



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Folliculite du cuir chevelu : plutôt disséquante ou plutôt décalvante ?

Scalp folliculitis: Dissequans or decalvans?

La folliculite décalvante (FD) et la cellulite disséquante (CD) du cuir chevelu ont été décrites il y a plus d'un siècle. Très peu étudiées depuis, leurs causes restent incomprises, les données épidémiologiques manquent et leur prévalence et leur incidence restent inconnues. Aujourd'hui, comme aux premiers jours de leur description, leurs différences sémiologiques, anatomopathologiques et de prise en charge thérapeutique justifient toujours de les considérer comme deux maladies très différentes et de savoir les distinguer. Cependant, leur statut commun de folliculites à polynucléaires neutrophiles (PNN), les similitudes de ces deux maladies avec l'hydradénite suppurée (HS) et les données récentes sur la microbiologie de la peau permettent de formuler l'hypothèse d'un cadre nosologique commun : les dysbioses folliculaires.

Deux tableaux cliniques habituellement très différents à la phase d'état

Bien qu'il puisse être difficile de distinguer certaines formes papuleuses de FD de formes frustes de CD, le diagnostic différentiel est facile et clinique dans la majorité des cas.

La cellulite disséquante (mieux nommée folliculite disséquante puisqu'il s'agit d'une authentique folliculite et non d'une cellulite) (Fig. 1) est caractérisée par la séquence pathologique suivante : obstruction folliculaire, folliculite, collection purulente, fistule. Les collections purulentes, en dissociant le plan sous-cutané de la partie dermoépidermique du cuir chevelu, confèrent à la maladie son caractère disséquant. La quasi-totalité des sujets atteints sont des hommes adultes. Les patients noirs sont majoritaires, avec environ 80% des cas [1]. Un antécédent familial est exceptionnellement trouvé. C'est un tableau clinique très caractéristique à la phase d'état. Il s'agit de nodules plus ou moins profonds, parfois fluctuants, de taille variable, volontiers alopeciques, dont la pression fait sourdre un contenu séropurulent ou sanglant par un ou plusieurs pertuis reliés à des sinus sous-cutanés parfois interconnectés. Des comédons sont parfois visibles. Les lésions sont peu ou pas douloureuses. Des pustules et des croûtes folliculaires sont fréquentes. Histologiquement, les lésions débutantes sont caractérisées par une obstruction folliculaire et la présence d'un infiltrat neutrophilique intra- et périfolliculaire constituant une folliculite et une périfolliculite suppurative [2]. Cet infiltrat prédomine à

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.08.009>

0151-9638/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



Figure 1. Cellulite disséquante du cuir chevelu typique chez un homme de 32 ans.

la partie profonde du follicule pileux. Certains follicules concernés par cette inflammation massive vont passer en phase catagène/télogène, expliquant ainsi la dépilation, d'abord réversible, observée sur les lésions [3]. Puis survient une rupture folliculaire qui s'accompagne de la formation d'un abcès composé de neutrophiles, de lymphocytes et de nombreux plasmocytes dans le derme profond et l'hypoderme. Les abcès vont être à l'origine des tractus fibreux de la phase d'état [1]. Le stade tardif est caractérisé par la destruction de l'unité pilosébacée avec présence d'une fibrose dermique et d'un granulome lymphoplasmo-cytaire avec des cellules géantes. Les cultures bactériennes du contenu des collections purulentes sont habituellement négatives ou trouvent des germes de la flore transitoire (staphylocoques dorés fréquemment) ou commensaux (staphylocoques coagulase négative le plus souvent). La cause de la CD est inconnue mais l'efficacité très fréquente (bien que souvent transitoire) de l'isotrétinoïne et les ressemblances anatomocliniques avec l'acné suggèrent un mécanisme pathogénique commun.

La folliculite décalvante, ou folliculite épilante de Quinquaud (Fig. 2), est une pustulose folliculaire alopeciante cicatricielle. Elle concerne toujours des adultes (un seul cas pédiatrique publié) et plus souvent des hommes. Il n'y a



Figure 2. Folliculite décalvante typique chez une femme de 32 ans.

pas d'antécédent familial ni de contexte particulier dans l'immense majorité des cas. Le tableau typique est celui d'une alopecie cicatricielle inflammatoire évoluant depuis plusieurs mois ou années, dont l'extension centrifuge est d'importance et de rapidité variable. Souvent située au vertex, elle est parfois particulière par son caractère blanc nacré évocateur. La lésion élémentaire correspond à une pustule folliculaire qui évoluera vers une croûte sur un mode épilant. Les lésions croûteuses inflammatoires sont volontiers saignotantes. L'érythème périfolliculaire, centré par la pustule, est plus ou moins étendu selon le degré d'inflammation. Son examen au dermatoscope est évocateur : les capillaires sont disposés parallèlement les uns aux autres dans le sens d'implantation des cheveux qu'ils entourent. Une hyperkératose folliculaire plus ou moins étendue est souvent présente. Une polytrichie est un signe très évocateur mais non pathognomonique, observable après un certain temps d'évolution. Histologiquement, une hyperkératose avec présence de bouchons cornés est fréquente [1,4–6]. Le stade précoce est caractérisé par une folliculite et une périfolliculite superficielle, d'abord infundibulaire, où prédominent les PNN parfois organisés en véritables abcès [1]. Au stade tardif, l'unité pilosébacée a été détruite et l'infiltrat est majoritairement constitué de lymphocytes et de plasmocytes, avec parfois un aspect de granulome autour des débris pilaires. Un staphylocoque doré est trouvé dans 80 % des cas en peau atteinte. Les controverses dans la littérature sur les hypothèses physiopathologiques peuvent se schématiser ainsi : la FD est-elle une folliculite infectieuse où le staphylocoque doré joue un rôle direct mais dont la chronicité reste inconnue, ou s'agit-il d'une pustulose inflammatoire de cause inconnue où le staphylocoque doré ne serait qu'un cofacteur, voire un simple germe de surinfection ?

Similitudes de la FD et la CD avec l'HS et l'acné

Si des similitudes anatomocliniques entre la CD, l'acné nodulo-lokystique et l'HS ont été notées il y a déjà longtemps, la reconnaissance de similitudes entre ces maladies et la FD n'est pas classique. Pourtant l'acné, l'HS-l et la CD et la FD sont des maladies qui ont les points communs suivants : elles sont chroniques, folliculaires, leur aspect histologique au début associe une hyperkératinisation folliculaire et une folliculite à PNN (superficielle dans la FD, profonde dans les trois autres), leur physiopathologie reste inconnue ou mal comprise et la flore bactérienne folliculaire paraît y jouer un rôle causal de premier plan. La chronicité indéfinie de la FD et de l'HS est un fait marquant commun à ces deux maladies, auquel s'ajoute l'efficacité très fréquente mais toujours transitoire des antibiotiques sur les germes putatifs (essentiellement les staphylocoques dorés dans la FD, les staphylocoques dorés et les germes anaérobies dans l'HS) malgré le fait que la majorité des patients n'aient pas de déficit du système immunitaire adaptatif ni d'anomalie génétique connue. Le fait que les signes inflammatoires débutent aux niveaux des follicules pileux et qu'un des seuls moyens de stopper définitivement leur évolution soit la destruction ou l'enlèvement de l'ensemble des follicules pileux

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3185958>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3185958>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)