



Conduite à tenir en cas de Tatouage ou de Piercing

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

Tatouages et piercings sont populaires de nos jours. D'après deux études récentes, près de 17% des Français ≥ 15 ans ont un ou des tatouages ⁽¹⁾ et 12% ont un ou des piercings ⁽²⁾. Les patients souffrant d'un rhumatisme inflammatoire et sous anti-IL17 peuvent être intéressés par la réalisation d'un tatouage ou d'un piercing. Cependant, ces procédures, même réalisées par un professionnel, ne sont pas sans risque. Le risque n'est pas clairement évalué dans la littérature (aucune recommandation n'est précisée dans le Résumé des Caractéristiques Produit pour ces molécules) ce qui justifie des avis d'experts prenant en compte, en particulier, le risque infectieux du geste. Par ailleurs, la seconde question qui concerne particulièrement le médecin, est de savoir si ces procédures peuvent déclencher des poussées de la maladie. Tatouages et piercings sont des gestes totalement différents et impliquent d'être abordés séparément.

TATOUAGES

La séance est réalisée dans une pièce dédiée dans un salon de tatouage. La zone est rasée et désinfectée par un antiseptique. Le pigment est déposé dans la peau dès que le dermographe (machine à tatouer) est mis en route. Les plus petites pièces sont finies en près d'une à deux heures, tandis que les plus grandes sont recouvertes en plusieurs semaines voire plusieurs mois selon la tolérance du tatoué ou de la tatouée, la complexité du dessin et l'endurance de l'artiste. Une fois que le tatouage est achevé, la zone est nettoyée et désinfectée. Les soins après tatouage font l'objet d'une norme européenne (NF EN 17169) depuis le début de l'année 2020. Entre deux séances sur une même zone, la peau doit pouvoir cicatriser complètement avant de reprendre le tatouage. Le délai est habituellement de 2 à 3 semaines. Cependant, pour de « grands » tatouages, les délais entre les séances sont variables selon les tatoueurs.

Données de la littérature

- A notre connaissance, il n'existe aucune publication spécifique sur des complications après tatouage chez un patient sous anti-IL17 (recherche Pubmed du 25 Janvier 2020 en utilisant la recherche suivante « Tattoo or tattoos or tattooing AND secukinumab or ixekizumab or brodalumab »).
- Il est important de rappeler que les complications infectieuses sur tatouage sont avant tout cutanées sous la forme de **surinfections bactériennes superficielles** avec inflammation locale, pus et croûtes (impétigo, abcès, folliculite, furonculose, ecthyma). Les **infections profondes** (érysipèle, gangrène) et celles d'évolution fatale (avec septicémie) sont exceptionnelles actuellement. Elles sont le fruit d'une immunodépression sous-jacente combinée à un manque de respect des règles d'hygiène. Les infections cutanées précoces sont dues à un manque d'asepsie et d'hygiène pendant la séance ou durant la cicatrisation qui dure plusieurs semaines ⁽³⁾.

- Dans une étude nationale récente menée sur la population générale française ⁽¹⁾, 4,4% des tatoués rapportaient une infection cutanée sur tatouage et 4,2% un délai de cicatrisation. Les risques d'infection étaient associés avec le fait d'avoir de multiples tatouages (OR = 4,86 ; IC95% : 2,17-10,9 ; p=0,0001) et de souffrir d'une dermatose chronique (OR = 2,43 ; IC95% : 1,21-4,92 ; p=0,013). Les délais de cicatrisation étaient associés de façon significative au sexe masculin, à un âge <25 ans et à des antécédents d'eczéma de contact. Il ne faut cependant pas oublier qu'il s'agit de réponses déclaratives à un questionnaire en ligne.
- Dans une étude nationale récente observationnelle et multicentrique ayant inclus 2 053 patients avec un psoriasis cutané ⁽⁴⁾, 20,2% avaient un ou des tatouages. Parmi ces derniers, 6,6% ont rapporté une complication cutanée, les infections cutanées ne représentant que 0,7% de ces complications. Le tatouage a provoqué des poussées de psoriasis dans 3,2% des cas, indépendamment de l'apparition du phénomène de Koebner. Le tatouage en tant que cause des poussées de psoriasis était plus fréquent dans le groupe psoriasis avec traitement (p=0,0002). Le tatouage a causé des poussées dans 3 cas sur 79 patients avec rhumatisme psoriasique. Dans le groupe de psoriasis avec traitement, la survenue de complications locales était plus fréquente chez les patients qui suivaient un traitement systémique ou un biomédicament (p=0,03) au moment du tatouage en comparaison à ceux qui recevaient des traitements locaux ; toutefois, aucune différence statistique dans la fréquence des complications n'a été observée entre les sous-groupes de traitement. Notons que d'après cette étude, 7,5% des tatoués étaient sous un biomédicament durant leur tatouage, 3,1% sous anti-TNF (adalimumab majoritairement soit 2,5%). Ainsi, selon cette étude, le taux global de complications chez les patients atteints de psoriasis après tatouage était faible, mais les complications du tatouage étaient plus fréquentes chez les patients qui avaient eu un tatouage après que le psoriasis ne se soit déclaré et sous traitement systémique ou biomédicament. Cependant, même chez les patients atteints de psoriasis et sous traitement, les complications observées restaient bénignes.
- Dans une étude portant sur 90 patients en Finlande, 7% des patients avec un psoriasis ont rapporté une poussée de psoriasis dans les suites d'un tatouage ⁽⁵⁾. Aucune poussée de rhumatisme psoriasique n'a été rapportée, sachant que 31% des tatoués rapportait un rhumatisme psoriasique.
- Dans notre expérience personnelle, plusieurs patients sous biomédicament ont rapporté un retard de cicatrisation du tatouage, une fatigue après la séance ainsi qu'une poussée de psoriasis sur le tatouage ⁽⁶⁾.
- A notre connaissance, il n'existe aucune publication spécifique sur l'impact des tatouages dans la population de patients souffrant de rhumatisme inflammatoire.
- Selon notre expertise, le tatouage peut être considéré comme une intervention de type chirurgie à **faible risque infectieux**. Dans tous les cas, la reprise du traitement par anti-IL17 ne sera autorisée qu'après **cicatrisation complète et en l'absence d'infection**. Le délai entre le tatouage et la reprise de l'anti-IL17 est le plus souvent de 2 semaines en l'absence de complications.

Quel délai entre la dernière prise d'anti-IL17 et la réalisation d'un tatouage ? Conduite à tenir en cas de tatouage

- Les deux risques à redouter avec les anti-IL17 sont :
 - La survenue d'une infection post-tatouage
 - La survenue d'une poussée de la maladie qui semble cependant assez rare.
- Il n'y a donc pas de contre-indication absolue à la réalisation d'un tatouage sous anti-IL17. Mais il faudra considérer le risque de poussée de la maladie du fait de la suspension transitoire de l'anti-IL17 et veiller à ne reprendre l'anti-IL17 qu'une fois la cicatrisation du tatouage obtenue. Par ailleurs, il faudra également tenir compte du fait que les grands tatouages peuvent être faits en plusieurs séances dont les fréquences sont définies avec le tatoueur.
- La décision d'arrêt sera adaptée, au cas par cas, en fonction :
 - **des comorbidités et du risque infectieux propres au patient** : antécédents infectieux, antécédents de cardiopathie (risque d'endocardite), diabète, corticothérapie associée
 - **de la sévérité du rhumatisme inflammatoire et du risque de poussée**
 - **des traitements associés notamment la corticothérapie.**

Par analogie entre la réalisation d'un tatouage et la chirurgie à faible risque infectieux, on propose d'appliquer les recommandations de l'American College of Rheumatology et de l'American Association of Hip and Knee Surgeons ⁽⁷⁾ vis-à-vis des gestes chirurgicaux ayant ce niveau de risque :

| Molécules | Programmation de la chirurgie à partir de la : |
|-------------|--|
| Sécukinumab | 5 ^{ème} semaine après la dernière injection |
| Ixékizumab | 5 ^{ème} semaine après la dernière perfusion |

- **Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler les points pratiques suivants :**
 - Il faut être prudent avec les patients déjà tatoués, car ces derniers sont susceptibles d'être moins vigilants sur la qualité des soins locaux après tatouage.
 - Le tatouage devra toujours être réalisé par un artiste professionnel dans un studio dédié. Pas de tatouage amateur à domicile.
 - Le patient devra avertir le tatoueur de son traitement et de l'accord du médecin prescripteur. Le tatoueur devra être précautionneux par rapport à la séance et respecter les règles d'hygiène et d'asepsie telles qu'elles s'imposent pour les tatoueurs.
 - En cas de premier tatouage sous anti-IL17, on suggérera une première séance plutôt courte pour apprécier la cicatrisation du tatouage.
 - Les soins locaux après tatouage devront être faits avec soins. Ils incluent une toilette à l'eau et au savon deux fois par jour et l'application d'un topique émollient. Il n'y a pas d'indication à appliquer un antiseptique en prévention.

PIERCINGS

Le *body-piercing* consiste en la mise en place durable d'une ornementation (le *piercing* proprement dit), extérieurement et partiellement visible, après effraction de la barrière cutanée par une aiguille. Le *piercing* peut être posé dans de nombreux sites anatomiques. En pratique, n'importe quelle partie de la peau peut être percée (*piercing* à trajet sous-cutané dit « de surface »). Après désinfection locale, le perceur repère le trajet à percer avec un stylo à alcool ou du violet de gentiane, utilise une pince à éponge (dans le cas de la langue) et insert rapidement une aiguille pleine ou un cathéter (stériles), sans anesthésie, avant de poser le *piercing* (stérile).

Données de la littérature

- Selon la littérature, le risque d'infection après piercings corporels est de 10 à 25% ⁽⁸⁾. Il peut s'agir d'inoculation primaire lors du geste ou d'une contamination secondaire. S'ajoute à cela le retard de consultation en raison de symptômes mineurs, mis sur le compte de la cicatrisation et la peur de consulter. Dans notre étude nationale française ⁽²⁾, 33% des percés ont rapporté une complication après piercing et 14,8% une complication infectieuse et 11,6% un retard de cicatrisation.
- Les délais de cicatrisation des piercings varient selon le site ^(9, 10). Les piercings du nombril sont les plus lents à cicatrifier en raison de leur zone hautement traumatique.

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Oreille (lobe) | 6 - 8 semaines |
| Oreille (cartilage) | 6 semaines - 9 mois |
| Arcade sourcilière | 6 - 8 semaines |
| Lèvre | 6 - 8 semaines |
| Langue | 3 - 6 semaines |
| Nez (narines) | 6 semaines - 4 mois |
| Nez (septum) | 6 - 8 semaines |
| Nombril | 4 semaines - 12 mois |
| Tétons | 2 - 4 mois |
| Pénis | 3 - 9 mois |
| Scrotum | 2 - 3 mois |
| Méat urétral | 2 - 4 semaines |
| Clitoris | 2 - 6 semaines |
| Petites lèvres | 2 - 6 semaines |

- A notre connaissance, il n'existe aucune publication sur la pratique du piercing chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire, ni aucune donnée chez les patients sous secukinumab (recherche Pubmed du 25 Janvier 2020 en utilisant la recherche suivante « piercing AND secukinumab or ixekizumab or brodalumab »).
- Des infections graves avec des bactéries (lactobacilles) et des champignons (*Aspergillus*) inhabituels ont été rapportées chez les patients immunodéprimés, en particulier en cas de piercings amateurs ou de problèmes médicaux (diabète non contrôlé, leucémie) ⁽⁶⁾.
- Notons un cas de polychondrite chronique atrophiante après piercing du cartilage de l'oreille ⁽¹¹⁾. Il s'agit d'un cas unique et isolé.

Conduite à tenir en cas de piercings

- Le risque à redouter avec les anti-IL17 est :
 - La survenue d'une infection post-piercing
 - De poussées de maladie inflammatoire du fait que certaines zones corporelles sont sujettes à des périodes particulièrement longues de délais de cicatrisation.
- Selon notre expertise, avec un risque infectieux touchant 10 à 20 % des individus, le piercing peut être considéré comme une intervention **à risque infectieux élevé. Nous considérons donc que tout piercing n'est pas recommandé chez les patients sous anti-IL17, quelle que soit la topographie.** Si le patient souhaite absolument réaliser le piercing, il faudra se référer aux délais de suspension des anti-IL17 en cas de chirurgie à risque infectieux élevé, c'est-à-dire chirurgie en milieu non stérile.

En cas de **chirurgie en milieu non stérile**, un arrêt de l'anti-IL17 entre 3 et 5 demi-vies est proposé.

| Molécules | Demi-vies | 3 demi-vies | 4 demi-vies | 5 demi-vies |
|-------------|-----------|-------------|--------------|-------------|
| Sécukinumab | 27 jours | 12 semaines | 15 semaines | 19 semaines |
| Ixékizumab | 13 jours | 6 semaines | 7,5 semaines | 9 semaines |

- La reprise du traitement sera autorisée **après cicatrisation et en l'absence d'infection.** Étant donné les délais variables de cicatrisation, la reprise devra être discutée au cas par cas selon l'aspect du piercing.

En pratique :

- **La pose d'un piercing corporel n'est pas recommandée quelle que soit la localisation lors des traitements anti-IL17 en raison des risques infectieux accrus et des délais de cicatrisation.**
- **En cas de réalisation d'un piercing, le délai d'interruption de l'anti-IL17 correspond au délai de chirurgie à risque infectieux élevé.**
- Après piercing, la **reprise de l'anti-IL17** pourra être discutée **au cas par cas après cicatrisation** (sachant qu'une cicatrisation complète peut aller jusqu'à 9 mois pour un piercing du nombril !) et en l'absence de complications post-piercing.
- Le piercing devra toujours être réalisé par un perceur professionnel dans un studio dédié. Pas de piercing amateur, à domicile.
- Les soins locaux après piercing devront être faits avec soins. Ils incluent une désinfection locale plusieurs fois par jour.
- Il faudra éviter sous traitement anti-IL17 les manipulations intempestives des bijoux de piercing.
- Il faut être prudent avec les patients ayant déjà eu un piercing, car ces derniers sont susceptibles d'être moins vigilants sur la qualité des soins locaux après tatouage.
- Le patient devra avertir le perceur de son traitement et de l'accord du médecin prescripteur. Le perceur devra être précautionneux par rapport à la séance et respecter les règles d'hygiène et d'asepsie telles qu'elles s'imposent pour les tatoueurs.
- En cas de premier piercing sous anti-IL17, on suggérera une localisation de cicatrisation rapide.

Références

1. Kluger N, Misery L, Seité S, Taieb C. Tattooing: A national survey in the general population of France. *J Am Acad Dermatology*. 2019;81:607-10.
2. Kluger N, Misery L, Seité S, Taieb C. Body Piercing: A National Survey in France. *Dermatology*. 2019;235:71-78.
3. Kluger N. Cutaneous and systemic complications associated with tattooing. *Presse Med*. 2016;45(6 Pt 1):567-76.
4. Grodner C, Beauchet A, Fougrousse AC et al; GEM Resopso. Tattoo complications in treated and non-treated psoriatic patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:888-96.
5. Kluger N. Tattooing and psoriasis: demographics, motivations and attitudes, complications, and impact on body image in a series of 90 Finnish patients. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat*. 2017;26:29-32.
6. Kluger N. Tattooing and piercing: an underestimated issue for immunocompromised patients? *Presse Med*. 2013;42:791-4.
7. Goodman SM, Springer B, Guyatt G et al. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. *Arthritis Rheumatol* 2017;69:1538-51.
8. Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L et al. [Piercing and its infectious complications. A public health issue in France]. *Presse Med*. 2000;29(35):1948-56.
9. Kluger N, Guillot B. [Body-piercing complications]. *Ann Dermatol Venereol*. 2010;137:153-8.
10. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet*. 2003;361:1205-15.
11. Serratrice J, Ené N, Granel B et al. Severe relapsing polychondritis occurring after ear piercing. *J Rheumatol*. 2003;30:2716-7.