

Dermatites des mains ou « quand ne pas tester »

Dermatitis of the hands or “when not to test”

Dominique TENNSTEDT¹, Agnès GOUGEROT² - ¹Cliniques Universitaires Saint-Luc - 1200 Bruxelles (Belgique) - ²Hôpital Delafontaine 93000 Saint-Denis

Cet article fait suite à celui réalisé par M. Michel (*Nouv Dermatol* 2006; 25: 81-4). Différents cas de dermatites des mains seront présentés et ont tous un point en commun : il s'agit de patients venus en consultation pour être explorés par tests épicutanés. Ils étaient tous envoyés par des médecins généralistes ou par des dermatologues dans ce but ! Nous avons volontairement sélectionné une série de patients pour lesquels les tests ne sont pas une bonne indication puisqu'il ne s'agit pas de dermatites de contact !

Le dermatologue « testeur » doit donc pouvoir refuser de pratiquer des tests car ces derniers sont soit totalement inutiles, soit, s'ils donnent des résultats positifs, ne peuvent en aucun cas être considérés comme pertinents.

Cas pour diagnostic

CAS 1

Un homme de 40 ans se présente à la consultation de dermatologie professionnelle pour être « testé ». Le patient est mécanicien automobile et constate depuis 2 ans environ des poussées successives, voire subintrales, exclusivement pendant la période estivale, d'une dermatite diffusément érythémateuse, strictement présente au niveau palmaire et se présentant sous forme de petits îlots desquamatifs (**Fig. 1, 2**). L'anamnèse confirme le fait qu'il



Fig. 1: Cas 1: dermatite desquamative estivale en aires
Case 1: desquamative dermatitis in summer in patches
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

This article follows on from the one written by Mr Michel (Nouv Dermatol 2006; 25: 81-4). Various cases of dermatitis of the hands will be presented and all have a point in common: they concern patients who came for a consultation to be examined by epicutaneous tests. They were all referred by GPs or by dermatologists for this purpose! We voluntarily selected a series of patients for whom the tests are not a good indication because they did not have contact dermatitis! The “testing” dermatologist must therefore refuse to carrying out tests are they are totally pointless, or, if they give positive results, cannot in any case be considered relevant.

Case for diagnosis

CAS 1

A 40-year-old man attended a professional dermatology consultation to be “tested”. The patient is a car mechanic and reports having had for around 2 years successive, or even subintrales, outbreaks, exclusively in summer, of diffusely erythematous dermatitis, strictly present in the palms and appearing in the form of patches of desquamation (**Fig. 1, 2**). The patient's history confirms that there have never been underlying vesicles, that

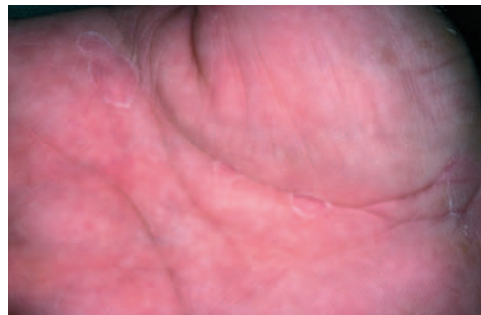


Fig. 2: Cas 1: dermatite desquamative estivale en aires : fort grossissement / *Case 1: desquamative dermatitis in summer in patches: strong magnification*
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

n'existe jamais de vésicules sous-jacentes, que le prurit est inexistant, que la dermatite s'estompe d'elle-même dès le mois d'octobre pour réapparaître au début de l'été de l'année suivante. L'épreuve du travail est négative puisque les congés (en particulier en été) ne s'accompagnent pas, au contraire, de rémission de la dermatose. Le patient a l'habitude d'arracher les squames présentes au niveau palmaire. Le dos des mains est systématiquement épargné. La dermatite n'ennuie que peu le patient qui consulte essentiellement pour avoir un diagnostic et un éventuel traitement. Des tests épicutanés ont déjà été réalisés antérieurement (batterie européenne standard et batterie des huiles industrielles). Par ailleurs, divers tests à l'aide des huiles utilisées n'ont pas permis de mettre en évidence la moindre sensibilisation allergique de contact. Quel est votre diagnostic? Quelle attitude pratique allez-vous adopter?

CAS 2

Un homme de 30 ans, boulanger, est envoyé par le médecin du travail pour enquête allergologique d'une dermatose située uniquement à la main gauche. La dermatite est non prurigineuse, provoque quelques sensations « de brûlures a minima ». Il existe deux plages nettement circonscrites, essentiellement érythémateuses, dont la bordure semble légèrement accentuée. La ligne de démarcation entre la peau lésée et la peau normale est particulièrement nette (Fig. 3, 4).



Fig. 3:
Cas 2: dermatite en tablier: vue de loin
Case 2: Apron dermatitis: view from afar
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

there is no pruritus, that the dermatitis remits of its own accord as of October before reappearing at the start of summer in the following year. The work test is negative because holidays (particularly in summer) are not accompanied, on the contrary, accompanied by remission of the dermatosis. The patient is in the habit of picking the squamae on the palms. The backs of the hands are systematically unaffected. The dermatitis only slightly annoys the patient, who attends the consultation essentially to receive a diagnosis and treatment if applicable. Epicutaneous tests have already been carried out in the past (standard European range and range of industrial oils). Moreover, various tests with the aid of the oils used did not show the slightest allergic contact sensitisation. What is your diagnosis? What practical attitude are you going to adopt?

CASE 2

A 30-year-old man, a baker, is referred by the occupational therapist for an allergological investigation into a dermatosis situation only on the left hand. The dermatitis is not pruriginous, causes some sensations "of burning at least". There are two clearly defined areas, essentially erythematous, of which the border seems slightly accentuated. The demarcation line between the wounded skin and the normal skin is particularly clear (Fig. 3, 4).



Fig. 4:
Dermatite en tablier: vue de près
Apron dermatitis: close-up view
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

La dermatite est chronique. Elle évolue depuis près de 4 ans, a été traitée par de multiples topiques sans qu'aucun d'entre eux n'entraîne de guérison. Le patient a absorbé à de multiples reprises des antimycotiques et a appliqué sans succès diverses crèmes corticoïdes. L'épreuve du travail est négative. La période de vacances n'entraîne qu'une très légère amélioration de la dermatose. Le patient explique qu'il n'a jamais observé de vésicules à ce niveau. L'examen mycologique direct est négatif.

The dermatitis was chronic. It developed almost 4 years previously, and has been treated with multiple topical applications without any of them providing a cure. The patient has applied anti-mycotics several times and applied various corticoid creams without success. The work test is negative. The holiday period brings only a slight improvement in the dermatosis. The patient explains that he has never observed vesicles in this place. The direct mycological examination was negative. The epicutaneous tests performed (standard European

Les tests épicutanés réalisés (batterie européenne standard et batterie des boulangers) sont strictement négatifs (et vraisemblablement inutiles!). Quel est votre diagnostic? Quels conseils allez-vous donner au patient?

CAS 3

Un homme de 41 ans est envoyé à la consultation de dermatologie professionnelle pour mise au point d'une dermatite chronique évoluant depuis environ 2 ans. Le patient est (ou plutôt était) tourneur dans une usine de fabrication d'engrenages. Il était en contact avec de multiples huiles solubles ainsi qu'avec de la limaille provenant de plusieurs métaux (essentiellement des aciers inoxydables). Depuis environ 1 an, il est écarté de son emploi car sa dermatose le rend incapable d'effectuer son travail quotidien. Il est donc en arrêt de travail total (et dit ne rien faire à la maison si ce n'est regarder la télévision...).

À l'examen clinique, il présente une dermatite bilatérale hyperkératosique, mal délimitée, située strictement au niveau palmaire. Les pieds sont indemnes de toute lésion. Les ongles ne présentent aucune anomalie (tant aux mains qu'aux pieds). La dermatose, qui n'a jamais été précédée par l'apparition de vésicules, a été d'emblée hyperkératosique et se complique systématiquement de profondes crevasses (déclenchées par le moindre effort). Les manœuvres de torsion ou de préhension forte sont particulièrement nuisibles et provoquent systématiquement de telles crevasses. Sur le plan subjectif, il existe d'intenses douleurs (bien entendu liées à la présence des crevasses). Il n'y a jamais eu de prurit associé. L'anamnèse permet de préciser l'absence d'antécédents personnels et familiaux, d'atopie ainsi que de psoriasis (Fig. 5, 6).

Quel est votre diagnostic? Quelle mise au point et quels conseils faut-il proposer à ce patient? ■

range and bakers' range) are strictly negative (and probably useless!).

What is your diagnosis? What advice are you going to give to the patient?

CASE 3

A 41-year-old man is referred for consultation with a professional dermatologist to consider a chronic dermatitis of around 2 years' development. The patient is (or rather was) a turner in a factory for manufacturing gears. He was in contact with multiple soluble oils as well as filings from various metals (essentially stainless steel). About 1 year previously, he had lost his job because his dermatosis rendered him incapable of doing his everyday job. He was therefore completely off work (and said he did nothing at home except watch television, etc.). In the clinical examination, he presented with bilateral hyperkeratotic dermatitis, poorly delimited, situated strictly in the palms. The feet were free of all lesions. The nails presented no abnormalities (either on the hands or feet). The dermatosis, which has never been preceded by the appearance of vesicles, was immediately hyperkeratotic and automatically complicated by deep cracks (triggered at the slightest effort). Strong torsion or prehension manoeuvres are particularly damaging and automatically cause these cracks. From a subjective point of view, there is intense pain (obviously linked to the presence of the cracks). There was never any associated pruritus. The patient's history showed no personal or family history of atopy or psoriasis (Fig. 5, 6).

What is your diagnosis? What focus and what advice would you suggest to this patient? ■



Fig. 5:
 Cas 3: eczéma hyperkératosique palmaire: vue de loin
 Case 3: palmar hyperkeratotic eczema: view from afar
 (Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

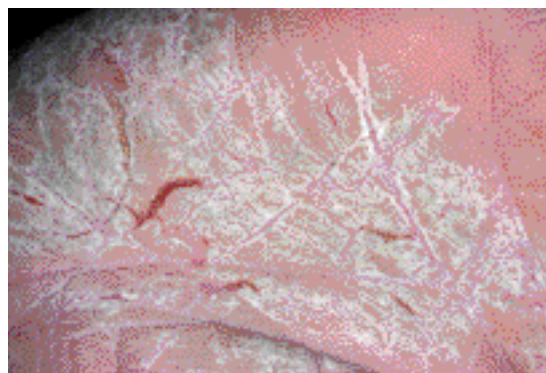


Fig. 6: Cas 3: eczéma hyperkérato-sique palmaire: vue de près
 Case 3: palmar hyperkeratotic eczema: close-up view
 (Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

Cas 1

Il s'agit d'un exemple caractéristique, tant sur le plan anamnestique que sur le plan clinique, d'une dermatite desquamative en aires. Cette dermatite est le plus souvent estivale et est dénommée par les Anglo-saxons *recurrent focal palmar peeling*. Elle était autrefois dénommée kératolyse exfoliative.

La plupart des auteurs considèrent qu'il s'agirait d'une dyshidrose *a minima*. Cependant, cette notion reste controversée car il n'existe pas de prurit, les vésicules ne sont jamais (sur le plan clinique) présentes, l'évolution à long terme n'est, la plupart du temps, pas celle d'une classique dyshidrose. La dermatite desquamative estivale en aires finit par « s'éteindre » progressivement pour ne plus récidiver. La véritable étiopathogénie reste totalement inconnue : il pourrait éventuellement s'agir d'un trouble de l'excrétion au niveau des glandes sudoripares.

Les tests épicutanés sont inutiles et d'éventuelles positivités seraient non pertinentes. Il convient bien entendu de rassurer les patients quant à la « banalité » de cette dermatose et éventuellement de leur recommander l'utilisation d'une crème barrière et/ou d'un émollient. De manière curieuse, la dermatite desquamative en aires est extrêmement peu décrite dans la littérature. Les publications consacrées à la dyshidrose ou à l'eczéma dyshidrosique n'en font que rarement mention.

Un autre cas est présenté et est tout aussi caractéristique (Fig. 7, 8). L'aspect au niveau palmaire est typique. Il existe une desquamation superficielle, blanchâtre, en îlots, montrant la présence de zones rosâtres en leur centre. Aucune vésicule n'est présente. Au dos de la main, on constate l'existence de petites lésions semblables (quoique beaucoup plus réduites). L'atteinte dorsale est beaucoup plus inhabituelle. Aucune vésicule n'est présente.

Ici encore, ce patient n'a jamais développé de véritable dyshidrose antérieurement.

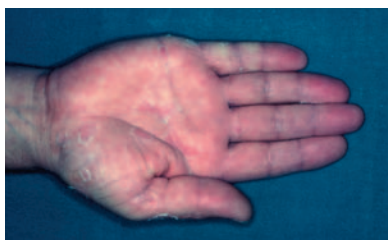


Fig. 7:
Dermatite desquamative estivale en aires : autre cas
Recurrent focal palmar peeling: another case
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

Case 1

This is a characteristic example, in terms of both the patient's history and the clinical point of view, of a desquamative dermatitis in patches. This dermatitis occurs most often in summer and is called in English recurrent focal palmar peeling. It was previously called exfoliative keratolysis.

Most authors consider that it constitutes dyshidrosis at least. However, this notion remains controversial as there is no pruritus, vesicles are never present (from a clinical point of view), and the long-term evolution is not, most of the time, that of classic dyshidrosis. Recurrent focal palmar peeling finishes by fading progressively and then not returning. The true aetiology is completely unknown: it may perhaps concern problems with excretion in the sweat glands.

Epicutaneous tests are pointless and any positive results would be irrelevant. Of course patients should be reassured of the "mundanity" of this dermatosis and if applicable advised to use a barrier cream and/or emollient. Oddly, recurrent focal palmar feeling is very little described in the literature. Publications devoted to dyshidrosis or dyshidrotic eczema rarely mention it.

Another case is presented and is also entirely characteristic (Fig. 7, 8). The appearance in the palm is typical. There is superficial whitish desquamation, in patches, showing the presence of pinkish areas in at their centre. There are no vesicles present. On the back of the hand, there are small similar lesions (although much smaller). The back of the hand being affected is much more unusual. No vesicles are present. Here again, this patient had never developed true dyshidrosis before.



Fig. 8:
Dermatite desquamative estivale en aires : aspect dorsal
Recurrent focal palmar peeling: dorsal appearance
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

Cas 2

Il s'agit d'une *apron dermatitis* ou dermatite en tablier. Cette dermatite essentiellement palmaire mais pouvant s'étendre légèrement au niveau dorsal a des bords nettement circonscrits (en forme de tablier). L'affection est peu prurigineuse. Les ongles sont toujours indemnes. L'histologie permet de mettre en évidence une dermatite aspécifique, parfois vaguement spongiformes. L'évolution est chronique. Les corticostéroïdes topiques sont de peu d'utilité. Pour les uns, il s'agirait d'une forme spéciale de dermatite atopique, pour d'autres d'une dyshidrose particulière ou encore d'une dermatite d'irritation inhabituelle. Pour d'autres encore, cette affection serait autonome et de nature inconnue. Il n'existe que peu de moyens thérapeutiques efficaces. Des applications de corticostéroïdes alternées avec des crèmes barrières et/ou des émollients peuvent éventuellement être utiles. L'affection reste chronique et aucun pronostic à plus ou moins long terme ne peut être donné pour cette dermatite dont l'origine reste bien mystérieuse. Cette dermatite « peu connue » par les dermatologues est probablement plus fréquente que ce que la littérature signale (Fig. 9, 10).



Fig. 9:
Dermatite en tablier : autre cas
Apron dermatitis: another case
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

Case 2

This is an apron dermatitis. This dermatitis, which is essentially palmar but can extend slightly to the back of the hand, has clearly defined borders (in the form of an apron). The affliction is not very pruriginous. The nails are always unaffected. The histology shows non-specific dermatitis, sometimes vaguely spongiform. The evolution is chronic. Topical corticosteroids are of little use. For some, it is a special form of atopic dermatitis; for others, a particular dyshidrosis or even an unusual irritant dermatitis. For others still, this affliction is independent and of unknown nature. There are few effective therapeutic options. Applications of corticosteroids alternated with cream barriers and/or emollients may be useful. The affliction remains chronic and no more or less long-term prognosis can be given for this dermatitis, the origin of which remains very mysterious. This dermatitis that is "little known" by dermatologists is probably more frequent than reported in the literature (Fig. 9, 10).



Fig. 10:
Dermatite en tablier : vue de près
Apron dermatitis: close-up view
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)

Il s'agit dans le cas présent d'une femme de 33 ans, ménagère, présentant une *apron dermatitis* bilatérale et non symétrique, qui évolue depuis plusieurs années, résistante aux corticoïdes locaux, aux préparations goudronnées, aux antimycotiques par voie générale. Une mise au point extensive (tests épicutanés, examen mycologique, biopsie) est entièrement négative. Une thérapeutique par application de crème barrière et/ou d'émollient soulage, de manière temporaire, les sensations de picotements et de brûlures que ressent la patiente. La diminution du contact aux irritants primaires (savons ou détergents) est favorable. Cependant, la dermatose est, et reste, désespérément chronique.

Cas 3

Il s'agit d'une dermatite hyperkératosique palmaire. L'enquête allergologique peut éventuellement comporter, d'une part, la réalisation de tests épicutanés (qui seront systématiquement négatifs ou non pertinents) et, d'autre part, une biopsie cutanée qui, ici encore, sera extrêmement pauvre quant aux renseignements qu'elle pourra apporter : aspect aspécifique avec hyperkératose orthokératosique, absence de spongiose, infiltrat inflammatoire banal essentiellement périvasculaire. L'intérêt éventuel d'une biopsie est d'éliminer avec certitude (ou quasi-certitude) la présence d'un psoriasis palmaire. L'allure mal délimitée des lésions, l'absence de bordure inflammatoire, l'absence de tout signe concomitant de psoriasis (en particulier aux ongles) associées à une anamnèse négative, sur le plan familial, d'antécédent de psoriasis, permettent d'obtenir un diagnostic de quasi-certitude. La dermatite hyperkératosique palmaire (parfois appelée eczéma hyperkératosique palmaire) est une dermatose extrêmement sévère responsable d'arrêts de travail fréquents et prolongés. La véritable étiopathogénie est inconnue. L'incidence de psoriasis ou d'atopie n'est pas plus élevée que dans la population générale. Le diagnostic différentiel avec le psoriasis est évidemment relativement difficile. Le traitement est essentiellement symptomatique (éviter la surinfection au niveau des crevasses, appliquer des onguents kératolytiques, isolants et réparateurs, associés à des corticostéroïdes, essais de PU-VAThérapie locale). La dermatite hyperkératosique palmaire reste extrêmement réfractaire à tout traitement. La prise *per os* de rétinoïde peut être envisagée. Elle permet parfois des résultats spectaculaires (mais la plupart du temps transitoires). Le méthotrexate n'est que de peu d'utilité. L'application de crèmes barrières et/ou d'émollients est bien entendu à recommander. Le pronostic à long terme est relativement sombre puisque la dermatose reste désespérément chronique. La plupart des auteurs pensent qu'il s'agirait en fait d'une dermatite d'irritation primaire évoluant dans un second temps de façon autonome (même si les irritants ont été éliminés). D'autres auteurs, moins nombreux, pencheraient pour une variété de psoriasis palmaire déclenché par un phénomène de Koebner évoluant là encore pour son propre compte malgré l'absence ou la réduction drastique de toute contingence mécanique. Un autre exemple de dermatite hyperkératosique palmaire (Fig. 11, 12) est présenté chez un homme de 35 ans, ancien travailleur du bâtiment. Dans ce cas non plus, l'enquête allergologique n'a pas permis de mettre en évidence une quelconque sensibilisation de contact ni la présence d'un psoriasis. Malgré un arrêt de travail de plus de 1 an, la dermatose évolue par elle-même et continue à le faire souffrir de manière considérable. Le patient a du mal à étendre les doigts et se plaint essentiellement de l'apparition incessante de crevasses difficiles à cicatriser. Les traitements locaux à base d'émollients l'aident. Dans le cas présent, la prise de rétinoïde a été en un premier temps salvatrice. Cependant, un phénomène d'échappement s'est produit après 6 mois environ. Un essai de méthotrexate s'est révélé désastreux, entraînant une absence d'amélioration et une atteinte hépatique sévère heureusement réversible.

In this case the patient is a 33-year-old woman, housewife, presenting with a bilateral and asymmetrical apron dermatitis, developing over several years, resistant to local corticosteroids, tar-based preparations, and anti-mycotics by the general route. An extensive focus (epicutaneous tests, mycological examination, biopsy) is entirely negative. Treatment by application of a barrier cream and/or emollient temporarily relieves the stinging and burning sensations that the patient experiences. The reduction of contact with primary irritants (soaps or detergents) is beneficial. However, this dermatosis is, and remains, hopelessly chronic.

Case 3

This is a case of palmar hyperkeratotic dermatitis. The allergological investigation can involve, if applicable, on the one hand carrying out epicutaneous tests (which will automatically be negative or irrelevant) and, on the other hand, a skin biopsy which, again will be extremely poor in terms of the information that it can contribute: non-specific appearance with orthokeratotic hyperkeratosis, no spongiosis, essentially perivascular unremarkable inflammatory infiltrate. The potential point of a biopsy is to eliminate with certainty (or near-certainty) the presence of palmar psoriasis. The poorly-delimited appearance of the lesions, the absence of an inflammatory border, and the absence of any concomitant sign of psoriasis (in particular in the nails), associated with a negative history, from a family point of view, of psoriasis, allow a diagnosis of near-certainty to be obtained. Palmar hyperkeratotic dermatitis (sometimes called palmar hyperkeratotic eczema) is an extremely severe dermatosis responsible for frequent and prolonged periods off work. The true aetiology is unknown. The incidence of psoriasis or atopy is not higher than in the general population. The diagnosis differential with psoriasis is obviously relatively difficult. The treatment is essentially symptomatic (avoid superinfection in the cracks, apply keratolytic, isolating and repairing unguents, in combination with corticosteroids, and attempts at local PUVA treatment). Palmar hyperkeratotic dermatitis remains extremely resistant to all treatment. The oral administration of retinoid may be considered. It sometimes provides spectacular results (though mostly only temporarily). Methotrexate is of only a little use. The application of barrier creams or emollients it obviously to be recommended. The long-term prognosis is relatively bleak because the dermatosis remains hopelessly chronic. Most authors think that it is, in fact, a primary irritant dermatitis evolving independently on a second occasion (even if the irritants have been eliminated). Other authors, though fewer in number, lean towards a variety of palmar psoriasis triggered by a Koebner phenomenon evolving again on its own account despite the absence or drastic reduction of all mechanical contingency. Another example of palmar hyperkeratotic dermatitis (Fig. 11, 12) is presented in a 35-year-old man, a former building worker. Again in this case, the allergological investigation did not show any contact sensitisation or presence of psoriasis. Despite a stoppage of work for more than 1 year, the dermatosis is evolving by itself and continuing to cause considerable suffering. The patient has difficulty extending his fingers and essentially complains of the incessant appearance of cracks that are difficult to cicatrise. Local emollient-based treatments help. In the present case, the taking of retinoid initially provided relief. However, an escape phenomenon occurred after around 6 months. An attempt with methotrexate proved disastrous, leading to an absence of improvement and a severe liver disorder that fortunately was reversible.

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ? / WHAT IS YOUR DIAGNOSIS?

Dermatites de contact

Fig. 11 :
Eczéma hyperkératosique palmaire bilatéral : vue de loin (autre cas)
Bilateral palmar hyperkeratotic eczema: view from afar (other case)
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)



Fig. 12 :
Eczéma hyperkératosique palmaire : vue de près Bilateral palmar hyperkeratotic eczema: close-up view
(Collection/Courtesy Dominique Tennstedt)