

# Les états squameux du cuir chevelu

## *The scaly scalp*

**P. Bruderer**

Service de Dermatologie, C.H.U. Saint-Pierre, C.H.U. Brugmann, H.U.D.E.R.F., U.L.B.

### RESUME

*Les états squameux du cuir chevelu représentent un motif fréquent de consultation. Les causes les plus fréquemment rencontrées sont les teignes chez l'enfant, la dermatite séborrhéique et le psoriasis chez l'adulte, mais certaines dermatoses plus rares comme le lupus érythémateux et le lichen plan sont aussi à envisager. Dans tous les cas, une anamnèse et un examen clinique rigoureux constituent les étapes indispensables d'un diagnostic précis et d'un traitement adapté.*

*Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 273-6*

### ABSTRACT

*Scaly scalp is a common problem in the pediatric and adult population. The possible causes range from the commonly seen tinea capitis, seborrheic dermatitis and psoriasis to rare diseases such as lupus erythematosus and lichen planus. In all cases a thorough history and physical examination are important first steps to successful diagnosis and treatment.*

*Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 273-6*

*Key words : scaly scalp, pityriasis capitis*

La présence de squames plus ou moins nombreuses sur le cuir chevelu constitue une plainte fréquente face à laquelle le médecin est couramment confronté.

Souvent qualifié de simple état pelliculaire, le cuir chevelu squameux n'est pourtant qu'un symptôme devant lequel différents diagnostics doivent être envisagés.

### PITYRIASIS CAPITIS

Pityriasis veut dire en grec : "son" (la partie la plus grossière du blé moulu, qui est une petite particule blanchâtre).

Ce terme regroupe les affections caractérisées par la production intense et récidivante de pellicules. Outre le caractère inesthétique de celles-ci, le pityriasis s'accompagne souvent de démangeaisons. De plus, cette condition finit toujours par altérer la peau du cuir chevelu (grattage, surinfection) et peut s'accompagner d'une alopecie sournoise.

Nous pouvons classer ces états selon la clinique : pityriasis *simplex*, dermatite séborrhéique, fausse teigne amiantacée. Les descriptions cliniques par Sabouraud au tout début du vingtième siècle restent d'une étonnante actualité<sup>1</sup>.

### Pityriasis *simplex* ou sec<sup>1-3</sup>

C'est la forme clinique la plus banale et la plus fréquente. Cet état est caractérisé par la présence de fines squames grises-jaunâtres, non adhérentes, parsemant l'ensemble du cuir chevelu, se détachant spontanément ou par léger grattage. Le pityriasis *simplex* n'est pas inflammatoire, le scalp n'est pas érythémateux.

### Dermatite séborrhéique

Dans cette forme inflammatoire de pityriasis, qui affecte 1 à 3 % de la population adulte immunocompétente<sup>4</sup>, le scalp est rosé ou rouge, les squames sont plus épaisses, plus adhérentes, plus grasses. Elles débordent du cuir chevelu sur le front et les zones mastoïdiennes. Cette atteinte de la lisière réalise l'aspect d'une "couronne séborrhéique". Elle est souvent associée à des lésions érythémato-squameuses des ailes du nez, du conduit auditif externe, de la glabelle. L'ensemble est prurigineux, difficile à supporter. Le principal diagnostic différentiel est celui de psoriasis.

Dans le pityriasis *simplex* comme dans la dermatite séborrhéique, le rôle pathogénique d'une levure lipophile saprophyte de la peau humaine, *Malassezia furfur* (anciennement appelée *Pityrosporum ovale*) semble évident<sup>5</sup>, même s'il subsiste des controverses quant à la façon dont celle-ci intervient. Le sébum joue un

rôle permissif dans la localisation des lésions, sans être directement impliqué dans la pathogénie.

Ces éléments conditionnant la thérapeutique, il faudra donc :

- réduire la colonisation de la peau par les levures du genre *Malassezia* ;
- diminuer le sébum résiduel ;
- contrôler la réaction inflammatoire de l'hôte.

En pratique, pour le pityriasis *simplex* et dans les formes mineures de dermatite séborrhéique, deux applications par semaine pendant quatre semaines d'un shampoing antipelliculaire suffisent généralement<sup>4</sup>. Ces shampoings contiennent des molécules à visée antifongique ou anti-inflammatoire telles que la pyrithione de zinc, la piroctone olamine, un dérivé imidazolé (kétoconazole, éconazole, climbazole), plus ou moins associées à des kératolytiques (acide salicylique, ichtyol). On laisse agir le shampoing pendant environ cinq minutes.

Pour le traitement d'entretien, une seule application par semaine peut suffire.

En cas de lésions inflammatoires importantes, on peut y associer pendant une courte période, une lotion corticoïde faiblement ou moyennement puissante, tout en évitant autant que possible une corticodépendance qui peut survenir rapidement pour cette pathologie chronique.

Lorsque des squames épaisses recouvrent les lésions du cuir chevelu, l'utilisation d'acide salicylique à 3-5 % dans une base d'onguent émulsifiable pendant quelques nuits est très efficace.

En cas de dermatite séborrhéique sévère et résistante aux traitements locaux, ou dans les cas où il s'est développé une corticodépendance du fait d'une utilisation prolongée de corticoïdes puissants, un traitement pulsé par itraconazole oral peut s'avérer intéressant<sup>6</sup>. On commence le traitement par 200 mg/j pendant une semaine, éventuellement suivis de 200 mg les deux premiers jours de chaque mois.

### Fausse teigne amiantacée

C'est un aspect plus rare des états pelliculaires, mais très caractéristique, localisé à un ou plusieurs endroits du cuir chevelu, mais ne s'étalant jamais sur toute sa surface.

Les squames sont épaisses, blanches ou grises, brillantes, comme de l'amiante. Elles engluent la gaine pileaire, et couchent le cheveu sur quelques millimètres. Si l'on tire sur les cheveux, l'enduit squameux lamellaire vient avec et se sépare du scalp. Il n'y a pas de prurit. Une alopecie transitoire et localisée est possible si les squames sont très épaisses. Elle ne devient que rarement permanente en cas de surinfection secondaire et d'inflammation intense.

L'origine du problème reste mystérieuse mais il semble s'agir d'un trouble de la kératinisation particulier, qui peut être primitif ou secondaire<sup>7</sup> à une dermatite séborrhéique, un psoriasis, un lichen. Si la lésion ressemble à une teigne, comme son nom l'indique, l'examen direct et la mise en culture des squames restent négatifs.

Le traitement fait appel aux topiques kératolytiques et corticoïdes.

## PSORIASIS

C'est une dermatose familiale fréquente dont le cuir chevelu représente une localisation privilégiée, parfois isolée. Elle peut précéder l'apparition d'un psoriasis aux autres endroits classiques (genoux, coudes, bas du dos). Les lésions squameuses sont en général limitées et bien circonscrites, arrondies. Elles sont blanches brillantes, avec un liseré érythémateux intense en périphérie. Parfois elles peuvent confluer et réaliser un véritable casque sur la totalité du cuir chevelu. Le grattage fait apparaître des squames blanches, sèches, de taille variable. Le cheveu traverse la plaque perpendiculairement, contrairement à la fausse teigne où il est couché sous la squame.

L'évolution est chronique, souvent récalcitrante aux traitements, avec des poussées récidivantes et des rémissions. Le traitement fait appel aux kératolytiques, lotions corticoïdes et à base de calcipotriol, un dérivé de la vitamine D. La photothérapie par peigne UVB donne de bons résultats dans certains cas plus résistants.

## TEIGNES DU CUIR CHEVELU<sup>8-11</sup>

Les teignes du cuir chevelu représentent l'infection du cheveu et des follicules pileux par des champignons parasites kératinophiles du groupe des dermatophytes. Il en résulte une cassure du cheveu et des zones alopeciques squameuses. Elles touchent essentiellement les enfants d'âge scolaire avant la puberté.

Sur le plan épidémiologique, on distingue les dermatophytes **anthropophiles** qui sont responsables de contaminations interhumaines (soit par contact direct avec un individu infecté, soit de façon indirecte par les spores présentes dans les peignes, brosses ou couvre-chefs), et les dermatophytes **zoophiles**, que l'on peut contracter d'un animal (chat, rongeur). Dans les teignes zoophiles, on observe souvent une réaction inflammatoire importante, alors que celle-ci est modérée, voire absente dans les teignes anthropophiles.

Il est important de souligner qu'actuellement, à Bruxelles et dans les autres grandes villes en Europe, la majorité des cas de teignes du cuir chevelu est le fait de dermatophytes anthropophiles<sup>8</sup>. La transmission intrafamiliale semble plus importante que la transmis-

sion scolaire, sauf pour les très jeunes enfants où les contacts et jeux rapprochés sont propices à la propagation de ces souches<sup>11</sup>.

Deux genres de dermatophytes, réalisant des aspects cliniques différents, sont importants : le genre *Microsporum* (*M.*) responsable des teignes **microsporiques** et le genre *Trichophyton* (*T.*) responsable des teignes **trichophytiques**.

### Teignes microsporiques

Les principaux agents en sont *M. langeroni* (anthropophile) et *M. canis* (zoophile). Elles se présentent sous forme de grandes plaques squameuses unies ou en petit nombre, de 2 à 6 cm de diamètre.

Les cheveux infectés sont cassés en brosse à 2 ou 3 mm du cuir chevelu et ont une fluorescence verte en lumière de Wood (lumière UV). A l'examen microscopique, ils sont enveloppés d'une gaine de petites spores (spores ectothrix).

### Teignes trichophytiques

Les agents principaux en sont *T. violaceum*, *T. soudanense* et *T. tonsurans*, tous anthropophiles.

L'image clinique est celle de nombreux et petits placards alopeciques peu squameux où les cheveux contaminés sont cassés au ras du cuir chevelu. Ils ne sont pas fluorescents en lumière de Wood. Les spores sont à l'intérieur du cheveu (spores endothrix).

Une forme clinique particulière et plus rare de teigne trichophytique profonde est due à *T. mentagrophytes* (zoophile) et réalise l'aspect d'un kérion : macaron unique, fortement inflammatoire et douloureux, posé sur le cuir chevelu et recouvert de pustules et de pertuis.

Dans tous les cas, l'examen direct et la mise en culture de squames et de cheveux cassés (prélevés à la pince à épiler) sont indispensables pour identifier l'agent pathogène en cause et donc son mode de transmission. Ceci permettra d'évaluer le degré de contagiosité pour la collectivité dans laquelle vit l'enfant, de planifier l'éviction scolaire et les mesures d'hygiène spécifiques, mais aussi de choisir le traitement le plus adéquat<sup>8</sup>, les dermatophytes n'ayant pas la même sensibilité aux nouveaux antifongiques disponibles.

Toutes les teignes du cuir chevelu nécessitent un traitement par voie orale qui sera prolongé plusieurs semaines selon la nature de la souche pathogène et l'évolution de l'affection.

Il doit être poursuivi jusqu'à la guérison mycologique (c'est-à-dire la négativité des prélèvements). Un traitement local par shampoing et crème imidazolée est également prescrit, mais ne peut remplacer le traitement général.

Si l'enfant a moins de 2 ans, pèse moins de 15 kg ou ne sait pas avaler des gélules ou des comprimés, quel que soit le type de teigne suspecté, il reçoit du fluconazole en sirop à la dose de 4-6 mg/kg/j.

Chez les enfants de plus de deux ans ou de plus de 15 kg, s'il s'agit d'une teigne microsporique, on prescrit de l'itraconazole à la dose de 3-5 mg/kg/j. Pour une teigne trichophytique, on donnera de la terbinafine à la dose de 62,5 mg/j en dessous de 20 kg de poids corporel, de 125 mg/j entre 20 et 40 kg, et de 250 mg/j au-dessus de 40 kg.

L'éviction scolaire, d'un minimum de trois semaines, sera ensuite adaptée en fonction de l'âge de l'enfant et de la souche pathogène identifiée par culture. S'il s'agit d'une souche anthropophile, l'éviction sera stricte jusqu'à guérison mycologique pour les enfants en gardiennat, mais pour ne pas compromettre la scolarité des enfants d'école primaire, ceux-ci seront autorisés à fréquenter l'établissement en portant un bonnet.

## DIVERS

D'autres dermatoses du cuir chevelu peuvent s'accompagner de squames et doivent être évoquées<sup>1-3</sup>. Certaines sont fréquentes : pédiculose, névrodermite, dermatite de contact (de nature irritative ou allergique).

Des affections plus rares doivent être envisagées, surtout en cas d'alopecie cicatricielle<sup>12</sup> : lupus érythémateux, lichen plan, folliculite décalvante, etc.

Une biopsie pour microscopie optique et immunofluorescence directe est souvent nécessaire pour un diagnostic de certitude et un traitement spécifique adapté<sup>13</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sabouraud R : Dermatologie topographique. Paris, Masson, 1905 : 193-269
2. Orfanos C, Happle R : Hair and hair diseases. Berlin, Springer-Verlag, 1990
3. Dawber R, Van Neste D : Hair and scalp disorders. Martin Dunitz Ltd, 1995
4. Gupta AK, Madzia SE, Batra R : Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2004 ; 208 : 89-93
5. Bergbrant IM : Seborrheic dermatitis and pityrosporon ovale : cultural, immunological and clinical studies. *Acta Dermatol* 1991 ; 167 : 1-36
6. Caputo R, Barbareschi M : Itraconazole : New horizons. *G Ital Dermatol Venereol* 2002 ; 137 : 1-7
7. Abdel-Hamid IA, Agha SA, Moustafa YM, El-Labban AM : Pityriasis *amiantacea* : a clinical and etiopathologic study of 85 patients. *Int J Dermatol* 2003 ; 42 : 260-4
8. Kolivras A, Lateur N, De Maubeuge J, Scheers C, Wiame L, Song M : *Tinea capitis* in Brussels : epidemiology and new

management strategy. *Dermatology* 2003 ; 206 : 384-7

9. Lateur N : *Tinea capitis* chez l'enfant : diagnostic, étiologie et traitement. *Percentile* 2000 ; 42 : 100-3
10. Elewski BE : *Tinea capitis* : a current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 : 1-23
11. Detandt M, Planard C, Verstraeten C, Nolard N : *Tinea capitis* in nurseries and schools : an epidemiological survey. *Mycoses* 2002 ; 45 : 11-2
12. Headington JT : Cicatricial *alopecia*. *Dermatol Clin* 1996 ; 14 : 773-82
13. Sperling LC : Scarring *alopecia* and the dermatopathologist. *J Cutan Pathol* 2001 ; 28 : 333-42

**Correspondance et tirés à part :**

P. BRUDERER  
C.H.U. Saint-Pierre  
Service de Dermatologie  
Boulevard de Waterloo 129  
1000 Bruxelles

Travail reçu le 28 mai 2004 ; accepté dans sa version définitive le 19 juillet 2004.