UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

ANNÉE 2015 **N°** 036

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Jennifer Priez

Présentée et soutenue publiquement le ***2 Février 2015***

Etude rétrospective sur l'eczéma chronique des mains dans le service d'allergologie du CHU de Nantes : facteurs aggravants et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge globale du patient.

Président :

Madame COIFFARD Laurence, Professeur en Cosmétologie à l'Université de Nantes.

Membres du jury :

Madame BERNIER Claire, Praticien Hospitalier en Dermatologie.

Monsieur STALDER Jean-François, Professeur en Dermatologie.

Madame LECORRONC Nathalie, Pharmacien d'Officine.

Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à Madame Bernier Claire, qui fut pour moi un directeur de thèse attentif, et disponible malgré son activité professionnelle chargée. Je la remercie également pour les connaissances qu'elle m'a transmises lors des six mois de stage au CHU, en service d'allergologie.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury, Madame Coiffard Laurence ainsi que Madame Lecorronc Nathalie et Monsieur Stalder Jean-François.

Je souhaite remercier l'équipe d'allergologie pour l'aide qu'elle m'a apporté dans le recueil des dossiers des patients, en particulier l'agent administratif Madame Beauchene Cécile.

Enfin j'adresse ma reconnaissance à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenu dans l'élaboration de cette thèse.

Table des matières

I) Introduction 10

II) Généralités sur l'eczéma chronique des mains 11

II-1) Définition 11

II-2) Epidémiologie 12

II-2-1) Prévalence et incidence 12

II-2-2) Facteurs de risques 12

II-2-2-1) Le sexe 12

II-2-2-2) L'âge 12

II-2-2-3) Les antécédents de dermatite atopique 13

II-2-2-4) Les facteurs génétiques 13

II-2-2-5) Les facteurs socio-économiques 13

II-2-2-6) La profession 14

II-2-2-7) Les habitus (Tabagisme et consommation d'alcool) 15

II-3) Classification physiopathologique des lésions 15

II-3-1) Dermite irritative 15

II-3-2) Eczéma de contact allergique 16

II-3-3) Dermatite atopique 18

II-3-4) Dermite de contact aux protéines 19

II-4) Classification clinique des lésions 20

II-4-1) L'eczéma vésiculeux récidivant 20

II-4-2) L'eczéma chronique fissuraire 20

II-4-3) L'eczéma hyperkératosique avec rhagades 21

II-4-4) L'acropulpite 21

II-4-5) L'eczéma nummulaire 22

II-5) Diagnostics différentiels 23

II-5-1) Le psoriasis 23

II-5-2) L'infection mycosique 23

II-5-3) Le lichen hyperkératosique 24

II-5-4) La dermite desquamative estivale en aires 24

II-6) Les facteurs aggravants 25

II-6-1) L'humidité 25

II-6-2) La transpiration 25

II-6-3) Les produits irritants 25
II-6-4) Facteurs irritants mécaniques 25
II-6-5) Le contact avec les allergènes 26
II-6-6) L'exposition aux températures extrêmes 26
II-6-7) Le port de gants inadaptés 26
II-6-8) Le stress 26
II-7) Le diagnostic 26
II-7-1) L'interrogatoire minutieux 26
II-7-1-1) La présence d'antécédents dermatologiques personnels et familiaux 26
II-7-1-2) L'histoire de la maladie 27
II-7-1-3) Les habitus 27
II-7-2) L'examen clinique 27
II-7-3) Les examens para-cliniques 27
II-7-3-1) Tests épi-cutanés (patch tests) 27
II-7-3-2) Les prick tests 28
II-7-3-3) Biopsie cutanée et prélèvement mycologique 28
II-8) Méthodes d'évaluation 29
II-8-1) Les scores cliniques 29
II-8-2) Le score de qualité de vie (DLQI) 30
II-8-4) L'évaluation médico-économique 31
II-8-4-1) Le coût de la thérapeutique 31
II-8-4-2) Le coût lié au retentissement professionnel 31
II-9) La prise en charge thérapeutique 31
II-9-1) Les traitements par voie topique 31
II-9-1-1) Les dermocorticoïdes 31
II-9-1-2) Le tacrolimus (PROTOPIC®) 32
II-9-2) La photothérapie localisée UVA 33
II-9-3) Les traitements systémiques 33
II-9-3-1) L'alitrétinoine (TOCTINO®) 33
II-9-3-2) La ciclosporine (NEORAL®) 34
II-9-3-3) Les autres immunosuppresseurs 34
II-10) L'éducation thérapeutique dans le service d'allergologie au CHU de NANTES 34
II-10-1) Définition de l'ETP 34
II-10-2) La démarche éducative 35

II-10-3) L'intérêt de l'ETP dans la dermite des mains 35
II-10-4) Le centre expert du CHU de Nantes 36
II-10-5) Déroulement de l'ETP depuis Juin 2013 36
II-10-5-1) La première consultation 36
II-10-5-2) Les ateliers collectifs d'ETP 36
II-10-5-3) Evaluation à 3 mois 37
II-10-5-4) Evaluation à 12 mois 37
III) Etude rétrospective sur l'ECM dans le service d'allergologie 38
III-1) Présentation du service 38
III-2) Présentation et objectifs de l'étude 38
III-3) Résultats fournis par les tableaux « critères étudiés » et « guide des pratiques » 39
III-3-1) Facteurs d'inclusion de l'étude 39
III-3-1-1) La présence à la première consultation au CHU 39
III-3-1-2) Diagnostic différentiel : cas de psoriasis 39
III-3-2) La présentation du patient 39
III-3-2-1) Le sexe 39
III-3-2-2) L'âge le jour de la première consultation au CHU 39
III-3-3-3) La situation familiale 40
III-3-3-4) La situation professionnelle 40
III-3-3) Caractérisation de l'ECM 41
III-3-3-1) Age des patients lors du début de l'ECM et durée d'évolution des lésions avant le premier rendez-vous au CHU 41
III-3-3-2) Formes des lésions lors de la consultation 42
III-3-3-2) Localisation de l'ECM 43
III-3-3-4) Etiologie des lésions 43
III-3-4) Paramètres médicaux 44
III-3-4-1) Autres pathologies chez ces patients atteints d'ECM 44
III-3-4-2) Pieds atteints 44
III-3-4-3) Antécédents personnels d'atopie 44
III-3-4-4) Antécédents familiaux d'atopie 44
III-3-5) Etude du guide de recueil des pratiques 45
III-3-5-1) Le lavage des mains 45
III-3-5-2) Le séchage des mains 47
III-3-5-3) Le port de gants 48

III-3-5-4) L'observance des traitements locaux avant la première consultation 52
III-3-5-5) Les gestes délétères (« que faites-vous lors de démangeaisons ? ») 54
III-3-5-6) Evaluation du retentissement de l'ECM sur la qualité de vie (DLQI) 54
III-3-6) Prise en charge thérapeutique mise en place au CHU 54
III-3-6-1) Réalisation des tests cutanés 54
III-3-6-2) Les principaux allergènes incriminés 55
III-3-6-3) Les traitements locaux antérieurs et prescrits à l'issue de la première consultation 56
III-3-6-4) La PUVA 58
III-3-6-5) Traitements généraux 58
III-3-6-6) Participation aux ateliers collectifs d'ETP du CHU 58
III-3-6-7) Evolution de l'ECM 59
Les données évolutives sont faibles car notre étude a porté sur une durée limitée. 59
III-3-7) Maladie professionnelle et réorientation professionnelle 59
IV) Discussions sur les résultats 60
V) L'éducation thérapeutique en officine : apport du pharmacien pour les patients atteints de cette maladie 63
V-1) Le rôle du pharmacien dans l'ETP 63
V-2) Les mesures de prévention de l'ECM 63
V-2-1) Mesures de prévention primaire 63
V-2-2) Mesures de prévention secondaire 63
V-2-3) Mesures de prévention tertiaire 63
V-3) Discussion sur le rôle du pharmacien dans l'ECM 64
V-4) Mise en œuvre de l'ETP sur l'ECM et outils à disposition en pharmacie 66
V-4-1) Généralités sur l'apport du pharmacien dans l'ECM 66
V-4-2) Perspectives sur l'évolution du rôle du pharmacien dans l'ECM 66
VI) Conclusion 70
VII) Annexes 71
VIII) Références de texte 81
IX) Références des figures 86

Liste des abréviations

ADN: Acide DésoxyriboNucléique.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

CAT : Centre d'Aide par le Travail.

CMEI : Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur.

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

DLQI : Dermatology Life Quality Index.

DM : Dermite des Mains.

ECM : Eczéma Chronique des Mains.

ETP : Education Thérapeutique du Patient.

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire.

HECSI: Hand ECzema Severity Index.

ICDRG: International Contact Dermatology Research Group.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

IgE : Immunoglobuline de type E.

INRS : Institut National de la Recherche Scientifique.

8-MOP: 8 Méthopsoralène.

m TLSS : modified Total Lesion Symptom Score.

OHSI : Osnabrück Hand Eczema Severity Index.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

pH : potentiel Hydrogène.

PUVA : Psoralène Ultraviolet de type A.

SCORAD : SCOring Atopic Dermatitis.

SHA : Solution Hydro-Alcoolique.

UVA : Ultraviolet de type A.

Liste des figures

Figure 1 : Facteurs étiologiques de l'eczéma chronique des mains.

Figure 2 : Dermite irritative.

Figure 3 : Eczéma par contact allergique. (Forme aiguë)

Figure 4 : Eczéma par contact allergique. (Forme chronique)

Figure 5 : Eczéma atopique de la main.

Figure 6 : Dermite de contact aux protéines.

Figure 7 : Répartition des sous types d'ECM selon l'algorithme de Molin et *al.*

Figure 8 : Dyshidrose.

Figure 9 : Eczéma chronique fissuraire.

Figure 10 : Eczéma hyperkératosique avec rhagades.

Figure 11 : Pulpite.

Figure 12 : Dermite nummulaire.

Figure 13 : Psoriasis de la main.

Figure 14 : Infection mycosique de la main.

Figure 15 : Lichen au niveau du poignet.

Figure 16 : Dermite desquamative estivale en aires.

Figure 17 : Score m TLSS.

Figure 18 : Score DLQI.

Figure 19 : Classification des dermocorticoïdes en fonction de leur niveau d'activité.

Figure 20 : Démarche éducative.

Figure 21 : Age des patients lors venue au CHU.

Figure 22 : Profession des patients.

Figure 23 : Age du début de l'ECM.

Figure 24 : Forme des lésions d'ECM.

Figure 25 : Localisation de l'ECM.

Figure 26 : Etiologie des lésions.

Figure 27 : Nombre de lavage des mains par jour chez les patients.

Figure 28 : Température de l'eau utilisée lors du lavage de mains chez les patients.

Figure 29 : Produits utilisés pour le lavage des mains chez les patients.

Figure 30 : Fréquence du séchage des mains chez les patients.

Figure 31 : Méthode de séchage utilisée par les patients.

Figure 32 : Port de gants au travail.

Figure 33 : Port de gants à la maison.

Figure 34 : Port de gants pour les loisirs.

Figure 35 : Type de gants portés par les patients dans l'ensemble des activités.

Figure 36 : Durée d'utilisation des gants dans l'ensemble des activités.

Figure 37 : Fréquence d'application des dermocorticoïdes.

Figure 38 : Durée d'un tube de dermocorticoïde.

Figure 39 : Fréquence d'application de crème hydratante.

Figure 40 : Conduite des patients lors de démangeaisons.

Figure 41 : Les dermocorticoïdes utilisés par les patients.

Figure 42 : Utilisation de traitements systémiques chez les patients.

I) Introduction

L'eczéma chronique des mains (ECM) ou encore appelé dermite des mains, est une pathologie inflammatoire que l'on rencontre fréquemment et qui entraine un réel retentissement sur la qualité de vie des patients. Les conséquences de cette dermatose sont souvent sous estimées, alors que celles-ci empêchent le patient d'avoir une vie « normale ». De plus, la dermite des mains entraine des coûts médicaux directs et indirects non négligeables : elle représente la deuxième cause de maladie professionnelle en France. (1)

L'eczéma chronique des mains est une pathologie multifactorielle, qui peut se présenter sous différentes formes, et qui est caractérisé par la présence ou non de facteurs de risques intrinsèques (sexe, âge, atopie…) et extrinsèques (profession, gestes délétères…). L'ECM est souvent aggravé par les activités domestiques ou professionnelles courantes mais l'étiologie exacte reste parfois difficile à déterminer. On estime que 2-10% de la population est susceptible de développer un ECM au cours de sa vie. (2) La prise en charge du patient est globale, et commence tout d'abord par la sensibilisation aux mesures de prévention et en évitant tous les facteurs pouvant aggraver la maladie. Ensuite viennent les traitements locaux représentés majoritairement par les dermocorticoïdes. L'alitrétinoïne (TOCTINO®) a permis une avancée dans la prise en charge thérapeutique, en particulier dans les formes sévères mais ne remplace pas les gestes de prévention, qui doivent être conservés au quotidien. Une consultation spécialisée a été mise en place au CHU de Nantes en septembre 2012, afin d'améliorer la prise en charge de l'ECM.

L'objectif de notre travail était de répertorier l'ensemble des patients venus en consultation pour un ECM, d'analyser les facteurs aggravants et de préciser leur prise en charge. Pour cela nous avons mené une étude rétrospective dans le service d'allergologie du CHU de Nantes de Juin 2013 à Juin 2014. Nous avons ensuite précisé le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de cette pathologie.

II) Généralités sur l'eczéma chronique des mains

II-1) Définition

La terminologie d' « eczéma chronique des mains » est apparue pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne au début des années 1980. Ce terme a remplacé progressivement les anciens qui étaient « la dermite chronique des mains » ou la « dermatite chronique des mains », utilisés dans les publications dès la fin des années 1940. (3)

L'eczéma chronique des mains (ECM) est une maladie inflammatoire des mains caractérisé par la persistance de symptômes exclusivement localisés au niveau des mains pendant plus de trois mois ou par la présence d'au moins deux récidives annuelles alors qu'un traitement dermatologique approprié est instauré et que le patient est observant. (4)

Cette définition primitive a évolué, car l'ECM ne peut être défini que par des critères chronologiques. Il s'agit d'un syndrome anatomo-clinique, le plus souvent lié à une origine multifactorielle, et pas seulement à une réaction allergique ou irritative. (5) Il existe de nombreux facteurs impliqués, pas toujours clairement identifiés. Il s'agit de facteurs endogènes (atopie, altération de la barrière cutanée…) ou encore de facteurs exogènes (contact avec des produits caustiques…), qui sont plus souvent responsables que les facteurs allergiques. (6)

La présence de l'ensemble de ces facteurs impliqués dans la survenue des lésions expliquent la diversité des formes cliniques que peut prendre l'ECM. Cela explique aussi l'évolution des symptômes au cours du temps chez chaque patient.

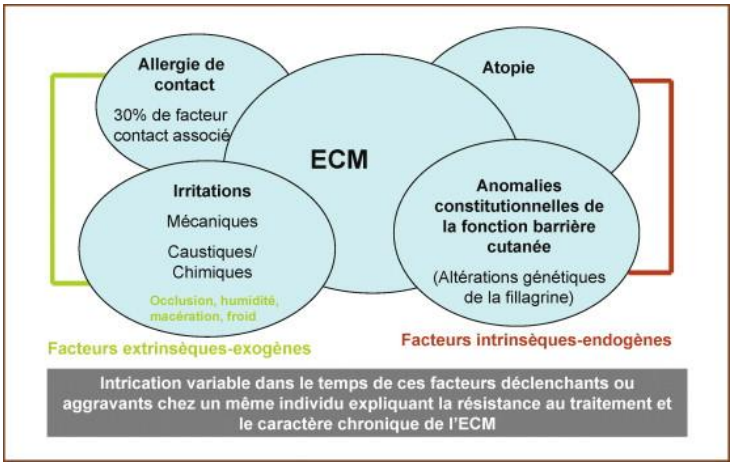


Figure 1 : Facteurs étiologiques de l'eczéma chronique des mains.

II-2) Epidémiologie

II-2-1) Prévalence et incidence

L'ECM est l'une des maladies cutanées les plus fréquentes même si elle n'est pas une entité homogène. (7)

De nombreuses études se sont intéressées aux paramètres épidémiologiques ainsi qu'aux facteurs de risques de cette pathologie. Ces recherches se sont déroulées principalement dans le nord de l'Europe, en Suède et au Danemark.

Selon une des publications les plus récentes, de Thyssen JP et ses confrères en 2010, la prévalence instantanée dans une population est de 4%, et la prévalence sur un an serait approximativement de 10%. La prévalence globale atteint quant à elle plus de 15% de la population générale.

En ce qui concerne l'incidence de l'ECM, la médiane s'élève à 5,5 cas pour 1000 habitants par an. On observe une différence par rapport au sexe, avec un nombre plus élevé pour les femmes (9,6 cas par an pour 1000 femmes), que les hommes (4 cas par an pour 1000 hommes). (8)

II-2-2) Facteurs de risques

II-2-2-1) Le sexe

La majorité des études ont retrouvé une prédominance féminine de l'ECM avec un sex ratio de 1,8 selon une étude suédoise, publiée en 2004. (9) Cette différence est principalement expliquée par le fait, que les femmes sont plus exposées aux facteurs environnementaux professionnels ou domestiques, et non par une différence au point de vu génétique de la susceptibilité de la peau. Les femmes sont d'avantage en contact avec l'eau dans leurs activités professionnelles (coiffure, entretien, médical) mais également domestiques, favorisant la dermite irritative. Cette prédominance est observée chez les jeunes femmes avant 30 ans, qui ont des enfants en bas âge, et qui doivent effectuer leurs soins quotidiens, en plus de leurs tâches ménagères et professionnelles. (10)

II-2-2-2) L'âge

Selon les groupes d'âge, la prévalence et l'incidence de l'ECM peuvent fluctuer. La plus forte prévalence annuelle concerne les femmes de 20 à 29 ans atteignant 12% alors qu'elle est de 6% parmi les femmes de 70 à 80 ans. (10) Pour les hommes, l'incidence la plus élevée étant notée dans la classe d'âge 40-49 ans. (11)

II-2-2-3) Les antécédents de dermatite atopique

De nombreuses études démontrent que la dermatite atopique est le facteur de risque le plus impliqué dans la dermite des mains. Cependant, l'étude de Meding et *al* en 2004 montre que cette association dermatite atopique-dermite des mains n'existe que dans la classe d'âge inférieure à 30 ans. (12) Chez l'enfant cette association est rapportée dans 90% des cas. (13)

II-2-2-4) Les facteurs génétiques

L'étude danoise réalisée par *Bryld et al* en 2000 sur une cohorte de 6666 jumeaux a montré le rôle des facteurs héréditaires dans le processus de la dermite des mains. (14) Le taux évalué de la dermite des mains dans la paire de jumeaux était plus élevé chez les monozygotes que les dizygotes quelque soit l'âge ou le sexe sauf pour les femmes nées entre 1953 et 1960. Le rôle des facteurs génétiques semble plus marqué chez les populations jeunes.

D'autres études se sont intéressées au rôle de la filaggrine. Cette protéine de structure de la couche cornée est mutée dans l'icthiose et certaines dermatites atopiques. L'étude allemande de *Molin et al* a montré qu'une mutation hétérozygote du gène de la filaggrine confère une susceptibilité à l'apparition d'un type particulier de dermite des mains caractérisé par la combinaison dermite irritative et allergie de contact. (14) Une perte complète de la filaggrine entrainerait une perte d'eau et le passage de nombreux allergènes, à l'origine des exacerbations de l'eczéma. La mutation hétérozygote serait responsable d'une moindre résistance aux agressions de l'environnement compensée par l'allèle sain mais décompensée par des contacts avec des produits irritants. Cependant la mutation de la filagrine n'était pas plus présente dans cette cohorte, que dans la population de contrôle. Il n'a pas été retrouvé de lien, entre la mutation de la filaggrine et la dermite des mains, pouvant confirmer les résultats d'une précédente étude danoise de *Lerbaek et al*. (15) Cette équipe avait démontré l'importance des facteurs génétiques dans l'apparition de dermite des mains (41%), indépendante de la dermatite atopique et laissant 59% de la variance entrainé par les facteurs environnementaux. (16)

II-2-2-5) Les facteurs socio-économiques

Une étude norvégienne de *Dalgard et al* en 2004 englobant 18770 participants âgés de 30 à 76 ans a montré que la dermite des mains concernait les populations à bas niveau d'études avec des revenus moyens, et que les hommes seuls étaient plus à risque que ceux vivant en couple. (17)

II-2-2-6) La profession

Les dermatoses professionnelles sont définies comme des dermatoses causées ou aggravées par la profession. Elles font parties des maladies professionnelles les plus fréquentes et l'eczéma chronique des mains constitue la cause prédominante (90-95% des dermatoses professionnelles), selon une étude épidémiologique réalisée au Danemark. (18)

L'incidence des dermatoses professionnelles est évaluée à 0,5-0,7 cas pour 1000 travailleurs par an. De nombreuses études ont montré que dans près de la moitié des cas, l'évolution de l'eczéma des mains devenait chronique avec un risque important d'arrêt de travail ainsi que de réorientations professionnelles. (19, 20)

En France, les données proviennent de déclarations de maladies professionnelles indemnisables avec 1100 cas annuel d'eczéma de contact recensés entre 1995 et 2004. (21) Cependant ces résultats sont réellement sous estimés, puisque seuls les eczémas des mains graves à l'origine d'arrêts de travail répétés ou de changement de poste sont déclarés. Une étude récente portant sur tous les eczémas professionnels déclarés, constatés et reconnus comme maladie professionnelle par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés entre le 1er Janvier 2004 et le 31 Décembre 2007 a été réalisée chez l'ensemble des salariés du secteur du nettoyage et de l'entretien. (22) Il y a eu 769 eczémas recensés, touchant les mains dans 90% des cas, et représentant une incidence annuelle de 43,5 pour 100000 travailleurs salariés du secteur du nettoyage et de l'entretien. Il existait une nette prédominance féminine. Ces eczémas professionnels sont responsables de la perte de 32714 journées de travail. Pendant cette même période, 10582 cas de dermatoses professionnelles de contact ont été déclarées, représentant 9,6% de toutes les pathologies professionnelles. (23)

Comme pour la population générale, la dermite des mains d'origine professionnelle est presque deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avec un sex ratio de 1,5 et 2 mais semble plus sévère chez les hommes. (24,25)

Parmi les professions à risque, on retrouve les métiers de la santé, de l'entretien, de la coiffure, du bâtiment et des travaux publics, les métiers de la métallurgie, de la mécanique, de l'agroalimentaire, et de la restauration notamment les boulangers. (18,26)

La prévalence annuelle était plus élevée dans les professions de la santé et de l'entretien. Ces professions possédaient la plus forte prévalence de dermatite irritative. (8) La prévalence est également élevée dans le domaine de la coiffure entre 27,2% et 58% selon les études avec un âge moyen d'apparition entre 19 et 21 ans. (27)

II-2-2-7) Les habitus (Tabagisme et consommation d'alcool)

Peu d'études se sont intéressées au lien entre la dermite des mains et les habitus. Une étude suédoise de 2011 portant sur 27994 volontaires a montré que la dermite des mains était plus fréquente en cas de stress, obésité, et lors de tabagisme. (28) Cependant d'autres études n'ont pas retrouvé de lien entre eczéma des mains et tabagisme (29) ni avec la consommation d'alcool. (30)

II-3) Classification physiopathologique des lésions

Actuellement, il n'existe pas de classification unanime car l'eczéma chronique des mains est une pathologie multifactorielle. Le diagnostic est basé sur l'étiologie quand cela est possible, sinon c'est la description des lésions qui est utilisée. L'aspect clinique ne permet pas de préjuger l'origine de la maladie, et il est difficile de poser un diagnostic étiologique avec seulement cet aspect. Les facteurs étiologiques sont en général nombreux, ce qui rend la classification et la prise en charge globale compliquée de la dermite des mains. Ici, nous classerons l'eczéma chronique des mains, en quatre catégories, soit en dermite irritative, soit en eczéma allergique, soit en dermatite atopique ou en dermatite de contact aux protéines.

II-3-1) Dermite irritative

Il s'agit d'une dermite des mains la plus courante. L'exposition répétée aux agents irritants comme l'eau, les savons, les détergents, les solvants, les métaux et les produits alimentaires peut nuire au processus de réparation de la barrière cutanée. Les mains ont une hypersensibilité aux agents chimiques et physiques, et le seuil d'exposition pouvant déclencher une crise aigue est abaissé.

Au niveau clinique, la dermite de contact se manifeste en général sur le dos des mains, le bout des doigts (pulpite) ou au niveau des espaces interdigitaux. La paume est touchée plus tardivement. Elle est caractérisée par une xérose cutanée et un érythème souvent bien limité. Le patient peut se plaindre de sensations de prurit, brûlure et picotement.

Lors de premiers contacts avec les agents irritants, les lésions se présentent sous forme d'érythème accompagné d'œdèmes limités à la zone exposée. Suite à une exposition répétée avec ces produits, l'épiderme se lichénifie, desquame et devient progressivement hyperkétatosique avec apparition de fissures.

Cette dermite irritative s'atténue pendant les phases de non exposition mais la rémission complète ne peut être obtenue qu'après arrêt définitif des contacts avec les produits responsables.

La dermite irritative favorise la sensibilisation et peut donc précéder une allergie de contact. Elle peut également accompagner une autre étiologie d'ECM.

Figure 2 : Dermite irritative.

II-3-2) Eczéma de contact allergique

Il s'agit de la deuxième dermite des mains la plus courante. Les allergènes incriminés courants sont le nickel, certains additifs, parfums et les agents de conservation. On peut les retrouver dans le milieu du travail avec les solvants, les savons antibactériens, le caoutchouc…

L'eczéma de contact allergique résulte d'une hypersensibilité de type IV, donc une réponse immunitaire retardée, causée par le contact avec l'allergène chez un sujet sensibilisé.

Les premiers signes cliniques sont localisés au niveau des zones de contact. Les limites des lésions sont plus floues que la dermite irritative. Des lésions à type d'eczématides peuvent secondairement apparaitre à distances des lésions initiales même si elles n'ont pas été en contact avec l'allergène. Les symptômes apparaissent surtout au niveau de la paume et à l'extrémité des doigts. Ils se manifestent peu à près l'exposition, sous forme de vésicules, avec une peau prurigineuse et érythémateuse. Dans les formes chroniques on peut observer une lichénification, une hyperkératose et des crevasses.

Un eczéma de contact allergique professionnel doit être suspecté, si le patient remarque une aggravation lors de son travail, une amélioration pendant le repos, et une récidive des lésions lors de la reprise du travail. Il doit y avoir également une relation entre la zone touchée et l'allergène incriminé.

Le diagnostic d'eczéma de contact allergique est posé suite à la réactivité des tests épi-cutanés vis-à-vis d'allergènes, pour lesquels le patient est en contact. Ce type d'eczéma représente moins de 30% parmi l'ensemble de la dermite des mains, mais il doit être

systématiquement recherché par des tests épi-cutanés lorsque les signes cliniques persistent malgré un traitement local bien conduit.

Par exemple le méthylisothiazolinone est un conservateur fréquemment utilisé dans les produits de soins personnels ou ménagers. Il est souvent responsable de dermatite de contact allergique. Ce conservateur est retrouvé dans les lingettes infantiles, et peut causer ce type d'ECM chez les parents, disparaissant à l'arrêt de leur utilisation. (31)

Figure 3 : Eczéma de contact allergique. (Forme aiguë)

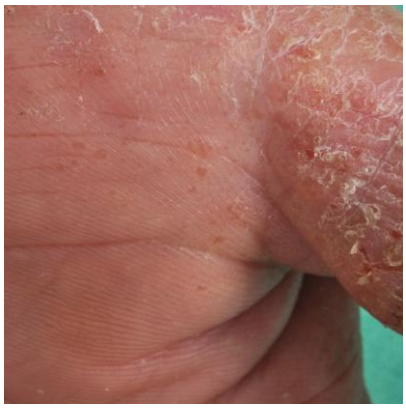


Figure 4 : Eczéma de contact allergique. (Forme chronique)

II-3-3) Dermatite atopique

L'ECM peut aussi être de cause atopique. L'atopie est définie comme une prédisposition génétique à développer une dermatite atopique, rhinite, asthme, conjonctivite allergique ou encore une allergie alimentaire.

L'eczéma des mains atopique, se localise principalement sur le dos de la main, souvent avec une atteinte unguéale, et des poignets. Le patient ressent des démangeaisons intenses, avec des lésions cutanées actives, et un épaississement de la peau.

La forme dyshidrosique est fréquente avec la présence de vésiculo-bulles au niveau palmaire et interdigital.

Le diagnostic d'eczéma de mains d'origine atopique repose sur les antécédents personnels et familiaux d'atopie, notamment de dermatite atopique pendant l'enfance. L'enquête sur les autres facteurs aggravants l'eczéma des mains reste indispensable, car la barrière cutanée est altérée chez ces patients, et une dermite de contact ou allergique peut donc s'ajouter.

Figure 5 : Eczéma atopique.

II-3-4) Dermite de contact aux protéines

Cette dermite se développe lors du contact avec des protéines alimentaires. Il s'agit d'une forme rare qui débute généralement sous la forme d'une urticaire mais parfois d'un prurit isolé dans les minutes qui suivent le contact avec la protéine et qui au bout de 48h évolue vers un tableau d'eczéma vésiculeux. L'extension est fréquente au niveau des avant-bras. Cette réaction résulte d'une hypersensibilité de type I et IV.

Parmi les substances responsables, on retrouve le latex, les allergènes alimentaires (fruit, légume, fruits de la mer, farine…) et le poil des animaux.

Cette dermite de contact aux protéines est surtout retrouvée dans certaines professions comme les métiers de la santé, l'industrie alimentaire, et l'agriculture. (32)

Le diagnostic se fait par prick-tests ou recherche d'IgE spécifiques des protéines incriminées.

Figure 6 : Dermite de contact aux protéines.

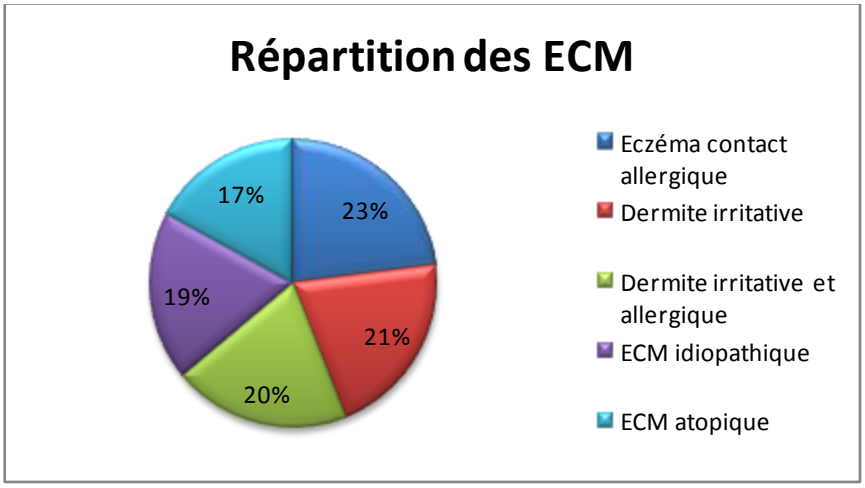


Figure 7 : Répartition des sous types d'ECM selon l'algorithme de Molin et *al* (33).

II-4) Classification clinique des lésions

Plusieurs auteurs ont proposé des classifications des ECM en fonction de l'aspect clinique observé.

Les classifications les plus fréquemment utilisées reconnaissent 5 aspects :

II-4-1) L'eczéma vésiculeux récidivant

Il est caractérisé par des vésicules ou des bulles. Le patient ressent un prurit important, pouvant être accompagné de brûlures et de douleurs.

Cette forme clinique est retrouvée dans l'eczéma de contact aigu mais également dans la dyshidrose.

Figure 8 : Dyshidrose.

II-4-2) L'eczéma chronique fissuraire

L'ECM dans la phase chronique se caractérise par un eczéma souvent lichénifié et squameux. Les lésions sont hyperkératosiques et fissuraires dans les cas les plus sévères.

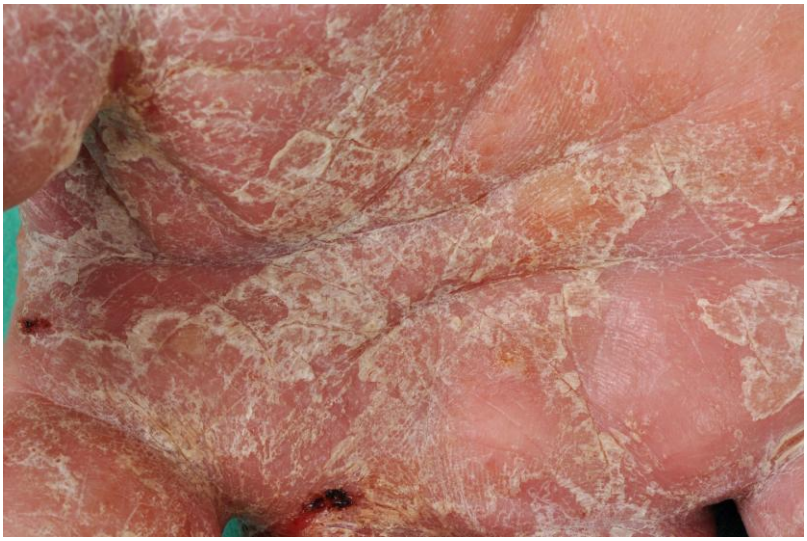


Figure 9 : Eczéma chronique fissuraire.

II-4-3) L'eczéma hyperkératosique avec rhagades

Cette forme d'ECM se localise essentiellement au niveau de la paume des mains. Elle peut s'étendre à la face palmaire des doigts. Il s'agit de zones de desquamation bien délimitées ou d'hyperkératose associées à des fissures. Les poussées vésiculeuses sont absentes. L'étiologie de cette forme reste indéterminée, et sa résistance aux traitements par dermocorticoïdes est importante, ce qui implique de nombreuses récidives.

Figure 10 : Eczéma hyperkératosique avec rhagades.

II-4-4) L'acropulpite

L'acropulpite désigne l'atteinte de la face palmaire des pulpes de certains ou de tous les doigts, c'est-à-dire la zone de préhension. La peau à ce site est sèche, et peut craqueler. Dans les stades les plus évolués, des fissures douloureuses s'installent. L'étiologie peut être liée à une dermatite irritative ou allergique.

Figure 11 : Pulpite des doigts.

II-4-5) L'eczéma nummulaire

La dermite nummulaire se présente sous la forme de plaques d'eczéma, avec des limites nettes ressemblant à des pièces de monnaie. Elle touche principalement le dos de la main et les extrémités digitales. Les origines de cette forme sont nombreuses, et peuvent être allergique, irritative ou atopique.

Figure 12 : Dermite nummulaire de la main.

II-5) Diagnostics différentiels

Il existe de nombreuses pathologies qui touchent les mains, ce qui rend le diagnostic de l'ECM difficile.

II-5-1) Le psoriasis

Le psoriasis des mains constitue le premier diagnostic différentiel de l'ECM notamment dans les formes lichénifiées, et hyperkératosiques. Le psoriasis est caractérisé par la prolifération épidermique (squames) et une inflammation dermique (érythème). Ses lésions sont bien délimitées, il n'entraine pas de vésicules.

Figure 13 : Psoriasis de la main.

II-5-2) L'infection mycosique

Il s'agit du deuxième diagnostic différentiel notable. La mycose doit être systématiquement recherchée par prélèvement mycologique, surtout si une seule main est touchée. Elle se présente sous forme de desquamation ou d'hyperkératose, d'aspect « farineux ».

Figure 14 : Infection mycosique de la main.

II-5-3) Le lichen hyperkératosique

Le lichen plan est caractérisé par la présence de papules érythémateuses, violacées et surélevées de petites tailles souvent au niveau des poignets. Cette éruption cutanée est prurigineuse et son étiologie est inconnue.

Figure 15 : Lichen plan chez un employé BTP.

II-5-4) La dermite desquamative estivale en aires

Il s'agit d'une forme bénigne, caractérisée par des desquamations arrondies touchant la paume des mains sans vésicules, n'entrainant pas de prurit. Il est important de la différencier de la dermite irritative.

Figure 16 : Dermatite desquamative en aires.

II-6) Les facteurs aggravants

II-6-1) L'humidité

L'exposition prolongée à un milieu humide, ou un contact répété avec l'eau par de multiples lavages de main constitue un des principaux facteurs à l'origine de la dermite irritative.

Un travail en milieu humide est défini par une majeure partie du temps de travail (un quart du temps, soit deux heures par jour) passée avec les mains dans un milieu humide ou par le port de gant occlusif pendant un temps équivalent, ou encore par le lavage répété des mains. (34)

Une étude a été réalisée, concernant les professionnels de santé, dont le lavage des mains est fréquent. Elle a démontré qu'il s'agissait du principal facteur de risque associé aux dermites des mains. (35)

D'autres études ont montré que le fait d'avoir un enfant de moins de 4 ans, augmentait significativement le risque de dermite des mains, du fait des activités en milieu humide et le lavage répété des mains pour l'hygiène de l'enfant. (36)

L'exposition à l'eau peut modifier la physiologie de la peau et entrainer une altération de la couche cornée liée à une augmentation de l'épaisseur du stratum cornéum. Cela est expliqué par l'accumulation d'eau et la disjonction des structures lipidiques au niveau intercellulaire. (37)

II-6-2) La transpiration

La transpiration possède un effet délétère sur la barrière cutanée, comme le mécanisme de l'eau, mais aussi par l'action acide de la sueur.

II-6-3) Les produits irritants

L'utilisation répétée de substances irritantes telles que les solvants, détergents, produits acides ou alcalins, produits huileux, et produits de dégraissage est un facteur aggravant l'eczéma chronique des mains. Certains de ces produits possèdent une action tensioactive, pouvant altérer le film hydrolipidique.

II-6-4) Facteurs irritants mécaniques

Les agressions physiques comme le frottement, le grattage, et l'enlèvement de squames et les microtraumatismes sont des facteurs aggravants la dermite des mains par un mécanisme d'auto-entretien de l'inflammation.

II-6-5) Le contact avec les allergènes

Il s'agit de petites substances qui peuvent traverser la barrière cutanée. Ils ont chacun une capacité de sensibilisation différente. Ces allergènes de contact incluent notamment le nickel, les conservateurs présents dans les crèmes et les cosmétiques (méthylisothiazolinone), le chrome, la cocamidopropylbétaïne et les parfums.

II-6-6) L'exposition aux températures extrêmes

L'exposition des mains au froid entraine une vasoconstriction des extrémités et affine le film hydrolipidique, à l'origine d'une aggravation de la xérose cutanée. Le contact avec l'eau très chaude, altère également la barrière cutanée en l'irritant.

II-6-7) Le port de gants inadaptés

L'utilisation de gants à long terme, s'apparente à un travail en milieu humide, en lien avec la macération causée par l'occlusion.

Plusieurs études ont démontré que l'occlusion engendrée par les gants est un facteur aggravant additionnel dans la dermite des mains. Le port de gants sur une peau préalablement irritée avec du laurylsulfate de sodium pendant 3 heures, a un effet négatif sur la barrière cutanée. (38)

Le port de gants en latex sur une peau irritée, peut entrainer une sensibilisation et une allergie de contact au latex.

II-6-8) Le stress

Le stress n'est pas un facteur primaire de dermite des mains, mais il peut intensifier ou déclencher des poussées.

II-7) Le diagnostic

L'eczéma des mains peut persister et devenir chronique s'il n'y a pas de diagnostic précis et de traitements appropriés mis en place. Il risque de devenir incapacitant, empêchant le patient d'accomplir ses tâches au quotidien. L'anamnèse, les examens cliniques, et para-cliniques sont indispensables pour déterminer la cause de cette pathologie.

II-7-1) L'interrogatoire minutieux

II-7-1-1) La présence d'antécédents dermatologiques personnels et familiaux

Lors de cet interrogatoire, le médecin devra s'intéresser aux antécédents personnels et familiaux d'atopie. C'est-à-dire, rechercher la présence de dermatite atopique, d'asthme, de rhinite, de conjonctivite allergique ou encore d'allergies alimentaires.

Il s'intéressera également aux autres antécédents dermatologiques personnels ou familiaux de la personne, comme le psoriasis ou le lichen.

II-7-1-2) L'histoire de la maladie

L'histoire clinique de l'ECM est très importante, notamment la date et le mode de survenue, s'il est brutal ou progressif. Il faut également aborder la notion d'évolution, avec la fréquence et la durée des symptômes, ainsi que les circonstances lors des poussées.

Il faut rechercher s'il y a une chronologie professionnelle possible, à savoir si les symptômes surviennent lors des périodes de travail, et si elles s'améliorent lors du repos.

Le médecin peut également s'intéresser à une modification particulière dans la vie du patient pouvant être responsable de l'ECM. (Enfant, jardinage, ménage…)

L'interrogatoire devra également préciser les différents traitements locaux ou systémiques utilisés par le patient et l'efficacité de ceux-ci sur le moment et dans la durée.

II-7-1-3) Les habitus

Il faudra rechercher l'exposition professionnelle, domestique ou de loisir aux produits irritants mécaniques et chimiques. Il est important de connaitre les habitudes des patients par rapport aux lavages de mains, les produits utilisés, le séchage, et le port de gants. Le statut professionnel, marital, et la présence d'enfant de bas âge sont également des paramètres à demander.

II-7-2) L'examen clinique

L'examen clinique permet de déterminer la morphologie de l'ECM, ainsi que sa localisation (au niveau de la paume, dos de la main ou pulpe des doigts).

Celui-ci doit être complet, afin de rechercher d'éventuelles lésions semblables à distance, notamment au niveau des pieds.

L'examen clinique est complété par l'utilisation de scores cliniques de sévérité voir photographique.

II-7-3) Les examens para-cliniques

II-7-3-1) Tests épi-cutanés (patch tests)

Ces tests épi-cutanés devraient être envisagés en présence de tout ECM. C'est la méthode de référence pour diagnostiquer l'eczéma de contact allergique. Il s'agit d'un bilan allergologique, où il est appliqué dans le dos du patient des allergènes. En général, ces tests sont réalisés lorsque les méthodes de prévention et l'application correcte des traitements locaux ne suffisent pas à la guérison.

Ils permettent d'explorer les sensibilisations retardées de type IV comme les dermatites allergiques de contact. Il existe une procédure standardisée, se déroulant sur une semaine avec trois visites médicales (le lundi, le mercredi et le vendredi au centre d'allergologie de Nantes).

Ces tests épi-cutanés comprennent la batterie standard européenne, à laquelle peuvent s'ajouter des batteries spécifiques (coiffure, cosmétique, antioxydant, conservateur…).

Les produits personnels utilisés à la maison, ainsi qu'au travail peuvent être testés selon des conditions particulières (type d'utilisation, mesure du pH).

Le premier jour, soit le lundi, les allergènes sont déposés dans le dos du patient pour une durée de 48h. Les produits irritants comme le savon, shampooing, maquillage (produits à rincer), sont appliqués en semi-ouvert. Le patient ne doit pas se laver le dos, et éviter de transpirer.

Le mercredi, soit 48h après, une première lecture est réalisée 15min après le retrait des patchs. Une seconde lecture est réalisée 96h après la pose ; le vendredi, pour les allergies à retard. Il existe un protocole précis pour la lecture des tests défini par l'ICDRG (International Contact Dermatology Research Group).

D'après des études, moins de 30% des tests positifs avec la batterie standard chez des patients atteints d'ECM seraient responsables de la pathologie. (34)

II-7-3-2) Les prick tests

Les prick tests sont indispensables lorsqu'une dermite de contact aux protéines est suspectée. Ils consistent à appliquer sur la peau des aliments frais (viande, poisson, fruit, légumes) ou des allergènes commerciaux comme le latex. Le dosage des IgE spécifiques peut confirmer le diagnostic.

II-7-3-3) Biopsie cutanée et prélèvement mycologique

Ce sont deux méthodes qui permettent d'effectuer le diagnostic différentiel.

La biopsie n'est pas réalisée si les signes cliniques sont évidents. Elle est souvent difficile d'interprétation en cas de diagnostic différentiel avec un psoriasis, mais très intéressante dans le lichen.

Le prélèvement mycologique doit être réalisé lorsque les lésions sont squameuses, ou hyperkératosiques, et lorsqu'elles sont unilatérales.

II-8) Méthodes d'évaluation

II-8-1) Les scores cliniques

L'utilisation de scores spécifiques est un moyen objectif d'évaluation et du suivi de l'ECM. De nombreux scores peuvent être utilisés comme le PGA (Physician's Global Assessment), HECSI (Hand ECzema Severity Index), m TLSS (modified Total Lesion Symptom Score) et OHSI (Osnabrück Hand Eczema Severity Index). Celui retenu dans le service d'allergologie au CHU de Nantes est le m TLSS.

Le score m TLSS englobe plusieurs signes cliniques (érythème, desquamation, lichénification, vésicules, œdème, fissures, prurit) gradués de 0 à 3.

Le score m TLSS correspond à la somme de ces sous-scores (0 à 21).

Symptômes	**Degré de sévérité et description de l'atteinte**
Érythème	0=absent 1=érythème léger 2=rougeurs 3=rougeurs intenses et profondes
Desquamation	0=absent 1=légère sur zone(s)limitée(s), squames fines 2=sur zone(s)étendue(s), squames plus dures 3=couvrantplusde30%de la main avec squames dures et épaisses
Lichénification/Hyperkératose	0=absent 1 = épaississement faible avec aggravation sur zone(s) limitée(s) 2=épaississement palpable sur zone(s)étendue(s) 3 = épaississement marqué sur zone(s) étendue(s)avec exagération des marques cutanées normale(s)
Vésicules	0=absent 1=vésicules éparses jusqu'à~10%de la main, sans érosion 2=vésicules éparses ou en grappes affectant jusqu'à30% De la main, sans érosion visible 3=forte densité de vésicules s'étendant sur de larges zones, avec érosion
Œdèmes	0=absent 1=gonflement du derme sur moins de10% de la main 2=gonflement du derme sur zones définies de plus de 10% de la main 3 = gonflement du derme avec induration de la peau sur zones étendues

Fissures	0=absent 1=peau craquelée affectant une petite partie de la main 2=peau craquelée et douloureuse sur des zones multiples de la main 3 = une ou plusieurs fissures profondes entraînant saignements et douleur aiguë
Prurit/douleur	0=absent 1=inconfort occasionnel et léger quelque fois par jour 2=inconfort fréquent dans la journée 3=persistant et entraînant des troubles du sommeil

Figure 17 : Score m TLSS.

II-8-2) Le score de qualité de vie (DLQI)

Il s'agit du score le plus fréquemment utilisé dans les maladies dermatoloiques chroniques, c'est pourquoi il a été retenu dans l'ECM. Il évalue le retentissement de la pathologie sur la qualité de vie. Le score maximum est de 30. On estime que la qualité de vie est altérée quand le score est supérieur à 10.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez cocher ☒une case par question.

1.	Au cours des derniers 7 jours, votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	
2.	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	
3.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) **pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner** ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
4.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) **dans le choix des vêtements** que vous portiez ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
5.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté **vos activités avec les autres ou vos loisirs** ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
6.	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal **à faire du sport** à cause de votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
7.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier**	Oui Non	☐ ☐	Non concerné(e) ☐
	Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou dans vos **études** ?	Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐	
8.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
9.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre **vie sexuelle difficile** ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐
10.	Au cours des 7 derniers jours, **le traitement** que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	Non concerné(e) ☐

Figure 18 : Score DLQI.

II-8-4) L'évaluation médico-économique

II-8-4-1) Le coût de la thérapeutique

Le coût de la prise en charge de cette maladie n'est pas négligeable. Il comprend les traitements médicamenteux topiques et systémiques. Il faut ajouter les soins en ambulatoire et hospitaliers comprenant les consultations médicales et les bilans allergologiques. De plus, les moyens de protections cutanées (émollients, gants, soins lavants adaptés) représentent également un coût important.

II-8-4-2) Le coût lié au retentissement professionnel

L'eczéma chronique des mains engendre de nombreux jours d'arrêts de travail, du fait de l'impossibilité d'exercer ou encore la nécessité d'assister à des consultations médicales. Les patients doivent quelques fois se réorienter professionnellement. Les licenciements peuvent survenir ainsi que des déclarations en tant que maladie professionnelle.

Une étude germanique a évalué les coûts directs et indirects de l'ECM pour la société. Il est ressorti que ce coût était bien corrélé en fonction de la gravité de la maladie et que les formes résistantes aux corticoïdes engendraient des coûts importants. Les coûts étaient de 2128 Euros par an et par patient, concernant tous les stades, et de 8400 euros par an et par patient pour les stades les plus sévères. (39)

II-9) La prise en charge thérapeutique

II-9-1) Les traitements par voie topique

II-9-1-1) Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes représentent le traitement de premier choix dans l'ECM.

Les dermocorticoïdes sont utilisés une fois par jour sur les lésions lors de la phase d'attaque, jusqu'à rémission totale. Ce sont des dermocorticoïdes forts ou très forts qui doivent être utilisés lors d'une atteinte des mains. La galénique sera adaptée en fonction du type des lésions et selon la préférence du patient. Les pommades semblent plus adaptées dans la xérose cutanée sévère, mais la texture « grasse » est souvent peu appréciée par les patients. Lors de la phase d'entretien, le patient peut continuer l'application des dermocorticoïdes deux fois par semaine, associée à l'utilisation quotidienne d'émollients afin de lutter contre la sécheresse cutanée.

L'application prolongée de dermocorticoïdes peut entrainer une atrophie cutanée, qui disparait à l'arrêt du traitement. Il faut rassurer les patients qui ont parfois une corticophobie, et leur expliquer que ces produits passent très peu dans le sang, et donc n'entrainent pas d'effets indésirables systémiques comme ceux décrits par la voie orale.

D'après l'étude de Moller et *al*, l'utilisation d'un dermocorticoïde de classe très forte (propionate de clobetasol) entrainerait moins de risque de récidives qu'avec un dermocorticoïde moyen (flupredniden acetate) avec une fréquence d'effets indésirables mineurs semblables. (40)

D'après une étude réalisée en sur 30 patients, le propionate de clobetasol est un traitement efficace et qui est plutôt bien toléré. (41)

	DCI	Nom commercial
Classe (ou niveau) 4	Clobétasol propionate	*Dermoval*
Très fort	Bétaméthasone dipropionate	*Diprolène*
Classe (ou niveau) 3	Bétaméthasone valérate	*Betneval*
Forte	Bétaméthasone dipropionate	*Diprosone*
	Désonide	*Locatop*
	Difflucortolone valérianate	*Nérisone*
	Difluprednate	*Epitopic 0,05*
	Fluticasone	*Flixovate*
	Hydrocortisone acétonate	*Efficort*
	Hydrocortisone butyrate	*Locoïd*
Classe (ou niveau) 2	Bétaméthasone valérate	*Célestoderme relais*
Modéré	Désonide	*Locapred, Tridésonit*
	Difluprednate	*Epitopic 0,02*
	Fluocinolone acétonide	*Synalar*
	Fluocortolone	*Ultralan*
	Triamcinolone acétonide	*Kenalcol*[a], *Localone*[a]
Classe (ou niveau) 1	Hydrocortisone	*Aphilan, Dermaspraid Démangeaison*
Faible		*Hydracort, Mitocortyl*

[a] Présence d'un ou plusieurs additifs.

Figure 19 : Classification des dermocorticoïdes en fonction de leur niveau d'activité.

II-9-1-2) Le tacrolimus (PROTOPIC®)

Le tacrolimus par voie topique est un immunomodulateur qui a une AMM pour les patients souffrant de dermatite atopique, insuffisamment soulagés par les dermocorticoïdes. Il est de plus en plus utilisé dans le traitement de l'ECM. Les immunomodulateurs topiques ont fait l'objet de nombreuses études cliniques en vue d'une alternative thérapeutique aux dermocorticoïdes, si ceux-ci se révèlent inefficaces.

Une étude a été réalisée sur 25 patients, et a montré que l'utilisation du tacrolimus était une alternative prometteuse dans l'ECM. (42) De plus, les scores cliniques de sévérité de l'ECM se sont améliorés lors de l'application de tacrolimus, sans engendrer d'effets secondaires. (43)

Une étude prospective randomisée a été réalisée entre le tacrolimus et le mometasone furoate et celle-ci a montré un profil d'efficacité similaire entre ces deux molécules avec l'absence d'effets indésirables. Le tacrolimus peut être utilisé en phase d'entretien afin d'empêcher les récidives, après avoir utilisé des dermocorticoïdes dans la phase d'attaque. (44)

L'utilisation de tacrolimus en phase d'attaque entraine souvent des brûlures importantes au niveau du site d'application lorsque la peau est très inflammatoire, c'est pourquoi il est préférable de diminuer au préalable l'inflammation avec un dermocorticoïde.

II-9-2) La photothérapie localisée UVA

La photothérapie était couramment utilisée auparavant, et se situait en seconde position thérapeutique, lors d'échec des traitements topiques. Avec l'arrivée de l'alitrétinoine, les séances de photothérapie dans l'ECM ont considérablement diminué.

Son efficacité a été évaluée dans différentes formes cliniques de l'ECM malgré une évaluation difficile du fait des petits échantillons de patients. (45)

Il existe de nombreuses techniques de PUVAthérapie, comportant soit l'application d'un gel de 8 méthopsoralène (8-MOP), ou la prise orale de 8-MOP, puis exposition aux UVA.

Les UVA vont reproduire les effets bénéfiques du soleil. Il s'agit d'un traitement d'attaque pouvant entrainer une rémission des lésions. Les UVA provoquent des lésions au niveau de l'ADN, ayant une activité anti-inflammatoire et immunosuppressive.

La photothérapie est un traitement contraignant, nécessitant deux à trois séances par semaine et pendant environ dix semaines afin d'obtenir l'effet thérapeutique désiré. Les effets indésirables sont les brûlures à type de coup de soleil lors de la prise de psoralène, et un vieillissement de la peau avec un risque carcinogène à long terme.

II-9-3) Les traitements systémiques

Ces traitements sont mis en place, lorsque les traitements topiques bien utilisés, se révèlent inefficaces.

II-9-3-1) L'alitrétinoine (TOCTINO®)

L'alitrétinoine est une molécule appartenant à la famille des rétinoïdes et dérivant de la vitamine A. Cette molécule dispose d'une AMM depuis 2008 dans le traitement de l'ECM résistant aux dermocorticoïdes de classe forte ou très forte, dans des conditions optimales d'utilisation.

Ce traitement est instauré chez les patients, pour lesquels l'ECM ne répond pas aux corticoïdes, et après bilan allergologique négatif.

L'alitrétinoine va se lier aux récepteurs nucléaires de l'acide rétinoique (RARs), et aux récepteurs nucléaires de l'acide rexinoique (RXRs). La fixation et l'activation de ces différents récepteurs expliqueraient les propriétés anti-inflammatoires et immunomodulatrices de l'alitrétinoine par un mécanisme encore mal élucidé.

Les effets secondaires cliniques les plus fréquents sont des céphalées surtout en début de traitement, plus rarement une sécheresse cutanée et des bouffées vasomotrices. L'alitrétinoine peut également entrainer une élévation des triglycérides, et du cholestérol ainsi qu'une diminution des hormones thyroïdiennes. Ces effets peuvent nécessiter une adaptation de doses. En général la posologie est 30 mg par jour, et peut être diminuée à 10 mg en cas d'effets secondaires. Comme tous les rétinoïdes, cette molécule ne peut pas être utilisée chez

la femme enceinte vu son risque de tératogénicité. Une contraception efficace doit être instaurée chez les jeunes femmes en âge de procréer. Le suivi de ce traitement est important, comportant la réalisation d'un test de grossesse tous les mois. La contraception doit être débutée un mois avant le traitement, pendant, et un mois après l'arrêt du traitement.

Des études ont montré que l'alitrétinoïne est bien toléré et efficace dans la prise en charge de l'ECM. (46) De plus il permet d'améliorer la qualité de vie, avec une diminution du DLQI. (47)

II-9-3-2) La ciclosporine (NEORAL®)

La ciclosporine est un immunosupresseur, utilisé dans la dermatite atopique, où elle a démontré son efficacité.

Il semblerait que la ciclosporine soit une alternative thérapeutique intéressante chez les patients ayant un ECM ne répondant pas aux traitements conventionnels. La ciclosporine à dose de 3mg/kg/J a été comparée au dipropionate de béthaméthasone, montrant une amélioration de qualité de vie et une efficacité clinique semblables. (48)

Ses principaux effets indésirables sont l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, et la survenue d'hépatite. Ce traitement nécessite donc un suivi biologique et tensionnel réguliers.

II-9-3-3) Les autres immunosuppresseurs

L'azathioprine, le mycophénolate mofétil et le méthotrexate peuvent être utilisés mais de façon plus rare. Il n'y a pas d'études randomisées, ni d'AMM qui démontrent leur efficacité et leur tolérance dans l'ECM.

II-10) L'éducation thérapeutique dans le service d'allergologie au CHU de NANTES

II-10-1) Définition de l'ETP

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle se caractérise par un transfert planifié des compétences du soignant vers le patient. La prise en charge est pluridisciplinaire, et consiste à améliorer la qualité de vie du patient. L'éducation thérapeutique vise à rendre le patient atteint de maladie chronique plus autonome, par l'appropriation de nouvelles connaissances et de compétences. Le patient devient acteur de sa prise en charge, et les soignants sont seulement des accompagnateurs.

L'objectif principal de l'ETP, est l'amélioration et le maintien de la qualité de vie du patient.

Un programme d'ETP, correspond à un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par les différents professionnels de santé. L'éducation thérapeutique implique des activités d'apprentissage, d'information, de sensibilisation et de soutien psychologique.

La loi HPST du Code De La Santé Publique, mise en place le 21 juillet 2009, a permis de donner un cadre législatif à l'éducation thérapeutique du patient (Article L1161-1). Le contenu du programme d'ETP est contrôlé par le ministère de la Santé. Sa mise en œuvre est autorisée localement par l'Agence Régionale de la Santé.

L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'au moins 40h théorique et pratique.

II-10-2) La démarche éducative

Cette démarche se déroule en quatre étapes :

- Diagnostic éducatif (ce que le patient sait, fait, ressent, a, croit, ses projets).
- Alliance thérapeutique (définition des objectifs pédagogiques avec le patient).
- Séance d'ETP (mise en œuvre des séances d'apprentissage).
- Evaluation des compétences acquises par le patient.

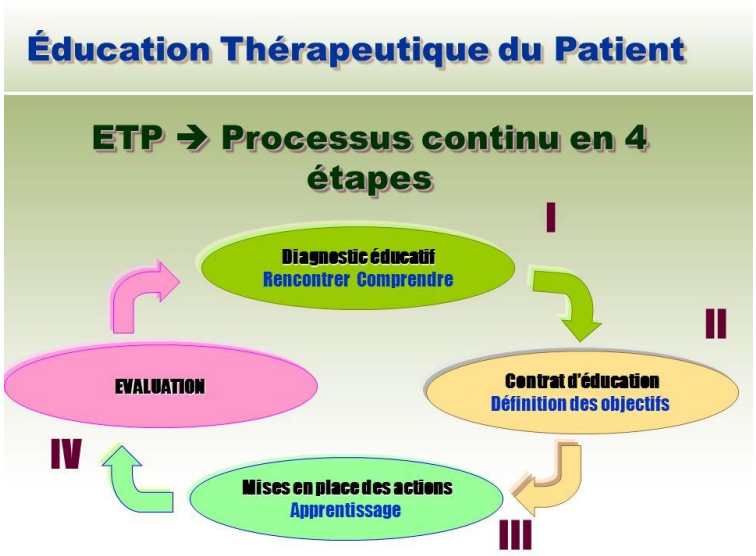


Figure 20 : Démarche éducative.

II-10-3) L'intérêt de l'ETP dans la dermite des mains

L'ETP reste une approche récente dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Son efficacité a été démontrée dans l'asthme et le diabète.

En dermatologie, l'ETP prend son essor depuis une dizaine d'années mais reste limitée à certains centres. L'ETP a émergé dans la prise en charge de la dermatite atopique, avec « l'Ecole de l'Atopie ». Quelques centres ont publié leurs données sur l'évaluation de leur programme d'éducation dans la dermatite atopique. Les études de Chavigny et *al* au CHU de Nantes ont montré l'intérêt des programmes d'ETP dans la dermatite atopique, avec une amélioration du SCORAD chez 92% des patients. (49)

Concernant le psoriasis, il existe également un référentiel d'éducation thérapeutique en France élaboré par un groupe de professionnels pluridisciplinaires. (50) Une étude française randomisée est actuellement en cours, afin d'évaluer l'efficacité de ce programme d'éducation thérapeutique.

La dermite des mains est une pathologie multifactorielle, combinant des facteurs extrinsèques et intrinsèques. Elle nécessite une prise en charge thérapeutique globale afin de limiter son impact sur la qualité de vie ainsi que sur le retentissement socio-économique. De plus l'observance des traitements et l'éviction aux facteurs aggravants sont très difficiles pour les patients. C'est pourquoi, un référentiel d'éducation thérapeutique a été instauré en France en 2013 par Pauline Gelot et *al* (51) afin de faciliter l'adhérence thérapeutique et l'amélioration de qualité de vie du patient atteint d'ECM.

II-10-4) Le centre expert du CHU de Nantes

Le centre expert dermite des mains a été instauré en septembre 2011, et est composé d'une équipe spécialisée de dermato-allergologues, d'infirmières, d'une psychologue et d'interne en allergologie.

II-10-5) Déroulement de l'ETP depuis Juin 2013

II-10-5-1) La première consultation

Le premier contact avec le patient se fait lors de la consultation spécialisée. Le médecin dermato-allergologue est accompagné d'une infirmière spécialisée en dermite des mains, et de l'interne en allergologie. Cette première consultation permet de confirmer le diagnostic d'eczéma chronique des mains. Un interrogatoire précis est réalisé (diagnostic éducatif), avec l'aide de la fiche de recueil des pratiques (Annexe 1) afin de déterminer les facteurs aggravants l'ECM. Le médecin peut ensuite programmer un bilan allergologique si nécessaire (patch-tests +/- prick-tests). Un traitement est prescrit associé aux informations générales sur les méthodes de protection.

Le soignant formule des objectifs à atteindre, conjointement avec le patient. Cela constitue l'alliance thérapeutique. Cet accord comprend des compétences de connaissances, de savoir faire et de savoir être. (Annexe 2)

Le médecin peut également proposer au patient d'assister à des séances collectives d'ETP afin de développer ses compétences sur son ECM.

II-10-5-2) Les ateliers collectifs d'ETP

A partir de septembre 2011, des ateliers d'ETP sur la dermite des mains ont été mis en place au sein de « l'Ecole de l'Atopie ». Ces ateliers collectifs ont lieu tous les deux mois, le vendredi après-midi de 14H30 à 17h30 et sont animés par deux ou trois soignants (médecin et infirmière).

Le premier atelier est divisé en trois parties : (Annexe 3)

- 1) « qu'est ce qui se passe dans la peau ? » : description des mains pendant et en dehors de la poussée, par la méthode du brainstorming.
- 2) « Qu'est ce qui abîme ? » : les patients décrivent individuellement sur un post-it les facteurs aggravants potentiels de leur maladie, puis suit une mise en commun et une discussion avec le médecin expert.
- 3) « Comment agir ? » :

a) Protéger (Apprentissage d'une méthode de lavage doux des mains et explication sur les différents types de gants)

b) Traiter (utilisation des différents traitements en fonction des lésions, la quantité appliquée… discussion autour de la corticophobie !)

Un deuxième atelier collectif peut être proposé, et porte sur le « vécu et le ressenti » du patient. (Annexe 4) Cette séance facultative permet au patient de revenir sur ses compétences acquises lors de la séance précédente ainsi que la difficulté rencontrée au quotidien. Il a lieu dans les trois à six semaines suivant le premier atelier.

II-10-5-3) Evaluation à 3 mois

Le patient vient en consultation de synthèse suite au programme d'ETP, et doit répondre au même questionnaire de recueil des pratiques qu'à la première consultation. (Guide des pratiques : Annexe 1)

On évalue l'état cutané, la qualité de vie et les modifications de pratique suite à l ETP.

II-10-5-4) Evaluation à 12 mois

L'évaluation médicale se termine par une consultation finale, avec synthèse des compétences acquises, et remplissage du même questionnaire d'évaluation par le patient. (Annexe 1)

III) Etude rétrospective sur l'ECM dans le service d'allergologie

III-1) Présentation du service

La plate forme d'allergologie est un service qui se situe au premier étage de l'hôtel Dieu. Cette plate forme a été crée en 2010 afin de répondre aux attentes des patients et des allergologues de ville. Ce site est rattaché au pôle pneumologie de l'hôpital Guillaume René Laennec.

L'équipe est composée d'allergologues, de dermatologues, d'IDE et d'un agent administratif.

Les activités de ce service sont très diverses et comportent les tests cutanés (patch-tests, prick-tests et IDR) ainsi que de nombreuses consultations d'allergologie générale et de dermite des mains.

III-2) Présentation et objectifs de l'étude

La première étape de cette étude était de préciser le profil des patients venus pour une consultation spécialisée « dermite des mains », selon plusieurs critères (âge, sexe, données sociales et professionnelles, de préciser le type d'ECM, les causes retrouvées, les facteurs aggravants et les traitements.

Dans un deuxième temps en analysant les résultats du questionnaire de recueil des pratiques, nous avons travaillé sur le rôle possible du pharmacien dans l'ETP du patient souffrant d'ECM.

Le questionnaire de recueil des pratiques a été utilisé à partir de Juin 2013. C'est pourquoi cette date a été retenue pour le départ de l'étude.

J'ai recensé les cas de patients venus en consultation « première fois » à partir de Juin 2013 allant jusqu'à fin Mars 2014 ; ainsi que tous les suivis de ces patients jusqu'à début Juin 2014.

Nous avons réalisé deux tableaux afin de recueillir le plus d'informations possibles sur les patients. Tout d'abord un concernant l'histoire de leur maladie et leur prise en charge globale. Le second portant sur les gestes délétères au quotidien, rempli grâce au guide de recueil des pratiques.

III-3) Résultats fournis par les tableaux « critères étudiés » et « guide des pratiques »

III-3-1) Facteurs d'inclusion de l'étude

III-3-1-1) La présence à la première consultation au CHU

63 patients avaient un rendez vous, **12** ne sont pas venus. Ce qui donne un taux d'absentéisme de **19,05%** et **80,95%** de présence.

51 patients sont venus, leurs dossiers ont pu être analysés pour la suite de l'étude.

III-3-1-2) Diagnostic différentiel : cas de psoriasis

Sur **51** patients venus lors de la première consultation, **5 (9,80%)** présentaient en fait un psoriasis, que l'on élimine pour la suite de cette étude, et donc **46 (90,20%)** patients touchés par un véritable ECM.

III-3-2) La présentation du patient

III-3-2-1) Le sexe

Parmi les 46 patients atteints d'ECM, on recense **20** hommes (**43,48%)** et **26** femmes (**56,52%).**

III-3-2-2) L'âge le jour de la première consultation au CHU

Sur **46** patients :

0-18 ans : **5** cas (**10,87%)**

18-30 ans : **15** cas (**32,61%)**

30-60 ans : **24** cas (**52,17%)**

60-80 ans : **1** cas (**2,17%)**

Supérieur à 80 ans : **1** cas (**2,17%)**

MOYENNE D'AGE : 35,65 ans

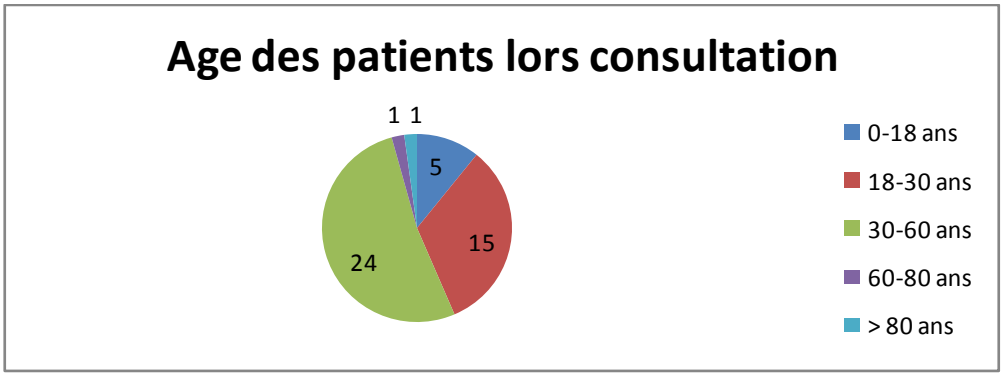


Figure 21 : Age des patients lors de leur venue au CHU en nombre de cas.

III-3-3-3) La situation familiale

Maritale :

23 patients sur 46 sont mariés ou vivent en couple : **50%.**

14 patients sur 46 ne vivent pas en couple : **30,43%.**

Pas d'informations à ce sujet pour **9** patients : **19,56%.**

Enfants :

21 patients sur 46 (45,65%) ont des enfants dont :

Enfant <= 3 ans : 9/46 =>**19,57%**

Enfant > 3 ans : 18/46 =>**39,13%**

6 patients ont des enfants des deux catégories d'âge.

III-3-3-4) La situation professionnelle

Période d'activité professionnelle de 18 à 60 ans : **84,78 %** des patients dans cette étude.

Sur **46** réponses :

- Coiffure : **2** cas. (4,35%)
- Médical (aide soignante, dentiste, infirmier) : **7** cas. (15,22%)
- Alimentaire (boulanger, vendeur, traiteur, restauration) : **6** cas. (13,04%)
- Entretien (ménage, aide à domicile) : **2** cas. (4,35%)
- Bâtiment (peintre, travaux publics) : **2** cas. (4,35%)
- Mécanique (plombier, fraiseur, intérimaire) : **3** cas. (6,52%)
- Autres : **24** cas. (52,17%)
    - Administratif (secrétaire, postier, architecte, électricien en bureau, juriste) : **8** cas. (8/24 : 33,33%)
    - Esthétique : **1** cas. (4,17%)

- Vendeur de vêtements : **2** cas. (8,33%)
- Exploitant agricole : **1** cas. (4,17%)
- Gendarme : **1** cas. (4,17%)
- Garde d'enfants : **1** cas. (4,17%)
- Sans emploi : **2** cas. (8,33%)
- Non concerné (enfant, étudiant, CAT, retraité) : **8** cas. (33,33%)

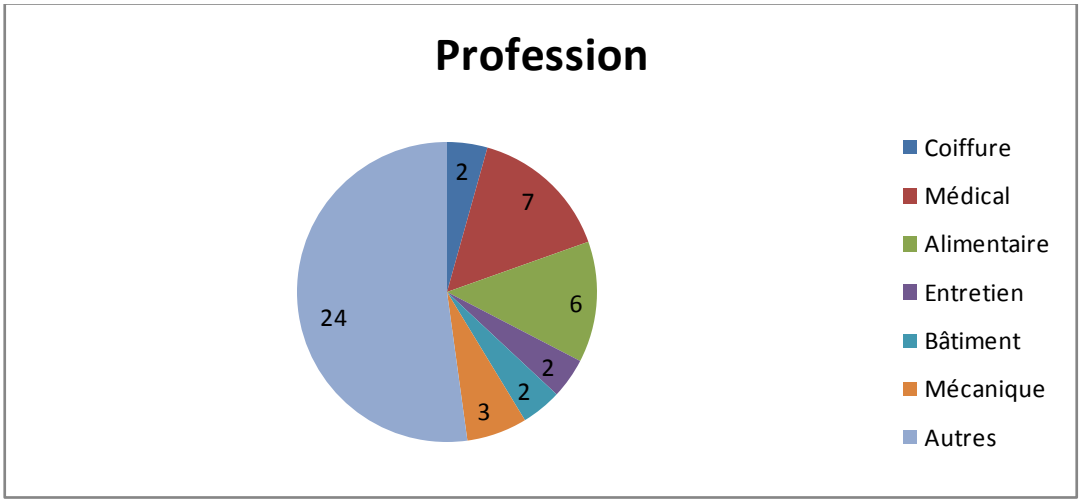


Figure 22 : Profession des patients en nombre de cas.

III-3-3) Caractérisation de l'ECM

III-3-3-1) Age des patients lors du début de l'ECM et durée d'évolution des lésions avant le premier rendez-vous au CHU

Age des patients lors de la survenue de l'ECM :

Parmi les **46** cas, nous avons **40** patients avec un âge de début assez précis, et **6** patients avec un âge peu précis (depuis X années ou depuis l'enfance) pour l'apparition de l'ECM.

Parmi les 40 cas précis :

0-18 ans : 4 cas. (10%)

18-30 ans : 19 cas. (47,5%)

30-60 ans : 15 cas. (37,5%)

60-80 ans : 2 cas. (5%)

La moyenne est de **31,25** ans.

Dans ces 40 cas, 22 femmes et 18 hommes :

Moyenne d'âge de début pour les femmes : 27,68 ans.

Moyenne d'âge de début pour les hommes : 35,61 ans.

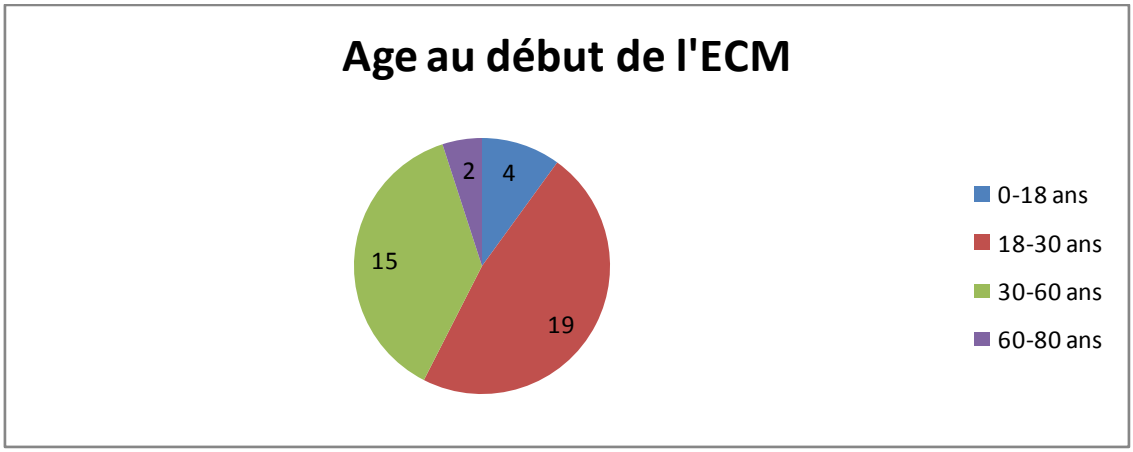


Figure 23 : Age du début de l'ECM en nombre de cas.

Durée des lésions avant la consultation au CHU :

Sur **46** patients, il y a **6** patients avec une durée peu précise « **X années** », ou depuis enfance. Pour les 40 autres, on retrouve une moyenne de **4,46** ans comprenant des valeurs allant de 1 mois à 20 ans.

III-3-3-2) Formes des lésions lors de la consultation

Obtention de **50** réponses, car 4 patients en cumulent 2 (chronique-pulpite), dont :

- Aigu vésiculeux : **15** cas (30%)
- Dyshidrose : **10** cas (20%)
- Chronique fissuraire : **13** cas (26%)
- Hyperkératosique avec rhagades : **4** cas (8%)
- Pulpite : **6** cas (12%)
- Nummulaire : **2** cas (4%)

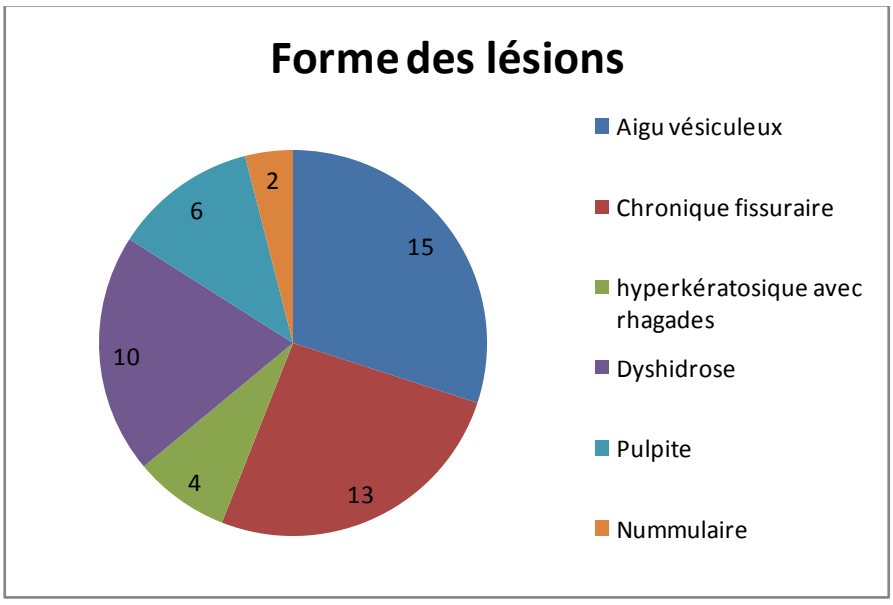


Figure 24 : Forme des lésions d'ECM en nombre de cas.

III-3-3-2) Localisation de l'ECM

Sur 46 patients : **39** localisations précises, et 7 peu précises (non précisé ou simplement décrite par dyshidrose dans les comptes rendus)

On a obtenu 56 réponses, car l'ECM peut toucher plusieurs zones de la main.

Paume de la main (en comptant éminence thénar): 17 cas. => 17/56 : **30,36%.**

Dos de la main : 15 cas. =>**26,79%.**

Doigts (en comptant espaces interdigitaux, extrémité des doigts) : 18 cas. =>**32,14%.**

Pulpe : 6 cas. => **10,71%.**

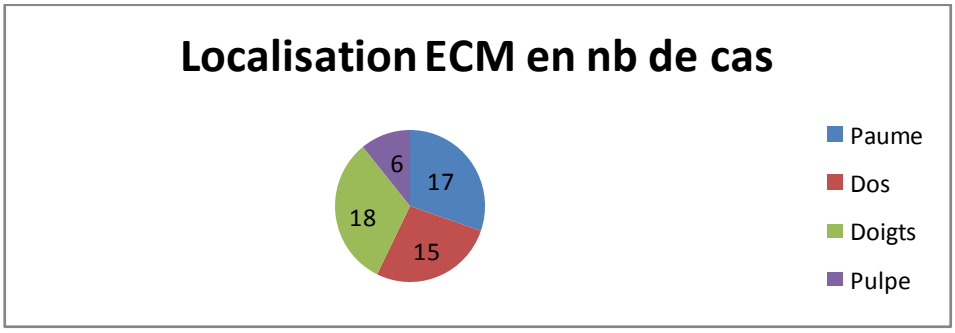


Figure 25 : Localisation de l'ECM en nombre de cas.

2 mains atteintes : 29 cas sur 39 réponses précises : **74,36%.**

III-3-3-4) Etiologie des lésions

Sur **46** cas : en sachant qu'un patient peut cumuler plusieurs étiologies on a obtenu 62 réponses :

- Irritative : **27** cas. =>**43,55%**
- Contact : **15** cas sûr et (5 en attente). =>**24,19%**
- DA : **16** cas. =>**25,81%**
- Dermite de contact aux protéines: **1** cas. =>**1,61%**
- Inconnu : **3** cas. =>**4,84%**

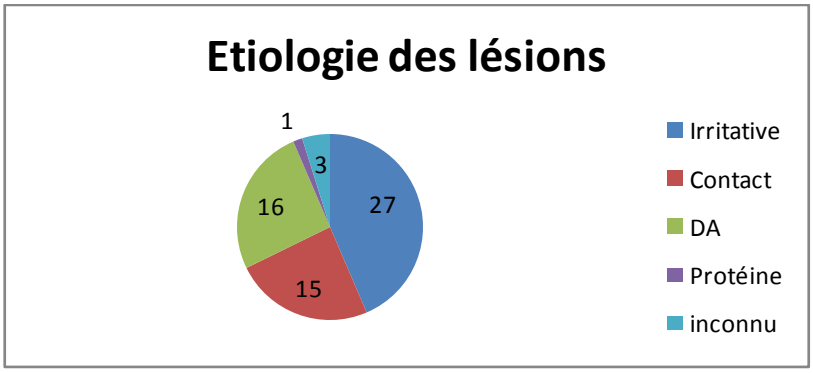


Figure 26 : Etiologie des lésions en nombre de cas.

14 patients cumulaient différentes étiologies = > 30,43 % du total de patients, dont :

- ➔ 4 cas contact-DA
- ➔ 2 cas irritative-contact
- ➔ 1 cas contact-protéine
- ➔ 3 cas irritative-contact-DA
- ➔ 4 cas irritative-DA

III-3-4) Paramètres médicaux

III-3-4-1) Autres pathologies chez ces patients atteints d'ECM

DA sur le corps **: 13/46 => 28,26%**

Lichen **: 1** cas.

Ictyose **: 1** cas.

Psoriasis sur le corps **: 1** cas (coude)

III-3-4-2) Pieds atteints

Sur 46 résultats : **8** cas. =>**17,39%.**

III-3-4-3) Antécédents personnels d'atopie

Sur 46 résultats : **23** cas atopiques (50%) et **23** cas non atopiques (50%)

III-3-4-4) Antécédents familiaux d'atopie

Sur 46 résultats : oui : **12** cas (26,09%)/ non : **34** cas (73,91%)

III-3-5) Etude du guide de recueil des pratiques

III-3-5-1) Le lavage des mains

Le nombre de lavage par jour :

A cette question, **37** patients ont répondu, dont 1 deux fois. (38 réponses)

- < 5 fois par jour : **3**/38 : **7,89%.**
- 5-10 fois par jour : **21**/38 : **55,26%.**
- 10-20 fois par jour : **5**/38 : **13,16%.**
- > 20 fois par jour : **9**/38 : **23,68%.**

La patiente qui a répondu deux fois : 5-10 au travail/>20 à la maison

Parmi les patients se lavant les mains plus de 20 fois par jour, une patiente a précisé qu'elle avait de jeunes enfants.

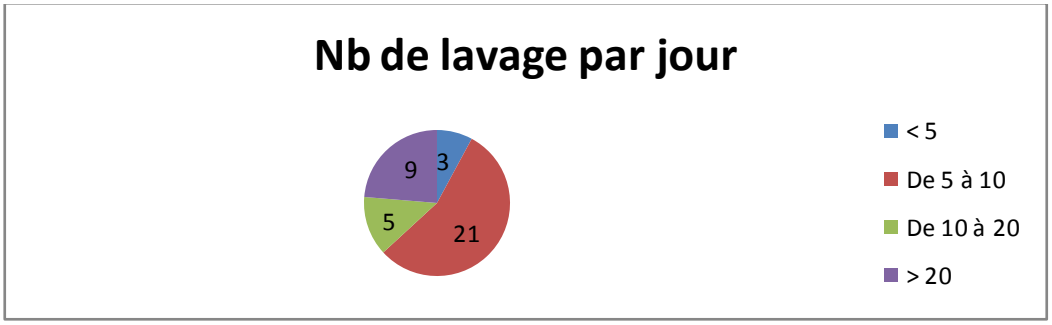


Figure 27 : Nombre de lavage des mains par jour en nombre de cas.

La température de l'eau lors du lavage de mains :

Sur **36** réponses : dont un patient a répondu 2 fois (tiède-chaud)

- Froide : **16**/36 : **44,44%.**
- Tiède : **15**/36 : **41,67%.**
- Chaude : **5**/36 : **13,89%.**

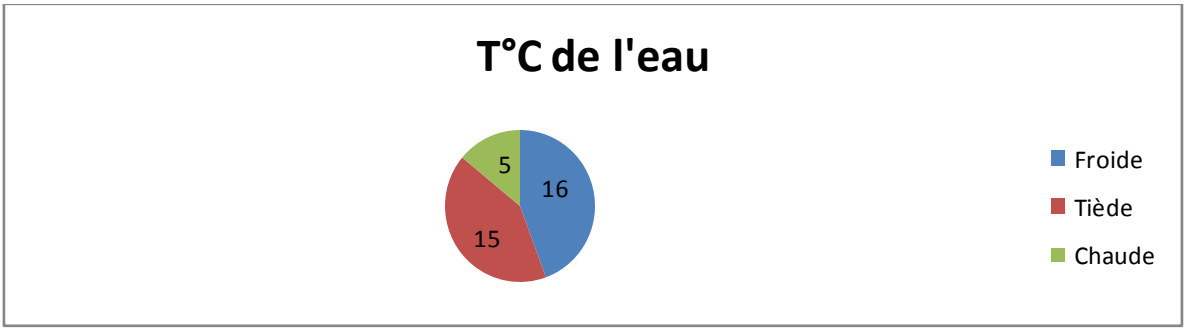


Figure 28 : Température de l'eau utilisée lors du lavage de mains en nombre de cas.

Les produits utilisés lors du lavage de mains :

A cette question, obtention de **53** réponses :

- Eau seule : **6**/53 : **11,32%.**
- Eau + savon : **33**/53 : **62,26%.**
- Liquide vaisselle : **10**/53 : **18,87%.**
- Shampoing : **3**/53 : **5,66%.**
- Solvant : **1**/53 : **1,89%.**

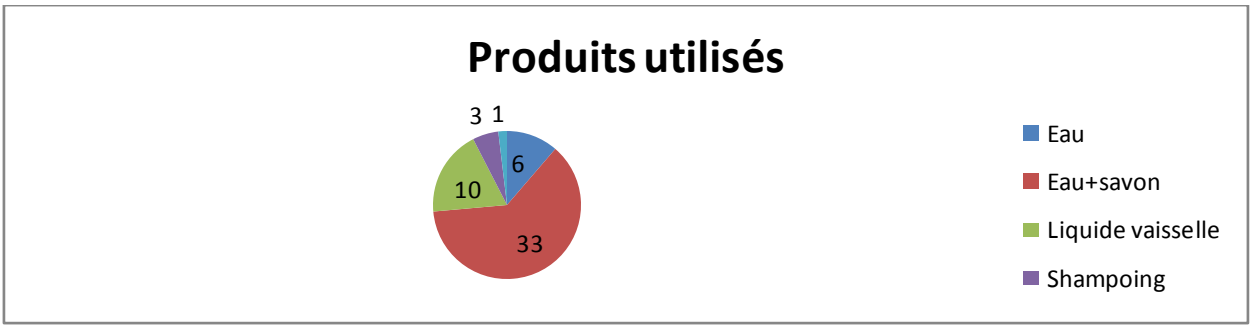


Figure 29 : Produits utilisés pour le lavage des mains en nombre de cas.

Dans les savons utilisés avant la première consultation, on retrouve quand cela est précisé : (en sachant que certains patients en utilisent plusieurs)

- Dove : 7 cas.
- Petit marseillais : 9 cas.
- Persavon : 1 cas.
- Aderma : 2 cas.
- Avène : 1 cas.
- Atoderm PP : 2 cas.
- Palmolive : 2 cas.
- Sanex : 1 cas.
- Savon pour enfant : 1 cas.

Utilisation de SHA :

Sur **35** réponses :

- Oui : **10**/35 : **28,57%.**
- Non : **25**/35 : **71,43%.**

Utilisation de lingettes :

Sur **35** réponses :

- Oui : **3**/35 : **8,57%.**
- Non : **32**/35 : **91,43%.**

Présence de lave vaisselle au domicile :

Sur **33** réponses :

- Oui : **25**/33 : **75,76%.**
- Non : **8**/33 : **24,24%.**

III-3-5-2) Le séchage des mains

La fréquence du séchage des mains :

Sur **33** réponses :

- Jamais : **1**/33 : **3,03%.**
- Parfois : **2**/33 : **6,06%.**
- Toujours : **30**/33 : **90,91%.**

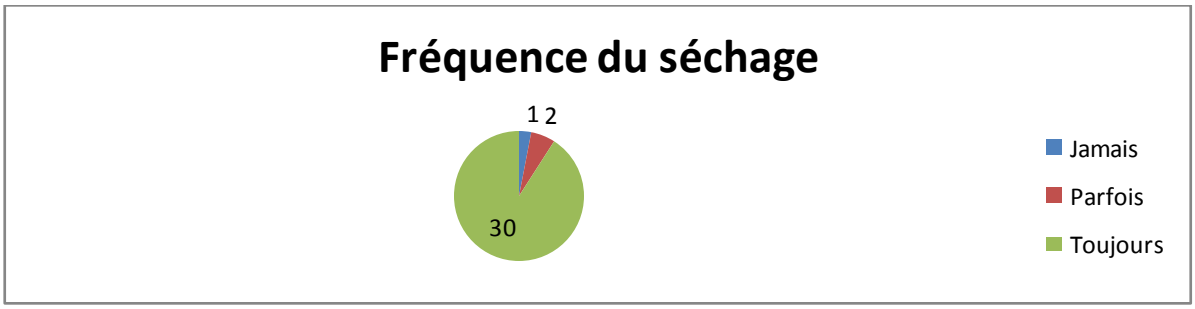


Figure 30 : Fréquence du séchage des mains en nombre de cas.

La méthode de séchage des mains :

Sur **46** réponses, en sachant que certains patients utilisent les différentes méthodes :

- Frottement : **24**/46 : **52,17%.**
- Tamponnement : **15**/46 : **32,61%.**
- Air : **7**/46 : **15,22%.**

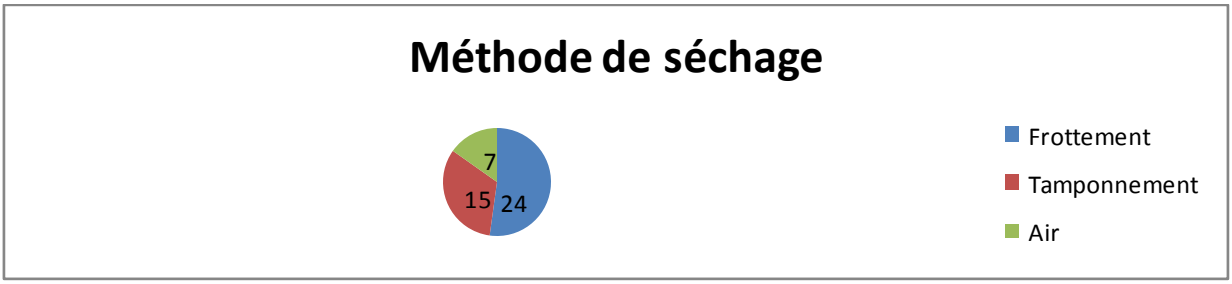


Figure 31 : Méthode de séchage utilisée en nombre de cas.

Persistance des mains humides après le séchage ?

Sur **35** réponses :

- Oui : **12**/35 : **34,29%.**
- Non : **23**/35 : **65,71%.**

III-3-5-3) Le port de gants

La fréquence du port de gant :

Au travail sur **39** réponses :

- Oui : **26**/39 : **66,67%.**
- Non : **5**/39 : **12,82%.**
- Non concerné **: 8**/39 : **20,51%.**

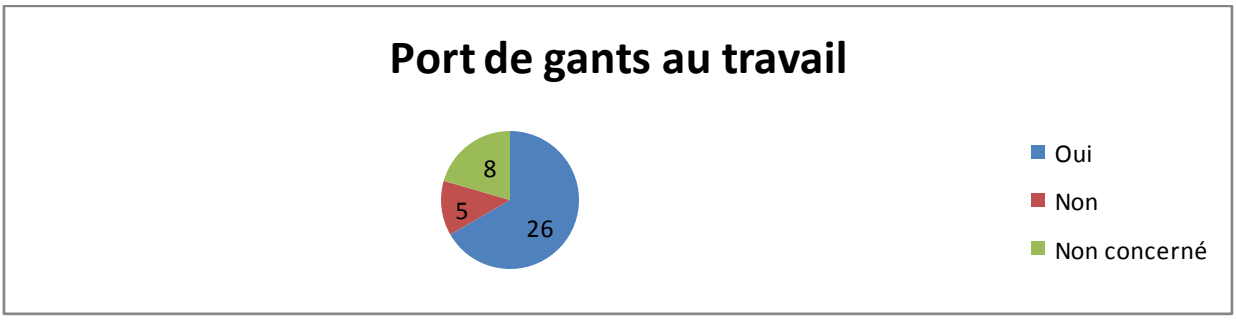


Figure 32 : Port de gants au travail.

Parmi les **26** réponses positives :

- Toujours : **11**/26 : **42,31%.**
- Souvent : **7**/26 : **26,92%.**
- Quelques fois : **3**/26 : **11,54%.**
- Rare : **1**/26 : **3,85%.**
- Non précisé : **4**/26 : **15,38%.**

A la maison parmi **37** réponses :

- Oui : **23**/37 : **62,16%.**
- Non : **10**/37 : **27,03%.**
- Non concerné : **4**/37 : **10,81%.**

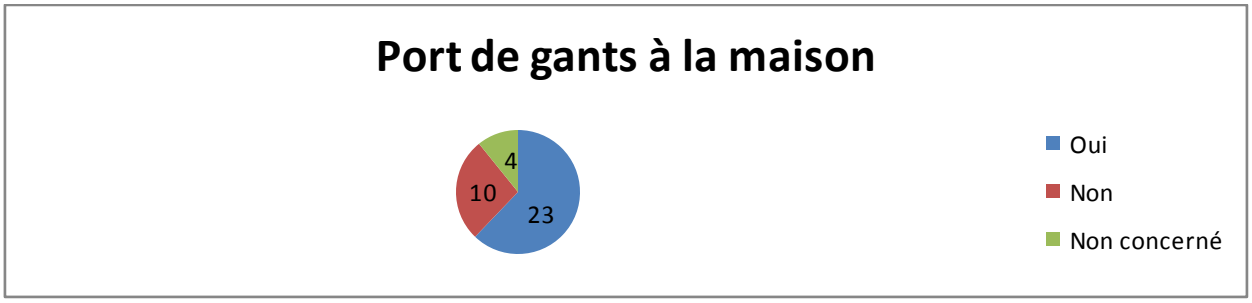


Figure 33 : Port de gants à la maison.

Parmi les **23** réponses positives :

- Toujours : **5**/23 : **21,74%.**
- Souvent : **2**/23 : **8,70%.**
- Quelques fois : **9**/23 : **39,13%.**
- Rare : **5**/23 : **21,74%.**
- Non précisé : **2**/23 : **8,70%.**

Pour les loisirs parmi les **36** réponses :

- Oui : **22**/36 : **61,11%.**
- Non : **9**/36 : **25%.**
- Non concerné : **5**/36 : **13,89%.**

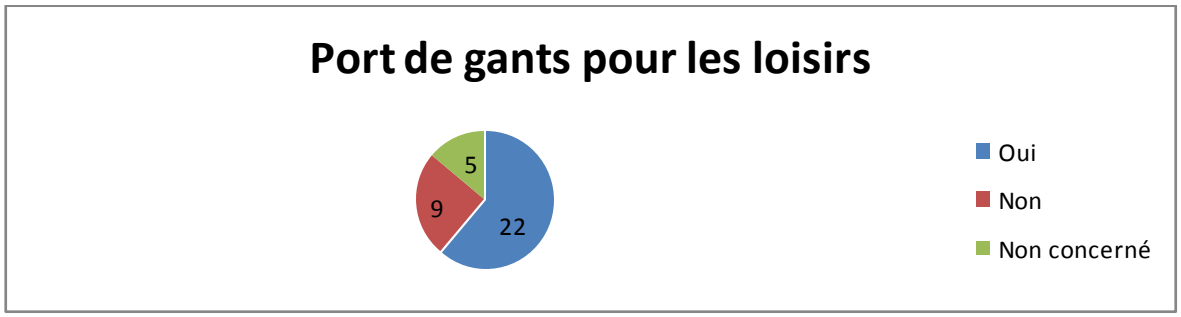


Figure 34 : Port de gants pour les loisirs.

Parmi les **22** réponses positives :

- Toujours : **8**/22 : **36,36%.**
- Souvent : **4**/22 : **18,18%.**
- Quelques fois : **5**/22 : **22,73%.**
- Rare : **4**/22 : **18,18%.**
- Non précisé : **1**/22 : **4,55%.**

Le type de gants utilisés :

Sur **61** réponses, avec possibilité de plusieurs réponses par les patients :

- Latex : **21**/61 : **34,43%.**
- Vinyle : **13**/61 : **21,31%.**

- Nitrile : **9**/61 : **14,75%.**
- Néoprène : **0**/61 : **0%.**
- Coton : **8**/61 : **13,11%.**
- Cuir : **2**/61 : **3,28%.**
- Autres : **8**/61 : **13,11%.** => Textile enduit : 6 cas/ vinyle non poudré : 1 cas/ HypoA : 1 cas.

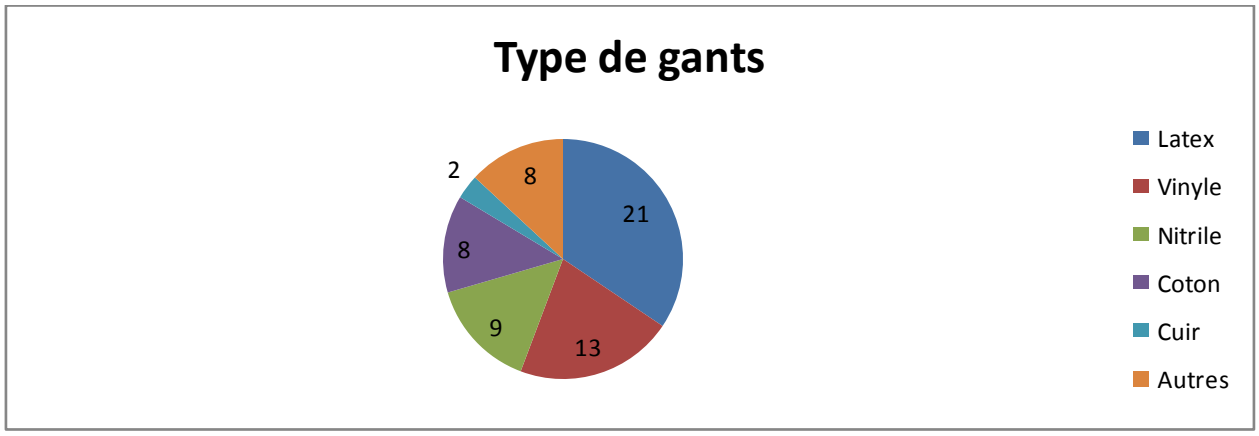


Figure 35 : Type de gants portés par les patients dans l'ensemble des activités.

Au travail on dénombre :

- Latex : 10 cas.
- Vinyle : 7 cas.
- Nitrile : 7 cas.
- Coton : 6 cas.
- Cuir : 1 cas.
- Vinyle non poudré : 1 cas.
- Hypoallergénique : 1 cas.
- Textile enduit : 3 cas.

A la maison on dénombre :

- Latex : 13 cas.
- Vinyle : 6 cas.
- Nitrile : 2 cas.
- Coton : 2 cas.
- Vinyle non poudré : 1 cas.

Pour les loisirs on dénombre :

- Latex : 7 cas.
- Vinyle : 3 cas.
- Nitrile : 1 cas.
- Coton : 3 cas.
- Cuir : 2 cas.

- Vinyle non poudré : 1 cas.
- Textile enduit : 3 cas.

La durée d'utilisation des gants :

Sur **49** réponses, la durée d'utilisation concernant les gants dans les différentes tâches proposées (en globalité) :

- <= 10 min : **12**/49 : **24,49%.**
- 10-30 min : **16**/49 : **32,65%.**
- 30-120 min : **17**/49 : **34,70%.**
- >= 120 min : **7**/49 : **14,29%.**

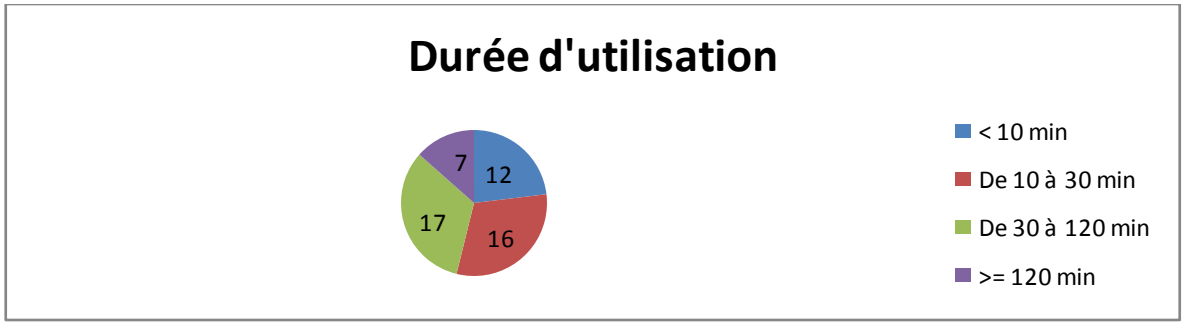


Figure 36 : Durée d'utilisation des gants dans l'ensemble des activités.

Au travail la durée représente :

- <= 10 min : 7 cas.
- 10-30 min : 6 cas.
- 30-120 min : 6 cas.
- >= 120 min : 6 cas.

A la maison la durée représente :

- <= 10 min : 9 cas.
- 10-30 min : 7 cas.
- 30-120 min : 4 cas.
- >= 120 min : 1 cas.

Pour les loisirs la durée représente :

- <= 10 min : 3 cas.
- 10-30 min : 4 cas.
- 30-120 min : 6 cas.
- >= 120 min : 3 cas.

III-3-5-4) L'observance des traitements locaux avant la première consultation

La fréquence d'application des dermocorticoïdes :

Sur **34** patients :

- Jamais : **7**/34 : **20,59%.**
- Souvent : **10**/34 : **29,41%.**
- Journalier : **13**/34 : **38,28%.**
- Autre : **4**/34 : **11,76%.** => Rarement : 2 cas.
  => Un arrêt il y a peu de temps.
  => Une patiente qui a fait une cure de deux mois puis arrêt.

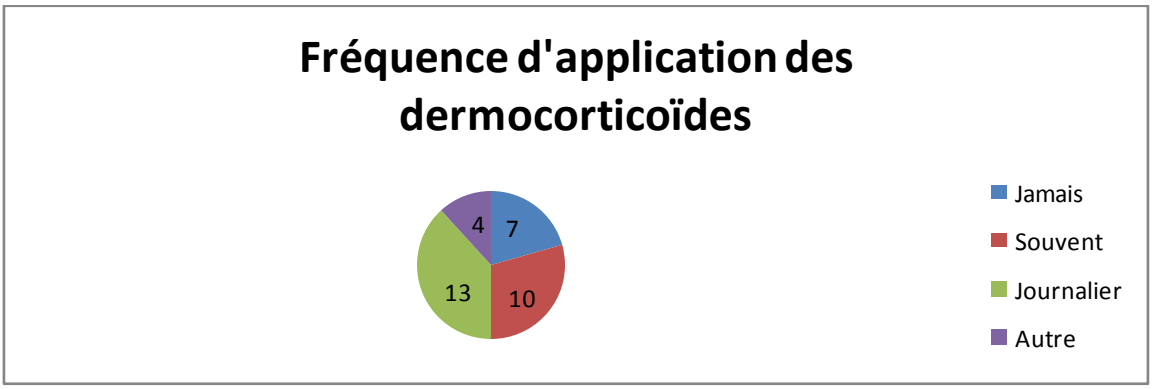


Figure 37 : Fréquence d'application des dermocorticoïdes.

Lorsque les patients ont précisé la molécule, on retrouve :

- Diprosone : 10 cas.
- Betneval : 1 cas.
- Diprolène : 3 cas ;
- Dermoval : 4 cas.
- Flixovate : 1 cas.
- Nérisone : 1 cas.
- Daivobet : 1 cas.

La durée d'un tube de dermocorticoïde :

Sur **24** réponses :

- 1 semaine : **4**/24 : **16,67%.**
- 1-4 semaines : **10**/24 : **41,67%.**
- > 4 semaines : **10**/24 : **41,67%.** (dont une personne > 6 mois !)

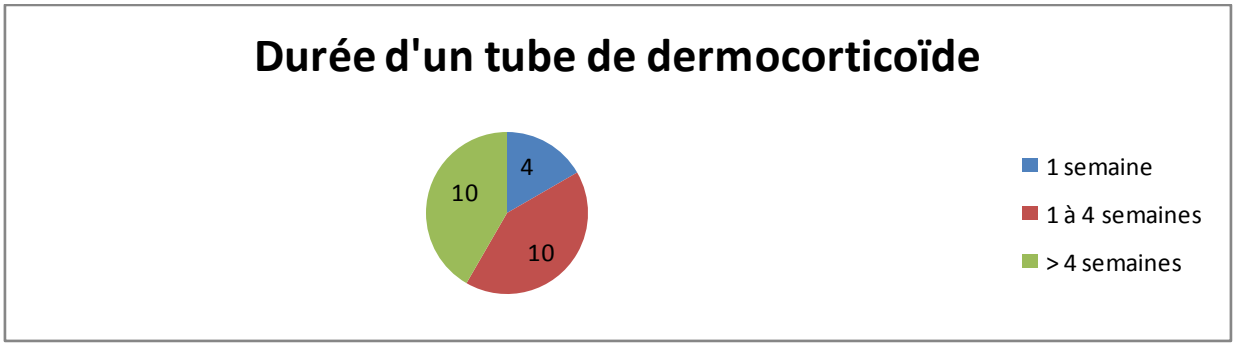


Figure 38 : Durée d'un tube de dermocorticoïde.

L'application de crème hydratante :

Sur **32** réponses :

- Jamais : **3**/32 : **9,37%.**
- Rarement : **3**/32 : **9,37%.**
- Souvent : **11**/32 : **34,37%.**
- Très souvent : **15**/32 : **46,87%.**

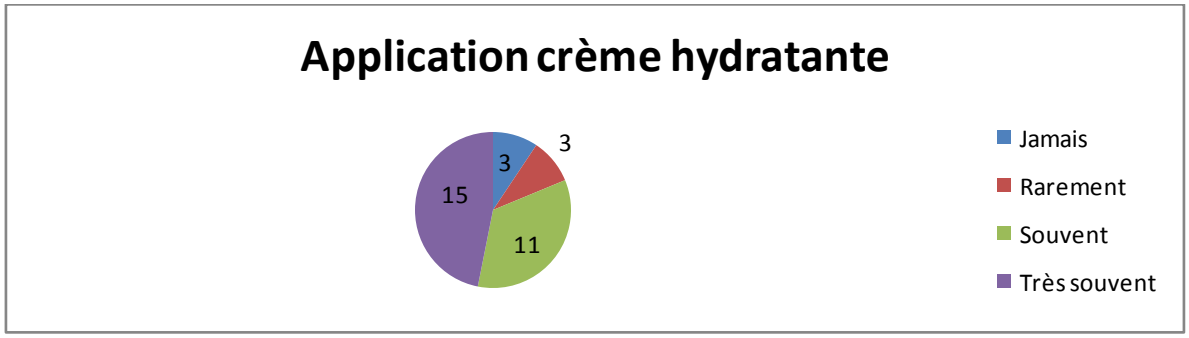


Figure 39 : Fréquence d'application de crème hydratante.

Parmi ces réponses, il n'y a que **21** précisions quand à leur nom :

- Dexeryl : 5 cas.
- Occitane : 1 cas.
- Mixa : 2 cas.
- Nivéa : 2 cas.
- Dove : 1 cas.
- Neutrogena : 1 cas.
- Ictyane : 1 cas.
- Bariéderm : 2 cas.
- Bi oil : 1 cas.
- Eucérin : 1 cas.
- Dermalibour (aderma) : 2 cas.
- Idelt : 1 cas.
- Lamiderm : 1 cas.

III-3-5-5) Les gestes délétères (« que faites-vous lors de démangeaisons ? »)

A cette question, **85** réponses ont été données :

- Application d'eau : **18**/85 (**21,18%),** dont **5** patients appliquent de l'eau chaude et **13** de l'eau froide.
- Arracher les peaux mortes : **14**/85 : **16,47%.**
- Se frotter les mains : **23**/85 : **27,06%.**
- Appliquer une crème (corticoïde ou hydratante) : **25**/85 : **29,41%.** Lors de précisions : 5 cas qui utilisent des dermocorticoïdes, et 8 cas des crèmes hydratantes.
- Prendre un comprimé (anti-h1) : **1**/85 : **1,18%.**
- Autres : **4**/85 : **4,71%.** Dont : - Pansement : 1 cas / Glycérine : 1 cas / gant : 2 cas.

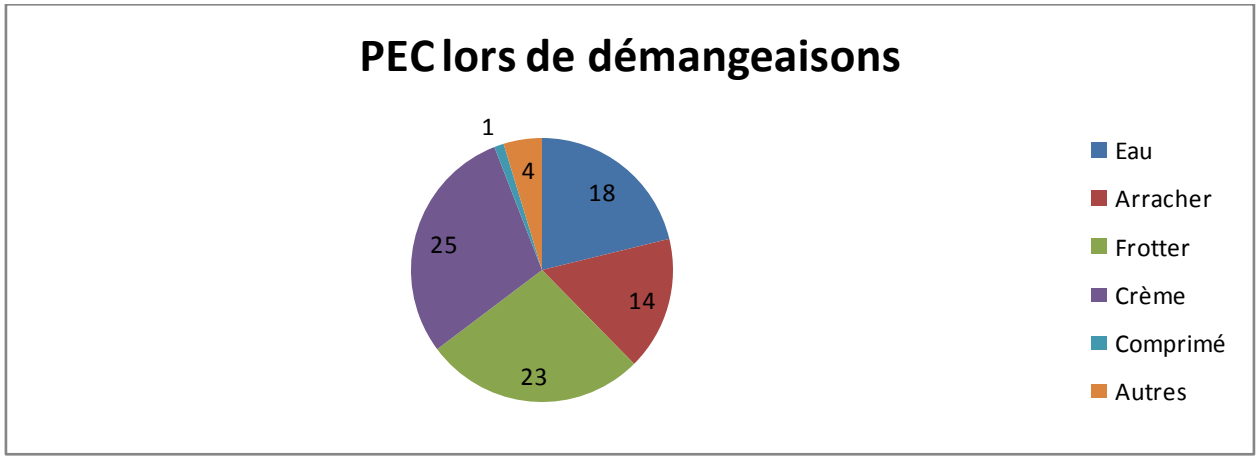


Figure 40 : Conduite des patients lors de démangeaisons.

III-3-5-6) Evaluation du retentissement de l'ECM sur la qualité de vie (DLQI)

Il y avait de nombreuses données manquantes.

Lors de la première consultation, récupération de 23 DLQI pour 46 patients. (50%)

Les DLQI allaient de 0 à 21/30, avec une moyenne de 6,26/30.

III-3-6) Prise en charge thérapeutique mise en place au CHU

III-3-6-1) Réalisation des tests cutanés

En ce qui concerne la pratique des *patch-tests* :

Oui : **27** cas sur 46. (58,70%) dont **18** se sont révélés au moins positif à un allergène. (66,67%)

Non : **19** cas sur 46. (41,30%)

En ce qui concerne les *prick-tests* :

Seulement **6** patients sur 46 ont été testés (13,04%), et chez **3** patients, ils se sont révélés positifs pour un allergène (50%), **1** seul avait un test pertinent concernant son ECM,

III-3-6-2) Les principaux allergènes incriminés

Parmi les **18** patients pour lesquels les *patch-tests* étaient positifs, voici les résultats en sachant que les patients peuvent cumuler différents allergènes :

Métaux :

- Nickel : 7 cas. (38,89%)
- Chrome : 6 cas.
- Cobalt : 2 cas.
- Chlorure de fer (iron chloride) : 1 cas.

Biocides : (conservateurs)

- Chlorure de benzalkonium : 3 cas.
- Méthyllisothiazolinone : 2 cas dont 1 => lingette MIXA.
- Méthyldibromoglutaronitrile : 2 cas.
- Diaminodiphénylméthane : 1 cas.
- Clioquinol (antiseptique) : 1 cas.
- Acide sorbique (additif antifongique) : 1 cas.
- Thiosulfate de sodium (neutralise l'effet des biocides) : 1 cas.

Colorants capillaires :

- Ammonium persulfate (mèche) : 1 cas. => Coiffeuse.
- Paraphénylènediamine : 2 cas.

Tensioactifs :

- Cocamidopropylbétaïne (amphotère) : 3 cas.
- Lauryl glucoside : 1 cas.
- Savon d'alep (huile végétale d'olive et de laurier, soude végétale) : 1 cas.
- Liquide vaisselle : 1 cas.

Parfums :

- Fragrance MIX 1 (cinnamaldéhyde, eugénol, géraniol…) : 2 cas.
- Fragrance MIX 2 : complément du premier (citral, lyral, citronellol…) : 3 cas.

Accélérateurs de vulcanisation (industrie de fabrication du caoutchouc, industrie de l'automobile…) :

- Thiuram mix : 1 cas.
-

Propylène Glycol (hydratant) : 1 cas.

Gallate d'octyle : (anti-oxydant) : 1 cas.

Benzocaïne (anesthésique, amino-ester) : 1 cas.

Origine animale :

- Lanoline (cire obtenue à partir de laine de mouton, utilisée dans produits cosmétiques : émulsion stabilisée) : 1 cas.

Origine végétale :

- Colophane (oléorésine en provenance du pin) : 1 cas.
- Lactone sesquiterpénique : 1 cas.
- Baume du pérou (résine : esters et acides phénoliques, sesquiterpénols) : 2 cas.

Concernant les *prick-tests* :

- 1 cas : allergie au latex. (gants)

III-3-6-3) Les traitements locaux antérieurs et prescrits à l'issue de la première consultation

Sur les 46 patients, on retrouve l'utilisation de nombreux dermocorticoïdes :

Niveau 4 :

Dermoval® : **28** cas, dont 11 patients l'ont utilisé sous forme de wet-wrapping.

Diprolène® : **4** cas.

Niveau 3 :

Diprosone® : **4** cas.

Nérisone® : **8** cas.

Betneval® : **2** cas, avec un patient qui l'a utilisé sous forme de wet wrapping.

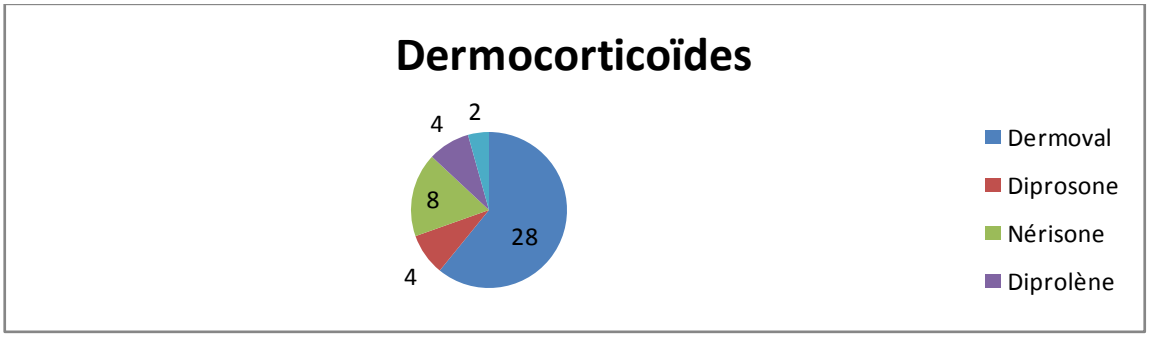


Figure 41 : Les dermocorticoïdes utilisés par les patients.

L'utilisation du **tacrolimus** (PROTOPIC®), n'a concerné que **3** patients sur 46. (6,52%) dont un patient l'utilisait depuis 2010, un autre sans informations, et le dernier qui utilisait 1 tube par semaine avant la consultation au CHU.

Concernant l'usage des crèmes hydratantes, **30** patients sur 46 en appliquent (65,22%). On retrouve différentes gammes que peuvent cumuler certains patients, c'est pourquoi on dépasse les 30 réponses ici.

- Ictyane : 1 cas.
- Trixéra : 1 cas.
- Bariéderm : 11 cas.
- Dexeryl : 3 cas.
- Excipial : 7 cas.
- Cold cream : 4 cas.
- Eucérin : 2 cas.
- Xémose : 1 cas.
- Xéracalm : 1 cas.
- Eczé-crème : 1 cas.
- Idelt majeur : 1 cas.
- Atoderm PP : 3 cas.
- Urée : 1 cas.
- Neutrogena : 1 cas.

La prescription de savon spécifique représente **19** patients sur 46 : (41,30%)

- Atoderm PP : 18 cas. (94,70%)
- Excipial protect : 1 cas. (5,26%)

La prescription de gants en coton représente **17** patients sur 46. (36,96%)

III-3-6-4) La PUVA

Seulement **2** patients sur 46 en ont reçus. (4,35%)

Rémission complète pour un patient, malgré l'apparition de brûlures, et l'autre patient étant non amélioré par cette méthode.

III-3-6-5) Traitements généraux

4 patients sur 46 en ont utilisé dans leur thérapeutique. (8,70%)

TOCTINO® : **3** cas.

- Un premier patient, à posologie de 30mg/jour, sans amélioration au bout d'un mois et demi (mais la durée de traitement était encore insuffisante)
- Le deuxième patient, à posologie de 30mg/j, avec une rémission totale, mais arrêt car prescription insuffisante et hypertriglycéridémie, donc posologie baissée à 20mg/j.
- Le troisième patient, à posologie de 30mg/j, avec un prochain rendez vous dans 3mois, et donc sans donnée sur l'évolution pour le moment.

Autres : **1** patient (2,17%) traité par SORIATANE® (acitrétine), à 10mg/jour seulement car hyperlipidémie, avec une amélioration nette dans les 3 mois.

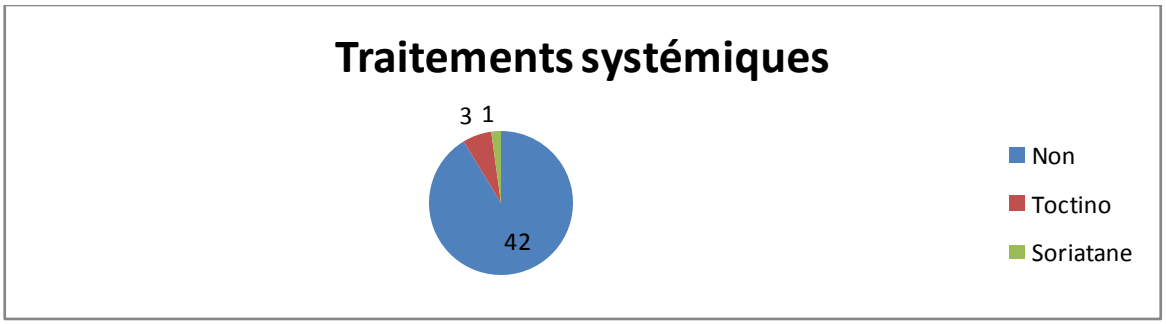


Figure 42 : Utilisation de traitements systémiques chez les patients.

III-3-6-6) Participation aux ateliers collectifs d'ETP du CHU

Oui =>**12** patients sur 46. (26,09%)

Non =>**34** patients sur 46. (73,91%)

III-3-6-7) Evolution de l'ECM

Les données évolutives sont faibles car notre étude a porté sur une durée limitée.

Sur **46** patients suite aux consultations au CHU :

- Guérison complète : **5** patients sur 46. (10,87%)
- Amélioration : **15** patients. (32,61%)
- Pas d'amélioration : **5** patients. (10,87%)
- Pas de nouvelles : **21** patients. (45,65%) dont :
  - 3 patients non venus (1 pour patch-tests, et deux autres en consultations de suivi)
  - 3 patients en attente de patch-tests.
  - 15 patients, sans programmation de suivi pour l'instant.

III-3-7) Maladie professionnelle et réorientation professionnelle

En excluant, les enfants, étudiants, et retraités, nous retrouvons donc **38** personnes dans la vie active.

1 seul patient (2,63%) a été déclaré inapte à son poste. Il était auparavant dans la fabrication de composite, et s'est donc redirigé vers un travail adapté en peinture. Depuis cette réorientation professionnelle, il a remarqué une amélioration de son ECM.

6 autres patients, s'interrogent quand à leur futur professionnel :

- Homme, actuellement Fraiseur (contact pièce métallique) -> Soudeur ?
- Femme, Aide à domicile mais arrêt avec son ECM. (licenciement)
- Femme, vendeuse en boulangerie, qui a arrêté à cause de son ECM, sans emploi actuellement.
- Homme, auparavant dans le bâtiment, à présent vendeur de fruits et légumes.
- Homme, en intérim à présent chez BML (entreprise d'installation de pompes à chaleur), a arrêté ajusteur monteur chez AIRBUS.
- Un jeune homme de 23 ans qui n'a pas continué sa formation d'aide soignant suite à son ECM, et qui s'est réorienté vers boulanger.

Au total, **7** personnes (18,42%) se sont réorientées ou vont se réorienter au niveau professionnel à cause de leur ECM.

IV) Discussions sur les résultats

Notre étude comprenait 63 patients, mais seulement 51 sont venus lors de la consultation spécialisée. Le taux d'absentéisme à 19,05%, est important lors de la première consultation. Plusieurs explications sont possibles comme l'attente de plusieurs mois avant le rendez-vous (2 à 3 mois) ou le fait que l'ECM soit une dermatose chronique avec une lassitude des patients. L'étude porte sur 46 dossiers de patients après retrait des diagnostics différentiels.

L'ECM concerne majoritairement les femmes (56,52%) comme décrit dans la bibliographie. Les femmes semblent être d'avantage en contact avec les agents irritants dans l'ensemble des activités. (Travail, et maison et soins des jeunes enfants)

On remarque que la majorité des patients venus en consultations se situe dans la catégorie d'âge : 30-60 ans avec une moyenne de 35,65 ans, représentant la période active composée d'une situation professionnelle stable et le début d'une vie de famille. 19,57% ont des enfants de moins de 3 ans, nécessitant des soins et exposant les mains à l'eau et à des produits irritants. La moitié des patients sont en couple, permettant parfois le partage des tâches ménagères et entrainant un contact moins fréquent avec les facteurs aggravants que les patients célibataires. Même si des métiers sont plus à risques (médical…), nous remarquons que les patients touchés par l'ECM exercent des métiers complètement différents. Cela peut être expliqué par des mauvaises protections dans les autres activités de la vie quotidienne.

50% des patients atteints d'ECM ont des antécédents personnels d'atopie, et 26,09% ont des antécédents familiaux d'atopie. 28,26% des patients présentent des lésions de DA sur le corps. La dermatite atopique associée à la dermite des mains est souvent retrouvée chez les jeunes patients (<30 ans), comme décrit dans la bibliographie.

Dans 17,39% des cas, les pieds étaient également touchés, expliqué par une dyshidrose ou une hyperkératose plantaire.

L'ECM est une pathologie qui peut survenir à n'importe quel âge. L'âge de début moyen dans notre étude est de 31,25 ans. Les femmes semblent être atteintes plus jeunes que les hommes, comme décrit dans la littérature (27,68 ans contre 35,61 ans). La consultation spécialisée au CHU survient à peu près 4,46 ans suite au début des lésions. En effet avant celle-ci, de nombreux traitements ont pu être instaurés en ville entrainant des résultats thérapeutiques plus ou moins satisfaisants.

Lors de la consultation spécialisée, l'ECM était majoritairement un eczéma aigu vésiculeux, sans localisation préférentielle. Il est intéressant de remarquer que dans 74,36% des cas, les deux mains des patients sont atteintes, pouvant être expliqué par l'application de mauvais gestes de prévention. L'étiologie principale est la dermite irritative, suivie par la DA et la dermite de contact. 30,43% des patients cumulaient différentes étiologies, entrainant une prise en charge encore plus difficile. Compte tenu des résultats observés concernant les pratiques des patients, il n'est pas surprenant que la dermite irritative soit en première position des

ECM. Les mesures de protection des mains, limitant le contact avec les facteurs aggravants ne sont pas toujours respectées par les patients; considérées trop contraignantes. En effet, 23,68% des patients se lavent les mains plus de 20 fois par jour, ce qui est beaucoup trop. La majorité des patients utilisent de l'eau froide, et 13,89% de l'eau chaude, températures non recommandées pour le lavage des mains. L'eau et le savon reste la principale méthode de lavage, mais une proportion importante (26,42%) utilisent des produits non adaptés (liquide vaisselle, shampoing, et solvant). Cela peut être expliqué, par praticité et rapidité. Les SHA et les lingettes sont peu utilisées. Le séchage est quasiment systématique chez tous les patients, et souvent par frottement : technique non recommandée. 34,29% des patients déclarent encore avoir les mains humides après ce séchage représentant un facteur aggravant. Le port de gant est souvent respecté dans les différentes activités, mais de façons plus ou moins régulières et adaptées. 14,29% des patients les utilisent plus de 2h d'affilé, entrainant une macération. De plus, 64,71% ont des gestes délétères lors des démangeaisons, aggravant l'ECM.

Les patch-tests ont été réalisés chez 58,70% des patients, avec 66,67% de tests positifs. Chaque test a été réalisé en fonction du contact que les patients avaient avec les différents allergènes (principalement domaine professionnel). Les allergènes incriminés appartiennent à des classes de molécules différentes. Les métaux et les biocides sont fréquemment retrouvés, responsables ou aggravant l'ECM. Le Nickel est un métal régulièrement en contact avec les mains (les bijoux fantaisis ou encore dans les ciseaux utilisés par les coiffeuses).

Avant la consultation spécialisée, la majorité des patients appliquaient les dermocorticoïdes de façon journalière lors des crises mais une proportion n'en appliquait jamais. Les patients utilisaient souvent des crèmes hydratantes, plus ou moins adaptées avec la présence de parfums. Lors de la venue au CHU, les dermocorticoïdes ont représenté le traitement de premier choix, avec la méthode du wet-wrapping dans les formes sévères. Dans la plupart des situations il était nécessaire d'intensifier ce traitement. Une crème hydratante neutre a souvent été prescrite, associée à un savon adapté et des gants de coton. Au final peu de traitements systémiques ont été mis en place, 3 cas sous TOCTINO® (alitretinoine) et un cas sous SORIATANE® (acitretine), avec des résultats généralement positifs. Concernant l'évolution de l'ECM suite aux consultations au CHU, 10,87% des patients n'avaient plus du tout de lésions, et 32,61% des patients observaient une réelle amélioration. Les résultats suite aux consultations au CHU sont plutôt satisfaisants, avec une participation de 26,09% des patients aux ateliers collectifs permettant un renfort de leurs connaissances vis-à-vis de l'ECM.

Un pourcentage non négligeable (18,42%) de patients se sont réorientés professionnellement, ou vont le réaliser, afin d'améliorer leur ECM et leur qualité de vie.

Les limites de l'étude

Lors de la réalisation de cette étude, le recueil des données a été réalisé grâce aux dossiers de patients, comportant le questionnaire de guide des pratiques. Ces données ont été insérées dans deux tableaux, afin d'effectuer des statistiques.

Cependant des difficultés sont intervenues dans la récupération des informations, avec des dossiers incomplets, où l'on ne trouvait pas de guide des pratiques, ou celui-ci incorrectement rempli. Quelques données sur le quotidien des patients ont été extraites dans les comptes rendus de consultations. Le guide des pratiques n'a pas été distribué de façon systématique lors des consultations, empêchant l'analyse de l'évolution des gestes du quotidien.

De plus, l'étude porte sur un échantillon faible de 63 patients, et est donc peu exhaustive.

La date limite de fin d'étude était difficile à choisir car de nouvelles données sur la prise en charge peuvent arriver après celle-ci. Certains patients sont toujours en attente de patch-tests donc il est impossible de conclure à un diagnostic précis.

Les questions ouvertes étaient difficiles à analyser, vu le nombre de réponses différentes.

Après avoir réalisé ce travail, il peut manquer certains points comme la personne ayant adressée le patient au CHU (Médecin traitant, dermatologue de ville…). Certaines catégories dans les tableaux auraient dû être plus précises, pour faciliter la compréhension des données.

V) L'éducation thérapeutique en officine : apport du pharmacien pour les patients atteints de cette maladie

V-1) Le rôle du pharmacien dans l'ETP

L'ETP est un processus continu, intégré aux soins, et centré sur le patient. L'équipe éducative doit être pluridisciplinaire, comprenant des médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues afin d'assurer la prise en charge globale du patient.

Le pharmacien est un professionnel de santé, et l'ETP représente une de ses fonctions primordiales. Il doit par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences participer au soutien apporté au patient. Sa place dans l'ETP est évidente et est réglementée dans la loi HPST du 21 juillet 2009 qui l'intègre dans le parcours de soins de patients atteints de maladie chronique.

Le pharmacien doit s'assurer de l'observance médicamenteuse des patients, mais également informer le patient sur le dépistage, la prévention. Il doit également accompagner le patient dans sa prise en charge et promouvoir le bon usage des médicaments.

D'après Vanida brunie et *al* (52) « Le pharmacien doit se former pour devenir compétent et se spécialiser en éducation thérapeutique à la hauteur de ses ambitions », c'est pourquoi il doit suivre une formation reconnue par l'INPES, avant d'instaurer des programmes d'ETP.

V-2) Les mesures de prévention de l'ECM

V-2-1) Mesures de prévention primaire

La prévention primaire regroupe un ensemble de moyens mis en place afin d'éviter l'apparition de l'ECM chez des personnes saines. Elle doit être abordée particulièrement dans la formation des professions à risque comme les coiffeurs, les métiers de la santé (aide-soignante…), l'agroalimentaire (boulanger…)…

V-2-2) Mesures de prévention secondaire

La prévention secondaire consiste à apporter une prise en charge adaptée chez des patients déjà atteints d'ECM. Le but de cette prévention est de diagnostiquer rapidement la pathologie afin d'agir précocement dans sa prise en charge, en initiant les mesures de protection.

V-2-3) Mesures de prévention tertiaire

La prévention tertiaire représente l'ensemble des mesures permettant de retarder l'ECM ou d'éviter la survenue de complications de cette maladie chronique. Elle aide également à la réadaptation et la réinsertion des patients dans le milieu social et professionnel. En particulier

dans les dermatoses professionnelles, cette prévention doit être mise en place pour adapter le poste de travail des patients. Elle permet le maintien de la profession actuelle à travers des séances d'informations.

Les formes sévères d'ECM peuvent persister malgré la mise en place de ces préventions, et une réorientation professionnelle sera donc nécessaire chez ces patients.

V-3) Discussion sur le rôle du pharmacien dans l'ECM

Le pharmacien possède un rôle majeur dans l'information sur les mesures de protection et traitements chez les patients atteints d'ECM. Le pharmacien va expliquer la posologie des traitements et de nouveau rappeler des conseils pratiques aux patients lors de la délivrance de la prescription. Il est important de répéter les choses pour que les patients les assimilent, surtout lors des renouvellements d'ordonnance. Cependant, il ne faut pas surcharger l'esprit des patients, car ils ne sauront plus comment appliquer les bonnes méthodes.

En s'appuyant sur les valeurs trouvées de l'étude des pratiques, nous allons voir les points de protections sur lesquels les pharmaciens doivent insister auprès des patients.

Le lavage des mains est un point essentiel dans la prise en charge de la DM. La fréquence de lavage préconisée doit être inférieure à 10 fois par jour. La majorité des patients respectent ce principe. Cependant 36,84% des patients se lavent les mains plus de 10 fois par jour. La température de l'eau utilisée doit être tiède. La plupart des patients utilisent de l'eau froide (44,44%) et une petite proportion de l'eau chaude (13,89%). L'eau froide ou chaude constitue un facteur aggravant l'ECM abimant la surface de la peau. Les produits utilisés pour le lavage des mains doivent être le plus neutre possible, et sont représentés par les syndets sans savon, sans parfum ni conservateur allergisant. Les pains surgras sont moins agressifs pour les mains que les savons liquides mais ils sont moins appréciés par les patients, jugés moins pratiques. La majorité des patients utilisent de l'eau et du savon. Un pourcentage non négligeable de patients (26,42%) utilise du liquide vaisselle, du shampooing et des solvants décapant complètement le film lipidique de la peau. Dans les savons utilisés, on retrouve souvent « DOVE » et le « PETIT MARSEILLAIS », qui sont des savons retrouvés en grande surface comportant du savon, des parfums et des conservateurs. La majorité des patients n'utilisent pas de SHA cependant elles sont recommandées, en particulier dans les métiers de la santé. Il possède une activité antiseptique importante, et d'après des études, il serait moins agressif que le lavage classique. (53) 3 patients (maman, dentiste, et secrétaire) utilisent des lingettes, fortement déconseillées car celles-ci renferment de nombreux allergène comme le methylisothiazolinone. Les patients doivent bien se rincer les mains pour éviter que le savon reste en contact avec la peau. Le séchage des mains doit être systématique afin d'éviter la macération et donc l'aggravation de l'ECM. Il faut insister sur ce point au près des 9,09% des patients qui ne le font pas de manière systématique. La majorité des patients se sèchent les mains par frottement, qui est la mauvaise méthode. Ce séchage doit être effectué par tamponnement sans oublier les espaces interdigitaux, afin de limiter l'agression de la peau. Cependant 34,29% des patients déclarent encore avoir les mains humides après, constituant un facteur aggravant l'ECM.

Selon nos résultats, le port de gant est majoritairement respecté dans toutes les activités (66,67% au travail, 62,16% à la maison et 61,11% dans les loisirs). Cependant, la fréquence de ce port est très variable. Le port de gant est conseillé lors de chaque geste en milieu humide ou nécessitant la manipulation de produits agressifs, dans les activités professionnelles, domestiques et de loisirs. Les gants doivent être portés aussi souvent que nécessaire. Les gants en latex sont majoritairement utilisés dans l'ensemble des activités (34,43%). Il faut adapter chaque type de gant en fonction de chaque activité mais il faut éviter les gants en latex souvent responsables d'allergies. Il faut également respecter les consignes de chaque gant : gant à usage unique… Concernant la durée d'utilisation, 14,29% les gardent plus de 2h, alors qu'ils doivent être utilisés pendant une durée brève. Au-delà de 10 minutes, il faut utiliser des sous-gants en coton afin d'éviter la macération entretenant la dermite d'irritation. (Seulement 13,11% d'utilisation des gants en coton). Ces gants en coton peuvent être obtenus en pharmacie, ou par une commande au près du commerce spécifique. Les gants en laine ou en cuir peuvent être conseillés l'hiver afin de protéger les mains contre le froid.

L'observance des traitements locaux est très importante. Concernant l'application des dermocorticoïdes, 20,59% des patients n'en appliquent jamais pendant la période de crise, alors qu'il s'agit du traitement de référence. En effet lorsque le patient présente un ECM aigu, les dermocorticoïdes doivent être appliqués quotidiennement jusqu'à ce que la peau soit guérie. En dehors des crises, les dermocorticoïdes peuvent être utilisés de façon ponctuelle. (Début de démangeaison…) Pour 41,67% des patients, un tube de dermocorticoïde leur sert plus d'un mois ! Ces valeurs montrent que beaucoup de patients sont corticophobes, et lors de séances d'ETP (CHU), les soignants se rendent compte qu'ils appliquent de trop faibles quantités de dermocorticoïdes, souvent insuffisantes à la guérison. La durée d'un dermocorticoïde varie d'un tube à l'autre, mais par exemple lors de crises, un tube de DERMOVAL® doit être appliqué par semaine. En traitement d'attaque il n'y a pas de limite dans la quantité. En traitement d'entretien, 60g de dermocorticoïdes doivent être appliqués par mois (soit lors de la réapparition de démangeaisons ou simplement pour éviter le retour de l'ECM). Le dermocorticoïde doit être appliqué en quantité suffisante et pendant la durée nécessaire à la guérison totale. L'unité phalangette est pratique pour savoir la quantité nécessaire. (Une phalangette pour la main entière) Le pharmacien doit insister sur ce point lors de la délivrance de l'ordonnance, et rassurer les patients quant à leurs craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes. Ceux-ci passent très peu dans la circulation sanguine, et n'entrainent donc pas d'effets secondaires systémiques (retard de croissance, hyperglycémie, ostéoporose…)

L'application d'émollients est indispensable dans la prise en charge de l'ECM. 18,74% des patients en appliquent rarement ou jamais. Il est nécessaire de leur faire comprendre son utilité. Une crème hydratante est utilisée entre les périodes de crises et doit être appliquée quotidiennement : il s'agit du traitement de fond. L'application doit se faire sur l'ensemble de la main. Le patient doit choisir la crème hydratante la plus adaptée, c'est-à-dire la plus neutre (sans parfum, sans conservateur allergisant), en sachant qu'il en existe beaucoup sur le marché. La composition de la crème hydratante est importante et permettra d'en choisir une qui limitera le phénomène d'allergie.

Enfin le pharmacien, peut rappeler la marche à suivre lors de la réapparition de démangeaisons. 64,71% des patients ont des gestes délétères dans leur ECM (application d'eau froide/chaude, frottement ou arrachage). Ces gestes sont à limiter car ils entretiennent l'inflammation. Lors de démangeaisons, il faut appliquer rapidement un dermocorticoïde afin d'éviter l'apparition de lésions et utiliser régulièrement un émollient afin d'hydrater la peau.

V-4) Mise en œuvre de l'ETP sur l'ECM et outils à disposition en pharmacie

V-4-1) Généralités sur l'apport du pharmacien dans l'ECM

L'ETP sur l'ECM en pharmacie peut être abordée de différentes manières. Le pharmacien officinal se trouve en première ligne dans la chaîne de soins et représente donc un acteur majeur de santé publique. Il va dispenser les médicaments prescrits, et va conseiller le patient sur le bon usage de ces médicaments ainsi que sur la survenue possible d'effets indésirables. Il va s'assurer que le patient ait bien compris l'ensemble de son traitement. Si ce n'est pas le cas, il va lui réexpliquer les points importants comme l'application des dermocorticoïdes. Le pharmacien pourra également insister sur les mesures de prévention vues précédemment, même si le patient les a déjà entendus. Il est important de répéter les informations pour que les patients les assimilent. Ce professionnel de santé doit apporter un soutien des patients au quotidien afin d'améliorer l'adhésion de ceux-ci à leurs traitements. Enfin le pharmacien peut proposer le dossier pharmaceutique à ces patients pour assurer une meilleure coordination des soins. Il peut également leur fournir des brochures de pratiques validées, sur le lavage des mains par exemple.
Il peut également communiquer le site internet du CHU de Nantes consacré à l'ECM :

http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczemains2012/EczMains/la_une.html

Ainsi que le site de l'INRS par rapport au risque professionnel : http://www.inrs.fr/ (Annexe 5)

V-4-2) Perspectives sur l'évolution du rôle du pharmacien dans l'ECM

Par la suite, il serait intéressant de mettre en place des mini-séances d'ETP en officine consacrées à l'ECM, portant sur les différents thèmes vus précédemment :

- Le lavage des mains.
- Le port des gants.
- L'application des traitements locaux.
- Les gestes délétères à éviter.

Lors de ces mini-séances, le pharmacien pourrait également observer comment les patients se lavent les mains, et les guider dans la meilleure technique.

Le pharmacien peut également leur dispenser des gants (gants de coton), leur expliquer l'usage et l'intérêt de ceux-ci.

La démonstration de soins est un acte primordial, ne prenant que quelques minutes au comptoir, et permettant une meilleure compréhension et guérison des patients. Les patients pourraient montrer comment ils appliquent les corticoïdes en période de crise. Le pharmacien les conseillerait et insisterait sur la quantité appliquée.

Le questionnaire sur le « guide de recueil des pratiques » pourrait être proposé afin d'établir les points positifs et négatifs des patients dans leur quotidien, impactant sur leur ECM.
Le pharmacien peut également réaliser des fiches conseils, simples et pratiques sur ces thèmes, sans surcharger l'esprit des patients. Celles de prévention (lavage des mains et port de gants) pourront être distribuées aux patients atteints d'ECM mais également à l'ensemble de la population, afin d'éviter l'apparition d'un ECM chez ces derniers. Toutes ces mesures paraissent souvent contraignantes pour les patients mais son indispensables pour l'amélioration de leur pathologie !

Exemple d'une fiche conseil sur le lavage des mains :

Exemple d'une fiche sur le port de gants :

Les gants : la seule protection au quotidien !

- *Utilisation systématique des gants lors d'un contact avec des produits chimiques !*

- *Usage pendant une durée brève : au-delà de 10 minutes porter des sous gants en coton.*

- *A adapter selon votre profession, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin du travail.*

Exemple de fiche sur l'application des traitements locaux :

COMMENT APPLIQUER LES TRAITEMENTS LOCAUX ?

- ***Les dermocorticoïdes :***
- Traitement de la crise !
- Appliquer quotidiennement une quantité suffisante
- Jusqu'à ce que la peau soit normale

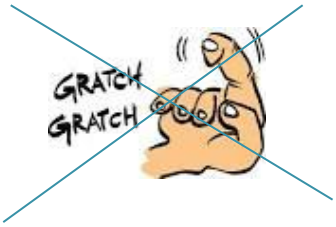
- ***Les émollients :***
- Entre les périodes de crise
- Application quotidienne
- Choisir une crème hydratante neutre

Exemple de fiche sur la conduite à tenir en cas de crise d'ECM :

Quelques astuces en cas de crise…

- ***A faire :***
- Appliquer un dermocorticoïde en quantité suffisante
- Hydrater la peau
- Protéger avec un pansement ou un bandage contre le grattage
- Eviter le contact avec les produits chimiques, le froid et les milieux humides !

- ***A ne pas faire :***
- Appliquer de l'eau froide ou chaude
- Frotter
- Gratter
- Arracher les peaux mortes



VI) Conclusion

L'ECM est une pathologie multifactorielle, composée de facteurs intrinsèques et extrinsèques nécessitant une prise en charge complète : médicamenteuse accompagnée de mesures de protection. L'ECM entraine de réelles répercussions sur la qualité de vie des patients, c'est pourquoi elle doit être diagnostiquée précocement.

Notre travail consistait en une étude complète, caractérisant le profil des patients, leur ECM ainsi que sa prise en charge et surtout les pratiques au quotidien.
Les résultats sur les pratiques sont très enrichissants et montrent qu'un grand nombre de patient ont des gestes délétères avant la consultation spécialisée au CHU. Une étude pourra être réalisée dans quelques années afin de voir l'évolution des pratiques (grâce au guide des pratiques) des patients concernés ici, suite au décours de leur démarche de soins.

Etant futur pharmacien, il était important de mettre en évidence le rôle de celui-ci dans l'accompagnement de l'ECM. Le métier de pharmacien ne fait qu'évoluer avec l'acquisition de nouvelles actions auprès des patients. Depuis Juillet 2013, les missions de santé publique du pharmacien s'élargissent. Le pharmacien doit organiser des visites d'ETP concernant les patients sous anticoagulants. Des séances d'ETP sur l'asthme et le diabète doivent prochainement être mises en place. Il est envisageable que par la suite, des séances d'ETP sur les pathologies dermatologiques chroniques pourront être réalisées en officine. Pour le moment, le pharmacien peut insister sur l'ensemble des conseils vus précédemment et peut proposer une démonstration de soins. N'oublions pas que le pharmacien est un acteur de la santé publique et qu'il occupe une place importante dans la santé du patient !

VII) Annexes

Annexe 1 : Guide de recueil des pratiques

Date :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Profession :

Vous vivez : ☐ seul(e) ☐ en couple ☐ avec des enfants, si oui précisez les âges :

A. Lavage et rinçage des mains

A.1. Nombre de fois par jour :
- ☐ ≤5 / jour
- ☐ Entre 5 et 10 / jour
- ☐ Entre 11 et 20 / jour
- ☐ Plus de 20/ jour

A.2. Généralement, vous vous lavez les mains :
- ☐ En douceur
- ☐ Energiquement

A.3. Généralement, vous utilisez de l'eau :
- ☐ Froide
- ☐ Tiède
- ☐ Chaude

A.4. Lorsque vous utilisez un savon, vous vous rincez les mains :
- ☐ Pas à chaque fois
- ☐ Rapidement
- ☐ De façon minutieuse
- ☐ Très longuement

A.5. Qu'utilisez-vous pour vous laver les mains ? (plusieurs réponses possibles)
- ☐ Eau pure
- ☐ Savon + eau
- ☐ Shampoing
- ☐ Liquide vaisselle
- ☐ Solvants (White spirit …)

A.6. Type de savon utilisé pour les mains **à la maison** :
- ☐ Liquide
- ☐ Solide

Nom du savon :

A.7. Type de savon utilisé pour les mains **au travail** :

☐ Liquide
☐ Solide
☐ Savon à billes
☐ Autre :

Nom du savon :

A.8. Utilisez-vous des Solutions hydro-alcooliques (gel antibactérien sans rinçage) pour vous nettoyer les mains?
☐ Oui
☐ Non

A.9. Utilisez-vous des lingettes pour vous nettoyer les mains ?
☐ Oui
☐ Non

A.10. Utilisez-vous autre chose pour vous nettoyer les mains ?
☐ Oui
☐ Non

Si oui, quel produit :

A.11. Avez-vous un lave-vaisselle ?
☐ Oui
☐ Non

B. Séchage des mains après le lavage

B.1. Après la phase de lavage, vous essuyez-vous les mains ? :
☐ Jamais
☐ Parfois
☐ Toujours

B.2. Quels moyens utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
☐ Par frottement
☐ Par tamponnement
☐ Par air chaud pulsé

B.3. Vos mains restent-elles humides après le séchage?
☐ Oui
☐ Non

C. Port de gants

	Au Travail	A la Maison (Tâches ménagères)	Lors des Loisirs (Bricolage, jardin, sports). Lequel :
C.1. Portez-vous des gants ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
C.2. A quelle fréquence, portez-vous des gants ?	☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Souvent ☐ Toujours	☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Souvent ☐ Toujours	☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Souvent ☐ Toujours
C.3. Type de gants utilisés ? (plusieurs réponses possibles)	☐ Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) ☐ Vinyle ☐ Nitrile ☐ Néoprène ☐ Coton ☐ Cuir ☐ Textile enduit	☐ Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) ☐ Vinyle ☐ Nitrile ☐ Néoprène ☐ Coton ☐ Cuir ☐ Textile enduit	☐ Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) ☐ Vinyle ☐ Nitrile ☐ Néoprène ☐ Coton ☐ Cuir ☐ Textile enduit
C.4. Quand vous mettez des gants, combien de temps les gardez-vous ?	☐ ≤ 10 minutes ☐ Entre 10 minutes et 30 minutes ☐ De 30 minutes à 2 h ☐ ≥ 2 heures	☐ ≤ 10 minutes ☐ Entre 10 minutes et 30 minutes ☐ De 30 minutes à 2 h ☐ ≥ 2 heures	☐ ≤ 10 minutes ☐ Entre 10 minutes et 30 minutes ☐ De 30 minutes à 2 h ☐ ≥ 2 heures
C.5. Type d'usage	☐ Usage unique jetés après utilisation ☐ Réutilisés, souillés ☐ Lavés puis réutilisés ☐ Retournés puis réutilisés	☐ Usage unique jetés après utilisation ☐ Réutilisés, souillés ☐ Lavés puis réutilisés ☐ Retournés puis réutilisés	☐ Usage unique jetés après utilisation ☐ Réutilisés, souillés ☐ Lavés puis réutilisés ☐ Retournés puis réutilisés
C.6. Utilisez-vous des gants l'hiver quand il fait froid ?	☐ Jamais ☐ De temps en temps ☐ Toujours	☐ Jamais ☐ De temps en temps ☐ Toujours	☐ Jamais ☐ De temps en temps ☐ Toujours

D. Utilisation de crèmes hydratantes

D.1. Utilisez-vous des crèmes hydratantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Souvent : tous les jours ou presque
- ☐ Très souvent : plusieurs fois par jour

D.2. Types de crème utilisée (plusieurs réponses possibles) Nom de la(les) crème(s) :

- ☐ Prescrite par un médecin
- ☐ Choisie par vous-même
- ☐ Conseillée par un pharmacien
- ☐ Conseillée par un proche
- ☐ Crèmes bio

E. Traitement

E.1. Dans le dernier mois, avez-vous utilisé des crèmes à la cortisone ?

- ☐ Jamais
- ☐ Tous les jours
- ☐ Rarement : moins d'une fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par jour
- ☐ Souvent : plus d'une fois par semaine

E.2. Laquelle utilisez-vous ?

E.3. En combien de temps terminez-vous 1 tube de crème à la cortisone ?

- ☐ 1 semaine
- ☐ Plus d'1 mois
- ☐ Entre 1 semaine et 1 mois
- ☐ Plus de 6 mois

E.4. Utilisez-vous (ou avez vous déjà utilisé) d'autres traitements pour votre dermite des mains ? (exemple : Protopic®, photothérapie, Toctino®, cortisone en comprimés…, néoral®)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) :

E.5. Quand vous avez des démangeaisons ou des douleurs, que faites vous pour vous soulager ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous vous passez les mains sous l'eau :
  - ☐ Froide
  - ☐ Brulante
- ☐ Vous arrachez les peaux mortes
- ☐ Vous vous frottez les mains
- ☐ Vous mettez une crème Préciser laquelle :
- ☐ Vous prenez des comprimés Préciser lesquels :
- ☐ Autre Préciser :

E.6. Avez-vous consulté ces praticiens pour vos mains ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Homéopathe
- ☐ Dermatologue
- ☐ Acupuncteur / Mésothérapeute
- ☐ Allergologue
- ☐ Magnétiseur/ Rebouteux
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Autres, préciser :
- ☐ Psychologue

F. Evaluation du retentissement

F.1. Avez-vous été hospitalisé pour votre problème de mains dans les douze derniers mois ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de jours :

F.2. Avez-vous consulté aux urgences de l'hôpital à cause de votre problème de mains ces douze derniers mois ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois :

F.3. Avez-vous été en arrêt de travail ces douze derniers mois à cause de votre problème de mains ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de jours :

F.4. Une mise en inaptitude professionnelle a-t-elle été réalisée par votre médecin du travail au cours des douze derniers mois à cause de votre problème de mains ?

☐ Oui ☐ Non

F.5. Une réorientation professionnelle a-t-elle été nécessaire ces douze derniers mois à cause de votre problème de mains

☐ Oui

☐ Non

Annexe 2 : Référentiel de compétences (connaissances)

a-Partie 1: connaissances	
Objectifs	**Connaissances à acquérir**
Etre capable de définir sa maladie	-Nommer la maladie -caractère non contagieux -évolution chronique par poussées - mode évolutif variable avec possible réversibilité
Etre capable de reconnaître les lésions sur la peau	-sécheresse -rougeur -vésicules -fissures -hyperkératose
Etre capable de reconnaître les signes de la poussée	
Connaître des éléments simples de physiologie cutanée	-Rôle de la barrière cutanée -mécanisme de l'inflammation, de l'irritation et de l'allergie
Etre capable de donner des éléments sur l'origine de la maladie	-facteurs intrinsèques: atopie -facteurs extrinsèques: irritants, allergènes
Etre capable de citer les facteurs aggravants de la dermatite des mains	-Traumatismes physiques: frottement, grattage, arrachage de peaux, gants sur peau abîmée -Traumatismes chimiques: solvants, détergents, pH extrêmes - Eau: -travail en milieu humide dont port de gants prolongé -lavage fréquent des mains -passer les mains sous l'eau pour se soulager - Allergènes: les nommer et connaitre leur source - Produits utilisés pour le lavage des mains - Mésusage des produits (ménagers et professionnels) - épluchage, manipulation de certains aliments - gants inadaptés et mal utilisés -stress
Connaître les professions à risque et les risques propres à sa profession	
Etre capable de citer les facteurs améliorants de dermite des mains	-traitement adapté -protection adaptée -lavage de mains non agressif -éviction de l'allergène -éviter frottement, grattage -réduire les irritants
Connaître les traitements existants	-crèmes protectrices -traitements anti-inflammatoires: -traitements locaux: dermocorticoïdes et tacrolimus -alitretinoine, ciclosporine -photothérapie -effets indésirables, mode d'action, stratégie thérapeutique -connaître la différence entre émollients, corticoïdes et tacrolimus

Annexe 3 : Compétences de savoir-faire

b- Partie 2: compétences de savoir-faire	
Objectifs	**Savoir-faire à acquérir**
Etre capable de reconnaître les lésions sur sa peau	Savoir différencier les lésions sèches des lésions inflammatoires
Etre capable de prendre ses lésions en photo	prendre en photo ses mains en poussée (gros plan et zoom) afin de les montrer au médecin lors de la prochaine consultation
Etre capable d'utiliser les traitements à bon escient	Mettre la(les) crème(s) adaptée(s) : -en quantité suffisante -au bon endroit -à la bonne fréquence -au bon moment (dès le début de la poussée, dès le début de l'hiver avant l'apparition des symptômes)
Savoir utiliser les gants	-lesquels choisir en fonction du mode de vie -comment et quand les porter -où les acheter -comment les entretenir -quand les jeter
Etre capable de reconnaître les produits irritants	-lecture des pictogrammes, étiquettes, pH -repérer les mentions prêtant à confusion -produits hypoallergéniques -produits testés dermatologiquement -produits ménagers peaux sensibles -huiles essentielles
Etre capable d'utiliser correctement les produits ménagers et professionnels	-concentration adéquate -suivre le mode d'emploi -ne pas mélanger les produits
Etre capable de repérer son allergène et d'en réaliser l'éviction	
Savoir éviter ses facteurs aggravants	
être capable de réaliser un lavage doux des mains	-utile -à l'eau tiède -avec un savon adapté en qualité et en quantité -effectuer un rinçage adapté -effectuer un séchage minutieux par tamponnements -diminuer la fréquence des lavages de mains -utiliser une alternative au lavage avec SHA quand c'est possible

Annexe 4 : Compétences de savoir être

c- partie 3: compétences de savoir-être	
Objectifs	**Savoir-Etre à acquérir**
Aborder la notion de maladie	
Nommer sa maladie auprès de ses proches et de ses employeurs	
Etre capable d'exprimer les symptômes ressentis	-douleur -brûlure -prurit -gêne pour dormir - …
Savoir exprimer ses croyances par rapport à la maladie et aux traitements	
Savoir exprimer ses craintes par rapport aux traitements	-corticophobie ... -crainte des autres traitements
Exprimer son ressenti par rapport à sa prise en charge par les soignants	
Savoir identifier et faire appel à une ressource	-dermatologue -médecin du travail - autres soignants impliqués dans la prise en charge: Infirmière, psychologue, CMEI, médecin traitant -internet (sites spécifiques)
Savoir quand demander de l'aide	-en cas de poussée, de mauvaise tolérance ou d'inefficacité du traitement -en cas de rupture de traitement -en cas de difficulté professionnelle
Faire valoir ses droits de façon adaptée	-savoir à qui s'adresser pour obtenir gants de protection, savon et crème -demander conseil pour une prise en charge en maladie professionnelle
Etre capable d'identifier des comportements à risque	- comportements agressifs compulsifs (lavage des mains, frottement...) -phobies éventuelles (microbes...)
Etre capable d'exprimer le retentissement dans sa vie quotidienne :	- ses difficultés ou obstacles dans sa vie quotidienne -ses espoirs -ses bénéfices éventuels - son ressenti (vécu quotidien, honte, tristesse, colère, culpabilité, révolte, découragement, baisse de l'estime de soi, acceptation...) -ses craintes (emploi, vie de couple, vie sociale...)

Annexe 5 : Tryptique d'informations destinées aux personnels hospitaliers.

Coordonnées pour nous contacter :

- Médecine du travail

Pour plus d'informations :

- Site internet sur les dermites des mains sur le site du CHU de Nantes : http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczemains2012/EczMains/la_une.html

- Atelier d'information / d'éducation thérapeutique sur les dermites des mains tous les 2 mois par l'équipe de l'école de l'atopie du service de dermatologie

CENTRE HOSPITALIER

Protéger ses mains tout en protégeant les patients

Vos mains sont votre outil de travail mais lorsqu'elles sont abîmées, elles peuvent aussi véhiculer des microbes.

Les dermites de mains sont fréquentes chez les professionnels de santé. Il s'agit le plus souvent de dermites d'irritation qui peuvent être évitées par des mesures simples.

I. Vous avez les mains saines

Eviter les lavages des mains à l'eau et au savon. En effet, les lavages de mains sont irritants et ne sont pas efficaces pour éviter la transmission des microbes. Les lavages de main à l'eau et au savon ne doivent être réservés qu'en cas de salissures.

Utiliser les Solutions Hydro Alcooliques (SHA) avant et après chaque soin.

Utiliser systématiquement des gants jetables en cas de contact possible avec un produit biologique (sang, urine, salive…).

II. Vous avez les mains fragiles, souvent sèches, surtout en hiver

Respecter les mesures précédentes.

Malgré les idées reçues, les SHA n'aggravant pas la sécheresse et ne provoquent pas d'allergie. Elles sont à privilégier.

Appliquer des émollients régulièrement (matin et/ou en sortant du travail et/ou au coucher) en fonction de la sécheresse de la peau. Eviter les applications d'émollients pendant les heures de travail car elles limitent l'efficacité des SHA.

Protéger les mains à la maison :

- Limiter le nombre quotidien de lavages de mains
- Utiliser des pains surgras ou des syndets pour le lavage des mains
- Porter systématiquement des gants lors des activités domestiques (vaisselle, ménage,

III. Vos mains sont rouges, abîmées, douloureuses, elles vous démangent

Vos mains doivent être soignées ! N'attendez pas, consultez un dermatologue.

En effet, un traitement dermocorticoide bien appliqué, en bonne quantité, peut vous guérir en quelques jours.

Si les SHA sont temporairement

VIII) Références de texte

(1) Fowler J. Department of Medicine, University of Louisville, Kentucky, USA.

(2) Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Indian J Dermatol. 2014 May;59(3):213-24. doi: 10.4103/0019-5154.131372.

(3) Shelley W.B., Shelley E.D. Chronic hand eczema strategies Cutis 1982 ; 29 : 569-573.

(4) Diepgen T.L., Elsner P., Schliemann S., Fartasch M., Köllner A., Skudlik C., and al. Guideline on the management of hand eczema ICD-10 Code: L20, L23. L24. L25. L30. Deutsche Dermatologische Gesellschaft J Dtsch Dermatol Ges 2009 ; S1-16

(5) Diepgen T.L., Agner T., Aberer W., Berth-Jones J., Cambazard F., Elsner P., and al. Management of chronic hand eczema Contact Dermatitis 2007 ; 57 : 203-210

(6) Hald M., Agner T., Blands J., Ravn H., Johansen J.D. Allergens associated with severe symptoms of hand eczema and a poor prognosis Contact Dermatitis 2009 ; 61 : 101-108

(7) Chronic hand eczema: a prevalent and challenging skin condition.
Fowler J. Cutis. 2008 Oct;82(4 Suppl):4-8.

(8) Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. Contact Derm. 2010 Feb;62(2):75–87.

(9) Meding B, Järvholm B. Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study. J. Invest. Dermatol. 2004 Apr;122(4):873–7.

(10) Moberg C, Alderling M, Meding B. Hand eczema and quality of life: a population-based study. Br. J. Dermatol. 2009 Aug;161(2):397–403.

(11) Meding B, Lidén C, Berglind N. Self-diagnosed dermatitis in adults. Results from a population survey in Stockholm. Contact Derm. 2001 Dec;45(6):341–5.

(12) Meding B, Järvholm B. Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study. J. Invest. Dermatol. 2004 Apr;122(4):873–7.

(13) Dotterud LK, Falk ES. Contact allergy in relation to hand eczema and atopic diseases in north Norwegian schoolchildren. Acta Paediatr. 1995 Apr;84(4):402–6.

(14) Molin S, Vollmer S, Weiss EH, Ruzicka T, Prinz JC. Filaggrin mutations may confer susceptibility to chronic hand eczema characterized by combined allergic and irritant contact dermatitis. Br. J. Dermatol. 2009 Oct;161(4):801–7.

(15) Lerbaek A, Bisgaard H, Agner T, Ohm Kyvik K, Palmer CNA, Menné T. Filaggrin null alleles are not associated with hand eczema or contact allergy. Br. J. Dermatol. 2007 Dec;157(6):1199–204.

(16) Lerbaek A, Kyvik KO, Mortensen J, Bryld LE, Menné T, Agner T. Heritability of hand eczema is not explained by comorbidity with atopic dermatitis. J. Invest. Dermatol. 2007 Jul;127(7):1632–40.

(17) Dalgard F, Svensson A, Holm JØ, Sundby J. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. Br. J. Dermatol. 2004 Aug;151(2):452–7.

(18) Skoet R, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, Agner T. A survey of occupational hand eczema in Denmark. Contact Derm. 2004 Oct;51(4):159–66.

(19) Meding B, Lantto R, Lindahl G, Wrangsjö K, Bengtsson B. Occupational skin disease in Sweden--a 12-year follow-up. Contact Derm. 2005 Dec;53(6):308–13.

(20) Mälkönen T, Alanko K, Jolanki R, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. Long-term follow-up study of occupational hand eczema. Br. J. Dermatol. 2010 Nov;163(5):999–1006.

(21) Le Coz C-J. [Hand eczema and occupational disorders]. Ann Dermatol Venereol. 2010 Nov;137 Suppl 3:S104–110.

(22) Halioua B, Bensefa-Colas L, Bouquiaux B, Crépy MN, Assier H, Billon S, et al. Occupational contact dermatitis in 10,582 French patients reported between 2004 and 2007: a descriptive study. Dermatology (Basel). 2012;225(4):354–63.

(23) Anveden Berglind I, Alderling M, Meding B. Life-style factors and hand eczema. Br. J. Dermatol. 2011 Sep;165(3):568–75.

(24) Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis I. Contact Derm. 2008 Jun;58(6):330–4.

(25) Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. Contact Derm. 2008 Jul;59(1):43–7.

(26) Dickel H, Kuss O, Blesius CR, Schmidt A, Diepgen TL. Occupational skin diseases in Northern Bavaria between 1990 and 1999: a population-based study. Br. J. Dermatol. 2001 Sep;145(3):453–62.

(27) Bregnhøj A, Menné T, Johansen JD, Søsted H. Prevention of hand eczema among Danish hairdressing apprentices: an intervention study. Occup Environ Med. 2012 May;69(5):310–6.

(28) Anveden Berglind I, Alderling M, Meding B. Life-style factors and hand eczema. Br. J. Dermatol. 2011 Sep;165(3):568–75.

(29) Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menné T, Agner T. Incidence of hand eczema in a population-based twin cohort: genetic and environmental risk factors. Br. J. Dermatol. 2007 Sep;157(3):552–7.

(30) Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, Nielsen NH, Johansen JD. The effect of tobacco smoking and alcohol consumption on the prevalence of self-reported hand eczema: a cross-sectional population-based study. Br. J. Dermatol. 2010 Mar;162(3):619–26.

(31) Chang MW1, Nakrani R.Six children with allergic contact dermatitis to methylisothiazolinone in wet wipes (baby wipes). Pediatrics. 2014 Feb;133(2):e434-8. doi: 10.1542/peds.2013-1453. Epub 2014 Jan 13.

(32) Barata AR1, Conde-Salazar L. Protein contact dermatitis--case report. An Bras Dermatol. 2013 Jul-Aug;88(4):611-3. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132023.

(33) Molin S, Diepgen TL, Ruzicka T, Prinz JC. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. Clin. Exp. Dermatol. 2011 Aug;36(6):595–601.

(34) Flyvholm M-A, Lindberg M. OEESC-2005--summing up on the theme irritants and wet work. Contact Derm. 2006 Dec;55(6):317–21.

(35) Lan C-CE, Tu H-P, Lee C-H, Wu C-S, Ko Y-C, Yu H-S, et al. Hand dermatitis among university hospital nursing staff with or without atopic eczema: assessment of risk factors. Contact Derm. 2011 Feb;64(2):73–9.

(36) Ibler KS, Jemec GBE, Agner T. Exposures related to hand eczema: a study of healthcare workers. Contact Derm. 2012 May;66(5):247–53.

(37) Fartasch M, Taeger D, Broding HC, Schöneweis S, Gellert B, Pohrt U, et al. Evidence of increased skin irritation after wet work: impact of water exposure and occlusion. Contact Derm. 2012 Oct;67(4):217–28.

(38) Ramsing DW, Agner T. Effect of glove occlusion on human skin. (I). short-term experimental exposure. Contact Derm. 1996 Jan;34(1):1–5.

(39) Augustin M, Kuessner D, Purwins S, Hieke K, Posthumus J, Diepgen TL. Cost-of-illness of patients with chronic hand eczema in routine care: results from a multicentre study in Germany. Br. J. Dermatol. 2011 Oct;165(4):845–51.

(40) Möller H, Svartholm H, Dahl G. Intermittent maintenance therapy in chronic hand eczema with clobetasol propionate and flupredniden acetate. Curr Med Res Opin. 1983;8(9):640–4.

(41) Kircik LH, Tropmann C. Treatment of mild-to-moderate chronic hand dermatitis with clobetasol propionate 0.05% EF foam: results from an open-label study. J Drugs Dermatol. 2011 Dec;10(12):1398–402.

(42) Thelmo MC, Lang W, Brooke E, Osborne BE, McCarty MA, Jorizzo JL, et al. An open-label pilot study to evaluate the safety and efficacy of topically applied tacrolimus ointment for the treatment of hand and/or foot eczema. J Dermatolog Treat. 2003 Sep;14(3):136–40.

(43) Schliemann S, Kelterer D, Bauer A, John SM, Skudlik C, Schindera I, et al. Tacrolimus ointment in the treatment of occupationally induced chronic hand dermatitis. Contact Derm. 2008 May;58(5):299–306.

(44) Katsarou A, Makris M, Papagiannaki K, Lagogianni E, Tagka A, Kalogeromitros D. Tacrolimus 0.1% vs mometasone furoate topical treatment in allergic contact hand eczema: a prospective randomized clinical study. Eur J Dermatol. 2012 Apr;22(2):192–6.

(45) Warshaw EM. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. Dermatol Ther. 2004;17(3):240–50.

(46) Fritz K1, Tiplica GS, Salavastru C, Onder M. [Off-label use of alitretinoin]. Hautarzt. 2013 Oct;64(10):748-51. doi: 10.1007/s00105-013-2593-2.

(47) Gola M1, D'Erme AM, Milanesi N, Marmugi L. Effects of alitretinoin on quality of life of patients having chronic hand eczema: an observational study. Dermatitis. 2013 Jul-Aug;24(4):166-9. doi: 10.1097/DER.0b013e3182987773.

(48) Granlund H, Erkko P, Eriksson E, Reitamo S. Comparison of cyclosporine and topical betamethasone-17,21-dipropionate in the treatment of severe chronic hand eczema. Acta Derm. Venereol. 1996 Sep;76(5):371–6.

(49) Chavigny JM, Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stalder JF. [Assessment of an educational program in an “Atopic School”: pilot study in 40 patients]. Ann Dermatol Venereol. 2002 Sep;129(8-9):1003–7.

(50) Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M, et al. [Guide for therapeutic education program in psoriasis]. Ann Dermatol Venereol. 2011;138(4):337–53.

(51) P. Gelot, C. Bernier, J.-F. Stalder. Éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'eczéma des mainsOriginal Research Article. Revue Française d'Allergologie, Volume 54, Issue 3, April 2014, Pages 164-167.

(52) Vanida Brunie, Julie Rouprêt-Serzec , André Rieutord. Part of the pharmacist in Therapeutic Education of Patient. J Pham clin 2010 ; 29 (2) : 90-2.

(53) Slotosch CM, Kampf G, Löffler H. Effects of disinfectants and detergents on skin irritation. Contact Derm. 2007 Oct;57(4):235–41.

IX) Références des figures

Figure 1 :

http://allergo.lyon.inserm.fr/ALLERGOLOGIE_PROFESSIONNELLE/9.7_Eczema_chroniq ue_mains_mise_point_annales_dermato.pdf

Figure 2 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 3 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 4 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 5 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 6 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 7 :

Molin S, Diepgen TL, Ruzicka T, Prinz JC. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. Clin. Exp. Dermatol. 2011 Aug;36(6):595–601.

Figure 8 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 9 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 10 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 11 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 12 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 13 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 14 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 15 :

http://www.atlasdedermatologieprofessionnelle.com/index.php/Lichen_plan_et_dermatites_li chénoïdes

Figure 16 : Photologie CHU de Nantes, Dermatologie.

Figure 17 :

Van der Valk PG van Gils RF, Boot CR, et al. A simple tool with which to study the cause o chronic hand eczema in clinical practice : a reduced-item score. Contact dermatitis 2013; 69 : 112-7.

Figure 18 :

Finlay Aykhan GK Dermatology life quality index- a simple practical mesure for routine clinical use. Clin exp Dermatol 1994; 19 : 210-6.

Figure19 :

http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_29/site/html/iconographie.html

Figure 20 :

http://www.google.fr/url?url=http://slideplayer.fr/slide/184147/&rct=j&q=&esrc=s&sa=U&ei=FEGIVKPWKsaAU7HggfAE&ved=0CDYQ9QEwEA&usg=AFQjCNGSwEJS-YsuyoRxYSaVYaBBIaDz4Q

Figure 21 à 42 : Etude dans le service d'allergologie avec les dossiers de patients.

Vu, le Président du jury,

Laurence COIFFARD

Vu, le Directeur de thèse,

Claire BERNIER

Vu, le Directeur de l'UFR,

UNIVERSITÉ DE NANTES **2015**

Nom - Prénoms: Priez Jennifer, Stéphanie, Laurence.

Titre de la thèse : *Etude rétrospective sur l'eczéma chronique des mains dans le service d'allergologie du CHU de Nantes : facteurs aggravants et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge globale du patient.*

Résumé de la thèse : L'eczéma chronique des mains (ECM) est la première dermatose professionnelle. Son origine est multifactorielle, composée de facteurs intrinsèques comme la dematite atopique et extrinsèques (irritatifs et allergiques). Nous avons étudié le profil des patients consultant au centre expert « dermite des mains » du CHU de Nantes sur une période d'un an. Nous avons ensuite analysé les facteurs aggravant l'ECM au quotidien, à l'aide d'un guide de recueil des pratiques. En s'appuyant sur ceux-ci, nous avons travaillé sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient souffrant d'ECM.

MOTS CLÉS ***: ECM, FACTEURS AGGRAVANTS, ETP, PHARMACIEN.***

JURY

PRÉSIDENT :

Madame COIFFARD Laurence, Professeur de Cosmétologie à l'UFR.

Faculté de Pharmacie de Nantes.

ASSESSEURS :

Mme BERNIER Claire, Praticien Hospitalier en Dermatologie.

Centre hospitalo-universitaire de Nantes. Hôtel Dieu.

Monsieur STALDER Jean-François, Professeur en Dermatologie.

Centre hospitalo-universitaire de Nantes. Hôtel Dieu.

Madame LECORRONC Nathalie, Pharmacien d'Officine.

25 Rue du Lavoir. 44410 La Chapelle Des Marais.

Adresse de l'auteur : *21 Rue Des Ajoncs.44160 Sainte Reine De Bretagne.*