



HAL
open science

Photoallergies : aspects cliniques et bilan

M.J. Avenel-Audran

► **To cite this version:**

M.J. Avenel-Audran. Photoallergies : aspects cliniques et bilan. Revue Française d'Allergologie, 2020, 60, pp.280 - 281. <10.1016/j.reval.2020.02.031>. <hal-03490970>

HAL Id: hal-03490970

<https://hal.science/hal-03490970v1>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Photoallergies : aspects cliniques et bilan

Photoallergy : clinical patterns and investigations

Martine Avenel-Audran

Service de Dermatologie - CHU Angers

Rue Larrey

49033 Angers Cedex 9

06 80 47 57 52

martine.audran@wanadoo.fr

Photoallergies : aspects cliniques et bilan

Photoallergy : clinical patterns and investigations

Martine Avenel-Audran

Mots clés : eczéma photoallergique de contact, photoallergie médicamenteuse, photosensibilisation, agents photosensibilisants photopatchtests

Key words : photoallergic contact dermatitis, drug photoallergy, photosensitivity, photosensitizers photopatchtests

Service de Dermatologie - CHU Angers
martine.audran@wanadoo.fr

La photoallergie est une réaction immunologique, le plus souvent de type hypersensibilité retardée qui met en jeu une substance qui, sous l'action des UV, UVA le plus souvent, devient un haptène ou photohaptène qui se lie aux protéines épidermiques et initie la cascade d'évènements qui aboutit à la réaction inflammatoire allergique (1-2).

La photoallergie se classe dans les photosensibilisations exogènes et est à différencier de la phototoxicité, qui, bien que due elle aussi à un agent photosensibilisant, n'est qu'une réaction anormale au soleil à type de coup de soleil le plus souvent. Bien que souvent intitulées « allergie au soleil » les lucites idiopathiques telles que lucite estivale bénigne, lucite polymorphe et urticaire solaire ne relèvent pas non plus d'une photoallergie.

Le mode d'introduction de l'agent photosensibilisant dans l'organisme conditionne les aspects cliniques. On distingue ainsi les photoallergies de contact et les photoallergies systémiques selon que l'agent entre en contact avec la peau ou est introduit dans l'organisme par voie générale. La mise en évidence de la substance responsable repose sur les données de l'histoire clinique et la confirmation peut être obtenue par la pratique de photopatchtests (PPT).

Aspects cliniques (2)

Photoallergie de contact

L'aspect clinique le plus fréquent est celui d'un eczéma. Cet eczéma n'apparaît qu'après un temps de sensibilisation imprévisible et variable. Chez le sujet sensibilisé, il ne se manifeste qu'au bout de 24 à 48 heures après le contact. Il est volontiers aigu et siège sur la zone de contact avec l'agent photosensibilisant, zone habituellement découverte, donc exposée aux UV. Parfois, il peut s'agir d'une urticaire, voire d'une dermite de contact mixte avec urticaire initiale et eczéma retardé.

Comme dans toute allergie de contact, l'eczéma peut s'étendre à distance de la zone de contact, à la différence de la réaction phototoxique qui reste nettement limitée à la zone exposée. Le contact peut être aussi être indirect, manuporté, par l'intermédiaire d'un vêtement imprégné ou se faire par procuration auprès d'une tierce personne qui a appliqué l'agent photosensibilisant. De plus, le rôle du soleil n'est pas forcément évident, car il s'agit d'UVA, qui traversent les nuages, le verre à vitre et même certains vêtements... De fait, le patient évoque rarement une « exposition » au soleil. Le diagnostic n'est donc pas toujours facile.

Les agents photosensibilisants de contact sont nombreux. Les principaux sont cités dans le tableau 1. Les patients oublient souvent de mentionner les topiques médicamenteux qu'ils utilisent, ne les considérant pas comme des médicaments. Il est important de les rechercher systématiquement. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dont en tête le kétoprofène (1^{er} photoallergène), sont responsables d'eczéma souvent sévères, bulleux, conduisant à une hospitalisation. Les allergies croisées avec les benzophénones et le fénofibrate sont fréquentes, de même que la co-allergie avec l'octocrylène. Une photosensibilisation transitoire persistante peut durer plusieurs mois après l'arrêt des applications. Les agents photoprotecteurs sont aussi pourvoyeurs de photoallergie plus que d'eczéma de contact et il faut penser à faire des PPT sous peine de passer à côté du diagnostic. La benzophénone-3 (oxybenzone) peut donner des réactions mixtes. Les photoallergies à l'isothipendyl, très largement utilisé en topique, sont fréquentes mais sous diagnostiquées faute d'avoir fait des PTT. Récemment ont été rapportées des photo-aggravations et des photosensibilisations persistantes à la méthylisothiazolinone. (3)

Photoallergie systémique

Le tableau clinique est ici celui d'un eczéma étendu, ou d'un rash maculo-papuleux particulier par sa prédominance sur les zones photo-exposées. Là encore, à la différence d'un coup de

soleil, les lésions ont des limites peu nettes et l'éruption tend à s'étendre à distance pour gagner les zones couvertes. Le diagnostic est parfois difficile avec une dermatose aéroportée qui, elle aussi, siège sur les parties découvertes. Dans ce cas, l'examen attentif retrouve une atteinte du fond des plis ou de la ceinture ou s'est accumulé l'aéro-allergène, et pas de respect du triangle sous mentonnier et la zone sous-narinaire. L'éruption photoallergique prend parfois un aspect lichénoïde ou urticarien. Plus rarement encore, ont été décrites des éruptions à type d'érythème polymorphe ou de prurigo (4). Avec certains médicaments, les phénothiazines en particulier, une photosensibilité peut persister malgré la suppression de l'agent photosensibilisant. Ce peut être une réaction transitoire à la lumière qui ne dure que quelques mois. Mais elle peut aussi persister définitivement et conduire à la dermatite actinique chronique, affection chronique sévère et invalidante dont la prise en charge est difficile (5).

Les médicaments photosensibilisants sont nombreux et les principaux sont mentionnés dans le tableau 1. Certains d'entre eux sont aussi phototoxiques (1,2,4). Toute éruption photodistribuée doit faire rechercher un médicament responsable et faire pratiquer des PPT même si le médicament possiblement en cause n'est pas un photosensibilisant connu, comme ce cas de photoallergie à l'amoxicilline chez un patient aux antécédents de photoallergie de contact au kétoprofène (7)

Photoallergies : comment explorer ?

Les PPT sont indispensables dans l'exploration des photoallergies de contact. Les recommandations concernant la batterie standard européenne (BSE) de PPT ont été actualisées en 2013 (7). Il est proposé une BSE de 20 photoallergènes une batterie additionnelle de 15 autres. Pour harmoniser des pratiques en France, après enquête auprès de ses membres, la Société Française de Photodermatologie a fait des propositions pour la batterie française de PPT. La BSE de PPT comporte des médicaments, dont des AINS, dont la

pose systématique ne paraît pas justifiée en l'absence d'histoire évocatrice, du fait de leur haut potentiel sensibilisant. Il apparaît plus juste de cibler les batteries de PPT sur l'histoire du patient, à l'aide d'une fiche d'interrogatoire détaillée, tout en gardant les allergènes recommandés pour la BSE. De même, en routine, l'exposition des PT aux UVB est de peu d'utilité. Les substances à tester, batteries ciblées et produits personnels, sont posés en deux exemplaires dont l'un est exposé, 24 heures après pose, à une dose conventionnelle de 5J/cm² d'UVA. Ceci peut se faire au mieux avec un appareil type bustier muni de tubes émettant un spectre UVA, mais une cabine de photothérapie peut aussi être utilisée (8). La lecture se fait à 48 ou 72 H, selon les recommandations de l'ICDRG, en comparant les résultats des PT et des PTT. Si le PPT est positif et le PT négatif cela confirme la photoallergie. Si tous les deux sont positifs, il s'agit d'un simple eczéma de contact. Il arrive aussi que le PPT soit nettement plus positif que le PT, il s'agit alors d'une photoaggravation.

Dans les photo-allergies systémiques, les PPT ont aussi leur intérêt. Ils doivent être réalisés au moins 3 mois après l'arrêt du médicament, comme dans les toxidermies. Un PPT positif permet de suspecter fortement la responsabilité du médicament, mais il est important de garder à l'esprit qu'un PPT négatif ne l'exclut pas. Il est possible que l'agent photosensibilisant ne soit pas le médicament lui-même mais un de ses métabolites.

Références

- 1- Onoue S, Seto Y, Sato H *et al.* Chemical photoallergy: photobiological mechanisms, classification, and risk assessments. *J Dermatol Sci* 2017; 85: 4-11.
- 2- Avenel-Audran M. Photosensibilisations exogènes. *in* Schmutz JL dir. *Photodermatologie 3^e édition*. Montrouge: John Libbey Doin; 2018 pp. 69-80
- 3- O Aerts, A Goossens, Marguery MC *et al.* Photoaggravated allergic contact dermatitis and transient photosensitivity caused by methylisothiazolinone. *Contact Dermatitis* 2018; 78: 241-245.
- 4- Monteiro AP, Rato M, Martins C. Photoallergic and phototoxic reactions. *Clin Dermatol* 2016; 34: 571-581
- 5- Adamski H. Dermatite actinique chronique. *in* Schmutz JL dir. *Photodermatologie 3^e édition*. Montrouge: John Libbey Doin; 2018 p. 99
- 6- Delaunay J, Chassain K, Sarre ME, Avenel-Audran M. A drug not recognized as a photosensitizer? *Contact Dermatitis* 2019; 2: 144-145
- 7- Gonçalo M, Ferguson J, Bonevalle A *et al.* Photopatch testing: recommendations for a European photopatch test baseline series. *Contact Dermatitis* 2013; 68: 239-243
- 8- Avenel-Audran M. Photo-patchtests. *Ann Dermatol Vénéréol* 2009; 136: 626-9

Tableau 1 (d'après 2)
Principaux agents responsables actuellement de photoallergie

Photoallergie de contact	Photoallergie systémique
AINS Kétoprofène Etofénamate Piroxicam Benzydamine Diclofénac	AINS Kétoprofène Acide tiaprofénique
Phénothiazines Prométhazine Isothipendyl	Psychotropes Chlorpromazine, thioridazine Flupentixol Amitriptyline, sertraline Citalopram Chlordiazepoxide
Agents photoprotecteurs Benzophénone-3 (oxybenzone) Octocrylène Butylméthoxydibenzoyl méthane Cinnamates	Quinolones Norfloxacin Lomefloxacin Enoxac
Autres Méthylisothiazolinone Psoralènes (rare)	Cardio-vasculaires Hydrochlorothiazide Quinidine Ramipril, enalapril, sartans Diltiazem Fenofibrate, simvastatine
	Autres Vandetanib Perfenidone