

Affections
dermatologiques

Affections dermatologiques



Affections dermatologiques

J. Lambert, V. Rogiers, D. Roseeuw

A. Introduction

Le vieillissement de la peau est une des modifications les plus visibles du processus de sénescence. La peau étant exposée à de nombreux facteurs susceptibles d'accélérer ce processus naturel, on distingue deux types de vieillissement cutané. D'une part, le vieillissement intrinsèque, que l'on évalue le mieux sur des zones qui normalement ne sont pas exposées au soleil, et d'autre part le vieillissement extrinsèque, provoqué par l'interaction de facteurs environnementaux, en premier lieu les rayons UV, et dont l'effet est le plus visible sur les parties exposées, surtout chez les personnes de phototype clair. On parle alors de vieillissement actinique. D'autres facteurs contribuant à ce vieillissement sont les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les maladies chroniques et les dysfonctionnements des glandes endocrines.

B. Modifications histologiques

Dans le vieillissement intrinsèque de la peau, la couche cornée est peu modifiée. L'épiderme est atrophique et la jonction dermo-épidermique est aplatie, de sorte que l'adhésion au derme est moins bonne et des bulles se forment plus facilement. L'épaisseur du derme est nettement réduite; il y a moins de vaisseaux sanguins et d'annexes. On observe aussi moins de fibroblastes et leurs capacités de biosynthèse et de prolifération sont diminuées. Les fibres élastiques subissent d'abord des modifications (réduction graduelle du nombre de microfibrilles périphériques), pour disparaître par la suite.

Pour ce qui est de la peau exposée au soleil, l'épiderme est irrégulier, parfois atrophique, parfois hyperplasique, avec des signes de désorganisation et de dysplasie. Les mélanocytes sont plus nombreux à certains endroits, en nombre réduit à d'autres. Il y a aussi une irrégularité de la distribution de la mélanine dans l'épiderme, suite à des problèmes de transfert des mélanosomes. Le nombre des cellules de Langerhans diminue. Les petits vaisseaux sanguins sont d'abord dilatés, ensuite ils s'amincissent et s'atrophient. La caractéristique histopathologique la plus typique du vieillissement induit par les UV est l'élastose solaire. Elle se caractérise par une accumulation de matériel basophile dans le derme superficiel et moyen, séparée de l'épiderme par une zone de collagène compact. On l'appelle élastose parce qu'elle colore le matériel basophile comme le tissu élastique. Il s'agit surtout d'une matrice extracellulaire anormale, produite par les fibroblastes.

C. Anomalies fonctionnelles

Il y a une réduction du turn-over épidermique, la peau contient moins d'eau et perd aussi de son élasticité. La cicatrisation des plaies, la réponse immunitaire, la sécrétion sudorale, la sécrétion sébacée et la capacité de production de la vitamine D diminuent. Des anomalies de la thermorégulation, de la perception sensorielle et de la réactivité vasculaire peuvent apparaître. Les réactions allergiques sont aussi moins marquées. L'exposition aux UV provoque une immunosuppression et a un effet cancérogène.

D. Modifications des annexes

Le nombre des glandes eccrines et apocrines diminue et leurs capacités fonctionnelles diminuent. La fonction réduite des glandes apocrines explique pourquoi les personnes âgées ont moins d'odeur corporelle. Bien que le nombre de glandes sébacées reste relativement constant avec l'âge, celles-ci ont tendance à augmenter de volume.

Quant à la sécrétion de sébum, elle a tendance à diminuer.

La lame de l'ongle devient moins épaisse. Cela lui donne une coloration rose, les vaisseaux sous-jacents devenant mieux visibles. Les ongles sont opaques, ils changent souvent de couleur, du jaune au gris. Des stries longitudinales peuvent apparaître et les ongles deviennent plus mous et plus cassants. Ils se dédoublent facilement et s'abîment rapidement.

La couleur et la distribution des poils se modifient aussi avec l'âge. Le grisonnement des cheveux est un phénomène où l'hérédité joue un rôle. Il est dû à une perte progressive de la fonction des mélanocytes dans le bulbe pileux. On constate une réduction du nombre des follicules pileux sur le cuir chevelu. Le nombre de poils épais ou terminaux diminue, tandis que le nombre de poils fins (ou duvet lanugineux) augmente avec l'âge. Le pourcentage des poils en phase télogène augmente aussi. Le vieillissement s'accompagne également d'une croissance des poils terminaux supplémentaires. Ces derniers sont considérés comme inesthétiques.

Chez l'homme, ces vilains poils, qui poussent dans toutes les directions, apparaissent dans les oreilles, sur les sourcils, sur et dans le nez. Les femmes, surtout celles de type méditerranéen, développent ces nouveaux poils terminaux surtout sur la lèvre supérieure et le menton.

E. Signes cliniques

Rides

Les rides sont le signe par excellence du vieillissement. On en distingue de plusieurs types, notamment les rides superficielles et profondes. Les rides profondes seraient dues aux modifications dermo-hypodermiques, tandis que les rides superficielles pourraient s'expliquer par les modifications dermiques et éventuellement épidermiques. Les rides sont surtout dues à la perte d'élasticité de la peau. L'atteinte du réseau élastique sous-épidermique donne lieu à une laxité superficielle de la peau vieillie et à un ridement de sa surface. La destruction des fibres élastiques dans le derme réticulaire est responsable de la perte d'élasticité et de la capacité de la peau à reprendre sa forme après étirement. Selon le type, l'intensité et la topographie, un traitement adapté sera possible.

Elastose

L'élastose se manifeste par ce que les Français appellent "la peau citrêine de Milian", à savoir une peau épaisse, rugueuse, jaunâtre. La peau rhomboïdale de la nuque se présente sous la forme de champs très caractéristiques, de forme losangique, délimités par des sillons profonds dans le cou, particulièrement chez les personnes à la peau claire et celles qui ont passé leur vie dans les intempéries. L'erythrosis interfollicularis colli qui apparaît au côté latéral du cou est de couleur rose-rouge, avec de nombreuses télangiectasies et de petites papules folliculaires ressemblant à la chair de poule. Finalement, il y a la maladie de Favre et Racouchot, ou élastoïdose nodulaire à kystes et comédons (fig. 1). Comme son nom l'indique, il s'agit d'une élastose, avec des comédons volumineux, noirs et ouverts, et de petits kystes nodulaires localisés à la région péri-orbitaire.

Signes de fragilité

La fragilité accrue de la peau se manifeste par le purpura sénile de Bateman, qui apparaît principalement sur le dos des mains et les avant-bras, après un très léger traumatisme, voire spontanément. Ces lésions purpuriques disparaissent spontanément. Les pseudo-cicatrices de Colomb sont des cicatrices pâles, allongées ou en forme d'étoile, apparaissant spontanément sur le dos des mains et la face dorsale des avant-bras. Elles ne sont pas la conséquence d'un traumatisme, mais probablement le résultat de modifications du derme.

Signes vasculaires

Les angiomes séniles, les télangiectasies et les lacs sanguins appartiennent aux anomalies vasculaires. Les angiomes séniles sont de petites lésions typiques, rouges et punctiformes, ou des tumeurs rouges, un peu plus grandes, en forme de coupole, situées sur le tronc. Le lac sanguin est une lésion pseudo-tumorale de couleur violette, que l'on trouve principalement sur les lèvres et sur les pavillons auriculaires. Cette ectasie vasculaire n'est pas toujours facile à différencier d'un nævus ou d'un mélanome.

Anomalies de la pigmentation

Il existe aussi des troubles de la pigmentation, notamment les hypo- et les hyperpigmentations. Ainsi, on rencontre les éphélides et les lentigos séniles (fig.2). En présence de ces derniers, il faut toujours craindre un lentigo malin de Dubreuilh (fig.3).

Xérose

La xérose est aussi une manifestation typique de la peau vieillie. Elle se manifestera surtout en hiver, principalement sur les jambes. Chez certains patients, le dessèchement de la peau lui donnera un aspect craquelé, avec une composante inflammatoire. On l'appelle eczéma astéatotique ou eczéma craquelé. Il est préférable de le traiter en premier lieu avec un corticoïde faible, puis d'hydrater la peau régulièrement.

Prurit

Le prurit est un symptôme fréquent chez les personnes âgées. Il peut même prendre des formes extrêmes. Le prurit peut être localisé ou généralisé et peut apparaître sans aucune lésion cutanée. Avant de poser le diagnostic de prurit sénile, il faut exclure toutes les causes cutanées et internes.

Lésions prolifératives

Parmi les proliférations bénignes, signalons surtout les kératoses séborrhéiques, l'hyperplasie des glandes sébacées et le molluscum pendulum. Les verrues séborrhéiques (fig.4) peuvent prendre des aspects très différents : le diagnostic différentiel avec une lésion pigmentaire maligne est parfois malaisé. Les glandes sébacées hypertrophiées, localisées surtout au front, frappent par leur aspect ombiliqué et ne sont pas toujours faciles à différencier d'un petit carcinome basocellulaire. Le molluscum pendulum ou acrochordon ou "*skin tag*" apparaît surtout dans le cou, aux aisselles et à l'aîne.

Parmi les lésions précancéreuses et malignes, les plus fréquentes sont la kératose (fig.5) précancéreuse actinique, ou kératose sénile, et le carcinome basocellulaire (fig.6 et 7). Cette kératose actinique peut évoluer vers un épithélioma spinocellulaire (fig.8). Des mélanomes malins peuvent se former *de novo* ou à partir de *nævi* pigmentaires pré-existants. On distingue le mélanome nodulaire, le mélanome à extension superficielle (fig.3), le lentigo malin de Dubreuilh et le mélanome lentigineux des extrémités.

Anomalies des muqueuses

La perlèche ou chéilite angulaire peut être due à une ptose de la lèvre supérieure sur la lèvre inférieure, ce qui favorise le développement de toutes sortes de bactéries et de levures, surtout *Candida albicans*. Souvent, la cause en est une prothèse dentaire mal adaptée.

Dermatoses fréquentes chez les personnes âgées.

Les problèmes d'insuffisance veineuse sont fréquents. Dans les cas les plus graves, ils sont à l'origine d'ulcères veineux. Lors du traitement, il ne faut pas seulement soigner l'ulcère, mais il convient aussi de penser aux bas de contention adéquats. Les ulcères des pieds doivent évoquer un ulcère artériel ou diabétique.

Chez les patients alités, tout doit être mis en œuvre pour prévenir les ulcères de décubitus, notamment les changements de position fréquents du patient, l'exclusion du linge de corps et des draps de lit rugueux et amidonnés. Il convient d'être attentif à l'échauffement et à la macération de la peau par l'occlusion, les alaises imperméables et l'utilisation de savons agressifs.

L'âge avancé ne favorise pas seulement le risque de zona, mais aussi de névralgies post-zostériennes, pouvant durer des mois, voire des années. Un traitement antiviral débuté précocement, de préférence dans les 72 heures (aciclovir, valaciclovir ou famciclovir), réduit le risque de cette complication parfois très douloureuse et accablante.

Une éruption acnéiforme sans comédons, généralement répartie symétriquement sur le nez, les joues, le front et le menton, doit faire penser à un problème de rosacée. Des lésions oculaires peuvent accompagner ce tableau clinique. À un stade ultérieur apparaîtra le rhinophyma typique. À un âge plus avancé, un psoriasis pourra aussi débiter. La prédisposition familiale est nettement moins présente dans ce cas.

La pemphigoïde bulleuse est une pathologie auto-immune bulleuse, qui se rencontre surtout dans le grand âge et est régulièrement corrélée à la prise de médicaments, ou est dans certains cas un signe de nature paranéoplasique.

Soins généraux de la peau vieillissante

Un nettoyage doux et l'utilisation de produits hydratants ayant une teneur en lipides suffisamment élevée forment la base des soins généraux quotidiens de la peau vieillissante.

Un nettoyage doux signifie l'éviction du savon classique et des alkyl-sulfates et des alkyl-éther-sulfates agressifs. Les saponides doux, des succédanés de savon ne modifiant pas le pH de la peau, contenant des sulfo-succinates, des alkyl-glycosides, des isothionates, des bétaïnes, des tweens et des alcanolamides, sont plus indiqués. Ils ont un pH légèrement acide à neutre. Si l'on souhaite néanmoins employer un savon, il est alors recommandé de choisir un savon surgras et à la glycérine.

Les bains moussants et les séjours prolongés dans de l'eau chaude contenant des agents tensioactifs sont à éviter. Les additifs de bain à base d'huile ou d'amidon sont à conseiller, mais le danger de glissade est alors réel chez la personne âgée.

Après le nettoyage, il faut utiliser des lotions corporelles et des crèmes hydratantes, toujours pour peau sèche et très sèche. Les émulsions eau dans huile (e/h) conviennent, mais sont parfois considérées comme trop luisantes et collantes. Actuellement, on emploie plutôt les émulsions huile dans eau (h/e) riches en lipides. Celles-ci contiennent des facteurs hydratants naturels (NMF - *natural moisturizing factors*), comme par exemple des acides aminés, des lactates, de l'urée, des sucres, des sels minéraux et de l'acide pyrrolidone-carboxylique, qui attirent et retiennent l'humidité par leurs propriétés hygroscopiques. Il existe aussi des émoullients, comme des huiles, des lipides et des cires. Actuellement, on donne la préférence aux produits d'origine végétale ou synthétique. Les émoullients rendent la peau moins rugueuse et, en réduisant la perte d'humidité corporelle (TEWL= *transepidermal water loss*), ils améliorent l'hydratation de la peau.

Les préparations contenant des liposomes, des nanosomes, des oléosomes, etc., peuvent hydrater efficacement la peau, mais elles apportent trop peu de lipides à une peau vieillie.

Une nouvelle génération de crèmes, intéressantes pour la peau vieillissante, a été récemment commercialisée. Ce sont des crèmes de barrière, qui réparent la barrière endommagée de la couche cornée par l'apport de céramides, de cholestérol (esters) et d'acides gras, semblables à ceux qui sont normalement présents dans le ciment intercellulaire, entre les cornéocytes.

Traitements spécifiques de la peau vieillissante

Le traitement des modifications cutanées inesthétiques liées au vieillissement a fait d'énormes progrès ces dernières années.

La cryothérapie, la laserthérapie et les injections de collagène, d'acide hyaluronique et de toxines (botuliniques) sont quelques-unes des possibilités thérapeutiques de l'approche curative des rides. D'autres possibilités sont la chirurgie plastique esthétique, avec implantation de diverses substances de remplissage, ou les liftings partiels ou complets du visage.

Les peelings à l'acide glycolique sont des procédures moins lourdes. Le peeling chimique est une technique qui consiste à remodeler superficiellement la peau au moyen de produits chimiques ; après guérison elle présente une texture différente de la structure initiale, abîmée par le soleil. L'acide glycolique peut être employé seul ou en combinaison avec l'exfoliation classique à l'acide trichloracétique. L'application de crèmes contenant de la vitamine A acide (acide rétinoïque), du rétinaldéhyde et du rétinol pour corriger les rides ou les troubles de la pigmentation, sont des traitements pouvant être appliqués à titre tant préventif que curatif et très courants actuellement. Pour les mêmes raisons, on emploie des lotions et des crèmes contenant des acides de fruits (AHA ou acides α -hydroxy), comme l'acide glycolique et l'acide lactique, et les acides β -hydroxy (acide salicylique). Selon le pH et la concentration en acides libres, ces produits sont soit des cosmétiques, soit des médicaments dermatologiques.

Pour terminer, il faut encore signaler la principale prévention du vieillissement de la peau, à savoir la limitation au minimum indispensable de l'exposition au soleil, par l'utilisation de filtres solaires à large spectre, combinés ou non à des antioxydants et des piègeurs de radicaux libres (vitamine E, utilisée de préférence avec la vitamine C).

Figure 1 maladie de Favre et Racouchot



Figure 5 Kératose actinique



Figure 2 Lentigos séniles



Figure 6 Carcinome basocellulaire



Figure 3 Lentigo malin



Figure 7 Carcinome basocellulaire



Figure 4 Verrue séborrhéique

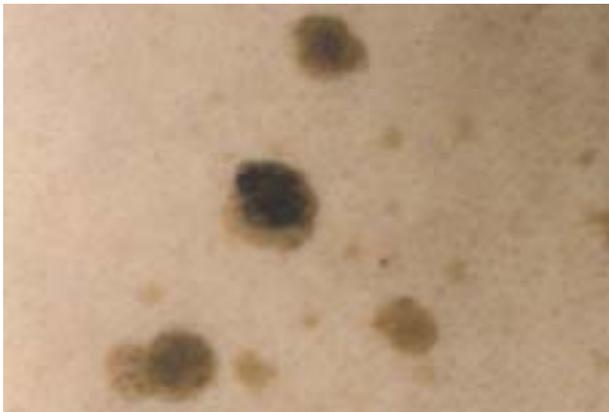


Figure 8 Epithélioma spinocellulaire

