

COMMENT JE TRAITE...

le «méhin» des mains sèches

E. XHAUFLAIRE-UHODA (1), G.E. PIÉRARD (2)

RÉSUMÉ : Avoir les mains sèches est une situation banale dans la population générale. Elle est souvent provoquée ou influencée par des habitudes domestiques et certaines contraintes professionnelles. Il s'agit couramment de l'expression d'une dermatite d'irritation modulée par diverses conditions environnementales, en particulier climatiques. D'autres dermatoses telles qu'un eczéma de contact, un psoriasis ou une mycose peuvent aussi en être à l'origine. Dans la forme simple mineure irritative, un topique adapté de la gamme des cosmétiques peut améliorer nettement l'inconfort de la situation. L'efficacité des crèmes dites «barrière» est sujette à caution et l'emploi chronique de dermocorticoïdes peut aboutir à un état de dépendance et à une atrophie cutanée progressive.

MOTS-CLÉS : Peau sèche – Dermite d'irritation – Dermite des mains – Xérose

HOW I TREAT... THE TROUBLE OF DRY SKIN OF THE HANDS

SUMMARY : Suffering from dry skin on the hands is a common feature in the general population. This condition is influenced by daily habits and occupational duties. It commonly corresponds to the expression of irritation dermatitis modulated by climatic and other environmental conditions. Other diseases including allergic contact dermatitis, psoriasis and dermatomycosis can also be responsible for a similar clinical presentation. In the common discrete irritative type, a specifically designed cosmetic product may considerably improve the discomfort experienced by the patient. By contrast, the efficacy of most barrier creams remains unconfirmed. The chronic use of topical corticosteroids can lead to dependency and to progressive cutaneous atrophy.

KEYWORDS : Dry skin – Irritation dermatitis – Hand dermatitis – Xerosis

INTRODUCTION

Même ce qui n'apparaît pas être une maladie grave, mais simplement un «méhin», peut affecter la qualité de vie de certains individus. Un exemple banal est celui des mains sèches. Cet état est commun et reflète une anomalie de la desquamation de la couche cornée. Bien souvent, il s'agit d'une manifestation *a minima* d'une dermatite d'irritation provoquée par le contact répétitif avec l'eau et des détergents. La qualification de dermatite des ménagères lui est alors parfois donnée. Il ne faut pas oublier parmi les circonstances à risque de cette dermatose, les professions médicales et paramédicales soumises à des nettoyages fréquents des mains. Beaucoup d'autres professions impliquant le contact avec des xénotiques irritants sont également soumises à des contraintes similaires. On citera par exemple les coiffeurs qui sont exposés à des contacts répétés avec des shampooings, ou encore des teintures contenant des produits agressifs tel que l'ammoniaque et différents types d'oxydants.

IRRITATION, CAUSTICITÉ ET CORROSION

L'irritation cutanée regroupe les lésions aux mécanismes pathogéniques non immunologiques faisant suite au contact de la peau avec divers agents physico-chimiques. Les lésions ont des présentations différentes selon la variété et l'in-

tensité des mécanismes d'action des agents irritants. Les notions de causticité et de corrosion concernent les brûlures chimiques aboutissant à des destructions tissulaires et souvent à des séquelles cicatricielles.

Entre irritation et causticité, apparaît ainsi une différence de gravité des lésions. Un effet caustique est collectif, atteignant indifféremment tous les sujets exposés. En revanche, un effet irritant est plus ou moins collectif, voire même individuel, en fonction des facteurs qui modulent l'intensité de la réaction d'irritation. Les personnes présentant un type de peau sensible seront également plus susceptible de développer une réaction d'irritation au niveau des mains (1).

MODIFICATIONS FONCTIONNELLES DE LA PEAU PAR DES PRODUITS IRRITANTS

En cas d'irritation faible, les altérations morphologiques de la peau peuvent ne pas apparaître à l'examen clinique et microscopique. Diverses méthodes non invasives permettent cependant de déceler des modifications fonctionnelles, même discrètes, de la peau (1). La mesure de la perte insensible d'eau (PIE) transépidermique évalue l'intégrité de la fonction barrière cutanée (1). La mesure de l'hydratation de surface de la peau est estimée par la valeur de la capacitance de la couche cornée (2-5). La mesure de la couleur de la peau, en particulier son érythème, est également un élément objectif utile (6). L'exploration fonctionnelle de la microcirculation du derme superficiel bénéficie de quelques méthodes sophistiquées (7). L'état rugueux ou desquamatif de la couche cornée est aussi objectivable de manière non invasive (8, 9).

(1) Chargé de Recherche, (2) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, Liège.

ALTÉRATIONS STRUCTURELLES PAR DES PRODUITS IRRITANTS

En cas d'irritation sévère, les lésions épidermiques reflètent des nécroses cellulaires, souvent confluentes en nappes superficielles. Une cytolysse des kératinocytes peut former des bulles intra-épidermiques ou sous-épidermiques. Des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes s'accumulent, aboutissant à la formation de pustules. Parfois d'autres modifications épidermiques sont évocatrices d'un eczéma avec spongiose, exocytose lymphocytaire et vésiculation spongiotique (10). Au niveau de lésions caustiques, l'épiderme est totalement nécrotique et la nécrose peut s'étendre au derme.

Le derme est le siège d'un œdème d'intensité variable. Les capillaires sont dilatés et entourés d'un infiltrat lymphocytaire parfois enrichi en polynucléaires neutrophiles.

DERMITES D'IRRITATION CHRONIQUE DES MAINS

Sur un plan clinique et histologique, il existe un continuum entre les dermatites d'irritation aiguës et chroniques. Ces dernières correspondent habituellement aux manifestations cliniques consécutives à l'application itérative d'irritants communs comme les tensioactifs, les acides et les alcalis faibles, les solvants organiques et bien d'autres produits. La dermatite «traumatérative» résulte de la combinaison des effets néfastes de produits irritants et de microtraumatismes à répétition (10). Les signes cliniques sont variés. Ils associent un érythème à des signes d'altération épidermique à type de «peau sèche» (Fig. 1).

Au dos des mains et des doigts, la dermatite aiguë d'irritation se caractérise par un érythème diffus, prurigineux et/ou douloureux, correspondant à la zone en contact avec les xénobiotiques irritants. Les limites de l'érythème sont habituellement nettes sur les faces latérales des doigts avec également respect des paumes. Les lésions sont parfois craquelées. A mesure que les lésions passent à la chronicité, l'érythème devient squameux puis hyperkératosique suite à l'hyperplasie réactionnelle de l'épiderme, particulièrement aux endroits de couverture des articulations métacarpo-phalangiennes ou interphalangiennes (10). La rugosité de la peau, si déplaisante au toucher, correspond à un détachement partiel et irrégulier de lamelles cornées superficielles (11). Il y a bien souvent une perte de l'acuité tactile et les mains s'accrochent de manière désagréable à certaines structures (tissus, accessoires vestimentaires). Parfois, une hyperkératose réactionnelle de l'épiderme se développe suite aux agressions



Figure 1 : main sèche causée par le contact répétitif avec du ciment

chimiques répétées. Les crevasses compliquent fréquemment cette hyperkératose qui confère à l'épiderme un état de rigidité très particulier. Les crevasses superficielles correspondent à des fractures de la couche cornée, mais elles peuvent entamer tout l'épiderme et la partie superficielle du derme. Lorsque la phase inflammatoire s'atténue, seuls persistent les épaissements kératosiques, creusés de petits sillons ou de crevasses plus profondes retenant les salissures (10). Les ongles dystrophiques sont une manifestation d'évolution chronique.

Aux paumes des mains et aux pulpes digitales, le tableau clinique résulte davantage d'une conjonction de processus d'agressions physiques (frictions, microtraumatismes) et chimiques. L'érythème d'irritation est en général discret et transitoire. La dermatite d'usure en est une variante particulière atteignant les pulpes digitales, à savoir l'effacement et la disparition progressive des empreintes digitales et l'apparence lisse de la peau. A l'opposé, les dermatoglyphes deviennent accentués, très profonds dans certains cas, formant d'épais placards kératosiques grisâtres, souvent craquelés par des fissures et des crevasses qui sont facilement sanguinolentes et encombrées de salissures noirâtres adhérentes.

Les dermatites d'irritation des mains peuvent favoriser l'apparition d'une candidose sous les bagues, au fond des plis interdigitaux et au pourtour des ongles (périonyxis candidosique).

PRISE EN CHARGE DES MAINS SÈCHES

Les crèmes dites barrière sont parfois proposées à ceux qui souffrent de mains sèches avec l'espoir qu'elles puissent s'interposer efficacement entre l'agent chimique agressif et la peau. La protection offerte par ces topiques est loin d'être totale ou même utile (12).

Dans un autre registre, certains topiques émoullients ou enrichis en agents hydratants (13) visent à normaliser la desquamation perturbée sur les mains afin d'effacer les signes d'une dermatite d'irritation *a minima*. La crème mains Seaderm® en est un exemple. Nous avons pu constater l'effet positif de cette formulation par la méthode de squamométrie. Des applications en couche mince 2 à 3 fois par jour apportent une amélioration statistiquement significative en une dizaine de jours. Il ne s'agit cependant pas d'une guérison de la dermatose qui a toutes les chances de récidiver si la cause irritative persiste. Il est plus important de bien utiliser une crème hydratante que de choisir une crème idéale. On recommande de l'appliquer très fréquemment, si nécessaire toutes les heures, en fines couches, avant le travail et pendant toute la journée. La protection est d'autant meilleure si l'on utilise une crème plus riche lors des interruptions de travail, à la fin de la journée et avant de se coucher. La «Formule Norvégienne» de Neutrogena®, enrichie à 40 % en glycérine se montre particulièrement efficace dans ses propriétés de protection, d'hydratation et de réparation de la couche cornée.

Les dermocorticoïdes ont une place dans la stratégie thérapeutique des dermatites irritatives à un stade inflammatoire. Il faudrait idéalement choisir une formulation qui n'est pas associée à un risque d'atrophogénicité comme, par exemple, le Locoid lipocrème (Astellas). En revanche, l'emploi abusif et chronique de certains dermocorticoïdes, aboutit à une atrophie dermo-épidermique qui peut s'avérer être aussi handicapante, sinon plus, que la dermatite d'irritation initiale.

CONCLUSION

Avoir les mains sèches est un «méhin» désagréable. Le caractère rugueux de la couche cornée est un refuge pour des bactéries. L'origine de cet état cutané est souvent à rechercher dans le cadre d'une dermatite chronique d'irritation qui évolue à bas bruit. Un traitement non médicamenteux peut souvent soulager les personnes atteintes de ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

- Paye M, Gomes G, Zerweg Ch, et al.— A hand immersion test under laboratory-controlled usage conditions: a need for sensitive and controlled assessment methods. *Contact Dermatitis*, 1999, **40**, 133-138.
- Berardesca E.— EEMCO guidance for the assessment of stratum corneum hydration : electrical methods. *Skin Res Technol*, 1997, **3**, 126-132.
- Goffin V, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Passive sustainable hydration of the stratum corneum following surfactant challenge. *Clin Exp Dermatol*, 1999, **24**, 308-311.
- Uhoda E, Lévêque JL, Piérard GE.— Silicon image sensor technology for in vivo detection of surfactant-induced corneocytes swelling and drying. *Dermatology*, 2005, **210**, 184-188.
- Xhaufaire-Uhoda E, Loussouarn G, Haubrechts C, et al.— Skin capacitance imaging and corneometry. A comparative assessment of the impact of surfactants on stratum corneum. *Contact Dermatitis*, 2006, **54**, 249-253.
- Piérard GE.— EEMCO guidance for the assessment of skin colour. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 1998, **10**, 1-11.
- Berardesca E, Lévêque JL, Masson P, et al.— EEMCO guidance for the measurement of skin microcirculation. *Skin Pharmacol Appl Skin Physiol*, 2002, **15**, 442-456.
- Piérard GE.— EEMCO guidance for the assessment of dry skin (xerosis) and ichthyosis : evaluation by stratum corneum strippings. *Skin Res Technol*, 1996, **2**, 3-11.
- Piérard-Franchimont C, Henry F, Piérard GE.— The SADC method and the XLRs squamometry tests revisited. *Int J Cosmet Sci*, 2000, **22**, 437-446.
- Lachapelle JM, Frimat P, Tennstedt D, Ducombs G.— Dermatologie professionnelle et de l'environnement. Publ Masson, Paris, 1992, pp 1-372.
- Xhaufaire-Uhoda E, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— L'eau déshydrate: l'antinomie de la xérose. *Dermatol Actualité*, 2006, **97**, 23-25.
- Goffin V, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Shielded corneometry and corneometry: novel bioassays for the assessment of skin barrier products. *Dermatology*, 1998, **196**, 434-437.
- Xhaufaire-Uhoda E, Haubrechts C, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Qualité de vie, émoullients et agents hydratants. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 233-236.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be