

L'IMAGE DU MOIS

Le comble du coiffeur : avoir un poil dans la main

M. CAUCANAS (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2, 3), G.E. PIÉRARD (4, 5)



Figure 1. Lésions confinées au fond des espaces interdigitaux.



Figure 2. Petite cupule centrée de quelques poils drus.



Figure 3. Groupe de quelques poils isolés inclus dans une discrète hyperkératose.

Un homme, coiffeur de profession et sans antécédents médicaux connus, s'est présenté avec des lésions interdigitales inhabituelles de la main gauche. Au fond de chaque sillon interdigital, on retrouvait des petites cupules non inflammatoires centrées de poils drus et de longueurs différentes. Ces lésions étaient présentes de longue date et n'étaient pas responsables d'une symptomatologie particulière. La guérison était rapide après l'ablation des cheveux inclus. L'aspect clinique est typique d'une dermatose professionnelle particulière du coiffeur qui glisse la main ouverte dans la chevelure lors de la coupe. Ce sont des petits segments de cheveux coupés qui sont alors implantés dans la partie superficielle de la peau du coiffeur. Une hyperkératose réactionnelle se développe alors autour des cheveux inclus.

COMMENTAIRES

Exercer le métier de coiffeur expose au développement de certaines pathologies profession-

nelles dont la plus fréquente est l'eczéma des mains. Occasionnellement, des fragments de cheveux pénètrent la peau des espaces interdigitaux des mains le plus souvent (1). On parle alors de sinus pilonidal interdigital, pilus signifiant poil et nidus signifiant nid en latin pour décrire ce «nid à poils». Il s'agit d'une maladie professionnelle, également appelée «la main du coiffeur» ou encore trichogranulome (2).

Cette inclusion de cheveux alloctones est différente de la situation connue sous le terme «pili incarnati». Dans ce cas, ce sont les poils crépus de l'individu lui-même qui, après leur émergence de la peau, s'incrudent dans la peau. Leur croissance continue fait que le trajet suivi pénètre dans le derme et y induit une réaction inflammatoire parfois granulomateuse. Cette pathologie prédomine au niveau de la barbe et de la nuque de sujets à peau noire (3). Contrairement au sinus pilonidal post-anal touchant les régions riches en poils, le sinus pilonidal interdigital est causé par un cheveu étranger, en peau glabre (1, 2). La pénétration de tiges pilaires peut aussi entraîner une éruption rampante comparable à la larva migrans nommée «pili migrans» (4).

Le sinus pilonidal est une maladie rare, qui affecte essentiellement les coiffeurs bien qu'ayant été décrite dans d'autres secteurs d'activité : bergers en contact avec la laine des mou-

(1) Assistant clinique, (2) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.
(3) Dermatologue, Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.
(5) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Hôpital Saint Jacques, Besançon, France.

tons, trayeurs de vache, toiletteurs de chiens. Les mains sont le plus fréquemment touchées, particulièrement le troisième espace interdigital (2) mais certains cas ont été décrits aux pieds lors du port de chaussures ouvertes (1, 5). Les autres localisations sont plus rares : pulpe digitale, atteinte péri- ou sous-unguéale, tronc (1). Un cas de sinus pilonidal sous-unguéal associé à une onycholyse a été décrit chez une coiffeuse (6). Habituellement, les coiffeurs de sexe masculin sont les plus touchés (1). Plusieurs explications pourraient rendre compte de la prédominance masculine de l'affection : les femmes nettoieraient avec plus de soin leurs espaces interdigitaux palmaires et plantaires; la masculinisation de la profession pourrait également expliquer la diminution de l'incidence chez les femmes (1, 2).

Suite à l'inclusion d'un cheveu, une réaction inflammatoire se développe, entraînant la formation d'un sinus et d'une fistule. Certaines circonstances semblent favoriser la pénétration du poil dans la peau : les cheveux fraîchement coupés sont artificiellement affûtés; les cheveux mouillés et/ou électrostatiques se caractérisent par une adhérence augmentée (1); la finesse de l'épiderme interdigital, l'irritation chronique causée par les shampooings, les colorants et autres produits cosmétiques aqueux utilisés dans les salons de coiffure (1, 7); l'accumulation préférentielle des cheveux coupés dans les espaces interdigitaux (1). Sur le plan clinique, il s'agit de papules ou kystes qui peuvent former un sinus, avec ou sans extériorisation de cheveux. Une douleur ou une gêne fonctionnelle peuvent être signalées. Des complications de type abcès, cellulite, lymphangite et ostéomyélite ont été décrites. Sur le plan histologique, on retrouve un infiltrat inflammatoire aspécifique et des réactions granulomateuses contre corps étranger autour des fragments de cheveux ayant pénétré la peau. Parfois sont observées des lésions kystiques avec ou sans connexion avec la surface cutanée. Généralement, le retrait du cheveu incarné entraîne la guérison de l'affection sans récurrence. Cependant, dans la majorité des cas rapportés, un traitement chirurgical d'excision du granulome a été nécessaire (1). Certains auteurs recommandent une cicatrisation par seconde intention argumentant qu'une suture directe entraîne une cicatrisation en position fermée de l'espace interdigital avec un risque de rétraction. Par ailleurs, des cas de récurrence précoce ont été rapportés dans la littérature chez des patients ayant été opérés avec excision et suture immédiate des berges de la plaie (2, 8). D'autres auteurs préconisent une greffe cutanée au lieu

d'une cicatrisation par seconde intention (9). D'autres encore recommandent l'utilisation du bleu de méthylène pour repérer le trajet fistuleux et s'assurer d'une exérèse complète (5).

Les mesures préventives incluent un nettoyage attentif et un séchage précautionneux des espaces interdigitaux, ainsi que le port de gants (1). Il est conseillé de porter des chaussures fermées (10). La mesure prophylactique la plus efficace reste l'élimination systématique précoce de tout cheveu inclus (1). En l'absence de prévention secondaire, le risque de récurrence persiste (2, 8).

BIBLIOGRAPHIE

1. Schröder CM, Merk HF, Frank J.— Barber's hair sinus in a female hairdresser : uncommon manifestation of an occupational dermatosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2006, **20**, 209-211.
2. André A, Mansat P, Gaston A.— La main du coiffeur: aspect clinique du sinus pilonidal. Report of 3 cases. *Chir Main*, 2007, **26**, 218-220.
3. Perry PK, Cook-Bolden FE, Rahman Z, et al.— Defining pseudofolliculitis barbae in 2001: a review of the literature and current trends. *J Am Acad Dermatol*, 2002, **46**, S113-119.
4. Luo DQ, Liu JH, Huang YB, et al.— Cutaneous pili migrans : a case report and review of the literature. *Int J Dermatol*, 2009, **48**, 947-950.
5. O'Neill AC, Purcell EM, Regan PJ.— Interdigital pilonidal sinus of the foot. *Foot*, 2009, **19**, 227-228.
6. Nagtzaam IF, van der Velden JJ, Kelleners-Smeets NW, et al.— Onycholysis associated with subungual manifestation of barber's hair sinus. *Int J Dermatol*, 2007, **46**, S48-S49.
7. Schwanitz HJ, Uter W.— Interdigital dermatitis : sentinel skin damage in hairdressers. *Br J Dermatol*, 2000; **142**, 1011-1012.
8. Ballas K, Psarras K, Rafailidis S, et al.— Interdigital pilonidal sinus in a hairdresser. *J Hand Surg Br*, 2006, **31**, 290-291.
9. Aydin HU, Mengi AS.— Recurrent interdigital pilonidal sinus treated with dorsal metacarpal artery perforator flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010, **11**, Epub.
10. Efthimiadis C, Kosmidis C, Anthimidis G, et al.— Barber's hair sinus in a female hairdresser : uncommon manifestation of an occupational disease : a case report. *Cases J*, 2008, **1**, 214.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr M. Caucanas, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : marie_caucanas@hotmail.com