



PHOTOALLERGIES

17èmes RENCONTRES FRANCOPHONES D'ALLERGOLOGIE

NOUMÉA

8-11 OCTOBRE 2018

DR ISABELLE LOTA

DERMATOLOGUE

CENTRE HOSPITALIER AIX EN PROVENCE

PHOTODERMATOSES

« REACTIONS CUTANÉES ANORMALES A LA LA LUMIERE »



HEREDITAIRES

ex : XERODERMA PIGMENTOSUM

METABOLIQUES

PORPHYRIES ex PORPHYRIE CUTANÉE TARDIVE

DERMATOSES
PHOTOAGGRAVEES

LUPUS , DERMATOMYOSITE

PHOTODERMATOSES
IDIOPATHIQUES

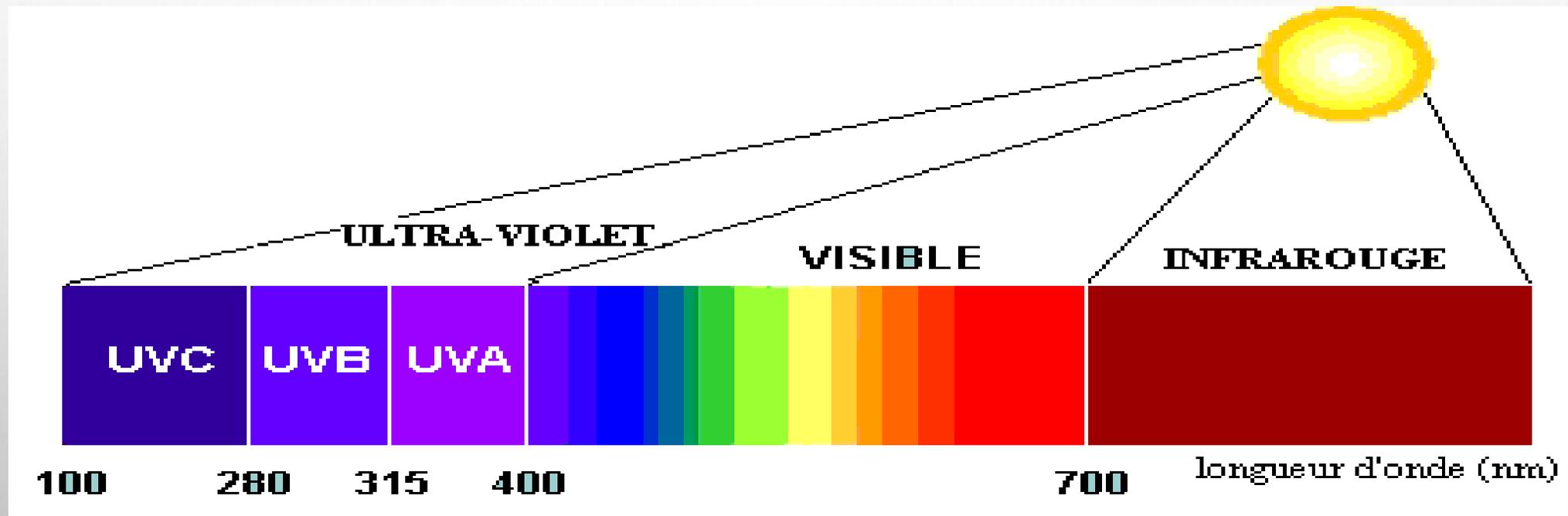
Lucite estivale bénigne, photodermatose printanière juvénile
Lucite polymorphe
Urticaire solaire
Hydroa vacciniforme
Prurigo actinique
Dermatite actinique chronique

**DERMATOSES PHOTOALLERGIQUES ET
PHOTOTOXIQUES
(topique et systémique)**

ÉPIDÉMIOLOGIE

- photodermatoses allergiques de contact = **10 % des photodermatoses**
- photosensibilités médicamenteuses (photo allergie et phototoxicité confondues) représentent entre **8 et 15 % des toxidermies**
- **Atopiques**: fréquence plus élevée de photoallergies aux **filtres solaires**
- Plus grande incidence chez les **phototypes clairs** ?

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES



PHOTOALLERGIE

RÉACTION D'HYPERSENSIBILITÉ DE TYPE IV DE CLASSIFICATION DE GELL ET COOMBS

Molécule photo-sensibilisante à l'état fondamental, présente dans la peau après contact ou par voie systémique



Molécule photo-sensibilisante excitée instable

Retour directement à l'état fondamental

Liaison à une biomolécule cutanée = **photohaptène**



Photohaptène pris en charge par une **cellule de Langerhans**



Initiation de processus du photosensibilisation

Ou retour à l'état fondamental par dégradation en photoproduits

PHOTODERMATOSES COMMENT S'Y RETROUVER ?



PRIMORDIAL, L'INTERROGATOIRE

- Age, sexe, antécédents personnels et familiaux, phototype
- Atopie ?
- Antécédents d'eczéma de contact ?
- MÉDICAMENTS topiques et systémiques pris et en cours
- Mode de survenue, saison, vie professionnelle, loisirs ...;
- Influence des lampes artificielles, du verre de vitre pour les UVA, altitude pour les UVB
- Délai d'apparition par rapport a expo solaire et vitesse de disparition
- TOPOGRAPHIE INITIALE (photos patients ... si bonne qualité)
- Éléments cliniques à rechercher en dehors de TOPO (cheilite, cicatrices....., lésions séquellaires)
- Présence ou non de prurit : prurit vrai ou sensation de brûlures
- Influence des différents traitements prescrits, ainsi que de l'éviction solaire et les photo-protecteurs topiques

TOPOGRAPHIE

- **Zones photo exposées**
- Mais surtout le **respect relatif des zones « à l'ombre »**

À savoir

- Cuir chevelu
- Triangle sous mentonnier
- Triangle rétro-auriculaire (ou triangle de Wilkinson)
- Face dorsale des dernières phalanges
- Face antérieure des MS
- Tronc et MI souvent recouverts par des vêtements
- Paumes et plantes
- Bande sous labiale inférieure et la zone périorbitaire
- Respect des plis(rides du front et/ou du cou)

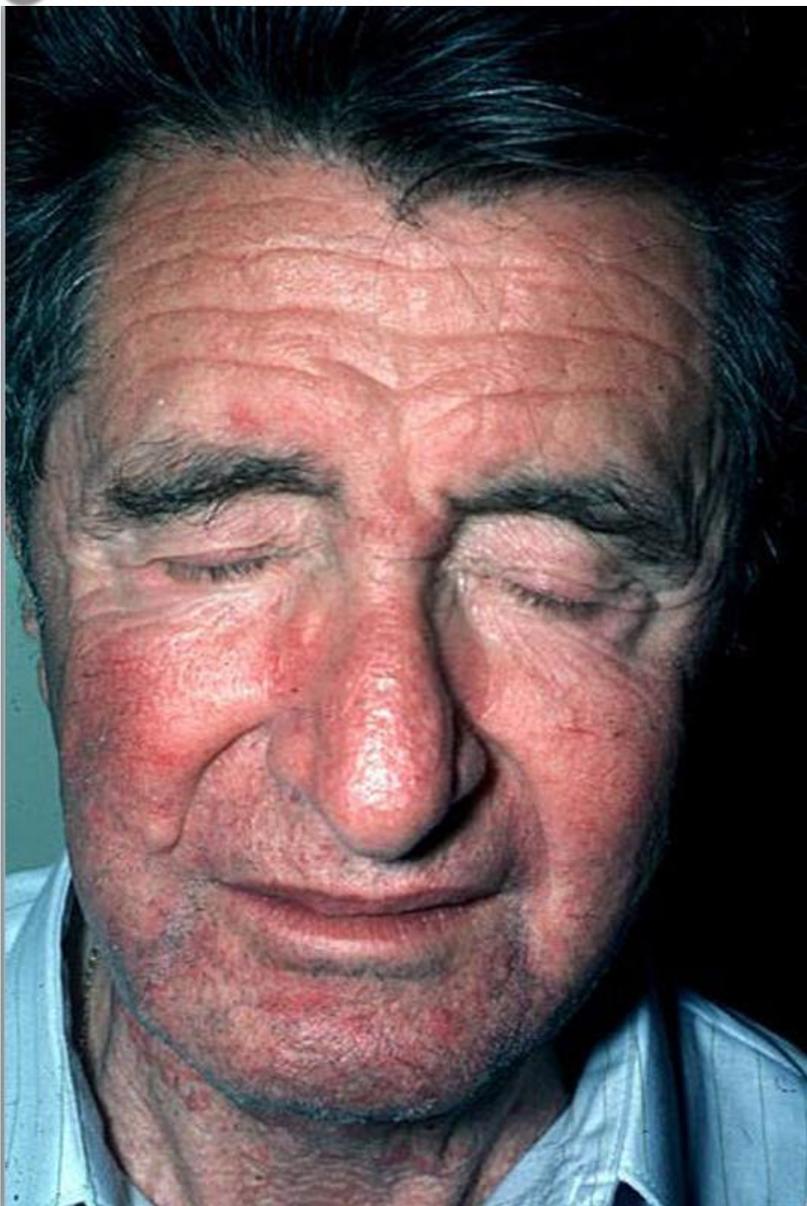
	Phototoxicité	Photoallergie
Fréquence	collective	individuelle
Survenue	possible dès la 1 ^{re} exposition	après une phase de sensibilisation
Aspect	« coup de soleil » ou pigmentation résiduelle	eczéma, éruption lichénoïde, urticaire
Topographie	exclusivement sur les zones photoexposées	atteinte pouvant déborder partiellement sur les zones non exposées
Histologie	œdème du derme, présence de cellules dyskératosiques épidermiques	eczéma : infiltrat lymphoplasmocytaire dermique à prédominance périvasculaire
Phototests	réaction irritative (brûlure)	réaction allergique (eczéma)
Concentration nécessaire	forte	faible
Évolution	courte, pigmentation résiduelle	plus longue, parfois rémanence

d'après jl bourrain

PHOTOTOXICITÉ

- FRÉQUENT
- POSSIBLE DES LA 1ERE EXPOSITION
- « COUP DE SOLEIL » , RÉACTIONS BULLEUSES
- TOPOGRAPHIE EXCLUSIVE SUR LES ZONES PHOTO EXPOSÉES
- ÉVOLUTION RAPIDEMENT FAVORABLE
- PIGMENTATION RÉSIDUELLE





CORDARONE



- garçon , 8 ans
- début il y a 48 h
- érythème cuisant,
prédominant aux
membres inf et sup
- trt: **apaisyl**
- puis apparition de bulles





Photo phyto dermatose ou dermite des prés

- caractère cuisant plutôt que prurit
- éléments figurés
- Bulles plutôt que vésicules

- contact avec végétal
- soleil
- humidité

EVOLUTION 3 SEMAINES





- FILLETTE DE 7 ANS
- PÉRIODE ESTIVALE
- ERUPTION
ÉRYTHÉMATEUSE,
CUISANTE, PUIS
APPARITION DE BULLES

IMPETIGO ?

HERPES ?

ECZEMA DE CONTACT ?



Dermite
des près

PHOTOPHYTODERMATOSE OU DERMITE DES PRÉS

- 3 CONDITIONS DE SURVENUE

- SOLEIL

- HUMIDITÉ

- CONTACT AVEC UN VÉGÉTAL

- ASPECT **FIGURÉ DE L'ÉRUPTION** REPRODUISANT PARFOIS LA FORME DU VÉGÉTAL

- ASPECT BULLEUX INCONSTANT

- TRT SYMPTOMATIQUE, PARFOIS DERMOCORTICOÏDE

- PHOTOPROTECTEURS ++++ CAR **RISQUE DE PIGMENTATION RÉSIDUELLE**





A. Boulhaut

Hyperpigmentation du front
après un baptême: une réaction
phototoxique due à l'huile
chrismale



Figure 1. Discrète hyperpigmentation résiduelle médio-frontale
au site de l'onction.



PHOTOTOXICITÉ: 3 GRANDS GROUPES ÉTIOLOGIQUES

- **FUROCOUMARINES** , PRÉSENTS DANS DE NOMBREUX VÉGÉTAUX
 - ombellifères : chelidoine
 - rutacées : bergamote ... citron
 - moracées : figues
- **MÉDICAMENTS** PHENOTHIAZINES , TETRACYCLINES, QUINOLONES, AMIODARONE ...
VORICONAZOLE ...
- **GOUDRONS ET EXPOSITIONS PROFESSIONELLES**

	Phototoxicité	Photoallergie
Fréquence	collective	individuelle
Survenue	possible dès la 1 ^{re} exposition	après une phase de sensibilisation
Aspect	« coup de soleil » ou pigmentation résiduelle	eczéma, éruption lichénoïde, urticaire
Topographie	exclusivement sur les zones photoexposées	atteinte pouvant déborder partiellement sur les zones non exposées
Histologie	œdème du derme, présence de cellules dyskératosiques épidermiques	eczéma : infiltrat lymphoplasmocytaire dermique à prédominance périvasculaire
Phototests	réaction irritative (brûlure)	réaction allergique (eczéma)
Concentration nécessaire	forte	faible
Évolution	courte, pigmentation résiduelle	plus longue, parfois rémanence

d'après jl bourrain

PHOTOALLERGIES : ASPECTS CLINIQUES

- ASPECT ECZÉMATIFORME le plus fréquent



- ASPECT LICHÉNOÏDE



Toxidermie lichénoïde au léflunomide (Arava®)

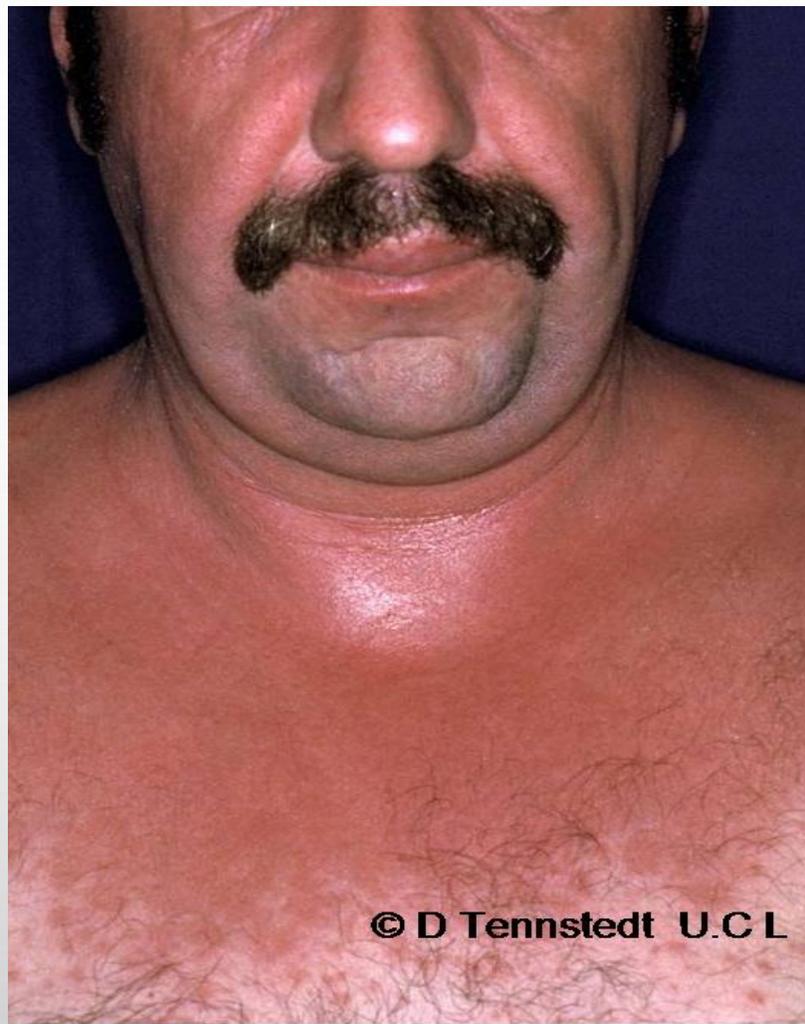
Doi : AD-04-2003-130-4-0151-9638-101019-ART8

LA TOPOGRAPHIE INITIALE

- **Zones photo exposées**
- Mais surtout le **respect relatif des zones « à l'ombre »**

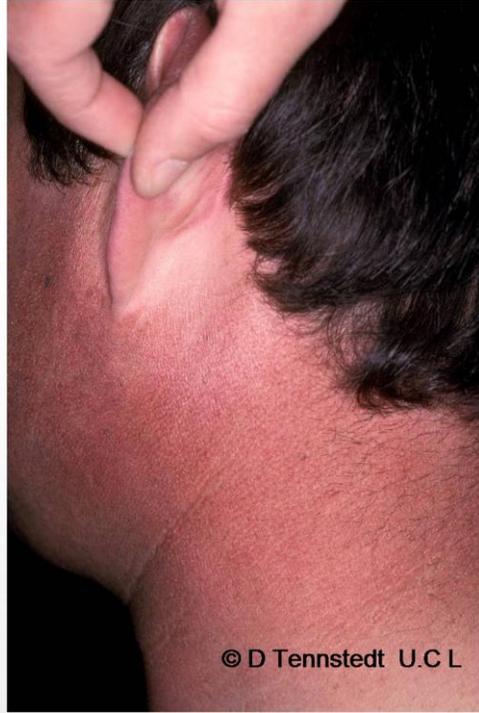
À savoir

- Cuir chevelu
- Triangle sous mentonnier
- Triangle rétro-auriculaire (ou triangle de Wilkinson)
- Face dorsale des dernières phalanges
- Face antérieure des MS
- Tronc et MI souvent recouverts par des vêtements
- Paumes et plantes
- Bande sous labiale inférieure et la zone périorbitaire
- Respect des plis(rides du front et/ou du cou)

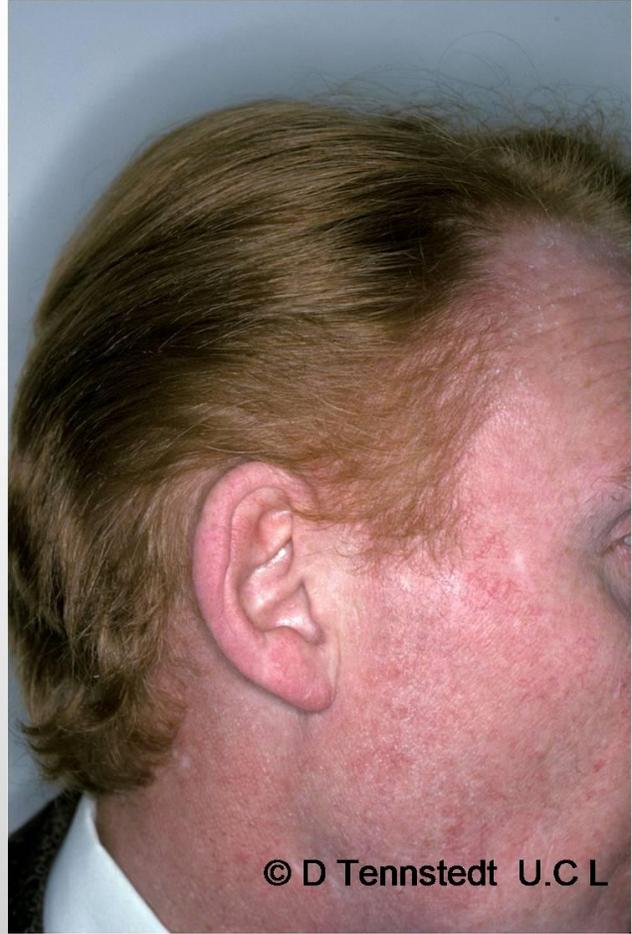




© D Tennstedt U.C L



© D Tennstedt U.C L



© D Tennstedt U.C L









KÉTOPROFÈNE

- Fréquent
- éczema de contact
- photosensibilisation le plus souvent
- réactions graves dans 40 % des cas, bulleuses et oedémateuses
- photosensibilisations persistantes rapportées
- allergies croisées (oxybenzone)



PRINCIPALES SUBSTANCES PHOTO ALLERGIQUES

- TRÈS NOMBREUSES
- ANTISEPTIQUES
- FILTRES SOLAIRES CHIMIQUES BENZOPHÉNONES, OCTOCRYLÈNE
- COSMÉTIQUES ET PARFUMS
- VÉGÉTAUX FRULLANIA ...
- MÉDICAMENTS ketoprofène ...
- Liste plus complète sur le site de la SFD
- <http://document.dermato-info.fr/article/pdf/photosensibilisation.pdf>

Photosensibilisation au voriconazole : 7 cas - 26/03/08

Doi : AD-04-2006-133-4-0151-9638-101019-200517851

N. Auffret ^[1],
F. Janssen ^[1],
P. Chevalier ^[2],
R. Guillemain ^[2],
C. Amrein ^[2],
C. Le Beller ^[3]

- Antifongique triazolé de 3ème génération
- Aspergilloses, candidoses résistantes de l'immuno-déprimé, mucoviscidose
- Délai de 5 semaines à 15 mois
- zones photoexposées

Dos des mains
cheilite



PHOTO ONYCHOLYSE

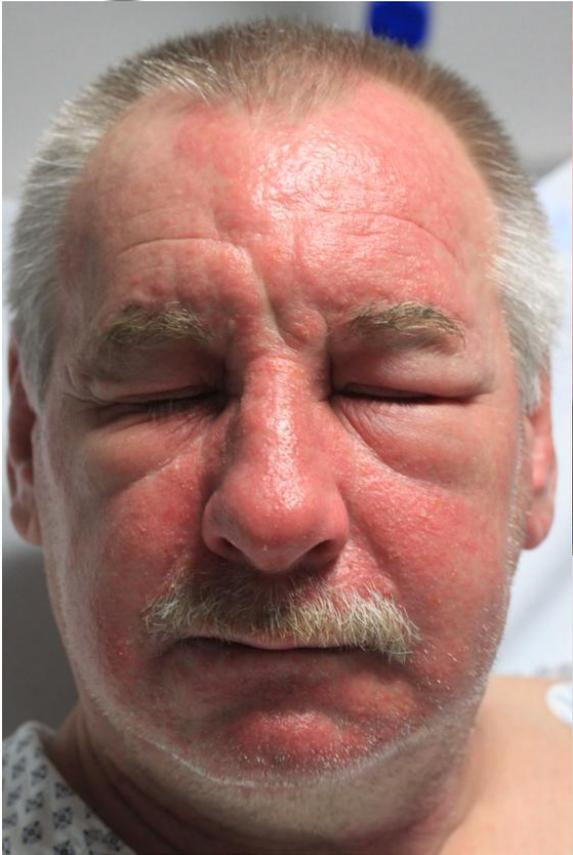


CE QUI N'EST PAS UNE PHOTOALLERGIE

- Phototoxicité ,... et encore, sachant qu' un allergène peut aussi être un toxique
- Urticaire solaire
- Dermatite actinique chronique
- Photodermatoses non allergiques
 - ✓ Lucites idiopathiques (lucites saisonnières et persistantes, prurigo actinique, hydroa vacciniforme)
 - ✓ Photodermatoses métaboliques (porphyries, avec médicaments ds les facteurs déclenchants PCT)
 - ✓ Connectivites photosensibles
- Dermatoses photo aggravées



ECZÉMA DE CONTACT VISAGE



LUCITE ESTIVALE BÉNIGNE



- Fréquente
- Qq heures après exposition
- Aux 1eres expositions
- Récidive chaque année, bonne évo avec apparition du bronzage
- Evo favorable en qq années
- SEULE PHOTODERMATOSE A RESPECTER LE VISAGE
- Prévention par expo progressives et photoprotecteurs, ou APS, ou UVB TLO1
- Dermo corticoïdes

LUCITE POLYMORPHE



- plus rare
- atteinte du visage
- déclenchement pour un faible ensoleillement
- Absence de disparition avec l'apparition du bronzage

URTICAIRE SOLAIRE

- forme rare d'urticaire physique
- apparition quasi immédiate moins de 15 mn suivant le début de l'exposition
- disparition dans les 24 heures



PORPHYRIE CUTANÉE TARDIVE

- déficit en uroporphyrinogénécarboxylase
- Accumulation de porphyrines
- Fragilité cutanée excessive
- Apparition de petites bulles très superficielles et érosions dors des mains
 - Lésions cicatricielles
 - Période estivale
- Alcool, médicaments, soleil, hépatite C
 - Diagnostic clinique facile
- augmentation porphyrines, urines selles
 - TRT saignées

Ou Hydroxychloroquine doses très faibles



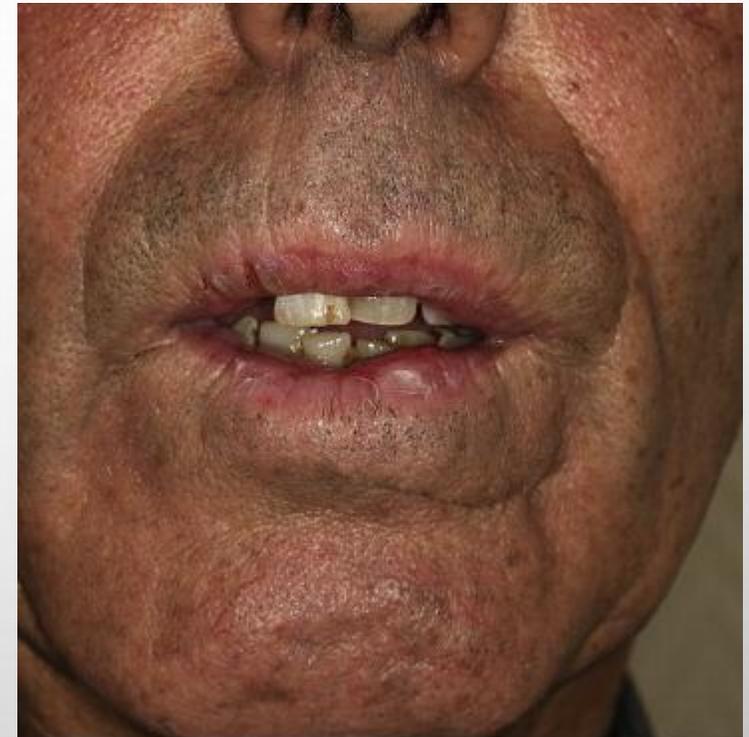
Porphyrie cutanée tardive révélée par le voriconazole - 18/01/10

Doi : 10.1016/j.annder.2009.10.179

G. Hickman ^a, A. Duval ^a, C. Picard ^b, A. Petit ^a, ✉

^a Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de pneumologie, hôpital Saint-Louis, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 75010 Paris, France



DERMATOMYOSITE







LUPUS SOUS XEROQUEL® (QUÉTIAPINE)





DERMATITE ACTINIQUE CHRONIQUE

Photosensibilité persistante au verteporfin

Doi : 10.1016/j.annder.2017.09.212

A. Naqi *, C. Bedane, N. Souyri, A. Diabaté
Dermatologie, CHU Dupuytren, Limoges, France



DERMATITE ACTINIQUE PERSISTANTE

PHOTOSENSIBILISATION REMANENTE

- rare, grave et invalidante
- Photoallergie: éruption eczématiforme des zones photo-exposées parfois étendues à d'autres zones
- chronique, persistante même après éviction et photo-protection
- durée sup 1 an
- histologie : – infiltrat lymphocytaire dermique en bande (lymphocytes T CD8)
- DEM UVA effondrée
- dermocorticoïdes , tacrolimus
- photothérapie UVA /UVB faible dose initiale , progressivement croissantes
- immunosuppresseurs

DAC,
Persistance depuis des
années ...
médicament non
identifié ?
Arrêté ?
Inefficacité des CTC
systémiques
Amélioration 6 semaines
de ciclosporine

Dermatite actinique chronique sévère traitée par ciclosporine : 2 cas

- 28/04/08

Doi : AD-01-2001-128-1-0151-9638-101019-ART10

P. Paquet ^[1],

G.-E. Piérard ^[1]



Comment confirmer ?

BIEN QUE LE BILAN PHOTOBIOLOGIQUE SOIT LA PIERRE ANGULAIRE DU DIAGNOSTIC DES PHOTODERMATOSES , L'**INTERROGATOIRE** EST LA **PREMIÈRE ÉTAPE** DU BILAN ÉTIOLOGIQUE, ÉTAPE **NECESSAIRE**, ET PARFOIS **SUFFISANTE**

INTERROGATOIRE PRE-TESTS

- Age, sexe, antécédents personnels et familiaux, phototype
- Atopie ?
- Antécédents d'eczéma de contact ?
- MÉDICAMENTS topiques et systémiques pris et en cours
- Mode de survenue, saison, vie professionnelles, loisirs ...;
- Influence des lampes artificielles, du verre de vitre pour les UVA, altitude pour les UVB
- Délai d'apparition par rapport a expo solaire et vitesse de disparition
- TOPOGRAPHIE INITIALE (photos patients ... si bonne qualité)
- Éléments cliniques à rechercher en dehors de TOPO (cheilite, cicatrices...., lésions séquellaires)
- Présence ou non de prurit : prurit vrai ou sensation de brulures
- Influence des différents traitements prescrits, ainsi que de l'éviction solaire et les photo-protecteurs topiques

EXPLORATION PHOTO-BIOLOGIQUE LA THÉORIE

- l'examen -clé
- Centre spécialisé en photobiologie (CHU)
- Simulateur solaire DERMALLUM Muller (éventuellement lampes TL01 et TL09)

LUMIERE SEULE

- DEM (UVA et couplée UVA-UVB)
J1, lecture J2
- PHOTO-TESTS ITERATIFS sur 50
cm²
de J1 à J4, des doses progressivement
croissantes UVA et UVB
lecture J8

PHOTO PATCHTESTS

- Batterie standard et tests orientés
- 3 exemplaires pour chaque allergène
non irradié
Irradié J2 dose infra érythémateuse
Irradié J2 5 joules /cm² UVA
- Lectures à J4 et à J8

Photoallergènes	Concentration	Fournisseur
Antiseptiques		
Triclosan	2 % vaseline	C, T
Tétrachlorosalicylanide	0,1 % vaseline	C
Tribromosalicylanide	1 % vaseline	C, T
Hexachlorophène	1 % vaseline	C, T
Bithionol	1 % vaseline	C, T
Fentichor	1 % vaseline	C
Cosmétiques		
Fragrance mix I	8 % vaseline	C, T
Musk ambrette	5 % vaseline	C
6-méthyl coumarine	1 % vaseline	C
Végétaux		
Acide usnique	0,1 % vaseline	C, T
Oak moss absolute	2 % vaseline	T
Lactone mix	0,1 % vaseline	C, T
Frullania dilatata	Tel quel	nc
Médicaments		
Prométhazine	1 % vaseline	C, T
Chlorpromazine	0,1 % vaseline	C
Sulfanilamide	5 % vaseline	C
Quinidine	1 % vaseline	T
Kétoprofène	1 % vaseline	C
Filtres solaires UVB		
PABA	10 % vaseline	C, T
2-ethylhexyl-4diméthyl-aminobenzoate (Escalol 507)	10 % vaseline	C, T
2-ethylhexylparaméthoxycinnamate (Parsol MCX)	10% vaseline	C, T
Isoamyl paraméthoxycinnamate	10 % vaseline	C, T
4-méthylbenzilidène camphre (Eusolex 6300)	10 % vaseline	C
Octylsalicylate	5 % vaseline	C
Octyltriazone	10 % vaseline	C
Filtres solaires UVA		
Butylméthoxydibenzoylémthane (Parsol 1789)	10 % vaseline	C, T
Filtres solaires large spectre		
Benzophénone-3 (oxybenzone) (Eusolex 4360)	10 % vaseline	C, T
2-hydroxy-méthoxyméthylbenzophénone (mexénone)	10 % vaseline	C
Benzophénone-4	10 % vaseline	C, T
2-phényl-5-benzimidazole sulfonique acide	10 % vaseline	C, T
Octocrylène	10 % vaseline	C
Drométrizole trisiloxilane	10 % vaseline	C

Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009) 136, 626–629



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

DERMATO-ALLERGOLOGIE

Photopatch-tests

Photopatch testing

M. Avenel-Audran

PHOTOPATCHS-TESTS

PRE- REQUIS

- Pas de CTC générale de plus de 20 mg par j depuis 1 mois
- Pas de dermo-corticoïdes sur la zone test depuis 7 jours
- Pas d'expo solaire de la zone test depuis 1 mois
- Pas de lésion cutanée sur la zone test
- Arrêt des traitements incriminés ainsi que d'autres TRTS potentiellement Photo toxiques

Une baisse de la dose érythémateuse minimale (DEM) en UVA est un marqueur significatif de photosensibilité médicamenteuse - 24/11/14

Doi : 10.1016/j.annder.2014.09.114

C. Brugière ^{a, *}, C. Morice ^a, A. Moreau ^a, I. Lebreuilly ^a, C. Creveuil ^b, L. Verneuil ^a

^a Dermatologie, CHU de Caen, Caen, France

^b Département de biostatistiques, CHU de Caen, Caen, France

Évaluer la pertinence de la mesure de la DEM-UVA pour détecter les photosensibilités médicamenteuses en comparaison aux autres photodermatoses et à la mesure de la DEM-polychromatique.

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique à partir de notre base de données informatisée qui comprenait 736 enquêtes photobiologiques. Tous les patients ayant eu le diagnostic de photosensibilité induite par un médicament ($n = 53$), photodermatose de contact ($n = 135$) ou de lucite polymorphe ($n = 178$) ont été inclus ($n = 366$). Les résultats des DEM-UVA et des DEM-polychromatiques ont été comparés dans ces trois groupes. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le test du Chi².

Cette étude montre une plus grande sensibilité de la DEM-UVA comparée à la DEM-polychromatique pour la détection des photodermatoses médicamenteuses. De plus, la DEM-UVA est plus fréquemment abaissée dans ce groupe par rapport aux deux autres photodermatoses.

Pour détecter les photodermatoses médicamenteuses, les mesures de la DEM-UVA doivent être systématiquement réalisées en association avec celles de la DEM-polychromatique.

EXPLORATION PHOTOBIOLOGIQUE EN PRATIQUE

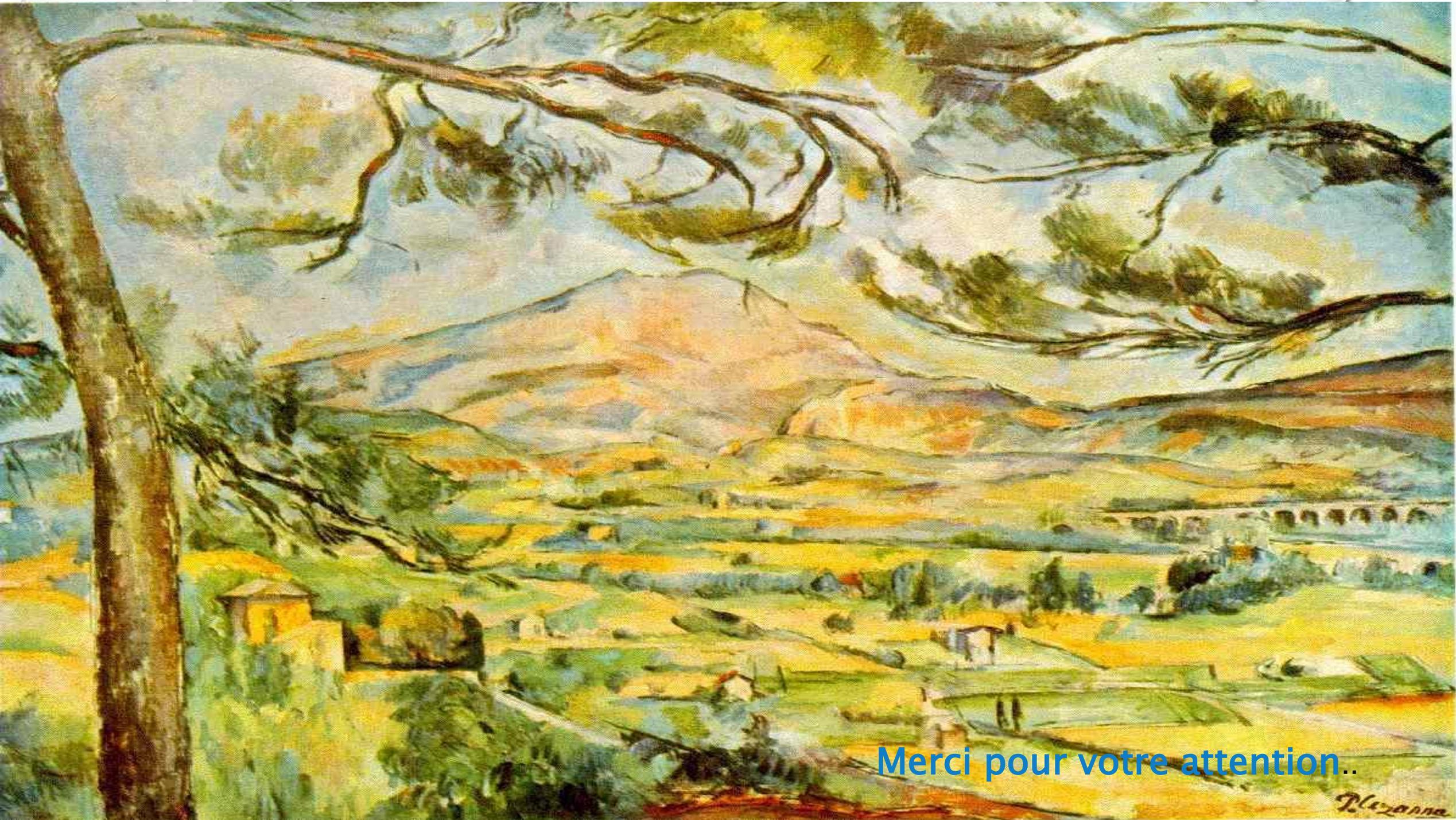
- nécessite matériel adapté et couteux
- éventuellement cabines de photothérapie pour les photo patchs tests, voire les photo-tests (mais de plus en plus UVB à spectre étroit TLO1)
- Contraintes (patient debout, difficultés pour la DEM, nécessité de protection fenêtrée)
- Beaucoup de temps, plusieurs étapes: 5 DEM réparties sur 3 séances successives pour les UVB
- pour le patient, pour le médecin
- Les actes sont codifiés: photo-test, photo-patch test et DEM, mais pour0 euros
- D'où intérêt limité des Centres Hospitaliers et absence de réalisations de ces tests en pratique de ville

PRISE EN CHARGE

- éviction de l'allergène
- éviction solaire
- photo-protecteurs externes en l'absence de sensibilisation aux filtres solaires
- déclaration en pharmacovigilance et / ou cosmétovigilance
- penser aux réactions croisées (octocrylène et ketoprofène ??, piroxicam et thiomersal, carbamazepine et domipramine ...)

CONCLUSION

- DIAGNOSTIC PAS FACILE CAR REPOSE BEAUCOUP SUR L'INTERROGATOIRE ET DONNÉES RÉTROSPECTIVES
- DIFFICULTÉS DE L'EXPLORATION PHOTO-BIOLOGIQUE
- LA LISTE DES SUBSTANCES PHOTO-SENSIBILISANTES S'ALLONGE



Merci pour votre attention..

Helena