

COMMENT JE TRAITE... une dermatite séborrhéique

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

RÉSUMÉ : La dermatite séborrhéique est l'expression d'une réaction inflammatoire particulière dirigée contre les levures du genre *Malassezia* présentes à la surface de la peau. Les stratégies thérapeutiques actuelles visant au contrôle des poussées de la dermatose ciblent les levures, la réponse de l'hôte ou les deux à la fois.

La dermatite séborrhéique est une dermatose fréquente et facilement récidivante chez certains individus susceptibles. Chez les adultes, l'affection se cantonne souvent sur le visage (fig. 1a) et le cuir chevelu, et elle s'étend plus rarement sur le tronc (fig. 1b). La biocénose cutanée y est affectée par la présence de levures particulières du genre *Malassezia* (tableau I, fig. 2). Les microorganismes sont à l'origine d'une réaction inflammatoire spécifique se marquant par un érythème et une desquamation anormale (1-5). Certains facteurs intercurrents tels qu'un climat froid et une situation de stress psychologique peuvent aggraver l'état cutané (6). Un état d'immunodépression tel que le SIDA l'exacerbe souvent.

Les stratégies thérapeutiques actuelles visant au contrôle des poussées de dermatite séborrhéique ciblent les levures du genre *Malassezia*, la réponse inflammatoire du patient, ou les deux à la fois (7-9). Les traitements sont efficaces sans cependant être curatifs.

Un traitement topique par un dermocorticoïde non atrophiant peut être utile de manière épisodique afin de contrôler l'érythème et la desquamation. Cependant, une récurrence des lésions risque de survenir rapidement après l'arrêt du traitement par un effet de rebond (10). Des dermocorticoïdes plus puissants risquent de provoquer une dermatite stéroïdienne atrophiante et des lésions évocatrices d'une rosacée.

Des antifongiques topiques, et plus particulièrement des dérivés imidazolés, ont prouvé leur efficacité. L'archétype en est le kétoconazole (Nizoral®, Janssen-Cilag) appliqué en crème sur le visage et en shampooing sur le cuir chevelu (7-12). Une amélioration de l'efficacité thérapeutique topique est obtenue par l'emploi d'un gel combinant le kétoconazole et un dermocorticoïde

HOW TO TREAT... SEBORRHOEIC DERMATITIS

SUMMARY : Seborrhoeic dermatitis results from a peculiar inflammatory reaction directed to yeasts of the genus *Malassezia* which are present at the skin surface. The current therapeutic strategies to control episodes of the dermatitis target the yeasts, the host reaction or both.

KEYWORDS : Antifungal - Corticosteroid - *Malassezia* - Seborrhoeic dermatitis

(13). Divers autres topiques sont parfois rapportés être efficaces (14, 15) sans cependant atteindre une bioéquivalence avec le kétoconazole.

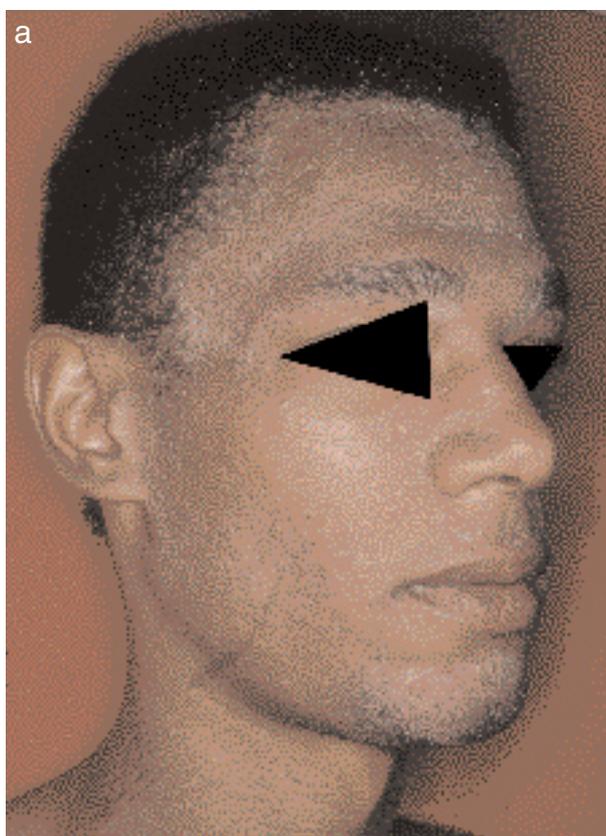
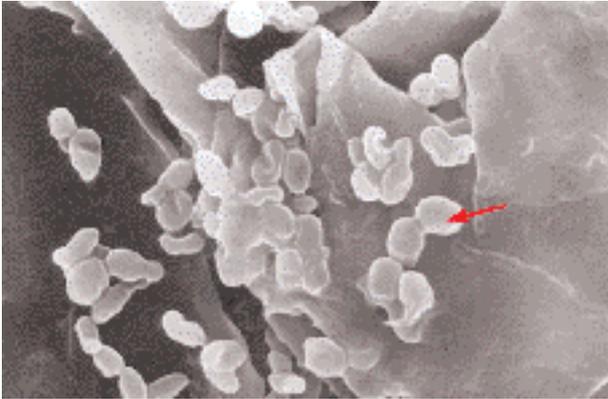


Fig. 1. Dermatite séborrhéique : a) visage, b) dos.

(1) Chargé de Cours Adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Maître de Conférences, Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Dermatopathologie.
(2) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.

TABLEAU I. *MALASSEZIA* PATHOGÈNES POUR L'HOMME.

<i>M. furfur</i>	<i>M. globosa</i>
<i>M. obtusa</i>	<i>M. pachydermatis</i>
<i>M. restricta</i>	<i>M. slooffiae</i>
<i>M. sympodialis</i>	

Fig. 2. Levures du genre *Malassezia* dans la couche cornée d'une dermatite séborrhéique.

L'itraconazole (Sporanox[®], Janssen-Cilag) en prise orale à raison de 2 gélules matin et soir, chaque jour pendant une semaine, est une autre modalité thérapeutique efficace (16-18). Le bénéfice obtenu résulte de la combinaison de l'effet anti-*Malassezia* (19) et anti-inflammatoire de la molécule. L'itraconazole a, en effet, comme caractéristique d'être actif sur toutes les espèces de *Malassezia* pathogènes pour l'homme (19). Ce traitement oral est recommandé lorsque la dermatose est très étendue ou réfractaire aux préparations topiques usuelles (18). Il peut également apporter une solution rapide aux problèmes psychologiques créés par la dermatose. Un traitement d'entretien est souvent requis. Il est conseillé de reprendre 2 gélules de Sporanox[®] le matin et le soir, un jour toutes les 2 semaines.

La quantification objective de l'état squameux et de la charge en *Malassezia* peut être réalisée par la squamométrie (20). Cette méthode a été appliquée dans une étude portant sur 18 adultes traités par itraconazole pour une dermatite séborrhéique faciale sévère. A l'issue de la semaine de traitement, l'état de surface de la couche cornée s'est nettement amélioré se marquant par une réduction de 44 % de l'index squamométrique (fig. 3). La densité des *Malassezia* à la surface cutanée était considérablement réduite, atteignant un niveau 70 % plus faible qu'avant le traitement (fig. 4).

En conclusion, la dermatite séborrhéique peut être traitée, selon sa gravité, par voie topique ou orale. Le kétoconazole (Nizoral[®]) et l'itraconazole (Sporanox[®]) en sont respectivement les

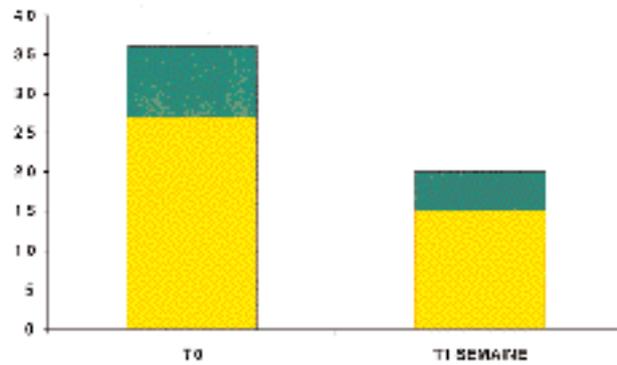
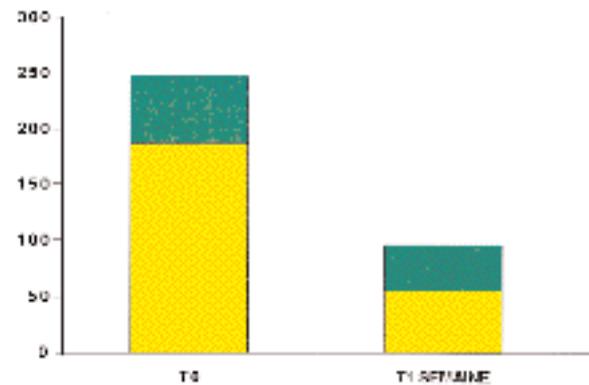
Index squamométrique (Index C²)

Fig. 3. Réduction de 44 % de l'état squameux du visage chez 18 patients traités pendant une semaine par itraconazole pour une dermatite séborrhéique.

Malasseziens (n°)

Fig. 4. Réduction de 70 % de la densité des levures du genre *Malassezia* dans la couche cornée de 18 patients traités pendant une semaine par itraconazole pour une dermatite séborrhéique.

archétypes. Des dermocorticoïdes d'une classe non atrophiante représentent un adjuvant pour effacer un érythème prononcé.

RÉFÉRENCES

1. Piérard-Franchimont C, Arrese JE, Piérard GE.— Immunohistochemical aspects of the link between *Malassezia ovalis* and seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 1995, **4**, 14-19.
2. Hay RJ, Graham-Brown RA.— Dandruff and seborrheic dermatitis : causes and management. *Clin Exp Dermatol*, 1997, **22**, 3-6.
3. Piérard-Franchimont C, Hermanns JF, Degreef H, et al.— From axioms to new insights into dandruff. *Dermatology*, 2000, **200**, 93-98.
4. Faergemann J, Bergbrant IM, Dohse M, et al.— Seborrheic dermatitis and *Pityrosporum (Malassezia) folliculitis* : characterization of inflammatory cells and mediators in the skin by immunohistochemistry. *Br J Dermatol*, 2001, **144**, 549-556.
5. Watanabe S, Kano R, Sato H, et al.— The effects of *Malassezia* yeasts on cytokine production by human keratinocytes. *J Invest Dermatol*, 2001, **116**, 769-773.

6. Moehrle M, Dennenmoser B, Schlagenhauß B, et al.— High prevalence of seborrhoeic dermatitis on the face and scalp in mountain guides. *Dermatology*, 2000, **201**, 146-147.
7. McGrath J, Murphy GM.— The control of seborrhoeic dermatitis and dandruff by antipityrosporal drugs. *Drugs*, 1991, **41**, 178-184.
8. Baroni A, De Rosa R, De Rosa A, et al.— New strategies in dandruff treatment : growth control of *Malassezia ovalis*. *Dermatology*, 2000, **201**, 332-336.
9. Piérard GE.— Seborrheic dermatitis today, gone tomorrow ? The link between the biocene and treatment. *Dermatology*, sous presse.
10. Faergemann J.— Management of seborrhoeic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol*, 2000, **1**, 75-80.
11. Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Van Cutsem J, et al.— Ketoconazole 2% emulsion in the treatment of seborrheic dermatitis. *Int J Dermatol*, 1991, **30**, 806-809.
12. Piérard-Franchimont C, Piérard GE, Arrese JE, et al.— Effect of ketoconazole 1% and 2% shampoos on severe dandruff and seborrhoeic dermatitis : clinical squamometric and mycological assessments. *Dermatology*, 2001, **202**, 171-176.
13. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— A double-blind placebo-controlled study of ketoconazole + desonide gel combination in the treatment of facial seborrheic dermatitis. *Dermatology*, 2002, **204**, 344-347.
14. Vardy DA, Cohen AD, Tchetov T, et al.— A double-blind, placebo-controlled trial of an Aloe vera (*A. barbadensis*) emulsion in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Derm Treat*, 1999, **10**, 7-11.
15. Parsad D, Pandhi R, Negi KS, et al.— Topical metronidazole in seborrheic dermatitis. A double blind study. *Dermatology*, 2001, **202**, 35-37.
16. Chang HS, Won YH, Chun IK, et al.— Treatment of seborrhoeic dermatitis with itraconazole. *Korean J Dermatol*, 1992, **30**, 81-86.
17. Hiruma M.— Treatment of seborrhoeic dermatitis with antifungal drugs. *J Clin Exp Dermatol*, 1995, **173**, 1026-1027.
18. Caputo R, Barbareschi M.— Itraconazole : new horizons. *Giorn Ital Dermatol Vener*, 2002, **137**, 1-7.
19. Gupta AK, Kohli Y, Faergemann J, Summerbell R.— In vitro susceptibility of the seven *Malassezia* species to ketoconazole, voriconazole, itraconazole and terbinafine. *Brit J Dermatol*, 2000, **142**, 758-765.
20. Piérard-Franchimont C, Willemaers V, Fraiture AL, Piérard GE.— Squamometry in seborrheic dermatitis. *Int J Dermatol*, 1999, **38**, 712-715.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.