



Item183-Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopique et de contact

Objectifs CNCI		
- Expliquer la physiopathologie de l'urticaire et des dermatites atopique et de contact. - Diagnostiquer une hypersensibilité cutanéomuqueuse aiguë et/ou chronique chez l'enfant et chez l'adulte. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. - Identifier le caractère professionnel d'une dermatose allergique : démarche diagnostique étiologique, éviction du risque.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Dermatite atopique / SFD / 2005 - Urticaire chronique / ANAES / 2003 -	- Urticaire : chronique si > 6S - Immunologique / non immuno (UC) - Papules érythémato-oedémateuses - Prurigineuses / mobiles / fugaces - Tuméfaction blanche hypodermique - UC: Tt d'épreuve anti-H1 pour 4-8S - Eczéma : HyperSe retardée 4 (LT) - Lésion érythémato-vésiculeuse - Bordure émiétée / prurigineuse - Dermite irritative (orthoergique) - Eczéma de contact = patch-tests - DA : Nourrisson: suintantes / convexes - Enfant = squameuses / grands plis - Syndrome de Kaposi-Juliusberg - DA = MHD + DC + traitement sympto (3)	- Facteur déclenchant - US: AUCUN ex. paraclinique - Urticaire = pas de corticoïdes - Anaphylaxie = adrénaline IM - Déclaration en MPI - Aménagement poste de travail - Eliminer l'infection avant DC - Education / hygiène si DA - Eviter sujet avec herpès labial

A. URTICAIRE

Généralités

Définition

- **Une** urticaire = éruption cutanée allergique papulo-oedémateuse
- **Chronique** si persistance des lésions > **6 semaines** +++

Epidémiologie

- Pathologie fréquente +++ : 15-20% de la population fera ≥ 1 poussée
- Si persistance > 6mois: permanence des lésions (40% à 10ans...)

Physiopathologie

- Urticaire superficiel = oedème dermique / profond = oedème dermo-hypodermique
- Dans tous les cas, principal médiateur impliqué dans l'urticaire = **histamine**
- **Mais on distingue 2 types de mécanismes**
 - **Urticaire immunologique = réaction d'hypersensibilité immédiate (type 1 / par IgE)**
 - 1ère phase de sensibilisation (asymptomatique) puis phase effectrice

- Fixation Ag/IgE ou complexes immuns circulant sur mastocytes
- Libération massive d'histamine → oedème dermique +/- hypodermique
- **Urticaire non immunologique (dans urticaire chronique ++)**
 - Par apport direct d'histamine (ou d'histamino-libérateur)
 - Par défaut d'inhibition (dans oedème angioneurotique familial)

Etiologies

Dans les urticaires aiguës

- **Médicaments**
 - Pénicilline / AINS et aspirine
 - Produits de contraste iodés / IEC, etc.
- **Alimentation**
 - Par hypersensibilité: oeufs / poissons / crustacées / lait et fromage
 - Aliments riches en histamine: tomate / fraise / banane / chocolat
- **Autres étiologies**
 - Infections virales: VHB / MNI / CMV
 - Piqûres d'hyménoptère (abeille / guêpe..)

Dans les urticaires chroniques

- **Urticaire physique**
 - Dermographisme: urticaire au frottement (vêtement ++)
 - Urticaire retardée à la pression (port d'objet, sac..)
 - Urticaire cholinergique: après sudation ou émotion
 - Urticaire au froid / urticaire à l'eau, etc.
- **Urticaire de contact**
 - Animaux: chenilles / méduses
 - Végétaux: orties (d'où le nom) / algues
 - Produits professionnels: latex +++
- **Autres étiologies**
 - Thyroïdite de Hashimoto (hypothyroïdie)
 - Infections parasitaires (giardiase, ascaridiose..)
- **Idiopathique +++**
 - Pas d'étiologie retrouvée dans **70%** des cas

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd d'urticaire / **atopie:** asthme / rhinite / dermatite... (**A savoir !**)
 - **Prises:** recherche du **facteur déclenchant:** médicament / aliments, etc. (**A savoir !**)
 - **Anamnèse:** circonstance d'apparition / évolution / chronique si > 6S +++
 - **Signes fonctionnels:** lésions prurigineuses
- **Urticaire superficielle (commune)**
 - !! Examen de tout le corps / patient dénudé / +/- photographies
 - **Lésion élémentaire**
 - **Papules** (= relief) **érythémato-oedémateuses**
 - « Ortiées » / bien limitées (à bords nets)
 - **Éléments caractéristiques (3)**
 - Prurigineuses ++
 - Mobiles (atteinte successive de zones différentes)
 - Fugaces (disparition en < 24h sans laisser de trace)
- **Urticaire profonde (oedème de Quincke ou angio-oedème)**
 - Tuméfaction sous-cutanée (hypodermique) / ferme / mal limitée
 - Non érythémateux (rosé-blanchâtre) / Non prurigineux
 - Parfois douloureux (sensation de tension)
 - Cutané (paupières ++) ou muqueux (glottique: risque d'asphyxie !)
 - Le plus souvent associé à une urticaire superficielle

Examens complémentaires

- **Si urticaire aiguë (< 6S)**

- **AUCUN** examen à visée étiologique sauf si complication
- → rechercher un facteur déclenchant à l'interrogatoire +++ (« acharné »)
- **Si urticaire chronique (> 6S) (!! Urticaire chronique / ANAES / 2003)**
 - **Si pas d'orientation étiologique clinique = pas de bilan paraclinique (A savoir !)**
 - → **Traitement d'épreuve** anti-histaminique anti-H1 pendant 4 à 8S en 1ère intention
 - **Puis selon résultat**
 - Si amélioration ou guérison de l'urticaire: on s'arrête là +++
 - Si échec: bilan restreint = NFS + VS/EPP + CRP + Ac anti-TPO
 - **Si orientation étiologique clinique = bilan selon suspicion**
 - Dysthyroïdie: TSH et Ac (anti-TPO ou TRAK)
 - Urticaire de contact: prick-tests (cf [Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))
 - Urticaire physique: test au glaçon / d'effort / de pression...
 - Angio-oedème familial: dosage C4 et inhibiteur C1-estérase

Formes cliniques particulières

- **Syndrome de vasculite urticarienne**
 - **A évoquer si:** lésions **fixes / non prurigineuses** / signes associés (purpura, fièvre)
 - **Etiologies:** LED / Sd de Mac Duffie (hypo-complémentémie) / cryoglobulinémie
 - **Confirmation = biopsie cutanée avec IFD:** vasculite lymphocytaire avec nécrose
- **Oedème angioneurotique familial**
 - Maladie à T° autosomique dominante liée à un déficit en inhibiteur de la C1-estérase
 - Poussées **récurrentes** d'urticaires **profondes** (sans urticaire superficielle +++)
 - **Diagnostic biologique**
 - Exploration du complément: diminution de C2 et C4 (mais C3 = normal)
 - Confirmation par dosage de l'inhibiteur de la C1-estérase (abaissé)

Traitement

Prise en charge

- Prise en charge ambulatoire si urticaire superficielle isolée
- Hospitalisation en cas d'urticaire profonde glottique (risque d'asphyxie)

!! Dans tous les cas: traitement étiologique

- Recherche et éviction du **facteur déclenchant** +++ (A savoir !)

Traitement symptomatique: urticaire aiguë

- **Urticaire superficielle isolée**
 - Anti-histaminique anti-H1 / PO / pendant **1 semaine**
 - 2ème génération +++ : desloratadine (Aérior®) / cétirizine (Zyrtec®)
 - **!! la plupart des anti-H1 sont CI pendant la grossesse**
 - **T1 et T2:** utiliser Dexchlorphéniramine (Polaramine®)
 - **T2 et T3:** utiliser Cétirizine (Zyrtec® Virlix®)
- **Urticaire profonde (oedème de Quincke)**
 - **Si pas de gêne respiratoire / pas de choc anaphylactique**
 - Anti-H1 en parentéral (Polaramine® en IM ou IV)
 - Corticoïdes: bétaméthasone en IM (ou MP en IV)
 - **Si gêne respiratoire ou signes de choc anaphylactique**
 - **Adrénaline** en **IM 0.5mg** /5min +/- en aérosol si gêne laryngée
 - puis corticoïdes IV (MP: solumédrol®) et anti-H1 en IV
 - Si choc: adrénaline 0.1mg en IV (seulement smur-réa/patient scopé)/ remplissage, etc. (cf [Œdème de Quincke et anaphylaxie.](#))

Urticaire chronique (> 6S)

- **Mesures hygiéno-diététiques +++**
 - Éviter les conditions d'urticaire physique: frottements / froids / pression
 - Éviter les facteurs de risque d'urticaire de contact (latex, ortie..)
 - Éviter aliments riches en histamine (chocolat, banane, fraise)
- **Traitement médicamenteux dans urticaire chronique idiopathique**
 - Traitement empirique par anti-H1 en prolongé (≥ **3 mois**) / diminution progressive
 - Si échec à S4 = **association** avec d'autre anti-H1 +++ (ou anti-H2)
 - **!! Pas** de corticothérapie générale (cf effet rebond; A savoir !)

Surveillance

- **Clinique seulement:** Cs si pas d'amélioration de l'urticaire / rechercher le facteur +++

B. ECZÉMA DE CONTACT

Généralités

Définition

- Dermatite de contact = eczéma de contact
- Dermatose allergique chronique vésiculeuse et prurigineuse / fréquente +++

Physiopathologie

- Réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire = type 4 (cf Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.)
 - Pénétration de l'allergène (**haptène**) = fixation sur cellules de **Langerhans**
 - **Phase de sensibilisation**: activation des LT spécifiques (asymptomatique)
 - **Phase de révélation (expression)**: si ré-introduction de l'allergène = eczéma

Etiologies

Allergènes professionnels

- Coiffeurs = paraphénylènediamine (teinture)
- Professionnels de santé = bétadine / latex / antibiotiques...
- Bâtiment = ciment (sel de chrome) / jardinier (primevère), etc.

Allergènes vestimentaires

- Nickel +++ (bijoux, bracelet, montre...)
- Chrome, cuir, caoutchouc, etc.

Allergènes cosmétiques

- Parfum / teinture capillaire (paraphénylènediamine) / vernis (formaldéhyde)
- Déodorant, rouge à lèvres, baume du Pérou ++ et térébenthine

Allergènes médicamenteux

- Sparadrap (colophane) / topiques anti-prurigineux (Parfenac®)
- Mercure (antiseptiques) / néomycine (AB)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: dermatite atopique (FdR) / **profession** +++ / allergies
 - **Prises**: rechercher tous les **traitements** locaux appliqués récemment
 - **Anamnèse**: évolution / rechercher le **facteur déclenchant** (**A savoir !**)
- **Examen physique**
 - !! Examen de tout le corps / patient dénudé / +/- photographies
 - **Lésion élémentaire = eczéma**
 - Lésion érythémato-vésiculeuse / à bordure émettée / très **prurigineuse**
 - **avec évolution typique en 4 phases +++**
 - **érythémateuse**: placards granités rouge vifs prurigineux
 - **vésiculeuse**: vésicules de petite taille +/- confluentes
 - **suintante**: rupture des vésicules = suintement +/- ulcérations
 - **croûteuse-desquamative**: disparition par desquamation / pas de cicatrice
 - **Topographie**
 - = zone de contact avec l'allergène (mais extension secondaire possible)
 - Orientation étiologique typique: oreille = boucles; poignet = montre, etc
- **Arguments en faveur d'une allergie de contact**
 - **Chronologie**: apparition 1 à 4 jours après contact avec allergène
 - **Evolution**: « poussées » à chaque contact avec l'allergène
- **Enquête allergologique +++** (cf Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.)
 - Interrogatoire « policier »: mode de vie / produits manipulés / cosmétiques, etc.

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - !! AUCUN: le diagnostic est clinique
 - Biopsie cutanée si doute (rare): spongiose (oedème) et exocytose (infiltrat)
- Pour diagnostic étiologique
 - Tests épicutanés = « patch-tests » +++ (cf Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.)
 - **Systématiques** / à distance d'une poussée / sur peau saine / batterie standard
 - Lecture à 48h **et** 72h: recherche érythème (+) à vésicules confluentes (4+)
 - !! Valeur médico-légale en cas de déclaration en maladie professionnelle (**A savoir !**)
 - !! **Remarque**
 - **Pertinence** des tests à discuter selon le contexte clinique +++
 - Positivité = sensibilisation mais pas forcément responsable des lésions actuelles

Diagnostics différentiels

- Dermatite irritative (orthoergique) +++
 - Principal diagnostic différentiel: représente **4/5e** des dermites de contact (!)
 - Dermatite non allergique: par agressions directes (physique ou chimique)
 - Clinique
 - Apparition immédiate (≠ retardée) / douleur-brûlure (≠ prurit)
 - Lésion érythémateuse +/- vésiculeuse à limites nettes (≠ émietées)
 - Paraclinique
 - Nécrose à la biopsie / tests épicutanés négatifs
- Autres dermatoses
 - Dermatoses vésiculeuses = herpès / varicelle / zona
 - Dermatoses prurigineuses = dermatophytie / gale
- Eczémas atypiques
 - **Dyshidrose**: vésicules prurigineuses / dures / incrustés des paumes / plantes
 - **Eczéma nummulaire**: lésions vésiculaires / crouteuses / arrondies et limitées
 - **Eczéma variqueux**: sur membres inférieurs avec insuffisance veineuse

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire / arrêt de travail si allergène professionnel
- Dans tous les cas: traitement étiologique
- Recherche et éviction du **facteur déclenchant** +++ (**A savoir !**)
 - **Education** du patient: éviter contact avec allergènes potentiels / liste écrite

Traitement symptomatique

- **Dermocorticoïdes** +++
 - En application locale 1x/jour jusqu'à guérison: **1 à 2 semaines**
 - Niveau d'activité: modérée si visage / forte si corps

Traitement des complications

- En cas d'impétiginisation: ABT active contre gram + (cf **Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant**)
- → ex: pristinamycine, amoxicilline+acide clavulanique ()

Mesures associées (si eczéma professionnel +++)

- Déclaration en maladie professionnelle indemnisable (**MPI**) (cf **Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux.**) (**A savoir !**)
- Arrêt de travail puis aménagement du poste de travail ou reclassement

Surveillance

- **Clinique seulement**: récurrence / allergène / éducation, etc.

C. DERMATITE ATOPIQUE

Généralités

Définition

- Dermatite atopique = eczéma atopique
- Dermatose inflammatoire chronique survenant sur un terrain atopique

Epidémiologie

- Prédomine chez le nourrisson et l'enfant: dermatose la plus fréquente +++
- Mais peut apparaître à tout âge / prévalence = **8%** des enfants

Physiopathologie = 3 facteurs

- **Facteurs génétiques: atopie**
 - = prédisposition à produire des Ac type IgE lors d'une exposition à un allergène
 - cf 50-70% d'atcd atopiques au 1er degré / transmission polygénique
- **Facteurs immunologiques: mixte**
 - !! lésions d'eczéma dues à une R° d'hypersensibilité retardée (médiation cellulaire)
 - mais mécanisme allergique IgE-médié associé: reconnaissance d'allergènes aériens
- **Anomalies de la barrière cutanée**
 - sécheresse cutanée (xérose) +++ : par anomalie des lipides et de la couche cornée
 - mutation hétérozygote de la flagrine (gène de l'ichtyose) mise en évidence

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain: atopie** (rhinite / asthme / conjonctivite / allergie alimentaire)
 - **Anamnèse:** évolution chronique paroxystique / ancienneté / allergène
 - **Herpès:** rechercher systématiquement la notion d'herpès dans l'entourage (cf Kaposi)
 - **Signes fonctionnels:** prurit +++
- **Examen physique**
 - !! Examen de tout le corps / patient dénudé / +/- photographies
 - **Lésion élémentaire = eczéma (idem eczéma de contact) + xérose**
 - Lésions érythémato-vésiculeuses / à bordure émiettée / très **prurigineuses**
 - **4 phases:** érythémateuse - vésiculeuse (peu visibles) - suintante - croûteuse
 - Sur fond de **xérose** cutanée: la peau sèche est constitutive de la DA +++
 - **Topographie = selon l'âge**
 - **Nourrisson (< 2ans): zones convexes** du visage: front / joues / menton
 - **Enfant (> 2ans): plis de flexion:** coudes / poignets / creux poplités / cou
 - **Adolescent / adulte (rare):** idem enfant avec lichénification ++
- **Critères diagnostiques (UKWP)**
 - **Dermatose prurigineuse associée à $\geq 3/5$ critères parmi**
 - **Eczéma:** atcd personnels d'eczéma des plis de flexion et/ou des joues
 - **Topographie:** eczéma des grands plis ou des convexités (si enfant < 4ans)
 - **Xérose:** atcd de xérose généralisée au cours de la dernière année
 - **Atopie:** atcd personnels d'asthme / de rhinite allergique (familiaux si < 4ans)
 - **Survenue précoce:** début des signes cutanés avant 2ans

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **AUCUN:** le diagnostic est uniquement clinique (**A savoir !**)
- **Bilan allergologique**
 - **Indications = restreintes +++ (Dermatite atopique / SFD / 2005)**
 - Echec d'un traitement bien conduit (= DA grave)
 - Stagnation ou cassure staturo-pondérale associée
 - Allergie respiratoire / alimentaire / de contact suspectée
 - **Modalités**
 - Tests épicutanés: prick-test (+/- patch-test si eczéma de contact suspecté)
 - Dosage IgE spécifiques (= RAST)

Diagnostiques différentiels

- **Chez le nourrisson**
 - **Dermatite séborrhéique:** lésions érythémato-squameuses non prurigineuses (cf. [Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique](#))
- **Chez l'adulte**
 - **Dermatite de contact:** lésions plus typiques (vésiculeuses) / topographie ++ (cf. supra)
 - **Gale eczématisée:** cf [Gale et pédiculose](#)

Evolution

Histoire naturelle

- **Installation:** avant 1an dans 75% des cas / rarement avant 3M (15%)
- **Evolution:** paroxystique: poussées entrecoupées de périodes de rémission
- **Guérison:** **90%** de guérison dans l'enfance +++ / asthme fréquent (30%)

Complications

- **Surinfection bactérienne = impétiginisation** (cf Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant)
 - Par staph. aureus: cf portage en peau saine (narines !) +/- SGA
 - **Clinique:** impétigo: pustules et croûtes jaunâtres sur lésions d'eczéma
- **Surinfection virale = syndrome de Kaposi-Juliusberg**
 - !! Aussi appelé eczéma herpeticum ou pustulose varioliforme
 - Surinfection par **HSV 1** (virus de l'herpès oro-facial: cf Infections à herpès virus du sujet immunocompétent)
 - **Clinique**
 - **Signes généraux:** fièvre élevée / AEG marquée
 - **Eruption vésiculo-pustuleuse « explosive »**
 - vésicules confluentes / évoluant vers la nécrose: pustules
 - débute au visage puis extension rapide / rarement viscérale
- **Dermatite de contact**
 - DA + prurit = fragilisation de la peau → allergène pénètre plus facilement
 - A suspecter devant absence de réponse au traitement ou zones inhabituelles
- **Autres complications**
 - Atopique: asthme (30% des cas) / rhinite ou conjonctivite allergique
 - Retard de croissance (DA grave) / retentissement psychologique (enfant)

Traitement

Prise en charge

- Traitement en ambulatoire / suivi au long cours
- sauf syndrome de Kaposi-Juliusberg: hospitalisation en urgence

Information et éducation des parents +++

- Maladie **chronique** paroxystique / traitement symptomatique et non curatif
- Contrôle des **facteurs aggravants:** laine / tabac / sudation / allergènes...
- Tenir l'enfant à l'écart de tout sujet porteur **d'herpès labial (A savoir !)**
- !! **Pas** de corticothérapie générale: rebond à l'arrêt du traitement

Traitement symptomatique et mesures d'hygiène

- **Lutte contre la xérose**
 - **Hygiène:** bains tièdes (durée < 15min) / pains surgras
 - **Crème émolliente:** pour hydratation / en continu
 - !! ne pas appliquer sur lésions d'eczéma car augmentent l'inflammation (Abrégé Pédiatrie Masson 2009, A. Bourrillon)
- **Lutte contre le prurit**
 - **Hygiène:** éviter la sudation et les vêtements en laine
 - **Anti-histaminique:** anti-H1 non systématiques, seulement en cas de prurit important / !! transitoire
- **Lutte contre les surinfections**
 - **Hygiène:** ongles coupés courts / lavage des mains
 - **Antiseptique:** chlorhexidine en application locale (Septéal®)

Traitement des poussées = dermocorticoïdes

- !! Vérifier l'absence de **surinfection:** contre-indication formelle (**A savoir !**)
- **Niveaux d'activité**
 - DC d'activité modérée (classe 2) chez nourrisson et sur visage, plis, zones génitales (enfants)
 - DC d'activité forte (classe 3) sur formes très inflammatoires et très lichénifiées des extrémités
 - DC d'activité très forte (classe 4) contre indiqués sur visage, plis, siège (nourrisson et jeune enfant)
- **Modalités**
 - **Crème** / application locale / **1x/j** / sur les lésions / durée **courte** (5-7j)
 - **Posologie** : 1 phalange (dernière phalange de l'index = 0,5g) = doit servir à recouvrir surface équivalente à 2 paumes d'un adulte
 - **Compter** les tubes / arrêt possiblement progressif (Abrégé Pédiatrie Masson 2009, A. Bourrillon) / **relai** avec émollient entre les poussées

Autres thérapeutiques de prescription spécialisée

- **Inhibiteurs calcineurine topiques**
 - Tacrolimus, Protopic pommade®
 - DA modérée à sévère de l'enfant > 2ans si résistance ou CI aux DC
- **Photothérapies (> 8-10ans)**

- [Ciclosporine \(hors-AMM chez l'enfant\)](#)

Traitement de complications

- [Impétiginisation](#)
 - ATB générale Amoxicilline + Acide Clavulanique si lésions diffuses et/ou hautement fébriles PO pendant 1 semaine **avant** les DC
 - En association avec ATB locale par acide fusidique (pour ramollir les croûtes)
 - !! NPO éviction scolaire dès que impétigo (cf [Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant](#))
- [Syndrome de Kaposi-Juliusberg \(eczema herpeticum\)](#)
 - Anti-viral en parentéral: **aciclovir** IV en urgence
 - Puis relais PO / association à ATB générale Amoxicilline + Acide Clavulanique
 - Symptomatique: antiseptique local + antipyrétique (paracétamol)

Mesures associées

- Calendrier vaccinal à jour (schéma vaccinal normal mais injections à distances poussées)
- !! si allergie à l'oeuf associée : avis spécialisé pour vaccinations grippale et amarile
- Annotation du carnet de santé / consignes de surveillance

Surveillance

- [Clinique seulement](#): évolution et fréquence des poussées / nombre de tubes / courbe de croissance / éducation thérapeutique

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 6 principaux médicaments responsables d'urticaire aiguë ?

- Beta-Lactamines
 - Anesthésiques généraux (curares)
 - AINS, acide acétylsalicyliques
 - IEC
 - Produits de contraste iodés
 - Sérums et vaccins
- (Polycopié National Dermatologie)

Quelle est l'indication des pricks-tests dans l'eczéma de contact ?

- Aucune, pas de pricks tests dans l'eczéma de contact, car c'est une hypersensibilité retardée : on réalise des patchs tests

Indications de la désensibilisation dans l'eczéma de contact ?

- Aucune
- Eviction de l'allergène indispensable

3 indications pour adresser patient à un milieu spécialisé?

- DA grave (= échec du Tt adapté bien conduit)
 - Surinfection grave (herpétique +++)
 - Non adhésion aux conseils consensuels (nécessité d'éducation thérapeutique)
- (Polycopié National Dermatologie)

Quel est LE principal enjeu de l'éducation thérapeutique des parents d'un enfant souffrant de dermatite atopique ?

- Lutte contre la corticophobie

3 indications à un bilan allergologique dans la DA ?

- Echec d'un traitement bien conduit (= DA grave)
- Stagnation ou cassure staturo-pondérale associée
- Allergie respiratoire / alimentaire / de contact suspectée

3 principales causes d'urticaire aiguë ?

- Virus
- Médicaments
- Aliments

5 examens à prescrire en première intention devant une urticaire chronique ?

- Aucun examen en première intention
- Si échec du Tt anti-H1 pendant 4 à 8 semaines :
NFS / VS / CRP / Ac anti-TPO / EPS

4 diagnostics devant un oedème du visage ?

- Eczéma de contact
- Erysipèle
- Oedème de Quincke
- Zona

(Polycopié National Dermatologie)