



## L'ESSENTIEL SUR LA PEAU ET LA DERMATOLOGIE

Un dossier pour tout savoir –ou presque– sur la  
peau et mieux comprendre pourquoi et comment le  
dermatologue vous soigne...



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

## I - LA DERMATOLOGIE ET LE DERMATOLOGUE

- 1 - La dermatologie.....P- 3
- 2 - Le dermatologue.....P- 3
- 3 - Les principaux examens complémentaires en dermatologie.....P- 4

## III - SOLEIL ET PEAU

- 1 - Action des ultraviolets .....P- 15
- 2 - Exposition au soleil et protections solaires ..... P- 16
- 3 - Médicaments et soleil .....P- 18

## IV - PRINCIPALES MALADIES DE LA PEAU

- 1 - Acné .....P- 18
- 2 - Cancer de la peau ..... P- 20
- 3 - Eczéma et dermatite atopique ..... P- 22
- 4 - Erythrose, couperose et rosacée ..... P- 24
- 5 - Infection par 1 bactérie ....P- 25
- 6 - Infection par 1 virus ..... P- 26
- 7 - Infection par 1 champignon P- 31
- 8 - Infection par 1 parasite ....P- 31
- 9 - Psoriasis.....P- 32
- 10 - Urticaire.....P- 34

## II - LA PEAU

- 1 - Constitution de la peau et phénomène de cicatrisation ... P- 5
- 2 - Le vieillissement de la peau ..... P- 8
- 3 - La peau de couleur ..... P-10
- 4 - La brûlure, l'ulcération et l'escarre .....P- 11
- 5 - Hygiène de la peau et usage des cosmétiques .....P- 13
- 6 - L'auto-examen de la peau .P- 14

## V - CHEVEUX, ONGLES ET MUQUEUSES

- 1 - Perte de cheveux..... P- 35
- 2 - Poux.....P- 37
- 3 - Ulcération muqueuse.... P- 38
- 4 - Maladies des ongles..... P- 38

# I/ LA DERMATOLOGIE ET LE DERMATOLOGUE

## 1/ La dermatologie :

Le champ d'activité de la dermatologie est vaste puisqu'il englobe la **peau** mais aussi les **ongles**, le **cuir chevelu** et les **muqueuses**.

Il s'étend à l'**allergologie** (science des allergies) et à l'**esthétique** pour corriger certaines imperfections provoquées par l'âge, le soleil ou les séquelles de certaines maladies de peau.

Enfin, même s'il s'agit d'un chapitre que nous n'aborderons pas dans ce guide, il faut savoir que la **vénéréologie** (partie de la médecine en rapport avec les maladies vénériennes) est traditionnellement rattachée à la dermatologie.

La peau, appelée aussi tégument (du latin *tegumentum*, couverture) est l'organe du corps humain à la fois le plus lourd et le plus étendu, pesant de 4 à 10 kg chez l'adulte et représentant une surface d'environ 2 m<sup>2</sup>. Son épaisseur, de 2 mm en moyenne, varie de 1 mm au niveau des paupières à 4 mm au niveau des paumes de mains et des plantes de pieds.

Indispensable à la vie, elle joue plusieurs rôles fondamentaux dont celui de **protection vis-à-vis de l'extérieur** (chocs, pollution, microbes, ultraviolets...), de **régulation thermique**, de **synthèse hormonale** (vitamine D et différentes hormones). La peau a aussi une fonction immunitaire et une fonction psychosociale, puisque c'est l'**organe de relation avec le monde extérieur** et le reflet de différentes atteintes internes.

La peau fait l'objet de nombreuses atteintes directes, comme l'acné, le psoriasis ou les carcinomes et le mélanome, qui sont les principaux cancers de la peau.

Elle peut être également le siège d'une infection par une bactérie (impétigo, érysipèle, furoncle...), par un virus (herpès, verrue, molluscum contagiosum), par un champignon (candidose, pityriasis versicolor...), ou encore par un parasite comme la gale par exemple.

Enfin, les atteintes de la peau peuvent constituer l'expression d'une maladie plus générale telle que le lupus érythémateux, la polyarthrite rhumatoïde ou les allergies.

Certaines maladies cutanées sont vécues comme des drames par le retentissement esthétique, relationnel et professionnel qu'elles impliquent, même s'il s'agit parfois d'affections bénignes.

## 2/ Le dermatologue

Le dermatologue a au minimum consacré **10 années d'études** à la médecine dont 4 plus spécifiquement à sa spécialité. Comme tous les médecins, il a, par ailleurs, l'obligation déontologique de se former tout au long de sa carrière pour actualiser ses connaissances et sa pratique qui évoluent en permanence.

Après avoir passé plusieurs années dans un centre hospitalo-universitaire, 9 dermatologues sur 10 exercent une activité libérale, un bon nombre d'entre eux assurant en même temps une consultation spécialisée à l'hôpital, et 10 % travaillent uniquement en milieu hospitalier (Source : Société Française de Dermatologie - 06/2015).

On compte aujourd'hui en France environ **3 400 dermatologues** qui assurent 10 millions de consultations chaque année. Cela veut dire, en moyenne, un dermatologue pour 20 000 habitants avec de fortes disparités régionales puisqu'il n'y a, par exemple, dans la Creuse, qu'un dermatologue pour 400 000 habitants.

Les dermatologues français, très reconnus au niveau international, sont pionniers de nombreuses découvertes et avancées médicales.

### » MÉDECIN ET CHIRURGIEN

Le dermatologue est un médecin exerçant à la fois une **spécialité médicale** très large, du fait du nombre élevé de maladies pouvant s'exprimer par des problèmes dermatologiques, et une **spécialité chirurgicale** qui lui permet d'intervenir de façon curative, préventive ou esthétique sur des lésions dermatologiques au premier rang desquelles les tumeurs et cancers cutanés.

On peut consulter un dermatologue dès lors que l'on constate quelque chose d'anormal : de l'acné, des boutons, une démangeaison (prurit), un grain de beauté qui change d'aspect, une chute de cheveux... mais aussi pour un conseil ou une intervention dans le domaine de l'esthétique de la peau.

#### » COMMENT SE DÉROULE UNE CONSULTATION ?

Comme tous les médecins, le dermatologue débute toujours la consultation en interrogeant la personne sur ses symptômes et ses antécédents personnels et familiaux. Il s'intéresse aussi aux agressions que peut subir la peau du fait de l'utilisation de certains produits, de la prise de médicaments ou de la profession.

Il procède ensuite à un **examen physique minutieux**, temps essentiel de la consultation. Son expertise clinique permet dans la grande majorité des cas de porter ou d'orienter le diagnostic. Il peut parfois avoir recours à des examens complémentaires tels le prélèvement de peau (biopsie) pour examen au microscope.

Une fois le diagnostic établi, il propose au patient un traitement intégrant les données actuelles de la médecine et les recommandations établies par ses confrères réunis au sein de sociétés savantes, comme la Société française de dermatologie.

Il assure ensuite le suivi du traitement et le lien éventuel avec ses confrères, médecin traitant ou hospitalier.

Pour certaines interventions il peut orienter son patient vers un confrère dermatologue à forte activité chirurgicale spécifique ou un chirurgien.

#### » LES INSTRUMENTS DU DERMATOLOGUE

Le dermatologue s'aide parfois d'un **dermoscope** (ou dermatoscope) qui lui permet d'améliorer sa vision (x10).

Il a aussi souvent recours à la **biopsie de peau** pour prélever un morceau d'une lésion cutanée et la faire analyser par un médecin anatomo-pathologique, qui étudiera le prélèvement au microscope.

Pour cela, il utilise du matériel de chirurgie dermatologique : bistouri, ciseaux, curettes, punches, pinces... Il peut utiliser du matériel jetable à usage unique ou du matériel réutilisable stérile.

L'autre outil présent presque systématiquement dans les cabinets de dermatologie est l'**azote liquide**. Conservé dans un récipient permettant de le maintenir au froid, il sert à brûler, par congélation, les verrues, les taches ou de petites tumeurs superficielles.

Les **lasers** font partie de l'arsenal de certains dermatologues. Ils permettent selon leur configuration, de traiter certaines tumeurs, la couperose ou les rougeurs, de retirer des tatouages, d'estomper les cicatrices d'acné, ridules et taches ou encore de pratiquer des épilations.

Enfin, les dermatologues peuvent proposer des peelings et utiliser des produits injectables comme la toxine botulique, l'acide hyaluronique ou d'autres produits spécialisés.

### 3/ Les principaux examens complémentaires en dermatologie

Le médecin peut demander un **bilan sanguin** avec différents examens biologiques dont les résultats orienteront le diagnostic. Il peut ainsi faire effectuer une recherche bactériologique, virologique, mycologique (champignons) ou parasitologique pour mettre en évidence la présence d'un agent pathogène sur la peau ou les muqueuses.

La **biopsie**, comme vu plus haut, permet de prélever, à l'aide d'un bistouri, un très petit fragment de peau dans le but de réaliser différents examens.

#### » LES TESTS CUTANÉS

Ils consistent à mettre la peau en contact avec la substance que l'on croit être responsable d'une allergie. Les tests les plus couramment pratiqués au cabinet du praticien sont les timbres et les tests épidermiques.

- **Timbres (patch-tests)** : Ils sont utilisés pour la recherche des allergies de contact et certaines allergies alimentaires. Ils consistent en l'application d'une série de timbres enduits de la substance que l'on soupçonne être responsable de l'allergie à des concentrations différentes, ou de plusieurs substances testées en même temps. Ces timbres sont collés sur la peau de la personne concernée et laissés en place quelques heures ou quelques jours. Le but est d'obtenir un effet local similaire au symptôme dominant observé.

Un très grand nombre d'eczémas professionnels trouvent ainsi leur explication.

• **Tests épidermiques (prick-tests)** : ils consistent à injecter les allergènes en infime quantité sous la peau, par une minuscule piqûre de moins d'un millimètre de profondeur. La réaction attendue dans les minutes qui suivent est une papule plus ou moins large ressemblant à une piqûre d'ortie.



### BON À SAVOIR !

Les **photographies** sont une pratique courante en dermatologie permettant de surveiller et suivre l'évolution des lésions. Elles ne peuvent cependant être effectuées qu'avec l'accord préalable de la personne.

## III/ LA PEAU

### 1/ Constitution de la peau et phénomène de cicatrisation

La peau est constituée de 3 couches superposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

#### » L'ÉPIDERME

En contact direct avec l'extérieur, il associe souplesse, imperméabilité et résistance.

Pour éviter un passage direct entre justement l'extérieur et l'intérieur du corps, l'épiderme est dépourvu de vaisseaux sanguins (ainsi, lors d'une coupure superficielle, seule une fine pellicule de peau se détache et il n'y a pas de saignement).

L'épiderme est constitué de 4 régions différentes que l'on distingue au microscope électronique.

#### • La couche basale, la plus profonde :

Au contact du derme, elle est composée d'une couche unique de cellules, les **kératinocytes**, qui se multiplient rapidement et dont le rôle est de renouveler le contingent des cellules cutanées. On trouve aussi dans cette couche les cellules mélanocytaires, ou **mélanocytes**, qui fabriquent un pigment spécifique appelé **mélanine**, permettant de protéger la peau des rayons du soleil.

La mélanine est produite spontanément dans le cas des peaux de couleur et suite à la stimulation par les rayons du soleil pour les peaux claires. Plus il y a de grains de mélanine dans les kératinocytes, plus la peau est foncée.

Cette couche abrite également certaines cellules du système de défense de l'organisme (cellules de Langerhans). Leur rôle est de capturer les corps étrangers (virus, bactéries, allergènes...), de les digérer et d'aller en présenter certains composants à des cellules spécialisées de défense (lymphocytes).

#### • La couche de Malpighi (ou couche épineuse) :

Elle est constituée de la superposition de 4 à 5 épaisseurs de kératinocytes liés entre eux. Cet accrochage étroit favorise la fonction d'imperméabilité de la peau.

Progressivement, dans leur mouvement de l'intérieur vers l'extérieur, les cellules accumulent la mélanine et se chargent en grains de **kératine** qui joue un rôle important dans la fonction de barrière du revêtement cutané.

#### • La couche granuleuse :

A ce stade, les cellules remplies de kératine se rapprochent de la surface de la peau et commencent à dégénérer et à se déstructurer.

#### • La couche cornée :

C'est la couche la plus superficielle de la peau. Les cellules devenues plates et translucides sont mortes et forment une couche résistante et imperméable.

#### » LE DERME

Situé sous l'épiderme, il constitue la **partie résistante de la peau**. Son épaisseur varie suivant les zones et peut atteindre jusqu'à 1 cm au niveau du dos. Composé à 80 % d'eau, il est très riche en fibres d'élastine et de collagène; il est donc à la fois solide, souple et élastique.

Des muscles, dits peuciers, viennent s'y attacher. Ils soutiennent le revêtement cutané dans certaines zones comme les seins ou le cou.

C'est également dans le derme que se trouvent la plupart des éléments annexes de la peau : poils, glandes sudoripares qui fabriquent la sueur, glandes sébacées qui fabriquent le sébum

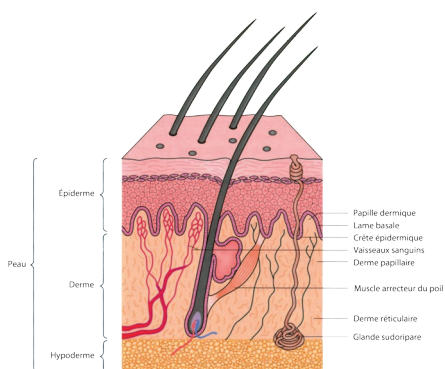


Schéma de la peau vue en coupe

et vaisseaux sanguins qui apportent nutriments et cellules de défense. Le derme sert ainsi de couche nourricière à l'épiderme.

- **Un tissu riche en collagène et élastine**

En effet, pour maintenir la souplesse et la résistance de la peau, des cellules spécialisées du derme fabriquent en permanence du **collagène** (conférant à la peau sa résistance aux tensions et à la traction) et de l'**élastine** qui permet à la peau de s'étirer et de revenir en place après déformation.

- **Un gel hydrophile**

On trouve dans le derme des mucopolysaccharides qui constituent un gel capteur d'eau dans lequel baignent collagène et élastine. Les 80 % d'eau dont est constituée la peau sont retenus par ces molécules qui agissent un peu comme des éponges, permettant **à la peau de rester hydratée**.

- **Un système de défense**

Différents types de globules blancs (lymphocytes, macrophages) sont présents dans les vaisseaux du derme et constituent la seconde ligne de défense de l'organisme après l'épiderme. Ces cellules sont capables de repérer, de signaler et éventuellement de détruire les éléments étrangers qui ont pu pénétrer dans le derme.

- **Un système de climatisation précis**

Quand une coupure saigne, c'est que le derme est atteint. De très nombreux vaisseaux de taille minuscule courent à l'intérieur de cette couche de la peau. Ils apportent les éléments nutritifs et l'oxygène nécessaires à la vie des cellules cutanées.

Les petites artères sont pourvues d'un système musculaire complexe qui permet d'en réduire le diamètre pour ajuster leur débit. Ce système joue un rôle clé dans la **régulation de la température du corps**. Si la température centrale du corps est trop élevée, les muscles des artérioles se relâchent, le débit sanguin est augmenté et la possibilité d'échange thermique avec l'extérieur est accentuée. La peau est plus rouge et la transpiration permet d'évacuer les calories en excès.

À l'inverse, quand il fait froid, pour conserver une température centrale normale et éviter les déperditions de chaleur, les vaisseaux se contractent et moins de sang circule sous la peau. Les échanges thermiques diminuent, la peau est plus blanche.

- **Un organe des sens**

C'est dans le derme enfin que se trouvent les éléments nerveux qui font de la peau l'**organe du toucher**. De nombreuses terminaisons nerveuses sensibles se trouvent dans le derme et se fraient un chemin jusqu'à l'épiderme. Les autres fibres nerveuses se terminent par des renflements spécialisés permettant de discerner diverses sensations : **le toucher, le chaud, le froid ou la pression**.

## » L'HYPODERME

C'est un tissu de soutien souple et déformable dont le rôle est de servir d'interface entre la peau et les organes qu'elle recouvre (muscles, os...).

Il est très riche en **cellules graisseuses (adipocytes)** et en fibroblastes.

L'hypoderme est présent sur tout le corps sauf au niveau des oreilles, des paupières et des organes génitaux externes masculins. Il est particulièrement épais au niveau des parties du corps soumises à des pressions importantes comme les talons ou les fesses.

L'hypoderme joue également un rôle de réserve énergétique. La graisse contenue dans les adipocytes peut être mobilisée sous forme d'énergie en cas d'effort intense ou prolongé ou de jeûne. L'hypoderme participe à la régulation thermique, la graisse jouant un rôle d'isolant passif, en réduisant les échanges de température avec l'extérieur.



## GRAIN DE BEAUTÉ

Le grain de beauté, ou naevus, résulte de la multiplication et du regroupement de **mélanocytes normaux**. Il s'agit d'une tumeur bénigne qui peut apparaître à tout moment de la vie, sous forme d'une petite lésion bien délimitée, de couleur chamois clair à brun foncé, voire bleue, plane ou surélevée en jaune d'œuf, poilue ou non et localisée sur n'importe quelle zone de la peau. On en trouve cependant un plus grand nombre sur le dos, la face externe des bras, la poitrine, les cuisses et les jambes.

**Certains grains peuvent dégénérer et, rarement, se transformer en cancer (mélanome).**

Un grain de beauté qui apparaît ou qui se modifie : grossit, se décolore, dont la forme ou la couleur devient irrégulière, saigne, s'épaissit,... **doit être montré à un médecin** qui jugera s'il est opportun, ou non, de procéder à son ablation chirurgicalement.

Le **soleil** est le **principal facteur de risque de dégénérescence** et il est préférable de limiter les expositions aux rayons solaires ou de se protéger le plus possible tout au long de la vie ; ce conseil est d'autant plus valable pour les personnes ayant une peau claire qui attrape facilement des coups de soleil et bronze peu.

### Attention aux grains de beauté qui :

- Apparaissent dans les 6 premiers mois de la vie, surtout s'ils sont de grande taille.
- Se modifient rapidement : taille augmentée, bords irréguliers, coloration modifiée, saignement, apparition d'une douleur.

## » LES ANNEXES

### • Le poil, pour chauffer

Le corps humain compte environ 5 millions de poils dont 1 million sur l'extrémité céphalique et 100 000 sur le cuir chevelu. Poils et cheveux poussent en moyenne de 0,3 mm par jour et sont plus nombreux chez les sujets blancs.

La quasi totalité (exception faite de la plante des pieds et de la paume des mains) de la surface cutanée est recouverte de poils, à raison d'une dizaine par centimètre carré. Suivant leur localisation, les poils sont plus ou moins gros et plus ou moins transparents.

Le poil est une structure fine et flexible formée de kératine. Chaque poil a une tige et une racine. Le poil naît dans le derme et forme autour de sa racine une gaine appelée **follicule pileux**. La tige, morte, traverse ensuite l'épiderme avant de sortir de la peau.

Il est centré à sa base par une petite pelote de vaisseaux qui lui apportent les nutriments et l'oxygène utiles à son bon fonctionnement.

La couleur du poil est due aux mélanocytes qui, en déposant plus ou moins de pigment, donnent les nuances de coloration.

Les poils jouent un rôle important dans la **régulation de la température du corps**.

Un muscle minuscule est fixé à la base de chaque poil, des millions de ces muscles pouvant se contracter ensemble. Chaque contraction dégage une énergie thermique qui, multipliée par plusieurs millions, représente un dégagement de chaleur capable de faire monter la température du corps de quelques fractions de degré. Le phénomène est connu sous le nom de « chair de poule ». Lorsque tous les muscles se contractent, les poils se hérissent et la peau est couverte de petites bosselures.

### • La glande sébacée, pour graisser la peau

Accrochée à la racine de la plupart des poils, on trouve une petite glande capable de fabriquer un liquide gras, le **sébum**, qui s'écoule le long de la base du poil, recouvre la surface de la peau et en complète ainsi la protection et la résistance à la pénétration de l'eau. Cette glande apparaît à la puberté et, lorsqu'elle ne fonctionne pas bien, peut être responsable d'acné.

### • La glande sudoripare, pour rafraîchir

Ces glandes, que l'on trouve essentiellement au niveau des aisselles et du cuir chevelu, sécrètent la **sueur** et ont un rôle primordial dans la lutte contre la chaleur.

Quand la température du corps s'élève, la sueur s'évapore à la surface de la peau. Lorsqu'une molécule d'eau passe de l'état liquide à celui de vapeur, elle absorbe un peu de chaleur qui s'éloigne ainsi du corps. La température de la peau chute, celle des vaisseaux également et le corps se refroidit.

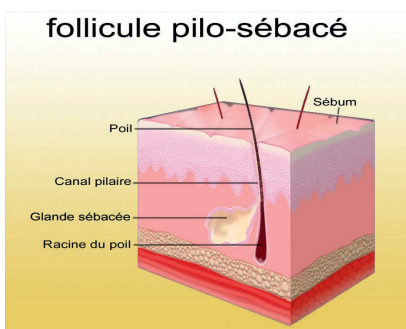


Schéma d'un follicule pilo-sébacé vu en coupe

- **L'ongle pour protéger, prendre et agresser**

Situé à la partie supérieure des extrémités des doigts et des orteils, l'ongle se présente comme une plaque dure, flexible, lisse et translucide qui épouse la forme du doigt. Il pousse d'environ 0,1 mm par jour et est essentiellement constitué de plusieurs couches de **kératine** très dures.

## » LA CICATRISATION

La peau possède une capacité d'autoréparation. Lorsqu'une agression rompt la continuité de la barrière cutanée, un processus de cicatrisation se met en place. Il permet de rétablir l'intégrité de la barrière cutanée en une semaine environ dans le cas de plaies légères.

La cicatrisation est un phénomène naturel mais de nombreux facteurs jouent sur la rapidité et la qualité, tels que l'âge et l'état général de l'individu, la cause de la lésion, sa profondeur ou sa localisation.

- **A chaque individu sa cicatrice**

Il n'y a pas de règle générale en ce qui concerne la cicatrisation. Chaque individu possède sa propre façon de cicatriser et celle-ci peut évoluer dans le temps. Il est donc difficile, voire impossible, de prédire la qualité d'une cicatrice.

- **Des facteurs favorisants**

Une plaie est d'autant plus simple à guérir que ses bords en sont nets et proches, qu'il n'y a pas de perte de tissu cutané ou de tension cutanée et qu'elle ne contient aucun corps étranger. Certains éléments comme la présence de débris dans la lésion, l'œdème et les hématomes peuvent ralentir la cicatrisation. L'impact d'une infection locale est évidemment néfaste sur le processus de réparation de la peau.

- **Les cicatrices chéloïdes**

La **chéloïde** est une boursoufflure de peau un peu plus foncée à l'endroit d'une cicatrice et elle est due à une hyperactivité de la peau. Ainsi une cicatrice qui met du temps à se former prédispose à une chéloïde.

En pratique, les facteurs de croissance des cellules en charge de l'élasticité de la peau (fibroblastes) sont produits en trop grande quantité, engendrant une importante production de tissu de peau autour de la plaie. Les personnes à peau noire ou asiatique sont les plus exposées.

Leur peau a en effet parfois un processus de cicatrisation anormal avec la formation de cicatrices visibles en général, foncées la plupart du temps, mais surtout épaisses et dures, appelées cicatrices chéloïdes (« chair poussante » aux Antilles). Elles touchent notamment le menton, les lobes des oreilles, le cou, les épaules, la poitrine et le haut du dos.

Les cicatrices chéloïdes peuvent être source de douleur ou de démangeaison, mais surtout à l'origine d'une gêne esthétique, si la zone est visible.

Le plus souvent, elles sont traitées par injection de corticoïdes dans la cicatrice par le dermatologue. Généralement, une injection suffit, mais pour les très grosses chéloïdes, il peut être nécessaire de les faire enlever d'abord par un chirurgien, puis d'injecter des corticoïdes.

## 2/ Le vieillissement de la peau

### » LA PEAU : UN CAPITAL À BIEN PROTÉGER

Comme tous les organes du corps, la peau est soumise aux effets du temps. Si cet effet est visible, il est très influencé par la façon dont on en prend soin tout au long de sa vie.

- **Le vieillissement, un processus naturel**

La peau est un organe en **renouvellement permanent**, autrement dit ses cellules meurent et se renouvellent chaque jour. Dans leur fonctionnement normal, les cellules de la peau se renouvellent tous les 28 jours, pendant 50 cycles au maximum.

Mais au fur et à mesure que la peau vieillit, le renouvellement des cellules se ralentit, et peut passer à plus de 30 jours. Les cellules les plus anciennes peuvent alors s'accumuler et donner l'impression de teint brouillé et de peau épaissie, traduisant également le dessèchement cutané qui est souvent la première plainte des personnes vieillissantes. Si le dessèchement n'est pas corrigé, les rides vont laisser plus facilement leur empreinte sur la peau, d'autant que cette dernière a tendance également à s'amincir.

Parallèlement, apparaissent des modifications du derme, responsables de sa perte de tonicité et du relâchement, également sous-tendu par la fonte du tissu graisseux et musculaire qui ne joue plus son rôle de soutien. Les volumes et l'aspect du visage se modifient progressivement tandis que les rides se creusent.



- **Une altération des processus de réparation et de la sécrétion des hormones**

Le vieillissement est lié à une altération des mécanismes de réparation ou de maintenance des cellules. Il est déterminé, d'une part, par une sorte d'horloge biologique individuelle génétiquement programmée, d'autre part, par les capacités de résistance de la cellule aux dégâts oxydatifs causés par des substances toxiques appelées « radicaux libres ».

Le vieillissement est également sous le contrôle de nombreuses hormones et la baisse de la sécrétion hormonale observée au fil du temps joue un rôle important dans le vieillissement cutané.

- **L'environnement**

Depuis quelques années, les spécialistes se sont aperçus qu'un environnement défavorable pouvait modifier le capital génétique des cellules cutanées, les rendant moins efficaces dans leur multiplication et plus fragiles. Pour bien vieillir, il est donc conseillé d'éviter en particulier **le soleil, le tabac, la pollution**, tout en veillant à garder une **alimentation équilibrée** et plus généralement une vie saine si possible, sans trop de **stress**.

## » LES RIDES

La **déshydratation** de la peau est un facteur important dans l'apparition des rides. La peau qui vieillit sans hydratation se flétrit comme celle d'une pomme. Plus la peau sera déshydratée, plus les rides seront marquées.

S'il est impossible d'aller à l'encontre du vieillissement naturel des cellules, il est possible cependant d'en limiter les conséquences visibles.

D'une manière générale, une alimentation riche en anti-oxydants (fruits, légumes, poisson...), une activité physique régulière, une protection solaire renforcée, un arrêt du tabagisme et une bonne hydratation cutanée sont les piliers de bon sens d'une stratégie anti-vieillesse efficace.

De façon plus ponctuelle, la **cosmétique moderne peut aider à diminuer les effets visibles du vieillissement**. Si les effets des crèmes « anti-vieillesse » sont aujourd'hui réels, ils restent loin des promesses publicitaires ! Plusieurs molécules ont ainsi des actions prouvées mais modérées :

- les crèmes à base de vitamine C permettent de protéger la peau des agressions extérieures ;
- pour renforcer la barrière cutanée, les acides gras essentiels (oméga 3, oméga 6) et les céramides sont efficaces (on les trouve dans l'huile d'argan, d'onagre, d'amande) ;
- pour augmenter les facteurs naturels d'hydratation, on peut utiliser les molécules de la classe des glycérols et les acides nucléiques ;
- pour agir sur le tissu conjonctif du derme et le rendre plus souple, on pourra choisir des produits contenant des actifs de type pro-collagène, ou matrixyl ;
- pour stimuler la substance fondamentale du derme, le rétinol et tous les dérivés des rétinoïdes (riches en vitamine A) agissent assez efficacement ;
- enfin, la vitamine PP et les sirtuines sont des molécules que l'on trouve dans certains cosmétiques et qui auraient un effet de protection et de réparation des structures cutanées.

Tous ces actifs peuvent être combinés entre eux pour un effet plus marqué.

Concernant la différence d'efficacité entre un cosmétique de luxe et une crème meilleur marché, il semblerait que le premier soit soumis à des recherches plus poussées et qu'il utilise des ingrédients plus chers ; de là à justifier un prix 10 fois plus élevé par une action 10 fois plus importante...

## » LEURS TRAITEMENTS

Depuis quelques dizaines d'années, des interventions promettent une « rénovation » complète de la peau du visage.

- **Le peeling**

Cette intervention vise à accélérer le nettoyage des cellules épidermiques superficielles mortes, stimulant ainsi indirectement l'activité de renouvellement cellulaire. Le peeling utilise des produits « abrasifs », provoquant une irritation plus ou moins importante suivant le type de peeling utilisé (de superficiel à profond). Le peeling doux nécessitera plusieurs séances pour donner un effet visible et devra être accompagné d'un protocole très strict de préparation et de poursuite de traitement sur la durée.

- **La dermabrasion mécanique ou au laser**

C'est une technique relativement plus agressive de renouvellement cellulaire et les cellules de la peau sont détruites jusqu'au derme. Les inconvénients en terme d'irritation sont donc plus marqués qu'avec le peeling. Ces effets peuvent se maintenir assez bien dans le temps.

- **L'injection de produits de comblement**

L'injection intradermique de produits de comblement dégradables comme le **collagène** ou l'**acide hyaluronique**, vise à combler les zones les plus « affaissées » de l'épiderme.

L'utilisation de ces produits, à condition d'être précédée d'une consultation préalable pour déterminer la bonne indication et les contre-indications, comporte peu de risques. Les produits non dégradables peuvent entraîner des complications et doivent être proscrits.

La **toxine botulique (« Botox »)** est réservée aux rides du front verticales (rides du lion) et horizontales. Son action détend les muscles dont la contraction répétée provoque ces rides, d'où l'effet de lissage du front. Son action se prolonge 6 à 9 mois et nécessite donc des injections régulières.

## 3/ La peau de couleur

### » LE FONCTIONNEMENT DE LA PIGMENTATION

La peau peut présenter des couleurs différentes selon ses origines et il n'y a pas vraiment de couleur de peau directement associée à un pays ou à une région du monde. Du fait du métissage des populations, toutes les couleurs de peau sont possibles.

Ces couleurs sont liées à la présence plus ou moins importante de **mélanine** dans le derme, un pigment dont le rôle est de protéger la peau contre les rayons du soleil. On estime que la peau noire protège 5 fois plus que la peau blanche des rayons du soleil. Ainsi les **peaux claires ont un risque beaucoup plus élevé de cancers cutanés** ; mais si ce risque est beaucoup plus faible sur la peau foncée, il existe néanmoins.

En revanche, dans des climats secs et froids, les peaux foncées souffrent de **dessèchement**. L'**eczéma** en est la conséquence directe. La peau est très sèche à certains endroits et n'arrive pas à reconstruire son film protecteur. Il se crée une inflammation locale, c'est l'eczéma. Par ailleurs, pour lutter contre la sécheresse cutanée, la peau du visage produit davantage de sébum, pouvant provoquer de l'acné. Le cuir chevelu souffre également de sécheresse et peut gratter. C'est le démarrage des démangeaisons et des pellicules.

### » LES ANOMALIES DE LA PIGMENTATION

Les **taches foncées** sont des soucis fréquents pour les peaux noires. Cette rupture de l'harmonie du teint est due à une inflammation, donc à un problème médical, qui engendre une hyperpigmentation transitoire. Pratiquement, toutes ces taches disparaissent avec le traitement approprié de la maladie à l'origine de leur apparition.

### » L'ÉCLAIRCISSEMENT DE LA PEAU

L'usage des crèmes éclaircissantes s'est développé depuis une trentaine d'années principalement lié aux canons de la beauté moderne : un teint idéal bronzé, mais pas trop foncé.

Les méthodes anciennes utilisées en Afrique (shampoings ou détergents appliqués sur la peau) sont abandonnées depuis longtemps mais de nouveaux produits encore plus agressifs sont vendus en masse dans les magasins spécialisés en cosmétiques « afro ». Deux principes actifs sont utilisés dans ces produits :

- **l'hydroquinone**, [interdite depuis 2003]; elle dépigmente la peau « en confetti », avec de nombreuses petites tâches blanches correspondant à des zones où la mélanine n'est plus fabriquée,
- **la cortisone**, qui amincit la peau et l'atrophie, provoquant de larges vergetures surtout aux bras et aux cuisses, et des difficultés à cicatriser.

La cortisone est un médicament qui n'est pas en vente libre mais se retrouve pourtant dans des produits plus ou moins contrefaits.

Les seuls traitements locaux ayant une autorisation de mise sur le marché contiennent des dépigmentants légers (acides de fruits, AHA, vitamine C, extraits de plantes dites à effet « hydroquinonique »).

**L'usage de ces produits de blanchiment est malheureusement à l'origine de conséquences parfois irréversibles** (vergetures, couperose...). La peau fragilisée est alors plus sensible aux infections avec l'apparition de furoncles et d'abcès. Les effets hormonaux sont marqués par l'apparition de poils ou d'acné sur le visage. Plus rarement, l'utilisation excessive et très prolongée de ces crèmes contenant de la cortisone peut provoquer de l'hypertension, un diabète ou un dérèglement hormonal.



## A NOTER

Sur la peau noire, l'acné se présente sous forme de tâches noires sur la peau, plus ou moins en relief.

Très souvent, elle est constituée de petits comédons le long du cuir chevelu, sur le front et les tempes. Cette forme d'acné est favorisée par les huiles et cires comédogènes utilisées pour coiffer les cheveux.

Les traitements sont les mêmes que pour les peaux blanches, et mettent plusieurs semaines avant de démontrer leur efficacité. Les traitements locaux sont parfois mal supportés, car ils irritent la peau et peuvent provoquer des taches foncées qui disparaîtront quand l'acné aura diminué.

**Les crèmes autorisées sur le marché sont en vente libre.** Elles ne présentent pas vraiment de danger, mais peuvent être à l'origine **d'allergies ou d'intolérances**. Elles sont souvent grasses et peuvent entraîner des acnés cosmétiques.

Les **poils incarnés** sur le visage sont très fréquents chez les hommes jeunes à peau foncée et se matérialisent par de petits boutons inflammés sur la zone de la barbe. Ce problème est dû à la spécificité des poils crépus qui poussent à l'horizontal et restent plus longtemps sous la peau. Donc après avoir été rasés, les poils de barbe s'incarnent très vite et forment de petits kystes.

## 4/ La brûlure, l'ulcération et l'escarre

### » LA BRÛLURE

Les brûlures peuvent être provoquées par des liquides ou des objets chauds, par des agents chimiques ou par des radiations (rayons ultra-violet du soleil, rayons X...). Elles comptent parmi les accidents domestiques et les accidents du travail les plus fréquents.

Leur gravité dépend de plusieurs paramètres :

- **L'âge de la personne**

Une brûlure est plus grave chez l'enfant et la personne âgée qui sont plus fragiles et supportent moins la déshydratation.

- **La profondeur :**

- La brûlure du 1er degré n'atteint que l'épiderme. Elle se manifeste par une rougeur et une douleur vive, parfois suivie d'une desquamation au bout d'un jour ou deux. L'exemple type est le coup de soleil. Cette brûlure guérit sans séquelle en moins de 6 jours.

- La brûlure du 2e degré peut détruire l'épiderme et une partie du derme.

Elle se caractérise par une rougeur, un gonflement de la peau alentour et par l'apparition de cloques. La cicatrisation intervient en 2 à 3 semaines.

- La brûlure du 3e degré touche toute l'épaisseur de la peau et peut détruire le muscle ou l'os sous jacent. Elle est le plus souvent provoquée par la projection de liquide bouillant, le contact bref et intense avec des flammes ou un objet chaud (fer à repasser, plaque de four...).

La partie brûlée est blanche, cireuse ou gris-noir. Cette brûlure peut être indolore car les terminaisons nerveuses sont détruites.

- **L'étendue**

Une brûlure est grave si elle **touche plus de 15 % de la surface du corps d'un adulte** (l'équivalent d'une cuisse ou d'un bras) et **plus de 5 % chez l'enfant**.

- **La localisation**

Les brûlures du visage (bouche, nez, yeux), des mains, des pieds et du périnée sont particulièrement graves.

Devant toute brûlure grave, il convient d'**alerter les secours au plus vite**.

Pour les brûlures du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> degré, peu étendues et n'ayant pas de caractère de gravité, il convient de placer la blessure **sous un robinet d'eau froide pendant 5 à 10 minutes**, puis d'appliquer un tulle gras ou une pommade adaptée aux brûlures et de protéger en recouvrant avec une compresse de gaze stérile.



## LA GREFFE DE PEAU

Elle peut concerner les brûlures du 3<sup>ème</sup> degré et certaines du 2<sup>nd</sup> degré.

Différents critères de gravité entrent également en jeu pour réaliser une greffe :

- l'âge extrême (jeunes enfants et personnes âgées),
- l'étendue de la brûlure (supérieure à 10 % du corps),
- la localisation (mains, visage...).

La greffe de peau permet de réparer les lésions qui défigurent et laissent des cicatrices importantes.

Le chirurgien enlève d'abord la peau abîmée : c'est l'**excision**. La greffe elle-même se fait dans la semaine qui suit l'accident. Elle sert alors de couverture à la plaie et peut être provisoire ou définitive.

On peut utiliser la peau d'un donneur : l'**homogreffe**. La peau prélevée est, bien sûr, soumise à des critères de sélection rigoureux. Elle sert à protéger la plaie après l'excision des tissus brûlés et favorise la guérison. Au bout de quelques jours ou semaines, la greffe est rejetée par le corps ou enlevée pour être remplacée par un autre type de greffe : l'**autogreffe**, qui utilise la propre peau du patient. On recouvre ainsi la plaie avec une partie de peau prélevée au préalable sur une zone non visible du corps.

### » L'ULCÉRATION

Caractérisée par une perte de substance de la peau, l'ulcération est une lésion superficielle ou profonde qui s'accompagne souvent d'une inflammation douloureuse.

Elle touche **généralement les membres inférieurs** et survient volontiers chez les personnes âgées qui souffrent d'une insuffisance veineuse (mauvaise circulation du sang dans les veines) avec des varices ou la formation d'un caillot à l'intérieur d'une veine (phlébite).

Les facteurs favorisant la dilatation des veines comme la grossesse, la chaleur ou la station debout prolongée aggravent le phénomène.

Plus rarement l'ulcère peut être dû à une oblitération des artères du membre inférieur. Il est dans ce cas favorisé par l'alcool, le diabète, le surplus de cholestérol et l'hypertension artérielle.

Dans certains cas enfin, l'ulcère peut avoir une origine traumatique et faire suite à une blessure ouverte surinfectée.

L'ulcération se traduit par une plaie et les couches superficielles de la peau sont détruites. La peau avoisinante est souvent marquée par des tâches brunes avec présence de croûte et de suintements.

Le traitement est long et nécessite des soins locaux attentifs. La première étape, ou détersion, consiste à enlever les divers détritiques de la plaie. La deuxième étape, ou bourgeonnement, consiste à appliquer des corps gras et/ou du collagène sur la lésion pour accélérer la prolifération de cellules qui vont combler la perte de substance.

La dernière étape, l'épidermisation, permet la réapparition de la couche la plus superficielle de la peau. Pour ce faire, on applique des pansements hydro-colloïdes qui favorisent la régénération. En cas d'échec, une greffe de peau est envisageable.

En parallèle, il convient bien entendu de traiter la cause de l'ulcère et d'éliminer les facteurs de risque.

### » L'ESCARRE

Il s'agit d'une ulcération souvent profonde, due à une compression prolongée sur différentes zones d'appui du corps : talons, fesses, bas du dos, hanches, genoux, épaules et chevilles.

Cette lésion de la peau est fréquente chez les personnes contraintes à l'immobilité (coma, paralysie...) et/ou alitées.

Elle débute par des plaques rouges, douloureuses sur les points de pression puis ont tendance à s'étendre en surface et en profondeur, à s'ulcérer et se surinfecter.

Leur guérison est longue et difficile, c'est pourquoi leur **prévention** est indispensable.

Elle consiste à changer régulièrement le malade de position (toutes les 2 heures), à pratiquer des massages locaux, à effectuer un séchage soigneux après la toilette et à utiliser notamment un matelas spécialement adapté.

## 5/ Hygiène de la peau et usage des cosmétiques

### » HYDRATER ET PROTÉGER

Ces 50 dernières années, l'utilisation des savons a été multipliée par 10 dans les pays riches. Si ce progrès a été majeur en termes d'hygiène et de prévention de la transmission des maladies infectieuses, il s'est fait au détriment de l'hydratation cutanée. En effet, au fur et à mesure du vieillissement, la peau a de plus en plus de mal à rester hydratée et à reconstruire son film hydrolipidique après avoir été nettoyée. C'est pourquoi de nombreuses personnes ressentent le besoin d'utiliser des produits d'hydratation cutanée afin de limiter la sécheresse de la peau associée à l'utilisation des savons.

En ce qui concerne la photoprotection, les crèmes solaires modernes sont un apport important à côté des mesures d'évitement du soleil dans la prévention du vieillissement et des cancers cutanés.

### » LES COSMÉTIQUES NE SONT PAS DES MÉDICAMENTS

Si les cosmétiques (du grec *cosmos* = parure) existent depuis la nuit des temps, leur définition est aujourd'hui précise : « *Toute substance que l'on met sur la peau, les ongles, les cheveux dans l'objectif de les mettre en bon état ou de cacher une infirmité ou une odeur. Ils peuvent aussi avoir une fonction sociale, comme pour les déodorants* ».

Les cosmétiques ont de **vraies propriétés bénéfiques** pour la peau et les cheveux mais n'ont pas de fonction thérapeutique validée : ils ne soignent pas et ne guérissent pas les maladies.

Mais tous les produits cosmétiques mis sur le marché en France obéissent aux **recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)**.

Suivant ses recommandations, les fabricants doivent compléter un dossier dans lequel sont décrits les tests qui ont été réalisés pour ce produit, le nombre de personnes testées, le nombre d'effets indésirables mis en évidence... Une fois le cosmétique mis sur le marché, l'ANSM exerce une cosméto vigilance en répertoriant tous les effets indésirables qui lui sont rapportés par les professionnels de santé (pharmaciens, médecins, infirmières...).

Une crème à usage cosmétique possède un **principe actif** et un **excipient**. Le premier constitue l'élément qui agit, le second, lui, favorise la sensation de bien-être et/ou facilite la pénétration du principe actif dans l'épiderme. Seules de très petites molécules peuvent pénétrer dans l'épiderme. Les grosses molécules de structure complexe, comme le collagène, ne peuvent en aucun cas traverser la couche cornée ni exercer une action thérapeutique.

Certaines crèmes lipolytiques dites "anti-cellulite" pourraient avoir une action très légère sur les graisses sous-cutanées, telle la caféine qui arrive à pénétrer au-delà de la couche superficielle et atteindre l'hypoderme où elle peut contribuer à agir sur les lipides qui s'y trouvent.

Pour certaines crèmes contenant des actifs reconnus, leurs propriétés sont à la limite du cosmétique et de la thérapeutique. Des **émollients**, par exemple, peuvent ainsi avoir une action anti-inflammatoire locale et offrir un réel effet thérapeutique. Des produits à base de vitamine C ou E pourraient avoir des effets antioxydants qui contribuent à la prévention du vieillissement cutané.

Il est difficile de donner des avis généraux sur le choix des produits cosmétiques, car beaucoup d'éléments irrationnels entrent en jeu (luxe, rêve, publicité...). Ils doivent être adaptés à la peau de chacun et il faut savoir que certaines peaux ne supportent pas les parfums ou certains composants utilisés en cosmétologie.

Le plus simple est de **tester sa tolérance** au cosmétique sur une petite zone de peau non visible avant de l'essayer plus largement.

**Pour les nourrissons et les enfants** en général, il est recommandé d'utiliser les produits les plus simples, adaptés à l'enfant, sans parfum ajouté et sans protéines.

En cas d'allergie, il convient de nettoyer la peau avec de l'eau et un savon très doux pour éliminer le produit, puis l'hydrater pour apaiser. Il faut bien entendu éviter de ré-appliquer le produit suspect.

## 6/ L'auto-examen de la peau (et les anomalies qui doivent alerter)

### Les lésions pigmentées qui doivent alerter :

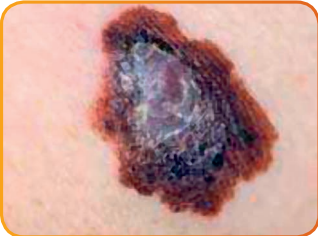
Asymétrie :  
deux côtés différents



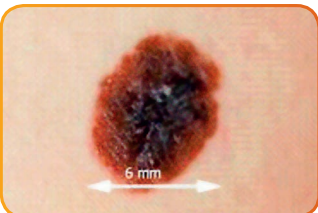
Couleurs multiples :  
tonalités de couleurs  
différentes selon les endroits  
(dégradés de brun, noir,  
parfois blanc, rouge ou bleu)



Bordure irrégulière, bord  
découpé ou mal délimité



Diamètre supérieur à 6 mm  
(taille d'une gomme de crayon)



La peau est un organe que l'on peut examiner simplement à l'œil nu. Il est donc facile de la regarder attentivement soi-même pour y dépister un éventuel problème. S'auto-examiner, c'est apprendre à regarder sa peau, mais aussi ses cheveux et ses ongles pour détecter certaines maladies le plus tôt possible. **Dans deux cas sur trois, les cancers de la peau sont découverts par la personne elle-même.**

Selon les spécialistes, il faut examiner sa peau à partir de **40 ans, 3 ou 4 fois par an.**

### » COMMENT S'Y PRENDRE ?

L'auto-examen dure une **quinzaine de minutes**, et pour être le plus efficace possible, il doit être fait en compagnie d'une autre personne (conjoint, proche...) afin d'examiner les zones que l'on ne peut voir soi-même (le dos, l'arrière des jambes...). Toutes les parties du corps doivent être regardées, y compris les plus intimes.



Pour examiner votre peau, vous devez vous **déshabiller entièrement**, dans une pièce bien éclairée et devant un miroir. Munissez-vous également d'un petit miroir amovible. Nous vous conseillons de commencer par :

1. Le **visage** puis les **oreilles**,
2. Le **torse**,
3. Le **devant des jambes**,
4. Levez les bras pour observer les **aisselles**, le **dessus des épaules**, puis les **bras** et avant bras (avant et arrière),
5. Les **main**s, y compris les paumes, sans oublier les interstices des doigts,
6. A l'aide du miroir ou de votre conjoint, examinez ensuite le **dos**, du haut en bas, et les **flancs**,
7. Examinez ensuite les **parties intimes**,
8. Puis l'**arrière des jambes**,
9. Les **piè**ds, les plantes, et entre chaque orteil,
10. Remontez en haut des épaules et examinez le cou pour terminer par le **cuir chevelu**.

### » LES ANOMALIES QUI DOIVENT ALERTER

Un certain nombre d'éléments anormaux peuvent être détectés durant cet examen. Ils doivent alors conduire à un **examen médical** chez le dermatologue.

Ces anomalies peuvent être un bouton qui ne guérit pas, une lésion qui saigne spontanément, même de façon peu importante, une tache de peau sombre qui s'agrandit. En fait, n'importe quelle anomalie cutanée que l'on n'aurait jamais vue avant. Par exemple, tout grain de beauté qui change d'apparence, de taille ou de forme doit conduire à une consultation spécialisée.

### » OSER PRENDRE SA PEAU EN PHOTO !

Certaines personnes présentent de très nombreux grains de beauté sur tout le corps. Il peut être alors plus difficile de détecter un changement de l'un d'entre eux. Dans ce cas-là, il peut être utile de prendre la peau en photo, parcelle par parcelle, méthodiquement.

Ensuite il convient de comparer sa peau aux photos prises antérieurement, des changements éventuels étant alors plus facilement détectables.

### » LES CHEVEUX ET LES ONGLES AUSSI !

Des ongles abîmés, un peu jaunes ou tachés peuvent être le signe d'une infection par des champignons à traiter rapidement. De même, une dégradation soudaine de la chevelure, une pelade ou des taches sur le cuir chevelu peuvent être le signe de certaines maladies dermatologiques.

# III/ SOLEIL ET PEAU

Le soleil induit sur l'organisme des **effets bénéfiques et nocifs** mais au-delà de ses effets positifs sur le moral, il peut être dangereux pour notre peau.

Les rayonnements ultraviolets (UV) sont une composante invisible du rayonnement solaire. Ils provoquent des coups de soleil et à plus long terme **un vieillissement prématuré de la peau et des cancers cutanés**. Les **expositions intermittentes et intenses** sont celles qui ont l'effet le plus nocif sur la peau.

Le risque de développer un cancer de la peau est malheureusement 10 fois plus important aujourd'hui qu'en 1930. En cause : nos expositions plus fréquentes au soleil.

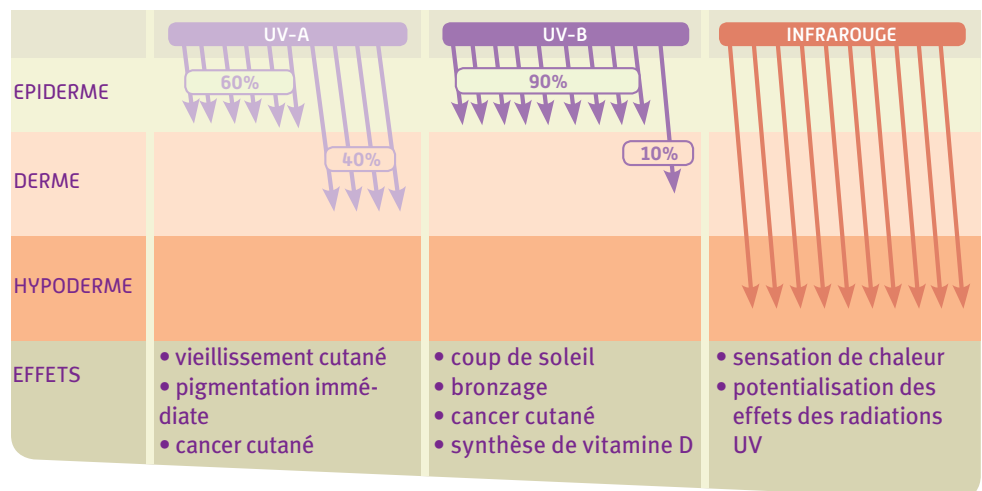
C'est au début du 20e siècle que les scientifiques ont commencé à s'intéresser aux bienfaits de la lumière pour traiter certaines maladies. Ainsi, en 1903, Niels Finsen, un chercheur danois, a reçu le prix Nobel de médecine pour l'utilisation de la thérapie ultraviolette dans le traitement du lupus.

À partir des années 60, les médecins constatent l'importance du nombre de cancers de la peau dans les professions très exposées au soleil, tels les marins et les agriculteurs. On parle même d'épidémie chez ces travailleurs très exposés malgré eux. On connaît maintenant les dangers des coups de soleil, des rayons UVA et B, et la nécessité de la **photoprotection**.

Dans certains pays très ensoleillés et où la population a la peau blanche (comme l'Australie avec un taux de cancer de la peau parmi les plus élevés au monde), les instances de sécurité sanitaire ont mis en place des actions de prévention très importantes, telles que l'utilisation de maillots de bain réalisés dans des tissus spéciaux, « sun-proof », pour protéger les enfants au maximum.

## 1/ Action des ultraviolets

Les mécanismes d'action des UV sur la peau sont aujourd'hui bien connus. Les rayons du soleil sont composés de particules énergétiques : les photons. Ils ont différentes longueurs d'onde, et parmi eux, les rayons invisibles ultraviolets (UVA, UVB) et **infrarouges** peuvent plus ou moins pénétrer dans la peau. Si les **UVB** sont en majorité arrêtés par l'épiderme et si les **UVA** pénètrent plus directement dans les couches profondes de la peau, les deux sont **dangereux pour la peau et provoquent des mutations de gènes à l'origine des cancers**.



Certaines cellules de la peau produisent des grains de **mélanine**, capables d'arrêter une partie des rayons du soleil.

Ainsi la **pigmentation naturelle constitue le facteur essentiel pour se protéger contre les UV**.

Les couleurs de la peau, des yeux et des cheveux permettent de définir le **phototype**, qui classe les individus selon la réaction de leur peau lors d'une exposition solaire. **Les cancers de la peau prédominent chez les sujets blancs à la peau plus claire vivant au soleil.**

TABLEAU DES 6 PHOTOTYPES			
	Phototype I	Phototype II	Phototype III
<b>Réaction au soleil :</b>	ne bronze pas, attrape systématiquement des coups de soleil	bronze difficilement, attrape souvent des coups de soleil	a parfois des coups de soleil, bronze progressivement
<b>Type :</b>	peau très claire, taches de rousseur, cheveux blonds ou roux	peau très claire, cheveux blonds ou châtain, des taches de rousseur apparaissent au soleil, yeux clairs	peau claire, cheveux blonds ou châtain
	Phototype IV	Phototype V	Phototype VI
<b>Réaction au soleil :</b>	attrape peu de coups de soleil, bronze bien	a rarement des coups de soleil, bronze facilement	peau foncée, n'a jamais de coups de soleil
<b>Type :</b>	peau mate, cheveux châtain ou bruns, yeux foncés	peau foncée, yeux foncés	peau noire

## 2/ Exposition au soleil et protections solaires

Tous les individus naissent avec un **capital soleil**, c'est-à-dire une capacité de résistance et de réparation face aux méfaits du soleil.

Plus on s'expose, plus le capital diminue de façon irréversible. Il est donc important de le préserver et ce, dès l'enfance.

### » LA LUCITE SOLAIRE

Il existe plusieurs allergies au soleil, appelées lucites. La plus fréquente est la «*lucite estivale bénigne*», qui touche environ 1 femme sur 10 entre 17 et 40 ans, soit près de 900 000 personnes chaque année.

Elle se développe sous l'influence des UVA et se manifeste sous la forme d'une **éruption de petits boutons qui démangent**. Cette allergie est plus visible sur le décolleté, le haut du dos, les avant-bras et les jambes, soit les endroits les plus exposés au soleil. Elle peut diminuer ou, au contraire, s'aggraver d'année en année.

En cas de poussée, le médecin peut être conduit à prescrire des antihistaminiques oraux et une crème spécifique. Si la lucite est importante, il peut prescrire également un traitement préventif oral et dans tous les cas, des produits solaires de forte protection (50+).

### » LES CRÈMES SOLAIRES

Si la majorité des Français connaissent les méfaits du soleil, les mesures de protection qu'ils utilisent ne sont souvent pas suffisantes. Les produits de protection solaire sont très efficaces, mais nécessitent d'être appliqués très **régulièrement** et à **bonne dose**. Par ailleurs, ils permettent surtout de protéger contre les UVB, leur efficacité sur les UVA restant plus modérée.

**L'indice de protection, appelé SPF pour Sun Protection Factor** (facteur de protection solaire), indique la quantité de soleil qu'il faudrait recevoir pour attraper un coup de soleil après avoir appliqué la crème. Cet indice matérialise l'efficacité de la protection, mais il faut savoir que les tests permettant de déterminer ce coefficient sont effectués en laboratoire sur la base de l'application d'une couche très épaisse (2 mg de crème par cm<sup>2</sup> de peau). En règle générale, la quantité de crème que l'on applique sur la peau est très inférieure (1 à 0,7 mg/cm<sup>2</sup>). En pratique donc, l'indice réel est divisé par 2 ou par 3.

En France métropolitaine, c'est entre **mai et août** que le rayonnement solaire est le plus intense. Les bulletins météorologiques donnent désormais l'**indice UV** sur une échelle de 1 à 12. **À partir de 5, la protection solaire est recommandée.**

Contrairement aux idées reçues, l'intensité des UV du soleil n'est pas liée à la sensation de chaleur et les rayons peuvent être très forts même lorsqu'il y a des nuages, du vent ou de la neige. La **réverbération** due aux surfaces claires (sable, neige, eau...) augmente leur intensité.

Le parasol diminue l'intensité du rayonnement mais ne protège pas intégralement des rayons du soleil.



Attention, le soleil est plus fort sous les tropiques ! La quantité d'UV que l'on reçoit varie en fonction de la latitude. Plus on se rapproche de l'équateur, plus elle est élevée...

Toute application de protection solaire doit être renouvelée régulièrement, **toutes les 2 heures** environ, en cas d'exposition continue.

Par ailleurs, beaucoup de crèmes solaires promettent une résistance à l'eau, mais pourtant, selon les dernières données de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'efficacité de protection solaire de toutes les crèmes est diminuée de 90% après 30 minutes d'activité physique. Il est donc primordial d'appliquer à nouveau de la crème régulièrement **entre les baignades ou après une activité physique.**

**Les autobronzants** sont des cosmétiques permettant d'obtenir un aspect bronzé, sans les méfaits du soleil. Ces crèmes et fluides agissent par un phénomène chimique. Ils colorent les cellules mortes à la surface de la peau et **ne sont pas dangereux.**

Il ne s'agit pas de protection solaire, sauf quand ils sont associés à une protection UV.



## LES PRÉCAUTIONS INDISPENSABLES

- **Apprécier sa sensibilité personnelle au soleil** : peau mate, brune ou blonde, et pratiquer des expositions d'autant plus progressives que le phototype est plus clair.
- **Limiter les expositions au soleil l'été et les éviter entre 12h et 16h** (heures riches en rayons brûlants).

Préférer pour bronzer, le soleil du matin ou de la fin de l'après-midi.

Ne pas rester sur la plage des heures entières et ne pas dépasser 1 heure de bain de soleil par jour, les mélanocytes ayant recueilli la dose de soleil suffisante pour un bronzage de qualité.

- **Utiliser une crème solaire efficace d'indice de protection 30 au minimum, appliquer le produit avant de sortir** (pour éviter le « coup de soleil surprise » lors des promenades) en quantité importante et **renouveler l'application toutes les 2 heures.**

Ne pas oublier les oreilles, le nez, les lèvres (stick), la nuque, le dessus des pieds...

- **S'essuyer soigneusement après chaque bain** car les gouttelettes d'eau ont un effet réfléchissant favorisant les coups de soleil et amenuisant l'efficacité des produits solaires.
- **Renouveler l'application de crème solaire après chaque baignade** même si le produit est dit « waterproof ».
- Se protéger avec des vêtements légers : **chapeau à bord large, tee-shirt, pantalon** et ne pas oublier la protection oculaire (lunettes de soleil).
- **Les nourrissons ont la peau fragile, il est donc important de ne pas les exposer au soleil.**
- Pendant les vacances, consulter les bulletins météo qui communiquent régulièrement **l'index UV**, c'est-à-dire l'intensité du rayonnement solaire : **plus l'index est élevé, plus il est nécessaire de se protéger.**
- **Attention ! Les parfums et certains cosmétiques** sont incompatibles avec le soleil de même que **certaines médicaments** sont responsables de photosensibilisation.
- Se méfier des circonstances comportant un risque supplémentaire ou une fausse sécurité : **vent frais, couverture nuageuse faible, sol réfléchissant** (neige, sable, eau), **altitude.**



## BON À SAVOIR !

- **Ecran total = fausse promesse**

L'appellation écran total n'est plus autorisée en France, car aucune crème ne protège complètement du soleil. On ne trouve maintenant que des protections SPF50+ en Europe et toute application doit être renouvelée régulièrement toutes les 2 heures.

Aux USA, où les méthodes de validation de la photoprotection sont différentes, on trouve des crèmes solaires avec un indice supérieur à 70, mais qui en fait, protègent moins efficacement que des crèmes d'indice 50+ européennes.

- L'Organisation Mondiale de la Santé et la Direction générale de la santé **déconseillent fortement l'usage, à titre esthétique, de dispositifs de bronzage artificiel (cabines de bronzage)** qui augmentent la dose d'UV reçue par la peau.

### 3/ Médicaments et soleil

Avec la prise de certains médicaments (les antibiotiques en particulier), l'exposition au soleil peut entraîner des réactions appelées, suivant le mécanisme en cause, **phototoxicité ou photoallergie**.

Les médicaments responsables de ces effets sont bien connus des médecins qui, s'ils sont amenés à les prescrire, mettent bien évidemment en garde au préalable leurs patients.

Par ailleurs, lorsque l'on prend des médicaments et qu'une manifestation cutanée anormale paraît provoquée par le soleil, il faut immédiatement arrêter toute exposition et consulter rapidement un médecin pour identifier l'éventuel médicament responsable et prendre en charge la manifestation allergique.

## IV/ PRINCIPALES MALADIES DE LA PEAU

### 1/ Acné

C'est une inflammation des follicules pilo-sébacés qui sont de petits sacs appendus à la base des poils.

Elle se traduit par la présence de points noirs, de papules, de pustules, de kystes remplis de sébum et/ou de pus, voire de lésions profondes infectées.

Selon la gravité des lésions on dit que l'acné est **légère ou sévère**. Elle apparaît le plus souvent au niveau du **visage, des épaules, du cou et du dos**.

L'acné touche environ **80 % des adolescents** (dont 15 % d'entre eux présentent une acné sévère) et près de **25 % des adultes**, en particulier les femmes.

Ses **répercussions psychologiques** peuvent être importantes car elle modifie l'image corporelle et atteint le visage où elle interfère dans la relation avec les autres. Cependant l'acné n'est pas une fatalité et il existe maintenant des traitements efficaces pour en venir à bout.

#### » CAUSES ET MÉCANISME

L'acné est une maladie chronique qui touche le follicule pilo-sébacé, c'est-à-dire l'ensemble constitué par un poil et une glande sébacée sécrétant le sébum [substance qui protège et lubrifie la peau en s'écoulant en permanence là où le poil émerge de l'épiderme].

Il s'agit d'une maladie dite auto-inflammatoire car elle associe des modifications du fonctionnement normal de la peau et une infection par une bactérie : le **propionibacterium acnes**.

L'acné débute souvent à la **puberté**, période pendant laquelle les hormones sexuelles masculines (produites par les glandes surrénales, les testicules et les ovaires) stimulent fortement les **glandes sébacées**. Celles-ci sécrètent en **excès le sébum** qui ne peut plus s'éliminer normalement et entraîne la formation d'une petite boule appelée **comédon**.

Le comédon est donc constitué de sébum, de kératine et de bactéries en grande quantité.

La rupture de ces comédons entraîne l'inflammation des follicules.

#### » SIGNES CLINIQUES ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Dans les formes légères d'acné on distingue les **comédons fermés** (points blancs ou microkystes) et les comédons ouverts (points noirs).

Dès ce stade, les conditions sont réunies pour le développement et la pullulation de la bactérie, habituellement présente dans le follicule (propionibactérium acnes), et le comédon se transforme alors en **papule** ou **pustule**. Le sommet des pustules contient un liquide purulent qui peut s'évacuer ou constituer des **nodules** en se rompant dans les couches profondes de la peau. Ce sont eux qui peuvent laisser des cicatrices et doivent parfois être évacués chirurgicalement.

Les lésions inflammatoires importantes et persistantes peuvent entraîner des conséquences sur la structure même de la peau. C'est le cas dans certaines formes graves d'acné, mais aussi quand des lésions ont été manipulées ou mal soignées.

Les **kystes** sont des comédons encapsulés, c'est-à-dire entourés d'une coque fibreuse qui ne permet plus le drainage de la glande sébacée vers l'extérieur. Ils peuvent persister indéfiniment. Les **cicatrices** sont la complication la plus redoutée et dans les formes évoluées, le visage peut prendre un aspect « grêlé ».

Facilement reconnaissable, l'acné est diagnostiquée à l'examen clinique. Certains examens de

sang peuvent toutefois être demandés pour établir le suivi du traitement.

Le médecin adapte le traitement au cas par cas en fonction de plusieurs critères :

- l'âge de la personne et l'ancienneté de l'acné,
- sa forme et sa sévérité,
- son impact psychologique et son retentissement sur la qualité de vie,
- les traitements déjà suivis.

#### » TRAITEMENT LOCAL (souvent appelé par le médecin traitement "topique")

Il a 2 objectifs :

- favoriser l'élimination des comédons
- lutter contre la production excessive de sébum et il suffit, dans la grande majorité des cas, à faire disparaître l'acné.

Il est **quotidien** et dure environ **3 à 4 mois**.

Il associe une **hygiène cutanée** (reposant sur une toilette avec un gel ou un pain dermatologique sans savon) et l'application régulière d'un traitement **anti-acnéique local**.

Il doit être appliqué le soir pour éviter les risques d'irritation et toujours associé à l'utilisation d'une crème hydratante le matin.

Il s'agit d'un **gel** ou d'une **lotion** contenant l'un des 3 principes actifs efficaces dans le traitement de l'acné : le **peroxyde de benzoyle**, les **rétinoïdes** (dérivés de la vitamine A acide) ou un **antibiotique local**.

Ces produits sont irritants pour la peau et peuvent provoquer des rougeurs, une élimination excessive des cellules superficielles de la peau (desquamation) et une réaction au soleil. Il convient donc de respecter les règles précises d'utilisation dictées par le médecin.

#### » TRAITEMENT GÉNÉRAL

Dans les formes persistantes, infectées ou rebelles le traitement doit être absorbé par voie orale. Le but est de guérir l'acné et de prévenir au maximum l'apparition de cicatrices.

##### • Les antibiotiques

Ils empêchent la prolifération et l'activité des microbes responsables de l'infection. Ils sont à prendre **pendant 3 mois ou plus** et il s'agit essentiellement de **tétracyclines**, voire d'érythromycine (éviter le soleil pendant la prise de tétracyclines).

##### • L'hormothérapie

Les hormones anti-androgènes, surtout utilisées chez la femme, peuvent donner de bons résultats en s'opposant à l'action acnéique des androgènes.

##### • Les sels de zinc

Ils sont parfois prescrits en cas de contre-indications aux autres traitements oraux.

##### • L'isotrétinoïne

Ce médicament est utilisé quand les antibiotiques s'avèrent insuffisants ou dans les acnés lourdes. Le traitement dure en moyenne de **6 à 9 mois** et il est important qu'il ne soit pas arrêté prématurément, même si l'acné semble avoir disparu et ceci pour limiter le risque de récurrence.

Le produit a une action anti-séborrhéique, anti-inflammatoire et anti-microbienne mais son utilisation s'accompagne d'effets indésirables et est associée à des effets secondaires potentiellement sévères s'il est mal utilisé ou mal suivi.

#### » AUTRES TRAITEMENTS

• **Le nettoyage de peau "dermatologique"** : la microchirurgie de l'acné peut permettre l'extraction de comédons esthétiquement gênants et peut venir en complément du traitement classique.

• **Le peeling** peut permettre de traiter certaines cicatrices disgracieuses.

• **Le traitement chirurgical des cicatrices** permet parfois de supprimer des cicatrices isolées et peu nombreuses. Cette excision est souvent suivie d'un **relissage** (dermabrasion, laser-abrasion, photothermolysé fractionnée).

#### » FACTEURS FAVORISANTS

L'acné s'aggrave volontiers pendant les périodes d'hiver.

Des aliments, comme le chocolat ou la charcuterie, ont été incriminés à tort et il ne semble pas que l'alimentation intervienne dans l'apparition d'acné.

On constate souvent une poussée d'acné à l'approche des règles chez les jeunes filles et une

accalmie ou, à l'inverse, une aggravation pendant la grossesse.

## » CONSEILS ET PRÉVENTION

L'acné s'améliore plus vite si l'on associe au traitement une bonne hygiène de vie.

Il est également recommandé de laver la peau chaque jour avec un savon doux et de bien la rincer.

L'expulsion manuelle des points noirs et la **manipulation des boutons sans désinfection est absolument déconseillée.**

Les cosmétiques contenant des huiles favorisant la formation de comédons sont contre-indiqués, de même que certains produits agressifs pour la peau ou l'exposition au soleil.

## 2/ Cancer de la peau

On distingue essentiellement 2 types de cancer : le carcinome et le mélanome.

### LE CARCINOME

Les **carcinomes cutanés** sont les plus fréquents des cancers humains de l'adulte, et sont aussi les plus fréquents des cancers de la peau.

Parmi les carcinomes cutanés, on distingue 3 groupes :

- Les **carcinomes basocellulaires** appelés ainsi parce qu'ils se développent à partir de la couche profonde (basale) de l'épiderme. Ils n'ont qu'une malignité locale et, en général, ne produisent pas de métastases. Il se présente souvent (60% des cas) sous forme **nodulaire** (tuméfaction ferme, bien limitée, lisse, pouvant simuler un kyste) ou sous forme superficielle (lésion ne touchant que la zone extérieure de la peau, sans infiltration, et qui s'étend en surface très progressivement).

- Les **carcinomes spinocellulaires** se développent à partir des couches plus superficielles de l'épiderme et peuvent engendrer des métastases dans les ganglions ou dans des organes à distance (poumons notamment). Il s'agit le plus souvent d'une **lésion croûteuse**, jaunâtre, indurée avec une ulcération centrale.

Il est volontiers localisé sur la lèvre inférieure, l'oreille, la joue, les régions maxillaires et plus rarement sur les mains ou les membres.

Il peut également toucher les muqueuses comme le rebord des lèvres ou la sphère génitale.

- Le médecin évalue l'extension aux ganglions par l'**examen clinique** (palpation de ganglions augmentés de volume dans les zones de drainage ganglionnaires) et par une **échographie**.

- Les **carcinomes dits annexiels**, rares, se développent à partir des annexes de la peau comme les glandes sudorales, les follicules pileux ou les glandes sébacées.

## » CAUSES ET MÉCANISME

La grande responsable est la trop forte **exposition aux rayons du soleil**.

Depuis quelques années, il est apparu que certaines infections virales (Human Papilloma Virus) pouvaient aussi être à l'origine de carcinomes spinocellulaires, en particulier au niveau des muqueuses génitales.

Il est à noter que le tabac est un facteur favorisant l'apparition de carcinome spinocellulaire de la lèvre.

## » ASPECTS CLINIQUES ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic repose sur l'**examen clinique** complété par l'**analyse au microscope d'un échantillon de la tumeur** obtenu par une biopsie cutanée.



### TOUJOURS Y PENSER !

Toute lésion chronique de la peau ayant récemment augmenté de taille, s'ulcérant, saignant et/ou n'arrivant pas à cicatriser doit amener à consulter un dermatologue.

Cette lésion peut survenir sur une peau saine ou qui présentait auparavant une anomalie (ulcération, cicatrice...).

## » TRAITEMENT

Le traitement consiste en une **intervention chirurgicale** qui enlève la lésion (exérèse) et une zone de peau saine tout autour, appelée marge de sécurité.

Une **surveillance prolongée et régulière** s'impose ensuite pour repérer une éventuelle récurrence, l'apparition d'une autre lésion ou le développement de métastase.

CONSEIL ET PRÉVENTION

C'est se protéger du soleil, notamment pour les enfants.

D'autres modalités de traitement n'entrent en ligne de compte que s'il y a impossibilité ou contre-indication formelle à la chirurgie.

Pour la majorité des carcinomes, la chirurgie est efficace et son retentissement esthétique et fonctionnel extrêmement faible.

Enfin, il est bien naturellement contre-indiqué de s'exposer au soleil.

## LE MÉLANOME

C'est une **tumeur maligne** des cellules (mélanocytes) qui fabriquent la mélanine, un pigment qui colore la peau et la protège des méfaits des rayons ultraviolets.

**C'est le plus grave des cancers de la peau.** Dans les pays occidentaux, **sa fréquence est multipliée par 2 tous les 10 ans** depuis 50 ans.

Actuellement, il frappe 8 à 10 personnes sur 100 000 par an, ce qui signifie entre 5 à 6 000 nouveaux cas par an en France. Les femmes ont un risque légèrement supérieur (60 % des cas). Près de la moitié des mélanomes concerne aujourd'hui des personnes de plus de 50 ans, mais la situation est en train de changer, l'âge moyen au moment du diagnostic étant actuellement en baisse. Le mélanome est exceptionnel avant l'âge de 15 ans.

En raison de sa gravité, il est important de le **détecter le plus tôt possible** afin de le traiter avec les meilleures chances de guérison.

### » CAUSES ET MÉCANISME

La pigmentation de la peau et la réaction à l'**exposition solaire** constituent 2 facteurs de risque importants dans la survenue d'un mélanome. Plus la peau est foncée, plus la probabilité de développer un mélanome est faible.

Des données récentes suggèrent qu'il existe différents mécanismes de survenue de ce cancer puisque, par exemple, certains mélanomes se développent dans des zones non exposées au soleil (plante du pied, muqueuse...).

Le **nombre de grains de beauté** est également un facteur important. Certains mélanomes naissent d'un grain de beauté mais peuvent aussi parfaitement se développer sur une peau sans grain préexistant, c'est même la situation la plus fréquente (70 % à 80 % des cas).

Les personnes ayant ou ayant eu des membres de leur **famille** atteints présentent un risque supplémentaire et l'on estime que 10 % des mélanomes sont attribués directement à cette prédisposition génétique.

### » ASPECTS CLINIQUES ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Une des particularités du mélanome est son aptitude à envahir les tissus au delà de la peau (muscles, ganglions lymphatiques avoisinants) et à aller se greffer dans les organes distants sous forme de **métastases** (poumons, foie, cerveau).

Le mélanome est suspecté sur sa **morphologie** et son **aspect extérieur**. Le diagnostic est établi de façon certaine sur l'**examen au microscope d'un prélèvement de la lésion** qui permet, en outre, d'apprécier le degré de pénétration de la lésion en profondeur, qui est un élément important pour le pronostic.

Pour faciliter l'identification d'un mélanome, le médecin utilise la **règle dite "ABCDE"** : le mélanome est en général **Asymétrique**, avec des **Bords** irréguliers, encochés, polycycliques, une **Couleur** inhomogène, allant du brun clair au noir foncé, un **Diamètre** en général supérieur à 6 mm et il **Evolue** au fil du temps, se modifiant, changeant d'aspect, de taille, de couleur et d'épaisseur.

**On distingue 4 types de mélanomes :**

- **Le mélanome superficiel extensif**, qui provient, ou non, d'un grain de beauté et constitue la majorité des mélanomes (70 %-80 %). Il se présente comme une tache ou un grain de beauté qui s'étend, prend une forme irrégulière, avec une couleur inhomogène (noir, marron, rouge ou discrètement rosé).

Sur cette lésion, souvent plate et non palpable au début, un petit relief apparaît par la suite. Il se développe assez rapidement et touche surtout le dos chez l'homme et les jambes chez la femme.

- **Le mélanome nodulaire** est un bourgeonnement ferme, saillant, de couleur noire ou parfois non coloré, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner. Il a, en général, une croissance rapide (quelques semaines) et représente 5 % à 20 % des mélanomes.

- **Le mélanome de Dubreuilh** (tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé) s'étend très lentement sur les zones exposées au soleil chez le sujet âgé et ressemble à une tache de vieillesse.

- **Le mélanome acral-lentigineux** est observé sur les paumes ou les plantes de pieds (tache

CONSEIL ET PRÉVENTION

C'est se protéger  
du soleil, notamment  
pour les enfants.

brune ou noire aux contours irréguliers), au niveau des ongles (bande noire supérieure à 6 millimètres de large, pigmentation irrégulière).

**Ainsi toute lésion brune, noire, ou rougeâtre, ressemblant ou non à un grain de beauté, qui pousse rapidement ou change rapidement, doit amener à consulter un dermatologue, d'où l'importance de pratiquer régulièrement un auto-examen de la peau.**

#### » FACTEURS DE PRONOSTIC

Trois éléments permettent essentiellement d'évaluer l'évolution de ce cancer.

- **L'épaisseur de la tumeur**, exprimée en millimètres et appelée indice de Breslow.

Plus une tumeur est épaisse, plus elle a envahi la peau en profondeur et plus elle est agressive.

- **La présence d'une ulcération** qui témoigne d'une agression du revêtement cutané.

- **L'envahissement par les cellules tumorales des ganglions lymphatiques** que le médecin évalue par l'examen clinique (palpation de ganglions augmentés de volume dans les zones ganglionnaires) et par une échographie.

#### » TRAITEMENT

Le traitement consiste en une **intervention chirurgicale** qui enlève la lésion (exérèse) et une zone de peau saine tout autour appelée marge de sécurité.

Une **surveillance prolongée et régulière** s'impose ensuite pour dépister un second mélanome cutané éventuel et vérifier l'absence de métastase.

Dans certains cas, le traitement peut également faire appel à l'immunothérapie, à la chimiothérapie ou à la radiothérapie.

Enfin il est bien naturellement contre-indiqué de s'exposer au soleil.

## 3/ Eczéma et dermatite atopique

L'eczéma est une inflammation non contagieuse de la peau qui s'accompagne de rougeurs, de fines vésicules et de démangeaisons. Il peut débuter très tôt dans la vie et s'observe même chez les nourrissons: on l'appelle alors dermatite atopique.

Les personnes atteintes connaissent des périodes communément appelées « poussées », durant lesquelles les symptômes s'aggravent. De durée variable, elles sont entrecoupées d'épisodes de rémission.

Parmi toutes les maladies de la peau, l'eczéma est la plus **fréquente**: cette maladie motive jusqu'à 30 % des consultations en dermatologie. De 10 % à 20 % de la population mondiale souffre un jour ou l'autre d'eczéma, plus fréquemment durant l'enfance. Selon les estimations, les cas auraient doublé et peut-être même triplé depuis les 30 dernières années.

#### » UNE MALADIE DE L'ENFANT

La dermatite atopique débute presque toujours chez le nourrisson ou l'enfant en bas âge. Elle atteint le visage de façon symétrique, avec une prédominance sur les joues et le menton, mais aussi les plis de flexion.

Chez l'enfant en bas âge, l'association de signes digestifs tels que diarrhée ou régurgitations à une dermatite atopique doit faire évoquer la possibilité d'une allergie alimentaire.

#### » ASPECTS CLINIQUES

Les lésions peuvent prendre 3 formes qui vont co-exister du fait de l'évolution de la maladie alternant poussées et rémissions.

Les poussées commencent le plus souvent par une **simple rougeur de la peau qui démange**. La démangeaison est parfois difficile à reconnaître chez le tout petit mais elle est souvent à l'origine de troubles du sommeil. L'apparition de **petites surélévations nombreuses et palpables, responsables d'une rugosité de la peau**, complète le tableau.

Une phase suintante peut faire suite à cette rougeur. Les surélévations se transforment en **vésicules**, toutes petites bulles de liquide qui se rompent et libèrent un **liquide translucide à la surface de la peau : c'est le suintement**.

Une phase croûteuse survient ensuite au cours de laquelle des croûtes se forment sur les vésicules rompues.

La localisation des lésions est très particulière et dépend de l'âge.

Chez le nourrisson, l'atteinte concerne essentiellement le visage : front, joues, menton. La face externe des bras et les cuisses sont aussi fréquemment touchées. Parfois, certains nourrissons

ont une atteinte plus diffuse qui concerne la quasi-totalité de la surface corporelle.

Chez l'enfant plus grand, les lésions se localisent préférentiellement au niveau du cou, des plis du coude, des poignets et à l'arrière des genoux.

Chez l'adulte, si la dermatite atopique persiste, l'atteinte peut être généralisée. Mais ce sont **souvent le cou et le visage** seuls qui sont touchés par l'eczéma.

## » EVOLUTION

L'évolution est le plus souvent favorable, en sachant que l'eczéma alterne donc poussées et phases de rémission. Selon les enfants et sa gravité, elle peut durer de plusieurs mois à plusieurs années. Il n'y a pas d'âge prévisible de disparition de la dermatite atopique. Un petit pourcentage d'entre elles peut persister à l'âge adulte sans que l'on sache pourquoi.

Des complications infectieuses locales peuvent se produire, les lésions de grattage pouvant être responsables de surinfection bactérienne (staphylocoque doré) ou virale (virus de l'herpès et virus pox des molluscums contagiosum).

## » MÉCANISMES ET FACTEURS DÉCLENCHANTS

Les personnes sont génétiquement prédisposées (on dit qu'il existe un terrain "atopique" familial) : **leur système de défense immunitaire est très réactif et leur peau présente une anomalie de sa perméabilité.**

Les allergènes de l'environnement (pollens, poussières, savons...), normalement bien tolérés, vont alors pouvoir « pénétrer » plus profondément dans l'épiderme et stimuler le système de défense immunitaire. Ce système réagit de façon excessive à ce qu'il considère comme une agression et entraîne démangeaisons, inflammation et suintement.

Les poussées de dermatite atopique sont favorisées par le **contact avec des irritants** comme le savon, les détergents, les tissus rêches, certains aliments, la chaleur, la sueur, la sécheresse de l'air ambiant...

Par ailleurs, les experts reconnaissent l'importance des facteurs émotifs et psychologiques dans l'eczéma.

## » EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La dermatite atopique est une maladie dont la topographie, l'aspect et la chronologie des lésions ne laissent pas de place au doute. Le diagnostic est toujours fait par l'examen du médecin et l'interrogatoire.

Un bilan allergologique peut parfois être utile.

## » LES TRAITEMENTS

Actuellement, il n'existe aucun traitement définitif. Par conséquent, les traitements visent essentiellement à réduire l'inflammation, à atténuer l'inconfort engendré et à prévenir les récurrences par une prise en charge au long cours. Découvrir les irritants ou les allergènes qui provoquent les poussées, pour ensuite les éviter, permet, bien entendu, de diminuer les symptômes.

### 1/ Soulagement des symptômes et hydratation de la peau

Le traitement des poussées repose sur l'utilisation de crèmes ou pommades à base de corticoïdes : les **dermocorticoïdes**. La puissance des dermocorticoïdes prescrits par le médecin est variable et adaptée en fonction de l'intensité des lésions, de l'âge de la personne et des zones du corps à traiter.

Les immunomodulateurs locaux sont également des médicaments ayant une action spécifique sur le système immunitaire. Ainsi le **tacrolimus en pommade** réduit efficacement et rapidement les symptômes.

La sécheresse de la peau est l'une des caractéristiques de la dermatite atopique. L'utilisation quotidienne de **crèmes émollientes ou hydratantes** fait partie intégrante du traitement car elle permet de prévenir les poussées et l'irritation de la peau.

En cas d'eczéma sévère, le médecin peut recourir à de la ciclosporine.

### 2/ Education thérapeutique

Il est souvent difficile pour les parents de comprendre la maladie, d'accepter son caractère chronique et de bien utiliser les dermocorticoïdes. L'éducation thérapeutique prend alors toute sa place. Elle est effectuée par le médecin qui explique à l'enfant et aux parents l'histoire de la dermatite atopique, comment reconnaître une poussée et la traiter...

### 3/ Photothérapie

Dans les cas sévères on peut avoir recours à la photothérapie par rayons UVA ou UVB.



## BON À SAVOIR !

La dermatite atopique est une maladie chronique dont le traitement agit sur les symptômes. Il faut donc apprendre à vivre avec la maladie et à la gérer dans la durée.

### 4/ Erythrose, couperose et rosacée

Malgré son nom floral, la rosacée est une maladie dermatologique fréquente et gênante, qui touche les **petits vaisseaux du visage**. Elle concerne fréquemment les personnes à peau claire et peut avoir des conséquences psycho-affectives importantes.

La couperose se traduit par la **présence sur le visage de petits vaisseaux dilatés et éclatés**, appelés **télangiectasies**.

La **rosacée** est caractérisée par **l'apparition, sur un visage atteint de couperose, de papules et de pustules**, comparables à de l'acné. On a d'ailleurs longtemps utilisé le terme d'acné rosacée, pour définir cette maladie.

Avant d'atteindre le stade de la couperose ou de la rosacée, le visage (et plus particulièrement les joues) peut simplement rougir plus ou moins brutalement dans de nombreuses circonstances : il s'agit alors d'**érythrose**.

En France 2% à 3% de la population adulte est concernée (soit environ un million de personnes), les femmes en priorité (2 fois plus que les hommes).

L'aspect général du visage pouvant faire évoquer, à tort, un excès de consommation alcoolique, la rosacée est parfois difficile à vivre.

La maladie débute en général vers 30 ans avec un pic vers la cinquantaine. Elle évolue volontiers par poussées avec des exacerbations possibles.

#### » ASPECTS CLINIQUES

Il existe 3 formes qui ne sont pas forcément successives dans le temps, ni la conséquence l'une de l'autre :

- **La forme vasculaire ou couperose** : il s'agit d'une **rougeur du visage** au niveau des joues, du nez, du milieu du front et du menton. Les petits vaisseaux irrigant la peau, trop dilatés, sont tortueux, fins, irréguliers et de couleur rouge violacée.

Elle s'accompagne souvent d'une sensibilité exacerbée de la peau qui rend difficile l'application de cosmétiques (parfois même de l'eau et du savon).

- **La forme papulo-pustuleuse** : Plus communément appelée **Rosacée**, apparition de **papules et de pustules sur une peau couperosée**.

Les papules sont des petites élévations rouges de la peau de 1 à 5 millimètres de diamètre. Les pustules, souvent plus petites, sont des papules surmontées d'un petit élément blanchâtre (goutte de pus).

Les lésions sont réparties de façon symétrique sur les joues, le front, le menton et évoluent par poussées.

- **La forme hypertrophique** : rare, elle survient plutôt chez l'homme et se traduit par un aspect rouge et soufflé de la **pointe du nez**, avec un épaississement de la peau et une dilatation des orifices des glandes sébacées, appelé **rhinophyma**.

#### » CAUSES

Malgré sa fréquence, les causes restent encore mal déterminées, mais l'apparition des rougeurs est favorisée par certains facteurs :

- variations brutales de température (passage du chaud au froid),
- ingestion d'alcool, de boisson chaude ou d'épices
- émotions fortes (joie, colère...).

#### » EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'examen clinique permet au médecin de poser le diagnostic de rosacée. Une biopsie cutanée peut toutefois être effectuée en cas de doute.

#### » TRAITEMENTS

- **Erythrose et couperose**

1/ Appliquer des **produits dermocosmétiques** pour réguler la microcirculation de la peau, hydrater la peau, voire masquer les rougeurs.



2/ Éviter les brusques changements de température, les substances susceptibles de provoquer les rougeurs (alcool, épices...), l'exposition au soleil sans protection et si possible les émotions fortes !

3/ En cas de couperose, le **laser vasculaire** permet d'atténuer les rougeurs en détruisant les télangiectasies (petits vaisseaux dilatés).

A noter que certaines cures thermales proposent des douches filiformes (eau projetée sous une très forte pression) pouvant améliorer l'état de la peau.

- **Rosacée**

**1/ Effectuer des soins locaux** : nettoyage de la peau avec des produits doux, des pulvérisations d'eau minérale et des applications de produits antiseptiques peu irritants ou d'antiparasitaires locaux (métronidazole).

**2/ Prendre un traitement par voie orale**, sous forme d'**antibiotiques** (cyclines) pendant plusieurs mois, voire ensuite du métronidazole en comprimés.

Il convient par la suite d'effectuer un traitement continu d'entretien pour éviter les récurrences.

» **CONSEILS**

1/ Se protéger impérativement du soleil (crème écran total) et du froid.

2/ Pour les femmes, utiliser un maquillage adapté : les poudres et fonds de teint gras sont à éviter mais il existe des gammes de fonds de teint médicaux qui sont à la fois couvrants et prévus pour ce type de peau.



### IDÉES FAUSSES

- Il n'existe pas de lien entre rosacée et acné.
- Si l'alcool peut aggraver les symptômes de rosacée, il n'en est pas la cause.
- L'alimentation n'est pas en cause dans l'apparition d'une rosacée.

## 5/ Infection par une bactérie

La peau normale est porteuse de nombreuses bactéries. Dans certaines circonstances, ces germes peuvent devenir pathogènes, c'est-à-dire provoquer une infection de la peau.

» **ERYSIPÈLE**

La pénétration de bactéries à travers une plaie cutanée est à l'origine de cette infection.

L'érysipèle, ou éréripèle, est une dermo-hypodermite aiguë, autrement dit une **infection du derme et de l'hypoderme** survenant donc autour d'une affection cutanée mal ou non soignée. La recherche de cette porte d'entrée infectieuse est indispensable mais n'est pas toujours retrouvée.

C'est une maladie **fréquente** qui atteint surtout les adultes après 60 ans et siège au niveau du visage ou des membres inférieurs. Le germe responsable est presque constamment un **streptocoque A**.

La **peau est rouge**, luisante, douloureuse et un **œdème** apparaît très fréquemment. L'état général est altéré avec une fièvre élevée (absente dans 30 % des cas) survenant de manière brutale, et pouvant être compliqué par des troubles de la conscience.

Des ganglions satellites ou une lymphangite sont parfois présents.

- **Erysipèle du visage**

Localement, on remarque une plaque rouge, douloureuse, chaude et cernée par un bourrelet palpable. Ce placard se couvre de vésicules pouvant confluer en phlyctène. L'œdème est important. Il s'agit d'un placard unilatéral qui respecte en général le menton et le pourtour buccal, mais qui peut se bilatéraliser.

- **Erysipèle des membres inférieurs**

Il apparaît souvent sur des troubles déjà existants de la peau : œdème, eczéma, ulcère de jambe... et son aspect est celui d'une grosse jambe rouge, chaude et douloureuse.

L'érysipèle constitue une **urgence** et nécessite la mise en route d'une **antibiothérapie** (pénicilline ou macrolides).

Les complications de l'érysipèle ont pratiquement disparu. L'évolution se fait habituellement vers la guérison complète en une dizaine de jours. L'évolution, rare, vers l'abcédation peut conduire à un geste chirurgical.

## » FURONCLE

C'est une **inflammation profonde du follicule du poil par une bactérie** (fréquemment le staphylocoque doré). De nombreux facteurs favorisent sa survenue, notamment les frottements répétés, le manque d'hygiène, mais aussi un terrain fragilisé : diabète, alcoolisme, immunodépression primitive ou secondaire à un traitement...

Le furoncle se caractérise par l'apparition d'une **pustule rouge, chaude et douloureuse**, centrée sur un poil et dont s'écoule du **pus**.

L'**anthrax** est un agglomérat de furoncles, réalisant un placard inflammatoire et souvent accompagné de fièvre et d'une altération de l'état général.

Parfois les furoncles peuvent être nombreux et récidiver : on parle alors de **furunculose**.

Le traitement consiste en une **désinfection locale** avec une lotion antiseptique et un **traitement antibiotique par voie locale ou générale**.

## » IMPÉTIGO

Cette affection, banale mais **contagieuse**, touche essentiellement les **enfants**.

Provoqué par une **bactérie** (staphylocoque doré et/ou streptocoque) l'impétigo se manifeste volontiers autour du nez, de la bouche, sur le cuir chevelu et les membres.

La **peau est rouge** et se recouvre de **petites bulles remplies de liquide**. Ces boutons éclatent et laissent couler du pus. Des **croûtes** se forment, l'infection se propage et d'autres plaques apparaissent un peu plus loin. L'enfant souffre de **démangeaisons**. En se grattant, il peut propager la maladie à d'autres endroits de son corps et risque également de la transmettre à ses proches ou à l'école.

Le traitement repose sur la prise d'**antibiotiques** et l'utilisation de pommades. Un lavage doux avec un antiseptique permet d'enlever les croûtes ramollies par la pommade. Pour éviter de propager l'impétigo il est indispensable que l'enfant n'aille pas en classe et d'avoir une hygiène très rigoureuse (notamment laver séparément et très soigneusement le linge de la personne atteinte).

## 6/ Infection par un virus

### CONDYLOME

Les condylomes, encore appelés "crêtes de coq" ou verrues génitales, sont des **lésions bénignes au niveau des parties génitales et de l'anus**, dues au virus HPV (Human Papilloma Virus). C'est une **maladie vénérienne** qui se transmet donc **sexuellement** et touche indifféremment l'homme et la femme, principalement au début de la vie sexuelle.

Les manifestations cliniques apparaissent 3 à 6 mois après l'infection initiale, mais le virus peut également rester à l'état latent, c'est-à-dire endormi, pendant plusieurs mois, voire des années. Le condylome peut donc se voir chez des personnes n'ayant pas eu d'activité sexuelle depuis longtemps.

La régression spontanée est possible, mais l'évolution classique est habituellement l'extension des lésions en taille et en nombre. Il existe des formes bourgeonnantes, en relief ou au contraire planes.

Les condylomes siègent chez l'homme au niveau du pénis, du prépuce externe et interne et du gland. Ils siègent chez la femme, au niveau de la vulve, du vagin et du col de l'utérus. L'anus est souvent atteint chez les deux sexes. Certains condylomes sont microscopiques et ne peuvent être détectés à l'œil nu.



### BON À SAVOIR !

**Attention ! Ces condylomes sans gravité sont associés dans 20 % à 30 % des cas à des lésions du col de l'utérus ou de l'anus potentiellement cancéreuses.** Il est indispensable de rechercher ces dernières, en particulier au niveau du col, par la pratique d'un frottis gynécologique.

Le traitement consiste à détruire les condylomes soit par l'application de substances médicamenteuses sur les lésions, soit par laser, électrocoagulation, cryothérapie ou intervention chirurgicale.

A noter que le port du préservatif permet de se protéger contre les condylomes.

## HERPÈS

C'est une maladie virale **contagieuse** dont la forme génitale est **sexuellement transmissible**. Considérée comme bénigne chez les personnes en bonne santé, elle peut se révéler très sérieuse chez les sujets présentant un déficit immunitaire, chez les nourrissons ou chez les femmes enceintes.

L'herpès est **très répandu** en France puisque l'on estime que plus de 10 millions de personnes seraient touchées à des degrés divers et toutes localisations confondues.

On distingue l'herpès oro-facial, sur le visage, dont la forme la plus courante est l'herpès labial, communément appelé « *bouton de fièvre* », dû, dans la majorité des cas, au virus Herpès simplex de type 1 (HSV1) et l'herpès génital principalement dû au virus Herpès simplex de type 2 (HSV2) concernant la sphère génitale.

Dans les deux cas le premier contact avec le virus ne produit en général aucun symptôme. Quelques temps après une lésion apparaît sous forme de vésicules en bouquet, évoluant par poussées, toujours au même endroit (bouche pour herpès buccal et organes génitaux pour herpès génital).

Entre les crises le virus trouve refuge dans les ganglions de certains nerfs. Les récurrences ont lieu à diverses occasions : fièvre, fatigue, règles chez la femme, expositions au soleil, maladie infectieuse ou choc émotionnel par exemple.

### • L'herpès oro-facial et buccal

Presque tout le monde (90 % de la population) entre en contact avec ce virus mais, pour des raisons restant aujourd'hui inconnues, seule 1 personne sur 10 va développer la maladie.

## » SYMPTÔMES

La poussée débute par une sensation locale de brûlure près du **nez, autour de la bouche ou sur les lèvres** et annonce l'apparition d'une petite rougeur. Celle-ci s'accompagne rapidement d'un **bouquet de petites vésicules** douloureuses, remplies d'un liquide transparent. Puis les vésicules s'ouvrent, suintent, entraînant la formation d'une croûte jaunâtre qui tombe en une semaine environ.

Dans de rares cas, la lésion se développe dans le nez, dans la bouche, sur les gencives ou à l'intérieur des joues. De façon exceptionnelle elle peut atteindre l'œil (herpès oculaire) ou se situer à distance, comme par exemple sur le doigt (panaris herpétique). A noter aussi l'existence d'une forme grave et rare d'herpès : l'encéphalite herpétique avec une inflammation de l'encéphale entraînant coma et paralysie et qui nécessite une hospitalisation en urgence.

Cet herpès est capable de récidiver de temps à autre en reproduisant les mêmes symptômes.

## » TRAITEMENT

Il n'existe pas de traitement définitif de l'herpès. Il convient d'appliquer des **antiseptiques locaux** qui assèchent l'éruption. Parfois le médecin peut prescrire un **médicament antiviral en pommade ou par voie générale**.

Il est aussi important de déterminer les facteurs déclencheurs. D'abord, tenter de découvrir les circonstances qui contribuent aux récurrences. Essayer de les éviter autant que possible (le stress, certains médicaments, etc.). L'exposition au soleil est un facteur de récurrence commun à plusieurs personnes.

## » QUELQUES CONSEILS PRATIQUES EN CAS DE POUSSÉE

- Ne pas toucher les lésions, sous peine de diffuser le virus ailleurs sur le corps et de retarder la cicatrisation. Si on les touche, se laver les mains immédiatement après.
- Ne pas partager de verre, de brosse à dents, de rasoir ou de serviette afin de ne pas transmettre le virus.
- Éviter les contacts intimes, baisers et rapports sexuels oraux/génitaux, durant toute la durée de la poussée.
- Éviter les contacts avec les enfants, avec les personnes qui ont de l'eczéma et avec les immunodéprimés (personnes dont le système immunitaire est affaibli par un cancer, le sida ou une transplantation d'organe, par exemple).

## L'HERPÈS GÉNITAL

Il se transmet par contact direct lors de rapports sexuels et le risque de contamination est maximal si les rapports ont lieu au moment de l'éruption.

Souvent la première infection ne donne lieu à aucune lésion visible ou ressentie, et l'on ne s'en aperçoit alors pas.

## » SYMPTÔMES

Des lésions peuvent toutefois apparaître environ 5 à 10 jours après le contact contaminant, au niveau de la peau ou des muqueuses génitales. Elles se présentent sous forme de **vésicules** ou de petites bulles douloureuses sur un fond rouge et inflammatoire. La rupture de ces vésicules entraîne des **ulcérations** parfois très douloureuses qui guérissent sans séquelle en une semaine de jours.

Le liquide qui suinte des ulcérations est très contagieux. Ces ulcérations favorisent en outre la dissémination de toutes les autres infections sexuellement transmissibles, c'est pourquoi il est impératif de s'abstenir de toute relation sexuelle pendant une poussée d'herpès génital.

Chez la femme, ces lésions peuvent s'accompagner d'un œdème vulvaire très important, pouvant la gêner pour uriner. Il peut exister des ganglions dans les plis de l'aîne (adénopathies inguinales), et parfois même de la fièvre.

Quand elle s'exprime, cette infection est donc souvent assez spectaculaire, en tout cas plus sévère que les épisodes de récurrence qui viendront par la suite.

Le virus devient ensuite latent pendant une période très variable. On ne connaît pas aujourd'hui ce qui détermine sa réactivation. Certains facteurs tels que le stress, la fatigue, une autre infection, une baisse de l'immunité, une modification du climat hormonal, sont susceptibles de favoriser les récurrences et le virus redonne alors les mêmes lésions mais souvent de façon moins intense et moins nombreuse.

A noter que l'herpès génital est très délicat **en cas de grossesse** car il existe un fort risque de contamination de l'enfant au contact des lésions maternelles lors de l'accouchement.

## » EXAMENS

En cas de doute, il peut être utile d'avoir recours à un prélèvement réalisé au niveau des lésions qui apportera la certitude diagnostique.

## » TRAITEMENT

Il n'existe pas de traitement définitif de l'herpès, les médicaments antiviraux administrés par voie locale et orale permettent de diminuer l'intensité et la durée de la poussée ainsi que les douleurs.



### DÉMYSTIFIER L'HERPÈS GÉNITAL !

La survenue d'un herpès génital au sein d'un couple stable ne doit pas nécessairement faire suspecter un rapport extraconjugal. En effet, l'herpès a pu être contracté au début de la vie sexuelle d'un individu, être resté latent pendant des années et resurgir inopinément, des années plus tard, à la faveur d'un stress, d'une fatigue, d'une autre infection...

**Pour autant, l'herpès ne s'attrape pas n'importe où, ni n'importe comment !** Il n'existe pas de risque de transmission indirecte dans les piscines ou par le siège des toilettes. La contamination ne s'effectue que par un contact direct, intime, et prolongé.

## » QUELQUES PRÉCAUTIONS POUR ÉVITER DE CONTAMINER L'ENTOURAGE

### • Lors des crises :

- se laver soigneusement les mains après qu'elles ont été en contact avec les lésions,
- laver les lésions à l'eau et au savon puis les sécher. A ce titre, ne pas partager son linge de toilette avec son entourage,
- en parler avec son partenaire,
- ne pas se toucher les yeux ni humecter ses lentilles avec sa salive,
- éviter les relations sexuelles,
- éviter le contact avec les personnes fragiles (femmes enceintes, nouveaux-nés, immunodéprimées).

### • En dehors des crises :

- utiliser un préservatif,
- apprendre à reconnaître les signes annonciateurs de la crise afin de débiter le traitement le plus précocement possible.

### MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Le molluscum contagiosum est une **infection bénigne et contagieuse de la peau** par un virus de la famille des **pox virus**. Il se caractérise par la survenue d'une excroissance de chair et a tendance à guérir spontanément.

Il survient volontiers chez les enfants, peut se propager lors de contacts, mais c'est aussi une maladie sexuelle transmissible que l'on rencontre plutôt chez les adolescents et les adultes jeunes.

Le molluscum se présente sous la forme d'une **excroissance de peau** qui forme une petite perle déprimée en son centre. Ces perles blanches ou de la couleur de la peau, mesurent de 2 à 5 mm de diamètre. Les molluscums surviennent souvent en groupes et peuvent se localiser n'importe où sur le corps (cou, pli, tronc, visage, paupière, abdomen, fesse, cuisse, région génitale...).

Ils peuvent s'enflammer et devenir rouges, ce qui annonce souvent leur disparition prochaine.

Une plaque d'eczéma, sous la forme d'une tache rouge et granuleuse entoure parfois le molluscum.

S'il ne disparaît pas spontanément, le traitement fait appel soit à l'application de substances médicamenteuses sur les lésions, soit s'effectue par curetage chirurgical, laser, électrocoagulation, cryothérapie...

## VARICELLE

La varicelle est une maladie **virale très contagieuse** causée par un virus (varicelle-zona) appartenant à la famille des **herpès virus**.

Touchant préférentiellement les enfants, elle est généralement bénigne, mais peut parfois entraîner des complications en particulier lorsqu'elle survient à l'âge adulte. Une personne ayant contracté la varicelle est immunisée mais celle qui n'a pas eu la varicelle durant l'enfance est exposée au risque de la contracter à l'âge adulte.

On dénombre chaque année en France 600 000 à 700 000 cas, dont la grande majorité concernent les nourrissons et les jeunes enfants.

La maladie débute par une fièvre modérée. D'autres symptômes peuvent être associés : céphalées, douleur abdominale et sensation générale de fatigue. Ensuite, on observe l'apparition de vésicules sur la peau provoquant d'intenses démangeaisons : c'est la phase éruptive. Ces vésicules se forment d'abord au niveau du thorax, puis gagnent les épaules, la poitrine, le dos, le cuir chevelu et le visage.

Les lésions évoluent en 3 stades : plaques rouges, vésicules superficielles de la taille d'une tête d'épingle remplies d'un liquide clair, qui sèchent puis forment des croûtes tombant en quelques jours. Il y a 3 ou 4 poussées de vésicules ce qui explique la coexistence d'éléments d'âge différent.

L'éruption au niveau des muqueuses est souvent discrète et apparaît au niveau de la bouche, sur le palais.

La période d'incubation de la varicelle dure 2 à 3 semaines. Le sujet infecté est déjà contagieux avant même de présenter les premiers signes de la maladie et la période de contagion s'achève lors de la formation des croûtes. **La personne ne doit pas être en contact avec les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées.**

Le traitement, outre les médicaments pour lutter contre une éventuelle fièvre, comprend une **antiseptie locale** des lésions cutanées et des médicaments antihistaminiques, par voie orale, pour lutter contre le grattage.

## ZONA

Le zona est une résurgence du **virus de la varicelle**. Lorsque ce virus pénètre pour la première fois dans l'organisme, il provoque la varicelle, puis, quand cette infection est guérie, il s'installe dans un ganglion nerveux où il pourra un jour, se "*réveiller*".

Comme il ne peut plus passer par le sang, puisque l'organisme est désormais pourvu d'anticorps fabriqués au moment de la varicelle initiale, il chemine par une voie nerveuse. Selon le nerf concerné, les manifestations cliniques de la maladie varient.

La réactivation du virus dépend de différents facteurs dont les principaux sont l'**âge** et une **diminution des défenses immunitaires** (qui peut survenir lorsque l'organisme est atteint d'une infection, d'une maladie neurologique, d'un cancer...). Ainsi le zona touche 20 % de la population mais sa fréquence augmente nettement avec l'âge : à 85 ans, un homme ou une femme sur deux en ont souffert.

Tout commence, en général, par une **fatigue**, une petite fièvre, souvent accompagnée de maux de tête et de picotements localisés sur la peau. Quelques jours plus tard, l'**éruption** apparaît, constituée de **plaques rouges** qui démangent et/ou sont douloureuses. Elles se recouvrent rapidement de **petites vésicules blanches** qui sèchent pour donner des **croûtes** tombant en quelques semaines.

Une fois sur deux, le zona se localise au niveau du **thorax**. Les plaques sont alors situées sur le buste, le long des côtes, suivant le trajet d'un nerf intercostal.

Mais elles peuvent aussi se situer sur un bras, une cuisse, l'abdomen... et sont toujours **unilatérales**.

Le zona peut aussi atteindre un nerf crânien. Le plus fréquent est le **zona ophtalmique**. Il concerne le front, les paupières, parfois même la conjonctive et la cornée avec paralysie temporaire de l'œil. Pour ce type de zona, le traitement est d'emblée lourd et consiste à prendre de la morphine, de la cortisone pour atténuer la douleur et un puissant antiviral pour faire disparaître le zona. Il impose bien évidemment une surveillance ophtalmologique étroite.

A l'exception de ce zona ophtalmique et de zona survenant chez une personne très âgée ou dont l'immunodépression est majeure (cancer, SIDA), l'évolution est en général bénigne et la guérison obtenue en deux à six semaines.

Le traitement consiste en une **désinfection cutanée** et selon les circonstances, des médicaments antiviraux et antalgiques (pour calmer la douleur).

## VERRUE

Les verrues sont de petites tumeurs bénignes de l'épiderme, très fréquentes (5% à 10% de la population), contagieuses, souvent liées à des virus appelés **papillomavirus** (Human Papilloma Virus ou HPV).

Elles forment de petites bosses rugueuses, bien délimitées dans la couche externe de la peau (épiderme) et peuvent atteindre jusqu'à un centimètre de diamètre.

La durée d'incubation est variable : quelques semaines à quelques mois. La transmission se fait par contact direct ou indirect (eau, chaussures). Le sol humide des piscines, douches publiques, plages et centres d'activités sportives sont particulièrement propices à la transmission des verrues notamment plantaires.

### » ASPECTS

Il existe plusieurs sortes de verrues dont l'aspect varie selon l'endroit où elles se situent.

#### • La verrue vulgaire

D'aspect dur, corné, de surface irrégulière et brune, elle se développe avant tout sur les mains et les doigts. Elle peut être unique ou multiple, souvent alors avec la présence d'une verrue-mère plus grosse que les autres.

#### • La verrue plantaire

Elle se situe sur la plante du pied et peut être douloureuse, voire handicapante, en raison de la pression exercée par le poids du corps.

D'aspect polymorphe, elle ressemble souvent à un durillon banal.

#### • La verrue plane

Il s'agit d'une micropapule, rose foncé, légèrement saillante, à peine visible au début, qui finit par atteindre un diamètre de 1 à 2 mm. Elle siège surtout sur le front, les mains et les doigts.

En cas de doute le médecin peut être amené à gratter la lésion avec un scalpel : un saignement ou la présence de points noirs confirme le diagnostic de verrue.

Par ailleurs, toute verrue atypique qui s'étend, provoque des grattements, saigne ou apparaît sur un grain de beauté, doit être enlevée par un dermatologue et examinée ensuite par un laboratoire d'analyses spécialisé.

### » TRAITEMENT

Il dépend de l'âge de la personne, du type de verrue et de son emplacement.

L'abstention thérapeutique est parfois justifiée car les verrues vulgaires de l'enfant et certaines verrues planes peuvent disparaître spontanément en quelques jours.

Il faut savoir que si la verrue guérit, avec ou sans traitement, le virus demeure dans l'épiderme et peut se réactiver. Les récurrences sont donc possibles.

L'application locale de **vaseline salicylée** peut être efficace. Le dermatologue a également plusieurs moyens de destruction à disposition, comme la **cryothérapie** avec de l'azote liquide déposé directement sur la verrue, l'**électrocoagulation** au bistouri électrique ou le **laser** au gaz carbonique.

Attention ! Ne jamais tenter d'enlever soi-même une verrue avec un instrument coupant (lame de rasoir, couteau...) : la verrue risque de s'infecter, de saigner et de s'étendre, en plus de laisser une cicatrice.

## 7/ Infection par un champignon

### CANDIDOSE

La candidose est une infection cutanée provoquée par un champignon habituellement présent dans le tube digestif et les voies génitales : le **candida albicans**.

A noter qu'elle peut également toucher les muqueuses (bouche, régions génitales) ou les ongles.

Elle est essentiellement localisée au niveau des **plis du corps** et est favorisée par la **macération** (excès d'humidité ou insuffisance d'assèchement de la peau).

Elle se traduit par la présence d'un **intertrigo**, c'est-à-dire d'une lésion qui débute au fond du pli cutané puis devient **rouge, suintante** et entraîne des **démangeaisons**. La lésion s'étend symétriquement de part et d'autre du pli et est délimitée par une petite **collerette de coloration blanche**.

Certaines circonstances, comme la grossesse, l'existence d'un diabète ou la prise d'antibiotiques favorisent la survenue d'une candidose.

Un excès d'utilisation de savons acides ou la survenue de facteurs extérieurs comme un excès d'humidité, de chaleur, etc... sont également susceptibles de favoriser le développement de candidose.

Le traitement associe l'**hygiène locale** aux applications de **pommade antifongique**.

### PITYRIASIS VERSICOLOR

C'est une infection superficielle par un champignon (mycose), **très fréquente, sans gravité**, volontiers récidivante et qui prédomine chez les jeunes adultes.

**Non contagieuse**, elle est due à un champignon naturellement présent sur la peau, le *Malassezia furfur*, et se développe essentiellement l'été car elle est favorisée par la chaleur, l'humidité, la macération, les huiles solaires... Le pityriasis est préférentiellement localisé dans les zones riches en glandes sébacées : haut du tronc, cou, bras, région sous mammaire. Les paumes et les plantes sont épargnées.

Des **petites taches de coloration variée**, jaune chamois, brunes ou blanches, rondes, ovalaires, bien limitées sont recouvertes de squames, se détachant d'un seul bloc en copeau.

Le médecin peut confirmer le diagnostic par un examen microscopique complémentaire appelé "scotch test".

Le **traitement local** suffit généralement à faire disparaître les lésions.

## 8/ Infection par un parasite

### GALE

On distingue la gale dite humaine, caractérisée par une contamination à partir d'une autre personne et la gale non humaine à partir d'un animal (chien, chat, cheval, oiseau...) ou d'un végétal (arbuste, blé). Dans ce second type de gale, la personne infectée ne peut pas transmettre la maladie à un autre humain.

La **gale humaine** est une affection **contagieuse** qui se transmet donc par des **contacts humains** directs, intimes et prolongés comme il en existe au sein d'un couple ou d'une famille. Du fait de la possible contamination sexuelle, la gale est considérée comme une **infection sexuellement transmissible**.

Contrairement à certaines idées reçues, elle touche toutes les tranches d'âge, toutes les populations et tous les milieux socio-économiques.

#### » CAUSES

Les parasites responsables, les sarcoptes, sont des **acariens** (sortes de petites araignées microscopiques à 8 pattes), qui se nourrissent en buvant le sang de la personne infectée. Les femelles fécondées creusent des **sillons** dans l'épaisseur de la peau pour y pondre leurs œufs. Le cycle parasitaire dure 20 jours : après la ponte, les larves éclosent en quelques jours, deviennent adultes en 2 semaines et se multiplient ensuite à la surface de la peau. La transmission de la maladie est alors possible.

#### » SYMPTÔMES

La gale se caractérise par des **démangeaisons** (prurit) à recrudescence **nocturne** qui se situent au niveau des espaces interdigitaux (entre les doigts), sur la face antérieure des poignets, sur les coudes et les emmanchures antérieures, autour de l'ombilic, sur les fesses, sur la face interne des cuisses, sur les organes génitaux externes chez l'homme et au niveau du mamelon et de l'aréole mammaire chez la femme.

Puis des **sillons** apparaissent. A l'extrémité de ces petits tunnels, longs de quelques millimètres à 2 centimètres, qui serpentent sous la peau, se forment de minuscules **perles translucides** (vésicules perlées) caractéristiques de la maladie et contenant le parasite. Le grattage provoque l'apparition de **croûtes**.

#### » DIAGNOSTIC ET ÉVOLUTION

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des parasites adultes, des larves ou des œufs, recueillis au niveau des vésicules perlées ou des sillons.

Sans traitement, la gale humaine persiste indéfiniment et se complique d'eczéma.

#### » TRAITEMENTS

Il convient de traiter le sujet atteint mais aussi toutes les personnes de son **entourage** même si elles ne présentent aucun symptôme ou signe visible de gale.

##### • Traitement local

Le **benzoate de benzyle** est le produit de référence. Les protocoles sont variables. Classiquement, on badigeonne à l'aide d'un pinceau l'ensemble du corps y compris le cuir chevelu, à l'exception du visage. Le produit est appliqué et gardé 24 h avant d'être lavé. L'entourage doit être traité de la même façon (avec des durées d'application du produit toutefois plus courtes pour les enfants et les nourrissons).

L'autre produit local est l'**esdépalléthrine**.

##### • Traitement par voie orale

L'**ivemectine** est administré en 2 prises à 14 jours d'intervalle. Le produit est efficace sur les acariens matures, mais pas sur les œufs. Une deuxième prise 14 jours plus tard est donc nécessaire afin d'éradiquer tous les parasites.

#### » HYGIÈNE

- Une fois le traitement administré, les vêtements portés et la literie doivent être lavés à 60°C.  
- Afin d'éviter toute recontamination il est recommandé d'éviter les rapports sexuels jusqu'à la fin du traitement.

- Les matelas, sofas, tissus d'ameublement... doivent être aspergés de poudre anti-parasitaire, laissée 24 heures puis aspirée.



#### A NOTER

La gale commune peut s'accompagner de nodules, sorte de tuméfactions rouges violacées, qui sont secondaires à une réaction immunitaire de l'organisme. Ces nodules peuvent persister plusieurs semaines malgré un traitement efficace et être associés à un prurit persistant. Selon les cas, un traitement par pommade corticoïde, crème hydratante, traitements kératolytiques et médications antiprurigineuses est alors proposé.

## 9/ Psoriasis

Le psoriasis est lié à une **inflammation chronique de la peau**. Il survient chez des personnes génétiquement prédisposées, en général à la faveur d'un facteur physique ou psychologique favorisant.

Le psoriasis est une maladie **fréquente** puisqu'elle touche environ 2% de la population française, et ceci à tous les âges de la vie. S'il s'agit la plupart du temps d'une maladie bénigne, le psoriasis peut constituer un handicap difficile à vivre au quotidien avec un retentissement psychologique important.

#### » CAUSES

Le psoriasis est le résultat d'une production accélérée (10 fois plus rapide que la normale) de cellules de la couche superficielle de la peau (les kératinocytes). Incapables de s'éliminer au fur et à mesure de leur apparition, ces cellules s'accumulent à la surface de la peau et forment des plaques squameuses. La prolifération trop rapide de ces cellules entraîne une dilatation des vaisseaux sanguins du derme, d'où la rougeur des plaques.

Les causes sont inconnues mais il existe très probablement un **facteur héréditaire**. Le caractère souvent familial du psoriasis (30% des cas) a, en effet, fait suspecter une prédisposition génétique et plusieurs gènes sont maintenant identifiés.

Il existe également des **facteurs favorisants** à la survenue d'un psoriasis : le stress, un choc émotionnel ou un traumatisme affectif, la prise de certains médicaments, le statut hormonal



(règles chez la femme), certains facteurs infectieux, ou le soleil (qui peut dans certains cas améliorer le psoriasis, ou au contraire, l'aggraver).

## » SYMPTÔMES

Le psoriasis peut revêtir des **aspects très divers**.

Les plaques rouges sont le plus souvent assez étendues et se développent habituellement sur les **coudes**, les **genoux** et le **dos**.

Le psoriasis peut occasionner des **démangeaisons**.

Dans certains cas il est localisé sur les **plis des aines ou des aisselles**, sur la **paume des mains ou la plante des pieds**; la peau est alors sèche, grise, fissurée.

Une autre localisation fréquente est le **cuir chevelu** : les lésions peuvent être bien délimitées, arrondies ou ovalaires, couvertes de petits lambeaux de peau qui desquament (pèlent) ou au contraire, recouvrir la totalité du cuir chevelu et former une véritable carapace : on parle alors de casque séborrhéique. Il n'y a pas de chute de cheveux.

Parfois chez l'enfant, en général après une angine, les plaques peuvent apparaître sous forme de **très petites taches** (psoriasis en gouttes) ou de pièces de monnaie (psoriasis nummulaire). Les **ongles** sont parfois atteints : ils présentent alors de petites dépressions "en dé à coudre", s'épaississent, se décollent et se colorent en jaune.

Il peut arriver que les **muqueuses** tapissant la langue ou le gland soient également touchées.

## » EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Le psoriasis évolue volontiers par **poussées**, avec souvent un événement marquant au début de chacune d'entre elles : infection, surmenage, choc émotionnel, prise de médicaments...

L'évolution de la maladie est **imprévisible**. On peut présenter une poussée isolée de psoriasis et ne plus jamais en entendre parler ou ne présenter de nouvelles lésions que plusieurs années après.

Trois types de complications peuvent survenir :

- **La généralisation au corps entier** (érythrodermie psoriasique), avec de la fièvre et une altération de l'état général.
- L'apparition sur les plaques de petites cloques remplies de liquide (lésions pustuleuses) blanc laiteux. Ces plaques peuvent être sur tout le corps ou localisées et s'accompagnent d'une fièvre élevée : il s'agit alors d'un **psoriasis pustuleux**.
- Dans 20 % des cas de psoriasis, il existe également une **atteinte articulaire douloureuse**.

Le rhumatisme psoriasique chronique peut se présenter sous 2 formes :

- soit l'inflammation touche plusieurs articulations (polyarthrite) des doigts, entraînant des déformations parfois gênantes,
- soit l'inflammation atteint les articulations de la colonne vertébrale (rhumatisme axial).

## » EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Dans la grande majorité des cas, le psoriasis est diagnostiqué sur le simple aspect des lésions par un médecin expérimenté. La biopsie cutanée peut être utile dans certains cas difficiles.

Compte tenu de la fréquence des maladies générales associées aux formes sévères de psoriasis, le praticien recherche toujours l'existence d'une pathologie comme le diabète ou des anomalies du bilan lipidique.

## » TRAITEMENTS

Le psoriasis est une **maladie chronique** pour laquelle, s'il n'existe pas de traitement permettant une guérison définitive, il existe de nombreuses options thérapeutiques efficaces sur les poussées.

Il n'y a **pas de traitement standard** : en fonction de la localisation, de l'ancienneté, de l'étendue de la maladie et de son évolution, le médecin, en concertation avec la personne, utilise différentes options thérapeutiques.

La prise en charge repose sur l'utilisation de traitements locaux dans les formes peu graves et peu invalidantes, pouvant – ou non – être associés aux traitements généraux, réservés aux formes plus sévères. Des phases de traitement d'attaque vont pouvoir alterner avec des phases d'entretien au cours desquelles le traitement est allégé.

### • Traitement local

Il consiste à décaper les lésions (en décollant les pellicules blanches qui les recouvrent) puis à réduire la rougeur avec essentiellement des **dermocorticoïdes** et/ou des **analogues de la**

### vitamine D3.

Les bains à base d'amidon de blé ou d'huile et les produits hydratants ont pour propriété de décaper les lésions, de calmer l'inflammation, d'assouplir et d'adoucir la peau et de calmer les démangeaisons.

La **photothérapie** corporelle totale est utilisée dans des formes étendues (supérieures à 30% de la surface du corps) et la photothérapie locale peut être utilisée quand l'atteinte du psoriasis se limite aux mains et/ou aux pieds. Il en existe deux types : la puvathérapie par UVA et la photothérapie par UVB.

#### • Traitement général par voie orale

Ils sont réservés à des formes sévères que ce soit par la surface cutanée atteinte et/ou le retentissement sur la vie quotidienne.

Il existe différentes familles de médicaments : les rétinoïdes, le méthotrexate, la ciclosporine et les biothérapies (anti-TNF  $\alpha$ ).

Les **cures thermales** au bord de la mer ou dans une ville d'eaux, en combinant l'action du soleil à celle de l'eau (décapage), sont prescrites dans certains cas.

Enfin, le psoriasis par ses côtés inesthétiques peut nécessiter une prise en charge et un soutien **psychologique**.

Il est recommandé de consulter le médecin régulièrement, tous les 3 mois en début de traitement, afin de s'assurer de l'efficacité et de la bonne tolérance de ce dernier. Si le traitement au long cours est efficace et bien toléré, un suivi tous les 6 mois est envisageable. Ce rendez-vous régulier est l'occasion de faire le point sur la maladie et ses conséquences physiques, morales ou professionnelles éventuelles. L'efficacité du traitement est régulièrement évaluée par le praticien.

A noter que les lésions peuvent réapparaître malgré le traitement (on parle d'échappement) ou après avoir totalement disparu (on parle alors de rechute). Elles peuvent parfois aussi réapparaître en étant plus graves qu'avant le traitement : c'est l'effet rebond.

## 10/ Urticaire

L'urticaire est une éruption de la peau ressemblant à celle provoquée par une piqûre d'ortie, d'où le terme urticaire.

Il s'agit en fait d'une **réaction allergique de la peau** à un facteur déclencheur. L'urticaire est une dermatose s'observant à tout âge et **extrêmement fréquente**, puisque l'on estime qu'elle touche chaque individu au moins une fois dans sa vie.

### » SYMPTÔMES

Il existe 2 grandes variétés d'urticaire :

#### • L'urticaire commune (ou superficielle)

Ce sont des **plaques rouges et légèrement surélevées**, de taille variable, très prurigineuses et réparties sans ordre sur la peau.

Les démangeaisons et la durée de l'éruption sont variables et peuvent être fugaces ou durer parfois plusieurs semaines, mois ou années. Au-delà de 6 semaines on parle d'**urticaire chronique**.

#### • L'urticaire profonde

C'est une **tuméfaction sous-cutanée aiguë, non prurigineuse** avec une sensation de tension cuisante ou même douloureuse, siégeant au niveau du visage (lèvres, paupières), des organes génitaux ou pouvant atteindre les muqueuses (œdème de la glotte). Il s'agit alors d'un œdème de Quincke qui peut entraîner un risque d'asphyxie par gonflement de ces muqueuses.

### » CAUSES

Les causes de l'urticaire sont **très nombreuses** et il faut distinguer la crise isolée d'urticaire de l'urticaire chronique.

• **La crise isolée d'urticaire**, qui régresse souvent spontanément, est le plus souvent allergique. On retrouve parfois la cause de cette allergie et on ne pratique habituellement pas de bilan à la recherche de cette cause, sauf en cas d'urticaire grave.

• **L'urticaire chronique**, pour laquelle une enquête détaillée et un bilan complet sont nécessaires, même s'ils n'aboutissent à la découverte d'une cause que dans 20 à 30 % des cas.

## » ÉTIOLOGIE DE L'URTICAIRE

### • Urticaires induits par voie générale

- **Un médicament** : la plupart des médicaments (antibiotiques, aspirine...) sont susceptibles de déclencher une crise d'urticaire. Parfois il ne s'agit pas de la molécule elle-même mais d'un conservateur ou excipient du produit.
- **Un aliment** (crustacé, fromage, fraise, chocolat...), ou une **allergie à l'un des composants d'un aliment** (protéine de lait de vache, poisson, colorant...)
- **Une cause infectieuse** comme certaines parasitoses par exemple.

### • Urticaires induits par voie locale

- **Urticaire de contact** soit avec un **végétal**, un **animal** (méduse, chenille...) ou un **produit chimique** (latex...).
- **Urticaire mécanique** :
  - le **dermographisme** est généralement caractérisé par l'apparition d'une urticaire sur une zone de la peau qui a été légèrement traumatisée. Ainsi, l'urticaire peut prendre la forme du tracé effectué par l'objet en contact avec la peau;
  - **l'urticaire retardée à la pression**, souvent sensible ou douloureuse, apparaît après une pression forte et prolongée appuyée (ceinture...);
  - **l'urticaire cholinergique**, provoquée par une élévation de la température de la peau, par exemple lors d'un sauna, de bain ou de douche chaude, d'un effort physique...
  - **l'urticaire au froid** est déclenché par le contact avec les liquides froids. Il peut s'agir d'eau ou d'air froid, de pluie, de neige...
  - **l'urticaire solaire** apparaît le plus souvent quelques minutes après une exposition au soleil.

## » TRAITEMENTS

Toute crise d'urticaire qui se complique d'un gonflement de la lèvre ou des paupières et/ou de picotements et de démangeaisons de la gorge doit amener à consulter en urgence et, plus généralement, toute crise d'urticaire doit amener à consulter un médecin sans tarder.

Dans tous les cas où la cause peut être identifiée, son éviction constitue bien entendu le meilleur traitement.

Le traitement par ailleurs nécessite généralement des médicaments antihistaminiques (traitement de l'allergie) en sachant que la dimension psychologique d'une urticaire ne doit pas être sous-estimée.

# V/ CHEVEUX, ONGLES ET MUQUEUSES

## 1/ Perte de cheveux

Pour mieux comprendre le mécanisme de la chute du cheveu, le médecin peut être amené à demander un **trichogramme**, c'est-à-dire un examen du cheveu au microscope.

### L'ALOPÉCIE

La chute peut affecter l'ensemble du cuir chevelu ou ne concerner qu'une zone, laissant ainsi de petites surfaces dépourvues de cheveux. Perdre ses cheveux n'a évidemment pas la même signification chez un homme, une femme, un adulte ou un enfant.

#### • La calvitie chez l'homme

C'est une évolution très banale et fréquente de la vie normale du cheveu. La calvitie débute le plus souvent avant 40 ans. Elle touche environ 15 % des hommes à l'âge de 20 ans, 30 % à 30 ans et 50 % à 50 ans.

La calvitie dépend de certaines hormones mâles (androgènes), d'où son nom scientifique d'alopecie androgénétique. Ce mot comprend aussi le terme « *génétique* ». On retrouve en effet très souvent des problèmes de chute de cheveux chez l'un des parents ou l'un des grands-parents.

Le traitement médical de la calvitie est assez limité.

Localement il consiste à appliquer une lotion de minoxidil et par voie orale -et sous stricte surveillance médicale-, à prendre un traitement à base de finastéride. Dès que ces traitements

sont arrêtés la perte des cheveux redémarre.

Il est bien entendu possible d'utiliser des compléments capillaires tels que perruque, volumateur ou compléments partiels.

La chirurgie, sous forme de greffe ou **micro-greffe de cheveux**, constitue une bonne alternative à la calvitie, les techniques actuelles permettant d'obtenir un aspect naturel.

#### • L'alopecie diffuse de la femme

Elle concerne environ 20 % des femmes à l'âge de 40 ans. Elle entraîne un préjudice esthétique très variable en fonction de son intensité et se manifeste en général par un **éclaircissement diffus de la chevelure**.

Les causes peuvent être multiples : certaines maladies entraînant une sécrétion trop importante d'hormones mâles, un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, un manque de fer, la prise de certains médicaments...

En fonction de son origine, l'alopecie sera traitée différemment. Les soins locaux ont leur intérêt mais leurs effets restent limités.

### LA TEIGNE

L'association de plaques d'alopecie à des pellicules, des cheveux cassés courts, des pustules ou des croûtes doit faire penser à la teigne, qui est une atteinte des cheveux par des **champignons microscopiques**.

C'est une **maladie contagieuse** qui touche avant tout **l'enfant**, il faut donc repérer rapidement le champignon responsable, faire des prélèvements dans la famille et l'entourage et traiter tous les proches contaminés en même temps que la personne atteinte.

**Attention**, les peignes, brosses, tondeuses... et autres instruments en contact avec les cheveux peuvent transmettre la teigne.

Certaines teignes sont très inflammatoires. La teigne est alors en relief, suintante et suppurée.

Parfois, la contamination provient d'un animal à pelage (chat, chien, lapin...) infesté par un champignon : on parle alors de teigne d'origine animale.

Le traitement associe les voies locale et générale.

Localement il convient de supprimer les cheveux atteints en les coupant court (avec des ciseaux). On applique ensuite, quotidiennement, une lotion antimycosique pendant environ 1 mois.

La **griséofulvine** par voie orale, doit être prise pendant 6 semaines.

Un suivi attentif est nécessaire pour valider l'éradication complète de la teigne.

### LA PELADE

C'est une **maladie auto-immune**, autrement dit le système immunitaire de l'individu va diriger une réaction contre ses propres cheveux. Cependant, la racine n'est pas complètement détruite, ce qui explique que les cheveux repoussent toujours, une fois la pelade terminée. Il existe aussi une prédisposition génétique à la pelade.

Le **cuir chevelu est à nu, sans cheveux, ni croûte, ni pustule**. La pelade évolue par poussées, avec des périodes de chute des cheveux et des périodes de repousse. Les localisations sont variables selon le type de pelade.

Lorsqu'elle se présente sous forme de plaques multiples, on parle de pelade en plaques. Dans la **pelade ophiasique**, la localisation de début est spécifiquement au niveau de la nuque et elle progresse vers l'arrière des oreilles. La **pelade décalvante totale** touche la totalité du cuir chevelu et la **pelade universelle** concerne l'intégralité des poils du corps, y compris pubis et aisselles, cils et sourcils.

Compte tenu de l'efficacité moyenne des traitements et du taux élevé de repousses spontanées, il est parfois conseillé de n'avoir recours à aucun traitement, notamment en cas de petites plaques de pelade. Un dermocorticoïde puissant peut être proposé en première intention, en application ou en injection locale et les compléments capillaires, comme les perruques peuvent constituer un palliatif.

### LA TRICHOTILLOMANIE

Il s'agit d'un **tic d'arrachage des cheveux ou des poils**. La personne, souvent un enfant, enroule ses cheveux dans ses doigts en tirant dessus jusqu'à se les arracher ou s'arrache cils et/ou sourcils. Elle peut faire ce mouvement répétitif inconsciemment, dans la journée, mais aussi pendant son sommeil. Le **cuir chevelu notamment est ainsi mis à nu**.

La trichotillomanie apparaît souvent suite à un choc psychologique ou à une situation de conflit.

## QUAND LA CHIMIOTHÉRAPIE FAIT TOMBER LES CHEVEUX...

La chute n'est pas systématique et dépend des produits de chimiothérapie utilisés.

La chute débute environ 4 à 6 semaines après la première cure de chimiothérapie et il n'existe aucun traitement préventif. Après la chimiothérapie la repousse est systématique.



### BON À SAVOIR !

Les cheveux poussent d'environ 1 centimètre par mois. Chaque cheveu passe par des périodes de croissance et de repos. Il est ainsi normal de perdre de 30 à 100 cheveux par jour.

## 2/ Poux

Les poux véhiculent, à tort, une image de précarité et d'hygiène douteuse. Si cela reste vrai pour les poux de corps, les poux de tête sont fréquents, surtout en milieu scolaire, affectant alors enfants et parents de tous milieux...

Il existe 3 types de poux, responsables de trois pédiculoses différentes.

#### • La pédiculose de la tête (poux de tête) :

Dans les pays occidentaux, les poux de tête touchent essentiellement les enfants d'âge scolaire entre 3 et 8 ans. On estime que 300 millions de personnes dans le monde seraient ainsi concernées.

Cette pédiculose **se transmet par contact humain** direct « tête à tête » ou plus rarement de façon indirecte par échanges de bonnet, brosse ou peigne.

Le symptôme le plus courant – bien qu'inconstant – est le prurit, c'est-à-dire la **démangeaison du cuir chevelu**.

La découverte de **poux vivants**, visibles à l'œil nu après peignage, ainsi que de **lentes** collées aux cheveux mais ne coulissant pas le long du cheveu, confirme l'atteinte.

#### • La pédiculose corporelle (poux du corps) :

Elle est surtout rencontrée chez des personnes en situation de grande précarité. Elle se manifeste par des démangeaisons associées à des lésions de grattage, prédominant dans le dos et sur la racine des membres, qui peuvent se surinfecter.

En outre, le pou de corps peut transmettre des maladies infectieuses comme le typhus par exemple.

La pédiculose corporelle se transmet surtout par les vêtements contaminés et la découverte de poux sur le corps et dans les vêtements confirme le diagnostic.

#### • La phtiriase (poux du pubis, plus communément appelés « *morpions* ») :

La phtiriase est une **infection sexuellement transmissible**, les poux du pubis se transmettant par contacts humains intimes, au cours de rapports sexuels.

Elle se manifeste par des **démangeaisons du pubis** associées à des **lésions de grattage** qui peuvent se surinfecter et entraîner la formation de ganglions au niveau de l'aîne.

La mise en évidence des poux situés à la base du poil confirme l'atteinte.

### » MÉCANISME

Les démangeaisons communes à l'ensemble de ces pédiculoses sont dues aux piqûres réalisées par ces insectes pour se nourrir.

Les femelles adultes pondent des œufs, ou lentes (10 à 20/j), qui éclosent et donnent des larves adultes en 8 à 10 jours. Cette ponte s'effectue à proximité de l'émergence des cheveux dans la pédiculose de tête, dans les fibres textiles des vêtements dans la pédiculose corporelle et près de l'émergence des poils de la région génitale dans le cas de la phtiriase.

### » TRAITEMENTS

**Le traitement est le même pour toutes les pédiculoses** et fait appel aux pédiculicides dont il existe aujourd'hui 2 grandes familles : les **organophosphorés** dont le **malathion** est le chef de file, et les **dérivés des pyréthrinés**. Il convient de respecter scrupuleusement les consignes d'utilisation du produit et notamment de renouveler l'application 10 jours plus tard.

Par ailleurs il est important de **laver tout le linge** susceptible d'être contaminant à au moins 50°C.

Des résistances aux traitements commencent à apparaître. Il existe des alternatives thérapeutiques de type diméticone, ou ivermectine, mais il est souhaitable d'aller consulter

un médecin.

#### » CONSEILS POUR LES POUX DE TÊTE

L'éradication passe par un respect rigoureux des modalités de traitement et un **examen attentif et régulier de la chevelure des enfants en âge scolaire**.

En cas de poux, il est important que tous les **membres de la famille et l'entourage proche** (nourrice, grands parents...) vérifient de ne pas être également porteurs, même s'ils ne présentent pas de symptômes.

### 3/ Ulcération muqueuse

#### APHTE

La muqueuse de la bouche peut être le siège **d'ulcérations très douloureuses mais sans gravité** : les aphtes. Rondes ou ovales, de taille variable, ils affectent les gencives, le bord interne des lèvres et des joues et/ou les bords de la langue.

Ils apparaissent le plus souvent de manière isolée et lorsqu'ils sont peu importants, guérissent habituellement spontanément en une semaine. Ils nécessitent parfois l'application locale d'antiseptique et d'anti-inflammatoire, voire d'analgésique et d'antibiotique.

Une bonne hygiène bucco-dentaire et la suppression de certains aliments favorisant la constitution d'aphtes (fruits secs, épices, gruyère...) permettent de limiter les poussées d'aphtes, souvent liées à des facteurs infectieux ou hormonaux.

#### ULCÉRATION GÉNITALE

Les muqueuses des organes génitaux peuvent être le siège d'ulcérations dans le cas de certaines maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis ou le chancre mou.

### 4/ Maladies des ongles

Les ongles peuvent être atteints de différentes affections.

- **Les mycoses**, ces maladies infectieuses dues à des champignons microscopiques, touchent fréquemment les ongles : on les appelle des **onychomycoses**. Leurs manifestations sont très variées : il peut s'agir d'un soulèvement de l'extrémité de l'ongle par un dépôt sous-jacent gris ou jaune avec décollement de l'ongle, de petites taches blanchâtres sur la partie superficielle de la lame de l'ongle, d'un épaississement en bourrelet du repli cutané qui borde l'ongle ou bien les ongles deviennent simplement épais, cassants ou striés. Les traitements sont différents et adaptés en fonction du champignon en cause (dermatophyte...).

- **L'ongle incarné** constitue également une atteinte fréquente, douloureuse mais bénigne. Les bords latéraux de l'ongle s'enfoncent dans la peau ce qui provoque une inflammation et un gonflement des tissus voisins. En général un traitement local est suffisant mais dans quelques rares cas il faut avoir recours à une petite chirurgie.

L'apparition d'une **bande noire au niveau d'un ongle**, le plus souvent sur le pouce, l'index ou le gros orteil, peut être le signe d'un **cancer de la peau débutant** (mélanome malin). Il convient donc de montrer cet ongle sans tarder au dermatologue qui pourra, si nécessaire, effectuer un prélèvement pour vérifier s'il s'agit d'un simple problème de pigmentation ou non.

Enfin il faut savoir que la croissance des ongles ralentit avec l'âge, favorisant la formation de stries qui provoquent des fissures à l'extrémité de l'ongle.



#### BON À SAVOIR !

- La leuconychie correspond aux stries blanches sur les ongles.
- L'onycholyse est le décollement de l'ongle.
- L'onychomanie est le fait de se toucher les ongles sans arrêt.
- L'onychophagie consiste à se ronger les ongles.

