



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique
Université MOULOUD MAMMÉRI - Tizi-Ouzou
Faculté des Sciences Biologiques et des Sciences Agronomiques
Département de Biologie



Mémoire
De fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de
Master
Science de la nature et de la vie
Spécialité : Parasitologie

Thème

*Etude clinique et épidémiologique de la dermatite
séborrhéique dans la wilaya de Tizi-Ouzou*

Réalisé par :

M^{lle} HALZOUN Nouara & M^{lle} GUELLIL Kahina

Présidente : Mme BOUKHEMZA-ZEMMOURI N. Professeure UMMTO

Promoteur : Mr. BOUKHEMZA M. Professeur UMMTO

Co-promoteur: Pr. BELKACEM A. Dermatologue CHU

Examinatrice : Mme MOHAMED SAHNOUN A. Maître conférence A, UMMTO

Année : 2020-2021

Remerciements

Nous remercions le Dieu tout puissant de nous avoir donné la volonté et la patience nécessaire pour accomplir ce travail.

Tout travail de recherche n'est jamais l'œuvre d'une seule personne. A cet effet, nous exprimons notre reconnaissance et nos remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

*On tient à exprimer toute notre gratitude à notre promoteur monsieur **BOUKHAMZAM** qui nous a guidé, encouragé durant toute la période de réalisation de notre travail de recherche, ainsi que pour la qualité de son enseignement, ses conseils et son intérêt incontestable qu'il porte à tous les étudiants*

*Nous remercions notre Co-promoteur Professeur **BELKACEM A** pour son aide et collaboration pour élaborer ce travail, pour son implication, sa gentillesse, sa patience et sa disponibilité.*

Nous remercions également tous les membres du jury qui nous ont fait l'honneur d'avoir accepté d'évaluer et de juger notre travail. Nous remercions également tout le corps enseignant de la faculté des Sciences Biologiques et des Sciences Agronomiques pour les efforts qu'ils ont bien voulu déployer afin de dispenser un enseignement de qualité.

*Nos reconnaissances vont également à l'ensemble du personnel de service de dermatologie de la polyclinique 2000 logements de la nouvelle ville de Tizi-Ouzou de nous avoir reçu au sein de leur structure, plus particulièrement : **Dr.LOUNAS** et **Dr. SI MOUSSI** pour leurs patientes, leurs conseils, leurs aides et leurs orientations, et pour le temps qu'ils nous ont accordé, on remercie aussi l'assistante **KENZA** pour sa sympathie, sa gentillesse et sa modestie.*

*Nos vifs remerciements s'adressent à toute l'équipe de laboratoire parasitologie-mycologie de **CHU de Tizi-Ouzou** et d'autre part remercier le chef du service **Dr.SEKLAOUI**.*



Dédicaces

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut ... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que je dédie ce modeste travail...

*A mes chers parents, la lumière de ma vie :
Pour l'amour qu'ils m'ont toujours donné, leurs encouragements et toute l'aide qu'ils m'ont apportée durant mes études. Puisse Dieu leur accorder santé, bonheur, prospérité et longue vie afin que je puisse un jour combler de joie leurs vieux jours.*

A mes chers frères Makhlouf, Ali, Hacène, Mohammed et Rachid, pour tous les sacrifices qu'ils n'ont cessé de m'apporter tout au long de mes années d'études. Que Dieu leur apporte le bonheur, les aide à réaliser tous leurs vœux et leur offre un avenir plein de succès.

A mes aimables sœurs Hayet, Célia, Sabrina et Yasmina, pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral tout au long de mes études et de ma vie.

A la mémoire de ma grand-mère et ma chère tante, j'aurai tant aimé que vous soyez présentes. Que dieu vous accueille dans son éternel paradis.

A ma chère tante Fatma et à la mémoire de son mari Vava Ahmed

A mes neveux Islam, Djilali, Bilal et Abderrahman

A mes deux nièces Imen et Aya Errahman

A tous les membres de ma famille paternelle et maternelle

A ma chère amie et binôme Kahina avec laquelle j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler. Nous avons formé une belle équipe, je te remercie donc pour tout ce que tu m'as apporté au cours de ces quatre années partagées. Sans oublier son aimable famille

A mes amies et copines : Ania, Saida, Celia, Sadjia, Siham...

A tous mes professeurs et mes maîtres tout au long de mes études, plus particulièrement Mme BABAS MERAR Ouiza et ZIMOUCHE Rabah

A tous mes collègues de la spécialité « Parasitologie »

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer

Nouara

Dédicaces



Je remercie le bon dieu pour nous avoir donné La force pour finir ce travail

Je dédie ce modeste travail :

A ma très chère mère :

Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de ton amour, Ta tendresse, ton soutien, ta patience, tous les sacrifices et ton encouragement durant tout mon parcours. Que ALLAH, le tout puissant, te garde, te couvre de bonheur, de santé et te procure une longue vie.

A mon très cher père :

Je t'écris ces quelques mots, tout en sachant que ne jamais pourrai te remercier pour tout ce que tu as sacrifié pour moi. Il n'y'a aucun doute que sans tes précieux conseils, tes prières, générosité et ton dévouement je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues années d'études. Puisse ALLAH, le tout puissant, te protéger te couvrir de bonheur, de santé, et te procurer une longue vie.

A mes chers frères Massinissa et Aissa et ma très chère sœur Tinhinen que dieu vous réserve le meilleur avenir et beaucoup de bonheur.

A la mémoire de ma chère tante et grand-mère :

J'aurai tant aimé que vous soyez présentes. Que dieu vous accueille dans son éternel paradis.

A ma grand –mère maternelle à qui je souhaite la guérison que dieu lui accorde santé et longévité.

A mes deux petits adorables Céline et Hanin.

A tous les membres de ma famille maternelle et paternelle, grands et petits.

A ma très chère amie et binôme « Nouara », avec qui j'ai passé les meilleurs moments et j'ai partagé les peines de ce travail un grand merci pour sa compréhension et sa patience ainsi que mon profond respect et gratitude pour sa famille.

A toutes mes chères copines : Samia, Dyhia, Célia, Zina, Ania.....

A mon ami : Marzouk

A la promotion de parasitologie appliquée 2020/2021 ainsi que tous amis(es) en biologie dans toutes les spécialités.

A tous mes enseignants depuis l'enseignement primaire jusqu'au supérieure sans exception.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer

Kahina

Sommaire

Liste des figures	
Liste des tableaux	
Liste des abréviations	
Glossaire	
Introduction	01

Chapitre I : Revue bibliographique

1. La peau	02
1.1. Ultrastructure de la peau	02
1.1.1. L'épiderme.....	02
1.1.2. Le derme	03
1.1.3. L'hypoderme	04
1.2. Les fonctions de la peau.....	04
1.2.1. Protection.....	04
1.2.2. Barrière physique ou mécanique	04
1.2.3. Barrière chimique	04
1.2.4.Barrière biologique	05
2. Le cuir chevelu	05
2.1. Les différentes couches du cuir chevelu	05
3. La séborrhée	06
3.1. Les glandes sébacées.....	06
3.2. Le sébum.....	06
4. Le genre <i>Malassezia</i>	07
4.1. Définition	07
4.2. Morphologie.....	07
4.3. Classification.....	07
4.3.1. Taxonomie	07
4.3.2. Les différentes espèces de genre <i>Malassezia</i>	08
4.4. Les caractéristiques de genre <i>Malassezia</i>	08
4.4.1.Reproduction	08
4.4.2.Structure de la paroi des levures <i>Malassezia</i>	08
4.4.3. Croissance et nutrition	08

5. L'eczéma séborrhéique	09
5.1. Définition	09
5.2. Physiopathologie de la DS	09
5.2.1. Implication de <i>Malassezia</i> dans La DS	09
5.2.1.1. <i>Malassezia furfur</i>	09
5.2.1.2. Les autres levures <i>Malassezia</i> impliquées dans la DS	10
5.2.2. Rôle de sébum	10
5.3. Epidémiologie	10
5.3.1. Prévalence de la dermatite séborrhéique	10
5.3.2. Maladies associées à la dermatite séborrhéique	10
5.3.2.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine.....	11
5.3.2.2. Troubles de l'humeur	11
5.3.2.3. Maladie de parkinson	11
5.3.2.4. Cancer des voies aérodigestives supérieures.....	11
5.3.3. Facteurs inducteurs de poussées de dermatite séborrhéique	12
5.3.4. Autres facteurs favorisants	12
6. Aspect clinique de la DS	12
6.1. Eczéma séborrhéique de l'adulte.....	12
6.1.1. Atteinte du cuir chevelu.....	12
6.1.2. Atteinte du visage	13
6.1.3. Atteinte du tronc	14
6.1.4. Autres atteintes possibles.....	15
6.2. Eczéma séborrhéique du nouveau-né et du nourrisson	15
6.3. Formes cliniques selon le terrain	17
7. Diagnostic de la dermatite séborrhéique	18
7.1. Diagnostic clinique	18
7.2. Diagnostic mycologique	18
7.3. Diagnostic biologique	18
7.3.1. Lumière de Wood	18
7.3.2. Prélèvement	18
7.3.3. Examen direct	19
7.3.4. Culture	20
8. Diagnostic différentiel.....	20
8.1. Psoriasis des régions séborrhéiques	20

8.2. Une dermatite atopique	21
8.3. Une dermatophytie.....	21
8.4. Autres diagnostics différentiel	21
8.5. Tableau récapitulatif	22
9. Traitement	23
9.1. Traitements locaux.....	23
9.1.1. Les antifongiques.....	23
9.1.2. Les dermocorticoïdes.....	23
9.2. Les traitements systémiques	23
9.3. Cosmétiques	23
9.4. Traitement de la DS du nourrisson	24
9.5. Traitements alternatifs de la dermatite séborrhéique	24
10. Préventions de la dermatite séborrhéique.....	25
10.1. Prévention de la dermatite séborrhéique du nourrisson « croûte de lait »	25

Chapitre II : Matériel et méthodes

1. Objectifs de l'étude	27
2. Type, lieu et période de l'étude	27
3. La population étudiée	28
4. Modalités du recueil des données.....	28
5. Préparation du patient à l'examen	28
6. Matériels utilisés	28
7. Méthodes utilisées	29
7.1. Prélèvement.....	29
7.2. Lampe de Wood.....	31
7.3. Culture.....	32

Chapitre III : Résultats

1. Etude rétrospective	33
1.1. Fréquence de la dermite séborrhéique.....	33
1.1.1. En fonction du temps	33
1.1.1.1. Fréquence de la DS au sein de la population consultante.....	33
1.1.1.2. Fréquence de la DS au sein de la population atteinte	34
1.1.2. Répartition des patients selon les critères épidémiologiques.....	35

1.1.2.1. Répartition des patients selon le sexe	35
1.1.2.2. Répartition des patients selon l'âge	35
1.1.2.3. Répartition des cas de la DS selon la provenance des patients	36
2. Etude prospective	37
2.1. Répartition des patients selon le sexe	37
2.2. Répartition des patients selon l'âge	38
2.3. Répartition des patients selon la provenance	39
2.4. Répartition des patients selon la localisation des lésions.....	39
2.5. Répartition des patients selon les facteurs favorisants.....	40
2.6. Répartition des cas selon le prélèvement mycologique	40
2.7. Répartition des patients selon la récurrence	41

Chapitre VI : Discussion

1. Etude rétrospective	42
1.1. Fréquence de la dermatite séborrhéique.....	42
1.1.1. En fonction du temps	42
1.1.1.1. Fréquence de la DS au sein de la population consultante.....	42
1.1.1.2. Fréquence de la DS au sein de la population atteinte	42
1.1.2. Répartition des patients selon les critères épidémiologiques.....	42
1.1.2.1. Répartition des patients selon le sexe	42
1.1.2.2. Répartition des patients selon l'âge	43
1.1.2.3. Répartition des cas de la DS selon la provenance des patients	43
2. Etude prospective	44
2.1. Répartition des patients selon le sexe	44
2.2. Répartition des patients selon l'âge	44
2.3. Répartition des patients selon la provenance	45
2.4. Répartition des patients selon la localisation des lésions.....	45
2.5. Répartition des patients selon les facteurs favorisants.....	45
2.6. Répartition des cas selon le prélèvement mycologique	45
2.7. Répartition des patients selon la récurrence	46
Conclusion.....	47

Références bibliographiques

Annexes

Résumé

Liste des figures

Numéro	Titre	Page
Figure 1	Structure de la peau	02
Figure 2	Représentation schématique de différents types cellulaires de l'épiderme	03
Figure 3	Anatomie du cuir chevelu	05
Figure 4	Structure de la glande séborrhéique	06
Figure 5	La morphologie des levures de <i>Malassezia spp</i> sous microscope électronique	07
Figure 6	Dermite séborrhéique de la lisière du cuir chevelu avec débord sur le front formant la «couronne séborrhéique»	13
Figure 7	Dermatite séborrhéique de la face	14
Figure 8	Érythème mal limité avec squames grasses adhérentes du sillon nasogénien	14
Figure 9	Dermatite séborrhéique du tronc	14
Figure 10	Dermite séborrhéique du nourrisson: atteinte buccale, du pli du cou et du tronc.	16
Figure 11	Croûte de lait ou dermatite séborrhéique du nourrisson.	16
Figure 12	Dermatite séborrhéique du cuir chevelu chez un nourrisson.	16
Figure 13	DS du nourrisson, atteinte du siège.	16
Figure 14	Dermatite séborrhéique du nourrisson, atteinte axillaire.	16
Figure 15	DS profuse au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine.	17
Figure 16	DS au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine mimant « un masque lupique ».	17
Figure 17	Scotch test cutané.	19
Figure 18	Examen direct d'un Scotch test positif.	19
Figure 19	Culture sur Sabouraud recouvert d'huile d'olive.	20
Figure 20	Sébopsoriasis.	21
Figure 21	Teigne trichophytique.	22
Figure 22	<i>Pityriasis versicolor</i> .	22

Figure 23	Lieu de l'étude rétrospective et prospective.	27
Figure 24	Le matériel utilisé dans l'examen mycologique de la DS.	29
Figure 25	La technique de grattage sur la zone de cuir chevelu.	30
Figure 26	La technique de scotch test.	30
Figure 27	<i>Malassezia spp</i> vu sous microscope optique au Gr×40.	31
Figure 28	Examen à la lampe de Wood.	31
Figure 29	Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez la population consultante.	34
Figure 30	Fréquences annuelle et moyenne de la DS chez les sujets atteints.	35
Figure 31	La distribution de patients selon le sexe.	35
Figure 32	Répartition selon la tranche d'âge.	36
Figure 33	Répartition de patients atteints de DS en fonction de la provenance.	37
Figure 34	Répartition des patients selon le sexe.	38
Figure 35	Répartition des patients selon la tranche d'âge.	38
Figure 36	Répartition de la DS selon la topographie des lésions.	39
Figure 37	Répartition des cas selon les résultats de prélèvement.	40
Figure 38	la répartition des cas selon la récidivité.	41

Liste des tableaux

Numéro	Titre	Page
Tableau I	Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez les consultants	33
Tableau II	Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez les sujets atteints	34
Tableau III	Répartition des patients selon les tranches d'âge.	36
Tableau IV	Répartition des patients atteints de la DS selon la provenance.	36
Tableau V	Répartition des patients atteint d'une DS selon la provenance.	39
Tableau VI	Répartition des patients selon les facteurs favorisants	40

***L**iste des abréviations*

A.M.M : Autorisation de mise sur le marché

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DS : Dermite séborrhéique

ED : Examen direct

Fig. : Figure

GS : Glande sébacée

M. : *Malassezia*

pH : potentiel Hydrogène

P. ovale : *Pityrosporum ovale*

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e

T.O : Tizi-Ouzou

UV : Ultraviolet

VIH : Virus de l'immunodéficienc e humaine

% : Pourcentage

°C : degré Celsius

*G*lossaire

Alopécie : chute des cheveux.

Antigène : toute substance capable de déclencher une réponse immunitaire.

Antiseptique : produit utilisé sur les surfaces externes du corps, qui détruit les micro-organismes : bactéries,....etc.

Aponévrose : membrane fibreuse très résistante, blanche et nacré, particulièrement destinée à envelopper les muscles et à les empêcher de se déplacer.

Bénigne : affection qui n'est pas alarmante.

Cathéters : instrument médical consistant en un tuyau souple et fin qui est destiné à être placé relativement longtemps dans une veine, pour réaliser des injections ou perfusions prolongées ou répétées .il améliore le confort de patient en évitant de le piquer à plusieurs reprises.

Couche cornée : le stratum corneum est comme son nom l'indique, la couche cornée. C'est à-dire la partie de la peau la plus externe, celle qui est en contact avec l'environnement extérieur.

Décoction : composition médicinale qu'on obtient en faisant bouillir, dans l'eau ou dans quelque liquide, des substances végétales.

Eczéma : affection cutanée formant des plaques de croûtes suintant et irritant, souvent d'origine allergique.

Fluorescence : émission lumineuse provoquée par l'excitation des électrons d'une molécule.

Follicule pileux : structure de la peau qui produit le poil, enveloppe la racine de celui-ci et reçoit le sébum produit par les glandes sébacées qui débouchent dans sa partie supérieure.

Histologie : science qui étudie des tissus organiques.

Immunocompétent : organisme capable de se défendre contre un agent pathogène.

Immunosuppression : réduction ou abolition de l'activité du système immunitaire chargé de défendre l'organisme contre tout corps étranger.

Kératine : le terme regroupe des protéines riches en acides aminés sulfurés (cystéine).

Lupus : ulcère rongeur, maladie tuberculeuse de la peau.

Macrophage : cellule mononucléée de la lignée monocyttaire qui phagocyte les cellules usées et les micro-organismes dans le sang, la lymphe ou les tissus.

Macrophagocyte : c'est n'importe lequel des grands globules blancs phagocytaires qui se développent à partir de monocytes, se trouve dans la rate, le foie et d'autres tissus.

Médiocres : ce qui est intermédiaire entre le bon et le mauvais.

Mélanocytes : sont des cellules qui pigmentent la peau, les poils ou les plumes des vertébrés. Les mélanocytes peuvent être situés dans le derme ou dans l'épiderme, ainsi que dans l'œil, l'oreille interne, l'épithélium digestif...etc.

Milieu de sabouraud : c'est le milieu d'isolement des Fungi. Il contient du glucose (2 à 4%) de la peptone (mélange acides aminés et molécules) et de l'agar ; il convient pratiquement à toutes les cultures de champignons responsables de mycose. Mycose

Neuroleptiques : médicament à effet neurobiologique, utilisé dans le traitement de certaines affections du système nerveux central.

Picotement : impression inconfortable et un peu douloureuse de piqûres légères à la surface de la peau ou dans la profondeur des tissus.

Pronostic : jugement que porte un médecin après le diagnostic sur la durée et l'issue de la maladie.

Prurigineux : qui provoque des démangeaisons.

Psoriasis : c'est une maladie inflammatoire de la peau. Il se caractérise généralement par l'apparition d'épaisses plaques de peau qui desquament (qui se détachent sous formes « d'écailles » blanches). Les plaques apparaissent à différents endroits du corps, le plus souvent sur les coudes, les genoux et le cuir chevelu. Elles laissent des zones de peau rouge. Elle n'est pas contagieuse et peut être bien maîtrisée par les traitements.

Saprophyte : Désigne, ou qualifie, un micro-organisme ou un végétal qui tire sa nourriture des matières organiques en décomposition.

Sébum : est la sécrétion par les glandes sébacées de la peau, d'un film lipidique qui sert à la protéger et mélanger à la sueur la protège du dessèchement. il protège la peau des microbes en l'acidifiant (présence d'acide lactique et acide gras) et assure une certaine imperméabilité.

Septum : cloison membraneuse qui délimite deux cavités.

Tiraillement : sorte de malaise, de sensation désagréable, qui est excitée dans certaines parties intérieures du corps et qui les fait sentir comme tirillées.

Tissu adipeux : (masse grasse) est un tissu conjonctif ces cellules sont séparées par de la matrice extracellulaire. C'est en fait un tissu conjonctif contenant des cellules graisseuses appelées « adipocytes ».

Traumatisme : (du grec τραῦμα (trauma) = « blessure ») est un dommage, ou choc, provoqué par une blessure physique grave et soudaine. Il peut être décrit en tant que « blessure ou dommage physique, tel qu'une fracture ».



Introduction générale

La dermatite séborrhéique est une infection fongique qui constitue un réel problème dans la santé publique, en raison de sa forte prévalence et la difficulté de diagnostic. Cette pathologie est extrêmement fréquente, elle touche près de 3% de la population, dont la sévérité est très variable d'un sujet à l'autre (**Quéreux, 2005**).

La dermite séborrhéique est une maladie chronique et récidivante de la peau, caractérisée cliniquement par des plaques érythémateuses mal définies et une desquamation, affecte principalement les zones riches en sébum, notamment le cuir chevelu, le visage, la partie supérieure de la poitrine et le dos (**Stefanaki et Katsambas, 2010**).

Cette affection est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Chez les adultes, l'incidence maximale se situe dans les troisièmes et quatrièmes décennies de la vie. Bien que la cause exacte de la DS n'ait pas encore été comprise, on sait que les levures *Malassezia*, les hormones (androgènes), les niveaux de sébum et la réponse immunitaire jouent un rôle important dans son étiopathogénie (**Picardo et Camelli, 2008**).

Certains chercheurs pensent que la levure *Malassezia* (anciennement appelée *Pityrosporum ovale*) joue un rôle central dans l'eczéma séborrhéique (**Gupta et al., 2003**).

Le traitement antifongique entraîne une diminution de la colonisation par *Malassezia spp.* et la disparition concomitante des lésions cutanées, ce qui est probablement la preuve la plus solide que *Malassezia spp.* joue un rôle important dans le développement de la DS (**Kim, 2009**).

Les autres options thérapeutiques comprennent les corticostéroïdes, les immunomodulateurs et les antibiotiques.

Vue l'importance de cette mycose dans la région de Tizi-Ouzou, nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective au niveau de service de dermatologie de la polyclinique 2000 logements de la nouvelle ville de T.O suivie par des examens de prélèvement au niveau de laboratoire Parasitologie-Mycologie médicale de CHU de T.O.

Dans le but d'améliorer la connaissance de dermatite séborrhéique dans la wilaya de Tizi-Ouzou, nous avons choisis ce travail qui vise principalement à déterminer la prévalence de cette dermatose.

Notre travail se présente en quatre chapitres. Le premier est dédié à une revue bibliographique de la DS. Dans le deuxième chapitre nous présentons la méthodologie suivie et les différents matériels utilisés. Les résultats de l'étude sont abordés dans le troisième chapitre. Le dernier chapitre est consacré à la discussion des résultats.

1. La peau

La peau ou tégument mot d'origine latine signifiant couverture, est définie en tant que l'organe le plus lourd et le plus étendu de l'organisme. Elle pèse 4kg et représente une surface de 2m², son épaisseur varie selon les endroits du corps de 1 à 4mm. Structuellement, la peau est composée de trois tissus superposés qui sont de la superficie vers la profondeur : l'épiderme, le derme et l'hypoderme comme indiqué dans la **figure 1 (Levacher et Melissopoulos,2012)**.

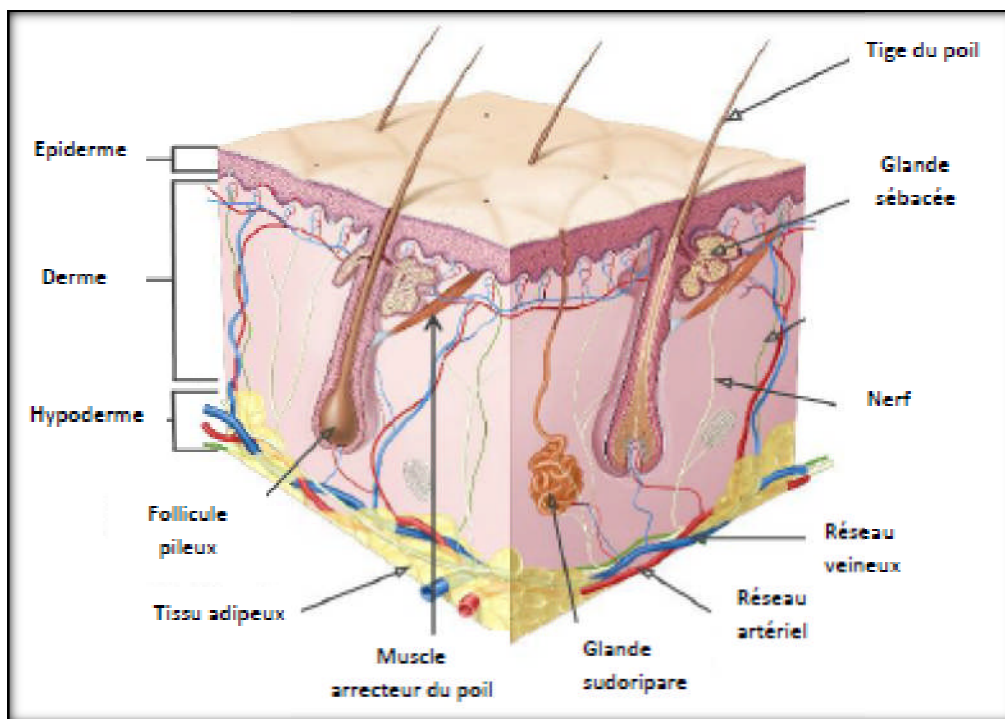


Figure 1 : Structure de la peau (Rachidi, 2013)

1.1. Ultrastructure de la peau

1.1.1. L'épiderme

L'épiderme est un épithélium de revêtement, pavimenteux, stratifié et kératinisé (Dainichi et al., 2008). Il est constitué de deux parties distinctes, l'une est superficielle appelée la couche cornée, et l'autre c'est la couche sous-jacente qui est en relation avec le derme donc plus profonde (Barbara, 2008).

Selon sa localisation, l'épiderme est constitué de quatre (peau fine) ou cinq (peau épaisse) couches cellulaires dans lesquelles on trouve quatre types de cellules (Fig.2) : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de langerhans et les cellules de merkel (Levacher et Melissopoulos, 2012).

- **Les kératinocytes** sont les cellules les plus nombreuses qui représentent 80% des cellules de l'épiderme. Elles jouent un rôle dans la synthèse de la kératine (**Albane et Sophie, 2009**).
- **Les mélanocytes** constituent la deuxième population de cellules épidermiques. Leur fonction est la synthèse de mélanine, d'eumélanine et de phéomélanine qui donnent à la peau sa couleur constitutive (**Prost-Squarcioni, 2001**).
- **Les cellules de Langerhans** représentent la troisième population cellulaire de l'épiderme, ce sont des cellules dendritiques du système immunitaire qui ont une fonction de défendre contre les agressions extérieures (**Dréno, 2009**).
- **Les cellules de Merkel** constituent la quatrième population cellulaire de l'épiderme, ce sont des cellules de système nerveux qui ont un rôle de mécanorécepteur (**Crickx, 2005**).

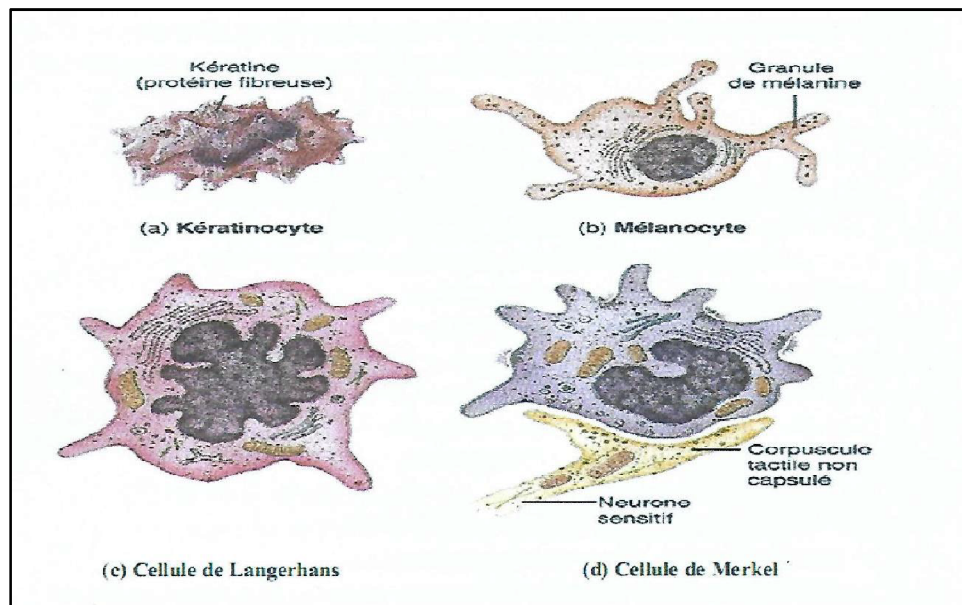


Figure 2 : Représentation schématique de différents types cellulaires de l'épiderme
(Ali, N. 2010)

1.1.2. Le derme

Le derme est un tissu conjonctif qui forme un support solide pour la peau. Il contient le système vasculaire de la peau, les fibres nerveuses et les récepteurs sensoriels (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

Il comporte deux couches :

- **Derme papillaire ou superficiel** : formé d'un tissu lâche, tellement vascularisé et riche en fines fibres de collagènes (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

- **Derme réticulaire** : la couche la plus profonde de derme, plus épais et plus résistant. Il contient de grosses fibres de collagène (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

1.1.3. L'hypoderme

L'hypoderme appelé également le tissu adipeux blanc, c'est un tissu qui contient une couche de graisse de réserve. Il est attaché à la partie inférieure du derme par des expansions de fibres de collagènes et de fibres élastiques (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

Le tissu adipeux joue un rôle important dans la régulation thermique et l'amortissement des chocs (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

1.2. Les fonctions de la peau

La peau joue un rôle multiple, indispensable à la vie et complexe (**Crickx, 2005**). Quatre principaux rôles lui sont reconnus :

1.2.1. Protection :

La peau est une barrière de protection contre les agressions externes. Elle protège notre organisme des traumatismes mécaniques, des toxines chimiques, des UV, et des agents infectieux tels que les bactéries et les champignons (**Dréno, 2009**).

1.2.2. Barrière physique ou mécanique :

La barrière physique ou mécanique est constituée par la continuité de la peau et même de la surface épidermique (stratum corneum) pour résister aux traumatismes mécaniques (chocs, pressions, frottements, ... etc.), aux traumatismes thermiques (chaleur, froid, rayonnement) et aux traumatismes chimiques (eau, acide et alcalin) ainsi que la solidité, l'élasticité et la cohésion de toutes les structures cutanées, qui permettent à la peau de résister aux étirements, dépressions et frottements permanents qu'elle subit (**Pasteur, 2009**).

1.2.3. Barrière chimique :

La barrière chimique est formée par les sécrétions cutanées, dont le sébum (par glandes sébacées) et film liquide acide pour empêcher l'implantation d'espèces pathogènes et retardent leur reproduction (**Levacher et Melissopoulos, 2012**).

De plus, la mélanine (pigment sécrété par les mélanocytes) constitue une sorte de bouclier de pigments chimiques, qui fait obstacle aux rayons ultra-violet, ces derniers ne peuvent endommager les cellules viables de la peau (**Gurbault, 1999**).

1.2.4. Barrière biologique :

Elle est composée des macrophages (cellules de Langerhans) dans l'épiderme. Ils sont la partie active du système immunitaire et jouent un rôle dans la présentation de substances étrangères ou d'antigènes aux globules blancs (lymphocytes) et aux macrophages du derme, qui forment une seconde ligne défensive capable d'éliminer les virus ou les bactéries, qui seraient parvenus à passer à travers l'épiderme (Pasteur, 2009).

2. Le cuir chevelu

Le cuir chevelu aussi bien que la peau, il est constitué de trois couches : L'épiderme, le derme et l'hypoderme (Fig.3). Mais il présente quelques caractéristiques au niveau histologique, notamment le grand nombre de follicules pileux, la richesse de la vascularisation et de l'innervation (Bouhanna et Reygagne, 1999).

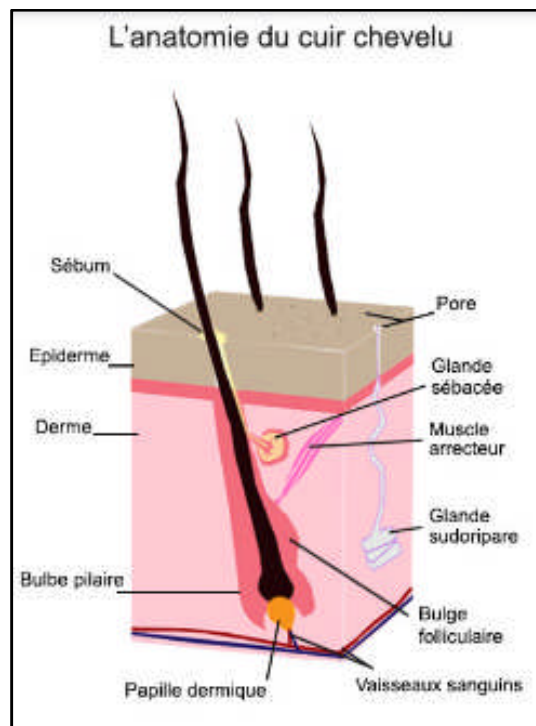


Figure 3 : Anatomie du cuir chevelu (<https://activilong.com>)

2.1. Les différentes couches de cuir chevelu

D'après Lafaurie (1987), de la superficie à la profondeur, une coupe de cuir chevelu permet de distinguer:

- ✚ La peau, avec une vascularisation et une épaisseur importante du derme.

- ✚ Le tissu sous-cutané avec un tissu graisseux et des travées fibreuses conjonctivoélastiques.
- ✚ La galéaou épicroaneest une aponévrose tendue entre le muscle frontal, le muscle occipital, et les muscles auriculaires.
- ✚ l'espace sous-aponévrotique de Merkel est constitué de tissu conjonctif très lâche et relativement avasculaire.
- ✚ le périoste (ou péricrâne) est mince et adhère peu à la table externe de la voûte crânienne, sauf le long des sutures.

3. La séborrhée

3.1. La glande sébacée :

SelonDubois(2007), la GSe est une glande exocrine située au milieu du derme et la plupart du temps associées à la partie supérieure d'un follicule pileux, formant ainsi l'unité pilo-sébacé. Elle se trouve principalement au niveau de la face, des narines, des oreilles, du cuir chevelu, de la vulve et de l'anus(Fig.4).

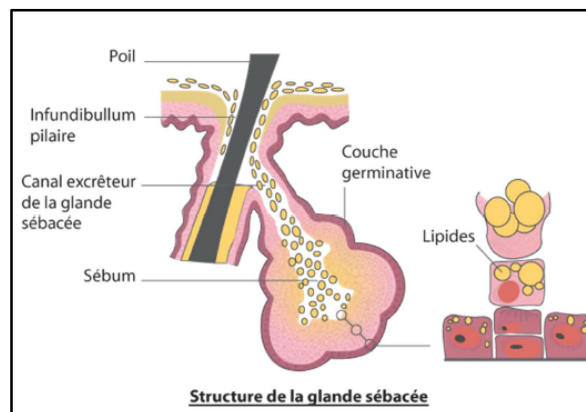


Figure 4 : Structure de la glande séborrhée(Selma El Houss, 2020)

3.2. Le sébum

La glande sébacée est capable, via les sébocytes, de produire le sébum.Ce dernier est une mixture lipidique, jaunâtre, qui possède une texture grasse. Il est composé généralement de : 57,5% de Triglycérides, 26% de cires (cerides), 12% de squalène qui se trouvent uniquement dans le sébum et Cholestérol libre ou estérifié qui est inférieur à 5% (Bernard, 2000).

4. Le genre *Malassezia*

4.1. Définition

Les *Malassezia* sont des levures bourgeonnantes unipolaires, lypophiles, lipodépendantes ou non, caractérisées par une paroi cellulaire épaisse. Ces levures sont souvent des commensaux communs de la peau des humains et d'autres animaux (**Batra et al., 2005**).

4.2. Morphologie

Morphologiquement(**Fig.5**), les cellules de *Malassezia* (dont la taille varie de 1,5 à 10 µm) sont unipolaires et généralement de forme ronde à ovoïde ; elles peuvent subir une prolifération sympodiale et bourgeonner sur une base large ou étroite (**Guého et al., 1996 ; Sugita et al., 2002; Hirai et al., 2004**). À la différence des autres *Malassezia spp*, les cellules de *M. globosa* sont typiquement sphériques (**Guého et al., 1996**), avec des bourgeons émergeant d'une base étroite (**Aspiroz et al., 1999**).

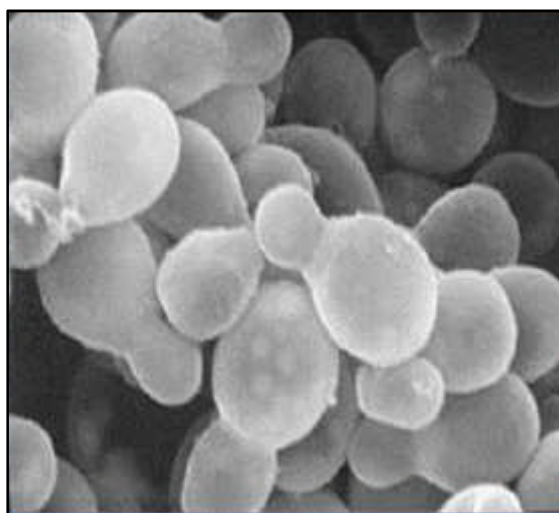


Figure 5 : La morphologie des levures de *Malassezia spp* sous microscope électronique

(<http://howmed.net/microbiology/superficial-mycoses/>)

4.2. Classification

4.2.1. Taxonomie

La classification de *Malassezia* a été sujette à plusieurs controverses et de nombreuses fois, il s'est vu changer de taxonomie en raison notamment de la difficulté à le cultiver. Actuellement, ce genre appartient au règne des Fungi, phylum des Basidiomycota, sous-division des Ustilaginomycotina, classe des Exobasidiomycètes, ordre des Malasseziales et famille des Malasseziaceae (**Baillon, 1889**).

4.2.2. Les différentes espèces de genre *Malassezia*

Depuis la première description de ce genre par **Baillon (1889)**, la classification de *Malassezia* a été controversée, et *M. furfur* est l'espèce représentative de ce genre. Ce problème a été contourné grâce à la découverte de milieux adaptés et au développement de techniques d'identification phénotypique et moléculaire. Initialement, sept espèces ont été décrites : *M. furfur*, *M. obtusa*, *M. globosa*, *M. slooffiae*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatis* et *M. restricta* (**Guého et al., 1996**). Plus récemment, sept nouvelles *Malassezia* spp ont été définies à l'aide d'une combinaison de critères biochimiques, morphologiques, biologiques et moléculaires telles que *M. dermatis*, *M. equina*, *M. japonica*, *M. nana*, *M. yamatoensis*, *M. caprae* et *M. cunicoli* (**Sugita et al., 2002 ; Cabañes et al., 2010**).

4.3. Les caractéristiques de genre *Malassezia*

4.3.1. Reproduction

Les espèces de *Malassezia* se reproduisent asexuellement par bourgeonnement entéroblastique monopolaire à partir d'une base large caractéristique. La cellule mère et la cellule fille sont séparées par un septum, et la cellule fille se sépare par fission, laissant une cicatrice de bourgeonnement ou collerette à travers laquelle les cellules filles successives émergeront (**Ahearn et Simmons, 1998**).

4.3.2. Structure de la paroi des levures *Malassezia*

Les caractéristiques de la paroi cellulaire de *Malassezia* sont médiocres. Par rapport aux autres levures, elle est très épaisse, représentant 26 à 37 % du volume cellulaire. La paroi cellulaire est principalement composée de glucides (70%), de protéines (10%) et de graisses (15-20%), avec une petite quantité d'azote et de soufre ajouté. L'existence d'une couche externe autour de la paroi cellulaire a également été prouvée, qui peut jouer un rôle dans l'adhésion de ce micro-organisme à la peau humaine et aux cathéters de longue durée (cela peut conduire à une mycose chez les patients (sujets dont la fonction immunitaire est affaiblie) (**Ashbee et Evans, 2002**).

4.3.3. Croissance et nutrition

Toutes les espèces de *Malassezia* ont besoin d'une source externe de lipides pour leur croissance. Ceci a été montré pour la première fois à partir de *P. ovale* en 1963 par **Shifrine et Marr**.

Le pH optimum pour la croissance des levures serait de 7,5. Le pH de la peau des canidés varie de 6,2 à 8,6 avec une moyenne de 7,52 ce qui correspond tout à fait aux conditions de croissance des levures (**Masonet *al.*,1996**). Leur température optimale de croissance est de 32-37°C (**Koenig, 1995**).

5. La dermatite séborrhéique :

5.1. Définition :

Appelée également eczéma ou dermatite séborrhéique, touchant près de 3 % de la population. C'est une dermatose bénigne, inflammatoire, chronique érythémato squameuse dont la sévérité est très variable d'un sujet à l'autre évoluant par poussées, fréquente touchant aussi bien l'adolescent, l'adulte et le nourrissonet rare chez le vieillard.Cette affection superficielle est bénigne mais elle est très inesthétique et récidivante. Le prurit est habituel. Elle est due à une levure appartenant au genre *Malassezia* anciennement appelée *Pityrosporum* (**Morel, 2004**).

5.2. Physiopathologie de la DS :

Malgré la prévalence élevée, la pathogenèse de la DS n'est pas bien comprise. Cependant, des études ont identifié plusieurs facteurs prédisposants, notamment la colonisation fongique (le genre *Malassezia*), l'activité des glandes sébacées, ainsi que plusieurs facteurs qui confèrent une susceptibilité individuelle (**Del Rosso, 2011**).

5.2.1. Implication de *Malassezia* :

Depuis fort longtemps, les levures *Malassezia* sont suspectées de jouer un rôle dans l'apparition de cette dermatose séborrhéique (**Reymond et Amblard, 1990**).

M. globosa et *M. furfur* ont été isolées dans les lésions faciales de la dermatite séborrhéique(**Nakabayashi et al., 2000**). Par contre,*M. globosa* et *M. restricta* ont été isolés dans le cuir chevelu pityriasique(**Gemmer et al.,2002**).

5.2.1.1.*Malassezia furfur* :

Malassezia furfurest aujourd'hui reconnu comme étant l'agent responsable de la dermatite séborrhéique même si cette théorie n'est pas encore démontrée. L'efficacité des antifongiques est un argument en faveur du rôle de *M.furfur* dans la genèse de la DS. Le rôle de cette levure est aussi suspecté en raison de la localisation préférentielle de la dermatite séborrhéique dans les zones cutanées où elle atteint sa plus forte densité(**Perrot et Misery, 1999**).

5.2.1.2. Les autres levures *Malassezia* impliquées dans la DS :

En 2004, Gupta et Kohli, sur le milieu de Leeming et Notman, ont remarqué que la levure *M. sympodialis* était la plus retrouvée sur la peau saine des individus qui sont âgés de plus de 15 ans, *M. globosa* arrivant en deuxième position (Ortonneet *al.*, 2011). Plusieurs études réalisées ces dernières années, dans des zones variées du monde, avec des milieux de culture différents et des techniques différentes ont montré que *M. furfur* n'est pas le principal genre retrouvé sur les lésions de dermatite séborrhéique. Il s'est avéré que *M. globosa* et *M. restricta* sont les deux espèces les plus retrouvées sur les lésions. *M. sympodialis* arriverait en troisième position et *M. furfur* après.

5.2.2. Rôle du sébum :

Le sébum de la peau permet la croissance de *Malassezia* et donc le développement de la DS. Par conséquent, le maintien de réservoirs de sébum résiduel peut prédisposer à l'apparition de la maladie, comme cela se produit chez les patients neuropathes (Cowley *et al.*, 1990).

5.3. Epidémiologie :

5.3.1. Prévalence de la dermatite séborrhéique :

La prévalence de la dermatite séborrhéique varie avec l'âge, elle est de 3 % dans la population générale occidentale. On estime que 70% des enfants de moins de 3 mois, 10% des enfants de moins de 5 ans, puis réduit à moins de 1% jusqu'à 12 ans. Il est important de savoir que nous avons observé une augmentation de la prévalence des personnes âgées de plus de 65ans, et atteint en fait 23,1% (Mastrolonardo *et al.*, 2004). La DS survient généralement à l'adolescence et chez les jeunes adultes, avec une prévalence de 4 % entre 35 et 44 ans (Quéreux, 2005). Les hommes sont plus touchés par cette maladie de la peau. L'atteinte du cuir chevelu est la plus fréquente (95 % des cas), l'atteinte faciale touche les deux tiers des patients et l'atteinte du tronc un tiers (Molinariet Chosidow, 2010).

5.3.2. Maladies associées à la dermatite séborrhéique:

Il a été constaté une augmentation de la prévalence de la dermatite séborrhéique au cours de certaines maladies (Gupta et Bluhm, 2004).

5.3.2.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine :

Au cours de l'infection par le VIH, il existe une dermatite séborrhéique survient dans environ 50 % des cas (**Coldiron et Bergstresser, 1989; Jensen et al., 2000**). La prévalence et la gravité des maladies de la peau sont liées à la profondeur de l'immunosuppression (**Smith et al., 1994**). De plus, chez les personnes où la dermatite séborrhéique est rare, comme au Mali, l'apparition de cette dermatose a une valeur prédictive positive d'infection au VIH chez les patients (**Mahe et al., 1996**). La prévalence de la dermatite séborrhéique est élevée dans la population occidentale.

5.3.2.2. Troubles de l'humeur :

Il a été observé que les patients faisant l'objet d'un suivi psychiatrique souffrent plus fréquemment de la dermatite séborrhéique (**Binder et Jonelis, 1983 ; Maietta et al., 1990**). Ceci est particulièrement évident chez les personnes déprimées (**Maietta et al., 1990**). Une explication peut être le manque d'exposition au soleil : en effet, les sujets déprimés sont moins enclins aux activités de plein air, et il a été démontré que la dermatite séborrhéique est plus fréquente chez les sujets rarement exposés au soleil (**Maietta et al., 1991**).

De plus, il est intéressant de noter que lorsque les sujets reçoivent un traitement au lithium, cette maladie de la peau s'améliore souvent (**Quéreux, 2005**).

5.3.2.3. Maladie de parkinson :

Depuis longtemps, il est reconnu que les sujets atteints d'une maladie de Parkinson développent souvent une hyperséborrhée, de même qu'une dermatite séborrhéique grave et profuse. L'importance de la séborrhée n'est en revanche pas corrélée à la gravité de la maladie de Parkinson (**Burton et al., 1973**).

L'état cutané est amélioré par le traitement du parkinson. Les neuroleptiques ont induit que les patients ayant un syndrome parkinsonien présentent aussi d'une manière fréquente une DS profuse (**Binder et Jonelis, 1983**).

5.3.2.4. Cancer des voies aérodigestives supérieures :

En 1991, une étude réalisée a objectivé une prévalence élevée (44 %) de la dermatite séborrhéique chez des malades ayant un cancer des voies aérodigestives supérieures. Dans cette étude, la dermatite séborrhéique précédait de plusieurs mois ou années la découverte du cancer et le traitement de celui-ci n'en avait pas modifié l'évolution. Grâce à l'étude en parallèle d'un groupe témoin de sujets éthyloabagiques, les auteurs ont pu écarter le rôle de l'intoxication éthyloabagique pour expliquer cette prévalence élevée (**Guillaume et al., 1991**).

5.3.3. Facteurs inducteurs de poussées de dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique est une maladie chronique. Les facteurs pouvant participer à l'apparition de cette dermatose ou ses poussées sont mal connus et peu étudiés. Quelques-uns ont été suspectés à savoir les facteurs climatiques (amélioration pendant la période estivale) et le stress, sans que cela ne soit formellement démontré(**Saurat et al., 2004**).

Le rôle de la nutrition dans la DS est le plus souvent discuté, mais aucune des études n'a pu démontrer un lien entre cette dermatite et la nutrition(**Bessis et Guilhou, 1999**).

5.3.4. Autres facteurs favorisants :

- **La peau grasse** ou l'application de corps gras sur l'épiderme (huiles corporelles, crème).
- **Le climat** : les poussées sont plus importantes en hiver, une importante humidité de l'air peut favoriser l'apparition des lésions. Cela a été confirmé par l'étude de **Bergbrant** en **1995** : sur 431 sujets interrogés, 52% ont rapporté une influence saisonnière. L'amélioration est tout-à-fait nette en été, avec l'exposition solaire.
- **L'alcoolisme** : la dermatite séborrhéique est plus fréquente chez les sujets touchés d'alcoolisme chronique et s'élève à 12% dans cette population (**Grosshans, 1990**).
- **Le manque de sommeil** serait un facteur aggravant (**Sampaio et al., 2011**).
- **Le stress** apparaît comme le principal facteur déclenchant des poussées(**Misery et al., 2007**).

6. Aspects clinique de la DS :

Différentes formes cliniques sont décrites.

6.1. Dermatite séborrhéique de l'adulte :

6.1.1. Atteinte du cuir chevelu :

Egalement appelée pityriasis capitis, l'atteinte du cuir chevelu est l'expression la plus fréquente de la dermatite séborrhéique(**Piérard et al., 2006**). Elle se caractérise par un état pelliculaire gras du cuir chevelu très prurigineux isolé ou non de l'atteinte faciale. Au début de la pathologie, on observe de fines pellicules grasses non adhérentes sans érythème du cuir chevelu. Puis, à un stade plus évolué, le cuir chevelu se recouvre de plaques inflammatoires grasses avec un érythème diffus surtout à la bordure frontale et péri-auriculaire (**Dhaille et Matard, 2014**). C'est ce que l'on appelle la couronne séborrhéique(**Fig.6**). L'évolution peut aboutir au casque séborrhéique: le cuir chevelu est très inflammatoire, parfois malodorant, et les squames sont grasses et épaisses (**Quéreux, 2005**).





Figure 6 : Dermite séborrhéique de la lisière du cuir chevelu avec débord sur le front formant la couronne séborrhéique (**Dhaille et al., 2014**)

6.1.2. Atteinte du visage :

Le visage est la deuxième localisation de la dermatite séborrhéique(**Fig.7**). Cette dernière se présente sous forme de plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses dans les zones où la séborrhée est importante: sillons nasogéniens(**Fig.8**), les sourcilles, la glabella, les ailes de nez, le front, la région rétro-auriculaire et le conduit auditif externe(**Menzinger et Laffitte, 2011**).

La présence de squames, peut évoquer au patient la fausse sensation de la peau sèche. De plus, une impression de tiraillement et de picotement confirme cette sensation. L'intensité du prurit est moins nette qu'au niveau de cuir chevelu (**Berbis, 2004**).

	
<p>Figure 8 :Érythème mal limité avec squames grasses adhérentes du sillon nasogénien(Bastide, 2001)</p>	<p>Figure 7 :Dermatite séborrhéique de la face (Bastide, 2001)</p>

6.1.3. Atteinte du tronc :

La DS du tronc est franchement moins fréquente que la DS du visage et du cuir chevelu. Dans ce cas où la maladie n'apparaît que sur le tronc, elle débute par des macules péripilaires qui s'élargissent par la suite en des plaques érythémato-squameuses. Elles sont bien limitées, annulaires ou circonscrites à bordure squameuse de 1 centimètre à 10 centimètres de diamètre. La région préthoracique est la zone la plus touchée du tronc. Parfois, la gouttière médiodorsale interscapulaire laissera entrevoir des lésions. Une dépigmentation partielle peut être observée au centre des lésions(**Quéreux, 2005**).

Les lésions s'étendent généralement au niveau inter-mammaire (**Fig.9**) et au niveau interscapulaire. Dans ce cas, elles vont initier par des macules pérfolliculaires qui se développeront ensuite en plaques érythémato-squameuses bien limitées (**Quéreux, 2005**).

Les patients les plus atteints présenteront une folliculite érythémateuse enflammée.



Figure 9 : Dermatitis séborrhéique du tronc(**Misery, 2011**)

6.1.4. Autres atteintes possibles :

Dans les formes sévères, une dermatite séborrhéique du visage, du cuir chevelu ou du tronc peut s'accompagner d'une atteinte des plis : au niveau d'une région pileuse comme les aisselles, l'aîne, la région anogénitale, ou non pileuse au niveau des plis submammaires, de l'ombilic ou du pli inter-fessier(Heid, 1995; Grosshans, 1990 ; Rook, 1992 ; Bergbrant, 1995)

La dermatite séborrhéique réalise alors un intertrigo avec érythème et une desquamation grasse. Une fissure et des croûtes progressent dans les plis, et avec la sueur, une infection secondaire ou un traitement inapproprié, une dermatite suintante peut s'étendre au-delà des plis. La région pileuse du pubis peut être atteinte, et les lésions peuvent s'étendre aux parties génitales des deux sexes. Occasionnellement une dermatite séborrhéique peut devenir généralisée et aboutir à une érythrodermie. (Heid, 1995 ; Grosshans, 1990 ; Rook, 1992 ; Bergbrant, 1995).

6.2. Dermatite séborrhéique du nouveau-né et du nourrisson :

Cette dermatose peut apparaître dès 2 à 4 semaines de vie. On observe un érythème du visage (Fig.10) et au niveau du cuir chevelu, des croûtes grasses et jaunâtres (Fig.11). Le prurit est généralement absent et les lésions disparaissent en quelques jours. C'est la DS du nouveau-né.

La DS peut aussi activer vers le premier ou deuxième mois de vie. Le cuir chevelu se recouvre de squames grasses, épaisses et jaunâtres, nommées « croûtes de lait »(Fig.12) auxquelles peut s'associer à un érythème rouge vif du siège (atteinte bipolaire)(Fig.13), une atteinte des plis axillaires (Fig.14) et parfois quelques éléments figurés à distance. En revanche, l'état général est conservé et les lésions n'engendrent pas de gêne fonctionnelle ni de prurit(Gelo et Quéreux, 2012). Si un prélèvement mycologique est effectué des levures de genre *Malassezia* sont retrouvées en grande quantité. Leur prolifération serait favorisée par l'hyperséborrhée(Lorette, 2004).

Cette éruption disparaît progressivement, sans traitement, en quelques semaines. Il ne reste plus de lésions à l'âge de 4 mois (Molinari et Chosidow, 2010).

Leiner-Moussous appelé aussi atteinte de tout le corps, est une érythrodermie qui peut survenir dans les formes sévères. Cette pathologie est beaucoup moins fréquentée que dans le passé. La frontière avec le psoriasis et la dermatite atopique est très floue, mais la persistance dans le temps et les signes cliniques permettront d'orienter le diagnostic. Il est intéressant de

Chapitre I: Revue bibliographique

savoir que la carence en zinc chez les prématurés nourris au sein entraîne des signes cliniques très proches de la DS. Il faut penser à doser le taux de zinc plasmatique pour écarter ce diagnostic différentiel (Molinari et Chosidow, 2010).

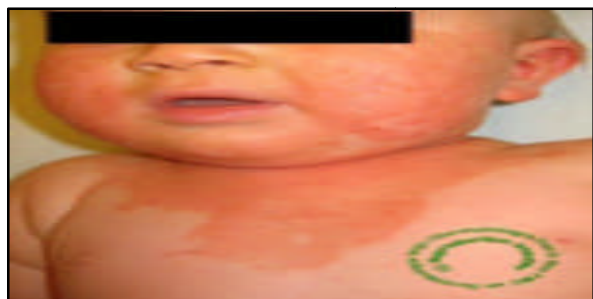


Figure 10 : Dermite séborrhéique du nourrisson: atteinte buccale, du pli du cou et du tronc (Pierarde, 2008).

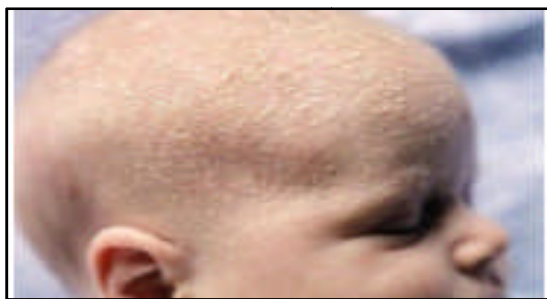


Figure 11 : Croûte de laitou dermite séborrhéique du nourrisson
<http://cliniquemedecine.com/croutes.html>.



Figure 12 : Dermatite séborrhéique du cuir chevelu chez un nourrisson (Quéreux, 2005)



Figure 13 : DS du nourrisson, atteinte du siège (Quéreux, 2005)



Figure 14 : Dermatite séborrhéique du nourrisson, atteinte axillaire (Quéreux, 2005)

6.3. Formes cliniques selon le terrain :

6.3.1. DS et infection par VIH

Les maladies de la peau ont certaines spécificités cliniques, qui peuvent être distinguées de la dermatite séborrhéique immunologiquement active. Tout d'abord, le début a tendance à être soudain ; de plus, les lésions sont généralement plus étendues, dépassant les plis (**Fig.15**), et parfois la répartition faciale sur les ailes du papillon peut être confondue avec un masque de lupus (**Fig.16**) (**Eisenstat et Wormse, 1984; Marino et al., 1991**). Au-delà, les lésions sont plus susceptibles de s'infiltrer que celles ayant une fonction immunitaire et affectent souvent les membres (**Soeprono et al., 1986**). Les réponses au traitement sont souvent plus difficiles à obtenir. Outre de ces caractéristiques cliniques, les différences histologiques et moléculaires des lésions de la DS entre les deux populations ont également été notées.

En effet, contrairement à ce qui est communément retrouvé dans la dermatite séborrhéique de l'immunocompétent, il est objectivé dans les lésions de la dermatite séborrhéique des sujets VIH positifs une parakératose étendue, une nécrose kératinocytaire, une leucoexocytose et un infiltrat superficiel périvasculaire riche en plasmocytes (**Eisenstat et Wormse, 1984**).

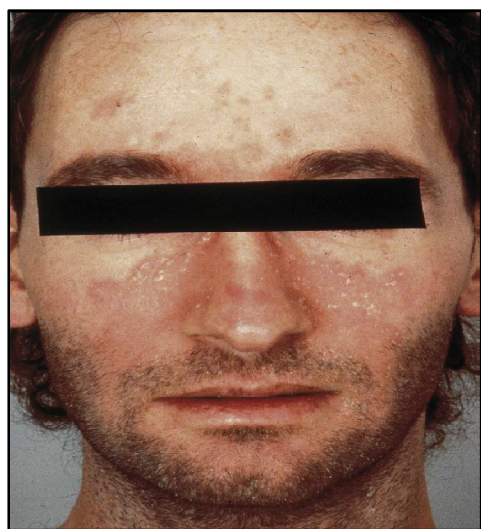


Figure 15 : DS profuse au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (**Quéreux, 2015**)



Figure 16 : DS au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine mimant « un masque lupique » (**Quéreux, 2015**)

7. Diagnostic de la dermatite séborrhéique :

7.1. Le diagnostic clinique :

Le diagnostic clinique dans un cas classique est aisé ; il repose sur l'érythème, les squames grasses et le prurit dans les localisations électives. La biopsie cutanée montre une image de dermatite spongiforme peu spécifique. La culture mycologique ou bactériologique n'a pas d'indication pour le diagnostic, car elle montre des bactéries et des levures saprophytes (Nicolas et Thivolet, 1997). Mais, à cause du manque de critères diagnostiques bien définis, pronostic peut être difficile dans certains cas (Tennstedt, 2001).

7.2. Le diagnostic mycologique :

En général, l'examen mycologique n'est pas réalisé pour une dermatite séborrhéique car le diagnostic repose sur le seul aspect des lésions. Toutefois, il est utile dans les formes atypiques pouvant prêter à confusion avec d'autres dermatoses. Bien que la théorie infectieuse de *Malassezia furfur* ne soit pas la seule à prévaloir, cet examen permet de confirmer une prolifération importante de cette levure dans les zones atteintes. Sa présence qualitative ne suffit pas puisqu'il s'agit d'une levure saprophyte de la peau et du cuir chevelu. Il consiste à prélever les squames à la surface des lésions. A l'examen direct, on observe des levures ovales de petites tailles. La culture est quant à elle jamais réalisée en pratique courante (Chabasse et Guiguen, 1999).

7.3. Le diagnostic biologique :

7.3.1. Lumière de Wood :

La première étape d'un examen mycologique passe par la recherche d'une fluorescence à la lampe de Wood génératrice de rayons ultraviolets, à 360 nm.

Dans le cas de lésions peu visibles, l'examen sous la lampe de Wood, met en évidence la fluorescence jaunâtre des lésions ce qui guide et facilite le prélèvement. En pratique, cet examen est rarement fait dans cette indication (Mouallif, 2011).

7.3.2. Prélèvement :

Les prélèvements doivent être effectués avant tout traitement antifongique. Dans la dermatite séborrhéique, les squames ou les pellicules sont prélevées par grattage superficiel des lésions cutanées à l'aide d'une curette ou d'un vaccinostyle.

Le scotch-test cutané est le meilleur moyen de prélèvement, mise au point par vanbreuseghem en 1954:Le grattage superficiel des lésions suspectées au vaccinostyle ou à la curette ramène des squames à qui on colle fortement un morceau de ruban adhésif transparent (scotch) (**Fig.17**); puis on le détache et on l'applique entre lame et lamelle dans un produit éclaircissant ensuite on l'on observe directement au microscope(**Koenig, 1995**).



Figure 17:Scotch test cutané (ANOFEL : association des enseignants de parasitologie Français)

7.3.3. Examen direct :

Cet examen direct est indispensable et systématique pour mettre en évidence la présence ou l'absence de la levure. En cas de positivité, il apporte en quelques minutes la preuve formelle de la malasseziose. Il peut se faire dans une solution de potasse, mais il est plus net avec une solution de noir chlorazole ou de fluorochrome.

Dans la dermite séborrhéique et le Pityriasis capitis, les *Malassezia* se présentent sous forme de levures ovales de 3 à 8 μm de diamètre disposés en amas ou en grappes de raisin de dix à 30 éléments, on constate l'absence de filaments(**Fig.18**).

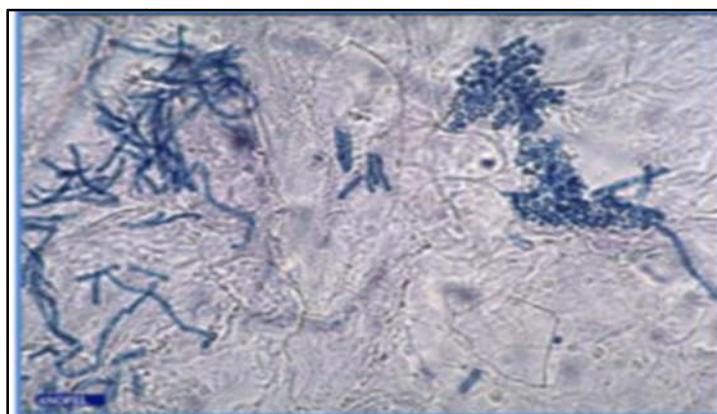


Figure 18:Examen direct d'un Scotch test positif (Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie)

7.3.4. Culture :

Dans la dermatite séborrhéique, la culture n'est pas indispensable au diagnostic car sa réalisation en pratique courante est rare. Le diagnostic de certitude étant posé par l'examen direct (scotch test cutané).

Elle peut se faire sur milieu de Sabouraud glucose agar recouvert d'1% d'huile d'olive (Fig.19), mais ce milieu a été abandonné du fait de la toxicité de cette huile pour la plupart des espèces ou sur milieu de Dixon (spécifique des *Malassezia*) simple ou modifié (extrait de malt, bile de bœuf, Tween 40, mono-oléate de glycérol, gélose) (Koenig, 1995).

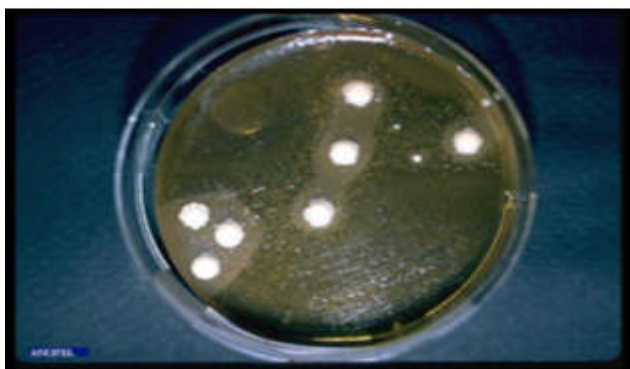


Figure19:Culture sur Sabouraud recouvert d'huile d'olive (ANOFEL : association des enseignants de parasitologie Français)

8. Diagnostic différentiel:

La dermatite séborrhéique ne doit pas être confondue avec: (Chosidow et al., 2002)

8.1. Psoriasis des régions séborrhéiques (sébopsoriasis (Fig.20)):

Dans le cas du psoriasis, les lésions érythémato-squameuses sont bien délimitées et moins prurigineuses. Les squames sont plus épaisses et sèches. De plus, les localisations extra-faciales (coudes, genoux, dos) et les antécédents familiaux permettent la différenciation. Le psoriasis est très rare chez le nourrisson.



Figure 20 : Sébopsoriasis(Quéreux, 2005)

8.2. Une dermatite atopique:

Cette dermatose, très fréquente chez le nourrisson, engendre un fort prurit et touche en général les régions latérales du visage et les convexités des fesses. On note souvent des antécédents familiaux. Une érythrodermie de Leiner-Moussous chez le nouveau-né pourrait constituer un mode de début d'une dermatite atopique ou d'un psoriasis.

Chez l'adulte, le diagnostic de la dermatite séborrhéique est rendu difficile quand les lésions de la dermatite atopique ne persistent qu'à la tête et au cou mais cette dernière déborde largement des localisations typiques des zones riches en sébum.

8.3. Une dermatophytie:

Les lésions circinées de la dermatite séborrhéique ont une bordure érythémato-squameuse et non papulo-pustuleuse et leur centre a une apparence plus uniforme que dans le cas d'une dermatophytie où il a une tendance à la guérison.

8.4. Autres diagnostics différentiels :

Dans certains cas, d'autres dermatoses peuvent aussi être confondues avec la DS :

❖ **La teigne du cuir chevelu(Fig.21)** est rare chez les adultes mais peut être confondue avec la DS du cuir chevelu. Elle entraîne des plaques érythémato-squameuses alopeciantes. Dans ce cas une culture fongique peut être utilisée pour déterminer le diagnostic (**Handler, 2017**).



Figure 21: Teigne trichophytique (Ouakrim, 2013)

❖ **Le Pityriasis versicolor (Fig.22)** est une dermatose fréquente de l'adolescent et de l'adulte jeune. Comme la DS, cette pathologie est liée à la présence de levures du genre *Malassezia*, notamment *M. Furfur*. Les lésions sont généralement localisées sur le thorax, le cou et la racine des membres. Ce sont des lésions maculeuses, rarement en relief, à desquamation fines, que l'on peut mettre en évidence par le signe du « copeau » : un frottement appuyé permet de détacher sans hémorragie un lambeau épidermique adhérent (Abasq et Misery, 2012)



Figure 22: *Pityriasis versicolor*.

Disponible sur <http://symptoetraitement.com/soins/pityriasis-versicolor>

8.5. Tableau récapitulatif (voir l'annexe I)

9. Traitement

9.1. Traitement locaux (Misery, 1997 ; Quéreux et Dréno, 2004)

9.1.1. Les antifongiques

Sont le principal traitement de la dermatite séborrhéique. Les imidazolés, dont le kétoconazole, sont les plus fréquemment utilisés. On les utilise sous forme de gel moussant ou de crème. Un traitement d'attaque à deux applications par semaine puis un

traitement d'entretien à une application par semaine est souvent proposé. D'autres imidazolés, comme le fluconazole, le micónazole, le bifonazole ou le métronidazole peuvent aussi être utilisés, ainsi que la ciclopiroxolamine ou la terbinafine et des shampooings au pyrithione-zinc ou à la piroctone-olamine. Il faut noter que le propylène glycol souvent présent dans les shampooings a en lui-même une activité importante dans la dermatite séborrhéique. Le gluconate de lithium inhibe la synthèse d'acides gras et a une activité anti-inflammatoire. Il est disponible sous forme de crème à 8 %.

9.1.2. Les dermocorticoïdes

Ont un effet rapide, mais leur utilisation doit être limitée du fait des effets rebond et de leurs effets secondaires. Le tacrolimus a montré une certaine efficacité, mais la seule indication faisant l'objet d'une A.M.M. reste la dermatite atopique. L'acide salicylique a une action kératolytique.

Il est souvent associé à d'autres molécules dans des produits cosmétologiques tels que les shampooings antipelliculaires à des concentrations inférieures à 2 %. Le sulfure de sélénium est antifongique, kératolytique et anti-séborrhéique. Il est présent dans des shampooings, mais est moins utilisé actuellement, probablement du fait d'une odeur désagréable.

9.2. Les traitements systémiques

Le traitement systémique n'est nécessaire que dans les lésions étendues et dans les cas qui ne répondent pas au traitement topique (**Sampaio et al., 2011 ; Mokos et al., 2012**)

Itraconazole, fluconazole, terbinafine sont réservés à des très rares formes particulièrement invalidantes et profuses, résistantes aux traitements topiques. On constate fréquemment l'effet bénéfique de l'ensoleillement sur la dermatite séborrhéique.

9.3. Cosmétique

Les soins de beauté auxiliaires peuvent être utiles dans la pratique quotidienne. En complément des traitements locaux, ces traitements à base essentiellement d'hydroxyacides peuvent être prescrits, mais surtout en traitements relais pour limiter les récurrences. Traditionnellement, il est recommandé d'utiliser des produits cosmétiques adaptés aux peaux sensibles et irritées, comme les crèmes neutres. Apaisant et insipide. Dans le même temps, il faut conseiller aux patients d'utiliser des articles de toilette appropriés, tels qu'une barre surgras, des substituts synthétiques, du savon ou du shampooing contenant de la pyrithione de zinc non irritante. En effet, un savon soigneux avec les bons produits et un lavage fréquent des cheveux peuvent réduire le sébum résiduel qui contribue au développement des lésions.

Enfin, la crème régulatrice de sébum peut normaliser la sécrétion de sébum (Ballanger, 2007).

9.4. Traitement du nourrisson :

La dermatite séborrhéique du nourrisson ne nécessite souvent pas de traitement spécifique mis à part des soins d'hygiène habituels avec un syndet en évitant l'utilisation de produits détergents qui sont irritants. Sinon, les mêmes traitements que ceux utilisés chez l'adulte peuvent être utilisés.

9.5. Traitements alternatifs de la dermatite séborrhéique:

➤ **Avec les plantes médicinales :** Le pamplemousse, l'argousier, la carline et l'aloevera représentent les plantes médicinales employées principalement pour soigner la dermatite séborrhéique.

- L'aloevera recèle une multitude de propriétés thérapeutiques anti-infectieuses et antiseptiques désinfectantes des brûlures et des plaies, elle est idéale pour soigner la dermatite séborrhéique. Le gel produit de cette plante doit être appliqué localement sur les lésions provoquées par l'infection.
- Le pamplemousse/l'argousier permet d'apaiser les lésions dues à la maladie. Pour l'utilisation, préparer une décoction :
 - une poignée de la plante dans 1L d'eau.
 - laisser bouillir pendant 10 min.
 - laisser refroidir.

Appliquer un coton imbibé de cette décoction sur les zones affectées.

- La carline utilisée en décoction par application sur les lésions une à deux fois par jour (<http://www.mayoclinic.org>).

➤ **Avec les compléments alimentaires à base d'huile de poisson :** L'huile de poisson contient des oméga 3 qui ont des effets bénéfiques sur la peau (<http://www.mayoclinic.org>).

➤ **Avec l'huile de thé :** Cette huile possède des propriétés antiseptiques. Pour l'utilisation :

- préparer une solution de 5% (une mesure d'huile de thé avec 19 mesures d'eau tiède), Appliquer un coton imbibé de la solution préparée sur la lésion et laisser agir pendant 20 min puis rincer (<http://www.mayoclinic.org>).

-les shampoings à base d'huile de thé sont aussi utilisés pour réduire les symptômes de la dermatite séborrhéique du cuir chevelu (Sanfilippo et English, 2006). Cette huile est contre indiquée chez les personnes allergiques (<http://www.mayoclinic.org>).

- **Avec le miel** : Le miel brut en application diluée à 90% dans de l'eau tiède permet d'améliorer l'évolution de la dermatite séborrhéique (Al-Waili, 2001).

10. Préventions de la dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique n'est pas évitable (Stefanaki et Katsambas, 2010) mais il existe certaines précautions pour éviter une éventuelle complication de cette dermatose :

- **Pour le visage** : l'application des crèmes hydratantes ou anti-inflammatoires et sébo-régulatrices au coucher ou le midi (SEBOSKIN®, SEBCLAIR®, DESEMULSION®) ; des crèmes kératino-régulatrices ou kératinolytiques pour lutter contre les squames (exemple : SEBOSQUAM®) (Moreddu, 2011). Pour les hommes, raser la barbe et la moustache chaque jour si cette région est atteinte, Couper les cheveux régulièrement si le cuir chevelu est atteint (Sibbald, 2002).
- **Pour le cuir chevelu** : lotions apaisantes et assainissantes, en massage quotidien pour améliorer l'état du cuir chevelu (Moreddu, 2011 ; Delepouille, 2012).
- **identifier les facteurs favorisants** (environnementaux) déclenchant ou aggravant les poussées et si possible les éviter: stress, choc émotionnel (développer une méthode de relaxation), prise de médicaments (neuroleptiques) (Moreddu, 2007).
- Eviter le grattage des lésions (Sibbald, 2002).
- Respecter une bonne hygiène de vie et éviter les savons irritants (par exemple : savons parfumés, détergents), gels et fixatifs pour cheveux (Sibbald, 2002).
- déconseiller l'alcool, le tabac, les repas trop riches, les toilettes agressives, les cosmétiques (Moreddu, 2007).

10.1. Prévention de la dermatite séborrhéique du nourrisson « croûte de lait » :

Cette dermatose bénigne ne nécessite pas généralement de traitement, elle disparaît naturellement en quelques semaines. Afin de limiter le risque de surinfection, il est conseillé de quelques moyennes de prévention :

- Utilisation des produits de toilette adaptés aux bébés (Delepouille, 2012).
- l'application d'huile d'amande douce 2h avant le shampoing va ramollir les croûtes de lait, qui peuvent ensuite être éliminées par brossage à l'aide d'une brosse douce en soie (Herve, 2000).

Chapitre I: Revue bibliographique

- utilisation 2-3 fois par semaine un shampoing suivi d'un brossage doux est suffisant. Le shampoing utilisé est un shampoing doux ou un shampoing spécifique préventif (ex. MUSTELA Shampoing mousse nourrisson...) (**Cambazard, 2003 ;Habifet al,2012; Robert-Cunrath, 2015**)
- Utiliser un produit adapté (ex. KLORANE Gel émollit Croûtes de lait, BIODERMA ABCDermBabysquam...) pour ramollir les croûtes si le shampoing parait insuffisant (**Delepouille,2012**).
- Il ne faut pas chercher à enlever les squames par gratter avec les ongles, un peigne, ou une brosse dure, car cela peut conduire à une alopécie par arrachage des cheveux (**Lorette, 2007 ; Bontemps,2010**).

1. Objectif de l'étude

L'étude rétrospective est réalisée dans le but de faire une étude statistique des données recueillies à partir des dossiers des patients consultés au niveau du service de dermatologie.

L'étude prospective est réalisée pour but de :

- Tracer le profil épidémiologique de l'eczéma séborrhéique diagnostiqué au sein de laboratoire Parasitologie-Mycologie médicale CHU de Tizi-Ouzou.
- Déterminer la prévalence de cette dermatose.
- Evaluer l'influence du sexe et de l'âge sur ce type de mycoses.
- Etudier les aspects cliniques de cette dermatose.

2. Type, lieu et période de l'étude

Il s'agit de deux études :

- Une étude rétrospective réalisée au niveau du service de dermatologie de l'hopital polyvalent 2000 logements de la wilaya de Tizi-Ouzou(**Fig.23**),entre la période allant de 1 janvier 2016 au 25 avril 2021.
- Une étude prospective réalisée au niveau de laboratoire de Parasitologie-Mycologie médicale CHU du 25 avril au 06 juillet 2021.



A:Dossiers médicaux des malades consultants au service Dermatologie du CHU de T.O

B : Unité de Mycologie médicale du laboratoire de Parasitologie-Mycologie du CHU Tizi-Ouzou

Figure 23 :Lieu de l'étude rétrospective et prospective
(Halzoun N &Guellil K, 2021)

3. La population étudiée

Pour l'étude rétrospective : il s'agit de tous les dossiers enregistrés (6798) au niveau de service de Dermatologie à partir de janvier 2016 jusqu'à 25 Avril 2021.

Pour l'étude prospective : il s'agit de 275 patients de différentes tranches d'âge, sexe, et région dont :

- Certains sont diagnostiqués d'une DS au niveau de service dermatologie et orientés vers le laboratoire Parasitologie-Mycologie médicale pour effectuer un examen mycologique depuis Avril ;
- D'autres sont orientés de la part d'autres services dermatologiques durant la période de stage (1mois).

4. Modalités du recueil des données

Pour l'étude rétrospective : les fiches de renseignements que nous avons remplies ont été utilisées pour recueillir les informations utiles ; notamment, les paramètres âge, sexe et lieu de résidence.

Pour l'étude prospective : pour chaque patient, nous avons reporté les données sur une fiche de renseignement qui comporte cinq parties (voir l'annexe II) :

- Identité du patient : Nom, Prénom, Age, Sexe...etc.
- Données cliniques ;
- Facteurs favorisants ;
- Traitement ;
- Données mycologiques.

5. Préparation du patient à l'examen

Une semaine avant l'examen c'est déconseillé au patient de :

- Etre sous toute thérapeutique antifongique ciblant les *Malassezia* ;
- Prendre une douche.

6. Matériels utilisés

Le moyen utilisé dans notre étude prospective comprend des matériels propres au laboratoire de Parasitologie-Mycologie médicale (**Fig.24**)

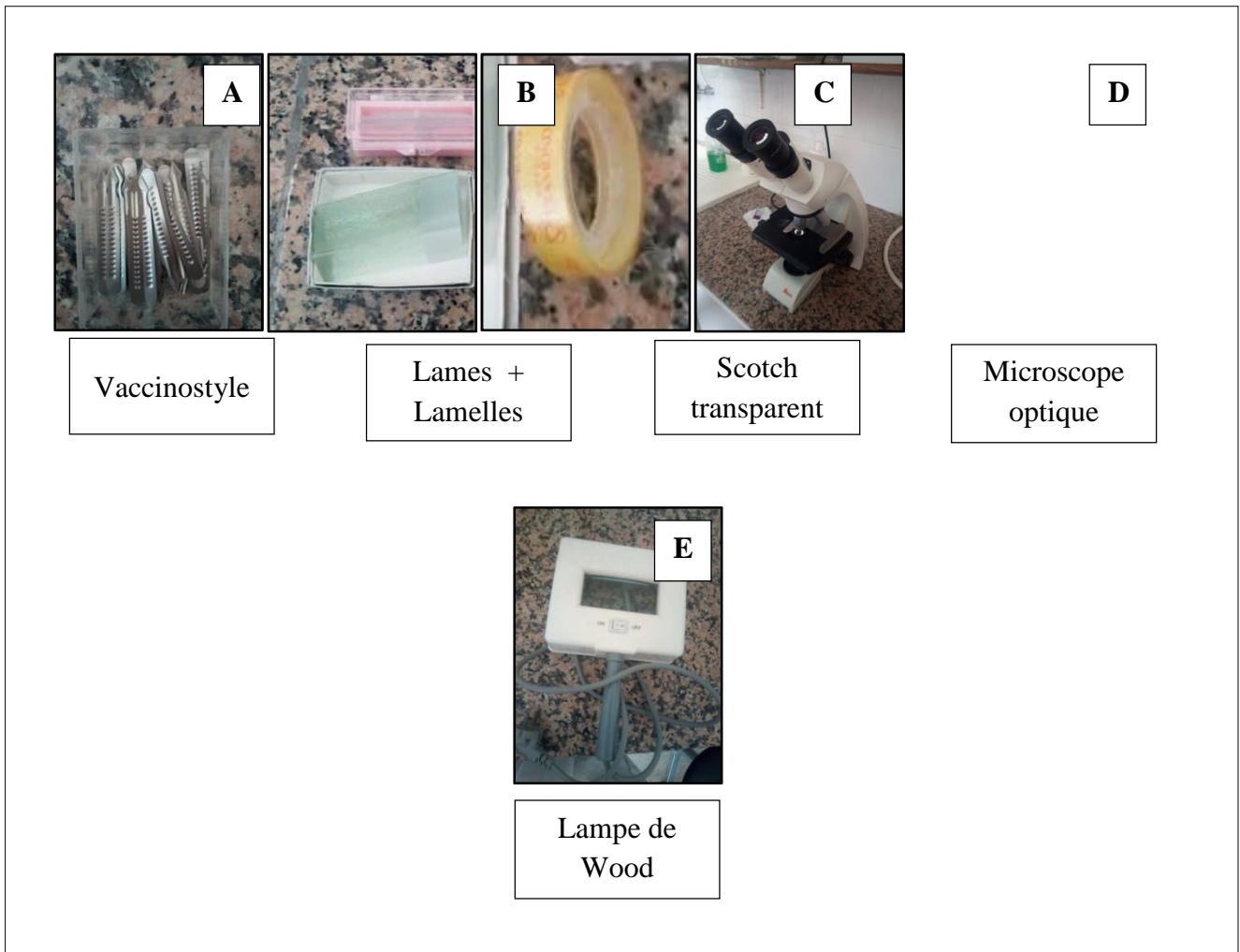


Figure 24 : Le matériel utilisé dans l'examen mycologique de la DS
(Halzoun N et Guellil K, 2021)

7. Méthodes utilisés

7.1.Prélèvement

Nous avons réalisé des prélèvements cutanés et du cuir chevelu sur des patients avec suspicion de DS sur des zones diverses : le cuir chevelu et le visage (**Fig.25**).

1. A l'aide d'un vaccinostyle on gratte la lésion ;



Figure 25 : La technique de grattage sur la zone de cuir chevelu.

(Halzoun N &Guellil K, 2021)

2. On applique un morceau de scotch transparent sur les zones grattées qui sera collé ultérieurement sur une lame porte objet qui est ensuite couverte d'une lamelle (Scotch test) (Fig.26).



Figure 26: La technique de scotch test

(Halzoun N &Guellil K, 2021)

3. On réalise la lecture directement sous microscope optique au G×10 puis au G×40 (Examen direct).
4. L'examen microscopique nous a permis d'observer des éléments en grappes de raisin (Fig.27).

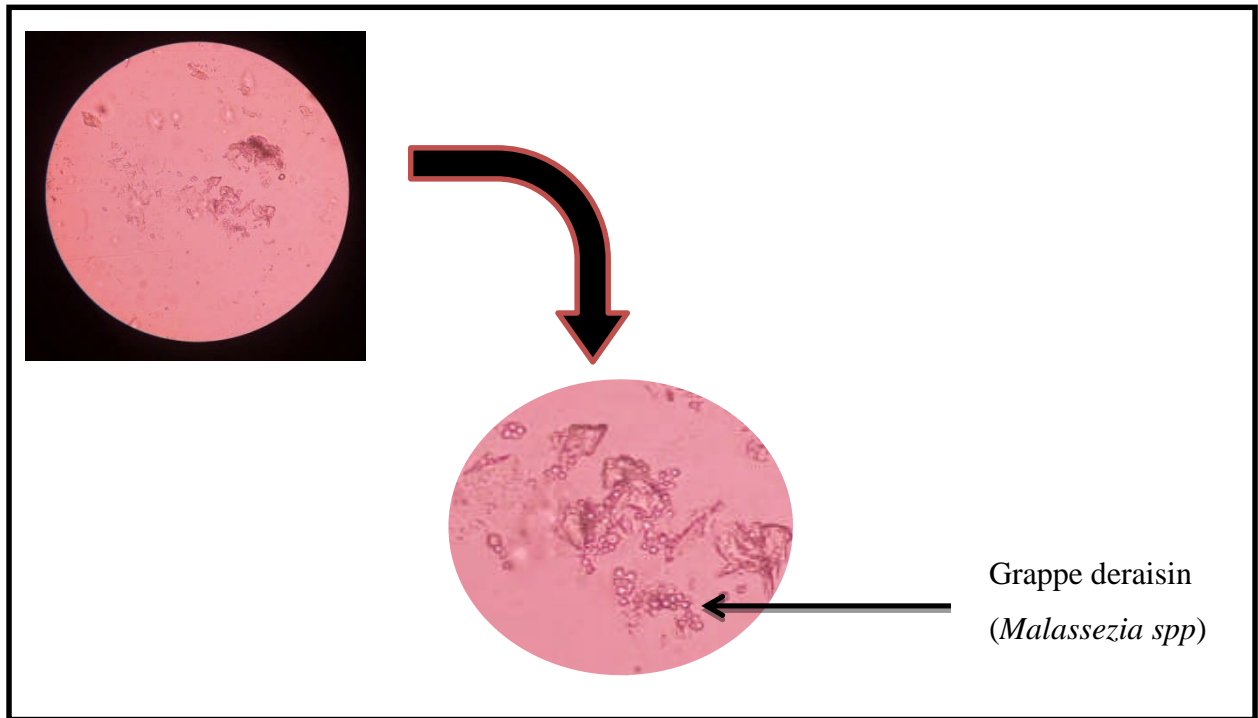


Figure 27 : *Malassezia spp* vu sous microscope optique au Gr×40
(HalzounN et Guellil K, 2021)

7.2. Lampe de Wood

L'examen avec une lampe de Wood s'effectue sur un cuir chevelu vierge de toute application récente de shampoings, savons et certains topiques, eux-mêmes fluorescents sous ultra-violet (**Fig.28**).

Mais l'absence de la fluorescence n'ignore pas la présence du *Malassezia*.



Figure 28 : Examen à la lampe de Wood
(Halzoun N &Guellil K, 2021)

7.3. Culture :

Cet examen ne se réalise pas au niveau de laboratoire Parasitologie-Mycologie médicale de CHU de Tizi-Ouzou vu que l'examen direct est suffisant.

1. Etude rétrospective :

Notre étude statistique a été réalisée au niveau du service de dermatologie de la polyclinique 2000 logements de la nouvelle ville de la wilaya de Tizi-Ouzou.

1.1. Fréquence de la dermite séborrhéique

La variation de fréquence de la DS chez les différents patients, est analysée en fonction du temps alloué à l'étude et selon les paramètres épidémiologiques.

1.1.1. En fonction du temps :

1.1.1.1. Fréquence de la DS au sein de la population consultante

Sur une période d'étude de près de six années, 6798 dossiers de malades venant consulter en dermatologie ont été examinés. Les fréquences de la DS annuelle et moyenne obtenues sont consignées dans le **tableau I** et la **figure 29** suivants :

Tableau I: Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez les consultants

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Nombre de consultants	1391	1254	1123	1634	978	418	6798
Nombre des atteints	14	19	24	37	20	7	121
Fréquence annuelle %	1,00	1,51	2,14	2,26	2,04	1,67	
Fréquence moyenne %	1.77						

Sur un total de 6798 consultants en dermatologie, nous avons enregistré une fréquence de la DS variable d'une année à une autre. Cependant, une nette augmentation est notée durant les années (1,00% en 2016 pour atteindre 2,26% en 2019). Ces résultats peuvent s'expliquer par une prise de conscience de la part des malades qui consultent plus souvent au service concerné.

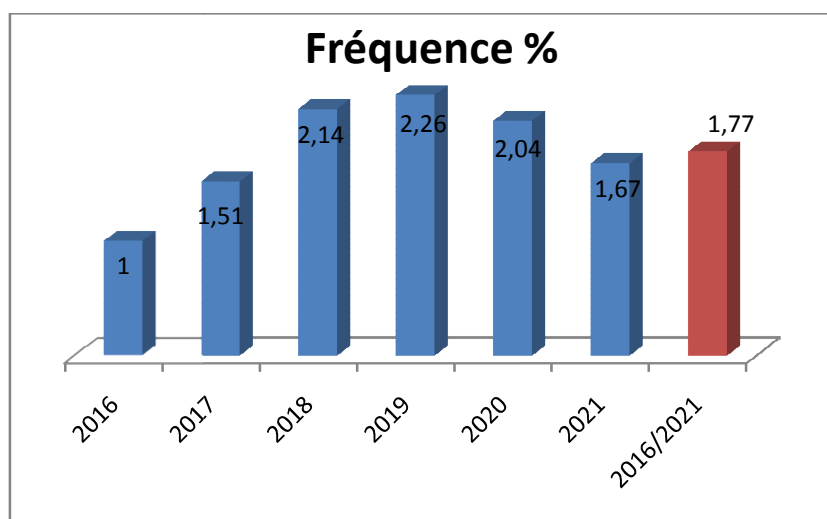


Figure 29: Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez la population consultante

1.1.1.2. Fréquence de la DS au sein de la population atteinte

Sur la période d'étude considérée, nous avons dénombré 121 patients venus consulter pour DS. La fréquence de cette affection est consignée dans le **tableau II** et la **figure 30** suivants :

Tableau II : Fréquence annuelle et moyenne de la DS chez les sujets atteints

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Effectif	14	19	24	37	20	7	121
Fréquence%	11,57	15,70	19,83	30,58	16,53	5,79	100
Fréquence moyenne %	16,66						

Il ressort des résultats obtenus que sur un effectif de 121 personnes atteintes, la fréquence de la DS est variable d'une année à une autre. Elle est maximale, avec 30,58% de cas en 2019 et minimale en 2021 où seul 5,79 % de cas de la DS sont enregistrés.

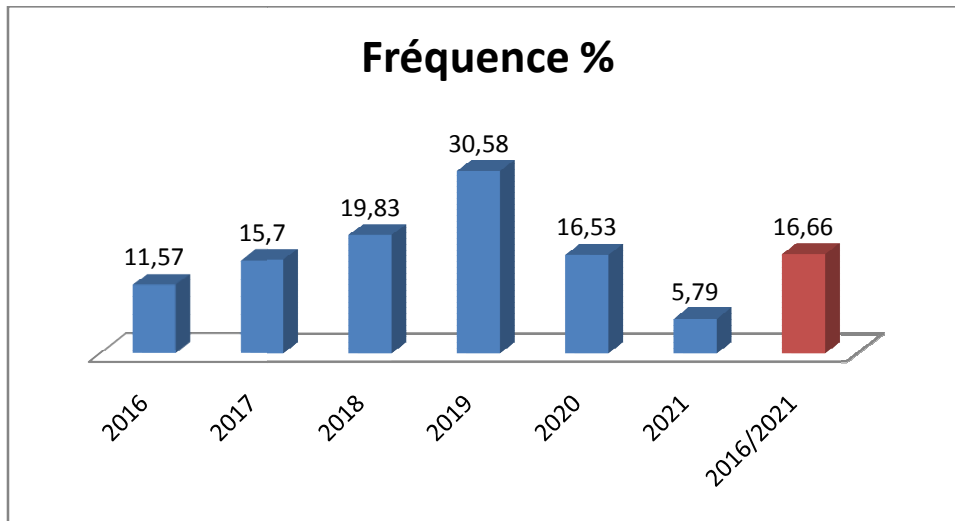


Figure 30 : Fréquences annuelle et moyenne de le la DS chez les sujets atteints

1.1.2. Répartition des patients selon les critères épidémiologiques :

1.1.2.1. Répartition des patients selon le sexe :

La distribution des patients selon le sexe est consignée dans la **figure 31** suivante :

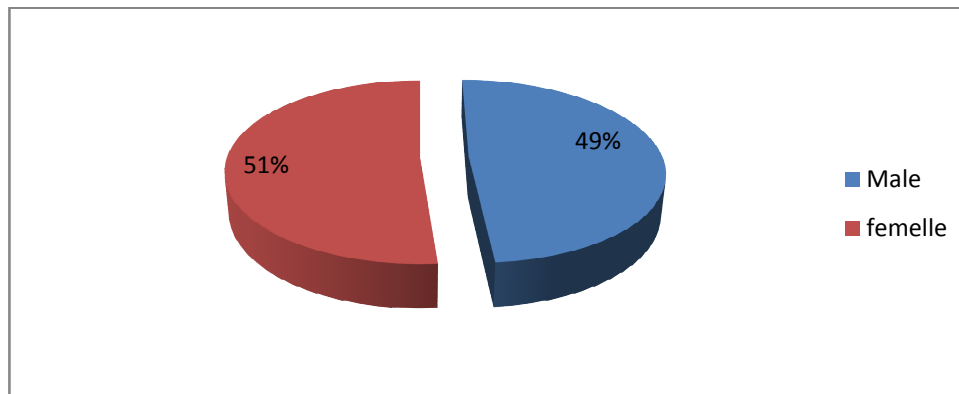


Figure 31 : La distribution des patients selon le sexe.

L'examen de la **figure 31**, permet de constater que sur les 121 patients atteints de la DS, il y a une différence entre les fréquences des deux sexes soit un taux de 51% chez les femmes et 49% chez les hommes. Avec un sexe ration H/F soit 0,95.

1.1.2.2. Répartition des patients selon l'âge

La distribution des patients en fonction des tranches d'âge est mentionnée dans le **tableau III** et la **figure 32** suivants (**Cette classification a été remplacée par une nouvelle norme générale le 22 mai 2007**).

Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranches d'âges	Les patients atteints	Le pourcentage (%)
0-14ans	9	7,44
15-24ans	30	24,79
25-64ans	70	57,85
65-90ans	12	9,92
Total	121	100

Selon le **tableau III** le taux de la DS le plus élevé est noté dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 64 ans avec 57.85%. Dans ces tranches d'âge, les personnes sont actives et sont donc plus exposées aux facteurs de risque qui favorisent la DS. Le taux le plus bas est rencontré chez les patients âgés de 0 et 14 ans soit 7,44%.

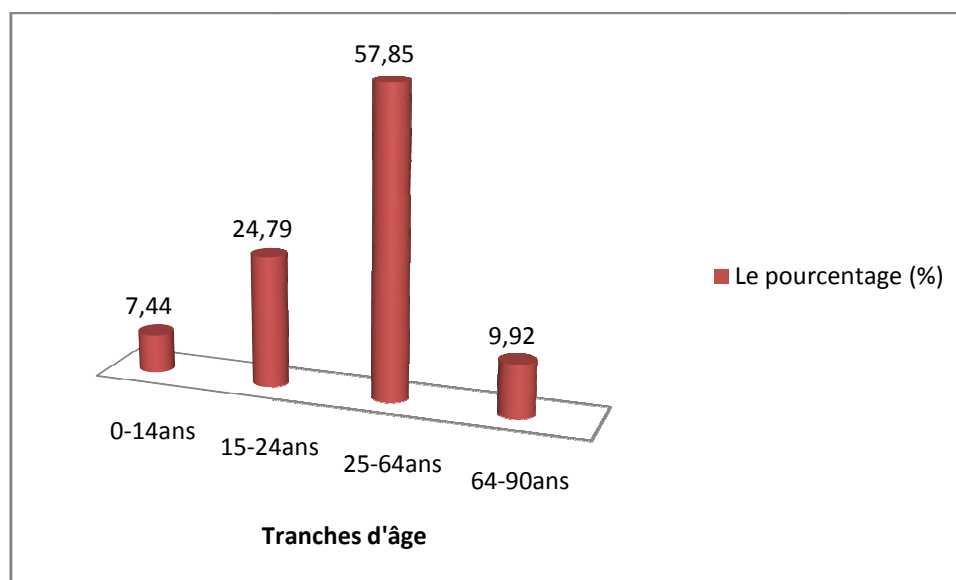


Figure 32 : Répartition selon la tranche d'âge

1.1.2.3. Répartition des cas de D S selon la provenance des patients

Les données relatives à la répartition des cas de DS selon la provenance des patients sont représentées dans le **tableau IV** et la **figure 33** suivants

Tableau IV: Répartition des patients atteints de la DS selon la provenance

Provenance	Effectif	Fréquence (%)
Urbaine	69	57,03
Rurale	52	42,97
Total	121	100

Le taux de la DS dans le milieu urbain est plus élevé soit 57,03% que dans le milieu rural soit 42,97%.

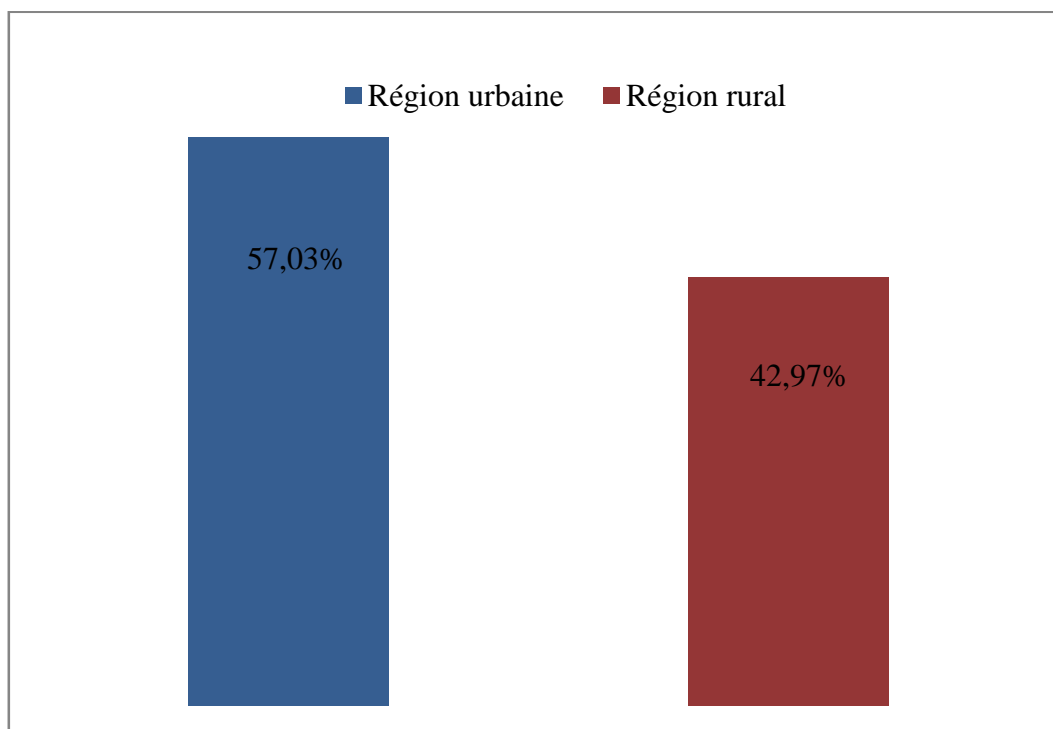


Figure 33 : Répartition de patients atteints de DS en fonction de la provenance

2. Etude prospective

Notre étude prospective est réalisée au niveau de service de dermatologie de polyclinique 2000 logements de nouvelle ville de Tizi-Ouzou et au niveau de laboratoire Parasitologie Mycologie médicale CHU de Tizi-Ouzou de 25 avril au 06 juillet 2021, 275 patients ont fait l'objet d'une analyse mycologique dont seulement 9 patients présentent une DS.

2.1. Répartition des patients selon le sexe

La distribution des patients selon le sexe est consignée dans la **figure 34** suivante :

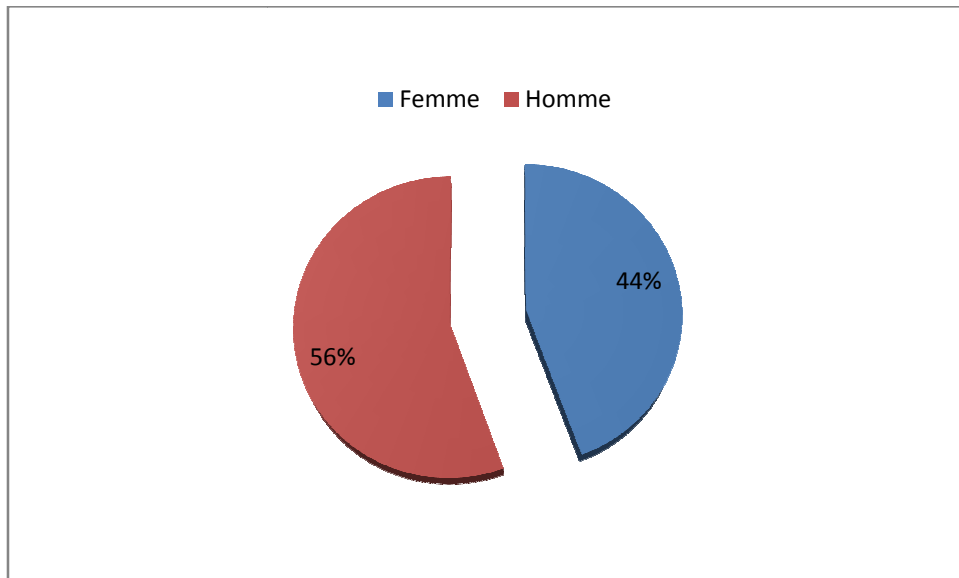


Figure 34 : Répartition des patients selon le sexe.

D'après la **figure 34**, on remarque que sur les 9 patients atteints de DS, il y'a une différence entre les fréquences des deux sexes soit un taux de 44% chez les femmes et 56% chez les hommes.

2.2. Répartition des patients selon l'âge

La répartition des patients selon les tranches d'âges est représentée dans la **figure 35** suivante

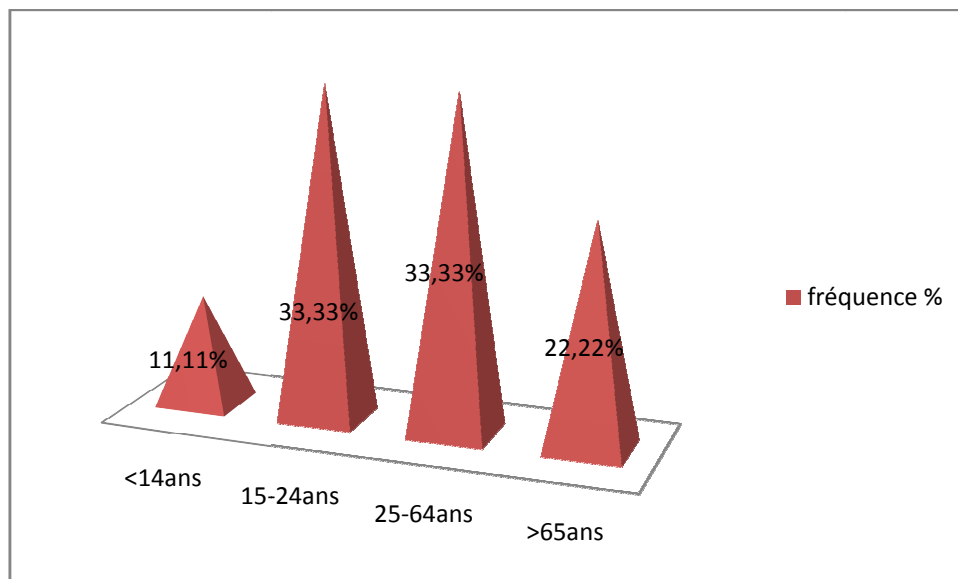


Figure 35 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

L'examen de la **figure 35** permet de remarquer que le taux de la DS le plus élevé est noté dans la tranche d'âge comprise entre 15 à 24 ans et la tranche d'âge comprise entre 25 à 64 ans avec 33,33%. Le taux le plus bas est rencontré chez les patients âgés de 0 à 15 ans soit 11,11%.

2.3. Répartition des patients selon la provenance

La répartition des patients selon la provenance est consignée dans le **tableau V** suivant :

Tableau V : Répartition des patients atteint d'une DS selon la provenance.

Provenance	Effectif	Fréquence (%)
Rural	3	33,33
Urbain	6	66,67
Total	9	100

Le taux de la DS est plus élevé dans le milieu urbain soit 66,67% que dans le milieu rural soit 33,33%.

2.4. Répartition des patients selon la localisation des lésions :

La distribution des patients selon la localisation des lésions est consignée dans la **figure 36** suivante

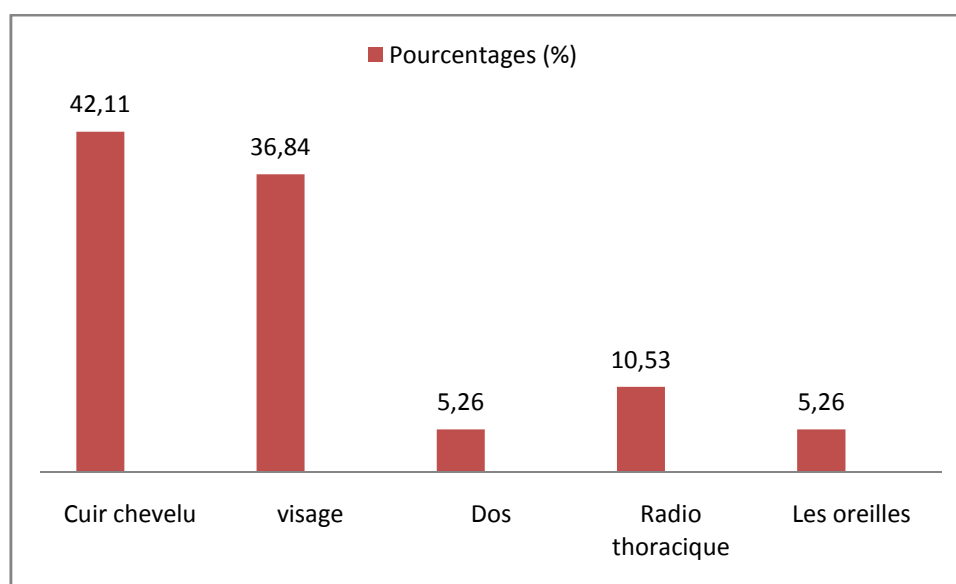


Figure 36 : Répartition de la DS selon la topographie des lésions.

Nous remarquons que l'atteinte du cuir chevelu par la DS est la plus fréquente soit 42,11% suivie de celle du visage avec un taux de 36,84 %.

2.5. Répartition des patients selon les facteurs favorisants

Les facteurs favorisants l'atteinte par la DS sont : le stress, le manque de sommeil, le diabète, l'asthme, l'obésité et l'alcool. La répartition des patients selon les facteurs favorisants est notée dans le **tableau VI** suivant

Tableau VI : Répartition des patients selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Effectif	Pourcentage (%)
Stress	5	38,46
Diabète	2	15,39
Manque de sommeil	3	23,08
Asthme	1	7,69
Obésité	1	7,69
Alcoolique	1	7,69
Total	13	100

Il ressort de l'examen du **tableau VI**, que le stress représente le facteur le plus important dans les atteintes par la DS soit une fréquence de 38,46%. Il est suivi par le manque de sommeil (15,39%). Le diabète est aussi favorisé les atteintes avec un taux de 15,39%. Par contre l'asthme, l'obésité et la consommation d'alcool présentent une influence minimale (7,69%) dans la présente série.

2.6. Répartition des patients selon le prélèvement mycologique :

La répartition des cas selon les résultats de prélèvement de l'ED est mentionnée dans la figure 37.

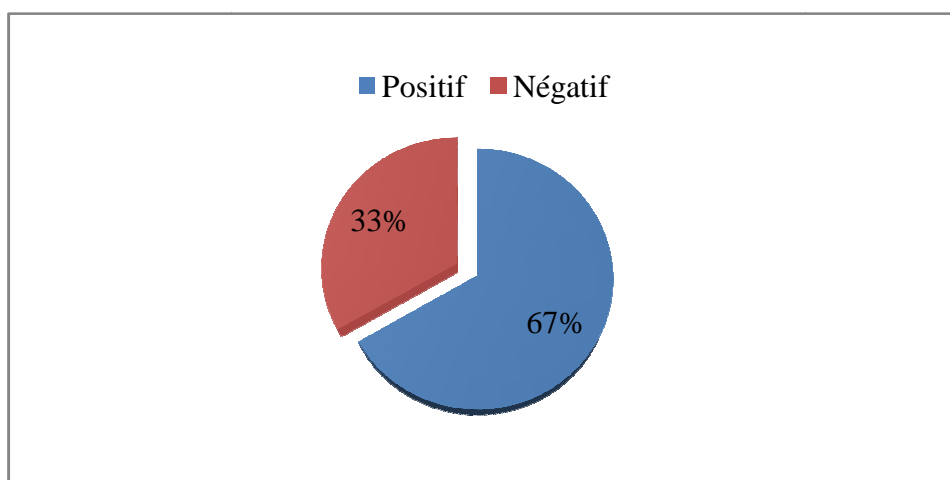


Figure 37 : Répartition des cas selon les résultats de prélèvement

Ense basant sur les résultats de l'examen direct et d'après la **figure 37**, on remarque que parmi les 9 patients ayant consultés 6 patients ayant un résultat positif soit un taux de 67% contre 3 cas ayant un résultat négatif soit un taux de 33%.

2.7. Répartition des cas selon la récurrence :

La répartition des cas selon la récurrence est signalée dans la **figure 38** suivante

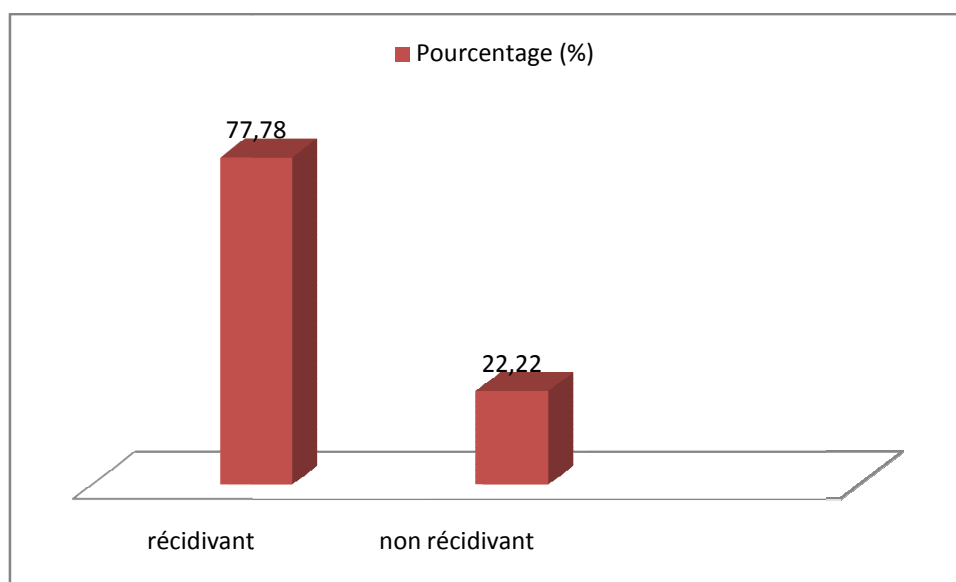


Figure 38 : la répartition des cas selon la récurrence.

Selon la **figure 38**, nous constatons que les patients ayant la récurrence de dermatite séborrhéique sont plus nombreux soit un taux de 77,78% contre 22,22% non-récurrens (2 cas sur 9 cas).

1. Etude rétrospective :

Notre étude statistique a été réalisée au niveau du service de dermatologie de polyclinique 2000 logements de la wilaya de Tizi-Ouzou.

1.1. Fréquence de la dermatite séborrhéique

La variation de fréquence de la DS chez les différents patients, est analysée en fonction du temps alloué à l'étude et selon les paramètres épidémiologiques.

1.1.1. En fonction du temps :

1.1.1.1. Fréquence de la DS au sein de la population consultante

Il est toutefois important de signaler que la fréquence moyenne de la DS n'est pas inquiétante puisque seulement 1,77% de la population consultante est atteinte. Cela peut s'expliquer par l'évolution de cette dermatose de façon chronique avec une alternance de poussées, plutôt hivernales, et de rémissions spontanées, mais aussi par le fait que cette pathologie ne constitue pas une urgence médicale vu l'absence de fortes douleurs et de symptômes invalidants en comparaison avec d'autres pathologies.

Nos résultats se rapprochent de ceux des Etats-Unis, dans les années 70, où un sondage, effectué à partir de données d'examen clinique sur un échantillon représentatif de 20000 personnes, a permis d'estimer la prévalence de la DS, chez les sujets entre 1 et 74 ans, à 2% (Johnson et Roberts, 1978).

1.1.1.2. Fréquence de la DS au sein de la population atteinte

En 2021, sur les quatre premiers mois uniquement 7 cas sont diagnostiqués, soit une fréquence de 5,79%. Cette baisse de nombre de cas peut s'expliquer par la récidivité de cette dermatose : le patient achète le traitement sans ordonnance vu qu'il est déjà au courant de tous les médicaments utilisés et par que la majorité des patients suivent des traitements alternatifs (plantes médicinales).

1.1.2. Répartition des patients selon les critères épidémiologiques :

1.1.2.1. Répartition des patients selon le sexe :

Dans notre étude le sexe féminin est le plus atteint par la DS avec 62 cas confirmés soit un taux d'infestation de 51% comparé au nombre de patients du sexe masculin qui ne sont que 59 cas soit 49% et cela sur un total de 121 cas positifs.

Ce qui ne correspond pas à la plupart des études qui ont été menées précédemment qui évoquent la prédominance du sexe masculin. Cette prédominance masculine est

habituellement rapportée dans de nombreuses études épidémiologiques de dermite séborrhéique. Citant comme exemple l'étude réalisée au Mali par (Touré, 2012) avec 51,6% pour le sexe masculin contre 48,4% pour le sexe féminin. Ce contraste des résultats est expliqué par le fait que les femmes consultent plus que les hommes et par leur habitude d'utiliser les cosmétiques huileux sur la peau sachant que la matière grasse favorise l'apparition et le développement de DS.

1.1.2.2. Répartition des patients selon l'âge

La répartition des cas confirmés selon l'âge, montre que la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 25 et 64 ans soit 57,85%. cela s'explique du fait que dans ces tranches d'âge, les personnes sont plus exposées aux facteurs de risque qui favorisent la DS tels que la fréquentation d'endroits associants une humidité donc une exposition aux pathogènes, ou peut être lié à la nature de la profession et la pratique de sport.

Le pourcentage remarquable dans la tranche d'âge 15-24 ans s'explique par le fait que cette tranche est généralement constituée des élèves et étudiants qui subissent le stress au cours de l'année scolaire.

Le rôle du stress dans les poussées de DS a été démontré par Misery L et Collab. Ils ont confirmé d'après leur étude qu'un événement stressant précédait les poussées de DS et que le rôle du stress serait un facteur pronostique péjoratif (Touboul et al., 2007).

1.1.2.3. Répartition des cas selon la provenance des patients

Il est remarquable que le plus grand nombre de patients venus consulter pour une DS soient issus des zones urbaines, soit une fréquence de 57,03% des cas. Cela serait probablement en relation, d'une part, avec l'environnement chaud et humide des villes, qui favoriserait le développement plus facile des champignons. Et d'autre part, par la proximité des structures de santé, ce qui pousse les patients à consulter plus facilement et d'être par conséquent mieux répertoriés. Il est aussi intéressant de noter que les ruraux bien que moins nombreux se présentent au service concerné pour manifester leur inquiétude vis à vis de la pathologie dont la fréquence est estimée à 42,97%.

Nos résultats sont comparables à ceux signalés par Touré (2012) à Bamako avec un pourcentage soit 72,6%

2. Etude prospective

Notre étude prospective est réalisée au niveau de service de dermatologie de la polyclinique 2000 logements de nouvelle ville de Tizi-Ouzou et au niveau de laboratoire Parasitologie Mycologie médicale CHU de Tizi-Ouzou de 25 avril au 06 juillet 2021, 9 patients ont fait l'objet d'une analyse mycologique.

2.1. Répartition des patients selon le sexe

Dans notre étude, le sexe masculin est le plus atteint par la DS avec 5 cas confirmés soit un taux d'infestation de 56% comparé au nombre de patient du sexe féminin qui ne sont que 4 cas soit 44% et cela sur un total de 9 cas positifs.

Ce qui nous correspond à la plupart des études qui ont été menées précédemment qui évoquent la prédominance du sexe masculin.

Le sexe ratio H/F soit 1,25 a été en faveur des hommes (56%). Dans la littérature, la DS atteint les hommes dans une proportion plus élevée que les femmes (**Mura et al., 2005**). Notre résultat se compare à celui réalisé par Misery et Collab en France à Brest entre septembre 2003 et mai 2004, avec une prédominance masculine (56%) (**Touboul et al., 2007**)

2.2. Répartition des patients selon l'âge

La répartition des cas confirmés selon l'âge, montre que les tranche d'âge les plus touchées se situent entre 15 à 24 ans et 25 à 64 ans avec un même taux de 33,33%. Cela s'explique par le fait que dans ces tranches d'âge, les personnes sont plus exposées aux facteurs de risque qui favorisent la DS tels que la fréquentation d'endroits associant une humidité des sols donc une exposition aux pathogènes, ou peut être lié à la nature de profession.

D'après **Roook (1992)** et **Bergbrant (1995)**, l'affection touche plus fréquemment la tranche d'âge de 18 à 40 ans.

Dans notre étude seulement 11,11% des cas de la DS observés chez l'enfant. Cette rareté peut être attribuée à plusieurs facteurs tels que la moindre exposition aux traumatismes par rapport aux adultes et aussi par rapport à la peau sèche de l'enfant.

Ce qui ne correspond pas à celle de **Touré (2012)**, où le taux des enfants est prédominant avec 45,2%.

2.3. Répartition des patients selon la provenance

Il est remarquable que le plus grand nombre de patients venus consulter pour une DS soient issus des zones urbaines, soit une fréquence de 66,67% des cas. Cela serait probablement en relation, d'une part, avec l'environnement chaud et humide des villes, qui favoriserait le développement plus facile des champignons. Et d'autre part, la majorité des malades résidait dans la ville de Tizi-Ouzou où le service de Dermatologie se trouve en plein centre du district dont l'accès au CHU pour ces populations est facile. Il est aussi intéressant de noter que les ruraux bien que moins nombreux se présentent au service concerné pour manifester leur inquiétude vis à vis de la pathologie dont la fréquence est estimée à 33,33%.

2.4. Répartition des patients selon la localisation des lésions

D'après la **figure 36**, nous avons noté que l'atteinte du cuir chevelu par la DS est prédominante avec un taux de 42,11% ; suivi du visage avec 36,84%. Cela s'explique par la forte concentration des glandes sébacées au niveau du cuir chevelu et du visage qui cause la sécrétion de sébum un des facteurs favorables pour l'apparition de cette dermatose.

Notre étude est en accord avec l'étude faite par **Misery L et collab** qui ont trouvé une prédominance du cuir chevelu chez 82% des patients ; suivi du visage avec 33% (**Touboul et al., 2007**)

2.5. Répartition des patients selon les facteurs favorisants

Dans la présente étude, la notion de stress est retrouvée dans 38,46% des cas. Ce qui est proche de celle de Misery L et collab qui permet de confirmer qu'un événement stressant précédait souvent les poussées de dermatite séborrhéique et que le rôle du stress serait un facteur pronostique péjoratif. Cette étude est la première étude à montrer un lien possible entre un événement de vie stressant et une poussée de dermatite séborrhéique. Elle incite à confirmer ces résultats par un travail comparant les malades atteints de dermatite séborrhéique à des sujets qui en sont indemnes. Elle montre que la dépression est plus souvent présente en cas d'atteinte faciale, alors que le trait-anxiété serait un facteur aggravant.

Le manque de sommeil est le second facteur favorisant avec un taux de 15,39%. Ceci est confirmé par **Sampaio(2011)**.

2.6. Répartition des cas selon le prélèvement mycologique :

La présence de *Malassezia* à l'état pathogène sur la peau s'accompagne toujours par des lésions très caractéristiques qu'on peut voir à l'œil nu.

Sur les 9 patients ayant consultés, 6 cas se sont révélés positifs et 3 cas négatifs. Cela s'explique par l'efficacité des méthodes de diagnostic utilisé (ED). Nous pouvons aussi expliquer nos résultats par le fait que la dermatite séborrhéique repose généralement sur l'inspection (l'aspect caractéristique des lésions).

Les trois cas négatifs que nous avons eus peuvent s'expliquer par l'application de traitement antifongique par le patient, ou par le non-respect des instructions précédant le prélèvement.

2.7. Répartition des cas selon la récurrence :

Selon **Misery et Plantin (1997)**, la DS est une dermatose d'évolution chronique, émaillée de poussées et de remissions spontanées ou après traitement. De plus, **Misery L et collab** ont trouvé une durée d'évolution des symptômes supérieure à 10 ans chez la majorité des patients. Ce qui accorde à notre étude où on a trouvé une évolution chronique de la DS soit un taux de 77,78% contre 22,22% des patients portent une DS non récidivante, cela s'explique par le fait que les patients n'arrivaient pas à donner des précisions sur la durée d'évolution des lésions.

La dermatite séborrhéique est une pathologie chronique bénigne évoluant par poussées, se caractérise par des lésions érythématosquameuses, elle touche 1 à 3% de la population, siégeant au niveau des régions séborrhéiques, surtout au cuir chevelu et au visage. Sa fréquence augmente au cours du SIDA ou de la maladie de Parkinson. Une forme particulière existe chez le nourrisson (la croûte de lait).

Le diagnostic est clinique. *M. furfur*, première espèce du genre à avoir été identifiée, est la responsable de cette dermatose. Mais cette levure n'est pas la plus représentée sur les lésions cutanées, *M. globosa* et *M. restricta* étant les plus retrouvées sur les lésions.

Le traitement repose sur la décontamination du cuir chevelu et des lésions et sur l'utilisation d'antifongiques topiques ou oraux, accompagnés s'il faut d'anti-inflammatoires. La prophylaxie est nécessaire pour diminuer la fréquence des récidives et repose sur l'utilisation de traitements d'entretien adaptés. Le conseil officinal est primordial pour aider le malade à comprendre sa maladie, à utiliser ses traitements de manière adéquate, à le prévenir des risques de l'automédication, à l'encourager à poursuivre un traitement au long cours afin de gérer cette maladie chronique.

A travers notre travail, nous avons essayé d'établir un profil épidémiologique et clinique des différents cas de DS au cours de notre étude rétrospective et prospective au sein du service de dermatologie de la polyclinique de 2000 logements et de laboratoire Parasitologie-Mycologie du CHU de Tizi-Ouzou.

Nous avons procédé à une étude rétrospective portant sur 121 sujets atteints de dermatite séborrhéique et une étude prospective portant sur 9 patients. Ces cas ont été retenus pour l'étude.

L'étude a montré que 1,77% des consultations dermatologiques avaient comme motif, la dermatite séborrhéique.

L'analyse de l'étude rétrospective a montré que l'atteinte chez la femme est plus élevée (62cas) que chez les hommes avec (59cas) or que nous avons trouvé le contraire par rapport à l'étude prospective (5 hommes et 4 femmes).

Quand a la répartition de la DS selon l'âge, le taux de l'infestation le plus élevé a été enregistré dans la tranche d'âge comprise entre (25-64) ans. Le siège de la localisation est prédominant au niveau de cuir chevelu avec un taux d'infestation de (42.11%).

Le milieu urbain est plus touché par la DS que le milieu rural vue que l'environnement chaud et humide des villes qui favorise le développement plus facile des lésions de la DS.

Enfin, nous conseillons les gens de consulter rapidement en cas d'apparition de lésions dermatologiques et d'éviter l'automédication, nous recommandons aussi le personnel de

référer tout cas de dermatose vers un centre spécialisé, informer, éduquer, sensibiliser les populations de faire le test de dépistage du VIH devant certaines dermatoses.

Références bibliographiques

- Abasq, C., & Misery, L. (2012).** *Pityriasis versicolor et autres dermatoses liées à Malassezia sp. (à l'exclusion de la dermatite séborrhéique).* *EMC - Dermatologie*, 7(1), 1–5.
- Ahearn, D.G, Simmons, R.B. (1998).** *Malassezia* Baillon. In: Kurtzman CP, Fell JW (eds) *The yeasts, a taxonomic study*, 4th edn. Elsevier, Amsterdam, pp 782–784
- Ali, N. (2010).** *Rôle du facteur de transcription HIF-1 dans la physiologie cutanée et dans la réponse à l'exposition UV* (Doctoral dissertation, Institut National Polytechnique de Lorraine).
- Al-Waili N. S. (2001).** Therapeutic and prophylactic effects of crude honey on chronic seborrheic dermatitis and dandruff. *European journal of medical research*, 6(7), 306–308.
- Ashbee, H.R, Evans, E. G. (2002).** Immunology of diseases associated with *Malassezia* species. *ClinMicrobiol Rev*; 15: 21-57.
- Aspiroz, C., Moreno, L. A., Rezusta, A., & Rubio, C. (1999).** Differentiation of three biotypes of *Malassezia* species on human normal skin. correspondence with *M. globosa*, *M. sympodialis* and *M. restricta*. *Mycopathologia*, 145(2), 69–74.
- Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL). (2014).** Infections à Malassezia. Université Médicale Virtuelle Francophone.
- Baillon, H. (1889).** *Traité de botanique médicale cryptogamique*, Paris, 4th ed. Octave Doin, Paris, France.
- Ballanger, F. V., Tenaud, I., Volteau, C., Khammari, A., & Dreno, B. (2007).** Mise en évidence des effets anti-inflammatoires du gluconate de lithium dans la dermatite séborrhéique. In *Annales de Dermatologie Et de Vénérologie* (Vol. 134, No. 2, p. C108). Spif-Masson Service.
- Barbara, Friedrich. (2008).** Hygiène du nourrisson: les produits cosmétiques d'hygiène et leur évolution depuis les cinquante dernières années. Sciences pharmaceutiques.
- Bastide JM. (2001)** Malassezioses. *EncyclMédChir, Maladies infectieuses*; 8- 603- A- 10, p9.
- Batra, R., Boekhout, T., Gueho, E., Cabanes, F., Dawsonjr, T., & Gupta, A. (2005).** Baillon, levures cliniques émergentes. *FEMS YeastResearch*, 5 (12) : 1101-1113

Références bibliographiques

- Berbis P. (2004).** Dermatite séborrhéique : la clinique chez l'adulte. *Ann DermatolVenereol*,13 ; 126-9
- Bergbrant, I. M. (1991).**Seborrhoeic dermatitis and Pityrosporum ovale: cultural, immunological and clinical studies. *Actadermato-venereologica.Supplementum*, 167, 1-36.
- Bergbrant I. M. (1995).**Seborrhoeic dermatitis and Pityrosporum yeasts. *Current topics in medical mycology*, 6, 95–112.
- Bernard, B. A & Saint-Léger, D. (2000).** Sécrétion sébacée. EMC - Cosmétologie et Dermatologie esthétique, pp. 1-6.
- Bessis D, Guilhou J.J. (1999)***La pathologie dermatologique en médecine interne.* Edition Arnette : N°6513 p542.
- Bontemps, F. (2010).** Le conseil à l'officine dans la poche. 6èmed. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer, p153.
- Bouhanna P &Reygagne P. (1999).***Pathologie du cheveu et du cuir chevelu.* Traité medico-chirurgical et cosmétologique. Elsevier Paris, 340p.
- Binder, R. L., & Jonelis, F. J. (1983).**Seborrhoeic dermatitis in neuroleptic-induced parkinsonism. *Archives of dermatology*, 119(6), 473–475.
- Burton, J. L., Cartlidge, M., Cartlidge, N. E., & Shuster, S. (1973).**Sebum excretion in Parkinsonism. *The British journal of dermatology*, 88(3), 263–266.
- Cabañes, F. J., Vega, S., &Castellá, G. (2011).** Malassezia cuniculi sp. nov., a novel yeast species isolated from rabbit skin. *Medical mycology*, 49(1), 40–48.
- Cambazard F. (2003).** L'acné néonatale, infantile et pré-pubertaire. *Ann DermatolVenereol*130:107-112.
- Chabasse, D., Guiguen, C. L., &Contet-audonne, N. (1999).** Mycologie médicale. Les abrégés, Paris, Masson: 320.
- Chosidow O., Amblard P., Bazex J., Bernard P. (2002).**Dermatite séborrhéique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 129: 2S191-2S193.

Références bibliographiques

Coldiron, B. M., & Bergstresser, P. R. (1989).Prevalence and clinical spectrum of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus. *Archives of dermatology*, 125(3), 357–361.

Cowley, N. C., Farr, P. M., & Shuster, S. (1990). The permissive effect of sebum in seborrhoeic dermatitis: an explanation of the rash in neurological disorders. *The British journal of dermatology*, 122(1), 71–76.

Crickx, B. (2005).Comprendre la peau. *Ann dermatol veneréol*, 132, 8S3.

Dainichi, T., Ueda, S., Furue, M., & Hashimoto, T. (2008). By the grace of peeling: the brace function of the stratum corneum in the protection from photo-induced keratinocyte carcinogenesis. *Archives of dermatological research*, 300 Suppl 1, S31–S38.

Delepouille, A. S. (2012). Problèmes capillaires. [En ligne], Available from : <http://www.pharmacie.delepouille.com>.

Del Rosso J. Q. (2011). Adult seborrhoeic dermatitis: a status report on practical topical management. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 4(5), 32–38.

Dhaille F, Matard B, Reygagne P. (2014). Soins antipelliculaires. *EMC - Cosmétologie et Dermatologie esthétique*. Vol. 9, 1, pp : 1-10.

Dréno, B. (2009). Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 136, S247–S251.

Dubois, J. (2007). *Les différents types de peau, la peau grasse. La peau de la santé à la beauté Notions de dermatologie et de dermocosmétologie*. Editions Privat, 28.

Eisenstat, B. A., & Wormser, G. P. (1984). Seborrhoeic dermatitis and butterfly rash in AIDS. *The New England journal of medicine*, 311(3), 189.

El Houss, S. (2020). *Dermatite Séborrhéique chez l'enfant; Principales formes et conduite thérapeutique*.

Gerbault, O. (1999). *Cicatrisation cutanée. Encyclopédie médico-chirurgicale*, Elsevier Masson, 45-010, paris, pp 1-3.

Guého, E., Midgley, G., & Guillot, J. (1996). The genus *Malassezia* with description of four new species. *Antonie van Leeuwenhoek*, 69(4), 337–355.

Références bibliographiques

Gelot, P., & Quéreux, G. (2012). Dermatite séborrhéique. *EMC - Dermatologie*, 7(4), 1–6.

Gemmer, C. M., DeAngelis, Y. M., Theelen, B., Boekhout, T., & Dawson, T. L., Jr (2002). Fast, noninvasive method for molecular detection and differentiation of *Malassezia* yeast species on human skin and application of the method to dandruff microbiology. *Journal of clinical microbiology*, 40(9), 3350–3357.

Grosshans E, Cribier B. (1990). Eczéma séborrhéiques, EMC, Elsevier Masson SAS, Paris, *Dermatologie*, 12315-A-10, p6

Gupta, A. K., & Bluhm, R. (2004). Seborrheic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18(1), 13-26.

Gupta, A. K., & Kohli, Y. (2004). Prevalence of *Malassezia* species on various body sites in clinically healthy subjects representing different age groups. *Medical mycology*, 42(1), 35-42.

Guillaume, J. C., Karneff, M. C., & Revuz, J. (1991). Dermite séborrhéique et cancers des voies aéro-digestives supérieures [Seborrheic dermatitis and cancer of the upper respiratory and digestive tracts]. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 118(9), 607–609.

Gupta, A. K., Bluhm, R., Cooper, E. A., Summerbell, R. C., & Batra, R. (2003). Seborrheic dermatitis. *Dermatologic clinics*, 21(3), 401–412.

Habif Thomas P. et al. (2012). *Maladies cutanées - Diagnostic et traitement - Chapitre Dermite séborrhéique*. 2e ed. s.l. : Elsevier Masson, pp. 130-134.

Handler MZ, Vinson RP, James WD, Travers R, Seldon ST. (2019). Seborrheic dermatitis. *Medscape*. <http://www.emedicine.com/derm/topic396.htm>.

Heid E, (1995). Dermite séborrhéique, *Le concours médical*, 117, 3091-6

Herve, N. (2000). *Prendre soin de la peau de bébé*. Le moniteur des pharmacies et des laboratoires. Cahier II, 2335: 8.

Hirai A, Kano R, Makimura K, Duarte ER, Hamdan JS, Lachance MA, et al. (2004). *Malassezia nana* sp. nov, a novel lipid-dependent yeast species isolated from animals. *In J SystEvolMicrobiol*; 54: 623 e7.

Références bibliographiques

- Johnson, M. T., & Roberts, J. (1978).** Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years. United States, 1971-1974. *Vital and health statistics. Series 11, Data from the National Health Survey*, (212), i-72.
- Jensen, B. L., Weismann, K., Sindrup, J. H., Søndergaard, J., & Schmidt, K. (2000).** Incidence and prognostic significance of skin disease in patients with HIV/AIDS: a 5-year observational study. *Acta dermato-venereologica*, 80(2), 140-143.
- Kim G. K. (2009).** Seborrheic Dermatitis and Malassezia species: How Are They Related?. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 2(11), 14-17.
- Koenig, H. (1995).** *Guide de mycologie médicale*. 15^{ème} Ed. Ellipses. Marketing
- Lafaurie, P. (1987).** *Progrès récents dans la chirurgie du cuir chevelu*. Thèse médecine, Paris.
- Levacher, E. Melissopoulus, A. (2006).** *LA Peau : structure et physiologie. Médecine internationale*, 2^{ème} ed. Paris, pp 3-27.
- Lorette G. (2004).** La dermatite séborrhéique de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol*; 131: 123-125
- Lorette, G. (2007).** Dermatite séborrhéique infantile. Maladies de Leiner- Moussous. Available from : <http://www.thérapeutique-dermatologique.org>
- Mahe A, Simon F, Coulibaly S, Toukara A, Bobin P. (1996).** Predictive value of seborrheic dermatitis and other common dermatoses for HIV infection in Bamako, Mali. *J Am Acad Dermatol*. 34:1084-6.
- Maietta, G., Fornaro, P., Rongioletti, F., & Rebora, A. (1990).** Patients with mood depression have a high prevalence of seborrheic dermatitis. *Acta dermato-venereologica*, 70(5), 432-434.
- Maietta, G., Rongioletti, F., & Rebora, A. (1991).** Seborrheic dermatitis and daylight. *Acta dermato-venereologica*, 71(6), 538-539.
- Marino, C. T., McDonald, E., & Romano, J. F. (1991).** Seborrheic dermatitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis*, 48(3), 217-218.

Références bibliographiques

- Mason, I. A, Mason, K.V, Lloyd DH (1996).** A review of the biology of canine skin with respect to the commensals *Staphylococcus intermedius*, *Demodex canis* and *Malassezia pachydermatis*. *Vet. Derm.*, 7, 119-132.
- Mastrolonardo, M., Diaferio, A., Vendemiale, G., & Lopalco, P. (2004).** Seborrhoeic dermatitis in the elderly: inferences on the possible role of disability and loss of self-sufficiency. *Acta dermato-venereologica*, 84(4), 285–287.
- Menzinger, S., & Laffitte, E. (2011).** Seborrhoeic dermatitis: clinical manifestations and management. *Revue medicale suisse*, 7(289), 752-4.
- Misery, L., et Plantin, P. (1997).** Seborrhoeic dermatitis. In *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* (Vol. 124, No. 1, pp. 30-36).
- Misery, L., Touboul, S., Vinçot, C., Dutray, S., Rolland-Jacob, G., Consoli, S. G., & Consoli, S. M. (2007, November).** Stress et dermatite séborrhéique. In *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* (Vol. 134, No. 11, pp. 833-837). Elsevier Masson.
- Misery, L. (2011).** *Dermatite séborrhéique. EMC - Traité de Médecine AKOS*, 6(3), 1–5.
- Mokos, Z. B., Kralj, M., Basta-Juzbašić, A., & Jukić, I. L. (2012).** Seborrhoeic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenerol Croat*, 20(2), 98-104
- Molinari E, Chosidow O. (2010).** *La dermatite séborrhéique de la clinique au traitement*. Paris : MED'COM, 978-2-35103-032-2.
- Moreddu, F. (2007).** *Le conseil associé à une ordonnance*. France, éditions Pro Officina, 2ème édition: 14.
- Moreddu, F. (2011).** *Le conseil associé : à une ordonnance. Tome 1*. Rueil-Malmaison : Le Moniteur des pharmacies : 212p
- Morel, H. (2004).** Les Pathologies à *Malassezia furfur* (Pityrosporon): Conseil à l'Officine. Université Lille 2. Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques: 85.
- Mouallif S., (2011).** Mycoses superficielles. *Enquête épidémiologique sur les Malassezioses*. Science pharmaceutique. Maroc. N° :97-100p.
- Mura P, Ghestem H, Juillard J. (2005).** La dermatite séborrhéique chez les adultes *Association mieux prescrire* ; 594-602.

Références bibliographiques

- Nakabayashi, A., Sei, Y., & Guillot, J. (2000).** Identification of *Malassezia* species isolated from patients with seborrhoeic dermatitis, atopic dermatitis, pityriasis versicolor and normal subjects. *Medical mycology*, 38(5), 337–341.
- Nicolas JF, Thivolet J. (1997).** *Psoriasis, de la clinique à la thérapeutique*. Paris :éditions John LibbeyEurotext, 239p.
- Ortonne, J. P., Nikkels, A. F., Reich, K., Ponce Olivera, R. M., Lee, J. H., Kerrouche, N., Sidou, F., & Faergemann, J. (2011).** Efficacious and safe management of moderate to severe scalp seborrhoeic dermatitis using clobetasol propionate shampoo 0.05% combined with ketoconazole shampoo 2%: a randomized, controlled study. *The British journal of dermatology*, 165(1), 171–176.
- Ouakrim A. (2013).** *Teignes : aspects cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs du service de dermatologie au C.H.U. Mohammed VI, Marrakech*. Thèse de doctorat en Médecine, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, p127.
- Pasteur, R. (2009).** *Images du corps familial et dermatites atopique*. Thèse de doctorat en physiologie, université de franche- comté à Besançon.
- Perrot JL., Misery L. (1999).** *Dermatoses liées à Malassezia furfur*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Dermatologie, 98-827-A-10, Paris, Elsevier SAS: 7.
- Picardo, M., Camelli, N. (2008).** *Seborrheic dermatitis*. In Williams H, editor. *Evidence-Based Dermatology*. Blackwell Publishing, pp. 164-170.
- Piérard-Franchimont, C., Xhaufnaire-Uhoda, E., & Piérard, G. E. (2006).** Revisiting dandruff. *International journal of cosmetic science*, 28(5), 311-318.
- Pierard, E. (2008).** *Eczéma atopique du nourrisson*. Dermatologie: cas cliniques pour la F.M.C. <http://dermatologie.free.fr/cas126re.htm>.
- Prost-Squarcioni, C. (2001).** Actualités sur les mélanocytes de la peau et la mélanogénèse chez l'Homme. *Morphologie*, 85(270), 5-9.
- Quéreux, G., Dreno, B., Chosidow, O. (2004).** Treatment of seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol*;131:130-4

Références bibliographiques

Quéreux, G. (2005). *Dermatite séborrhéique. EMC - Dermatologie-Cosmétologie, 2(3), 147–159.*

Rachidi, W.(2013). *Physiologie cutanée.* [Cours] Grenoble : Université Joseph Fourier.

Repellin, A & S Roure (2009). La photosensibilisation iatrogène et les réactions croisées : le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge. Sciences pharmaceutiques.

Reymond, J. L., &Amblard, P. (1990). Dermite séborrhéique. Un siècle de controverse [Seborrheicdermatitis. A century of controversy]. *Pressemedicale (Paris, France : 1983), 19(22), 1030–1031.*

Robert-Cunrath Nathalie. (7 Février 2015). Les croûtes de lait. Le Moniteur des pharmacies, n°3066, p. 62.

Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, (1992). Textbook of dermatology, vol.1 et 4, Blackwell scientific publication, 5ème éd., Oxford, pp :776 - 865.

Sampaio, A. L., Mameri, A. C., Vargas, T. J., Ramos-e-Silva, M., Nunes, A. P., &Carneiro, S. C. (2011). Seborrheic dermatitis. *Anaisbrasileiros de dermatologia, 86(6), 1061–1074.*

Sanfilippo, A.M et English, J.C. (2006). An Overview of Medicated Shampoos Used in Dandruff Treatment; 31(7): 396.

SauratJM ,Grosshans E , Langier P, Lachapelle JM. (2004). *Dermatite séborrhéique.* Masson, 4^o édition ; p856-860.

Shifrine, M, Marr, A.G. (1963). The requirement of fatty acids by *Pityrosporum ovale*. *J.gen. Microbiol, 32, 263-270.*

Sibbald, D. (2002). Seborrheic Dermatitis, Dandruff and psoriasis. Dans : Patient Self-Care. 1re éd. Canadian Pharmacist Association: 508-28.

Smith, K. J., Skelton, H. G., Yeager, J., Ledsky, R., McCarthy, W., Baxter, D., Turiansky, G. W., Wagner, K. F., &Turianski, G. (1994). Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: a 42-month prospective study. Military Medical Consortium for the Advancement of Retroviral Research (MMCARR). *Journal of the American Academy of Dermatology, 31(5 Pt 1), 746–754.*

Références bibliographiques

Soeprono, F. F., Schinella, R. A., Cockerell, C. J., &Comite, S. L. (1986).Seborrheic-like dermatitis of acquired immunodeficiency syndrome. A clinicopathologic study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 14(2 Pt 1), 242–248.

Stefanaki I, Katsambas A. (2010).Therapeutic update on seborrheic dermatitis.*Skin therapy letter.*; 15(5):1-4.

Sugita, T., Takashima, M., Shinoda, T., Suto, H., Unno, T., Tsuboi, R., ... Nishikawa, A. (2002). *New Yeast Species, Malassezia dermatis, Isolated from Patients with Atopic Dermatitis. Journal of Clinical Microbiology*, 40(4), 1363–1367.

Tennstedt, D. (2001). Les dermatoses érythématosquameuses du cuir chevelu. *Louvain médical*, 120(9), S340-S346.

Touboul M, Dutray V, Consoli R.J, Touboul S. (2007). Stress et dermatite séborrhéique : *Ann DermatolVénérol*; 134 : 833-837.

Touré, S. M. (2012). Aspect épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

Liens Webographiques :

<https://activilong.com>

<http://www.mayoclinic.org>

<http://symptoetraitement.com/soins/pityriasis-versicolor>

<http://howmed.net/microbiology/superficial-mycoses/>

<http://cliniquemedecine.com/croutes.html>



Annexe I

	Aspects cliniques	Principales différences
Psoriasis	Plaques érythémato-squameuses infiltrées bien délimitées. Peu mimer la DS au niveau de scalp surtout, ainsi qu'au niveau du visage, plus rarement au niveau des plis dans le psoriasis inversé.	Lésions plus infiltrées, avec des squames blanchâtres, peu prurigineuses. Rechercher des atteintes des faces d'extension, de l'aire sacrale, des ongles, une langue géographique, une anamnèse familiale, etc.
Eczéma de contact subaigu ou chronique	Lésions érythémato-squameuse « sèches » mal délimitées. Très prurigineuses. Peu arriver au niveau du scalp et de la face. Rechercher à l'anamnèse l'utilisation de maquillage, teinture, etc.	Lésions souvent polymorphes, avec œdèmes, vésicules, érosions, croûtes, lichénification. Très prurigineux. Souvent isolé. Rechercher à l'anamnèse une exposition à allergène, des antécédents d'eczéma. Les patches tests confirment le diagnostic.
Dermatite atopique	Lésions érythémato-squameuse « sèches » mal délimitées. Très prurigineuses. Peu arriver au niveau du scalp et de la face. Surtout chez les nourrissons.	Lésions souvent polymorphes, avec œdèmes, vésicules, érosions, croûtes, lichénification. Très prurigineux. Chez l'enfant, atteinte typique des plis flexuraux. Recherche une anamnèse familiale d'atopie, asthme, rhinite allergique et signes mineurs d'atopie (xéros, pâleur centrofaciale, plis de Dennie Morgan, etc
Rosacée	Papulopustules médiofaciales avec érythème télangiectasique et parfois flush.	Rarement squameux, pas d'atteintes du scalp, respect des sillons nasogéniens.
Teigne	Plaques érythémato-squameuses du scalp, alopeciantes.	Rechercher à l'anamnèse un contact avec une personne ou un animal atteint. Un examen direct mycologique et une culture dans le milieu de Sebouraud (trois semaines) font le diagnostic.
Lupus	-Aigu : lésion érythémato-œdémateuse en vespertillo du visage. -Subaigu : plaques érythémato-squameuses ± annulaires du tronc, rarement atteinte du visage. Chronique : plaques érythémato-squameuses avec hyperkératose folliculaire.	Recherche une photosensibilité, des atteintes systémiques ou typiques d'une connectivité (arthralgies, syndrome sec, aphtose, Raynaud...). Doser le facteur antinucléaire en cas de suspicion.
Dermatomyosite	Lésions typiquement érythémato-violacée du visage, parfois finement squameuses, peu atteindre le scalp.	Rash héliotrope. Recherche des atteintes des mains, des signes de myosine ou d'atteinte systémique. Respect des sillons nasogéniens.

Diagnostic différentiel de la dermatite séborrhéique.

Annexe II

Université Mouloud Mameri Tizi Ouzou

Master en Biologie

Service de Parasitologie –Mycologie Médicale.

Fiche de renseignement ‘la dermatite séborrhéique’

Patient N°.....

Date :.....

I. Identité du patient :

Nom :.....

Prénom :

N° de Tél :.....

Habitat :.....

Age :

Sexe : M F

Profession :

La poussée actuelle : Primo infection ; Récidive

Antécédents : Maladie de parkinson ; Troubles psychiatriques ; Individu alcoolique

*Diabète , Traitement immunosuppression :

Autre :

Avez-vous quelqu'un dans votre famille qui a déjà eu cette affection ? Oui Non

II. Données cliniques :

1. La durée d'évolution :

<3mois 3-6moi 6-9mois 9mois- 1an plusieurs années

*L'évolution est :

Chronique : continue ; avec apparition hivernale Poussée / rémission

2. Type des lésions :

Macule papule érythème me croute pustule Prurit

Autre :

3. Topographie des lésions :

Sillon nasogénien chevelu barbe les aisselles les paupières
les oreilles

Sourcils front la région dorsale les organes génitaux la région abdominale

Autre :

4. Dermatose(s) associée (s) : Oui Non

Type de dermatose associée :

III. Facteurs favorisants :

L'anxiété, stress

Le manque de sommeil

La transpiration : exagérée moyenne faible

L'exposition au soleil

IV. Traitement :

1. **Traitement antérieur :** Oui Non

Auto médication à l'occasion d'une consultation externe

2. **Traitement prescrit :**

Antifongique : crème ; gel

Dermocorticoïdes

Cosmétique

• Evolution :

*Bonne évolution.

*réduire, échec.

V. Données mycologiques :

Examen mycologique	Positif	Négatif
Examen direct		
Scotch test		
La lampe Wood		

Etude clinique et épidémiologique de la dermatite séborrhéique dans la wilaya de Tizi-Ouzou

Résumé

La peau, comme toutes les parties de corps humain, est exposée à des facteurs qui peuvent être nuisible et être responsable chez certaines personnes des affections dermatologiques. La dermatite séborrhéique est une affection cutanée bénigne non contagieuse dont les facteurs causals sont principalement la séborrhée et le *Malassezia*. Elle affecte le nourrisson, l'enfant et l'adulte. Elle dure pendant des années. Elle peut apparaître en forme de poussées selon les saisons.

Notre travail il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au niveau du service de dermatologie 2000 logements à partir des dossiers des patients consultés dans le but de faire une étude statistique des données recueillies de 01 janvier 2016 au 25 avril 2021, et d'une étude prospective réalisée au sein de laboratoire Parasitologie-Mycologie médicale CHU de Tizi-Ouzou de 25 avril au 06 juillet 2021 dans le but de tracer le profil épidémiologique de dermatite séborrhéique et de déterminer la prévalence de cette dermatose. Un examen direct a été réalisé systématiquement.

L'étude rétrospective a montré que l'atteinte chez la femme est plus élevée (62cas) que chez les hommes avec (59cas) or que nous avons trouvé le contraire par rapport à l'étude prospective (5 hommes et 4 femmes). La tranche d'âge comprise entre (25-64) ans été la plus touchée avec un taux d'infestation de 57.85%. Le siège de la localisation est prédominant au niveau de cuir chevelu avec un taux d'infestation de (42.11%). Le milieu urbain est plus touché par la DS que le milieu rural.

Mots clés : la peau, la dermatite séborrhéique, la séborrhée, *Malassezia*, examen direct.

Clinical and epidemiological study of seborrheic dermatitis in the wilaya of Tizi-Ouzou

Abstract

The skin, like all parts of the human body, is exposed to factors that can be harmful and be responsible for some people of dermatological diseases. Seborrheic dermatitis is a benign non-contagious skin condition whose causal factors are mainly seborrhea and *Malassezia*. It affects infants, children and adults. It lasts for years. It can appear in the form of outbreaks depending on the season.

Our work is a retrospective study carried out at the level of the dermatology service 2000 housing from the files of the patients consulted in order to make a statistical study of the data collected from 01 January 2016 to 25 April 2021, and a prospective study carried out within the laboratory Parasitology-Mycology medical CHU of Tizi-Ouzou from 25 April to 06 July 2021 with the aim of tracing the epidemiological profile of seborrheic dermatitis and to determine the prevalence of this dermatosis. A direct examination was systematically performed.

The retrospective study showed that women had a higher incidence of seborrheic dermatitis (62 cases) than men (59 cases), whereas the opposite was found in the prospective study (5 men and 4 women). The age group between (25-64) years was the most affected with an infestation rate of 57.85%. The location of the disease is predominantly on the scalp with an infestation rate of 42.11%. The urban area is more affected by DS than the rural area.

Key words: skin, seborrheic dermatitis, seborrhea, *Malassezia*, direct examination.





