

UN SEMIS PONCTUÉ D'APPARITION RAPIDE SUR LA PEAU D'UN ADOLESCENT

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

RESUME : Parfois, une dermatose se manifeste par l'apparition rapide et focale d'un semis de petites lésions d'apparence similaire. Nous en présentons quelques exemples typiques survenant chez les adolescents.

MOTS-CLÉS : *Talon noir - Herpès - Kératose pileaire - Psoriasis*

A PIN-POINT PATTERN OF RAPID OCCURRENCE ON THE SKIN OF ADOLESCENTS

In some instances, a dermatosis exhibits a rapid and focal surge of seemingly similar tiny lesions. We report a few typical examples occurring in adolescents.

KEYWORDS : *Black heel - Herpes - Keratosis pilaris - Psoriasis*

INTRODUCTION

L'apparition synchrone d'un semis de petites lésions monomorphes peut survenir sur certains territoires cutanés. La nature des lésions et leur origine sont diversifiées. Nous en rapportons quelques exemples typiques chez l'adolescent.

KÉRATOSE PILAIRE

La kératose pileaire résulte de la constitution d'un amas corné dans la partie distale de follicules pileux. Il en résulte une sensation de râpe au toucher. Habituellement localisées sur la face externe des bras et des cuisses, parfois des joues, les lésions peuvent rester non inflammatoires ou être le siège d'une inflammation locale. Cette affection est bénigne, fréquente, de transmission autosomique dominante à pénétrance variable et touche plus souvent le sexe féminin (1). Elle apparaît dans l'enfance, s'améliore en été dans la moitié des cas et disparaît le plus souvent à l'âge adulte. Une association à l'atopie et à l'ichtyose vulgaire est classiquement décrite (2). Le diagnostic clinique est généralement facile et l'examen dermatopathologique mettant en évidence une hyperkératose des ostiums pileaires est rarement nécessaire. Il n'y a pas d'anomalie biologique associée. Le préjudice est uniquement esthétique. L'abstention thérapeutique n'est pas préjudiciable. Un traitement par application d'émollients à base d'urée ou d'acide salicylique accélère le retour à un aspect normal de la peau. Exceptionnellement, un dermocorticoïde

de classe moyenne peut être employé pendant quelques jours en cas de poussée inflammatoire importante (Fig 1).

HERPÈS

L'herpès est très fréquent et se caractérise par une éruption de vésicules en bouquet sur une base érythémateuse. Cette éruption est précédée et accompagnée de paresthésies à type de sensation de cuisson. Le diagnostic clinique est confirmé par l'existence de cellules ballonisées révélées au cytodiagnostics. L'Herpes simplex virus (HSV) est un virus à ADN dont deux types sont classiquement décrits, HSV1 infectant plus volontiers la partie supérieure du corps et HSV2 touchant plus souvent la région génitale. La transmission virale a lieu par contact direct muqueux ou cutané-muqueux et est favorisée par une brèche épithéliale. Le virus se multiplie dans les cellules épithéliales, puis migre par voie nerveuse sensitive et reste à l'état quiescent dans le ganglion nerveux correspondant, peu accessible au système immunitaire et aux thérapeutiques (3). Des circonstances favorisant (diminution des défenses immunitaires cellulaires, exposition aux ultraviolets) mettent fin à la latence virale, entraînant la migration du virus par voie axonale centrifuge jusqu'à la recolonisation du territoire cutané-muqueux initialement infecté.

L'herpès récurrent est le plus souvent situé au niveau du visage (pourtour buccal ou nasaire), sur les organes génitaux externes et sur les doigts. Cependant, toutes les localisations sont possibles. L'affection guérit spontanément en huit jours. Les traitements antiviraux locaux n'ont pas montré d'efficacité. En revanche, selon le statut immunitaire du patient, l'aciclovir par voie orale ou intraveineuse et le valaciclovir par voie orale peuvent être utilisés à titre curatif ou préventif dans certaines indications (4) (Fig. 2).

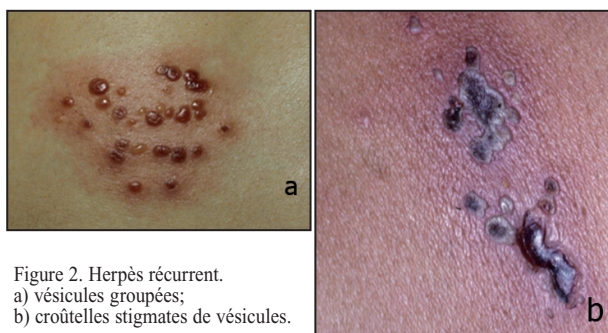
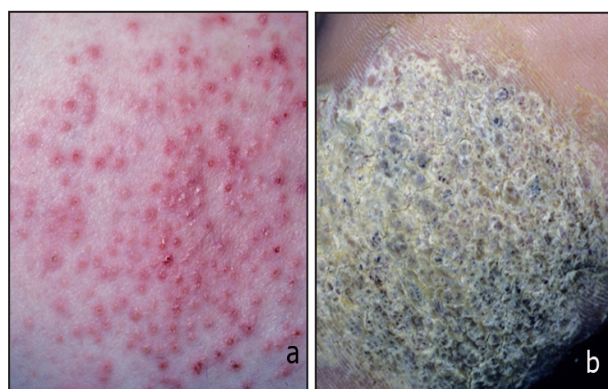
(1) Assistant clinique, (2) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

(3) Dermatologue, Chef de Service, Service de Dermatologie, CHR hutois.

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



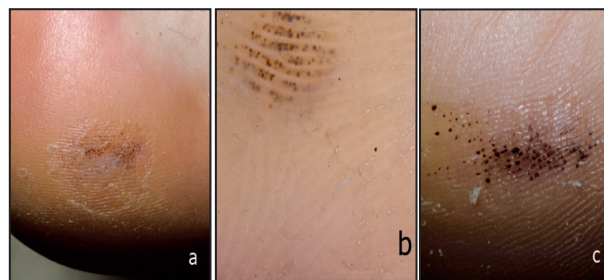
Figure 1. Kératose pilaire.

Figure 2. Herpès récurrent.
a) vésicules groupées;
b) croûtes stigmatiques de vésicules.Figure 3. Psoriasis.
a) psoriasis papuleux; b) placard de psoriasis ponctué.

PSORIASIS PAPULEUX, PSORIASIS EN GOUTTES

Le psoriasis papuleux ou en gouttes est caractérisé par la survenue brutale, volontiers chez un enfant ou un adolescent, au décours d'une angine streptococcique, de lésions disséminées, sous la forme de petits éléments, érythémato-papulo-squameux de quelques millimètres à un centimètre de diamètre (Fig. 3).

Le psoriasis représente environ 4 % de toutes les dermatoses des enfants en-dessous de l'âge de 16 ans en Europe et en Amérique du Nord. Il survient plus fréquemment chez la fille que chez le garçon dans un rapport de 2 pour 1 et débute plus tôt dans la vie chez la fille (5).

Figure 4. Talon noir.
a) aspect clinique typique; b) aspect en dermoscopie;
c) aspect après enlèvement de la partie superficielle de la couche cornée.

Les facteurs de risque incluent un terrain génétique prédisposant, une histoire familiale de psoriasis, des infections streptococciques bêta-hémolytiques du groupe A, la notion de traumatisme, la prise de médicaments et le stress. Les infections représentent le facteur déclenchant le plus fréquent chez les enfants. Certains auteurs recommandent de pratiquer systématiquement un écouvillon bactériologique de la gorge et de la région périnéale chez des enfants atteints de psoriasis en gouttes.

Le premier traitement du psoriasis en pédiatrie reste l'utilisation de dermocorticoïdes. La PUVA thérapie est contre-indiquée chez l'enfant, mais peut être utilisée durant l'adolescence. Bien que ces traitements soient parfois recommandés par certains auteurs, il n'existe actuellement pas de preuve scientifique établissant une modification de l'évolution naturelle du psoriasis en gouttes suite à l'utilisation d'antibiotiques antistreptococciques ou après amygdalectomie préventive (6).

SYNDROME DU TALON NOIR

Le terme «talon noir» est une expression imagée qui illustre une pathologie particulière du pied. Autrement décrit par les termes pétéchies calcanéennes, pied traumatique purpurique, hémorragies punctiformes intraépidermiques, il fait référence à la présence d'hémoglobine dans la couche cornée épaissie du talon (Fig. 4) (7). Les micro-collections hématiques intracornées se traduisent par un piqueté confluent de ponctuations noirâtres. Elles sont consécutives à de minuscules hémorragies survenant dans le derme papillaire par rupture de capillaires à l'occasion d'efforts sportifs (8, 9). Le pigment hématique, s'élimine par voie transépidermique. Au microscope, il apparaît comme des flaqes amorphes, brunâtres, dissociant les strates de cornéocytes.

La localisation la plus fréquente correspond aux parties postérieures ou postéro-latérales des

talons, juste au-dessus de la lisière plantaire de façon uni- ou bilatérale (8). Certains sports provoquant des contacts brusques avec le sol (basket-ball, athlétisme, tennis, volley-ball) y prédisposeraient et donnent parfois leur nom à l'affection, particulièrement dans la littérature anglosaxonne : «tennis heel», «basket-ball heel», «swimming pool toes». Le traumatisme est présent dans tous les cas, mais il ne s'agit pas toujours de sport. Le contact avec le sable chaud, le port de chaussures serrées ou, de façon plus étonnante, la pratique intensive d'une console de jeux «Playstation thumb», peuvent être responsables d'hémorragies ponctuées intracornées (7).

Le diagnostic différentiel s'impose avec une lésion mélanique. Plus rarement, des hémorragies ponctuées sur des orteils pourraient évoquer une endocardite infectieuse ou un syndrome des antiphospholipides; plus fréquemment, chez l'adulte, elles s'observent dans les suites d'une cathétérisation artérielle (7). La découpe au scalpel des lamelles cornées superficielles permet de mieux individualiser les ponctuations noires. La dermoscopie peut aussi aider au diagnostic, mettant en évidence une pigmentation rouge-noire homogène avec quelques globules satellites de la même couleur (7). L'affection guérit spontanément à l'arrêt de la pratique sportive impliquée.

CONCLUSION

Diverses affections cutanées se présentent parfois sous un aspect particulier de petites lésions punctiformes focalisées sur un territoire cutané. Le diagnostic repose principalement sur un examen sémiologique précis prenant en compte l'aspect de chacune des lésions et leur groupement particulier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zouboulis CC, Stratakis CA, Gollnick HP, et al.— Keratosis pilaris/ulerythema ophryogenes and 18p deletion : is it possible that the LAMA1 gene is involved? *J Med Genet*, 2001, **38**, 127-128.
2. Hermanns-Le T, Reginster MA, Quatresooz P, et al.— Comment j'explore... le mélémé des ichtyoses. *Rev Med Liège*, 2011, **66**, 102-108.
3. Nikkels AF, Piérard GE.— The many faces of α -herpesviridae infections. *Am J Dermatopathol*, 2007, **29**, 109-111.
4. CEDEF.— Item 84- infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : herpès cutané et muqueux. *Ann Dermatol Vénereol*, 2008, **135S**, F18-F24.
5. Seyhan M, Coskun BK, Saglam H, et al.— Psoriasis in childhood and adolescence : evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int*, 2006, **48**, 525-530.
6. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, et al.— A systematic review of antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol*, 2001, **145**, 886-890.
7. Urbina F, León L, Sudy E.— Black heel, talon noir or calcaneal petechiae? *Australas J Dermatol*, 2008, **49**, 148-151.
8. Letawe C, Piérard GE.— Dermatoses et sports d'hiver. *Rev Med Liège*, 1995, **50**, 477-479.
9. García-Doval I, de la Torre C, Losada A, et al.— Disseminated punctate intraepidermal haemorrhage: a widespread counterpart of black heel. *Acta Derm Venerol*, 1999, **79**, 403.
10. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, et al.— Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2003, **16**, 269-283.

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