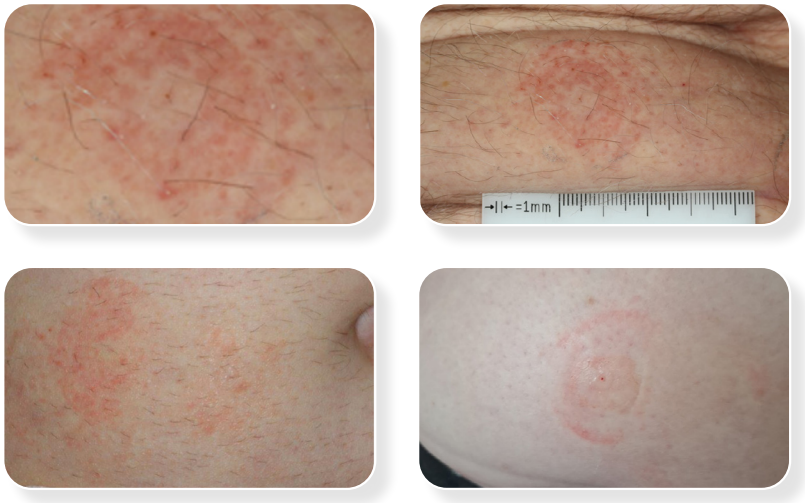
Diagnostic de la dermatite

Caractéristiques

- **Dermatite** : Inflammation cutanée localisée provoquée par une irritation, des allergènes ou des réponses immunitaires à la perfusion ou au dispositif d'administration[1].
- Se manifeste souvent par, **une rougeur, une enflure, des démangeaisons ou une éruption cutanée** autour du point de perfusion et peut s'accompagner d'une sécheresse ou d'une desquamation. Dans les cas graves, des cloques ou des érosions peuvent apparaître[1].
- La gravité des symptômes peut varier, allant d'une légère irritation qui disparaît spontanément à une inflammation persistante nécessitant un traitement médical[1].
- La **dermatite de contact allergique** survient chez les personnes sensibilisées qui développent une réponse immunitaire après un contact répété avec des allergènes spécifiques. Elle apparaît généralement à l'endroit où la peau a été en contact avec l'allergène, mais l'éruption cutanée peut s'étendre au-delà de cette zone.
- Le test épicutané reste la référence absolue pour diagnostiquer la dermatite de contact allergique.
- **Dermatite de contact irritative** : Plus fréquente, elle peut se manifester par un érythème, une desquamation, un œdème, une vésiculation et des érosions dans les cas aigus. Érythème, lichénification, hyperkératose et fissures dans les cas chroniques.
- Les réactions allergiques et irritatives peuvent être difficiles à distinguer au seul examen visuel, car elles peuvent toutes deux présenter des caractéristiques similaires à celles de l'eczéma.

Causes

- Les facteurs déclencheurs courants de la dermatite comprennent le médicament lui-même, l'adhésif utilisé pour fixer les dispositifs de perfusion ou de mauvaises techniques d'asepsie[1].



1. Forkel S, Buhl T. Allergic Contact Dermatitis After Injection of Local Anesthetic. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):2060-2061.

Autres éléments à considérer
Dermatite localisée vs non localisée

- Forme **localisée et géométrique** correspondant à ce qui a été en contact avec la peau → **dermatite de contact probable**.





- **Non localisée** au point d'injection → **diagnostic différentiel large**.



Vidéo d'avis d'expert. Cliquez ici.
Lynne H. Robertson, Dermatologue

http://www.medetec.co.uk
https://dermnetnz.org/topics/contact-dermatitis

Prévention et prise en charge de la dermatite



Vidéo d'avis d'expert. Cliquez ici.
Alexis Truax, inf. aut.
Debra Johnston, inf. aut.

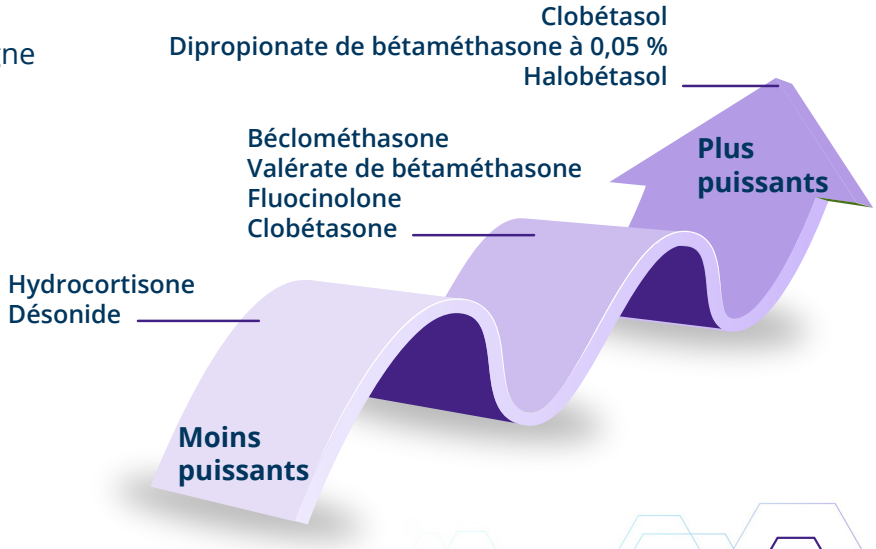
Prévention

- Il est souvent possible de prévenir la dermatite au point de perfusion en utilisant des adhésifs hypoallergènes ou des films protecteurs, en alternant les points d'injection et en respectant scrupuleusement les techniques d'asepsie lors de la mise en place de la perfusion[1].

Prise en charge

- La prise en charge de la dermatite consiste à **déterminer et éliminer la source de l'irritation** (p. ex. en changeant d'adhésif ou en ajustant l'administration du médicament), à appliquer un **traitement topique, tel que des corticostéroïdes ou des émollients,** et à **maintenir une bonne hygiène** au point de perfusion[1].
- Dans les cas bénins, des émollients et des corticostéroïdes topiques peuvent suffire.
  - Une fois la source de l'irritation enlevée, une crème ou un onguent à base d'hydrocortisone peut être appliqué(e) sur la zone touchée pendant quelques jours afin de réduire l'inflammation et les démangeaisons.
- En cas de réactions graves ou récurrentes, il convient d'envisager d'autres méthodes ou matériel de perfusion et de prescrire un test épicutané.
- Envisagez d'utiliser des produits formant une barrière cutanée afin de créer une couche protectrice entre la peau et l'adhésif ou la canule (p. ex. le film protecteur cutané non irritant 3M Cavilon, Skin-Prep, les lingettes AllKare).
- Si la dermatite ne s'améliore pas après 2 jours de traitement ou si elle s'accompagne d'autres symptômes, envisagez la consultation d'un dermatologue.

Corticostéroïdes topiques



1. Forkel S, Buhl T. Allergic Contact Dermatitis After Injection of Local Anesthetic. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):2060–2061.

Avis d'expert : Prise en charge des démangeaisons

+/- rougeur, desquamation, enflure et **localisées** au point d'injection ou à la zone de l'adhésif → probablement une réaction non infectieuse au point d'injection/ une dermatite de contact.

Envisager :

- Administrer un corticostéroïde topique à puissance modérée à élevée.
  - Appliquer une crème au propionate de clobétasol à 0,05 % ou au betaderm (qui contient de la bétaméthasone) à 0,1 %, 1 à 2 fois par jour.
- Chercher la cause +/- orienter le patient vers un dermatologue.

Non localisées ou associées à de la fièvre +/- changements à la peau/douleur → infection possible.

Envisager :

- Administrer un antibiotique.
  - Instaurer un traitement antibiotique par voie orale ou intraveineuse similaire à celui utilisé pour la cellulite, tel que la céphalosporine (céphalexine) ou la pénicilline (amoxicilline ou cloxacilline), selon les critères.
- Prendre rendez-vous avec le patient ou l'orienter vers un dermatologue ou un infectiologue.



Vidéo d'avis d'expert. Cliquez ici.
Lynne H. Robertson, Dermatologue

Avis d'expert de la Dre Lynne H. Robertson, octobre 2024.

Démangeaisons au point de perfusion : Plan de soins

+/- rougeur, desquamation, légère enflure

Envisager :

1. Administrer un corticostéroïde topique.

Possibilité d'irritation ou de réaction allergique à l'adhésif/au pansement ou à tout autre agent entrant en contact avec la peau

Envisager :

1. Changer de point de ponction veineuse.
2. Recommander au patient de consulter un médecin si son état ne s'améliore pas dans les 2 jours ou avant, en cas de fièvre, d'augmentation de la rougeur, d'ampoules ou de douleur.
3. Cesser d'utiliser tout produit soupçonné d'être à l'origine des effets indésirables – lingettes, crèmes, adhésifs, solutions.

Plan d'action :

Rôles et responsabilités :