

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-----------------|---|
| ECM | : Eczéma chronique des mains |
| HALD | : Hôpital Aristide Le Dantec |
| IHS | : Insitut d'Hygiène Sociale |
| DES | : Diplôme d'études spécialisées |
| BSE | : Batterie Standard Européenne |
| ICDRG | : International Contact Dermatitis Research Group |
| SPSS | : Statistical package for the social sciences |
| ITT | : Incapacité temporaire de travail |
| COVID 19 | : Maladie du Coronavirus 2019 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Répartition des cas selon les tranches d'âge | 14 |
| Figure 2 : Répartition des cas selon le lieu de résidence | 15 |
| Figure 3 : Répartition des cas selon l'ancienneté au poste par type d'activité 18 | |
| Figure 4 : Lésions d'eczéma lichénifiées du dos des mains | 26 |
| Figure 5 : Lésions desquamatives des paumes des mains | 26 |
| Figure 6 : Lésions d'eczéma chronique au niveau du pied | 28 |
| Figure 7 : Lésions d'eczéma chronique du coude et de l'avant-bras | 28 |
| Figure 8 : Patch-test positif au Bichromate de potassium | 31 |
| Figure 9 : Patch-test positif au Fragrance Mix | 31 |
| Figure 10 : Répartition des cas selon l'évolution sous traitement | 35 |

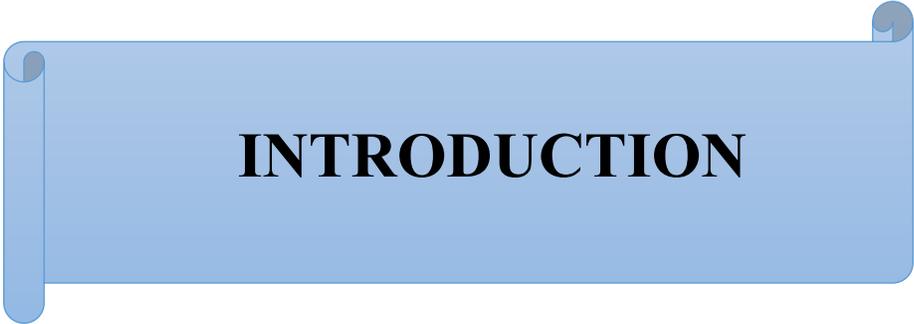
LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| Tableau I : Critères d'évaluation de l'eczéma de l'ICDRG | 9 |
| Tableau II : Répartition des cas selon la catégorie socio-professionnelle | 16 |
| Tableau III: Répartition de la population selon l'aspect clinique | 25 |
| Tableau IV : Topographie des lésions en dehors de la main | 27 |
| Tableau V : Répartition des cas selon les allergènes de la BSE..... | 30 |
| Tableau VI: Répartition des cas selon la positivité des prick-tests respiratoires | 32 |
| Tableau VII : Corrélation entre usage de traitements traditionnels et extension des lésions..... | 36 |
| Tableau VIII : Corrélation entre atopie et extension des lésions | 37 |
| Tableau IX : Corrélation entre atopie et positivité des patch-tests | 38 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| I. PATIENTS ET MÉTHODES | 5 |
| I.1. Type d'étude..... | 5 |
| I.2. Durée d'étude | 5 |
| I.3. Cadre d'étude | 5 |
| I.4. Population d'étude..... | 6 |
| I.5. Critères d'inclusion | 6 |
| I.6. Critères de non inclusion | 7 |
| I.7. Procédure de l'étude | 7 |
| I.7.1 Explorations allergologiques..... | 7 |
| I.8. Collecte des données | 10 |
| I.9. Considérations éthiques | 11 |
| I.10. Saisie et analyses des données | 11 |
| RESULTATS | 12 |
| I - Etude descriptive | 13 |
| I.1 - Aspects épidémiologiques | 13 |
| I.2 - Répartition des cas selon la présence d'un terrain atopique | 19 |
| I.3 - Répartition des cas selon les habitudes et mode de vie | 20 |
| I.4 - Répartition des cas selon l'itinéraire thérapeutique | 21 |
| I.5 - L'histoire de l'eczéma | 23 |

| | |
|---|----|
| I.6 - Les aspects cliniques | 25 |
| I.7 - Explorations allergologiques | 29 |
| I.8 - Retentissement professionnel | 33 |
| I.9 - Prise en charge thérapeutique | 34 |
| I.10 - Répartition des cas selon l'évolution | 35 |
| II - Etude analytique..... | 36 |
| Corrélation entre usage de traitement traditionnel et extension des lésions | 36 |
| Corrélation entre atopie et extension des lésions | 37 |
| Corrélation entre atopie et résultats des patch-tests | 38 |
| DISCUSSION | 39 |
| CONCLUSION | 47 |
| REFERENCES | 50 |
| ANNEXES | 58 |



INTRODUCTION

L'eczéma chronique des mains (ECM), anciennement dénommé dermatite chronique des mains [1], se définit par la persistance de lésions d'eczéma localisées aux mains pendant plus de 3 mois, ou la récurrence d'épisodes au moins deux fois par an malgré un traitement adapté chez un patient observant [2, 3]. Il s'agit d'un syndrome anatomo-clinique aux facteurs causaux multiples et variés, dont l'identification est en réalité difficile [4, 5].

L'ECM est une pathologie fréquente, représentant 20 à 35% des dermatoses de la main en consultation dermatologique [6]. Sa prévalence dans la population générale varie entre 2 et 8.9% et son incidence entre 4.4 et 7.9 cas pour mille habitants par an [7-13]. Elle représente près de 90% des dermatoses professionnelles dans la majorité des pays européens [14, 15].

L'ECM se présente sous différentes formes, les principales étant l'eczéma de contact irritatif, l'eczéma de contact allergique et l'eczéma atopique [16, 17]. Il est responsable d'un impact significatif sur la qualité de vie des malades, comparable à celui du psoriasis ou de la dermatite atopique sévère [18, 19]. En effet, la symptomatologie faite de prurit, et souvent associée à des fissures douloureuses retentit aussi bien sur la vie professionnelle que celle domestique et affective, occasionnant des arrêts de travail temporaires et définitifs, ainsi que l'arrêt des activités domestiques [20-28]. La main représentant un outil important de communication, et étant une zone généralement exposée, toute pathologie à son niveau peut être responsable de troubles psychosociaux, d'anxiété et de baisse d'estime de soi [4].

L'ECM a été précédemment étudié à Dakar dans le cadre d'un travail centré sur l'impact sur la qualité de vie des patients en 2017 [29] mais les explorations allergologiques n'ont été réalisées que dans 15.3% des cas. Une autre étude concernant les eczémas de contact professionnels a été réalisée à Dakar en 2007, et

retrouvait une atteinte des mains dans près de la moitié des cas, et l'allergène le plus fréquemment mis en cause était le bichromate de potassium [30].

Nous avons ainsi envisagé de réaliser notre travail dans le but d'améliorer les connaissances précédemment acquises dans la région de Dakar, avec comme objectif principal d'étayer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'ECM chez les patients consultant dans les structures hospitalières spécialisées en dermatologie à Dakar, et comme objectif spécifique d'évaluer la place des explorations allergologiques – notamment les patch-tests – dans l'ECM.

PATIENTS ET METHODES

I. PATIENTS ET MÉTHODES

I.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive transversale à visée analytique avec recueil prospectif des données.

I.2. Durée d'étude

L'étude a été réalisée durant la période allant du 01 Septembre 2020 au 15 Février 2021, soit sur une période de 6 mois et demi.

I.3. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans les services de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) et de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS).

Le Service de Dermatologie et de Vénérologie de l'HALD, constitue le centre de référence en dermatologie à Dakar et au Sénégal. Les ressources humaines comportent 7 dermatologues dont 2 professeurs titulaires et 2 maîtres de conférence agrégés, 1 maître-assistant, 3 internes et 58 médecins en cours de formation pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en dermatologie-vénérologie. Le service reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 350 hospitalisations annuelles. Il comporte une unité d'explorations dermato-allergologiques comprenant une consultation spécialisée et des explorations allergologiques dirigées par un Professeur titulaire spécialiste en dermato-allergologie.

Le Service de Dermatologie et de Vénérologie de l'IHS est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissibles et le 2ème centre de référence en dermatologie au Sénégal. Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont un professeur titulaire et un professeur assimilé, et par une équipe paramédicale. Le service reçoit en moyenne 15660 patients par an en consultation avec environ 158 hospitalisations annuelles. Il reçoit chaque année en moyenne 15 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénérologie et 33 étudiants en médecine.

I.4. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des patients consultant au niveau des services suscités durant la période de l'enquête.

I.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude, les patients présentant un eczéma chronique des mains répondant à la définition et ayant tous bénéficié de tests épicutanés et qui acceptaient de participer à l'étude.

- Définition d'un cas d'ECM : Tout patient consultant pour un eczéma des mains avec persistance de troubles localisés aux mains pendant plus de trois mois ou par la présence de plus de deux récurrences annuelles malgré un traitement adéquat chez un patient observant.

I.6. Critères de non inclusion

Les patients présentant une dermatose localisée aux mains qu'elle soit infectieuse, inflammatoire, tumorale ou héréditaire et les patients non consentants.

I.7. Procédure de l'étude

La population d'étude a été soumise à un interrogatoire basé sur un questionnaire, ainsi qu'un examen clinique complet conduits par l'investigateur (étudiant en 4^{ème} année de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénérologie).

Un terrain atopique personnel et familial a été recherché.

Les tests allergologiques ont été réalisés dans l'unité des explorations dermato-allergologiques de l'HALD par l'investigateur.

L'éducation thérapeutique a été entreprise dans tous les cas, avec sensibilisation quant à l'importance de l'éviction de l'allergène dans la mesure du possible, de la réduction de la fréquence de lavage des mains, et de l'usage de moyens de protection adéquats.

I.7.1 Explorations allergologiques

Les patch-tests à la batterie standard européenne (BSE) ont été réalisés dans tous les cas. Les atopy-patch-tests ont été demandés devant la suspicion d'un eczéma de contact aux protéines. Les prick-tests respiratoires ont été réalisés pour confirmer une atopie personnelle douteuse. Les prick-tests alimentaires ont été prescrits à la demande.

I.7.1.1 Patch-Tests

Des patch-tests ont été effectués chez tous les patients inclus.

Ils ont été faits pour identifier l'eczéma de contact et identifier la nature de l'allergène, en utilisant la BSE.

Les tests épicutanés ou patchs-tests ont été réalisés en peau saine non traitée depuis au moins une semaine au niveau du dos, à distance d'une poussée aiguë d'eczéma, après arrêt de prise d'antihistaminiques et de corticoïdes au moins une semaine auparavant.

La Batterie Standard Européenne comprenait 30 produits établis par l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) avec 14 produits cosmétiques identifiés (Annexe I).

Technique des patch-tests avec la batterie standard et aux produits personnels

Notre technique se rapprochait de la technique semi-ouverte. Elle a consisté à appliquer les produits sur la peau et à les maintenir par un sparadrap hypoallergénique, sur le haut du dos, en deux colonnes de part et d'autre de la ligne médiane.

La lecture a été effectuée à 72 heures.

Interprétation des patch-tests à la batterie standard et aux produits personnels

Le patch test était positif lorsqu'on notait une reproduction de lésions d'eczéma sur le site du test.

Les critères d'évaluation utilisés étaient ceux de l'ICDRG (tableau I).

Tableau I : Critères d'évaluation de l'eczéma de l'ICDRG

| | |
|-----------|--|
| - | : Réaction négative |
| + ? | : Réaction douteuse : érythème discret |
| + | : Réaction faiblement positive : érythème et œdème |
| ++ | : Réaction fortement positive : érythème, œdème et vésicules |
| +++ | : Réaction violemment positive : érythème, œdème, vésicules coalescentes ou bulles |
| IR | : Phénomène d'irritation |
| NT | : Non testé |

La pertinence des tests

Le test était jugé pertinent lorsqu'il existait un événement clinique en rapport avec le produit

- La pertinence était « actuelle » lorsque la sensibilisation explique en totalité ou en partie la symptomatologie actuelle du patient.
- Lorsque la pertinence n'a pas été retrouvée, on parle alors d'une simple « sensibilisation » à l'allergène de contact.

I.7.1.2 Prick-Tests

Des prick-tests alimentaires ont été demandés devant la suspicion d'une dermatite de contact aux protéines, et des prick-tests respiratoires ont été demandés pour confirmer l'atopie dans les cas douteux. Ils ont été réalisés dépendamment des moyens disponibles.

La batterie des prick-tests alimentaires comprenait 6 produits. La batterie des prick-test respiratoires comprenait 6 produits (Annexe II).

Technique des prick-tests

Les prick-tests ont été réalisés selon les indications chez des patients ayant arrêté toute prise d'antihistaminiques et de corticoïdes durant au minimum une semaine, au niveau de la face interne d'un ou des deux avant-bras. Les produits placés en gouttes en deux colonnes ont été transpercés à la lancette, la lecture faite après 20 minutes.

Interprétation des prick-tests

Le test était considéré interprétable devant la positivité du témoin positif et la négativité du témoin négatif.

Le test était considéré comme positif devant l'apparition d'une papule au diamètre supérieur ou égal à 5 mm ou supérieur à 50% du témoin.

I.8. Collecte des données

Une fiche d'enquête individuelle pour chaque patient digitalisée à l'aide de la plateforme Google® Forms (Annexe III) avait permis la collecte des données suivantes :

- Les données socio-démographiques
- Les antécédents personnels et familiaux et le Terrain
- Les habitudes, mode de vie, exposition professionnelle
- Le motif de consultation
- L'histoire de l'ECM
- Les données cliniques concernant l'ECM
- Les données allergologiques

I.9. Considérations éthiques

Les patients étaient libres de participer ou non avec possibilité de demander leur retrait de l'étude à tout moment sans incidence sur la qualité de la prise en charge.

Le respect de la confidentialité était également requis.

L'autorisation des chefs de service concernés ont été prises afin d'exploiter les données des patients.

I.10. Saisie et analyses des données

La précision et la qualité des données ont été surveillées tout au cours de l'enquête.

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Microsoft® Excel 2016.

Les analyses ont été conduites sur le logiciel SPSS version 18.

Les tests de Khi-deux et Fisher ont été utilisés suivant leurs conditions d'applicabilité avec un degré de significativité $p < 0.05$.

RESULTATS

I - Etude descriptive

I.1 - Aspects épidémiologiques

Durant une période de 6 mois nous avons recensé 23 patients répondant aux critères d'inclusion, dont les caractéristiques épidémiologiques étaient comme suit:

I.1.1 - Lieu de recrutement et fréquence

- Service de dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) : 17 cas recrutés, soit 74% des sujets de l'étude, réalisant une fréquence hospitalière de 0.52%.
- Service de dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) : 6 cas recrutés, soit 26% des sujets de l'étude, réalisant une fréquence hospitalière de 0.08%.

I.1.3 - Répartition des cas selon le sexe

Les patients de sexe masculin représentaient 8 cas, ceux de sexe féminin 15 cas, soit un sexe-ratio (H/F) de 0,53.

I.1.2 - Répartition des cas selon l'âge

L'âge moyen de nos patients était de 42.35 ans, avec des extrêmes de 10 et 68 ans. La médiane était de 44 ans.

Chez les hommes, l'âge moyen était de 37 ans avec une médiane de 39 ans.

Chez les femmes, l'âge moyen était de 45.2 ans avec une médiane de 45 ans.

La figure 1 illustre la répartition des patients selon les tranches d'âge.

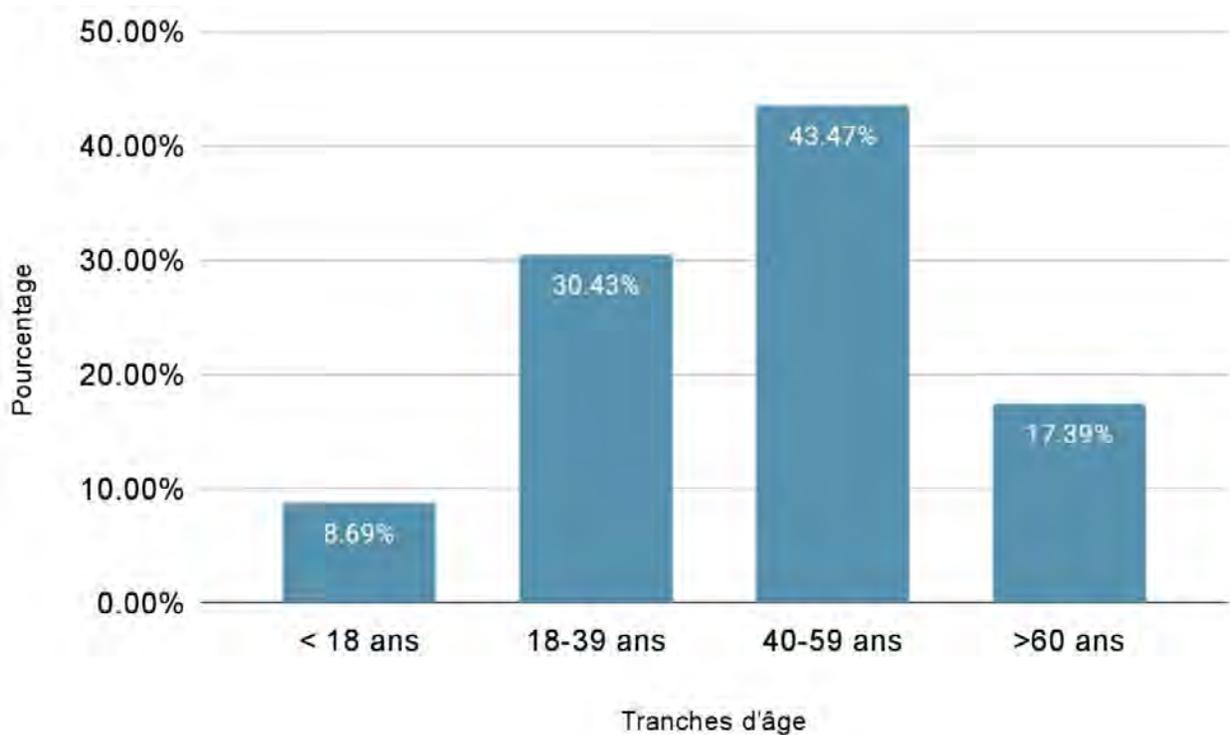


Figure 1 : Répartition des cas selon les tranches d'âge

Un pic de fréquence est noté dans la tranche de 40 à 59 ans, représentant ainsi 43.47% de la population recrutée.

I.1.5 - Répartition des cas selon le lieu de résidence

20 des malades recrutés étaient domiciliés dans le département de Dakar, 1 à Touba, 1 à Saint-Louis et 1 à Matam, comme décrit dans la figure 2.

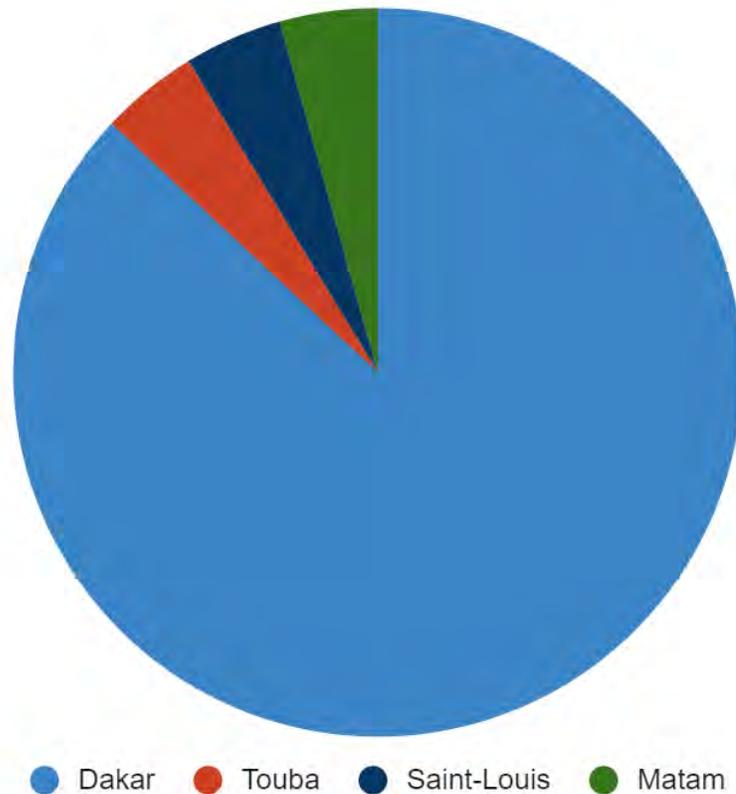


Figure 2 : Répartition des cas selon le lieu de résidence

I.1.7 - Répartition des cas selon la profession

Une activité professionnelle était notée dans 13 cas (59.09%). Le secteur d'activité était :

- libéral dans 6 cas (46.15%),
- informel dans 5 cas (38.48%).
- étatique dans 2 cas (15.38%),

Le tableau II détaille la distribution de la population selon l'activité professionnelle.

Tableau II : Répartition des cas selon la catégorie socio-professionnelle

| Profession | Effectif |
|-------------------------|-----------------|
| Bureaucrate | 5 |
| Retraite | 4 |
| Élève, Etudiant | 3 |
| Femme au foyer | 3 |
| Commerçant | 2 |
| Cuisinière | 2 |
| Ouvrier (usine de cuir) | 1 |
| Couturière | 1 |
| Maçon | 1 |
| Agent de sécurité | 1 |

I.1.7.1 - Répartition des cas selon l'ancienneté au poste de travail

L'ancienneté moyenne au poste de travail était de 6.53 ans, avec une maximale de 15 ans, une minimale de 2 ans, et une médiane de 6 ans. L'ancienneté au poste était :

- inférieure à 5 ans dans 3 cas (23.07%),
- entre 5 et 9 ans dans 7 cas (53.84%),
- supérieure à 10 ans dans 3 cas (23.07%).

L'ancienneté au poste de travail en fonction du type d'activité est illustrée dans la figure 3. Elle était de :

- 6 ans en moyenne pour les activités manuelles, avec un écart type de 1.73.
- 6 ans en moyenne pour les activités bureaucratiques, avec un écart type de 5.65.
- 7.2 ans en moyenne pour les activités commerciales, avec un écart type de 5.35.
- 7 ans pour les activités de sécurité.

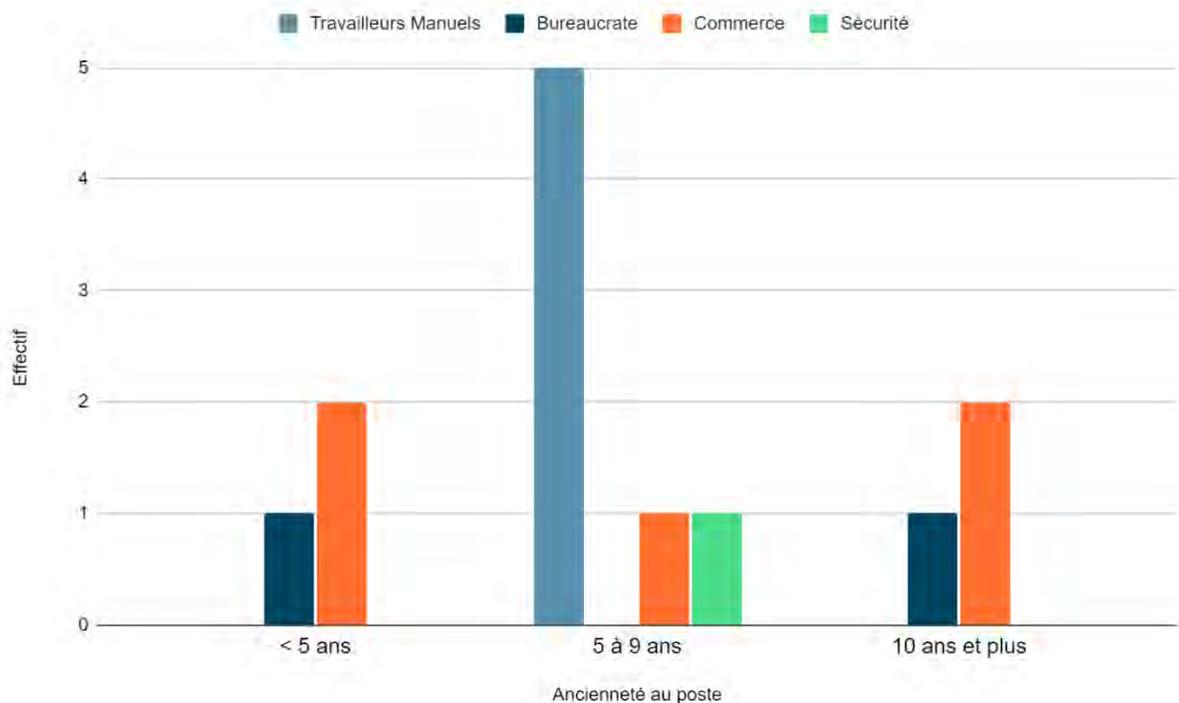


Figure 3 : Répartition des cas selon l'ancienneté au poste par type d'activité

I.1.7.2 - Répartition des cas selon l'utilisation de moyens de protection professionnels

L'usage des crèmes émoulliente était pratiqué dans 87.5% des cas par les actifs professionnels.

Des moyens de protection professionnels étaient utilisés dans 2 cas (15.38%). Il s'agissait de :

- Gants en caoutchouc seuls dans 2 cas,
- Masque dans 1 cas,
- Bottes dans 1 cas,
- Surblouse dans 1 cas.

I.2 - Répartition des cas selon la présence d'un terrain atopique

La notion d'atopie personnelle était retrouvée chez 17 patients (73.9%). Une notion d'atopie familiale était retrouvée dans 16 cas (69.56%).

I.2.1 - Atopie personnelle

L'atopie personnelle se manifestait par :

- une rhinite allergique dans 13 cas (76.5%),
- une conjonctivite allergique dans 9 cas (52.9%),
- un asthme dans 7 cas (41.2%),
- un eczéma atopique dans l'enfance dans 5 cas (29.4%).
- une allergie alimentaire dans 4 cas (23.5%),

I.2.2 - Atopie familiale

Des parents de premier degré présentaient un eczéma de contact dans 20 cas, une rhinite allergique dans 11 cas, un asthme dans 4 cas, et une conjonctivite allergique dans 3 cas. Il s'agissait :

- du père dans 7 cas,
- de la mère dans 7 cas,
- de la fratrie dans 8 cas,
- et de la descendance dans 5 cas.

I.3 - Répartition des cas selon les habitudes et mode de vie

Une exposition allergique dans l'environnement était retrouvée dans 19 cas (82.6%). Il s'agissait de :

- tapis ou moquettes à domicile dans 17 cas (73.9%).
- une exposition à la fumée de tabac dans 3 cas (13.04%).
- un contact rapproché avec des animaux domestiques dans 8 cas (34.8%). Les animaux étaient :
 - des moutons dans 7 cas (87.5%),
 - des chats dans 4 cas (50%),
 - des tortues dans 1 cas,
 - des poules dans un 1 cas,
 - des vaches dans 1 cas,
 - des chèvres dans 1 cas.

I.3.1 - Répartition des cas selon l'exposition à l'eau et/ou aux détergents et aux savons

L'exposition à l'eau et/ou aux détergents a été retrouvée dans 7 cas (30.43%) :

- L'utilisation de détergents a été retrouvée dans 6 cas.
- Le trempage fréquent des mains a été retrouvé dans 1 cas.

I.4 - Répartition des cas selon l'itinéraire thérapeutique

I.4.1 - Phytothérapie traditionnelle

Le traitement traditionnel avec des plantes non identifiées a été utilisé dans 13 cas (56.52%), 7 femmes et 6 hommes.

Il était oral dans 13 cas à base de décoctions, et local dans 2 cas sous forme de topique dans 1 cas, et sous forme de bain dans 1 cas.

La quantité de décoction absorbée était de 3 verres à thé (150 ml) par jour dans 7 cas (53.84%), 2 verres à thé (100 ml) par jour dans 1 cas, 1 verre à thé (50 ml) par jour dans 1 cas. Les quantités consommées n'ont pas pu être précisées dans les autres cas.

La durée de prise du traitement traditionnel variait entre la prise unique et la prise durant 3 ans. La durée de prise moyenne étant de 4.58 mois. Elle était :

- inférieure à 1 mois dans 7 cas (53.84%),
- 1 à 3 mois dans 2 cas (15.38%),
- supérieure à 3 mois dans 4 cas (30.76%).

I.4.2 - Traitements modernes

Les patients ont eu recours à la médecine moderne dans 22 des cas, soit 95.65%.

La consultation était faite par :

- le dermatologue dans 16 cas (72.72%),
- le généraliste dans 6 cas (27.27%),
- l'infirmier dans 6 cas (27.27%),
- le pharmacien dans 2 cas (9.09%).
- l'automédication était retrouvée dans 1 cas.

Elle a concerné plusieurs d'entre eux dans 8 cas (36.36%).

Les traitements prescrits étaient:

- des dermocorticoïdes dans 16 cas,
- des émoullients dans 11 cas,
- des antihistaminiques dans 11 cas,
- des corticoïdes par voie générale dans 8 cas,
- des antibiotiques dans 2 cas,
- des kératolytiques dans 2 cas,
- des antifongiques dans 1 cas.

I.5 - L'histoire de l'eczéma

I.5.1 - L'âge d'apparition

Les manifestations cliniques en rapport avec l'eczéma chronique des mains sont initialement apparues :

- à l'âge adulte dans 16 cas (69.6%).
- à l'âge pédiatrique dans 7 cas (31.4%), avec évolution continue jusqu'à l'âge adulte dans 5 cas (21.7%). Dans 2 cas (8.7%), une période de latence de 10 et 25 ans a séparé les premières manifestations à l'enfance et la réapparition à l'âge adulte.

I.5.2 - Le délai de consultation initial

Le délai de consultation moyen était de 32.46 mois soit 2.7 ans, avec une minimale de 1 semaine, et une maximale de 14 ans. La consultation initiale s'est faite:

- Dans la semaine suivant l'apparition des symptômes dans 6 cas (26.08%),
- Entre 1 semaine et 1 mois dans 4 cas (17.39%),
- Plus d'un mois après dans 10 cas (43.47%).

I.5.3 - Mode évolutif

L'évolution par poussée-rémission était notée dans 21 cas (91.3%). Il s'agissait du premier épisode dans 2 cas (8.7%).

Durant les congés, on observait une amélioration clinique des manifestations dans 3 cas, soit 23.07% des cas.

On observait une aggravation de la symptomatologie à la reprise du travail dans les 3 cas même, soit 23.07% des cas.

Il s'agissait d'un ouvrier dans une usine de cuir, d'une cuisinière et d'un maçon.

La durée d'évolution moyenne de l'eczéma chronique des mains était de 86 mois soit 7.17 ans, avec une minimale de 2 mois, et une maximale de 384 mois soit 32 ans. La durée d'évolution était:

- Inférieure à 1 ans dans 4 cas (17.39%),
- Entre 1 et 5 ans dans 7 cas (30.43%),
- Supérieure ou égale à 5 ans dans 12 cas (52.12%).

I.6 - Les aspects cliniques

I.6.1 - Les types de lésions

Les lésions étaient chroniques dans les 23 cas.

Des lésions d'eczéma aigu ont été retrouvées dans 11 cas (47.82%).

Les différents types de lésions des mains retrouvées sont présentés dans le tableau III.

Tableau III: Répartition de la population selon l'aspect clinique

| Lésions | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Lichénification | 23 | 100% |
| Squames | 12 | 52.2% |
| Erythème | 10 | 43.5% |
| Vésicules/Suintement | 4 | 17.4% |
| Fissuration | 4 | 17.4% |
| Kératodermie palmaire | 2 | 8.7% |
| Dyshidrose | 2 | 8.7% |
| Croûtes | 1 | 4.3% |
| Impétiginisation | 1 | 4.3% |

Les lésions associées étaient:

- Une xérose dans 2 cas (8.7%).
- Un prurigo dans 2 cas (8.7%).
- Une kératose pilaire dans 1 cas (4.3%).



Figure 4 : Lésions d'eczéma lichénifiées du dos des mains



Figure 5 : Lésions desquamatives des paumes des mains

1.6.2 - La topographie des lésions

Les lésions possédaient des limites nettes dans 87% des cas (n=20).

Les lésions étaient :

- exclusives aux mains dans 6 cas (26.08%),
- bilatérales dans tous les cas,
- symétriques dans tous les cas.

On retrouvait une atteinte des dos des mains dans 13 cas (56.5%) et une atteinte des paumes dans 10 cas (43.5%).

Différentes localisations en dehors des mains ont été retrouvées chez 17 malades (73.91%) et sont indiquées dans le tableau IV.

Tableau IV : Topographie des lésions en dehors de la main

| Siège | Effectif | Pourcentage |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| Dos des pieds | 11 | 47.8% |
| Plantes des pieds | 5 | 21.7% |
| Avant-bras | 5 | 21.7% |
| Tronc | 5 | 21.7% |
| Jambe | 3 | 13% |
| Cuisse | 2 | 8.7% |
| Dos | 2 | 8.7% |
| Cou | 1 | 4.3% |
| Plis de flexion | 1 | 4.3% |
| Aisselles | 1 | 4.3% |
| Visage | 1 | 4.3% |



Figure 6 : Lésions d'eczéma chronique au niveau du pied



Figure 7 : Lésions d'eczéma chronique du coude et de l'avant-bras

I.7 - Explorations allergologiques

Les patch-tests ont été réalisés dans les 23 cas.

Les prick-tests respiratoires ont été réalisés dans 5 cas.

Les prick-tests alimentaires ont été réalisés dans 4 cas.

I.7.1 - Patch-Tests

Les patchs-tests ont été positifs dans 16 cas (69.6%).

Ils étaient négatifs dans 7 cas (30.4%).

I.7.1.1 - Positivité des patch-tests à la BSE

- Une sensibilité à un produit était retrouvée dans 5 cas (21.73%).
- Une sensibilité à plusieurs produits a été notée dans 11 cas (47.82%). Il s'agissait de :
 - 1 produit dans 5 cas (21.73%),
 - 2 produits dans 5 cas (21.73%),
 - 5 produits dans 3 cas (13.03%),
 - 3 produits dans 2 cas (8.69%),
 - 7 produits dans 1 cas (4.34%),

Les sensibilisations les plus fréquemment retrouvées étaient celles au :

- Bichromate de potassium dans 7 cas (30.4%),
- Cobalt dans 6 cas (26.1%),
- Nickel dans 5 cas (21.7%).

Les sensibilisations des sujets de la cohorte sont répertoriées dans le tableau V.

Tableau V : Répartition des cas selon les allergènes de la BSE

| Produit | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 - Bichromate de Potassium | 7 | 30.4% |
| 5 - Cobalt | 6 | 26.1% |
| 7 - Nickel | 5 | 21.7% |
| 4 - Néomycine | 4 | 17.4% |
| 19 - Fragrance Mix I | 3 | 13% |
| 2 - PPDA | 2 | 8.7% |
| 3 - Thiuram Mix | 2 | 8.7% |
| 8 - Hydromethylméthacrylate | 2 | 8.7% |
| 9 - Colophonium | 2 | 8.7% |
| 15 - Baume du Pérou | 2 | 8.7% |
| 6 - Caine Mix | 1 | 4.3% |
| 10 - Paraben Mix | 1 | 4.3% |
| 12 - Lanolin Alcohol | 1 | 4.3% |
| 14 - Epoxy Resin Bisphenol A | 1 | 4.3% |
| 16 - PTBP | 1 | 4.3% |
| 22 - Propolis | 1 | 4.3% |
| 27 - Frangrance Mix 1 | 1 | 4.3% |
| 30 - Textile Dye | 1 | 4.3% |



Figure 8 : Patch-test positif au Bichromate de potassium



Figure 9 : Patch-test positif au Fragrance Mix

I.7.1.2 - Patch-tests aux produits personnels

Des produits personnels ont été testés et ont été positifs dans 1 cas. Il s'agissait du ciment rapporté par un maçon.

Ils étaient négatifs dans 1 cas pour le poisson, les fruits de mer et la viande.

1.7.2 - Prick-Tests

Les prick-tests réalisés étaient :

- respiratoires dans 5 cas.
- alimentaires dans 4 cas.

1.7.2.1 - Prick-tests respiratoires

Les prick-tests respiratoires ont été réalisés chez 5 malades. Ils étaient:

- Positifs dans 3 cas (60%).
- Négatifs dans 2 cas (40%),

Les résultats sont illustrés dans le tableau VI.

Tableau VI: Répartition des cas selon la positivité des prick-tests respiratoires

| Pneumallergène | Allergène testé | Effectif |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| Acariens | Dermatophygoïdes farinae | 3 |
| | Blomia tropicalis | 2 |
| Moisissures | Alternaria alternata | 1 |
| Phanères d'animaux | Poils de chats | 1 |
| | Poils de chien | 0 |

1.7.2.2 - Prick-tests alimentaires

Les prick-tests alimentaires ont été réalisés dans 4 cas. Ils étaient:

- Négatifs dans 3 cas,
- Positifs au poisson dans 1 cas.

1.7.3 - Pertinence clinique

Les examens allergologiques ont été jugés pertinents dans 15 cas (88.2%).

La pertinence était:

- Actuelle dans 12 cas (75.16%)
- Ancienne dans 3 cas (13.04%)

Une concordance entre la BSE et les produits rapportés par le malade a permis de renforcer la pertinence dans 1 cas (bichromate de potassium et ciment).

I.8 - Retentissement professionnel

Dans notre série, nous avons pu observer:

- Un reclassement professionnel envisagé. Il s'agissait d'un maçon travaillant dans un cadre libéral présentant une sensibilisation au bichromate de potassium retrouvé dans le ciment.
- Une incapacité temporaire de travail (ITT) était nécessaire pour une cuisinière présentant une positivité au baume du Pérou de la BSE, retrouvé dans la tomate, le citron et certaines épices.
- Plusieurs ITT étaient observés chez une économiste ayant une sensibilisation au bichromate de potassium présent dans l'encre d'impression.
- Une éviction des activités domestiques dans deux cas de femmes au foyer.

I.9 - Prise en charge thérapeutique

I.9.1 - Traitement préventif

Des moyens de protection adaptés ont été préconisés dans 13 cas. Il s'agissait de :

- Gants en caoutchouc dans 10 cas (43.47%),
- Gants en coton ou doublés de coton dans 3 cas (13.04%),
- Bottes et surblouses dans 1 cas.

I.9.2 - Traitement curatif

I.9.2.1 - Traitements topiques

Les traitements topiques prescrits dans tous les cas. Il s'agissait de :

- dermocorticoïdes dans les 23 cas,
- émoullients dans 22 cas (95.65%).
- kératolytiques dans 8 cas (34.8%)
- savon surgras dans 1 cas.

I.9.2.2 - Traitement généraux

Les traitements généraux étaient prescrits dans 13 cas. Il s'agissait de :

- antihistaminiques chez 12 patients,
- corticoïdes chez 1 patient,
- antibiotiques chez 1 patient.

I.10 - Répartition des cas selon l'évolution

L'évolution au bout de 40 jours était :

- favorable sous traitement dans 19 cas (82.6%),
- défavorable dans 2 cas,
- 2 patients étaient perdus de vue.

La figure 10 illustre l'évolution des malades dans notre étude.

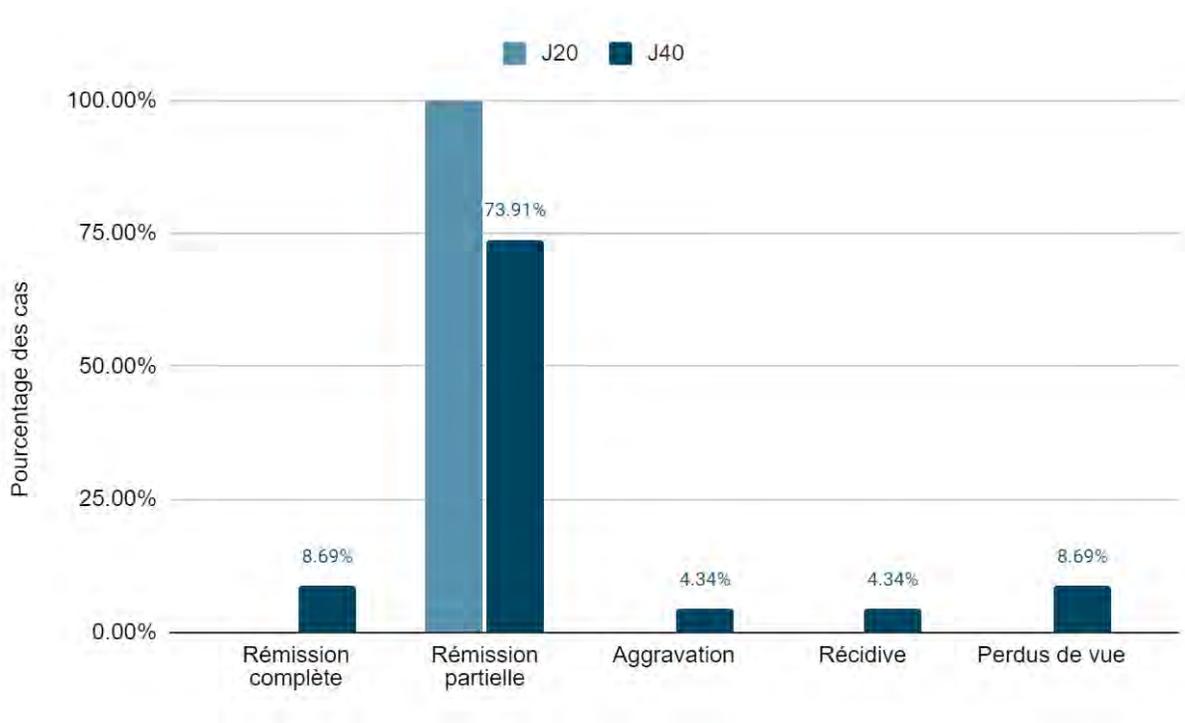


Figure 10 : Répartition des cas selon l'évolution sous traitement

II - Etude analytique

Corrélation entre usage de traitement traditionnel et extension des lésions

Les phytothérapies sont des facteurs d'aggravation de l'eczéma. Nous avons voulu évaluer le rapport liant l'usage de la phytothérapie à l'étendue des lésions d'eczéma.

Tableau VII : Corrélation entre usage de traitements traditionnels et extension des lésions

| | | | Topographie | | Total | P |
|--------------------------------|-----|-------------|---------------------|---------|-------|--------------|
| | | | Exclusive aux mains | Etendue | | |
| Traitement traditionnel | Non | Effectif | 2 | 8 | 10 | 0.560 |
| | | Pourcentage | 20% | 80% | 100% | |
| | Oui | Effectif | 4 | 9 | 13 | |
| | | Pourcentage | 30.8% | 69.2% | 100% | |
| Total | | Effectif | 6 | 17 | 23 | |
| | | Pourcentage | 26.1% | 73.9% | 100% | |

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la phytothérapie et l'étendue des lésions, étant donné le $p > 0.05$.

Corrélation entre atopie et extension des lésions

Nous avons relevé dans notre travail que les sujets avec notion d'atopie personnelle présentaient des lésions étendues plus fréquemment. Ainsi les lésions étaient étendues au-delà des mains chez 76.5% des sujets atopiques, contre 66.7% des sujets non atopiques.

Tableau VIII : Corrélation entre atopie et extension des lésions

| | | | Topographie | | Total | P |
|---------------------------|-----|-------------|---------------------|---------|-------|--------------|
| | | | Exclusive aux mains | Etendue | | |
| Atopie personnelle | Non | Effectif | 2 | 4 | 6 | 0.638 |
| | | Pourcentage | 33.3% | 66.7% | 100% | |
| | Oui | Effectif | 4 | 13 | 17 | |
| | | Pourcentage | 23.5% | 76.5% | 100% | |
| Total | | Effectif | 6 | 17 | 23 | |
| | | Pourcentage | 26.1% | 73.9% | 100% | |

On ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre l'atopie et l'extension des lésions d'eczéma, le p étant supérieur à 0.05.

Corrélation entre atopie et résultats des patch-tests

Nous avons voulu évaluer l'impact de l'atopie sur les résultats des patch-tests. Les patch-tests étaient plus fréquemment positifs chez les atopiques (70.6%) que dans le reste des cas (66.7%).

Tableau IX : Corrélation entre atopie et positivité des patch-tests

| | | | Patch-tests | | Total | P |
|---------------------------|-----|-------------|-------------|----------|-------|--------------|
| | | | Négatifs | Positifs | | |
| Atopie personnelle | Non | Effectif | 2 | 4 | 6 | 0.858 |
| | | Pourcentage | 33.3% | 66.7% | 100% | |
| | Oui | Effectif | 5 | 12 | 17 | |
| | | Pourcentage | 29.4% | 70.6% | 100% | |
| Total | | Effectif | 7 | 16 | 23 | |
| | | Pourcentage | 30.4% | 69.6% | 100% | |

Il ne ressort pas de lien statistiquement significatif entre atopie et positivité des patch-tests, avec $p=0.858$.



DISCUSSION

Nous rapportons sur une période de 6 mois 23 cas d'ECM ayant bénéficié des patch-tests dans l'unité d'exploration allergologique. Ceux-ci ont révélé une positivité allergénique dans plus de 69% des cas. Les limites de notre étude étaient la non disponibilité des batteries spécialisées, et l'inaccessibilité à certains des produits personnels manipulés par les patients aussi bien dans l'activité courante que professionnelle. Cependant, l'étude a pu mettre en évidence les particularités épidémio-cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'ECM à Dakar, qui ont été une nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0.53, un terrain atopique présent dans les $\frac{3}{4}$ des cas, la coexistence de signes d'eczéma chronique et aigu dans près de la moitié des cas (43.5%), et l'association à d'autres topographies dans $\frac{3}{4}$ des cas (73.91%), la positivité des tests cutanés dans 69.6% des cas mettant en avant le bichromate de potassium, le cobalt et le nickel.

1- Aspects épidémiologiques:

Le nombre de 23 cas recensés ne reflète pas la totalité des cas dans la région de Dakar. Beaucoup d'autres sont vus dans d'autres structures sanitaires ou en médecine traditionnelle, ou alors ne consultent pas du fait de l'absence de prurit ou de douleur. Cependant, la fréquence hospitalière de 0.60% rejoint celle de 0.83% d'une étude réalisée 4 ans auparavant à Dakar sur une période de 6 mois, colligeant 60 malades atteints d'ECM [29]. Des données européennes relèvent des incidences annuelles entre 0.55% et 0.88% [31]. Une incidence de 0.14% sur 10 ans était retrouvée au cours d'une étude réalisée au Royaume Uni à partir du Clinical Practice Research Datalink, un registre médical national contenant 6.9% de la population du pays [32]. En Allemagne, la prévalence dans la population générale sur un an était de 10% [33, 34], alors qu'aux Etats-Unis d'Amérique l'incidence annuelle était de 10.2% dans une étude réalisée sur un échantillon de

27157 personnes en 2013, de 10.7% dans une autre réalisée sur une population de 42249 personnes en 2007, et de 16% dans une troisième concernant une population de 502 mutualistes [35-37]. D'autres travaux faits en Suède, au Danemark et aux Pays-Bas révélaient une prévalence de 2 à 8.9% dans la population générale et une incidence de 0.44 à 0.79% par an [7-13].

Une prédominance féminine nette dans notre série avec un sex-ratio de 0.53, concorde avec ceux de 0.5 à 0.67 rapportés par Apfelbacher en Allemagne, Vogel-Gissinger en France, Veien au Danemark et d'autres [5, 16, 33, 38-49]. La plus grande susceptibilité de la gente féminine à la gêne esthétique occasionnée par l'ECM pourrait être une des explications [50]. Aussi, elles sont plus exposées via les travaux de nettoyage et culinaires domestiques mais aussi professionnels. En France, elles représentent 61% des travailleurs du secteur du nettoyage et de l'entretien, et 75,7% des eczéma des mains rapportés dans le secteur [51].

L'âge moyen dans notre série était de 42.35 ans, la tranche d'âge de 40 à 59 ans était la plus représentée. Ce résultat était similaire à celui de 41 ans trouvé par Hald et al [33] et de 42 ans par Boehm [21]. L'âge moyen était plus élevé chez Halioua et al. en France (44.9 ans) [52], chez Apfelbacher en Allemagne (47 ans) [38] et chez Dibenedetti aux USA (47.1 ans) [49].

Le plus jeune âge a été 10 ans chez deux patients connus atopiques. Chez ces enfants, le terrain atopique explique la précocité d'apparition de l'ECM. L'âge le plus élevé concernait une retraitée de 68 ans également atopique, présentant de nombreuses positivités aux patch-tests et une longue durée d'évolution (10 ans). Le terrain d'atopie et les nombreuses années d'exposition à l'environnement expliquent les nombreuses positivités aux patch-tests.

2- Aspects cliniques:

Les particularités cliniques de nos patients étaient l'âge de survenue adulte (69.6%) et la longue durée d'évolution, un terrain atopique présent dans les $\frac{3}{4}$ des cas, la longue durée d'évolution, la coexistence de signes d'eczéma chronique et aigu dans près de la moitié des cas (43.5%), et l'association à d'autres topographies dans $\frac{3}{4}$ des cas (73.91%). Celle-ci était de 7.17 ans en moyenne, nettement supérieure à celle de 4 ans retrouvée par Halioua en France [52]. Le délai de consultation initiale était également long, de 2.7 ans, largement supérieur au délai médian de 3 mois retrouvé dans la littérature [49, 53]. En effet, l'itinéraire thérapeutique s'avérait sinueux, passant souvent par l'absorption et l'application topique de plantes médicinales (56.5% des cas) pour des périodes importantes (4.58 mois en moyenne). Ces dernières peuvent être un facteur aggravant ou déclenchant des poussées. La longue durée d'évolution explique le caractère chronique des lésions retrouvé dans 100% cas, rejoignant les résultats de Halioua qui retrouvait des lésions chroniques dans 65.5% des cas [52]. Le délai au diagnostic initial a également retardé l'identification de la cause, la prise en charge spécialisée et la mise en route de méthodes préventives qui auraient pu empêcher la survenue de poussées aiguës retrouvées durant l'évolution dans 91.3% des cas. Celles-ci expliquent la coexistence de lésions aiguës dans la moitié des cas, dont la présence est également rapportée dans la littérature [16, 49].

La bilatéralité des lésions a aussi été observée par Apfelbacher (96.1%) en Allemagne [38] et par Dibenedetti (77%) aux USA [49].

L'atteinte concernait les paumes dans 43.5% des cas (10 cas) et le dos des mains dans 56.5% des cas (13 cas), se rapprochant des données retrouvées dans la littérature [16, 34, 38, 49, 54], notamment des données de Dibenedetti qui retrouvait une atteinte des dos des mains dans 48% des cas [49].

Le dos des pieds et les plantes représentaient les localisations les plus fréquemment associées à l'eczéma chronique des mains, retrouvées dans 47.8% et 21.7% des cas respectivement. Un eczéma concomitant aux pieds n'était présent que chez 27,3% des patients d'une étude en Allemagne [38]. L'atteinte d'autres sites corporels en dehors des mains dans notre étude s'élève à 73.91% des cas, largement au-dessus des 23.6% retrouvés par Apfelbacher et al [38]. Cela s'explique en partie par le grand nombre de sujets atopiques retrouvés dans notre travail et les facteurs d'aggravation tels que la phytothérapie.

Une consultation par un dermatologue a été effectuée avant la référence dans 72.72% des cas, avec mise en route d'un traitement à base de dermocorticoïdes dans 72.72% des cas. Dans une étude américaine portant sur 182 cas d'ECM, seuls 39% avaient vu auparavant un dermatologue [49]. La persistance des lésions malgré cela peut être expliquée par l'absence d'explorations allergologiques qui auraient permis l'identification de l'agent causal et la mise en place de mesures d'éviction adéquates. Chez les malades référés en exploration allergologique, une positivité a été notée dans 69.6% des cas.

3- Aspects étiologiques

L'atopie est un facteur de risque important de survenue d'ECM et parfois la seule étiologie retenue [4, 13, 34, 38, 45, 55-62]. En effet, la mutation non fonctionnelle de la filaggrine induit une fragilisation cutanée réduisant le seuil de sensibilisation [7, 33, 40, 62, 63]. Ainsi, près des $\frac{3}{4}$ de nos patients présentaient un terrain d'atopie personnelle et familiale, surpassant les taux de 50% retrouvés dans la littérature [64]. Les prick-tests respiratoires, réalisés dans 21.73% des cas, ont pu confirmer l'atopie dans 60% de ceux-ci, et peuvent être positifs jusque dans $\frac{1}{3}$ des cas dans la littérature [16].

Les facteurs exogènes jouent cependant un rôle plus important [33, 40]. Il s'agit des agressions externes subies par la peau, et qui peuvent être physiques ou chimiques. Il s'agit des microtraumatismes répétés et des frictions, les températures extrêmes, l'humidité, l'occlusion, la macération et l'exposition non protégée aux détergents et autres corrosifs acides et alcalins [2, 4, 5, 61, 65-68]. Le lavage excessif des mains et l'usage régulier d'antiseptiques en période de pandémie de la COVID en est un exemple pertinent [69-71]. Ces facteurs favorisant sont souvent réunis dans de nombreux métiers tels que dans la métallurgie, le bâtiment, l'agroalimentaire, l'entretien et le nettoyage [48, 61, 65-68, 71-78]. Dans notre travail, l'exposition à l'eau et aux détergents était retrouvée dans près d'un tiers des cas, se rapprochant des chiffres rapportés par Apfelbach (34.4%) [38].

La dermatite de contact allergique est une cause indéniable d'ECM comme l'a prouvé la positivité des patch-tests dans près des $\frac{3}{4}$ des cas. Apfelbacher retrouvait une positivité dans 48.5% [38]. Elle peut en être la seule cause sans aucune atopie sous-jacente ni facteur irritatif. Les explorations allergologiques sont alors indispensables pour la détermination de la cause précise [5] pouvant faire aboutir à une éviction ciblée, d'autant plus s'il s'agit d'un contexte professionnel où les dermatites de contacts sont plus fréquentes qu'ailleurs [18, 79, 80]. Ainsi les tests épicutanés ont été positifs dans plus des $\frac{2}{3}$ des cas, et ont pu identifier 18 allergènes différents, parfois plusieurs en concomitance, mettant en tête le bichromate de potassium (30.4%), le cobalt (26.1%), le nickel (21.7%), la néomycine (17.4%) et le fragrance mix I (13%). Apfelbacher retrouvait le plus fréquemment le nickel, le fragrance mix, le cobalt et le chrome [38].

Ces allergènes sont de grands classiques retrouvés dans différents environnements professionnels [74, 81]. Le bichromate de potassium est contenu dans le ciment exposant ainsi les maçons. Il s'y retrouve combiné aux hydroxydes

de potassium, de calcium et de sodium au caractère irritant [82]. Il est également utilisé pour le tannage du cuir, et est retrouvé dans les détergents, les produits chromés, et dans l'encre d'impression entre autres [74, 81]. Le cobalt entre dans la composition de nombreux alliages, des aimants, du ciment, des colorants et des pigments, mais aussi de catalyseurs, d'accélérateurs et de certaines vitamines. Le nickel est un métal ubiquitaire dont les sources d'exposition sont multiples : pièces, bijoux, pigments pour peinture, additif de carburant et d'autres. Il revêt une importance particulière du fait de son lien avec la filaggrine. Celle-ci possède un effet chélateur sur le nickel, et sa mutation non fonctionnelle retrouvée dans l'atopie expose particulièrement à la sensibilisation à celui-ci [64, 83].

La recherche exhaustive de cause a, cependant, été entaillée par l'absence d'accès aux produits manipulés par les malades et qui auraient pu mettre en évidence d'autres substances allergisantes ou irritantes.

L'eczéma des mains est la maladie professionnelle dermatologique la plus fréquente représentant 80 à 90 % des eczémas professionnels [6, 16, 51, 72, 84]. Les eczémas des mains professionnels représentaient 36.6% des dermites acquises des mains au Sénégal dans le travail réalisé par Seck [85]. Les moyens de protection professionnels n'étaient que très peu utilisés, 15.38% des travailleurs uniquement en bénéficiant.

Les femmes au foyer, représentant 30% des patients sans profession dans notre étude et 45.6% des cas de Charan en Inde [86], sont exposées au même titre que les professionnels du nettoyage chez qui l'incidence annuelle des eczémas est 2.2 fois supérieure à celle du reste des salariés [87-89]. La dermite dite des ménagères comprend une composante allergique dans près de la moitié des cas [90, 91], et les sensibilisations les plus couramment rencontrées sont celles aux baumes et parfums, nickel, cobalt, chromates et caoutchouc [92]. Dans notre étude, les

ménagères présentaient des sensibilisations au baume du Pérou, au Fragrance Mix I, et à la néomycine.

La dermite de contact aux protéines peut être à l'origine d'ECM notamment chez les femmes au foyer et les professionnels des métiers de la bouche [93]. Elle est médiée par des IgE spécifiques dirigées contre certaines protéines, dont la mise en évidence est possible grâce aux prick-tests alimentaires. Ils ont été positifs dans 0.43% des cas, avoisinant le taux de 0.41% retrouvé par Barbaud en France en 2015 [93]. Le poisson et les fruits de mer relevés dans notre étude sont les plus fréquents dans la littérature [94]. Les atopy-patch-tests réalisés lors de notre travail n'ont pas révélé de positivité.

Le coût des ECM professionnels est élevé, aussi bien pour le salarié que pour l'entreprise et la collectivité de part soins, arrêt de travail, perte de productivité, et indemnités engendrées [4, 61]. Ainsi, des incapacités permanentes de travail ont été relevées dans 15.38% des cas, et une réorientation professionnelle était envisagée dans 7.69% des cas, rejoignant les 20.1% et 9% respectivement de Halioua en France [52]. Ces chiffres étaient inférieurs aux résultats relevés en Europe par une étude multicentrique (28% d'IPT) et en Allemagne par Apfelbacher (24.5%) [16, 38, 40].

A blue horizontal banner with rounded corners and a scroll effect on the left and right sides. The text is centered within the banner.

CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS

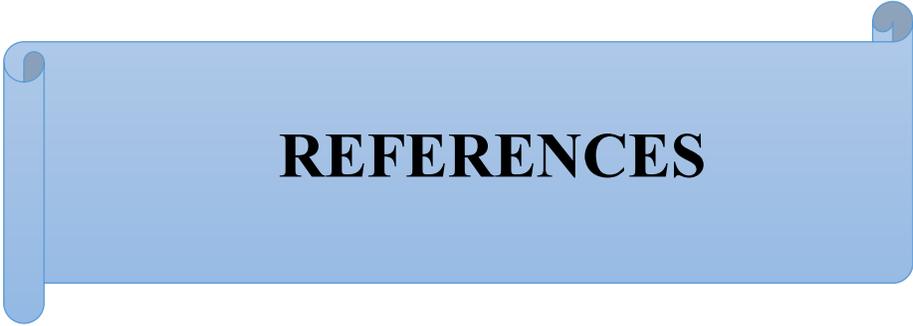
Notre travail se démarquait par le recrutement de 23 cas d'ECM ayant tous bénéficié d'explorations allergologiques. Nous avons ainsi pu relever les particularités épidémio-cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'ECM à Dakar qui ont été l'âge de début adulte, la nette prédominance féminine avec un sexe ratio à 0.53, la fréquence du terrain d'atopie qui concernait les $\frac{3}{4}$ des malades, la durée d'évolution longue, marquée par la survenue de poussées régulières, expliquant la coexistence de lésions chroniques et aiguës dans près de la moitié des cas, l'atteinte en dehors des mains associée dans $\frac{3}{4}$ des cas, la consultation du spécialiste dans 72.72% des cas lors de l'évolution, et enfin la positivité des tests épicutanés dans 69.6% des cas, mettant en évidence 18 allergènes, les plus fréquents étant le bichromate de potassium, le cobalt et le nickel, soulignant l'importance de l'exploration allergologique dans la prise en charge des ECM.

L'impact de l'ECM est élevé autant sur le plan social et affectif que professionnel. En effet, il est responsable d'arrêts de travail temporaires ou permanents et parfois de perte d'emploi, et génère des coûts importants au travers des soins nécessaires, des pertes de productivité et des indemnisations.

Ainsi, certaines recommandations s'avèrent nécessaires. Elles s'adressent au:

- Malade:
 - consulter précocement en cas d'eczéma.
 - respecter les mesures de protection et d'éviction aussi bien dans le domicile que dans l'environnement professionnel.
 - hydrater régulièrement les mains par des agents émoullissants adaptés.
 - entamer la procédure de déclaration en maladie professionnelle.

- Dermatologue:
 - collaborer avec le médecin du travail pour la prise en charge globale du malade, avec reclassement professionnel si nécessaire en évitant la perte d'emploi.
 - mettre en place des mesures d'éviction spécifiques adaptées à chaque allergène personnalisées pour chaque malade.
 - prescrire systématiquement les explorations allergologiques adaptées.
- Autorités:
 - Veiller à l'application de la législation concernant les maladies professionnelles.
 - Veiller au respect des mesures de protection en milieu professionnel.



REFERENCES

1. Shelley WB, Shelley ED. Chronic hand eczema strategies. *Cutis*. 1982;29(6):569-73.
2. Halioua B, Richard M-A. Mise au point sur l'eczéma chronique des mains. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2010;137(4):315-27.
3. Diepgen TL, Elsner P, Schliemann S, Fartasch M, Köllner A, Skudlik C, et al. Guideline on the management of hand eczema ICD-10 Code: L20. L23. L24. L25. L30. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2009;7:S1-S15.
4. Diepgen TL, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P, et al. Management of chronic hand eczema. *Contact dermatitis*. 2007;57(4):203-10.
5. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis I. *Contact dermatitis*. 2008;58(6):330-4.
6. Elston DM, Ahmed DD, Watsky KL, Schwarzenberger K. Hand dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002;47(2):291-9.
7. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menné T, Agner T. Clinical characteristics and consequences of hand eczema—an 8-year follow-up study of a population-based twin cohort. *Contact dermatitis*. 2008;58(4):210-6.
8. Agrup G. Hand Eczema and Other Hand Dermatoses in South Sweden. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 1970;12(2):59.
9. Menné T, Borgan Ö, Green A. Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiological study including a statistic appendix. *Acta dermato-venereologica*. 1982;62(1):35-41.
10. Kavli G, Førde OH. Hand dermatoses in Tromsø. *Contact Dermatitis*. 1984;10(3):174-7.
11. Coenraads P, Nater J, Van der Lende R. Prevalence of eczema and other dermatoses of the hands and arms in the Netherlands. Association with age and occupation. *Clinical and experimental dermatology*. 1983;8(5):495-503.
12. Meding B, Järvholm B. Incidence of hand eczema—a population-based retrospective study. *Journal of investigative dermatology*. 2004;122(4):873-7.
13. Brisman J, Meding B, Järvholm B. Occurrence of self reported hand eczema in Swedish bakers. *Occupational and environmental medicine*. 1998;55(11):750-4.
14. van Gils RF, Boot CR, Knol DL, Rustemeyer T, van Mechelen W, van der Valk PG, et al. The effectiveness of integrated care for patients with hand eczema: results of a randomized, controlled trial. *Contact dermatitis*. 2012;66(4):197-204.
15. Diepgen T, Coenraads P. The epidemiology of occupational contact dermatitis. *International archives of occupational and environmental health*. 1999;72(8):496-506.

16. Diepgen T, Andersen K, Brandao F, Bruze M, Bruynzeel D, Frosch P, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *British Journal of Dermatology*. 2009;160(2):353-8.
17. Molin S, Diepgen T, Ruzicka T, Prinz J. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. *Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology*. 2011;36(6):595-601.
18. 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 Dermatitis*. 2008;59(1):43-7.
19. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact dermatitis*. 2006;54(2):106-11.
20. Meding B, Swanbeck G. Consequences of having hand eczema. *Contact dermatitis*. 1990;23(1):6-14.
21. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, John SM, Dwinger C, Werfel T, et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact dermatitis*. 2012;67(4):184-92.
22. Rosen RH, Freeman S. Prognosis of occupational contact dermatitis in New South Wales, Australia. *Contact Dermatitis*. 1993;29(2):88-93.
23. Adishes A, Meyer J, Cherry N. Prognosis and work absence due to occupational contact dermatitis: outcome of cases reported to EPIDERM. *Contact dermatitis*. 2002;46(5):273-9.
24. Cvetkovski R, Rothman K, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen J, et al. Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema. *British Journal of Dermatology*. 2005;152(1):93-8.
25. Meding B, Wrangsjö K, Järvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *British Journal of Dermatology*. 2005;152(5):975-80.
26. Meding B, Järvholm B. Hand eczema in Swedish adults—changes in prevalence between 1983 and 1996. *Journal of investigative dermatology*. 2002;118(4):719-23.
27. MEDING B, Swanbeck G. Prevalence of hand eczema in an industrial city. *British Journal of Dermatology*. 1987;116(5):627-34.
28. Belsito DV. Occupational contact dermatitis: etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2005;53(2):303-13.

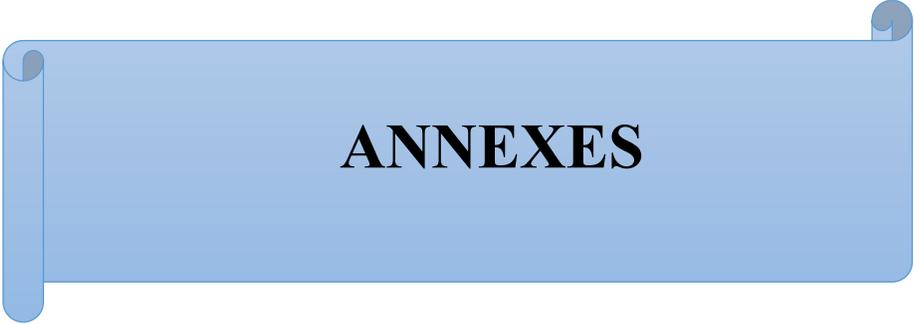
29. EBNOU KSA. Les aspects épidémio-cliniques, étiologiques et thérapeutiques des eczemas chroniques des mains à Dakar, à propos de 60 cas [Mémoire pour l'obtention du DES de Dermato-vénéréologie]: Université Cheikh Anta Diop Dakar; 2018.
30. Oumou NS, Mohamed C, Coumba GFM, Moussa D, Awa B, Thierno DM, et al. LES ECZEMAS DE CONTACT PROFESSIONNELS A DAKAR. Mali Médical. 2007;22(3):34.
31. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menne T, Agner T. Incidence of hand eczema in a population-based twin cohort: genetic and environmental risk factors. *British Journal of Dermatology*. 2007;157(3):552-7.
32. Crane M, Webb D, Watson E, Cunliffe T, English J. Hand eczema and steroid-refractory chronic hand eczema in general practice: prevalence and initial treatment. *British Journal of Dermatology*. 2017;176(4):955-64.
33. Hald M, Agner T, Blands J, Ravn H, Johansen JD. Allergens associated with severe symptoms of hand eczema and a poor prognosis. *Contact Dermatitis*. 2009;61(2):101-8.
34. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population—prevalence and main findings. *Contact dermatitis*. 2010;62(2):75-87.
35. Hanifin JM, Reed ML, Prevalence E, Group IW. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. *Dermatitis*. 2007;18(2):82-91.
36. Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: A US population-based study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2013;132(5):1132-8.
37. Fowler JF, Duh MS, Chang J, Person J, Thorn D, Raut M, et al. A survey-based assessment of the prevalence and severity of chronic hand dermatitis in a managed care organization. *Cutis*. 2006;77(6):385-92.
38. Apfelbacher CJ, Ofenloch RF, Weisshaar E, Molin S, Bauer A, Mahler V, et al. Chronic hand eczema in Germany: 5-year follow-up data from the CARPE registry. *Contact dermatitis*. 2019;80(1):45-53.
39. Röhrl K, Stenberg B. Lifestyle factors and hand eczema in a Swedish adolescent population. *Contact Dermatitis*. 2010;62(3):170-6.
40. Meding B. Epidemiology of hand eczema in an industrial city. *Acta dermato-venereologica Supplementum*. 1990;153:1-43.
41. Meding B, Swanbeck G. Predictive factors for hand eczema. *Contact dermatitis*. 1990;23(3):154-61.
42. Bryld LE, Agner T, Kyvik K, Brøndsted L, Hindsberger C, Menne T. Hand eczema in twins: a questionnaire investigation. *British Journal of Dermatology*. 2000;142(2):298-305.

43. Duarte I, Nakano JT, Lazzarini R. Hand eczema: evaluation of 250 patients. *American Journal of Contact Dermatitis*. 1998;9(4):216-23.
44. Smit H, Burdorf A, Coenraads P. Prevalence of hand dermatitis in different occupations. *International journal of epidemiology*. 1993;22(2):288-93.
45. Diepgen TL, Fartasch M. General aspects of risk factors in hand eczema. *Hand Eczema* CRC Press, Boca Raton. 1993:496-506.
46. Shmunes E, Keil J. The role of atopy in occupational dermatoses. *Contact Dermatitis*. 1984;11(3):174-8.
47. Vogel-gissinger C. Que sont-ils devenus? Devenir cutané et socio-professionnel de malades atteints d'eczéma de contact professionnel; enquête auprès de 250 patients [Mémoire pour l'obtention du DES de médecine de travail]2000.
48. Apfelbacher CJ, Radulescu M, Diepgen TL, Funke U. Occurrence and prognosis of hand eczema in the car industry: results from the PACO follow-up study (PACO II). *Contact Dermatitis*. 2008;58(6):322-9.
49. Dibenedetti D, Baranowski E, Zelt S, Reynolds M, Sherrill B. Assessing United States patient and dermatologist experiences with severe chronic hand eczema. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*. 2015;8(11):19.
50. Keita F. Profil épidémiologique des dermatoses au service de dermatologie Le Dantec, à propos de 1012 cas [Mémoire pour l'obtention du DES de Dermatovénéréologie]: Université Cheikh Anta Diop Dakar; 2017.
51. Halioua B, Bensefa-Colas L, Crepy M, Bouquiaux B, Assier H, Billon S, et al. Les eczémats professionnels chez les travailleurs du secteur du nettoyage et de l'entretien. Étude de 769 déclarations à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés entre 2004 et 2007. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2012;139(8-9):526-31.
52. Halioua B, Berbis P, Cambazard F, Doutre M-S, Joly P, Richard M-A, et al. Caractéristiques cliniques et retentissement de l'eczéma chronique sévère des mains (ECsM) en France: étude de 388 cas. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2014;141(12):S298-S9.
53. Hald M, Agner T, Blands J, Johansen J, Group DCD. Delay in medical attention to hand eczema: a follow-up study. *British Journal of Dermatology*. 2009;161(6):1294-300.
54. Herman A, Tennstedt D, Baeck M. Eczéma des mains: classifications cliniques et physiopathologiques. *Revue Française d'Allergologie*. 2018;58(3):160.
55. Yngveson M, Svensson Å, Johannisson A, Isacson Å. Hand dermatosis in upper secondary school pupils: 2-year comparison and follow-up. *British Journal of Dermatology*. 2000;142(3):485-9.

56. Nilsson E, Bäck O. The importance of anamnestic information of atopy, metal dermatitis and earlier hand eczema for the development of hand dermatitis in women in wet hospital work. *Acta dermato-venereologica*. 1986;66(1):45-50.
57. Rystedt I. Work-related hand eczema in atopics. *Contact dermatitis*. 1985;12(3):164-71.
58. Rystedt I. Long term follow-up in atopic dermatitis. *Acta dermato-venereologica Supplementum*. 1985;114:117-20.
59. Rystedt I. Hand eczema in patients with history of atopic manifestations in childhood. *Acta dermato-venereologica*. 1985;65(4):305-12.
60. Nilsson E, Mikaelsson B, Andersson S. Atopy, occupation and domestic work as risk factors for hand eczema in hospital workers. *Contact dermatitis*. 1985;13(4):216-23.
61. Frimat P, Fantoni-Quinton S. La main du travailleur: aspects socio-économiques. Quelle réparation? Quel reclassement. *Progres en dermato-allergologie Bruxelles*: John Libbey édit. 2001:65-78.
62. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis II. *Contact Dermatitis*. 2008;58(6):335-9.
63. Molin S, Vollmer S, Weiss E, Ruzicka T, Prinz J. Filaggrin mutations may confer susceptibility to chronic hand eczema characterized by combined allergic and irritant contact dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2009;161(4):801-7.
64. Coenraads P-J. Hand eczema is common and multifactorial. *Journal of investigative Dermatology*. 2007;127(7):1568-70.
65. Lynde CB, Obadia M, Liss GM, Ribeiro M, Holness DL, Tarlo SM. Cutaneous and respiratory symptoms among professional cleaners. *Occupational medicine*. 2009;59(4):249-54.
66. Nielsen J. The occurrence and course of skin symptoms on the hands among female cleaners. *Contact Dermatitis*. 1996;34(4):284-91.
67. Jungbauer F, Van Der Harst J, Schuttelaar M, Groothoff J, Coenraads P. Characteristics of wet work in the cleaning industry. *Contact dermatitis*. 2004;51(3):131-4.
68. Cleenewerck M. La «main abîmée» du travailleur. *Progrès en Dermato-Allergologie GERDA, Bruxelles 2001*. John Libbey Eurotext. 2001:29-54.
69. Forrester BG, Roth VS. Hand dermatitis in intensive care units. *Journal of occupational and environmental medicine*. 1998;40(10):881-5.
70. Masood S, Tabassum S, Naveed S, Jalil P. COVID-19 Pandemic & skin care guidelines for health care professionals. *Pakistan journal of medical sciences*. 2020;36(COVID19-S4):S115.
71. Beiu C, Mihai M, Popa L, Cima L, Popescu MN. Frequent hand washing for COVID-19 prevention can cause hand dermatitis: management tips. *Cureus*. 2020;12(4).

72. Dickel H, Kuss O, Blesius C, Schmidt A, Diepgen T. Occupational skin diseases in Northern Bavaria between 1990 and 1999: a population-based study. *British Journal of Dermatology*. 2001;145(3):453-62.
73. Funke U. Skin protection in the metal industry. *Skin Protection*. 2007;34:151-60.
74. Lachapelle JM. *Dermatologie professionnelle et de l'environnement*: Masson; 1992.
75. Funke U, Fartasch M, Diepgen TL. Incidence of work-related hand eczema during apprenticeship: first results of a prospective cohort study in the car industry. *Contact dermatitis*. 2001;44(3):166-72.
76. Agrup G. Dermatitis in housewives. *British Medical Journal*. 1970;3:722.
77. Gawkrödger DJ, Lloyd MH, Hunter JA. Occupational skin disease in hospital cleaning and kitchen workers. *Contact dermatitis*. 1986;15(3):132-5.
78. Singgih SIR, Lantinga H, Nater J, Woest T, Kruyt-Gaspersz J. Occupational hand dermatoses in hospital cleaning personnel. *Contact Dermatitis*. 1986;14(1):14-9.
79. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, et al. Contact sensitisation in hand eczema patients—relation to subdiagnosis, severity and quality of life: a multi-centre study. *Contact Dermatitis*. 2009;61(5):291-6.
80. Skoet R, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, Agner T. A survey of occupational hand eczema in Denmark. *Contact dermatitis*. 2004;51(4):159-66.
81. Lepoittevin J-P, LeCoz CJ, Frosch PJ. *Dictionnaire des allergènes de contact*: Springer; 2009.
82. Le Coz C-J. Eczéma des mains et maladie professionnelle. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2010;137:S104-S110.
83. Thyssen JP, Carlsen BC, Menné T. Nickel sensitization, hand eczema, and loss-of-function mutations in the filaggrin gene. *Dermatitis*. 2008;19(6):303-7.
84. Nethercott J, Holness D, Adams R, Belsito D, De Leo V, Emmett E, et al. Patch testing with a routine screening tray in North America, 1985 through 1989: I. Frequency of response. *Dermatitis*. 1991;2(2):122-9.
85. Seck F. *Dermatoses acquises des mains à propos de 140 cas colligés à Dakar [Mémoire pour l'obtention du DES en Dermatologie-vénérologie]*: Université Cheikh Anta Diop Dakar; 2008.
86. Charan UP, Peter CD, Pulimood SA. Impact of hand eczema severity on quality of life. *Indian dermatology online journal*. 2013;4(2):102.
87. Dickel H, Bruckner T, Bernhard-Klimt C, Koch T, Scheidt R, Diepgen T. Surveillance scheme for occupational skin disease in the Saarland, FRG: first report from BKH-S. *Contact dermatitis*. 2002;46(4):197-206.

88. Dickel H, Kuss O, Blesius C, Schmidt A, Diepgen T. Report from the register of occupational skin diseases in northern Bavaria (BKH-N). *Contact dermatitis*. 2001;44(4):246-63.
89. Halkier-Sorensen L. Occupational skin diseases: reliability and utility of the data in the various registers; the course from notification to compensation and the costs A case study from Denmark. *Contact Dermatitis*. 1998;39(2):71-8.
90. Calnan C, Bandmann H, Cronin E, Fregert S, Hjorth N, Magnusson B, et al. Hand dermatitis in housewives. *British Journal of Dermatology*. 1970;82(6):543-8.
91. Nava C, Angelini G, Meneghini C, Sertoli A, Beretta E, Brambilla G, et al. Contact dermatitis of the hands in housewives: the results of a multicenter study. *Giornale italiano di medicina del lavoro*. 1993;15(5-6):83-90.
92. Waldbott GL. Patterns in contact dermatitis. *International Archives of Allergy and Immunology*. 1950;1(2):136-49.
93. Barbaud A, Poreaux C, Penven E, Waton J. Occupational protein contact dermatitis. *European Journal of Dermatology*. 2015;25(6):527-34.
94. Kanerva L, Pajari-Backas M. IgE-mediated RAST-negative occupational protein contact dermatitis from taxonomically unrelated fish species. *Contact Dermatitis*. 1999;41(5):295-6.



ANNEXES

ANNEXE I

Listes des Produits patch-tests

- 1-Bichromate de potassium,
- 2-PPDA,
- 3-Thiuram mix,
- 4-Néomycine,
- 5-Cobalt,
- 6-Caine mix III,
- 7-Nickel,
- 8-Hydroxyethyl methacrylate,
- 9-Colophonium,
- 10-Paraben mix,
- 11-N isopropyl N PhényIPPD,
- 12-Lanolin Alcohol,
- 13-Mercapto mix,
- 14-Epoxy résin-Bisphenol A,
- 15-Peru balsam,
- 16-Tert-Butylphenolformaldehyde resin (PTBP),
- 17-Mercaptobenzothiazole,
- 18-Formaldéhyde,
- 19-Fragrance mix I,
- 20-Sesquiterpène lactone mix,
- 21-Quaternum 15,
- 22-Propolis
- 23-Methylisothiazolinone - Methylchloroisothiazolinone,

- 24-Budesonide,
- 25-Tixocortol 21 pivalate,
- 26-Methyldibromo Glutaronitrile,
- 27-Fragrance mix II,
- 28-Hydroxyisoheptyl-3-Cyclohexene carboxaldehyde,
- 29-Méthylisothiazolinone,
- 30-Textile Dye.

ANNEXE II

Listes des produits des prick-tests alimentaires

- 1- Cacahuète
- 2- Poison
- 3- Lait caillé
- 4- Œuf entier
- 5- Poulet
- 6- Thon
- 7- Lait en poudre

Listes des produits des prick-tests respiratoires

- 8- Contrôle négatif
- 9- Histamine
- 10- Dermatophagoides farinae
- 11- Blomia
- 12- Alternaria alternata
- 13- Chat
- 14- Chien
- 15- Cynodon dactylon

ANNEXE III

FICHE D'ENQUETE

Numéro de fiche :

Centre de recrutement:

Date de recrutement:

I- Etat civil:

- Prénom, Nom :
- Sexe: M F
- Secteur professionnel : Libéral Fonctionnaire Informel
- Adresse :
- Téléphone :
- Nationalité :
- Age:
- Profession :
- Origine géographique :
- Médecin référent :

II- Habitudes et mode de vie:

- Tabac Alcool Tapis/moquettes
- Peluches Animaux de compagnie (Espèce:)
- Poste professionnel spécifique : Tâche spécifique :
- Ancienneté au poste :
- Exposition professionnelle à : Eau Détergents, Savons
- Moyens de protection professionnelle utilisés :
- Usage de crèmes émollientes :

III- Antécédents:

- Antécédents médicaux :
- Antécédents chirurgicaux :
- Antécédents gynéco-obstétricaux:
 - Stérilet (Durée :) (Matière :)
 - Implant (Durée :)
- Itinéraire thérapeutique et Antécédents médicamenteux :
 - Traditionnel : - Type : Décoction Poudre Bain
 - Quantité : - Fréquence : - Durée :
 - Moderne :
 - Consultation médicale : Généraliste Spécialiste : Autre :
 - Lieu :
 - Traitement prescrit :

IV- Terrain :

- Terrain d'atopie :
 - Atopie personnelle:
 - Asthme Rhinite allergique Eczéma atopique LCET
 - Toux nocturne Allergie alimentaire Allergie médicamenteuse
 - Eczéma dans l'enfance
 - Atopie familiale :
 - Père : Mère :
 - Fratrie :
 - Descendance :
- Autre terrain : Diabète HTA Autre :

VIII- Médecine de travail :

- Déclaration Indemnisation Reclassement Perte d'emploi
• Développement :

IX- Traitement:

• Préventif

- Education thérapeutique Mesures hygiéno-diététiques :
 Réduction de fréquence de lavage des mains Eviction Changement de poste
 Suspension du travail
 Usage de moyens de protection :
 Gants en caoutchouc Gants en coton ou doublés de coton Bottes
 Surblouses Masques Crème barrière
 Autres :

• Curatif

- Dermocorticoïdes Emollients Antiprurigineux Antibiotiques
 Autres :

X- Evolution:

J : Disparition des lésions Amélioration Persistance Perdu de vue
 - Complications :
 - Notes :

J : Disparition des lésions Amélioration Persistance Perdu de vue
 - Complications :
 - Notes :

J : Disparition des lésions Amélioration Persistance Perdu de vue
 - Complications :
 - Notes :

J : Disparition des lésions Amélioration Persistance Perdu de vue
 - Complications :
 - Notes :

Lien : <https://forms.gle/PYVgJUmWp9A7aGz66>

RESUME

INTRODUCTION

L'eczéma chronique des mains (ECM) est une maladie inflammatoire chronique définie par la persistance de lésions d'eczéma localisées aux mains pendant au moins trois mois ou par la présence d'au moins deux récurrences dans les douze derniers mois malgré un traitement approprié chez un patient observant. Il s'agit en réalité d'un syndrome anatomo-clinique d'origine multifactorielle avec des tableaux cliniques très variés.

L'ECM est une dermatose fréquente dans la population générale, et représente 90% des dermatoses professionnelles en Europe.

A notre connaissance, seule une étude a été réalisée auparavant à propos de ce sujet en Afrique subsaharienne. Ceci a motivé notre travail dont l'objectif était de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'ECM à Dakar.

PATIENTS ET METHODES

Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire digitalisé, puis étaient saisies sur le logiciel Microsoft® Excel. L'analyse statistique était effectuée à l'aide de SPSS version 18. Le test de Khi-deux et le test de Fischer étaient utilisés avec un degré de significativité $p < 0.05$.

RESULTATS

Nous avons inclus 23 patients, réalisant une fréquence hospitalière de 0.60%, avec une prédominance féminine avec un sex ratio de 0.53. L'âge moyen était de 42.35 ans, et était différent selon le sexe : 37 ans chez les hommes et 45.2 ans chez les femmes.

Au moment de l'inclusion, 59.09% des sujets étaient en activité professionnelle, dont 38.46% étaient des travailleurs manuels. L'ancienneté au poste professionnel pour ceux-ci était de 6 ans en moyenne. Des moyens de protection professionnels n'étaient utilisés que dans 15.38% des cas. 30% des non professionnels étaient des femmes au foyer.

Un terrain d'atopie était retrouvé dans 73.9% des cas et 30.43% étaient régulièrement exposés à l'eau et aux détergents.

Les traitements traditionnels ont été utilisés par 56.5% des sujets de l'étude, dont 75% des hommes et 46.66% des femmes. Les traitements modernes ont été sollicités dans 95.65% des cas, auprès du spécialiste dans 72.72% des cas. Le délai de consultation initiale était de 2.7 ans en moyenne.

L'ECM apparaissait dans 69.6% des cas à l'âge adulte, et évoluait par poussées-rémissions dans 91.3% des cas. La durée d'évolution était de 7.17 ans en moyenne.

Des lésions d'eczéma chronique étaient présentes dans tous les cas, et des lésions d'eczéma aigu dans 47.82% des cas. Les lésions concernaient les paumes dans 43.5% des cas, le dos des mains dans 56.5%. Elles s'étendaient en dehors des mains dans 73.91% des cas.

Les patch-tests ont été réalisés chez tous les patients, et un eczéma de contact a été retrouvé dans 69.6% des cas, avec une pertinence clinique dans 88.2% des cas. Les sensibilisations les plus fréquentes étaient celles au bichromate de potassium (30.4%), au cobalt (26.1%) et au nickel (21.7%). Les prick-tests ont été faits dans 9 cas, et étaient positifs dans 4 cas.

L'impact professionnel de l'ECM se manifestait par des incapacités temporaires de travail dans 15.38% des cas, qui étaient itératives dans 7.69% des cas, et une incapacité permanente de travail avec reclassement prévu dans 7.69% des cas.

La prise en charge thérapeutique s'appuyait sur l'éducation thérapeutique et la préconisation de moyens de protection adaptés. Les traitements les plus prescrits étaient les dermocorticoïdes dans 100% des cas et les émoullients dans 95.65% des cas. Les antihistaminiques étaient prescrits dans 52.2% des cas.

L'évolution a été favorable sous traitement pour nos malades dans 82.6% des cas après 40 jours, avec rémission complète dans 8.69% des cas. Une récurrence était notée dans 4.34% des cas. 2 patients ont été perdus de vue.

MOTS CLES : Eczéma chronique des mains, Atopie, Patch-tests, Prick-tests, Dakar