

Et si nous en parlions ?

LA MALADIE DE PARKINSON : QUEL REGARD SUR LA PEAU ?



Recueilli par
Christine PAHAUT

*Parkinson Nurse,
Tabacologue,
Sophrologue
Caycédiennne.*

Ch.P. : Bonjour Monsieur le Professeur NIKKELS, parlez-nous un peu de vous ?

A.N. : Depuis 15 ans, je suis Professeur de Dermatologie et de Vénéréologie et chef de service au CHU de Liège. Personnellement, je m'occupe principalement des patients atteints des cancers de la peau, comme le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire, le mélanome et les lymphomes cutanés. Dans notre pratique quotidienne, notre équipe rencontre des patients atteints de maladie de Parkinson, soit pour une prise en charge des changements cutanés liés au dysfonctionnement autonome des nerfs, soit encore pour des effets indésirables dus à la médication prescrite pour la maladie de Parkinson, heureusement relativement rares.

Ch.P. : « Les personnes présentant une maladie de Parkinson observent parfois des troubles cutanés. Pour certaines personnes, ils affectent la qualité de vie ».

Pourriez-vous expliquer les changements et les troubles cutanés liés à la maladie de Parkinson ?

A.N. : Les patients atteints de maladie de Parkinson ont souvent une peau plus grasse, notamment au niveau du visage et du cuir chevelu. Cet état cutané explique également que le *Malassezia*, un agent fongique faisant partie de notre microbiome cutané, prolifère plus facilement et cause une dermatite séborrhéique. La dermatite séborrhéique est caractérisée par des lésions cutanées érythémato-squameuses, surtout se situant au niveau du liseré

du cuir chevelu, les plis nasogéniens et entre les sourcils (Fig 1). Chez l'homme, la région sternale est également souvent atteinte. Souvent, le cuir chevelu est également atteint, avec une chevelure plus grasse et un prurit du crâne.

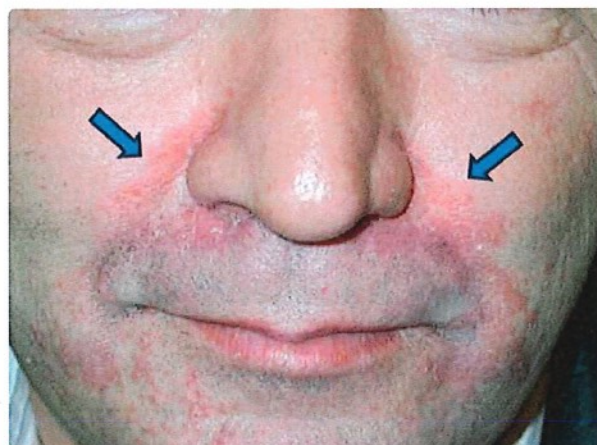


Fig 1. Localisation typique d'une dermatite séborrhéique chez un patient atteint de maladie de Parkinson.

Ces *Malassezia* peuvent également se retrouver dans les structures pilosébacées, provoquant des folliculites pityrosporiques du torse. Rarement, les cils peuvent être atteints conduisant à une blépharite pityrosporique (Fig 2).

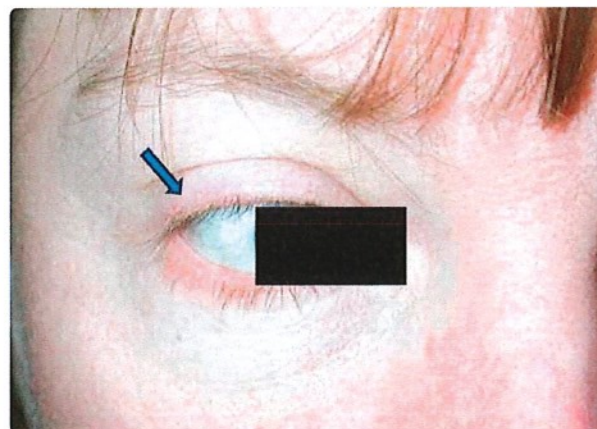


Fig 2. Blépharite pityrosporique des cils.

Et si nous en parlions ?

Une autre plainte fréquente constitue une transpiration excessive, liée également au dysfonctionnement du système nerveux autonome. Cela peut résulter en des accès transitoires de transpiration excessive soudaine et abondante, non seulement des zones classiques comme les aisselles, mais également sur l'entièreté du corps.

Le patient atteint de maladie de Parkinson est également à risque accru de cancer de la peau, et notamment le mélanome (Fig 3).



Fig 3. Image de mélanome de la joue.

Ch.P. : Quels sont les traitements proposés pour ces différents changements et troubles cutanés ?

A.N. : La dermatite séborrhéique chez le patient Parkinsonien se traite de la même façon que chez un patient non atteint. Néanmoins, elle est souvent plus tenace à traiter et souvent récidivante. Une approche au long cours s'impose donc.

D'abord, un shampooining antipelliculaire est conseillé au long cours, avec un temps de pose d'au moins 10 minutes, au moins 3 x par semaine. Lors des shampooinings, le visage doit aussi être traité, tout comme le torse. D'autres shampooinings traitants sont autorisés, tout comme les colorations ou les permanentes.

Pour les lésions cutanées, on prescrit souvent un mélange d'un antifongique et d'un dermocorticoïde de faible puissance, parfois en alternance avec les inhibiteurs de la calcineurine (protopic, elidel). Dans ces cas résistants, on ajoute un traitement oral avec de l'itraconazole. Des patients qui résistent encore se voient prescrire des rétinoïdes

(isotrétinoïne) à petites doses, qui agissent en freinant la séborrhée. En tout cas, veuillez vous référer à votre médecin traitant ou à votre dermatologue.

Contre la peau grasse en général, des cosmétiques sébostatiques sont disponibles auprès de votre pharmacien(ne).

Pour les problèmes de transpiration, il y a d'abord toute une série de recommandations non-médicamenteuses, comme l'utilisation des douches tièdes ou froides, éviter les aliments qui peuvent déclencher la transpiration comme les épices, l'alcool ou encore le café, porter des vêtements non-serrés, favorisant des tissus qui sèchent rapidement et qui évacuent rapidement l'humidité. Il est également important de respecter une bonne hydratation en buvant suffisamment (1,5 litre par jour).



Contre les transpirations excessives un traitement par oxybutynine par voie orale ou de glycopyrrolate en crème (Axhidroks 8mg/g crème 50g) peut être envisagé, mais tous les patients ne bénéficient pas d'un bon effet et la tolérance n'est pas toujours au rendez-vous. Des déodorants ou encore des lingettes imbibées d'hydroxyde d'aluminium peuvent être utiles pour les mains et les régions axillaires, mais nécessitent un entretien au long cours. Pour les cas plus résistants, des bains d'ionophorèse ou encore des toxines botuliniques, voire pour les cas extrêmes une sympatetectomie, peuvent être discutés avec votre dermatologue.

Ch.P. : Les changements cutanés sont-ils différents chez la femme avant et après la ménopause ?

A.N. : Les changements cutanés après la ménopause ne sont pas différents chez la patiente Parkinsonienne ou non.

Et si nous en parlions ?

Ch.P. : « Dans certaines études, Il semble établi qu'il existe un risque augmenté de développer un mélanome chez les personnes parkinsoniennes et un risque accru de présenter une maladie de Parkinson chez les personnes ayant eu un mélanome ».

Comment explique-t-on ce risque ? et vice versa.

Plusieurs études scientifiques ont pu démontrer qu'il existe un risque accru (2x) d'avoir un mélanome chez un patient atteint de maladie de Parkinson, et vice versa. Cela pourrait être lié à un taux plus élevé d'alpha synucléine au sein de la peau, un risque génétique (LRRK2) ou encore à un déficit de la production de la mélanine. Cet alpha synucléine augmente la réparation de l'ADN et promeut la croissance des cellules cancéreuses.

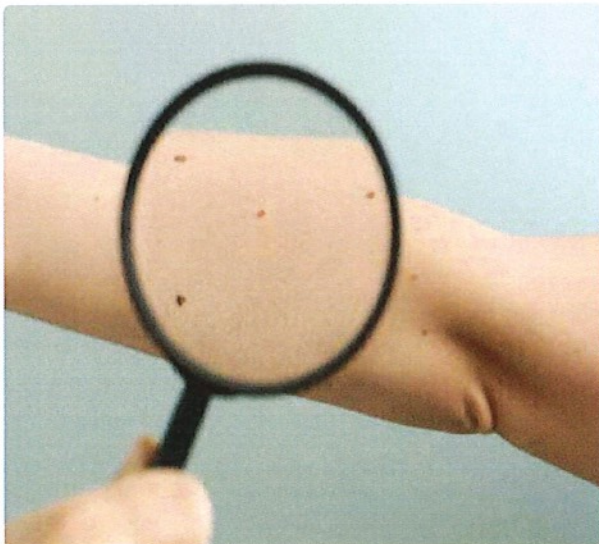
Par contre, il n'y a pas de preuve scientifique que le levodopa augmenterait ce risque de cancer de la peau.

Ce risque est-il différent chez la femme et chez l'homme ?

Non

Comment détecter un début de mélanome ?

A.N. : Examiner régulièrement sa peau permet de repérer l'apparition de nouvelles lésions ou l'évolution anormale d'un grain de beauté. Il est conseillé de réaliser un auto-examen complet tous les 6 mois, dans un endroit bien éclairé, à l'aide d'un miroir (ou avec l'aide d'un proche pour les zones difficiles d'accès) avec comme étapes :



- Le visage (ne pas oublier les oreilles) et le cuir chevelu.
- Les mains, les bras, les coudes et les aisselles.
- Le cou, la poitrine et le ventre.
- Devant le miroir la nuque, les épaules, le dos et les fesses.
- En position assise, les jambes, les pieds et les zones intimes.

Les critères **ABCDE**. Ces cinq lettres aident à identifier les grains de beauté ou taches pigmentées suspects.

- A** pour **Asymétrie** : une moitié ne ressemble pas à l'autre.
- B** pour **Bords irréguliers** : contours mal délimités.
- C** pour **Couleur** : teintes multiples (brun, noir, rouge, bleu...).
- D** pour **Diamètre** : généralement supérieur à 6mm.
- E** pour **Evolution** : changement de taille, couleur ou texture.

Si une lésion présente un ou plusieurs de ces critères, ou si elle vous semble « différente » ou « nouvelle », il est important de consulter un professionnel de la santé.



Limiter l'exposition solaire directe. L'intensité des rayons UV est maximale entre 12h00 et 16h00. Il est donc recommandé d'éviter toute exposition prolongée durant cette période. Même par temps nuageux, les UV restent actifs. L'ombre et la recherche de lieux abrités sont particulièrement importants

Et si nous en parlions ?

pour les enfants et les personnes à peau claire. Porter une protection vestimentaire adaptée. Les vêtements restent la meilleure forme de protection. Il est conseillé de porter des habits couvrants en tissu dense, un chapeau à larges bords pour protéger le visage, le cou et les oreilles, ainsi que des lunettes de soleil homologuées protégeant contre les UV.

Utiliser un écran solaire. L'application d'un écran solaire reste essentielle, notamment sur les zones non couvertes. Une crème solaire à large spectre (UVA et UVB), avec un indice de protection SPF 50+, doit être appliquée 20 à 30 minutes avant



l'exposition. Elle doit être renouvelée toutes les deux heures, ainsi qu'après une baignade ou une transpiration importante. Éviter les sources artificielles d'UV. Les cabines de bronzage émettent des UV plus puissants que ceux du soleil. Leur usage est fortement déconseillé, notamment chez les moins de 30 ans.

Ch.P. : Le traitement médicamenteux anti-parkinsonien influence-t-il les troubles cutanés ?

A.N. : La plupart des effets indésirables des médicaments antiparkinsoniens sont liés à leurs propriétés dopaminergiques périphériques et centrales, mais heureusement ils sont plutôt rares au niveau cutané.

Ch.P. : Quels conseils dermatologiques partageriez-vous à toutes personnes présentant une maladie de Parkinson ?

A.N. : voir dessus



Professeur Nikkels

Ch.P. : « Actuellement, le diagnostic de maladie de Parkinson repose sur l'examen clinique et l'imagerie par DAT scanner ».

Il semble exister certaines études proposant l'analyse du sébum comme biomarqueur pour le diagnostic précoce de la maladie de Parkinson et même son suivi. Qu'en pensez-vous ?

A.N. : Récemment des chercheurs ont développé un appareil qui analyse la qualité du sébum et la fonction sudoripare, appelé séboscan. Cet appareillage permet de diagnostiquer très tôt la maladie de Parkinson. En outre, une méthode transcriptomique utilisant de la ARN des lipides cutanés raffine encore les possibilités diagnostiques précoces.

REMERCIEMENT

Merci Professeur NIKKELS pour votre article et au plaisir d'autres échanges à venir...

RÉFÉRENCES

Astrid-Helene Ravn, Jacob P Thyssen, Alexander Egeberg. Skin disorders in Parkinson's disease: potential biomarkers and risk factors. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017;10:87-92. doi: 10.2147/CCID.S130319

Anindita Bose, Gregory A Petsko, David Eliezer. Parkinson's Disease and Melanoma: Co-Occurrence and Mechanisms. J Parkinsons Dis. 2018;8:385-398. doi: 10.3233/JPD-171263