



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

Mémoire

De fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de

Master

Domaine : Sciences de la nature et de la vie

Filière : Sciences biologiques

Spécialité : Parasitologie

Thème :

Analyse clinique et épidémiologique de la
dermatite séborrhéique à la polyclinique du CHU
de Tizi Ouzou

Présenté par : Mlle AOUGAR Narimane & Mlle ARBADJI Asma

Président : Mr BOUKHEMZA M.

Professeur UMMTO

Promotrice : Mme BOUKHEMZA-ZEMMOURI N.

Professeure UMMTO

Co-promotrice : Mme SEKOUANE R.

Maitre assistante CHU T.O

Examinatrice : Mme YOUSFI S.

Maitre de conférences A, UMMTO

2024/ 2025

Remerciements

Avant tout développement sur cette expérience il apparait opportun de commencer ce travail par des remerciements.

Nous remercions Allah le Tout puissant et le bienveillant, de nous avoir accordés le succès, les bénédictions, la santé et surtout le courage d'accomplir ce travail et que sans lui nous ne serions pas là.

À notre promotrice **Madame BOUKHEMZA**,

Nous tenons à exprimer nos plus profonds remerciements à **Madame BOUKHEMZA**, notre promotrice, pour la confiance qu'elle nous accordée en acceptant d'assurer l'encadrement de notre projet de fin d'étude.

Nous la remercions sincèrement pour la qualité exceptionnelle de son encadrement, ainsi que pour sa bienveillance et sa gentillesse, sa disponibilité tout au long de ce travail.

Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans votre aide et votre encadrement.

À notre promotrice **Madame BOUKHEMZA**,

À notre Co-promotrice le **Dr SEKOUANE**,

Nous tenons à remercier le **Dr SEKOUANE** Maitre assistante en dermatologie au C.H.U. de TIZI-OUZOU pour le temps qu'elle nous a consacré, pour son aide et sa collaboration pour élaborer ce travail malgré ses multiples sollicitations professionnelles.

A tous les membres de **JURY**,

Nous remercions également tous les membres de jury qui nous ont fait l'honneur d'avoir accepté d'évaluer et de juger notre travail. Leur présence, leur disponibilité et leurs observations enrichissantes témoignent de l'intérêt qu'ils portent à notre projet, et nous leurs sommes profondément reconnaissantes.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

À ma merveilleuse mère **NAIMA**, qui a toujours cru en moi et m'a encouragé à poursuivre mes rêves. Sans toi, je n'aurais pas acquis la force et la résilience nécessaires pour aboutir à ce stade. Je t'aime maman et j'implore le tout puissant pour qu'elle t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

A mon cher père **AMAR**, ton soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour éducation et ma formation que dieu te garde et te protège.

À **mes chers frères** et à **ma sœur**, pour leur soutien moral et leurs précieux conseils tout au long de mes études. Je vous aime profondément, que Dieu vous protège et vous garde pour moi.

Sans oublier ma binôme **ASMA** pour son soutien moral, sa patience et sa compréhension tout au long de ce projet.

A toutes les personnes que j'aime et qui m'aiment.

NARIMANE

Dédicace

Avant toute chose, je tiens à me remercier. Pour être restée engagée du début à la fin, pour avoir cru en mes capacités et pour avoir donné le meilleur de moi-même, avec constance et sérieux. Ce parcours m'a renforcée et m'a permis d'avancer avec assurance.

Je remercie chaleureusement **mes parents**, pour leur amour, leur patience et leur soutien indéfectible. Leur confiance m'a toujours accompagnée et m'a encouragée à persévérer.

Merci à **mes frères et sœurs** pour leur présence, leurs encouragements et leur bonne humeur, qui m'ont apporté du réconfort dans les moments plus exigeants.

Enfin, je tiens à remercier **ma binôme**, pour sa collaboration fidèle, son implication et son esprit d'équipe. Ce travail commun s'est fait dans le respect, l'écoute et la complémentarité.

Merci à **vous tous**. Ce chemin, je l'ai parcouru avec ma propre volonté, mais aussi grâce à votre présence à mes côtés

Sommaire

Liste des figures

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Glossaire

Introduction.....01

Chapitre I : Revue bibliographique

I.1. Généralités sur la peau.....03

I.1.1. Définition.....03

I 1.2. Anatomie de la peau.....03

I.1.2.1. Épiderme.....03

I.1.2.2. Derme.....04

I.1.2.3. Hypoderme.....05

I.1.2.4. Annexes cutanées.....05

I.1.2.5. Fonctions de la peau.....05

I.1.2.5.1. Protection.....05

I.1.2.5.2. Barrières physique ou mécanique.....06

I.1.2.5.3. Barrières chimique.....06

I.1.2.5.4. Barrières biologique.....06

I.2. Cuir chevelu.....06

I.2.1. Définition.....06

I.2.2. Différentes couches du cuir chevelu.....07

I.3. Séborrhée.....	08
I.3.1. Définition de la glande sébacée (G.S.).....	08
I.3.2. Composition et fonction du sébum.....	08
I.4. Genre <i>Malassezia</i>.....	09
I.4.1. Définition.....	09
I.4.2. Morphologie.....	09
I.4.3. Classification.....	10
I.4.3.1. Taxonomie.....	10
I.4.3.2. Différentes espèces du genre <i>Malassezia</i>.....	11
I.4.4. Caractéristiques du genre <i>Malassezia</i>.....	11
I.4.4.1. Reproduction.....	11
I.4.4.2. Structure de la paroi de levure.....	12
I.4.4.3. Croissance et nutrition.....	12
I.5. Dermite séborrhéique (D.S.).....	12
I.5.1. Définition.....	12
I.5.2. Physiopathologie de la D.S.....	12
I.5.2.1. Implication de <i>Malassezia</i> dans la D.S.....	13
I.5.2.1.1. <i>Malassezia furfur</i>.....	13
I.5.2.1.2. Autres levures <i>Malassezia</i> impliquées dans la D.S.....	13
I.5.3. Épidémiologie.....	13
I.5.3.1. Prévalence de la D.S.....	13
I.5.3.2. Groupes d'âge et sexes les plus touchés.....	14
I.5.3.3. Facteurs génétiques et environnementaux.....	14
I.6. Maladies associées à la dermatite séborrhéique.....	15

I.6.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine.....	15
I.6.2. Troubles de l'humeur.....	15
I.6.3. Maladie de Parkinson.....	16
I.6.4. Cancer des voies aérodigestives supérieures.....	16
I.6.5. Autres facteurs favorisants.....	16
I.7. Aspect clinique de la dermatite séborrhéique.....	17
I.7.1. Dermatite séborrhéique de l'adulte.....	17
I.7.1.1. Atteinte du cuir chevelu.....	17
I.7.1.2. Atteinte du visage.....	17
I.7.1.3. Atteinte du tronc.....	18
I.7.1.4. Autres atteintes possibles.....	18
I.7.2. Dermatite Séborrhéique du nouveau-né et du nourrisson.....	19
I.7.3. Formes cliniques selon le terrain.....	21
I.8. Diagnostic de la dermatite séborrhéique.....	22
I.8.1. Diagnostic clinique.....	22
I.8.2. Diagnostique mycologique.....	22
I.8.3. Diagnostic biologique.....	22
I.8.3.2. Prélèvement.....	23
I.8.3.3. Examen direct.....	23
I.8.3.4. Culture.....	24
I.9. Diagnostic différentiel.....	25
I.9.1. Psoriasis des régions séborrhéiques (sébopsoriasis).....	25
I.9.2. Dermatite atopique.....	25
I.9.3. Dermatophytie.....	26
I.10. Traitement de la dermatite séborrhéique.....	26
I.10.1. Traitements topiques.....	26

I.10.3. Entretien de la peau et hygiène.....	27
I.10.4. Traitements systémiques.....	27

Chapitre II : Matériel et méthodes

II.1. Objectifs de l'étude.....	29
II.2. Type, lieu et période de l'étude.....	29
II.3. Population étudiée.....	30
II.4. Modalités de recueil des données.....	30
II.5. Préparation du patient à l'examen.....	30
II.6. Matériels utilisés.....	30
II.7. Méthodes utilisées.....	31
II.7.1. Prélèvement.....	31
II.7.2. Examen microscopique.....	32
II.7.3. Culture.....	33
II.7.4. Méthode d'analyse des résultats.....	33

Chapitre III : Résultats

III.1. Cas de dermatite séborrhéique observés durant la période d'étude.....	34
III.2. Données épidémiologiques.....	34
III.2.1. Répartition des patients atteints de dermatite séborrhéique selon le sexe.....	34
III.2.2. Répartition des patients atteints de dermatite séborrhéique selon l'âge.....	35
III.2.3. Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	36
III.3. Données cliniques.....	37
III.3.1. Répartition des patients atteints de D.S. selon le siège des lésions.....	37
III.3.2. Répartition des patients atteints de D.S. selon les facteurs favorisants.....	38

III.3.3. Répartition des patients atteints de D.S. selon la récurrence.....	38
III.3.4. Distribution des cas atteints de D.S. selon type de lésions.....	39

Chapitre VI : Discussion

Conclusion.....	45
-----------------	-----------

Références bibliographiques

Annexes

Résumé

La dermatite séborrhéique (DS) est une dermatose inflammatoire chronique et récidivante, localisée préférentiellement sur les zones riches en glandes sébacées, telles que le cuir chevelu, le visage et le tronc. Bien que bénigne, cette affection impacte considérablement la qualité de vie des patients. En Algérie, les données épidémiologiques sur la DS restent limitées.

Ce mémoire présente une étude prospective réalisée entre février et mai 2025 au sein de deux structures de santé de la wilaya de Tizi-Ouzou : le service de dermatologie de la clinique Mohamed Boudiaf et le laboratoire de parasitologie-mycologie du CHU. L'objectif était de déterminer le taux d'infestation locale, de caractériser les manifestations cliniques et topographiques de la DS, et d'identifier les principaux facteurs favorisants.

L'étude a porté sur 22 patients confirmés DS sur un total de 80 cas suspects, soit un taux d'infestation de 27,5 %. Les femmes étaient les plus touchées (64 %), et la majorité des cas concernaient les jeunes adultes âgés de 15 à 45 ans. Les lésions se situaient principalement au niveau du cuir chevelu et du visage, sous forme d'érythèmes squameux, souvent accompagnés de prurit. Plus de 60 % des cas étaient récidivants. Parmi les facteurs favorisants identifiés, le stress, le manque de sommeil et une exposition solaire excessive figuraient en tête, aux côtés de pratiques d'hygiène inadaptées et d'antécédents familiaux.

Sur le plan diagnostique, l'observation clinique reste primordiale, mais elle peut être complétée par un examen mycologique, notamment par la mise en évidence de levures du genre *Malassezia*. Le traitement repose principalement sur des antifongiques topiques associés à des soins d'hygiène adaptés. Dans les formes résistantes, un recours aux traitements systémiques peut être envisagé.

Cette étude met en évidence la nécessité d'une prise en charge individualisée, d'un suivi dermatologique régulier et d'une meilleure sensibilisation à l'hygiène cutanée pour limiter les récurrences et améliorer la qualité de vie des patients atteints de DS.

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

Abstract

Seborrheic dermatitis (SD) is a chronic, relapsing inflammatory skin condition that predominantly affects areas rich in sebaceous glands, such as the scalp, face, and upper trunk. Although it is a benign disease, its impact on patients' quality of life can be significant. In Algeria, epidemiological data on SD remains scarce.

This thesis presents a prospective study conducted between February and May 2025 in two major healthcare facilities in the wilaya of Tizi-Ouzou: the dermatology department of the Mohamed Boudiaf Clinic and the Parasitology-Myology Laboratory of the University Hospital Center (CHU). The objectives were to determine the local prevalence of SD, describe its clinical and topographical features, and identify the main contributing factors.

The study included 22 confirmed SD cases out of 80 suspected patients, yielding an infestation rate of 27.5%. Women represented the majority of cases (64%), and most patients were young adults aged between 15 and 45. Lesions were predominantly located on the scalp and face, appearing as erythematous, scaly patches, often associated with pruritus. Over 60% of cases were recurrent. The most frequently reported aggravating factors included psychological stress, sleep deprivation, excessive sun exposure, poor skin hygiene practices, and a family history of SD.

Diagnosis was primarily clinical, though mycological examination (e.g., scotch tape test) helped confirm the presence of lipophilic yeasts of the *Malassezia* genus. Treatment primarily relied on topical antifungal agents combined with anti-inflammatory creams and appropriate skin care. Systemic treatment was considered for severe or resistant cases.

This study highlights the significant frequency and multifactorial nature of seborrheic dermatitis in the region. It underlines the importance of accurate clinical diagnosis, personalized care, and preventive hygiene measures to reduce recurrences and improve patient outcomes.

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

Liste des figures

Numéro	Titres	Page
Figure 1	Structure de la peau.	3
Figure 2	Anatomie du cuir chevelu.	7
Figure 3	Structure de la glande séborrhée.	8
Figure 4	La morphologie des levures de <i>Malassezia</i> spp. sous microscope électronique.	10
Figure 5	Dermite séborrhéique du tronc.	18
Figure 6	Blépharite séborrhéique.	18
Figure 7	Dermite Séborrhéique du nourrisson, atteinte du siège.	20
Figure 8	Dermite séborrhéique de cuir chevelu chez le nourrisson.	20
Figure 9	Dermite séborrhéique du nourrisson, atteinte axillaire.	20
Figure 10	Dermite séborrhéique du nourrisson : atteinte buccale, du pli du cou et du tronc.	20
Figure 11	Croûte de lait ou dermite séborrhéique du nourrisson.	20
Figure 12	D.S. au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine mimant « un masque lupique ».	21
Figure 13	D.S. profuse au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine.	21
Figure 14	Examen direct d'un scotch test positif.	24
Figure 15	Culture sur Sabouraud recouvert d'huile d'olive.	24
Figure 16	Sébopsoriasis	25
Figure 17	Lieu de l'étude prospective (Unité de Mycologie médicale du laboratoire de Parasitologie-Mycologie du C.H.U. de Tizi-Ouzou).	29
Figure 18	Le matériel utilisé dans l'examen mycologique de la D.S.	31
Figure 19	La technique du scotch test.	32
Figure 20	La technique de grattage sur la zone de cuir chevelu.	32
Figure 21	Taux d'infestation global de la dermatite séborrhéique.	34
Figure 22	Répartition des patients atteints de D.S. selon le sexe.	35
Figure 23	Répartition des patients atteintes de D.S selon les tranches d'âges	36

Figure 24	Distribution des patients atteints de D.S selon le siège de lésion.	37
Figure 25	Répartition des cas de dermite séborrhéique en fonction du caractère récidivant.	39
Figure 26	Distribution de la dermite séborrhéique selon le type des lésions.	40

Liste des tableaux

Numéro	Titre	Page
Tableau I	Répartition des patients atteints de D.S. selon le lieu de résidence.	37
Tableau II	Répartition des patients atteints de D.S. selon les facteurs favorisants.	38

Liste des abréviations

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

D.S.: Dermite séborrhéique

E.D. : Examen direct

Fig. : Figure

G.S. : Glande sébacée

M. : *Malassezia*

P.H. : potentiel Hydrogène

P. ovale : *Pityrosporum ovale*

S.I.D.A. : Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis

T.O. : Tizi-Ouzou

U.V. : Ultraviolet

VIH : Virus de l'immunodéficienc humaine

% : Pourcentage

Glossaire

Antifongique : médicament ou substance utilisée pour traiter les infections causées par des champignons (mycoses).

Antigène : substance étrangère à l'organisme (virus, bactérie, toxine...) déclenchant une réponse immunitaire.

Atrophie cutanée : amincissement de la peau, qui devient fine, fragile, parfois translucide, avec un aspect de « papier à cigarette ».

Blépharite séborrhéique : inflammation chronique des bords des paupières due à un excès de sébum, souvent accompagnée de pellicules à la base des cils.

Couche cornée : couche la plus externe de l'épiderme, formant une barrière protectrice contre l'environnement.

Dermite spongiforme : inflammation de la peau avec œdème entre les cellules de l'épiderme (spongieuse).

Eczéma : affection cutanée provoquant des plaques rouges irritantes, souvent suintantes et causées par une allergie.

Fluorescence : émission de lumière par une molécule après avoir été excitée par une source d'énergie.

Follicule pileux : structure de la peau d'où pousse le poil, comprenant la racine et les glandes associées.

Follicule velus : petit follicule pileux qui produit un duvet fin.

Immunocompétent : se dit d'un organisme capable de se défendre contre des agents pathogènes.

Immunodépression : affaiblissement du système immunitaire, rendant le corps plus vulnérable aux infections.

Kératinocytes : cellules de l'épiderme produisant la kératine, protéine protectrice de la peau.

Lupus : maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire attaque les tissus sains, provoquant des inflammations.

Macrophages : cellules immunitaires qui détruisent les microbes et les cellules mortes ; elles jouent un rôle dans la défense et la réparation des tissus.

Mélanocytes : cellules de l'épiderme produisant la mélanine, pigment qui donne la couleur à la peau, aux cheveux et aux yeux.

Milieu sabouraud : milieu de culture utilisé pour faire pousser des champignons (levures, moisissures) en laboratoire.

Nécrose : mort locale de cellules ou de tissus, souvent due à une lésion grave ou à un manque d'oxygène.

Neuroleptiques : médicaments psychotropes (ou antipsychotiques) utilisés pour traiter la schizophrénie et certains troubles de l'humeur.

Para kératose : kératinisation anormale de l'épiderme où les cellules mortes conservent leur noyau.

Psoriasis : maladie inflammatoire non contagieuse caractérisée par des plaques rouges épaisses et squameuses, surtout sur les coudes, genoux et cuir chevelu.

Rhinite allergique : inflammation du nez provoquée par une allergie (pollen, poussière...), avec éternuements, nez qui coule ou bouché.

Sébum : substance grasse produite par les glandes sébacées pour protéger et hydrater la peau et les cheveux.

Sérologie : analyse du sérum sanguin permettant de détecter des anticorps ou antigènes pour diagnostiquer des infections.

Septum : cloison séparant deux parties d'un organe (ex. : septum nasal ou cardiaque).

Tissu adipeux : tissu conjonctif riche en cellules graisseuses (adipocytes), servant à stocker l'énergie.

Tissu conjonctif : tissu qui soutient, relie ou protège les organes ; composé de cellules et de fibres, présent dans tout le corps.

Traumatisme : lésion physique ou psychologique causée par un choc, un accident ou une agression.

Introduction

La dermatite séborrhéique (D.S.) est une dermatose inflammatoire chronique courante de la peau, à caractère récidivant, affectant préférentiellement les zones riches en glandes sébacées, telles que le cuir chevelu, le visage (plis nasogéniens, sourcils, conduits auditifs externes) et la partie antérieure du thorax.

Bien que la physiologie exacte de la maladie ne soit pas encore claire, les théories actuelles soulignent le rôle du microbiote présent à la surface de la peau. Les levures du genre *Malassezia* ont longtemps été considérées comme le principal facteur prédisposant, même si la relation de cause à effet n'a pas été fermement établie.

D'autres facteurs prédisposant sont de plus en plus décrits, notamment l'activité sébacée, l'immunité de l'hôte génétique, l'intégrité de la barrière épidermique, le microbiote cutané, les facteurs neurologiques et les influences environnementales (**Cheikh, 2023**).

En Algérie, peu d'études ont été réalisées sur la dermatite séborrhéique. On cite notamment les travaux de **Boudghene (1995)**, **Nedjmaoui et Tib (2017)** à Tlemcen, **Halzoun et Guellil (2021)**, **Soualah et Chebli (2023)** dans la région de Tizi-Ouzou. Malgré la fréquence non négligeable de cette affection, les données locales restent rares. Dans cette optique, nous avons entrepris une étude prospective visant à caractériser le profil épidémiologique et les manifestations cliniques de la dermatite séborrhéique au sein de la population consultant dans deux structures sanitaires majeures de la wilaya de Tizi-Ouzou.

L'objectif de ce travail est triple :

- Déterminer le taux d'infestation locale de la D.S. au sein de la population consultante ;
- Décrire ses caractéristiques cliniques et topographiques ;
- Identifier les facteurs favorisant les plus fréquemment associés, sur la base d'une analyse descriptive rigoureuse.

Notre travail s'articule autour de quatre chapitres. Le premier chapitre consiste en une revue bibliographique sur la dermatite séborrhéique. Un second chapitre est dédié à la méthodologie de travail. Il s'agit de diagnostiquer les cas de dermatite séborrhéique au niveau de l'unité de dermatologie de la clinique des 2000 logements Mohamed Boudiaf, ainsi qu'au service

parasitologie-mycologie du C.H.U. de Tizi-Ouzou. Les résultats obtenus seront présentés sous forme de tableaux et graphiques dans le troisième chapitre. Un quatrième chapitre est consacré à la discussion des résultats. Enfin le travail se termine par une conclusion.

I.1. Généralités sur la peau

I.1.1. Définition

La peau est un organe vital qui recouvre et protège l'ensemble du corps. Elle représente l'organe le plus vaste et le plus lourd du corps humain, avec une masse variant entre 4 et 10 kg chez l'adulte et une superficie d'environ 2 m². Son épaisseur diffère selon les régions du corps : elle est d'environ 1 mm au niveau des paupières (peau fine) et peut atteindre 4 mm au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds (peau épaisse) (**fig.1**). Ces dimensions varient également en fonction de la taille et du poids de chaque individu (**Mélissopoulos et Levacher, 1998**).

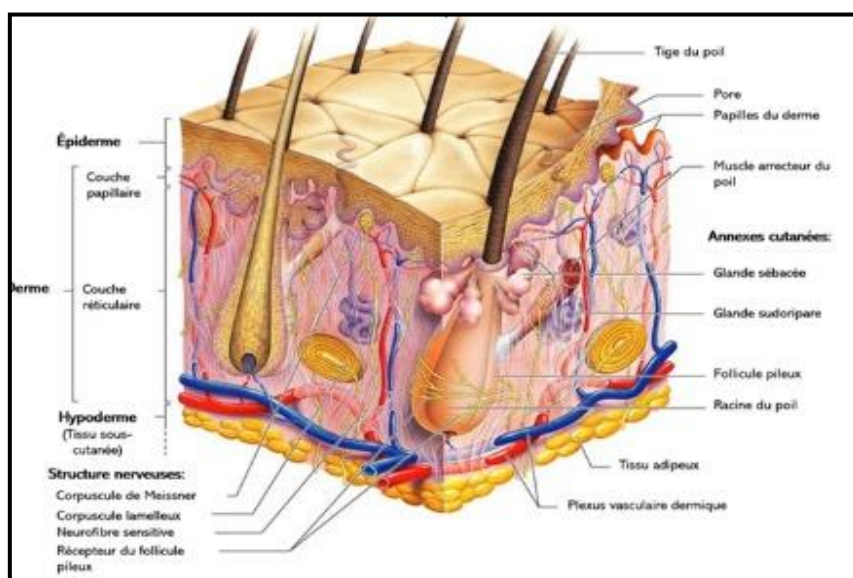


Figure 1 : Structure de la peau (**Arda et al., 2014**)

I.1.2. Anatomie de la peau

I.1.2.1. Épiderme

L'épiderme est un épithélium de revêtement pluristratifié, kératinisé, non vascularisé mais innervé. Son épaisseur varie entre 40 µm et 6 mm selon les régions du corps. Il est principalement composé de kératinocytes, qui représentent environ 95 % de sa structure (**Mouallif, 2011**). On y retrouve également d'autres types cellulaires, tels que les cellules de Merkel, impliquées dans la sensibilité tactile, les mélanocytes, responsables de la production

Chapitre I : Revue bibliographique

De mélanine, ainsi que les cellules de Langerhans, qui participent à la réponse immunitaire de la peau (Evrard, 2016). D'après Guy (2013) et Démarchez (2015), l'épiderme est organisé en Cinq couches distinctes : La couche cornée : Il s'agit de la couche la plus superficielle, en contact direct avec l'environnement. Elle est constituée de cornéocytes, cellules polyédriques aplaties, qui forment une barrière imperméable.

La couche granuleuse : Mince et composée de cellules granuleuses aplaties, elle contient des grains de kératohyaline et des granules lamellaires, qui participent à la formation de la barrière cutanée.

La couche de Malpighi (ou couche épineuse) : Située au-dessus de la couche basale, elle représente la plus grande partie de l'épiderme. Elle est composée de cellules polygonales dans les couches inférieures, qui s'aplatissent progressivement en remontant vers la surface. Ces cellules sont reliées entre elles par des desmosomes, assurant la cohésion de l'épiderme. La couche basale : C'est la couche la plus profonde de l'épiderme, constituée d'une seule rangée de cellules basales. Ces cellules renferment des granules de mélanine, dont l'abondance varie selon la pigmentation de la peau. La couche claire (ou stratum lucidum) : Présente uniquement dans les zones de peau épaisse (paumes des mains, plantes des pieds), elle est composée de cellules translucides.

I.1.2.2. Derme

Le derme est un tissu conjonctif à la fois résistant et flexible, lui conférant élasticité et solidité (Evrard, 2016). Son épaisseur moyenne varie entre 1 et 2 mm, mais elle peut atteindre 3 à 4 mm au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds, tandis qu'elle est plus fine au niveau des paupières et du prépuce (environ 0,6 mm).

Classiquement, le derme est divisé en deux régions distinctes selon la composition et l'organisation de leur matrice extracellulaire :

- Le derme papillaire : Situé dans la partie superficielle, juste sous l'épiderme, il forme les papilles dermiques qui s'intercalent entre les crêtes épidermiques.
- Le derme réticulaire : Plus profond, il est constitué d'un tissu conjonctif dense, formé d'un réseau entrecroisé de grosses fibres de collagène et

De fibres élastiques. Ces fibres sont orientées majoritairement de manière parallèle à la surface de la peau, renforçant sa résistance et son élasticité (Démarchez, 2011).

I.1.2.3. Hypoderme

L'hypoderme est la couche située sous le derme. Il joue un rôle fondamental en reliant la peau aux structures sous-jacentes, tout en assurant une certaine mobilité. Il est principalement composé d'une couche de tissu adipeux (graisse de réserve), qui sert d'isolant thermique et de réserve énergétique. Ce tissu est fixé à la partie inférieure du derme grâce à des expansions de fibres de collagène et de fibres élastiques, assurant ainsi une liaison structurelle entre les deux couches (**Marieb, 2010**).

I.1.2.4. Annexes cutanées

Les annexes cutanées sont principalement situées dans le derme et l'hypoderme. Elles regroupent les glandes sudoripares (ou sudorales), les glandes sébacées ainsi que les phanères, qui incluent les poils et les ongles

(**Pasteur, 2009**).

Les follicules pilo-sébacés sont répartis sur presque toute la surface de la peau, à l'exception des paumes des mains, des plantes des pieds ainsi que des faces latérales des doigts et des orteils.

Leur structure et leur relation avec les glandes sébacées permettent de distinguer trois types de follicules pilo-sébacés :

- Les follicules terminaux : présents au niveau des cheveux, de la barbe, du pubis et des aisselles.
- Les follicules velus (lanugineux) : très nombreux, ils sont les principaux producteurs de sébum.
- Les follicules sébacés : situés sur le visage et le haut du tronc, ils jouent un rôle dans la physiopathologie de l'acné (**Prost-Squarcioni, 2006**).

I.1.2.5. Fonctions de la peau

I.1.2.5.1. Protection

La peau agit comme une barrière protectrice contre les agressions extérieures. Elle préserve notre organisme des traumatismes physiques, des substances chimiques toxiques, des rayons UV et des agents infectieux, tels que les bactéries et les champignons (**Dréno, 2009**).

I.1.2.5.2. Barrières physique ou mécanique

La barrière physique ou mécanique de la peau repose sur l'intégrité de sa structure, notamment la continuité de la peau et de la couche superficielle de l'épiderme (stratum corneum). Cette barrière lui permet de résister aux agressions mécaniques (chocs, pressions, frottements), thermiques (chaleur, froid, rayonnement) et chimiques (contact avec l'eau, les acides ou les bases). La résistance, l'élasticité et la cohésion des différentes structures cutanées garantissent également la capacité de la peau à supporter les étirements, compressions et frictions constants auxquels elle est exposée (**Pasteur, 2009**).

I.1.2.5.3. Barrières chimique

La barrière chimique de la peau est assurée par les sécrétions cutanées, notamment le sébum produit par les glandes sébacées et le film acide protecteur. Ces éléments empêchent l'installation de micro-organismes pathogènes et ralentissent leur prolifération (**Levacher et Melissopoulus, 2012**).

Par ailleurs, la mélanine, un pigment synthétisé par les mélanocytes, agit comme un écran chimique en bloquant les rayons ultraviolets, protégeant ainsi les cellules viables de la peau contre les dommages causés par ces radiations (**Gurbault, 1999**).

I.1.2.5.4. Barrières biologique

La barrière biologique de la peau repose sur les macrophages présents dans l'épiderme, notamment les cellules de Langerhans. Ces cellules, essentielles au système immunitaire, détectent et présentent les substances étrangères ou antigènes aux lymphocytes et aux macrophages situés dans le derme. Ces derniers constituent une seconde ligne de défense, capable de neutraliser les virus et bactéries ayant réussi à franchir l'épiderme (**Pasteur, 2009**).

I.2. Cuir chevelu

I.2.1. Définition

Chapitre I : Revue bibliographique

Le cuir chevelu correspond à la partie de la peau qui recouvre le crâne. Il est constitué de plusieurs couches de tissus, incluant l'épiderme, les follicules pileux, les glandes sébacées ainsi qu'un réseau vasculaire dense (**fig.2**). Il joue un rôle fondamental dans la protection du crâne et Des structures sous-jacentes, tout en assurant la croissance et l'entretien des cheveux (**Bolognia et al., 2017**).

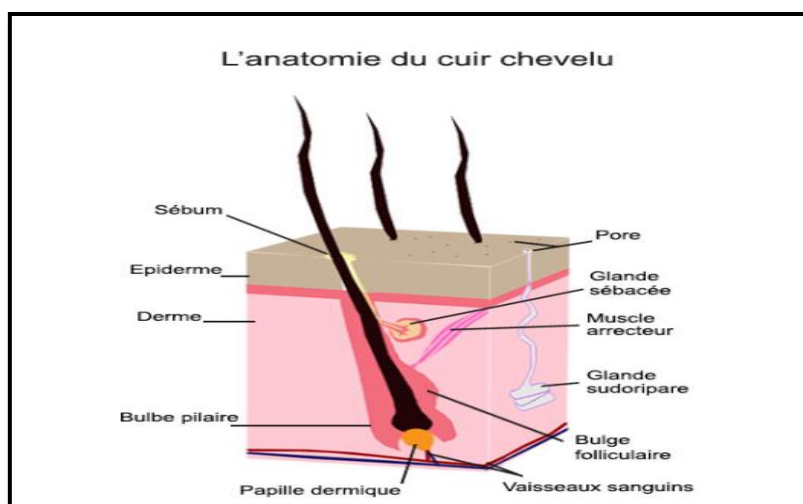


Figure 2: Anatomie du cuir chevelu (**Affairs, 1961**)

I.2.2. Différentes couches du cuir chevelu

À l'image de la peau, le cuir chevelu est composé de plusieurs couches superposées. Une coupe histologique de cette région permet d'identifier, de la surface vers la profondeur, différentes structures anatomiques (**El Idrissi, 2009**) :

- La peau, constituée de l'épiderme et du derme, formant la couche externe du cuir chevelu.
- Le tissu conjonctif, situé sous le derme, riche en fibres de collagène et d'élastine, contribuant à la résistance et à l'élasticité du cuir chevelu.
- L'aponévrose, une membrane fibreuse recouvrant la surface du crâne, jouant un rôle de soutien et de protection. Le tissu conjonctif aréolaire lâche, une couche peu dense située sous l'aponévrose, facilitant la mobilité du cuir chevelu par rapport aux structures sous-jacentes. Le
- Périoste, une couche de tissu osseux qui enveloppe le crâne et participe à sa régénération et à sa vascularisation.

I.3. Séborrhée

I.3.1. Définition de la glande sébacée (G.S)

Selon Jean **Revuz(2009)**, les G.S. sont des glandes exocrines microscopiques situées dans le derme, annexées aux follicules pileux, formant ainsi l'unité pilo-sébacée (**fig.3**).

Elles sont réparties sur presque tout le corps, à l'exception des paumes des mains et des plantes des pieds, et sont particulièrement abondantes sur le visage, le cuir chevelu, le dos et la poitrine

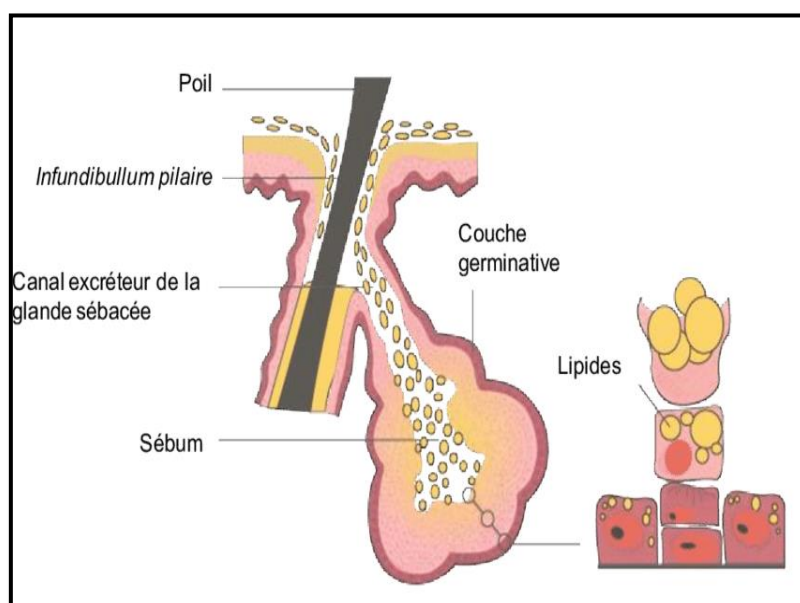


Figure 3 : Structure de la glande séborrhée (**El Houss, 2020**)

I.3.2. Composition et fonction du sébum

Les glandes sébacées jouent un rôle physiologique essentiel en produisant le sébum, une substance lipidique fondamentale pour la santé et la protection de la peau et des cheveux. Ce sébum crée une barrière hydrolipidique à la surface de la peau, contribuant à :

- **Hydratation** : il réduit la perte d'eau Trans épidermique et prévient le dessèchement de la peau.
- **Protection** : grâce à ses propriétés antimicrobiennes, il agit contre les agents pathogènes tels que les bactéries et les champignons.

- **Lubrification** : il préserve la douceur et la souplesse de la peau et des cheveux.
- **Régulation du pH** : en association avec le film acide de la peau, il maintient un pH cutané équilibré.

D'après **Zouboulis (2009)**, les glandes sébacées remplissent également des fonctions immunologiques et endocriniennes, en régulant les réponses inflammatoires cutanées et en sécrétant des substances bioactives.

Ces rôles font des glandes sébacées un élément central dans le maintien de l'équilibre et de la fonction protectrice de la peau (**Dalkowski et al., 1999**).

I.4. Genre *Malassezia*

I.4.1. Définition

Malassezia est un genre de levures lipophiles qui fait partie de la flore cutanée normale des humains et des animaux à sang chaud. Elles sont caractérisées par une paroi cellulaire épaisse et présente principalement dans les zones riches en sébum comme le cuir chevelu, le visage et le tronc. Ces levures sont généralement inoffensives.

I.4.2. Morphologie

Les cellules de *Malassezia*, dont la taille varie de 1,5 à 10 µm, présentent une forme généralement ronde à ovoïde et sont unipolaires (**fig.4**). Elles peuvent se multiplier par prolifération sympodiale et bourgeonner à partir d'une base

Large ou étroite (**Guého et al., 1996 ; Sugita et al., 2002 ; Hirai et al., 2004**). Contrairement aux autres espèces de *Malassezia*, *M. globosa* se distingue par des cellules typiquement sphériques, avec des bourgeons émergents d'une base étroite (**Aspiroz et al., 1999**).

Chapitre I : Revue bibliographique

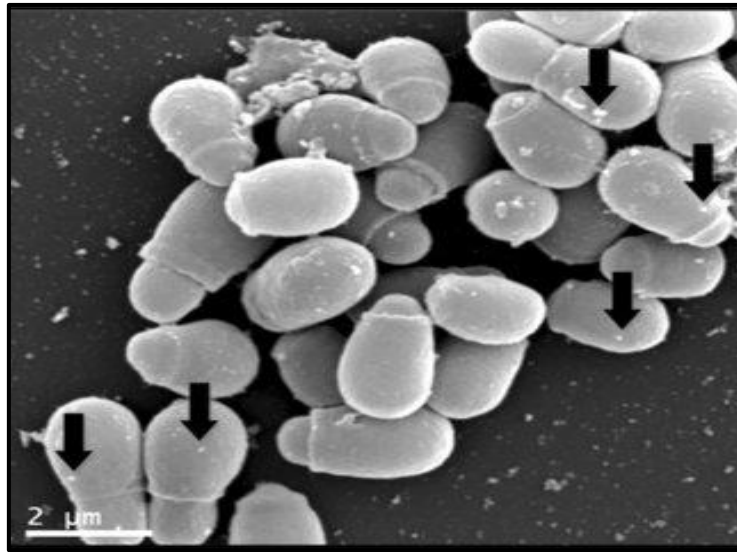


Figure 4 : La morphologie des levures de *Malassezia* spp. Sous microscope électronique

(Anonyme1)

I.4.3. Classification

I.4.3.1. Taxonomie

La classification du genre *Malassezia* a évolué au fil du temps et a fait l'objet de plusieurs révisions en raison des difficultés liées à sa culture.

Actuellement, le genre *Malassezia* appartient à :

- Règne :Fungi,
- Au phylum :Basidiomycota,
- Sous-division :Ustilaginomycotina,
- Classe : Exobasidiomycètes,
- Ordre :Malasseziales
- Famille :Malasseziaceae.

Cette évolution taxonomique a été influencée par les avancées dans les techniques de culture et d'analyse génétique (**Baillon, 1889**).

I.4.3.2. Différentes espèces du genre *Malassezia*

Le genre *Malassezia* comprend une espèce non lipodépendante, *Malasseziapachydermatis*, ainsi que plusieurs espèces lipodépendantes, telles que *Malasseziasympodialis*, *Malasseziaglobosa*, *Malasseziaobtusa*, *Malasseziarestricta*, *Malasseziaslooffiae*, *Malassezianana*, *Malasseziacaprae*, *Malasseziaequina*, *Malasseziadermatis*, *Malasseziajaponica* et *Malasseziayamotoensis*.

L'espèce la plus connue, *Malasseziafurfur*, a été observée pour la première fois en **1853 par Robin** à partir de prélèvements cutanés humains. Cette espèce polymorphe peut présenter des formes ovales et rondes au sein d'une même colonie (**Legras, 2012**). Bien qu'elle fasse partie de la flore commensale naturelle de l'humain, elle peut également devenir pathogène, provoquant diverses dermatoses, telles que le pityriasis versicolor, la dermatite séborrhéique, la folliculite à *Malassezia* et le pityriasis capitis (**Bastide, 2001**).

I.4.4. Caractéristiques du genre *Malassezia*

- **Lipophilie** : ces levures ont un besoin spécifique en lipides pour leur croissance.
- **Présence cutanée** : elles sont naturellement présentes sur la peau, mais se développent davantage dans les zones où la production de sébum est plus importante.
- **Pathogénicité** : en cas de déséquilibre ou de conditions particulières, elles peuvent devenir pathogènes et entraîner des troubles cutanés.
- **Diversité** : le genre *Malassezia* comprend plusieurs espèces, dont *Malasseziafurfur*, *Malasseziaglobosa* et *Malasseziarestricta*, qui sont les plus fréquemment associées aux infections cutanées.

I.4.4.1. Reproduction

Les espèces du genre *Malassezia* (*M.*) se multiplient asexuellement par bourgeonnement hétéroblastique mono polaire, caractérisé par une base large distinctive. La séparation entre la cellule mère et la cellule fille s'effectue par un septum, tandis que la cellule fille se détache par fission, laissant une cicatrice de bourgeonnement, ou collerette, à travers laquelle les bourgeonnements successifs prendront naissance (**Ahearn et Simmons, 1998**).

I.4.4.2. Structure de la paroi de levure

La paroi cellulaire de *Malassezia* présente des caractéristiques particulières. Comparée à celles d'autres levures, elle est remarquablement épaisse, représentant entre 26 et 37 % du volume cellulaire. Elle est majoritairement constituée de glucides (70 %), ainsi que de protéines (10 %) et de lipides (15 à 20 %), avec de faibles quantités d'azote et de soufre. De plus, une couche externe a été identifiée autour de cette paroi, jouant potentiellement un rôle clé dans l'adhésion de ce micro-organisme à la peau humaine et aux cathéters de longue durée. Cette adhérence pourrait favoriser le développement de mycoses chez les individus dont le système immunitaire est affaibli (Ashbee et Evans, 2002).

I.4.4.3. Croissance et nutrition

Toutes les espèces du genre *Malassezia* nécessitent une source externe de lipides pour se développer. Cette exigence a été démontrée pour la première fois en 1963 avec *P. ovale* par Shifrine et Marr. Le pH optimal favorisant la croissance de ces levures est estimé à 7,5. Chez les canidés, le pH cutané varie entre 6,2 et 8,6, avec une moyenne de 7,52, ce qui correspond parfaitement aux conditions idéales de prolifération de ces micro-organismes (Mason et al., 1996). Par ailleurs, leur température de croissance optimale se situe entre 32 et 37 °C (Koenig, 1995).

I.5. Dermite séborrhéique (D.S.)

I.5.1. Définition

Aussi appelée eczéma ou dermatite séborrhéique, cette affection touche environ 3 % de la population. Il s'agit d'une dermatose bénigne, inflammatoire et chronique, caractérisée par des lésions érythématosquameuses dont la gravité varie d'un individu à l'autre. Évoluant par poussées, elle est fréquente chez les adolescents, les adultes et les nourrissons, mais plus rare chez les personnes âgées. Bien que superficielle et sans gravité, elle est particulièrement inesthétique et sujette aux récives. Le prurit est un symptôme fréquent. Cette pathologie est causée par une levure du genre *Malassezia*, anciennement connue sous le nom de *Pityrosporum* (Morel, 2004).

I.5.2. Physiopathologie de la (D.S)

Bien que la dermatite séborrhéique soit une affection courante, sa pathogenèse reste mal comprise. Toutefois, des recherches ont mis en évidence plusieurs facteurs prédisposant,

Notamment la colonisation par des levures du genre *Malassezia*, l'activité des glandes sébacées, ainsi que divers éléments influençant la susceptibilité individuelle (Del Rosso, 2011).

I.5.2.1. Implication de *Malassezia* dans la (D.S)

Depuis longtemps, les levures du genre *Malassezia* sont suspectées d'être impliquées dans le développement de la dermatite séborrhéique (Reymond et Amblard, 1990). Des études ont révélé la présence de *M. globosa* et *M. furfur* dans les lésions faciales associées à cette affection (Nakabayashi et al., 2000). En revanche, *M. globosa* et *M. restricta* ont été isolées au niveau du cuir chevelu affecté par le pityriasis (Gemmer et al., 2002).

I.5.2.1.1. *Malasseziafurfur*

Malasseziafurfur est la première espèce lipodépendante identifiée par Robin en 1853. Elle fait partie de la flore commensale de l'homme, mais elle peut également agir comme un agent pathogène, responsable de diverses affections telles que le pityriasis versicolor, le pityriasis capitis, la dermatite séborrhéique et la folliculite (Hahn, 2012). Cette espèce est polymorphe, avec des formes ovales et rondes observées au sein d'une même colonie (Legras, 2012).

I.5.2.1.2. Autres levures *Malassezia* impliquées dans la (D.S.)

En 2004, Gupta et Kohli, en utilisant le milieu de Leeming et Notman, ont observé que *M. sympodiali* était l'espèce la plus fréquemment retrouvée sur la peau saine des individus de plus de 15 ans, suivie de *M.globosa* (Ortonne et al., 2011). Par ailleurs, plusieurs études récentes menées dans différentes régions du monde, avec des milieux de culture et des méthodologies variés, ont révélé que *M. furfur* n'est pas l'espèce prédominante sur les lésions de dermatite séborrhéique. Il a été démontré que *M. globosa* et *M. restricta* sont les espèces les plus fréquemment isolées dans ces lésions, suivies de *M. sympodialis*, tandis que *M. furfur* occupe une place plus marginale.

I.5.3. Épidémiologie

I.5.3.1. Prévalence de la (D.S.)

La prévalence de la dermatite séborrhéique (D.S.) varie selon l'âge. Elle touche environ 3 % de la population générale en Occident. Chez les nourrissons, jusqu'à 70 % des enfants de moins

Chapitre I : Revue bibliographique

De 3 mois sont affectés. Cette proportion diminue à 10 % chez les enfants de moins de 5 ans, puis à moins de 1 % jusqu'à 12 ans. On observe également une augmentation de la Prévalence chez les personnes âgées, atteignant 23,1 % chez les plus de 65 ans (**Mastrolonardo et al., 2004**).

La maladie survient souvent à l'adolescence ou chez les jeunes adultes, avec une prévalence de 4 % entre 35-44 ans (**Quéreux, 2005**).

Les hommes sont généralement les plus touchés. Le cuir chevelu est la zone la plus fréquemment affectée (95 % des cas), suivi du visage (touchant deux tiers des patients) et du tronc (un tiers des cas) (**MolinarietChosidow, 2010**).

I.5.3.2. Groupes d'âge et sexes les plus touchés

La dermatite séborrhéique (D.S.) touche différents groupes d'âges et présente une incidence plus marquée chez certaines populations.

- **Chez les enfants** : jusqu'à 70% des nourrissons de moins de 3 mois sont affectés, avec une diminution progressive de la prévalence à mesure que l'âge avance. À 12 ans, moins de 1% des enfants sont touchés par cette pathologie (**Mastrolonardo et al., 2004**).
- **Chez les adultes** : la D.S. est plus fréquente chez les jeunes adultes et à l'adolescence, avec une prévalence de 4% chez les personnes entre 35 et 44 ans (**Quéreux, 2005**).
- **Chez les personnes âgées** : une augmentation de la prévalence est observée, atteignant 23,1% des individus âgés de plus de 65 ans (**Mastrolonardo et al., 2004**).

Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (**MolinarietChosidow, 2010**).

I.5.3.3. Facteurs génétiques et environnementaux

Les facteurs génétiques et environnementaux jouent un rôle crucial dans le développement de la dermatite séborrhéique (D.S.).

- **Facteurs génétiques** : la prédisposition héréditaire constitue un élément clé. En effet, les antécédents familiaux de dermatite séborrhéique augmentent la probabilité de développer cette pathologie. Des variations génétiques spécifiques, notamment celles liées au système immunitaire et à la réponse cutanée, peuvent rendre certaines
- Personnes plus vulnérables à cette affection. Ce phénomène est fréquemment observé dans les familles où plusieurs membres sont touchés (**Mastrolonardo et al., 2004**).
- **Facteurs environnementaux** : plusieurs facteurs environnementaux, tels que les changements climatiques, le stress, la pollution ou encore l'alimentation, peuvent influencer le déclenchement ou l'aggravation de la dermatite séborrhéique. Par exemple, une exposition à des conditions climatiques extrêmes (froid ou sec) ou une consommation excessive d'aliments riches en graisses peut favoriser la prolifération de *Malassezia*, la levure impliquée dans la pathogénie de cette maladie (**Molinari et Chosidow, 2010**).

I.6. Maladies associées à la dermite séborrhéique

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

I.6.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Dans le cadre de l'infection par le VIH, la dermatite séborrhéique se manifeste dans environ 50 % des cas (**Coldiron et Bergstresser, 1989 ; Jensen et al., 2000**). La fréquence et la gravité des affections cutanées sont directement liées au degré d'immunosuppression (**Smith et al., 1994**). Par ailleurs, dans des régions où la dermatite séborrhéique est peu fréquente, comme au Mali, l'apparition de cette pathologie cutanée peut être un indicateur prédictif d'une infection au VIH chez les patients (**Mahe et al., 1996**). En revanche, la prévalence de la dermatite séborrhéique est particulièrement élevée dans les populations occidentales.

I.6.2. Troubles de l'humeur

Il a été constaté que les patients suivis en psychiatrie souffrent plus fréquemment de dermatite séborrhéique (**Binder et Jonelis, 1983 ; Maietta et al., 1990**). Ce phénomène est particulièrement marqué chez les personnes souffrant de dépression (**Maietta et al., 1990**).

Une explication possible réside dans le manque d'exposition à l'extérieur. Il a été prouvé que la dermatite séborrhéique est plus courante chez ceux qui sont rarement exposés au soleil (**Maietta et al., 1991**).

De plus, il est intéressant de noter qu'un traitement au lithium semble souvent améliorer cette affection cutanée (**Quéreux, 2005**).

I.6.3. Maladie de parkinson

Il est bien établi depuis longtemps que les personnes atteintes de la maladie de Parkinson développent souvent une hyper séborrhée, ainsi qu'une dermatite séborrhéique sévère et abondante. Toutefois, l'intensité de la séborrhée ne semble pas être directement liée à la gravité de la maladie de Parkinson (**Burton et al., 1973**). L'état de la peau s'améliore généralement avec le traitement de la maladie de Parkinson. De plus, il a été observé que les neuroleptiques peuvent induire l'apparition fréquente d'une dermatite séborrhéique sévère chez les patients présentant un syndrome parkinsonien (**Binder et Jonelis, 1983**).

I.6.4. Cancer des voies aérodigestives supérieures

Une étude menée en 1991 a révélé une prévalence élevée (44 %) de la dermatite séborrhéique chez des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures. Dans cette étude, la dermatite séborrhéique apparaissait plusieurs mois, voire années, avant la détection du cancer, et son évolution n'était pas influencée par le traitement du cancer. En comparant ces patients à un groupe témoin de fumeurs et buveurs, les chercheurs ont pu exclure le rôle de l'intoxication liée à l'alcool et au tabac pour expliquer cette prévalence élevée (**Guillaume et al., 1991**).

I.6.5. Autres facteurs favorisants

- **Peau grasse ou application de produits gras** : l'utilisation d'huiles corporelles ou de crèmes peut favoriser le développement des lésions.
- **Climat** : les poussées sont plus sévères en hiver, et une forte humidité de l'air peut aggraver les symptômes. Une étude de **Bergbrant (1995)** a montré que 52 % des participants ont noté une influence saisonnière, avec une amélioration nette en été

Grâce à l'exposition au soleil.

- **Alcoolisme** : la dermatite séborrhéique est plus fréquente chez les individus souffrant d'alcoolisme chronique, avec une prévalence de 12 % dans cette population (**Grosshans, 1990**).
- **Manque de sommeil** : ce facteur est associé à une aggravation de la dermatite séborrhéique (**Sampaio et al., 2011**).
- **Stress** : il est considéré comme le principal facteur déclencheur des poussées de dermatite séborrhéique (**Misery et al., 2007**).

I.7. Aspect clinique de la dermatite séborrhéique

I.7.1. Dermatite séborrhéique de l'adulte

I.7.1.1. Atteinte du cuir chevelu

- Zone la plus touchée (95 % des cas).
- Aspect clinique : desquamations grasses (pellicules), rougeurs. Parfois des croûtes épaisses dans les formes sévères (**Mokos et al., 2012**)

I.7.1.2. Atteinte du visage

- Zones concernées : les sourcils, les plis nasogéniens, la glabelle (espace entre les sourcils), ailes du nez.
- Lésions souvent associées à des rougeurs et des squames grasses (**fig.5**) (**Sampaioetal., 2011**).

I.7.1.3. Atteinte du tronc

- Zones fréquentes : région sternale et inter scapulaire.
- Aspect : plaques érythémateuses, recouvertes de squames jaune-gris (**fig.5**)



Figure 5: Dermite séborrhéique du tronc (**Misery, 2011**)

I.7.1.4. Autres atteintes possibles

Les zones comme les paupières, autour des yeux, les aisselles, les plis inguinaux, sous les seins, en particulier dans les formes sévères ou généralisées (**fig.6**) (**Berbis et Lorette, 2004**).



Figure 6 : Blépharite séborrhéique (**Berbis et Lorette 2004**).

I.7.2. Dermite Séborrhéique du nouveau-né et du nourrisson

Cette dermatose peut apparaître dès 2 à 4 semaines de vie, avec un érythème sur le visage et des croûtes grasses et jaunâtres sur le cuir chevelu. Le prurit est généralement absent, et les lésions disparaissent spontanément en quelques jours, caractérisant ainsi la dermatite

Séborrhéique du nouveau-né. Elle peut également se manifester vers le premier ou deuxième mois de vie, avec des squames grasses, épaisses et jaunâtres sur le cuir chevelu, Appelées « croûtes de lait », parfois associées à un érythème rouge vif au niveau du siège (atteinte bipolaire) des lésions dans les plis axillaires, et parfois d'autres éléments à distance(figs.7,8,9,10,11) (Quéreux, 2005 ; Pierarde, 2008).

Cependant, l'état général reste bon, et les lésions ne causent ni gêne fonctionnelle ni prurit (Gelo et Quéreux, 2012). Un prélèvement mycologique montre une forte présence de levures du genre *Malassezia*, dont la prolifération est favorisée par l'hyperséborrhée (Lorette, 2004). Cette éruption disparaît progressivement sans traitement en quelques semaines, Avec la disparition complète des lésions vers l'âge de 4 mois (Molinari et Chosidow, 2010). Leiner Moussous, également appelé atteinte généralisée, est une érythrodermie qui peut survenir dans les formes sévères de la maladie.

Cette pathologie est désormais beaucoup moins fréquente. La distinction entre le psoriasis et la dermatite atopique est parfois floue, mais la persistance des symptômes et les signes cliniques aident à orienter le diagnostic. Il est également important de noter que la carence en zinc chez les prématurés nourris au sein peut entraîner des symptômes proches de ceux de la dermatite séborrhéique. Dans ce cas, il est recommandé de doser le taux de zinc plasmatique pour écarter ce diagnostic différentiel (Molinari et Chosidow, 2010).

Chapitre I : Revue bibliographique



Figure 7 : Dermite Séborrhéique du nourrisson, atteinte du siège (Quéreux, 2005).



Figure 8 : Dermite séborrhéique de cuir chevelu chez le nourrisson (Quéreux, 2005).



Figure 9 : Dermite séborrhéique du nourrisson , atteinte axillaire (Quéreux, 2005).



Figure10 : Dermite séborrhéique du nourrisson : atteinte buccale, du pli du cou et du tronc (Pierarde, 2008).



Figure 11 : Croûte de lait ou dermite séborrhéique du nourrisson (Anonyme2)

I.7.3. Formes cliniques selon le terrain

Les maladies de la peau présentent des caractéristiques cliniques spécifiques qui permettent de les distinguer de la dermatite séborrhéique immunologiquement active. Tout d'abord, leur apparition est généralement soudaine. Les lésions sont souvent plus étendues, dépassant les plis cutanés, et parfois, la répartition faciale sur les ailes du nez peut être confondue avec un masque de loup (**Eisenstat et Wormse, 1984 ; Marino et al., 1991**). De plus, les lésions tendent à s'infiltrer davantage que celles observées chez les individus immunocompétents, et affectent fréquemment les membres (**Soeprono et al., 1986**). Les réponses au traitement sont également plus difficiles à obtenir. En plus de ces particularités cliniques, des différences

Histologiques et moléculaires ont été observées entre les lésions de la dermatite séborrhéique chez les patients VIH positifs et celles des individus immunocompétents. En effet, contrairement aux lésions classiques de la dermatite séborrhéique, celles des sujets séropositifs au VIH présentent une para kératose étendue, une nécrose des kératinocytes, une leuco exocytose et un infiltrat superficiel péri vasculaire riche en plasmocytes (**figs 12,13**) (**Eisenstat et Wormse, 1984**).



Figure 12 : D.S. au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine mimant « un masque lupique » (**Quéreux, 2015**).

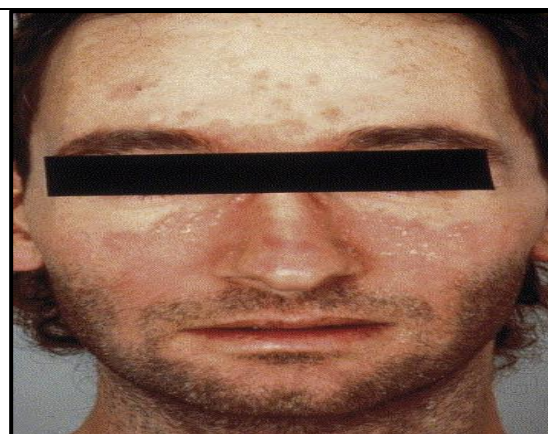


Figure 13 : D.S. profuse au cours d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (**Quéreux, 2015**).

I.8. Diagnostic de la dermatite séborrhéique

I.8.1. Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique est généralement facile à poser dans les cas typiques, en se basant sur l'érythème, les squames grasses et le prurit localisé. La biopsie cutanée révèle une dermatite spongiforme, bien que cette image soit peu spécifique. La culture mycologique ou bactériologique n'est pas utile pour le diagnostic, car elle met en évidence des bactéries et des levures saprophytes (Nicolas et Thivolet, 1997). Cependant, en raison de l'absence de critères diagnostiques clairement établis, il peut être difficile de déterminer le pronostic dans certains cas (Tennstedt, 2001).

I.8.2. Diagnostic mycologique

L'examen mycologique n'est pas nécessaire pour diagnostiquer une dermatite séborrhéique, car le diagnostic repose uniquement sur l'aspect clinique des lésions. Cependant, il peut être utile dans les formes atypiques qui pourraient être confondues avec d'autres dermatoses. Bien que la théorie infectieuse impliquant *Malassezia furfur* ne soit pas la seule retenue, cet examen permet de confirmer une prolifération significative de cette levure dans les zones affectées. La simple présence de la levure ne suffit pas, car il s'agit d'un saprophyte normal de la peau et du cuir chevelu. L'examen consiste à prélever les squames de la surface des lésions, où l'on observe des levures ovales de petite taille. La culture, quant à elle, n'est généralement pas réalisée dans la pratique courante (Chabasse et Guiguen, 1999).

I.8.3. Diagnostic biologique

I.8.3.1. Lumière de Wood

La première étape d'un examen mycologique consiste à rechercher une fluorescence à l'aide de la lampe de Wood, qui émet des rayons ultraviolets à 360 nm. Dans le cas de lésions peu visibles, l'utilisation de cette lampe permet de mettre en évidence une fluorescence jaunâtre, facilitant ainsi l'identification des lésions et le prélèvement. Toutefois, en pratique, cet examen est rarement réalisé dans ce contexte (Mouallif, 2011).

I.8.3.2. Prélèvement

Les prélèvements doivent être réalisés avant toute administration de traitement antifongique. Dans le cas de la dermatite séborrhéique, les squames ou pellicules sont collectées par un grattage superficiel des lésions à l'aide d'une curette ou d'un vaccinostyle. Le scotch-test cutané, développé par **Vanbreuseghem en 1954**, est la méthode de prélèvement la plus efficace. Elle consiste à gratter légèrement les lésions suspectes avec un vaccinostyle ou une curette, puis à appliquer un morceau de ruban adhésif transparent (scotch) de manière appuyée sur les squames. Le scotch est ensuite retiré et placé entre une lame et une lamelle, après avoir été trempé dans un produit éclaircissant. L'échantillon est ensuite observé directement au microscope (**Koenig, 1995**).

I.8.3.3. Examen direct

Le diagnostic de la dermatite séborrhéique est clinique, mais certains examens peuvent être utiles pour exclure des diagnostics différentiels. Le raclage des lésions permet une observation microscopique après un test au KOH et la réalisation d'une culture cutanée pour identifier *Malassezia* (**fig.15**). Des examens biologiques peuvent être indiqués, notamment une sérologie VIH en cas de forme sévère et soudaine. D'autres analyses aident à exclure des pathologies similaires, comme une sérologie VDRL pour la syphilis, un dosage du zinc sérique pour l'acrodermatite entéropathique, la mesure de la vitesse de sédimentation et la recherche d'anticorps antinucléaires en cas de suspicion de lupus (**Tucker et Masood, 2021**).

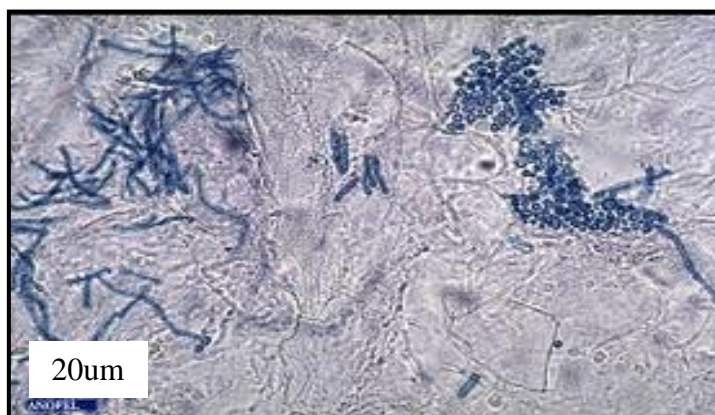


Figure 15: Examen direct d'un scotch test positif (Anofel, 2016).

I.8.3.4. Culture

La culture n'est pas essentielle au diagnostic, car l'examen direct (test de scotch cutané) permet généralement de poser un diagnostic certain. En pratique, la culture est rarement réalisée. Si elle est effectuée, la culture peut être réalisée sur un milieu de Sabouraud glucose agar, souvent recouvert d'huile

D'olive à 1 % (**fig.16**). Toutefois, ce milieu est désormais moins utilisé en raison de la toxicité de l'huile d'olive pour la plupart des espèces du genre *Malassezia*. À la place, le milieu de Dixon, spécifique pour les *Malassezia*, peut être employé, qu'il soit simple ou modifié (comportant de l'extrait de malt, de la bile de bœuf, du Tween 40, du mono-oléate de glycérol et de la gélose) (Koenig, 1995).



Figure 16 : Culture sur Sabouraud recouvert d'huile d'olive (Anofel, 2016).

I.9. Diagnostic différentiel

I.9.1. Psoriasis des régions séborrhéiques (sébopsoriasis)

Le psoriasis des régions séborrhéiques affecte principalement les zones riches en sébum, comme le cuir chevelu, les sourcils, les ailes du nez et la région rétro-auriculaire. Il se manifeste par des plaques érythémateuses bien délimitées, recouvertes de squames épaisses, blanches et adhérentes (**Griffiths et al., 2022**).

Cette forme de psoriasis peut être confondue avec la dermatite séborrhéique, mais les lésions psoriasiques sont généralement plus infiltrées et les squames plus sèches et argentées (**fig.17**). Le diagnostic repose sur l'examen clinique, bien qu'une biopsie cutanée puisse être réalisée en Cas de doute pour identifier les caractéristiques histopathologiques du psoriasis (**Griffiths et al., 2022**).



Figure 17 : Sébopsoriasis (Quéreux, 2005)

I.9.2. Dermatite atopique

La dermatite atopique est une maladie inflammatoire chronique de la peau, caractérisée par une sécheresse cutanée, un prurit intense et des lésions eczémateuses évoluant par poussées. Elle est causée par une altération de la barrière cutanée et une réponse immunitaire excessive (**Weidinger et Novak, 2016**). Chez le nourrisson, elle apparaît entre 2 et 6 mois, touchant principalement le visage, le cuir chevelu et les membres. Le prurit entraîne un grattage fréquent, favorisant les surinfections. La maladie peut s'atténuer avec l'âge, mais certains enfants développent d'autres manifestations atopiques comme l'asthme ou la rhinite allergique (**Weidinger et Novak, 2016**).

I.9.3. Dermatophytie

La dermatophytie est une affection caractérisée par des lésions circulaires avec l'une bordure érythémato-squameuse bien délimitée et surélevée. Le centre des lésions apparaît plus clair, donnant un aspect annulaire typique. A l'inverse, la dermatite séborrhéique présente des plaques mal délimitées, recouvertes de squames grasses, sans bordure papulo-pustuleuse. Son centre est plus homogène et érythémateux, contrairement à la dermatophytie où il est plus clair. Ces différences cliniques permettent de différencier ces deux pathologies, bien qu'un examen mycologique puisse être nécessaire pour confirmer le diagnostic (Hay et Reid, 2021).

I.10. Traitement de la dermatite séborrhéique

I.10.1. Traitements topiques

Il repose sur l'association d'antifongiques et d'anti-inflammatoires locaux.

Les **antifongiques topiques**, tels que le **kétoconazole** et le **ciclopirox olamine**, constituent les traitements de première intention dans la prise en charge des dermatoses liées à *Malassezia*, comme la dermatite séborrhéique. Ils agissent non seulement en réduisant la prolifération fongique, mais aussi en atténuant l'inflammation locale (Schmidt et al., 2015).

D'autres **agents antifongiques** comme le **sulfure de sélénium** et la **pyrithione de zinc** sont également utilisés, notamment sous forme de shampoings, en particulier pour les atteintes du cuir chevelu.

En complément, des **anti-inflammatoires topiques** peuvent être prescrits pour soulager l'inflammation. Il s'agit généralement de **corticostéroïdes locaux** (tels que l'hydrocortisone ou la fluocinolone), indiqués pour une **utilisation de courte durée** afin d'éviter les effets secondaires. Pour les zones sensibles du visage, des alternatives plus douces comme les **inhibiteurs de la calcineurine** (tacrolimus, pimécrolimus) sont souvent privilégiées, en raison de leur bon profil de tolérance (Rudolph et al., 2020).

L'association de ces traitements permet un meilleur contrôle des symptômes et réduit les récurrences

I.10.3. Entretien de la peau et hygiène

- **Nettoyage doux**
L'utilisation de nettoyeurs doux, sans savon, et au pH neutre permet d'éliminer les impuretés tout en préservant la barrière protectrice de la peau. Les produits contenant du pyrithione zinc ou du sulfure de sélénium sont également conseillés pour réduire la prolifération des levures *Malassezia* (Sampaio et al., 2011).
- **Éviter les irritants**
Éviter les produits agressifs tels que les cosmétiques ou nettoyeurs à base de substances irritantes est essentiel pour prévenir l'aggravation des inflammations et des irritations cutanées (Mokos et al., 2012).
- **L'hydratation**
Joue un rôle complémentaire en aidant à apaiser l'irritation et à restaurer la barrière cutanée, notamment après l'usage de traitements antifongiques. Les émoullients contenant des **céramides, glycérine ou panthénol** permettent de limiter la sécheresse sans favoriser la prolifération de *Malassezia* (Clark et al., 2015).
- **Précautions pour le cuir chevelu**
L'application de shampooings antifongiques, notamment ceux à base de kétoconazole, une à deux fois par semaine, est recommandée pour limiter les récurrences de dermatite séborrhéique

I.10.4. Traitements systémiques

Le traitement systémique est généralement réservé aux cas de dermatite séborrhéique qui présentent des lésions étendues ou qui ne répondent pas aux traitements topiques classiques (Sampaio et al., 2011 ; Mokos et al., 2012).

Chapitre I : Revue bibliographique

Les médicaments antifongiques oraux tels que l'itraconazole, le fluconazole, et la terbinafine sont prescrits uniquement dans de rares cas sévères où les symptômes sont particulièrement invalidants et résistants aux traitements locaux. Par ailleurs, l'exposition au soleil est souvent observée comme ayant un effet bénéfique sur cette affection cutanée.

II.1. Objectifs de l'étude

L'étude prospective a pour principaux objectifs de :

- Tracer le profil épidémiologique : identifier les caractéristiques des cas de dermatite séborrhéique diagnostiqués au laboratoire de Parasitologie-Mycologie médicale du C.H.U. de Tizi Ouzou ainsi qu'à la clinique des 2000 logements Mohamed Boudiaf de la nouvelle ville ;
- Déterminer le taux d'infestation : mesurer la fréquence de cette dermatose dans la population étudiée ;
- Étudier les aspects cliniques : décrire les caractéristiques cliniques principales, notamment la localisation et l'évolution des lésions.

II.2. Type, lieu et période de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au niveau de l'unité de consultation spécialisée en dermatologie située à la clinique des 2000 logements de la nouvelle ville Mohamed Boudiaf ainsi qu'au niveau du laboratoire de Parasitologie Médicale du C.H.U. de Tizi Ouzou(**fig.18**). Elle s'est déroulée sur une période allant de 02 Février 2025 au 02 Mai 2025.



Figure 18 : Lieu de l'étude prospective (Unité de Mycologie médicale du laboratoire de Parasitologie-Mycologie du C.H.U.de Tizi-Ouzou).

(Aougar et Arbadji, 2025)

II.3. Population étudiée

Il s'agit de 22 patients de différentes tranches d'âge, sexe, et origine géographique diagnostiqués d'une D.S. au niveau du service de dermatologie du C.H.U de T.O.

II.4. Modalités du recueil des données

Dans le cadre de l'étude prospective, les informations de chaque patient ont été consignées sur une fiche de renseignement composée de cinq sections :

- Identité du patient : nom, prénom, âge, sexe, etc. ;
- Données cliniques : regroupant les informations liées aux manifestations cliniques observées ;
- Facteurs favorisants : identifiant les éléments susceptibles de contribuer au développement de la dermatose ;
- Traitement : précisant les interventions thérapeutiques suivies par le patient ;
- Données mycologiques : incluant les résultats des analyses mycologiques réalisées

II.5. Préparation du patient à l'examen

Le patient doit éviter, une semaine avant l'examen, tout traitement antifongique ciblant *les Malassezia* et s'abstenir de prendre une douche.

II.6. Matériel utilisé

L'étude a été réalisée à l'aide des équipements spécifiques du laboratoire de Parasitologie-Mycologie médicale (**fig.19**).



Figure 19 : Le matériel utilisé dans l'examen mycologique de la D.S.

(Aougar et Arbadji, 2025)

II.7. Méthodes utilisées

II.7.1. Prélèvement

Des prélèvements cutanés et du cuir chevelu ont été réalisés sur les zones affectées (cuir chevelu et visage) en utilisant le scotch test.

Chapitre II : Matériels et méthodes

- Le scotch appliqué sur les zones grattées a été collé sur une lame porte-objet, recouverte d'une lamelle (fig.20).



Figure 20 : La technique du scotch test

(Aougar et Arbadji, 2025)

- A l'aide d'un vaccinostyle on gratte la lésion :



Figure 21 : La technique de grattage sur la zone de cuir chevelu

(Aougar et Arbadji, 2025)

II.7.2. Examen microscopique

Les prélèvements ont été observés sous microscope optique à des grossissements de $\times 10$ et $\times 40$, permettant d'identifier des structures en grappes de raisin.

II.7.3. Culture

Cet examen ne se réalise pas au niveau du Laboratoire Parasitologie Mycologie médicale du C.H.U. de Tizi Ouzou vu que l'examen direct est suffisant

II.7.4. Méthode d'analyse des résultats

Les données obtenues sont analysées selon des divers paramètres observés à savoir les paramètres épidémiologiques, cliniques, mycologiques et thérapeutiques. Toutes les données collectées sont rapportées sur Excel (Office 2013) pour la réalisation des différents graphiques.

Durant la période allant du 02 février 2025 au 02 mai 2025, 80 patients ont consulté au service de dermatologie de Tizi Ouzou pour une suspicion de dermatite séborrhéique. Après un examen mycologique, la dermatite séborrhéique a été confirmée chez 22 patients.

III.1. Cas de dermatite séborrhéique observés durant la période d'étude

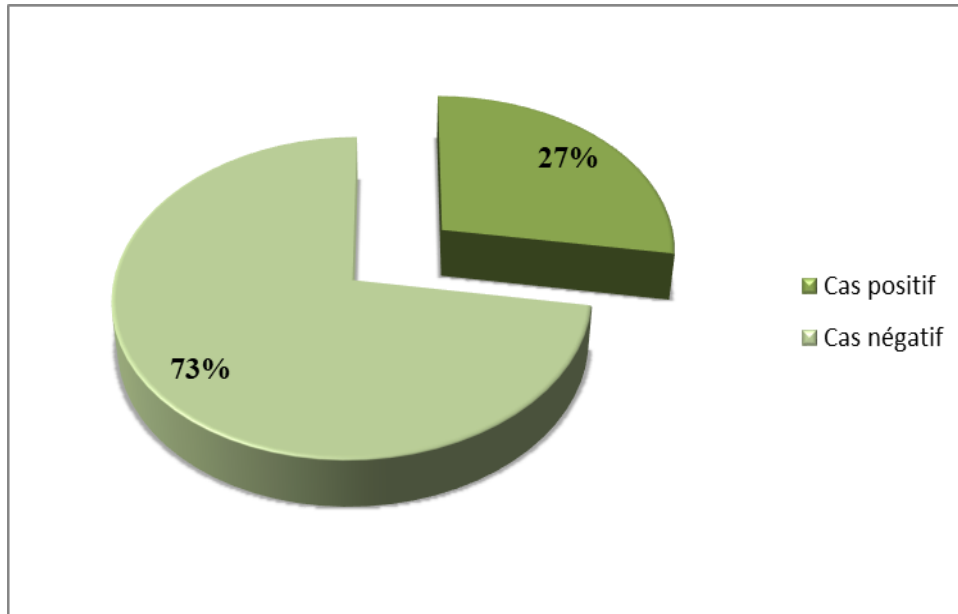


Figure 22 : Taux d'infestation globale de la Dermatite séborrhéique.

Il ressort de **la figure 22** que la dermatite séborrhéique est confirmée chez 22 patients soit un taux de 27,5%.

III.2. Données épidémiologiques

III.2.1. Répartition des patients atteints de dermatite séborrhéique selon le sexe

La répartition des cas atteints de dermatite séborrhéique ayant consulté au service de dermatologie de Tizi Ouzou, selon le sexe est mentionné dans **la figure 23** suivante :

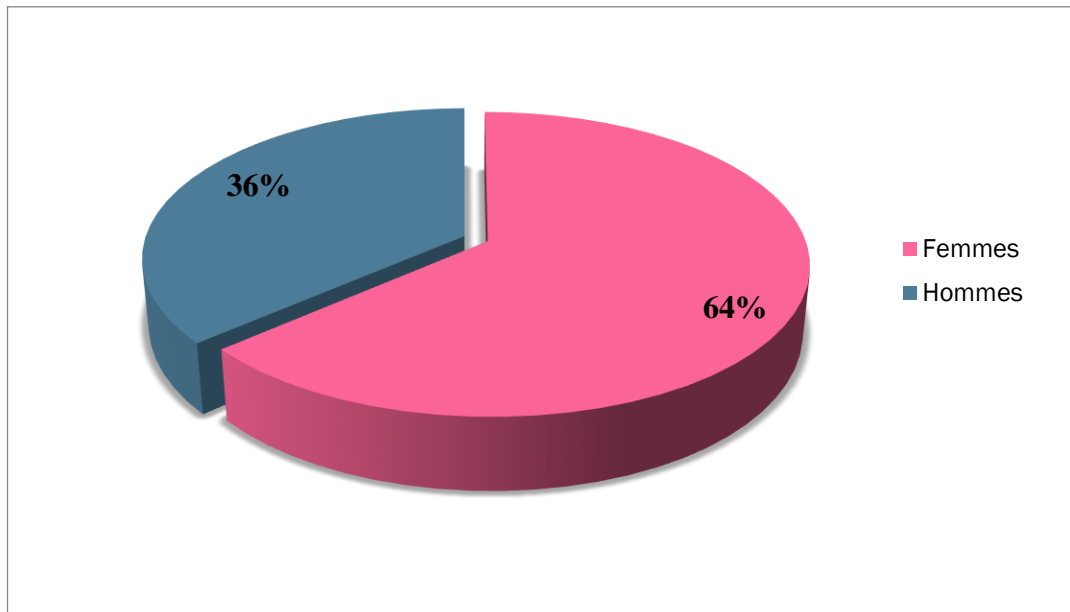


Figure 23 : Répartition des patients atteints de D.S selon le sexe.

La répartition des patients selon le sexe montre une prédominance féminine, avec 64 % de femmes contre 36 % d'hommes soit un sex-ratio de 0,56 (**fig.23**). Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs notamment une plus grande proportion des femmes à consulter pour des problèmes de santé ou participer à des études cliniques. Il est également possible que la pathologie concernée touche plus fréquemment la population féminine, bien que cela nécessite une analyse approfondie pour être confirmée.

III.2.2. Répartition des patients atteints de dermite séborrhéique selon l'âge

La distribution des patients atteints de dermite séborrhéique selon la catégorie d'âge est consignée dans **la figure 24** suivante :

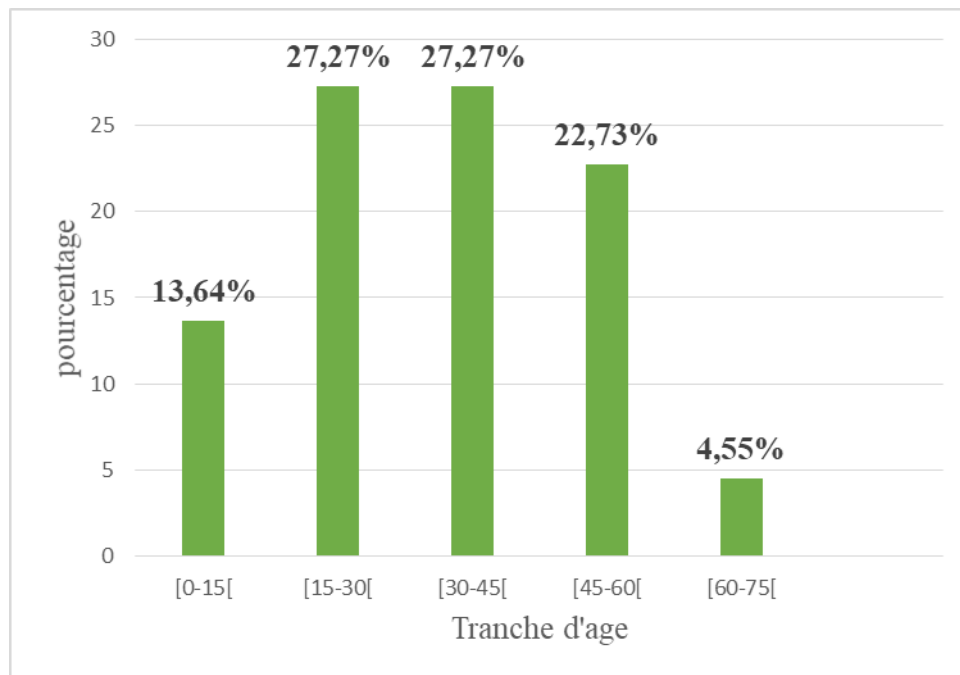


Figure 24 : Répartition des patients atteints de D.S. selon les tranches d'âges.

Selon **la figure 24**, le taux de D.S. le plus élevé est mentionné dans les catégories d'âge comprises entre 15 à 30 ans et 30 à 45 ans avec le même taux soit 27,27%. Dans ces tranches d'âge, la dermatite séborrhéique touche majoritairement les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen, ce qui peut s'expliquer par une activité hormonale accrue et une production de sébum plus importante. Les patients âgés de 45 à 60 ans représentent 22,73% des cas. Les enfants de moins 15 ans constituent 13,64%. Cette faible fréquence chez ces derniers peut être attribuée à l'apparition plus tardive de la D.S., souvent après la puberté. Le taux de D.S. le plus bas est rencontré chez les patients de plus de 60 ans, probablement en lien avec la baisse de sécrétion séborrhéique liée au vieillissement.

III.2.3. Répartition des patients selon le lieu de résidence

La répartition des patients atteints de D.S. selon le lieu de résidence est consignée dans **le tableau I** suivant :

Tableau I : Répartition des patients atteints de D.S. selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectifs	Fréquence(%)
Rural	15	68,18
Urbain	7	31,82
Total	22	100

Il est à noter que le plus grand nombre de patients atteints de D.S. soient issus des milieux ruraux, soit un taux de 68 ,18% (**tableau I**). Cette tendance pourrait s'expliquer par des facteurs environnementaux, tels que l'exposition aux poussières et aux produits agricoles en zone rurale, ainsi que par des différences dans les habitudes d'hygiène et les soins cutanés.

III.3. Données cliniques

III. 3.1. Répartition des patients atteints de D.S. selon le siège des lésions

Les résultats de la fréquence des cas de D.S. selon la localisation des lésions sont consignés dans **la figure 25** suivante :

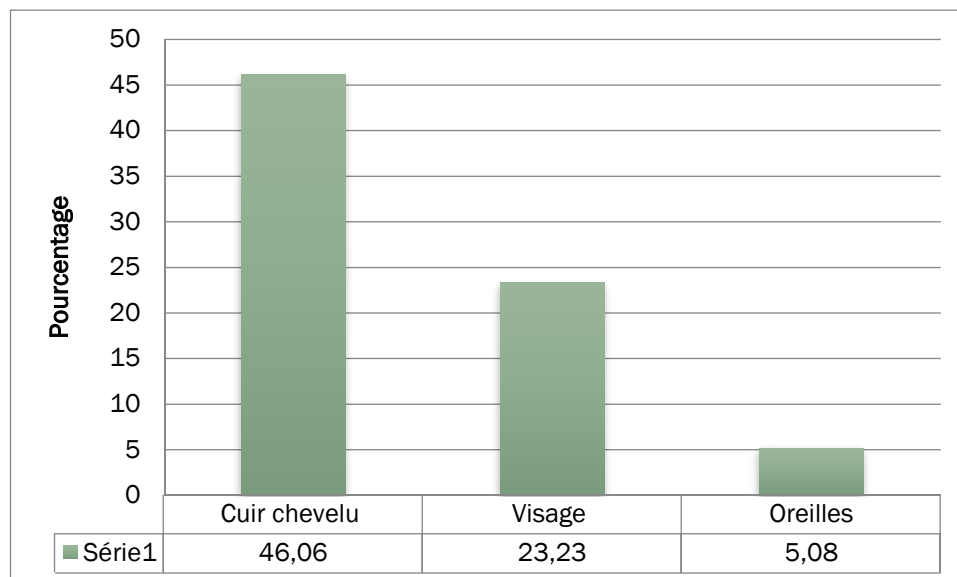


Figure 25 : Distribution des patients atteint de D.S. selon le siège des lésions.

Il ressort de **la figure 25** que le cuir chevelu est la localisation la plus fréquente (46,06 %), il est suivi du visage (23,23 %). Tandis que l'oreille est rarement concernée (5,8 %). Cette distribution est cohérente avec le tropisme de la D.S. pour les zones riches en glandes sébacées,

Notamment le cuir chevelu et le visage, où la sécrétion de sébum favorise la prolifération de *Malassezia*, levure impliquée dans la physiopathologie de la maladie.

III.3.2. Répartition des patients atteints de D.S. selon les facteurs favorisants

La répartition des patients atteints de D.S. selon les facteurs favorisants (stress, exposition au soleil, manque de sommeil, peau grasse, amateur d'alcool) est notée dans le **tableau II** suivant :

Tableau II : Répartition des patients atteints de D.S. selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Fréquence %
Stress	40,5
Manque de sommeil	24,3
Amateur d'alcool	2,7
Exposition au soleil	13,5
Peau grasse	2,7
Total	100

L'examen du **tableau II** permet de constater que les principaux facteurs favorisant la dermatite séborrhéique sont dominés par le stress (40,5%) et le manque de sommeil (24,3%) ; l'exposition au soleil est également notable (13,5%). Ces éléments contribuent à la perturbation de l'équilibre cutané, en favorisant l'inflammation et la production de sébum, conditions propices à la prolifération de *Malassezia*. A l'inverse, la consommation d'alcool et la présence d'une peau grasse (2,7% chacun) semblent jouer un rôle moindre dans la survenue de la maladie.

III.3.3. Répartition des patients atteints de D.S. selon la récurrence

La fréquence des cas de D.S. selon la récurrence est signalée dans la **figure 26** suivante :

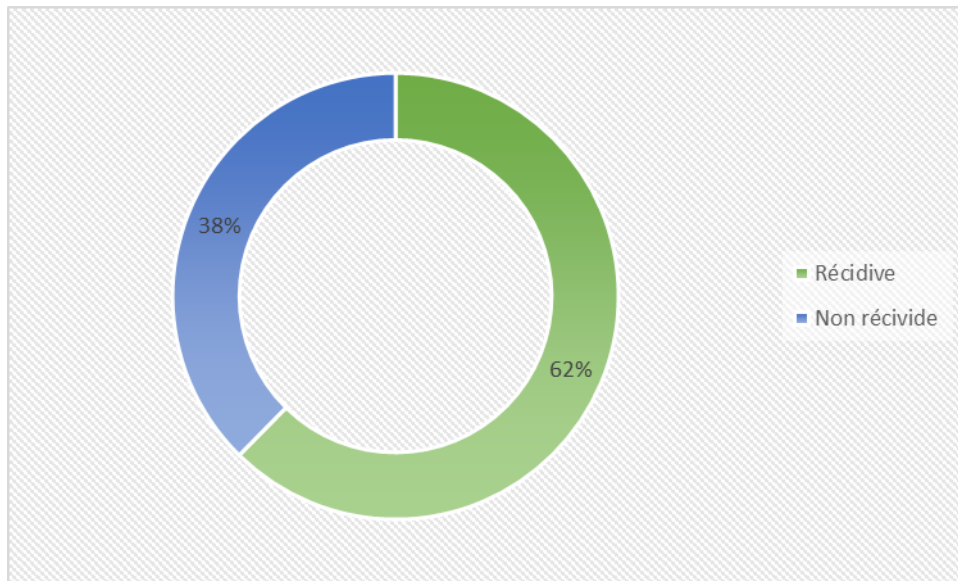


Figure 26 : Répartition des cas de dermatite séborrhéique en fonction du caractère récidivant.

La majorité des patients atteints de dermatite séborrhéique présentent des formes récidivantes (**fig.26**). Ce constat souligne le caractère chronique et évolutif de la pathologie, marqué par des poussées récurrentes alternant avec des phases de rémission. Les récurrences sont fréquemment déclenchées par des facteurs tels que le stress, les variations saisonnières ou un déséquilibre du microbiote cutané. La faible proportion de cas non récidivants confirme que la D.S. est rarement une affection isolée, ce qui justifie la mise en place d'un suivi régulier et de mesures d'entretien à long terme.

III.3.4. Distribution des cas atteints de D.S. selon type de lésions :

La fréquence des cas de D.S. selon le type de lésions est présentée dans **la figure 27** suivante :

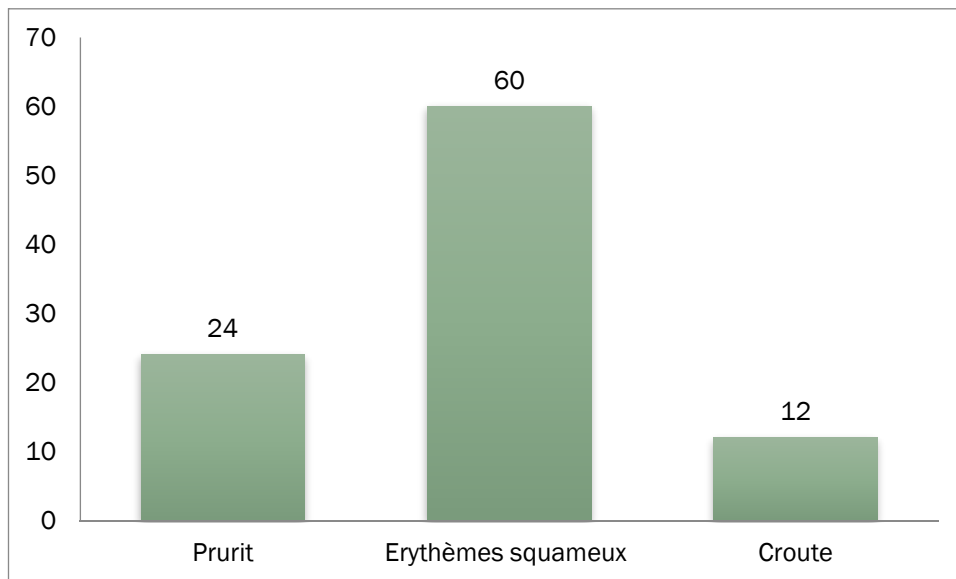


Figure 27 : Distribution de la dermatite séborrhéique selon le type des lésions.

La figure 27 illustre la répartition des types de lésions observés chez les patients atteints de dermatite séborrhéique. Les érythèmes squameux sont les plus fréquents (60%), caractérisés par des zones rouges et squameuses qui reflètent l'inflammation et la desquamation typique de la maladie. Le prurit (24%) est également fréquent, il est causé par l'irritation cutanée pouvant entraîner un inconfort significatif pour les patients. Les croûtes (12%) moins courantes, elles peuvent être des signes de formes plus graves ou mal maîtrisées de la maladie, souvent associées à des complications ou à un traitement insuffisant.

IV.1. Cas de dermatite séborrhéique observés durant la période d'étude

Dans la présente étude, le taux d'atteinte confirmé est de 27,5%. Ce taux n'est pas conforme à celui de la littérature notamment l'étude faite par **Halzoun et Guellil (2021)** à Tizi Ouzou où le taux d'atteinte est de 5,79%.

IV.2. Données épidémiologiques

IV.2.1. Répartition des cas de D.S. selon le sexe

Dans la présente étude, le sexe féminin est le plus représenté parmi les cas atteints de dermatite séborrhéique (D.S.) avec 14 cas confirmés, soit un taux d'infestation de 63,64 %, contre 8 cas masculins (36,36 %). Le sex-ratio H/F est de 0,57, en faveur des femmes. Nos résultats sont similaires à ceux de **Diopet al. (2019)** lors d'une étude menée à Dakar, ils ont affirmé que le sexe féminin est le plus affecté par la D.S.

Ce résultat contraste avec la majorité des études antérieures, qui rapportent généralement une prédominance masculine. C'est le cas par exemple, de l'étude menée **par Touré (2012)** au Mali ; il a recensé 62 cas de dermatite séborrhéique sur une période de 18 mois, avec un sex-ratio de 1,1 en faveur des hommes. De même, **Misery et al. (2004)** à Brest soulignent que 56% des hommes sont touchés par la D.S.

Notre étude suggère donc une tendance différente, qui pourrait être liée à des facteurs spécifiques à la population étudiée, notamment des différences de comportements de soins, d'exposition ou de consultation.

IV.2.2. Répartition des cas selon l'âge

La répartition des cas confirmés selon l'âge montre que les tranches de 15 à 30 ans et 30 à 45 ans sont les plus touchées par la D.S. Représentant 27,27 % des cas chacune. Cette prédominance s'explique par une production accrue de sébum ainsi qu'une plus grande exposition aux facteurs de risque, notamment la fréquentation de lieux humides propices aux pathogènes ou encore en lien avec certaines professions. D'après **Roook (1992)** et **Bergbrant (1995)** à Oxford, au Royaume-Uni et **Saurât et al. (2004)** la maladie touche principalement les personnes âgées de 18 à 40 ans, âge où l'activité sébacée est maximale.

IV.2.3. Répartition des cas de D.S. selon le lieu de résidence

Selon nos résultats, la dermatite séborrhéique est plus fréquente en milieu rural. En effet le nombre de cas est élevé ; il est de l'ordre de 15 cas et un taux de 68,18%.

Cette tendance pourrait s'expliquer par des facteurs environnementaux, tels que l'exposition aux poussières et aux produits agricoles en zone rurale, ainsi que par les différences dans les habitudes d'hygiène et les soins cutanés. Bien que l'accès aux structures sanitaires soit généralement plus facile en ville, la proportion élevée de patients ruraux suggère soit un taux d'atteinte plus important de la D.S. dans ces zones, soit une consultation plus tardive, lorsque la pathologie est déjà bien installée.

Ces résultats ne corroborent pas avec certaines études comme celles de **Halzoun et Guellil(2021)** à Tizi Ouzou qui associent la D.S. aux conditions urbaines (stress, pollution, humidité), ce qui souligne la nécessité d'analyser les spécificités locales pour mieux comprendre cette disparité. Une investigation plus approfondie des facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux permettrait d'adapter les stratégies de prévention et de prise en charge selon les réalités de chaque milieu.

IV.2.4. Répartition des cas selon les facteurs favorisants

Dans la présente étude la notion de stress est prédominante avec un taux de 40,5 %. Cela s'explique par les poussées de dermatite séborrhéique qui surviennent fréquemment après un événement stressant. Cette étude permet de suggérer un lien potentiel entre un événement de vie stressant et la survenue d'une poussée de dermatite **séborrhéique (Misery et al., 2004)**.

Ce résultat corrobore avec celui rapporté par **Halzoun et Guellil (2021)** à Tizi Ouzou qui ont trouvé une fréquence de 38 ,46%.

Touré (2011) souligne que 35,5% des élèves /étudiants sont affecté par cette pathologie à cause du stress qu'ils subissent au cours de l'année scolaire.

Le manque de sommeil représente le deuxième facteur favorisant avec un taux de 24,3 %, ce qui est confirmé par les travaux de **Sampaio (2011)** à Rio de Janeiro, au Brésil et ceux de **Halzoun et Guellil (2021)** à Tizi Ouzou.

IV.3. Données cliniques

IV.3.1. Répartition des cas de D.S. selon le siège des lésions

Dans le présent travail, nous avons observé que l'atteinte de cuir chevelu par la D.S. est prédominante avec un taux d'infestation de 40,06%, suivi du visage avec 23,23%. 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.

Halzoun et Guellil (2021) à **Tizi Ouzou** ont trouvé des résultats similaires. En effet, l'atteinte du cuir chevelu est estimée à 42,11% des patients et celle du visage à 36,84 %.

Les travaux de **Soualah et Chebli (2023)** à **Tizi Ouzou** corroborent avec nos résultats et affirment que cuir le chevelu est le plus atteint (53%), suivi par le visage (33%).

IV.3 .2. Répartition des cas de D.S. selon la récidivité

La dermatite séborrhéique (D.S.) a tendance à être chronique et récidivant (**Ruenger, 2024**). L'évolution chronique est marquée par poussées récurrentes entrecoupées de périodes de rémission, spontanées ou après traitement. **Misery et Plantin (1997)**, ont rapporté une évolution des symptômes sur plus de 10 ans chez la majorité des patients, soulignant le caractère chronique et récidivant de la D.S. Ce qui est en accord avec la présente étude où on a trouvé une évolution chronique de la D.S. et une fréquence de 62%, par contre 38% présentent une D.S. non récidivante.

Il convient également de noter que certains patients interrogés durant notre étude ont eu des difficultés à estimer avec précision la durée d'évolution des lésions, ce qui pourrait en partie expliquer les écarts observés. Malgré cela, la tendance générale reste cohérente avec la nature habituellement chronique et récidivante de la dermatite séborrhéique.

IV.3. 3. Répartition des cas de D.S. selon le type des lésions

Chez les patients atteints de dermite séborrhéique, les lésions prédominantes sont les érythèmes squameux (60%), des signes caractéristiques facilement visibles à l'œil nu et liés à L'activité pathogène de *Malassezia* sur la peau. Le prurit, bien que moins fréquent (24%),

Chapitre IV : Discussion

Demeure une plainte courante qui accentue l'inconfort des patients. En revanche, les croûtes sont moins souvent observées, ce qui indique qu'elles apparaissent principalement dans les formes plus avancées ou spécifiques de la maladie. Ces observations confirment le profil clinique typique de la dermite séborrhéique et mettent en avant l'importance d'un diagnostic fondé sur les lésions cutanées dominantes. Le même constat a été fait par **Touré (2011)** au Mali qui signale que la squame et l'érythème sont les lésions les plus observées.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous pouvons affirmer que la dermatite séborrhéique est une dermatose inflammatoire chronique, fréquente, bénigne mais potentiellement invalidante sur le plan esthétique et psychosocial. Elle évolue par poussées récidivantes, ce qui peut altérer de manière significative la qualité de vie des patients. En dépit de son caractère non grave, elle constitue une problématique dermatologique courante nécessitant une prise en charge rigoureuse et personnalisée.

Dans le cadre de cette étude prospective, bien que réalisée sur un échantillon restreint et sur une durée limitée, plusieurs éléments ont été mis en évidence :

- Une incidence plus marquée chez les jeunes adultes, notamment dans les tranches d'âge de 15–30 ans et 30–45 ans (27 % chacune).
- Une prévalence féminine notable (64 % des cas), contre 36 % chez les hommes.
- Une provenance majoritaire des zones rurales (68,18 %), soulignant l'importance d'une couverture dermatologique adaptée en milieu périphérique.
- Sur le plan clinique, les lésions érythémato-squameuses étaient les plus fréquemment observées (60 %), localisées aux zones séborrhéiques classiques : cuir chevelu, visage (plis nasogéniens, sourcils, oreilles) et région presternale.
- Le caractère récidivant de la maladie a été retrouvé dans 62 % des cas, soulignant la nécessité d'un suivi régulier et à long terme.

Références bibliographiques

Affairs Ashbee H. R., & Evans E. G. V. (1961). Immunology of diseases associated with *Malassezia* species. *ClinicalMicrobiologyReviews*.

Baillon H. (1889). *Traité de botanique médicale cryptogamique* (4e éd.). Octave Doin, Paris, France.

Bergbrant I. M. (1995). Seborrheic dermatitis and *Pityrosporum* yeasts. *Current Topics in Medical Mycology*, 6, 95–112.2

Board L. J., & Wikramanayake T. C. (2015). Seborrheic dermatitis and dandruff: A comprehensive review. *Journal of Clinical and InvestigativeDermatology*, 3(2), 10.13188/2373-1044.1000019.

Cambazard F. (2003). L'acné néonatale, infantile et pré-pubertaire. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 130, 107-112.

Cheikh K. (1996). *La dermatite séborrhéique, rôle controversé de Malassezia et influence du microbiote cutané et intestinal dans la pathologie*. Thèse en vue de l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, Faculté de Pharmacie, Marseille, 94p.

Clark G. W., Pope S. M., & Jabari K. A. (2015). Seborrheic dermatitis: A review of etiology, diagnosis, and management. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 8(10), 15–23.

Dalkowski N., Schuppan N., Orfanos N.& Zouboulis N. (1999). Increased expression of tenascin C by keloids in vivo and in vitro. *British Journal of Dermatology*, 141(1), 50–56.

Delepoulle A. S. (2012). Problèmes capillaires. [En ligne]. <http://www.pharmacie.delepoulle.com>

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

Références bibliographiques

Griffiths C. E., Armstrong A. W., Gudjonsson J. E., & Barker J. N. (2022).Psoriasis. *The Lancet*, 400(10355), 1731–1745. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01458-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01458-6)

Hay R. J. & Reid C. (2021).Dermatophytosis, tinea and other superficial mycoses. *The Lancet*, 398(10302), 1178–1187. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01247-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01247-2)

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

Lorette G. (2007). Dermatite séborrhéique infantile. Maladies de Leiner-Moussous. <http://www.thérapeutique-dermatologique.org>

Mastrolonard M., Diaferio A., Vendemiale G.& Lopalco P. (2004). Seborrheic dermatitis in the elderly: Inferences on the possible role of disability and loss of self-sufficiency. *ActaDermato-Venereologica*, 84(4), 285–287.

Misery L., Touboul S., Vinçot C., Dutray S., Rolland-Jacob G., Consoli, S. G., & Consoli S. M. (2007). Stress et dermatite séborrhéique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 134(11), 833–837.

Misery L., & Plantin P. (1997).Seborrheicdermatitis. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 124(1), 30–36.

Mokos Z. B., Kralj M., Basta-Juzbašić A., & Jukić I. L. (2012).Seborrheic dermatitis: An update. *ActaDermatovenerol Croat*, 20(2), 98–104.

Molinari E., & Chosidow O. (2010).*La dermite séborrhéique de la clinique au traitement.* Paris : MED'COM.

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

Revuz J. (2009).*Hidradenitis suppurativa.* *Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(9), 985–998. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03356>

Références bibliographiques

Rook A., Wilkinson D. S., & Ebling F. J. G. (1992). *Textbook of dermatology* (Vol. 1 et 4, 5e éd.). Blackwell Scientific Publication, Oxford, pp. 776–865.

Rudolph R. I., Guyre C. A., & Henry J. C. (2020). Topical treatments for seborrheic dermatitis: Efficacy and safety considerations. *American Journal of Clinical Dermatology*, 21(4), 505–520.

Ruenguer T. (2023). *Dermite séborrhéique*. MD, PhD, Georg-August University of Göttingen, Germany,

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

Saurat J.M., Grosshans E., Langier P., Lachapelle J.M. (2004). *Dermatite séborrhéique*. Ed. Masson, Paris, pp : 856-860.

Schmidt A., Mrowietz U., & Reich K. (2015). Treatment of seborrheic dermatitis: A review of the latest topical options. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(9), 1586–1591.

Touré S. M. (2012). *Aspect épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré* [Thèse de médecine générale, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako]. Bibliosanté.

Tucker D., & Masood, S. (2021). Seborrheic Dermatitis. *StatPearls Publishing*.

Weidinger S., & Novak N. (2016). Atopic dermatitis. *The Lancet*, 387(10023), 1109–1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X)

Zouboulis C. C., et al. (2009). *Malassezia* species and their role in skin disorders. *British Journal of Dermatology*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.02920.x>

Liens Webographiques:

(Anonyme 1): <http://howmed.net/microbiology/superficial-mycoses/>

(Anonyme2) :<https://www.eucerin.fr/a-propos-de-la-peau/comprendre-la-peau/qu-est-ce-que-la-barriere-cutanee>

Annexes I

Caractéristiques	Aspect des lésions	Evolution des lésions	Localisation des lésions	Texture des lésions
La dermatite séborrhéique	Plaques rouges avec des squames grasses jaunes ou blanchâtres.	Poussée et rémission, symptôme chroniques.	Zones riches en sébum : cuir chevelu, sourcils, ailes du nez, tronc.	Grasse, mouillée, parfois croulée .
Psoriasis	Plaques épaisses et argentées, squames bien délimitées.	Chroniques avec des poussées graves, périodes de rémission.	Coudes, genoux, bas de dos, cuir chevelu.	Épaisse ,argentée, avec des bordures nettes .
Eczéma	Plaques rouges, humides et suintantes.	Chroniques avec exacerbations .	Plis cutané (coudes, genoux), mains, visage.	Sèche, suintantes, parfois cicatricielle .
Dermatophytie	Plaques rouges , avec squames, souvent en anneau .	Souvent aiguë, éruption rapide , mais les lésions guérissent avec le traitement .	Mains, pieds, cuir chevelu, parfois entre les oreilles.	Squameuses, liquides, vésiculaires selon la zone.
Dermatite atopique	Plaques rouges, sèches, écailleuses avec des démangeaisons.	Chroniques avec des périodes d'exacerbations, surtout liées au stress et au allergènes.	Plis du corps : coudes, genoux, visage (surtout chez les enfants).	Sèche, peut devenir rugueuse si elle persiste
Lupus	Eruptions cutanées en forme de papillon sur le visage.	Chroniques, mais avec des poussées liées au stress.	Visage, souvent sur les joues, décolleté, main.	Papuleuses, parfois ulcérées ou décapitées.

Annexes II

Université Mouloud Mammeri Tizi Ouzou
 Master en Biologie
 Service de Parasitologie –Mycologie Médicale.

Fiche de renseignement è 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 3-6mois 6-9mois 9mois- 1an Plusieurs années • **L'évolution est :**Chronique : continue ; avec apparition hivernale Poussée /
rémission

2. Type des lésions :

Macule papule érythème Squame croute Pustule Prurit

Autre :

3. Topographie des lésions :

Sillon nasogéniencuir chevelu la barbe les aisselles
 Les paupières Les oreilles
 Sourcils front

Autre :

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

Type de dermatose associée :

III. Facteurs favorisants :

L'anxiété, stress
 Le manque de sommeil
 La peau grasse
 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 ; comprimé
 Dermocorticoïdes
 Cosmétique

• **Evolution :**

- Bonne évolution.
- Réduire, échec.