

Dermatite séborrhéïque

O. CHOSIDOW (Salpêtrière, Paris), P. AMBLARD (Grenoble), J. BAZEX (Toulouse),
Ph. BERNARD (Reims)

Objectifs

- Diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéïque.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

La dermatite séborrhéïque (DS) est une dermatose chronique assez fréquente (prévalence 1 à 3 p. 100 en France). Le sébum ne joue probablement qu'un rôle accessoire, favorisant la prolifération d'une levure lipophile de la peau, le *Malassezia furfur*.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans prélèvement biopsique ou autre examen biologique.

Différentes formes cliniques sont décrites :

DS de l'adulte

Le visage est la localisation la plus fréquente et la plus typique.

ATTEINTE DU VISAGE

La DS se présente sous la forme de plaques plus ou moins érythémateuses, recouvertes de petites squames grasses dans les zones où prédominent la séborrhée : sillons naso-labiaux, sourcils, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu... Dans les formes étendues, il peut y avoir une atteinte du menton et des bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéïque).

Elle touche le plus souvent les hommes adultes, de 18 à 40 ans. La DS atteint également le cuir chevelu réalisant au minimum un état pelliculaire ou pityriasis capitis (cf. infra). En général, les lésions sont asymptomatiques (prurit, voire sensation de brûlure possibles). La DS est aggravée par les stress émotionnels et s'améliore spontanément en été.

ÉTAT PELLICULAIRE DU CUIR CHEVELU

C'est la forme clinique la plus banale et la plus fréquente de la DS. Elle n'est pas obligatoirement associée à une atteinte faciale. Le cuir chevelu n'est pas érythémateux et est recouvert de petites squames non adhérentes, facilement détachées

lors du coiffage et par les shampooings, saupoudrant le cou et les épaules. Dans les formes sévères, il existe un aspect de casque engainant des touffes de cheveux (pityriasis amiantacé).

DS DU TRONC

Les lésions se présentent sous la forme de plaques annulaires ou circinées au niveau du cou et du tronc. La bordure est squameuse, se localisant typiquement à la face antérieure du thorax (région pré-sternale). Une atteinte des zones pileuses et des régions génitales, du pubis, du périnée et de la vulve, est possible.

DS du nouveau-né et du nourrisson

Elle débute après la 2^e semaine de vie des nouveaux-nés par ailleurs en bonne santé. L'aspect est celui de croûtes jaunes du cuir chevelu (croûtes de lait) et du visage. Une dermite du siège et des squames grasses des plis axillaires sont possibles.

Dans les formes étendues et extensives, une érythrodermie (dite de Leiner-Moussous) peut survenir. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

Formes cliniques selon le terrain

La DS, notamment lorsqu'elle est sévère et étendue, paraît plus fréquente chez les patients atteints de la maladie de Parkinson et de syndromes extrapyramidaux iatrogènes. De la même manière, il a été décrit une association préférentielle chez des patients alcooliques chroniques et chez des patients traités pour des carcinomes des voies aéro-digestives supérieures.

La DS est plus particulièrement associée à l'infection VIH, survenant dans 40 p. 100 des cas chez les sujets séropositifs, et jusqu'à 80 p. 100 des cas chez les malades au stade SIDA. C'est dans ces formes, que le rôle du *Malassezia furfur* a été le plus clairement suspecté. Une DS grave et/ou chronique, doit conduire à réaliser un test de dépistage du VIH.

Diagnostic différentiel

PSORIASIS DES RÉGIONS SÉBORRHÉIQUES (« SEBOPSORIASIS »)

Il est à la limite du diagnostic différentiel.

En effet, la DS et le psoriasis du cuir chevelu et du visage sont impossibles à différencier cliniquement. Ce sont les localisations extra-faciales et les antécédents qui permettent de séparer les deux entités.

DERMATITE ATOPIQUE

Chez le nourrisson, une érythrodermie de Leiner-Moussous pourrait constituer un mode de début d'une dermatite atopique ou d'un psoriasis.

Chez l'adulte, le diagnostic est parfois difficile lorsque la dermatite atopique ne persiste qu'à la tête et au cou. Toutefois, elle déborde largement les localisations typiques des régions séborrhéiques.

DERMATITE MIXTE DE LA FACE

Il s'agit d'un tableau de plus en plus fréquemment reconnu, associant des lésions de DS et des lésions de rosacée (« syndrome de visage rouge irritable »).

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX CHRONIQUE

Dans les formes très squameuses (mais lésions et topographie différentes).

PHYSIOPATHOLOGIE

La DS survient dans les régions dites séborrhéiques (définies à partir de la puberté) ou, dans certaines conditions, associée à une peau grasse. Toutefois, le rôle du sébum n'est pas clairement démontré et notamment il n'a pas été trouvé de différence quantitative ou qualitative des lipides de la surface cutanée entre des malades et des témoins.

Le rôle du *Malassezia furfur* a été suspecté en raison de la localisation préférentielle de la DS dans les régions cutanées où la levure atteint sa plus forte densité. L'efficacité des traitements antifongiques constitue un argument supplé-

mentaire en faveur de ce rôle. Toutefois, il n'y a pas de relation quantitative entre la gravité de la maladie et la densité de la flore levurique, au moins chez les malades non VIH.

TRAITEMENT

Les cibles thérapeutiques sont les suivantes :

- réduction de la colonisation de la peau par les levures du genre *Malassezia* ;
- lutte contre l'inflammation ;
- nettoyage éventuel du sébum résiduel dans les sites préférentiels de la maladie.

Dans les formes peu inflammatoires, un traitement local non corticoïde peut être efficace :

- kétoconazole gel moussant (à 2 p. 100) pouvant traiter à la fois le cuir chevelu et le visage (ayant seul l'AMM pour l'instant) ou en crème dans les formes localisées uniquement au visage ;
- ciclopiroxolamine, gluconate de lithium...

Le traitement de la phase d'attaque dure environ 2 à 4 semaines, période au-delà de laquelle une réduction de posologie de 50 p. 100 est souvent possible. Toutefois, l'arrêt de tout traitement s'accompagne, à plus ou moins long terme, d'une rechute quasi constante.

Il peut y avoir une poussée initiale et/ou une mauvaise tolérance des antifongiques en début de traitement. La prescription d'un corticoïde topique avec les précautions d'usage, pendant quelques jours, peut être utile.

Le traitement des formes plus inflammatoires repose sur l'utilisation première des corticoïdes locaux (de niveau II ou III) avec en relais un traitement non corticoïde, alors mieux toléré et plus efficace.

D'autres traitements ont pu être proposés comme par exemple le peroxyde de benzoyle en gel ou en lotion à 5 p. 100, à appliquer 2 fois par semaine.

Au cours de l'érythrodermie de Leiner-Moussous, le kétoconazole topique a prouvé son efficacité et sa tolérance, y compris lorsqu'il est appliqué sur de grandes surfaces.

Enfin, de manière tout à fait exceptionnelle, des traitements systémiques ont pu être proposés.

Points clés

- la dermatite séborrhéique est une dermatose très fréquente ;
- la dermatite séborrhéique touche électivement les zones séborrhéiques avec le rôle probable d'une levure, le *Malassezia furfur* ;
- le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans prélèvement biopsique ou autre examen biologique ;
- la localisation la plus fréquente est au visage et au cou ;
- les nourrissons peuvent être atteints, parfois avec une érythrodermie (Leiner-Moussous) ;
- il existe une association préférentielle au cours de l'infection VIH ;
- le traitement est essentiellement local : kétoconazole, ciclopiroxolamine, gluconate de lithium ;
- dans les formes très inflammatoires, ou en préalable des formes plus modérées, une corticothérapie locale de courte durée peut être utile ;
- il s'agit d'une dermatose chronique évoluant par poussées, parfois favorisée par le stress.