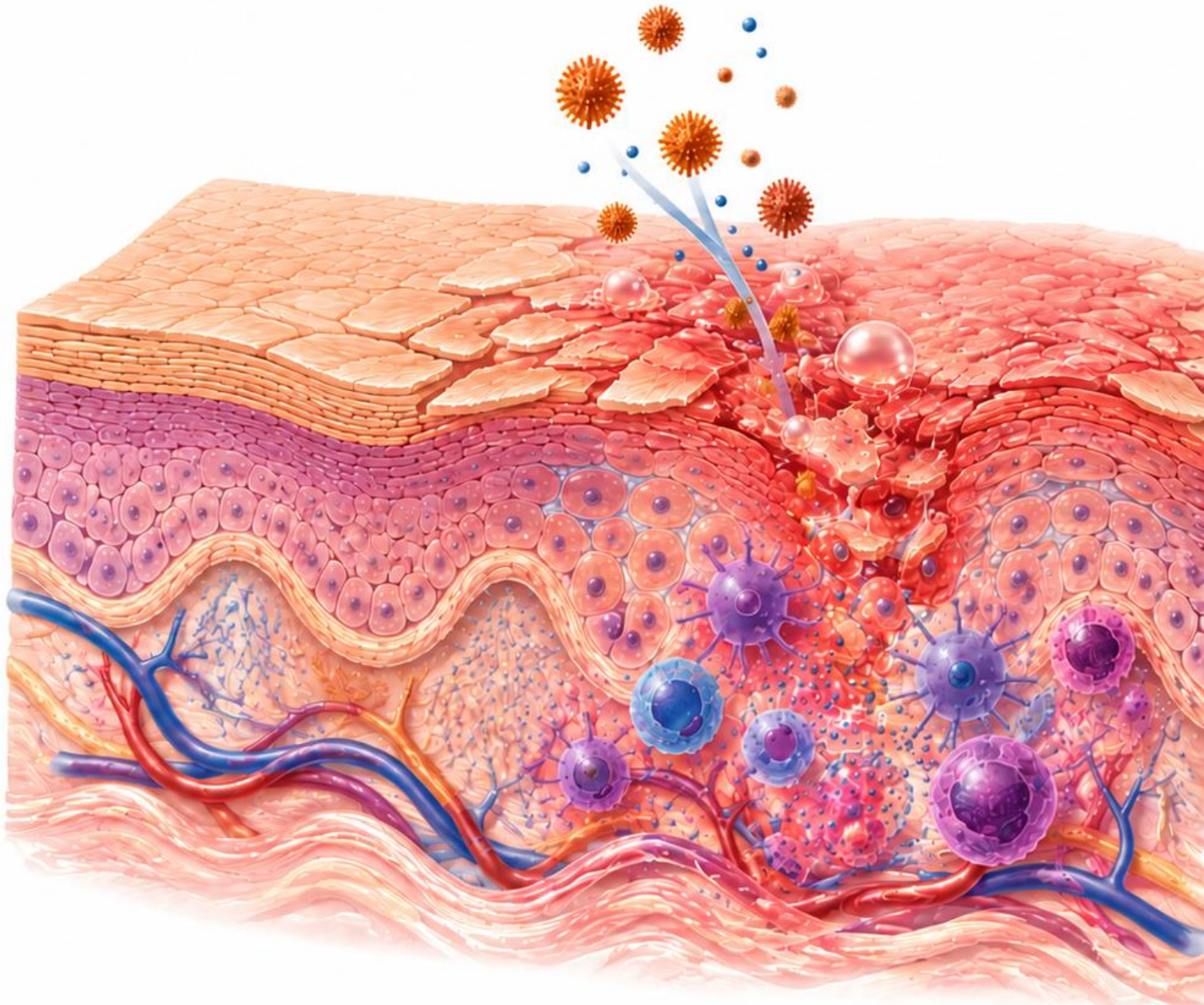
Les eczémas

Dermatite atopique · Eczéma de contact · Autres formes cliniques

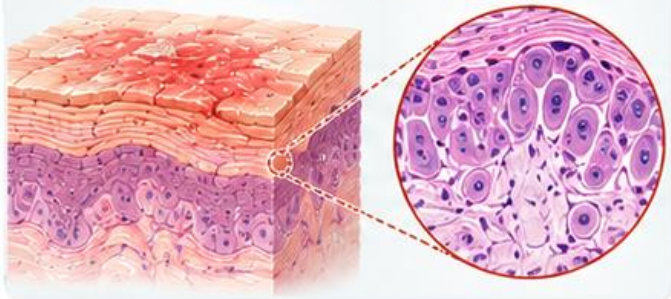


Pr Ahmed Bouhamidi
Service de Dermatologie,
Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

Cours magistral · 3e année de médecine

Objectifs pédagogiques

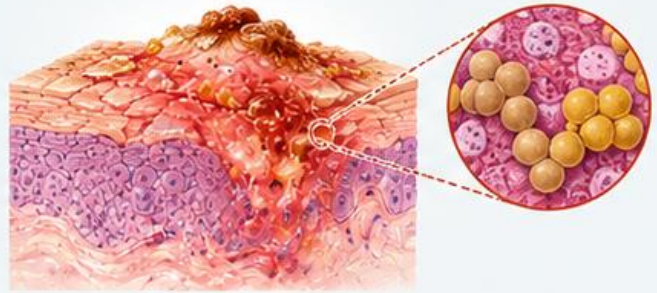
01 **Définir l'eczéma**
sur le plan clinique
et histologique (spongiose)



02 **Diagnostiquer** une dermatite
atopique selon l'âge et ses critères



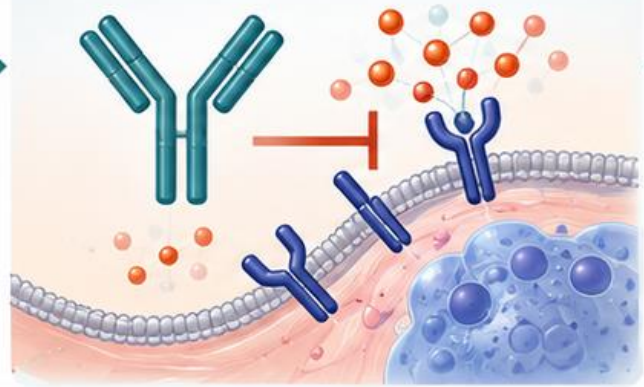
03 **Reconnaître les complications,**
dont le syndrome de Kaposi-Juliusberg



04 **Prescrire émollients**
et dermocorticoïdes :
classe, quantité, durée



05 **Connaître** les traitements
systémiques et biothérapies
(principes)



06 **Orienter** un eczéma de contact :
topographie, allergènes, tests épicutanés
et distinguer eczéma allergique
et dermite d'irritation



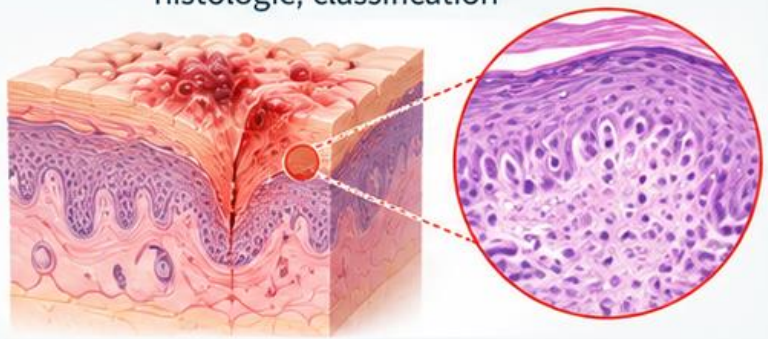
À la fin du cours

Savoir reconnaître,
orienter et traiter
en première intention
un eczéma, et identifier
les situations à adresser
au dermatologue.

Plan du cours

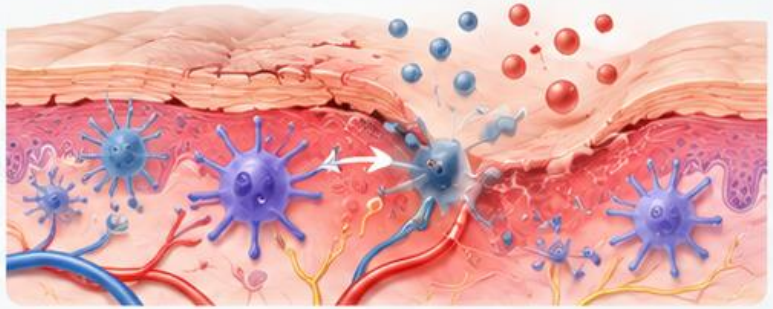
1. Généralités

Définition, phases cliniques, histologie, classification



2. Dermatite atopique

Épidémiologie, physiopathologie, clinique, diagnostic, complications



3. Traitement de la DA

Soins locaux, dermocorticoïdes, systémiques, biothérapies, éducation



4. Eczéma de contact

Allergique et irritatif, allergènes, tests épicutanés, traitement



5. Autres eczémas

Eczéma chronique des mains, nummulaire, dyshidrose, stase, astéatose



6. Cas et synthèse

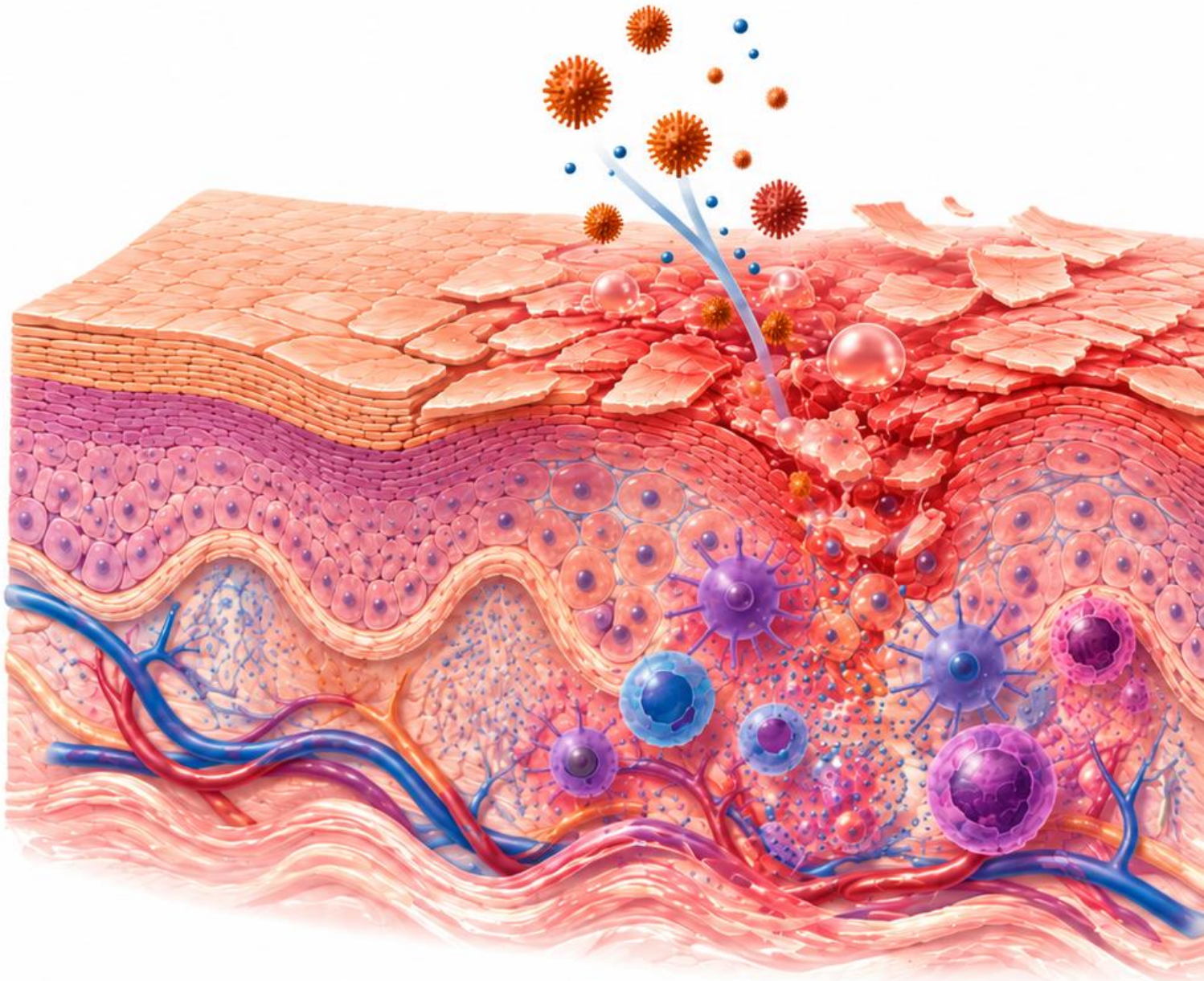
Cas cliniques, QCM, messages clés, bibliographie



1

Généralités

Ce qui définit un eczéma, quelle qu'en soit la cause



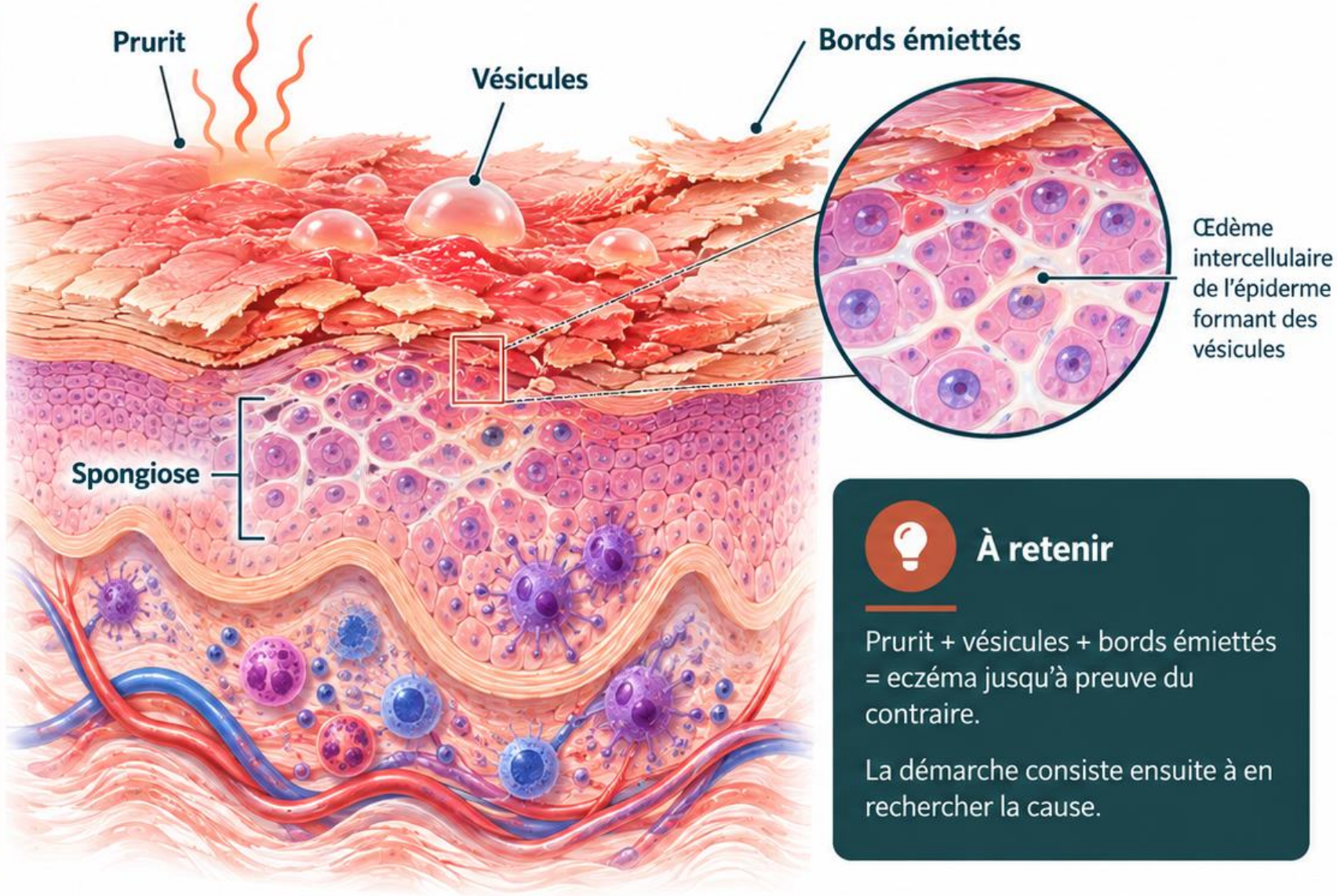
L'eczéma : une dermatose inflammatoire prurigineuse

Définition clinique : dermatose érythémato-vésiculeuse, très prurigineuse, à bords émiettés

Définition histologique : spongiose, œdème intercellulaire de l'épiderme formant des vésicules

Un aspect, plusieurs causes : atopie, allergie de contact, irritation, stase veineuse…

Évolution : aiguë, subaiguë ou chronique (lichénification)



À retenir

Prurit + vésicules + bords émiettés = eczéma jusqu'à preuve du contraire.

La démarche consiste ensuite à en rechercher la cause.

Les quatre phases cliniques de l'eczéma aigu



Érythème

Plaque rouge, œdémateuse, mal limitée, très prurigineuse



Vésiculation

Vésicules de petite taille, en surface ou enchâssées (paumes, plantes)



Suintement

Rupture des vésicules, liquide clair, érosions punctiformes



Croûtes et desquamation

Croûtes jaunâtres puis fine desquamation et guérison sans cicatrice

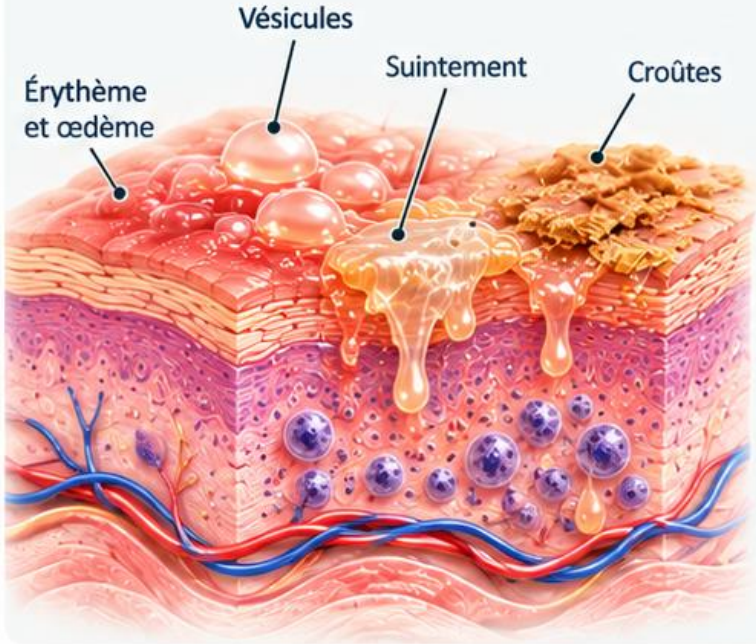
Les phases coexistent souvent chez un même malade. La guérison se fait sans cicatrice, mais une dyschromie transitoire est fréquente sur peau foncée.

Eczéma aigu et eczéma chronique

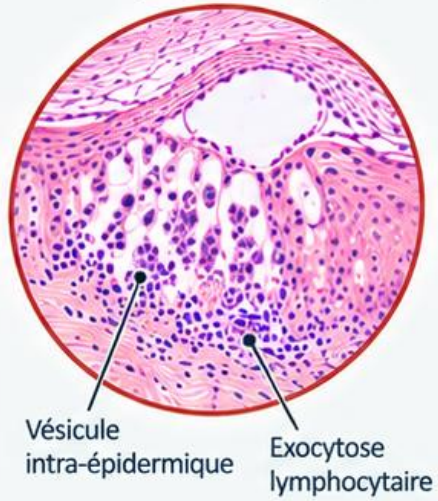
Eczéma aigu

- Érythème vif, œdème, vésicules
- Suintement, croûtes
- Prurit intense
- Histologie : spongiose marquée, vésicules intra-épidermiques, exocytose lymphocytaire





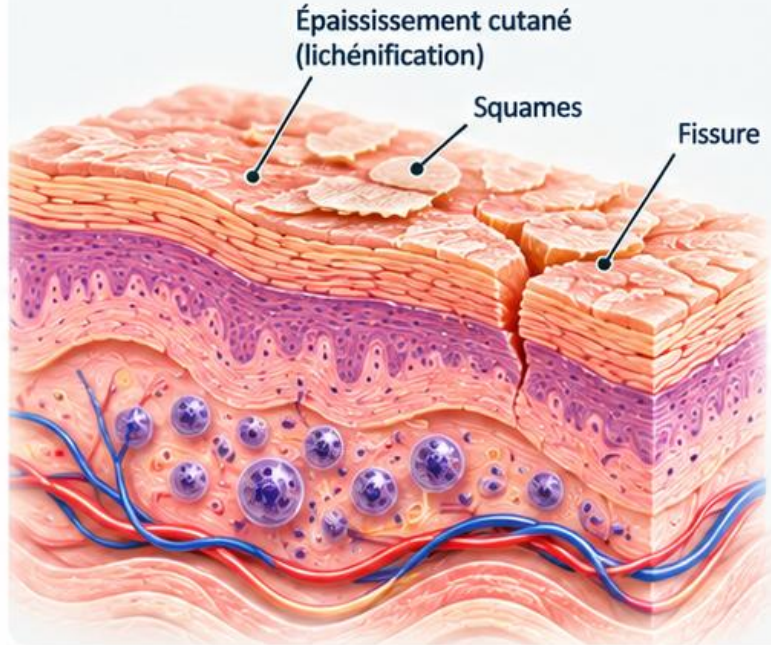
Spongiose marquée



Eczéma chronique

- Lichénification : peau épaissie, quadrillage accentué
- Squames, fissures (mains, pieds)
- Prurit persistant, cercle vicieux du grattage
- Histologie : acanthose, hyperkératose, spongiose discrète





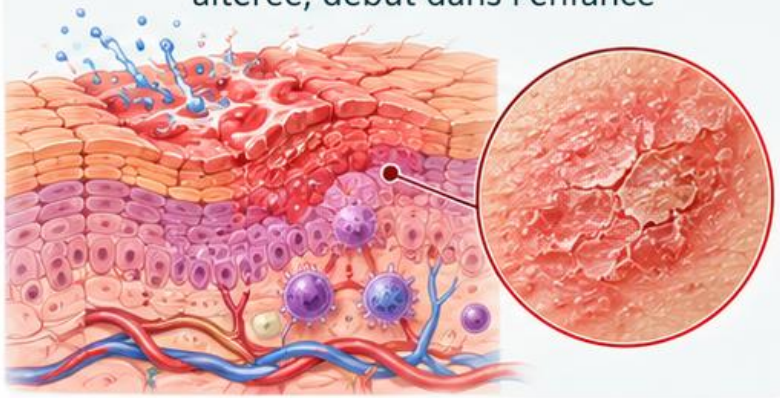
Acanthose et hyperkératose



Classification des principaux eczémas

Dermatite atopique

Terrain génétique, barrière cutanée altérée, début dans l'enfance



Eczéma de contact allergique

Hypersensibilité retardée à un allergène (nickel, chrome, PPD...)



Dermite d'irritation

Agression directe, non immunologique (eau, détergents, solvants)



Eczéma des mains

Entité de topographie, souvent plurifactorielle



Eczéma de stase

Jambes, insuffisance veineuse chronique



Formes morphologiques

Nummulaire, dyshidrosique, astéatosique (craquelé)

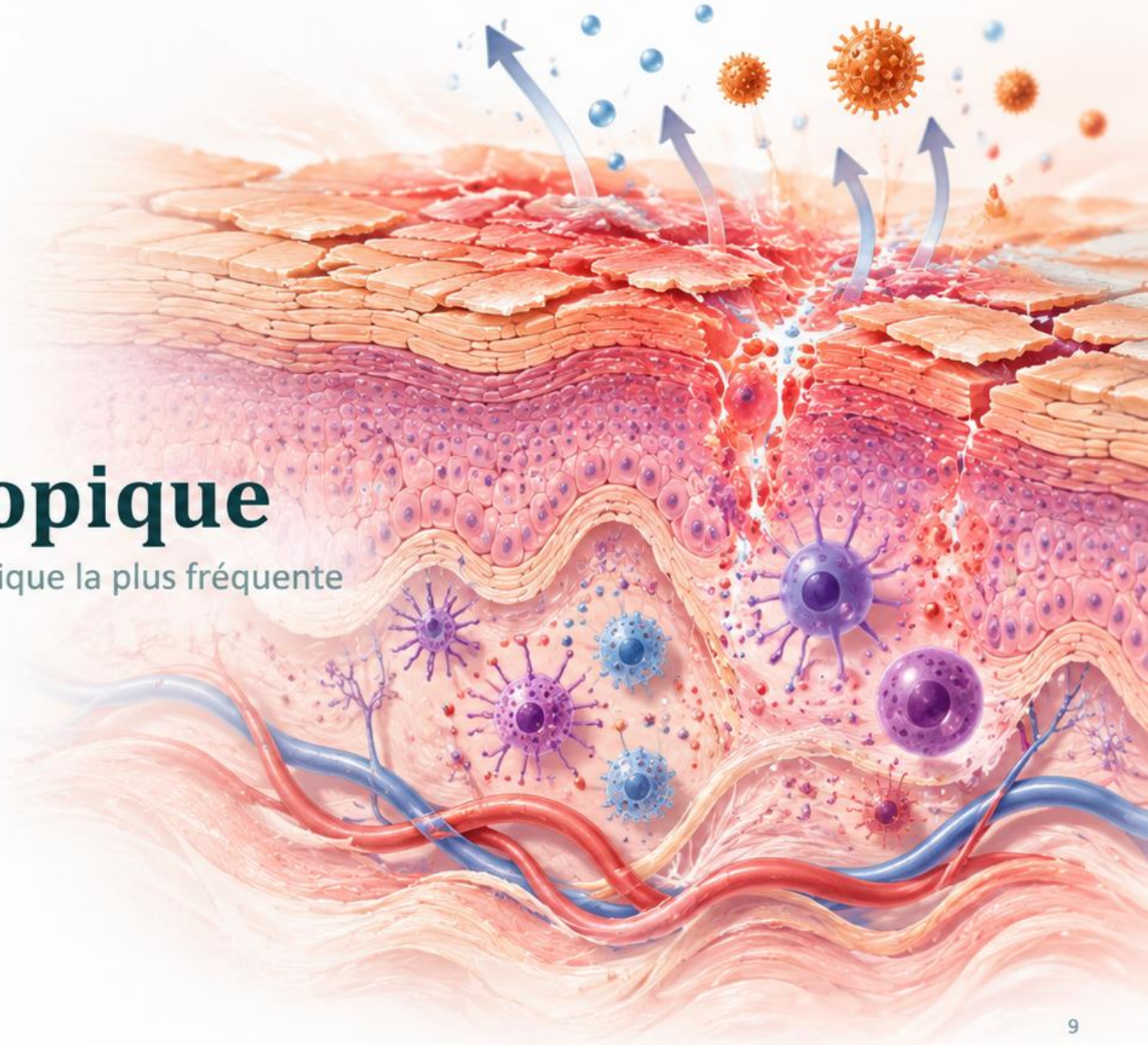


Nummulaire | dyshidrosique | astéatosique (craquelé)

2

Dermatite atopique

La dermatose inflammatoire chronique la plus fréquente



Une maladie fréquente, de l'enfant à l'adulte

129 M
personnes atteintes dans le monde en 2021 (GBD 2021)

15–20 %
des enfants dans les pays à haut revenu

< 2 ans
âge de début dans la majorité des cas

- **Évolution :** amélioration fréquente pendant l'enfance, persistance ou rechutes possibles à l'âge adulte
- **Formes de l'adulte :** persistance, récidive ou début tardif
- **Fardeau :** prurit, sommeil, scolarité, travail, qualité de vie de toute la famille



Source : GBD 2021 Asthma and Atopic Dermatitis Collaborators, Lancet Respir Med 2025

La marche atopique

Dermatite atopique

Souvent la première manifestation, dès les premiers mois



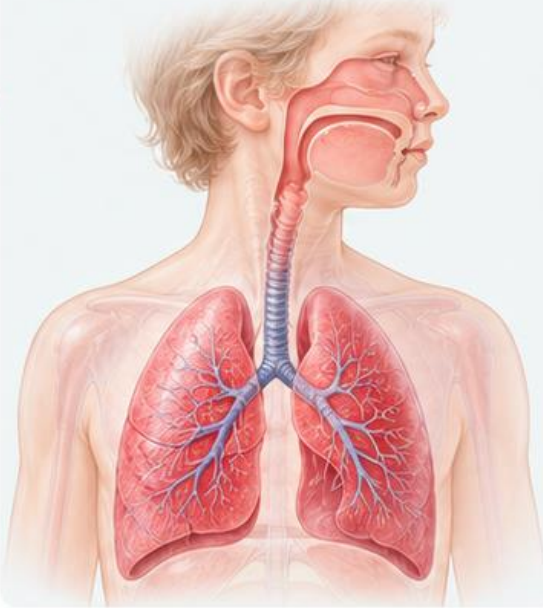
Allergie alimentaire

Œuf, lait, arachide ; sensibilisation favorisée par la peau lésée



Asthme

Apparaît plus tard dans l'enfance chez une partie des enfants



Rhinoconjonctivite

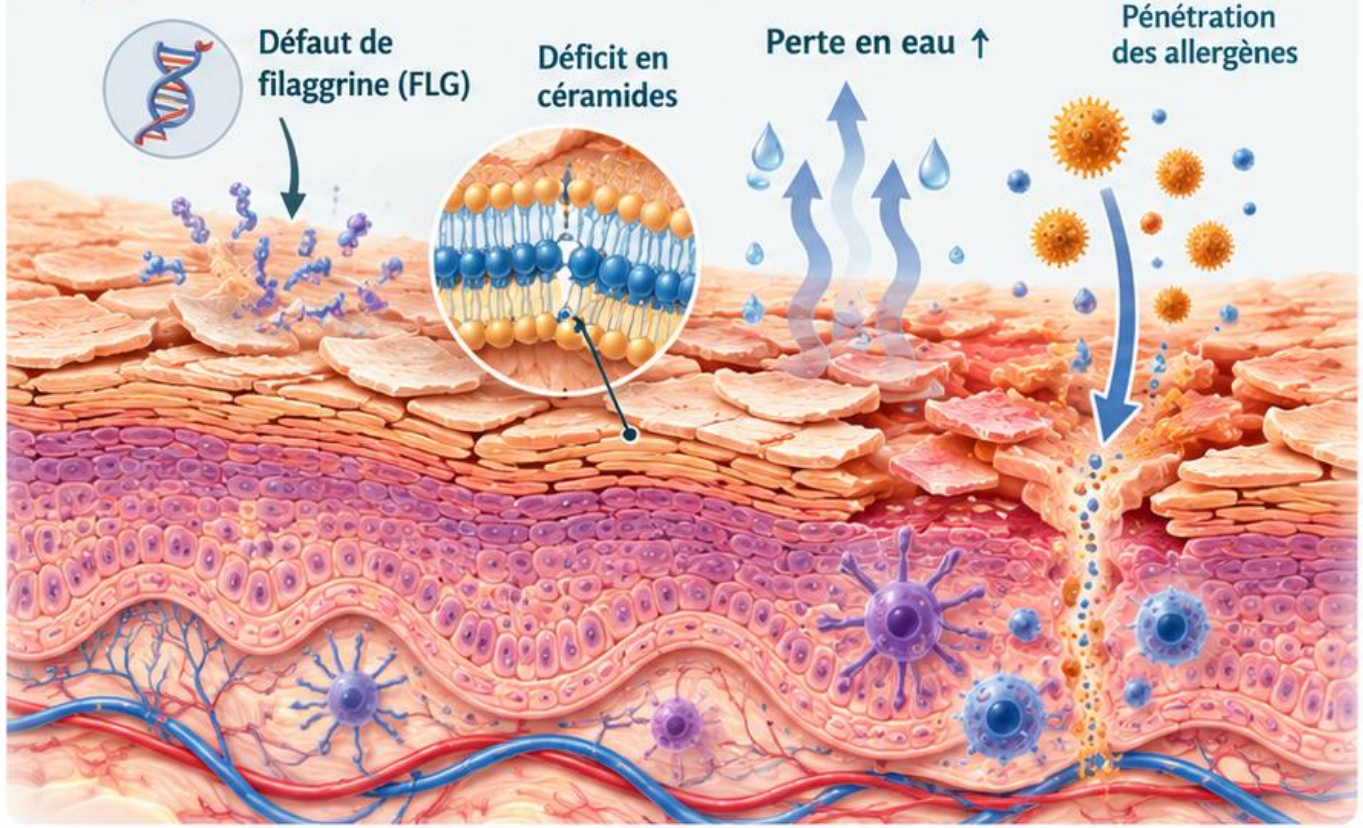
Allergie respiratoire aux pneumoallergènes



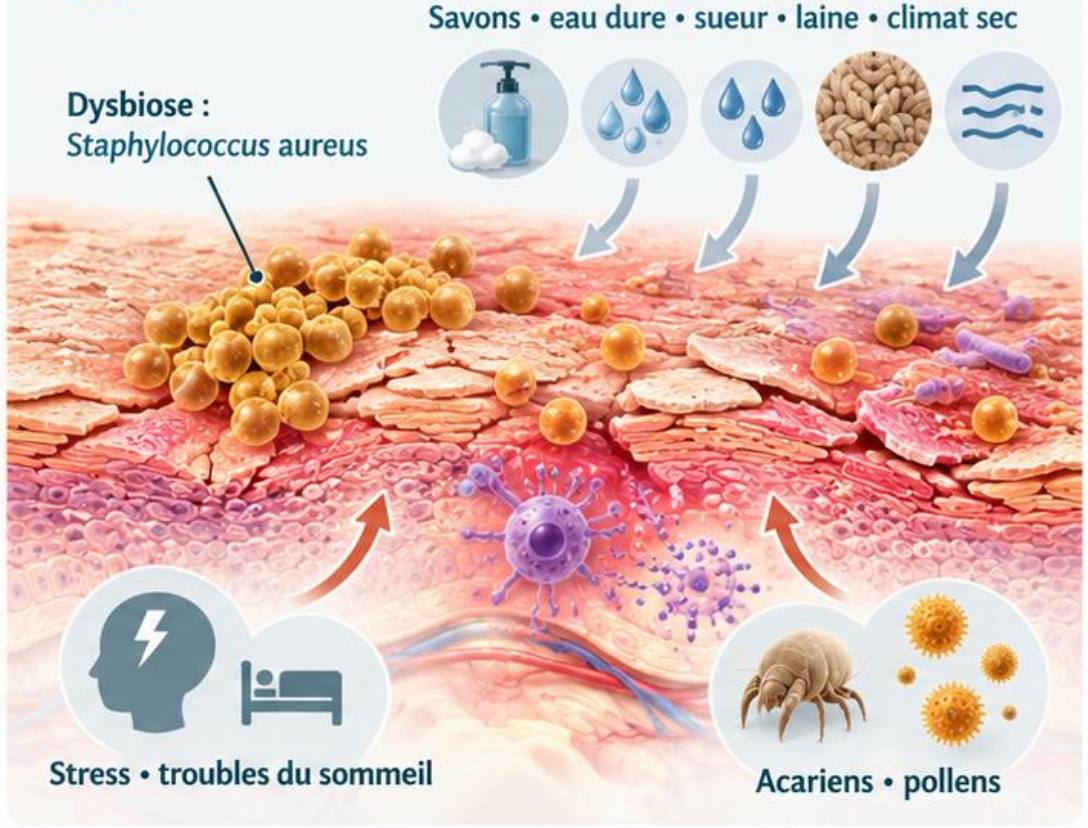
Ce n'est pas une évolution obligatoire. La peau lésée favorise la sensibilisation : traiter tôt l'eczéma a du sens.

Physiopathologie (1) : une barrière cutanée altérée

Défaut de barrière



Microbiome et environnement

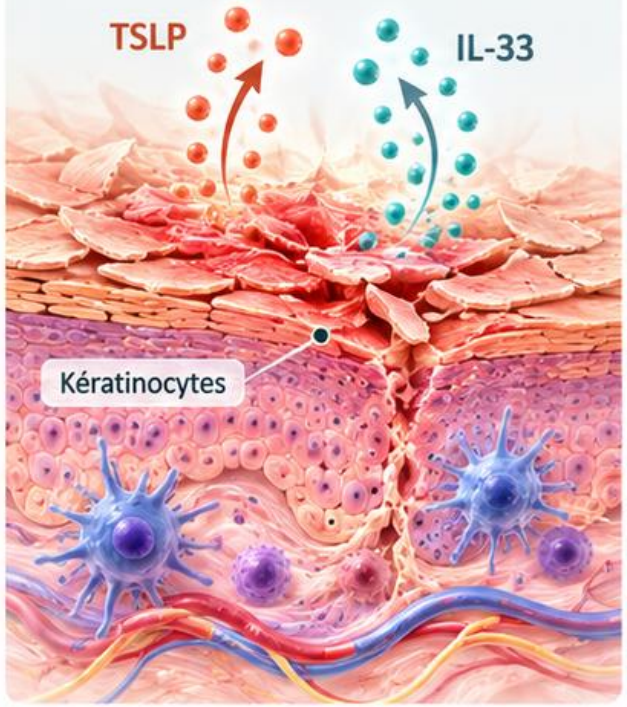


Une barrière altérée favorise la xérose, la pénétration des irritants et la dysbiose.

Physiopathologie (2) : une inflammation de type 2

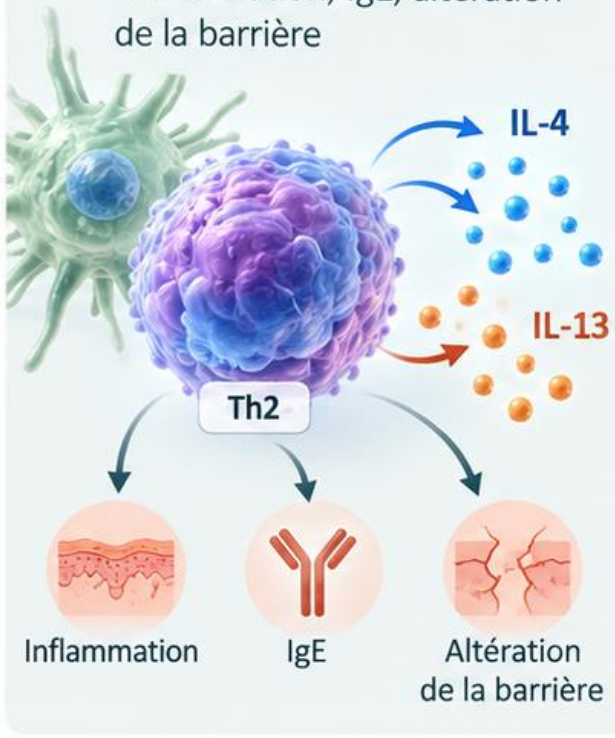
Barrière lésée

Libération d'alarmines par les kératinocytes (TSLP, IL-33)



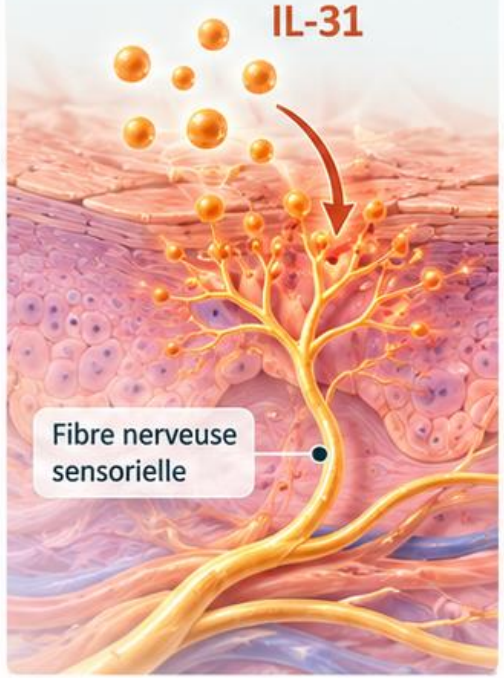
Lymphocytes Th2

Production d'IL-4 et d'IL-13 : inflammation, IgE, altération de la barrière



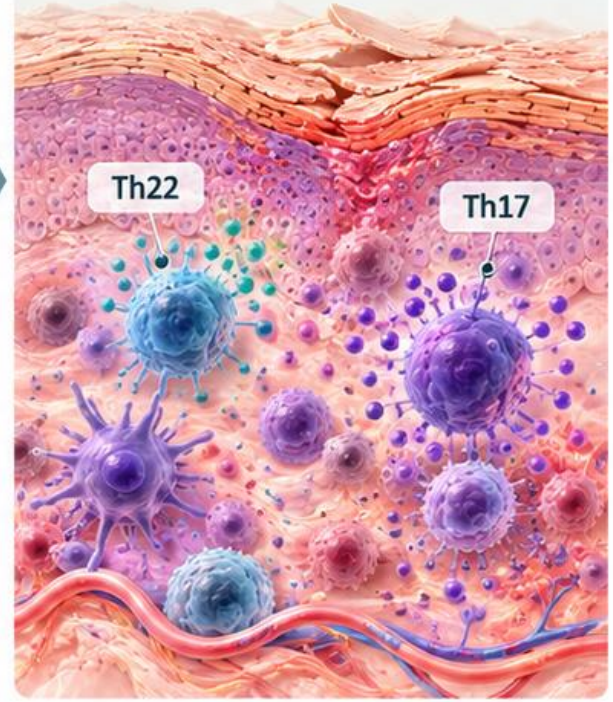
IL-31

Cytokine du prurit, agit sur les fibres nerveuses



Chronicité

Participation Th22 et Th17 selon l'âge et l'origine ethnique



Les traitements ciblés bloquent ces voies : IL-4Rα, IL-13, IL-31Rα, et les JAK en aval de ces cytokines.

Le cercle vicieux prurit–grattage

Prurit

- Symptôme cardinal, constant
- Son absence doit faire douter du diagnostic

1 Prurit
Symptôme cardinal, constant

2 Grattage
Aggrave la rupture de barrière et l'inflammation

3 Rupture de barrière et inflammation
Altération de la barrière cutanée et amplification de l'inflammation

4 Augmentation du prurit
L'inflammation entretient le prurit et relance le cercle



Conséquences


Excoriations


Surinfection


Lichénification

Retentissement



- Insomnie, irritabilité, difficultés scolaires, fatigue des parents.
- Réveils nocturnes chez l'enfant et ses parents.

Évaluer le prurit et le sommeil à chaque consultation.

Casser le cercle exige de contrôler l'inflammation, pas seulement le symptôme.

Aspects cliniques selon l'âge

Nourrisson (< 2 ans)

- Début vers 3 mois
- Convexités : joues, front, menton, faces d'extension des membres
- Respect de la zone médio-faciale et du siège
- Lésions souvent suintantes



Joues : lésions érythémateuses, suintantes, croûteuses

Enfant (2–12 ans)

- Plis : coudes, creux poplités, cou, poignets
- Lichénification fréquente
- Atteinte des mains et des paupières
- Lésions plus sèches



Plis du coude : lichenification, sécheresse, excoriations

Adolescent et adulte

- Visage et cou (« head and neck »)
- Mains, plis
- Formes prurigo, nummulaires
- Lichénification, xérose diffuse



Cou : plaques érythémato-squameuses, lichénification

La présentation clinique varie avec l'âge, mais la sécheresse, le prurit et l'inflammation restent constants.

Signes associés et terrain

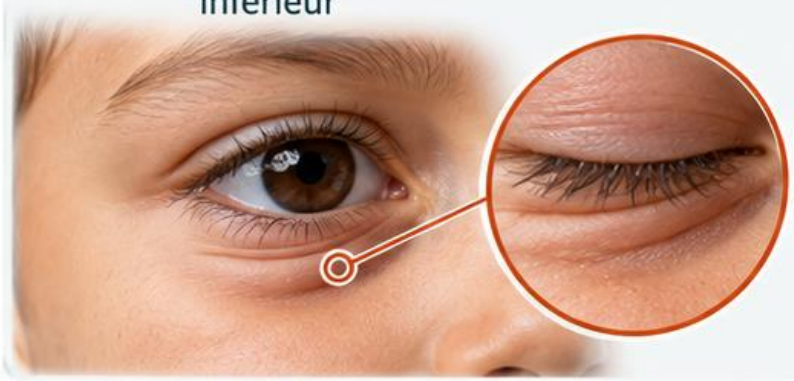
Xérose

Peau sèche, quasi constante, aggravée en hiver



Pli de Dennie-Morgan

Double pli sous-palpébral inférieur



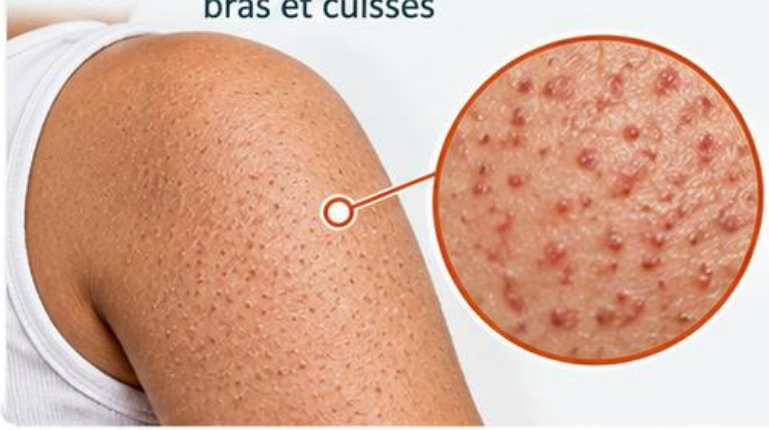
Pityriasis alba

Taches hypochromiques du visage, surtout visibles sur peau foncée



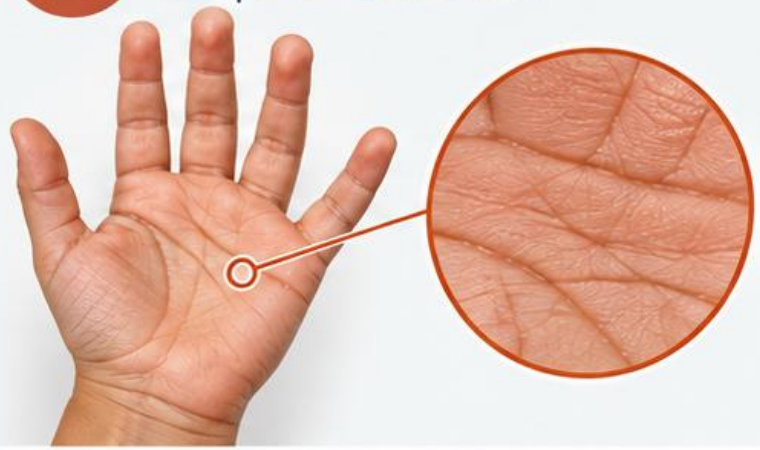
Kératose pilaire

Papules cornées folliculaires des bras et cuisses



Hyperlinéarité palmaire

Plis palmaires accentués



Antécédents d'atopie

Personnels ou familiaux : asthme, rhinite, eczéma



La dermatite atopique sur peau foncée (phototypes IV–VI)

Pièges diagnostiques

- Érythème peu visible : brun, violacé ou grisâtre
- Sévérité facilement sous-estimée par les scores
- Formes papuleuses et folliculaires fréquentes
- Lichénification et prurigo marqués



Séquelles pigmentaires

- Hyperpigmentation et hypopigmentation post-inflammatoires
- Souvent plus mal vécues que l'eczéma lui-même
- Régressent lentement quand l'inflammation est contrôlée
- Expliquer au patient : ce n'est pas un effet des dermocorticoïdes



Diagnostic : critères du UK Working Party

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse
(ou grattage rapporté par les parents)

Associé à au moins 3 critères parmi :

1. **Antécédents d'eczéma des plis**
   (ou des joues chez l'enfant de moins de 10 ans)



2. **Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite**
   (ou chez un parent du 1er degré si l'enfant a moins de 4 ans)



3. **Xérose cutanée généralisée**
   au cours de la dernière année



4. **Eczéma visible des plis**
   (ou des joues, front, convexités avant 4 ans)



5. **Début avant 2 ans**
   (critère non utilisé si l'enfant a moins de 4 ans)



Diagnostic clinique

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic.

Williams HC et al., Br J Dermatol 1994.

Évaluer la sévérité et le retentissement

Outil	Ce qu'il mesure	Repères
SCORAD	Étendue, intensité des signes, prurit et sommeil	0–103 ; < 25 léger, 25–50 modéré, > 50 sévère
EASI	Étendue et intensité des signes par région	0–72 ; utilisé dans les essais et pour suivre la réponse
POEM	Symptômes rapportés par le patient sur 7 jours	0–28 ; auto-questionnaire simple
Prurit (EN)	Intensité du prurit	Échelle numérique de 0 à 10
DLQI / CDLQI	Qualité de vie (adulte / enfant)	0–30 ; retentissement global

Sur peau foncée, l'érythème est sous-coté : compléter par l'infiltration, la lichénification et le retentissement.

Diagnostics différentiels

Diagnostic	Aspect clinique typique	Localisation	Éléments d'orientation
Gale		 • Espaces interdigitaux • Poignets • Organes génitaux • Ceinture • Lombes, fesses	• Prurit familial à recrudescence nocturne • Sillons • Atteinte interdigitale et génitale
Dermatite séborrhéique		 • Cuir chevelu • Sillons nasogéniens • Sourcils • Conduits auditifs • Région sternale (±)	• Squames grasses • Peu prurigineuse chez le nourrisson • Sillons nasogéniens
Psoriasis		 • Faces d'extension (coudes, genoux) • Cuir chevelu • Région lombaire • Ongles (pitting, onycholyse)	• Plaques bien limitées • Squames épaisses • Atteinte des ongles
Eczéma de contact		 • Zone de contact (bijoux, montre, nickel) • Cou (parfums, cosmétiques) • Mains (professionnel)	• Topographie évocatrice • À rechercher aussi chez l'atopique qui s'aggrave
Déficits immunitaires		 • Visage • Cou, plis • Tronc, membres • Atteinte étendue • Infections cutanées récurrentes	• Infections sévères • Retard de croissance • Contexte (Wiskott-Aldrich, hyper-IgE)
Lymphome T cutané		 • Adulte • Tronc • Membres • Plaques / infiltrées	• Eczéma d'apparition tardive résistant au traitement • Biopsie

Complications infectieuses

Bactériennes



- Impétiginisation à S. aureus : croûtes jaunâtres, suintement purulent
- Colonisation fréquente sans infection : pas de prélèvement ni d'antibiotiques systématiques
- Traiter l'eczéma réduit la colonisation
- Antibiotique si infection clinique patente

Kaposi-Juliusberg : URGENCE



- Surinfection diffuse à herpès simplex virus (HSV)
- Vésiculo-pustules ombiliquées, érosions arrondies « à l'emporte-pièce »
- Fièvre, altération de l'état général
- Hospitalisation et aciclovir par voie IV sans attendre les résultats

Autres complications et comorbidités

Sommeil et psychisme

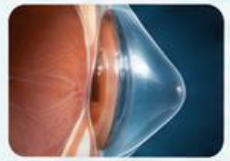
Insomnie, anxiété, dépression ; retentissement scolaire et professionnel



Atteinte oculaire

Conjonctivite, kératocône ; cataracte dans les formes sévères





Kératocône



Cataracte

Croissance

Retard de croissance possible dans les formes sévères de l'enfant



Eczéma de contact surajouté

Aux topiques, émollients parfumés, nickel : à évoquer si aggravation



Infections virales

Molluscum contagiosum étendus, eczéma coxsackium



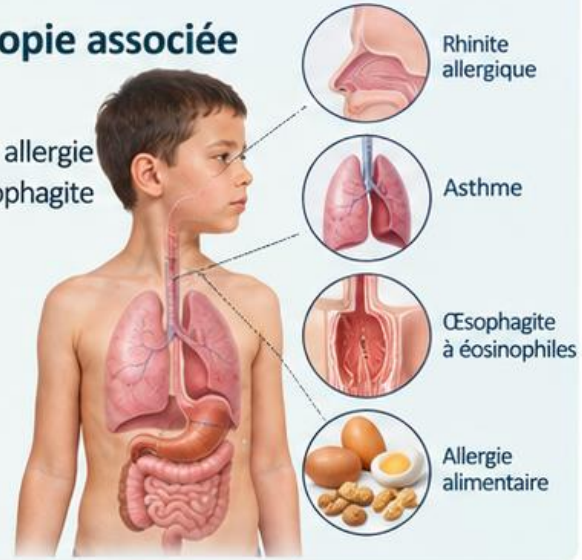
Molluscum contagiosum (ombilication centrale)



Eczéma coxsackium (main)

Atopie associée

Asthme, rhinite, allergie alimentaire, œsophagite à éosinophiles



Examens complémentaires : quand et lesquels ?

- **Aucun examen** pour poser le diagnostic dans la forme typique



- **IgE totales, IgE spécifiques** : pas de dosage systématique



- **Prick-tests, IgE spécifiques** : si suspicion clinique d'allergie alimentaire (réaction immédiate, cassure de croissance) ou respiratoire



- **Tests épicutanés** : si suspicion d'eczéma de contact surajouté, topographie inhabituelle, résistance au traitement



- **Prélèvement viral (PCR HSV)** : si suspicion de Kaposi-Juliusberg, sans retarder l'aciclovir



- **Biopsie** : adulte avec présentation atypique ou résistante



- **Bilan pré-thérapeutique** : avant un traitement systémique



Piège

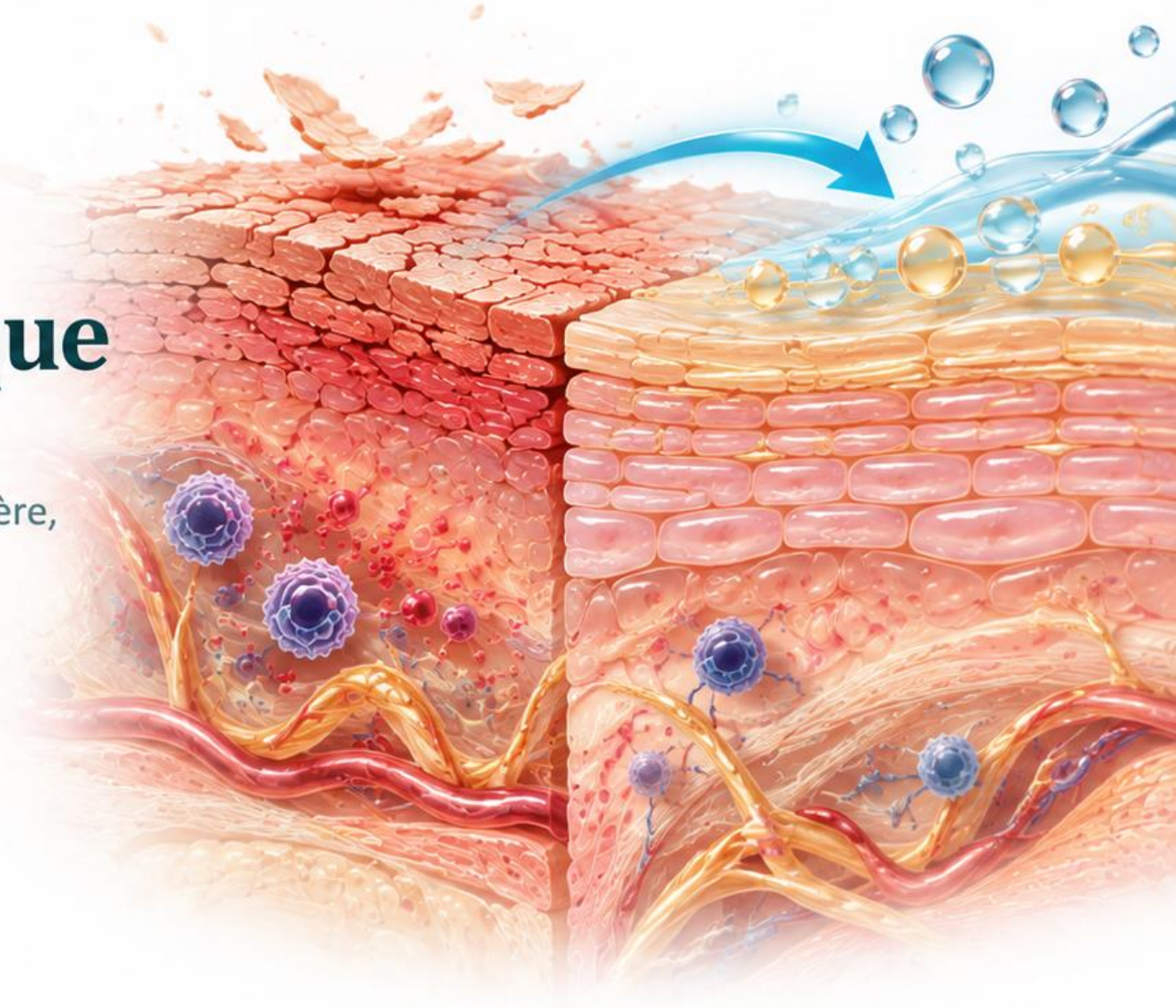
Ne pas prescrire de régime d'éviction sur la seule base d'IgE positives : risque de carences sans bénéfice sur l'eczéma.



3

Traitement de la dermatite atopique

Contrôler l'inflammation, restaurer la barrière, prévenir les poussées



Les principes du traitement

Maladie chronique

On ne guérit pas la DA, on la contrôle ;
amélioration spontanée fréquente avec l'âge



Traiter les poussées

Dermocorticoïdes ou inhibiteurs de la calcineurine topiques



Restaurer la barrière

Émollients quotidiens, hygiène douce



Éduquer

Patient et parents : quantité, durée, lutte contre la corticophobie



Soins de base : émollients et hygiène

1 Émollients

1 à 2 fois par jour
sur tout le corps,
en quantité suffisante,
toute l'année





2 Bain ou douche

Courts, eau tiède,
pains ou syndets
sans savon



Message

L'émollient ne traite pas une poussée.

Il s'applique sur une peau non inflammatoire, ou en complément du dermocorticoïde.

3 Séchage

En tamponnant,
émollient juste après



4 Vêtements

Coton, éviter la laine
et les textiles synthétiques
au contact



5 Environnement

Ongles courts, éviter la surchauffe
et la transpiration excessive



Dermocorticoïdes : choisir la bonne classe

I Très forte (I)

Exemple de molécules

Propionate de clobétasol



Utilisation

Lésions très lichénifiées, paumes et plantes ; à éviter chez l'enfant et sur le visage



II Forte (II)

Exemples de molécules

Bétaméthasone (valérate, dipropionate), furoate de mométasone



Utilisation

Poussées du tronc et des membres chez l'adulte ; cures courtes chez l'enfant

III Modérée (III)

Exemple de molécule

Désonide





Utilisation

Visage, plis, nourrisson et jeune enfant

IV Faible (IV)

Exemple de molécule

Hydrocortisone



Utilisation

Peu efficace dans la DA ; place très limitée

Attention : *les classifications anglo-saxonnes sont numérotées aans un ordre différent. Toujours raisonner en puissance.*

Dermocorticoïdes : bien les prescrire

Modalités

- Une application par jour, sur les lésions inflammatoires
- Jusqu'à disparition de l'inflammation et du prurit
- Quantité : unité phalangette (≈ 0,5 g) pour une surface de deux paumes d'adulte
- Crème sur lésions suintantes et plis ; pommade sur lésions sèches et lichénifiées
- Suivre le nombre de tubes utilisés



Unité phalangette (≈ 0,5 g)



Surface de deux paumes d'adulte



Effets secondaires et corticophobie

- Atrophie, vergetures, dermite rosacéiforme : surtout en cas de mésusage prolongé
- Pas d'effet systémique notable si bien utilisés
- Corticophobie fréquente : première cause d'échec
- Expliquer, montrer, prescrire une quantité claire



Atrophie



Vergetures



Dermite rosacéiforme

Inhibiteurs de la calcineurine topiques (ICT)

Molécules

- Tacrolimus pommade 0,03 % : à partir de 2 ans
- Tacrolimus pommade 0,1 % : à partir de 16 ans
- Pimécrolimus crème 1 % : formes légères à modérées (disponibilité variable selon les pays)
- Prescription par le dermatologue ou le pédiatre selon la réglementation locale



Tacrolimus pommade 0,03 %
(à partir de 2 ans)



Tacrolimus pommade 0,1 %
(à partir de 16 ans)



Pimécrolimus crème 1 %
(formes légères à modérées)

Intérêt pratique

- Pas d'atrophie cutanée : visage, paupières, plis
- Effet indésirable principal : sensation de brûlure transitoire en début de traitement
- Photoprotection recommandée
- Utilisables en traitement d'entretien proactif



Traitement réactif ou proactif ?

Poussée



Anti-inflammatoire topique quotidien jusqu'au contrôle des lésions

Rémission



Peau apparemment saine mais inflammation infraclinique persistante

Entretien proactif



Application 2 fois par semaine sur les zones habituellement atteintes

Bénéfice



Moins de poussées, moins de produit utilisé au total

Recommandé chez les patients à poussées fréquentes : dermocorticoïde ou tacrolimus, 2 jours par semaine, toujours associé aux émollients.

Autres traitements locaux et adjuvants

Antihistaminiques oraux

Non recommandés en routine pour le prurit de la DA ; sédatifs parfois utilisés sur une courte durée



Antiseptiques et antibiotiques

Pas d'usage systématique ; antibiotique seulement si infection clinique



Photothérapie

UVB à spectre étroit (TL01) chez l'adulte et le grand enfant ; formes modérées à sévères



Pansements humides

Wet wraps ; poussées sévères, en milieu spécialisé



Prise en charge par paliers (EuroGuiDerm)

Base

Éducation, émollients, éviction des facteurs aggravants



Légère

Dermocorticoïdes ou ICT à la demande ; antiseptiques si besoin



Modérée

Traitement proactif, photothérapie, éducation thérapeutique



Sévère

Traitement systémique : biothérapies, anti-JAK, ciclosporine



Chaque palier s'ajoute au précédent. Avant de passer au palier supérieur : vérifier l'observance, la quantité utilisée, une infection ou un eczéma de contact surajouté.

Traitements systémiques conventionnels

Ciclosporine



Place et modalités

- Seul immunosuppresseur conventionnel avec AMM dans la DA de l'adulte
- 2,5 à 5 mg/kg/j
- Cure de durée limitée

Principales précautions

- Néphrotoxicité
- HTA
- Surveiller créatinine et pression artérielle

Méthotrexate



Place et modalités

- Hors AMM
- Utilisé au long cours
- Effet plus lent

Principales précautions

- Hépatotoxicité
- Cytopénies
- Tératogène
- Acide folique

Mycophénolate mofétil



Place et modalités

- Hors AMM
- Option de recours

Principales précautions

- Cytopénies
- Tératogène

Corticoïdes oraux



Place et modalités

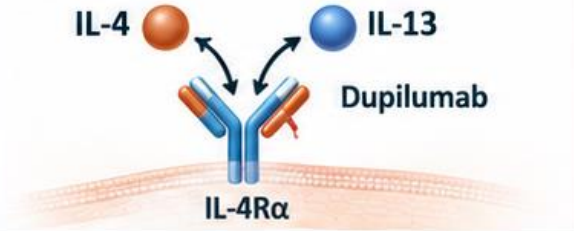
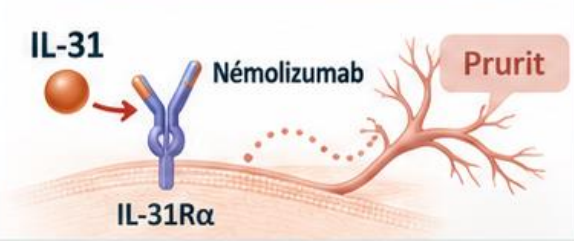
- Cures très courtes exceptionnelles
- Pas de traitement au long cours

Principales précautions

- Rebond à l'arrêt
- Effets systémiques (HTA, diabète, ostéoporose, etc.)

La mise à jour EuroGuiDerm de janvier 2026 a supprimé la recommandation concernant l'azathioprine.

Biothérapies de la dermatite atopique modérée à sévère

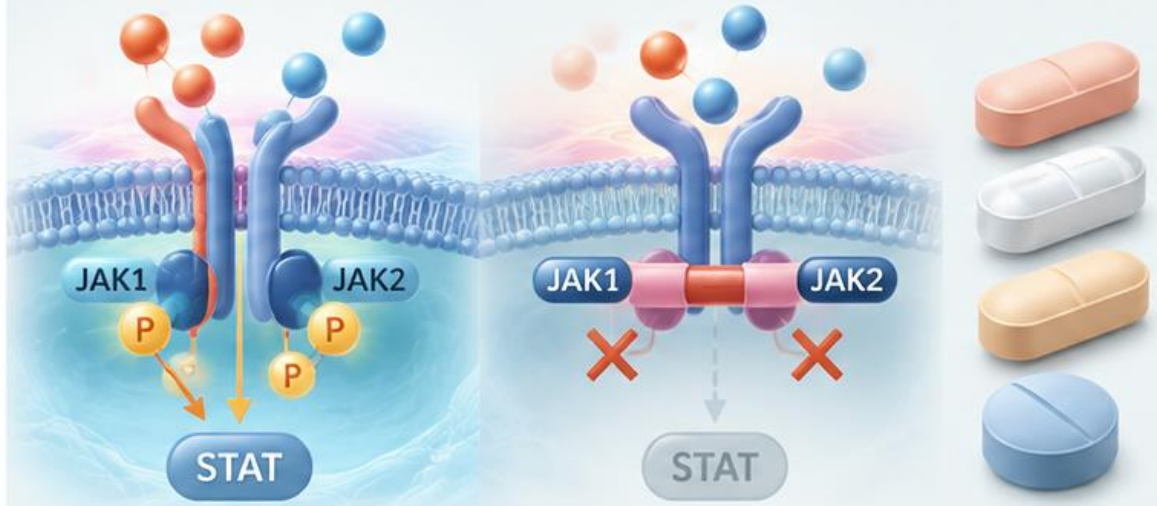
Molécule	Cible	Schéma (adulte)	À savoir
Dupilumab		600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines	Dès 6 mois (schéma selon poids) ; conjonctivites
Tralokinumab		600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines	À partir de 12 ans
Lébrikizumab		500 mg à S0 et S2, 250 mg toutes les 2 sem. jusqu'à S16, puis 250 mg toutes les 4 sem.	À partir de 12 ans et 40 kg
Némolizumab		60 mg puis 30 mg toutes les 4 sem. ; après S16, 30 mg toutes les 8 sem. si réponse	À partir de 12 ans ; associé aux topiques

Schémas d'après les RCP (FDA/EMA). Prescription initiale par le dermatologue. Bilan préalable et vaccinations à jour.

Anti-JAK oraux

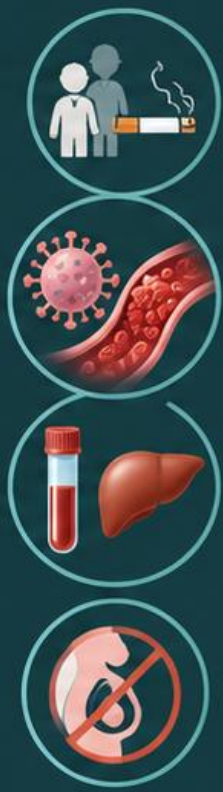
Molécules

- Upadacitinib : 15 ou 30 mg/j (à partir de 12 ans)
- Abrocitinib : 100 ou 200 mg/j (à partir de 12 ans)
- Baricitinib : 4 mg/j (2 mg selon le terrain)
- Action rapide sur le prurit



Précautions (EMA 2022)

- Réservés, en l'absence d'alternative, si âge ≥ 65 ans, tabagisme, risque cardiovasculaire ou de cancer
- Risques : infections (zona), thrombose veineuse, événements cardiovasculaires
- Bilan : NFS, bilan lipidique, hépatique, hépatites, VIH, tuberculose
- Contraception ; contre-indiqués pendant la grossesse



Éducation thérapeutique et prévention

Éducation thérapeutique



Comprendre la maladie chronique



Apprendre les gestes : quantité, application



Plan d'action écrit en cas de poussée



Écoles de l'atopie (éducation du patient et de la famille)

Prévention



Émollients dès la naissance : pas d'effet préventif démontré



Ne pas retarder la diversification alimentaire



Pas de régime d'éviction maternel

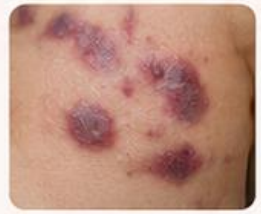
Quand adresser ?



Échec d'un traitement local bien conduit



Forme sévère, retentissement majeur



Suspicion de Kaposi-Juliusberg (urgence)



Suspicion d'allergie associée

4

Eczéma de contact

Allergique ou irritatif : trouver la cause, c'est guérir



Eczéma de contact allergique : définition

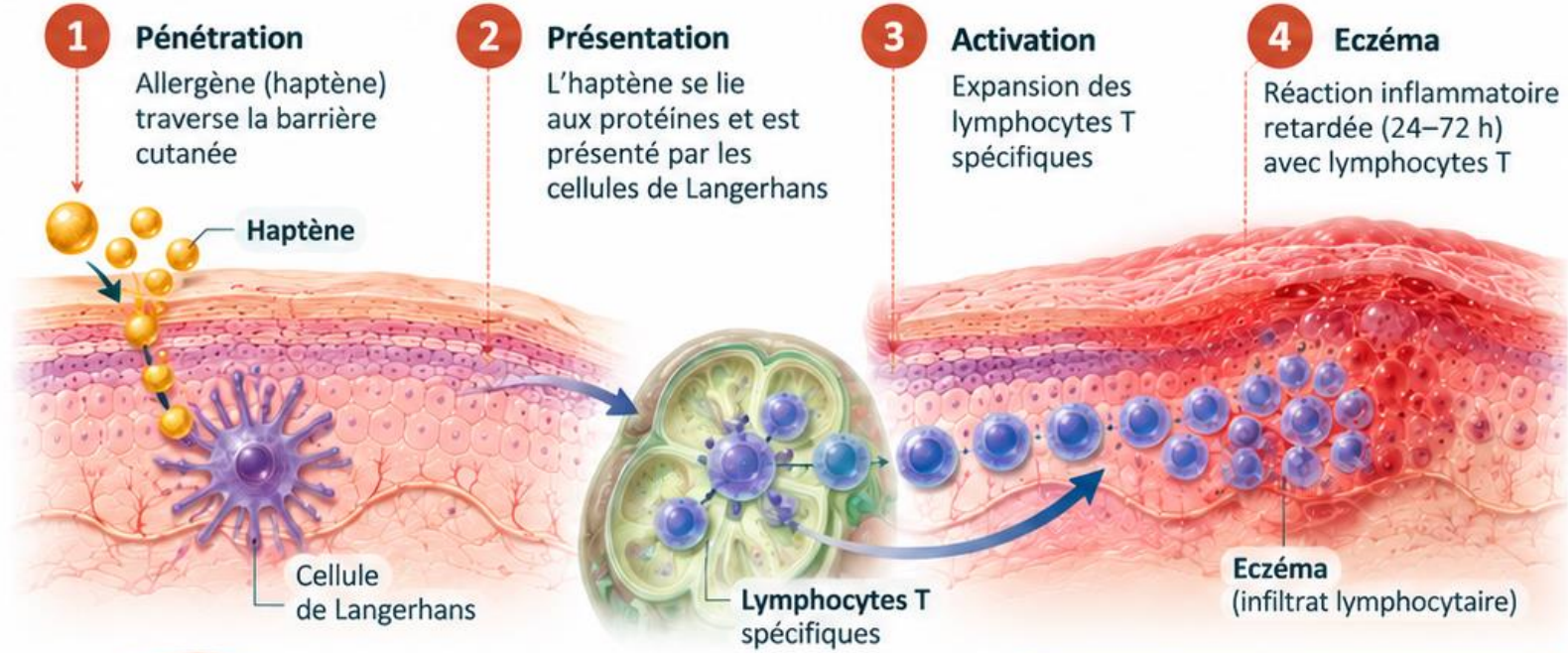
Mécanisme
Hypersensibilité retardée de type IV, à médiation cellulaire (lymphocytes T)

Agent
Allergène de faible poids moléculaire (haptène) au contact de la peau

Fréquence
Environ 1 adulte sur 5 est sensibilisé à au moins un allergène de contact

Sensibilisation ≠ maladie
Un test positif doit être pertinent cliniquement

Enjeu
Souvent professionnel (BTP, coiffure, santé, nettoyage)



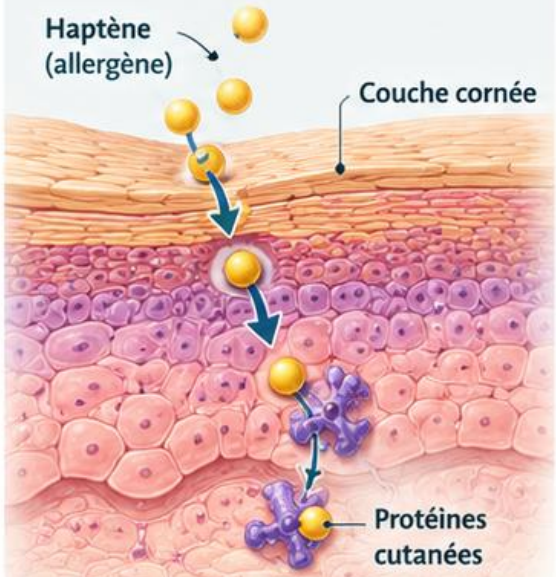


Particularité
C'est l'un des rares eczémas qu'on peut guérir : l'éviction de l'allergène fait disparaître les lésions.

Physiopathologie : deux phases

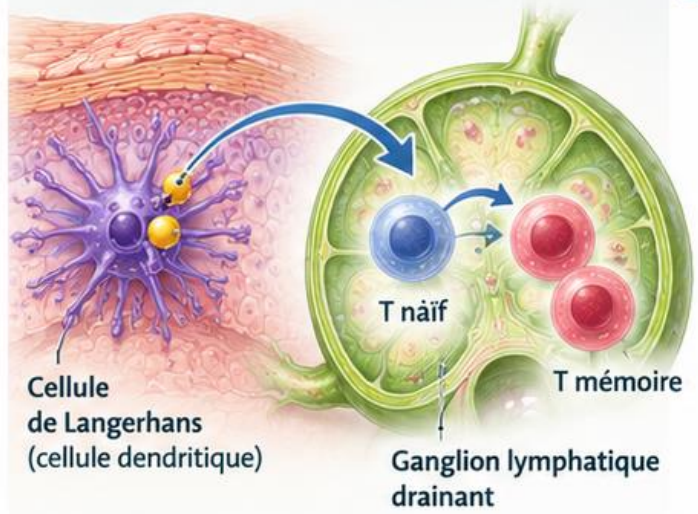
1 Pénétration

L'haptène traverse la couche cornée et se lie aux protéines cutanées.



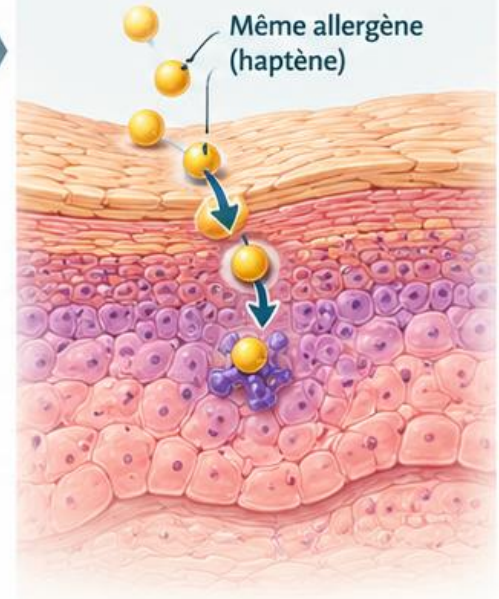
2 Sensibilisation

Les cellules de Langerhans présentent l'antigène aux lymphocytes T naïfs dans le ganglion lymphatique → formation de lymphocytes T mémoire.
Cliniquement muette, 10 à 15 jours.



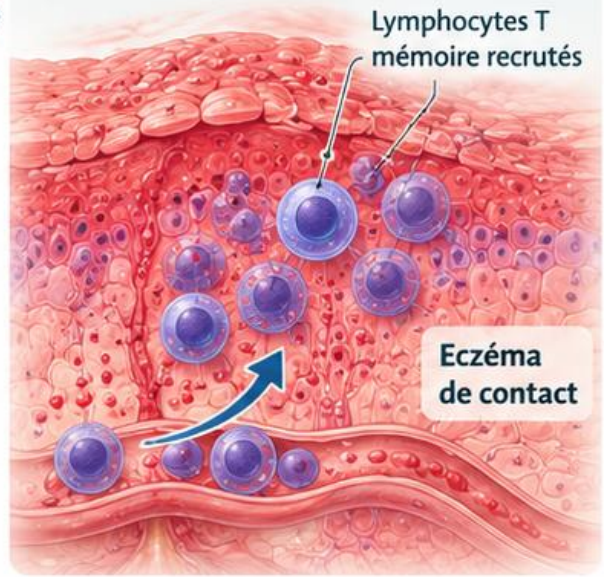
3 Réexposition

Nouveau contact, même allergène, même faible quantité.



4 Révélation

Recrutement des lymphocytes T mémoire : réaction inflammatoire retardée eczémateuse
(24 à 72 heures après le contact).



La sensibilisation persiste souvent durablement : **l'éviction de l'allergène pertinent est essentielle.**

Clinique de l'eczéma de contact allergique

Sémiologie

- Eczéma aigu typique : érythème, vésicules, prurit
- Siège initial = zone de contact avec l'allergène
- Débordement au-delà de la zone de contact, bords émiettés
- Lésions à distance possibles (dissémination)



Interrogatoire policier

- Profession, gestes, gants, produits manipulés
- Cosmétiques, teintures, parfums, bijoux
- Traitements locaux appliqués (y compris traditionnels)
- Rythme : amélioration en congés, rechute au retour


Gants, produits manipulés


Cosmétiques, teintures, parfums


Bijoux (nickel, métaux)


Traitements locaux (y compris traditionnels)

Allergènes fréquents et sources

Allergène	Principales sources
Nickel, cobalt 	 Bijoux fantaisie, boucles de ceinture, boutons de jeans, montres, téléphones
Chrome (bichromate) 	 Ciment (BTP), cuir tanné (chaussures, gants)
Paraphénylènediamine (PPD) 	 Teintures capillaires, « henné noir » des tatouages temporaires
Parfums, baume du Pérou 	 Cosmétiques, déodorants, produits d'hygiène
Conservateurs (méthylisothiazolinone) 	 Cosmétiques, lingettes, peintures, produits ménagers
Additifs du caoutchouc (thiurams) 	 Gants, chaussures, élastiques
Médicaments topiques 	Néomycine, antiseptiques, anesthésiques locaux

La topographie oriente vers l'allergène

Localisation	Allergène ou source à évoquer
Lobes d'oreilles, ombilic, poignet 	Nickel (bijoux, bouton de jean, montre)
Paupières 	Vernis à ongles (manuporté), cosmétiques, collyres
Cuir chevelu, front, cou 	Teintures capillaires (PPD)
Aisselles 	Déodorants (parfums, conservateurs)
Mains 	Ciment, gants en caoutchouc, produits professionnels
Pieds (dos) 	Chaussures : chrome du cuir, caoutchouc, colles
Visage entier 	Cosmétiques ; allergène aéroporté (plantes, résines)

Focus : henné noir et paraphénylènediamine

Le piège du « henné noir »

- Le henné naturel est brun-orangé et rarement allergisant
- Le « henné noir » est souvent enrichi en PPD pour foncer et accélérer la coloration
- Tatouages temporaires : sensibilisation fréquente, notamment chez l'enfant
- Eczéma vésiculo-bulleux reproduisant le dessin, parfois dyschromie durable



Henné naturel (brun-orangé)



Henné noir (tatouage temporaire)



Eczéma vésiculo-bulleux reproduisant le dessin

Conséquences

- Sensibilisation durable à la PPD
- Réactions sévères ultérieures aux teintures capillaires
- Réactions croisées : autres colorants, certains textiles, anesthésiques locaux de type ester
- Prévention : informer, éviter les tatouages au henné noir



Formes particulières d'eczéma de contact

Photo-allergique

Allergène activé par les UV : zones photo-exposées, respect du triangle sous-mentonnier



Aéroporté

Allergène en suspension (plantes, résines) : visage entier, paupières, cou



Aux topiques

À évoquer quand un eczéma traité s'aggrave : antiseptiques, antibiotiques locaux, parfois dermocorticoïdes



Systémique

Réintroduction de l'allergène par voie générale : réactivation de foyers anciens, atteinte des plis



Les tests épicutanés (patch tests)

1 Batterie

Batterie standard européenne (révisée en 2023) + batteries spécialisées + produits du patient



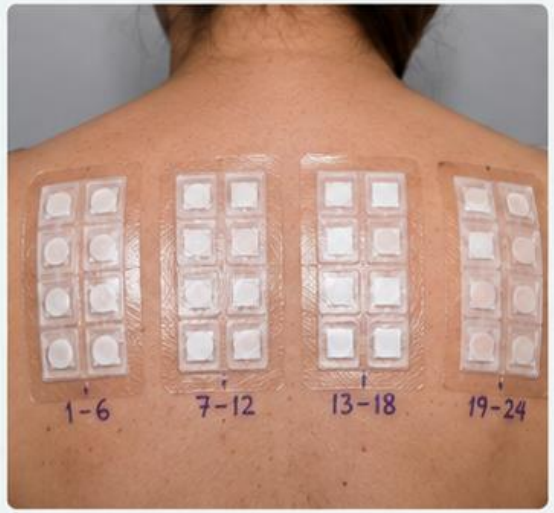
Batterie standard européenne



Produits du patient (cosmétiques, médicaments, professionnels...)

2 Pose

Haut du dos, peau saine, en dehors d'une poussée ; occlusion 48 heures



Lectures

À J2 puis J3 ou J4 ; lecture tardive vers J7 recommandée pour certains allergènes



Réaction négative
(–)



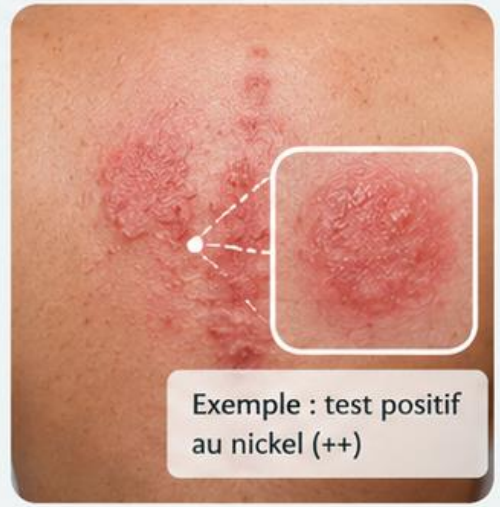
Réaction positive
(+)
érythème, papules, vésicules



Réaction très positive
(++)
vésicules, bulles

Interprétation

Cotation ICDRG, puis pertinence clinique de chaque test positif



Avant les tests : pas de dermocorticoïde sur le dos, pas de corticothérapie générale, pas d'exposition UV de la zone testée.

- Pas de dermocorticoïde sur le dos
- Pas de corticothérapie générale
- Pas d'exposition UV de la zone testée

Lire et interpréter un test épicutané (cotation ICDRG)

Cotation	Aspect	Interprétation
–	 Aucune réaction	Test négatif
?+	 Érythème léger isolé	Douteux
+	 Érythème, infiltration, éventuellement papules	Positif faible
++	 Érythème, infiltration, papules, vésicules	Positif fort
+++	 Réaction intense, vésicules confluentes, bulles	Positif extrême
IR	 Réaction d'irritation (pétéchies, effet savon, pustules)	Non allergique

Un test positif n'est utile que s'il est pertinent : l'allergène doit expliquer l'histoire clinique.

Eczéma allergique ou dermite d'irritation ?

Eczéma de contact allergique



Dermite d'irritation



Critère	Eczéma de contact allergique	Dermite d'irritation
Mécanisme	Immunologique (type IV), après sensibilisation	Toxique direct, non immunologique
Qui ?	Seulement les sujets sensibilisés	Tout le monde, si l'exposition est suffisante
Délai	24 à 96 heures après le contact	Rapide (aiguë) ou progressif (cumulative)
Limites	Débordent la zone de contact	Limitées à la zone de contact
Symptôme	Prurit	Brûlure, douleur, fissures
Tests épicutanés	Positifs et pertinents	Négatifs

Traitement de l'eczéma de contact

Éviction de l'allergène

Seul traitement curatif ; liste écrite des produits à éviter et des substituts



Dermocorticoïdes

Classe forte en cure courte ; très forte sur les mains épaisses



Protection

Gants adaptés (doublure coton), crèmes émollientes ; adaptation du poste



Volet professionnel

Médecin du travail ; déclaration en maladie professionnelle selon la réglementation



5

Autres eczémas

Mains, formes morphologiques
et eczémas du sujet âgé



Eczéma chronique des mains

Définition et causes

- Chronique : durée > 3 mois ou ≥ 2 récidives par an (ESCD 2022)
- Causes souvent intriquées : irritation, allergie de contact, atopie
- Professions à risque : santé, coiffure, BTP, nettoyage, restauration
- Bilan : tests épicutanés systématiques en cas de chronicité

Traitement

- Protection, gants, émollients, éviction des irritants et allergènes
- Dermocorticoïdes forts à très forts
- Delgocitinib crème 20 mg/g, anti-JAK topique (UE 2024, FDA 2025)
- Alitrétinoïne orale : formes sévères ; tératogène
- Photothérapie, traitements systémiques en recours



Formes morphologiques et topographiques

Eczéma nummulaire

Plaques arrondies en pièces de monnaie, membres ; adulte, terrain sec ; surinfection fréquente



Dyshidrose

Vésicules prurigineuses des faces latérales des doigts, paumes, plantes ; récidivante, souvent estivale



Eczéma de stase

Tiers inférieur des jambes, insuffisance veineuse ; risque de sensibilisation aux topiques



Eczéma astéatosique

Sujet âgé, peau très sèche, aspect craquelé (« eczéma craquelé ») des jambes



Dix messages clés

1. Eczéma = prurit + vésicules + bords émiettés ; histologie : spongiose



2. Le diagnostic de dermatite atopique est clinique (critères UK Working Party)



3. La topographie dépend de l'âge : convexités, puis plis, puis visage et mains



4. Sur peau foncée, l'érythème est trompeur et la sévérité sous-estimée



5. Pas de dosage d'IgE systématique, pas de régime d'éviction abusif



6. Dermocorticoïdes : classe, quantité et durée précisées ; combattre la corticophobie



7. Kaposi-Juliusberg : urgence, aciclovir IV sans attendre



8. Biothérapies et anti-JAK : formes modérées à sévères, prescription spécialisée



9. Eczéma de contact : la topographie oriente, les tests épicutanés confirment



10. L'éviction de l'allergène est le seul traitement curatif de l'eczéma de contact



Bibliographie

1. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: living update. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(9):1537-1566.
2. EuroGuiDerm Guideline on atopic eczema — systemic treatment, living update (janvier 2026), guidelines.edf.one
3. Guttman-Yassky E, Renert-Yuval Y, Brunner PM. Atopic dermatitis. Lancet. 2025;405(10478):583-596.
4. GBD 2021 Asthma and Atopic Dermatitis Collaborators. Global, regional, and national burden of asthma and atopic dermatitis, 1990–2021, and projections to 2050. Lancet Respir Med. 2025;13(5):425-446.
5. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, et al. The U.K. Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Br J Dermatol. 1994;131(3):383-396.
6. Thyssen JP, Schuttelaar MLA, Alfonso JH, et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis. 2022;86(5):357-378.
7. Uter W, Aerts O, Agner T, et al. ESCD guideline for diagnostic patch testing — recommendations on best practice (update 2026). Contact Dermatitis. 2026. doi:10.1111/cod.70195
8. Wilkinson SM, Gonçalo M, Aerts O, et al. The European baseline series and recommended additions: 2023. Contact Dermatitis. 2023;88(2):87-92.
9. Alinaghi F, Bennike NH, Egeberg A, et al. Prevalence of contact allergy in the general population: a systematic review and meta-analysis. Contact Dermatitis. 2019;80(2):77-85. (prévalence poolée : 20,1 %)
10. Bissonnette R, Warren RB, Pinter A, et al. Efficacy and safety of delgocitinib cream in adults with moderate to severe chronic hand eczema (DELTA 1 and DELTA 2). Lancet. 2024;404(10451):461-473.
11. RCP / prescribing information : Nemluvio® (némolizumab), Ebglyss® (lébrikizumab), Anzupgo® (delgocitinib) — EMA, FDA.