



HAL
open science

Conseil officinal appliqué à la dermatologie et à la cosmétologie des peaux hyper pigmentées : enquête auprès des pharmaciens

Sylvie Rubal

► To cite this version:

Sylvie Rubal. Conseil officinal appliqué à la dermatologie et à la cosmétologie des peaux hyper pigmentées : enquête auprès des pharmaciens. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00917127

HAL Id: dumas-00917127

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00917127v1>

Submitted on 9 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2013

N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 2013

RUBAL Sylvie

Née le 2 Mai 1987 à CHATEAUROUX

**CONSEIL OFFICINAL APPLIQUE A LA DERMATOLOGIE ET A
LA COSMETOLOGIE DES PEAUX HYPERPIGMENTEES.
ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS.**

Président du jury : Monsieur Gilles GARGALA

Maître de conférences, Praticien hospitalier

Membres du jury : Madame Cécile GUERARD-DETUNCQ

Pharmacien d'officine,

Conseillère suppléante de la section D de l'ordre
des pharmaciens de la région Haute-Normandie

Madame Isabelle DUBOC

Pharmacien d'officine

M. Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne -
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie

M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie

M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES reprod.	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) d'urgence	HCN	Réanimation Médicale, Médecine
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
--------------------------	---

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
--------------------------------------	---

Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
--------------------------	-------------------------

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
CB - Centre HENRI BECQUEREL
Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Monsieur Gargala, d'avoir accepté d'être mon maître de thèse, et de m'avoir encouragée dans le choix de mon sujet ;

Madame Guérard-Detuncq d'avoir accepté d'être jury de ma thèse et pour l'intérêt porté à mon travail ;

Madame Duboc, d'avoir accepté sans hésitation de faire partie des membres du jury ;

Madame Duboc et Madame Leguay, de m'avoir fait confiance au sein de leur pharmacie, ainsi qu'à toute l'équipe des Mousquetaires de m'avoir si bien accueillie ;

Madame Lalande et son équipe de m'avoir formée au cours de mon cursus universitaire ;

Madame Marsollier, pharmacien grossiste-répartiteur responsable de l'OCP d'avoir permis la diffusion des questionnaires.

Je tiens à remercier sincèrement,

Mes parents chéris, pour leur présence et leur soutien sans relâche tout au long de ses années d'études, merci pour votre amour sans faille ;

Mes sœurs, pour l'amour fraternel qui nous unit, je vous souhaite de réussir dans tous vos projets ;

Mes amis de fac, pour les fous rires, les moments de folie, de stress, de joie, d'encouragement ;

Mes amies, dont les conseils m'ont été et me seront toujours très précieux ;

A Fred, pour ton amour, ton aide dans la réalisation de la thèse, et ta belle patience.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I. PHYSIOLOGIE CUTANEE	9
1 LA PEAU	9
1.1 L'épiderme.....	9
1.1.1 Les kératinocytes	9
1.1.2 Les mélanocytes	11
1.1.3 Les cellules de Langherans	11
1.1.4 Les cellules de Merkel.....	11
1.2 Le derme.....	12
1.2.1 Les cellules du derme	12
1.2.2 Les fibres du derme	13
1.3 L'hypoderme=tissu sous-cutané	13
2 LES ANNEXES CUTANES	14
2.1 Les glandes sudoripares ou sudorales	14
2.1.1 Les glandes sudoripares eccrines.....	14
2.1.2 Les glandes sudoripares apocrines	14
2.2 Le follicule pilo-sébacé	15
II. POINT SUR LA MELANOGENESE ET SPECIFICITE DE LA PEAU NOIRE.....	16
1 MELANOGENESE.....	16
1.1 Description des mélanocytes.....	16
1.1.1 La mélanine	16
1.1.2 Répartition des mélanocytes	18
1.2 Rôle physiologique de la mélanine	18
1.3 Biochimie de la mélanogénèse	19
1.3.1 Mélanogénèse et tyrosinase.....	19
1.3.2 Transfert des mélanosomes.....	21
1.4 Pigmentation cutanée et régulation de la mélanogénèse	22
1.4.1 Contrôle génétique	22
1.4.1.1 Gènes de pigmentation et régulation de la pigmentation constitutive	22
1.4.1.2 Pigmentation facultative ou induite	25

1.4.2	Régulation hormonale de la pigmentation constitutive	26
1.4.3	Exemple d'anomalie de pigmentation : l'albinisme	27
1.4.4	Variations ethniques de pigmentation	28
III. CARACTERISTIQUES PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU NOIRE		29
1	SPECIFICITES STRUCTURELLES ET FONCTIONNELLES	29
1.1	Spécificité structurelle et fonctionnelle	29
1.1.1	Epiderme	29
1.1.2	Derme	29
1.1.3	Pigmentation	29
1.2	Variations physiologiques de coloration	32
1.2.1	Inhomogénéité de la pigmentation	32
1.2.2	Ligne blanche médio thoracique.....	32
1.2.3	Ligne de Voigt	32
1.2.4	Hypomélanose en « gouttes »	33
1.2.5	Hypomélanose maculeuse du métis	33
1.2.6	Pigmentation buccale physiologique	34
1.2.7	Tache mongolique	34
1.2.8	Macules hyperpigmentées des paumes et des plantes = pigmentations palmo-plantaires.....	36
1.2.9	Pigmentation unguéale.....	36
2	CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES	36
2.1	Notion de perte d'adaptation.....	36
2.2	Ensoleillement et photoprotection.....	36
2.2.1	Phototypes.....	36
2.2.2	Ensoleillement et conséquences sur peau noire.....	37
2.2.2.1	Perte du capital pigmentogène	37
2.2.2.3	Bronzage et coups de soleil	38
2.2.2.4	Protection solaire	38
2.3	Notion de métissage.....	39
3	PATHOLOGIES SPECIFIQUES	40
3.1	Dermatosis papulosa nigra	40
3.2	Chéloïdes spontanées.....	41
3.3	Kératodermie ponctuée palmaire.....	44
3.4	Aihnum	45

3.5	Pseudofolliculite de la barbe	46
3.6	Acné chéloïdienne de la nuque.....	47
4	HYPOPIGMENTATIONS	49
4.1	Vitiligo.....	49
4.2	Eczématides.....	52
4.2.1	Eczématides achromiantes (« <i>lota</i> » en créole)	52
4.2.2	Eczématides séborrhéiques	53
4.3	Pytirisias alba.....	54
4.4	Hypopigmentations post-inflammatoires.....	55
4.4.1	Dermite ou séborrhéique	55
4.4.2	Dermatite atopique	56
4.5	Hypopigmentations infectieuses	57
4.5.1	Lèpre ou Maladie de Hansen	57
4.5.2	Onchocercose évoluée.....	58
4.5.3	Pian.....	59
4.5.4	Pityriasis versicolor	60
4.6	Hypopigmentations iatrogènes = dépigmentation volontaire	62
4.6.1	Hypopigmentations iatrogènes.....	62
4.6.1.1	Topiques dépigmentants	62
4.6.1.1.1	Dermocorticoïdes	62
4.6.1.1.2	Dérivés phénoliques	64
4.6.1.1.3	Acide rétinoïque	65
4.6.1.1.4	Acide azélaïque.....	65
4.6.1.1.5	Dépigmentants végétaux : les acides de fruits.....	65
4.6.1.1.6	Préparations dépigmentantes et associations	66
4.6.2	Dépigmentation volontaire en pratique	67
4.6.2.1	Les produits illicites utilisés.....	67
4.6.2.2	Complications	67
4.6.2.2.1	Accidents esthétiques et trophiques	67
5	HYPERPIGMENTATIONS.....	70
5.1	Acné.....	70
5.2	Eczéma.....	77
5.3	Pigmentations post-inflammatoires	80
5.3.1	Prurits chroniques idiopathiques.....	80
5.3.2	Pytirisias rosé de Gibert.....	81

5.3.3	Gale.....	82
5.3.4	Lichen plan.....	83
5.3.5	Psoriasis.....	83
5.3.6	Rougeole.....	84
5.3.7	Varicelle.....	85
5.4	Autres pigmentations (affections pigmentogènes).....	86
5.4.1	Ochronose exogène.....	86
5.4.2	Mélasma.....	87
5.4.3	Pigmentations mercurielles.....	88
5.4.4	Erythème pigmenté fixe.....	89
5.5	Mycoses.....	89
5.5.1	Candidoses.....	89
5.5.2	Dermatophyties et pseudo-dermatophyties.....	89
5.6	Toxidermies.....	91
5.7	Sarcoïdose.....	92
5.8	Traitements « physiques » dermatologiques sur peau noire.....	93
5.8.1	Différents types de chirurgies plastiques sur peau noire.....	93
5.8.2	Laser.....	94
5.8.2.1	Pourquoi (dit-on que) le laser ne doit pas être utilisé sur peau noire ?.....	94
5.8.2.2	Épilation au laser et indications sur peau noire.....	94
5.8.2.2.1	Épilation.....	94
5.8.2.2.2	Indications du laser sur peau noire.....	94
5.8.3	Peelings.....	96
6	MALADIES DES PHANERES.....	97
6.1	Pathologies du système pileaire.....	97
6.1.1	Rappel de la physiologie pileaire.....	97
6.1.1.1	Rappel de la structure des poils et cheveux.....	97
6.1.1.2	Croissance pileaire.....	98
6.1.2	Caractéristiques du cheveu crépu.....	99
6.1.3	Pathologies du cuir chevelu.....	99
6.1.3.1	Teignes.....	99
6.1.3.2	Péliculose du cuir chevelu.....	100
6.2	Pathologies unguéales.....	101
6.2.1	Description de l'ongle.....	101
6.2.2	Ongle et pathologies.....	102

6.2.3	Sur peau noire	102
6.2.3.1	Particularités.....	102
6.2.3.2	Mélanonychies longitudinales	103
IV.	COSMETOLOGIE DE LA PEAU NOIRE.....	104
1	SPECIFICITES FONCTIONNELLES.....	104
2	HABITUDES COSMETIQUES.....	105
3	SOINS DU VISAGE	105
4	MAQUILLAGE.....	107
5	VIEILLISSEMENT CUTANE.....	108
6	SOINS DU CORPS&HYGIENE CORPORELLE	109
6.1	Toilette	109
6.2	Hydratation.....	110
7	SOINS CAPILLAIRES	112
7.1	Description du type de cheveu	112
7.2	Habitudes cosméto-capillaires.....	113
7.2.1	Pourquoi les cheveux crépus nécessitent des besoins spécifiques ?	113
7.2.2	Lissage des cheveux crépus ou frisés	114
7.2.2.1	Principe.....	114
7.2.2.2	Lissage brésilien.....	114
7.2.3	Défrisage.....	115
7.2.4	Rajouts	116
7.2.4.1	Tresses.....	116
7.2.4.2	Tissage	118
7.2.5	Chevelure naturelle	119
7.2.6	Entretien de la chevelure.....	120
7.2.6.1	Shampooing.....	120
7.2.6.2	Conseils.....	121
V.	ETUDE DU CONSEIL OFFICINAL DERMO-COSMETIQUE SUR PEAUX HYPERPIGMENTEES EN OFFICINE EN HAUTE-NORMANDIE.....	122
1	ETATS DES LIEUX.....	122
1.1	Données démographiques.....	122
1.1.1	En France métropolitaine	122
1.1.2	En Haute-Normandie	123

1.2	Démarches.....	124
1.2.1	Intérêt de l'étude.....	124
1.2.2	Diffusion des questionnaires	125
2.1	Réponses exprimées en pourcentage.....	126
2.1.1	Rubrique « VOUS CONNAITRE »	126
2.1.1.1	Proportion de pharmaciens	126
2.1.1.2	Expérience professionnelle.....	127
2.1.1.3	Localisation.....	129
2.1.1.4	Affluence	130
2.1.2	Rubrique « PEAU NOIRE ET COSMETIQUE »	134
2.1.2.1	Cosmétologie.....	134
2.1.2.2	Dépigmentation volontaire (DV).....	143
2.1.3	Rubrique « PEAU NOIRE ET ENVIRONNEMENT ».....	146
2.1.4	Rubrique « DERMATOSE ET PEAU NOIRE ».....	148
2.1.5	Réaction générale	150
	CONCLUSION	151
	LEXIQUE.....	152
	ANNEXES	156
	TABLE DES FIGURES	164
	TABLE DES TABLEAUX	166
	BIBLIOGRAPHIE.....	167

INTRODUCTION

La peau a toujours été le premier « appareil » de l'Homme, c'est le vêtement naturel qui possède plusieurs fonctions : protection mécanique, chimique et environnementale, ou encore séduction, mais peut également provoquer dégoût ou racisme.

J'ai souhaité aborder le thème des peaux dites « hyperpigmentées », car elles sont à mon sens trop souvent oubliées dans le cadre pharmaceutique en termes de conseils, et lors de l'étude de la sémiologie cutanée lors du cursus universitaire. En effet, la peau peut prendre différentes couleurs qui constituent les signes d'alarme d'une dermatose, ou d'une maladie généralisée. Sur peau blanche, on parle de « bleu » pour un hématome, les téguments* se jaunissent en cas d'ictère ; mais qu'en est-il lorsque celle-ci est déjà colorée ou très pigmentée ? Comment s'exprime une varicelle, une rougeole chez un enfant ayant la peau noire ? Autrement dit comment mettre en évidence ces différents signes diagnostiques chez une personne ayant la peau hyperpigmentée ?

Mes origines antillaises me poussent à me questionner. Cependant, il ne sera pas question de se plaindre, mais d'établir une véritable analyse sémiologique. La peau noire ne se résume pas à une peau sèche, qu'il faut hydrater et qui n'a, selon certains, « pas besoin de bronzer » ; mais celle-ci recèle de nombreuses interrogations et richesses qui méritent d'être approfondies... En ces jours où le « melting pot » aboutit à des métissages permettant de référencer de nouvelles teintes cutanées, il est important de s'intéresser aux spécificités de ces nouveaux phénotypes.

Il est véritable que d'un point de vue cosmétologique, la peau hyperpigmentée est une source inépuisable de recherches auprès des laboratoires, et l'influence culturelle concernant le blanchiment de la peau noire soulève des questions et attire de plus en plus l'attention. Des recettes « de grand-mère » aux produits de contrefaçon visant à éclaircir le teint, la dépigmentation volontaire s'avère très dangereuse.

C'est pourquoi, dans cette thèse, après avoir fait un rappel précis de la physiologie cutanée, j'exposerai le processus de mélanogénèse, l'expression des dermatoses chez les peaux hyperpigmentées, en les comparant si possible avec la peau blanche, et celles qui leur sont spécifiques. Il sera utile de connaître certaines habitudes culturelles et ainsi

d'élaborer un ensemble de conseils aux peaux noires pour les pharmaciens d'officine. Enfin, à travers une enquête auprès des pharmaciens d'officine de Haute-Normandie, nous ferons un état des lieux de la prise en charge concrète des peaux noires et métissées à l'officine. L'objectif étant de savoir comment les pharmaciens d'officine conseillent spécifiquement les sujets à peau noire ou hyperpigmentée et quelles notions et informations pourraient leur être apportées.

Un lexique en fin d'ouvrage explicitera certains termes utilisés ; ces mots et abréviations sont indiqués par un astérisque.

I. PHYSIOLOGIE CUTANEE

1 LA PEAU

La peau est un organe complexe qui peut prendre à l'âge adulte une superficie d'environ 1,8 m², son épaisseur varie de 1 à 5 mm. La peau a un poids variant de 3,5 à 10 kg et est exempte d'os et de cartilage. De la superficie vers la profondeur, on distingue l'épiderme séparé du derme par la jonction dermo-épidermique, et l'hypoderme. L'épiderme et le derme représentent le tissu cutané et l'hypoderme, le tissu sous-cutané. [1,4]

1.1 L'épiderme

L'épiderme est un épithélium de revêtement, stratifié, pavimenteux et kératinisé. Il n'est pas vascularisé. Cette couche superficielle mince dont l'épaisseur varie selon la région du corps (0,05 mm aux paupières à 1,5 mm dans la région palmo-plantaire) est composé de différentes familles de cellules : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langherans et les cellules de Merkel.

1.1.1 Les kératinocytes

Du grec *keras*, « corne », ces cellules représentent 80% de la population cellulaire épidermique et se répartissent en quatre couches distinctes selon l'évolution de leur maturation : c'est le processus de KERATINISATION, c'est-à-dire l'élaboration par les kératinocytes d'une protéine : la kératine. Ainsi, de la profondeur, vers la superficie, on distingue :

- **La couche basale (ou *stratum germinatum* = *stratum basale* ou *basalis*)** : est constituée d'une seule couche de cellules cubiques reposant sur la membrane basale et qui assurent la multiplication de celles occupant les couches supérieures.
- **La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi (ou *stratum spinosum*)** : ce sont ces cellules précédemment cubiques qui s'aplatissent tout en remontant à la surface de la peau. Elles se répartissent sur environ huit couches cellulaires. On note l'apparition de tonofilaments (précurseurs de la kératine fibreuse) et la

présence d'épines, excroissances pointues permettant aux cellules de se relier entre elles.

- **La couche granuleuse (ou *stratum granulosum*)** : est composée de trois à cinq strates de cellules dont l'aspect est particulier au microscope ; un réseau important de tonofilaments apparaît. On note également la présence de corps d'Odland correspondant aux kératinosomes qui déversent leur contenu en lipides et enzymes afin de constituer le ciment intercellulaire.
- **La couche cornée (ou *stratum corneum*)** : la plus superficielle, dont l'épaisseur varie en fonction de la région du corps, des facteurs physiologiques et pathologiques. L'épaisseur maximale atteint 2mm environ au niveau de la plante du pied ou de la paume de la main alors qu'au niveau des paupières, on mesure 0,06mm d'épaisseur seulement. Concernant l'évolution des kératinocytes, celles-ci s'aplatissent jusqu'à disparition complète du noyau et des organites, en conservant le cytoplasme et les fibres de kératine, on les nomme ainsi cornéocytes. A ce sujet, la couche cornée est majoritairement constituée de kératine (=protéine fibreuse riche en acides aminés soufrés tels que la cystéine*). Le ciment intercellulaire y est une structure complexe protéique et lipidique.

Ainsi véritable bouclier à la surface de la peau, cette couche superficielle de cellules se subdivise en trois zones :

- **Le *stratum lucidum***, fine bande claire voire transparente située à la base, présente uniquement au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds, elle sert à la protection de la peau contre les forces de pression.
- **La couche compacte ou *stratum compactum***, au centre assure la rigidité de la kératine ainsi que l'hydrophobie du ciment lipidique, ce qui permet le maintien de l'hydratation cutanée
- **La couche desquamante ou *stratum disjunctum***, zone de desquamation* située en surface, qui assure la formation du facteur naturel d'hydratation cutané ainsi que la digestion enzymatique et lipidique de l'enveloppe cornée ; ce qui provoque une perte de cohésion des cornéocytes, d'où la desquamation et l'élimination des corps étrangers et pathogènes cutanés.

Il faut compter 21 à 28 jours pour un cycle de kératinisation (de la couche basale jusqu'à la couche cornée desquamante). La durée de ce processus est variable en fonction des conditions physiopathologiques ; la kératinisation dure sept jours en cas de psoriasis par exemple.

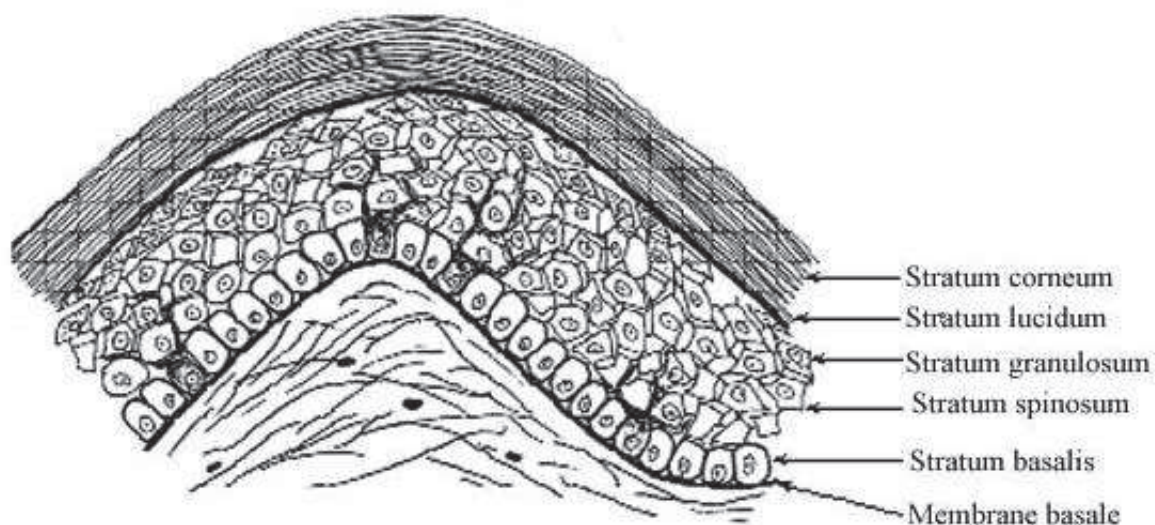


Figure 1: Couches épidermiques et kératinisation [69]

1.1.2 Les mélanocytes

Ces cellules sont responsables de la mélanogénèse, c'est-à-dire la formation de mélanine, pigment naturel responsable de la carnation de la peau. Nous décrivons ce processus en détails ultérieurement. (Chapitre III. POINT SUR LA MELANOGENESE ET SPECIFICITE DE LA PEAU NOIRE p.11)

1.1.3 Les cellules de Langherans

Ces cellules représentent 4% de la population cellulaire épidermique (500 à 1000 par mm^2), elles sont situées dans la couche épineuse (*stratum spinosum*). Elles représentent la première ligne de défense immunitaire en envoyant un message aux lymphocytes qui affluent en surface afin d'éradiquer les micro-organismes cutanés. Elles constituent ainsi une mémoire du système immunitaire cutané.

1.1.4 Les cellules de Merkel

Ces cellules sont localisées dans la partie basse de l'épiderme et sont nombreuses sur les lèvres et les doigts. Elles sont associées à des terminaisons nerveuses, ce qui leur confère le rôle de récepteur sensoriel du toucher.

Il est à noter l'absence de vaisseaux sanguins au sein des structures épidermiques, de ce fait, l'eau et les nutriments nécessaires aux cellules germinatives et aux couches de cellules vivantes sont fournies via les réserves du derme à travers la membrane basale de la jonction dermo-épidermique.

1.2 Le derme

Cette structure cutanée est séparée de l'épiderme par la membrane basale qui forme une jonction en forme de « montagnes russes », appelée également « papilles dermiques ». On distingue le derme papillaire constitué des papilles dermiques qui augmentent la surface de la jonction dermo-épidermique (zone d'échange) du derme réticulaire (rôle de charpente).

Le derme est plus épais que l'épiderme (1 à 4 mm), mais moins dense que celui-ci ; et il s'avère être une couche indispensable qui assure l'élasticité et la résistance de la peau. Les fibroblastes, cellules fixes, peu nombreuses, mais volumineuses constituent le derme et élaborent un gel : la substance fondamentale, dans laquelle ils baignent. La substance fondamentale est constituée de mucopolysaccharides très hydrophiles et capables de retenir jusqu'à 1000 fois leur poids en eau, d'où l'exceptionnelle souplesse de la peau ainsi que sa consistance particulière chez le bébé.

Le derme est également le lieu d'implantation des annexes cutanées que sont les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares.

On remarque que, pendant la grossesse, la peau s'étend énormément et les fibres élastiques ne supportent plus la tension et des petites déchirures apparaissent au niveau de la peau ; celles-ci peuvent persister après l'accouchement, on les appelle les vergetures de grossesse ou *striae gravidarum*.

1.2.1 Les cellules du derme

Outre les lymphocytes et macrophages qui sont mobiles, les fibroblastes sont majoritaires et sécrètent collagènes et élastines*. Ce sont des cellules fusiformes à noyau ovale et cytoplasme peu développé, qui sont reliées entre elles par leurs prolongements cytoplasmiques. Au sein de la substance fondamentale, elles se multiplient et échangent des informations.

1.2.2 Les fibres du derme

Ce sont les fibres de collagène, d'élastine et de réticuline qui sont issues de l'activité des fibroblastes. Leur production varie en fonction de l'âge et est réduite avec le vieillissement.

Les fibres de collagène regroupent 13 variétés de molécules qui s'organisent en réseau de faisceaux tridimensionnels pour conférer solidité au derme.

Les fibres d'élastine, moins nombreuses, s'organisent en maillage souple et donnent l'élasticité du derme.

On note la présence de :

- Terminaisons nerveuses sensibles libres
- Cellules musculaires lisses des muscles arrecteurs du poil
- Fibres musculaires striées notamment ceux des muscles peauciers de la face (expression du visage)
- Annexes cutanés dérivés de l'épiderme (follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares)
- Vaisseaux sanguins et lymphatiques permettant la nutrition du derme.

1.3 L'hypoderme=tissu sous-cutané

C'est un tissu conjonctif lâche, richement innervé et vascularisé qui prolonge celui du derme et qui est souvent associé en profondeur au tissu adipeux ; lequel constitue d'ailleurs une réserve capable de stocker les graisses et de les libérer en fonction des besoins de l'organisme. Ce tissu adipeux hypodermique forme un « molleton » généralement plus important chez la femme que chez l'homme.

Il exerce un rôle dans la régulation du métabolisme cellulaire (réserve énergétique), la protection mécanique de la peau, l'harmonisation de la silhouette et l'isolation thermique corporelle.

Il est inexistant au niveau des paupières et s'avère plus épais au niveau de l'abdomen, des fesses et des cuisses.

2 LES ANNEXES CUTANES

2.1 Les glandes sudoripares ou sudorales

2.1.1 Les glandes sudoripares eccrines

Ces glandes produisent et déversent directement la sueur à la surface corporelle ; la partie sécrétrice de la glande se situe à côté de la jonction dermo-hypodermique, les canaux excréteurs traversent le derme et l'épiderme via des pores épidermiques. La sueur devient odorante par contact avec la flore apocrine et est dotée d'un pH acide qui lui confère des propriétés antibactériennes naturelles.

Ces glandes sont très présentes au niveau du front, du cuir chevelu, des aisselles, des paumes des mains et des plantes des pieds.

La sécrétion sudorale est sous contrôle du système nerveux autonome, permettant ainsi de réguler la température corporelle, d'éliminer les déchets et de maintenir l'hydratation cutanée.

2.1.2 Les glandes sudoripares apocrines

Ces glandes sont plus volumineuses et plus profondes que les glandes eccrines. Elles se situent en aval de la glande sébacée et débouchent au niveau du follicule pileux. Les localisations préférentielles sont : les creux axillaires ainsi que les régions ano-génitales, mais également au niveau des paupières (glandes de Moll), de la région aréolaire, dans les conduits auditifs externes (glandes cérumineuses).

Leur produit de sécrétion est plus épais, plus riche en lipides et pigments ; l'odeur ressentie vient du rancissement des lipides par oxydation à la surface de la peau et sous l'action des enzymes de la flore microbienne.

2.2 Le follicule pilo-sébacé

Il est constitué du follicule pileux, de la tige du poil, du muscle arrecteur du poil et des glandes sébacées :

- **Le follicule pileux** : la partie invisible du follicule comprend la racine qui est constituée d'un bulbe déprimé en cloche par la papille dermique. La partie visible du poil est constituée de fibres de kératine.
- **Le muscle arrecteur du poil** : c'est une mince bande de muscle lisse est attachée à la fine gaine fibreuse du follicule pileux et au derme superficiel. Sa contraction redresse le poil (phénomène d'horripilation ou « chair de poule »)
- **Les glandes sébacées** : chacune d'elle est attachée latéralement au follicule pileux dans lequel elle déverse le sébum ; ce produit de sécrétion lipidique s'écoule à la surface de la peau le long du poil, ce qui lubrifie celui-ci, protège la peau et la rend plus souple. Ces glandes sont situées majoritairement au niveau de la face, du cuir chevelu, des oreilles, des narines, de la vulve et de l'anus. Dans certaines zones corporelles, elles s'ouvrent directement sur l'épiderme et non pas dans le follicule pileux : au niveau des petites lèvres vulvaires, de la peau de l'aréole (tubercules de Montgomery), des paupières (glandes de Meibomius), des lèvres et de la muqueuse buccale (grains de Fordyce).

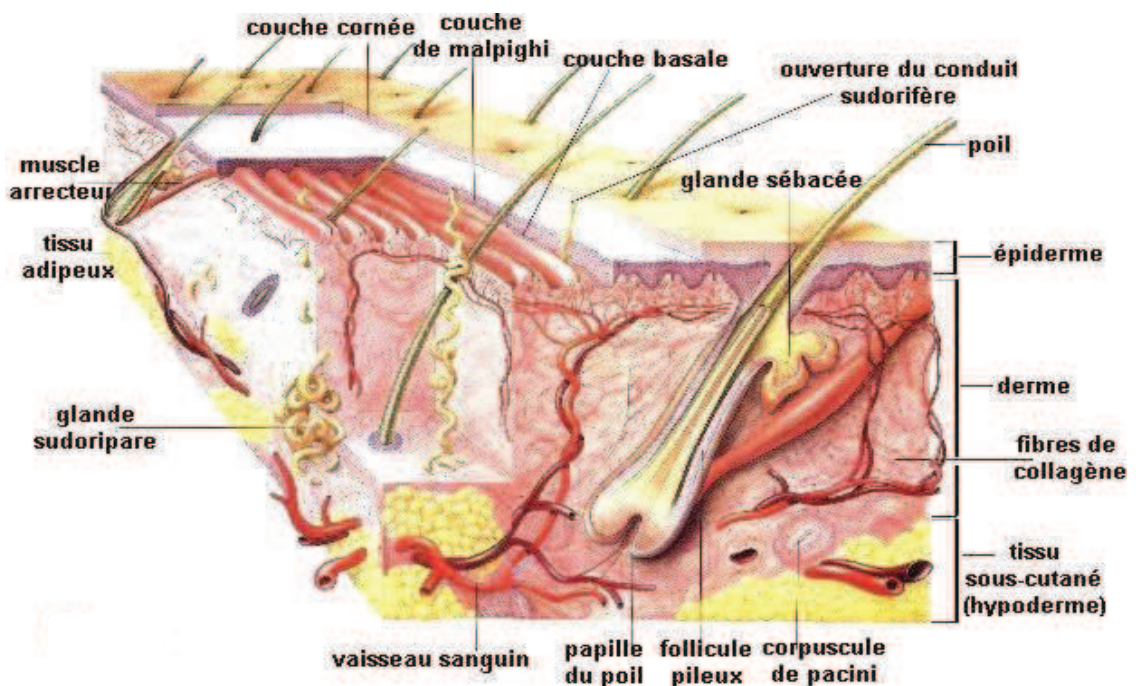


Figure 2 : Schéma de la peau [70]

II. POINT SUR LA MELANOGENESE ET SPECIFICITE DE LA PEAU NOIRE

1 MELANOGENESE

La mélanogénèse correspond au processus de synthèse et de distribution ou transfert des mélanines dans l'épiderme, ainsi la pigmentation cutanée exerce un rôle de protection et de coloration.

1.1 Description des mélanocytes

Du grec *melas* « noir » et *kutos* « cellule » ; ces cellules situées dans la couche basale sont peu nombreuses et s'intercalent entre les kératinocytes dans un rapport de 1 pour 8 (soit 1200 mélanocytes par mm² de surface cutanée pour 10000 kératinocytes!)

Les mélanocytes ont une forme étoilée caractérisée par des prolongements cytoplasmiques, les dendrites, qui s'insinuent entre les kératinocytes voisins et sus-jacents. Ces cellules contiennent dans leur cytoplasme des grains de pigments plus ou moins foncés : la mélanine. Ces amas pigmentaires sont assemblés sous forme de mélanosomes qui se répartissent dans les fragments dendritiques des mélanocytes.

1.1.1 La mélanine

Ce pigment est responsable de la couleur de la peau après s'être dispersé dans l'épiderme. Le processus se décrit par le transfert et la phagocytose des mélanosomes situés dans les fragments dendritiques des mélanocytes par les kératinocytes voisins. Ainsi, une unité épidermique de mélanisation (UEM) est composée d'un mélanocyte et de plusieurs kératinocytes (environ 36).

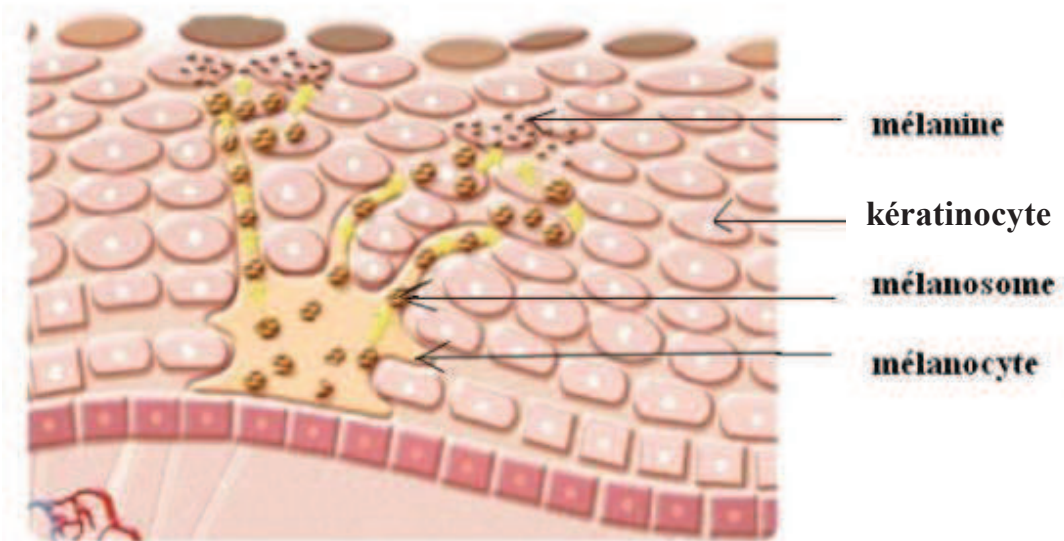


Figure 3 : Unité Epidermique de Mélanisation [23]

La structure chimique de la mélanine correspond à des polymères de radicaux phénol (indole 5-6 quinone). Il en existe deux groupes :

- Les **eumélanines** brunes ou noires qui sont très polymérisées et contiennent **peu de soufre**. Elles ont la capacité d'absorber les UVA et les UVB et d'accepter les radicaux libres. On les retrouve chez tous les mammifères ainsi que chez l'Homme.
- Les **phéomélanines**, jaune-orange sont moins polymérisées et contiennent **beaucoup de soufre** sous forme de cystéine (-S-S-cystéinyl-DOPA*), cystéine contenue dans le glutathion. Elles absorbent moins les ultraviolets (UV) et les radicaux libres. Les trichochromes (ou érythromélanines) de la même famille que les phéomélanines contiennent du fer et sont présents dans les cheveux roux.

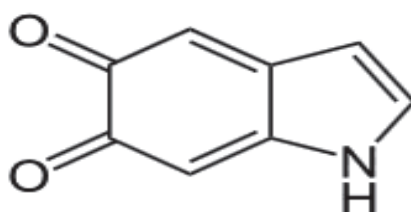


Figure 4 : Noyau indole 5-6 quinone [71]

1.1.2 Répartition des mélanocytes

Le nombre des mélanocytes chez un même individu est variable suivant les zones cutanées, et leur densité est notamment plus importante sur les zones les plus photo-exposées. Toutefois, leur nombre est identique dans toutes les populations humaines (caucasiennes, négroïdes et mongoloïdes), la différence de teinte est due à la nature de la mélanine produite (eumélanine ou phéomélanine).

Tableau 1 : Répartition des mélanocytes en fonction des différents territoires cutanés

Zone	Nombre par mm²	Zone	Nombre par mm²
Face	2000	Cuisse	1000
Cou	1400	Jambe	1500
Tronc	900	Plante du pied	1700
Région génitale	2300		

1.2 Rôle physiologique de la mélanine

Avant tout, la mélanine assure la photoprotection, elle a la capacité d'absorber le rayonnement qui n'a pas été réfléchi à la surface de la peau. Les mélanines absorbent de 200 à 2000 nm de rayonnement et ce phénomène génère de la chaleur. L'absorption des photons permet de protéger l'atteinte des organes vitaux de la cellule et des structures environnantes.

Les eumélanines sont plus efficaces pour neutraliser les radicaux libres formés sous l'influence des UV.

En revanche, en diminuant la quantité d'UV qui arrive dans la peau, les mélanines peuvent rendre plus difficile la synthèse de vitamine D ; d'où les carences en vitamine D des sujets à peau noire vivant en zones faiblement ensoleillées. Les nourrissons à peau pigmentée nécessitent une dose plus importante de vitamine D indispensable à la croissance osseuse que les nourrissons à peau blanche. Ils sont ainsi plus sujets au rachitisme* (pays sous-développés).

1.3 Biochimie de la mélanogénèse

La synthèse des mélanines a lieu dans les mélanocytes, plus précisément dans les mélanosomes, qui acquièrent différents stades de maturation tout au long de la mélanogénèse. Le mélanocyte possède un appareil de Golgi très développé, qui permet la synthèse des enzymes nécessaires à la formation des différentes mélanines.

1.3.1 Mélanogénèse et tyrosinase

La synthèse des mélanines a pour enzyme limitante la tyrosinase (sa phosphorylation* et l'ion cuivrique Cu^{2+} sont indispensables à son activation). Elle transforme l'acide aminé tyrosine en DOPA puis en DOPA-quinone,

- si le mélanocyte est riche en soufre (apport via la cystéine), celui-ci s'arrondit ou reste rond et la cysteinylDOPAquinone (isomères 2-S- et 5-S-) est formée ; ce composé sera le chef de file des phéomélanines,
- si le mélanocyte est dépourvu de soufre, il s'aplatit et la DOPA-quinone se transforme spontanément en DOPochrome, composé orange qui donnera *in fine* les eumélanines.

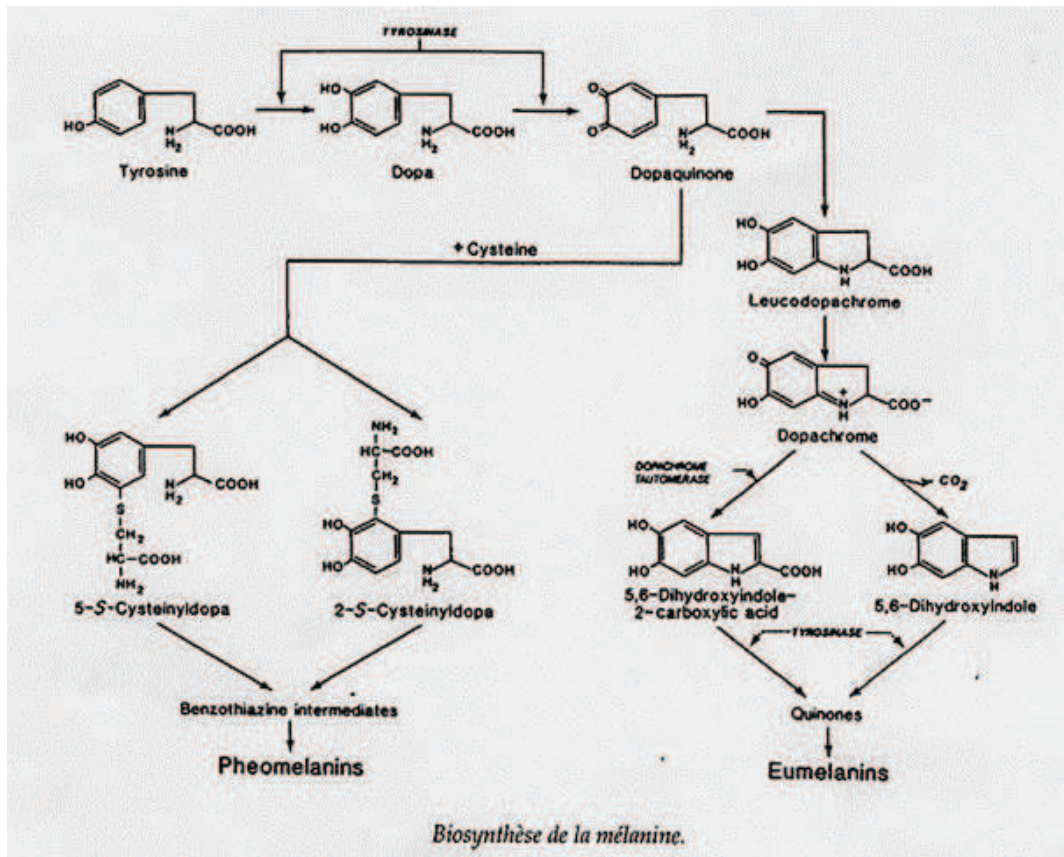


Figure 5 : Biosynthèse des mélanines [72]

L'intensité de mélanisation est proportionnelle aux stades de maturation du mélanosome (stade I à IV) et l'opacité de l'organite augmente jusqu'à saturation. La mélanogénèse débute au stade II de maturation (tyrosinase active).

Tableau 2 : Evolution du mélanosome au cours de la mélanogénèse

Stade	Aspect du mélanosome	Activité tyrosinase
I	Vésicules de mélanosomes sont assez rondes et incolores	Tyrosinase prend une structure hélicoïdale
II	Mélanosomes ovoïdes	Tyrosinase active
III	Idem stade II avec nette opacification	Tyrosinase très active
IV	Complètement opaque, entièrement mélanisé et prêt à être transféré aux kératinocytes en bout de dendrite	L'activité n'est plus discernable

1.3.2 Transfert des mélanosomes

En bout de dendrites, les mélanosomes sont transférés par phagocytose aux kératinocytes voisins. Ce transfert est régulé par différents facteurs notamment par le récepteur PAR-2 (*Proteinase-Activated Receptor2*) exprimé par les kératinocytes.

En fonction des types de peaux (Cf. *Tableau 3 : Phototypes*), la phagocytose d'effectue plus ou moins vite.

- Dans les peaux claires dites caucasiennes (phototypes I et II), les mélanocytes contiennent en majorité des mélanosomes à phéomélanines. Le transfert des mélanosomes s'effectue par complexes et sont directement digérés dans les couches supérieures de l'épiderme, au niveau de la **couche du corps muqueux de Malpighi**.
- Dans les peaux intermédiaires (phototypes III et IV), les mélanosomes contiennent peu de mélanosomes à eumélanine ; lesquels sont phagocytés en gros paquets par les kératinocytes alentour et se maintiennent jusque dans la **couche granuleuse**.
- Dans les peaux noires (phototypes V et VI), les mélanosomes à eumélanine sont assez gros et sont transférés individuellement ou par paquets dans les kératinocytes ; les mélanosomes sont toujours intacts au niveau de la couche cornée.

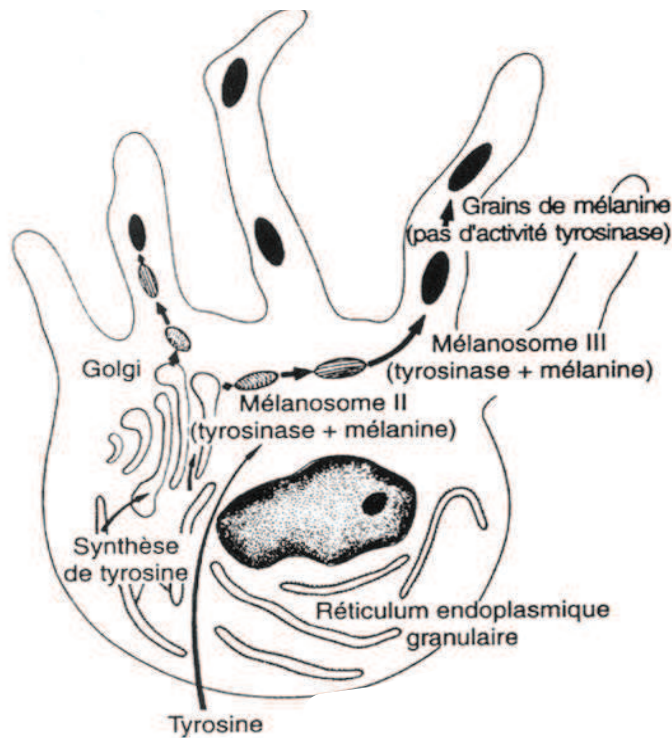


Figure 6 : Production et transfert des mélanosomes [24]

1.4 Pigmentation cutanée et régulation de la mélanogénèse

La pigmentation, dépend de plusieurs paramètres :

- Les gènes de pigmentation
- Les stimuli environnementaux
- Facteurs de mélanogénèse :
 - le nombre de mélanocytes,
 - le niveau d'activité des mélanosomes,
 - la quantité et le type de mélanines,
 - le transfert et le transport des mélanosomes,
 - la dendricité des mélanocytes
 - le mode de répartition des mélanosomes dans les kératinocytes avoisinants
 - Le taux d'élimination ou de dégradation des mélanosomes

1.4.1 Contrôle génétique

Plusieurs gènes sont impliqués dans le processus de pigmentation cutanée, 130 environ ont été identifiés et classés en différents groupes selon leur fonction spécifique : l'embryogenèse des mélanocytes, la biogénèse des mélanosomes, la synthèse du déterminisme des types de mélanines, le transport et le transfert des mélanosomes, le turn-over et l'élimination des mélanines.

1.4.1.1 Gènes de pigmentation et régulation de la pigmentation constitutive

I. EMBRYOGENESE DES MELANOCYTES

- Concernant l'interaction des mélanocytes et des fibroblastes dermiques, le gène **DKKI** exprimé par les fibroblastes code pour une protéine qui inhibe la prolifération et la différenciation des mélanocytes, c'est ce gène qui est ainsi à l'origine de la couleur claire des régions palmoplantaires quelle que soit la couleur du reste de la peau.

- Le gène **MITF** orchestre la pigmentation cutanée (prolifération, différenciation et dendricité des mélanocytes).
- La mutation de **PAX3, SNAI2, SOX10** entraînent différentes formes cliniques du syndrome de Waardenburg (maladie autosomique dominante entraînant anomalie de pigmentation de la peau, des cheveux de l'iris de l'œil).
- **KIT** : sa mutation entraîne le piébaldisme* : affection autosomique dominante, sorte d'albinisme partiel avec achromie* triangulaire ou losangique frontale et mèche blanche frontale.
- **Bcl2** : confère aux mélanocytes une capacité de résistance à l'apoptose.

II. BIOGENESE DES MELANOSOMES

- Un ensemble de huit gènes aboutissant à huit phénotypes différents sont impliqués. La mutation de ces gènes donnerait au Syndrome de Hemansky-Pudlak dont l'expression clinique se décrit par un albinisme oculo-cutané, une anomalie de plaquettes, neutropénie, fibrose pulmonaire et colite granulomateuse*.

III. MELANOGENESE

- **SILV** codant pour la protéine **Pmel17** ; protéine de structure du mélanosome indispensable au bon déroulement de la mélanogénèse.
- **TYR** : tyrosinase, **TYRPI** : tyrosinase protéine I, **TYRPII** : tyrosinase protéine II = DCT: DOPACHrome tautomérase sont des enzymes impliquées dans la mélanogénèse (*Figure 5 : Schéma de la biogénèse des mélanines p20*)
- **Slc24a5** : a un effet éclaircissant sur la couleur de peau. Découvert lors de recherche concernant la livrée du poisson zèbre, cypriniforme d'eau douce. L'éclaircissement chez la livrée de la variété Golden est déterminé par la mutation d'une protéine codée par ce gène. Comme il a son équivalent dans l'espèce humaine, les recherches concernant son rôle ont été étendues à un échantillon de personnes afro-européenne. Dans ce type de population, le gène **slc24a5** serait responsable de presque 38% de la variabilité. Ainsi, selon les généticiens, le changement d'un seul acide aminé dans ce gène jouerait un rôle majeur dans la pigmentation et expliquerait pourquoi les européens ont une peau plus claire que celle des africains.

L'éclaircissement de la peau serait dû dans un certain nombre de cas à une seule mutation de ce gène, apparue soit en Afrique du Nord, soit au Moyen Orient, et qui se serait ensuite répandue en Eurasie où elle se serait stabilisée. L'identification du rôle de ce gène pourrait permettre de développer des moyens pour modifier la couleur de la peau sans l'endommager, comme c'est souvent le cas avec l'utilisation des rayons UV pour bronzer ou de produits chimiques pour décolorer l'épiderme. [8]

IV. TRANSPORT ET TRANSFERT DES MELANOCYTES

- **FOXn1** : ce gène a un rôle important dans la distribution des mélanosomes aux kératinocytes. En effet, les kératinocytes exprimant ce gène reçoivent les mélanosomes pleins de mélanine, alors que ceux qui en sont dépourvus restent totalement dépigmentés !!! Au sein du kératinocyte, FOXn1 active un gène codant pour le facteur de croissance II des fibroblastes (FgF2), lequel est un signal qui se fixe à son récepteur situé à la membrane du mélanocyte voisin. Cela permet au mélanocyte de reconnaître le kératinocyte et de s'y connecter via ses dendrites en lui déversant les mélanosomes.

V. DETERMINISME DU RAPPORT EUMELANINE/PHEOMELANINE

L'intérêt est de définir la couleur de peau ainsi que la photoprotection ; les eumélanines sont photoprotectrices des UV solaires et les phéomélanines sont peu ou pas photoprotectrices.

- Ainsi, le gène **MC1R** (melanocortin receptor type I) code pour le récepteur de la mélanocortine (= l' α -MSH : *α -Melanocyte Stimulating Hormon*) de type I au niveau de la membrane du mélanocyte. Ce gène contrôle le rapport eumélanine/phéomélanine, et permet à la fois de stimuler l'eumélanogénèse, la dendricité et la prolifération des mélanocytes. La mutation de MC1R entraîne une perte de fonction du mélanocyte et par conséquent, la production de phéomélanines donnant un phototype clair peu ou pas photoprotecteur. Il est à noter que chez la souris, il existe un antagoniste de MC1R qui active la phéomélanogénèse.
- **SCL7a11** code pour le transporteur de cystine dans le mélanocyte, ce qui régule la phéomélanogénèse.

1.4.1.2 Pigmentation facultative ou induite

Les UV stimulent la mélanogénèse et la prolifération mélanocytaire pour renforcer la photoprotection cutanée chez les sujets dont le génome permet la production d'eumélanine. La pigmentation cutanée sous l'effet des UV apparaît 2 à 3 jours après exposition. Cette pigmentation est réversible et disparaît après arrêt d'exposition aux UV.

Les UV solaires stimulent d'autant plus les kératinocytes qui vont libérer des facteurs solubles stimulant eux-mêmes la mélanogénèse : α -MSH (mélanocortine), les prostaglandines (PGE2 et PGF), le monoxyde d'azote (NO), l'endothéline (ET1) ainsi que des facteurs de croissance-Basic Fibroblast Growth Factor (bFGF), Stem Cell Growth Factor (SCF), Hepatocyte Growth factor (HGF)- qui agissent par voie paracrine sur les mélanocytes. Dans le kératinocyte, les UVB stabilisent la protéine p53 qui se lie au promoteur du gène POMC (=pro opiomélanocortine), précurseur de l'ACTH (adrénocorticotropine hormone ou hormone corticotrope), laquelle agit de la même façon paracrine que les facteurs d'origine kératinocytaires.

L'érythème cutané induit par de fortes expositions aux UVB est en partie dû à une augmentation de production de NO par les kératinocytes, ce qui entraîne une vasodilatation et une inflammation.

I. GENES DU BRONZAGE PHOTO-INDUITS

- voie de **SOX9, PI3 kinase**
- **p53** : gène initiateur du bronzage photo-induit par les UVB et qui active le gène codant l' α -MSH et l'ACTH fabriqués par les kératinocytes.
- **Les UVB produisent des lésions sur l'ADN* dont la formation de dimère de thymine.** L'excision de ces dimères par des enzymes de réparation de l'ADN stimulerait la mélanogénèse.

II. TURN OVER ET ELIMINATION DES MELANOSOMES DANS L'EPIDERME

Bien que la desquamation des kératinocytes (autrement dit le turn-over) contribue à l'élimination des mélanines dans l'épiderme, et que le nombre de mélanosomes et la

quantité de mélanines dans les couches superficielles se raréfient pour disparaître dans la couche cornée, les mécanismes et processus de disparition des mélanosomes et mélanines reste inconnus.

1.4.2 Régulation hormonale de la pigmentation constitutive

- Les hormones sexuelles, progestérone et surtout œstrogènes* sont pigmentogènes et responsables de l'hyperpigmentation de certaines régions : aréoles des seins, muqueuses génitales, visage ; la manifestation du mélasma ou masque de grossesse est donc consécutive à l'imprégnation hormonale des œstrogènes.
- Certains oligo-éléments tels que le cuivre (Cu) peuvent moduler la pigmentation, du fait de son rôle de cofacteur de la tyrosinase.
- L'ACTH et l' α -MSH sont synthétisées par les kératinocytes, soit à partir de POMC, soit par l'hypophyse antérieure, et se fixent au récepteur MC1R de la membrane mélanocytaire. Cela stimule la transcription du gène de la tyrosinase (via le gène MITF et l'AMP cyclique) et des autres enzymes impliquées dans la production de mélanine.
- La mélatonine inhibe l'action de l' α -MSH, ainsi que l'activité de la tyrosinase (synthèse *de novo*), d'où son rôle éclaircissant.
- Les hormones thyroïdiennes à taux supérieur à la normale induisent une hyperpigmentation (notamment lors des hyper-mélanoses observées dans certaines hyperthyroïdies).

A l'âge adulte, le nombre de mélanocytes actifs diminue de 10% tous les 10ans (-10% dans la région abdominale, -20% dans la région fessière). Cette diminution d'activité se manifeste également au niveau des follicules pileux, à l'origine du blanchiment des poils et des cheveux ; ce phénomène s'appelle la canitie.

1.4.3 Exemple d'anomalie de pigmentation : l'albinisme

L'albinisme regroupe un ensemble de maladies génétiques, à transmission autosomale récessive, qui se décrivent par l'absence totale ou partielle de synthèse de mélanines.

On distingue deux formes :

- La forme « tyrosinase négatif » ou type 1, la plus sévère, où il n'y a aucune activité enzymatique détectée au niveau des yeux, de la peau ou des cheveux.
- La forme « tyrosinase positive » ou type 2, décrit un albinisme où la DOPA-réaction est faiblement positive. La maturation des mélanosomes est bloquée au stade III et les kératinocytes sont pauvres en mélanosomes.



Figure 7 : Jeune garçon albinos [74]



Figure 8 : Adolescent albinos [73]

1.4.4 Variations ethniques de pigmentation

Il a été établi que les ancêtres de l'Humanité aient été originaires de l'Afrique de l'Est et qu'ils avaient la peau noire (il y a trois millions d'années). L'évolution de l'espèce ainsi que la migration des peuples vers le Nord a entraîné une perte de synthèse de la mélanine afin de capter les rayons UV indispensables à la synthèse de vitamine D nécessaire à la croissance osseuse.

III. CARACTERISTIQUES PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU NOIRE

1 SPECIFICITES STRUCTURELLES ET FONCTIONNELLES

1.1 Spécificité structurelle et fonctionnelle

1.1.1 Epiderme

La couche cornée semble plus dense, il y a un plus grand nombre de couches de cornéocytes que la peau blanche ; cela explique la plus grande résistance à la coupure ou à la piqûre de l'épiderme, d'où la tendance à l'hyperkératose*, c'est-à-dire à un aspect squameux, croûteux et/ou verruqueux des dermatoses les plus banales.

1.1.2 Derme

Le derme se caractérise par une hyperactivité métabolique. En effet il est épais et compact, avec de nombreux faisceaux de fibres de collagène qui sont répartis dans tout le derme (à l'inverse des peaux blanches). Les réseaux lymphatique et vasculaire du derme superficiel sont plus importants, les fibroblastes sont nombreux et hypertrophiés, l'appareil de Golgi et le réticulum endoplasmique rugueux sont également importants. Cette hyper-métabolisation entraîne deux réactions non spécifiques mais fréquentes : la lichénification et les cicatrices chéloïdiennes. Les fibres élastiques sont moins nombreuses et très bien protégées contre l'élastose* solaire ; elles persistent dans le derme du visage du sujet âgé, d'où le retard d'apparition des signes de vieillissement cutané chez le sujet noir.

1.1.3 Pigmentation

Le nombre de mélanocytes est identique chez les peaux claires, MAIS leur fonctionnement est différent. Les mélanocytes possèdent des ramifications et un appareil de synthèse très développés, les mélanosomes de grande taille sont répartis en complexes ou libres dans le cytoplasme des mélanocytes, dans tout l'épiderme jusqu'aux couches superficielles (*Figure 9*) et dans le derme alors que chez les populations caucasiennes, ils ont une morphologie inverse et se situent sélectivement dans les

couches profondes de l'épiderme. (Figure 9). Il n'y a pas de dégradation lysosomiale* des mélanosomes, lesquels persistent dans l'épiderme jusqu'à sa desquamation.

C'est la mélanine qui permet de réduire le phénomène de vieillissement photo-induit (destruction par les UVA et UVB des fibres d'élastine et de collagène) par un effet « barrière » en réduisant le passage des UV.

Comparons schématiquement et histologiquement une peau noire ou sombre d'une peau blanche ou claire.

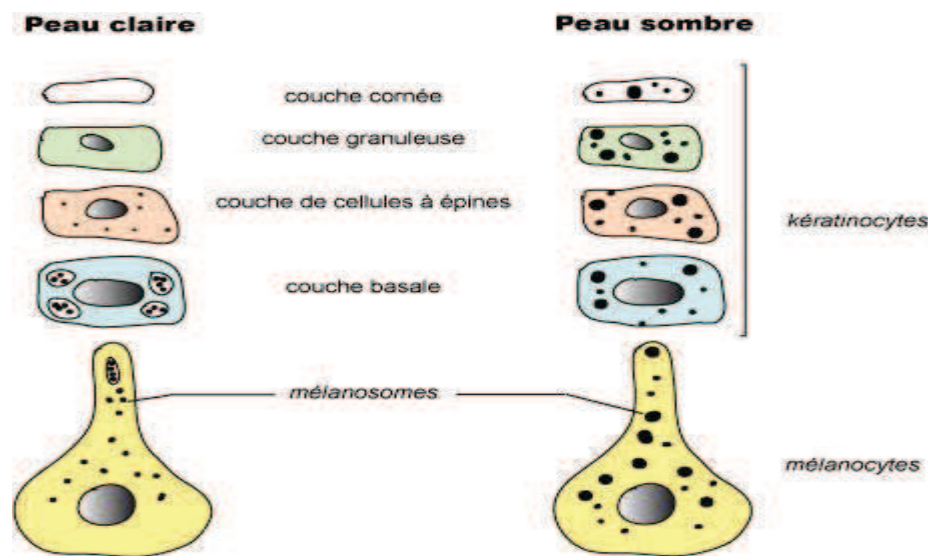


Figure 9 : Schéma comparatif de la mélanisation sur peau clair et peau sombre [59]

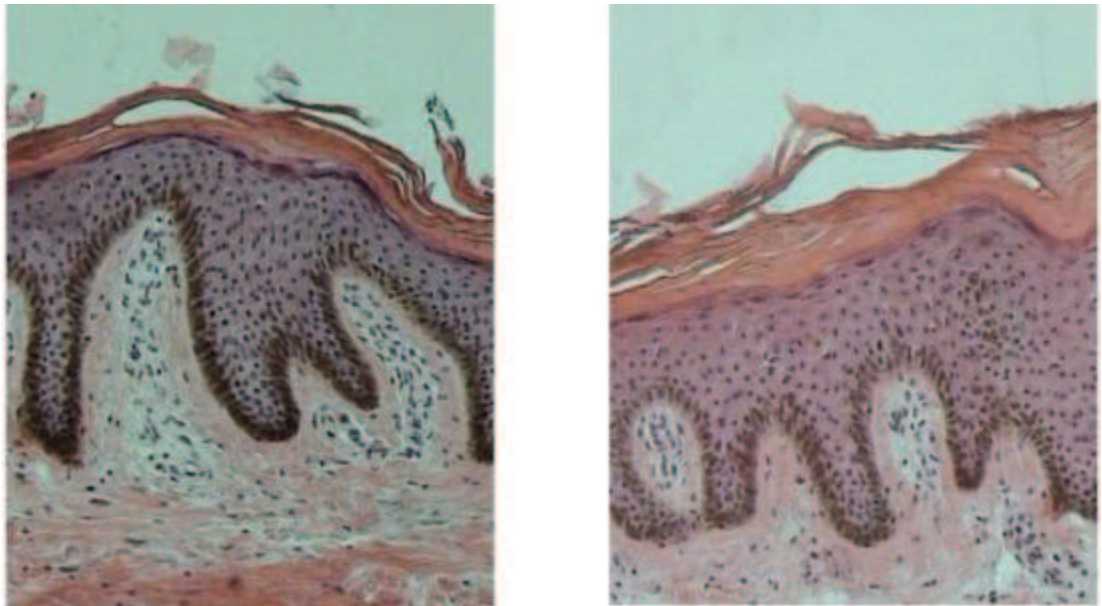


Figure 10 : Différence de pigmentation entre peau blanche et peau noire [23]

Peau noire normale

Mélanosomes **nombreux** et de **grande taille** distribués individuellement dans tout le cytoplasme des kératinocytes jusqu'aux couches épidermiques les plus superficielles. Ainsi se forme un véritable « parapluie » protecteur vis-à-vis des UV (barrière de protection).

Peau blanche normale

Mélanosomes **peu nombreux** et de **petite taille**, et agrégés dans des vacuoles qui se regroupent au-dessus du noyau des kératinocytes des assises basales de l'épiderme. Ces mélanosomes ne sont détectables que dans les couches moyennes et superficielles de l'épiderme.

1.2 Variations physiologiques de coloration

1.2.1 Inhomogénéité de la pigmentation

La coloration n'est jamais uniforme sauf sur les peaux plus sombres. Les zones plus foncées sont la zone péri-orale, les yeux, le front, le cou, les aisselles, le périnée, les mains et les pieds, les faces d'extension des articulations (en flexion la peau s'étire et reprend une couleur normale). Il n'existe pas de traitement pour ces variations naturelles.

1.2.2 Ligne blanche médio thoracique

C'est une ligne hypochromique verticale située sur la face antérieure du thorax en regard du sternum ; cette ligne est fréquente chez les petits enfants et s'atténue ou disparaît avec l'âge.

1.2.3 Ligne de Voigt

Cette ligne fine est le plus souvent située au niveau de la face antérieure du bras, elle est bilatérale et part de l'aisselle en descendant le long du bras jusqu'au pli du coude. Cette ligne est due à une démarcation entre deux zones de coloration différente ; la plus foncée étant à l'extérieur. La ligne de Voigt est visible surtout dans l'enfance et disparaît avec l'âge dans 25% des cas. Il se peut que cette ligne soit observée au niveau des membres inférieurs !



Figure 11: Ligne de Voigt au niveau des membres inférieurs [83]

1.2.4 Hypomélanose en « gouttes »

Ce sont des petites macules* brun-clair ou blanches de moins de 5mm de diamètre observées sur les membres inférieurs puis sur les membres supérieurs et sur le tronc. Ces macules apparaissent avec l'âge et sont de répartition aléatoire, contrairement au vitiligo. (Cf. Chapitre III.4.1 p 49).

1.2.5 Hypomélanose maculeuse du métis

Chez l'adulte jeune métissé (caractère familial), ces larges taches hypochromiques et mal limitées se situent au niveau du bas du dos avec aspect floconneux, sur le flanc et l'abdomen. La dépigmentation est variable dans le temps et s'atténue avec le bronzage, il n'y a pas de traitement spécifique.

Les hypomélanoses se distinguent du vitiligo où on observe des taches bien délimitées, et une dépigmentation post-inflammatoire.

1.2.6 Pigmentation buccale physiologique

La muqueuse buccale est physiologiquement rose, mais avec l'âge, une ligne brun-ardoisée apparaît sur les gencives ainsi que des macules sur les lèvres et les faces internes des joues.



Figure 12: Pigmentation gingivale brun-ardoisée [25]

En revanche, le leucœdème* buccal, pathologique, est une zone grisâtre ou blanche mal limitée en regard de l'articulé dentaire. Il est présent dans tous les phototypes mais est plus fréquent chez les Noirs.

1.2.7 Tache mongolique

Les taches mongoliques appelées également taches mongoloïdes ou taches mongoles, sont des taches cutanées bien limitées de couleur gris-bleu ou bleu-noir. On les retrouve généralement dans la zone lombosacrée, les fesses, et parfois les membres inférieurs, le dos, les flancs et les épaules (plus rarement les tempes) des enfants normaux de certains types ethniques, d'origine africaine, asiatique ou hispanique, et chez les enfants métissés en particulier.

Cette tache de naissance, de forme irrégulière, mesure quelques centimètres de diamètre et est présente dès les premiers jours chez 80% des bébés africains et 97% afro-américains, de même que la moitié des bébés de descendance hispanique. La totalité des bébés d'ascendance asiatique ou inuit en sont également porteurs. Un nourrisson blanc sur dix l'arbore également, témoignant ainsi du caractère métissé des populations du monde. Il

arrive que l'on confonde la tache mongoloïde avec des hématomes et des marques potentielles de violence.

Ces taches sont causées par la migration et l'accumulation, à la naissance, de mélanocytes fusiformes dermiques profonds vers la surface de la peau. Elles disparaissent généralement durant l'enfance, sans traitement et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte.

En période néonatale, chez les nourrissons noirs, la pigmentation cutanée est souvent d'apparition retardée en raison de l'immaturité des mélanocytes. Cependant au niveau de la région génitale, de la face dorsale des phalanges terminales et de l'ourlet de l'oreille, on remarque une pigmentation accentuée faisant contraste avec le reste du tégument qui apparait lui-même un peu pigmenté.



Figure 13 : Tache mongolique sur un bébé Blanc [54]



Figure 14 : Tache mongolique exprimée sur un bébé noir [55]



Figure 15 : Tache mongolique sur le dos d'un nourrisson [84]

1.2.8 Macules hyperpigmentées des paumes et des plantes = pigmentations palmo-plantaires

Ces macules apparaissent à partir de l'adolescence : elles sont sombres, bien limitées et symétriques. Elles se localisent d'abord sur le creux de la voûte plantaire puis s'étendent à l'ensemble de la zone. MAIS, une lésion pigmentée unique d'une plante doit toujours faire penser à un mélanome acral*, c'est la localisation quasi exclusive du mélanome chez les Noirs.

1.2.9 Pigmentation unguéale

Il est possible d'observer une coloration sombre sur l'ongle, on appelle cette pigmentation mélanonychie longitudinale (Cf. Chapitre III 6.2.3 p.102).

2 CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

2.1 Notion de perte d'adaptation

Après quelques mois ou années en climat occidental, la peau noire, sans vraiment s'adapter, perd l'habitude des conditions initiales. A l'inverse, elle a également besoin, d'un temps de réadaptation lors des retours dans le pays d'origine ou lors de voyage en zones ensoleillées. Pour les Antillais, il est possible que lors de séjours précédents, le problème de réadaptation ait été connu, mais leur crainte s'accroît d'autant plus pour leurs jeunes enfants nés en France métropolitaine et donc « naïfs » de l'ensoleillement caribéen.

Pour les Africains, l'idée d'une tolérance* conservée évite toute appréhension et bien que si leur teint plus foncé leur confère une bonne photoprotection, il n'en est, de fait, pas de même pour les enfants issus d'une union mixte et encore moins pour les personnes pratiquant la dépigmentation volontaire.

2.2 Ensoleillement et photoprotection

2.2.1 Phototypes

Les dermatologues ont établi une classification en 7 phototypes, du plus clair au plus foncé, selon le teint de base et la photoprotection naturelle.

Tableau 3 : Phototypes [4]

Phototype	DME (J.cm ⁻²)	Cheveux	Couleur de peau	Coups de soleil	Bronzage	Temps d'autoprotection de la peau
0	1,5	Blancs	Albinos	Constants	Jamais	0
I	1,5	Roux	Très claire	Constants	Jamais	5 à 10 min
II	2,5	Blonds	Claire	Constants	Hâle léger	10 à 20 min
III	3,5	Blonds/châtains	Claire à mate	Parfois	Hâle	20 à 30 min
IV	4,5	Bruns foncés	Très mate	Rares	Foncé	30 à 45 min
V	5,5	Noirs	Brune	Exceptionnels	Très foncé	45 à 60 min
VI	6,5	Noirs	Noire	Absents	Noir	60 à 90 min

La DME correspond à la dose minimale érythémateuse exprimée en Joules.cm⁻². C'est la plus petite dose de rayonnement UV qui induit un érythème appréciable apparaissant 24h après l'exposition. Chez l'Homme il est difficile d'établir le seuil érythémal dans les conditions naturelles, et la DME varie selon la pigmentation. La mesure de la DME, via une irradiation artificielle, a permis de déterminer une valeur pour chaque type cutané. Ainsi, un sujet à peau noire à une DME 60 fois plus élevée.

2.2.2 Ensoleillement et conséquences sur peau noire

2.2.2.1 Perte du capital pigmentogène

La couleur noire des téguments est la meilleure photoprotection contre les rayons UV. Cependant, en France métropolitaine, l'ensoleillement n'est pas optimal, du moins pas permanent, et la peau perd de sa couleur ; de ce fait la protection solaire n'est pas non plus assurée. C'est pourquoi, il ne faut pas négliger une photoprotection chimique surtout lors de voyages dans des régions fortement ensoleillées.

2.2.2.2 Allergies solaires

On observe actuellement lors des retours au pays et parfois même en France en été, des cas de plus en plus fréquents de réactions au soleil, liées en effet au moindre capital pigmentogène, mais également aux modifications climatiques actuelles. En cas d'affection avec photosensibilité, de traitement photosensibilisant (fluoroquinolones*), de grossesse ou de mélasma, la photoprotection s'avère indispensable et doit faire l'objet de conseils appropriés (les mêmes que pour les sujets caucasiens).



Figure 16 : Allergie au soleil sur peau noire en été

2.2.2.3 Bronzage et coups de soleil

La pigmentation d'un sujet noir s'accroît rapidement au soleil, c'est même un retour à la couleur originelle. Cependant lorsque l'exposition solaire est trop importante, la peau devient encore plus foncée et bronze « en trop ».

Des coups de soleil et même des brûlures peuvent en effet survenir lors des premiers rayons de soleil, d'où une fois de plus l'importance de la protection solaire souvent négligée chez ce type de population.

2.2.2.4 Protection solaire

La photoprotection cosmétique est difficile en raison des types de crèmes disponibles ; elles sont souvent épaisses, blanches ou même teintées. De ce fait, il faut préférer des gels transparents, tout en s'interrogeant sur leur réelle utilité. En effet, cette seule forme galénique acceptable n'est pas très supérieure à la photoprotection naturelle ; après quelques jours, un bronzage est rapidement obtenu et les précautions peuvent être levées.

Ainsi, on préconise l'utilisation des formes lait ou gel : lait Anthélios 60[®], gel Anthélios W40[®], gel Avène 60, lait Photoderm[®] Max. L'indice SPF* 30 assure une photoprotection suffisante pour les phénotypes IV, V et VI, mais il est préférable d'utiliser chez les enfants une protection d'indice SPF 50+.

2.3 Notion de métissage

Une personne métissée est un individu engendré par l'union de deux personnes d'ethnies différentes : par exemple négroïde et mongoloïde.

La population antillaise comprend une large palette d'individus à carnation différente où le métissage a toujours été présent, mais le terme « métis » a pour les Antillais une signification restreinte et s'applique uniquement pour ceux ayant un de leur parent blanc. Un individu noir mais clair de peau n'est donc pas métis !

Le métissage permet un brassage des gènes qui peut être étonnant ! En effet, l'atavisme correspond à un caractère génétique présent qui réapparaît après plusieurs générations. Ainsi des jumeaux issus d'un couple mixte ont pu voir le jour avec deux carnations différentes voire opposées !



Figure 17 : Jumeaux nés d'un couple mixte et ayant deux carnations différentes [75]

3 PATHOLOGIES SPECIFIQUES

3.1 Dermatosis papulosa nigra

Il s'agit d'une dermatose familiale bénigne. Ce sont des petites papules* lisses, brun sombre, bien limitées et très fréquentes (70% des patients après 50ans) dont la taille et le nombre augmentent avec l'âge. On note un début d'apparition dès l'enfance, le plus souvent chez les peaux métissées, avec une localisation au niveau du visage (pommettes et tempes), du cou et du décolleté ; les femmes sont beaucoup plus atteintes que les hommes. Les Antillais les nomment « signes », et on peut également les qualifier de petits « nævi ».

Il n'y a aucun risque de transformation maligne. Histologiquement, ces papules sont proches des verrues séborrhéiques, mais semblent en être une version chez la peau noire.



Figure 18 : Dermatosis papulosa nigra chez Morgan Freeman [77]

Le traitement a un but uniquement esthétique et se décline en différentes techniques selon l'aspect des lésions. Ainsi la destruction superficielle des papules s'effectue soit par curetage aux ciseaux courbes, soit par l'application d'azote liquide ou par laser CO₂. Ces méthodes sont très délicates et nécessitent beaucoup de prudence. La meilleure des méthodes s'avère être l'électrocoagulation* à l'aiguille fine, qui pénètre la lésion en provoquant une brûlure, laquelle s'entoure rapidement d'une papule inflammatoire. Cette technique est la plus rapide et permet d'éliminer une dizaine de lésions par séance ; il faut cependant faire attention aux dyschromies* post-thérapeutiques (risque d'hyperpigmentation transitoire des lésions) !

La destruction des lésions ne provoque pas de récives mais n'empêche pas l'apparition de nouvelles papules. Chez la femme, on note leur apparition préférentiellement au cours de la grossesse et une disparition spontanée après l'accouchement.



Figure 19 : Dermatosi papulosa nigra sur le visage [58]



Figure 20 : Dermatosi papulosa nigra du décolleté [76]

3.2 Chéloïdes spontanées

Le terme créole se traduit par « chaire poussante ». Ces cicatrices chéloïdes ne sont pas spécifiques de la peau noire, mais elles s’y expriment plus souvent. Elles sont fréquentes sur peau asiatique, rares sur peau blanche. Elles sont localisées au niveau du menton, des lobes des oreilles, du cou, des épaules, de la poitrine et du haut du dos, exceptionnellement sur les paumes et les plantes.

On distingue les cicatrices chéloïdes des chéloïdes spontanées :

- Les cicatrices chéloïdes qui sont à l’origine d’une mauvaise cicatrisation de la peau noire, aspect qui lui est propre ; ainsi dans certaines affections comme la pseudofolliculite* de la barbe ou de la nuque, l’évolution de la lésion donne une cicatrice chéloïde (Cf. Chapitre III 3.5 p 46) ;
- Les chéloïdes spontanées qui sont des tuméfactions, lisses, limitées, dures et fermes à la palpation et plus sombres que la peau normale, d’apparition spontanée chez adulte jeune au niveau du décolleté et plus rarement sur les épaules. On note une évolution en

extension progressive en « galette » ou « pince de crabe » et une stabilisation sans aucune tendance à la régression.



Figure 22 : Chéloïdes importantes en « galette » [56]



Figure 21 : Chéloïde située derrière l'oreille [57]



Figure 23 : Cicatrices chéloïdes sur peau noire [85]



Figure 24 : Chéloïde sur peau blanche [37]

Le traitement est long et difficile, contraignant et d'efficacité incertaine ; il est ainsi important de reconsidérer tout geste non indispensable dans les zones « à risque » : haut du thorax et épaules.

Le traitement préventif qui repose sur la surveillance de la cicatrisation est crucial. En effet, afin d'éviter la formation de chéloïdes dans les suites d'accident, lors de brûlure par liquide bouillant chez l'enfant, ou après chirurgie (cardiaque, esthétique, césarienne, etc...), on préconise certaines recommandations :

- Eviter et traiter les infections et les retards de cicatrisation.
- Réduire la tension sur les sutures par des Stéristrips®.
- S'abstenir de tout geste médical inutile sur les zones à risque, telles que la vaccination à l'épaule, les incisions non indispensables.
- Précautions lors du percement des oreilles : désinfection et éventuellement port de clips compressifs.
- Repérer les signes alarmants débutant au troisième mois après la lésion : démangeaisons, parfois brûlures, et surtout début de gonflement dur. A ce stade, il est difficile de savoir s'il est question d'une phase transitoire, cicatrice hypertrophique, ou d'un début de chéloïde ; dans le doute, traiter avec des crèmes dermocorticoïdes de classe I (d'activité très forte) type Dermoval® (**ANNEXE 2**) en pansement occlusif deux fois par jour jusqu'à cessation des symptômes.
- Après les incisions chirurgicales, utiliser des gels ou pansements siliconés (leur coût élevé limite la prescription)
- La technique de compression vient de la constatation que les zones comprimées (ceintures, zones d'appui, clips des boucles d'oreilles) n'étaient pas sujettes à la formation de cicatrices chéloïdes. Ainsi, en prévention on peut recommander des brassards ou des vêtements compressifs sur mesure. (Marques Céréplas®, Médical Z).

Lorsque les chéloïdes sont installées (plus d'un an), on a recours à :

- **la corticothérapie locale** associée ou non à la vitamine A acide 0,05% : une application par jour sans frotter ; les corticoïdes utilisés sont de classe I, il faut bien faire pénétrer et pétrir la lésion. Ce traitement ne suffit pas, mais permet d'apaiser les

démangeaisons et peut réduire l'induration (une application par jour pendant 1 à 3 mois).

- La méthode à ce jour la plus efficace est celle par **infiltration intra-lésionnelle** de corticoïdes par injection de corticoïdes retard, de façon traçante en plusieurs points de la cicatrice avec Altim® 3,75 mg ou Kenacort-retard® 80. Cela permet d'atrophier la lésion. Il faut prévoir en moyenne 3 à 6 séances toutes les 6 semaines, sachant qu'un intervalle d'au moins deux mois entre chaque séance serait préférable en vue de limiter l'effet systémique des corticoïdes. Mais ces injections sont très douloureuses, et la seule anesthésie possible, par contact, crème ou patch Emla® n'a que peu d'efficacité.
- Ne jamais utiliser de chirurgie ni de laser car il y a un risque de récurrence plus large que la lésion initiale.

3.3 Kératodermie ponctuée palmaire

S'observe spécifiquement chez les Africains. Chez l'adulte jeune, ces petites dépressions des plis de flexion de la main et des doigts sont arrondies et d'aspect kératosique, (caractère familial). Le diagnostic différentiel est celui de la kératodermie* palmaire d'autre étiologie (eczéma, lichen...).

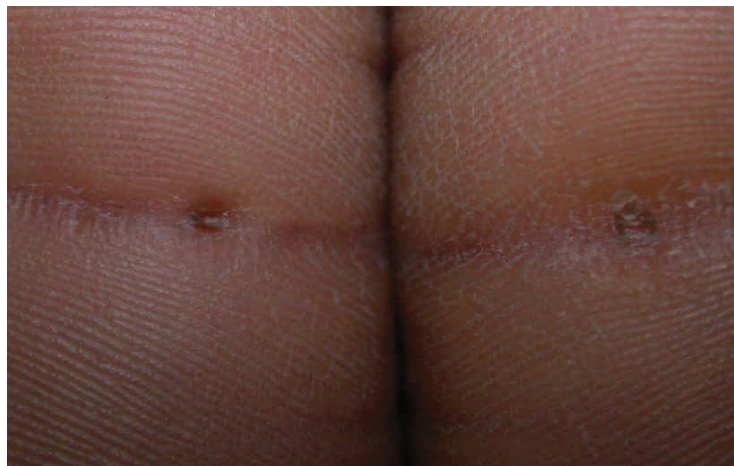


Figure 25 : Kératodermie ponctuée palmaire [25]

3.4 Aihnum

Fissure douloureuse bilatérale qui apparaît sous un ou plusieurs orteils et évolue en plusieurs années vers une bande fibreuse annulaire constrictive de l'orteil (le dernier orteil est le plus souvent touché) aboutissant à terme à la chute de celui-ci.

Au début est évoqué une dermatophytie*, mais l'échec des traitements antimycosiques* doit y faire penser. Au stade de striction, il faut également éliminer le diagnostic de pseudo-aihnnum liés aux neuropathies* (diabète, lèpre ou alcoolisme).

La chirurgie permet parfois de libérer l'orteil.



Figure 26 : Aihnum situé sur le petit orteil [18]



Figure 28 : Pseudo-aihnnum par neuropathie carentielle [18]

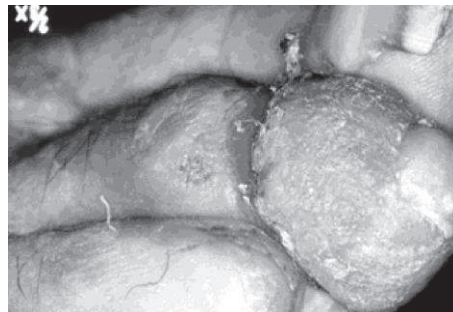


Figure 27 : Pseudo-aihnnum par neuropathie alcoolique [18]

3.5 Pseudofolliculite de la barbe

Survient chez tous les hommes à barbe dure, mais chez les afro-antillais, l'évolution est spécifique et plus fréquente. Des papules et des pustules* apparaissent surtout sur les rebords maxillaires lors de la repousse après les premiers rasages. On note une récurrence à chaque rasage avec augmentation progressive du nombre et de la taille des papules. Si le sujet arrête le rasage pendant 1 à 2 semaines, les lésions diminuent, mais persistent des papules fibreuses pendant plusieurs mois. Si l'évolution des lésions se prolonge, l'inflammation induit une hyperpigmentation cutanée de toute la zone rasée ; les papules en grossissant peuvent prendre un aspect pseudo-chéloïdien.

Etiologie : la repousse des poils est anormale. Soit coupé trop court, le poil ne peut ressortir du follicule et s'incarne dans la peau, ce qui aboutit à une réaction granulomateuse* ; soit la repousse s'effectue normalement pour se réincarner dans la peau du fait de sa courbure et sa dureté, il forme alors un arc de 1 à 2 mm de diamètre à la surface de la peau. *Figure 31*



Figure 30 : Boutons et poils incarnés au niveau de la joue [86]



Figure 29 : Pseudofolliculite de la barbe avec lésions hyperpigmentées [86]

Traitement

→curatif : antibiothérapie par voie locale avec de l'érythromycine ERYFLUID 4%® (pendant plusieurs semaines et le soir pour éviter les brûlures de l'excipient alcoolique) associé à une cure de 1 à 2mois de cyclines de 2^e génération (100mg/j) ; si les lésions sont très nombreuses et inflammatoires : dermocorticoïdes sur barbe (10j). Arrêt du rasage pendant deux semaines au moins.

→préventif : habitudes de rasage à modifier : ne pas se raser de très près, tous les 2 ou 3 jours au mieux avec une tondeuse ou au rasoir électrique et sans insister (ne pas tendre la peau, ni raser à rebrousse-poil) ; conseiller une crème hydratante pour limiter l'irritation du rasoir.

FORMATION D'UN POIL INCARNE

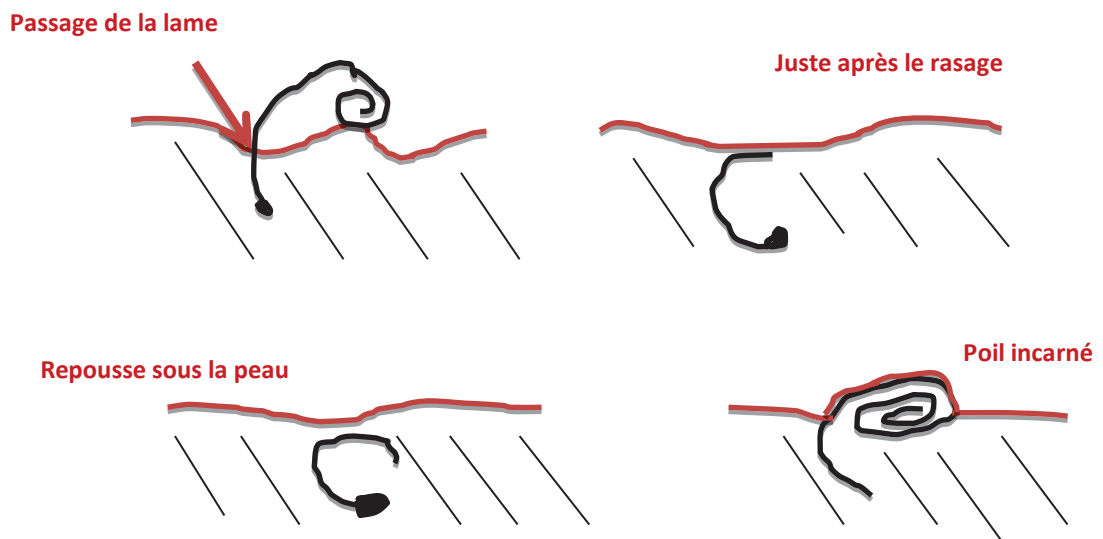


Figure 31 : Schéma de la formation d'un poil incarné [2]

3.6 Acné chéloïdienne de la nuque

Réaction granulomateuse chronique (mal nommée car ni acné, ni chéloïde). Chez l'homme jeune : pustules et papules de la nuque évoluant par poussées. Après plusieurs mois, il apparaît sur la base du crâne et de la nuque une zone de cheveux clairsemés et semée de petites papules fermes à la palpation.

Etiologie : la même que celle de la pseudofolliculite de la barbe. L'acné chéloïdienne de la nuque est due au rasage de la nuque ou au simple frottement du col de vêtement et/ou de l'écharpe. Cela entraîne une cassure des cheveux, qui en repoussant déclenchent une réaction granulomateuse à un corps étranger.

Evolution : en plusieurs années, larges nodules* d'aspect chéloïdien, minés par des trajets fistuleux s'infectant par intermittence.



Figure 32 : Acné chéloïdienne de la nuque s'étendant au niveau du cuir chevelu [87]

Traitement

- curatif : papules et pustules traitées par cure de cyclines per os + antibiothérapie sur plusieurs mois. Pour les nodules et les papules de grande taille : exérèse* chirurgicale ou au laser au prix d'une cicatrice alopécique définitive.
- préventif : arrêt rasage, éviction des cols montants et des écharpes

4 HYPOPIGMENTATIONS

Les hypopigmentations sont mal vécues chez les sujets à peau hyperpigmentée car leur visibilité directe rapporte à une notion inesthétique.

4.1 Vitiligo

Cette leucodermie ou achromie est aussi fréquente sur peau blanche que sur peau noire. C'est une maladie auto-immune* qui se décrit par arrêt de fonctionnement puis dégénérescence de certains mélanocytes, d'où les hypopigmentations.

Le diagnostic est évident, du fait de l'observation de taches non pas claires, mais franchement blanches, ainsi que les mêmes localisations préférentielles de façon symétriques : les extrémités, la face antérieure des poignets, la face antérieure des jambes, le tour de la bouche et des yeux ainsi que les organes génitaux externes.

Aspect des lésions

- Similaires aux peaux blanches : grandes taches arrondies ou polycycliques, totalement blanches et très bien limitées.
- Formes cliniques trompeuses et particulières à la peau noire :
 - ✓ dépigmentation non totale, taches brun clair et non blanches. (si doute : l'achromie totale confirme le diagnostic)
 - ✓ formes trichomes associant des macules totalement dépigmentées avec des zones simplement hypopigmentées et des zones de peau normale ; cet aspect « tigré » témoigne de la persistance de mélanocytes actifs
 - ✓ quand le tour des follicules pileux reste pigmenté, les taches de vitiligo prennent un aspect moucheté.
 - ✓ aspect floconneux mal limité avec zones hypopigmentées à bordures floues et mélangées avec des zones de peau normale
- dans tous les cas, la localisation reste évocatrice et il existe souvent des lésions plus classiques sur certaines zones.

Traitement est extrêmement difficile :

- **Dermocorticoïdes** pour les lésions débutantes, mais doivent être appliqués pendant une longue période (en contrepartie ils provoquent une atrophie cutanée et la décoloration de la peau périphérique). Les dermocorticoïdes de classe I ou II sont efficaces chez les enfants.
- **L'azote liquide** en stimulant la mélanogénèse par inflammation, permet une repigmentation par migration des mélanocytes à partir des follicules pileux ou des bords des lésions.
- **L'exposition naturelle au soleil** doit rester très prudente, il y a un risque de brûlures au niveau des zones cutanées dépourvues de « filtre naturel ».
- **La PUVA-thérapie*** est le traitement le plus efficace pour les formes étendues, mais il faut plus de 60 séances (soit une séance 2 à 3 fois par semaine) d'irradiation aux UVA, ou au mieux aux lampes UVB pour une efficacité optimale. Les lésions du visage sont les premières à se repigmenter, mais les atteintes plus anciennes aux doigts sont quasi irréversibles. Le risque de survenue de carcinomes* est faible. L'utilisation est contre-indiquée chez les enfants.
- **Les greffes mélanocytaires sont possibles (exceptionnellement)**, mais la survenue de chéloïdes rebute son utilisation.
- **Déconseiller les frottements** : gommages, gants de crin, vêtements ajustés, gestes destinés à dissimuler les lésions

Quel que soit le traitement entrepris ainsi que son efficacité, le patient est exposé au risque de nouvelles poussées pendant plusieurs années. L'aspect psychologique est cependant important dans le déclenchement et dans l'évolution du vitiligo : il faut soutenir le patient dans sa maladie ; les mécanismes de pigmentation et de ses dérèglements étant de mieux en mieux connus.

Evolution : possible arrêt d'évolution spontané, parfois repigmentation spontanée rarement complète. On note toutefois des bonnes possibilités de guérison, en particulier sur les zones pileuses (réservoir de mélanocytes) ainsi que chez les enfants.



Figure 33 : Vitiligo sur peau blanche [78]



Figure 34 : Vitiligo sur peau noire [79]



Figure 35 : Vitiligo des membres inférieurs sur peau noire [78]

4.2 Eczématides

4.2.1 Eczématides achromiantes (« *lota* » en créole)

Chez les patients atopiques*, surtout chez les jeunes enfants, adolescents et jeunes adultes, les eczématides ou « dartres » sont la principale cause d'atopie*. Ces taches de forme ovale, à bords flous et d'environ 1 cm de diamètre se situent essentiellement au niveau des joues, mais également sur les membres inférieurs. Au début, ce sont de fines squames légèrement rugueuses en période inflammatoire, puis ce sont des macules hypopigmentées mais non achromiques, contrastant avec le reste du tégument, surtout après ensoleillement en période évolutive. Rarement, les lésions peuvent être légèrement hyperchromiques et ainsi confondues avec le pityriasis alba (Chapitre 4.3 p48).

L'affection est souvent confondue avec un champignon (dermatophyte) ; le diagnostic différentiel se confirme par la négativité du scotch-test et celle de la fluorescence à l'examen en lampe de Wood*.

Traitement : dermocorticoïdes de classe II ou III pendant 5 à 10 jours, en évitant l'application des anti-inflammatoires locaux souvent allergisants. Le traitement préventif indispensable est basé sur l'utilisation de produits d'hygiène non détergents (émollients* et topiques* à base de cuivre et de zinc), et de crèmes hydratantes appliquées quotidiennement.

Evolution : La repigmentation est lente, surtout en hiver, les rechutes sont fréquentes. Il faudra anticiper les séjours au soleil en traitant prioritairement les lésions ; en effet l'ensoleillement est bénéfique et efficace sur les plaques guéries, alors qu'il aggrave les lésions évolutives.



Figure 36 : Eczématides achromiantes des joues [52]

4.2.2 Eczématides séborrhéiques

Dans le cadre de la dermatite séborrhéique (chapitre 4.4.1 p49), ces eczématides peuvent survenir (ou se développer d'avantage si elles préexistaient) lors de l'arrivée en France métropolitaine par exemple. Les plaques sont grises et squameuses, bien limitées au début et se situent au niveau des sillons nasogéniens*, des sourcils, du liseré du cuir chevelu, du conduit auditif externe. L'évolution va vers des zones d'hypochromie plus ou moins marquées et où les squames sont absentes.

Le diagnostic peut être confirmé par l'atteinte associée du cuir chevelu, où l'on décrit un état presque kératosique, plus ou moins épais, voir croûteux associé à des signes fonctionnels tels que prurit* et desquamation. Cet état chronique est susceptible d'entraîner, via le grattage, des folliculites et même des zones d'alopecies* secondaires.

Traitement :

- Topiques antifongiques*
 - Kétoconazole : Kétoderm® crème : 2 fois par jour pendant 7 jours ou en gel moussant une fois par semaine si poussées. (pour les femmes, sachant que le kétoconazole entraîne une sécheresse du cuir chevelu, il est possible d'appliquer le shampoing habituel sur la chevelure après le traitement.)
 - Ciclopiroxolamine : Mycoster® 1% crème, Sébiprox® 1,5% gel moussant
- Dermocorticoïdes de classe II ou III, en crème sur la peau et en gel sur les zones pileuses, toujours en cure courte et contrôlée.
- Préconiser un traitement d'entretien car les facteurs favorisants sont regroupés dans cette même affection : xérose*, hyperkératose, affinité de *Malassezia furfur*, prurit et stress pouvant expliquer les récives.
- A titre préventif, les topiques antifongiques pourront être utilisés régulièrement afin de limiter la prolifération de *Malassezia furfur* ainsi que les crèmes, lotions et shampoings contenant du zinc: Mycogel®, Kélual Zinc Squanorm® (Ducray) lotion, Kerium DS® shampoing (La Roche Posay).

Le diagnostic différentiel est celui de la teigne du cuir chevelu où les lésions sont rondes, bien limitées avec des fragments de cheveux cassés. L'aspect trompeur vient des applications régulières de cosmétiques gras sur la chevelure (vaseline, etc....) où l'on décrit un casque séborrhéique.

4.3 Pytiriasis alba

Ce sont des eczématides ou « dartres » : réactions inflammatoires d'étiologie inconnue survenant spontanément chez les sujets à peaux sèches et sensibles.

Dermatose très fréquente pouvant toucher les enfants de toute couleur, mais sur peau noire elle est beaucoup plus visible et plus fréquente ; elle peut concerner les jeunes adultes également.

La lésion débute par une plaque inflammatoire érythémato-squameuse* pendant quelques jours, qui passe le plus souvent inaperçue et qui évolue rapidement vers une dépigmentation. Ensuite, on observe la présence de macules hypopigmentées mais pas achromiques (contrairement au vitiligo) dont la bordure est floue ou émiettée. Localisée au niveau du visage, des joues, des tempes, des épaules (ou parfois sur tout le corps). Les taches se repigmentent spontanément en quelques semaines, mais de nouvelles poussées peuvent survenir, ce qui est à l'origine de l'extension des taches et du nombre des lésions.

Le traitement s'effectue en deux temps :

- Éliminer l'inflammation sous-jacente responsable de la dépigmentation → utilisation pendant 8j d'un dermocorticoïde de classe III (ou de classe II en cas d'échec d'un dermocorticoïde de classe III). Ce traitement empêche la multiplication et l'extension des lésions.
- La repigmentation se fait naturellement en quelques semaines s'il n'y a pas de nouvelles poussées. Cette repigmentation est parfois beaucoup plus lente et il persiste des lésions pendant plusieurs mois ou années, dans les cas les plus tenaces, la PUVA-thérapie permet une repigmentation plus rapide.

Prévention des récurrences : utiliser une crème très hydratante matin et soir ; en hiver, éviter les gels douche, bains moussants, savons usuels ; préconiser le syndet (=pain dermatologique) pour la toilette quotidienne afin de limiter l'irritation provoquée par les détergents trop puissants.

4.4 Hypopigmentations post-inflammatoires

4.4.1 Dermite ou séborrhéique

Ou dermatite séborrhéique, cette affection est rare sur peau noire et fréquente aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Le diagnostic se fait sur la localisation des lésions : sillons nasogéniens, sourcils, zone prétragienne* et sur l'association à une dermatite séborrhéique du cuir chevelu.

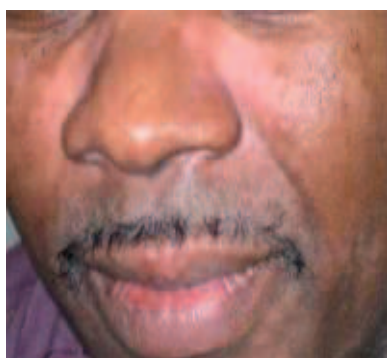


Figure 37 : Zones d'hypopigmentation sur les ailes du nez [53]



Figure 38 : Dermite séborrhéique localisée en haut du bras [53]

Sur la peau noire, la phase inflammatoire est souvent peu visible avec parfois une simple desquamation grasse des zones concernées qui guérit spontanément en laissant une hypopigmentation régulière. Chez le nourrisson, cette hypochromie est observée préférentiellement au niveau de l'extrémité céphalique et du siège avec squames, prurit et érythème ; ce dernier étant bien visible du fait de la dépigmentation transitoire.

Au niveau du cuir chevelu, cette dermatite entraîne un état pelliculaire.

Traitement

Pour le cuir chevelu,

- Shampoings anti-pelliculaires : Sébiprox®, Kélual DS® nécessitant un temps de pose d'au moins 5 minutes lors de l'utilisation. Les shampoings traitants sont à appliquer

deux fois par mois. Ces shampoings étant assez desséchants, utilisez un shampoing enrichi pour la chevelure ou les rajouts.

- Lotion ou pommade à la cortisone associée à un actif antipelliculaire : acide salicylique + bétaméthasone 0,5%₀ Diprosalic®.
- Lotions apaisantes pour le cuir chevelu une ou deux fois par semaine, par exemple après le shampoing.

Pour la peau et en cas de plaques,

- Association de crème à la cortisone légère : Locapred®, Tridésanit® et de crèmes antifongiques : Fazol®, Mycoster®, Kétoderm® pendant quelques jours.
- Appliquer des nettoyants doux en lotion, éventuellement enrichis en actifs antifongiques
- Appliquer quotidiennement sur les zones sensibles, des crèmes apaisantes

Evolution

La dermatite séborrhéique n'est pas permanente, elle évolue par poussées et est déclenchée par le stress et la fatigue. L'hypopigmentation n'est également pas définitive bien que certaines hypochromies post-lésionnelles restent spectaculaires (au niveau du siège des nourrissons).

4.4.2 Dermatite atopique

Elle est fréquente chez les enfants, la guérison survient en laissant une zone hypopigmentée voire totalement blanche au niveau des plis. Avant dépigmentation, les lésions sont prurigineuses et plus ou moins inflammatoires.

4.5 Hypopigmentations infectieuses

A rechercher systématiquement chez les sujets venant ou revenant d'une zone endémique*.

4.5.1 Lèpre ou Maladie de Hansen

Grâce aux campagnes de traitement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'épidémie de lèpre a été nettement réduite, et l'éventualité d'une révélation des signes de cette affection reste exceptionnelle en France. Il faut cependant y songer, en cas de prise en charge d'arrivants récents.

Elle est très présente en Afrique. C'est une affection très polymorphe dont l'expression dépend de la réponse immune vis-à-vis du bacille* responsable : *Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen. L'expression commune décrit la présence de macules hypopigmentées hypo-esthétiques de grande taille. Il existe 5 formes :

- La **forme lépromateuse** marquée par la présence de lépromes = papules (nodules infiltrés) luisantes et nodulaires de sensibilité normale, à bordure floue parfois angulaire. Elles se répartissent symétriquement sur tout le corps et sont plus ou moins nombreuses avec une prédominance au visage (avec épistaxis* et congestion nasale). Cette forme est contagieuse, et dépourvue d'atteinte nerveuse (*Figure 40*).
- La **forme tuberculoïde** comprenant des lésions peu nombreuses, asymétriques, bien limitées et dépourvues de bacilles, cette forme n'est pas prurigineuse (*Figure 39*).
- La **forme *borderline*** qui est immunologiquement instable. On note des « réactions de réversion » qui s'expriment soudainement par un œdème inflammatoire apparaissant au niveau des lésions préexistantes.
- **L'érythème noueux lépreux (ENL)** : s'exprime uniquement en cas de formes multi-bacillaires, ce sont des nodules inflammatoires, sensibles, de petite taille, disséminés, parfois nécrotiques et associés à des manifestations générales (fièvre, signes articulaires...)
- La **forme indéterminée** : chez l'enfant, la lèpre s'exprime par des macules hypochromiques plus ou moins bien limitées et isolées ; c'est une forme de primo-infection pouvant guérir spontanément.

Le diagnostic s'établit sur :

- la recherche d'une **hypoesthésie*** au tact ou à la douleur, qui est un geste indispensable en présence d'une macule hypopigmentée, même ancienne.
- la recherche d'une **hypertrophie* nerveuse** (=névrite* aiguë) et d'une atteinte sensitivomotrice distale*.



Figure 39 : Lèpre tuberculoïde avec lésion maculeuse hypochromique bien limitée anesthésique [49]



Figure 40 : Lèpre lépromateuse : lésions infiltrées à type de micronodules du visage (micro-lépromes) [49]

4.5.2 Onchocercose évoluée

Cette parasitose est due à *Onchocerca volvulus* dont la transmission s'opère par la piqûre d'un insecte : la simulie. L'onchocercose donne un aspect singulier des membres inférieurs (régions pré-tibiales et lombaires) : des taches totalement blanches à bordure déchiquetée coexistent avec des lésions de couleur brun-sombre ou rouge, prurigineuses et encore actives ; à ce stade, il existe une atteinte oculaire. La « peau de léopard » est une achromie mouchetée observée dans la région pré-tibiale et qui, bien que non spécifique de l'onchocercose, constitue un moyen rapide d'évaluation de l'affection en

zone endémique. Le diagnostic s'effectue sur le prurit chronique et le séjour prolongé en Afrique tropicale, rurale ou forestière.



Figure 41 : Onchocercose et « peau de léopard » caractéristique [47]

4.5.3 Pian

C'est la syphilis endémique qui atteint surtout les enfants vivant en zone sahélienne. Elle entraîne une infection cutanée pouvant ensuite s'étendre et produire des lésions dans les tissus profonds, notamment osseux. La transmission, directe, se fait par contact cutané avec une lésion infectée, le plus souvent dans l'enfance. Chez l'adulte, il peut laisser des lésions cicatricielles blanches arrondies ou polycycliques sur les membres inférieurs. Le diagnostic se confirme sur sérologie* avec au moins un TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay) positif.



Figure 42 : Nodules péri-articulaire au coude chez un enfant atteint de pian [48]

4.5.4 Pityriasis versicolor

Cette dermatose non spécifique de la peau noire est une mycose due à l'agent *Malassezia furfur*, qui présente la particularité de « manger » la couleur de la peau grâce à l'acide azélaïque qu'il produit. Cette mycose est bénigne et peu contagieuse, et guérit facilement. On note deux particularités sur peau noire :

- Il peut être extrêmement profus, débordant largement les zones classiques du haut du dos et du décolleté pour s'étendre au visage et à l'ensemble du corps et même aux membres. L'aspect classique initial de petites plaques bien limitées, d'aspect fripé et de couleur chamois est quelquefois observé, mais est plus difficile à confirmer sur peau pigmentée. Le diagnostic à la lampe de Wood par positivité de la fluorescence permet de rendre plus évidentes les lésions apparaissant orangées sur fond brun. L'hypochromie secondaire persiste longtemps après guérison, ce qui entretient le doute des séquelles d'eczématides ou de dyschromie créole.
- Le pityriasis versicolor a un caractère récidivant et régulier (parfois se manifeste chaque été) en raison d'une affinité évidente de *Malassezia furfur* pour les facteurs favorisant sa prolifération : chaleur, humidité, peau grasse, sudation (activités physiques importantes : sport...).

Sur le plan esthétique, les taches blanches sont évidemment plus visibles que sur peau blanche où on observe, à l'inverse de la peau noire, des taches pigmentées.

Cependant, il existe une forme hyperpigmentée sur peau noire avec des macules brunes, plus sombres que la peau normale. Le diagnostic décrit le caractère très bien limité et finement squameux, avec une localisation sur le haut du tronc.



Figure 43 : Pityriasis versicolor sur peau noire, taches hypopigmentées [51]



Figure 44 : Sur peau blanche, taches hyperpigmentées [50]

Traitement

- Il fait appel aux traitements antifongiques classiques, en particulier le kétoconazole Kétoderm monodose® en gel-moussant à laisser poser 20 minutes sur tout le corps (y compris le cuir chevelu car les follicules pileux sont une réserve importante de *Malassezia furfur*). Si l'atteinte est ancienne ou très diffuse, on peut compléter par 15 jours de traitement local : spray et crème antifongiques : Pévaryl®, Amycor®, Fazol®, Kétoderm®, Mycoster®.
- Dans les formes profuses, il est recommandé d'avoir recours aux formes orales et d'être sous surveillance hépatique (10 jours).
- Dans les formes récidivantes, un traitement d'entretien local mensuel est indispensable.

A titre préventif, il est recommandé de :

- porter des sous-vêtements en coton,
- éviter les saunas et les hammams (endroits chauds et humides),
- entreprendre un traitement préventif avant la période des grandes chaleurs,
- entreprendre un traitement curatif après les expositions solaires.

Evolution : après guérison, les taches claires persistent souvent longtemps, le temps que les mélanocytes synthétisent la mélanine et qu'elle atteigne la couche cornée ; ce qui rend l'appréciation de la guérison difficile.

La forme achromiante peut toucher le sujet noir, **après exposition solaire**. Les macules deviennent hypochromiques, voire totalement achromiques. Localisation : haut du dos, épaules, nuque ; ce qui permet de les distinguer des macules du vitiligo.

Une forme hyperchromiante du *Pytirisias versicolor* est également observable sur peau noire.

4.6 Hypopigmentations iatrogènes = dépigmentation volontaire

4.6.1 Hypopigmentations iatrogènes

Les dermocorticoïdes sont les chefs de file des causes de d'hypopigmentations iatrogènes, et ce, dès la deuxième semaine de traitement. Les hypopigmentations sont dépendantes de la durée et de la classe du corticoïde utilisé (**Cf. ANNEXE 2**), mais la peau se repigmente spontanément en plusieurs semaines.

Ainsi, la peau noire peut subir des dépigmentations volontaires via des pratiques utilisant divers types de topiques éclaircissants. Cependant, certaines dépigmentations sont conseillées dans le cadre thérapeutique en cas de maladies cancéreuses ou résistantes à d'autres traitements de première intention. On a ainsi recours aux techniques de laser (paragraphe 5.8.2.2.2 p89).

4.6.1.1 Topiques dépigmentants

Les principaux utilisés et « efficaces » sont : les dermocorticoïdes, les dérivés phénoliques, l'acide azélaïque, l'acide rétinoïde, et les acides de fruits α -hydroxy-acides. Nous les traiteront brièvement...Et nous verrons que ces agents dépigmentants dérèglent chacun différemment le processus de mélanogénèse.

Figure 46.

4.6.1.1.1 Dermocorticoïdes

Leur action anti-inflammatoire se décrit en partie par la vasoconstriction superficielle du derme et l'inhibition des fonctions leucocytaires. Leur activité antiproliférative engendre une inhibition de la synthèse d'ADN :

- Au niveau épidermique, en réduisant la prolifération et en favorisant la régénération des cellules épidermiques. Les dermocorticoïdes ont une action antimitotique* sur les mélanocytes, ce qui provoque un effet dépigmentant à long terme.
- Au niveau dermique : en limitant l'activité des fibroblastes et des fibres élastiques, d'où les effets indésirables qui en découlent : atrophie du derme et du tissu hypodermique

De classe I ou II, ils sont très efficaces, mais la prescription doit être fixée à une courte durée d'utilisation et sur la limite des zones hyperpigmentées. Le traitement doit cesser lorsque l'éclaircissement est stabilisé, soit 3 à 6 semaines, stade au-delà duquel aucun progrès n'est obtenu et où les effets secondaires apparaissent !

Il a été recensé un détournement de l'usage des dermocorticoïdes chez la communauté africaine. En effet, ce sont des corticoïdes d'importation vendus librement dans des instituts de beauté spécialisés pour peau noire ou dans des marchés fréquentés par la communauté afro-antillaise (exemple : quartier Château Rouge à Paris). Les femmes utilisant ces produits ne sont parfois pas au courant de la composition des produits en dermocorticoïdes !!!

Cette pratique est motivée par l'aspect culturel et social d'avoir un teint clair, ce qui est un argument de séduction pour les femmes-le plus souvent Africaines-pour plaire aux hommes préférant les femmes au teint clair.

**L'INTERROGATOIRE A LA RECHERCHE D'UN PRODUIT DEPIGMENTANT EST
DONC INDISPENSABLE DEVANT TOUTE HYPOPIGMENTATION DU VISAGE !**

Afin de « soit disant » traiter un eczéma, certains patients se voient établir régulièrement des prescriptions médicales de dermocorticoïdes associées à des lotions moussantes antiseptiques susceptibles de pouvoir accélérer le processus de dépigmentation.

La connaissance suffisante des médecins prescripteurs de ces pratiques pourrait permettre de réduire ce phénomène, c'est à eux de les déceler tout en respectant

l'éthique médicale. C'est au pharmacien en fin de ligne de mettre en garde des méfaits de cette pratique.

4.6.1.1.2 Dérivés phénoliques

Deux principaux dérivés ont pu être répertoriés dans le traitement des hyperpigmentations :

- Le monobenzyléther d'hydroquinone (MBEH) : c'est le premier agent dépigmentant chimique mis en évidence dans la composition de gants en caoutchouc qui provoquaient des dépigmentations sur les mains des porteurs de ces mêmes gants. Il a été indiqué uniquement dans le traitement des vitiligos étendus à plus de 50% de la surface corporelle cutanée, et chez les patients âgés de plus de 40ans en préconisant l'éviction solaire. Plusieurs effets indésirables fréquents ont été répertoriés suite à son emploi : irritations, eczéma, dépigmentation irréversible, vitiligo à distance du site d'application, leucomélanodermies*. A une concentration de 20%, on note une dépigmentation définitive, permanente et irréversible.
- L'hydroquinone : l'hydroquinone est un produit de dépigmentation disponible en pharmacie à la concentration de 2% maximum. Ce dosage est sans risque théorique, mais beaucoup de femmes l'utilisent au long cours, sans aucun contrôle, d'où l'apparition d'hypomélanose en confettis sur le visage, et il n'existe pas de traitement spécifique !!! Son emploi est interdit depuis l'an 2000 dans les produits cosmétiques, mais elle reste autorisée et exonérée à une concentration maximale de 2% (bien que la concentration à laquelle elle est efficace soit de 5%) dans les topiques conseils : lors de piqûres d'insectes ou d'orties, ou en cas d'érythème solaire localisé. Autrement, son utilisation est limitée aux préparations magistrales. Il faut noter que la dépigmentation engendrée reste réversible.

Effets indésirables : l'ochronose exogène (Cf. Chapitre III 5.4.1 p86) correspondant à des dépôts de pigments noirs ou brun-jaunâtre dans le derme papillaire, les hyperpigmentations post-inflammatoires en

l'absence d'éviction solaire et les taches achromiques en nappe ou en confetti.

4.6.1.1.3 Acide rétinoïque

Suite à son utilisation, l'acide rétinoïque provoque beaucoup plus des hyperpigmentations réactionnelles post-inflammatoires qu'une hypopigmentation remarquable proprement dite.

4.6.1.1.4 Acide azélaïque

Engendre des résultats médiocres à la concentration de 20% (dans Skinoren®) et est utilisé dans la mélanose de Dubreuilh (prolifération de mélanocytes anormaux).

4.6.1.1.5 Dépigmentants végétaux : les acides de fruits

Les α -hydroxy-acides (AHA*) ou acides de fruits ont une bonne tolérance et une activité dépigmentante minimale qui s'explique par leur effet exfoliant*. C'est pourquoi, on peut les conseiller afin d'effacer des taches transitoirement inesthétiques. Les principaux sont :

- La lutéoline et les hétérosides* flavoniques ; qui provoquent une perte de l'orientation spatiale entre le mélanocyte et les kératinocytes.
- L'arbutine, dérivé végétal de l'hydroquinone ;
- L'acide kojique, d'origine mycologique, qui agit par rétro-inhibition de la tyrosinase et par chélation* des ions cuivreux Cu^+ lors de la mélanogénèse. Ce dépigmentant est utilisé dans le traitement de lentigos* ou de chloasmas*.

4.6.1.1.6 Préparations dépigmentantes et associations

Les préparations dépigmentantes correspondent à un mélange de détergents, d'hydroquinone et de dermocorticoïdes ; elles entraînent des inflammations aiguës suivies de dépigmentations irrégulières, parfois définitives lorsque les détergents ont entraîné des brûlures caustiques profondes.

Cependant il existe des préparations prescrites et formulées avec des doses exonérées d'actifs dépigmentants:

- Le trio dépigmentant de Kligman est une préparation classique, et bien connue des personnes se blanchissant la peau. Elle associe un dermocorticoïde, de l'acide rétinoïque et de l'hydroquinone à 5%. Le corticoïde réduit l'irritation provoquée par l'hydroquinone. Bien qu'il facilite la pénétration de l'hydroquinone, l'acide rétinoïque donne des résultats moyens au trio de Kligman à cause de la mauvaise tolérance qu'il engendre. Cette préparation dépigmente la peau noire normale entièrement en 5 à 7 semaines de traitement. **(Cf. ANNEXE 4)**
- De ce fait, il est beaucoup plus prudent de prescrire le « duo dépigmentant » dont la formule est la suivante : hydroquinone (5 à 8%) associée à un dermocorticoïde : hydrocortisone à 1% ou triamcinolone 0,1% dans un excipient stable du type Epsilane® ; cette préparation doit s'appliquer le soir, bien localement et de préférence en hiver ; on note une efficacité à partir du deuxième mois d'utilisation régulière.

Dans les deux cas, la photoprotection est indispensable.

Les acides de fruits ont une action adjuvante : l'acide glycolique augmente la diffusion du dépigmentant par son action sur la couche cornée et les liaisons intercornéocytaires. De même que l'ajout d'acide ascorbique augmente l'efficacité de l'hydroquinone.

4.6.2 Dépigmentation volontaire en pratique

4.6.2.1 Les produits illicites utilisés

Ces produits sont le plus souvent des crèmes :

- à base d'hydroquinone (2%) : Vénus de Milo[®], Trois Fleurs d'Orient[®] et Aida[®], Ambi 5%, Bicu 2%, Dear heart[®] (hydroquinone et vitamine C), Joli-joli[®], Ultra Clear[®] sont utilisés dans plus de 50% des cas.
- à base de dermocorticoïdes de classe I ou II étant pour certaines des contrefaçons, mais pour la plupart des détournements de médicaments authentiques. Par exemple, le propionate de clobétasol Dermoval[®] prescrit et remboursé, est détourné sous le nom de Dermovate[®] ou des sous-marques aux noms de Movate[®] ou Clovate[®].

4.6.2.2 Complications

4.6.2.2.1 Accidents esthétiques et trophiques

Ces accidents sont fréquents chez plus de 80% des femmes qui se dépigmentent.

On note :

- L'acné, on parle d'acné cortisonique (*Figure 45*)
- Les vergetures définitives
- Les troubles pigmentaires (hyperpigmentation par contraste et hyperchromies « rebond »)
- Accidents lichénoïdes



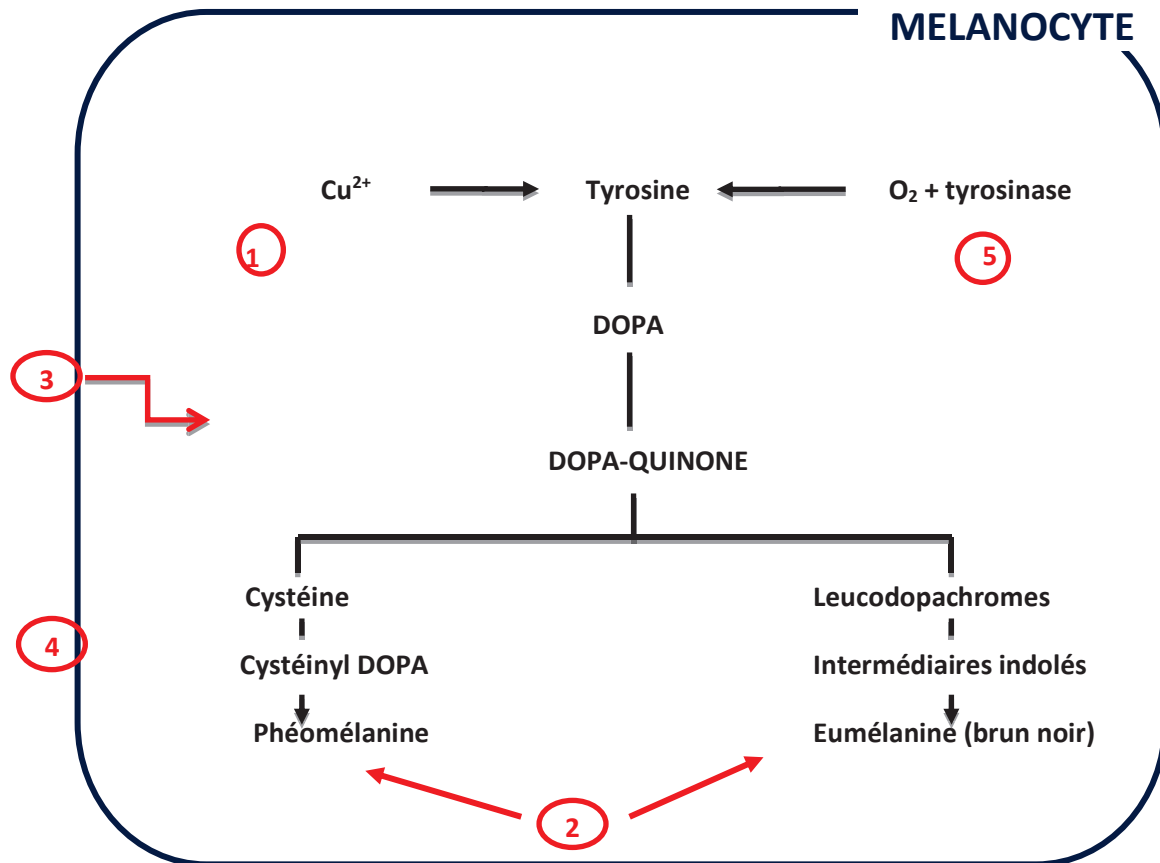
Figure 45 : Acné cortisonique [46]

4.6.2.2.2 Complications infectieuses

- Complications bactériennes
- Complications mycosiques : dermatophyties faciales

4.6.2.2.3 Autres accidents

- Eczéma de contact
- Difficulté de cicatrisation
- Dermite caustique



- 1) Blocage des ions cuivriques indispensables à l'action de la tyrosine par l'hydroquinone et la vitamine C
- 2) Action réductrice de la vitamine C sur les pigments
- 3) Action cytotoxique de l'acide azélaïque sur le mélanocyte
- 4) Diminution globale du nombre de mélanocytes fonctionnels par les dépigmentants
- 5) Blocage de l'oxydation enzymatique de la tyrosine en DOPA

Figure 46 : Mécanisme d'action des dépigmentants sur la mélanogénèse [9]

5 HYPERPIGMENTATIONS

5.1 Acné

Tout processus inflammatoire cutané sur peau noire est susceptible d'entraîner une hyperpigmentation persistant plusieurs semaines voire plusieurs mois, même après l'arrêt de l'inflammation jusqu'à disparition spontanée. Ce phénomène est très fréquent en cas d'acné polymorphe juvénile (forme typique de l'acné). Sur peau noire, l'objet des consultations concerne beaucoup plus les marques résiduelles elles-mêmes que l'acné à proprement parlé.

Le diagnostic est simple : on note des macules pigmentées sur le visage, le dos et le décolleté qui sont associées à des lésions acnéiques classiques. L'acné est caractérisée par l'inflammation des pores de la peau (entretenue par la bactérie anaérobie* saprophyte*, des glandes sébacées *Propionibacterium acnes*) sur certaines zones du visage et du haut du corps, liée à une obstruction par un excès de sébum. Cette inflammation aboutit à la formation de boutons, qui s'infectent, devenant alors des boutons de pus, qui finissent par sécher en laissant une marque transitoire.

La pigmentation qui succède à la lésion est due à la stimulation transitoire de la production de mélanine. La répétition des poussées d'acné aboutit à un aspect tacheté du visage très inesthétique (avec des taches plus ou moins foncées marqueurs d'ancienneté des lésions). La manipulation des lésions par le patient aboutit à des macules pigmentées sont souvent plus larges, plus sombres et plus tenaces.

Evolution : la particularité de l'acné sur peau noire concerne son début d'apparition précoce (vers l'âge de 16-17ans) et sa guérison tardive (vers 25-30ans). On note également une possible apparition des lésions dès l'arrivée en France ou dès le retour des vacances estivales (zones de fort ensoleillement) ; en effet le soleil a un effet anti-inflammatoire asséchant les boutons et provoque un épaissement de l'épiderme (amélioration de l'aspect en surface). L'évolution peut se prolonger au-delà de l'âge 40 ans chez certaines personnes, dans ce cas, il faut tenir compte de certains facteurs hormonaux (testostérone stimulant les glandes sébacées) ; il en est de même chez les femmes après 30 ans ou après deux ou trois grossesses. La prise de certains contraceptifs provoquent une recrudescence des crises acnéiques ; en effet, on remarque que les femmes noires sont plus sujettes à faire des fibromes* utérins et les contraceptifs tels que le stérilet Mirena® ou l'implant Nexplanon® prescrits permettent de réduire l'abondance des règles, en contrepartie l'acné resurgit.



Figure 47 : Cicatrices acnéiques laissant des marques hyperpigmentées [45]

Le traitement

Le traitement de l'acné est le même que celui des peaux blanches.

— Traitements locaux

- Les **antibiotiques locaux** ont une action anti-inflammatoire et anti-infectieuse

⇒ Erythromycine 4 %, Eryfluid[®], Eryacné[®], Erythrogel[®]

⇒ Erythromycine + trétinoïne 4%, Erylik[®]

⇒ Erythromycine 2% + isotrétinoïne 0,05% Antibiotrex[®]

⇒ Clindamycine 1% percutanée Dalacine T Topic[®]

⇒ Acide azélaïque 15% Finacea[®] pour les acnés rétentionnelles, appliquer deux fois par jour, provoque des hypopigmentations sur peaux foncées !

- Les **anti-acnéiques** proprement dits, réduisent l'inflammation et l'obstruction des pores, ils activent la régression des taches.

⇒ Peroxyde de benzoyle : Cutacnyl[®] (2,5, 5, 10 %), Effacné[®] 5%, Panoxyl[®] 5%, Pannogel[®] 5 et 10%, Eclaran[®] 10%

C'est un sébostatique*, qui s'oppose à la prolifération de *Propionibacterium acnes*, utilisé à faible concentration au début des acnés inflammatoires. La peau noire étant très réactive, il est possible d'observer des réactions

d'irritation, de desquamation et d'allergie ; on recommande d'utiliser avec prudence peu de produit, 30 minutes après la toilette au savon et de préférence le soir, en évitant le contour des yeux et de la bouche. Arrêter immédiatement le traitement en cas d'irritation et prévenir son médecin. Le peroxyde de benzoyle est contre indiqué avec l'érythromycine et la trétinoïne, sous peine d'incompatibilité physico-chimique. Recommander d'utiliser l'un ou l'autre produit le matin et l'autre le soir.

⇒ Rétinoïdes locaux, dérivés de la vitamine A

- Trétinoïne ou vitamine A acide Effederm®, Locacid®, Retacnyl®, Kétrel®, prévient la formation des kystes et favorise leur élimination. La trétinoïne peut être également utilisée pour les taches pigmentées persistantes après les lésions acnéiques. Cependant, l'efficacité est prouvée chez les Noirs Américains, mais est mal tolérée, d'où la prescription en couche très fine 2 fois par semaine au début, en augmentant la fréquence des applications (plus ou moins associées d'une crème au méquinol = monométhyléther de quinone ou à l'hydroquinone, dépigmentants)

La trétinoïne a un effet photosensibilisant ! Eviter le contact avec les yeux, les narines, la bouche et les muqueuses. En début de traitement la trétinoïne est responsable d'effets indésirables type phénomènes irritatifs tels qu'érythème sec légèrement cuisant au pourtour péribuccal et au cou (DANS CE CAS : ESPACER LES APPLICATIONS SOUS PEINE D'HYPERPIGMENTATIONS !!!).

- Isotrétinoïne Roaccutane® : utilisé dans les d'acnés sévères, est anti-séborrhéique, kératolytique* et anti-inflammatoire dans une moindre mesure. A appliquer le soir après la toilette, sur une peau bien sèche pendant plusieurs semaines en traitement d'attaque, puis 2 à 3 applications par semaine en entretien.
- Adapalène Differine® : est un rétinoïde qui possède en plus en effet anti-inflammatoire et dont l'action est moins irritante que les autres rétinoïdes, il améliore les lésions rétentionnelles. On note cependant des risques d'hypo et hyperpigmentation, de desquamation et

d'érythème qui sont transitoires et préconisant leur utilisation un soir sur 2 ou 3 en début de traitement.

- Adapalène + peroxyde de benzoyle Epiduo® gel : l'association à ce rétinoïde renforce l'efficacité du peroxyde de benzoyle

ATTENTION !!! : Les rétinoïdes ne doivent pas être associés entre eux sous peine de fortes irritations.

— Traitements oraux

- les **antibiotiques**, luttent contre l'infection et surtout contre l'inflammation dans les formes étendues et/ou d'évolution prolongée. Ils réduisent de façon indirecte les taches s'ils sont utilisés pendant plusieurs semaines.

⇒ La classe des tétracyclines : doxycycline Vibramycine® Doxycycline® ; lymécycline Tétralysal®, utilisés en première intention pour une durée maximale de 3 mois. Ces antibiotiques sont très photosensibilisants, l'éviction solaire est donc indispensable, ou au minimum, il est conseillé fortement d'assurer une protection solaire efficace maximale (SPF 50 +). Les autres effets indésirables fréquents sont les troubles digestifs, les toxidermies graves, l'hypertension intracrânienne. Les cyclines sont également contre-indiquées en cas de grossesse à partir du 2^e trimestre ainsi que chez les enfants de moins de 8 ans (coloration jaune des dents).

Il est à noter que la minocycline, très efficace dans les formes papulo-pustuleuses n'a plus l'AMM* dans l'indication de l'acné depuis juin 2012. Elle était toutefois contre-indiquée chez le sujet noir, car elle provoque, tout comme sur la peau blanche, un DRESS* syndrome, (**D**rug **R**ash with **E**osinophilia and **S**ystemic **S**ymptoms), décrivant un exanthème* fébrile, une hyperéosinophilie* et une atteinte uni ou multi-viscérale (poumon, foie, cœur, rein) avec un taux de mortalité de 10% principalement par défaillance hépatique. Une étude a démontré que l'incidence, la sévérité et le taux de mortalité du DRESS syndrome sont nettement accrus dans la population d'origine afro-antillaise.

➤ **Les rétinoïdes**

⇒ isotrétinoïne Roaccutane[®], Curacné Gé[®], Contracné[®], Procuta[®] Gé: est utilisée en cas d'acnés rebelles ou résistantes, c'est un anti-séborrhéique, anti-inflammatoire et kératolytique. La durée de traitement est de 4 à 6 mois et l'efficacité est observée au bout de 4 à 8 semaines de traitement. La posologie initiale est instaurée à 0,25mg/kg/jour et la posologie usuelle est établie à 0,5 à 1mg/kg/j. En cas d'arrêt de traitement, les rechutes sont de l'ordre de 20 à 50 %. L'effet indésirable majeur est la tératogénicité*, c'est pourquoi chez les femmes en âge de procréer, il est impératif qu'elles soient sous contraception hormonale efficace, et la prescription est limitée à 30 jours ; un carnet de suivi est remis et permet de retracer le suivi biologique obligatoire (test de grossesse HCG* négatif, date de prescription médicale et de délivrance). La contraception hormonale doit être débutée 1 mois avant le traitement, pendant toute la durée du traitement, et 5 semaines après l'arrêt du traitement. La photosensibilisation et le dessèchement des muqueuses sont également répertoriés en dépit de l'efficacité de l'isotrétinoïne ; l'éviction solaire et l'hydratation sont préconisées.

Remédier aux effets secondaires de l'isotrétinoïne :

- ✓ sécheresse des lèvres : les Noirs étant plus sujets à avoir les lèvres sèches, préférer les formes baumes aux sticks (trop durs) : Kelyane[®](Ducray), Ceralip[®] (La Roche Posay), Bépanthène pommade[®] ;
- ✓ sécheresse des yeux (surtout chez les porteurs de lentilles, il y a un risque pour la cornée), utiliser des collyres hydratants : Refresh[®], Artelac[®], Phylarm[®], Hyabak[®] ;
- ✓ sécheresse des autres muqueuses : pour les saignements de nez, utiliser la vaseline simple ou consulter pour une cautérisation auprès d'un ORL* si les saignements sont répétés ;
- ✓ boire au moins 1,5L d'eau par jour afin d'hydrater la peau fortement desséchée ;

- ✓ interrompre les défrisages et les épilations à la cire, ceux-ci fragilisent encore plus les cheveux et la peau ;
- ✓ pour les sportifs, prévenir le médecin en cas d'articulations douloureuses, car l'isotrétinoïne réduit la tolérance des articulations à l'effort.

➤ **les anti-androgènes**

⇒ acétate de cyprotérone Androcur®

⇒ acétate de cyprotérone + œstrogène Diane®35, Minerva®, Evepar®, Lumalia®, Holgyeme®

L'acétate de cyprotérone est un anti-acnéique utilisé hors-AMM comme contraceptif. Il permet de réduire la synthèse de testostérone, hormone sexuelle favorisant la survenue d'acné, et les signes d'hyperandrogénie. Cependant, depuis le 21 mai 2013, l'AMM a été suspendue à cause d'un risque accru de thrombophlébites recensées chez plusieurs patientes.

➤ **Les dérivés du Zinc**

⇒ zinc (gluconate) : Granions de Zinc®, Rubozinc®, Effizinc®

Le zinc agit par mécanisme encore mal connu sur les formes d'acnés inflammatoires. Il est impératif de l'absorber à distance des repas sous peine de chélation intestinale aux aliments riches en acide phytique (pain complet, maïs, soja...) et à d'autres médicaments tels que les cyclines, les antiacides, le calcium et le fer (anémie possible).

Conseils :

- Supprimer les facteurs aggravants :
 - les crèmes de jour trop grasses,
 - les fonds de teint gras,
 - éviter les cosmétiques gras (vaselines et autres produits) utilisés pour assouplir les cheveux crépus et faciliter le coiffage, car cela provoque le phénomène de « pomade acné » caractérisé par l'apparition de boutons sur les tempes et le front.
- Choisir un cosmétique anti-acnéique :
 - pour la toilette, un gel nettoyant doux anti-inflammatoire ;
 - pour la crème de jour du visage, une crème matifiante (« oil free »), ou à base d'acides de fruits (AHA) ayant une action kératolytique ;
 - pour le maquillage, préférer les produits avec la mention « non comédogène* », démaquiller le visage **le soir** avec soin et avec un produit à action anti-acnéique légère Effaclar® (La Roche Posay), Kéracnyl® (Ducray).
- NE PAS PERCER LES BOUTONS, ce qui provoque un traumatisme et engendre un retard à la cicatrisation, prolongeant ainsi les taches.
- Sécher les boutons avec un antiseptique Hexomédine transcutanée®.
- Alimentation : le chocolat, le lait ou la charcuterie ont été recensés comme facteurs favorisant chez certaines personnes...
- Si la personne acnéique est sensible au stress, lui conseiller des activités de détente : yoga, relaxation ou sport.
- En prévention, ne pas utiliser la même crème pour le corps et le visage !!! (souvent, texture plus grasse de la crème pour le corps).
- Les traitements dépigmentants sont inefficaces sur l'acné évolutive et peuvent même l'aggraver, ils contiennent de la cortisone ou d'autres composés à effet peeling irritants et donc provoquant des marques supplémentaires. Ils peuvent être appliqués sur les marques résiduelles.

5.2 Eczéma

L'eczéma est une maladie inflammatoire de la peau, se traduisant par un prurit. C'est la deuxième grande cause d'hyperpigmentation sur peau noire.

On distingue deux types d'eczéma (les deux états peuvent coexister) :

- L'eczéma constitutionnel, maladie familiale associée à des antécédents d'asthme ou de rhume des foins, l'affection débute vers l'âge de 3 mois et régresse vers l'âge de 2 ans ou de la puberté, mais persiste rarement jusqu'à l'âge adulte. Les plaques sont situées sur les joues, et les plis et évoluent par crises (déclenchées par le froid, les maladies infantiles, la sensibilité). Elles régressent sous traitement. C'est la principale cause de consultation pour les enfants noirs en Europe, beaucoup plus qu'en zone intertropicale.
- L'eczéma allergique aigu : plaque pigmentée, mal limitée, à la surface fripée, avec parfois des excoriations superficielles ; avec un prurit intense et constant. Le diagnostic est révélé par l'apparition brutale, le caractère localisé ainsi que l'étiologie par contacts allergisants : bijoux, vêtements, cosmétiques, lessive, chaussures...

Particularité sur peau hyperpigmentée :

Sur peaux pigmentées, les eczemas se lichénifient plus rapidement en 1 à 2 semaines d'évolution. La couleur des plaques est rarement rose ou rouge comme sur peau blanche sauf si la peau est peu pigmentée comme celle des bébés. La peau est le plus souvent foncée, brun ou gris, mais parfois au contraire plus claire, toujours légèrement rugueuse au toucher. Le prurit permanent entraîne une hyperpigmentation localisée, bien limitée avec un épaissement cutané d'aspect en quadrillé, semé de papules fermes; la surface est souvent hyperkératosique et cet état est long à guérir car plus les taches sont épaisses et plus elles démangent.

Evolution

Après guérison, la couleur se normalise plus lentement sur peau noire car l'épiderme se renouvelle plus vite que la couleur, mais celle-ci revient **toujours** après guérison. Cependant, les paupières et les lèvres restent des zones fragiles. Souvent chez les jeunes enfants, on note des rechutes prolongées au-delà de la petite enfance ; des plaques « en chair de poule » sur le côté du tronc peuvent également être observées. De façon générale, le soleil atténue les plaques (les plaques régressent nettement lors d'un séjour aux Antilles par exemple).

Les causes de rechute sont nombreuses :

- La peau noire est clairement prédisposée à l'eczéma (se révèle en climat ensoleillé et humide alors que cette affection est méconnue en climat froid et sec). Cette observation a été faite dans d'autres pays européens dans la population noire et métissée.
- Le port de vêtements ou de sous-vêtements composés de textiles irritants et lavés avec des lessives fortes et des assouplissants sont des facteurs aggravants !
- Pour les adultes, dans le cadre professionnel, le contact avec de nouvelles substances allergisantes (produits de coloration, farine, ciment...) ou dans l'environnement peut déclencher des eczémas rebelles.
- Le stress est également facteur déclenchant de la survenue de l'eczéma (isolement, changement de climat mal tolérés sur le plan psychologique et ayant des répercussions d'expression cutanées).

Traitement :

- Dermocorticoïdes (classe II voire I si lichénification importante) : Locapred®, Tridésanit®, Diprosone®, Epitepic®. Ces crèmes sont efficaces rapidement en stoppant les démangeaisons, il y a guérison des plaques et normalisation (plus lente) de la couleur ainsi que disparition des taches. L'application est toujours prescrite sur le court terme. Certains patients sont réticents face à leur utilisation par crainte que la cortisone dépigmente. Si l'eczéma laisse une trace plus claire c'est la maladie elle-même et non le traitement qui est responsable ; sur les courtes durées, la cortisone en crème n'a pas l'action éclaircissante que recherchent certaines Africaines avec des dermocorticoïdes de classe forte pendant plusieurs années d'application quotidienne (dépigmentation volontaire).
- En cas d'eczéma allergique, il faut identifier la cause et la supprimer. Les substances les plus souvent en cause sont : le nickel (présent dans de nombreux objets et vêtements), les parfums, le latex (caoutchouc), le sparadrap, les lessives et assouplissants, le vernis à ongle.
- Traitement antiallergique par voie orale : Primalan® pour les enfants de moins de 24 mois ; Xyzall®, Aérius® chez les enfants après 2 ans.

- En cas d'eczéma suintant : traitement asséchant et bandes de gaze.
- En cas d'infection : complication fréquente : les plaques deviennent croûteuses et même purulentes ; il faut alors traiter par un antibiotique par voie locale associé ou non à un traitement par voie orale.
- Pour un eczéma idiopathique*, des tests allergologiques peuvent être effectués.



Figure 48 : Eczéma péri-buccal [44]

Conseils :

- Traitement des crises : à commencer sans tarder, dès l'apparition de quelques plaques en utilisant des crèmes à base de cortisone dans les formes légères ou par voie générale pendant 2 mois dans les formes étendues.
- Traitement d'entretien qui vise à maintenir l'intégrité de la peau en évitant des pratiques agressives, d'où l'hydratation nécessaire (boire au moins, 1,5L d'eau par jour).
 - Pour la toilette : utiliser des produits doux, non détergents, hypoallergénique à appliquer en douceur avec un gant ou à la main : Atoderm® gel douche (Bioderma)
 - Hydratation : est essentielle car l'eczéma est favorisé par la sécheresse de la peau ; appliquer bi-quotidiennement une crème hydratante : Atoderm PP® baume,
 - Linge : le choix d'une lessive hypoallergénique est primordial

- Humidifier l'air en hiver, pour éviter un maximum les foyers allergisants
- La vie en climat tempéré est favorable à la guérison et baisse la fréquence de survenue, 80% des enfants sont guéris sans séquelles à la puberté.
- Gérer le stress
- Les cures thermales peuvent être une alternative ou en complément de traitement : pour les grands enfants ayant un eczéma sévère, un séjour de 3 semaines dans une station d'eaux thermales peut être prescrit par un médecin et remboursé par la Sécurité Sociale : La Roche Posay, Avène

5.3 Pigmentations post-inflammatoires

5.3.1 Prurits chroniques idiopathiques

Très fréquents sur peau noire surtout en hiver, ils sont dus à la sécheresse cutanée provoquée par un temps froid et sec. Prurit diffus, plus important sur le haut du dos, les chevilles et les avant-bras ; recrudescence après la douche, le déshabillage ou la chaleur du lit. Le grattage entraîne des pigmentations en stries ou en larges plaques mal limitées, dues à une lichénification superficielle. La peau est très sèche, on identifie des « écailles » bien visibles surtout au niveau des jambes, et des traces blanches correspondant aux marques des ongles.

La peau noire en dehors de son climat idéal « gratte » ; l'interrogatoire doit pouvoir identifier le mode de survenue (brutal ou progressif), le contexte (changement d'environnement, de profession, prise de médicament, voyage...) et la localisation (forme étendue ou précise). Si la démangeaison est récente, il faut rechercher un changement des habitudes cosmétiques : nouveau gel douche, nouvelle crème corporelle (notamment celles avec une formulation parfumée).

En cas de prurits sévères, des dermocorticoïdes peuvent être utilisés pendant quelques jours ; ceci permettra d'éviter le passage à un état permanent : le **prurigo**. Les marques provoquées par un prurit continu restent visibles et de gros boutons noirs et épais se forment en provoquant de fortes démangeaisons. Cet état de prurigo est encore plus fréquent que sur peau blanche : il concerne les enfants après les piqûres de moustiques par exemple. Ce phénomène atteint principalement les zones accessibles à la main : bras, épaules, avant-bras, jambes, et peut persister bien après que la cause ait disparu.

Traitement : le traitement rejoint celui de l'eczéma.

- Appliquer un lait hydratant ou une crème hydratante apaisante sans parfum, sur tout le corps quotidiennement pendant tout l'hiver, de préférence après la douche : Atoderm® PP (Bioderma), Lipikar® Baume AP (La Roche Posay), Pruriced® (Uriage®).
- Utiliser des savons « sans savon » (pains ou gels douche), certains produits contiennent des agents anti démangeaisons : Derm Hydralin® liquide, Lipikar® syndet.
- Lors de la toilette, ne pas mettre le jet de douche trop fort, ni l'eau trop chaude ; éviter les bains moussants, éventuellement ajouter à l'eau du bain ½ verre d'amidon de blé (« moussache » pour les Antillais) ou 2 cuillères à soupe de bicarbonate de soude (action anti-calcaire).
- Ne pas utiliser de filet ou de gant de crins.
- Lors de l'essuyage, ne pas frotter la peau, mais tamponner plutôt.

On remarque que certains prurits se révèlent dans le cadre d'une maladie générale, tels que ceux observés dans les cas de dysthyroïdies chez les Noirs.

5.3.2 Pytiriasis rosé de Gibert

C'est une affection courante touchant toutes les peaux. Elle se décrit par une éruption d'origine virale débutant par une plaque ovale isolée, puis suivie de très nombreuses autres lésions ovalaires brun foncé, grises ou noires mais non rosées comme observé sur peau blanche, sur le tronc, le dos et parallèlement aux côtes. Sur peau noire, l'éruption est plus étendue que sur peau blanche : le cou, le bas du visage, les membres ; l'aspect des lésions est très pigmenté et souvent kératosique.

Cette dermatose survient par petites épidémies saisonnières, et touche surtout les adolescents et les jeunes adultes, elle n'est pas contagieuse. La guérison est spontanée au bout d'un ou deux mois cependant, des macules pigmentées peuvent persister plusieurs semaines après guérison.

Cette affection bénigne fait l'objet de la première cause de consultation en urgence ; très prurigineuse, elle apparaît brutalement en s'étendant rapidement chez un individu jeune en

bonne santé. Elle est souvent méconnue, prise à tort par des champignons et traitée par des antifongiques qui rendent la peau encore plus irritable et réactive.



Figure 49 : Pytíriasis rosé de Gibert sur peau pigmentée [89]



Figure 50 : Pytíriasis rosé de Gibert sur peau blanche avec macules rosées [88]

5.3.3 Gale

La scabiose* est une infection parasitaire dont l'atteinte est habituellement familiale du fait de sa contagiosité. Elle est le plus souvent observée en cours de séjour, au retour ou à l'occasion de la visite de parents résidant en Afrique. Sur la peau noire, la gale donne des zones de pigmentation dues au grattage, les vésicules et sillons sont souvent peu visibles. Les zones de prurit sont remplacées par l'hyperkératose des zones cutanées préférentielles de la gale : les espaces interdigitaux, les aisselles, les mamelons et les organes génitaux externes.

Le traitement curatif est identique à celui des peaux claires, tout en insistant sur le traitement environnemental.



Figure 51 : Sillons scabieux sur la plante des pieds d'en nourrisson Africain [40]

5.3.4 Lichen plan

Le lichen plan se décrit par la formation de papules en relief, très pigmentées d'emblée ou secondairement, de teinte grise ou brun foncé. Elles sont très prurigineuses, souvent confluentes et parfois kératosiques laissant place à des macules très diffuses et très pigmentées. La localisation sur les avant-bras et les poignets est évocatrice mais inconstante. Cette affection peut toucher également les muqueuses (buccale, linguale...) sous forme de macules non pigmentées, et le cuir chevelu où il se présente sous la forme de pseudo-pelade plus ou moins étendue. Une corticothérapie locale ou générale suffit au traitement, mais pour les formes rebelles, on peut recourir à la photothérapie.



Figure 52 : Lichen plan sur l'avant-bras [43]

5.3.5 Psoriasis

Très rare sur peau noire, l'expression décrit des plaques hyperpigmentées et recouvertes de squames grises épaisses. L'érythème classique est quasiment invisible et la localisation concerne les coudes, les genoux et lombes où la desquamation des plaques est importante.

Cette dermatose a la particularité de guérir en laissant des taches arrondies hypopigmentées qui peuvent persister plusieurs semaines avant de disparaître spontanément. Les squames ne sont pas pigmentées et sont grisâtres, avec blanchiment caractéristique au grattage. Le psoriasis est fréquent dans certaines zones d'Afrique de l'Est, il touche également plus favorablement les Antillais d'ascendance indienne (Coolie*), ainsi que certains patients traités pour hypertension artérielle par des β -bloquants (Sectral®, Tenormine®, Avlocardyl®).

5.3.6 Rougeole

La rougeole, outre sa classique gravité en milieu tropical, ne se traduit pas par un érythème, mais par un teint grisâtre, un aspect velouté, papuleux au toucher, suivi d'une pigmentation maculeuse « tigroïde » et d'une desquamation marquée uniquement sur peau blanche.



Figure 53 : Rougeole sur peau noire [64]

L'éruption se reconnaît bien sur peau foncée d'autant qu'elle est associée à un faciès pleurard, l'érythème n'est pas visible, mais les papules le sont. Après quelques jours, la desquamation de la peau donne un aspect "farineux" évident.



Figure 55 : Faciès pleurard [82]



Figure 54 : Rougeole sur peau blanche [65]

Rarement fatale par elle-même en Europe, la maladie revêt, en milieu tropical, une gravité extrême car elle est à l'origine de très nombreux décès d'enfants. La persistance de la fièvre signe une surinfection ORL ou respiratoire dont les plus redoutables sont les broncho-pneumonies. Mais l'élévation thermique peut aussi être provoquée par un paludisme associé, souvent pernicieux. Dans tous les cas, une issue fatale est fréquente.

Si l'enfant est maintenu presque à jeûn, car sans appétit et parce que la tradition africaine interdit d'alimenter un enfant fébrile, il se déshydrate et la mort peut survenir. Sinon, la voie vers un trouble nutritionnel durable est ouverte. Une autre complication sérieuse assez fréquente en Afrique est l'atteinte de la cornée pouvant aboutir à la cécité.

Une surveillance médicale attentive menée dans les postes d'assistance médicale indigène permet de lutter efficacement contre ces complications, surtout depuis l'avènement des antibiotiques et la maîtrise des réhydratations. Avant ces découvertes, la mortalité de la rougeole en Europe tournait autour de 10 % des cas. Elle est maintenant de 1 pour 10 000. En zone tropicale où la consultation médicale est souvent tardive, voire absente, elle continue d'atteindre ou dépasser 10 % en milieu rural.

5.3.7 Varicelle

Cette maladie est rarement contractée aux Antilles ou en Afrique, donc plus souvent à l'arrivée en France et à l'âge adulte avec des formes toujours beaucoup plus sévères que chez les enfants. Le risque cicatriciel y est très important, d'où l'intérêt d'un traitement symptomatique du prurit et d'un traitement antiviral d'instauration rapide. Les séquelles sont parfois définitives.

L'importance de la désinfection et de l'assèchement des vésicules est d'autant plus justifiée en climat tropical du fait de l'humidité ambiante qui ne facilite pas la cicatrisation et la réduction des démangeaisons.



Figure 57 : Varicelle chez un nourrisson Blanc [36]



Figure 56 : Varicelle importante chez un enfant noir [39]



Figure 58 : Varicelle au stade terminal chez une femme adulte métisse [38]

5.4 Autres pigmentations (affections pigmentogènes)

5.4.1 Ochronose exogène

Pathologie très particulière de la peau noire, rare et due à l'utilisation chronique de pommade éclaircissante à base d'hydroquinone ; cette dermatose est fréquente dans certaines régions comme l'Afrique du Sud, plutôt chez les femmes d'âge mûr.

Les mélanocytes échappent à l'inhibition par l'hydroquinone et deviennent hyper-réactifs à l'exposition solaire. L'hyperpigmentation apparaît sur les zones photo-exposées : le visage (zone malaire*) en « aile de papillon », la nuque, le décolleté, la partie supérieure du dos et parfois le dos des mains. Les franches régions d'hyperpigmentations de couleur brune, gris foncé ou bleu-noir, sont associées aux hypopigmentations en « confettis » dues à l'hydroquinone.

D'abord maculeuses, les lésions prennent la forme de petites papules de couleur variable donnant un aspect multicolore inesthétique « en grain de caviar » qui se regroupent en de vastes placards mamelonnés à la consistance cartonnée et pour lequel **il n'existe pas de traitement !**



Figure 59 : Ochronose exogène sur le visage [68]



Figure 60 : Ochronose exogène sur le bras d'une Africaine [61]

5.4.2 Mélasma

Il est plus fréquent en cas de métissage indien ou asiatique et exceptionnel sur peau fortement pigmentée. C'est une pigmentation œstrogène-dépendante qui est le plus souvent transitoire après une grossesse et parfois permanente sous contraception oestroprogestative. La survenue de mélasma est possible également après instauration d'un traitement hormonal constitutif de la ménopause. L'hyperpigmentation malaire est bien délimitée sur peau noire et nécessite les mêmes précautions de protection solaire, car malgré un traitement efficace, il existe un risque de rechute lors des expositions solaires.

On peut également diagnostiquer un pseudo-mélasma suite à l'application de produits photosensibilisants ou caustiques.

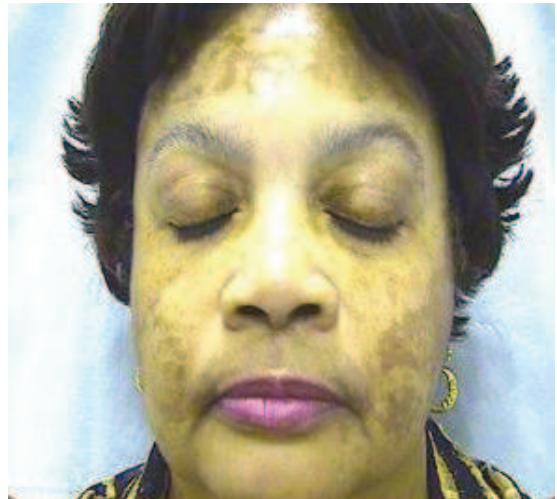


Figure 61 : Expression d'un mélasma chez deux femmes noires de carnation différente [63]

Traitement :

- Remplacer la contraception oestroprogestative par une contraception progestative pure Cérazette® (désogestrel 75µg), ou par un stérilet.
- Arrêter le traitement de la ménopause.
- Les traitements dépigmentants dermatologiques ont des résultats incertains et un risque de rechute à chaque nouvelle exposition solaire.
- Ne pas utiliser de laser car cette pratique peut aggraver les taches !

5.4.3 Pigmentations mercurielles

Les dérivés mercuriels constituent une complication de l'utilisation de crèmes ou de savons dépigmentants à base de mercure (possiblement retrouvés dans les salons de coiffure ou instituts de beauté afro antillais). Ces produits sont responsables d'une irritation cutanée devenant hyperpigmentée par dépôt de mercure sur la jonction dermo-épidermique (front et plis cutanés du visage).

Ils agissent en inhibant la tyrosinase, le mercure Hg est en compétition avec le cuivre Cu.

Aucun traitement ne semble efficace hormis la dermabrasion ou l'application de topique de teinture d'iode et d'acide acétique qui constituerai l'antidote.

5.4.4 Erythème pigmenté fixe

Souvent sur peau noire, l'association d'autres zones d'hyperpigmentation rend le diagnostic d'érythème difficile. C'est la constatation d'une lésion fixe, bien limitée, très hyperpigmentée et entraînant des poussées prurigineuses qui doivent faire évoquer le diagnostic et rechercher une prise de médicaments (Cf. Chapitre 5.6 p 91)

5.5 Mycoses

Les mycoses correspondent à une infection par un champignon, elles sont courantes, bénignes et parfois contagieuses. La peau étant en contact permanent et prolongé avec l'extérieur, la moindre petite blessure mal soignée peut devenir une porte d'entrée à une infection fongique. Il existe des mycoses superficielles et profondes, nous traiterons ici les mycoses superficielles, les mycoses profondes étant rares et surtout observées en milieu tropical.

5.5.1 Candidoses

Infections à *Candida*, les candidoses des grands plis (inguinaux*, maxillaires, sous-mammaires) prennent l'apparence de nappes hyperpigmentées homogènes, bien limitées et prurigineuses. Elles répondent bien aux traitements antifongiques malgré leur caractère récidivant.

5.5.2 Dermatophyties et pseudo-dermatophyties

Au niveau des grands plis, les dermatophyties sont facilement reconnaissables par leur forme circinée* et leur bordure vésiculeuse qui limite de façon nette et extensive une zone hyperchromique.

Concernant les intertrigos* digito-plantaires, l'aspect est plus classique avec une pigmentation de la lésion à *Trichophytum rubrum* et une desquamation plus ou moins

macérée. Les dermatophyties à ce niveau sont très fréquentes et récidivantes ; elles sont favorisées par l'hypersudation, la pratique régulière de sport (judo, marche, course à pieds...), d'où l'appellation de « pied d'athlète ».

L'infection débute par des démangeaisons entre les orteils, les formes sont fissuraires et desquamatives avec parfois hyperkératose, surtout au 4^e interdigital. Si l'infection évolue, un enduit blanchâtre et épais se constitue avec parfois une odeur nauséabonde. On note également des atteintes diffuses de tous les espaces, de la plante et du bord externe du pied, des ongles et même de l'ensemble de la voûte plantaire. Il est possible d'observer l'apparition de petites cloques dans la même zone.

Le traitement local est classique via l'application de crèmes antifongiques d'imidazolés : Fazol[®], Amycor[®], Mycoaster[®], Pévaryl[®] ; un traitement par voie orale permet de prendre en charge les formes étendues.

Sur peau noire, les mycoses rebelles dues à des champignons du genre *Scytallidium* et *Fusarium* sont fréquentes, ce qui entraîne des intertrigos sévères avec des atteintes ulcéranes surinfectées ; le traitement est très difficile.

Conseils :

- Bien respecter la durée de traitement qui est en général de 3 mois minimum.
- En prévention :
 - Eviter le port de chaussures trop serrées ou favorisant la sudation (exemple : baskets...)
 - Ne pas marcher pieds nus dans les lieux communs de contamination : bords des piscines, saunas, douches collectives.
 - Préférer les chaussettes en coton et en cas de transpiration excessive, le talc peut être conseillé, ainsi que des traitements tels que : Etiaxil[®].
 - Toujours sécher soigneusement entre les orteils après la douche ; dans certains cas, l'utilisation d'un sèche-cheveu est le meilleur recours.
 - Désinfecter les chaussures et chaussettes par une poudre antifongique : Pévaryl[®], Amycor[®], Mycoaster[®].

5.6 Toxidermies

Les réactions cutanées médicamenteuses peuvent prendre différentes formes cliniques : éruption maculo-papuleuse, dermite eczématiforme, vascularite, érythème polymorphe, érythème pigmenté fixe. Le « rush médicamenteux » le plus souvent exprimé par un érythème, est rarement visible sur peau noire ; les lésions se présentent par conséquent sous forme d'hyperchromie et de desquamation importante. Seul l'urticaire est trop fugace et n'est visible que par l'œdème dermique.

Il est établi que pour les Noirs, la **minocycline** soit responsable d'un syndrome d'hypersensibilité très sévère (DRESS syndrome) et que les **IEC** (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) d'après une étude rapportée chez les Afro-Américains, soient responsables d'urticaire profonds. Le prurit à la **chloroquine** dans le cadre du traitement d'un accès palustre n'a été recensé que chez certains Africains, ce prurit survient quelques heures après le début du traitement ; c'est ainsi qu'en prévention, la prise d'antihistaminiques* ou d'un corticoïde local est associée à la chloroquine.

Chez les sujets d'origine africaine, un tableau de syndrome d'hypersensibilité retardée a été décrit associant des manifestations cutanées et extracutanées avec fièvre, polyadénopathies*, hyperéosinophilie, hyperbasophilie à la NFS (Numération Formule Sanguine), atteinte hépatique, rénale ou d'un autre organe. Les médicaments en cause sont les barbituriques, l'hydantoïne, la carbamazépine, l'allopurinol...

Comme observé usuellement chez la peau noire, l'évolution des hyperpigmentations est dépendante des lésions de grattage secondaires, il n'est pas rare d'observer des lésions définitives...

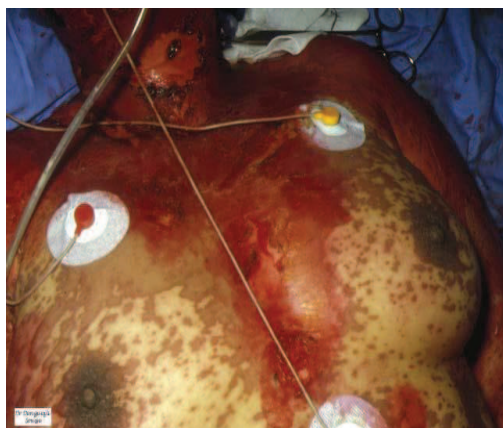


Figure 62 : Syndrome de Lyell*, forme bulleuse avec décollement épidermique [42]

5.7 Sarcoïdose

Cette affection est plus fréquente chez les Afro-Américains, les Antillais vivant en Europe, mais aussi les Mexicains et Californie et les Portoricains de New-York. Pourtant, cette maladie est peu fréquente dans les zones peuplées de sujets à la peau noire : l'Afrique (sauf l'Afrique du Sud) et les Antilles. Il n'y a donc pas de prédispositions génétiques particulières à la sarcoïdose.

Cette pathologie se décrit par des macules hyper- ou hypopigmentées, l'atteinte cutanée la plus courante siège au visage et à la nuque, principalement sous forme de papules normo- ou hyperchromes, rarement cuivrées (parfois confondues avec une acné) avec une localisation préférentielle pour les zones péri-orificielles (péri-buccale, péri-orbitaire, péri-nasale).

Le polymorphisme des manifestations cutanées de la sarcoïdose est grand ; en effet, on peut observer des zones d'alopecie cicatricielles, des nodules sous-cutanés, des lésions psoriasiformes, une hypochromie péri-lésionnelle, une lésion verruqueuse, des micropapules lichénoïdes. Cependant, les formes à type d'érythème noueux ou de lupus sont rares sur peau noire. De nombreuses erreurs de diagnostic sont faites par confusion de la sarcoïdose avec la lèpre, en cas de doute, une baccilloscopie des lésions est nécessaire.



Figure 63 : Sarcoïdose : papules hyperchromes siégeant au niveau du visage [41]

5.8 Traitements « physiques » dermatologiques sur peau noire

5.8.1 Différents types de chirurgies plastiques sur peau noire

La chirurgie sur peau noire laisse comme toute brèche cutanée des marques hyperpigmentées, et cela peut prendre un aspect très inesthétique.

Par exemple, la technique chirurgicale visant à la réduction mammaire semble plus délicate que celle de la pose de prothèse. En effet, la technique visant à diminuer le volume de la poitrine consiste à inciser la peau au niveau de la zone mamelonnaire et verticalement sous le sein. Ainsi les sutures sont soit trop foncées, soit chéloïdiennes et ce d'autant plus que la région du thorax met plus de temps à cicatriser. Ce phénomène peut s'observer que d'un seul côté de la poitrine ou uniquement sur une zone précise.



Figure 64 : Cicatrice après chirurgie mammaire [60]

La plastie abdominale, quant à elle, a un risque cicatriciel moins important.

D'autres interventions concernent les femmes noires : l'éversion de lèvres ou leur réduction de volume ; la correction du nez pour qu'il soit plus droit avec verticalisation des fosses nasales. Ces opérations étant très délicates, seuls des chirurgiens très habilités les réalisent, mais il faut noter que les incisions étant internes, il n'y a pas de risque cicatriciel.

5.8.2 Laser

5.8.2.1 Pourquoi (dit-on que) le laser ne doit pas être utilisé sur peau noire ?

L'utilisation du laser est préconisée uniquement dans certains cas particuliers, et n'est en aucun cas utilisée pour effacer les taches hyperpigmentées (dans le cadre de l'acné par exemple). Il doit donc ainsi être formellement déconseillé sur peau noire, étant donné le caractère aléatoire de la cicatrisation et du risque majeur de dépigmentation.

5.8.2.2 Epilation au laser et indications sur peau noire

5.8.2.2.1 Epilation

Dans un souci permanent d'esthétisme, la présence de poils représente un réel problème pour presque toutes les femmes : duvet de la lèvre supérieure, menton, sourcils, aisselles, maillot, bras et jambes.

Il est en effet très difficile d'enlever un poil, et un poil arraché provoque la croissance d'un nouveau plus épais ainsi que la pousse de nouveaux poils supplémentaires.

Sur peau noire, la particularité repose sur la formation de taches, dues à la manipulation intempestive du poil avec une pince à épiler. Des multiples petites taches peuvent s'agréger en une seule plus ou moins épaisse selon le mode d'aggravation. Souvent, l'utilisation de fond de teint semble dissimuler ces taches inesthétiques, mais ceci aggrave l'inflammation.

En revanche, au niveau des zones hormonales de pilosité, (maillot et aisselles), c'est le caractère crépu du poil qui va provoquer la formation de poil incarné et de « boutons » (*cf. Figure 31 : schéma de la formation d'un poil incarné p47*)

5.8.2.2.2 Indications du laser sur peau noire

La technique d'utilisation du laser est très puissante, son rayon détruit une cible précise en la brûlant ou en l'exposant. Mais étant très coûteux, son utilisation n'est restreinte qu'à certaines indications sur peau noire ; la manipulation du laser est dans ces cas précis réservée aux praticiens expérimentés. Il s'agit de :

- L'épilation définitive en cas de poils incarnés.
- La destruction de certaines tumeurs cutanées superficielles.
- La destruction de certaines taches de naissance (nævus* d'Ota ou angiome* plan).
- Le détatouage pour la décoloration couleur par couleur.

Les contre-indications formelles où le laser est quasiment inactif et même aggravant sur peau noire sont :

- L'acné évolutive et les taches d'acné ;
- Les cicatrices, qu'elles soient normales, foncées, ou chéloïdiennes ;
- Les taches anciennes, foncées ou claires ;
- Le masque de grossesse ;
- Les taches de vieillesse (alors qu'il est efficace sur peau blanche !) ;
- Les vergetures.

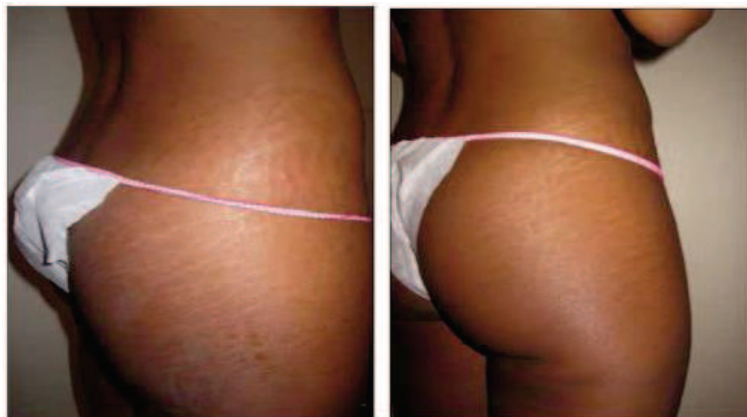


Figure 65 : Vergetures sur peau noire [27]

5.8.3 Peelings

Un peeling est un procédé chimique de destruction des couches superficielles cutanées utilisé en dermatologie et en chirurgie esthétique afin de régénérer la peau du visage. Les peelings profonds et moyens (utilisant l'acide trichloroacétique) engendrent un risque de léser les mélanocytes et d'entraîner des dépigmentations importantes, pouvant être définitives. Par contre, les peelings aux AHA peuvent être pratiqués ; ils présentent une efficacité sur les pigmentations post-acné du visage. Cependant, les peaux noires sont beaucoup plus réactives aux AHA que les peaux blanches et nécessitent quelques précautions :

- Commencer les premières séances avec de faibles concentrations.
- L'augmentation des concentrations doit être limitée même si le sujet présente une bonne tolérance.
- Utiliser une crème hydratante matin et soir est indispensable, surtout en cas de desquamation importante ; un dépigmentant peut être utile afin de prévenir le risque d'hyperpigmentation en cas d'irritation.
- Le risque majeur des peelings reste celui des brûlures superficielles, entraînant des zones croûteuses superficielles, suivies de dépigmentation ou d'hyperpigmentation. Ces dyschromies sont souvent transitoires, mais peuvent être longues à disparaître.

6 MALADIES DES PHANERES

6.1 Pathologies du système pileaire

6.1.1 Rappel de la physiologie pileaire

6.1.1.1 Rappel de la structure des poils et cheveux

La fibre capillaire est constituée de trois parties :

- A l'extérieur, la **cuticule**, formée par des écailles de kératine imbriquées comme des tuiles, agit comme un véritable bouclier protecteur. Elle est protégée par un lubrifiant, le sébum, qui donne au cheveu sa brillance naturelle et lutte contre la déshydratation. Le sébum, légèrement acide, possède aussi un certain rôle antibactérien et antifongique et contribue à maintenir le cuir chevelu sain.
- La seconde couche, le **cortex**, détermine la couleur, la résistance, l'élasticité et la texture du cheveu. Quand le cortex est endommagé, le cheveu devient fragile et casse facilement.
- La troisième couche, la plus interne est la **moelle**.

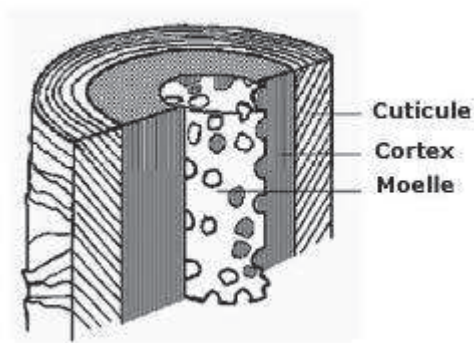


Figure 66 : Coupe transversale schématique du cheveu [31]

6.1.1.2 Croissance pilaire

Les cheveux et les poils naissent à partir d'une racine : le follicule pilaire synthétisant chaque jour des cellules qui s'imbriquent entre elles en formant une tige correspondant au poil, qui pousse d'1 mm tous les 3 jours (soit 12 à 15 cm par an), et un peu moins pour les cheveux crépus. La chevelure comporte environ 100 000 à 150 000 cheveux.

La croissance du cheveu s'effectue en trois phases :

- **La phase anagène**, de croissance qui dure 3 à 5 ans (85% des cheveux), dépend des caractères génétiques individuels et détermine la longueur maximale que peut atteindre le cheveu.
- **La phase catagène**, qui est la phase d'état ou d'involution (moins de 1% des cheveux), qui dure quelques semaines et où le cheveu ne pousse plus.
- **La phase télogène** correspond à la phase de chute (14% des cheveux), elle dure quelques mois, où le poil se détache avec son bulbe sous la poussée d'un nouveau poil qui commence sa croissance ; ce phénomène concerne 20 à 30 cheveux par jour, avec des variations saisonnières.

IMPORTANT : UN CHEVEU QUI TOMBE N'EST PAS UN CHEVEU PERDU PUISQUE SON REMPLACEMENT DEBUTE MÊME AVANT SA CHUTE !

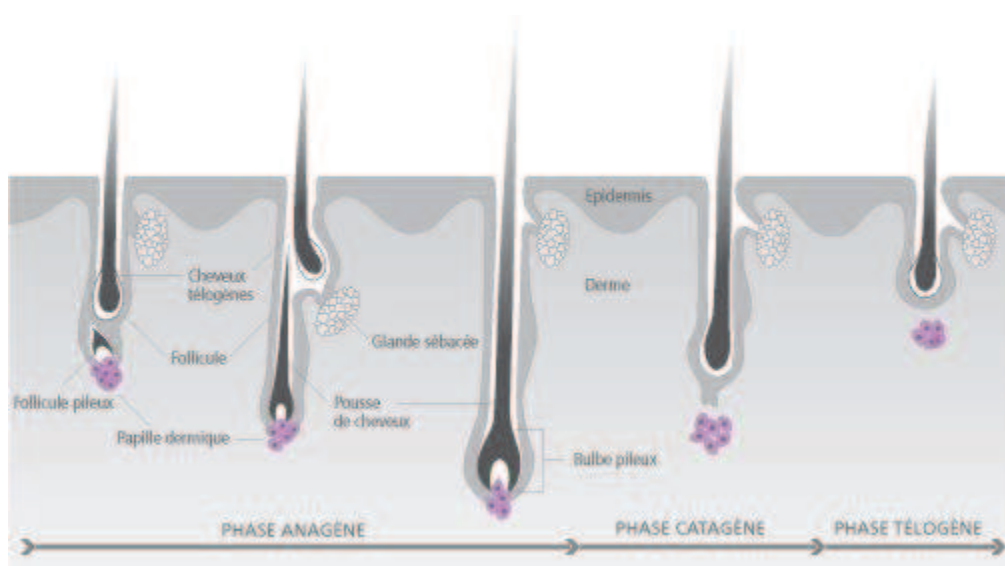


Figure 67 : Schéma de la croissance du cheveu [33]

L'activité folliculaire dépend de facteurs génétiques, hormonaux et neuropsychiques via les vaisseaux sanguins qui l'alimentent. C'est pourquoi, une bonne hygiène de vie et une bonne alimentation contribue à maintenir une chevelure en bonne santé.

Au follicule pileux est annexée une glande sébacée produisant le sébum qui va lubrifier les cheveux et la peau.

6.1.2 Caractéristiques du cheveu crépu

Le cheveu crépu naturel a une structure unique, il se présente comme une tige aplatie, plus ou moins enroulée selon le degré de frisure, alors qu'un cheveu européen est rond. Le sébum, sécrété par le cuir chevelu a du mal à se répartir le long de la fibre capillaire du fait de sa forme elliptique, et reste bloqué au niveau du cuir chevelu. Les pores se bouchent et les racines s'affaiblissent ; le processus de croissance se ralentit et le sébum ne peut donc assurer sa fonction anti-déshydratation.

Le cheveu étant ultra-sec, il n'est plus protégé. Plus faible au niveau des courbures, il a tendance à se casser facilement. Beaucoup de femmes noires ont l'impression que leurs cheveux ne poussent pas, alors qu'ils se cassent au fur et à mesure de la croissance, de sorte qu'ils gardent toujours une longueur uniforme.

6.1.3 Pathologies du cuir chevelu

6.1.3.1 Teignes

Les teignes du cuir chevelu sont fréquentes en Afrique et les enfants sont principalement touchés (90% des personnes touchées sont des enfants). Cette affection est plus rare en France. L'agent responsable de est un champignon du genre *Microsporum*.

L'aspect est facilement reconnaissable avec une ou plusieurs plaques bien délimitées de cheveux cassés très courts et toujours implantés dans le cuir chevelu. Le cuir chevelu est irrité et squameux avec des plaques sèches, épaisses ou croûteuses ou encore inflammatoires et pustuleuses qui prennent typiquement un aspect en « macaron » (=kérion).

Le traitement repose sur l'application de lotion antimycosique au niveau du cuir chevelu.



Figure 68 : Teigne tondante à grandes plaques [32]

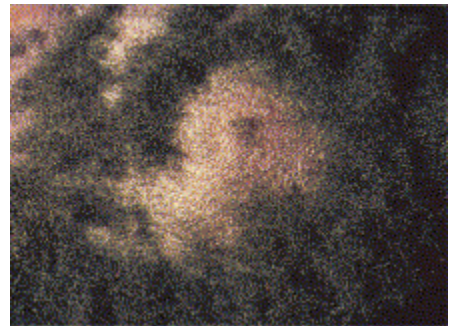


Figure 69 : Teigne à Trichophyton soudanense [32]

Conseils :

- Il s'avère indispensable, afin de limiter la propagation de l'infection, de ne pas prêter, ni de s'échanger les accessoires de coiffure (peignes, pince...)
- Retirer les tresses, tissages ou rajouts, le temps du traitement et pour permettre aux lotions de bien accéder au cuir chevelu lésé
- Laisser les cheveux à l'air libre

6.1.3.2 Pédiculose du cuir chevelu

L'infection du cuir chevelu par les poux est rarement observable sur cheveux crépus, peut-être du fait de leur morphologie...Cependant, le traitement préventif et curatif reste le même que celui des « têtes blondes ». L'utilisation des lotions anti-poux peut fragiliser le cuir chevelu, il est possible dans ce cas d'avoir recours à des crèmes de jour sans rinçage pour faciliter le coiffage, mais le temps du traitement, il est préférable de laisser la chevelure sans entretien spécifique.

Les conseils de coiffage sont les mêmes que ceux entrepris pour limiter la propagation de l'infection par les teignes (pas d'échanges de peignes ni de coiffure particulière).

6.2 Pathologies unguéales

6.2.1 Description de l'ongle

L'ongle est une annexe de la peau destinée à protéger la partie terminale des doigts et des orteils. C'est une lamelle dure, cornée, flexible, lisse et translucide. L'onichyne en est le principal constituant : c'est une kératine dure formée de fibres incluses dans une matrice amorphe. Cette substance ne contient qu'une faible proportion en eau (environ 12%) et en lipides (0,5 à 1,5%).

A l'observation au microscope, on distingue deux parties :

- **La matrice** : qui résulte d'une invagination de l'épiderme ; elle comporte une couche basale de kératinocytes qui après mitoses successives migrent à la surface en se répartissant sur huit à dix couches qui s'aplatissent et se tassent. L'intensité des mitoses détermine le taux de croissance de l'ongle, la kératinisation se faisant uniquement d'arrière en avant. La matrice correspond à la partie postérieure de l'ongle (=la racine invisible car cachée par le repli unguéal) et à la partie antérieure (=la lunule, de couleur claire et qui est la première zone visible de l'ongle)
- **Le lit** est la partie rosée de l'ongle qui adhère au tissu sous-jacent, cette zone stérile se prolonge par un bord libre.

A l'œil nu, on n'observe qu'une tablette constituée d'une partie claire (=la lunule) et d'une partie rosée (=le lit). La croissance d'un ongle est d'environ 1/10^e de millimètres par jour, avec une croissance plus rapide pour les doigts que pour les orteils (renouvellement en moyenne de six mois pour les mains et d'un an pour les pieds).

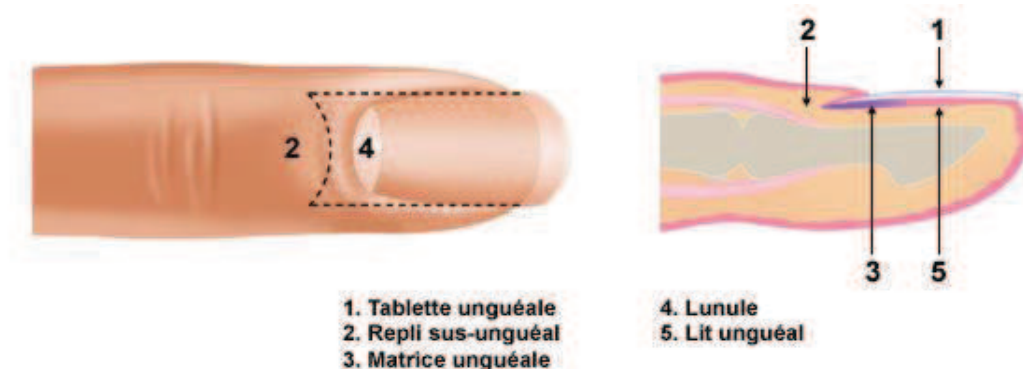


Figure 70 : Anatomie de l'ongle [67]

Avec l'âge, des stries longitudinales s'accroissent et l'ongle peut devenir opaque et jaunâtre chez les personnes âgées. Sous la tablette unguéale peuvent s'observer des capillaires sanguins irréguliers ou déformés dans certaines maladies du système vasculaire tel que l'acro syndrome* ou le diabète.

6.2.2 Ongle et pathologies

- En cas d'anémie, d'eczéma et de psoriasis, l'ongle est particulièrement fragile et cassant. Il peut l'être également au cours d'agressions (détergents, vernis, solvants), d'onychophagie (ongles rongés), de carences en protéines et en calcium. Ainsi des cannelures, des stries et des taches blanches témoignent d'un ongle fragile.
- En cas de lichen plan, l'ongle est grésé en dé à coudre et parsemé de taches hémorragiques au cours du psoriasis.
- Toutes les dermatoses peuvent intéresser les ongles où ils sont dédoublés, épaissis et déformés, infectés ou changeant de couleur. Les lésions les plus souvent observées sont :
 - ✓ les onyxis : infection et inflammation des bords de l'ongle
 - ✓ l'ongle incarné : dû à la pénétration de la tablette unguéale dans les tissus mous
 - ✓ les mycoses : l'ongle est effrité et prend une couleur hétérogène
- certains médicaments peuvent colorer l'ongle en utilisation prolongée et par photosensibilisation : la tétracycline (coloration brune) ou les phénothiazines par exemple.

6.2.3 Sur peau noire

6.2.3.1 Particularités

Les ongles sont peu ou pas pigmentés comme chez les sujets à peau blanche. Souvent on note diverses particularités telles que : la pigmentation du repli sus-unguéal appréciable sur les peaux relativement claires, la pigmentation est diffuse chez les

sujets très pigmentés ou, le plus souvent, on remarque des bandes longitudinales dont le nombre et l'ancienneté affirment la banalité. Le degré de pigmentation unguéale est généralement corrélé au degré de pigmentation cutanée. Ainsi, il existe une augmentation de cette pigmentation avec l'âge, aussi bien du nombre de bandes que du nombre de doigts concernés.

6.2.3.2 Mélanonychies longitudinales

Cependant, certaines circonstances pathologiques peuvent induire une accentuation de ce phénomène physiologique, et une bande pigmentée acquise récente et isolée doit avoir la même valeur d'alerte que chez un sujet ayant la peau claire. Ce sont des stries unguéales longitudinales plus ou moins pigmentées, apparaissant à l'âge adulte, bilatérales et symétriques. Cette pigmentation linéaire (coloration brun-noire) de la tablette et/ou du lit de l'ongle est en rapport avec la production de pigment mélanique par un foyer de mélanocytes, normaux ou non, situé sur la matrice unguéale.

Elles concernent près de 70% des personnes âgées et 77% des sujets noirs âgés de 20 ans (95% chez > 50 ans).



Figure 71 : Mélanonychies longitudinales [22]

**TOUTEFOIS, UNE BANDE SOMBRE, UNIQUE, UNILATERALE ET D'APPARITION RECENTE
DOIT FAIRE SUSPECTER UN MELANOME UNGUEAL.**

IV. COSMETOLOGIE DE LA PEAU NOIRE

En France métropolitaine, il existe une importante population d'origine afro-antillaise dont la peau est naturellement pigmentée. Le terme de « peau noire » n'est pas forcément le mieux approprié car la couleur varie du brun clair au brun foncé en fonction du métissage et de l'origine ethnique.

Ces peaux pigmentées sont adaptées à des climats tropicaux, chauds et humides, la perte d'adaptation à cet environnement entraîne des réactions anormales en climats tempérés comme la France métropolitaine. Ces « pathologies d'adaptation » nécessitent une approche cosmétique particulière, à laquelle les patients répondent souvent de façon inadaptée.

A nous, professionnels de santé et surtout pharmaciens lors de nos conseils, de relever les défis que posent les peaux noires en climats européens.

1 SPECIFICITES FONCTIONNELLES

Il existe deux grandes caractéristiques de la peau noire sous les climats tempérés :

- La xérose souvent marquée, maximale aux membres inférieurs où elle peut donner un aspect ichtyosique*. Ce phénomène s'observe principalement en hiver ;
- L'hyperséborrhée, très fréquente, peut-être en réaction au dessèchement cutané. C'est une plainte récurrente des patients qui trouvent leur visage brillant tout au long de l'année.

On note également une irritabilité de la peau, dont il est difficile de dire si elle est intrinsèque ou liée à des conditions climatiques défavorables. Cette tendance est responsable de la fréquence des inflammations superficielles, qui évoluent vers une hyperpigmentation, très lente à disparaître.

2 HABITUDES COSMETIQUES

Les populations noires en France métropolitaine ont des habitudes cosmétiques spécifiques en réponse à la sécheresse de la peau, aux pigmentations du visage ou des jambes, à l'hyperséborrhée et à la dilatation des pores et au souhait d'éclaircissement du teint (touchant la première génération d'immigrés originaires d'Afrique centrale).

Les produits utilisés sont vendus dans des salons cosmétiques afro-antillais ou boutiques ethniques spécialisées, mais également dans des marchés africains tel que celui du quartier Château Rouge à Paris. Pour la majorité des produits utilisés, ils sont d'origine américaine et destinés aux populations afro-américaines. Pour les autres produits n'appartenant pas aux grandes marques ; ils sont de qualité médiocre car les risques comédogène et d'irritation ont été avérés et les garanties de conservation et de tests galéniques n'ont pas forcément été prouvés.

L'utilisation de produits « bas de gamme » est liée au contexte économique souvent défavorable des populations de couleur en France, d'autant que le poste cosmétique occupe une place importante dans le budget des femmes noires.



Figure 72 : Publicité pour fond de teint destiné aux peaux noires [35]

3 SOINS DU VISAGE

Ces soins sont pratiquement similaires à ceux des populations blanches.

En vue de lutter contre l'aspect brillant dû à l'hyperséborrhée, les femmes se lavent le visage deux fois par jour avec des savons agressifs. Ceci entraîne un tiraillement de la peau ressentie comme bénéfique, car diminuant l'hyperséborrhée. Les laits et les lotions nettoyantes sont utilisés en fonction des moyens.

Après la toilette, beaucoup de femmes noires ne s'hydratent pas le visage par peur d'aggraver la séborrhée, et utilisent des laits ou émulsions légères.

En revanche, le recours aux gommages et aux masques est fréquemment retrouvé, toujours dans le but d'éviter l'aspect luisant et gras de la peau. Ce que ses femmes ignorent, est que l'abus de gommages peut provoquer à terme une irritation de la peau conduisant à un noircissement « post-inflammatoire » du visage.

Lors d'un conseil pour les soins du visage, il est important d'inciter les femmes à suivre ces quelques recommandations générales :

- Le nettoyage du visage doit être fait par des syndets (quelle que soit leur présentation galénique), afin de limiter l'irritation de la peau et de ne pas accentuer la sécheresse cutanée. Il doit être suivi un rinçage à l'eau. Les produits des laboratoires dermo-cosmétiques sont suffisamment adaptés. Il est important d'expliquer que ces produits sont d'aussi bons nettoyeurs et que décaper la peau ne prévient pas l'hyperséborrhée.
- L'utilisation d'une crème hydratante biquotidienne est parfois plus difficile à faire admettre. En effet ces crèmes très hydratantes répondent à la caractéristique d'être « non grasse ». Les produits doivent être non comédogènes et autant que possible testés sous contrôle dermatologique pour limiter les risques d'irritation. En cas de sécheresse du visage très sévère (notamment à la chute des températures), le choix des produits les plus hydratants est possible telles que les émulsions eau dans l'huile (émulsion E/H). Il faudra en revanche bien expliquer aux patientes que la sensation de produit gras sur le visage n'aggraverait pas la production de sérum, mais au contraire l'améliore.
- Les crèmes aux acides de fruits peuvent être utilisées et elles ont l'avantage d'éliminer la superficie de la couche cornée, améliorant ainsi l'aspect terne et finement squameux du visage. Ces crèmes sont souvent mal tolérées sur les peaux pigmentées, et il est préférable de commencer par des produits faiblement dosés.
- Les gommages sont à arrêter ou réduire afin d'éviter le risque d'irritation.

4 MAQUILLAGE

La plupart des femmes noires n'utilisent pas de fond de teint ni de poudre. Ceux-ci sont en revanche très utilisés en cas de dyschromies, notamment pour masquer les pigmentations postacnéiques, d'autant plus que 35 teints ont été recensés sur les peaux hyperpigmentées.

Les gammes utilisées sont le plus souvent spécifiques ou ethniques, les colorations des gammes cosmétiques usuelles ou « grand public » ne répondant pas forcément aux problèmes des peaux noires, bien que certaines d'entre elles commencent à développer des gammes annexes pour peau noire. Toutefois la qualité de certaines gammes ethniques est à remettre en cause car de qualité médiocre, elles sont comédogènes, il est indispensable alors d'en conseiller celles qui sont de qualité (Naomi Sims cosmetics®, Fashion fair® ...) ou de tester les produits les plus foncés des gammes cosmétiques dermatologiques (gamme Couvrance® Avène).

Quelques conseils à donner lors du choix du fond de teint :

- Eviter les fonds de teint trop gras pour dissimuler les taches postacnéiques, ils aggravent l'acné en bouchant les pores.
- Préférer une poudre plus légère (mais moins masquante).
- Laisser respirer la peau en interrompant ces applications les jours où ce n'est pas nécessaire.
- Se démaquiller avec soin chaque soir, avec des produits légers (eau micellaire ou lait démaquillant) et bien les rincer si cela est préconisé par le fabricant.
- Pour le maquillage des yeux, il faut tenir compte des réactions allergiques possibles bien qu'elles soient beaucoup moins fréquentes que sur peaux blanches. En revanche, la pose des faux ongles peut provoquer des réactions allergiques sur les vrais ongles mais également des réactions d'irritation sur les zones touchées ou grattées par les mains.
- Le maquillage des lèvres peut provoquer des allergies (démangeaisons, gonflement, gerçures, rougeur péribuccale) ; à chacune de trouver le produit lui convenant. En cas de sécheresse des lèvres, préférer les sticks ou baumes à lèvres hypoallergéniques (le baume du Pérou est allergisant dans Dermophil simple®).

5 VIEILLISSEMENT CUTANE

La protection solaire induite par la coloration de la peau explique pourquoi les stigmates cutanés du vieillissement frappent beaucoup moins souvent les peaux noires que les peaux blanches. La demande de cosmétiques « antiâge » est donc moins fréquente et retardée dans le temps.



Figure 73 : Nelson Mandela âgé de 94 ans le 26 février 2012 [34]

Bien que les études d'efficacité soient généralement portées sur des phototypes plus clairs, ces cosmétiques peuvent cependant tout à fait être utilisés sur les peaux noires :

- La trétinoïne est très irritante sur les peaux pigmentées et a l'avantage de régulariser le teint en diminuant les hyperpigmentations. Elle doit être débutée en suivant les recommandations d'usage à expliquer aux patients : application en couche très mince, en augmentant très progressivement les fréquences d'application et en associant un produit très hydratant.
- Les crèmes aux acides de fruits ont un effet « coup d'éclat » comme sur les peaux blanches, mais sont souvent moins bien tolérées.
- Les produits de comblement des rides (collagène, acide hyaluronique) peuvent être utilisés en respectant les précautions d'usage. En pratique, les rides étant généralement peu marquées avant un âge relativement avancé, ils sont utilisés principalement pour la correction des sillons nasogéniens ou des cicatrices d'acné.
- Les autres produits disponibles (rétinol ou vitamine C, etc...) doivent encore faire la preuve de leur efficacité.

6 SOINS DU CORPS&HYGIENE CORPORELLE

Les peaux pigmentées étant généralement très sèches, les patients utilisent spontanément des produits hydratants tous les jours. Le plus souvent, il est question de laits corporels dont la **facilité d'étalement** s'associe malheureusement avec un **pouvoir émollissant insuffisant**.

Beaucoup de patients utilisent des huiles corporelles telles que l'huile d'amande douce, prônant d'être hydratante. En pratique, la phase grasse continue des huiles, ne permet que de graisser la surface de la couche cornée, lui donnant un aspect velouté satisfaisant pour la personne l'utilisant, mais est de courte durée et sans réelle portée sur la xérose cutanée.

Certains patients utilisent des produits réputés plus traditionnels tels que le beurre de karité* (émulsion grasse extraite de la noix du karité), le beurre de cacao ou diverses huiles corporelles. Bien que dits « naturels », le risque photo-allergique est présent avec le beurre de karité.

6.1 Toilette

L'hygiène corporelle est assurée par des savons ou gels douches classiques, aggravant fréquemment la sécheresse cutanée et pouvant entraîner un prurit et même des eczématides. De nombreux patients utilisent traditionnellement un gant de crin ou divers « racloir » pendant ou après la douche qui sont responsables d'irritations cutanées. Cet accessoire de bain est traditionnellement utilisé par les Africaines et provoque une abrasion superficielle en laissant la peau lisse et douce. En climat tempéré, cette technique aggrave l'irritation cutanée déjà provoquée par plusieurs facteurs : l'hygrométrie* réduite, le calcaire de l'eau, l'alcalinité* du savon, le froid et le frottement des vêtements.

Conseils pour la toilette :

- Comme pour le soin du visage, afin de réduire l'irritation et le dessèchement de la peau, choisir un dermo-pain ou syndet sans savon et sans parfum et éviter l'utilisation du savon de Marseille qui est détergent bien que réputé « naturel ». Nos gammes de produits Atoderm Bioderma®, Avène®, La Roche-Posay® et Uriage® sont faiblement moussants, mais tout aussi efficaces.

- Bannir le gant de crin, il arrache la couche cornée, qui même si elle se compose de cellules mortes, est essentielle à la protection et à l'hydratation cutanée. Le gant doux suffit sans frotter ; en effet le frottement de la peau entraîne la perte de cellules foncées confondues avec de la crasse alors qu'il s'agit de la mélanine présente elle aussi dans la couche cornée.
- Ne pas utiliser de savons antiseptiques (Solubacter®, Septivon®) qui irritent et fragilisent la peau, ils sont réservés en cas d'infection seulement localement et temporairement.
- Les mêmes conseils sont valables pour les enfants tout en prenant en compte la fragilité de leur peau.

6.2 Hydratation

Après la toilette, la peau noire se présente terne et grisâtre avec des sensations de tiraillement ou de démangeaison.

Le rôle du calcaire est souvent évoqué, l'eau est plus dure en région parisienne qu'aux Antilles, en Afrique ou en province. Ce n'est pas le calcaire en lui-même qui provoque l'aspect terne et grisâtre de la peau, mais cet aspect correspond à celui de la couche cornée ayant perdu son film hydrolipidique protecteur. C'est ainsi que l'hydratation après la toilette est indispensable et doit être quotidienne, voire deux fois par jour en hiver avec des émulsions suffisamment grasses ; si la peau présente une sécheresse extrême, les émulsions H/E sont à préconiser.

On distingue deux types de produits hydratants :

- **Les crèmes et les huiles grasses** qui sont les plus anciennes : elles agissent en retenant l'eau par **un effet « occlusif »** de surface, et empêchent ainsi l'eau de quitter la peau : vaseline, huiles diverses, karité, beurre de cacao : ces produits sont efficaces, peu coûteux tout en bénéficiant d'une bonne image traditionnelle naturelle. L'inconvénient réside dans le fait qu'ils sont graissant et donc comédogènes, c'est pourquoi il faut éviter de les utiliser sur le visage (risque de survenue d'acné « cosmétique »),

- **Les crèmes et émulsions hydratantes** : elles pénètrent la couche cornée et retiennent l'eau par un **effet « éponge »** ; elles sont ainsi plus réellement hydratantes en conservant l'eau en profondeur, leur caractère peu gras donne la sensation d'être insuffisantes mais donne au final une meilleure hydratation globale.

Conseils pour l'hydratation :

Etant donné la diversité des types de peau en dehors de leur carnation, la crème universelle n'existe pas, chacun doit trouver SA crème pour une efficacité optimale. Le choix doit répondre à plusieurs critères :

- L'utilisation agréable : onctuosité, odeur, contact, sensation.
- L'aspect de la peau après application : satinée ou brillante, mais non grasse, elle doit rester souple, confortable, douce, sans « écailles » visibles, et sans démangeaisons.
- La durée d'efficacité suffisante : une crème tenant quelques heures n'est pas adaptée.
- Coût abordable (et en fonction des moyens).
- **IMPORTANT : NE PAS UTILISER LA MÊME CRÈME POUR LE CORPS ET LE VISAGE !!!**, en effet les besoins sont différents : le visage possède une hydratation « incorporée » grâce à ses glandes sébacées et même s'il peut avoir un aspect terne, la crème utilisée ne doit pas être trop grasse.
- Il n'est pas nécessaire de changer de crème régulièrement, toutefois aux changements de formules de certains laboratoires, une moins bonne tolérance peut survenir.
- Les crèmes parfumées haut de gamme (Chanel®, Dior®...) ne sont que plaisir et confort et leur action n'est pas supérieure aux autres crèmes hydratantes efficaces.
- Les laits de toilettes sont à rincer, ce ne sont pas des laits corporels.
- Boire régulièrement et suffisamment contribue à une bonne hydratation cutanée.

7 SOINS CAPILLAIRES

7.1 Description du type de cheveu

Beaucoup de sujets à phototype pigmenté d'origine afro-antillaise ont les cheveux et les poils crépus et noirs (sauf chez les albinos où ils peuvent prendre une coloration variant du blanc au jaune orangé-roux). Leurs follicules pileux anagènes ont une implantation dermique profonde presque horizontale et les tiges pileuses qui en sont issues ont une section elliptique ou aplatie et un trajet en hélice serrée dont la spirale s'amorce avec l'émergence du cheveu à la surface cutanée. La forme elliptique du cheveu n'est pas forcément liée à l'hyperpigmentation cutanée puisque les sujets hyperpigmentés indiens ou asiatiques ont plutôt des cheveux à section ovale.

L'ultrastructure du cheveu crépu spiralé majore le risque de nœuds avec des torsions complètes entraînant une rupture transversale, une déchirure longitudinale ou un dédoublement (fourches) des cheveux. Ainsi, la quantité de cheveux spontanément recueillis est nettement majorée et le pourcentage ayant leur racine attachée est plus faible.

Une classification des frisures naturelles des diverses chevelures du monde a été établie selon 4 paramètres : le diamètre de courbure, l'index de boucle, le nombre maximal d'ondulations, le nombre de torsions ; et huit types ont été identifiés (de I : cheveu lisse à VIII : cheveu crépu). De ce fait, les afro-américains sont répartis dans les types IV à VII, et l'échantillon africain s'établit entre les types V et VIII.

Un coiffeur afro-américain, André Walker, a établi une classification du cheveu qui fait référence :

- **TYPE 1:** Cheveu lisse, résistant, naturellement brillant à tendance grasse. Le sébum s'écoule sans obstacle jusqu'à la pointe.
- **TYPE 2:** Cheveu ondulé, d'aspect brillant, résistant. Souvent épais, il a des ondulations en forme de « S » allongé. Ce type se décline en 3 sous-types (2a, 2b, 2c)
- **TYPE 3:** Des boucles en forme de 2 plus ou moins resserrées. Le cheveu est moins brillant et solide que les types 1 et 2.
 - 3a: boucles lâches.
 - 3b: boucles serrées.
 - 3c: boucles très serrées.

— **TYPE 4:** Cheveu crépu, naturellement peu brillant, plus sec et plus fragile que les autres types.

4a: étiré, le cheveu forme des « S »

4b: étiré, le cheveu forme des « Z »

4c: étiré, le cheveu forme des « Z » très aplatis.



Figure 74 : Classification d'André Walker [28]

7.2 Habitudes cosméto-capillaires

7.2.1 Pourquoi les cheveux crépus nécessitent des besoins spécifiques ?

Les cheveux crépus ont besoin de soleil, et sous nos climats il en manque cruellement. Ce manque génère une carence en sébum, lubrifiant naturel très important pour l'équilibre du cuir chevelu. Agressés par l'eau calcaire, les shampoings alcalins*, la pollution, ils sont difficiles à coiffer et repoussent difficilement. Et c'est le début du cycle infernal : les femmes se défrisent les cheveux pour réussir à se coiffer, mais le défrisage rend les cheveux poreux, cassants et fragiles. Elles font des tresses ou un tissage pour être, malgré tout, bien coiffée et élégante, mais en défaisant les tresses, les cheveux tombent et le cuir chevelu démange.

7.2.2 Lissage des cheveux crépus ou frisés

7.2.2.1 Principe

La forme des cheveux crépus, frisés, bouclés, ondulés ou lisses est due aux liaisons chimiques existant entre les chaînes de protéines qui constituent la kératine. Sous l'action de la **chaleur** (brushing, mise en plis au lisseur), ces liaisons sont rompues.

Devenu malléable, le cheveu prend sagement la forme qui lui est imposée. De nouvelles liaisons faibles s'établissent, qui dureront jusqu'au prochain shampooing...ou la prochaine pluie.

Il est important de régler la température du lisseur en fonction du type de cheveu :

- Cheveux type 3c, 4a, b et c : 200 à 210°C
- Cheveux type 3a et b : 190°C
- Cheveux type 2 a, b et c : 180°C
- Cheveux type 1 : 170°C

Précautions :

- tout lissage s'effectue sur cheveux propres, secs ou très peu humides et en parfaite santé.
- protéger les cheveux de l'humidité avec une lotion hydratante avant le lissage

7.2.2.2 Lissage brésilien

Comme décrit précédemment, le cheveu est constitué pour l'essentiel de longues fibres de kératine, une protéine résistante qui lui donne sa force et son élasticité. A l'extérieur, le cheveu est protégé par des écailles qui le rendent imperméable et brillant. Abîmées ou hérissées, les écailles ne protègent plus le cheveu. La kératine est altérée par les mauvaises pratiques de coiffage, les excès de défrisages ou colorations. La chevelure se déshydrate, devient terne, cassante.

Le lissage brésilien, souvent aussi appelé **lissage à la kératine** consiste, d'après les fabricants, à ouvrir les écailles pour injecter à l'intérieur du cheveu une solution de ké-

ratine hydrolysée, liquide, issue de protéines végétales (blé ou soja par exemple) ou animales (laine de mouton...). Les écailles sont alors refermées par lissage à la chaleur qui scelle la kératine en surface. Réparé, renforcé et gainé, le cheveu est plus souple et plus facile à coiffer, mais pas encore lissé. Le lissage, lui, est assuré par l'action de la chaleur (environ 230°C) combinée à celle du formol (ou autre molécule activatrice présente dans la formule) qui modifie de façon transitoire la structure du cheveu.

7.2.3 Défrisage

Le défrisage remanie la texture des cheveux soit de façon temporaire « à chaud » à l'aide d'un peigne chauffé, soit de façon stable « à froid » à l'aide de produits chimiques. Le principe consiste à casser avec un produit alcalin les liaisons chimiques qui maintiennent la frisure du cheveu pour le lisser. Le produit défrisant est ensuite neutralisé. L'effet d'un défrisage dure six à douze semaines et il faut régulièrement défriser les repousses tous les trois mois environ.

Composition :

Un défrisant est principalement élaboré à partir de 3 principaux composants: un agent alcalin, d'huiles et d'émulsions. [99]

- L'hydroxyde de sodium ou soude a longtemps été utilisé comme agent alcalin dans les kits de défrisage, mais actuellement, c'est l'hydroxyde de guanidine qui est utilisé ; il est moins agressif que l'hydroxyde de sodium. Il s'obtient en mélangeant une solution activatrice à base de carbonate de guanidine et une crème à base d'hydroxyde de calcium. Les cheveux sont moins abîmés qu'avec la soude, mais fortement altérés.
- Les huiles sont généralement très concentrées et on y ajoute un surfactant. Cette composition lipidique apporte brillance aux cheveux, facilite le coiffage et apporte une certaine protection au cuir chevelu. Ce composant est ainsi considéré comme conditionneur et protecteur.
- les émulsions : elles permettent de « casser » progressivement la structure du cheveu.

Inconvénients :

En attaquant la structure même des protéines de la kératine, le défrisage affaiblit le cheveu. Le cuir chevelu comme le cheveu ne fixent plus correctement l'eau. Ils se déshydratent et se cassent et des pellicules sèches peuvent également apparaître.

De nombreuses femmes paniquent à l'idée que leurs cheveux ne repoussent plus, alors qu'en réalité ils ne s'allongent plus, la racine continuant à pousser. En attaquant la structure même du cheveu, le défrisage fragilise le cuir chevelu, les follicules sont affaiblis. Les cheveux poussent, mais moins bien et moins vigoureux. Sans soins, ou mal protégés, les cheveux cassent plus facilement.

La gamme Phytospécific® des laboratoires Phytosolba® propose un kit de défrisage Phyto-relaxer® Index 1 Cheveux fins et Phytorelaxer® Index 2 Cheveux normaux à épais. Ce soin est uniquement à base de :

- d'agent défrisant 100% naturel : l'extrait d'œuf
- d'extrait de soja favorisant l'hydratation de la tige capillaire pendant la phase de défrisage
- de kératine, de quinquina et de racine de guimauve qui apportent force, souplesse et brillance

7.2.4 Rajouts

7.2.4.1 Tresses

Ce sont de longues mèches de cheveux synthétiques (parfois naturels) faciles à se procurer dans les magasins de produits ethno-cosmétiques. Elles sont patiemment tressées puis ajoutées à la chevelure mèche à mèche parfois pendant plus d'une journée ! Elles permettent des coiffures originales, pouvant être tressées entre elles, avec des variations de couleur. Les shampoings sont possibles. Leur retrait doit s'opérer après 2 ou 3 mois, lorsque la pousse des cheveux détend l'ensemble des mèches. Il faut être vigilant à ne pas les poser trop serrées à la base, ce qui provoque à la longue une alopecie de traction des tempes, entraînant ainsi deux zones dégarnies sur le côté avec une ligne antérieure de petits cheveux concernés. Ces

localisations peuvent s'expliquer par le fait qu'au niveau des tempes et du front, le cuir chevelu est plus fin et que la traction s'effectue à rebrousse-poil.

L'alopecie de traction résulte des habitudes de coiffage où le cuir chevelu subit des traumatismes (tresses trop serrées par exemple). On observe ainsi des chutes de cheveux qui peuvent être spectaculaires. La gamme Phytospécific® présentant des gammes de produits dermo-cosmétologiques destinées aux peaux noires et métissées propose un sérum relançant la croissance capillaire des zones dégarnies.

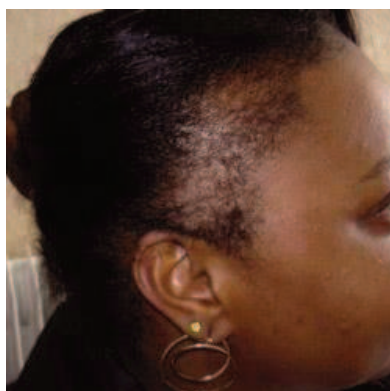


Figure 75 : Alopecie de traction chez une femme adulte [66]



Figure 76 : Alopecie de traction chez une fillette [30]

Traitement :

- Phytotraxil® (de Phytospécific®) : réamorçage la pousse, augmente la densité dans les zones capillaires et se compose de 2 actifs : le daturoside qui régénère le bulbe pileux, et l'Anagéline®10% qui accélère le métabolisme capillaire et inhibe la 5- α -réductase. L'ajout des huiles végétales de Moringa et de Kieglia permet de nourrir et hydrater.
- Plus largement, en cas d'alopecie très visible où le cuir chevelu est clairsemé très localement, la lotion Minoxidil® à 1% permet de faire cesser une chute et de relancer la repousse capillaire. Il faut bien appliquer la lotion sur la zone concernée sous peine d'apparition du duvet.

7.2.4.2 Tissage

Il s'agit d'une technique originale, se rapprochant des extensions capillaires, utilisant des postiches partiels qui sont habilement cousus ou collés à la chevelure au préalable tressée autour de la tête. L'effet est souvent naturel au point que parfois, on ne peut les soupçonner. Les tissages sont pratiqués en salon en raison de la complexité de la pose, sauf si quelqu'un de l'entourage est capable de la réaliser (cela est moins cher et se pratique souvent).

Il faut également les retirer après 2 ou 3 mois à cause de la repousse ; les shampoings sont possibles, mais plus difficiles.



Figure 77 : Pose d'un tissage [29]

Technique de tissage :



Figure 78 : Avant [29]

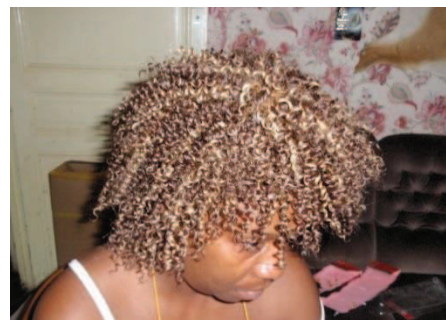


Figure 79 : Après [29]

Conseils :

- éviter de faire des tissages sur un cuir chevelu fragile (pellicules, boutons...)
- préférer les tissages cousus aux tissages collés (risque d'allergies à la colle)

7.2.5 Chevelure naturelle

Le style de coiffure afro redevient à la mode. Le naturel reprend le dessus, mais il ne faut pas en négliger le soin et l'entretien. Car les cheveux crépus, même s'ils ne subissent pas de traumatismes (lissage ou défrisage...), restent fragiles. Il est donc indispensable de les nourrir et de les hydrater tout en les démêlant régulièrement ; en effet leur torsion naturelle provoque facilement la formation de nœuds, ce qui rend difficile le coiffage.

Aux Etats-Unis, le style « nappy », qui signifie « *natural and happy* », prône le naturel des coiffures afro, encourageant ainsi les femmes noires à prendre soin de leur chevelure, bien qu'elle soit difficile à dompter... (Figure 80).

Les locks permettent de garder les cheveux naturels. Leur entretien arbore un style capillaire original et bien qu'ils affichent un aspect de « *cool-attitude* » voire de négligence (Rastas), de plus en plus de Noirs adoptent cette coiffure.



Figure 80 : Erykah Badu, chanteuse afro-américaine [80]



Figure 81 : Lauryn Hill [81]

7.2.6 Entretien de la chevelure

7.2.6.1 Shampoing

Le shampoing est une étape importante de l'entretien des cheveux. Il permet de les laver, démêler, graisser et coiffer.

Pour les chevelures crépues, la fréquence des shampoings se fait différemment :

- Pour les hommes, se laver les cheveux quotidiennement ne pose aucun problème, toutefois, préconiser un shampoing doux « usage fréquent »
- Pour les femmes, un lavage tous les 10 à 15 jours suffit en raison des contraintes de séchage et de coiffage ! Cependant en zone fortement polluée, il est recommandé d'espacer les lavages toutes les semaines. Les shampoings recommandés sont ceux à base d'actifs surgraisants : jojoba, karité, huile d'olive, de macadamia, de carthame, ou d'avocat. Les gammes ethniques telles que : Dark&Lovely®, Goldys®, Keralong® ont leur intérêt.

L'utilisation d'un soin réparateur comme un baume, ou un « après-shampoing » aide au démêlage des cheveux essorés.

7.2.6.2 Conseils

Les cheveux crépus ont besoin d'être hydrater très souvent :

- Limiter les brushings qui aggravent la sécheresse.
- Appliquer des produits graissants pour nourrir et limiter la perte d'eau, ne pas en abuser toutefois, car ils ont l'inconvénient d'attirer trop de poussière en « étouffant » le cheveu. Ne pas non plus les appliquer au niveau du front et des tempes, ce qui favorise l'acné. Exemple : la vaseline ou petrolatum*.
- Hydrater les cheveux quotidiennement, à base d'une crème hydratante sans rinçage pour la chevelure.
- Conseiller des produits spécifiques pour cheveux crépus, les gammes Mela Aura®, Phytospécific®, Furterer® et Inoya® répondent aux attentes des femmes concernées. Les gammes de ethno-cosmétiques : Capirelax®, Dark&Lovely®, Goldys®, Motion®... proposent un panel de produits adaptés aux soins capillaires, conseiller les femmes concernées de bien choisir le ou les produits correspondant à leur type de cheveux. De plus, inciter à limiter le nombre des produits ; l'usage de plusieurs d'entre eux peut fragiliser la chevelure.

V. ETUDE DU CONSEIL OFFICINAL DERMO-COSMETIQUE SUR PEAUX HYPERPIGMENTEES EN OFFICINE EN HAUTE-NORMANDIE

1 ETATS DES LIEUX

1.1 Données démographiques

1.1.1 En France métropolitaine

POINT IMPORTANT : En France Métropolitaine, il n'existe pas de recensement fait en fonction de l'origine ethnique, ni en fonction de la couleur de peau ; c'est pourquoi, on utilisera le terme de « population noire » tout au long de l'étude pour estimer la population à l'étude.

Le dernier recensement de 1999 fait état de 798 000 personnes originaires d'Afrique noire dont 1/5^e naturalisés Français.

Les personnes originaires des DOM TOM* (Guadeloupe Martinique, Guyane, Réunion) sont estimées entre 400 000 et 800 000 selon que l'on tient compte ou non de leurs enfants nés en France, ainsi que les enfants nés de couples mixtes. Il faut également compter les personnes appartenant aux communautés originaires d'Haïti, de l'île Maurice, des Comores, du Cap Vert et de Madagascar, ainsi que les personnes de passage : étudiants, familles en situation irrégulière.

On arrive ainsi en 2003 à une estimation approximative de la population noire en France métropolitaine de 2,5 à 3 millions d'individus, soit entre 4 et 5 % de la population totale avec une répartition pour plus des deux tiers dans la région parisienne. Cette proportion est en constante augmentation, pour d'évidente raisons socio-économiques et démographiques.

Il s'agit d'un ensemble inhomogène qu'on peut classer en quatre groupes sociologiques :

- Personnes originaires des DOM TOM
- Africains en France depuis longtemps, naturalisés ou non

— Immigrants plus récents

— Etudiants

Malgré sa diversité, pour l'ensemble de cette population se pose un problème commun : la nécessité d'une adaptation dermatologique à l'environnement climatique en France métropolitaine, très différent des conditions d'origine, et qui concerne également les enfants nés en France.

1.1.2 En Haute-Normandie

Il m'a été plus difficile de rechercher une proportion exacte de la population noire en Haute-Normandie, mais on peut déjà dégager une tendance au travers d'un tableau listant les communautés en Haute-Normandie.

D'après le tableau 4, on peut dire qu'à minima, 11 746 personnes en Haute-Normandie sont originaires d'Afrique noire, et ont la peau hyperpigmentée. Les autres étrangers d'Afrique du Nord ou de l'Union Européenne, peuvent, en proportion variable, également avoir la peau noire ou être d'origine africaine... De même que les personnes issues d'un métissage ne sont pas listées ; elles peuvent être étrangères comme de nationalité française de naissance ou par acquisition.

Tableau 4 : Dénombrement de la population par nationalité en Haute-Normandie [90]

Population selon la nationalité au 1er janvier 2010				
	en nombre			
au 1er janvier 2010				
	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine
Français	569 214	1 214 637	1 783 852	59 060 074
Français de naissance	555 785	1 186 855	1 742 640	56 271 508
Français par acquisition	13 430	27 782	41 212	2 788 566
Étrangers	17 329	35 774	53 102	3 705 161
Espagnols	406	583	990	127 390
Italiens	411	803	1 213	171 927
Portugais	2 603	3 393	5 996	495 205
Autres étrangers de l'Union européenne	1 753	3 423	5 175	540 916
Autres Européens	628	1 073	1 701	166 581
Marocains	2 120	4 778	6 897	434 719
Algériens	1 664	6 362	8 026	465 308
Tunisiens	338	1 307	1 646	146 606
Autres étrangers d'Afrique	3 689	8 057	11 746	491 274
Turcs	2 587	1 954	4 541	221 243
Autres	1 130	4 041	5 170	443 991
Total	586 543	1 250 411	1 836 954	62 765 235

Source : Insee, RP2010 exploitation principale.

1.2 Démarches

1.2.1 Intérêt de l'étude

Ayant remarqué une recrudescence du métissage dans la population française, et étant moi-même une personne de couleur d'origine martiniquaise, j'ai voulu m'intéresser à ce qui était proposé, ou du moins ce que les pharmacies d'officine pouvaient proposer à ce type de population ; et comment les pharmaciens d'officine pouvaient améliorer leur conseil à ce type de peau.

J'ai donc eu l'idée de diffuser un questionnaire en Haute-Normandie aux pharmaciens d'officine, en sondant leurs connaissances, mais aussi leurs questionnements éventuels et leur expérience de comptoir avec ce type de peau. Mon objectif était de toucher un maximum d'officines.

Pourquoi la Haute-Normandie ? Parce que c'est la région dans laquelle je vis et où j'ai commencé à me former. Il m'a paru pertinent de corrélérer mes a priori à la réalité ; en effet, il ne semble pas exister dans toutes les pharmacies d'officine des produits de cosmétologie destinés aux populations noires et métissées. J'ai voulu faire un état des lieux dans cette région en vue d'espérer apporter ou soulever un questionnement et un intérêt envers ce type de peau. La région Ile-de-France est fortement peuplée de sujets à peau hyperpigmentée, je pense que mon étude pourrait s'approfondir à cette région ultérieurement.

C'est aussi en région parisienne, que des boutiques et salons afro-antillais proposent de nombreuses gammes de produits afro-américains en cosmétique. Quelques boutiques similaires sont situées en Haute-Normandie, notamment dans les centres urbains tels que Rouen (quartier Saint Sever).

La dermatologie de comptoir doit pouvoir répondre à tous les types de peaux et loin de moi l'idée de vouloir concurrencer ce genre de boutiques, je pense que les pharmacies étant plus nombreuses et plus accessibles, il faudrait qu'elles puissent répondre à toutes les questions des patients noirs.

Des laboratoires ethno-cosmétiques ont vu le jour Outre Atlantique et répondent aux problèmes dermocosmétiques de la population Afro-américaine. Ces produits sont importés en France, nous verrons quels laboratoires existent en France.

1.2.2 Diffusion des questionnaires

Quatre cent exemplaires intitulés : « **CONSEILS APPLIQUES A LA PATHOLOGIE ET A LA COSMETIQUE DES PEAUX NOIRES** » (cf. ANNEXE 5) ont été diffusés le 18 avril 2013 par le grossiste répartiteur OCP dans toute la région Haute-Normandie. Cette agence desservant également une partie du département des Yvelines (78) avec notamment le secteur de Mantes-la-Jolie, j'ai décidé d'inclure leur nombre de réponses dans l'exploitation des résultats. Quarante-deux réponses ont été reçues en une semaine, en deux semaines onze autres réponses ont été récoltées et à la mi-mai, une relance de cent derniers exemplaires a donné vingt-cinq dernières réponses. Au total, cent dix-huit exemplaires récoltés en six semaines ont permis de faire l'étude. Avec une majorité de réponses proportionnelle au département de la Seine-Maritime.

2 EXPLOITATION DES RESULTATS DES QUESTIONNAIRES

Différents thèmes sont abordables lors d'un conseil dermo-cosmétique en officine, j'en ai fait des rubriques spécialisées sur peau noire :

- PEAU NOIRE ET COSMETIQUE
- PEAU NOIRE ET ENVIRONNEMENT
- DERMATOSES ET PEAU NOIRE
- QUESTIONS SUR LES PEAUX NOIRES

2.1 Réponses exprimées en pourcentage

2.1.1 Rubrique « VOUS CONNAITRE »

2.1.1.1 Proportion de pharmaciens

PROPORTION DE PHARMACIENS AYANT REPONDU

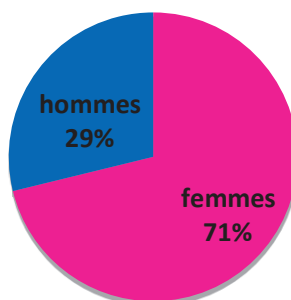


Figure 82 : Proportion de pharmaciens ayant répondu

Une majorité de femmes a répondu au questionnaire, cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des pharmaciens sont des femmes ou par le fait que le sujet évoquant la dermo-cosmétologie, les pharmaciens hommes se sont sentis moins à l'aise pour répondre.

Ces proportions peuvent être comparées avec les données de Haute-Normandie des pharmaciens des sections A (pharmaciens titulaires) et D (pharmaciens adjoints) Tableaux 5 et 6 [96] [97] [98].

Tableau 5 : Données concernant les pharmaciens de la section A en Haute-Normandie [98]

	Seine-Maritime (76)	Eure (27)	Haute-Normandie
Nombre	464	188	652
Moyenne d'âge (ans)			47,9 ans
Répartition H/F (%)			47/53

Tableau 6 : Données concernant les pharmaciens de la section D en Haute-Normandie [98]

	Seine-Maritime (76)	Eure (27)	Haute-Normandie
Nombre	483	189	672 sur 707 inscrits
Moyenne d'âge (ans)			43,4
Répartition H/F (%)			20/80

2.1.1.2 Expérience professionnelle

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

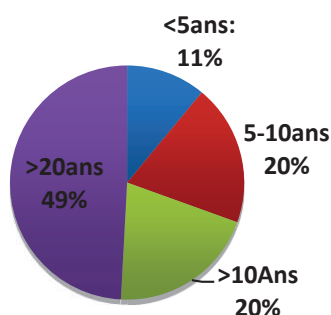


Figure 83 : Proportion des pharmaciens en fonction de l'expérience professionnelle

La moitié des pharmaciens ayant répondu ont plus de 20 ans d'expérience. Cela signifie-t-il que la région Haute-Normandie possède une majorité de pharmaciens expérimentés, ou que les jeunes pharmaciens n'aient pas été aussi nombreux qu'eux à répondre à l'enquête ? D'après les tableaux précédents (*tableaux 5 et 6*), la moyenne d'âge des pharmaciens officinaux (titulaires et adjoints) est de 45,7 ans. On peut ainsi évaluer une expérience professionnelle d'environ 20 ans en effet.

FORMATION DERMATOLOGIQUE SPECIALISEE

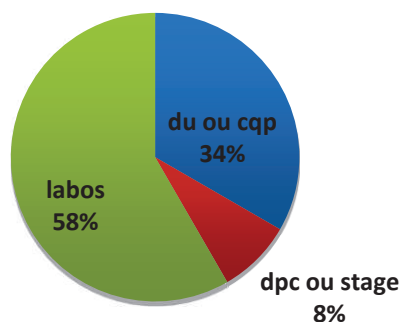


Figure 84 : Proportion de pharmaciens ayant reçu une formation dermatologique spécialisée

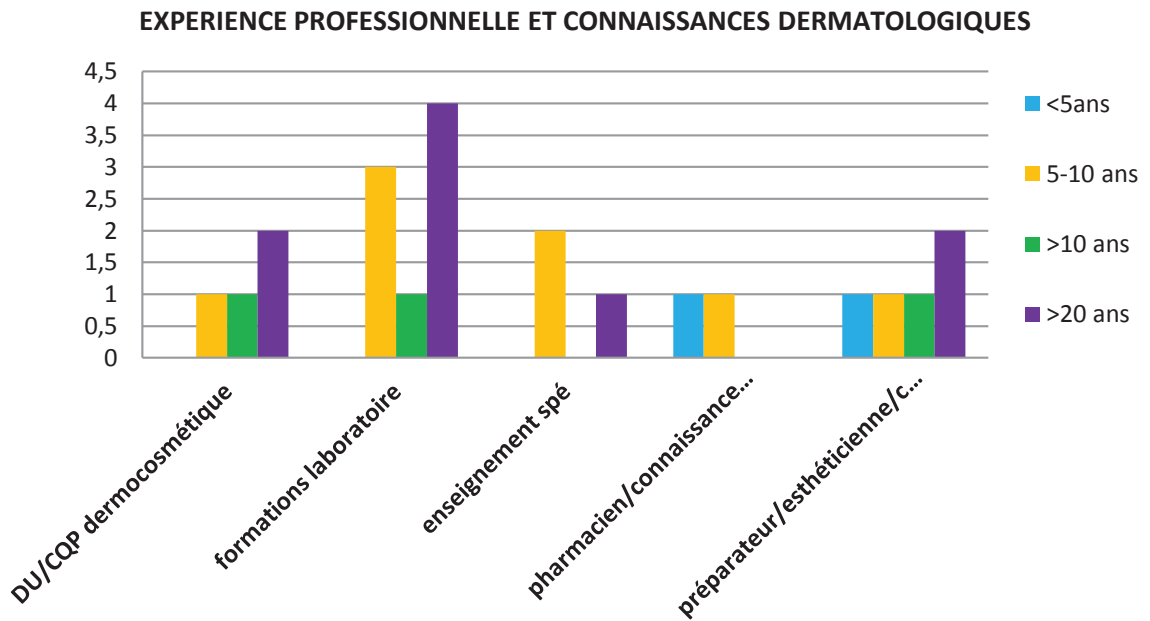


Figure 85 : Connaissances dermatologiques en fonction de l'expérience professionnelle

Bien que la majorité des pharmaciens ayant répondu ait plus de vingt ans d'expérience, il ne semble pas que l'expérience soit un avantage en termes de connaissances dermatologiques sur peau noire. Hormis les formations proposées à l'officine par les laboratoires, les formations dermatologiques telles que les DU et CQP (Certificat de Qualification Professionnelle) de dermatologie ne sont effectuées que par une faible proportion de pharmaciens. En effet, uniquement quatre ont répondu positivement bien que la majorité ait plus de 20 ans d'expérience et 50% d'entre eux déclarent avoir reçu un enseignement portant spécifiquement sur la peau noire. Les pharmaciens semblent également avoir moins de connaissances que les préparateurs et/ou esthéticiennes dans ce domaine ; cela peut s'expliquer par la formation des préparateurs en parapharmacie et/ou de leur intérêt dans ce domaine.

Parmi les pharmaciens et préparateurs ayant répondu positivement, la majorité a déclaré que les formations dermatologiques qu'ils avaient suivies étaient brèves, soit moins d'une semaine.

2.1.1.3 Localisation

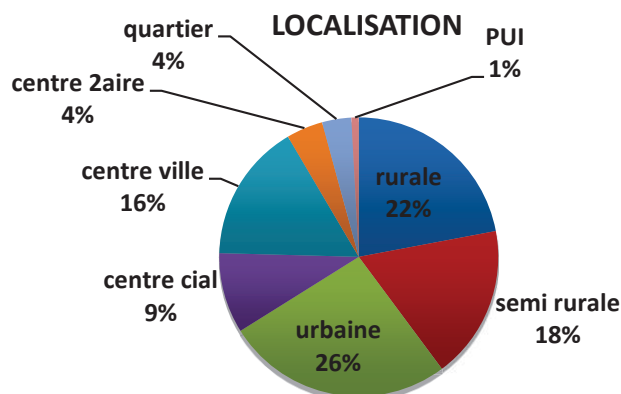


Figure 86 : Localisation des pharmaciens enquêtés

Un quart des répondants sont des pharmaciens implantés en zone urbaine (26%), ils sont quasiment autant en zone rurale (22%) et un peu moins en centre-ville (16%). Cela prouve une hétérogénéité des réponses en termes de localisation. Le grossiste OCP distribuant également dans les établissements hospitaliers, quelques pharmacies à usage intérieur d'établissement de santé (PUI) ont répondu, bien que le questionnaire ne leur permette pas d'évaluer à juste titre le sujet de l'étude. J'ai décidé de prendre en compte leur avis quand même ; certains d'entre eux ont en effet exercé antérieurement en pharmacie d'officine.

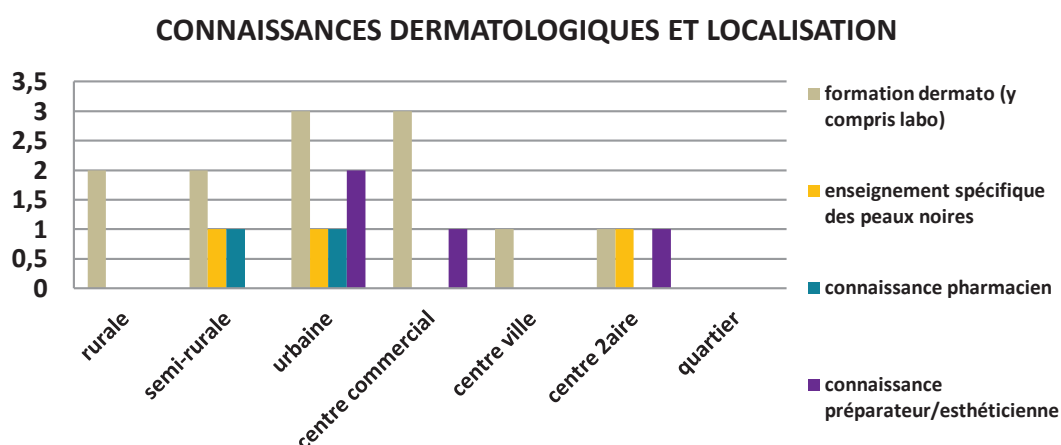


Figure 87 : Corrélation des connaissances dermatologiques et de la localisation

En incluant dans l'étude les formations proposées par les laboratoires, il semble que celles-ci touchent quasiment toutes les pharmacies quelle que soit leur localisation. Néanmoins, pour les zones semi-rurales, urbaines, de centre commercial et de centre secondaire, bien que les pharmaciens n'y soient que faiblement formés, ils possèdent une formation plus spécifique des peaux noires, ou du moins, y ont plus accès.

2.1.1.4 Affluence

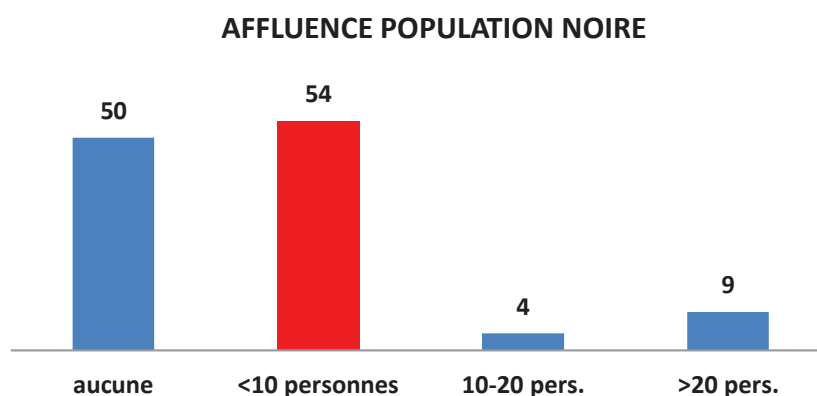


Figure 88 : Proportion de l'affluence de la population noire

L'étude tend à conclure que l'affluence des personnes à peau noire est en moyenne limitée à moins de 10 personnes voire aucune personne par mois à l'officine. J'ai voulu m'intéresser plus précisément à la localisation des pharmaciens prétendant ne pas voir, ni conseiller ce type de population... (Figures 89, 90a et 90b)

AFFLUENCE DES PATIENTS NOIRS ET LOCALISATION

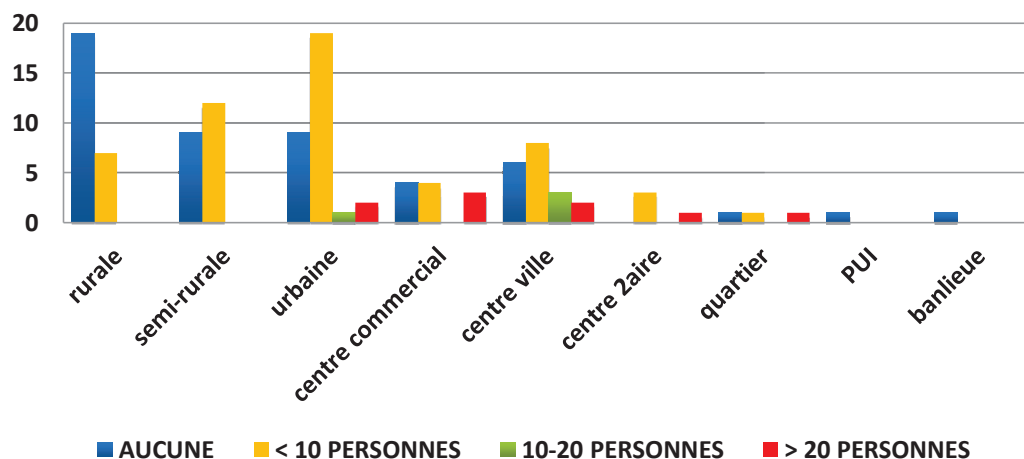
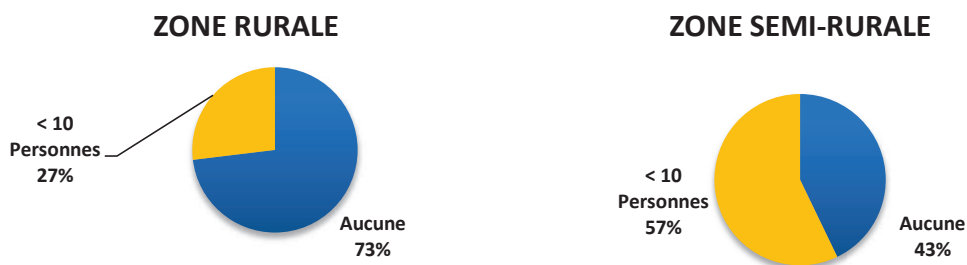


Figure 89 : Corrélation de l'affluence des patients Noirs et leur localisation

Ce graphique permet de dégager trois groupes :

- Les **zones rurale et semi-rurale** dont l'affluence en personnes noires concerne au plus 10 personnes par mois.



Figures 90a et 90b : Profil d'affluence en zone rurale et semi-rurale

- Les zones urbaine, de centre commercial et de centre-ville qui présentent un profil hétérogène d'affluence.

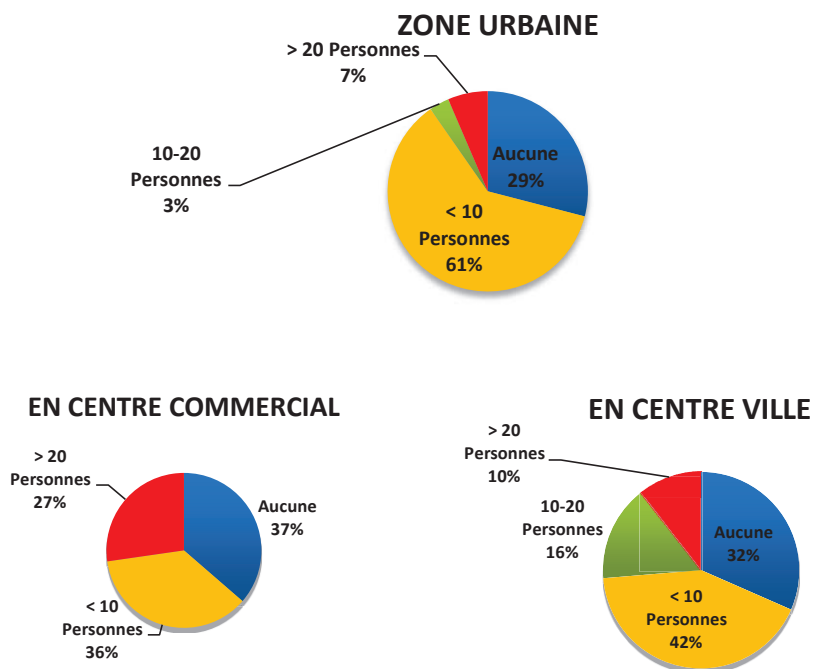


Figure 91a, 91b et 91c : Profil d'affluence en zone urbaine, en centre commercial et en centre-ville

- Les zones de centre secondaire, de quartier, de PUI et de banlieue dont l'affluence est quasiment faible.

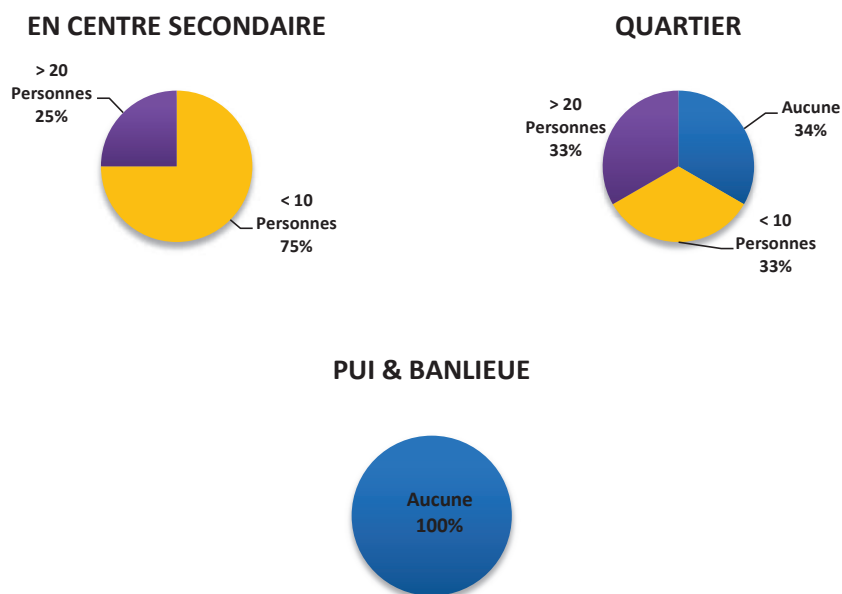


Figure 92a, 92b et 92c : Profil d'affluence en centre secondaire, en quartier, en PUI et banlieue

On remarque en centre secondaire et quartier qu'il y a une proportion d'affluence de plus de 20 personnes par mois (*Figures 92a et 92b*), mais cela ne concerne en réalité qu'une seule pharmacie de quartier et qu'une seule de centre secondaire qui a répondu à cette question ; les pourcentages correspondent en définitive aux résultats de chacune des pharmacies.

L'objet de l'étude concernant la population noire et métissée, j'ai voulu m'intéresser à la localisation des pharmacies ayant une affluence supérieure à 10 personnes par mois.

- Affluence de 10 à 20 personnes par mois :

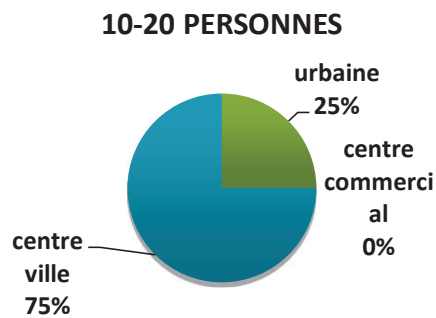


Figure 93 : Affluence de 10 à 20 personnes par mois

- Affluence de plus de 20 personnes par mois :

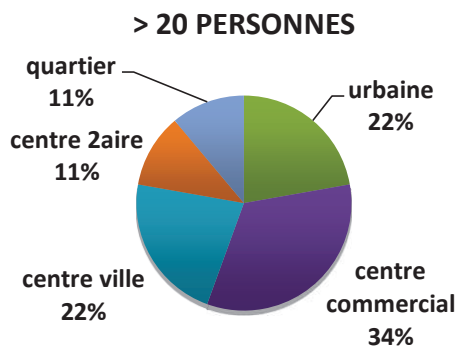


Figure 94 : Affluence de plus de 20 personnes par mois

Parmi les 9 pharmacies ayant répondu avoir plus de 20 personnes demandant un conseil dermatologique spécifique, le centre commercial affiche le maximum d'affluence, le centre-ville et zone urbaine suivent avec un pourcentage égal. Toutefois, l'affluence n'est pas importante.

On peut en déduire que soit les personnes à peau hyperpigmentée sont situées plus en zones urbaines et péri-urbaines, soit qu'elles se déplacent instinctivement vers ces zones, par faute de conseils adaptés en zone rurale et semi-rurale.

Ces chiffres sont bien évidemment à comparer scrupuleusement avec la proportion réelle de la population à l'étude dans chaque zone choisie.

Néanmoins, sur ce point, la question semble avoir été perçue différemment de la part des pharmaciens. En effet, il se peut que certains aient répondu en considérant l'affluence de ce type de population au sein de l'officine quelle que soit leur demande, et que d'autres pharmaciens aient compris la question en termes de conseils dermatologiques spécifiques à strictement parlé...C'est là un paramètre que je n'avais pas anticipé lors de la rédaction du questionnaire.

2.1.2 Rubrique « PEAU NOIRE ET COSMETIQUE »

2.1.2.1 Cosmétologie

CONNAISSANCE DES PHARMACIENS EN ETHNOCOSMETIQUE

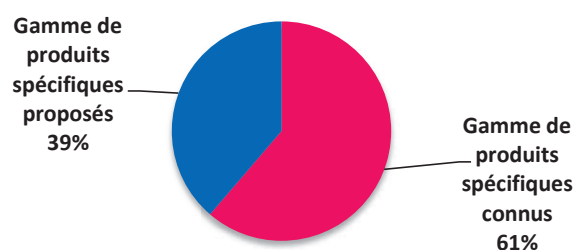


Figure 95 : Connaissance des pharmaciens en ethno-cosmétique

Les pharmaciens semblent connaître plus de gammes spécifiques de produits cosmétiques spécialisés sur peau noire qu'ils n'en proposent dans leurs officines. Pourquoi cela ? Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : l'intérêt à proposer ce type de produit en fonction de la demande, la localisation et la concurrence, ou la connaissance de gammes spécifiques.

- **Intérêt à proposer ce type de produit en fonction de la demande** : la logique voudrait, comme pour tout autre produit de parapharmacie, que le pharmacien propose un produit en fonction de la demande et donc, du besoin des patients, tout en prenant plus ou moins en compte la concurrence. Mais qu'en est-il pour ce type de produits spécifiques à visée ethno-cosmétique ?

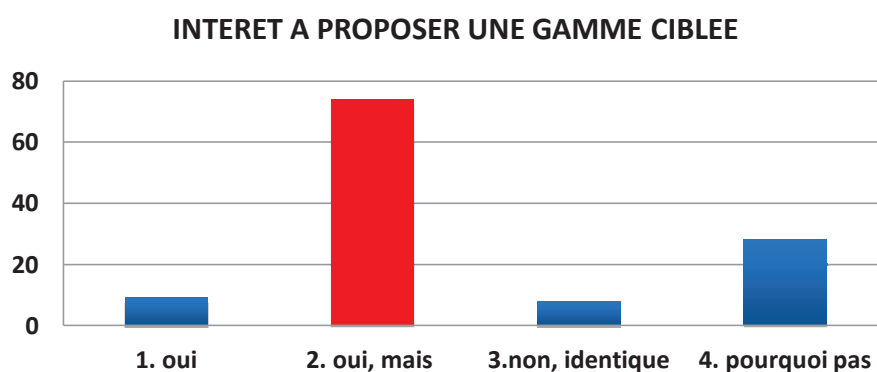


Figure 96 : Intérêt à proposer une gamme de produits spécifiques

74 pharmaciens estiment qu'il est nécessaire de posséder une gamme spécifique dans les zones de forte affluence (réponse 2). 28 autres ont répondu « Pourquoi pas » (réponse 4), seulement 8 pharmaciens se voient avoir ce type de gamme (réponse 1), et 9 considèrent que cela n'est pas une nécessité (réponse 3).

➤ Localisation et nécessité

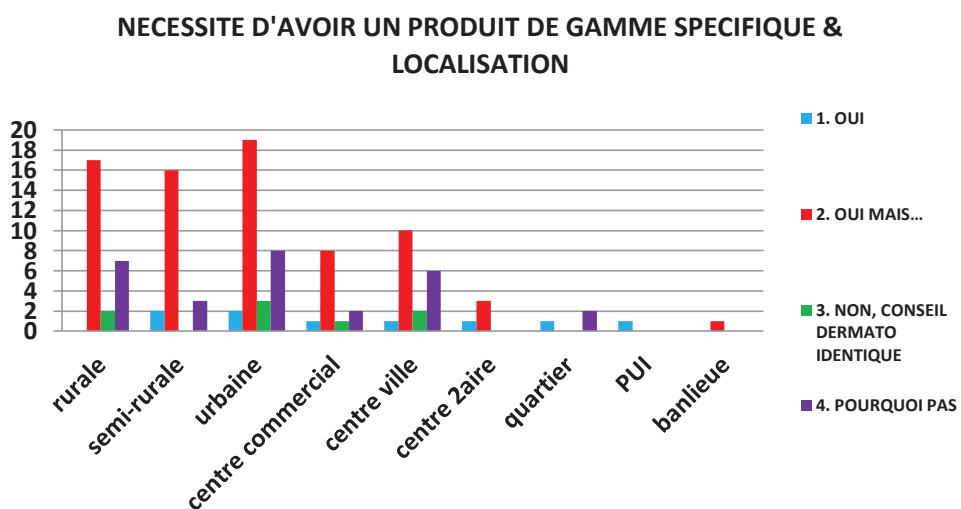
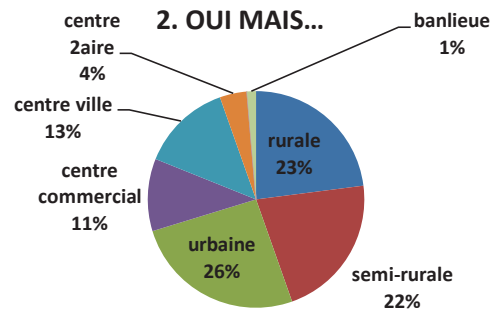
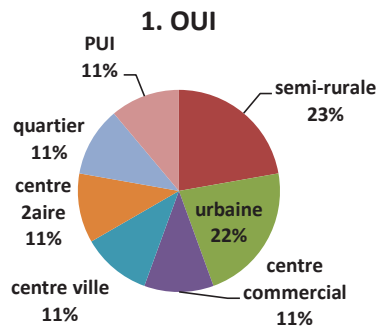
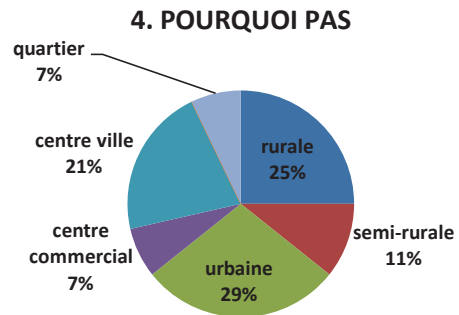
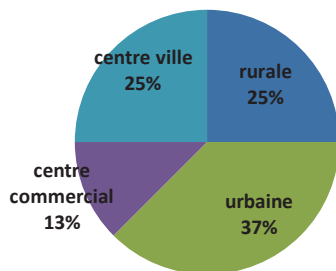


Figure 97 : Nécessité d'avoir un produit de gamme spécifique en fonction de la localisation

A première vue, les pharmaciens de l'ensemble des zones sont d'accord pour proposer une gamme spécifique uniquement dans les pharmacies où il existe une forte population noire et métissée. C'est en majorité, en zone urbaine, que les pharmaciens ne seraient pas contre le fait de proposer ce type de gamme ; peut-être se sont-ils déjà questionnés sur cette éventualité, ou ont-ils déjà été confrontés à cette demande ?



3. NON, CONSEIL DERMATO IDENTIQUE



Figures 98a, 98b, 98c, 98d : Localisation des pharmacies selon chaque proposition

Très peu de pharmaciens considèrent que le conseil dermatologique est identique quelle que soit l'origine ethnique (proposition 3). En effet, cette opinion peut être confirmée car très peu de pharmacies proposent des gammes spécifiques. De ce fait, les patients concernés utilisent à défaut de choix, les gammes « classiques » de parapharmacie. Une autre hypothèse peut évoquer le souci d'être discriminatoire dans les gammes proposées en fonction de l'origine ethnique : c'est la connaissance ou la méconnaissance de ces produits spécifiques.

➤ **Connaissances de gammes spécifiques**

J'ai voulu savoir si les pharmaciens connaissaient des gammes spécifiques et lesquelles. De même, qu'en est-il de la consommation des populations noires et métissées en produits de gammes « classiques » ?

GAMMES SPECIFIQUES CONNUES

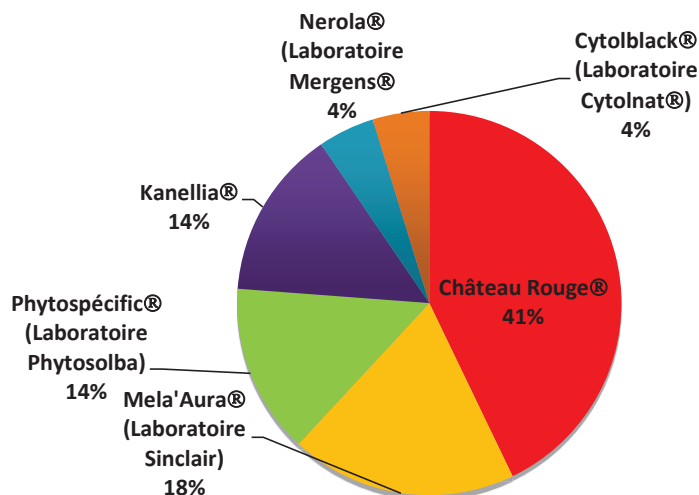


Figure 99 : Gammes spécifiques connues des pharmaciens

La marque Château Rouge® est la première bien connue des officinaux, même si elle n'est pas toujours proposée. Ci-après, est listé l'ensemble des officines et points de vente proposant la gamme en Haute-Normandie [91] :

Agglomération du Havre :

- Pharmacie du Grand Cap 76620 LE HAVRE
- Pharmacie de La Vallée 76600 LE HAVRE
- Pharmacie de l'Eglise 76600 LE HAVRE

Agglomération de Rouen

- Pharmacie du Taurin 76130 MONT SAINT AIGNAN
- Pharmacie du Chatelet 76000 ROUEN
- Pharmacie de la Grand Mare 76000 ROUEN
- Pharmacie de la Nouvelle Préfecture 76000 ROUEN
- SELARL La Grande Pharmacie Saint-Sever 76100 ROUEN
- PLANET PHARMA
- Pharmacie Le Baron 76800 SAINT-ETIENNE-DU-ROUVRAY

Agglomération d'Elbeuf

- Pharmacie Sain Roch 76410 CLEON

Dans l'Eure

- Pharmacie du Beffroi 27100 VAL DE REUIL
- Pharmacie de Navarre 27000 EVREUX
- Pharmacie Kennedy 27000 EVREUX
- SARL Pharmacie Saint Jacques 27200 VERNON

Les marques Mela Aura® et Phytospécific® sont les deux autres bien connues, notamment la gamme Phytospécific®, qui bien que particulièrement onéreuse, est très spécifique de la dermatologie et de la cosmétique des peaux noires, avec des packagings explicites de mannequins noirs.

Kanellia® semble être aussi bien connue des pharmaciens, mais pas autant proposée que Phytospécific®. Kanellia® dispose d'instituts et de salons de coiffure qui s'engagent à certaines conditions [94] :

- au respect de la spécificité des cheveux noirs,
- à la qualité et à la performance,
- à l'innocuité des produits utilisés, lesquels sont testés sous contrôle dermatologique,
- à la qualité des actifs (d'origine naturelle, sans vaseline, ni colorant, ni parabens, et non testés sur les animaux).

Ont également été répertoriées, Nérola® et Cytolblack®. Cytolblack® propose une gamme de produits à base de bains d'huile et de plantes (Cytolblack Bains d'huiles et plantes) [92].

Toutes ces gammes proposent des produits indispensables à l'hygiène corporelle et à la cosmétique des peaux noires et métissées. Elles sont formulées avec des actifs nourrissants et hydratants qui s'adaptent à la nature de la peau et du cheveu noir (pH adapté évitant démangeaisons et hyperpigmentation locale.)

Pour les **soins dermatologiques**,

- une crème de jour hydratante,
- un sérum anti-tache ou une crème traitant les pigmentations du visage,
- un gel douche pour la toilette corporelle,
- un gommage corporel,
- un lait ou une crème hydratante pour le corps.

Pour les **soins cosmétologiques**,

- Des fonds de teint avec des teintes correspondant aux différents dégradés de carnation de la peau noire

Pour les **soins capillaires**, on distingue presque toujours :

- un shampoing,
- un baume ou un masque après shampoing très démêlant,
- une crème de jour sans rinçage à appliquer quotidiennement,
- un bain d'huile,
- accessoirement des kits de défrisage (Phytospécific®, Kanellia®).

Une déclinaison de produits est établie en fonction de l'état du cheveu à entretenir : cheveu défrisé, crépu ou lissé.

D'autres marques sont sur le marché ethno-cosmétique actuel (liste non exhaustive) :

- Activilong® (filiale Miss Antilles)
- Laboratoire Inoya®
- Ebène®
- Iman cosmetics®
- Activilong®
- Konjac®
- Nérola®
- Organic Root®
- Dark&Lovely®
- Palmer's®
- Ametis®
- Capirelax®
- Keracare®



Figure 101 : Kit de défrisage Phytospécific® [26]



Figure 100 : Soins capillaires Organic Root® [62]

➤ Consommation en produits de gammes « classiques »

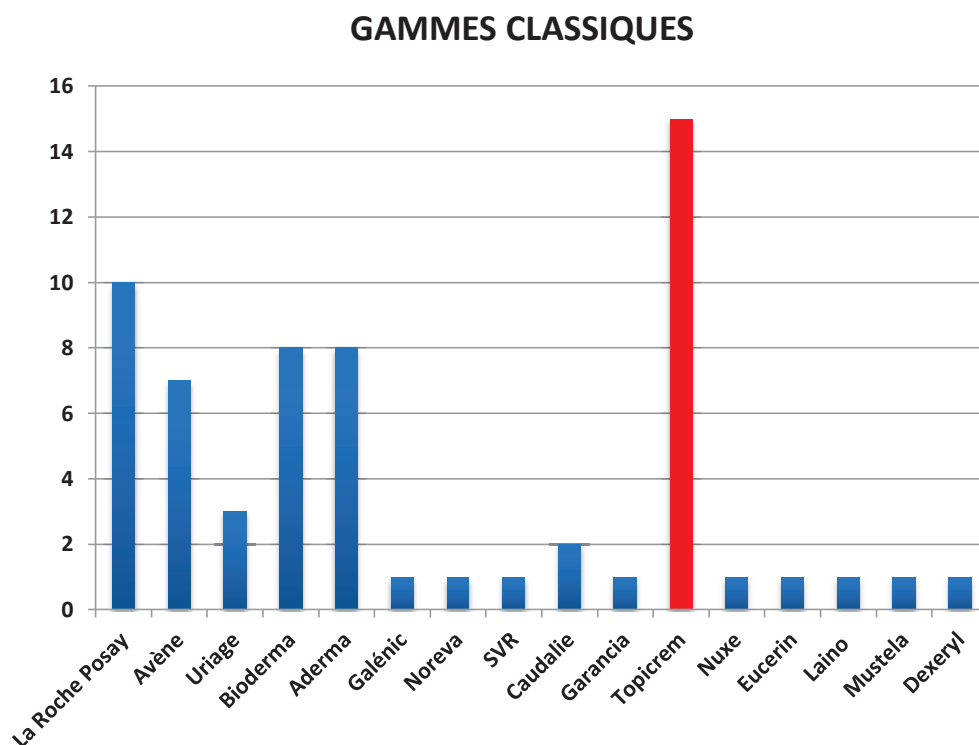


Figure 102 : Gammes classiques utilisées par les personnes noires selon les pharmaciens

Les produits de la gamme Topicrem® semblent être les plus utilisés de la population noire et métissée. Les produits La Roche Posay®, Bioderma®, Aderma® et Avène® sont positionnées ensuite.

Cela peut s'expliquer par le fait que ces gammes sont majoritaires dans les officines, et donc, plus accessibles par les clients quelle que soit leur origine ethnique. La marque Topicrem® est également présentée comme étant très hydratante et très utilisée par les familles noires ou métissées, au risque d'être confondue avec un produit de dermo-cosmétique spécifique des peaux noires. Topicrem® a toutefois démontré satisfaction auprès de la population à l'étude.

Le coût peut être également un autre argument d'explication ; en effet Topicrem® et Bioderma® permettent un accès de la dermo-cosmétique à toutes les classes sociales si l'on peut considérer la population à l'étude comme n'ayant pas beaucoup de moyens...Néanmoins, les marques spécifiques ont également un coût... (Phytospécific®).

Les autres gammes du graphique répertoriées (Galénic®, Noreva®, SVR®, Caudalie®, Garancia®, Nuxe®, Eucerin®, Laino®) enregistrent un faible score de consommation auprès de la population à l'étude car leur distribution n'est pas uniforme sur le panel de pharmaciens répondants.

Klorane® n'a pas été cité, mais une gamme de produits pour les soins capillaires existe : le shampoing, le masque, la cire et la crème coiffante à base d'huile d'Abyssinie très nourrissante permet un soin des cheveux crépus, frisés et défrisés...

La spécialité Dexeryl® en crème est très souvent prescrite pour les problèmes d'eczéma ou de sécheresse cutanée (Glycérine et vaseline), mais n'étant pas listée, Dexeryl® fait l'objet de nombreuses demandes par les populations noires et métissées.

2.1.2.2 Dépigmentation volontaire (DV)

Il m'a été important de sonder les pharmaciens au sujet de la dépigmentation volontaire des personnes noires. Le pharmacien étant un acteur de santé publique, il est très souvent confronté à des problèmes de première ligne dont il peut assurer la prévention.

Mon étude m'a ainsi permis de déceler que 60,2% des pharmaciens ont connaissance et sont attentifs au phénomène. J'ai corrélé ces résultats avec la localisation de ceux qui étaient attentifs à la DV dans leur clientèle de ce qui ne l'étaient pas.

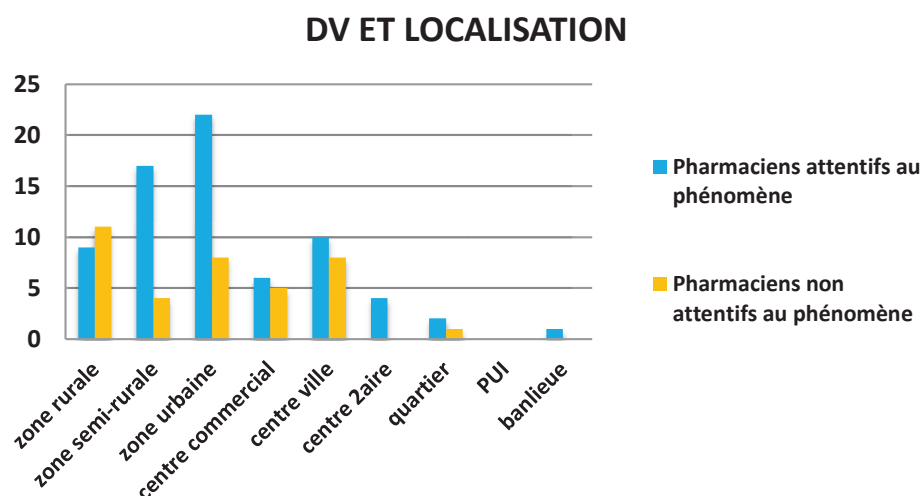


Figure 103 : Observation du phénomène de dépigmentation volontaire et de la localisation

Les pharmaciens des zones semi-rurale, urbaine et de centre-ville sont les plus attentifs au phénomène tandis que ceux situés en zone rurale le sont moins.

En corrélant avec l'affluence de la population noire venant à l'officine pour un conseil adapté, les pharmaciens sont-ils plus attentifs au phénomène de DV?

AFFLUENCE SUPERIEURE A 10 PERSONNES ET DV

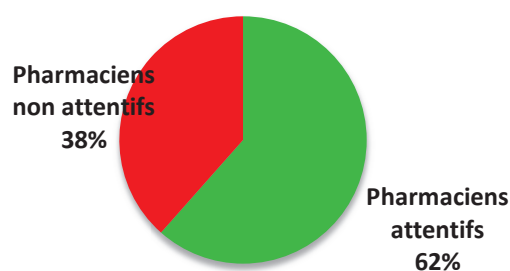


Figure 104 : Affluence supérieure à 10 personnes et DV

Près de 2/3 des pharmaciens précisant voir au moins plus de 10 personnes par mois, sont attentifs au phénomène. Bien que ces valeurs ne reflètent pas tous les pharmaciens de Haute-Normandie, la seule pharmacie de banlieue qui a répondu est attentive au phénomène.

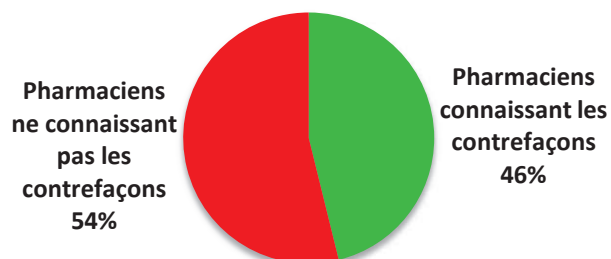


Figure 105 : Pharmaciens et connaissance en produits de contrefaçon

Environ 46% d'entre eux connaissent l'existence de produits de contrefaçon concernant les formulations à base de dermocorticoïdes. En incluant les pharmaciens qui ne sont pas forcément attentifs au phénomène ou qui n'y ont pas été confronté, quelle a été ou quelle serait leur attitude ?

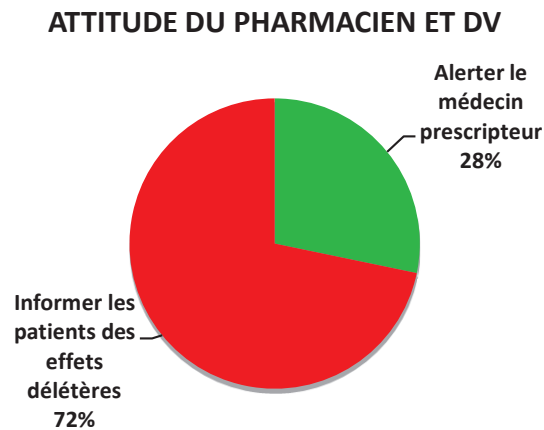


Figure 106 : Attitude du pharmacien face à la pratique de la dépigmentation volontaire

Les pharmaciens ont déclaré à 72% informer les patients des effets délétères de la pratique de la dépigmentation volontaire. S'ils avaient connaissance de gammes proposant des produits spécifiques éclaircissants non formulés à base de dermocorticoïdes (Château Rouge® par exemple), orienteraient-ils les patients vers ce type de soin ? Plus largement, cela deviendrait-il un motif pour proposer ce type de gamme dans leurs officines ?

2.1.3 Rubrique « PEAU NOIRE ET ENVIRONNEMENT »

CONSEIL DERMATOLOGIQUE SELON...

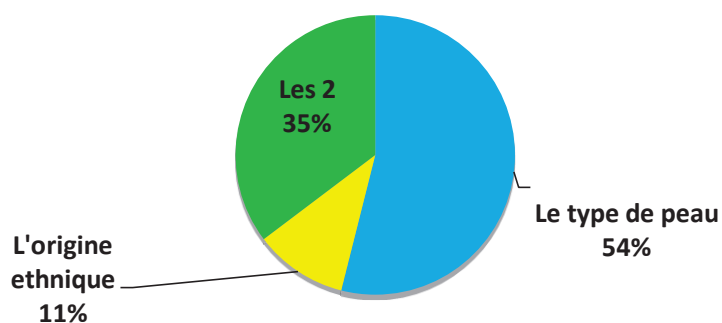


Figure 107 : Nature du conseil dermatologique sur peau hyperpigmentée

Le conseil dermatologique sur peau noire tient compte de deux paramètres :

- Le type de peau : sèche, très sèche, grasse, atopique...
- L'origine ethnique : la teinte de la carnation de la peau, le métissage...

35% des pharmaciens déclarent prendre en compte les deux aspects lors d'un conseil sur peau noire. Ils sont 11% à considérer uniquement l'origine ethnique.

Plus de la moitié d'entre eux appliquent un conseil dermatologique sans discrimination ethnique et en considérant seulement le type de peau. Cela peut s'expliquer par leur manque de connaissance ou de formation pour les peaux noires, ou parce qu'ils ne possèdent pas de gamme spécifique adaptée, ou même que c'est leur avis profond.

UTILITE D'UNE PROTECTION SOLAIRE

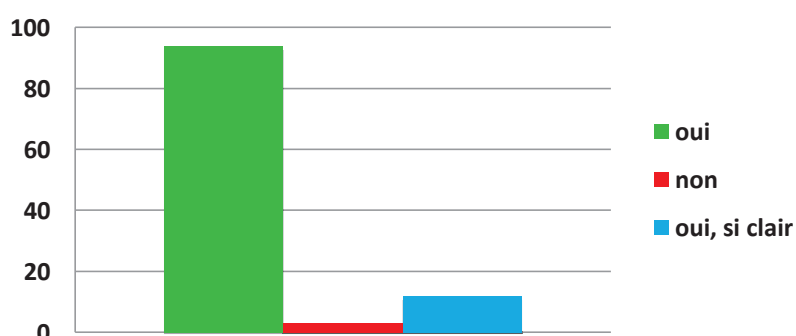


Figure 108 : Utilité d'une protection solaire sur peau noire

Il est indispensable de se protéger du soleil même si l'on a la peau noire ou métissée. C'est un paramètre souvent oublié avant le départ en zones ensoleillées. Les pharmaciens en ont bien conscience puisqu'ils sont 86% à considérer une protection solaire utile chez les Noirs. Très peu d'entre eux considèrent cela inutile, et 11% ne recommanderaient une photoprotection que si le sujet est clair de peau (par exemple métissé).

A cela, il faut prendre en compte lors d'un conseil, l'adaptation climatique des peaux noires en région Haute-Normandie. En effet, ces peaux ont tendance à vite se déshydrater, car leur capacité à retenir l'eau est moins efficace qu'en climat sec et chaud. De la même façon, lors d'un départ en région ensoleillée ou lors d'un retour dans le pays d'origine, cette peau s'habitue au climat froid et humide et, même si elle retrouve des conditions climatiques idéales, il en résulte une fragilité cutanée s'exprimant par exemple par la survenue de coup de soleil....

PRISE EN COMPTE DE L'ADAPTATION CLIMATIQUE

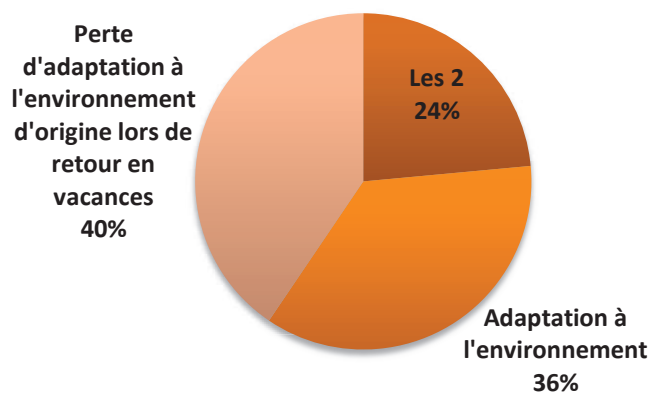


Figure 109 : Prise en compte de l'adaptation environnementale lors d'un conseil sur peau noire

Les pharmaciens sondés considèrent plus la perte d'adaptation climatique (40%), et donc le fait que la peau est fragilisée avant le départ en zone ensoleillée. Par ailleurs, l'adaptation à l'environnement est un paramètre qui n'est pas négligé puisque presque autant de pharmaciens en tiennent compte (36%). De même que 24% d'entre eux considèrent les deux aspects lors d'un conseil.

2.1.4 Rubrique « DERMATOSE ET PEAU NOIRE »

PROPORTION DES DERMATOSES COMMUNES RENCONTREES SUR PEAU NOIRE

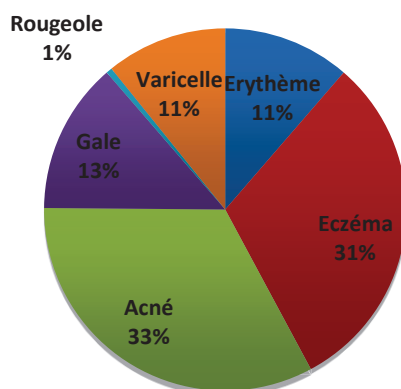


Figure 110 : Proportions des dermatoses communes rencontrées sur peau noire

J'ai ensuite voulu m'intéresser à l'expérience de comptoir des pharmaciens concernant l'approche des dermatoses ou expressions cutanées communes d'une part et celle des maladies virales à expression cutanée d'autre part.

- Pour les dermatoses communes, l'acné est la plus courante et la plus souvent rencontrée ; non seulement parce que sur la peau noire, elle laisse des taches hyperpigmentées, mais aussi parce que cette affection est conséquent au surplus de sébum élaboré pour pallier à la déshydratation cutanée dans nos climats. L'eczéma est observé à 31%, et l'expression d'érythème ou de « rougeur » sur peau noire étant moins visible et moins perceptible, quelques pharmaciens ont déclaré l'avoir rencontré.
- Pour les dermatoses virales, la gale et la varicelle sont les plus souvent rencontrées et donc, sûrement plus simples à observer. A contrario, la rougeole n'est pratiquement pas observée (1%), cela s'explique par l'efficacité des campagnes de vaccination recommandées (ceci est également vérifié pour les personnes à la peau claires).

Qu'en est-il de la prise en charge de ces pathologies ? Les pharmaciens se sont-ils sentis à l'aise, leur conseil a-t-il été différent que sur peau blanche ?

PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES COURANTES AU COMPTOIR

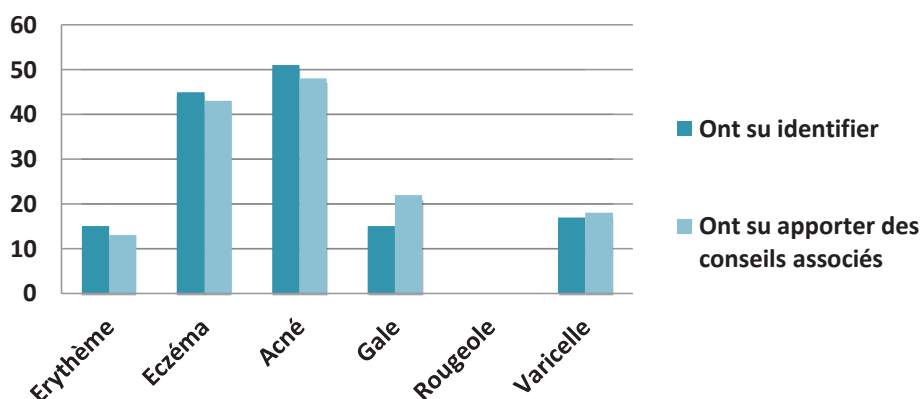


Figure 111 : Prise en charge des pathologies courantes au comptoir

L'expression cutanée d'un érythème, de l'eczéma ou de l'acné semble avoir été plus simple à identifier que la gale ou la varicelle. La rougeole n'ayant pas été identifiée du tout (faible prévalence).

Les conseils associés ont été plus faciles à donner pour la gale et la varicelle (dermatoses plus communes).

Il faut toutefois prendre en compte le fait que certaines pathologies citées ont été rencontrées après diagnostic médical et pas forcément confrontées au comptoir directement, ce qui peut modifier l'appréciation des pharmaciens en termes d'identification.

Concernant les autres dermatoses rencontrées sur ce type de peau, j'ai choisi de les classer par ordre décroissant de fréquence de réponses (cet ordre est comparable au tableau listant les dermatoses en fonction de l'ethnie **(cf. ANNEXE 1)**)

1. Peau sèche (3)
2. Pseudofolliculite (2)
3. Hyperpigmentation : liée à l'âge (1) ; séquelles d'acné (3) ; cicatrices (1) ; cicatrices chéloïdes (1)
4. Dépigmentation (1) ; dépigmentations localisées d'origine inconnue (1) ; Vitiligo (1)
5. Mycose (2)
6. Teignes (2)

7. Dermatite séborrhéique (1)
8. Kératose (1)
9. Psoriasis (1)
10. Allergies cutanées (1)
11. Kystes (1)
12. Poils incarnés (1)
13. Furoncle (1)
14. Herpès (1)
15. *Famille avec deux enfants albinos (1)*

2.1.5 Réaction générale

La majorité des pharmaciens ayant permis l'étude ont répondu avoir peu d'informations, peu de formations ou peu de patients à peau noire. J'ai également le sentiment que certains pharmaciens ayant reçu le questionnaire ont décliné y répondre par manque de patients noirs ou par méconnaissance de ce sujet de dermatologie spécifique.

Quelques-uns y ont vu un certain intérêt, tout en soulignant le fait d'avoir un minimum de ressources pour être à même de répondre à l'étude.

CONCLUSION

En conclusion, le thème abordé a permis d'établir plusieurs constatations.

Tout d'abord, la peau noire a suscité de nombreuses recherches et interrogations auprès de dermatologues afin de lister les différences notoires avec la peau blanche. Les dermatoses tropicales sont plus observées chez les patients Africains d'Afrique noire, et sont ainsi plus référencées en dermatologie tropicale. Mais à notre échelle de dermatologie de comptoir, il est déjà possible de diagnostiquer certaines pathologies : l'eczéma, l'acné, le psoriasis, la dermatite atopique, la gale, la varicelle...

L'enquête menée en Haute-Normandie m'a permis à la fois d'être rassurée du fait que certains pharmaciens y aient vu de l'intérêt. Pourtant ils demandaient à avoir plus d'informations concernant ce type de peau, ainsi j'espère que mon travail leur sera utile. Cependant, certains n'ont pas osé répondre justifiant l'absence de Noirs dans leurs officines, ce que j'ai trouvé regrettable car le questionnaire visait aussi à avoir leur avis. Je pense que l'étude pourrait être complétée par une enquête approfondie dans les pharmacies ayant déclaré avoir une forte affluence de personnes à peau hyperpigmentée. A cette occasion, un questionnaire destiné aux patients permettrait d'effectuer une étude complète.

J'ai été ravi d'élaborer ce travail, car il m'a enrichi et m'a permis de répondre à différentes questions, à faire découvrir l'aspect culturel des habitudes afro-cosmétiques et à se rendre compte de l'importance de dérives chez cette population, telle que la dépigmentation volontaire. A ce titre, les pharmaciens grossistes répartiteurs peuvent opérer des mesures de retraits ou d'annulation de commandes importantes ou aberrantes de certaines spécialités pharmaceutiques telles que les dermocorticoïdes.

Le marché ethno-cosmétique est florissant, des gammes tout public telles que Garnier®, Franck Provost®, Mixa® proposent des produits à base de karité ou d'autres huiles végétales, rendant plus accessibles le soin aux peaux noires. Si les pharmacies s'intéressaient à ce marché, pourrait-on y voir une possible concurrence ?

L'intérêt qu'il faut porter aux peaux hyperpigmentées est indispensable et le pharmacien en s'y penchant, sera à la fois en mesure de répondre aux attentes des patients noirs et constituera une référence cosmétique en officine. Ce qui le rend digne de confiance.

Il pourrait être possible de proposer à la faculté un enseignement destiné à ce type de peau, mais en approfondissant au préalable l'enseignement dermatologique général, nous en sommes conscients.

LEXIQUE

ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AHA : α -hydroxy-acides : acide de fruits

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DOM TOM : Départements et Territoires d'Outre-Mer

DV : Dépigmentation volontaire.

HCG : Hormone Chorionique gonadotrope

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

SPF : *Sunburn Protection Factor* en anglais, ou IP en français qui correspond à l'indice de protection solaire

UEM : Unité Epidermique de Mélanisation

UV : ultraviolets (rayons)

MOTS

A

Alcalinité (alcalin) : en pH-métrie, caractère de toute substance ou milieu ayant un pH basique, c'est-à-dire compris entre 7 et 14.

Achromie : décoloration totale de la peau avec absence de pigmentation.

Acral : en dermatologie, adjectif désignant à la fois la tête, les coudes, les mains, les genoux et les pieds.

Acrosyndrome : trouble vasomoteur des extrémités.

Alopécie : état capillaire décrivant un cuir chevelu exempt de follicules pileux. Cet état peut être sous dépendance hormonale (alopécie androgénique).

Anaérobie : milieu de vie et de prolifération de tout microorganisme en l'absence d'oxygène.

Angiome : tumeur bénigne des vaisseaux sanguins du derme, qui s'agglomèrent en laissant sur le territoire cutané, une tache rouge plane appelé aussi communément « tache de vin ».

Antifongique/antimycosique : se dit de toutes les substances et produits utilisés visant à réduire l'infection par les champignons (=les mycoses).

Antihistaminique : molécule qui réduit la réaction histaminique, c'est-à-dire l'ensemble des processus physiologiques exprimés en cas d'allergie (rencontre de l'allergène).

Antimitotique (action) : caractère de toute substance antagoniste du processus de mitose cellulaire (ou multiplication cellulaire).

Argyrisme : intoxication par l'argent.

Atopie ou état atopique : prédisposition héréditaire à développer des manifestations d'hypersensibilité immédiate ainsi que diverses manifestations allergiques.

Auto-immune (maladie) : état pathologique dû à la production par un organisme d'anticorps agissant à l'encontre de ses propres constituants.

B

Bacille : bactérie en forme de bâtonnet, par opposition aux cocci ou coques (rondes) ou aux spirochètes (spiralées).

C

Carcinome : tumeur maligne développée aux dépens des tissus épithéliaux.

Chélation : processus physico-chimique au cours duquel est formé un complexe entre un ligand (le chélateur) et un atome (ou cation) métallique qui est dit chélaté.

Chloasma : ensemble de taches brunes sur la peau du visage, apparaissant pendant la grossesse et formant notamment le masque de grossesse.

Circinée (forme) : se dit des lésions de la peau groupées en forme circulaire, dont le centre est souvent intact.

Comédogène : en dermo-cosmétique, se dit d'un produit dont la formulation provoque la formation de comédons ou « points noirs ».

Coolie : terme désignant au XIX^e siècle, des travailleurs d'origine asiatique (Inde et Chine) dont la main d'œuvre était nécessaire après l'abolition de l'esclavage aux Antilles notamment; aujourd'hui ce terme désigne une personne ayant un phénotype indo-chinois.

Cystéine : acide aminé soufré constitutif de nombreuses protéines dont la kératine et capable de former des ponts disulfures par oxydation de son groupement thiol –SH.

D

Dermatophytie : infection de la peau, du cuir chevelu ou des ongles, dues à des champignons microscopiques filamenteux : les dermatophytes (genre *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton*).

Desquamation : élimination normale ou pathologique de la couche cornée de la peau.

Distale : se dit de la partie d'un organe, ou d'un membre, qui est la plus éloignée d'un organe de référence ou du tronc.

DOPA : 3,4 *didhydroxyphénylalanine*, acide aminé précurseur de la dopamine en neurologie (neurotransmetteur du plaisir, de la récompense) ; et en dermatologie la DOPA est substrat de la tyrosinase pour former la DOPA quinone.

DRESS Syndrome : *Drug Reaction (ou Rash) with Eosinophilia and Systemic Symptoms* en anglais : Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse en français. Syndrome survenant suite à l'exposition à un médicament et qui rassemble : une éruption cutanée généralisée, une fièvre élevée, des troubles hématologiques (éosinophilie et lymphocytose), une atteinte viscérale et parfois une réactivation du virus de l'herpès.

Dyschromie : anomalie de pigmentation cutanée (pigmentation excessive ou insuffisante, localisée ou généralisée).

E

Elastose (solaire) : expression cutanée de la survenue de rides ; les fibres élastiques du derme superficiel se raréfient et l'élastine se fragmente. L'élastose solaire survient après exposition prolongée au soleil.

Elastine : protéine fibreuse sécrétée par les fibroblastes du derme.

Electrocoagulation : technique d'électrochirurgie utilisant la chaleur dégagée par un courant électrique pour obtenir une coagulation locale.

Emollient : substance ayant la propriété de relâcher, détendre, adoucir et amollir la peau et/ou les tissus de l'organisme.

Endémique (zone) : se dit d'un phénomène économique ou social néfaste, qui sévit en permanence.

Eosinophilie : augmentation du nombre de polynucléaires éosinophiles dans le sang (globules blancs marqueurs notamment de phénomènes allergènes).

Epistaxis : saignement de nez.

Erythémato-squameuse (plaque ou dermatose) : maladie cutanée caractérisée par un érythème surmonté de squames, fines lamelles qui se détachent.

Exanthème : éruption sur la peau (par opposition à l'énanthème), rouge et diffuse, accompagnant certaines maladies infectieuses (rubéole, scarlatine, rougeole, etc...).

Exérèse : intervention chirurgicale consistant à retirer de l'organisme un élément qui lui est nuisible ou inutile.

Exfoliant : ou « gommage », est un produit cosmétique qui sert à éliminer les cellules mortes de l'épiderme.

F

Fibrome : tumeur bénigne non cancéreuse du tissu conjonctif fibreux. Le plus courant est le fibrome utérin ou léiomyome utérin œstrogène-dépendant.

Fluoroquinolones : classe thérapeutique d'antibiotiques caractérisés par une fonction fluor et inhibant le génome bactérien.

Folliculite : inflammation d'un ou plusieurs follicules pileux formant une papulo-pustule ; la forme la plus courante est due au staphylocoque doré.

G

Granulomateuse (réaction) : formation de granulomes : petites papules érythémateuses ou tumeurs vasculaires inflammatoires, qui apparaissent sur la peau, des muqueuses ou des organes internes.

H

Hétéroside (flavonique) : glucide formé par la combinaison d'un ose ou d'un holoside avec un composé non glucidique (=l'aglycone). Un hétéroside flavonique possède un aglycone dérivé des flavonoïdes.

Hygrométrie : en météorologie, étude de l'humidité de l'air, quantité de vapeur d'eau dans l'air humide sans prendre en compte l'eau sous forme liquide ou solide.

Hypertrophie : augmentation de volume ou développement trop important d'un organe, d'un tissu ou d'une cellule due à des altérations de son fonctionnement.

Hypoesthésie : baisse de la perception d'un ou différents types de sensibilité.

I

Ichtyose : dermatose congénitale caractérisée par une peau sèche, rugueuse, épaisse et squameuse, évoquant dans les formes graves celle d'un poisson ou d'un reptile. L'ichtyose épargne la face, les plis, les paumes des mains et les plantes des pieds.

Idiopathique : adjectif désignant le caractère inconnu de la survenue d'une pathologie.

Inguinal (inguinaux) : adjectif relatif à l'aîne, région anatomique entre l'abdomen et la cuisse.

Intertrigo : infection cutanée siégeant aux plis de la peau (aine, aisselle, espaces interdigitaux palmaires et plantaires, nombril).

K

Karité : arbre de la famille des Sapotacées de l'Afrique tropicale, dont le fruit fournit un oléagineux comestible, le beurre de karité, succédané du beurre de cacao.

Kératose ou hyperkératose ou kératodermie : hypertrophie importante de la couche cornée de l'épiderme, au cours de diverses affections (verruques, ichtyoses, etc...)

Kératolytique : se dit d'une substance médicamenteuse ou non qui élimine la couche de kératine de la peau.

L

Lentigo : lésion plane et arrondie, bien circonscrite, de quelques mm de diamètre d'une couleur variant du brun au noir, due à une augmentation localisée du nombre de mélanocytes. Le diagnostic différentiel avec le nævus est difficile à établir. Il existe le lentigo sénile et le lentigo malin.

Leucœdème (oral ou buccal) : lésion grisâtre-blanche des muqueuses orales sans rapport avec une leucoplasie, les enfants et adolescents peuvent être touchés parmi les populations noires américaines. D'étiologie inconnue, il a été suggéré que leucœdème se développe dans les zones d'irritation locale.

Leucomélanodermie : trouble de la pigmentation cutanée, consistant en des taches blanches achromiques cerclées d'une zone hyperpigmentée. Elle s'observe, notamment dans le vitiligo et la syphilis secondaire.

Lyell (syndrome) : état dermatologique potentiellement léthal, d'induction médicamenteuse, aboutissant à la nécrose des kératinocytes. C'est une dermatose bulleuse avec décollement épidermique, fièvre, atteinte des muqueuses possible et sensation de brûlures.

Lysosomiale (dégradation) : cette dégradation enzymatique s'effectue au sein des lysosomes, qui sont des organites cellulaires chargés de digérer les macromolécules.

M

Macule : tache rouge, plate, de dimension variable, qui disparaît sous la pression du doigt.

Malaire (zone) : zone de la joue, de la pommette.

N

Nævus (nævi pluriel) : communément appelé point ou grain de beauté, malformation circonscrite de la peau, plate ou en relief, d'origine embryonnaire. Certains sont susceptibles d'évoluer en mélanome.

Nasogénien ou naso-génien (sillons) : qui relie le nez au menton.

Neuropathie : terme englobant l'ensemble des affections du système nerveux périphérique.

Névrite : inflammation d'un ou de plusieurs nerfs.

Nodule : en dermatologie, lésion cutanée ou muqueuse bien délimitée, de forme approximativement sphérique et palpable.

O

Œstrogènes : hormones sexuelles féminines dont le taux fluctue chez la femme selon le cycle menstruel et pouvant exacerber certaines affections hormono-dépendante (acné, cancers hormono-dépendants...).

P

Papule : bouton surélevé à la surface de la peau, constitué par une infiltration du derme superficiel (exemple : acné, psoriasis...).

Petrolatum : produit semi-solide constitué essentiellement des cires microcristallines associées à des quantités relativement importantes d'huiles minérales. En les purifiant, on obtient les vaselines.

Phosphorylation : en biochimie adjonction d'un groupe phosphoryl (PO₃)₂ à une molécule.

Piébaldisme : affection autosomique dominante. Albinisme partiel se décrivant par une achromie triangulaire ou losangique frontale avec mèche blanche frontale.

Polyadénopathie : affection des ganglions lymphatiques, d'origine inflammatoire, infectieuse ou tumorale, ayant une multi-localisation.

Prétragienne (zone) : zone située en avant du tragus c'est-à-dire en avant de la région qui part de l'avant du conduit auditif externe jusqu'au bord externe de l'oreille.

Prurit/prurigineuse : sensation naissant dans la peau et entraînant une envie de se gratter.

Pustule : pus, soulèvement circonscrit de l'épiderme contenant un liquide purulent (exemple : impétigo, acné, chancre...).

PUVA-thérapie : photochimiothérapie associant un médicament : le psoralène, agent mutagène, et une photothérapie : le rayonnement ultraviolet de type A (UVA). Leur association provoque l'apoptose cellulaire. Ce traitement permet de soulager temporairement les malades atteints de vitiligo par exemple, mais de façon temporaire.

R

Rachitisme : maladie de l'enfant, due généralement à une carence en vitamine D, caractérisée par une insuffisance de minéralisation des os et des déformations.

S

Saprophyte : se dit d'un organisme capable de se nourrir de toute matière organique inerte, et qui n'est généralement pas pathogène de l'Homme.

Scabiose : autre appellation de la gale.

Sébostatique : se dit d'une substance ou formulation qui réduit ou *régule* la production de sébum.

Sérologie : étude des sérums et des variations ou modifications de leurs propriétés (notamment de leurs particularités immunitaires) au cours des maladies.

T

Téguments : tissu ou ensemble des tissus recouvrant et enveloppant un organisme vivant, peau de l'homme.

Tératogénicité : au cours du premier trimestre de grossesse (pendant l'organogénèse), caractère de ce qui entraîne la malformation du fœtus.

Tolérance : adaptation de l'organisme à supporter des doses d'une substance donnée sans manifester de signes d'intoxication.

Topique : forme galénique d'usage externe, qui agit uniquement à l'endroit où on l'applique, sur la peau ou les muqueuses.

W

Wood (lampe de) : en dermatologie, lampe utilisée pour diagnostiquer les mycoses cutanées. Son faisceau de lumière ultraviolet permet de détecter la présence de dermatophytes. Un test positif à la lampe de Wood s'exprime par une fluorescence.

X

Xérose : dessèchement de la peau dû à certaines pathologies (dermatite ou eczéma), à des carences vitaminiques (vitamine A), ou à des contacts avec des substances irritantes.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau 7 : Dermatoses recensées en milieu spécialisé dans différents groupes ethniques (Classées par ordre de fréquence décroissante) [5]

Région	États-Unis d'Amérique (1983)		États-Unis d'Amérique (1965)	Guadeloupe		Mali
Ethnies	Caucasiens	Afro-américains	Afro-américains	Afro-caribéens	Métropolitains	Africains
Dermatoses	Acné Eczéma Verrues Tumeurs bénignes	Acné Eczéma Dyschromies Dermite séborrhéique Alopécies	Dermatite atopique Mycose Acné Pityriasis rosé Eczéma Pyodermite Dermite séborrhéique Pomade acné Urticaire Verrues	Acné Mycoses Eczéma Dermite séborrhéique Dyschromies primitives Eczématides Pyodermite Prurigo Alopécies Verrues	Mycoses Acné Eczéma Verrues Nævus Dermite séborrhéique Kyste Pyodermite Dyschromies Dyschromies primitives Néoplasies actiniques	Eczéma Gale Mycoses Pyodermite Prurigo Acné Eczématide Kératodermie Urticaire Dermite irritative

Tableau 8 : Principales causes d'achromie et/ou d'hypochromie sur peau noire [5]

Causes d'achromie	Causes d'hypochromie	
Vitiligo	<i>Affections souvent hypochromiantes</i>	<i>Affections parfois hypochromiantes</i>
Nævus achromique		
Pièbaldisme	Eczématides	
Hypomélanose idiopathique en gouttes	Dermite séborrhéique	Sarcoïdose
Lupus discoïde	Dermatite atopique	Mycosis fongoïde
Lichen scléreux	Psoriasis (après guérison des plaques)	Pityriasis rosé de Gibert
Sclérodermie systémique	Pityriasis versicolor	Syphilis secondaire
Lichénification	Parapsoriasis en gouttes	Maladie de Darier (=dermatose papulokératosique folliculaire)
Onchocercose	Lichen striatus	
Tréponématoses endémiques	Lèpre	
Contacts avec dérivés phénoliques :	Verrues planes	
— Industrie	Application de topiques :	
— Hydroquinone	— Corticoïdes	
Albinisme	— Mercuriels	
Cicatrice (brûlure)	— Caustiques	
Achromie post-lésionnelle (affections bulleuses, ulcérations...)	Dyschromie créole	
	Hypochromie post-lésionnelle	

Tableau 9 : Principales causes d'hyperchromie sur peau noire [5]

Causes classiques d'hyperchromie (également possibles sur peau blanche)	Autres causes d'hyperchromie (uniquement sur peau noire)	
<p>Mélanodermies</p> <p>Mélasma¹</p> <p>Photo-dermatoses de contact (plantes, parfums,...)</p> <p>Causes médicamenteuses internes</p> <ul style="list-style-type: none"> — Erythème pigmenté fixe — Autres variétés de toxidermies : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Phénothiazines ✓ Minocycline ✓ Antipaludéens ✓ Antimitotiques ✓ Argyrisme* <p>Nævus de Becker</p> <p>Tache café-au-lait</p> <p>Mastocytose</p> <p>Dermite des chaufferettes</p> <p>Causes tumorales</p>	<p><i>Affections souvent hyperchromiantes</i></p> <p>Eczéma</p> <p>Prurigo</p> <p>Lichénification</p> <p>Dermite irritative</p> <p>Acné</p> <p>Dermatophyties</p> <p>Lichen plan</p> <p>Erythème polymorphe</p> <p>Lupus érythémateux</p> <p>Toxidermies</p> <p>Vascularite</p> <p>Dermatoses cendrée</p> <p>Lichen actinique</p> <p>Ochronose exogène</p>	<p><i>Affections parfois hyperchromiantes</i></p> <p>Psoriasis²</p> <p>Pityriasis rosé de Gibert</p> <p>Eczématides²</p> <p>Dermite séborrhéique²</p> <p>Tréponématoses : <ul style="list-style-type: none"> — Syphilis — Endémiques (pinta) </p> <p>Lèpre² (réaction de type I)</p> <p><i>Autres circonstances :</i></p> <p>Frottement chronique</p> <p>Cicatrice</p> <p>Hyperchromie post-lésionnelle</p>
<p>1. S'observe chez sujet masculin à peau pigmentée.</p> <p>2. Affections plus souvent hyperchromiantes.</p>		

ANNEXE 2

Tableau 10 : Classification des dermocorticoïdes

CLASSE I : Activité très forte

- Plaques limitées épaisses ou de la paume des mains et de la plante des pieds
(psoriasis, eczéma, lichénification, lichen plan...),
– cicatrice hypertrophique et chéloïde,
– pelade...

Principe actif	Spécialité	Forme galénique	Dose (%)
Clobétasol (propionate)	DERMOVAL[®], CLOBEX[®]	Crème, gel, shampoing	0,05
Bétaméthasone (dipropionate) + propylène glycol	DIPROLENE[®]	Pommade, crème	0,05

CLASSE II : Activité forte

- Eczéma de contact, dermatite atopique, lichénification, prurigo,
– psoriasis, lupus érythémateux discoïde,
– piqûre d'insecte...

Principe actif	Spécialité	Forme galénique	Dose (%)
Bétaméthasone (dipropionate)	DIPROSONE[®]	Crème, pommade Lotion	0,05
Bétaméthasone (valérate)	BETNEVAL[®]	Crème, pommade Lotion	0,1
Désonide	LOCATOP[®]	Crème	0,1
Diflucortolone (valérate)	NERISONE[®] NERISONE GRAS[®]	Crème, pommade Pommade	0,1
Difluprednate	EPITOPIC[®]	Crème, gel	0,05
Fluticasone	FLIXOVATE[®]	Crème Pommade	0,05 0,005
Hydrocortisone (acéponate)	EFFICORT[®]	Crème hydrophile Crème lipophile	0,127
Hydrocortisone (butyrate ou acéponate)	LOCOÏD[®]	Crème, crème épaisse pommade, lotion, émulsion	0,1

CLASSE III : Activité modérée

- dermatite atopique du visage, eczéma de contact,
– lésion des plis chez l'enfant, dermatite séborrhéique à l'exception du visage...

Principe actif	Spécialité	Forme galénique	Dose (%)
Bétaméthasone (valérate)	CELESTODERM RELAIS[®]	Crème	0,05
Désonide	LOCAPRED[®] TRIDESONIT[®]	Crème Crème	0,1 0,05
Difluprednate	EPITOPIC 0.02%[®]	Crème	0,02
Fluocortolone	ULTRALAN[®]	Pommade	0,025

CLASSE IV : Activité faible

- dermatite séborrhéique faciale, dermatite atopique ou eczéma de contact du visage et des paupières,
– piqûre d'insecte, d'orties, coup de soleil localisé...

Principe actif	Spécialité	Forme galénique	Dose (%)
Hydrocortisone	HYDRACORT[®] DERMASPRAID Démangeaisons[®]	Crème Crème, solution	0,05 0,05
Triamcinolone + solution alcoolique d'acide salicylique à 0,1%	LOCALONE[®]	Lotion	0,02

ANNEXE 3

Tableau 11 : Composition en actifs végétaux des principales gammes spécifiques répertoriées

Gammes	Actifs
Château Rouge®	<p><u>Savon exfoliant éclaircissant</u> : extrait de noyau d'abricot</p> <p><u>Gommage corps</u> : roche volcanique éclatée</p> <p><u>Lait de beauté adoucissant éclaircissant visage et corps</u> et <u>Lait de beauté ultra hydratant</u> : huile d'amande douce et glycérine</p> <p>Karité</p>
Phytospécific®	<p><u>Bain d'huiles</u> : huiles de Baobab, de Karité, de Ricin, de Roucou, de Karanja</p> <p><u>Shampoing et masque</u> : miel de Trèfle blanc, fleur de Mauve, fleur de miel et de Karité</p>
Kanellia®	Huile de carotte, de germe de blé, d'argan, d'avocat
Mela Aura®	<p><u>Gel moussant</u> : Extrait de rose,</p> <p><u>Gommage</u> : huile de Macadamia, bille de Jojoba, extrait d'Aloe Vera</p> <p><u>Lait corporel</u> : urée, extrait de Camomille, Aloe Vera, huile de germe de blé</p>
Cytolblack®	Huiles végétales de ricin, de pépin de raisin, de blé, d'amande douce, de soja, de tournesol, de mauve

ANNEXE 4 : PREPARATION DE KLIGMAN SELON CODEXIAL

[106]

« Cher Docteur,

Madame, Monsieur,

Notre préparation du mois est une préparation EFFASUN à base d'hydroquinone car l'efficacité de cette molécule dans les hyperpigmentations est largement démontrée (1, 2). L'hydroquinone est un 1,4 dihydroxybenzène dont l'utilisation est courante dans des domaines autres que pharmaceutiques pour son pouvoir antioxydant (photographie, imprimerie, alimentation) (3).

Dans le courant de l'année 2000, une directive européenne a interdit son usage dans les produits cosmétiques. En revanche, plusieurs spécialités médicamenteuses contenant 4 % d'hydroquinone existent, par exemple: Lustra (Lab. Taro – Canada) et Tri-Luma (Lab. Galderma - USA) mais aucune n'est à ce jour commercialisée en France, c'est pourquoi la préparation magistrale garde tout son intérêt.

L'hydroquinone inhibe l'action de la tyrosinase au niveau cutané (4). Les concentrations comprises entre 2 et 5 % sont les plus courantes et ont un rapport bénéfice/risque positif (5, 6). Effasun Hydroquin et Effasun Hydroquin Fluide sont des excipients spécifiques stabilisant pour l'hydroquinone qui s'oxyde facilement en présence d'eau, notamment au sein d'excipients non spécifiques.

Préparation Effasun du mois : Formule dépigmentante type trio de Kligman à 5 % d'hydroquinone :

Hydroquinone 1g

Hydrocortisone base 0,2 g

Acide rétinoïque 0,005g

Effasun Hydroquin Fluide qsp 20 g

La stabilité de cette préparation est de 60 jours à température ambiante sans ajout de stabilisant ou de solvant. Effasun Hydroquin Fluide est fourni avec un tube vide qui permet le conditionnement de la préparation magistrale dont le coût est d'environ 30 €.

Il est conseillé d'appliquer cette préparation non grasse en petites quantités le soir sur les zones pigmentées du visage ou du décolleté. Son efficacité apparaît en 2 à 3 semaines, elle est optimale entre 60 à 90 jours (7).

Les effets secondaires les plus couramment rencontrés (8-10) sont l'érythème (41 %), la desquamation (38 %) et la sensation de brûlure (18 %). Il est important de prévenir les patients de ces inconvénients qui peuvent nécessiter d'espacer les applications dans un premier temps. L'allergie de contact, la leucodermie, et

l'ochronose exogène notamment sur les peaux noires sont plus rares (11, 12). Bien que l'hydroquinone n'ait pas d'effet tératogène connu (6), la présence d'acide rétinoïque contre indique l'utilisation de cette préparation chez la femme enceinte.

Vous pourrez trouver des informations complémentaires concernant les préparations à l'hydroquinone sur notre site www.codexial-dermatologie.com ou en appelant notre nouveau service ALLOPREP au 03 83 41 38 38 où nous serons à votre écoute.

Pierre Treffel

Docteur en Pharmacie

Nos remerciements au service de Dermatologie de Besançon et au Dr Besnier pour nous avoir aidés à la rédaction de cette préparation du mois.

Références

1. Parvez S, Kang M.K, Chung H.S et al. Survey and mechanism of skin depigmenting and lightening agents. *Phytother. Res*, 2006, 20 : 921-934
2. Pathak M.A, Fitzpatrick T.B, Kraus E.W. Usefulness of retinoic acid in the treatment of melasma. *J Am Acad Dermatol*, 1986, 15 : 894-899
3. Bonnard N, Pillière F, Protois J.C et al. Fiche toxicologique Hydroquinone FT159, INRS, 2006
4. DeCaprio A.P. The toxicology of hydroquinone – relevance to occupational and environmental exposure. *Critical Reviews in Toxicology*, 1999, 29 : 283-330
5. O'Donoghue J.L. Hydroquinone and its analogues in dermatology – a risk/benefit viewpoint. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2006, 5 : 196-203
6. Levitt J. The safety of hydroquinone : a dermatologist's response to the 2006 Federal Register. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2007 ; 57 : 854-872
7. Taylor S.C, Torok H, Jones T et al. Efficacy and safety of a new triple-combination agent for the treatment of facial melasma. *Cutis*, 2003, 72 : 67-72
8. Barrientos N, Ortiz-Frutos J, Gomez E et al. Allergic contact dermatitis from a bleaching cream. *Am J Contact Dermat*, 2001, 12 : 33-34
9. Bentley-Phillips B, Bayles M.A. Cutaneous reactions to topical application of hydroquinone. Results of a 6-year investigation. *South African Medical Journal*, 1975, 49 : 1391-1395
10. Hardwick N, Van Gelder L.W, Van der Merve C.A et al. Exogenous ochronosis: an epidemiological study. *British Journal of Dermatology*, 1989, 120 : 229-238
11. Fisher A.A. Leukoderma from bleaching creams containing 2% hydroquinone. *Contact Dermatitis*, 1982, 8 : 272-273
12. Kramer K.E, Lopez A, Stefanato C.M et al. Exogenous ochronosis. *J Am Acad Dermatol* »

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX PHARMACIENS DE LA REGION HAUTE-NORMANDIE

CONSEILS APPLIQUES A LA PATHOLOGIE ET A LA COSMETIQUE DES PEAUX NOIRES

VOUS CONNAITRE...

- Etes-vous :
1. Une femme 2. Un homme
- De quand date votre diplôme ? :
1. < à 5 ans 2. Entre 5 et 10 ans
3. > à 10 ans 4. > à 20 ans
- Quel est votre code postal ?.....
- Localisation :
1. Rurale 2. Semi-rurale 3. Urbaine
4. Centre commercial 5. Centre-ville 6. Centre secondaire
7. Autre.....
- Avez-vous bénéficié d'une formation en dermo-cosmétologie depuis votre diplôme ? (exemple : DU de dermatologie...)
1. Oui, laquelle :..... 2. Non
- Si oui, avez-vous reçu un enseignement portant spécifiquement sur les peaux noires ?
1. Oui 2. Non
- Au sein de l'équipe officinale, quelqu'un possède-t-il une formation appropriée à la prise en charge des peaux noires en dermo-cosmétologie ? Si oui, précisez sa fonction :
1. Oui :..... 2. Non
- Combien de personnes à peau hyperpigmentée viennent, chaque mois, vous voir à l'officine pour un conseil dermato adapté ? (préciser si possible les saisons)
1. Aucune
2. Moins de 10 personnes
3. Entre 10 et 20 personnes
4. Plus de 20 personnes

PEAU NOIRE ET COSMETIQUE

- Connaissez-vous et proposez-vous des gammes de produits cosmétiques adaptées aux peaux noires et métissées ?
1. Oui 2. Non
- Si oui, lesquelles ?.....
.....
.....
.....
- Avez-vous remarqué qu'une gamme de produits «classique» satisfaisait des personnes noires ou métissées ?
- Si oui, la(les)quelle(s) ? 1. Non 2. Oui.....

- Selon vous, est-ce nécessaire de posséder une gamme ciblée sur ce type de peau ?
 1. Oui
 2. Oui, mais uniquement dans les zones où il y a une forte population noire et métissée
 3. Non, le conseil en dermatologie doit être identique quelle que soit l'origine ethnique
 4. Pourquoi pas
- Problème de la dépigmentation volontaire(DV) :
 - ✓ Etes-vous attentifs à ce phénomène ? 1. Oui 2. Non
 - ✓ Quelle serait ou quelle a été votre attitude ?
 - Alerter le médecin prescripteur de dermocorticoïdes
 - Informer les patients des effets délétères
 - ✓ Saviez-vous qu'il existe un marché de produits cosmétiques contrefaits à base de dermocorticoïdes? 1. Oui 2. Non

PEAU NOIRE ET ENVIRONNEMENT

- Lors d'un conseil en dermatologie pour une peau noire, prenez-vous en compte :
 1. Le type de peau (sèche, grasse...)
 2. L'origine ethnique (peau hyperpigmentée) ?
- Selon vous, la protection solaire d'un sujet noir est-elle nécessaire ?
 1. Oui
 2. Non
 3. Oui, si le sujet est plutôt clair de peau
- Lors d'un conseil, êtes-vous attentifs au problème de l'adaptation environnementale de ces peaux habituées à l'origine à un climat tropical ?
 1. Oui
 2. Non
- Prenez-vous en compte la perte d'adaptation de ces sujets qui vont retourner dans leur pays d'origine par exemple à l'occasion de vacances ?
 1. Oui
 2. Non

DERMATOSES ET PEAUX NOIRES

— Parmi les pathologies dermatologiques courantes suivantes, quelles sont celles auxquelles vous avez été confronté? Et lesquelles vous ont posé des problèmes ? (cochez pour répondre oui)

	Erythème	Eczéma	Acné	Gale	Rougeole	Varicelle
Déjà confronté						
Avez-vous su l'identifier/le déterminer ?						
Aviez-vous su apporter des conseils associés						

— Y a-t-il d'autres dermatoses que vous auriez rencontrées sur ce type de peau ?

QUESTIONS SUR LES PEAUX NOIRES

— Avez-vous des questions particulières concernant la prise en charge des dermatoses sur peau noire ou métissée? (peau glabre et phanères)

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Couches épidermiques et kératinisation [69]	11
Figure 2 : Schéma de la peau [70]	15
Figure 3 : Unité Epidermique de Mélanisation [23].....	17
Figure 4 : Noyau indole 5-6 quinone [71]	17
Figure 5 : Biosynthèse des mélanines [72]	20
Figure 6 : Production et transfert des mélanosomes [24]	21
Figure 7 : Jeune garçon albinos [74]	27
Figure 8 : Adolescent albinos [73]	27
Figure 9 : Schéma comparatif de la mélanisation sur peau clair et peau sombre [59]	30
Figure 10 : Différence de pigmentation entre peau blanche et peau noire [23]	31
Figure 11: Ligne de Voigt au niveau des membres inférieurs [83]	33
Figure 12: Pigmentation gingivale brun-ardoisée [25]	34
Figure 13 : Tache mongolique sur un bébé Blanc [54]	35
Figure 14 : Tache mongolique exprimée sur un bébé noir [55].....	35
Figure 15 : Tache mongolique sur le dos d'un nourrisson [84].....	35
Figure 16 : Allergie au soleil sur peau noire en été.....	38
Figure 17 : Jumeaux nés d'un couple mixte et ayant deux carnations différentes [75]	39
Figure 18 : Dermatosis papulosa nigra chez Morgan Freeman [77]	40
Figure 19 : Dermatosis papulosa nigra sur le visage [58].....	41
Figure 20 : Dermatosis papulosa nigra du décolleté [76]	41
Figure 21 : Chéloïde située derrière l'oreille [57]	42
Figure 22 : Chéloïdes importantes en « galette » [56].....	42
Figure 23 : Cicatrices chéloïdes sur peau noire [85]	42
Figure 24 : Chéloïde sur peau blanche [37]	42
Figure 25 : Kératodermie ponctuée palmaire [25]	44
Figure 26 : Aihnum situé sur le petit orteil [18].....	45
Figure 27 : Pseudo-aihnium par neuropathie alcoolique [18]	45
Figure 28 : Pseudo-aihnium par neuropathie carencielle [18].....	45
Figure 29 : Pseudofolliculite de la barbe avec lésions hyperpigmentées [86]	46
Figure 30 : Boutons et poils incarnés au niveau de la joue [86]	46
Figure 31 : Schéma de la formation d'un poil incarné [2].....	47
Figure 32 : Acné chéloïdienne de la nuque s'étendant au niveau du cuir chevelu [87].....	48
Figure 33 : Vitiligo sur peau blanche [78]	51
Figure 34 : Vitiligo sur peau noire [79]	51
Figure 35 : Vitiligo des membres inférieurs sur peau noire [78]	51
Figure 36 : Eczématides achromiantes des joues [52].....	52
Figure 37 : Zones d'hypopigmentation sur les ailes du nez [53].....	55
Figure 38 : Dermate séborrhéique localisée en haut du bras [53]	55
Figure 39 : Lèpre tuberculoïde avec lésion maculeuse hypochromique bien limitée anesthésique [49].....	58
Figure 40 : Lèpre lépromateuse : lésions infiltrées à type de micronodules du visage (micro-lépromes) [49].....	58
Figure 41 : Onchocercose et « peau de léopard » caractéristique [47]	59
Figure 42 : Nodules péri-articulaire au coude chez un enfant atteint de pian [48]	59

Figure 43 : Pytíriasis versicolor sur peau noire, taches hypopigmentées [51]	60
Figure 44 : Sur peau blanche, taches hyperpigmentées [50]	61
Figure 45 : Acné cortisonique [46]	68
Figure 46 : Mécanisme d'action des dépigmentants sur la mélanogénèse [9]	69
Figure 47 : Cicatrices acnéiques laissant des marques hyperpigmentées [45]	71
Figure 48 : Eczéma péri-buccal [44]	79
Figure 49 : Pytíriasis rosé de Gibert sur peau pigmentée [89]	82
Figure 50 : Pytíriasis rosé de Gibert sur peau blanche avec macules rosées [88]	82
Figure 51 : Sillons scabieux sur la plante des pieds d'en nourrisson Africain [40]	82
Figure 52 : Lichen plan sue l'avant-bras [43]	83
Figure 53 : Rougeole sur peau noire [64]	84
Figure 54 : Rougeole sur peau blanche [65]	84
Figure 55 : Faciès pleurard [82]	84
Figure 56 : Varicelle importante chez un enfant noir [39]	85
Figure 57 : Varicelle chez un nourrisson Blanc [36]	85
Figure 58 : Varicelle au stade terminal chez une femme adulte métisse [38]	86
Figure 59 : Ochronose exogène sur le visage [68]	87
Figure 60 : Ochronose exogène sur le bras d'une Africaine [61]	87
Figure 61 : Expression d'un mélasma chez deux femmes noires de carnation différente [63]	88
Figure 62 : Syndrome de Lyell*, forme bulleuse avec décollement épidermique [42]	91
Figure 63 : Sarcôïdose : papules hyperchromes siégeant au niveau du visage [41]	92
Figure 64 : Cicatrice après chirurgie mammaire [60]	93
Figure 65 : Vergetures sur peau noire [27]	95
Figure 66 : Coupe transversale schématique du cheveu [31]	97
Figure 67 : Schéma de la croissance du cheveu [33]	98
Figure 68 : Teigne tondante à grandes plaques [32]	100
Figure 69 : Teigne à Trichophyton soudanense [32]	100
Figure 70 : Anatomie de l'ongle [67]	101
Figure 71 : Mélanonychies longitudinales [22]	103
Figure 72 : Publicité pour fond de teint destiné aux peaux noires [35]	105
Figure 73 : Nelson Mandela âgé de 94 ans le 26 février 2012 [34]	108
Figure 74 : Classification d'André Walker [28]	113
Figure 75 : Alopécie de traction chez une femme adulte [66]	117
Figure 76 : Alopécie de traction chez une fillette [30]	117
Figure 77 : Pose d'un tissage [29]	118
Figure 78 : Avant [29]	119
Figure 79 : Après [29]	119
Figure 80 : Erykah Badu, chanteuse afro-américaine [80]	120
Figure 81 : Lauryn Hill [81]	120
Figure 82 : Proportion de pharmaciens ayant répondu	126
Figure 83 : Proportion des pharmaciens en fonction de l'expérience professionnelle	127
Figure 84 : Proportion de pharmaciens ayant reçu une formation dermatologique spécialisée	127
Figure 85 : Connaissances dermatologiques en fonction de l'expérience professionnelle	128
Figure 86 : Localisation des pharmaciens enquêtés	129
Figure 87 : Corrélation des connaissances dermatologiques et de la localisation	129
Figure 88 : Proportion de l'affluence de la population noire	130

Figure 89 : Corrélation de l'affluence des patients Noirs et leur localisation	131
Figures 90a et 90b : Profil d'affluence en zone rurale et semi-rurale.....	131
Figure 91a, 91b et 91c : Profil d'affluence en zone urbaine, en centre commercial et en centre-ville	132
Figure 92a, 92b et 92c : Profil d'affluence en centre secondaire, en quartier, en PUI et banlieue.....	132
Figure 93 : Affluence de 10 à 20 personnes par mois.....	133
Figure 94 : Affluence de plus de 20 personnes par mois	133
Figure 95 : Connaissance des pharmaciens en ethno-cosmétique	134
Figure 96 : Intérêt à proposer une gamme de produits spécifiques.....	135
Figure 97 : Nécessité d'avoir un produit de gamme spécifique en fonction de la localisation	136
Figures 98a, 98b, 98c, 98d : Localisation des pharmacies selon chaque proposition	137
Figure 99 : Gammes spécifiques connues des pharmaciens.....	138
Figure 101 : Soins capillaires Organic Root® [62]	141
Figure 100 : Kit de défrisage Phytospécific® [26]	141
Figure 102 : Gammes classiques utilisées par les personnes noires selon les pharmaciens.....	142
Figure 103 : Observation du phénomène de dépigmentation volontaire et de la localisation.....	143
Figure 104 : Affluence supérieure à 10 personnes et DV	144
Figure 105 : Pharmaciens et connaissance en produits de contrefaçon	144
Figure 106 : Attitude du pharmacien face à la pratique de la dépigmentation volontaire	145
Figure 107 : Nature du conseil dermatologique sur peau hyperpigmentée	146
Figure 108 : Utilité d'une protection solaire sur peau noire.....	146
Figure 109 : Prise en compte de l'adaptation environnementale lors d'un conseil sur peau noire	147
Figure 110 : Proportions des dermatoses communes rencontrées sur peau noire	148
Figure 111 : Prise en charge des pathologies courantes au comptoir	149

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des mélanocytes en fonction des différents territoires cutanés	18
Tableau 2 : Evolution du mélanosome au cours de la mélanogénèse	20
Tableau 3 : Phototypes [4]	37
Tableau 4 : Dénombrement de la population par nationalité en Haute-Normandie [90]	123
Tableau 5 : Données concernant les pharmaciens de la section A en Haute-Normandie [98]	126
Tableau 6 : Données concernant les pharmaciens de la section D en Haute-Normandie [98]	127
Tableau 7 : Dermatoses recensées en milieu spécialisé dans différents groupes ethniques (Classées par ordre de fréquence décroissante) [5]	156
Tableau 8 : Principales causes d'achromie et/ou d'hypochromie sur peau noire [5]	156
Tableau 9 : Principales causes d'hyperchromie sur peau noire [5]	157
Tableau 10 : Classification des dermocorticoïdes.....	158
Tableau 11 : Composition en actifs végétaux des principales gammes spécifiques répertoriées	159

BIBLIOGRAPHIE

Livres

1. DUBOIS J., *La Peau : de la santé à la beauté Notions de dermatologie et de dermo-cosmétologie*, Privat, 2007
2. FITOUSSI C., *Peau noire : cosmétologie et dermatologie*, Josette Lyon, 2007-2008
3. FITOUSSI C., SULIMOVIC L. *DERMATOLOGIE SUR PEAU NOIRE Dermatologie sur peau noire en France métropolitaine*, Médecine-Sciences Flammarion, 2003
4. LEVACHER C., MELISSOPOULOS A. *La peau : structure et physiologie*, Ed. Tec et Doc : Lavoisier, 2012
5. MAHE A. *Dermatologie sur peau noire*, Doin, 2000
6. MENCE N. Chapitre 9 – La peau. In Anatomie, physiologie, biologie : abrégé d'enseignement pour les professions de santé. 3^e édition en français traduite de la 5^e édition allemande. Maloine. 2006
7. VITAL DURAND D., LE JEUNNE C., DOROSZ P. *Guide pratique des Médicaments*, 32^e édition. Maloine, 2013

Thèses

8. LALLEMAND S. *Cosmétologie des peaux noires : état des lieux*. UFR Pharmacie, Marseille, 2009
9. LOKO G. *Utilisation détournée des corticoïdes dans le blanchiment des peaux noires*. UFR Pharmacie, Tours, 2001
10. PREIRA O. *Peau noire : caractéristiques, dyschromies et problème de la dépigmentation volontaire*. UFR Pharmacie Rouen, 2009

Reuves

11. 2008. *Ann Dermatol Venerol*, 135 (3)
12. MORAND JJ. LIGHTBURN E. *Peau noire*. EMC- Dermatologie 2001 : 1-29 [Article 98-850-A-10]
13. CABOTIN P. *Dermatologie sur peau noire*. EMC- AKOS (traité de médecine) 1988 : 1-6 [Article 2-0745]
14. MORAND JJ. LIGHTBURN E. *Dermatologie des peaux génétiquement hyperpigmentées (dites « peaux noires »)*. EMC- Dermatologie. 2009 : 1-16 [Article 98-850-A-10]
15. CABOTIN PP. *Cosmétologie de la peau noire*. EMC-Cosmétologie et Dermatologie esthétique. 2000 ; 7(1) : 1-3 [Article 50-220-I-10]

16. PETIT A. Considération sociopsychologiques utiles à la pratique dermatologique sur peau noire. EMC-Cosmétologie et Dermatologie esthétique 2011 : 1-5 [Article 50-110-A-20]
17. JEANMOUGIN M. Peau et soleil. EMC –Cosmétologie et Dermatologie esthétique 2000 : 1-8 [Article 50-060-A-10]

Articles

18. MORAND JJ, LIGHTBURN E. (2002). Aihnum et Pseudo-aihnium : panorama clinique et hypothèses étiopathogéniques. Méd trop, 62 : 166-170.
<http://www.revuemedecinetropicale.com/166-170-co-morand.pdf>, consulté le 24/07/2012
19. MORAND JJ (2008) Couleurs de peau, variétés pilaires et diversités phénotypiques : races, ethnies, populations dans la littérature médicale. Méd trop 68 : 213-214.
20. CEDEF (Collège des Enseignants en Dermatologie de France) 2001. Cours sémiologie http://document.cedef.org/enseignement/cours_semiologie/CEDEF_semiologie_ungueale.pdf consulté le
21. *Dermatologie sur peau noire.* www.epu-b.net/.../Dermatologie%20sur%20peau%20noire%20bats%20janvier%20201.pdf

Figures

22. Dr Sophie VERCAMBRE-DARRAS Dermatologue Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer Les pathologies de l'ongle [en ligne]. Disponible sur : www.extpdf.com/dermatologie-atlas-pdf.html
23. Blog. Alimentation et pigmentation. Mécanisme de pigmentation de la peau [en ligne]. Disponible sur : <http://tpe-peau-alimentation.e-monsite.com/pages/alimentation-et-pigmentation/1-2-le-mecanisme-de-pigmentation-de-la-peau.html>
24. Dematice. Histologie de l'appareil tégumentaire. Mélanocyte et mélanogénèse [en ligne]. Disponible sur : <http://www.dematice.org/ressources/DCEM2/histologie/HISTOLOGIE%20DE%20L'APPAREIL%20TEGUMENTAIRE/Web/co/Contenu1-1-2.html>
25. MORAND JJ, LIGHTBURN E. (2002). Particularités des peaux génétiquement pigmentées. Dermatologie tropicale p395-400 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.pathexo.fr/index.php>
26. Google. Phytospecific phytorelaxer index 1 défrisage permanent cheveux fins [en ligne]. Disponible sur : https://www.google.fr/shopping/product/3259024471340791063?q=phytospecific&sqi=2&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.52164340,d.bGE,pv.xjs.s.en_US.CQsooEYev9Y.O&biw=1438

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1773035X13721312>
&bih=677&dpr=1&tch=1&ech=1&psi=EBc3UsqFO8PJ4ASr0oDwAw.1379342096718.3&sa=X&ei=HBc3Urr0H8aUswbqn4Ag&ved=0CFUQ8glwAA

27. Institut de beauté « Alex Sander ». Vergetures, La radiofréquence **[en ligne]**. Disponible sur : <http://alexsander.ch/fr-services-Vergeture/>
28. Longs cheveux. La beauté & la santé au naturel. Type de cheveux et classification d'André Walker **[en ligne]**. Disponible sur : <http://longscheveux.blogspot.fr/2012/09/type-de-cheveux-et-classification.html>, consulté le
29. Zigili Africa salon de coiffure afro. Nos techniques de tissage **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.zigilli-africa.fr/tissage.html>
30. Nappy party. Aimer sa chevelure crépue est aussi un acte militant. Alopecie chez les enfants **[en ligne]**. Disponible sur : <http://nappyparty.blogspot.fr/2011/05/alopecie-chez-les-enfants.html>
31. Couronne de coton. Cheveux abîmés : les causes **[en ligne]**. Disponible sur : <http://couronnedecoton.wordpress.com/category/definir-ses-cheveux/>
32. Science direct. Les teignes du cuir chevelu **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1773035X13721312>
33. Depilar system™. Faits sur la croissance des cheveux **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.depilarsystem.eu/fr/hair_growth.html
34. Parole en archipel. Nelson Mandela sourit et fête ses 95 ans à l'hôpital en famille **[en ligne]**. Disponible sur : <http://parolenarchipel.com/2013/07/18/nelson-mandela-sourit-et-fete-ses-95-ans-a-lhopital-en-famille/>
35. Ebène-cosmétique. Soins et maquillage peaux noires **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.ebenecosmetique.fr/>
36. Le Royaume des tout petits et de leurs parents. La varicelle chez l'enfant **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.liledesenfants.com/2013/05/13/la-varicelle-chez-lenfant/>
37. Anne-Sophie Delepouille. Mon pharmacien au cœur de ma santé. Cicatrices et réparation cutanée **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.pharmaciedelepouille.com/cicatrices-reparation-cutanee.htm>
38. Blogorama. Mon bébé blog **[en ligne]**. Disponible sur : <http://mitesorito.monbebeblog.com/763045/petite-photo-de-la-varicelle-de-maman-o-stade-presk-guerit/>
39. Wikimedia commons. Varicelle importante chickenpox **[en ligne]**. Disponible sur : http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Varicelle_importante_chickenpox_.jpg

40. Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble. Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculoses **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/parasitomyco/parasito/79/lecon79.htm>
41. Science direct. EMC-Dermatologie-Cosmétologie. Manifestations cutanée de la sarcoïdoses **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762569605000168>
42. Mohamed Denguezli. Atlas de dermatologie. Le syndrome de Lyell **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.atlas-dermato.org/atlas/lyellfin.htm>
43. Santé Sans Passeport. Lichen plan **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.santesanspasseport.fr/>
44. Beauté click and co. Mon bébé ou enfant à peau noire ou métissée **[en ligne]**. Disponible sur : <http://beauteclickandco.typepad.com/mon-blog/2013/02/moi-b%C3%A9b%C3%A9-ou-enfant-%C3%A0-peau-noire-et-m%C3%A9tiss%C3%A9e.html>
45. Grioo. L'info prend forme. Le revers de la peau grasse des peaux noires et métissées (brillance, acné...) **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.grioo.com/info9671.html>
46. Beauty-licieuse. Acné chez l'adulte **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.beautylicieuse.com/2010/08/acne-chez-ladulte.html>
47. Dermaamin. Atlas of dermatology. Parasitose onchocercose **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.dermaamin.com/site/atlas-of-dermatology/15-p/1236-parasitose-onchocercose---.html>
48. Wikipédia L'encyclopédie libre. Pian (médecine) **[en ligne]**. Disponible sur : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Pian_\(m%C3%A9decine\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pian_(m%C3%A9decine))
49. Science direct. Revue Francophone des Laboratoires. Le diagnostic de la lèpre **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1773035X11709005>
50. Médiclick Galerie DERMATO. Pityriasis Versicolor **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.mediclickstudio.net/site/lconographie/image.php?doss=DERMATO&zoom=Pytyriasis%20Versicolor.jpg&tri=date&page=1&PHPSESSID=331eaa3326c96ebdbdb6039a1bc18971>
51. Patient.co. Pityriasis versicolor **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.patient.co.uk/health/pityriasis-versicolor-leaflet>
52. Université Bordeaux Segalen. Apprentoile **[en ligne]**. Disponible sur : https://www.google.fr/#gs_rn=14&gs_ri=psy-ab&tok=F10GaXTBTsicS-YGEV53jQ&pq=ecz%C3%A9matides&cp=24&gs_id=1g&xhr=t&q=ecz%C3%A9matides+achromiantes&es_nrs=true&pf=p&scient=psy-ab&oq=ecz%C3%A9matides+achromiantes&gs_l=&pbx=1&fp=1&biw=1366&bih=615&bv=on.2,or.r_qf.&cad=b

53. Journal International de Médecine. Hypopigmentation sur peau noire **[en ligne]**.
 Disponible sur :
https://www.google.fr/search?q=dermite+s%C3%A9borrh%C3%A9ique+peau+noire&hl=fr&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=5FyeUeq_NKWf0QX10oDQAw&sqi=2&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=615
54. Chine informations L'Asie. La Chine. Tache mongoloïde ou mongolique (tache bleue chez le bébé) **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.chine-informations.com/guide/tache-mongoloïde-ou-mongolique-tache-bleue-chez-le-bebe_2582.html
55. Dermis Dermatology Information System. Taches Mongoloïdes **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/21043/image.htm>
56. Docteur Belhassen. Tumeurs cutanées bénignes conjonctives. Chéloïdes **[en ligne]**.
 Disponible sur : <http://blog.belhassen.net/post/2008/02/10/TUMEURS-CUTANEEES-BENIGNES-CONJONCTIVES>
57. Inoya Laboratoires. Chéloïdes : l'art de renaître...**[en ligne]**. Disponible sur : <http://inoya-laboratoire.com/cheloides/>
58. Cleveland Clinic. Dermatosis papulosa nigra **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/dermatology/common-benign-growths/>
59. Météo France. L'ozone, un parasol naturel contre les UV **[en ligne]**. Disponible sur : http://education.meteofrance.com/jsp/site/Portal.jsp?page_id=15402&document_id=26077&portlet_id=84694
60. Prothèse mammaire. Cicatrices pour implanter des prothèses mammaires **[en ligne]**.
 Disponible sur : <http://www.prothese-mammaire.fr/cicatrices-prothese.html>
61. Black beauty bag. Le blanchiment de la peau: les pratiques, enjeux & responsabilité **[en ligne]**.
 Disponible sur : <http://www.blackbeautybag.com/2012/09/le-blanchiment-de-la-peau-les-pratiques.html>
62. Diouda Le Guide de la Beauté Noire & Métissée **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.diouda.fr/programme-adoucissant-et-reparateur-a-l-huile-d-olive-organic-root-organic-root-stimulator_fLOR26_989.html
63. America's ethnic skin. Women's Dermatologic Society. Melasma **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.womensderm.org/ethnicskin/conditions/melasma.html>
64. Rfi. Adoption d'un plan ambitieux pour éradiquer la rougeole **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.rfi.fr/science/20100617-adoption-plan-ambitieux-eradiquer-rougeole>
65. Maïeuta. Rougeole **[en ligne]**. Disponible sur : <http://fr.maieutapedia.org/wiki/Rougeole>
66. Ebony-spirit. L'alopécie de traction **[en ligne]**. Disponible sur : <http://ebonyspirit.blogspot.fr/2013/01/lalopécie-de-traction.html>

67. Curanail 5%. Pathologie Qu'est-ce qu'un ongle ? **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.onglesmalades.fr/gp-longle/articles/gp-longle-page-1.html>
68. Dermatologue esthétique. Archives de tag : ochronose. Risques de la dépigmentation volontaire **[en ligne]**. Disponible sur : <http://dermatologuemedecineesthetique.com/tag/ochronose/>
69. Untitled document. Chapitre 9 : peau. Strates épidermiques **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.mapageweb.umontreal.ca/cabanat/bio2412/Chapitre9.html#epiderme>
70. TPE 1s1 Gustave Monod. L'aromathérapie : recette de « grand-mère » ou traitement thérapeutique reconnu ? **[en ligne]**. Disponible sur : <http://tpe1s1aromatherapie.wordpress.com/category/action-des-huiles-essentielles-sur-lorganisme/>
71. Wikipédia. Indole-5,6-quinone **[en ligne]**. Disponible sur : <http://en.wikipedia.org/wiki/Indole-5,6-quinone>
72. TPE : la mélanine. Synthèse de la mélanine **[en ligne]**. Disponible sur : <http://tpe-melanine.doomby.com/pages/la-melanine/synthese-de-la-melanine/>
73. Camer.be. Mali/Salif Keita révèle : « Des chefs d'états africains ont sacrifié des albinos pour se maintenir au pouvoir » **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.camer.be/index1.php?art=22731&rub=11:1>
74. My Writing Paper. A season of Terror: Albino Killing **[en ligne]**. Disponible sur : <http://thestoryteller.me/2008/12/14/a-season-of-terror-2-albino-killing/>
75. Slate. Drépanocytose: une discrimination à la française **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.slate.fr/story/59407/drepanocytose>
76. DermNet NZ. Seborrhoeic keratosis **[en ligne]**. Disponible sur : <http://dermnetnz.org/lesions/seborrhoeic-keratosis.html>
77. Kiss. Today's R&B and classic soul **[en ligne]**. Disponible sur : <http://kissrichmond.com/1929182/actor-morgan-freeman-recalls-being-homeless-on-oprahs-master-class/>
78. Wikipédia. Vitiligo **[en ligne]**. Disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Vitiligo>
79. Wikipedia. Vitiligo **[en ligne]**. Disponible sur : <http://en.wikipedia.org/wiki/Vitiligo>
80. Zatoon. Throwback track: Erykah Badu "Window Seat" **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.zatoon.co/blog/music/throwback-track-erykah-badu-window-seat>
81. La Scandaleuse. Lauryn Hill **[en ligne]**. Disponible sur : <http://lascandaleuse.com/2012/04/23/ces-rappeuses-qui-ont-marque-le-hip-hop/lauryn-hill-2/>
82. Médecine tropicale. Rougeole chez un enfant de 15 mois **[en ligne]**. Disponible sur : <http://medecinetropicale.free.fr/casrougeole.html>

83. Scielo. Anais Brasileiros de Dermatologia **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000300465&lng=pt&nrm=i=/170913
84. JIM. Tache mongolique **[en ligne]**. Disponible sur : <https://www.google.fr/search?q=tache+mongolique&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=plpRUtfcubB7Ab094GAAw&sqi=2&ved=0CAcQAUoAQ&biw=1438&bih=677&dpr=1#dur=7567&hovh=156&hovw=200&iact=hc&page=1&q=tache+mongolique&tbm=isch&tbnh=141&tbnw=173&tbs=simg:CAESEgm4TiBdQudU7yFGYqSdsxp3EA&tx=88.68426513671875&ty=248.631591796875&vpx=825&vpy=364>
85. Wikipédia. Chéloïde **[en ligne]**. Disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Ch%C3%A9lo%C3%AFde>
86. Boîte à outils médicale. Pseudofolliculite de barbe–Problème de rasage masculin **[en ligne]**. Disponible sur : <http://medecine.hebergratuit.com/pseudofolliculite-de-barbe-rasage-difficile/>
87. Rural Universe Network. Cheloides **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.runetwork.org/html/fr/articles/2551/preview_to_print.html
88. Medlivre. Pityriasis rosé de Gibert (Pityriasis rosea Gibert) **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.medlivre.fr/pityriasis-rose-de-gibert-pityriasis-rosea-gibert/>
89. Wikimedia commons. Pityriasis rosé de Gibert-peau noire **[en ligne]**. Disponible sur : http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pityriasis_ros%C3%A9_de_Gibert_-_peau_noire.jpg

Tableau

90. Institut national de la statistique et des études économiques. Population selon la nationalité au 1^{er} janvier 2010 **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=14&ref_id=poptc02501

Sites

91. Laboratoires Château Rouge Paris. Points de vente **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.chateaurouge.net/>
92. Beauté addict. Bienvenue sur les laboratoires Cytolnat.com **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.beaute-addict.com/redirect.php?url=http%3A%2F%2Fwww.cytolnat.com%2F&t=sortie-blog-post&key=635852>
93. Diouda. Le Guide de la Beauté Noire et Métissée. Conseils pour cheveux crépus, afro, bouclés ou défrisés **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.diouda.fr/>

94. Kanellia Paris. L'esprit Kanellia **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.kanellia.com/>
95. Mela'Aura. Peaux noires et métissées. Caractéristiques de la peau **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.melaaura.fr/>
96. Ordre national des pharmaciens. Les grandes tendances de la démographie **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/>
97. Ordre national des pharmaciens. Eléments démographiques-2013. Dépliant **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/>
98. Ordre national des pharmaciens. Haute-Normandie-Démographie 2013.pdf p.7-9. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/>
99. Blacks jewels. Les composants des défrisages **[en ligne]**. Disponible sur : <http://blackjewels.chez-alice.fr/index.html>
100. Diouda. Le Guide de la Beauté Noire et Métissée. Comprendre le cheveu crépu **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.diouda.fr/>
101. Guide pour la beauté des cheveux bouclés. Grow It! de Chicoro: 10 étapes pour gagner et retenir de la longueur **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.cheveux-boucles.org/>
102. Thérapeutique dermatologique. Ochronose **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.therapeutique-dermatologique.org/>
103. Cyrille Jorrot. Syndrome d'hypersensibilité à la minocycline **[en ligne]**. Disponible sur : http://books.google.fr/books/about/Syndrome_d_hypersensibilit%C3%A9_%C3%A0_la_minoc.html?id=6RZ5MwEACAAJ&redir_esc=y
104. Global dermatology. Lèpre : informations générales **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.globale-dermatologie.com/>
105. Activilong Paris. Beauté Active. Le magazine beauté de vos cheveux en vidéo **[en ligne]**. Disponible sur : <http://activilong.com/main.htm>
106. Codexial Dermatologie-Pierre Treffel. Mailing sur l'hydroquinone et la préparation du mois. **[en ligne]**. Disponible sur <http://codexial-dermatologie.com/>

Résumé :

Le pharmacien est souvent confronté à divers cas de comptoir en dermatologie à l'officine, cependant les types de peau et de carnations étant différents, le conseil doit être adapté au cas par cas. De nos jours où le brassage ethnique conduit à des populations de plus en plus métissées, il peut être utile d'avoir quelques notions au sujet des peaux noires et métissées appelées « hyperpigmentées ».

A l'heure où de multiples points de ventes spécialisés dans l'ethno-cosmétologie existent, plusieurs laboratoires se penchent sur les particularités sémiologiques de la peau noire et tentent d'apporter une réponse à la hauteur des besoins de cette peau spécifique. En effet, bien que les peaux hyperpigmentées ne soit pas si différentes que la peau des phénotypes plus clairs, elles doivent pallier, entre autre, aux conditions climatiques occidentales.

Cet ouvrage présente divers aspects sémiologiques et cosmétologiques des peaux noires en présentant quelques habitudes culturelles.

Une enquête auprès des pharmaciens officinaux menée en Haute-Normandie tentera de conclure si le conseil officinal adapté aux peaux hyperpigmentées semble être aussi bien maîtrisé que celui des peaux plus claires.

Mots clés :

- ✓ Dermatoses
- ✓ Hypopigmentation
- ✓ Hyperpigmentation
- ✓ Conseil
- ✓ Gammes
- ✓ Ethno-cosmétique

Résumé :

Le pharmacien est souvent confronté à divers cas de comptoir en dermatologie à l'officine, cependant les types de peau et de carnations étant différents, le conseil doit être adapté au cas par cas. De nos jours où le brassage ethnique conduit à des populations de plus en plus métissées, il peut être utile d'avoir quelques notions au sujet des peaux noires et métissées appelées « hyperpigmentées ».

A l'heure où de multiples points de ventes spécialisés dans l'ethno-cosmétologie existent, plusieurs laboratoires se penchent sur les particularités sémiologiques de la peau noire et tentent d'apporter une réponse à la hauteur des besoins de cette peau spécifique.

En effet, bien que les peaux hyperpigmentées ne soit pas si différentes que la peau des phénotypes plus clairs, elles doivent pallier, entre autre, aux conditions climatiques occidentales.

Cet ouvrage présente divers aspects sémiologiques et cosmétologiques des peaux noires en présentant quelques habitudes culturelles.

Une enquête auprès des pharmaciens officinaux menée en Haute-Normandie tentera de conclure si le conseil officinal adapté aux peaux hyperpigmentées semble être aussi bien maîtrisé que celui des peaux plus claires.

Mots clés :

- ✓ Dermatoses
- ✓ Hypopigmentation
- ✓ Hyperpigmentation
- ✓ Conseil
- ✓ Gammes
- ✓ Ethno-cosmétique