors des contacts potentiels avec liquides biologiques (sang...).

Choisir des gants en latex, non poudrés, à faible teneur en protéines de latex.
Ex : Dermaclean[®] (Ansell).

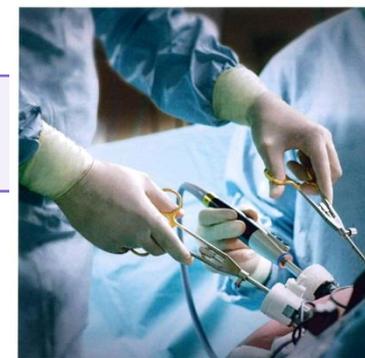
Quels gants pour les personnels de santé ?

En cas d'allergie au latex : gants stériles en néoprène, ex : gants Dermaprène® (Ansell).



Pour les expositions aux acrylates et méthacrylates : gants fins en nitrile.

Pour les autres tâches avec manipulations fines : gants fins thermoplastiques non poudrés en vinyle (ex : Synsation non poudré®), en PVC ou en polyéthylène (sans accélérateurs de vulcanisation) ou gants fins en nitrile : Nitratex® non stérile (nitrile) (Ansell).



GAMMEX®
Non-Latex Accelerator-Free
Sensitive

LA NOUVELLE SENSATION
EN MATIÈRE DE PROTECTION
AVANCÉE CONTRE
LES ALLERGIES
AVEC LA FORMULE SENSOPRENE®

Gants de chirurgie en
néoprène non poudrés et
stériles

Ansell

Quels gants pour la désinfection des endoscopes ?

2 produits utilisés pour la désinfection :
le glutaraldéhyde et l'acide peracétique.



Mesures de prévention individuelle recommandées par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) pour le personnel utilisant ces produits : gants plus épais avec manchettes suffisamment longues, résistant mieux au passage de produits que des gants fins à usage unique.

- **Utilisation de glutaraldéhyde à une concentration \leq à 3,5% :**
gants en nitrile, en butyle ou en polyéthylène.
Imperméabilité pendant au moins 4 heures.

- **Emploi d'acide peracétique dilué :**
gants en nitrile, en butyle ou en Viton®.



ANTISEPTIE DES MAINS EN MILIEU DE SOINS

- Rappel nécessaire au personnel de santé du risque plus important de colonisation bactérienne des lésions de dermatite des mains (surtout si aiguë et sévère). Traitement souhaitable le plus précoce possible.
- Risque plus élevé de transmettre des infections (par ex. : staphylococcus aureus résistant à la méticilline) aux patients, chez le personnel de santé présentant une dermatite par rapport au personnel de santé sans dermatite.
- Programmes d'éducation thérapeutique et de conseils pour le lavage des mains, les techniques de séchage, le port de gants, l'utilisation de crèmes de protection à conseiller.

TRAITEMENT

■ En cas de DIC :

- Revoir tout d'abord le suivi des conseils de prévention.
- Emploi de topiques émoullients sur les mains, le soir après le travail.

■ En cas de DAC :

- Suppression du ou des allergènes responsables.
- Application d'un dermocorticoïde plus ou moins puissant.

N.B. : présentation galénique à choisir en fonction de la variété clinique d'eczéma de contact allergique.

CONCLUSION

Personnel de santé : l'un des secteurs professionnels le plus à risque de dermatites professionnelles dans de nombreux pays occidentaux.

Aspect clinique de la dermatite de contact d'irritation parfois très proche de celui de la dermatite de contact allergique.

Travail en milieu humide : l'un des facteurs principaux du risque d'apparition d'un eczéma de contact allergique dans ce secteur.

Solutions hydro-alcooliques moins irritantes que les savons antiseptiques et les détergents.

Causes des dermatites de contact professionnelles, très souvent multifactorielles.

CONCLUSION

Principaux allergènes responsables des dermatites professionnelles de contact dans le secteur de la santé : conservateurs, antiseptiques, désinfectants, additifs de vulcanisation du caoutchouc des gants, médicaments et chez le personnel dentaire, acrylates.

Toujours penser aux allergies professionnelles de contact aux gants médicaux (sensibilisation aux protéines du latex, aux additifs de vulcanisation du caoutchouc).

Risque de développer une dermatite de contact professionnelle, très élevé chez les dentistes et le personnel dentaire.

Médicaments plus rarement en cause mais à ne pas oublier.

Deux mesures essentielles de prévention à retenir :

- Réduction maximale du contact cutané avec les irritants et
- Eviction complète du contact cutané avec les allergènes.

CONCLUSION

Importance majeure de l'approche pluri-disciplinaire de la prévention et de la prise en charge des recommandations des dermatites de contact professionnelles, chez le personnel des établissements de santé.

Rôle du médecin spécialiste en santé au travail, du dermatologue, de l'allergologue et parfois du toxicologue, de l'hygiéniste etc...

Importance de cette collaboration multidisciplinaire pour le maintien des salariés au poste de travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. CRÉPY M-N. Dermatitis de contact professionnelles chez les personnels de santé : actualités. Revue française d'allergologie 53 (2013) 212-217.
2. CLEENEWERCK M-B. Update on medical and surgical gloves. Eur J Dermatol 2010 ; 20 (4) 434-42.
3. PONTEN A.,HAMNERIUS N.,BRUZE M. *et al.* Occupational allergic contact dermatitis caused by sterile non-latex protective gloves : clinical investigation and chemical analysis. Contact Dermatitis 2013 ; 68 : 103-10.
4. BAECK M., CAWET B., TENNSTEDT D., GOOSSENS A. Allergic contact dermatitis caused by latex (natural rubber) – free gloves in healthcare workers. Contact Dermatitis 2013 ; 68 (1): 54-5.
5. CRÉPY M-N. Dermatoses professionnelles chez le personnel de santé. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle. TA88. Doc Méd Trav 2011 ; 121-39.
6. BARBAUD A. Dermatoses professionnelles du personnel soignant. La Revue du Praticien 2002, 52, p 1425-1428.
7. CRÉPY M-N. Dermatite de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir. Références en santé au travail – INRS – mars 2013 – TA 93 – N° 133, 109-122.