Grande Journée de Bruxelles «Dermatologie» : 2e partie

Bruxelles, 18 mars 2023

par le Dr Caroline MICHOT • médecin généraliste • 1480 Tubize • caroline.michot@ssmg.be

Dermatologie sur peaux foncées

Les dyschromies physiologiques

La pigmentation naturelle des peaux foncées n'est ni homogène ni uniforme. Les paumes et les plantes sont ainsi moins pigmentées, tandis que les zones péri-orbitaires, péri-buccales et les zones fortement photo-exposées, sont plus pigmentées.

Les lignes de Futcher-Voigt correspondent à des « bordures de transition » entre une zone de peau plus pigmentée et une zone de peau moins pigmentée.

On peut aussi observer une hyperpigmentation mélanique grise-bleutée ou brune des muqueuses buccales.

Notons d'autres aspects physiologiques, comme la pigmentation palmaire des plis, les macules hyperpigmentées palmo-plantaires (plantaires chez > 50 % des peaux foncées, plus rares en palmaire), et les mélanonychies longitudinales (qui correspondent à des bandes longitudinales grises et parallèles sur plusieurs ongles, souvent stables et multiples). Il faut être attentif en cas de lésion unguéale unique d'apparition tardive ou irrégulière, et penser à une lésion suspecte.

Enfin les taches dites « mongoloïdes » sont une accumulation dermique de mélanocytes par arrêt de leur migration. Elles sont très souvent présentes dès la naissance et de localisations atypiques, le plus souvent en lombosacré. Elles disparaissent souvent spontanément durant l'enfance.

Pathologies d'adaptation de la peau foncée à l'arrivée en Europe

Ces pathologies apparaissent à l'arrivée et disparaissent au retour. Elles peuvent résulter de la réduction de l'hygrométrie (humidité de l'atmosphère) : xérose du corps, hyperséborrhée médiane réactionnelle du visage, cheveux plus secs et plus cassants. Elles peuvent aussi résulter de la réduction de l'ensoleillement, comme dans la dépigmentation inhomogène du visage.

Aspect des dermatoses communes

L'acné

Il est très fréquent en période post-pubertaire. Les lésions sont souvent pigmentées. Le risque de formation de cicatrices chéloïdiennes est majeur.
L'acné est favorisée par l'utilisation de cosmétiques non adaptés, comédogènes (trop occlusifs, ex. huiles végétales). On parle d'« acné cosmétique ». Le traitement est difficile (topiques souvent mal tolérés, intérêt de l'isotrétinoïne).

FACE : Facial Afro-Caribbean Childhood Eruption

C'est une forme particulière d'« acné » chez l'enfant, aussi appelée dermatite périorale granulomateuse. L'éruption a été décrite initialement chez les enfants antillais mais peut se retrouver chez des enfants d'autres régions. Il s'agit de petites papules de couleur chair, érythémateuses et localisées dans les régions centro-faciales avec une prédominance périorificielle (zone péribuccale, paupières et nez). Les facteurs favorisants sont l'application répétée de dermocorticoïdes et l'utilisation de cosmétiques trop gras.

Dermite séborrhéique

La topographie est classique (cuir chevelu, visage, sillons nasogéniens). Les fines squames et l'inflammation sont peu visibles. Quant au caractère prurigineux ou cuisant des lésions, il est variable. L'hypochromie est caractéristique.

Pityriasis versicolor – infection à Malassezia

Il est plus polymorphe et plus profus que sur les peaux blanches. L'atteinte est cervico-faciale ou porte sur le tronc complet. Au niveau clinique, les macules sont très finement squameuses (le grattage à la curette donne des squames en lambeaux superficiels, c'est le signe du copeau), parfois hyperpigmentées initialement, mais le plus souvent elles sont d'emblée hypochromes (donnant un aspect fripé de la peau).

Lichen plan

Il est plus fréquent sur les peaux foncées. Les papules sont très prurigineuses et constamment hyperpigmentées (gris ardoisé ou violet-brun). La topographie cutanée est classique (poignets, bas du dos et membres). Il convient de rechercher une infection par le virus de l'hépatite C.

Kératodermie palmo-plantaire (KPP)

La KPP est un épaississement de la couche cornée des paumes et des plantes. Toutes les kératodermies décrites sur peaux blanches peuvent être décrites sur peaux foncées. Elles peuvent être acquises ou d'origine génétique (mais pas toujours congénitales). Elles sont souvent favorisées par une agression chronique d'origine professionnelle ou cosmétique. Le caractère unilatéral doit faire suspecter une mycose.

Certaines formes de KPP sont spécifiques des peaux foncées, on parle de la kératodermie acrale ou acrokératodermie (AKD) africaine (prédisposition génétique). Il s'agit d'un épaississement anormal permanent de la couche cornée des extrémités :

- KPP ponctuée des plis ;
- acrokératodermie marginale ;
- acrokératodermie inversée (sur le dos des articulations) ;
- aïnhum (constriction fibreuse nécessitant une prise en charge rapide).

Dermatosis papulosa nigra

Ce sont des kératoses séborrhéiques qui se développent à partir de l'adolescence, sous forme de papules verruqueuses brunes ou noires. Elles surviennent électivement sur la face des sujets de peau foncée.

Pseudofolliculite de la barbe – pili incarnati

Il s'agit de l'incarnation pilaire des poils des zones mandibulaire, mentonnière et cervicale antérieure. Le pili incarnati est souvent dû à un rasage trop court (incarnation spontanée plus rare). On observe des papules inflammatoires parfois pustuleuses et surinfectées, des « chéloïdes » *a minima*. Le traitement est avant tout préventif : préférer la crème dépilatoire, arrêt temporaire ou définitif du rasage. On peut aussi utiliser la trétinoïne topique.

Acné chéloïdienne de la nuque ou folliculite fibrosante

Elle touche l'adulte d'origine africaine et de sexe masculin. C'est une association de pustules, de papules dures de petite taille et d'allure chéloïdienne, et de zones alopéciques. L'origine est folliculaire, les cheveux crépus coupés très court suivent un trajet anormal sous-épidermique avec réaction inflammatoire anormale secondaire (rôle favorisant du rasage). Le traitement est très difficile.

Les alopécies

Alopécie de traction

Cette alopécie est due à un tressage serré fronto-pariétal ou à d'autres pratiques de coiffage traumatisant.

Alopécie cicatricielle centrifuge du vertex

Cette alopécie, spécifiquement féminine, est très fréquente et est aussi nommée syndrome de dégénérescence folliculaire. Elle débute sur le vertex, et s'étend de façon centrifuge, cicatricielle. Elle semble due à des soins de coiffage traumatisants.
(CM)

D'après l'exposé « Dermatologie sur peaux foncées » du Dr Laurence de MONTJOYE, dermatologue, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Mots-clés : acné, alopécie, dermite séborrhéique, pityriasis versicolor.

Éruptions chez les enfants

Commençons par quelques éléments d'orientation diagnostique face à un exanthème :

- **âge du patient :**
  - le HHV6 (human herpesvirus 6) touche les enfants de < 3 ans,
  - la scarlatine, les enfants de > 2 ans ;
- **vaccination : le calendrier vaccinal est-il à jour ou non ? ;**
- **notion de contage ? ;**
- **saison :**
  - varicelle et entérovirus : printemps et automne,
  - scarlatine : période hivernale ;
- **voyage : retour de zone d'endémie (dengue, chikungunya) ?**

En présence de vésicules, quatre étiologies sont à évoquer en priorité :

- varicelle : cuir chevelu et progression céphalo-caudale ;
- pied-main-bouche : paumes, bouche, siège et plantes des pieds ;

- eczéma herpeticum : dermatose sous-jacente ;
- le Gianotti Crosti : atteinte des bras et des jambes.

Notons l'importance de la topographie et de la progression des lésions.

Focus sur le Molluscum Contagiosum

C'est une infection fréquente et bénigne à poxvirus, habituellement spontanément résolutive (âge 3-12 ans, incubation 2-7 semaines).
La contagion est directe par contact ou indirecte par l'intermédiaire d'objets contaminés. Les facteurs de risque sont les suivants : piscine, altération de la barrière cutanée (dermatite atopique) ou patients immunodéprimés.
L'infection se caractérise par des papules hémisphériques lisses fermes de 1 à 5 mm, translucides ou roses, et ombiliquées au centre. Leur nombre peut varier d'une dizaine à plusieurs centaines. Elles sont souvent localisées au niveau des zones de frottement (nuque, plis, aisselles et tronc), du visage, des paupières, du cuir chevelu et de la sphère génitale. Les lésions peuvent augmenter en taille jusqu'à environ 1 cm en quelques semaines, puis deviennent inflammatoires, ensuite crouteuses spontanément ou suite à un traumatisme, et finissent par involuer en 6 à 9 mois (de façon plus occasionnelle en 3-4 ans). Se pose donc la question de la pertinence d'un traitement pour cette affection bénigne et spontanément résolutive. La revue Cochrane a conclu en 2017, qu'aucun traitement n'était efficace. La décision de traiter se fait au cas par cas (demande des parents, de l'enfant, étendue des lésions...). Si on décide de traiter les lésions, il faudra veiller à rester atraumatique. La destruction par curetage après application d'une crème locale anesthésiante (ex. Emla®) ou sous MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) est peu douloureuse, mais présente un risque d'échec et de cicatrices punctiformes. La destruction chimique par solution aqueuse d'hydroxyde de potassium (Molutrex® à appliquer une fois par jour jusqu'à l'apparition d'une inflammation) présente aussi un risque d'échec, mais aussi de réactions inflammatoires importantes.
L'éviction des bains collectifs et des sports aquatiques collectifs est importante, ainsi que la restauration de la couche cornée chez l'enfant atopique.
(CM)

D'après l'exposé « Éruptions chez les enfants » du Dr Emmy HOORNAERT, pédiatre, Clinique Notre-Dame de Grâce, Centre médical de Lillois.

Mots-clés : molluscum contagiosum.