

Photosensibilisations exogènes chez l'enfant

JL. PEYRON (1), B. MILPIED (2), C. LÉAUTÉ-LABRÈZE (2)

Les photosensibilisations exogènes résultent de l'action combinée d'un agent chimique photosensibilisant, par contact direct ou par voie systémique, et du rayonnement solaire (en général les UVA). Elles sont peu rapportées chez l'enfant en dehors de la classique dermite des prés mais il est probable que leur fréquence est sous-estimée.

Mécanismes de photosensibilité

On distingue classiquement deux mécanismes : la phototoxicité et la photo-allergie, même si une même substance peut parfois induire ces deux réactions.

PHOTOTOXICITÉ

Mécanisme le plus fréquent, il est dose-dépendant (de produit phototoxique et/ou d'UV), intéresse aussi bien l'adulte que l'enfant, survient dès le premier contact. Elle a l'aspect d'un fort coup de soleil pouvant aller jusqu'à la bulle, et est strictement localisée aux zones exposées (exemple type : dermite des prés). L'évolution est favorable en quelques jours ; une hyperpigmentation résiduelle prolongée est fréquente. Elle ne nécessite pas d'exploration photobiologique.

PHOTO-ALLERGIE

Elle est beaucoup plus rare. Réaction photo-immunologique d'hypersensibilité retardée et plus exceptionnellement immédiate, elle est peu dose-dépendante. Elle nécessite une sensibilisation préalable. L'agent photosensibilisant devient allergénique sous l'influence, le plus souvent, des UVA. L'aspect clinique est plus polymorphe : à type d'eczéma aigu, de prurigo, pseudo-lichénien, pseudo-lupique, urticarien... L'évolution est longue, sans hyperpigmentation résiduelle ; une récurrence survient à chaque réintroduction du photo-allergène.

Contrairement à l'adulte, il n'a pas été signalé de photosensibilisation rémanente secondaire à une photosensibilisation exogène chez l'enfant. L'exploration photobiologique trouve ici toute son utilité : la réalisation

de photopatch-tests va contribuer à l'identification du photo-allergène de contact ; leur utilité est plus aléatoire dans le diagnostic des photosensibilisations par voie systémique.

Photosensibilisations de contact

Elles sont le plus souvent de nature phototoxique et représentent la majorité des cas de photosensibilisation exogène chez l'enfant. Parmi les substances les plus souvent en cause :

FUROCOUMARINES

Molécules d'origine végétale comprenant les psoralènes (5-méthoxy-psoralène ou bergaptène le plus souvent), contenues dans de nombreuses familles (rutacées : agrumes, rue ; apiacées : fenouil, persil, céleri, etc. ; moracées : figues ; herbes sauvages, etc.) (fig. 1).

DERMITE DES PRÉS

Elle survient quelques heures après un contact de la peau avec des herbes humides concomitant d'une exposition solaire ; la réaction est maximale à 48 heures, ce qui est caractéristique des psoralènes. L'aspect clinique reproduit classiquement la forme des feuilles et des tiges. Les lésions peuvent être intenses, bulleuses, pouvant faire suspecter à tort une maltraitance à enfant. Elles sont suivies de traces pigmentées parfois durables.



Fig. 1. Phytophotodermatose chez un enfant ayant taillé des branches de figuier pour se faire un arc.

(1) Département de Phobiologie, Service de Dermatologie, Hôpital St-Eloi, 80 avenue Augustin Fliche, 34295 Montpellier Cedex 5

(2) Service de Dermatologie, Hôpital St André, 1 Rue Jean Burguet, 33075 Bordeaux cedex

Correspondance : jlpeyron@free.fr

DERMITE EN BRELOQUE

Elle survient après application de parfum, eau de toilette, lingettes parfumées, crèmes anti-moustiques, etc. et exposition au soleil dans les heures suivantes. La réaction phototoxique aiguë est souvent plus discrète et le patient est vu plus tardivement au stade de pigmentation figurée (coulées, traces de doigts, de lingette). Ces lésions peuvent persister plusieurs mois ou années en se réactivant lors des nouvelles expositions solaires.

PHÉNOTHIAZINES

Deux topiques encore utilisés en contiennent : la crème Phenergan® (prométhazine) et la crème Neuriplège® (chlorprothazine). Ils sont à l'origine de réactions phototoxiques, ou plus souvent photo-allergiques, et posent le problème de l'utilisation ultérieure de phénothiazines systémiques qui est contre indiquée. L'isopenthidil (Apaisyl®), apparenté aux phénothiazines, est également parfois responsable de réactions de photosensibilité.

TOPIQUES ANTI-INFLAMMATOIRES

Le gel de kétoprofène est aujourd'hui le premier photo-allergène de contact, et même si les cas pédiatriques sont rares (10 cas sur 550 dans l'enquête nationale de pharmacovigilance), les enfants ne sont pas épargnés. Les réactions par procuration sont possibles (fig. 2a et 2b). Il faut évoquer ce diagnostic devant un eczéma vésiculeux volontiers aigu, étendu et prolongé, en zone photo-exposée. Dans la moitié des cas les patients sont également sensibilisés au baume du Pérou et aux parfums. La structure photosensibilisante est la benzophénone retrouvée dans les autres AINS arylcarboxyliques, mais également dans certains écrans solaires (oxybenzone) et le fénofibrate. Les autres AINS topiques sont moins souvent mis en cause ; citons les oxicams, notamment le piroxicam dont le photométabolite sensibilisant (l'acide thiosalicylique) présente une allergie croisée avec le thiomersal, dérivé mercuriel utilisé comme conservateur et antiseptique.

TOPIQUES ANTI-ACNÉIQUES

Le peroxyde de benzoyle peut entraîner de véritables réactions phototoxiques et doit être évité en été. L'acide rétinolique augmente la sensibilité actinique de la peau par diminution de l'épaisseur de la couche épidermique.

FILTRES SOLAIRES

Comme pour l'adulte, ils peuvent être à l'origine de réactions photo-allergiques (benzophénones beaucoup moins utilisées maintenant, cinnamates, dibenzoylméthane, etc.). Les cas décrits restent rares chez l'enfant. L'utilisation de photoprotecteurs externes minéraux devrait pouvoir les éviter.



Fig. 2. A. Photosensibilisation au kétoprofène topique utilisé pour une entorse et B. Réaction immédiate après irradiation du test de contact.

AUTRES : COLORANTS (ÉOSINE, FLUORESCÉINE) ET ANTISEPTIQUES

Si la chlorhexidine est un photosensibilisant classique, en pratique elle pose peu de problème. Les mercuriels sont désormais retirés du marché et le trichlocarban est de moins en moins utilisé ; seule l'hexamidine largement présente dans les armoires à pharmacie domestiques peut être source de photosensibilisations de contact chez l'enfant.

Photosensibilisations par voie systémique (tableau I)

Elles sont rares chez l'enfant probablement en raison d'une plus faible prescription de médicaments à cet âge. Néanmoins dans le cadre de maladies chroniques, certains enfants reçoivent de nombreux médicaments et devant toute éruption cutanée photodistribuée il faut impérativement s'enquérir du traitement en cours. Ce peut être le cas chez les enfants ayant un déficit immunitaire et qui prennent de nombreux antibiotiques et/ou antifongiques, ou chez ceux sous chimiothérapie.

Cyclines : Prescrites uniquement après l'âge de 8 ans, elles peuvent être responsables de réactions phototoxiques, dose-

dépendantes, en particulier la doxycycline pour laquelle il convient d'être prudent en été.

Phénothiazines : Elles sont contenues dans les sirops anti-tussifs (Fluisedal®, Tussicedal®, Rhinathiol prométhazine®), et certains sédatifs (Théralène®) et donnent des réactions phototoxiques ou photo-allergiques.

Isotrétinoïne : Elle augmente la sensibilité actinique de la peau en affinant l'épiderme mais on ne peut pas parler de véritable photosensibilisation.

Autres médicaments : Antifongiques (griséofulvine, voriconazole), AINS (kétoprofène, piroxicam), antibiotiques (sulfamides, quinolones), antimétabolites comme le méthotrexate connu plutôt pour entraîner un phénomène de photoréactivation.

Tableau I. Principaux agents responsables de photosensibilisation exogène chez l'enfant.

Par voie topique	Végétaux : furocoumarines Topiques médicamenteux : anti-acnéiques (peroxyde de benzoyle, rétinoïdes), phénothiazines et anti-histaminiques et AINS (kétoprofène) Filtres solaires
Par voie systémique	Antibiotiques : cyclines Antifongiques : griséofulvine Rétinoïdes : isotrétinoïne
Par voie systémique mais dans un contexte pathologique particulier	Méthotrexate (leucémie, pathologie articulaire inflammatoire) Voriconazole (mucoviscidose, immunodépression) Antibiotiques : sulfamides et quinolones (mucoviscidose, leucémie, immunodépression)