



HAL
open science

Dermatoses professionnelles et rôle du pharmacien d'officine

Pierrine Guintrand

► **To cite this version:**

Pierrine Guintrand. Dermatoses professionnelles et rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04643153

HAL Id: dumas-04643153

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04643153>

Submitted on 10 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 5 JUILLET 2024

PAR

GUINTRAND PIERRINE

Née le 7 SEPTEMBRE 1998 à DRAGUIGNAN

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**Dermatoses professionnelles
et rôle du pharmacien d'officine.**

JURY :

Président : Pr. Philippe PICCERELLE

Membres : Dr. Marie Pierre SAVELLI (directrice de thèse)

Dr. Agnès ZENINO

Dr. Nicolas DEBONO

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	M. Jean-Paul BORG
<i>Vice-Doyens :</i>	Mme Florence SABATIER-MALATERRE, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT, Mme Alexandrine BERTAUD
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE, Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Sylvie BUREAU
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Manon BONIFAY
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC M. François DEVRED
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pierre REBOUILLON M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTÉ	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE	Mme Mélanie VELIER
-----------------	--------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN M. Romaric LACROIX
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	M. Jérôme JOUVE Mme Emmanuelle TONNEAU-PFLUG
---------------------	---

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Patrice VANELLE**PROFESSEURS**

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Sok Siya BUN

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL M. Quentin ALBERT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER M. Mathieu CERINO
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC M. Pascal PRINDERRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Béatrice BAGHDIKIAN M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	Mme Haïfa LAYACHI RAHABI M. Cyril PUJOL
DROIT ET ETHIQUE	Mme Laurie PAHUS
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA
DISPOSITIFS MEDICAUX	Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	M. Vincent NAIL
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Maeva MONTALEYTANG Mme Charlotte BERARD

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Annie CILIA, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Yann COTTE, Pharmacien Assistant
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Mélanie FALZON, Pharmacie-Adjoint
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Céline HIRSCH, Pharmacien Conseil de l'Assurance Maladie
Mme Christelle LABRANDE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Florence LEANDRO-DIJON, Pharmacien adjoint
Mme Nathalie MARTIN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie MERLIN, Pharmacien Assistant
Mme Vanessa METZ, Pharmacien hospitalier
Mme Alice PERINEAU, Pharmacien Assistant
Mme Florence PEYRON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Bertrand POURROY, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 février 2023

***« L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES. CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS. »***

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	13
<i>Introduction</i>	15
I. La peau : rôles multiples	16
A. Les différentes couches de la peau	16
1. L'épiderme	16
2. Le derme.....	18
3. L'hypoderme	18
B. La barrière épidermique	18
1. Barrière photoprotectrice	18
2. Barrière immunitaire.....	19
3. Barrière physique.....	19
4. Barrière chimique/antimicrobienne	20
II. Dermatoses	21
A. Définition	21
B. Classification des dermatoses	21
1. Lésions primaires.....	23
a) Les macules.....	23
b) Les érythèmes.....	25
c) Les purpuras	26
e) Les vésicules	27
f) Les bulles	28
g) Les pustules.....	29
h) Les papules.....	30
i) Les végétations et verrucosité	31
j) Les nodules.....	32
k) Les squames	33
2. Lésions secondaires.....	34
a) Les cicatrices.....	34
b) Lésions avec perte de substance.....	35
d) Atrophie	36
e) Sclérose	37
f) Les croûtes	37
g) Lichénification	38

III.	<i>Dermatoses professionnelles</i>	39
A.	Définition	39
B.	Différents types de dermatoses	40
1.	Dermatite de contact irritative	41
2.	Dermatite de contact allergique.....	43
3.	Dermatite de contact aux protéines.....	46
4.	Autres	47
a)	Dermatite phototoxique.....	47
b)	Dermatite photoallergique.....	48
c)	Boutons d'huile	49
C.	Diagnostic	50
1.	Dermatites de contact irritant et de contact allergique.....	50
2.	Dermatite de contact aux protéines.....	52
IV.	<i>Aspects légaux des dermatoses professionnelles</i>	53
A.	Déclaration d'une dermatose professionnelle	54
B.	Conséquences de la reconnaissance d'une dermatose professionnelle	55
V.	<i>Prévention des dermatoses professionnelles</i>	56
A.	Prévention primaire	56
B.	Prévention secondaire	57
C.	Prévention individuelle	58
D.	Cas clinique : les gants de protection	58
a)	Situation n°1 : ouvrier du BTP	59
b)	Situation n°2 : personnel soignant.....	59
c)	Situation n°3 : coiffeuse	60
VI.	<i>Prise en charge des dermatoses professionnelles</i>	61
A.	Traitements	61
1.	Evitement de l'exposition.....	61
2.	Traitements topiques.....	61
a)	Agents nettoyants	62
b)	Agents hydratants	65
c)	Agents asséchants et poudres superabsorbantes	67
d)	Anti-inflammatoires	70
e)	Agents antimicrobiens	71

f) Kératolytiques	72
g) Astringents	72
h) Antiprurigineux	73
3. Médicaments systémiques	74
a) Corticostéroïdes.....	74
b) Antihistaminiques	75
c) Immunosuppresseurs.....	75
d) Inhibiteurs des interleukines.....	76
e) Inhibiteurs des Janus kinases.....	76
4. Thérapies photodynamiques	76
B. Approches complémentaires.....	78
1. Homéopathie.....	78
a) Traitement symptomatique.....	78
b) Traitement local	81
2. Phytothérapies	81
a) Gemmothérapie	81
b) Phytothérapie externe.....	83
c) Phytothérapie interne.....	83
d) Aromathérapie	85
e) Oligothérapie.....	86
3. Compléments alimentaires	87
a) Acides gras essentiels.....	87
b) Antioxydants	88
c) Probiotiques.....	88
d) Collagène	89
e) Vitamine D.....	90
VII. Accompagnement officinal	91
A. Conseils et éducation	91
B. Dépistage.....	92
C. Recommandations de produits.....	93
D. Suivi.....	94
E. Référence	94
Conclusion.....	95
Liste des figures.....	96
Liste des tableaux	97

<i>Bibliographie</i>	98
<i>VIII. Annexe</i>	105
A. Annexe 1	105
B. Annexe 2	106

Remerciements

A Mr le Professeur Philippe Piccerelle,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider mon jury, c'est un véritable honneur pour moi.

A Mme le Docteur Marie-Pierre Savelli,

Merci de m'avoir accompagnée pendant la rédaction de ma thèse, mais également pour vos nombreux conseils ainsi que pour votre disponibilité.

A Mme le Docteur Zenino Agnès,

Merci de faire partie de mon jury de thèse, et quel honneur de savoir que je suis la première que tu évalues. Merci pour tous ces moments passés avec toi, pour la joie que tu apportes et pour ton sens de l'humour. J'espère que tu seras fière de ton Nimbus 2000.

A Mr le Docteur Debono Nicolas,

Merci d'être présent pour mon passage officiel du statut d'étudiante à Docteur. Je ne saurai vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté ces 3 dernières années, quelle chance de faire partie de la famille de la Grande Pharmacie du Tramway. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et pour votre soutien sans faille.

A ma famille du Tramway,

Estelle et Jade, quelle chance d'avoir croisé votre chemin. Merci de rendre mon quotidien si merveilleux et pour votre amitié.

Mr Denis Delpin, merci pour votre accueil chaleureux. N'oubliez pas de venir nous voir même pendant votre retraite.

Au reste de la fine équipe, quel plaisir de travailler avec vous, merci pour tout.

A mes anciennes collègues du Salamandrier,

Camille, Clothilde, Elodie, Laurie, Audrey, merci pour ces belles années passées à vos côtés, vous avez une place particulière dans mon cœur.

A mes fidèles amis pharmaciens,

Ma Lisa, mon binôme, quelle chance de t'avoir à mes côtés depuis si longtemps et pour toute la vie. Merci pour tout, tu es si chère à mes yeux. Je t'aime fort.

Ma Vivi, merci pour ton authenticité, tu es un rayon de soleil dans ma vie. J'ai hâte de voir tout ce que l'avenir nous réserve.

A Chloé et Aura, du premier jour de la faculté au rang de Docteur, quel chemin accompli à vos côtés. Merci pour cette si belle amitié et pour tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble.

Mon PL, merci pour cette amitié si riche et pour tous nos bons moments ensemble. Où que j'aille mon canapé sera toujours disponible pour t'accueillir, tu fais partie de ces amis qu'on dit « pour la vie ».

Ma Manon, dire qu'une place côte à côte il y a 7 ans pendant le concours le plus décisif de notre vie a mené à une si grande amitié, merci pour ta douceur et ta bienveillance.

A Elsa, une si belle découverte, merci pour tout.

A César, merci pour ton amitié fidèle et pour ta délicieuse cuisine.

A mes amis Dracénois,

Babou, Estelle, Juliette, Morgane, mes amies du lycée, merci pour tout ce chemin accompli avec vous. Il nous reste tant de choses à partager ensemble.

Piazzo et Rivet, merci de me faire autant rire et pour votre amitié.

A ma plus vieille amie,

Camille, on dit qu'une amitié qui dure plus de 7 ans durera tout notre vie, déjà 15 années à tes côtés et c'est loin d'être terminé. Tu es comme une sœur pour moi. Merci de tout cœur.

A mes chers parents : *Mon Papa, je serai toujours ta petite fille. Ma Maman, ma 8^{ème} merveille du monde.*

Merci de m'avoir fait devenir la belle personne que je suis aujourd'hui, de m'avoir soutenue et de m'avoir inculqué de si jolies valeurs. Je vous dois tout. Je vous aime inconditionnellement.

A mon petit frère adoré, Flavien, je suis tellement fière de nous, de toi et du bel avenir qui s'offre à nous. Le lien qui nous uni est inestimable et nous avons de cesse de le renforcer. Je garderai toujours un œil sur toi (même si tu es plus grand que moi). Je t'aime. Ta grande sœur.

A mon Pépé Patrick, après mes spectacles de danse c'est à ma thèse que tu assistes aujourd'hui. Merci pour tout.

A ma Mamie Ginette, ma mamie gâteau, quelle chance d'être ton unique petite fille. Merci pour notre complicité.

A ma Marraine, de mon perçage d'oreilles à ma thèse, on en aura partagé des moments ensemble. Merci d'être présente pour tous ces événements importants de ma vie.

A ma Tatie Pascale, merci pour ton soutien et ta bienveillance. Tu es une véritable alliée dans ma vie.

A mes cousins, Manon, Maxime, Aurélien et mon petit Arthur, merci pour tous ces souvenirs et pour tout ce que l'avenir nous réserve.

A mon Ceylan.

A toutes mes étoiles qui me veillent depuis là-haut, j'espère vous avoir rendues fières de moi.

Kaizoku oni ore wa naru!

Introduction

La peau, organe complexe et multifonctionnel, joue un rôle essentiel dans la protection et le maintien de l'homéostasie de notre organisme. Elle constitue la première ligne de défense contre les agressions extérieures, qu'elles soient physiques, chimiques, biologiques ou environnementales. Les dermatoses représentent un ensemble de pathologies affectant la peau, englobant une variété de lésions et de réactions cutanées. Leur classification repose sur la nature et la forme des lésions, distinguant ainsi les lésions primaires des lésions secondaires. Ces affections cutanées, bien que souvent bénignes, peuvent avoir des répercussions significatives sur la qualité de vie des patients, nécessitant une prise en charge adaptée et parfois complexe.

Les dermatoses professionnelles sont des affections cutanées directement liées aux conditions de travail. Elles incluent principalement les dermatites de contact, qu'elles soient irritatives, allergiques ou protéiniques. Ces dermatoses représentent une problématique de santé publique majeure, impactant de nombreux secteurs d'activité et pouvant entraîner des arrêts de travail prolongés, voire des reconversions professionnelles. La reconnaissance légale des dermatoses professionnelles est un aspect crucial pour la prise en charge des patients, impliquant des démarches administratives spécifiques et des conséquences économiques importantes. En parallèle, la prévention des dermatoses professionnelles revêt une importance capitale pour limiter leur incidence et protéger la santé des travailleurs. Les stratégies de prévention incluent des mesures collectives et individuelles, adaptées aux différents environnements professionnels.

Enfin, la prise en charge des dermatoses professionnelles nécessite une approche pluridisciplinaire, combinant des traitements topiques et systémiques, ainsi que des approches complémentaires telles que l'homéopathie et la phytothérapie. L'accompagnement officinal joue également un rôle clé dans le dépistage, le conseil et le suivi des patients, assurant une prise en charge globale et personnalisée.

Cette thèse vise à explorer les multiples facettes des dermatoses professionnelles, en commençant par une étude détaillée de la peau et de ses fonctions, suivie d'une classification des différentes dermatoses, et enfin en abordant les aspects légaux, préventifs et thérapeutiques de ces affections.

I. La peau : rôles multiples

La peau représente l'organe le plus vaste et le plus lourd du corps humain, pesant entre 4 et 10 kilos chez l'adulte et couvrant une surface d'environ 2m².(1)

Elle constitue la principale barrière qui isole notre organisme de son environnement externe, le préservant ainsi contre diverses agressions. Elle est structurée en trois couches de tissus distinctes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. En outre, elle comprend des annexes telles que les cheveux, les poils, les ongles, ainsi que les glandes sudoripares et sébacées.(2)

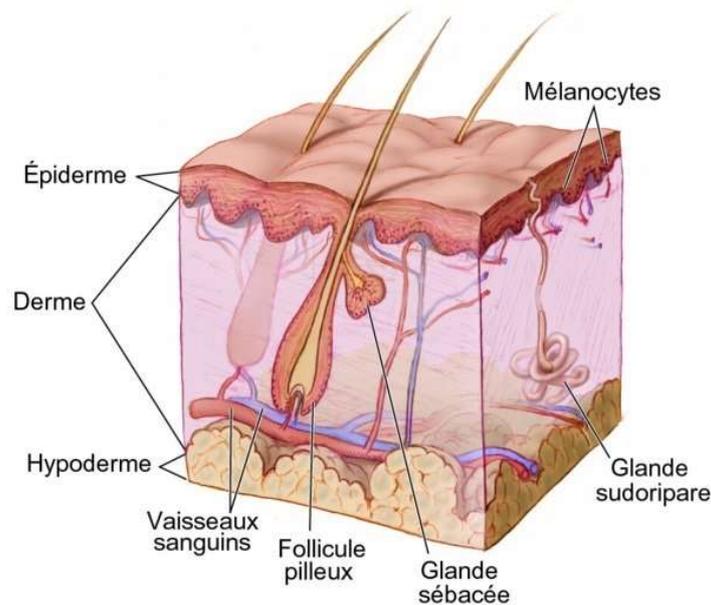


Figure 1: Coupe transversale de la peau (1)

A. Les différentes couches de la peau

1. L'épiderme

L'épiderme constitue la couche la plus externe de la peau. Il s'agit d'un épithélium stratifié, squameux et kératinisé. Cette couche ne comporte ni vaisseau sanguin ni vaisseau lymphatique, mais elle abrite de nombreuses terminaisons nerveuses libres. Elle est revêtue d'un film hydrolipidique, le sébum, produit par les glandes sébacées du derme, assurant ainsi une protection contre les agressions externes.(2)

On distingue 4 types cellulaires différents au sein de cet épiderme :

- **Les kératinocytes** : Ils représentent 90 à 95% des cellules épidermiques. Les kératinocytes forment les diverses couches de l'épiderme en migrant de la profondeur vers la surface, et constituent ainsi la couche la plus superficielle appelée la couche cornée (ou *Stratum corneum*). Elle représente la barrière ultime entre l'environnement extérieur et l'organisme, jouant un rôle essentiel dans la protection contre les agressions.
- **Les mélanocytes** : Ces cellules sont responsables de la synthèse de la mélanine, un pigment essentiel jouant un rôle majeur dans la protection de la peau contre les effets nocifs des rayons UV, contribuant ainsi à prévenir le développement de cancers cutanés. La mélanine est également responsable de la coloration de la peau.
- **Les cellules de Langerhans** : Il s'agit de cellules présentatrices d'antigènes qui jouent un rôle crucial dans les réponses immunologiques de la peau.
- **Les cellules de Merkel** : Ce sont des mécanorécepteurs responsables du sens du toucher.

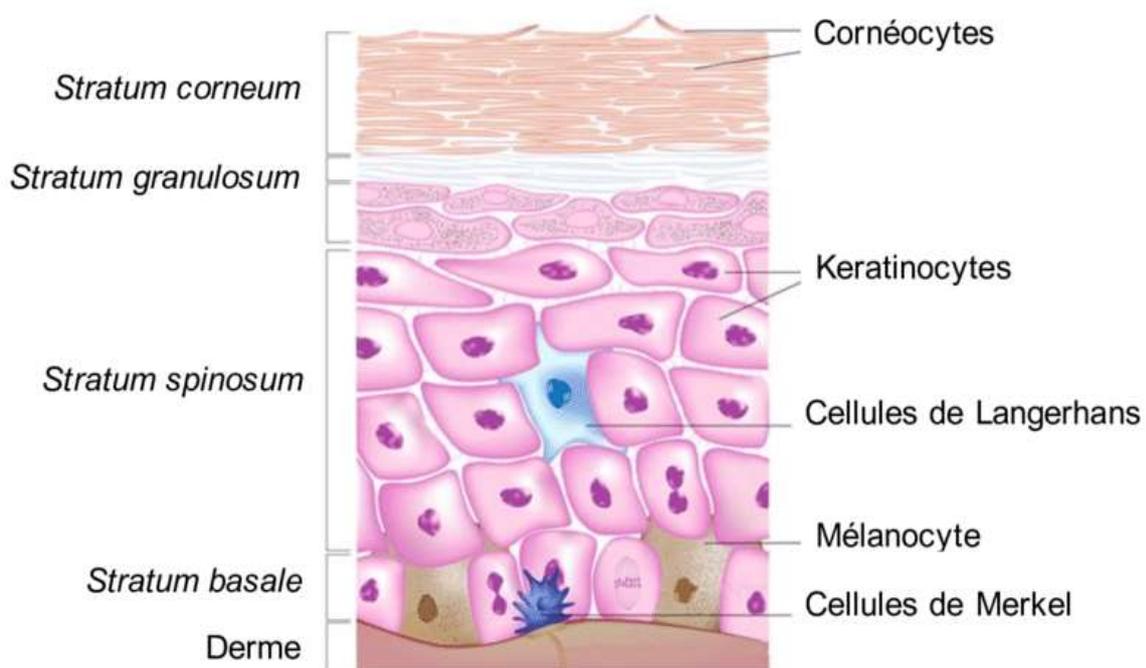


Figure 2: Schéma des différentes populations constituant l'épiderme. (2)

2. Le derme

Le derme, d'une épaisseur de 10 à 40 fois supérieure à celle de l'épiderme, est un tissu conjonctif abritant de nombreux capillaires sanguins et terminaisons nerveuses. Les fibroblastes sont les cellules prédominantes, spécialisées dans la synthèse de deux types de fibres protéiques: le collagène, conférant résistance aux tensions et tractions, et l'élastine, procurant des propriétés élastiques à la matrice extracellulaire.(2)

3. L'hypoderme

L'hypoderme, situé entre le derme et les aponévroses superficielles sous-jacentes ou le périoste, est un tissu conjonctif lâche. Il abrite des cellules spécifiques appelées adipocytes, spécialisées dans le stockage de triglycérides et donc d'énergie, contribuant ainsi à la formation du tissu adipeux blanc.(2)

B. La barrière épidermique

L'ensemble de ces tissus forme ainsi une barrière épidermique qui peut être subdivisée en trois systèmes de défense distincts: la barrière photoprotectrice, la barrière immunitaire et la barrière physique et chimique de la couche cornée.(3)

1. Barrière photoprotectrice

Les rayonnements ultraviolets (UV) émis par le soleil sont classés en trois catégories en fonction de leur énergie : les UVC (270-290nm), les UVB (290-315nm) et les UVA (315-400nm).(3)

Les UVB sont responsables de l'érythème cutané (coup de soleil) et induisent des mutations sans pénétrer au-delà de l'épiderme. Les UVA, quant à eux, atteignent le derme superficiel. Une exposition répétée et prolongée aux UVA est associée à l'élastose dermique et au vieillissement cutané dû à la lumière. Bien que l'exposition aux rayons UV soit essentielle pour la synthèse de la vitamine D dans la peau, ses effets nocifs sont nombreux, nécessitant ainsi des mécanismes de photoprotection endogènes efficaces. La mélanine, pigment synthétisé par les mélanocytes et transféré aux kératinocytes, offre une protection en absorbant les rayonnements grâce à ses nombreuses liaisons.(3)

2. Barrière immunitaire

La peau fonctionne comme une barrière immunitaire à l'interface avec l'environnement. Le système immunitaire cutané comprend des éléments de réponse innée et adaptative/acquise.

Le système immunitaire inné repose principalement sur les récepteurs Toll-like exprimés à la fois par les cellules immunocompétentes (comme les cellules de Langerhans) et les kératinocytes. En cas de contact avec les éléments de surface des pathogènes, les récepteurs Toll-like déclenchent la production de molécules immunomodulatrices capables d'induire une réaction inflammatoire. Cette réponse rapide est ensuite complétée, voire amplifiée, par une réaction immunitaire ciblée, résultant de la reconnaissance des motifs antigéniques spécifiques du pathogène par les cellules immunocompétentes.

La réponse immunitaire adaptative est plus robuste et spécifique. Les cellules de Langerhans, après avoir capté le stimulus antigénique, migrent vers les ganglions lymphatiques régionaux pour transmettre l'information aux lymphocytes T et stimuler la production des cellules effectrices spécifiques de l'antigène. Ainsi, elles assurent une fonction de barrière immunitaire adaptative contre les antigènes exogènes à la peau. Par ailleurs, d'autres molécules épidermiques endogènes, telles que l'acide urocanique, un produit de dégradation de la filaggrine, contribuent également à la photoprotection.(3)

3. Barrière physique

La couche cornée est constituée d'un empilement de 10 à 20 assises de kératinocytes morts, aussi appelés cornéocytes, et est en constant renouvellement grâce au phénomène de desquamation. Elle se renouvelle en moyenne tous les 14 jours.

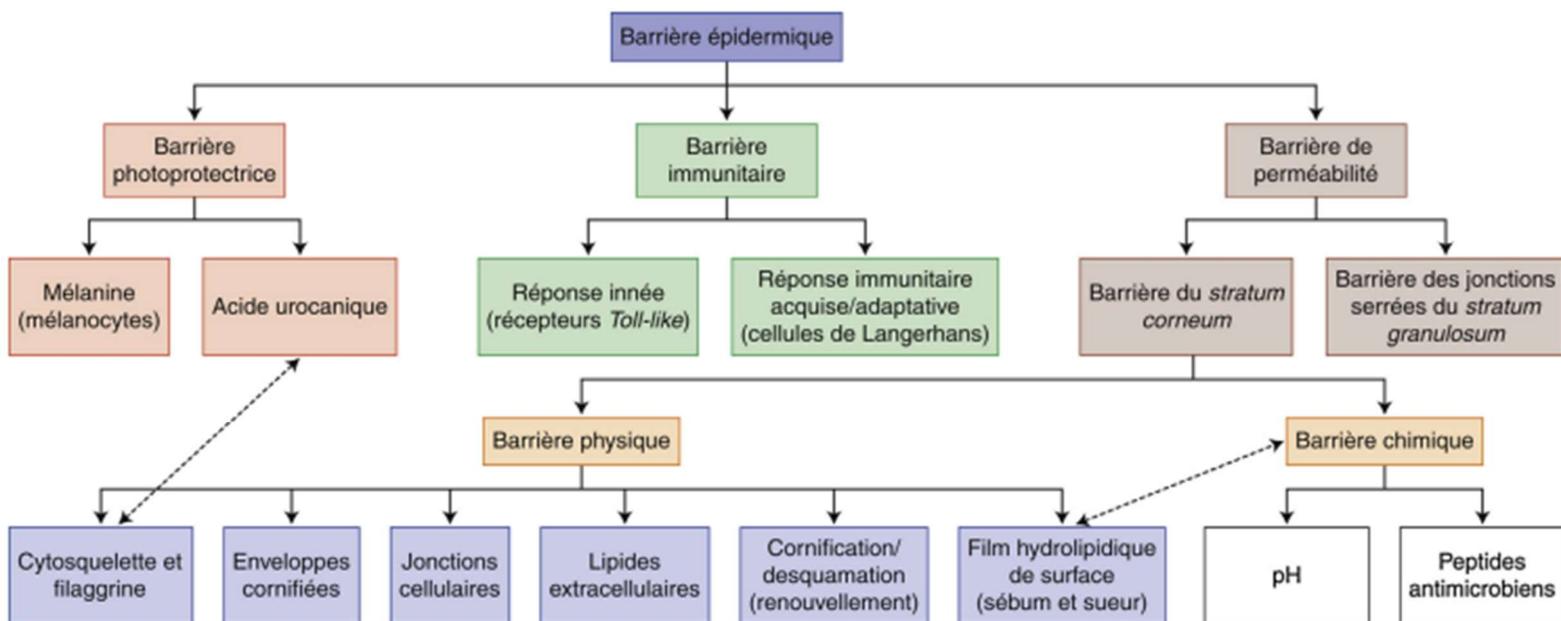
Une protection efficace du stratum corneum dépend d'une composition biochimique et structurale appropriée de ses divers éléments constitutifs.

La résistance mécanique de l'épiderme découle de la formation d'une enveloppe cornée rigide comprenant une matrice intracornéocytaire dense. Les enveloppes cornées voisines sont étroitement reliées par des systèmes jonctionnels spécifiques appelés cornéodesmosomes. Ainsi, la cohérence entre ces trois éléments, à savoir les cornéodesmosomes, l'enveloppe cornée et la matrice fibreuse, assure la formation d'une barrière physique au niveau de l'épiderme.(4)

4. Barrière chimique/antimicrobienne

Outre une protection physique, le pH acide, le faible taux d'humidité dans la couche cornée et la température cutanée inférieure à 37 °C créent des conditions peu propices à la croissance bactérienne. Enfin, la présence de peptides et de lipides antimicrobiens confère à l'épiderme un rôle de véritable défenseur contre les infections.(4)

Tableau 1: Hiérarchie des constituants de la barrière épidermique. (10)



II. Dermatoses

A. Définition

Le nom commun « dermatose », du grec ancien *dérma, dérmatos* (« peau »), désigne l'ensemble des maladies qui affectent la peau.(5) La dermatite appartient à la famille des dermatoses et décrit une inflammation de la peau.

B. Classification des dermatoses

Des milliers de types de dermatoses ont été décrits, ce qui a conduit à la création de plusieurs classifications basées sur divers critères, notamment :

- La localisation du symptôme sur le corps, tels que la muqueuse, les ongles, ou la plante des pieds ;
- La localisation dans les différentes couches de la peau, comme l'épiderme, le derme ou l'hypoderme ;
- L'étiologie, c'est-à-dire la cause sous-jacente, pouvant être un traumatisme physique, une exposition radiologique, ou des maladies de la peau d'origine parasitaire, bactérienne, fongique, virale, etc ;
- Le type de lésion, qu'elle soit primaire ou secondaire, chronique ou non, et selon sa forme, couleur ou apparence, comme les croûtes, boutons ou cloques.(6)

Tableau 2: Les différents types de lésions cutanées. (25)

 <p>Bulle (Ampoule) Circonscrit Collection de fluide libre > 1cm</p>	 <p>Macule Plate, circulaire Décoloration < 1cm Marron, bleu, rouge ou dépigmenté</p>	 <p>Nodule Lésion solide, circulaire et surélevée > 1 cm</p>	 <p>Patch (Tâche) Décoloration plate et circonscrite > 1 cm</p>
 <p>Papule Solide superficielle, surélevée, ≤ 0,5 cm, couleur variable</p>	 <p>Plaque Lésion superficielle solide, surélevée et plate > 1 cm</p>	 <p>Pustule Vésicule contenant du pus (cellules inflammatoires)</p>	 <p>Vésicule Collection circonscrite de liquide libre ≤ 1 cm</p>
 <p>Papule urticarienne Plaque œdémateuse, transitoire, peut durer quelques heures</p>	 <p>Squame Épaississement épidermique. Flocons ou plaques de couches desquamées de la couche cornée</p>	 <p>Croûte Sérum séché ou exsudat sur la peau</p>	 <p>Fissure Fissure ou fente</p>
 <p>Excoriation Erosion linéaire</p>	 <p>Erosion Perte de l'épiderme (superficielle), une partie ou tout l'épiderme a été perdu</p>	 <p>Lichénification Épaississement de l'épiderme avec exagération des lignes normales de la peau</p>	 <p>Cicatrice Épaississement, changements fibrotiques permanents qui surviennent sur la peau après des dommages au derme</p>

1. Lésions primaires

Les lésions primaires cutanées sont des altérations qui apparaissent directement sur la peau sans modification préalable de sa structure. Elles sont souvent les premiers signes visibles de diverses affections cutanées et peuvent fournir des informations précieuses pour le diagnostic. On retrouve ainsi :

- Les macules,
- Les érythèmes,
- Les purpuras,
- Les vésicules,
- Les bulles,
- Les pustules,
- Les papules,
- Les végétations et verrucosités,
- Les nodules,
- Les squames.

a) Les macules

« Lésion dermatologique élémentaire représentée par une tache cutanée circonscrite, sans relief ni infiltration, résultant d'une simple modification de la couleur de la peau. »(7)

Les macules cutanées peuvent être classées en trois types principaux en fonction de leur réaction à la vitropression :

- Les **macules rouges** comprennent l'érythème, les macules vasculaires et le purpura.
- Les **macules pigmentaires** résultent de l'accumulation de pigment dans l'épiderme ou le derme, principalement de mélanine, mais dans certains cas il peut s'agir de pigment non mélanique (exemple : le fer dans l'hémochromatose présente une pigmentation ardoisée). Elles peuvent être localisées, comme dans le chloasma, ou généralisées, comme dans la mélanodermie de la maladie d'Addison.

- Les **macules achromiques** sont dues à une diminution ou une absence de mélanocytes ou de sécrétion de mélanine. Elles se présentent sous forme de taches claires et peuvent être primitives, acquises ou héréditaires, diffuses ou localisées. Les achromies secondaires sont plus courantes et surviennent souvent lors de processus de cicatrisation sur des peaux pigmentées.(8)

Ces lésions peuvent être le résultat de diverses conditions médicales, notamment des infections virales, des réactions allergiques, des troubles vasculaires, des lésions pigmentaires, ou encore des traumatismes cutanés. Elles peuvent être temporaires ou permanentes, selon la cause et le traitement approprié.



Figure 3: *Macule d'érythème pigmenté fixe d'après (3)*

b) Les érythèmes

L'érythème est une rougeur cutanée qui disparaît sous la vitropression. Il est souvent observé dans les cas de dermatite aiguë. Il résulte de la dilatation des vaisseaux sanguins dans la couche superficielle du derme, ce qui entraîne une pression qui expulse le sang. Lorsqu'il est d'une couleur rouge vif et congestive due à une vasodilatation artériolo-capillaire, on parle d'érythème actif, la forme la plus courante. Cet érythème peut varier en intensité, allant d'une teinte intense à une couleur plus pâle.(8)

L'érythème peut être classé comme "maladie" ou "symptôme", s'il est accompagné ou non d'autres lésions élémentaires. En tant que "symptôme", il est fréquent dans diverses affections dermatologiques inflammatoires. L'érythème "maladie" est généralement de courte durée et peut être localisé, régional ou généralisé. Trois types d'érythèmes généralisés sont distingués, chacun ayant des caractéristiques cliniques spécifiques : scarlatiniforme, morbilliforme et roséoliforme. Les érythèmes généralisés peuvent être causés par des infections virales ou des réactions médicamenteuses. L'érythème passif, résultant d'une vasodilatation passive sans inflammation, se distingue de l'érythème actif et peut présenter des manifestations telles que la cyanose ou la livedo, ce dernier étant parfois associé à une vascularite.(8)



Figure 4: Erythème cutané (4)

c) Les purpuras

Le purpura est caractérisé par une fuite de globules rouges dans le derme, résultant soit d'une inflammation de la paroi vasculaire avec parfois une nécrose fibrinoïde (vascularite), soit d'une anomalie sanguine, notamment des plaquettes (thrombopénie, thrombopathies). Le purpura dû à une inflammation vasculaire est typiquement palpable, le distinguant ainsi des purpuras d'autres mécanismes qui sont toujours plats et non palpables. Il se présente comme une tache rouge foncé qui persiste à la pression et évolue en quelques jours, passant par différentes teintes lors de la résorption des globules sanguins (du rouge au bleu puis au jaune). Il se développe principalement dans les régions dépendantes du corps (comme les membres inférieurs et les régions lombaires), où la pression veineuse est maximale.

Le purpura présente diverses manifestations cliniques, telles que les pétéchies, les vibices, les ecchymoses et les lésions nécrotiques. Un purpura aigu est important sur le plan diagnostique, nécessitant une analyse rapide du sang pour détecter une thrombopénie et pouvant signaler un *purpura fulminans* en cas de syndrome septique. Bien que d'autres signes cutanés puissent être présents, comme dans le purpura rhumatoïde de l'enfant, le purpura demeure la lésion dominante à considérer en priorité.(8)



Figure 5: Purpura par suffusion hémorragique à travers les vaisseaux du derme superficiel (5)

e) Les vésicules

Ces lésions primitives sont à la fois visibles et palpables, résultant de deux mécanismes principaux : soit d'une spongiose, caractérisée par un œdème intercellulaire marqué, comme dans le cas de l'eczéma, soit d'une nécrose kératinocytaire, observée dans des conditions telles que l'herpès, la varicelle ou le zona.

Elles se manifestent sous forme de lésions en relief, translucides, de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), contenant un liquide clair, et peuvent apparaître sur une peau saine (comme dans le cas de la varicelle) ou sur une peau érythémateuse (comme dans l'eczéma). Elles peuvent avoir une forme hémisphérique, conique (acuminées) ou présenter une dépression centrale (ombiliquées). Souvent, elles sont associées à des symptômes locaux tels que des démangeaisons ou des douleurs semblables à des brûlures.

Le regroupement des lésions vésiculeuses est souvent évocateur d'une infection virale à virus herpès : elles peuvent être dispersées sur une peau saine (dans le cas de la varicelle), rassemblées en grappes (dans le cas d'un herpès récurrent) ou encore disposées en bande le long d'un métamère sensitif (dans le cas du zona).(8)



Figure 6: Vésicules de varicelle (6)

f) Les bulles

Les bulles cutanées sont des lésions visibles et palpables en relief, de différentes tailles et contenant un liquide clair, jaunâtre ou sanguinolent, qui s'écoule lorsqu'elles se rompent. Elles peuvent se former sur une peau saine ou enflammée, ainsi que sur les muqueuses externes. Après leur formation, ces lésions fragiles évoluent soit vers la rupture, suivie d'un suintement et d'une croûte, soit vers la formation de pustules si le liquide devient trouble. Après guérison, des taches pigmentées avec des microkystes épidermiques peuvent apparaître.

Les bulles cutanées peuvent résulter d'un clivage intra-épidermique, causé par une acantholyse liée à des mécanismes auto-immuns ou immuno-allergiques, ou d'un clivage dermo-épidermique, dû à des altérations des protéines de la jonction dermo-épidermique, qu'elles soient auto-immunes ou génétiques.

Ces lésions sont souvent le signe de maladies dermatologiques graves, pouvant mettre en jeu le pronostic vital en fonction de leur étendue, de leur implication des muqueuses externes et d'autres facteurs individuels tels que l'âge.(8)



Figure 7: Bulle causée par une maladie auto-immune (7)

g) Les pustules

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables de la peau. Elles résultent d'une accumulation de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme ou les follicules pilo-sébacés. Ces lésions se présentent sous forme de protubérances de taille variable, souvent inférieures à 1 cm, de teinte blanche ou jaunâtre, contenant un liquide séreux trouble ou du pus. Parfois, elles émergent suite à la transformation secondaire de vésicules ou de bulles. Les symptômes associés sont divers. Fragiles et temporaires, elles peuvent évoluer vers la formation d'érosions et de croûtes.

Les pustules peuvent être folliculaires, apparaissant en relief autour d'un poil et généralement liées à une infection des follicules pileux par des bactéries, ce qui les rend propices à un prélèvement bactériologique. Ou bien non folliculaires, moins proéminentes, d'un blanc laiteux, coalescentes, souvent sans bactéries impliquées, et situées dans l'épiderme, telles que celles observées dans le psoriasis pustuleux ou la maladie de Behçet. En cas de pustules de grande taille, le pus peut parfois se déposer au fond de la lésion, formant un hypopion.(8)



Figure 8: Psoriasis pustuleux (8)

h) Les papules

Ce sont des lésions primaires visibles et palpables de la peau, se présentant sous forme de petites élévations saillantes bien définies, d'un diamètre inférieur à 1 cm, qui peuvent être de forme ronde, ovale, polygonale ou ombiliquée. Si elles sont plus grandes, elles sont appelées des plaques, pouvant résulter de la confluence de petites papules ou se constituer d'emblée.

Il existe différents types de papules selon leur aspect anatomo-clinique :

- **La papule épidermique** : elle est due à une hyperplasie de l'épiderme, souvent sèche et kératosique, comme dans le cas des verrues planes.
- **La papule dermique** : elle résulte d'une augmentation circonscrite de la masse, pouvant être œdémateuse, inflammatoire ou dysmétabolique.
- **La papule folliculaire** : elle correspond à une atteinte du follicule pileux, se manifestant soit de manière épidermique, soit dermique, parfois entraînant une alopecie secondaire.
- **La papule miliaire** : rare, elle est associée à une atteinte des glandes et canaux sudoraux, se présentant sous forme de petites élévations rouges et acuminées.

Une biopsie cutanée est souvent nécessaire pour déterminer la nature exacte des papules, en particulier dans le cas des papules par infiltrat dermique, où des colorations histochimiques spéciales peuvent aider à identifier la substance déposée.(8)



Figure 9: Papule ombiliquée, *Molluscum contagiosum* (9)

i) Les végétations et verrucosité

Il s'agit de lésions visibles et palpables, résultant d'une prolifération anormale et exophytique de l'épiderme, souvent accompagnée d'un infiltrat cellulaire du derme, notamment des papilles dermiques. Elles se présentent sous forme de lésions très superficielles, surélevant la peau de plusieurs millimètres, avec une teinte variable, pouvant être rouge ou de la couleur de la peau normale. Leur surface est irrégulière, souvent mamelonnée, parfois similaire à un chou-fleur, avec un aspect charnu ou kératosique et grisâtre. Les végétations peuvent apparaître partout sur la peau, mais sont plus fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels.(8)

La verrucosité, quant à elle, se présente sous forme de protubérances ressemblant à des doigts ou à des lobes, parfois ramifiées comme un chou-fleur, avec une surface recouverte d'une couche cornée, souvent épaisse et de couleur grisâtre.(9)



Figure 10: Végétation à surface kératosique, définissant la verrucosité au cours d'une verrue périunguëale (10)

j) Les nodules

Ces lésions primitives sont visibles et surtout palpables, résultant d'une inflammation ou d'une croissance tumorale initiale dans le derme réticulaire et/ou l'hypoderme. Elles se présentent sous forme d'élévations de taille importante (plus de 1 cm), solides, fermes et infiltrées lorsqu'on les touche, généralement de couleur peu prononcée, parfois rouge vif ou purpurique.

Les symptômes locaux, tels que la douleur, varient selon la cause. Plusieurs termes sont utilisés pour décrire ces nodules en fonction de leur taille : une nodosité pour les petites (0,5 à 1 cm) et une nouure pour les plus grandes (plusieurs cm), souvent étalées et peu saillantes, associées à une douleur aiguë.

Les nodules peuvent être le résultat d'une inflammation (comme dans la sarcoïdose ou l'érythème noueux) ou d'une croissance tumorale (comme dans les lymphomes cutanés). Dans la plupart des cas, une biopsie cutanée est nécessaire pour établir le diagnostic étiologique.(8)



Figure 11: *Nouures disséminées sur les deux jambes (érythème noueux) (10)*

k) Les squames

Ce sont des lésions visibles et palpables, souvent primitives et fréquemment accompagnées d'autres lésions élémentaires primaires, en particulier un érythème, formant ainsi des lésions érythémato-squameuses. Les squames, constituées de pellicules ou de lamelles cornées, se détachent plus ou moins facilement de la peau.

Selon leur épaisseur et leur apparence, plusieurs types de squames sont distingués : les squames pityriasiformes, fines, blanchâtres, farineuses et peu adhérentes ; les squames scarlatiniformes, en grands lambeaux homogènes et peu épais ; les squames ichtyosiformes, régulières, polygonales, ressemblant à des écailles de poisson ; les squames psoriasiformes, épaisses, adhérentes, et souvent larges, caractéristiques du psoriasis ; et enfin les squames folliculaires, de petite taille, en semis, situées à l'émergence d'un poil.(8)



Figure 12: Squames chez un patient atteint de Psoriasis vulgaire (11)

En somme, les lésions primaires cutanées représentent les altérations initiales de la peau, qui peuvent se manifester sous différentes formes telles que des macules, des papules, des nodules, des vésicules, des bulles, etc. Elles sont souvent le premier signe visible d'une maladie dermatologique et fournissent des indications cruciales pour établir un diagnostic précis.

2. Lésions secondaires

Les lésions secondaires cutanées sont des altérations qui se développent à partir de lésions primaires ou qui résultent de l'évolution naturelle des affections cutanées.

Elles peuvent fournir des indices précieux sur l'évolution d'une maladie ou sur les habitudes de grattage ou de manipulation de la peau par le patient. Voici quelques-unes des lésions secondaires les plus courantes :

- Cicatrices,
- Lésions avec perte de substance,
- Atrophie,
- Sclérose,
- Croûtes,
- Lichénification.

a) Les cicatrices

Les cicatrices sont le résultat final d'un processus de guérison qui implique principalement le derme après une lésion cutanée ou une inflammation. Elles présentent souvent une atrophie et une sclérose. Les cicatrices pathologiques en relief sont des lésions secondaires palpables et visibles, caractérisées par une élévation dure due à une prolifération de fibroblastes et à un excès de collagène. Deux types sont distingués : la cicatrice hypertrophique, qui est bombée, bien délimitée, et régresse généralement spontanément en 12 à 18 mois, et la cicatrice chéloïdienne, similaire en apparence mais avec des extensions en forme de pince de crabe et une évolution prolongée sur plusieurs années, plus fréquente chez les personnes à la peau foncée et dans certaines régions du corps.(8)



Figure 13: Cicatrice de type chéloïde (12)

b) Lésions avec perte de substance

Les pertes de substance cutanées sont des lésions visibles et palpables. Elles peuvent être classées selon leur profondeur :

- **L'érosion (ou exulcération)** : une perte de substance superficielle à fond plat, limitée, qui guérit sans laisser de cicatrice. Elle affecte l'épiderme et le sommet des papilles dermiques, avec un fond humide ou couvert d'une croûte.
- **L'ulcération** : une perte de substance plus profonde atteignant le derme voire l'hypoderme, avec des bords parfois irréguliers, guérissant avec une cicatrice séquellaire. Sa surface peut être rouge, jaunâtre, croûteuse ou noire.
- **Le chancre** : une érosion ou une ulcération au point d'inoculation d'une infection contagieuse.
- **Le phagédénisme** : une extension centrifuge d'une ulcération, souvent douloureuse.
- **La fissure** : une érosion ou une ulcération linéaire, souvent présente dans les plis ou aux paumes et plantes. Une fissure dans les plis est appelée *rhagade*, et dans les commissures labiales, *perlèche*.
- **L'ulcère** : une perte de substance chronique ne cicatrisant pas, souvent d'origine vasculaire aux membres inférieurs.
- **Le mal perforant** : un ulcère indolore, généralement aux points d'appui plantaires à cause d'une neuropathie.
- **La gangrène** : une nécrose tissulaire noirâtre, souvent d'origine vasculaire ou infectieuse, qui peut s'ulcérer.
- **L'escarre** : une nécrose secondairement ulcérée au point de pression, pouvant atteindre les muscles, tendons, os et articulations.(8)



Figure 14: *Ulcère au niveau des membres inférieurs (13)*

d) Atrophie

Il s'agit d'une lésion visible et palpable résultant de l'amincissement de la peau, avec une diminution ou une disparition de certaines de ses composantes, qu'elles soient épidermiques, dermiques, ou hypodermiques, voire affectant plusieurs couches cutanées.

Cette lésion se présente sous forme d'une dépression en forme de cupule, plus ou moins profonde, lisse et nacréée. En exerçant une pression tangentielle, sa surface se ride. Parfois, elle peut apparaître en relief, due à une hernie des éléments sous-jacents. Sa détection se fait par palpation, mettant en évidence la dépression, tandis que les éléments sous-jacents, tels que les capillaires, les veines ou les reliefs osseux, deviennent visibles de manière anormale.(8)



Figure 15: Atrophie cutanée (14)

e) Sclérose

La sclérose se manifeste par une altération cutanée visible et principalement palpable. Cette condition se caractérise par un épaissement de la peau et une perte de son élasticité, résultant de la condensation des éléments constitutifs du derme. La peau devient rigide et moins souple, ce qui limite son mouvement sur les plans profonds. On observe ce phénomène dans des maladies inflammatoires telles que la sclérodermie, ainsi que dans les cas d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, où elle se présente sous la forme d'une dermo-hypodermite sclérodermiforme.(8)



Figure 16: Sclérodermie systémique de la main (15)

f) Les croûtes

Ce sont des lésions visibles, secondaires à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent, qui correspondent à un stade évolutif de lésions élémentaires primitives différentes : bulles, vésicules, pustules aboutissent à la formation d'une croûte. Une croûte doit être enlevée, à la fois pour bien voir la lésion élémentaire sous-jacente, et pour assurer une désinfection toujours nécessaire.(8) La survenue de croûtes peut être observée dans les conditions inflammatoires ou infectieuses de la peau.

g) Lichénification

La lichénification est une altération cutanée causée par le grattage, se manifestant par un épaissement variable de la peau, souvent accompagné d'une accentuation du motif naturel de la peau en surface. Les zones affectées présentent généralement une couleur rouge violacé ou marron et peuvent être recouvertes de petites lamelles de peau morte. Les plaques de lichénification peuvent être isolées (comme dans le cas de la névrodermite circonscrite), localisées à des endroits spécifiques du corps (comme les plis derrière les genoux ou les coudes dans l'eczéma constitutionnel) ou réparties sur tout le corps (dans le cas de la névrodermite diffuse).

Parfois, des formes atypiques de lichénification se manifestent, telles que la lichénification géante, le lichen obtusus, ou le prurigo nodulaire de Heyde, caractérisé par de gros nodules disséminés principalement sur les membres et contenant une quantité anormalement élevée et hypertrophiée de fibres nerveuses.(8)



Figure 17: Prurigo nodulaire de Heyde (16)

En conclusion, les lésions cutanées secondaires sont des altérations de la peau qui résultent généralement de l'évolution des lésions primaires ou de divers processus pathologiques. Elles peuvent prendre différentes formes, telles que des croûtes, des cicatrices, des squames, des ulcérations, des fissures, des gangrènes, entre autres. Ces lésions fournissent des informations importantes sur l'état de santé de la peau et peuvent aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic précis et à choisir le traitement le plus approprié.

III. Dermatoses professionnelles

Cette nouvelle section, nous plonge dans le monde des dermatoses professionnelles, en mettant en lumière les risques spécifiques auxquels sont confrontés les travailleurs dans différents secteurs d'activité.

Nous explorerons les mécanismes sous-jacents, les manifestations cliniques, les méthodes de diagnostic et les stratégies de prévention des dermatoses professionnelles

A. Définition

Les dermatoses professionnelles, aussi connues sous le nom de « Dermatites professionnelles », sont des affections fréquentes ayant d'importantes implications socioéconomiques, psychologiques et physiques. Elles représentent entre 55 et 80 % des maladies professionnelles, avec 20 % d'origine allergique et 80 % résultant de l'irritation. On peut les classer en deux catégories : les dermatoses exclusivement liées à l'activité professionnelle (dermatites d'irritation, eczéma de contact allergique) et celles aggravées par l'activité professionnelle (psoriasis des mains, eczéma atopique des mains, dysidrose).

Leur diagnostic s'avère souvent complexe, non seulement en raison de la difficulté d'identifier avec certitude l'agent responsable, mais aussi du fait que, dans de nombreux cas, l'origine de la dermatose est multifactorielle. De plus, les atteintes cutanées ne sont pas toujours répertoriées parmi les maladies professionnelles donnant droit à une indemnisation, ce qui complique davantage leur identification sur le plan épidémiologique.(10)

Les dermatoses peuvent être causées par :

- **Des agents animés :** virus (*Papilloma virus*, *Pox virus*, *Picornavirus*, *Herpès virus*, *HIV*, *HVB*, *HVC*), bactéries (Tuberculose cutanée, Brucellose cutanée, Dermite streptococciques, Tularémie), champignons (candidoses, dermatophyties) ou parasites (*Sarcoptes scabiei*) ;
- **Des traumatismes :** friction (hyperkératose des mains et des genoux), projection (introduction de particules étrangères sous la peau telles que du charbon ou des graviers), troubles angioneurotiques des extrémités des doigts liés aux vibrations à hautes fréquences des machines/outils ;

- **Des agents chimiques :** dermatite d'irritation, dermatite de contact allergique, ulcérations, boutons d'huiles, acné chlorique, pseudo sclérodermies, purpura cutané, lichen plans.
- **Des agents physiques :** la chaleur (réactions urticariennes immédiates), le froid (engelures, gelures urticaire au froid), les radiations non ionisantes et ionisantes (radiodermites chroniques).(10)

B. Différents types de dermatoses

Les dermatites de contact figurent parmi les dermatoses professionnelles les plus courantes. Elles se caractérisent par une inflammation cutanée résultant d'un contact direct avec des irritants (dermatite de contact irritative), des allergènes (dermatite de contact allergique) ou des protéines (dermatite de contact protéique). Les symptômes associés comprennent généralement des démangeaisons et parfois une sensation de brûlure douloureuse. Au niveau de la peau, on peut observer un érythème, une desquamation, un gonflement, et parfois la formation de bulles et d'ulcérations. L'emplacement des symptômes dépend du site de contact avec les irritants ou les allergènes.(11)

« En 1989, Mathias CG. a proposé 7 critères pour établir le diagnostic de dermatite de contact professionnelle :

- L'aspect des lésions est-il compatible avec une dermatite de contact ?
- Y'a-t-il une exposition professionnelle à des irritants ou des allergènes potentiels ?
- La distribution anatomique de l'eczéma est-elle compatible avec l'activité professionnelle ?
- La relation temporelle entre l'exposition et le début de l'eczéma est-elle compatible avec une origine professionnelle ?
- Une exposition non professionnelle a-t-elle été exclue ?
- L'arrêt de l'exposition améliore-t-il l'eczéma ?
- Les examens complémentaires confirment-ils l'origine professionnelle ? »(12)

1. Dermatite de contact irritative

La dermatite de contact irritative se manifeste par une réaction inflammatoire non spécifique due au contact avec des substances toxiques. Elle peut être déclenchée par une seule exposition à des irritants puissants, mais le plus souvent, elle survient à la suite d'une accumulation de contacts répétés avec des irritants moins forts.

La pénétration d'une substance chimique à travers les différentes couches de la peau, notamment l'épiderme et le derme, entraîne la libération d'un grand nombre de cytokines et de chimiokines par différents types cellulaires. L'initiation de l'inflammation semble principalement liée à l'IL-1 α ¹ et au TNF- α ² ainsi qu'aux dérivés de l'acide arachidonique.

En effet, l'IL-1 α et le TNF- α facilitent le recrutement secondaire de leucocytes sur le site cutané altéré. Ce phénomène déclenche une production en cascade de médiateurs inflammatoires qui, finalement, induit des modifications histologiques puis cliniques de l'eczéma.

On distingue donc deux catégories de dermatite irritative :

- **Dermatite irritative de contact aiguë** : des irritants puissants, tels que des produits chimiques corrosifs, peuvent immédiatement léser la peau, se manifestant généralement par une brûlure aiguë ou une douleur piquante.
- **Dermatite irritative de contact chronique ou cumulatif** : les irritants moins puissants nécessitent des périodes de contact cutané plus longues (chroniques) ou répétées (cumulatives) pour provoquer une dermatite irritative de contact ; ces formes se manifestent généralement par un prurit.

Les troubles atopiques accroissent le risque de dermatite irritative de contact en raison de la détérioration de la fonction barrière de la peau et d'une diminution du seuil d'irritation cutanée.

¹ Interleukine-1 α

² Tumor necrosis factor α

Diverses substances, telles que des produits chimiques (acides, alcalins, solvants, sels métalliques), des savons (abrasifs, détergents), des plantes (poinsettias, poivrons), ainsi que l'humidité chronique provenant des liquides corporels, de l'urine et de la salive, peuvent provoquer une irritation cutanée. Les caractéristiques de l'agent irritant (pH extrême, solubilité à travers la couche lipidique de la peau), les conditions environnementales (hygrométrie faible, température élevée, frottement important) et les caractéristiques du patient (très jeune ou âgé) influent sur le risque de développer une dermatite irritative de contact.(11)

La dermatite de contact irritative représente la dermatose la plus courante. Selon le type d'activité et les conditions de travail, elle peut se présenter sous divers aspects, allant d'une simple xérose à des brûlures. Dans sa forme aiguë, les lésions apparaissent rapidement et se limitent aux zones en contact avec l'agent irritant. Elles se manifestent par un aspect érythémato-œdémateux et peuvent parfois s'accompagner de vésicules ou de bulles. La forme chronique, la plus fréquente, se présente généralement sous la forme de lésions érythémato-squameuses, accompagnées de sensations de brûlures ou de picotements, surtout au niveau du dos des mains et des espaces interdigitaux. Une atteinte de la pulpe des doigts et de la zone sous les bagues est également fréquente, avec une aggravation pendant la saison hivernale.

Il peut parfois être observé une disparition des empreintes digitales. En ce qui concerne la dermatite de contact irritative professionnelle, elle se localise principalement au niveau des mains, des poignets, des avant-bras et du visage (dermatite de contact irritative aéroportée).(12)



Figure 18: Dermatite de contact d'irritation chez un boulanger (17)



Figure 19: *Dermatite de contact d'irritation aux huiles de coupe chez un contrôleur qualité de pièces automobiles (18)*

2. Dermatite de contact allergique

La dermatite de contact allergique se caractérise par une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV à un allergène environnemental, se déroulant en deux phases distinctes : une phase silencieuse de sensibilisation à un antigène, suivie du développement d'une réaction allergique lors d'une réexposition ultérieure.

Pendant la phase de sensibilisation, les allergènes sont capturés par les cellules de Langerhans, également connues sous le nom de cellules épidermiques dendritiques. Une fois activées par les mécanismes de l'immunité innée, ces cellules se déplacent vers les ganglions lymphatiques régionaux, où elles traitent et présentent l'antigène aux lymphocytes T naïfs spécifiques de l'antigène. Lorsqu'un lymphocyte T naïf reconnaît son antigène en se liant à son récepteur de lymphocytes T, il se dilate et se transforme en lymphocytes T mémoire/effecteurs.

La phase de sensibilisation, bien qu'elle ne présente aucun symptôme, peut être de courte durée (6 à 10 jours pour des allergènes puissants comme le sumac vénéneux) ou prolongée (des années pour des allergènes plus faibles comme les écrans solaires, les parfums et les glucocorticoïdes).

Pendant la différenciation, les lymphocytes T sensibilisés acquièrent la capacité d'exprimer des antigènes cutanés spécifiques (par exemple, des antigènes lymphocytaires cutanés), ce qui leur permet de migrer des vaisseaux sanguins cutanés vers l'épiderme.

Lorsque les cellules présentatrices de l'antigène exposent l'antigène aux lymphocytes T sensibilisés, ces derniers peuvent se multiplier et déclencher une réaction inflammatoire, provoquant ainsi les symptômes caractéristiques de la dermatite allergique de contact.(11)

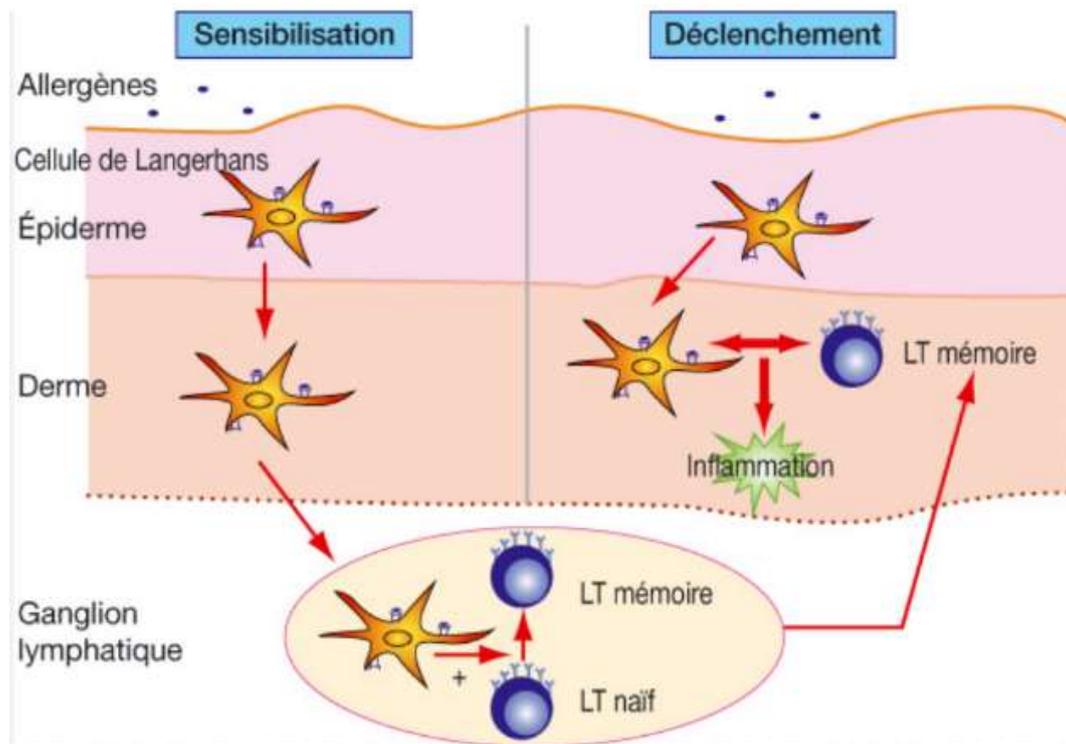


Figure 20: Réaction d'hypersensibilité retardée de type IV (19)

La dermatite allergique de contact se caractérise généralement par un prurit plus prononcé que par des douleurs. Les altérations cutanées varient de l'érythème, la desquamation et l'œdème, jusqu'à la formation de vésicules et un gonflement sévère avec la présence de bulles. Souvent, les lésions présentent des caractéristiques ou une distribution suggérant une exposition spécifique, telles que des stries linéaires sur un bras ou une jambe (par exemple, suite à un contact avec un sumac vénéneux) ou un érythème circonférentiel (sous une montre ou une ceinture). Les stries linéaires sont généralement le signe d'une réaction à un allergène ou un irritant externe.(11)

De multiples allergènes peuvent provoquer des dermatites allergiques de contact tels que :

- **Les additifs du caoutchouc :** Ils constituent la principale source de dermatite de contact allergique professionnelle dans de nombreuses régions du monde. Les trois catégories professionnelles les plus exposées comprennent le personnel de santé, le personnel de l'alimentation et le personnel de nettoyage. Les gants en caoutchouc représentent la source allergénique prédominante, avec comme principaux allergènes identifiés les agents de vulcanisation et les antioxydants.
- **Les métaux :** Les allergènes les plus couramment positifs lors des tests épicutanés pour explorer les dermatites de contact allergiques sont le nickel, le cobalt et le chrome. Les secteurs professionnels les plus exposés comprennent l'aéronautique, l'industrie automobile ainsi que la métallurgie.
- **Les biocides :** Les principales substances provoquant des allergies incluent les isothiazolinones, le formaldéhyde et les libérateurs de formaldéhyde, ainsi que le méthyldibromoglutaronitrile (MDBGN). Ces composés sont présents dans des produits tels que les détergents, les désinfectants et les antiseptiques.
- **Les composants des matières plastiques (monomères et additifs) :** Ils induisent principalement des dermatites professionnelles lors de leur utilisation, principalement dans le secteur de la plasturgie, et plus rarement en tant que produit fini. Les substances allergisantes concernent principalement les résines époxy, ainsi que les résines polyacrylates et polyméthacrylates.
- **Les colorants capillaires :** Ils figurent parmi les allergènes les plus couramment associés aux dermatites de contact allergiques chez les coiffeurs. La principale substance allergisante identifiée est la paraphénylènediamine (PPD).
- **Les végétaux :** Les principales plantes responsables de sensibilisation appartiennent aux familles contenant des lactones sesquiterpéniques, à savoir les Asteraceae, Lauraceae, Magnoliaceae et Frullaniaceae. Les secteurs professionnels les plus exposés comprennent l'agriculture, l'alimentation, les métiers liés aux fleurs, à l'horticulture et au jardinage, ainsi que les travailleurs forestiers et les bûcherons. (12)

3. Dermatite de contact aux protéines

La dermatite de contact aux protéines constitue une maladie cutanée professionnelle où l'allergène impliqué est une protéine de poids moléculaire élevé, se distinguant ainsi de la dermatite de contact allergique où l'allergène est de poids moléculaire bas.(13) Elle affecte principalement les professions de la restauration, de l'alimentation, ainsi que celles impliquées dans le contact avec les animaux.

Contrairement à l'urticaire de contact de type allergique, la dermatite de contact aux protéines se présente sous la forme d'un eczéma chronique, avec des exacerbations aiguës survenant quelques minutes après le contact avec la protéine responsable. Elle se manifeste le plus fréquemment comme un eczéma chronique ou récidivant, localisé au niveau des mains, poignets et avant-bras, et éventuellement sur le cou et le visage en cas d'exposition aéroportée à des protéines volatiles, telles que la farine chez les boulangers. Des symptômes extra-cutanés tels que la conjonctivite, la rhinite, l'asthme et des troubles gastro-intestinaux ont été signalés lorsque la dermatite est associée à une urticaire de contact ou lorsque le sujet présente une atopie.(14)

Le mécanisme physiologique reflète une sensibilisation immédiate liée aux IgE, entraînant une inflammation locale, une hyperplasie épidermique, et la production de cytokines Th2, d'IgE spécifiques et d'IgG. Cette réponse est donc différente de celle observée dans la dermatite de contact allergique, qui relève du type CD8/Th1.(13)



Figure 21: *Dermatite de contact aux protéines du saumon, confirmée par un prick-test positif au saumon frais chez un cuisinier, associée à une dermatite de contact d'irritation aux détergents et désinfectants (13)*



Figure 22: *Dermatite de contact aux protéines de liquide amniotique de bovins chez un vétérinaire (13)*

Les principales sources de protéines sensibilisantes sont les aliments d'origine végétale (légumes, fruits, farines, épices) et animale (viandes, œufs, produits laitiers, poissons et crustacés), les champignons (Shiitake, Bolet), les enzymes (Lactase, Glucoamylase), les végétaux non comestibles (latex, fleurs de camomille) et les protéines animales non destinées à l'alimentation (sang de bovins, boyaux de porcs).

Elle affecte principalement les individus ayant une prédisposition atopique ou une altération préexistante de la peau, favorisant ainsi la pénétration des protéines.

4. Autres

a) Dermatite phototoxique

La dermatite phototoxique représente une variation où un agent topique (tel que des plantes, des parfums, du goudron de houille) ou ingéré (comme les psoralènes) devient une toxine cutanée uniquement après une exposition à la lumière ultraviolette. Ainsi, elle se manifeste exclusivement sur la peau exposée aux UV, généralement avec une démarcation nette.

Dans le cas d'une dermatite phototoxique liée au contact avec une plante, l'aspect clinique des lésions se caractérise par une éruption cutanée érythémateuse, vésiculo-bulleuse, voire phlycténulaire. Cette éruption présente des contours superposables à la plante responsable, localisée spécifiquement sur les zones exposées. Le délai d'apparition des symptômes varie de quelques heures à 24 à 72 heures après le contact et l'exposition solaire. Au fil du temps, l'évolution de la dermatose conduit à la desquamation, qui peut ultérieurement céder la place à une pigmentation résiduelle, dont la persistance peut varier. Une sensibilité à la lumière persiste parfois pendant quelques jours à quelques semaines, même en l'absence de nouveau contact.(15)



Figure 23: *Dermatite phototoxique d'un jardinier suite à un contact avec la rue (Ruta Graveolens) (21)*

b) Dermatite photoallergique

La dermatite photoallergique de contact se présente comme une variante de la dermatite allergique de contact, où une substance ne devient allergisante qu'après avoir subi des modifications structurales induites par la lumière ultraviolette. Les causes courantes incluent les parfums (comme l'ambrette de musc, le bois de santal), les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les écrans solaires.

Elle se caractérise par un aspect polymorphe, incluant des manifestations telles que l'urticaire, l'eczéma, un aspect lichénifié, purpurique, entre autres. Les lésions initiales se localisent principalement sur les parties du corps exposées, mais elles peuvent s'étendre aux zones couvertes.

Les symptômes apparaissent environ 48 heures après l'exposition, et l'évolution peut parfois être prolongée, avec la persistance des lésions bien après la fin de l'exposition. Cette persistance est attribuable à la présence continue du photoallergène dans les téguments, même après l'éviction de la substance photosensibilisante.(15)



Figure 24: *Dermatite photoallergique de contact aux AINS (22)*

c) Boutons d'huile

Les boutons d'huile ne surviennent aujourd'hui que très rarement en raison de l'amélioration des normes d'hygiène.(16) Il s'agit de lésions papulaires et/ou pustuleuses attribuées à l'action des huiles solubles, notamment au niveau du follicule pileux. Elles sont caractéristiques des éruptions acnéiformes et furonculaires.

Les boutons d'huile sont le résultat de l'exposition des travailleurs à des huiles industrielles, le plus souvent des huiles minérales, utilisées principalement comme agents de coupe, de lubrification ou de refroidissement. Les huiles minérales ont un pouvoir comédogène variable selon le type d'huile. L'accumulation d'huile dans l'orifice des follicules pileux entraîne, après des applications répétées, une réaction d'hyperkératose de l'épithélium ostial.

En général, les boutons d'huile n'apparaissent que quelques semaines après un contact initial avec les huiles responsables. De même, ils ne disparaissent spontanément que quelques semaines après avoir cessé tout contact.

Initialement, ils se présentent sous forme de simples comédons ou en groupes de deux (comédons doubles), puis évoluent en papules arrondies en forme de dôme, rouges, fermes au toucher, souvent avec un comédon simple ou double en leur sommet. Après l'extraction manuelle des comédons, les boutons d'huile laissent souvent un cratère évident à leur sommet. Ils sont généralement accompagnés de démangeaisons et se situent principalement dans les zones pileuses des avant-bras, du dos des mains et des doigts, ainsi que sur la face antérieure des cuisses (les pantalons en toile étant souvent imprégnés d'huiles), et plus rarement sur l'abdomen.(17)

C. Diagnostic

1. Dermatites de contact irritant et de contact allergique

Il s'agit de deux pathologies distinctes mais le diagnostic différentiel est fréquemment complexe en raison de similitudes cliniques et d'une spécificité souvent limitée pour l'un ou l'autre type de dermatite. Par conséquent, le diagnostic repose sur un examen clinique méticuleux, un interrogatoire approfondi et des tests cutanés.

Tableau 3: Diagnostic différentiel entre dermatite de contact irritant et dermatite de contact allergique. (26)

	Dermatite d'irritation	Dermatite allergique
Signes subjectifs		
• Tiraillements	+ à +++	0
• Picotements	+ à +++	0
• Brûlures	+ à +++	0
• Prurit	0	+ à +++
Signes objectifs		
• Erythème	+ à +++	+ à +++
• Œdème	0 à ++	0 à ++
• Desquamation	0 à ++	0 à ++
• Vésicules	0	++
• Fissures	++	+/-
• Pigmentation	0	0
Physiopathologie	Non immunologique	Immunologique
Délai d'apparition	Immédiate ou courte (quelques minutes)	24 h à 48 h après un ou plusieurs contacts
Siège des lésions	Étendue limitée à la zone de contact	Étendue supérieure à la zone de contact
Terrain	Aucun	Fine, sèche
Type de peau		
Évolution	Guérison rapide et facile	Guérison lente et récidives multiples
Tests cutanés	Négatifs	Positifs

Les tests épicutanés sont la méthode de référence pour identifier les allergènes responsables de la dermatite de contact allergique mais certaines conditions sont nécessaires pour les réaliser :

- Connaître la composition chimique des produits professionnels ;
- Ne pas tester en cas de grossesse, de coup de soleil, de dermatose active sur la zone de test ;
- Ne pas tester des produits corrosifs ou ayant un pH inférieur à 3 ou supérieur à 11 ;
- Vis-à-vis de certains traitements concomitants : pas d'application de dermocorticoïdes sur le site des tests épicutanés depuis 7 jours, pas de traitement par photothérapie sur le site des tests épicutanés depuis 4 semaines, pas de traitement par corticoïdes, ni de ciclosporine ou de Tacrolimus par voie orale, pas de traitement antihistaminique depuis au moins 72 heures. (12)

Il est recommandé d'effectuer plusieurs lectures à J2 et J3 (ou J4), ainsi qu'une lecture tardive jusqu'à 96 heures pour certains allergènes. La positivité d'un test épicutané signifie que le patient a une sensibilisation cutanée à un allergène en particulier, mais il faut s'assurer de la pertinence de ce test pour poser le diagnostic de dermatite de contact allergique. Cette pertinence peut être classée en 3 groupes : **Test pertinent certain** : notion d'eczéma avec un produit contenant de façon certaine l'allergène en cause ; **Test de pertinence non certaine** : notion de contact/d'eczéma possible avec un produit contenant l'allergène en cause mais sans certitude ; **Test non pertinent** : eczéma sans rapport avec des produits contenant l'allergène en cause.

D'autres méthodes de tests peuvent être utilisées comme les tests semi-ouverts, particulièrement indiqués pour tester les produits avec lesquels le patient est en contact cutané direct et possédant un certain pouvoir irritant (produits industriels : colles, peintures, savons liquides, shampoings). Ils sont réalisés en appliquant une infime quantité de produit liquide à l'aide d'un coton-tige sur une surface cutanée d'environ 1cm², puis recouverte par un adhésif après évaporation du liquide. Les lectures sont effectuées selon les mêmes critères que les tests épicutanés. Il existe également les tests ouverts à application répétée (ROAT) qui consistent à appliquer deux fois par jour pendant 7 jours le produit à tester en petite quantité au niveau de l'avant-bras. Ils sont très utiles pour explorer les allergies aux cosmétiques mais ne doivent pas être utilisés pour les produits irritants.

2. Dermatite de contact aux protéines

Le diagnostic se fonde sur l'examen clinique, l'anamnèse et le bilan allergologique, ce qui permet de distinguer la dermatite de contact protéique des autres formes de dermatites de contact professionnelles.

L'aspect clinique est celui d'un eczéma chronique ou récurrent (lésions érythémato-squameuses, plus ou moins vésiculeuses) avec prurit, exacerbations urticariennes et/ou vésiculeuses dans les minutes suivant le contact avec l'allergène protéique. A noter que l'exacerbation immédiate n'est pas retrouvée dans tous les cas lors de l'interrogatoire, ce qui ne doit pas éliminer le diagnostic de dermatite de contact protéique. Les principales localisations sont les mains et les avant-bras. Lorsque l'allergène en cause est volatil, on peut retrouver de l'eczéma au niveau du visage et des zones découvertes ainsi que des symptômes respiratoires et oculaires associés.

Il est également important de rechercher, lors de l'interrogatoire, la notion d'une hypersensibilité systémique après ingestion de l'aliment sensibilisant même si généralement les patients atteints de dermatite de contact protéique confirmée par tests cutanés peuvent consommer les aliments en cause cuits sans aucune réaction.

Le diagnostic clinique doit par ailleurs être confirmé par des prick-tests et/ou la recherche d'IgE spécifiques. En ce qui concerne les tests cutanés, ils nécessitent une lecture immédiate et des lectures retardées, 24 à 48 heures après, afin de détecter des réactions retardées et/ou dépister une dermatite de contact allergique associée. En effet, un même aliment peut entraîner chez une seule personne à la fois une dermatite de contact protéique et une dermatite de contact allergique. Par exemple, l'ail contient des protéines qui peuvent être responsables d'une dermatite de contact protéique mais également un allergène de bas poids moléculaire, le diallyldisulfide, qui peut provoquer une dermatite de contact allergique.(13)

Le pronostic de la dermatite de contact protéique est moins favorable que celui d'autres formes de dermatites de contact. Une étude réalisée au Danemark sur 178 patients présentant une dermatose aux mains liée à une exposition alimentaire professionnelle entre 2001 et 2010 a révélé que parmi ces patients, 50 ont été diagnostiqués avec une dermatite de contact protéique, tandis que les 125 autres présentaient d'autres types de dermatoses professionnelles (dermatite de contact irritative, dermatite de contact allergique et/ou urticaire de contact).

Les résultats indiquent que les arrêts de travail dépassant 3 semaines sont plus fréquents dans le groupe des patients atteints de dermatite de contact protéique (62,5 % contre 30 %), de même que les changements d'emploi dus à la dermatose (62 % contre 43 %). Ainsi, cette étude a mis en évidence que les patients souffrant de dermatite de contact protéique présentaient des conséquences plus graves et plus fréquentes que ceux atteints d'autres types de dermatoses d'origine alimentaire au niveau des mains.(13)

IV. Aspects légaux des dermatoses professionnelles

Diverses activités professionnelles peuvent induire des affections cutanées qui sont ensuite catégorisées comme des "dermatoses professionnelles". C'est pourquoi il est essentiel d'explorer systématiquement un lien professionnel lorsqu'une atteinte cutanée est constatée. Cela permet de mettre en œuvre des mesures préventives et éventuellement d'apporter des solutions pour la réparation du patient.

Actuellement, de nombreuses dermatoses professionnelles restent non indemnisées et non déclarées. La procédure de déclaration est spécifique, exigeant un double diagnostic, à la fois sur la nature de la lésion cutanée et sur sa relation avec le travail. Ainsi, le médecin traitant doit solliciter l'avis du médecin du travail, du spécialiste, du médecin-conseil, voire des services de consultations de pathologie professionnelle (CCPP) afin de protéger les droits du salarié. Les lésions qui se manifestent progressivement en raison d'une exposition répétée à l'agent en cause peuvent être prises en charge en tant que "maladie professionnelle", tandis que les manifestations aiguës des dermatoses peuvent être considérées comme un "accident du travail".

A. Déclaration d'une dermatose professionnelle

La déclaration d'une dermatose professionnelle s'effectue dès lors qu'un lien est suspecté entre une affection cutanéomuqueuse et l'activité professionnelle, même sans certitude de l'origine professionnelle.(18)

Tableau 4: Maladies professionnelles : Lésions eczématiformes de mécanisme allergique. (27)

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé.	15 jours	<p>Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après :</p> <p>A. - Agents chimiques : Acide chloroplatinique ; Chloroplatinates alcalins ; Cobalt et ses dérivés ; Persulfates alcalins ; Thioglycolate d'ammonium ; Épichlorhydrine ; Hypochlorites alcalins ; Ammoniums quaternaires et leurs sels, notamment dans les agents détergents cationiques ; Dodécyl-aminoéthyl glycine ; Insecticides organochlorés ; Phénothiazines ; Pipérazine ; Mercapto-benzothiazole ; Sulfure de tétraméthyl-thiurame ; Acide mercapto-propionique et ses dérivés ; N-isopropyl N-phénylparaphénylène-diamine et ses dérivés ; Hydroquinone et ses dérivés ; Dithiocarbamates ; Sels de diazonium, notamment chlorure de diéthylaminobenzène diazonium ; Benzisothiazoline-3-one ; Dérivés de la thiourée ; Acrylates et méthacrylates ; Résines dérivées du para-tert-butylphénol et du para-tert-butylcatéchol ; Dicyclohexylcarbodiimide ; Glutaraldéhyde.</p> <p>B. - Produits végétaux ou d'origine végétale : Produits d'extraction du pin, notamment essence de térébenthine, colophane et ses dérivés ; Baume du Pérou ; Urushiol (laque de Chine) ; Plantes contenant des lactones sesquiterpéniques (notamment artichaut, arnica, chrysanthème, camomille, laurier noble, saussurea, frullania, bois de tulipier, armoise, dahlia) ; Primevère ; Tulipe ; Alliacées (notamment ail et oignon) ; Farines de céréales.</p>

Celle-ci doit donc être réalisée par le salarié à l'organisme de sécurité sociale (CPAM ou MSA) dont il dépend. Le salarié devra remplir un formulaire de « Déclaration de maladie professionnelle ou demande de reconnaissance de maladie professionnelle » et joindre les 2 premiers volets du certificat médical initial établi par le médecin (médecin traitant, médecin du travail, spécialiste), précisant la maladie en cause, la date de sa première constatation médicale et l'exposition professionnelle incriminée, ainsi qu'une attestation de salaire établie par l'employeur du salarié.(19)

De plus, cette déclaration sera traitée d'autant plus rapidement si le patient joint à celle-ci les données cliniques observées par le médecin ainsi que les examens complémentaires préalablement réalisés. Certains renseignements, obligatoires ou non, sont utiles à fournir lors de la déclaration d'une dermatose professionnelle tels que : la périodicité des lésions par rapport au travail, la récurrence ou non en cas de nouvelle exposition, les résultats des tests épicutanés.(18) (c.f. Annexe 1)

B. Conséquences de la reconnaissance d'une dermatose professionnelle

La reconnaissance d'une dermatose professionnelle offre plusieurs avantages pour le salarié. Les consultations, les examens complémentaires et les soins seront intégralement pris en charge jusqu'à la guérison du patient. De plus, en cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières sont plus avantageuses par rapport à un accident du travail, car il n'y a pas de délai de carence, les indemnités ne sont pas dégressives et elles ne sont pas imposables.(18)

Lorsque les lésions causées par la dermatose deviennent permanentes, il est envisageable de reconnaître une incapacité permanente partielle (IPP), sous réserve de rechutes et de révisions possibles. Malheureusement, dans le cas des dermatoses professionnelles de contact allergique, l'indemnisation est moins avantageuse en raison de la régression des lésions après l'arrêt de l'exposition à l'agent en cause, celles-ci étant donc considérées comme cliniquement inexistantes.

Le médecin traitant, le médecin-conseil ou le salarié ont la possibilité de solliciter une visite de préreprise auprès du médecin du travail. Cette démarche vise à anticiper la reprise du travail, à explorer d'éventuelles possibilités d'aménagements de poste, ou à envisager un reclassement si nécessaire.

La reconnaissance d'une maladie professionnelle ne sous-entend pas automatiquement l'inaptitude du salarié à son poste de travail. Toutefois, elle peut entraîner des difficultés significatives pour l'exercice de l'activité professionnelle du salarié. En revanche, elle impose à l'employeur l'obligation de chercher une solution de reclassement. En cas d'impossibilité de reclassement, l'employeur est tenu de verser le double des indemnités en cas de licenciement du salarié pour inaptitude médicale.(18)

V. Prévention des dermatoses professionnelles

Il existe deux types de prévention pour réduire le risque de dermatose professionnelle :

- **La prévention primaire :** elle vise à éliminer les causes du risque, par exemple en évitant l'exposition des travailleurs à des agents allergènes. Elle implique la promotion de méthodes de travail sûres grâce à une formation adéquate, agissant ainsi sur les facteurs de risque avant l'apparition de la maladie.(20)
- **La prévention secondaire :** elle reconnaît l'existence du risque mais cherche à prévenir la création de dommages ou à en réduire la gravité. Cela peut inclure des mesures telles que le dépistage, l'aménagement du poste de travail ou le reclassement professionnel.(20)

Ainsi, les stratégies de prévention des dermatoses professionnelles peuvent se diviser en deux catégories. D'une part, les mesures collectives visent à protéger l'ensemble des travailleurs des dangers, que ce soit de manière régulière ou ponctuelle. Elles consistent à éliminer ou réduire les situations dangereuses pour tout un atelier, chantier, etc. D'autre part, les mesures individuelles cherchent à protéger spécifiquement l'opérateur.

La mise en place de la protection individuelle devient nécessaire lorsque les mesures de prévention collective s'avèrent insuffisantes ou impossibles à mettre en œuvre, notamment dans des opérations d'entretien, de maintenance ou d'intervention d'urgence.

A. Prévention primaire

La fréquence élevée des dermatoses professionnelles et la prolifération des produits chimiques employés entraînent une augmentation de la sensibilisation aux allergènes de contact cutané, rendant ainsi les mesures de prévention primaire incontournables. En effet, ces mesures se révèlent particulièrement efficaces, car elles s'attachent à combattre les risques à leur origine même.(20)

On retrouve trois mesures de prévention primaire principales :

- **La substitution de certains produits** : retrait des produits présentant le plus grand danger et substitution par des alternatives inoffensives ou moins nocives (par exemple utilisation des produits les moins volatils, des granulés au lieu de la poudre fine).
- **La suppression des contacts cutanés** : travailler dans des installations fermées en isolant les procédés de fabrication, utiliser des outils de préhension pour éviter le contact direct des mains, installer des systèmes de ventilation, maintenir une bonne hygiène des lieux et des plans de travail, et respecter des procédures de stockage appropriées.
- **La formation du personnel** : obligation des employeurs de fournir aux travailleurs les informations sur les dangers associés aux substances auxquelles ils sont exposés et les méthodes d'utilisation de ces substances, et sensibilisation aux risques d'allergies et d'irritations cutanées dans leur environnement de travail.

B. Prévention secondaire

La prévention secondaire cherche à identifier précocement les travailleurs affectés par des affections cutanées professionnelles et à intervenir rapidement en retirant l'exposition, visant ainsi à prévenir le développement de maladies chroniques.

Elle est mise en place via :

- « Le dépistage et traitement des irritations cutanées qui prédisposent à l'allergie;
- Le dépistage précoce des allergies cutanées pour limiter les formes graves, éviter la survenue de complications, les séquelles, les récurrences, les incapacités professionnelles ;
- Le changement de poste pour une éviction totale de l'allergène cutané. »(20)

C. Prévention individuelle

Elle s'appuie sur l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour les mains et le corps, ainsi que sur une hygiène individuelle adéquate de la peau des mains.

On retrouve ainsi :

- Les gants de protection ;
- Les vêtements de protection (blouse à manches longues, tablier) ;
- L'hygiène (lavage des mains) ;
- Les crèmes protectrices pour les mains.

D. Cas clinique : les gants de protection.

Sur le marché, on trouve une variété de gants, comprenant le latex naturel, les latex synthétiques, d'autres élastomères, les matières plastiques et les matériaux multicouches. Pour choisir les gants adaptés aux produits utilisés et aux tâches effectuées, il est essentiel de prendre en considération plusieurs facteurs. Cela inclut leur capacité à résister à la pénétration, c'est-à-dire à empêcher le passage du produit à travers les fermetures, les porosités ou les imperfections du matériau.

De plus, leur résistance à la perméation, qui désigne la diffusion du produit chimique à travers le matériau à l'échelle moléculaire, est un critère crucial. Il est également important d'évaluer leur résistance à la dégradation, c'est-à-dire comment les propriétés physiques du gant peuvent changer à la suite du contact avec le produit. Enfin, les conditions d'utilisation des produits, telles que leur concentration et leur température, doivent également être prises en compte dans le choix des gants appropriés.(10)

Prenons 3 situations professionnelles différentes pour lesquelles un choix de gants adaptés est nécessaire : un ouvrier du BTP, un membre du personnel soignant et une coiffeuse.

a) Situation n°1 : ouvrier du BTP

Un employé dans le secteur du BTP est souvent amené à manipuler des résines techniques, dont les résines époxy, qui peuvent entraîner des réactions cutanées locales et présenter également un risque de cancer. Elles sont donc substituées, lorsque cela est possible, par les résines polyuréthanes solvantées, qui ont une pénétration facilitée au niveau cutané en raison des solvants contenus dans leur composition, ce qui justifie l'importance d'utiliser une protection.(10) Le choix du type de gant (nitrile, butyle néoprène, polyvinylalcool, caoutchouc naturel ou latex, multicouches, etc.) doit être fait en fonction des recommandations du fabricant, en tenant compte de la composition de la résine et de la nature de la manipulation. Il est crucial de changer un gant s'il se dégrade au contact du produit chimique. Les gants en butyle et les laminés de polyéthylène sont les plus résistants, mais peuvent parfois compromettre la dextérité. Les gants en nitrile épais offrent une résistance acceptable et une bonne dextérité, c'est donc leur utilisation qui est recommandée.(21)

b) Situation n°2 : personnel soignant

Les affections dermatologiques localisées au niveau des mains les plus courantes chez le personnel soignant concernent les dermatites d'irritation, les eczémas allergiques de contact et les dermatites allergiques au latex. Pour prévenir les dermatites d'irritation, il est essentiel de maintenir une hygiène et une protection cutanées adéquates. Cela implique un lavage des mains avec des produits doux, un séchage minutieux et l'utilisation régulière d'émollients sans lanoline. Le lavage antiseptique des mains ne doit être effectué que lorsque nécessaire. Le port de gants est crucial pour éviter les affections cutanées professionnelles, mais ils peuvent également causer des irritations ou des allergies, notamment en cas de macération. Le choix des gants en fonction des produits chimiques manipulés et des conditions de travail est donc crucial. Pour prévenir les allergies au latex, il est recommandé d'utiliser des gants sans latex, comme ceux en vinyle ou en nitrile, malgré leur coût plus élevé. Si l'utilisation de gants en latex est incontournable, il est conseillé d'opter pour des modèles à faible teneur en allergènes, non poudrés, ou avec un revêtement interne en matière synthétique. La norme européenne EN 455/partie3 exigera que les fabricants indiquent la proportion de protéines solubles de latex dans les gants à usage unique, afin d'aider les professionnels de la santé dans leurs choix.(10)

c) Situation n°3 : coiffeuse

Le choix des gants en coiffure, tout comme dans d'autres secteurs professionnels, nécessite un compromis entre l'efficacité, la préservation de la dextérité et la viabilité économique. Un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de médecins, de salariés, d'ingénieurs et de fabricants de gants, a élaboré un protocole de sélection des gants adapté à chaque activité et tâche spécifique. Leurs recommandations sont les suivantes : l'utilisation de gants épais pour les shampoings et le nettoyage, de gants jetables en latex non poudrés avec une finition chlorinée pour les opérations techniques nécessitant un contact occasionnel, et de gants en nitrile fins pour les autres activités. Les gants en nitrile sont robustes mais moins souples (et plus coûteux), tandis que les gants en latex offrent une grande souplesse et préservent la dextérité. La finition chlorinée, qui implique plusieurs lavages dans une eau chlorée, réduit la quantité de protéines de latex résiduelles à 20 ppm (au lieu de 1000 ppm), réduisant ainsi le risque d'allergie et facilitant l'enfilage sans poudre. Cependant, en cas d'allergie avérée au latex, l'utilisation de ces gants est à proscrire et ils doivent être remplacés par des gants en nitrile.(10)

Le choix approprié de gants de protection dans l'environnement professionnel revêt donc une importance capitale pour assurer la sécurité et le bien-être des travailleurs exposés à divers risques. Que ce soit dans le secteur du BTP, de la santé, de la coiffure ou d'autres domaines, la sélection des gants doit être soigneusement étudiée en fonction des substances manipulées, des tâches effectuées et des besoins spécifiques de chaque activité. En investissant dans des équipements de protection individuelle de qualité et en veillant à une utilisation appropriée, les entreprises peuvent contribuer à créer un environnement de travail plus sûr et plus sain pour leurs employés.

VI. Prise en charge des dermatoses professionnelles

A. Traitements

Les traitements des dermatoses professionnelles varient en fonction de la nature spécifique de chaque affection cutanée ainsi que des facteurs environnementaux et professionnels impliqués. A titre d'exemples, suivent quelques approches courantes utilisées dans la gestion de ces pathologies.

1. Evitement de l'exposition

Dans de nombreux cas, la première étape consiste à identifier et à éliminer ou à réduire l'exposition à l'agent causal sur le lieu de travail. Cela peut impliquer des modifications des processus de travail, l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) appropriés et des changements dans les pratiques de sécurité (*c.f.* partie concernant la prévention des dermatoses professionnelles).

2. Traitements topiques

Les traitements topiques sont classés en fonction de leurs objectifs thérapeutiques, et incluent :

- Les nettoyants cutanés ;
- Les agents hydratants (émollients, hydratants et adoucissants cutanés) ;
- Les agents asséchants et les poudres superabsorbantes ;
- Les anti-inflammatoires ;
- Les agents antimicrobiens ;
- Les kératolytiques (qui favorisent l'élimination des cellules mortes de la peau) ;
- Les astringents (qui resserrent et contractent la peau) ;
- Les antiprurigineux.

L'efficacité de certains traitements topiques peut également varier en fonction :

- Du véhicule dans lequel l'agent est formulé ;
- Du type de pansement utilisé.

a) Agents nettoyants

Les principaux agents nettoyants comprennent une variété de produits tels que les savons, les détergents et les solvants. Bien que le savon reste le nettoyant le plus courant, les détergents synthétiques sont également largement utilisés. Les shampooings pour bébés, en raison de leur tolérance cutanée, sont souvent préférés autour des yeux et pour le nettoyage des plaies et des abrasions. Ils peuvent être bénéfiques dans le traitement de diverses affections cutanées telles que le psoriasis et l'eczéma, aidant à éliminer les croûtes et les squames. Cependant, dans les cas de lésions très irritées, humides ou suintantes, l'utilisation d'eau ou d'une solution physiologique isotonique est souvent plus confortable.

L'eau est le solvant principal utilisé pour la déterision, tandis que les solvants organiques comme l'acétone, les dérivés du pétrole et le propylène glycol, bien que efficaces, sont fortement asséchants et donc à éviter lorsque cela est possible.(22)

Tableau 5: Exemples d'agents nettoyants disponibles en pharmacie. (28-31)

PRODUITS PAR MARQUES			
SVR 	LA ROCHE-POSAY 	MUSTELA 	REJENCE 
PRINCIPAUX INGREDIENTS			
<ul style="list-style-type: none"> • 35% d'actifs hydratants et relipidants (Oméga 3,6 et 9 (dont huile de coton)) • Niacinamide • Sucre prébiotique 	<ul style="list-style-type: none"> • AQUA POSAE FILIFORMIS • Niacinamide • Beurre de karité 	<ul style="list-style-type: none"> • Huile d'avocat • Huile de tournesol • Beurre de karité 	<ul style="list-style-type: none"> • Jus d'aloë vera bio • Prébiotiques

Les actifs des produits cités apportent les propriétés suivantes :

- **Niacinamide (23)** : Aussi connue sous le nom de vitamine B3, est essentielle pour calmer et rétablir la barrière cutanée. Elle offre une gamme variée d'avantages pour la peau : renforcement de sa barrière naturelle en limitant la perte d'humidité et la déshydratation, propriétés apaisantes et antioxydantes. Sa polyvalence en fait un ingrédient cosmétique adaptable, idéal pour traiter divers problèmes cutanés tels que la sécheresse, les tiraillements et les squames. Hypoallergénique, il convient à tous les types de peau, offrant un soulagement optimal pour les peaux sèches et les démangeaisons, tant sur le visage que sur le corps.(24)
- **Sucre prébiotique (23), prébiotiques (25), AQUA POSAE FILIFORMIS (26)** : Ils agissent en tant que régulateurs, favorisant la croissance des bonnes bactéries tout en freinant celle des bactéries nocives. Ce processus peut aider à calmer les poussées d'eczéma, à diminuer les démangeaisons et à encourager la réparation de la barrière cutanée endommagée. Leur utilisation offre une approche naturelle et douce pour soutenir l'équilibre de la peau, renforçant sa barrière et réduisant les symptômes des peaux sensibles et réactives tels que la sécheresse, les rougeurs et les démangeaisons.(27)
- **Beurre de karité (26)(28)** : Il renferme des esters cinnamiques d'alcools triterpéniques réputés pour leurs effets anti-inflammatoires. Grâce à ces propriétés, il s'avère être un allié précieux dans la gestion des plaques d'eczéma et dans le soulagement des irritations liées à la dermatite de contact.(29)
- **Huile de coton (23)** : Riche en acide linoléique (oméga-6), elle est appréciée pour ses vertus nutritives et adoucissantes. Elle stimule la reconstitution du film hydrolipidique, favorisant ainsi une hydratation optimale de la peau.(30)
- **Huile d'avocat (28)** : Grâce à ses propriétés tonifiantes et assouplissantes, elle est un ingrédient idéal pour les produits nourrissants. Composée principalement d'acides gras insaturés, elle contient environ 25% de lipides. Cette composition la rend particulièrement nutritive. En mimant le sébum naturel de la peau, l'huile d'avocat protège le film hydrolipidique, prévenant ainsi le dessèchement cutané.(31)

- **Huile de tournesol (28)** : Elle agit comme un protecteur pour la couche externe de la peau qui constitue la barrière naturelle de la peau. En maintenant l'humidité, elle prévient la pénétration des bactéries. De plus, cette huile est reconnue pour ses propriétés hydratantes, pouvant ainsi soulager les démangeaisons et réduire l'inflammation cutanée.(32)

- **Jus d'aloë vera (25)** : L'aloë vera est une plante riche en éléments nutritifs, notamment des acides aminés, des minéraux, des vitamines et des enzymes, qui lui confèrent des propriétés remarquables pour la peau. Grâce à ses vertus calmantes et régénérantes, ainsi que ses propriétés anti-inflammatoires, il favorise la cicatrisation cutanée. De plus, en tant qu'émollient et hydratant, il aide à adoucir et à apaiser la peau irritée.(33)

b) Agents hydratants

Les hydratants, comprennent les émoullients qui sont conçus pour restaurer l'hydratation de la peau en rétablissant ses niveaux d'eau et de lipides. Ils contiennent souvent des ingrédients tels que des triglycérides (huiles végétales), des hydrocarbures (huiles minérales comme l'huile de paraffine ou la vaseline), et sont disponibles dans diverses formulations telles que lotions, crèmes, pommades et huiles de bain. Les hydratants les plus efficaces peuvent inclure des composés tels que la glycérine, l'urée à 2 %, l'acide lactique à des concentrations de 5 à 12 %, et l'acide glycolique à 10 % (ce dernier étant utilisé à des concentrations plus élevées à des fins kératolytiques, comme dans le cas de l'ichtyose). Leur efficacité est maximisée lorsqu'ils sont appliqués sur une peau préalablement humidifiée, par exemple après un bain ou une douche. Les cold creams, des émulsions dermatologiques hydratantes eau dans huile, sont couramment disponibles en vente libre, par exemple à base de cire d'abeille.(22)

Tableau 6: Exemples d'agents hydratants disponibles en pharmacie. (32-35)

PRODUITS PAR MARQUES			
SVR 	LA ROCHE-POSAY 	MUSTELA 	REJENCE 
PRINCIPAUX INGREDIENTS			
<ul style="list-style-type: none"> • 27% phase émoullissante (beurre de karité, de babassu, huile de coco et de bourrache) • 5% glycérine • Prébiotique 	<ul style="list-style-type: none"> • Niacinamide • Beurre de karité • AQUA POSAE FILIFORMIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Oléodistillat de Tournesol • Prébiotique Bioécolia® • Huile d'avocat • Beurre de karité • Huile de tournesol 	<ul style="list-style-type: none"> • Jus d'aloë vera • Prébiotiques • Glycérine

L'efficacité de ces produits repose sur des actifs dont les propriétés sont les suivantes :

- **Glycérides (34) (35) :** Intégrés au cœur d'une formule de soin et appliqués sur la peau, ils assurent une meilleure cohésion des cellules cutanées. Ils créent également un film occlusif sur l'épiderme, renforçant ainsi le film hydrolipidique. Cette barrière renforcée protège efficacement la peau contre les agressions extérieures telles que les bactéries et les champignons, tout en ralentissant l'évaporation de l'eau, ce qui prévient la déshydratation. En conséquence, la peau est protégée, hydratée, et la desquamation est inhibée.(36)
- **Beurre de babassu (37) :** Le beurre de Babassu est particulièrement bénéfique pour les soins de la peau. Il apaise, adoucit et protège contre la déshydratation. Très pénétrant, il ne laisse pas de film gras. Ses propriétés émoullientes et antioxydantes aident à maintenir l'équilibre hydrolipidique de l'épiderme et protègent contre le vieillissement cutané.(38)
- **Huile de coco (37) :** Riche en acides gras, l'huile de coco nourrit la peau et améliore son élasticité. Elle restaure le film hydrolipidique, réduisant ainsi la perte d'eau et la déshydratation cutanée. En apaisant les inflammations, elle renforce également la barrière cutanée. Grâce à sa teneur en vitamine E et flavonoïdes, l'huile de coco offre une protection antioxydante efficace contre les radicaux libres.(39)

c) Agents asséchants et poudres superabsorbantes

Une exposition excessive aux contaminants dans les plis cutanés, tels que les espaces entre les orteils, les plis inter-fessiers, axillaires, inguinaux et sous-mammaires, peut entraîner une irritation et une macération de la peau.

Les sprays asséchants sont utilisés dans le traitement de diverses dermatoses, en plus de l'eczéma. Ces conditions comprennent les éruptions cutanées, les irritations, les éruptions prurigineuses et les lésions exsudatives. Les sprays asséchants agissent en réduisant l'humidité de la peau et en favorisant la formation d'une couche protectrice pour accélérer la guérison. Ils contiennent souvent des ingrédients tels que des solutions d'aluminium, des astringents ou des antiseptiques pour aider à assécher les lésions cutanées et à prévenir les infections secondaires.

Ces produits peuvent être particulièrement utiles dans le traitement des dermatoses qui produisent des sécrétions excessives ou des lésions humides, en aidant à absorber l'excès de liquide et à favoriser la cicatrisation.

Les poudres sont utilisées pour assécher la peau sujette à la macération et réduire le frottement en absorbant l'humidité. Cependant, certaines poudres ont tendance à former des grumeaux et peuvent devenir irritantes lorsqu'elles sont humides. Les types les plus courants de poudres sont la fécule de maïs et le talc. Bien que le talc soit plus efficace, il peut entraîner la formation de granulomes s'il est inhalé, ce qui a conduit à son exclusion des poudres pour bébés. D'autre part, la fécule de maïs peut favoriser la croissance fongique. Dans les cas où une humidité excessive est présente, des poudres superabsorbantes peuvent être nécessaires pour traiter les zones particulièrement humides, comme dans le cas de l'intertrigo.(22)

Tableau 7: Exemples d'agents asséchants et de poudres superabsorbantes disponibles en pharmacie. (36-38)

PRODUITS PAR MARQUES		
<p>ADERMA</p>  <p>A-DERMA AVOINE RHEALBA® CYTELUM IRRITATIONS CUTANÉES SKIN IRRITATIONS Spray asséchant APAISANT Nourissant, enfant, adulte Drying spray SOOTHING Intériorité - children, adults 100 ml e Made in France</p>	<p>AVENE</p>  <p>EAU THERMALE Avene Cicalfate+ Spray asséchant réparateur Absorbing repair spray Peau sensible irritée sujette à la macération For sensitive irritated skin prone to maceration 100 ml e</p>	<p>COOPER</p>  <p>Cooper TALC OFFICIAL Absorbant et protecteur Poudre 120 g Conforme à la Pharmacopée Européenne</p>
PRINCIPAUX INGREDIENTS		
<ul style="list-style-type: none"> • Avoine Rhealba® • Oxyde de zinc 	<ul style="list-style-type: none"> • [C⁺-Restore]TM • Sulfates de cuivre et de zinc 	<ul style="list-style-type: none"> • Silicium de magnésium

Les actifs des produits cités possèdent les propriétés suivantes :

- **Avoine Rhealba®** (40) : « L'Avoine RHEALBA® a de puissantes propriétés régénératrices, qu'elle doit à sa haute concentration en 2 molécules actives, les saponines, réparatrices, et les flavonoïdes, apaisantes. Son action sur la régénération de la barrière cutanée a été démontrée in vitro et in vivo par plus de 300 études et publications. Elle apaise les sensations cutanées désagréables, répare les peaux irritées ou fragilisées, comme aucun autre végétal. »(41)
- **Oxyde de zinc** (40) : Calme et apaisant, ce minéral est réputé pour soulager les rougeurs et l'inflammation des peaux irritées, fragilisées ou délicates. De plus, ses propriétés antibactériennes et antiseptiques en font un allié efficace pour assainir et purifier la peau.(42)
- **[C⁺-Restore]™** (43) : « Premier actif réparateur postbiotique issu de l'Eau thermale d'Avène, favorise la réparation épidermique. »(43)
- **Sulfates de cuivre** (43) : Antimicrobien, il agit en détruisant les bactéries et les champignons au contact, en déclenchant la formation d'espèces réactives de l'oxygène grâce à ses propriétés redox. Cette réaction entraîne des dommages cellulaires en perturbant la membrane, en fragmentant l'ADN génomique et plasmidique, et en ciblant les enzymes métaboliques essentielles au fonctionnement normal des micro-organismes.(44)
- **Silicium de magnésium** (45): Il est principalement employé pour son pouvoir absorbant, mais il possède également des propriétés adoucissantes.(46)

d) Anti-inflammatoires

Les agents anti-inflammatoires locaux, corticostéroïdiens ou non, sont essentiels dans le traitement de nombreuses affections cutanées inflammatoires.

Les **dermocorticoïdes** sont largement utilisés pour traiter les dermatoses inflammatoires non infectieuses. Leur efficacité varie en fonction du véhicule utilisé, tel que les lotions, les gels, les crèmes ou les pommades, adaptés à différentes parties du corps et de l'affection cutanée. Ils sont classés en fonction de leur puissance, allant de légère à surpuissante. Les corticostéroïdes topiques sont généralement administrés 1 à 2 fois par jour, mais la posologie peut varier en fonction de la puissance des formulations et du type de traitement, d'attaque ou d'entretien, et lors de la période de sevrage.

Pour la plupart des affections cutanées, les formulations de puissance modérée à forte sont privilégiées ; les formulations légères conviennent mieux aux inflammations modérées et à une utilisation sur le visage ou dans les plis, où l'absorption systémique et les effets secondaires sont plus préoccupants. Les effets secondaires potentiels incluent l'atrophie cutanée, les vergetures, les éruptions acnéiformes et la dermatite de contact. Les corticostéroïdes favorisent également les infections fongiques et peuvent entraîner une insuffisance surrénale lorsqu'ils sont utilisés de manière prolongée ou sur de grandes surfaces.

Les **agents anti-inflammatoires non corticostéroïdiens**, tels que les préparations à base de goudron, sont utilisés dans des affections comme le psoriasis. Cependant, ils peuvent causer des effets indésirables tels que l'irritation, les folliculites et la photosensibilisation. Certains produits à base de plantes sont également utilisés, bien que leur efficacité ne soit pas toujours clairement établie.

Pour traiter la dermatite atopique, on peut utiliser des inhibiteurs topiques de la calcineurine tels que le pimécrolimus et le tacrolimus, ainsi que l'inhibiteur topique de la phosphodiesterase-4, le crisaborole. De plus, l'inhibiteur topique de la Janus kinase (JAK), le ruxolitinib, est également une option thérapeutique.(22)

e) Agents antimicrobiens

Les agents antimicrobiens locaux englobent différentes catégories, notamment les antibiotiques, les antimycosiques, les insecticides et les agents antiseptiques non spécifiques.

Les **antibiotiques topiques** sont utilisés dans diverses conditions cutanées. Par exemple, la clindamycine et l'érythromycine peuvent être prescrites pour l'acné vulgaire chez les patients ne pouvant pas tolérer les antibiotiques oraux, tandis que le métronidazole est souvent utilisé dans la rosacée. La mupirocine est efficace contre les bactéries Gram positif et peut être utilisée pour traiter l'impétigo.

D'autres antibiotiques topiques comme la rétapamuline et l'ozénoxacine sont également utilisés dans le traitement de cette affection. Les antibiotiques topiques en vente libre ont été progressivement remplacés par de la vaseline pour les soins post-opératoires et pour prévenir les infections mineures de la peau. La vaseline est tout aussi efficace que ces antibiotiques et ne provoque pas de réactions cutanées indésirables. De plus, l'utilisation excessive d'antibiotiques locaux peut ralentir le processus de guérison des plaies.

Les **antimycosiques** sont utilisés pour traiter les infections fongiques de la peau, tandis que les insecticides comme la perméthrine et le malathion sont efficaces contre les poux et la gale.

Enfin, les **antiseptiques non antibiotiques** comprennent divers agents tels que les solutions iodées, le violet de gentiane, les préparations d'argent et le pyrithione de zinc. Ces produits ont des indications spécifiques, comme la préparation préchirurgicale cutanée pour l'iode, le traitement des brûlures et des ulcères pour les préparations d'argent, et le contrôle des pellicules pour le zinc pyrithione. Cependant, l'utilisation d'antiseptiques locaux autres que l'argent sur des plaies en cours de guérison peut être irritante et inhiber le processus de guérison.(22)

f) Kératolytiques

Les kératolytiques sont des substances qui adoucissent la couche cornée de la peau et favorisent l'exfoliation des cellules de l'épiderme. Par exemple, l'acide salicylique à une concentration de 3 à 6% et l'urée sont couramment utilisés à cette fin. L'acide salicylique est prescrit pour diverses conditions telles que le psoriasis, la dermatite séborrhéique, l'acné et les verrues. Cependant, son utilisation peut entraîner des brûlures cutanées et une toxicité systémique si de grandes surfaces corporelles sont traitées.

Il convient de l'utiliser avec précaution chez les enfants et les nourrissons, ainsi que sur de petites zones de la peau. L'urée est souvent utilisée pour traiter les kératodermies et l'ichtyose plantaire. Cependant, elle peut provoquer des irritations cutanées et des brûlures, en particulier si elle est appliquée sur de vastes zones de la peau.(22)

g) Astringents

Les astringents agissent en asséchant la peau, provoquant la précipitation des protéines et resserrant les tissus cutanés. La solution d'acétate d'aluminium est l'astringent le plus couramment utilisé. Ces produits sont souvent appliqués avec des pansements ou en immersion, et ils conviennent pour traiter l'eczéma infecté, les lésions cutanées exsudatives et les ulcères de pression. L'hamamélis est un astringent largement utilisé en vente libre.(22)

h) Antiprurigineux

En France, plusieurs types d'antiprurigineux sont disponibles pour le traitement des dermatoses :

- **Antihistaminiques topiques** : Ils agissent en bloquant les récepteurs de l'histamine dans la peau, réduisant ainsi les démangeaisons.(47)
- **Anesthésiques locaux** : Ils engourdissent la peau, réduisant ainsi la sensation de démangeaison. Des exemples incluent la pramoxine et les mélanges eutectiques d'anesthésiques locaux (EMLA), qui contiennent de la lidocaïne et de la prilocaïne.(48)
- **Antiprurigineux à base de camphre et de menthol** : Le camphre et le menthol ont des propriétés rafraîchissantes et analgésiques qui aident à soulager les démangeaisons cutanées.(49)
- **Préparations à base de calamine** : La calamine est connue pour ses propriétés apaisantes et anti-démangeaisons. Les lotions à base de calamine sont souvent utilisées pour soulager les irritations cutanées mineures, y compris les piqûres d'insectes et les éruptions cutanées.(50)
- **Corticoïdes topiques** : Ils sont parfois prescrits pour réduire l'inflammation et les démangeaisons associées à certaines dermatoses. Cependant, leur utilisation à long terme peut entraîner des effets secondaires cutanés indésirables, donc ils sont généralement prescrits avec prudence.(51)

3. Médicaments systémiques

Dans les cas de dermatoses professionnelles sévères ou résistantes aux traitements topiques, des médicaments pris par voie orale peuvent être nécessaires pour contrôler les symptômes. Ces médicaments peuvent inclure des corticostéroïdes, des antihistaminiques, des immunosuppresseurs et des agents biologiques.

a) Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes oraux sont souvent prescrits pour traiter les dermatoses graves qui ne répondent pas adéquatement aux traitements topiques ou qui sont généralisées sur de larges zones du corps. Ces affections peuvent inclure le psoriasis sévère, l'eczéma généralisé, la dermatite de contact étendue, ou d'autres maladies de la peau inflammatoires et réfractaires.

Ils agissent en réduisant l'inflammation et en modulant la réponse immunitaire. Ils inhibent la production de cytokines pro-inflammatoires et suppriment l'activité des cellules immunitaires impliquées dans la réaction inflammatoire. Cela aide à atténuer les symptômes des dermatoses et à favoriser la guérison de la peau.

En revanche, l'utilisation à long terme de corticostéroïdes oraux peut entraîner divers effets secondaires indésirables, notamment de l'ostéoporose, de l'hypertension artérielle, une prise de poids, une glycosurie (présence de sucre dans les urines), la susceptibilité accrue aux infections, des troubles gastro-intestinaux et des désordres métaboliques. Ces effets secondaires nécessitent une surveillance médicale étroite lors de l'utilisation prolongée de ces médicaments.

En ce qui concerne la posologie des corticostéroïdes oraux, elle varie en fonction de la gravité de la dermatose et des besoins individuels du patient. Ils sont généralement prescrits à des doses initialement élevées qui sont progressivement réduites une fois que les symptômes commencent à s'améliorer. La durée du traitement dépend également de la réponse du patient et peut varier de quelques semaines à plusieurs mois.(52)

b) Antihistaminiques

Les antihistaminiques sont des médicaments couramment utilisés pour soulager les démangeaisons associées à l'eczéma. On retrouve ainsi :

- **Les antihistaminiques de première génération :** Ces antihistaminiques ont tendance à provoquer une somnolence car ils traversent la barrière hémato-encéphalique et affectent le système nerveux central. Ils peuvent être utiles pour soulager les démangeaisons nocturnes et favoriser le sommeil. Cependant, en raison de leur effet sédatif, ils peuvent être moins pratiques pendant la journée.
- **Antihistaminiques de deuxième génération :** Ces antihistaminiques ont été développés pour réduire les effets secondaires sédatifs des médicaments de première génération. Ils sont souvent préférés pour un usage pendant la journée car ils sont moins susceptibles de causer de la somnolence. Des exemples incluent la loratadine, la cetirizine et la fexofénadine. Ces médicaments agissent en bloquant les récepteurs de l'histamine, réduisant ainsi les démangeaisons et d'autres réactions allergiques.(47)

c) Immunosuppresseurs

La dermatite atopique, une condition où le système immunitaire joue un rôle central, nécessite parfois des traitements de fond qui ciblent spécifiquement la réaction immunitaire. Ces traitements, appelés immunomodulateurs ou immunosuppresseurs, agissent en réduisant la réponse immunitaire.

Dans les cas graves de dermatite atopique chez les adultes où les corticoïdes se sont révélés inefficaces ou mal tolérés, la ciclosporine, un immunosuppresseur, peut être prescrite.

D'autres immunosuppresseurs tels que l'azathioprine, le mycophénolate et le méthotrexate peuvent être utilisés sous la supervision d'un médecin, même en dehors de leurs indications officielles, pour les cas de dermatite atopique résistants aux autres traitements.

Cependant, il est important de noter que l'utilisation de ces immunomodulateurs comporte un risque accru de lymphomes et d'autres cancers, notamment cutanés. Les patients sous ces traitements doivent donc subir régulièrement des examens pour surveiller leur tolérance. De plus, ces médicaments ne sont prescrits que par des médecins spécialistes.(51)

d) Inhibiteurs des interleukines

Des thérapies novatrices impliquent désormais l'utilisation d'anticorps monoclonaux ciblant les interleukines. Deux de ces traitements sont actuellement disponibles pour la dermatite atopique : le dupilumab (DUPIXENT) et le tralokinumab (ADTRALZA).

Ces médicaments agissent en bloquant l'action de certaines interleukines, des protéines essentielles dans les processus inflammatoires, réduisant ainsi la présence de nombreux médiateurs de l'inflammation. Ils sont administrés sous forme de solution injectable, à raison d'une injection sous-cutanée toutes les deux semaines.

En raison de leur caractère spécifique, ces médicaments nécessitent une prescription initiale à l'hôpital par un dermatologue ou un médecin de médecine interne.(51)

e) Inhibiteurs des Janus kinases

Les inhibiteurs des Janus kinases (abrocitinib, baracitinib, upadacitinib) représentent de nouvelles approches thérapeutiques pour la dermatite atopique. Ciblant des enzymes clés nommées « Janus kinase » impliquées dans la réponse immunitaire, ces médicaments agissent en inhibant leur action, réduisant ainsi l'inflammation et améliorant l'état cutané des patients atteints de dermatite atopique, tout en diminuant les démangeaisons et les poussées.

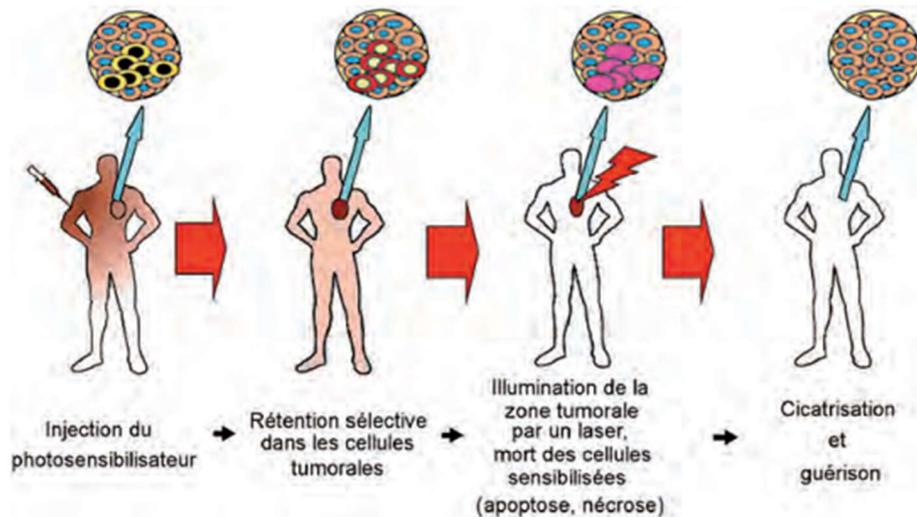
Ces traitements sont réservés aux cas de dermatite atopique nécessitant une approche systémique, et leur prescription est restreinte aux spécialistes. La première ordonnance doit être établie à l'hôpital et pour être pris en charge par l'Assurance maladie, elle doit être rédigée sur une ordonnance spécifique pour les médicaments d'exception. Avant de débiter le traitement, un dépistage de la tuberculose et de l'hépatite B est requis, et un suivi médical régulier avec des analyses sanguines est indispensable pour détecter d'éventuels effets indésirables.

4. Thérapies photodynamiques

La thérapie photodynamique (PDT) est une technique largement utilisée en dermatologie depuis de nombreuses années. Son principe repose sur l'utilisation de molécules inoffensives, appelées précurseurs de porphyrines, telles que l'acide 5-aminolévulinique (5-ALA) et le méthyl-ester de l'ALA (MAL).

Ces molécules pénètrent facilement dans les cellules cutanées à métabolisme élevé et sont transformées en protoporphyrine IX (pP-IX), qui devient cytotoxique sous l'effet d'une excitation lumineuse. Cette excitation est obtenue à l'aide de diodes lumineuses (LED) dont le spectre d'émission correspond à celui de la pP-IX. Cela entraîne la formation de dérivés oxygénés et de radicaux libres, ayant des effets cytotoxiques en présence d'oxygène.(53)

Tableau 8: Principe de la photothérapie dynamique. (94)



La PDT cutanée est utilisée pour diverses indications en dermatologie, notamment dans le traitement des kératoses actiniques (KA) et de certaines dermatoses professionnelles comme le cancer de la peau induit par l'exposition professionnelle aux agents cancérigènes. Cependant, sa pratique nécessite un investissement important en termes de temps, de matériel et de compétences techniques, limitant son utilisation à des centres spécialisés. Malgré cela, les progrès récents dans les photosensibilisants et le développement des LED ouvrent de nouvelles perspectives pour une utilisation plus répandue de la PDT cutanée.

Dans certaines situations, relativement rares en pratique, l'utilisation de la PDT peut être contre-indiquée. C'est notamment le cas chez les patients souffrant de porphyrie, présentant une sensibilité aux longueurs d'onde lumineuses entre 400 et 450 nm, ou ayant une allergie à l'un des composants de la préparation contenant l'ALA, comme l'huile d'arachide. De manière générale, l'utilisation de la PDT n'est pas recommandée chez les femmes enceintes ou pendant l'allaitement.(53)

B. Approches complémentaires

1. Homéopathie

Les traitements homéopathiques pour les dermatoses visent à traiter les affections cutanées en utilisant des substances naturelles diluées qui, à des doses plus élevées, pourraient provoquer des symptômes similaires à ceux de la maladie à traiter. Ces traitements sont individualisés en fonction des symptômes spécifiques de chaque patient et sont souvent prescrits par un homéopathe.

Le traitement de l'eczéma doit être personnalisé en tenant compte de la localisation et de la nature des lésions. Les remèdes homéopathiques représentent une option naturelle et efficace pour soulager les symptômes de cette affection cutanée mais il est conseillé de consulter un professionnel de santé qualifié pour obtenir un diagnostic précis et un traitement adapté. En effet, les thérapies alternatives ne doivent pas remplacer le traitement recommandé par le dermatologue, mais plutôt le compléter.

a) Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique varie en fonction de l'observation des lésions, et il diffère selon les manifestations cliniques ou la localisation des lésions.

Tableau 9: Prise en charge homéopathique des lésions dermatologiques en fonction de leur aspect.(40)

	ASPECT DES LESIONS	SOUCHES
ASPECT INFLAMMATOIRE	Placards œdémateux, rosés avec démangeaisons soulagées par des applications froides	<i>Apis mellifica</i>
	Plaques rouges, inflammatoires, brûlantes (aux joues en particulier)	<i>Belladonna</i>

PRESENCE DE VESICULES	Vésicules à liquide transparent entourées de peau de couleur rouge. Démangeaisons et sensations de brûlures intenses améliorées par la chaleur. Prurit aggravé par l'eau froide.	<i>Rhus toxicodendron</i>
	Grosses vésicules entourées de peau saine.	<i>Cantharis</i>
	Vésicules à contenu purulent sur fond rouge. Prurit irrésistible. Localisation préférentielle aux organes génitaux et aux tempes.	<i>Croton tiglium</i>
	Vésicules en grappe avec prurit intense, localisées aux mains (doigts, paume).	<i>Anagallis</i>
ECZEMA SUINTANT AVEC CROUTES	Croûtes blanchâtres recouvrant un suintement. Prurit violent aggravé la nuit.	<i>Mezereum</i>
	1 à 2 prises par jour. Sécrétions épaisses de couleur jaune mielleux donnant des croûtes jaunâtres. Peau sèche et tendance aux fissures. Prurit amélioré par le froid appliqué localement. Localisation : commissures, plis de flexion, derrières les oreilles.	<i>Graphites 15CH</i>
	Croûtes jaunâtres épaisses et peau hyperkératosique. Tendance aux fissures. Localisation : cuir chevelu et visage.	<i>Antimonium crudum 9CH</i>
ECZEMA SEC AVEC DESQUAMATION	Squames fines d'apparence farineuse. Prurit brûlant aggravé par le froid, amélioré par l'eau chaude ou par le grattage au sang.	<i>Arsenicum album</i>
	Squames de l'ordre du mm ² . Tendance à la lichénification à la suite du grattage.	<i>Arsenicum iodatum</i>
	La peau se détache en grands lambeaux et laisse des plaques rouge vif. Eruptions cutanées squameuses reposant sur un peu d'aspect gluant.	<i>Natrum sulfuricum</i>

ECZEMA SEC AVEC FISSURES	Fissures douloureuses, nettes, saignant un peu, entourées de peau jaunâtre.	<i>Nitricum acidum</i>
	Fissures prurigineuses entourées de peau d'aspect sale. Localisation : doigts et anus. Aggravation en hiver.	<i>Petroleum</i>
ECZEMA SEC AVEC	Prurit se déplace avec grattage. Localisation : nuque, oreilles et paupières. Suintement possible.	<i>Staphysagria</i>
	Lésions sèches, prurit au niveau des plis de flexion.	<i>Manganum</i>
	Tendance aux fissures et crevasses, prurit intense. Localisation : dos des mains.	<i>Pix liquida</i>

Les traitements homéopathiques diffèrent également selon la localisation des lésions (54) :

- **Anus, du pli du coude** : *Berberis vulgaris* 9CH
- **Front** : *Natrum muriaticum* 9CH
- **Cuir chevelu** : *Oleander* 9CH
- **Derrière les oreilles** : *Graphites* 9CH
- **Parties génitales** : *Croton tiglium* 9CH
- **Poignet** : *Primula obconica* 9CH
- **Mains et paumes** : *Anagallis* 9CH
- **Dos** : *Pix liquida* 9CH
- **Doigts** : *Petroleum* 9CH
- **Pieds** : *Antimonium crudum* 9CH (eczéma corné) ou *Lycopodium* 9CH (eczéma fissuré)
- **Genou** : *Cereus bomplandii* 9CH

b) Traitement local

L'application locale de pommades ou de crèmes est un ajout essentiel pour contrôler les poussées d'eczéma. Cela peut contribuer à apaiser les irritations et les démangeaisons. Il existe une variété de traitements topiques adaptés à chaque type d'eczéma, qu'il soit sec, suintant ou présentant des croûtes.

Une **pommade ou une crème à base de calendula** est recommandée pour traiter l'eczéma sec. Le calendula, une plante médicinale, possède des propriétés apaisantes, antiseptiques et anti-inflammatoires. Les pectines et le caoutchouc contenus dans la fleur de calendula contribuent à hydrater et adoucir la peau, offrant ainsi un soulagement efficace des symptômes de l'eczéma sec.

La **pommade Graphites 1%** est spécifiquement indiquée pour traiter l'eczéma suintant. Elle aide à apaiser les démangeaisons et les irritations cutanées. Son application locale, recommandée de 2 à 3 fois par jour, contribue à soulager les symptômes.

La **pommade Mezereum 4% TM** est préconisée pour traiter l'eczéma présentant des croûtes. Elle contribue à soulager les démangeaisons et les irritations cutanées. Son application locale, recommandée de 2 à 3 fois par jour, aide à atténuer les symptômes.(55)

2. Phytothérapies

a) Gemmothérapie

Elle repose sur l'utilisation de macérats glycélinés de bourgeons de plantes ayant des propriétés thérapeutiques. Certains bourgeons sont réputés pour leur action bénéfique sur la peau et peuvent être utilisés dans le traitement des dermatoses professionnelles. Dans le cadre des dermatoses on retrouve (56) :

- **CEDRUS LIBANI, Jeunes pousses** : « Cèdre du Liban », efficace dans le traitement des eczémas secs et kératosiques, l'hydratation des peaux asséchées et déshydratées par le soleil, le soulagement des démangeaisons sans cause apparente, l'amélioration du psoriasis et la gestion des dermatoses lichénifiées.

- **ULMUS CAMPESTRIS, Bourgeon** : « Orme », puissant draineur cutané, est approprié pour tous les types d'eczéma inflammatoire, qu'ils soient vésiculeux ou suintants. Il est également conseillé dans d'autres affections dermatologiques telles que l'acné, les furoncles, etc. En association avec le cassis (*Ribes Nigrum*), il peut être utilisé pour atténuer les poussées aiguës d'eczéma.
- **JUGLANS REGIA, Bourgeon** : « Noyer », recommandé pour traiter les surinfections cutanées, et associé au Bourgeon de Cassis (*RIBES*) il offre une action précieuse contre les éléments inflammatoires et allergiques des eczémas. Par ailleurs, *Juglans regia* est bénéfique pour les manifestations dermatologiques liées à certaines maladies auto-immunes.
- **VIBURNUM LANTANA, Bourgeon** : « Viorne », principalement reconnue pour son action drainante sur les poumons. Elle intervient également dans la diathèse psorique, une notion homéopathique caractérisée par des manifestations alternantes entre la peau et les voies respiratoires. Ainsi, la Viorne est fréquemment prescrite pour traiter l'eczéma atopique et d'autres formes d'eczémas inflammatoires.
- **ROSA CANINA, Bourgeons** : « Eglantier » ou « Rosier sauvage », exerce son action principalement sur les états inflammatoires tels que l'eczéma, la furonculose, l'herpès, ainsi que sur les verrues.

En gemmothérapie, l'utilisation des bourgeons de Cèdre, d'Orme, de Noyer, entre autres, se révèle efficace dans le traitement de diverses affections cutanées telles que l'acné, l'eczéma, l'urticaire, les verrues, en favorisant le drainage dermatologique.

Exemples de prescriptions de gemmothérapie :

- Pour la poussée d'eczéma : Matin : *RIBES NIGRUM* bourgeons, 15 gouttes / Soir : *ULMUS CAMPESTRIS* bourgeons, 15 gouttes.
- Dans les états suintants et surinfectés : Matin : *RIBES NIGRUM* bourgeons, 15 gouttes / Midi : *JUGLANS REGIA* bourgeons, 15 gouttes / Soir : *ULMUS CAMPESTRIS* bourgeons, 15 gouttes. (56)

b) Phytothérapie externe

Elle est basée sur l'utilisation de préparations à base de plantes pour une application topique sur la peau affectée. Elle peut inclure des crèmes, des lotions, des pommades ou des compresses contenant des extraits de plantes médicinales. Avant d'utiliser tout traitement à base de plantes pour les dermatoses professionnelles, il est important de consulter un professionnel de santé pour obtenir des conseils appropriés et éviter tout risque d'aggravation de la condition cutanée.

Quelques exemples de phytothérapie externe pouvant être utilisée dans le traitement des dermatoses professionnelles sont présentés ci-dessous (57) :

- **Cataplasme de souci** : Le souci est une plante aux propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes. En cataplasme, il peut être appliqué localement sur les zones affectées pour apaiser les inflammations et favoriser la cicatrisation.
- **Compresses d'hamamélis** : L'hamamélis est connu pour ses propriétés astringentes et anti-inflammatoires. Les compresses imbibées d'hamamélis peuvent être appliquées sur les zones irritées pour réduire les démangeaisons et les rougeurs.
- **Gel d'aloë vera** : L'aloë vera est une plante aux propriétés apaisantes et hydratantes. Son gel peut être appliqué directement sur la peau pour soulager les démangeaisons, les irritations et les brûlures causées par les dermatoses professionnelles.
- **Baume au calendula** : Le calendula est une plante aux propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes. Les baumes à base de calendula peuvent être appliqués sur les zones affectées pour soulager les irritations, les rougeurs et favoriser la régénération de la peau.

c) Phytothérapie interne

Il s'agit de la consommation de plantes médicinales par voie orale sous forme de tisanes, d'infusions, de décoctions ou de teintures pour traiter les affections cutanées. En effet ces préparations peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé de la peau en agissant de l'intérieur vers l'extérieur. Toutefois, il est important de consulter un professionnel de santé avant de

commencer tout traitement à base de plantes, surtout en cas de dermatoses professionnelles, pour s'assurer de l'absence d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications.

La phytothérapie interne peut être utilisée dans le traitement des dermatoses professionnelles. Voici quelques exemples (57) :

- **Décoction ou infusion de bardane** : La bardane est réputée pour ses propriétés dépuratives et purifiantes. Elle peut aider à éliminer les toxines de l'organisme, ce qui peut être bénéfique dans le cas de dermatoses professionnelles causées par l'exposition à des agents toxiques.
- **Teinture mère de pissenlit** : Le pissenlit est une plante aux propriétés détoxifiantes et dépuratives. Il peut favoriser l'élimination des toxines par les voies urinaires, contribuant ainsi à soulager les dermatoses liées à une accumulation de toxines dans l'organisme.
- **Infusion de pensée sauvage** : La pensée sauvage est traditionnellement utilisée pour son action purifiante sur la peau. En infusion, elle peut aider à apaiser les inflammations cutanées et à favoriser la cicatrisation, ce qui peut être utile dans le cas de dermatoses professionnelles.
- **Capsules d'huile de bourrache** : L'huile de bourrache est riche en acides gras essentiels, notamment en acide gamma-linolénique, qui jouent un rôle important dans la santé de la peau. Les capsules d'huile de bourrache peuvent être prises en complément pour nourrir et hydrater la peau de l'intérieur, ce qui peut contribuer à améliorer les dermatoses professionnelles.
- **Teinture mère de plantain** : Le plantain est une plante aux propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes. En teinture mère, il peut être pris en interne pour aider à soulager les démangeaisons et les irritations cutanées associées aux dermatoses professionnelles.

d) Aromathérapie

Elle correspond à l'utilisation d'huiles essentielles extraites de plantes pour traiter les problèmes de peau. Les huiles essentielles peuvent être utilisées par voie topique, diluées dans une huile porteuse, ou par inhalation pour leurs propriétés antiseptiques, anti-inflammatoires et cicatrisantes. Il est important de consulter un professionnel de santé qualifié ou un aromathérapeute avant d'utiliser des huiles essentielles, en particulier chez les personnes ayant des antécédents de sensibilité cutanée ou d'allergies.

Sont cités ci-dessous, quelques exemples d'huiles essentielles pouvant être utilisées pour traiter les dermatoses professionnelles (58):

- **Huile essentielle de lavande vraie** : Elle possède des propriétés apaisantes, anti-inflammatoires et cicatrisantes. Elle peut être utilisée pour soulager les démangeaisons et les irritations cutanées associées aux dermatoses professionnelles.
- **Huile essentielle de tea tree** : Connue pour ses propriétés antibactériennes, antifongiques et anti-inflammatoires, l'huile essentielle de tea tree peut être bénéfique dans le traitement des dermatoses professionnelles causées par des infections bactériennes ou fongiques.
- **Huile essentielle de camomille romaine** : Elle possède des propriétés anti-inflammatoires, cicatrisantes et apaisantes, ce qui en fait un choix utile pour calmer les irritations cutanées et réduire l'inflammation associée aux dermatoses professionnelles.
- **Huile essentielle de géranium rosat** : Elle est réputée pour ses propriétés régénérantes et cicatrisantes sur la peau. Elle peut être utilisée pour favoriser la guérison des lésions cutanées et soulager les symptômes des dermatoses professionnelles.
- **Huile essentielle de lavande aspic** : Elle est connue pour ses propriétés antalgiques, cicatrisantes et antiseptiques. Elle peut être utilisée pour soulager la douleur, favoriser la cicatrisation et prévenir les infections cutanées associées aux dermatoses professionnelles.

Ces huiles essentielles peuvent être diluées dans une huile végétale ou ajoutées à des produits de soins cutanés appropriés pour une utilisation externe.

e) Oligothérapie

Elle utilise des sels minéraux et oligo-éléments pour traiter les déséquilibres de la peau. Certains minéraux, comme le zinc et le cuivre, sont essentiels à la santé de la peau et peuvent être utilisés en complément d'autres traitements pour améliorer l'état cutané. Ces oligoéléments peuvent être pris sous forme de compléments alimentaires ou de complexes d'oligothérapie, sous la supervision d'un professionnel de santé qualifié. Il est important de suivre les recommandations de dosage appropriées et de consulter un professionnel de santé avant de commencer tout traitement d'oligothérapie, surtout en cas de dermatoses professionnelles.

Voici quelques exemples d'oligothérapie couramment utilisés (59) :

- **Zinc** : Le zinc est impliqué dans la régulation de la fonction immunitaire et joue un rôle important dans la cicatrisation et la régénération de la peau. Il peut être utilisé sous forme d'oligoélément pour soutenir la santé de la peau dans les cas de dermatoses professionnelles.
- **Cuivre** : Le cuivre est nécessaire à la formation du collagène, un composant essentiel de la peau. Il peut être utilisé en oligothérapie pour favoriser la cicatrisation et maintenir l'intégrité de la peau dans les cas de dermatoses professionnelles.
- **Sélénium** : Le sélénium est un antioxydant qui aide à protéger les cellules de la peau contre les dommages causés par les radicaux libres. Il peut être utilisé en oligothérapie pour soutenir la santé de la peau et favoriser sa régénération dans les cas de dermatoses professionnelles.
- **Silice** : La silice est impliquée dans la formation du collagène et de l'élastine, deux protéines importantes pour la santé de la peau. Elle peut être utilisée en oligothérapie pour renforcer la structure de la peau et favoriser sa souplesse et son élasticité.

3. Compléments alimentaires

Dans les dermatoses professionnelles, certains compléments alimentaires peuvent être utilisés pour aider à maintenir la santé de la peau et à soutenir le processus de guérison tels que des acides gras essentiels (oméga-3 et oméga-6), des antioxydants, les probiotiques, le collagène et la vitamine D.

a) Acides gras essentiels

Les acides gras essentiels (AGE) jouent un rôle crucial dans la santé de la peau. Dans le cadre des dermatoses professionnelles, un apport adéquat en acides gras essentiels peut aider à soutenir la santé de la peau et réduire l'inflammation. (27) Il est recommandé de privilégier une alimentation équilibrée et riche en sources d'acides gras essentiels, et de la compléter, si nécessaire, en suppléments sous la supervision d'un professionnel de santé qualifié.(29)

- **Oméga-3** : Les oméga-3, notamment l'acide eicosapentaénoïque (EPA) et l'acide docosahexaénoïque (DHA), ont des propriétés anti-inflammatoires. Ils peuvent aider à réduire l'inflammation associée à certaines dermatoses professionnelles, comme l'eczéma. Les sources alimentaires d'oméga-3 comprennent les poissons gras (comme le saumon, le maquereau et le hareng), les graines de lin, les noix et les algues marines. Des suppléments d'huile de poisson peuvent également être utilisés.
- **Oméga-6** : Les acides gras oméga-6, tels que l'acide linoléique, sont importants pour maintenir l'intégrité de la barrière cutanée. Ils aident à prévenir la perte d'humidité et à maintenir la souplesse de la peau. Les aliments riches en oméga-6 incluent les huiles végétales telles que l'huile de tournesol, l'huile de maïs et l'huile de soja, ainsi que les graines de tournesol et les noix. Cependant, un excès d'oméga-6 par rapport aux oméga-3 peut favoriser l'inflammation, il est donc important de maintenir un équilibre adéquat entre les deux dans l'alimentation.
- **Oméga-9** : Les oméga-9, tels que l'acide oléique, sont moins considérés comme essentiels car ils peuvent être synthétisés par l'organisme. Cependant, ils peuvent également contribuer à la santé de la peau en maintenant son hydratation et sa souplesse. Les principales sources alimentaires d'oméga-9 comprennent l'huile d'olive, l'avocat et les noix.

b) Antioxydants

Les antioxydants jouent un rôle important dans les dermatoses en aidant à neutraliser les radicaux libres et à réduire les dommages oxydatifs causés par les agents environnementaux et les toxines. Ils peuvent aider à protéger la peau contre les dommages causés par les rayons UV, les polluants et d'autres irritants, ainsi qu'à favoriser la cicatrisation et la régénération de la peau. Certains antioxydants couramment utilisés dans le traitement des dermatoses professionnelles comprennent la vitamine E (60), la vitamine C (61), le sélénium (62), le zinc (63), les polyphénols (comme le thé vert et le curcuma) (64)(65) et les caroténoïdes (comme le bêta-carotène) (66). Ces antioxydants peuvent être pris par voie orale sous forme de compléments alimentaires ou appliqués localement sous forme de crèmes ou de lotions.

c) Probiotiques

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants qui, lorsqu'ils sont administrés en quantités adéquates, confèrent des bienfaits pour la santé de l'hôte. Dans les dermatoses professionnelles, les probiotiques peuvent jouer un rôle important en régulant la réponse immunitaire de la peau et en favorisant un microbiote cutané sain.(67)

Certains probiotiques, lorsqu'ils sont ingérés sous forme de suppléments ou consommés dans des aliments fermentés comme le yaourt, peuvent aider à rétablir l'équilibre de la flore intestinale. Cela peut avoir un impact positif sur la santé de la peau en réduisant l'inflammation et en renforçant la barrière cutanée. Une flore intestinale saine peut également aider à réguler les réponses immunitaires et inflammatoires qui peuvent contribuer aux dermatoses professionnelles.

De plus, l'application topique de certains probiotiques directement sur la peau peut également être bénéfique. Les probiotiques appliqués localement peuvent aider à renforcer la barrière cutanée, à réduire l'inflammation et à inhiber la croissance de bactéries pathogènes sur la peau.

Cependant, il convient de noter que les preuves scientifiques concernant l'efficacité des probiotiques dans le traitement des dermatoses professionnelles sont encore limitées, et des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer leur véritable efficacité et les meilleures méthodes d'administration. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé avant d'ajouter des probiotiques à votre régime de traitement.

d) Collagène

Le collagène est une protéine structurelle majeure présente dans la peau, jouant un rôle crucial dans sa structure et sa fonction. Dans le contexte des dermatoses professionnelles, le collagène peut être impliqué dans la cicatrisation des lésions cutanées et la restauration de la barrière cutanée endommagée.(68)

Lorsque la peau est exposée à des agents irritants ou allergènes dans le milieu professionnel, elle peut subir des dommages qui affectent la production et la structure du collagène. Cela peut entraîner une altération de la texture et de la souplesse de la peau, ainsi que des problèmes de cicatrisation.

Le collagène peut également être utilisé dans le traitement des dermatoses professionnelles sous forme de suppléments oraux ou de crèmes topiques. Les suppléments de collagène peuvent aider à renforcer la structure de la peau de l'intérieur, favorisant ainsi la cicatrisation et la régénération cutanée. Les crèmes topiques contenant du collagène peuvent être utilisées pour hydrater la peau et améliorer son élasticité, ce qui peut contribuer à réduire les symptômes des dermatoses tels que la sécheresse et les démangeaisons.

Les sources de collagène comprennent généralement des aliments riches en protéines, tels que la viande, le poisson, les œufs et les produits laitiers. Cependant, le collagène est également disponible sous forme de suppléments alimentaires, de poudres ou de gélules, souvent dérivés d'os, de peaux d'animaux ou de gélatine. Certains aliments comme la gélatine et le bouillon d'os sont également des sources naturelles de collagène.

Il est important de noter que bien que le collagène puisse être bénéfique pour la santé de la peau, son efficacité spécifique dans le traitement des dermatoses professionnelles peut varier d'une personne à l'autre. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé avant de commencer tout régime de supplémentation en collagène ou d'utiliser des produits topiques contenant du collagène pour traiter des problèmes de peau spécifiques.(69)

e) Vitamine D

La vitamine D joue un rôle crucial dans la santé de la peau et peut influencer diverses conditions dermatologiques, y compris les dermatoses professionnelles. Elle est essentielle pour la peau et peut être synthétisée par l'exposition aux rayons UVB du soleil. Elle joue un rôle crucial dans plusieurs processus biologiques cutanés, tels que la régulation de la croissance cellulaire, la différenciation des cellules, la modulation du système immunitaire de la peau et la cicatrisation des blessures.(70)

Des recherches indiquent une corrélation entre les niveaux de vitamine D et certaines dermatoses professionnelles telles que l'eczéma de contact et la dermatite irritante. Une carence en vitamine D peut aggraver l'inflammation cutanée et rendre la peau plus sensible aux irritants environnementaux, ce qui pourrait favoriser l'apparition ou l'aggravation de ces affections.

La vitamine D présente des vertus anti-inflammatoires qui se révèlent bénéfiques dans le traitement des dermatoses professionnelles. Elle peut contribuer à atténuer l'inflammation cutanée, à soulager les symptômes tels que les rougeurs et les démangeaisons, et à favoriser la guérison des lésions cutanées.(71)

En plus de la synthèse par l'exposition solaire, la vitamine D peut être apportée par divers aliments tels que les poissons gras (comme le saumon, le maquereau, les sardines), les œufs, le foie et les produits laitiers fortifiés en vitamine D. Dans certains cas, des compléments peuvent être recommandés pour maintenir des niveaux adéquats de cette vitamine, notamment chez les individus souffrant de carences ou de conditions médicales particulières.

Pour conclure, la vitamine D est cruciale pour la santé de la peau et peut influencer le développement ainsi que le traitement des dermatoses professionnelles. Maintenir des niveaux appropriés de vitamine D est essentiel pour soutenir la santé cutanée générale et réduire les risques de complications dermatologiques liées aux environnements professionnels.

VII. Accompagnement officinal

Le pharmacien occupe une place centrale dans la prise en charge des dermatoses professionnelles en tant que professionnel de santé de premier recours. Ses responsabilités comprennent le conseil et l'éducation des patients, le dépistage des affections cutanées liées au travail, la recommandation de produits adaptés, le suivi régulier des traitements et la référence vers d'autres professionnels de santé au besoin.

A. Conseils et éducation

Le pharmacien joue un rôle crucial en termes de conseils et d'éducation personnalisées pour informer et guider les patients à gérer efficacement leurs dermatoses professionnelles et à prévenir les complications associées.

En voici quelques aspects qui illustrent son importance :

- **Identification des risques** : Le pharmacien peut aider les patients à reconnaître les facteurs de risque professionnels pouvant contribuer au développement de dermatoses. Il peut les sensibiliser aux substances irritantes ou allergènes présentes dans leur environnement de travail.
- **Prévention** : En fournissant des conseils sur les mesures préventives, le pharmacien peut aider à réduire les risques de dermatoses professionnelles. Cela peut inclure des recommandations sur l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), les bonnes pratiques d'hygiène cutanée et la gestion des expositions potentiellement nocives.
- **Gestion des symptômes** : Le pharmacien peut conseiller sur les soins cutanés appropriés pour soulager les symptômes des dermatoses professionnelles, tels que les démangeaisons, les rougeurs et les irritations. Il peut recommander des produits topiques adaptés, tels que des émoullients, des crèmes anti-inflammatoires ou des antihistaminiques.
- **Suivi** : Le pharmacien assure un suivi régulier pour évaluer l'efficacité des traitements recommandés et pour ajuster si nécessaire. Il peut également encourager les patients à consulter un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent.

- **Education continue** : Le pharmacien offre une éducation continue aux patients sur la gestion à long terme des dermatoses professionnelles, y compris les stratégies d'adaptation au travail et les méthodes de prévention des rechutes.

B. Dépistage

Le rôle de dépistage du pharmacien dans la prise en charge des dermatoses professionnelles consiste à identifier les signes précoces de ces affections cutanées chez les patients. Le pharmacien contribue au repérage des individus présentant un risque afin de les diriger le plus tôt possible vers une évaluation médicale adaptée. Un diagnostic rapide favorise ainsi une gestion efficace de ces affections cutanées qui peuvent être invalidantes. La démarche du dépistage peut s'articuler autour des points suivants :

1. **Anamnèse** : Le pharmacien peut interroger les patients sur leur historique professionnel et les expositions potentielles à des substances irritantes ou allergènes dans leur environnement de travail. Il peut poser des questions spécifiques sur les symptômes cutanés récurrents ou persistants.
2. **Examen visuel** : Lorsque cela est approprié et avec le consentement du patient, le pharmacien peut effectuer un examen visuel de la peau pour rechercher des signes de dermatoses telles que des rougeurs, des éruptions cutanées, des lésions suintantes ou des démangeaisons.
3. **Connaissance des symptômes** : Le pharmacien est formé pour reconnaître les symptômes courants des dermatoses et peut éduquer les patients sur les signes à surveiller. Il peut également fournir des conseils sur la manière de différencier les symptômes des affections cutanées courantes de ceux associés à des dermatoses professionnelles.

4. **Orientation vers un professionnel de santé** : Si le pharmacien identifie des signes suspects ou des symptômes préoccupants, il peut recommander au patient de consulter un médecin ou un dermatologue pour un diagnostic et une prise en charge appropriés. Il peut également faciliter la coordination des soins en envoyant les informations pertinentes au professionnel de santé concerné.

C. Recommandations de produits

Le rôle de recommandation de produits du pharmacien dans la prise en charge des dermatoses professionnelles est primordial. En tant qu'expert en médicaments et en produits de santé, le pharmacien peut recommander une gamme de produits adaptés pour aider à traiter les symptômes des dermatoses professionnelles. Cela peut inclure des crèmes topiques, des lotions, des émoullients, des antihistaminiques topiques ou oraux, des corticostéroïdes topiques, des nettoyants doux et des écrans solaires, entre autres. Le choix des produits dépendra de la nature spécifique de la dermatose, des préférences du patient, de la gravité des symptômes et d'autres facteurs individuels.

Le pharmacien peut également fournir des instructions précises sur l'utilisation et l'application des produits recommandés, ainsi que des conseils sur la fréquence d'utilisation et les précautions à prendre. En fournissant des recommandations personnalisées, il aide les patients à choisir les produits les plus appropriés pour gérer leurs dermatoses professionnelles de manière efficace et sécuritaire.

Dans le cadre de cette thèse, un flyer spécialement dédié aux personnes souffrant de dermatoses professionnelles a été élaboré (*c.f.* Annexe 2) dans le but d'informer et d'orienter les personnes concernées vers les solutions de prise en charge disponibles en pharmacie. En mettant en avant les différentes catégories de produits adaptés aux besoins des individus atteints de dermatoses professionnelles, ce flyer vise à offrir une source d'information précieuse et à encourager ces personnes à rechercher une aide professionnelle. Sa distribution auprès de la clientèle pourra permettre de sensibiliser davantage les personnes concernées sur la possibilité de trouver un soulagement et un accompagnement approprié au sein des pharmacies.

D. Suivi

Le rôle de suivi du pharmacien dans la prise en charge des dermatoses professionnelles consiste à surveiller l'évolution de la condition cutanée du patient au fil du temps. Cela peut inclure la vérification de l'efficacité des traitements recommandés, la gestion des effets secondaires éventuels des médicaments, et l'ajustement des thérapies en fonction des besoins changeants du patient.

Le pharmacien peut également fournir un soutien continu au patient en répondant à ses questions, en offrant des conseils sur la gestion quotidienne de sa peau et en le référant à un médecin si nécessaire. Ce suivi régulier permet d'assurer une prise en charge optimale et personnalisée des dermatoses professionnelles.

E. Référence

Le rôle de référent du pharmacien dans la prise en charge des dermatoses professionnelles consiste à reconnaître les situations où une expertise médicale supplémentaire est nécessaire et à orienter les patients vers les professionnels de santé appropriés.

Il est important d'inciter les patients à consulter un dermatologue ou un médecin généraliste pour leur faire bénéficier d'un examen approfondi et un diagnostic précis, surtout si leur dermatose est complexe ou ne répond pas aux traitements disponibles en pharmacie.

Il peut également aider les patients à prendre rendez-vous avec les professionnels de santé et coordonner leur suivi médical pour une prise en charge globale et efficace de leurs dermatoses professionnelles. Pivot essentiel dans le système de santé, le pharmacien contribue à garantir aux patients les soins les plus appropriés et à leur permettre de bénéficier d'un suivi adéquat de leur affection cutanée.

Conclusion

Les dermatoses présentent un défi diagnostique et thérapeutique considérable et peuvent affecter profondément la qualité de vie des patients, soulignant la nécessité d'une prise en charge adaptée et individualisée.

Les dermatoses professionnelles constituent un sous-ensemble particulièrement préoccupant, étant directement liées aux conditions de travail. Leur reconnaissance légale et les démarches de déclaration sont essentielles pour garantir aux travailleurs affectés une protection et un soutien adéquats.

La prévention des dermatoses professionnelles est cruciale pour limiter leur incidence et réduire les impacts sur la santé des travailleurs. La prise en charge des dermatoses professionnelles doit être exhaustive et pluridisciplinaire. Les traitements topiques et systémiques jouent un rôle central, mais les approches complémentaires, telles que l'homéopathie et la phytothérapie, peuvent offrir des alternatives intéressantes et parfois nécessaires.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine joue un rôle essentiel en tant que professionnel de santé de première ligne. Son implication dans la prévention, le dépistage, la recommandation de produits adaptés, le suivi régulier des patients et la référence vers des spécialistes contribuent à une prise en charge globale et efficace des dermatoses professionnelles. Grâce à son expertise en pharmacothérapie et sa proximité avec la population, le pharmacien est un acteur clé dans la promotion de la santé au travail et la gestion des affections cutanées liées à l'activité professionnelle. En comprenant mieux ces affections liées au travail, nous pourrions élaborer des interventions efficaces pour protéger la santé cutanée des travailleurs et promouvoir des environnements de travail sûrs et sains.

En conclusion, cette thèse a exploré les nombreuses facettes des dermatoses professionnelles, depuis la structure et les fonctions de la peau jusqu'aux aspects légaux, préventifs et thérapeutiques de ces affections. En améliorant notre compréhension et notre approche des dermatoses professionnelles, nous espérons contribuer à la protection et au bien-être des travailleurs, tout en soulignant l'importance d'une prise en charge intégrée et multidisciplinaire pour ces affections cutanées complexes.

Liste des figures

Figure 1: Coupe transversale de la peau.(2)

Figure 2: Schéma des différentes populations constituant l'épiderme.(72)

Figure 3: Macule d'érythème pigmenté fixe.(73)

Figure 4: Erythème cutané.(74)

Figure 5: Purpura par suffusion hémorragique à travers les vaisseaux du derme superficiel.(75)

Figure 6: Vésicules de varicelle.(76)

Figure 7: Bulle causée par une maladie auto-immune.(77)

Figure 8: Psoriasis pustuleux.(78)

Figure 9: Papule ombiliquée, Molluscum contagiosum.(79)

Figure 10: Végétation à surface kératosique, définissant la verrucosité au cours d'une verrue périunguéale.(9)

Figure 11: Nouures disséminées sur les deux jambes (érythème noueux).(9)

Figure 12: Squames chez un patient atteint de Psoriasis vulgaire.(80)

Figure 13: Cicatrice de type chéloïde.(81)

Figure 14: Ulcère au niveau des membres inférieurs.(82)

Figure 15: Atrophie cutanée.(83)

Figure 16: Sclérodémie systémique de la main.(84)

Figure 17: Prurigo nodulaire de Heyde.(85)

Figure 18: Dermatitis de contact d'irritation chez un boulanger.(86)

Figure 19: Dermatitis de contact d'irritation aux huiles de coupe chez un contrôleur qualité de pièces automobiles.(11)

Figure 20: Réaction d'hypersensibilité retardée de type IV.(87)

Figure 21: Dermatitis de contact aux protéines de liquide amniotique de bovins chez un vétérinaire.(13)

Figure 22: Dermatitis de contact aux protéines du saumon, confirmée par un prick-test positif au saumon frais chez un cuisinier, associée à une dermatite de contact d'irritation aux détergents et désinfectants.(13)

Figure 23: Dermatitis phototoxique d'un jardinier suite à un contact avec la rue (Ruta Graveolens).(88)

Figure 24: Dermatitis photoallergique de contact aux AINS.(89)

Figure 25: Formulaire de déclaration de maladie professionnelle.(19)

Liste des tableaux

Tableau 1: Hiérarchie des constituants de la barrière épidermique.(10)

Tableau 2: Les différents types de lésions cutanées.(90)

Tableau 3: Diagnostic différentiel entre dermatite de contact irritant et dermatite de contact allergique.(3)

Tableau 4: Maladies professionnelles : Lésions eczématiformes de mécanisme allergique.(91)

Tableau 5: Exemples d'agents nettoyants retrouvés en pharmacie.(23,25,26,28)

Tableau 6: Exemples d'agents hydratants retrouvés en pharmacie.(34,35,37,92)

Tableau 7: Exemples d'agents asséchants et de poudres superabsorbantes retrouvés en pharmacie.(40,43,45)

Tableau 8: Principe de la photothérapie dynamique.(93)

Tableau 9: Prise en charge homéopathique des lésions dermatologiques en fonction de leur aspect.(54)

Bibliographie

1. Dermato-Info. dermato-info.fr. 2019 [cité 28 janv 2024]. les fonctions de la peau. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/c-est-quoi-la-peau/un-organe-multifonction>
2. Anatomie fonctionnelle de la peau - [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://microbiologiemedicale.fr/peau-anatomie/>
3. Abdayem R, Haftek M. Barrière épidermique. Ann Dermatol Vénérologie. avr 2018;145(4):293-301.
4. Simon M, Reynier M. <https://biologiedelapeau.fr>. 2016 [cité 29 janv 2024]. L'EPIDERME, UNE BARRIERE SUR TOUS LES FRONTS. Disponible sur: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article84>
5. La langue française [Internet]. 2024 [cité 28 mars 2024]. Définition de dermatose | Dictionnaire français. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/dermatose>
6. Jackson R. Historical outline of attempts to classify skin diseases. Can Med Assoc J. 21 mai 1977;116(10):1165-8.
7. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=bouton%20d%27huile>
8. calameo.com [Internet]. [cité 28 mai 2024]. 18 Lesions Elem. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0053765942ac7ec4c2c30>
9. Taoufik D. Lésions élémentaires de la peau - Medicinus [Internet]. 2020 [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.medicinus.net/lesions-elementaires-peau/>
10. Masson E. EM-Consulte. [cité 18 févr 2023]. Dermatoses professionnelles. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/904538/dermatoses-professionnelles>
11. Dermatite de contact - Troubles dermatologiques - Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/dermatite/dermatite-de-contact>
12. Dermatite de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%2093>
13. Dermatite de contact aux protéines - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%20102>
14. Dermatologie Pratique [Internet]. 2011 [cité 1 févr 2024]. La dermatite de contact aux protéines. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/la-dermatite-de-contact-aux-proteines>

15. Phyto-photodermatose [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.sfm.u.org/toxin/PLANTES/DERMITES/PHYTOPHO.HTM>
16. Fluides de coupe. Effets sur la santé - Risques - INRS [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/fluides-coupe/effets-sante.html>
17. RG 36. Tableau - Tableaux des maladies professionnelles - INRS [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2036>
18. Frimat P, Fantoni-Quinton S. Aspects médico-légaux des dermatoses professionnelles. *Ann Dermatol Vénérologie*. 1 août 2009;136(8):650-3.
19. Maladie professionnelle : démarches à effectuer [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F176>
20. Prévention O. La prévention des dermatoses professionnelles [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.officiel-prevention.com/dossier/protections-collectives-organisation-ergonomie/risque-chimique-2/la-prevention-des-dermatoses-professionnelles>
21. choix-gants-de-protection.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://physiquechimie-ea.ensfea.fr/wp-content/uploads/sites/10/2018/09/choix-gants-de-protection.pdf>
22. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Principes du traitement local en dermatologie - Troubles dermatologiques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/principes-du-traitement-local-en-dermatologie/principes-du-traitement-local-en-dermatologie>
23. Labo SVR FR [Internet]. [cité 5 avr 2024]. TOPIALYSE Huile Lavante Edition Limitée. Disponible sur: <https://fr.svr.com/products/topialyse-wfo>
24. Les bienfaits de la Niacinamide sur la peau | CeraVe [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.cerave.fr/nos-ingredients/niacinamide>
25. Réjence - Soins bio pour la peau sensible, atopique. [Internet]. [cité 6 avr 2024]. Gel-crème Nettoyant - 250ML. Disponible sur: <https://www.rejence.fr/products/le-gel-creme-nettoyant>
26. La Roche-Posay [Internet]. [cité 6 avr 2024]. Lipikar Syndet AP+ : Crème Lavante Relipidante. Disponible sur: https://www.laroche-posay.fr/gammes/corps/lipikar/lipikar-syndet-ap-/LRP_090.html
27. Réjence - Soins bio pour la peau sensible, atopique. [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Les Prébiotiques dans les Soins Cosmétiques: Une Révolution pour la Peau Fragile et les Patients Atteints d'Eczéma. Disponible sur: <https://www.rejence.fr/blogs/le-mag/les-prebiotiques-dans-les-soins-cosmetiques-une-revolution-pour-la-peau-fragile-et-les-patients-atteints-deczema>
28. Mustela France [Internet]. [cité 6 avr 2024]. Huile lavante Stelatopia au Tournesol BIO. Disponible sur: <https://www.mustela.fr/products/huile-lavante-stelatopia>

29. La Roche-Posay [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Beurre de karité : ses bienfaits sur la peau. Disponible sur: <https://www.laroche-posay.fr/l-acide-ferulique-un-anti-oxydant-puissant-pour-la-peau---la-roche-posay/quels-sont-les-bienfaits-du-beurre-de-karite.html>
30. Maylis. Typology Paris. 2022 [cité 8 mai 2024]. Quels sont les bienfaits du coton pour la peau ? — Typology. Disponible sur: <https://www.typology.comhttps://www.typology.com/carnet/quels-sont-les-bienfaits-du-coton-pour-la-peau>
31. Réjence - Soins bio pour la peau sensible, atopique. [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Huile d'avocat vierge bio. Disponible sur: <https://www.rejence.fr/blogs/le-mag/lhuile-davocat-bio>
32. Eczemaless [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://eczemaless.com/fr/traitement-naturel-pour-leczema/>
33. Réjence - Soins bio pour la peau sensible, atopique. [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Pur jus natif d'aloë vera bio. Disponible sur: <https://www.rejence.fr/blogs/le-mag/le-jus-natif-daloe-vera>
34. Pflgendes LIPIKAR Baume AP+M Körperbalsam | La Roche Posay [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.laroche-posay.de/lipikar/lipikar-baume-ap-plus-m>
35. Réjence - Soins bio pour la peau sensible, atopique. [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Gel-crème Quotidien - 150 ML. Disponible sur: <https://www.rejence.fr/products/le-gel-creme-quotidien>
36. La Roche-Posay [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Bienfaits de la glycérine pour la peau. Disponible sur: <https://www.laroche-posay.fr/bienfaits-de-la-glycerine-pour-la-peau-la-roche-posay/qu-est-ce-que-la-glycerine.html>
37. Labo SVR FR [Internet]. [cité 8 mai 2024]. TOPIALYSE Crème. Disponible sur: <https://fr.svr.com/products/topialyse-creme-2022>
38. Beurre de babassu : propriétés et recettes de beauté [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.mycosmetik.fr/huiles-vegetales/550-beurre-de-babassu.html>
39. Maylis. Typology Paris. 2022 [cité 28 mai 2024]. Quels sont les bienfaits de l'huile de coco pour la peau ? Disponible sur: <https://www.typology.comhttps://www.typology.com/carnet/quels-sont-les-bienfaits-de-l-huile-de-coco-pour-la-peau>
40. print PF digital finger. CYTELIUM Spray asséchant apaisant | A-DERMA [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.aderma.fr/fr-fr/p/spray-assechant-apaisant-3282770104783-14c39aab>
41. print PF digital finger. Expertise végétale : L'avoine Rhealba® | A-DERMA [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.aderma.fr/fr-fr/la-marque/l-avoine-rhealba>
42. Laboranthème [Internet]. [cité 8 mai 2024]. L'oxyde de zinc, quels sont ses bienfaits ? Disponible sur: <https://laborantheme.easypara.fr/ingredients/oxyde-de-zinc/>

43. print PF digital finger. Spray asséchant réparateur | Cicalfate [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.eau-thermale-avene.fr/p/cicalfate-spray-assechant-reparateur-3282770205633-14c39aab>
44. Typology. Typology Paris. 2023 [cité 8 mai 2024]. Sulfate de cuivre : origine, propriétés et utilisations. Disponible sur: <https://www.typology.com>
<https://www.typology.com/carnet/fiche-d-identite-sulfate-de-cuivre>
45. Pharma GDD [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Talc officinal flacon poudreux @ Pharma GDD 🛒. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/cooper-talc-poudre-120-g>
46. Pharmacie des Drakkars [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Cooper Talc Officinal. Disponible sur: <https://www.pharmaciedesdrakkars.com/talc-officinal>
47. VIDAL [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Les médicaments contre les démangeaisons. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/demangeaisons-prurit/medicaments.html>
48. VIDAL [Internet]. [cité 8 mai 2024]. LIDOCAINE/PRILOCAINE BIOGARAN. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/lidocaine-prilocaine-biogaran-30384.html>
49. Futura. Futura. [cité 8 mai 2024]. Définition | Antiprurigineux | Futura Santé. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-antiprurigineux-9400/>
50. VIDAL [Internet]. [cité 8 mai 2024]. GEL DE CALAMINE THERICA. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/gel-de-calamine-therica-40202.html>
51. VIDAL [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Les médicaments contre la dermatite atopique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/dermatite-eczema-atopique/medicaments.html>
52. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Table:Corticoïdes : Utilisations et effets secondaires. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/multimedia/table/corticoïdes-utilisations-et-effets-secondaires>
53. Kuonen F, Gaide O. Nouvelle lumière sur la thérapie photodynamique cutanée. Rev Med Suisse. 2 avr 2014;424:754-9.
54. DELEPOULLE AS. Soigner l'eczéma ou la dermatite atopique par homéopathie [Internet]. Astuces Pharma. 2020 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://pharmaciedelepouille.com/soigner-leczema-ou-la-dermatite-atopique-par-homeopathie/>
55. Arnaud, admin. Des conseils de spécialistes pour prendre soin de soi naturellement. 2023 [cité 8 mai 2024]. Comment soigner la dermatite atopique ou l'eczéma avec l'homéopathie ? Disponible sur: <https://blog.soin-et-nature.com/fr/comment-soigner-la-dermatite-atopique-ou-leczema-avec-lhomeopathie/>

56. Baumann V. Gemmothérapie et dermatologie [Internet]. Homéopathie et médecines complémentaires à la une. 2016 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://homeophyto.topsante.com/sante/dermatologie/gemmotherapie-et-dermatologie-2028.html>
57. Lorrain É. Chapitre 16. Dermatologie. In: Grand Manuel de phytothérapie [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 9 mai 2024]. p. 1746-55. (Les nouveaux chemins de la santé). Disponible sur: <https://www.cairn.info/grand-manuel-de-phytotherapie--9782100781560-p-1746.htm>
58. Jaffrelo AL. Chapitre 10. HE et troubles dermatologiques. Dermatoses, eczéma, psoriasis, prurit, dyshidrose, mycoses, zona, hydratation cosmétique. In: Aromathérapie pour les soignants [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 13 mai 2024]. p. 230-54. (Les nouveaux chemins de la santé). Disponible sur: <https://www.cairn.info/aromatherapie-pour-les-soignants--9782100781263-p-230.htm>
59. [guide-oligotherapie.pdf](https://hub.vidal.fr/files/uploads/resources/guide-oligotherapie.pdf) [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://hub.vidal.fr/files/uploads/resources/guide-oligotherapie.pdf>
60. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Vitamine E - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/vitamine-e-tocopherols-tocotrienols.html>
61. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Vitamine C - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/vitamine-c-acide-ascorbique.html>
62. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Sélénium - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/selenium.html>
63. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Zinc - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/zinc.html>
64. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Théier - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/theier-camellia-sinensis.html>
65. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Curcuma - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/curcuma-longa.html>
66. VIDAL [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Caroténoïde - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/carotenoide.html>
67. Lopez-Ramirez N, Masse I. Traiter la dermatite atopique par les probiotiques - Induction de cellules dendritiques tolérogènes. médecine/sciences. 1 août 2019;35(8-9):699-702.
68. Véronique. DermoMedicalCenter. 2023 [cité 13 mai 2024]. Les bienfaits du collagène sur le corps. Disponible sur: <https://dermomedicalcenter.com/blog/collagene-bienfaits/>

69. Apyforme [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Collagène et dermatite atopique : une solution pour retrouver le confort cutané. Disponible sur: <https://apyforme.com/blog/articles-sante/collagene-et-dermatite-atopique-une-solution-pour-retrouver-le-confort-cutane/>
70. Dermatologie Pratique [Internet]. 2011 [cité 13 mai 2024]. Peau et nutrition : éviter les carences en vitamine D. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/peau-et-nutrition-eviter-les-carences-en-vitamine-d>
71. Nadine. DermoMedicalCenter. 2020 [cité 13 mai 2024]. Vitamine D : les bienfaits de cette molécule indispensable ! Disponible sur: <https://dermomedicalcenter.com/blog/la-vitamine-d-un-alibi-pour-sexposer-au-soleil/>
72. ResearchGate [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Figure 5 : Schéma des quatre populations cellulaires composant... Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Schema-des-quatre-populations-cellulaires-composant-lepiderme-viable_fig2_329207995
73. La macule en dermatologie [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://walter-learning.com/blog/sante/medecin-generaliste/diagnostic-dermatologique/macule>
74. Laplume L. Zoom sur l'érythème [Internet]. Conseils santé. 2020 [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://conseils-sante.pharmashopi.com/blog/erytheme-caracteristique-cause-symptome/>
75. Purpura : reconnaître et diagnostiquer les différents types [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://walter-learning.com/blog/sante/medecin-generaliste/diagnostic-dermatologique/purpura>
76. Dermato-Info. dermato-info.fr. 2019 [cité 28 mars 2024]. la varicelle. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-varicelle>
77. Dermatologie Pratique [Internet]. 2022 [cité 29 mars 2024]. Maladies bulleuses auto-immunes, les difficultés de la prise en charge. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0010416-maladies-bulleuses-auto-immunes-difficultes-prise-en-charge>
78. Dermatologie Pratique [Internet]. 2022 [cité 29 mars 2024]. Psoriasis pustuleux généralisé : efficacité d'inhibiteur de l'IL-36. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0010414-psoriasis-pustuleux-generalise-efficacite-dinhibiteur-lil-36>
79. Themes UFO. 4: Lésions palpables et solides | Medicine Key [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://clemedicine.com/4-lesions-palpables-et-solides/>
80. Lésions primitives [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2008/Biopsie2008/BIOPSIECUTANEE/L%C3%A9sions_primitives.html
81. La Roche-Posay [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Comment atténuer une cicatrice chéloïde ? Disponible sur: <https://www.laroche-posay.fr/l-edito-peau/peau-sensible-ou-lesee/comment-attenuer-une-cicatrice-cheloide--/traiter-une-cicatrice-cheloide.html>

82. Infirmiers.com [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Focus sur les ulcères des membres inférieurs. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/competence-et-role-propre/focus-sur-les-ulceres-des-membres-inferieurs>
83. Themes UFO. 6: Anomalies de l'épaisseur et de la consistance de la peau | Medicine Key [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://clemedicine.com/6-anomalies-de-lepaisseur-et-de-la-consistance-de-la-peau/>
84. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Sclérodermie - Troubles musculosquelettiques et du tissu conjonctif. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-musculosquelettiques-et-du-tissu-conjonctif/maladies-rhumatismales-auto-immunes/scl%C3%A9rodermie>
85. Slimani Y, El Fatoiki FZ, Lammissi EM, Hali F, Belgnaoui S, Chiheb S. Deux cas de prurigo nodulaire de Hyde réfractaire ayant répondu favorablement à la psychanalyse. Ann Dermatol Vénérologie. 1 déc 2018;145(12, Supplement):S218.
86. Les dermatoses et dermatites chez le boulanger [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.mapa-assurances.fr/boulangerie/dermatoses-dermatites-boulangier>
87. Pédiatrie Pratique [Internet]. 2010 [cité 27 févr 2023]. Inflammation et dermatite atopique. Disponible sur: <https://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/inflammation-et-dermatite-atopique>
88. Hodgson L. Jardinier paresseux. 2018 [cité 29 janv 2024]. Prêtez attention aux plantes phototoxiques! Disponible sur: <https://jardinierparesseux.com/2018/04/16/pretez-attention-aux-plantes-phototoxiques/>
89. - DERMATOLOGIE ketoprofene toxidermie ains soleil photo-allergie - [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <http://dermatologie.online.fr/cas40rep.htm>
90. Skin lesions - MEDizzy [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://medizzy.com/feed/47910>
91. RG 65. Tableau - Tableaux des maladies professionnelles - INRS [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2065>
92. Mustela France [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Stelatopia + Crème relipidante anti-grattage certifiée BIO. Disponible sur: <https://www.mustela.fr/products/creme-relipidante-anti-grattage-certifiee-bio>
93. Thomas C. La lumière pourrait-elle traiter le cancer par interactions « lumière-vivant » ? Photoniques [Internet]. 1 janv 2013 [cité 28 mai 2024]; Disponible sur: https://www.academia.edu/93529303/La_lumi%C3%A8re_pourrait_elle_traiter_le_cancer_par_interactions_lumi%C3%A8re_vivant_

VIII. Annexe

A. Annexe 1

Formulaire de déclaration de maladie professionnelle (23)



N° 16130*01
DMP-PRE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Articles L.461-1, L.461-5, R.461-9, R.461-5, D.461-29 et D.491-1 du Code de la sécurité sociale)

LA VICTIME ENVOIE A SA CASSSE PRIMAIRE LES DEUX PREMIERS VOLETS ET CONSERVE LE TROISIEME

Première demande OUI NON si NON date de la première demande

LA VICTIME

N° d'immatriculation	
Date de naissance	
Nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</small>	
Adresse	
Code postal	Commune
N° de téléphone	Courriel :

LE DECLARANT (à compléter si la victime est décédée)

Nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</small>	
Adresse	
Code postal	Commune
N° de téléphone	Courriel :
Lien avec la victime	

LA NATURE DE LA MALADIE (à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)

Le(la) soussigné(e), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) :

Pensez-vous que cette maladie est en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

LE DERNIER EMPLOYEUR (à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur :	
Date d'embauche chez le dernier employeur :	
Profession exercée chez le dernier employeur :	
Adresse du site sur lequel vous travaillez :	
Code postal	Commune
N° de téléphone (facultatif)	
N° SIRET de l'établissement <small>(disponible sur un bulletin de salaire)</small>	

LA DUREE DE L'EXPOSITION AU RISQUE (à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)

Emplois qui, selon vous, pourraient être à l'origine de cette maladie

Emploi occupé	du	Période	au	Nom / adresse de l'employeur

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

Fait à <small>(à compléter par la victime ou le déclarant)</small>	Signature
Date	

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

DMP-PRE 56100c



VOUS SOUFFREZ DE DERMATOSES PROFESSIONNELLES?

Ne vous inquiétez pas, nous sommes là pour vous aider!



01 - Traitements topiques

Crèmes, pommades et lotions pour apaiser les irritations cutanées, réduire les démangeaisons et favoriser la cicatrisation.



02- Produits d'hygiène spécifiques

Savons doux, gels nettoyants et émoullients pour protéger et hydrater votre peau tout en la nettoyant en douceur.



03- Compléments nutritionnels

Suppléments en acides gras essentiels, vitamines et minéraux pour renforcer la santé de votre peau de l'intérieur.



04 - Dispositifs de protection

Gants, crèmes barrières et pansements spéciaux pour prévenir les irritations et les lésions cutanées lors de l'exposition à des agents irritants.



05 - Conseils personnalisés

Notre équipe de pharmaciens est là pour vous offrir des conseils adaptés à votre situation spécifique et pour répondre à toutes vos questions.

**DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE
PHARMACIEN**

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.