

## Exploration des eczémas de l'enfant

Dr Habib Chabane  
Hôpital Delafontaine – Saint-Denis

L'eczéma est une pathologie fréquente chez l'enfant jusqu'à 15 ans. L'eczéma atopique communément appelé dermatite atopique est beaucoup plus fréquent chez l'enfant d'âge scolaire ou sa prévalence atteint environ 20% [1]. La prévalence des eczémas de contact allergiques chez l'enfant, autrefois considérés comme des pathologies rares, a été revue à la hausse à partir des années 90.

Le diagnostic d'eczéma repose sur des signes cliniques assez typiques comme l'érythème, l'œdème, les vésicules et le prurit, mais non pathognomoniques. Les lésions d'eczéma évoluent de façon aiguë, subaiguë ou chronique. Les formes chroniques aboutissent à la lichénification de la peau. Les lésions de dermatite atopique ont une topographie typique, différente selon l'âge. L'eczéma (ou dermite) de contact a une topographie habituellement limitée aux zones de contact direct avec le produit sensibilisant ou indirect dans les cas des eczémas par procuration [2]. L'interrogatoire est très important pour déterminer les circonstances déclenchant les lésions, lors des eczémas de contact. L'exploration sera fonction de l'âge et du type d'eczéma.

La biologie est dans l'ensemble peu contributive au diagnostic d'eczéma en dehors de la dermatite atopique où l'augmentation des IgE totales fait partie des critères mineurs de diagnostic selon Hanifin et Rajka [3]. Des IgE totales élevées sont un marqueur biologique du terrain atopique assez fiable chez l'enfant de moins de 3 ans. Cependant, la présence d'IgE spécifiques de trophallergènes ou de pneumallergènes est un marqueur plus fiable du terrain atopique.

Les tests cutanés à lecture immédiate (prick tests) sont réalisables chez l'enfant sans limite inférieure d'âge. Un eczéma étendu peut rendre difficile leur pratique de même que l'usage prolongé des dermocorticoïdes, qui diminue la réactivité cutanée. Avant l'âge de 3 ans, la recherche d'une sensibilisation à un allergène alimentaire (blanc et jaune d'œuf, lait de vache, arachide, moutarde, noisette, moutarde, soja, blé et poisson) se fera par prick test. La positivité d'un aliment doit inciter à mettre en place un régime alimentaire d'éviction qui peut dans un certain nombre de cas améliorer la dermatite atopique. La mise en évidence d'une sensibilisation aux acariens doit aussi inciter à mettre en place des mesures d'éviction.

En cas de négativité des prick tests, des tests épicutanés (atopy patch tests) peuvent être pratiqués à l'aide d'extraits de pneumallergènes (acariens en particulier) et de trophallergènes consommés par l'enfant. Les tests doivent être appliqués pendant 48h00 [4]. La sensibilité et la spécificité de ces tests ont été étudiée pour les acariens et les allergènes alimentaires les plus importants comme le lait de vache, les œufs, l'arachide et les farines de céréales (blé essentiellement) [5-8]. Leur utilité diagnostique reste controversée [6, 7, 9, 10]. Pour les autres trophallergènes il n'y a pas de données bibliographiques permettant d'apprécier leur efficacité diagnostique.

Les tests épicutanés sont utiles chez l'enfant pour l'exploration des eczémas de contact. La fréquence de positivité des ces tests lors d'une suspicion d'allergie de contact varie de 13 à 52% selon les séries de la littérature [11-13]. Les réactogènes de la batterie standard seront testés en priorité. Ils peuvent être complétés par les produits utilisés par l'enfant (cosmétiques, ...). Il est parfois nécessaire de recourir à des batteries spécialisées (caoutchouc, cosmétiques, colorants textiles, boulangerie). Certains auteurs ont préconisé l'utilisation de concentrations plus faibles chez l'enfant pour éviter des réactions irritatives faussement positives. La majorité des auteurs utilise les mêmes concentrations que chez l'adulte [13, 14]. D'autres auteurs préconisent de sélectionner les produits les plus pertinents à tester et ne pas utiliser ceux qui sont potentiellement sensibilisants [15]. La lecture se fait à 48h00 et à 96h00. Les tests avec les

produits apportés par le patient sont à interpréter avec une grande prudence en raison de la non standardisation de leur concentration. Les savons et lessives sont susceptibles d'entraîner des réactions caustiques ou irritantes. Les produits sensibilisants les plus fréquemment retrouvés chez l'enfant sont : les métaux (nickel surtout), les parfums, les topiques (médicaments, baume du Pérou) et les accélérateurs du caoutchouc (chaussures) [11-14].

Dans les formes systémiques de l'eczéma de contact ou dans les dermatites atopiques persistantes ou résistantes au traitement, il est nécessaire de pratiquer des tests épicutanés avec des réactogènes chimiques [16]. La fréquence de positivité des tests épicutanés est très variable selon les auteurs. Il n'est pas rare de montrer une sensibilisation à un composant des topiques médicamenteux utilisés.

## Références

- 1 - Rothe MJ, Grant-Kels JM. Atopic dermatitis: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:1-13.
- 2 - Fischer AA. Cosmetic dermatitis in childhood. *Cutis* 1995;55:15-6.
- 3 - Hanifin JM, Rajka G. Diagnosis features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol Venerol (Stockh)* 1980;Suppl 92:44-7.
- 4 - Rancé F. What is the optimal occlusion time for the atopy patch test in the diagnosis of food allergies in children with atopic dermatitis? *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:93-6.
- 5 - Schafer T, Heinrich J, Wjst M, Adam H, Ring J, Wichmann HE. Association between severity of atopic eczema and degree of sensitization to aeroallergens in schoolchildren. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;104:1280-4.
- 6 - Giusti F, Seidenari S. Reproducibility of atopy patch tests with dermatophagoïdes: a study on 85 patients with atopic dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2004;50:18-21.
- 7 - Osterballe M, Andersen KE, Bindslev-Jensen C. The diagnostic accuracy of the atopy patch test in diagnosing hypersensitivity to cow's milk and hen's egg in unselected children with and without atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:556-62.
- 8 - Seidenari S, Giusti F, Bertoni L, Mantovani L. Combined skin prick and patch testing enhances identification of peanut-allergic patients with atopic dermatitis. *Allergy* 2003;58:495-9.
- 9 - Hansen TK, Host A, Bindslev-Jensen C. An evaluation of the diagnostic value of different skin tests with egg in clinically egg-allergic children having atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:428-34.
- 10 - Darsow U, Laifaoui J, Kerschenlohr K *et al*. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema : a European multicenter study. *Allergy* 2004;59:1318-25.
- 11 - Barros MA, Baptista A, Correia TM, Azevedo F. Patch testing in children: a study of 562 schoolchildren. *Contact Dermatitis*. 1991;25:156-9.
- 12 - Ayala F, Balato N, Lembo G, Patruno C, Tosti A, Schena D *et al*. A multicenter study of contact sensitization in children. Gruppo Italiano Ricerca Dermatiti da Contatto e Ambientali (GIRDCA). *Contact Dermatitis* 1992;26:307-10.
- 13 - Seidenari S, Giusti F, Pepe P, Mantovani L. Contact sensitization in 1094 children undergoing patch testing over a 7 year period. *Pediatr Dermatol* 2005;22:1-5.
- 14 - Wantke F, Hemmer W, Jarish R, Gotz M. Patch test reactions in children, adults and the elderly. A comparative study in patients with suspected allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1996;34:316-9.
- 15 - Vigan M, Adessi B, Arnoult E *et al*. Patch testing in children: Elaboration of adapted standard series (Abstr). *Contact Dermatitis* 2000, 42 (Suppl. 2) :67.
- 16 - Pons-Guiraud A. Intérêt de la batterie standard chez l'atopique. *Progrès en Dermato-allergologie*, Vol 1. Viternes, Mediscript Ed. 1996:43-53.