Une dermatose en zones photo exposées chez un militaire… quel est votre diagnostic ?

R. Castello[a], L. Aigle[a, b]

a CMA Calvi, camp Rafalli – 20260 Calvi.
b École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Introduction

La dermatologie est un motif de consultation très fréquent au Centre médical des armées (CMA). Une thèse sur douze ans d'hospitalisation au CMA de Calvi, retrouve 13 % de patients hospitalisé pour cause dermatologique, sur les 2 512 patients ayant été hospitalisés au CMA du 2e REP (1). Ces pathologies peuvent être source de gêne important, voire d'inaptitude et avoir un impact opérationnel majeur si elles sont mal appréhendées.

Observation

Un militaire, âgé de 25 ans, consulte à l'antenne médicale pour une éruption érythémateuse vésiculo bulleuse et prurigineuse au niveau du visage, du cou et des avants bras, d'apparition brutale (fig. 1, 2). L'interrogatoire retrouve la notion de travaux de jardinage la veille avec projection de végétaux lors de la tonte du gazon. Le patient était tête et bras nus sous un fort ensoleillement. Il n'y a aucun antécédent personnel ou familial d'allergie ou d'atopie Il ne relate aucune prise médicamenteuse.

À l'examen, les lésions sont linéaires, limitées aux zones photo exposées, sans déborder en zone protégée. Notre patient fait part d'une accentuation de l'inflammation depuis l'apparition des premiers signes. Il s'est simplement douché et n'a appliqué que de la BIAFINE pour atténuer la sensation de brûlure.



Figure 1. Avant bras lors de la 1re consultation.

Quel est votre diagnostic ?

R. CASTELLO, médecin des armées. L. AIGLE, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin R. CASTELLO, CMA Calvi, camp Rafalli – 20260 Calvi.
E-mail : romain.castello@hotmail.fr

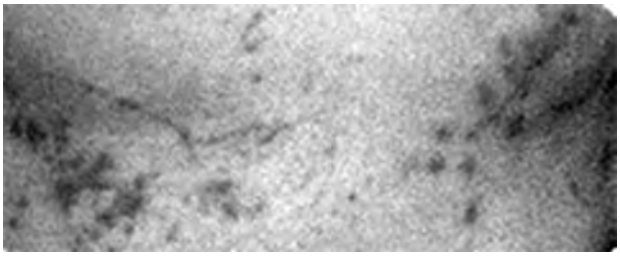


Figure 2. Partie du corps lors de la 1re consultation.

Discussion diagnostique

Compte tenu de l'aspect linéaire figuré des lésions, de la topographie limitée aux zones découvertes, des circonstances de survenue et de la période printanière, il est licite d'évoquer le diagnostic de phytophotodermatose (2). Cette dermatose bulleuse évolue vers la rupture et la dessiccation, ce qui explique l'aspect croûteux chez le patient. Cette photosensibilisation, appelée aussi dermite des prés d'Oppenheim (3), est en général déclenchée par l'association de trois facteurs : peau mouillée, contact avec un végétal et exposition solaire. Notre patient était effectivement en sueur durant le jardinage et s'est aspergé régulièrement d'eau pour diminuer cette sensation.

Commentaires

Cette photosensibilisation exogène s'explique par l'activation d'un chromophore au niveau cutané par des radiations lumineuses dans le spectre des ultraviolets. On distingue deux mécanismes : la phototoxicité et la photoallergie.

La phototoxicité est due à la capacité du chromophore accumulé dans la peau à léser les structures cellulaires et tissulaires, à l'aide de l'énergie lumineuse. C'est un mécanisme non immunologique, correspondant à une réaction physiologique. C'est l'exemple des psoralènes utilisés pour traiter le psoriasis.

À l'inverse, la photoallergie ne dépend que très peu de la dose de chromophores et de la quantité de lumière absorbée. Elle demeure rare et ne survient pas chez toutes les personnes. C'est une réaction immuno-allergique (5) (type IV de la classification de Gell et Coombs) à un antigène formé au niveau de la peau. Elle peut déborder le contact strict de la lésion et est reproductible par les photopatch tests (6). Certains végétaux (7) contiennent des substances photosensibilisantes : les furocoumarines.



Figure 3. Pigmentation des lésions à 15 jours.

Les plantes incriminées appartiennent le plus souvent à la famille des ombellifères (fenouil, aneth, céleri, cerfeuil).

L'évolution se fait naturellement vers la desquamation, pouvant laisser place à une pigmentation résiduelle régressant spontanément en quelques semaines (fig. 3). Une certaine photosensibilité, même en l'absence de nouveau contact, peut être présente pendant quelques jours à quelques semaines.

Le traitement repose sur l'application de dermocorticoïdes de niveau 2 sur le corps et 3 sur le visage à appliquer quotidiennement pendant une semaine puis à posologie décroissante sur 15 jours. Des antihistaminiques par voie orale peuvent être prescrits en cas de prurit important. En raison du risque de pigmentation brunâtre des cicatrices, il convient d'éviter toute exposition solaire jusqu'à disparition complète des lésions.

Les mesures d'exemptions sont essentiellement l'éviction de jardinage et d'exposition solaire jusqu'à disparition complète des lésions. Il n'y a pas d'impact sur l'aptitude générale et la projection opérationnelle. Les mesures de prévention et éducation sanitaire reposent sur une protection de la peau par des vêtements longs et le port de gants et chapeau. Une protection ophtalmique par un masque est également conseillée pour éviter les projections.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données citées dans le texte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Thèse Castello. Douze ans d'hospitalisation au CMA de Calvi : étude rétrospective sur 2 512 patients.
2. Pathak MA. Phytophotodermatis, Clin Dermatol 1986; 4: 102-21.
3. Carlsen K, Weissman K. Phytiphodermatis in 19 childrens admitted to hospital and their differential diagnoses, Journal of the American academy of dermatology 2007; 57: 88-91
4. De Almeida HL, Jr., Jorge VM. The many faces of phytophotodermatitis. Dermatology Online Journal 2006; 12:8.
5. Gambillara E, Spertini F, Leimgruber A. Reactions cutanées allergiques et toxiques aux plantes, Rev Med Suisse 2010; 6: 824-9.
6. Davis SV, Shenoi SD, Prabhu S, Shirwaiker A, Balachandran C. Clinical evaluation of patients patch tested with plant series: a prospective study. Indian Journal of Dermatology 2011; 56:383-8.
7. Chakir K, Khadir K, Benchiki H. Phytophotodermatose aux algues marines de localisation inhabituelle, Pan Afr Med J. 2013; 15: 58.