

PSEUDOFOLLICULITES ET AFFECTIONS APPARENTÉES CHEZ LES SUJETS À PEAU NOIRE

C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (1, 2), G.E. PIÉRARD (3, 4)

RÉSUMÉ : La structure intrinsèque particulière du poil chez les sujets Noirs est responsable de quelques affections folliculaires spécifiques. La pseudofolliculite de la barbe, analogue au *pili incarnati*, l'acné dite chéloïdienne et le syndrome de dégénérescence folliculaire sont des entités cliniques fréquentes de la dermatologie à connotation ethnique.

MOTS-CLÉS : *Pili incarnati* - Pseudofolliculite - Acné chéloïdienne - Dermatologie ethnique

PSEUDOFOLLICULITIS AND RELATED DISORDERS IN BLACK PEOPLE

SUMMARY : The unique structure of the hair in Black people is responsible for a few specific follicular disorders. Pseudofolliculitis of the beard similar to *pili incarnati* as well as, the so-called keloidal acne and the follicular degeneration syndrome are frequent clinical entities in ethnic dermatology.

KEYWORDS : *Pili incarnati* - Pseudofolliculitis - Keloidal acne - Ethnic dermatology

INTRODUCTION

La dermatologie sur peau noire, c'est-à-dire chez les individus au phototype foncé, a ses particularités qu'il convient d'identifier et de reconnaître (1). L'individualisation d'une dermatologie ethnique combine les effets de facteurs génétiques où la consanguinité joue un rôle important. Il faut ajouter les effets de l'environnement et des conditions d'hygiène, ainsi que des influences géoclimatiques sur l'épidémiologie de certaines maladies (Tableau I).

LÉSIONS FOLLICULAIRES ETHNIQUES

L'unité pilo-sébacée joue un rôle particulier dans la pathologie de la peau noire. La kératose pileuse est fréquente. Elle peut être isolée ou elle accompagne diverses dermatoses inflammatoires comme la dermatite atopique, le pityriasis versicolor ou la syphilis secondaire (2, 3). Des inflammations du follicule font partie de diverses affections dont la prévalence est accrue dans les ethnies Noires. C'est ainsi que l'acné cosmétique, surtout comédonienne atteignant principalement le front et les tempes, est due à une coutume fréquente dans ces populations, d'appliquer des onguents et des huiles sur les cheveux, et parfois sur le visage.

En raison de la structure crépue du poil, les lésions de pseudofolliculite sont fréquentes sur les régions du corps habituellement rasées, en

particulier la barbe, où elles se traduisent par la présence de papules, de pustules et, ultérieurement, de cicatrices. Les *pili incarnati* forment une entité anatomo-clinique similaire qui peut se rencontrer chez des sujets au phototype clair. Les lésions se situent habituellement sur les jambes et dans les plis de l'aîne lorsque les poils, naturellement incurvés, sont épilés à la cire. La pseudofolliculite de la barbe constitue un tableau clinique affectant principalement les hommes d'origine africaine sub-saharienne, aux poils épais et crépus. Cette affection est désagréable sur les plans esthétique et fonctionnel. Son traitement est resté, jusqu'à ces dernières années, notoirement décevant. Le développement de lasers adaptés aux phototypes foncés constitue aujourd'hui une avancée thérapeutique notoire.

TABEAU I. MALADIES À PRÉVALENCE ACCRUE SUR PEAU NOIRE

- **Dermatites spongiotiques**
 - Acropustulose infantile
 - Mélanose pustuleuse néonatale transitoire
 - Maladie de Fox-Fordyce
- **Dermatoses acnéiformes**
 - Infundibulo-folliculite disséminée et récurrente
 - Pseudofolliculite
 - Acné chéloïdienne de la nuque
- **Dermatoses nutritionnelles**
 - Pellagre
 - Pityriasis rotunda
- **Dyschromies**
 - Tache mongolique
 - Naevus de Ota
 - Dermatosis papulosa nigra
- **Ulcères**
 - Ulcère des hémoglobinopathies
 - Ulcère phagédénique
- **Hyperplasies conjonctives**
 - Chéloïde
 - Aînhum
 - Hamartome moniliforme

(1) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

(2) Chef de Service, Service de Dermatologie. CHR hutois.

(4) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Hôpital Saint-Jacques, Besançon, France.

L'acné dite chéloïdienne de la nuque, fréquemment associée à la pseudofolliculite de la barbe, atteint essentiellement les hommes d'origine africaine, et plus rarement, les femmes, avec un sex-ratio H/F estimé à 20:1. Bien que l'acné chéloïdienne de la nuque constitue un motif banal de consultation, les modalités thérapeutiques ne se sont guère améliorées avec le temps. L'efficacité thérapeutique reste très limitée à ce jour.

Le syndrome de dégénérescence folliculaire est une forme très répandue d'alopécie cicatricielle centrifuge centrale. Il s'agit d'une affection typique de la femme d'âge mûr et de phototype foncé. Il existe également des cas démonstratifs d'une atteinte similaire chez l'homme.

La dermatite pustuleuse et atrophiante des jambes consiste en un ensemble de folliculites pustuleuses symétriques, présentes le plus souvent sur la face antérieure de la zone pré-tibiale. Elles évoluent vers la formation de cicatrices atrophiques alopeciantes. L'étiologie probable est une infection staphylococcique favorisée par l'application d'huiles occlusives et de substances abrasives, chez des résidents de contrées chaudes et humides.

L'infundibulo-folliculite récurrente et disséminée, parfois appelée maladie de Hitch et Lund, est une éruption récidivante de papules folliculaires largement disséminées sur le tronc et les fesses. L'histopathologie révèle un petit bouchon corné folliculaire accompagné d'un infiltrat lymphocytaire confiné à la portion infundibulaire du follicule. Aucun agent infectieux n'y est isolé. L'éruption survient chez des individus sains et reste d'étiologie inconnue.

PSEUDOFOLLICULITE DE LA BARBE

Certains hommes à la peau foncée, en particulier ceux qui se rasent soigneusement et régulièrement, sont sujets à la pseudofolliculite de la barbe. Une étude épidémiologique réalisée chez 234 militaires américains a rapporté une prévalence de plus de 80% (2). La pseudofolliculite de la barbe se développe après la puberté, et les hommes de 14 à 25 ans sont les plus fréquemment atteints. Les femmes peuvent aussi être affectées, le plus souvent en période péri-ménopausique, la pseudofolliculite étant alors typiquement associée à un hirsutisme faisant appel à un rasage régulier.

L'étiologie est probablement multifactorielle, mais la forme du poil des ethnies à la carnation foncée, qui en constitue la caractéristique phénotypique la plus distinctive, est la cause prépondérante de cette affection. La forme de la hampe

pilaire, ainsi que la direction de la pousse du poil induisent une réponse inflammatoire granulomateuse dès que le poil, après avoir été rasé ou épilé, repousse dans le derme. Les sujets au phototype foncé ont en majorité des cheveux et poils de section elliptique et de forme crépue, hélicoïdale ou spiralée. De plus, les follicules pileux, implantés obliquement par rapport à la surface de la peau, sont incurvés avec une concavité faisant face à l'épiderme. Au moment du rasage de ces poils, les extrémités émergent hors du follicule, s'incurvent vers le bas et pénètrent dans l'épiderme. Elles peuvent également percer la paroi du follicule avant de pénétrer dans le derme. La réponse est une papule inflammatoire parfois douloureuse, prurigineuse et hyperpigmentée dans le territoire de la barbe (3).

L'interrogatoire porte une attention particulière aux techniques d'ablation des poils, de rasage et aux thérapeutiques déjà instaurées. Chez la femme, les méthodes les plus utilisées sont l'épilation et le rasage. Chez les hommes, le rasage est la méthode la plus fréquente.

Le diagnostic de la pseudofolliculite de la barbe est essentiellement clinique. Cette pathologie est reconnue par l'aspect et la distribution des papules inflammatoires érythémato-pigmentées siégeant dans l'aire de la barbe. Les papules de 2 à 4 mm laissent entrevoir le poil incarné. Les pustules peuvent révéler une infection secondaire essentiellement par le staphylocoque épidermidis. Des cicatrices atrophiques, une hyperpigmentation post-inflammatoire et des cicatrices hypertrophiques peuvent se développer comme conséquences du processus chronique.

La présentation clinique est différente chez l'homme et la femme par la topographie, la sévérité et la durée d'évolution. On retrouve une prédilection pour le menton chez la femme et le cou pour l'homme, ainsi qu'un tableau habituellement plus sévère chez l'homme.

ACNÉ CHÉLOÏDIENNE DE LA NUQUE

L'étiopathologie de l'acné dite chéloïdienne de la nuque est probablement similaire à celle de la pseudofolliculite de la barbe. Elle se traduit par l'apparition de papules fibreuses multiples dont la confluence induit la formation d'une cicatrice hypertrophique avec alopecie irréversible. Ces lésions sont confinées à la nuque. Ultérieurement, des abcès et des sinus de drainage purulent s'y développent. La plupart des patients ne présentent pas de prédisposition aux réactions chéloïdiennes à d'autres endroits du corps.

Le terme d'acné chéloïdienne de la nuque est inadapté puisqu'il ne s'agit pas d'une acné et que le passage au stade chéloïdien n'est pas réalisé. Il s'agit tout au plus d'une folliculite fibrosante sévère avec réaction xénique. L'interrogatoire retrouve souvent la notion du rasage de la nuque avant le début de l'affection, ce qui explique la prédominance masculine de l'affection. Le recours récent de femmes aux mêmes techniques a entraîné une augmentation de la fréquence de cette affection.

Il est classique de distinguer trois stades de la maladie, ayant chacun leurs modalités thérapeutiques propres. Il s'agit des stades inflammatoires, des papules fibreuses de petite taille et des papulo-nodules fibrosés massifs, ce dernier stade n'étant observé que chez une minorité de patients. L'affection débute après la puberté sous forme de papules folliculaires, fermes, de 2 à 4 mm de diamètre. Ces lésions se développent sur la nuque et/ou sur la portion occipitale du scalp, parfois s'étendant vers le vertex. Des pustules peuvent aussi être présentes, détruites par le grattage ou le coiffage. A l'inverse de l'acné, il n'existe pas de comédons. Ultérieurement, la coalescence des papules peut aboutir à des placards infiltrés isolés ou confluents distribués en bande sur ou sous la ligne postérieure d'implantation des cheveux.

SYNDROME DE DÉGÉNÉRESCENCE FOLLICULAIRE

Le syndrome de dégénérescence folliculaire était classiquement attribué à l'utilisation de vaseline et du peigne chauffant pour le défrisage. Cependant, ces facteurs ne sont pas toujours présents. L'affection se caractérise cliniquement par une perte progressive des cheveux du vertex avec extension centrifuge symétrique. Histologiquement, cette affection se caractérise par une destruction de la gaine épithéliale interne aboutissant à la disparition du follicule pileux.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Le diagnostic différentiel de la pseudofolliculite de la barbe et de l'acné chéloïdienne de la nuque inclut les folliculites infectieuses, bactériennes ou fongiques, l'acné commune, l'impétigo, ainsi que les papules de la sarcoïdose et de la rosacée granulomateuse. La cellulite disséquante du cuir chevelu est étiologiquement proche. Elle doit être distinguée d'une pyodermite bactérienne primaire et d'un kérion fongique ou microbien. Le syndrome de dégénérescence folliculaire se distingue de l'alopécie de traction

par son aspect et sa topographie. Il doit être distingué de la pelade, et des alopecies cicatricielles cosmopolites comme le lichen pileux, la pseudopelade, le lupus érythémateux discoïde et la folliculite décalvante. Devant ces situations, le recours à un prélèvement microbiologique ou histopathologique permet, en règle générale, de résoudre le problème diagnostique.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Compte tenu de la physiopathologie de ces affections folliculaires, la principale thérapeutique repose sur la prévention (4, 5). La suppression du rasage et des autres formes d'élimination mécanique du poil est importante. Cependant, malgré une bonne observance, près de 20% des individus affectés continuent à développer des lésions inflammatoires après l'arrêt du rasage.

Il n'y a pas d'approche univoque d'une technique adéquate du rasage chez les sujets atteints de la pseudofolliculite de la barbe. La variabilité individuelle de la sensibilité de la peau, de la texture du poil, ainsi que les préférences esthétiques, sont importantes à considérer. Cependant, les différentes modalités de rasage peuvent être répertoriées selon leur efficacité globale. Par ordre décroissant d'efficacité sur la prévention de la pseudofolliculite de la barbe, on peut citer l'arrêt temporaire ou définitif du rasage, ce qui s'avère radical dans la majorité des cas. L'utilisation d'une «tondeuse à barbe», coupant le poil à 1 ou 2 mm de son émergence grâce à une grille protectrice a prouvé son utilité, mais elle procure un rasage imparfait. Les crèmes dépilatoires s'avèrent souvent irritantes. Le rasoir mécanique ou électrique classique est également indiqué si on ne recherche pas un rasage très court. Il faut veiller à un rasage régulier de façon à empêcher la pénétration transépidermique du poil. L'extraction prudente des poils incarnés est possible. L'épilation à la pince ou électrique est en revanche déconseillée, car ces procédures peuvent fragiliser la partie superficielle du follicule pileux. L'utilisation d'un laser à épilation, parfois aidée par des thérapeutiques topiques, peut apporter des résultats favorables. Les lasers diode long-pulse ou Nd : YAG long-pulse à pièce à main refroidie permettent une réduction des papulo-pustules de 50 à 75% selon les patients (6-11).

Ces résultats s'accompagnent d'une amélioration notable de l'aspect de la peau qui devient plus homogène. Les séances sont jugées peu ou pas douloureuses par les patients, les effets indésirables sont minimes, les modifications pigmentaires transitoires sont rares et réversibles.

Pour l'acné dite chéloïdienne, le rasage de la nuque doit être proscrit. L'objectif du traitement de cette affection est la disparition des lésions inflammatoires et fibrosées, la guérison survenant au prix d'une alopecie cicatricielle définitive d'étendue variable. L'épilation laser (6-11) est associée au plus haut taux de réussite, mais le coût et l'absence de disponibilité généralisée de cette technique adaptée pour la peau noire sont des facteurs limitants.

CONCLUSION

Le diagnostic des pseudofolliculites sur peau noire est généralement simple. Le traitement comporte avant tout une adaptation des techniques de rasage et l'emploi d'un laser à épilation spécialement adapté à la couleur de la peau.

BIBLIOGRAPHIE

1. Flagothier C, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La peau et ses nuances ethniques. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, S53-S56.
2. Quatresooz P, Piérard GE.— Perivascular cuff and spread of *Treponema pallidum*. *Dermatology*, 2009, **219**, 259-262.
3. El Hayderi L, Piérard GE, Piérard-Franchimont C, et al.— Faire un faux pas face à des syphilides «de deuxième floraison». *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 420-422.
4. Taylor SC.— Skin of color : biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*, 2002, **46**, S41-S62.
5. Perry PPK, Cook-Bolden FE, Raham Z, et al.— Defining pseudofolliculitis barbae in 2001 : a review of literature and current trends. *J Am Acad Dermatol*, 2002, **46**, S113-S119.
6. Mahé A.— Traitement de la pseudofolliculite de la barbe : recommandations. *Ann Dermatol Vénereol*, 1999, **126**, 543-544.
7. Mahé A.— Traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque : recommandations. *Ann Dermatol Vénereol*, 1999, **126**, 541-542.
8. Yamauchi PS, Kelly AP, Lask GP.— Treatment of pseudofolliculitis barbae with the diode laser. *Cutan Laser Ther*, 1999, **1**, 109-111.
9. Kauvar AN.— Treatment of pseudofolliculitis with a pulsed infrared laser. *Arch Dermatol*, 2000, **126**, 1343-1346.
10. Greppi I.— Diode laser hair removal of the Black patient. *Lasers Surg Med*, 2001, **28**, 150-155.
11. Ross EV, Cooke LM, Timko AL, Overstreet KA, et al.— Treatment of pseudofolliculitis barbae in skin type IV, V and VI with a long-pulsed Nd : Yag laser. *J Am Acad Dermatol*, 2002, **47**, 263-270.
12. Ross EV, Cooke LM, Overstreet KA, et al.— Treatment of pseudofolliculitis barbae in very dark skin with a long pulse Nd : YAG laser. *J Natl Med Assoc*, 2002, **94**, 888-893.
13. Weaver SM, Sagaral EC.— Treatment of pseudofolliculitis barbae using the long-pulse Nd :YAG laser on skin types V and VI. *Dermatol Surg*, 2003, **29**, 1187-1191.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be