

Diagnostic d'une photodermatose chez l'enfant

JF STALDER (1), MC MARGUERY (2)

On entend par photodermatose un groupe de maladies cutanées définies par une sensibilité exagérée et anormale à la lumière. Manifestations cutanées aiguës ou chroniques, liées directement ou indirectement à l'exposition solaire, les photodermatoses posent au clinicien un problème de reconnaissance. En théorie les mécanismes à l'origine d'une réaction de photosensibilité sont variables :

- phototoxicité : conséquence directe de la présence dans la peau d'une substance photosensibilisante qui, exposée à une irradiation lumineuse définie, entraîne une réaction photochimique cutanée
- photo-allergie : plus rare, impliquant une réponse immunitaire du patient à un photo-antigène formé dans la peau après irradiation lumineuse.

En pratique de nombreuses molécules sont capables de provoquer une photodermatose à la fois par phototoxicité et par photo-allergie. Finalement l'examen clinique de l'enfant est en général suffisant pour reconnaître une dermatose liée au soleil et évoquer son étiologie sur l'analyse lésionnelle soigneuse.

Reconnaître une photodermatose

Deux éléments cliniques permettent le diagnostic d'une photodermatose.

LA LOCALISATION

L'éruption est souvent évocatrice par sa localisation en priorité aux zones découvertes et son respect des zones protégées par l'habillement. Sur le visage les lésions prédominent au front, aux pommettes, au nez, au bord libre des oreilles non protégé par les cheveux. Au contraire, les orbites, la région sous-narinaire, les zones rétro-auriculaires sont épargnées. Le décolleté, la nuque, les faces externes des avant bras ou des jambes peuvent être atteintes. Il faut savoir que l'éruption s'étend parfois secondairement aux zones couvertes, mais qu'elle prédomine toujours aux zones exposées.

LA NOTION DE POUSSÉE SAISONNIÈRE OU BIEN LE CARACTÈRE AIGU

L'éruption peut être déclenchée par l'exposition solaire forte ou parfois modérée (lucite estivale bénigne). Certaines photodermatoses surviennent parfois dès les premiers beaux jours (pho-

todermatose printanière juvénile) ou bien attendent pour apparaître la période estivale (urticaire solaire).

L'étiologie d'une photodermatose est évoquée sur trois principaux critères

L'ASPECT DE L'ÉRUPTION EST UN PREMIER SIGNE D'ORIENTATION

- Un érythème vif, oedémateux, à type de coup de soleil, parfois bulleux, apparaissant peu après l'exposition évoque un mécanisme toxique. Après contact le chromophore végétal dessine parfois précisément les lésions. Au contraire, l'érythème atteint l'ensemble des régions découvertes en cas d'origine médicamenteuse.
- Une hyperpigmentation localisée peut être révélatrice d'une phototoxicité de contact notamment après application de parfums
- Un aspect monomorphe est en faveur d'une réaction phototoxique. L'aspect polymorphe (urticaire, vésiculo-bulles, eczéma, prurigo...) évoque plus volontiers l'origine photo-allergique.

L'ÂGE DE L'ENFANT

L'âge et la fréquence relative des différents mécanismes possiblement en cause sont aussi à prendre en compte dans l'orientation étiologique (tableau I).

L'INTERROGATOIRE

C'est une étape clé qui doit faire préciser les points suivants :

- circonstances d'apparition :
 - *quelle a été la durée d'exposition ?* Quelques minutes sont suffisantes pour faire apparaître une urticaire solaire.
 - *quelles étaient les conditions d'ensoleillement ?* Soleil fort ou exposition exagérée lors d'un coup de soleil, au contraire un ciel nuageux peut suffire à déclencher une lucite estivale bénigne.
 - *combien de temps après l'exposition l'éruption est-elle apparue ?* Les lésions sont-elles apparues immédiatement ou de façon retardée ?
 - *le prurit est-il gênant ?* (comme au cours de l'urticaire de contact) ou bien s'agit-il d'une sensation de brûlure ou d'œdème douloureux comme au cours de l'exceptionnelle protoporphyrie érythropoïétique ?
- l'histoire de l'éruption :
 - *depuis quand évolue t-elle ?*
 - *y a-t-il des poussées à chaque saison ?*
 - *en combien de temps l'éruption disparaît-elle ?*

(1) Service de dermatologie, Hôtel Dieu, CHU, 44035 Nantes.

(2) Service de dermatologie, CHU, Hôpital Purpan, Place du Dr Baylac, TSA40031, 31059 Toulouse cedex 9.

Correspondance : marguery.mc@chu-toulouse.fr

Tableau I. Facteurs de l'orientation étiologique.

Fréquence	Mécanisme	De 0 à 2 ans	De 2 à 6 ans	De 6 à 10 ans	De 10 à 14 ans
++	Coup de soleil				
+++	Photosensibilisation exogène de contact				
+	Photosensibilisation exogène per os				
++	Photodermatose printanière juvénile				
+	Urticaire solaire				
Rare	Prurigo actinique				
++	Lucite polymorphe				
Très rare	Hydroa vacciniforme				
Rares	Porphyries				

- les contacts :

- l'enfant a-t-il été en contact avec des végétaux ?
- a-t-il utilisé des produits d'hygiène ou des cosmétiques (savon, déodorant, parfum, eau de toilette, produits de maquillage, shampoing, autres...) ?

- les traitements :

- l'enfant a-t-il reçu un traitement pour son éruption ?
- lequel ?
- a-t-il été bénéfique, inefficace ou aggravant ?

- les antécédents :

- y a-t-il dans la famille des maladies de peau ?
- si oui lesquelles (atopie, sensibilité à la lumière, etc.) ?

Outre les limites de l'interrogatoire chez l'enfant, les réponses doivent être relativisées. En effet, la lumière n'est pas synonyme de soleil, l'éruption peut apparaître aux premiers beaux jours ou plus tard dans la saison ensoleillée, dans les conditions de la vie courante comme lors d'activités en extérieur. De plus le délai d'apparition varie en fonction de la photodermatose, allant de quelques minutes en cas d'urticaire solaire à quelques jours au cours d'une lucite polymorphe.

COMMENT CONFIRMER UNE ÉTIOLOGIE PRÉCISE ?

La recherche de l'étiologie d'une photodermatose obéit à un raisonnement gradué par étapes qui tient compte de la fréquence relative de chaque étiologie ainsi que des moyens d'investigation cliniques puis biologiques adaptés. En procédant par élimination il est possible de restreindre les explorations complémentaires et photobiologiques lourdes aux seuls cas pertinents.

Étape 1 - y a-t-il eu excès d'exposition ?

Étape 2 - peut-on éliminer un contact ou une prise de médicament ?

La recherche d'une *photosensibilité exogène* n'est pas toujours simple, les parents n'étant pas toujours en mesure de rapporter un contact anodin qui s'est produit en leur absence (tableau II)

Étape 3 - peut-on reconnaître une photodermatose idiopathique sur des caractères cliniques évocateurs (cf. chapitres suivants) ?

Tableau II. Agents photo-sensibilisants.

Végétaux photosensibilisants	
Famille	Plante
Astéracées (ombellifères)	persil, fenouil, céleri, angélique, cerfeuil
Rutacée	(citron) bergamote, figue,
Fleur	bouton d'or, géranium, millepertuis
Médicament topiques photosensibilisants	
Prométhazine	Phénergan crème®
Anti-inflammatoires	Kétum®, Neuriplège®
Anti-acnéique	Peroxyde de benzoyle
Médicaments per-os photosensibilisants	
Certaines tétracyclines	doxycycline, chlortétracycline, méthacycline, oxytétracycline
Certaines phénothiazines	chlorpromazine prométhazine
Antibiotiques prescrits pour infection pulmonaire ou urinaire	Négram® Pipram Ciflox® Oflocet® Peflacin®

Étape 4 - dans de rares circonstances des anomalies métaboliques sont à l'origine de la dermatose photo-déclenchée par l'accumulation dans la peau d'un chromophore dont l'exposition solaire dévoilera le potentiel phototoxique. C'est le cas des porphyries cutanées et des troubles du métabolisme du tryptophane.

L'évocation d'une photodermatose de l'enfant n'est pas une situation exceptionnelle. Le polymorphisme des lésions, le caractère « éruptif » de certaines poussées peuvent faire discuter une dermatose éruptive virale ou médicamenteuse. L'analyse lésionnelle et les données d'un interrogatoire orienté parviennent le plus souvent à la reconnaissance du diagnostic.