

# Dermatoses aux topiques et objets de pansements en médecine du travail

## En résumé

Les topiques et pansements utilisés dans les infirmeries d'entreprise et services de santé au travail peuvent contenir des substances irritantes ou sensibilisantes dans le principe actif ou les excipients. Il s'agit essentiellement des antiseptiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des cicatrisants (baume du Pérou), des émulsifiants et émoulinants (lanoline, polyoxyéthylènes glycols...), des conservateurs (formaldéhyde, parabens, nonoxynols...), des parfums, des anti-oxydants (BHA, BHT...), des stabilisants, des adhésifs (colophane).

Les réactions cutanées aux topiques et pansements ne sont pas rares.

Le diagnostic nécessite de préciser le type de dermatose, essentiellement dermatite de contact allergique, dermatite d'irritation de contact, urticaire de contact et photosensibilisation. Il doit être confirmé par un bilan allergologique, qui permet également d'identifier les allergènes responsables.

La prévention consiste en l'éviction du contact cutané avec les produits incriminés.

Cette fiche d'allergologie professionnelle annule et remplace la fiche n° TA 42 « L'eczéma allergique aux médicaments et objets de pansements en médecine du travail ».

Les dermatoses liées à l'utilisation de topiques et pansements ne sont pas rares car ils contiennent un certain nombre d'irritants et d'allergènes.

Ce sont soit les principes actifs (antiseptiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens) soit les ingrédients (conservateurs, parfums et émulsifiants). Les topiques médicamenteux comme les antibiotiques, les dermocorticoïdes et les anesthésiques locaux sont généralement prescrits sur ordonnance ou après consultation médicale spécialisée et ne seront donc pas détaillés dans cette fiche.

La liste des produits cités dans cette fiche ne constitue absolument pas un modèle de trousse d'urgence nécessaire dans toute infirmerie ou service de santé au travail. Elle a pour but de mieux connaître les risques cutanés liés à l'utilisation de ces produits.

## ÉTIOLOGIES

[1 à 7]

Les topiques comprennent en général un principe actif et des excipients. Le choix des excipients dépend des caractéristiques physico-chimiques du principe actif, de sa solubilité et de sa stabilité. Principes actifs et excipients sont responsables de dermatoses.

En médecine du travail, les topiques peuvent être utilisés sous forme de crème, pommade ou dans des pansements.

M. N. CREPY (\*).

(\*) Consultation de pathologie professionnelle, hôpital Cochin, Paris, et hôpital Raymond Poincaré, Garches.

## Les principes actifs

### Les antiseptiques [8 à 14]

*La povidone iodée* est une macromolécule contenant 10 % d'iode disponible actif. Elle est très utilisée comme antiseptique mais elle peut entraîner des irritations dont des formes sévères avec nécrose cutanée, et plus rarement des allergies immédiates et retardées (dermatite de contact, urticaire de contact).

### Les biguanides : chlorhexidine et hexamidine

*La chlorhexidine* est un agent antimicrobien largement utilisé comme antiseptique et désinfectant, et également comme conservateur dans des cosmétiques.

Elle peut provoquer une dermatite de contact (d'irritation ou allergique) et une urticaire de contact avec risque de réactions anaphylactiques sévères surtout lors d'application sur une plaie. L'association de lumière solaire et de contact avec la chlorhexidine peut également engendrer des réactions de photosensibilisation.

*L'hexamidine* est un allergène pouvant provoquer des eczémas très vésiculeux et parfois pustuleux, et beaucoup plus rarement une photosensibilité.

### Les alcools

Ils sont également de rares allergènes pouvant entraîner des dermatites de contact d'irritation, allergiques et des urticaires de contact.

*L'alcool éthylique* peut entraîner des urticaires de contact et des dermatites de contact allergiques. Lors de l'ingestion d'alcool, des manifestations systémiques sont possibles, de type anaphylactique dans l'allergie immédiate, de type exanthème maculo-papuleux dans la forme retardée.

*L'alcool isopropylique* peut également induire des dermatites de contact allergiques. Il n'y a pas de réaction croisée avec un alcool primaire tel que méthanol, éthanol.

### Les dérivés mercuriels

Ils ne sont pratiquement plus utilisés comme antiseptiques. Ils sont fortement sensibilisants. Les dermatites de contact allergiques peuvent être érythémato-pustuleuses (*photo 1*).

Ce sont le mercurochrome (ou merbromine), le thiomersal (synonymes : merthiolate, thimérosal, thiosalicylate sodique de méthylmercure), le borate, l'acétate et le nitrate de phénylmercure. Il peut exister des réactions croisées entre les dérivés mercuriels.

Il faut savoir que le thiomersal contient 2 fonctions sensibilisantes, le mercure et l'acide thiosalicylique. En cas d'allergie à la fraction acide thiosalicylique, il existe un risque de photosensibilisation à un anti-inflammatoire le piroxicam. L'allergie au thiomersal doit être particulièrement évoquée lors d'utilisation de produits à usage ophtalmologique.



Photo 1 : Test épicutané positif pustuleux au thiomersal.

### Les ammoniums quaternaires

Ils sont utilisés comme antiseptiques mais aussi comme conservateurs. Ils sont principalement irritants et plus rarement sensibilisants.

### Le triclocarban

Il peut entraîner très rarement des dermatites de contact allergiques et des photosensibilisations.

*Les colorants à action antiseptique* tels l'éosine sont de rares sensibilisants. L'éosine est phototoxique. À noter que l'éosine est utilisée à tort comme antiseptique. C'est en réalité un produit asséchant. Les colorants ont de plus le grave inconvénient de colorer la peau et ainsi de masquer les premiers signes d'une complication notamment infectieuse.

### Les dérivés métalliques à base d'argent

Le nitrate d'argent peut entraîner des ulcérations.

La sulfadiazine argentique peut provoquer des dermatites de contact allergiques, des réactions immédiates et des photosensibilisations.

### Les antihistaminiques [1]

Ils sont peu utilisés en topiques du fait de leurs propriétés sensibilisantes. Citons les phénothiazines utilisés comme antiprurigineux, la diphenhydramine,

### Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [1, 2, 15 à 17]

Ils provoquent essentiellement des dermatites de contact allergiques et photoallergiques, et plus rarement des irritations, des réactions phototoxiques, des urticaires de contact, et des éruptions érythème polymorphe-like. En cas de sensibilisation à un AINS en topique, la ré-administration par voie générale peut provoquer une dermatite systémique.

– Les dérivés de l'acide arylpropionique sont responsables de la majorité des cas.

Le kétoprofène est le plus fréquent. En 2005, il était considéré comme le premier photoallergène de

contact en France. Il peut entraîner des réactions sévères, extensives et parfois d'apparition retardée. Il existe des réactions croisées possibles entre le kétoprofène et d'autres AINS (acide tiaprofénique, ibuprofène, flurbiprofène, suprofène), des hypocholestérolémiants (fénofibrate), filtres solaires dérivés des benzophénones.

L'ibuproxam et l'ibuprofène sont aussi responsables de dermatites.

– Les AINS d'autres groupes incriminés sont surtout l'étofénamate, le buféxamac, le diclofénac, l'hydrochloride de benzydamine, le piroxicam et l'indométhacine.

#### Les cicatrisants [3, 4, 18]

Le Baume du Pérou, encore appelé *Myroxylon pereirae* (nomenclature internationale des ingrédients de cosmétiques) est une substance oléorésineuse brune et épaisse, provenant de la sève d'un arbre de l'Amérique centrale. Il contient de nombreux allergènes, le benzoate de conyféryle, l'acide benzoïque, le benzoate de benzyle, l'isoférulate de benzyle, des cinnamates, l'eugénol, l'isoeugénol, le nérolidol, le farnésol et la vanilline.

Il est utilisé tel quel dans de nombreux topiques pour ses propriétés cicatrisantes. Il a également un rôle de dépistage de l'allergie aux parfums.

Il est responsable de dermatites de contact allergiques et d'urticaires de contact.

#### Les excipients

##### Les émulsifiants et émollients [4, 19 à 22]

**La lanoline ou les alcools de laine et dérivés.** Comparable au sébum chez l'homme, la lanoline est extraite du suint de mouton. Très auto-émulsionnable, elle est surtout utilisée pour son pouvoir pénétrant et émollient. L'Amerchol 101 est un dérivé d'alcools de laine qui peut être parfois un meilleur détecteur d'allergie à la lanoline. Il est considéré comme un allergène faible quand il est appliqué sur une peau normale, par contre il est plus fréquemment incriminé dans des eczémas chroniques (*photo 2*).

**Les polyoxyéthylènes glycols (PEG) ou macrogols** sont très utilisés comme véhicule facilitant la pénétration cutanée dans des produits pharmaceutiques. Ce sont des condensats d'oxyde d'éthylène et d'eau. Les PEG de plus bas poids moléculaire seraient plus sensibilisants. Le propylène glycol est utilisé également comme humidifiant, stabilisateur, plastifiant, conservateur dans des cosmétiques, des huiles de refroidissement, des gels à usage médical (électrodes, Doppler), des aliments. Il peut provoquer des dermatites de contact d'irritation et d'allergie et des urticaires de contact.

**Les esters de Sorbitan.** Il existe des réactions croisées entre les différents esters de sorbitan : trioléate de

sorbitan (Span 85), laurate de sorbitan (Span 20), stéarate de sorbitan (Span 60), tristéarate de sorbitan (Span 65), sesquioléate de sorbitan (Arlacel C-83) et oléate de sorbitan (Span 80). Le sesquioléate de sorbitan est un mélange de mono et de dioléate de sorbitan utilisé comme émulsifiant non ionique. Il fait partie du fragrance mix I de la batterie standard européenne.

**L'alcool cétylique** (synonymes : alcool palmitique, hexadécanol). Il peut avoir des réactions croisées avec l'alcool myristique et l'alcool stéarylique. Il peut provoquer des dermatites de contact allergiques et des urticaires de contact.

**La triéthanolamine** est utilisée pour composer des émulsions (mélange d'eau et de graisses) ou des gels. On la retrouve également dans les cosmétiques, les huiles de coupe, les détergents, les peintures, les produits de développements, les pesticides. C'est surtout un irritant cutané.

##### Les conservateurs [4, 23]

**Le formaldéhyde, les libérateurs de formaldéhyde, les isothiazolinones et le méthylaldibromoglutaronitrile** sont des allergènes bien connus. Ils sont surtout utilisés dans les cosmétiques et de très nombreux produits industriels. Ils sont plus rarement incriminés dans les allergies aux topiques car ils sont moins présents dans cette utilisation.

**Les parabens** : malgré leur large utilisation, ils sont rarement incriminés. Une étude récente de l'IVDK (réseau des Cliniques Dermatologiques allemandes) [24] montre que la sensibilisation aux parabens pourrait être un indicateur de plus grande susceptibilité à l'allergie de contact de type retardé (risque plus important de polysensibilisation, et de réactions cliniques plus fortes).

**Le chlorocrésol** (synonymes : parachlorométacrésol, PCMC). Il peut induire des dermatites de contact allergique et aussi de l'urticaire de contact. L'allergie croisée est possible entre le chlorocrésol et le chloroxylénol.



**Photo 2 : Dermatite de contact allergique à la lanoline compliquant une dermatite atopique.**

*Le chloroxylénol* (synonymes : parachlorométaxy-lénol, PCMX) est un sensibilisant rarement incriminé.

*Les nonoxynols et octoxynols* sont des tensioactifs non ioniques utilisés comme émulsifiants et/ou conservateurs également présents dans des cosmétiques, des détergents ménagers, des produits industriels. Ils sont responsables de dermatites de contact allergiques.

*Les ammoniums quaternaires* : chlorure de benzalkonium, cétrimide (synonyme : bromure de cetrimonium) utilisé comme antiseptique et conservateur également dans des cosmétiques. Ce sont des irritants cutanés. La sensibilisation est plus rare. Généralement ils sont incriminés comme allergènes dans les collyres.

*La résorcine* est rarement sensibilisante.

*La polyhexaméthylène biguanide* est responsable de rares allergies [25].

*L'acide benzoïque*. Il existe une allergie croisée avec le baume du Pérou et le peroxyde de benzoyle des produits anti-acnéiques. Cet allergène est rarement incriminé bien que très utilisé, il peut également entraîner des urticaires de contact non immunologiques.

*L'alcool benzylique* : l'allergie croisée est possible avec le baume du Pérou et la teinture de Benjoui. Il est responsable de dermatites de contact allergiques et d'urticaires de contact.

*L'acide sorbique* : il peut entraîner des dermatites de contact allergiques et des urticaires de contact non immunologiques.

*Le clioquinol* : il est également utilisé dans des topiques à usage vétérinaire. Il existe des réactions croisées avec le chlorquinaldol et l'oxyquinoline.

*Les parfums* [3, 4, 18 et 26]

Les principaux allergènes des parfums, responsables de dermatites de contact allergiques, sont retrouvés dans le fragrance-mix I de la batterie standard européenne et le fragrance-mix II récemment proposé (*tableau 1*).

Le fragrance-mix I comprend 7 substances chimiques bien identifiées et un extrait naturel, l'absolue de mousse de chêne. Les 7 substances chimiques appartiennent à la famille des terpènes. Ce sont 3 dérivés cinnamiques (alcool et aldéhyde cinnamiques, aldéhyde  $\alpha$ -amyl cinnamique), 2 dérivés eugénol (eugénol et isoeugénol) et 2 monoterpènes linéaires (hydroxycitronellal et géraniol).

L'absolue de mousse de chêne est un extrait de lichen *Evernia Prunastri* (L.) Arch.

Le fragrance-mix II comprend le lyral, le citral, le citronellol, l'aldéhyde  $\alpha$ -hexylcinnamique et la coumarine.

Un certain nombre de parfums sont aussi connus pour entraîner des réactions d'urticaires de contact non immunologiques (alcool et aldéhyde cinnamiques, eugénol, alcool benzylique, la coumarine, hydroxycitronellal...).

*Les anti-oxydants* [4, 27]

*Le butylhydroxyanisole* (synonyme : BHA) et *le butylhydroxytoluène* (synonyme : BHT).

Ce sont des anti-oxydants utilisés dans de nombreux secteurs, pharmaceutique, cosmétique, alimentaire et industriel (les huiles et graisses, les carburants, les caoutchoucs synthétiques, les plastiques, les peintures, les encres et les colles, dans certains produits de nettoyage et des solvants).

Les personnes allergiques au butylhydroxyanisole peuvent aussi réagir au butylhydroxytoluène (BHT), ainsi qu'au tert-butylhydroquinone (TBHQ).

Gallate de propyle, octylgallate et dodécylgallate sont des antioxydants également utilisés dans les cosmétiques, les aliments (beurre et margarine), cires et graisses.

*Le métabisulfite de sodium* est un anti-oxydant principalement utilisé dans les médicaments topiques.

Bien que ces anti-oxydants soient très utilisés, ils sont rarement responsables de dermatites de contact allergiques.

*Les stabilisants*

*L'éthylènediamine* est une substance complexant les métaux. Elle est présente dans des topiques mais aussi dans de nombreux autres produits (liquides de refroidissement, peintures, certains détergents, dans l'industrie du caoutchouc, de matières plastiques, de colorants et de pesticides) et dans des médicaments (aminophylline).

Elle peut être responsable de dermatites de contact allergiques.

## LES PANSEMENTS, SPARADRAPS ET BANDAGES

[1, 3, 12, 14, 15, 28 à 31]

Certains pansements contiennent des principes actifs potentiellement irritants et allergisants : antibiotiques et antiseptiques (nitrofurazone, clioquinol, chlorquinaldol), AINS (ketoprofen), antalgiques de la famille des AINS.

Les adhésifs sont également sensibilisants [3, 28 et 32].

*La colophane et dérivés de la colophane modifiée*. Encore appelé colophonium ou rosin, c'est une résine provenant de différents conifères. Les produits d'oxydation sont allergisants mais tous les allergènes ne sont pas connus.

Elle possède 3 propriétés principales expliquant son utilisation fréquente : action collante, émulsifiante et décapante. Les secteurs majeurs d'utilisation sont les adhésifs, les encres et le papier.

## Principales substances incriminées dans les topiques et pansements

TABLEAU 1

Catégories	Substances	Dermatoses
AINS	<b>1) Arylpropioniques :</b>	
	Kétoprofène	DIC, DAC, UC, photosensibilisation, EP
	Ibuprofène	DAC, photosensibilisation
	<b>2) Arylacanœiques</b>	
	Buféxamac	DAC, photosensibilisation, EP
	Diclofénac	DAC, UC
	Etofénamate	DAC, UC, photosensibilisation
	<b>3) Oxicams</b>	
	Piroxicam	DAC, photosensibilisation
	<b>4) Pyrazolés</b>	DAC, EP
	<b>5) Salicylés</b>	
	Acide salicylique,	DAC, UC
	Salicylamide,	DAC
	Salicylate de glycol	DAC
Antiseptiques	Povidone iodée	DIC, DAC, UC, EP
	Chlorhexidine	DIC, DAC, UC
	Hexamidine	DAC, photosensibilisation
	Mercuriels	DAC, UC
	Cétrimide	DAC
	Alcools	DIC, DAC, UC
	Triclocarban	DAC, photosensibilisation
	Hypochlorite de sodium	DIC, UC
	Sulfadiazine	DAC, photosensibilisation
Émulsifiants et émoullissants	Lanoline	DAC, UC
	Ammonium quaternaire	DIC, DAC
	Ethylène diamine	DAC, EP
	Métabisulfite de sodium	DAC
	Propylèneglycol	DIC, DAC
	Polyéthylèneglycol	DAC, UC
	Esters de sorbitan	DAC, UC
	Alcool cétylique	DAC, UC
	Alcool stéaryle	UC
Conservateurs	Alcool éthylique	DIC, DAC, UC
	Ammonium quaternaire	DIC, DAC
	Parabens	DAC, UC
	Acide sorbique et sorbates	DAC, UC
	Acide benzoïque, benzoate de sodium	DAC, UC
	Chlorocrésol	DAC, UC
Parfums	DAC, UC	
Antioxydants	Butylhydroxyanisole	DAC
	Butylhydroxytoluène	DAC, UC
	Gallates	DAC
Adhésif	Colophane	DAC, UC

### Abréviations :

DIC : dermatite de contact d'irritation

DAC : dermatite allergique de contact

UC : urticaire de contact

EP : éruption érythème polymorphe-like

La colophane peut être responsable de dermatites de contact allergiques (*photo 3*) et plus rarement d'urticaire de contact. Des allergies à des colophanes modifiées ont été décrites avec un test épicutané négatif à la colophane de la batterie standard (qui est de la colophane non modifiée). Le polyisobutylène a également été incriminé dans les allergies aux adhésifs.

Les autres allergènes rapportés sont les additifs du caoutchouc de bandages (thiurames, benzothiazoles, diphénylthiourée) et les excipients (lanoline, propylène glycol, esters de sorbitan, baume du Pérou et parfums). La carboxyméthylcellulose de sodium utilisée dans certains pansements hydrocolloïdes peut induire de l'urticaire de contact.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

### Prévalence

La prévalence des réactions secondaires aux topiques et pansements n'est pas connue. D'après les données publiées, Brandao et al. évaluent la prévalence de dermatites de contact allergiques aux médicaments topiques à environ 15 % des patients testés pour une suspicion de dermatite de contact allergique [1]. Il n'existe pas de donnée épidémiologique sur la prévalence des dermatites aux topiques en milieu professionnel.

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont soit liés à la nature du topique soit aux prédispositions du sujet.

L'un des plus importants est le potentiel sensibilisant du principe actif ou des ingrédients contenus dans les topiques et pansements.

Les autres facteurs sont la concentration, le véhicule, la durée et la fréquence d'application du médicament et l'occlusion.

L'atteinte de la barrière cutanée notamment lors d'eczéma chronique des mains est également un facteur prédisposant classique.

## DIAGNOSTIC EN MILIEU DE TRAVAIL

### Les dermatites de contact allergiques

L'application de topiques et/ou de pansements est surtout responsable de dermatites de contact allergiques. Les lésions sont le plus souvent aiguës, érythémato-squameuses, vésiculeuses, avec un prurit intense, localisées au site d'application du topique, avec possibilité



**Photo 3 : Dermatitis de contact allergique à la colophane d'un sparadrap très adhésif.**

d'extension loco-régionale et/ou d'atteinte généralisée.

L'aspect peut être purpurique notamment avec les AINS de type salicylé. L'allergie aux antiseptiques mercuriels et à certains AINS peut entraîner des formes pustuleuses.

Une entité a été individualisée : la dermatite de contact systémique. En cas de sensibilisation à un topique, la ré-administration par voie générale, mais aussi cutanée ou muqueuse peut entraîner un rash maculopapuleux généralisé, ou d'autres lésions cutanées (urticaire, eczéma des mains, palmaire, vésiculeux...), associé à des symptômes généraux, fièvre, nausées, vomissements, diarrhée, céphalées, malaise.

### La dermatite d'irritation de contact

La peau devient érythémateuse, squameuse, avec sensation de brûlure ou de prurit, généralement localisée au site d'application. En cas d'occlusion et/ou de concentrations trop élevées, les lésions peuvent être plus œdémateuses, vésiculeuses, bulleuses et érosives. Certains topiques notamment les antiseptiques (povidone iodée, chlorhexidine, ammoniums quaternaires) peuvent provoquer des nécroses cutanées.

### L'urticaire de contact

Elle est caractérisée par :

– son aspect fait de papules et/ou de plaques érythémato-œdémateuses, à bords nets. Il n'y a aucun signe épidermique, c'est-à-dire pas de desquamation, ni croûte ni suintement, ni fissure en dehors de rares signes de grattage surajoutés ;

– le prurit souvent intense ;

– le caractère immédiat de l'éruption survenant dans les minutes ou l'heure suivant le contact avec la substance responsable et la disparition rapide en quelques heures après arrêt du contact avec la substance responsable laissant une peau normale sans séquelle.

Sa gravité est liée aux risques de réactions anaphylactiques.

### L'éruption érythème polymorphe-like

Elle est souvent précédée d'une phase eczématiforme. Les lésions deviennent ensuite souvent urticariennes et persistantes sur plusieurs semaines. Des cas ont été rapportés avec les AINS et certains antiseptiques (povidone iodée).

### La photosensibilisation [13, 33]

L'éruption n'apparaît que lorsqu'il y a association du contact avec le produit et d'une exposition aux UV (travailleurs de plein air, trajet en voiture, sources artificielles d'ultraviolets). Les plus incriminés sont les AINS (surtout les dérivés de l'acide arylpropionique dont le kétoprofen et le piroxicam) et les antihistaminiques de type phénothiazines.

## DIAGNOSTIC EN MILIEU SPÉCIALISÉ

### Exploration d'une dermatite de contact allergique [2, 11]

Le bilan allergologique confirme le diagnostic et permet d'identifier les allergènes responsables. Il comprend de manière systématique la batterie standard européenne et, selon les cas, la batterie cosmétiques, antiseptiques. Il est indispensable de tester les topiques suspects et les ingrédients séparément après demande d'échantillons auprès des fabricants.

L'allergie aux dérivés de colophane modifiée peut être difficile à diagnostiquer. Le test à la colophane non modifiée utilisée dans la batterie standard peut être négatif, l'allergie étant due à de nouveaux allergènes formés lors de la modification de la colophane [28].

En cas de test positif au thiomersal, il est intéressant de tester les 2 fractions allergéniques, les dérivés mercuriels et l'acide thiosalicylique dilué à 0,1 % pour savoir à quelle fraction le patient est allergique. Si l'acide thiosalicylique est en cause, le piroxicam est contre-indiqué du fait de risque de photoallergie.

Il faudra également porter une attention à l'interprétation des tests avec des substances irritantes pouvant donner des réponses faussement positives.

### Exploration d'une urticaire de contact [5]

Elle nécessite des tests à lecture immédiate (15 - 20 minutes). Généralement on effectue d'abord des tests ouverts (la substance est déposée sur la peau normale) et en cas de négativité, des prick-tests avec le topique dilué.

Pour les prick-tests, une goutte de la solution contenant l'allergène est déposée à la face antérieure de l'avant-bras qui est percée avec une lancette. Il est nécessaire d'y ajouter un contrôle positif (histamine ou codéine) et un contrôle négatif (sérum physiologique). La lecture se fait à 15 - 20 minutes. Habituellement on considère un prick-test positif quand le diamètre de la papule d'urticaire mesure plus de 3 mm. Les réactions mesurant au moins la taille de celle de l'histamine sont considérées comme pertinentes.

## PRONOSTIC

Il est généralement favorable en cas d'éviction complète des topiques responsables [1].

## PRÉVENTION

### Prévention technique

#### Collective

Le choix des topiques, pansements et bandages présents dans les infirmeries d'entreprise et les services de médecine du travail doit tenir compte de la composition de ces produits. Ainsi, on préférera à efficacité équivalente des produits ne contenant pas d'allergènes notoires (par exemple, éviter les produits parfumés, la lanoline, le baume du Pérou, la colophane dans les sparadraps...).

#### Individuelle

Il est indispensable avant tout soin de rechercher les antécédents médicaux du patient et tout particulièrement les réactions allergiques.

En cas d'application de topiques photosensibilisants, il est important d'avertir le patient d'éviter toute exposition solaire. Les vitres lors de trajets en voiture en plein soleil ne protègent pas car le verre de vitre laisse passer les UVA qui sont impliqués dans la majorité des cas de photosensibilisations médicamenteuses [33].

### Prévention médicale

La prévention des récurrences est essentiellement basée sur l'éviction du contact avec les substances responsables.

Il est important de donner aux patients la liste des sources possibles d'exposition à l'allergène. Pour les excipients, le nom du code INCI (nomenclature des cosmétiques) ainsi que le nom d'usage indiqué sur l'emballage des topiques médicamenteux doivent être précisés aux patients (cf. fiche allergologie professionnelle TA 74 – dermatose professionnelle aux cosmétiques).

Il faut prévenir le patient en cas d'allergie à certains topiques et excipients d'éviter non seulement l'exposition cutanée et muqueuse à l'allergène mais aussi son administration par voie systémique. Barbaud (2006) a fait le point des allergènes et photoallergènes par contact cutané contre-indiqués par administration systémique : AINS (kétoprofène, piroxicam), chlorproéthazine, alcool éthylique, povidone iodée (en cas d'urticaire de contact seulement), éthylènediamine.

En cas de photoallergie au kétoprofène, il faut éviter impérativement l'exposition cutanée et/ou systémique aux AINS de type kétoprofène et acide tiaprofénique, au fénofibrate et aux écrans solaires contenant des filtres chimiques (oxybenzone, méxénone) en préférant les écrans solaires minéraux.

## Points à retenir

**Les topiques et pansements utilisés dans les infirmeries d'entreprise et services de médecine du travail peuvent contenir des substances irritantes ou sensibilisantes. Ce sont essentiellement les antiseptiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les conservateurs, les parfums et les émulsifiants.**

**Ils entraînent en majorité des dermatites de contact allergiques. Le choix des topiques et pansements présents dans l'infirmerie d'entreprise et les services de santé au travail doit tenir compte de leur composition, en évitant les allergènes prépondérants.**

**Il est aussi indispensable avant tout soin de rechercher les antécédents médicaux du patient et tout particulièrement les réactions allergiques.**

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] BRANDAO F, GOOSSENS A, TOSTI A - Topical drugs. In: Froesch PJ, Menné T, Lepoittevin JP (Eds) - Contact Dermatitis. 4th edition. Berlin : Springer-Verlag ; 2006 : 623-52, 1136 p.
- [2] BARBAUD A - Sensibilisation aux médicaments topiques. *Rev Fr Allergol Immunol Clin*. 2006 ; 46 (3) : 234-40.
- [3] CRÉPY MN - Les allergènes de la batterie standard dans l'environnement professionnel et non professionnel. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 77. *Doc Méd Trav*. 2008 ; 113 : 99-118.
- [4] CRÉPY MN - Dermatoses professionnelles aux cosmétiques. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 74. *Doc Méd Trav*. 2006 ; 107 : 367-79.
- [5] CRÉPY MN - Urticaires de contact d'origine professionnelle. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 76. *Doc Méd Trav*. 2007 ; 111 : 399-410.
- [6] KANERVA L, ELSNER P, WAHLBERG JE, MAIBACH HI (Eds) - Handbook of occupational dermatology. Heidelberg : Springer-Verlag ; 2000 : 1300 p.
- [7] GIELEN K, GOOSSENS A - Occupational allergic contact dermatitis from drugs in healthcare workers. *Contact Dermatitis*. 2001 ; 45 (5) : 273-79.
- [8] VUJEVIĆ J, ZIRWAS M - Delayed hypersensitivity to isopropyl alcohol. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (5) : 287.
- [9] CRÉPY MN - Dermatoses professionnelles aux antiseptiques et désinfectants. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 62. *Doc Méd Trav*. 2001 ; 85 : 83-90.
- [10] AALTO-KORTE K, MÄKINEN-KILJUNEN S - Symptoms of immediate chlorhexidine hypersensitivity in patients with a positive prick test. *Contact dermatitis*. 2006 ; 55 (3) : 173-77.
- [11] BARBAUD A - Dermatites de contact aux antiseptiques. In : GERDA - Progrès en dermatologie-allergologie 2002. Tome 8. Dijon, 2002. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2002 : 73-84, 271 p.
- [12] ALE SI, MAIBACH HI - Occupational contact urticaria. In: Kanerva L, Elsnér P, Wahlberg JE, Maibach HI (Eds) - Handbook of occupational dermatology. Heidelberg : Springer-Verlag ; 2000 : 200-16, 1300 p.
- [13] GOUJON C, CLAUDY A - Photosensibilisations de contact et internes médicamenteuses. In: Aubin F, Humbert P (Eds) - Rayonnement ultra-violet et peau. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2001 : 196-204, 268 p.
- [14] MACHET L, COUHÉ C, PERRINAUD A, HOARAU C ET AL. - A high prevalence of sensitization still persists in leg ulcer patients: a retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *Br J Dermatol*. 2004 ; 150 (5) : 929-35.
- [15] OTA T, OISO N, IBA Y, NARITA T ET AL. - Concomitant development of photoallergic contact dermatitis from ketoprofen and allergic contact dermatitis from menthol and rosin (colophony) in a compress. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (1) : 47-48.
- [16] DIAZ RL, GARDEAZABAL J, MANRIQUE P, RATON JA ET AL. - Greater allergenicity of topical ketoprofen in contact dermatitis confirmed by use. *Contact dermatitis*. 2006 ; 54 (5) : 239-43.
- [17] MILPRED B - Allergies et intolérances cutanées aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. In: GERDA Progrès en dermatologie-allergologie. Tome 11. Grenoble, 2005. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2005 : 331-38, 338 p.
- [18] CRÉPY MN - Dermatoses professionnelles au baume du Pérou. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 67. *Doc Méd Trav*. 2003 ; 93 : 61-66.
- [19] KALAVALA M, HUGHES TM, STONE NM - Allergic contact dermatitis to polyethylene glycol-7 hydrogenated castor oil. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (5) : 287-88.
- [20] ZERROUK N, ARNAUD P - Composition des topiques. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2007 ; 134 (3 Pt 2) : 27-29.
- [21] LESSMANN H, SCHNUCH A, GEIER J, UTER W - Skin-sensitizing and irritant properties of propylene glycol. *Contact Dermatitis*. 2005 ; 53 (5) : 247-59.
- [22] TOSTI A, GUERRA L, MORELLI R, BARDAZZI F - Prevalence and sources of sensitization to emulsifiers: a clinical study. *Contact Dermatitis*. 1990 ; 23 (2) : 68-72.
- [23] JONG CT, STATHAM BN, GREEN CM, KING CM ET AL. - Contact sensitivity to preservatives in the UK, 2004-2005: results of multi-centre study. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 57 (3) : 165-68.
- [24] SCHNUCH A, BRASCH J, LESSMANN H, GEIER J ET AL. - A further characteristic of susceptibility to contact allergy: sensitization to a weak contact allergen is associated with polysensitization. Results of the IVDK. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (6) : 331-37.
- [25] SCHNUCH A, GEIER J, UTER W, BASKETTER DA ET AL. - The biocide polyhexamethylene biguanide remains an uncommon contact allergen. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (4) : 235-39.
- [26] GREEN CM, HOLDEN CR, GAWKRODGER DJ - Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (4) : 229-31.
- [27] MALIK MM, HEGARTY MA, BOURKE JF - Sodium metabisulfite- a marker for cosmetic allergy? *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (4) : 241-42.
- [28] PEREIRA TM, FLOUR M, GOOSSENS A - Allergic contact dermatitis from modified colophonium in wound dressings. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 56 (1) : 5-9.
- [29] FREGERT S, TRULSON L, ZIMMERSON E - Contact allergic reactions to diphenylthiourea and phenylisothiocyanate in PVC adhesive tape. *Contact Dermatitis*. 1982 ; 8 (1) : 38-42.
- [30] GALLENKEMPER G, RABE E, BAUER R - Contact sensitization in chronic venous insufficiency: modern wound dressings. *Contact Dermatitis*. 1998 ; 38 (5) : 274-78.
- [31] DE WAARD-VAN DER SPEK FB, DEVILLERS AC, ORANJE AP - Allergic contact dermatitis to sorbitan sesquioleate in Adaptic wound dressing. *Contact Dermatitis*. 2007 ; 57 (1) : 54-56.
- [32] CRÉPY MN - Dermatoses professionnelles à la colophane. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 65. *Doc Méd Trav*. 2002 ; 89 : 75-82.
- [33] CRÉPY MN - Photosensibilisation, cancers cutanés et exposition professionnelle aux ultraviolets. Fiche d'allergologie-dermatologie professionnelle TA 69. *Doc Méd Trav*. 2004 ; 97 : 109-19.