

Dermatoses professionnelles

Journée de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Ile-de-France

Paris, 15 mars 2006

Cette journée, qui avait pour thème les dermatoses professionnelles, a été l'occasion de présenter des données épidémiologiques récentes en Ile-de-France et de faire un tour d'horizon des métiers à risques, des allergènes les plus fréquents et des produits les plus souvent responsables de lésions de la peau. Elle a également permis de faire le point sur les méthodes d'investigation en dermato-allergologie de façon à orienter au mieux les stratégies de prévention. Après des exposés fondamentaux dans la matinée, l'après-midi a laissé place à des présentations de cas cliniques de dermatoses professionnelles dans les secteurs du BTP, de la coiffure et de la santé.

La peau, état des lieux

Dermatoses professionnelles : données épidémiologiques du réseau Ile-de-France de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

A. d'Escatha, service de pathologie professionnelle, hôpital Raymond Poincaré, Garches

Ce réseau de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles regroupe quatre centres hospitaliers ayant des consultations de dermatologie professionnelle en Ile-de-France : Cochin, Créteil, Fernand Widal et Garches. Ces quatre centres ont réalisé un travail descriptif en incluant tous les nouveaux patients consultant pour un problème dermatologique entre 2001 et 2005, en détaillant les caractéristiques générales (sexe, âge, secteur d'activité), les pathologies et les nuisances par secteur d'activité, ainsi que les avis d'aptitude émis pour ces patients.

Les résultats de cette étude sont les suivants : 1 829 patients ayant consulté pour un motif dermatologique ont été inclus, soit 10,8 % des nouveaux patients. Une pathologie professionnelle est en cause pour 67,3 % d'entre eux. Les femmes représentent 53,4 % des patients, l'âge moyen est de 37 ans (avec un écart-type de 12,3 ans) et les secteurs d'activité les plus touchés sont l'éducation et la santé (28,4 %) ainsi que le commerce (15,6 %). Les métiers en cause sont extrêmement nombreux. Après classement par catégories d'activité, le milieu de la santé, les activités de ménage, le BTP et la coiffure sont les plus représentés.

De même, les diagnostics dermatologiques principaux sont très nombreux. Les dermatites irritatives et allergiques représentent à elles seules plus de la moitié des pathologies rencontrées (il demeure cependant des cas où la différence entre les deux entités reste impossible à mettre en évidence). Viennent ensuite l'urticaire, les infections, les ulcérations, l'acné et les cancers cutanés.

Dans la grande majorité des cas d'urticaires professionnelles, l'étiologie suspectée est le latex ce qui explique la prédominance des dermatoses professionnelles dans certains secteurs d'activité.

Les produits les plus souvent incriminés pour les dermatites allergiques professionnelles sont : les résines, les désinfectants, les produits d'entretien, les produits de coiffure ainsi que le nickel et le latex. Pour les dermatites d'irritation professionnelles, les produits d'entretien représentent plus du quart des étiologies, puis viennent les produits de coiffure, les désinfectants et les savons. Cette répartition des agents étiologiques explique parfaitement que certains secteurs d'activité soient plus touchés que d'autres par les dermatoses professionnelles.

Les inaptitudes définitives au poste de travail sont plus fréquentes pour les pathologies possiblement d'origine professionnelle, les dermatites allergiques, les activités du domaine de la coiffure, avec une significativité statistique y compris après ajustement sur l'âge, le sexe et la présence de facteurs de comorbidités.

Cette étude donne une photographie de la situation actuelle dans les consultations de dermato-allergologie professionnelle. Cependant, elle n'est peut-être pas représentative de la situation couramment rencontrée par les médecins du travail dans leur pratique quotidienne, en raison d'un probable effet de

K. FABER-BOUILLAUT*
M. TURK SOYER**

*Département Études
et assistance médicales,
INRS

**Université d'Ege,
faculté de médecine,
département de santé
publique, Izmir, Turquie.

 inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 106
2^e trimestre 2006

217

« sélection » des cas les plus graves et les plus complexes dans les consultations spécialisées, les cas les plus bénins, sans retentissement important sur le travail étant gérés hors du système hospitalier.

Devenir médical et socioprofessionnel de 200 sujets atteints d'une dermatose présumée d'origine professionnelle

S. Parier, service de pathologie professionnelle, hôpital Raymond Poincaré, Garches

Les dermatoses présumées d'origine professionnelle sont fréquentes, avec une incidence de 0,5 à 0,7/1000, même si elles ne représentent que 5 % des maladies professionnelles reconnues. Elles sont localisées le plus souvent au niveau des mains et débutent le plus souvent par une dermatite d'irritation, secondairement compliquée d'un eczéma de contact allergique.

Les objectifs de l'étude réalisée étaient descriptifs : quel diagnostic a été posé ? Quels secteurs professionnels sont les plus touchés ? Quels agents sont les plus fréquemment en cause ? Existe-t-il un lien entre la déclaration des dermatoses en maladie professionnelle et le devenir médico-socio-économique des salariés ? Cette étude rétrospective a été réalisée à partir des dossiers de 200 patients ayant consulté entre 1996 et 2000 dans l'unité de pathologie professionnelle du CHI de Créteil et a été complétée par un questionnaire téléphonique pour ce qui concerne le devenir des salariés.

Les deux diagnostics les plus souvent retrouvés dans les dossiers sont la dermatite irritative et l'eczéma de contact allergique. Les secteurs les plus touchés sont le nettoyage, la santé, la coiffure et le BTP, attendu que les produits les plus souvent en cause sont les métaux, les antiseptiques et conservateurs, les agents de vulcanisation du caoutchouc, le latex ainsi que les produits de coiffure. Les salariés les plus touchés sont les femmes et les personnes avec un faible niveau de qualification. L'âge moyen de la population de cette étude est de 34,8 ans. Seuls 22 % des patients vus en consultation pour une dermatose suspectée d'origine professionnelle en ont fait la déclaration à leur Caisse primaire d'assurance maladie, avec une très large majorité de reconnaissances. Soixante-dix-huit pour cent d'entre-eux n'ont pas engagé de démarche de déclaration. L'analyse des raisons de cette sous-déclaration montre que ces personnes ont un eczéma non professionnel aggravé par le travail ou ont déjà bénéficié d'un aménagement de poste ; ceci explique leur désintérêt à faire une déclaration, sans oublier qu'ils peuvent trouver la procédure trop lourde ou ont des craintes pour leur emploi. Les patients ayant effectué les démarches de déclaration sont plus souvent des personnes souffrant de dermatite allergique (comparativement aux patients souffrant de dermatite irritative) et la principale conséquence de cette déclaration a été un aménagement du poste de travail avec, pour corollaire, une amélioration des lésions.

À l'aide du questionnaire téléphonique, le devenir des salariés a pu être appréhendé : 66 % des salariés souffrant de dermatoses d'origine professionnelle étaient restés affectés au même poste, avec la persistance d'une exposition au risque, 17 % étaient en arrêt maladie au moment de l'étude, 57 % souffraient de rechutes à répétition et 15 % ont vécu une perte de revenus ou une période de chômage.

Les résultats de cette étude mettent en évidence une importante sous-déclaration des dermatoses d'origine professionnelle, malgré les bénéfices qu'ont pu en tirer les salariés ayant fait la déclaration : aménagement de poste et amélioration secondaire des lésions. Il est important d'inciter les employés à effectuer cette démarche. En raison du nombre de personnes ayant souffert d'une baisse de revenus et/ou d'une période de chômage à cause de leur pathologie dermatologique, il est indispensable de mettre l'accent sur la prévention, l'information et la protection des salariés, et ceci dès l'orientation professionnelle des jeunes ayant des antécédents dermatologiques.

Dermatites de contact : données physiopathologiques récentes

J.P. Marty, faculté de pharmacie, Châtenay-Malabry

L'intervention de J.P. Marty concerne les dermatites de contact aux cosmétiques. Le terme « dermatite » signifie « irritation du derme ». Il s'agit d'un terme générique qui regroupe des entités cliniques et physiopathologiques très différentes. En pathologie professionnelle, la dermatite de contact d'irritation et la dermatite de contact allergique doivent être différenciées, même si cette différence est très ténue cliniquement la plupart du temps. En pratique, les patients appellent souvent « allergie » n'importe quelle rougeur ou n'importe quelle réaction inconnue à un produit professionnel ou à un cosmétique, sans preuve immunologique ; selon l'auteur, 62 % des femmes et 32 % des hommes se plaignent d'inconfort cutané avec intolérance à divers produits, sans allergie reconnue.

Les dermatites d'irritation sont très fréquentes, provoquées par une réaction inflammatoire non immunitaire à des substances irritantes. Les dermatites d'allergie de contact sont un peu moins fréquentes, provoquées par une réaction immunologique à la présence d'un allergène. Il s'agit de deux entités distinctes mais pour lesquelles le diagnostic différentiel est souvent difficile, reposant sur un examen clinique rigoureux, un interrogatoire complet et des tests cutanés. La clinique est peu différente et souvent peu spécifique de l'un ou l'autre type de dermatite. Le diagnostic différentiel (**tableau I**) est souvent difficile et nécessite un interrogatoire complet, y compris professionnel, ainsi que des tests cutanés.

Diagnostic différentiel dermatite d'irritation/dermatite allergique

TABLEAU I

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

La dermatite d'irritation se caractérise par une altération initiale de la barrière cutanée qui entraîne la fabrication par le derme de différentes cytokines pro-inflammatoires, comme l'interleukine-1 ou le TNF α . Ces molécules provoquent la dégradation de l'acide arachidonique pour former prostaglandines (PGE2, PGF2) et leucotriènes, qui eux-mêmes déclenchent la sécrétion de neuromédiateurs entretenant l'inflammation (substance P, VIP...). Il s'agit d'une réactivité chimique.

La réaction allergique, quant à elle, nécessite une réaction immunitaire qui débute avec la mise en présence de la peau et d'un haptène, produit chimique de petit poids moléculaire ayant une forte réactivité chimique et s'associant à une protéine pour devenir immunogène. L'allergie se déroule en trois temps : sensibilisation, déclenchement de la lésion puis résolution (et malheureusement nouvelles poussées en cas de nouveaux contacts). Dans la plupart des cas de dermatoses professionnelles, il s'agit d'hypersensibilité retardée avec pénétration de l'allergène dans le derme puis le système ganglionnaire et présentation à des lymphocytes « mémoires ». En cas de nouveau contact, ce sont ces lymphocytes qui, après présentation de l'allergène par les cellules de Langerhans, vont déclencher la réaction.

Les principaux agents étiologiques des dermatites d'irritation rencontrés en cosmétovigilance sont les savons et les shampooings, en raison de leur teneur en tensioactifs agressifs pour l'épiderme, les dérivés de la vitamine A, l'urée, le lactate d'ammonium, le propylène glycol, les aldéhydes et les alcools, en fonction de

leur dose et de leur concentration. La prévention repose sur le choix de produits moins agressifs, la limitation d'utilisation des produits irritants (dans la mesure du possible), le respect des dilutions et la bonne utilisation des protections. Quant aux allergènes les plus fréquents rencontrés en cosmétovigilance, il s'agit des parfums, des conservateurs, des excipients anti-oxydants, des colorants capillaires (dont la paraphénylène-diamine - PPD), des résines et des filtres solaires. Il ne faut cependant pas oublier que toute substance peut être potentiellement responsable d'une allergie. Le traitement d'une dermatite de contact allergique repose sur l'identification et l'éviction de l'allergène, les corticoïdes et les antihistaminiques.

La peau dans tous ses états

Dermatoses professionnelles : aide au diagnostic dermatologique

M.N. Crépy, services de pathologie professionnelle, hôpitaux Raymond Poincaré, Garches, et Cochin, Paris

Cette communication, très richement illustrée, avait pour objectif de faire un rappel de la présentation clinique des différents diagnostics dermatologiques rencontrés en consultation, afin de proposer aux médecins du travail présents une aide dans leur pratique



quotidienne. L'analyse des lésions cutanées repose sur deux méthodes : l'une analogique, rapide, mais comportant un risque d'erreur (comparaison de l'aspect observé avec des photos ou des cas déjà rencontrés), l'autre analytique, qui est à préférer à la première dans la mesure où elle est plus fiable (analyse des lésions élémentaires et synthèse avec l'interrogatoire).

L'interrogatoire est une étape importante et porte sur l'histoire d'une éventuelle atopie, les antécédents dermatologiques (psoriasis, ...), le début des lésions, l'évolution dans le temps, le lien avec l'activité professionnelle, les gestes de travail, les signes fonctionnels (prurit, brûlure, cuisson, douleur, fourmillement...). Il comporte un inventaire des produits manipulés au travail et au domicile ainsi que des cosmétiques. Outre un interrogatoire bien conduit, le diagnostic repose également sur un bon examen clinique dont le temps capital est une inspection minutieuse et méthodique de tout le tégument dans de bonnes conditions, à la recherche des lésions élémentaires (macule, papule, vésicule, bulle, pustule, squames, hyperkératose).

Les principales dermatoses professionnelles rencontrées en région parisienne ont été détaillées dans la présentation : dermatites d'irritation de contact, dermatites de contact allergique, qui représentent à elles seules 90 % des dermatoses professionnelles, mais aussi urticaires et dermatites de contact aux protéines, mycoses.

La dermatite d'irritation peut apparaître dès le premier contact avec la substance irritante ; elle correspond à une brûlure chimique avec destruction de la barrière lipidique protectrice de l'épiderme, peut être aiguë ou chronique.

L'eczéma de contact allergique, quant à lui, est une réaction allergique cutanée qui apparaît 24 à 48 heures après le contact avec l'agent sensibilisant responsable (hypersensibilité retardée à médiation cellulaire) ; il associe érythème, vésicules, croûtes et desquamation. Trois modes d'exposition à un allergène peuvent être identifiés : contact direct des mains avec le produit, contamination aéroportée par la création d'un aérosol, contamination manuportée par transport de l'allergène *via* les mains (même gantées).

En pratique, la différence entre dermatite allergique et irritative est souvent difficile, ce d'autant que les deux types de lésions cohabitent fréquemment et qu'une dermatite irritative précède généralement la dermatite allergique. En conséquence, même de petites lésions d'irritation, qui paraissent minimales au départ, sont des signaux d'alarme à prendre en considération et à traiter rapidement avant que ne s'installe une dermatite plus persistante (avec risque de développer ensuite une allergie). Il est utile de consulter au plus tôt le médecin du travail, afin d'essayer d'identifier les substances irritantes et/ou sensibilisantes au poste de travail et de prendre des mesures adaptées.

Dermatites de contact, l'enquête... professionnelle

M.T. Le Cam, service de pathologie professionnelle, Centre hospitalier intercommunal (CHIC), Créteil

Le diagnostic des dermatites de contact professionnelles nécessite une démarche rigoureuse au cours de laquelle se posent plusieurs questions :

- L'aspect des lésions est-il compatible avec une dermatite de contact ?
- Y a-t-il une exposition professionnelle à des irritants ou des allergènes potentiels ? La réponse à cette question nécessite une lecture approfondie des fiches de données de sécurité pour identifier les produits et les fabricants, étudier la composition des produits et leurs propriétés physico-chimiques comme le pH et la solubilité et, enfin, identifier les risques.
- La distribution anatomique de la dermatite est-elle compatible avec la tâche et l'exposition ?
- La relation temporelle entre l'exposition et le début de la dermatite est-elle compatible avec une origine professionnelle ?
- Y a-t-il un geste déclenchant ?
- L'arrêt de l'exposition améliore-t-il la dermatite ?
- L'exposition non professionnelle a-t-elle été exclue ?
- Y a-t-il des protections ? Lesquelles ? Comment sont-elles utilisées ?

Le diagnostic dermatologique repose sur la confrontation entre l'interrogatoire, les données cliniques et les examens complémentaires, qui sont de deux types selon qu'il s'agit d'une allergie retardée (type IV de Gell et Coombs) ou d'une allergie immédiate (type I de Gell et Coombs).

Les patchs-tests sont les examens de référence en cas d'allergie retardée. Leur principe est le suivant : les allergènes à tester sont déposés dans des cupules, disposées sur du ruban adhésif collé dans le dos du patient, sur une zone de peau saine. La lecture du test se fait à 48 heures (après avoir retiré le ruban adhésif et laissé reposer la peau pendant 30 minutes) et à 96 heures ; la présence d'érythème, de papules, de vésicules et/ou de bulles au niveau des zones de contact avec les différentes substances qui avaient été déposées sur la peau du dos est recherchée. Peuvent être utilisés la batterie standard européenne (BSE), des batteries plus spécialisées (coiffure, parfums...), mais aussi tout autre produit personnel correctement dilués pour avoir un pH compris entre 4 et 9. Les contre-indications sont rares ; ce sont l'eczéma en poussée, les corticoïdes locaux ou généraux, les autres immuno-suppresseurs, l'exposition récente aux UV, la grossesse. Les principaux allergènes professionnels impliqués dans les manifestations de type IV sont les métaux, les résines, les agents de vulcanisation du caoutchouc, le latex, la PPD, les conservateurs, les parfums et le baume du Pérou.

Les prick-tests, quant à eux, sont utilisés dans les cas d'allergies immédiates. Le principe est simple : on

dispose sur la peau de l'avant-bras une goutte de l'allergène à tester et on le fait pénétrer à l'aide d'une petite aiguille. La lecture se fait dans les 20 minutes. L'interprétation se fait par comparaison du diamètre des papules apparues avec le diamètre de la papule au niveau du témoin positif, l'histamine. Il est possible, comme pour les patchs-tests, d'utiliser des allergènes standardisés mais aussi des produits natifs.

Tous ces tests, corrélés à l'histoire dermatologique et à la présentation clinique, sont utiles en pratique pour identifier un ou plusieurs allergène(s) et prendre des mesures adéquates en milieu de travail.

Table ronde : la prévention à fleur de peau

Les gants de protection contre les risques chimiques

C. Boust, département Expertise et conseil technique, INRS, Paris

Cette communication, assortie d'une présentation d'échantillons, a fait un point sur les différents types de gants disponibles sur le marché : latex naturel, latex synthétiques, autres élastomères, matières plastiques, matériaux multicouches, ainsi que sur leurs principales caractéristiques de résistance et d'élasticité. Afin de guider le choix des gants en fonction des produits utilisés et des tâches réalisées, il faut tenir compte de leur résistance à la pénétration (passage du produit à travers les fermetures, les porosités ou les imperfections du matériau), de leur résistance à la perméation (diffusion du produit chimique au travers du matériau à l'échelle moléculaire) et de leur résistance à la dégradation (changement des propriétés physiques du gant suite au contact avec le produit), ainsi que des conditions d'utilisation des produits (concentration, température...).

Ces caractéristiques réunies dans « *Quick selection guide to chemical protective clothing* », Forsberg & Mansdorf, chez Wiley interscience et dans la fiche pratique de sécurité publiée par l'INRS sous la référence ED 112 « *Des gants contre le risque chimique* » offrent ainsi deux sources d'information aux professionnels pour le choix des gants les mieux adaptés à leur situation.

La prévention à pleine main

S. Dargery, Association paritaire de santé au travail du Bâtiment et des Travaux publics de la région Ile-de-France (APST-BTP), Bourg la Reine

L'auteur a décrit deux cas cliniques survenus dans des entreprises du BTP :

- Le premier cas est celui d'un homme né en 1969, scolarisé jusqu'à l'âge de 12 ans, maçon depuis l'âge de

14 ans et employé dans la même entreprise depuis l'âge de 24 ans comme maçon-carreleur. Ce patient souffre de psoriasis depuis l'adolescence, jusque là bien toléré. En 2000, une poussée invalidante de psoriasis pustuleux palmaire, très mal vécue, survient. Il s'agit ici d'une maladie non professionnelle aggravée par le travail avec des facteurs déclenchants isolés après enquête : changement de type de chantier avec travail en égouts et port de gants en continu entraînant une macération, exposition à la poussière de ciment et micro-traumatismes répétés. Le salarié a été mis en inaptitude temporaire puis a bénéficié d'un aménagement de poste. En raison de son jeune âge, il lui a été proposé une remise à niveau et une formation pour devenir chef de chantier. Les lésions ont régressé suite à la ré-orientation professionnelle.

- Le deuxième cas est celui d'un jeune mécanicien de 27 ans, titulaire d'un CAP, d'un BEP, d'une spécialisation « diéséliste », ainsi que d'un bac professionnel, employé dans une entreprise de BTP pour la maintenance en atelier des engins de chantier. A ce titre, il est exposé à de nombreux produits, comme les huiles de vidange, les dégruppants, les nettoyeurs de freins... Trois mois après l'embauche, apparaît un eczéma des mains sur un terrain atopique. Les tests cutanés allergologiques réalisés en consultation de pathologie professionnelle sont positifs pour le chrome, les gants en cuir (le tannage est fait avec du chrome) et l'éthylène-diamine (utilisée comme anti-corrosif dans les huiles). Malgré un traitement adéquat, des consignes d'hygiène et un changement de gants, les lésions n'ont pas régressé. Ce jeune homme a été déclaré définitivement inapte à son poste. En raison de ses qualifications, il a été ré-orienté pour se diriger vers l'enseignement en Centre de formation des apprentis.

Cette présentation a illustré la diversité des modes d'exposition aux produits irritants et allergisants dans le BTP et la possibilité pour les salariés de ces entreprises souffrant de dermatoses professionnelles ou aggravées par le travail de pouvoir bénéficier d'un aménagement de poste ou d'une ré-orientation professionnelle, lorsque les mesures de prévention et de traitement s'avèrent insuffisamment efficaces.

Choisir un gant pour l'application des résines techniques dans le BTP

F. Lauzier, service Prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), Paris

Les résines sont largement manipulées dans le BTP. Elles sont appliquées au rouleau, pulvérisées ou étalées à la taloche. Les résines époxy, qui ont un effet local au niveau cutané mais aussi un effet potentiel cancérigène, ont été substituées, quand cela est possible, par des résines polyuréthanes solvantées dont la pénétration cutanée est facilitée du fait de la présence de

solvants dans la composition. La protection reste donc essentielle.

Malgré une directive européenne exigeant du fabricant qu'il spécifie la nature des gants à utiliser sur la fiche de données de sécurité de son produit, en pratique très peu le font. Afin de proposer la meilleure protection possible aux résines époxy et polyuréthanes, un groupe de travail pluridisciplinaire a étudié les différents modes de contamination en fonction des tâches de travail et cherché le meilleur compromis entre étanchéité, acceptabilité pour le salarié et coût pour l'employeur : son choix s'est porté sur les gants en nitrile épais. Un document de synthèse des risques et des moyens de prévention est disponible à la CRAMIF, sous la référence DTE191.

Protection de la main aujourd'hui : stratégie d'utilisation par le personnel soignant

C. Pecquet, consultation de dermato-allergologie, hôpital Tenon, Paris

Les principales pathologies dermatologiques au niveau des mains rencontrées chez le personnel soignant sont les dermatites d'irritation (les plus fréquentes), les eczémas allergiques de contact (réaction d'hypersensibilité retardée) et les dermatites allergiques au latex (réaction d'hypersensibilité immédiate aux protéines de latex).

La prévention des dermatites d'irritation repose essentiellement sur l'hygiène et la protection cutanées. Le lavage des mains doit être fait avec des produits de nettoyage doux, le séchage doit être soigneux et l'application d'émollients sans lanoline fréquente et régulière, notamment avant et après le poste de travail. Le lavage antiseptique des mains doit être réservé à des tâches précises, pour lesquelles il est indispensable. Le port de gants est capital pour prévenir les dermatoses professionnelles. Néanmoins, les gants peuvent être responsables d'irritation ou d'allergie cutanées, surtout en cas de macération. La nature et l'épaisseur des gants doivent impérativement être adaptées aux produits chimiques manipulés et aux conditions de travail.

Le traitement préventif de l'eczéma allergique repose sur l'éviction de l'allergène, après identification, ainsi que sur le traitement d'une éventuelle dermatite d'irritation associée. En ce qui concerne la prévention individuelle de l'allergie au latex, les contacts cutanés avec les protéines du latex doivent être limités le plus possible par l'utilisation de gants sans latex (vinyle, nitrile...), malgré leur coût supérieur. Lorsque, pour certaines activités, les avantages des gants en latex sont indiscutablement établis, il est possible d'utiliser des modèles pauvres en allergènes, non poudrés (en raison du risque de formation d'un aérosol de particules de latex adsorbées sur la poudre d'amidon de maïs) ou des gants pourvus d'un revêtement interne en matière synthétique. Selon la norme européenne EN 455/partie 3, les fabricants seront tenus de déterminer la proportion des protéines solubles de latex

dans les gants à usage unique, afin de guider les professionnels de santé dans leurs choix.

Cas clinique en coiffure

P. Andujar, service de pathologie professionnelle, Centre hospitalier intercommunal (CHIC), Créteil

Il s'agit du cas d'un jeune homme de 16 ans, apprenti dans un salon de coiffure depuis 6 mois, ayant développé une dermatite des mains un mois après le début de son travail. Sa tâche se résumait essentiellement aux shampooings et aux rinçages. Il portait des gants de façon inconstante, en latex ou en caoutchouc, souvent usagés (et même parfois mis à l'envers). Ce jeune homme souffrait d'atopie depuis l'enfance. Les lésions sont apparues au niveau des mains (vésicules sur le dos des mains, xérose des paumes) et étaient associées à un prurit. Des tests cutanés ont été réalisés, positifs pour la paraphénylènediamine (PPD) et la paratoluènediamine (PTD). La dermatite a été déclarée en maladie professionnelle au titre du tableau 15bis et le jeune apprenti a pu bénéficier d'une ré-orientation.

L'auteur a insisté sur le fait qu'une source de plus en plus importante d'exposition actuellement à la PPD est la réalisation de tatouages provisoires au henné : pour intensifier la couleur et augmenter la durée du tatouage, le henné est souvent enrichi en PPD, et cela malgré l'interdiction légale.

Choisir un gant pour le métier de la coiffure

F. Lauzier, service Prévention, CRAMIF, Paris

Le choix d'un gant, en coiffure comme dans les autres domaines professionnels, est toujours le résultat d'un compromis pour trouver le meilleur équilibre entre l'efficacité du gant, la préservation de la dextérité et l'acceptabilité économique. Un groupe de travail pluridisciplinaire incluant des médecins, des salariés, des ingénieurs et des fabricants de gants a été créé et a mis au point un protocole de choix des gants en fonction de l'activité et des tâches à réaliser.

Leurs conclusions sont les suivantes : port de gants épais pour les shampooings et le nettoyage, port de gants jetables en latex non poudré finition chlorinée pour les opérations techniques avec contact occasionnel, ou en nitrile fin pour les autres activités. Les gants en nitrile sont résistants mais raides (et plus chers) alors que les gants en latex sont souples et préservent un maximum de dextérité. La finition chlorinée implique plusieurs lavages et rinçages dans une eau chlorée, ce qui diminue la quantité résiduelle de protéines de latex à 20 ppm (au lieu de 1 000 ppm), abaisse ainsi le risque d'allergie, et facilite aussi l'enfilage même en l'absence de poudre. En cas d'allergie vraie au latex, leur utilisation reste tout de même prohibée et ils doivent être remplacés par des gants en nitrile.

Dermatites aux (meth)acrylates en milieu dentaire

L. Bensefa, service de pathologie professionnelle, hôpital Cochin, Paris

Les méthacrylates ⁽¹⁾ (avec le latex) constituent les principaux allergènes en dentisterie. La dermatite allergique de contact est la forme la plus décrite. Les formes évoluées de cette pathologie peuvent être invalidantes et conduire les professionnels de l'art dentaire affectés à cesser leur activité, d'où l'intérêt de mesures de prévention adaptées.

Atopie cutanée et aptitude médicale

M.N. Crépy, services de pathologie professionnelle, hôpitaux Cochin, Paris et Raymond Poincaré, Garches, et P. Watine, SOMIE, service de médecine du travail interentreprises, Paris

L'atopie fait partie des facteurs favorisant les réactions allergiques de type I, surtout en association avec des facteurs irritants (travail en milieu humide, utilisation de détergents, frictions mécaniques...) et des facteurs génétiques de susceptibilité individuelle.

Les professions les plus à risques sont les secteurs de l'alimentation et du nettoyage. Si certains atopiques exposés ne développent pas d'eczéma, des salariés non atopiques vont souffrir d'allergie cutanée. Il n'y a donc pas de conduite à tenir univoque dans ce domaine pour ce qui concerne l'aptitude médicale au poste de travail. Il faut tenir compte de la clinique (importance, type et étendue des lésions dermatologiques...) mais aussi du vécu et de la motivation des salariés, et s'appuyer sur une bonne connaissance de l'environnement de travail, tant au plan humain que technique. Les marges de manœuvre sont souvent faibles et dépendent de la situation personnelle du salarié, de son niveau de formation, de son âge et de son ancienneté dans la profession. La formulation de l'avis d'aptitude doit être claire : la formule « *sous réserve d'éviter...* » doit être proscrite, au pro-

fit de formules claires de recommandations ou d'interdictions. Au-delà de l'aptitude médicale, il est indispensable de traiter les lésions dermatologiques et de prodiguer les conseils adaptés au salarié ainsi que les recommandations utiles pour l'employeur. Il faut en outre revoir fréquemment ces salariés afin de surveiller leur tégument.

L'échec de la prévention peut amener à terme, dans certains cas, à prononcer une inaptitude au titre de l'article R. 241-51-1 du Code du travail. Pour éviter d'en arriver à cette extrémité, il faut prodiguer des informations rigoureuses et s'assurer qu'elles sont bien comprises par le salarié, poser un diagnostic et instaurer un traitement adéquat précocement, assurer une bonne collaboration entre médecins (en l'occurrence dermatologue, médecin traitant et médecin du travail), instaurer des relations basées sur la confiance avec l'entreprise. Ce n'est que dans ce cas – et en présence d'un salarié motivé – que le maintien dans le poste pourra être réalisé.

Conclusion

« *La main qui coiffe, celle qui soigne, la main qui construit ou qui nettoie, la main qui répare, la main du menuisier, du peintre... autant de gestes qui exposent au contact avec des substances chimiques, des produits détergents ou des agents infectieux...* », autant de situations à risques pour la peau et de situations difficiles pour le médecin du travail en terme de prévention des risques dermatologiques et d'aptitude médicale au poste de travail en pratique quotidienne. L'enjeu est cependant important et les exemples développés lors de la table ronde mettent en évidence qu'il est possible de maintenir des salariés, même allergiques, dans leur emploi.

Points à retenir

Les dermatites d'irritation sont les plus fréquentes des dermatoses professionnelles

Il est difficile mais important de bien différencier les dermatites irritatives des dermatites allergiques

Les principaux produits à l'origine des dermatites irritatives sont les produits d'entretien, de coiffure, les désinfectants et les savons

Les principaux allergènes professionnels sont les métaux, les résines, les conservateurs, les agents de vulcanisation du caoutchouc, le latex, la PPD (paraphénylènediamine) et les parfums

Seuls les tests cutanés permettent d'établir un diagnostic étiologique précis d'un eczéma de contact allergique

Les gants doivent être choisis en fonction de la nature du travail, des produits manipulés et doivent être correctement utilisés

(1) Les méthacrylates sont utilisés pour la fabrication des prothèses dentaires.