

Item 232 : Dermatoses faciales : Dermatite séborrhéique

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table	des	matières
OBJECTIFS		3
I Diagnostic positif		4
I.1 Dermatite séborrhéique de l'adulte		4
I.1.1 Atteinte du visage		4
I.1.2 Atteinte du cuir chevelu		4
I.1.3 Atteinte du tronc		4
I.1.4 Autres atteintes possibles		4
I.2 Dermatite séborrhéique du nouveau-né et du nourrisson		4
I.3 Formes cliniques selon le terrain		5
II Diagnostic différentiel		5
II.1 Psoriasis des régions séborrhéiques (« sébopsoriasis »)		5
II.2 Dermatite atopique		5
III Attitude thérapeutique		6
III.1 Information du patient		6
III.2 Cibles thérapeutiques		6
III.3 Méthodes		6
III.4 Indications		6
Points Essentiels		7

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une dermatite séborrhéique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

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

Physiopathologie

La DS survient dans les régions dites séborrhéiques, mais 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 supplémentaire 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.

I DIAGNOSTIC POSITIF

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

Différentes formes cliniques sont décrites.

I.1 DERMATITE SEBORRHEIQUE DE L'ADULTE

I.1.1 Atteinte du visage

C'est la localisation la plus fréquente.

La dermatite séborrhéique se présente sous forme de plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses dans les zones où prédomine la séborrhée : sillons nasolabiaux, sourcils, glabella, lisière antérieure du cuir chevelu...

Dans les formes étendues, il peut y avoir une atteinte du menton et des bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique).

I.1.2 Atteinte du cuir chevelu

Elle peut être isolée, sans atteinte faciale.

Dans les formes peu sévères, les plus fréquentes, le cuir chevelu est recouvert de petites squames non adhérentes, réalisant au minimum un état pelliculaire ou pityriasis capitis.

En général, les lésions sont asymptomatiques (prurit, voire sensation de brûlure sont possibles).

Dans les formes sévères, il existe un aspect de casque engainant des touffes de cheveux (pityriasis amiantacé).

I.1.3 Atteinte du tronc

Plaques annulaires ou circinées à bordure squameuse, se localisant typiquement sur la face antérieure du thorax (région présternale).

I.1.4 Autres atteintes possibles

Les atteintes possibles sont les zones pileuses et les régions génitales.

I.2 DERMATITE SEBORRHEIQUE DU NOUVEAU-NE ET DU NOURRISSON

Elle débute après la 2e semaine de vie de nouveau-nés par ailleurs en bonne santé.

Dans les formes typiques, l'aspect est celui de croûtes jaunes du cuir chevelu (croûtes de lait) et du visage. Une dermatite du siège et des squames grasses des plis axillaires est possible.

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

I.3 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 ;
- chez les alcooliques chroniques ;
- chez les malades traités pour des carcinomes des voies aérodigestives supérieures ;
- chez les patients atteints d'infection par le VIH : dans 40 % des cas chez les sujets séropositifs, et jusqu'à 80 % des cas chez les malades au stade SIDA. C'est dans ces formes que le rôle du *Malassezia furfur* est le plus clairement suspecté. Une DS grave et/ou chronique doit conduire à réaliser un test de dépistage du VIH.

II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

II.1 PSORIASIS DES REGIONS SEBORRHEIQUES (« SEBOPSORIASIS »)

La DS et le psoriasis du cuir chevelu et du visage sont impossibles à différencier cliniquement. Ce sont les localisations extrafaciales et les antécédents qui permettent de séparer les deux entités.

II.2 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.

III ATTITUDE THERAPEUTIQUE

III.1 INFORMATION DU PATIENT

Il faut expliquer au malade :

- qu'il s'agit d'une affection chronique et que le but des traitements est l'obtention d'une rémission et non pas la guérison définitive ;
- que des traitements itératifs seront nécessaires au long cours ;
- que des effets secondaires peuvent survenir à la suite d'un traitement excessif.

III.2 CIBLES THERAPEUTIQUES

- Réduction de la colonisation de la peau par *Malassezia* .
- Lutte contre l'inflammation.
- Lutte contre la séborrhée.

III.3 METHODES

- Toilette avec base lavante douce.
- Shampoings à la pyrithione de zinc, à la piroctone-olamine, au kétoconazole ou au sulfure de sélénium.
- Antifongiques locaux contenant un dérivé imidazolé (kétoconazole) ou de la ciclopiroxolamine.
- Gluconate de lithium en gel.
- Corticoïdes locaux de classe 2 ou 3 à éviter autant que possible.

III.4 INDICATIONS

Le traitement est presque toujours local et les rechutes sont quasi constantes à son arrêt :

- états pelliculaires simples : shampoings ;
- DS de la face et du tronc :
 - dans les formes habituelles : le traitement d'attaque par antifongiques locaux ou gluconate de lithium dure environ 2 à 4 semaines, période au-delà de laquelle un traitement d'entretien séquentiel peut être proposé,

- dans les formes très inflammatoires : le traitement repose sur l'utilisation première des corticoïdes locaux pendant quelques jours avec en relais un traitement non corticoïde, alors mieux toléré et plus efficace,
- dans les formes sévères et résistantes : des traitements systémiques ont pu être proposés,
- érythrodermie de Leiner-Moussous : kétoconazole topique.

POINTS ESSENTIELS

- **La dermatite séborrhéique est une dermatose très fréquente.**
- **La dermatite séborrhéique touche de manière sélective les zones séborrhéiques avec le rôle probable d'une levure, le *Malassezia furfur*.**
- **Le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans biopsie ou autre examen biologique.**
- **La localisation la plus fréquente est au visage.**
- **Les nourrissons peuvent être atteints, parfois avec une érythrodermie (Leiner-Moussous).**
- **Il existe une association préférentielle avec l'infection VIH.**
- **Le traitement est essentiellement local (kétoconazole).**
- **Il s'agit d'une dermatose chronique évoluant par poussées, parfois favorisée par le stress.**