

## Chapitre 11

# → Différents types de peau



- Indiquer les deux principaux constituants du film hydrolipidique de surface.
- Indiquer la valeur moyenne du pH de la surface cutanée.
- Indiquer la présence à la surface de la peau d'une flore microbienne « résidante ».
- Préciser le rôle du pH cutané dans le développement de cette flore.
- Préciser les éléments qui déterminent les types de peau en fonction :
  - des modifications du taux de sébum,
  - des modifications d'hydratation de la surface cutanée,
  - des troubles de la desquamation,
  - du sexe,
  - de la pigmentation.
- Indiquer pour chaque type de peau :
  - les caractéristiques,
  - les différents signes visuels et/ou tactiles,
  - les éventuels facteurs aggravants.
- Énoncer l'origine physiologique des peaux mixtes.
- Caractériser les types de peaux ethniques.

### ▼ Pathologies cutanées (description)

- Infections cutanées (« biocontaminations et prévention ») :
  - Infections bactériennes (folliculites, impétigo).
  - Infections virales (herpès labial, zona, verrues planes).
  - Infections parasitaires (pédiculoses, gale).
  - Infections fongiques (intertrigo, herpès circiné).
- Allergies cutanées :
  - Eczéma de contact.
  - Urticaire.

Toutes les peaux ont l'organisation structurale que nous avons étudiée dans les chapitres précédents. Mais elles n'ont pas toutes les mêmes spécificités (composition en lipides, taux d'hydratation, épaisseur, variations selon les ethnies, l'âge, le sexe...). D'autant plus que ces caractéristiques peuvent évoluer selon le mode de vie. Il existe donc plusieurs types de peau qu'il faut savoir reconnaître pour adapter les soins.

## 1. Diagnostic du type de peau (état cutané)

L'« état » d'une peau est avant tout reflété par l'« état » de sa surface.

### ▼ Film hydrolipidique de surface (FHL)

#### Définition

Le FHL est une fine pellicule d'eau et de lipides (émulsion de type eau-huile) recouvrant la surface cutanée.

#### Composants du FHL

	Composants	Provenance
▼ Fraction Hydrosoluble	Eau.	Glandes sudoripares eccrines.
	Substances minérales ( <i>notamment du chlorure de sodium</i> ) et organiques ( <i>substances hygroscopiques du NMF : urée, acide lactique...</i> ).	Perspiration cutanée (PIE). Kératinocytes.
▼ Fraction Liposoluble	Lipides du sébum ( <i>cires, squalène, triglycérides, cholestérol</i> ).	Glandes sébacées.
	Lipides du ciment intercornéocytaire ( <i>cholestérol, céramides...</i> ).	Kératinocytes.

#### Récapitulatif des rôles du FHL (voir chapitres 3 et 9)

- ▼ Souplesse et « lubrification » de la surface cutanée
- ▼ Protection contre la déshydratation cutanée, grâce aux :
  - ▼ Substances hygroscopiques du NMF.
  - ▼ Pouvoir occlusif de la fraction lipidique.

## ▼ Acidité de la surface cutanée

Les composés **acides** du FHL sont responsables du pH acide de la surface cutanée, compris entre **4 et 6**.

Cet environnement **acide** contribue à **limiter le développement des micro-organismes pathogènes** à la surface cutanée.

### LA FLORE DE LA SURFACE CUTANÉE



La surface de la peau est colonisée par un ensemble de micro-organismes, appelé flore cutanée.

On distingue :

- **La flore résidente** : c'est la flore qui est en permanence à la surface de la peau et normalement non pathogène (pathogène sous certaines conditions). Ex : Candida Albicans, Malassezia, Propionibacterium acnes, Staphylococcus epidermidis. Elle se développe grâce aux éléments nutritifs du FHL. Son rôle est primordial contre l'invasion des micro-organismes pathogènes (par compétition nutritionnelle).
- **La flore transitoire** : c'est la flore qui est occasionnelle (accidentelle) et potentiellement pathogène. Elle résulte d'une contamination externe (objets, personnes...). Ex : Staphylococcus aureus, Streptococcus, certains virus ou parasites (*Voir fiche pathologies 9*).

## Bilan

### Facteurs participant à l'hydratation cutanée

- ▼ NMF
- ▼ Lipides sébacées et intercornéocytaires
- ▼ GAGs du derme
- ▼ Echanges cellulaires (*métabolisme, nutriments, circulation sanguine*)
- ▼ Cosmétiques

### Facteurs participant à la déshydratation cutanée

- ▼ P.I.E
- ▼ Sudation
- ▼ Agressions de l'environnement (*pollution, sécheresse, produits abrasifs, mauvaise hygiène de vie...*)

## ▼ Caractéristiques de chaque type de peau

### Vocabulaire

#### ▼ Selon son origine, une peau « sèche » peut désigner :

- une peau déshydratée (par manque d'eau),
- une peau alipidique (par manque de sébum),
- une peau à la fois déshydratée et alipidique (le cas le plus fréquent).

La peau déshydratée est en effet souvent (fatalement) consécutive à la peau alipidique.

#### ▼ Contrairement à l'allergie (*voir fiche pathologies 10*), la sensibilité cutanée est indépendante de toute réaction immunitaire.

#### ▼ La peau « normale » désigne la peau « idéale » : douce, ferme, bien hydratée, peu grasse, caractéristique de la peau d'un enfant avant la puberté.

### ★ REPÈRE

• Le pH cutané est globalement stable grâce à son pouvoir tampon : c'est-à-dire qu'il réagit aux variations imposées par le contact d'agents chimiques agressifs, notamment au niveau des mains.

• Trop d'hygiène « tue » l'hygiène : le FHL et la flore résidente « protecteurs » sont mis à mal lors de la toilette cutanée, notamment celle parfois abusive, des mains. Néanmoins, le manque d'hygiène favorise une prolifération excessive de cette flore résidente, la rendant, pour le coup, potentiellement pathogène.

## Types de peau

### Type de peau

### Signes de reconnaissance

#### Examen visuel

- Teint **terne, brillant**.
- Grain de peau **irrégulier** (*orifices pilo-sébacés dilatés*).
- Présence fréquente de **comédons**, voire de cicatrices d'acné.

#### Examen tactile

- Toucher **granuleux**.
- Texture **douce et huileuse**.
- Peau **épaisse**.

### Origines

**Séborrhée** (*hypersécrétion de sébum*).

Mécanisme sous influence hormonale (androgènes).

### Remarques

Surtout localisée sur la région médio-faciale (*dite « T médian » ou « zone T »*).

Peau grasse (séborrhéique)

**Peau alipidique**  
(par manque de lipides)

Peau « sèche »



**Manque de lipides** sur la surface cutanée à cause d'une **insuffisance de sécrétion de sébum**.

- La peau alipidique présente (*dans la plupart des cas*) un **déficit en eau** car le manque de sébum favorise la PIE (moins de pouvoir occlusif).

- Toucher **rugueux**.

- Peau **fine** et manquant de **souplesse** (*tendue*).

- Teint **terne, sans brillance** (*sans éclat*).

- Grain de peau fin.

- Pas ou peu de comédons.

- Tendance aux **rougeurs**.

- Aspect souvent **squamex** (*peau « rêche »*).

- La « sécheresse » cutanée peut être due ou aggravée par l'**altération du FHL** de surface : produits ou soins abrasifs, climat (*froid, soleil*)...

Elle est accentuée sur les régions **latéro-faciales**, d'où les sensations de « tiraillement » et de tension.

- Les **gerçures** ou **fissures** cutanées sont fréquentes (*car le manque d'eau rend les cornéocytes moins extensibles*).

Les *troubles de la desquamation* (peau « rêche ») sont dus à une altération des lipides du ciment intercellulaire (ce qui accentue la déshydratation cutanée).

**Manque d'eau** sur la surface cutanée à cause d'un déficit en **sébum** et/ou en **NMF**.

- Les **gerçures** ou **fissures** cutanées sont fréquentes (*car le manque d'eau rend les cornéocytes moins extensibles*).

**Peau déshydratée**  
(par manque d'eau)

Les *troubles de la desquamation* (peau « rêche ») sont dus à une altération des lipides du ciment intercellulaire (ce qui accentue la déshydratation cutanée).

## Types de peau

### Type de peau

### Signes de reconnaissance

#### Examen visuel

#### Examen tactile

### Origines

### Remarques

Peau à la fois **grasse** sur la zone T et **sèche**

(ou normale) sur les régions latéro-faciales (joues).

**Plus grande densité de glandes**

**sébacées** dans la région

médio-faciale.

Type de peau fréquente chez l'adulte.

**Peau mixte**

**Rougeurs** (*érythème*)

Peau **chaude** et souvent fine.

localisées et temporaires.

**Hyper-réactivité** (*réaction*

*exagérée*) de la peau à

l'environnement (vent, froid,

soleil,...) et/ou aux cosmétiques

(comme les produits exfoliants).

*Les raisons de cette réactivité ne*

*sont pas clairement définies.*

- La sensibilité cutanée peut

concerner tous les types de peau.

- Touche essentiellement les

**femmes** à peaux **claires** et **fines**.

- La personne se plaint de

sensations d'**échauffement**, de

**picotements** ou de tiraillements.

**Peau sensible** (réactive)

## 2. Facteurs de variations

### Variations selon les ethnies

#### La peau noire comparée à la peau blanche, quelles différences ?

Les spécificités de la peau noire s'expliquent en partie par l'adaptation des cellules cutanées aux conditions climatiques tempérées (la peau est comme « déstabilisée »).



Éléments cutanés de comparaison	Spécificités	Conséquences physiologiques
<b>Épiderme</b>	<p>Sans être plus épaisse, la couche cornée est plus compacte, par « entassement » intensif des cellules cornées (soit plus de densité cellulaire).</p> <p>En climat tempéré (donc sans l'effet stimulant des UV), le ralentissement du renouvellement des kératinocytes provoque une accumulation beaucoup plus marquée des cornéocytes.</p>	<p>Caractéristique bénéfique pour la « protection » de la surface cutanée.</p> <p>D'où l'aspect parfois <b>terne</b> et <b>grisâtre</b> de la peau.</p>
<b>Pigmentation</b>	<p>La différence de pigmentation n'est pas due au nombre des mélanocytes (quasi identique) mais à leur activité : production majoritaire d'eumélanines (photoprotecteurs), mélanosomes plus volumineux et persistants jusque dans la couche cornée.</p> <p><i>Pourquoi les paumes et les plantes sont-elles si peu pigmentées ?</i></p> <p>En raison de la « surépaisseur » de couche cornée qui « recouvre » les pigments mélaniques (<i>leur capacité de diffusion n'est pas illimitée</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peau plus armée contre les effets néfastes des <b>UV</b> (ex : cancers cutanés).</li> <li>Peau mieux protégée du <b>vieillesse photo-induit</b> : les rides apparaissent plus tardivement (<i>sur les régions photoexposées</i>).</li> <li>La protection mélanique est un frein à la production de <b>vitamine D</b> dépendante des UV (<i>donc risque plus fréquent de carences</i>).</li> <li>Peau plus sujette aux <b>dyschromies</b> (<i>notamment les taches consécutives aux lésions cutanées</i>).</li> </ul>
<b>Derme</b>	<p>La structure cellulaire et moléculaire semble identique mais les fibroblastes seraient plus « réactifs ».</p>	<p>Plus de risque de <b>chéloïdes</b> et <b>lésions cicatricielles</b> (<i>avec hyperpigmentation</i>).</p>
<b>Glandes</b>	<p>- La sécrétion sébacée est globalement moins importante en climat tempéré (la sécrétion serait au contraire intense sous l'effet de l'ensoleillement : la peau a tendance à « briller » facilement au soleil).</p> <p>- Le sébum serait plus visqueux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peau plus sujette à la <b>déshydratation</b>.</li> <li>Peau plus sujette à la <b>séborrhée rétionnelle</b> (<i>formation de comédons</i>).</li> </ul>
<b>Système pileux</b>	<p>Le cheveu crépu (plat et torsadé) est plus fragile : état aggravé par les agressions de coiffage (défrisages, lissages, rajouts...).</p> <p>Le poil plus fragile émerge plus lentement à la surface cutanée.</p>	<p>Le cheveu a tendance à être <b>sec</b> et <b>cassant</b> (<i>avec risque à terme d'alopécies</i>).</p> <p>Risque de <b>poils incarnés</b> (<i>avec risque accru de folliculites, notamment au niveau de la barbe</i>).</p>

## ▼ Variations selon le sexe

### ▼ La peau masculine comparée à la peau féminine, quelles différences ?

Les spécificités de la peau masculine s'expliquent en grande partie par l'influence des androgènes dont la sécrétion est beaucoup plus élevée.



Éléments cutanés de comparaison	Spécificités	Conséquences physiologiques
<b>Épiderme</b>	Épaisseur plus importante (plus d'assise cellulaire).	Epiderme plus <b>protecteur</b> .
	Densité plus importante en collagène.	▼ Peau plus <b>ferme</b> et plus <b>élastique</b> .
<b>Derme</b>	Microcirculation sanguine plus développée (surtout aux pommettes).	▼ Peau plus <b>épaisse</b> ( <i>abondance de collagène + épaisseur de l'épiderme</i> ) et donc plus <b>résistante</b> . ▼ Les signes de la couperose sont plus intenses : <b>télangiectasies</b> plus marquées. <i>Le syndrome du « nez rouge » ou le rhinophyma sont des manifestations essentiellement « masculines » (aggravées par une plus forte imprégnation alcoolique).</i>
<b>Hypoderme</b>	Répartition androïde du tissu adipeux (cou, thorax, épaules, ventre).	« Silhouette » caractéristique du sexe masculin ( <i>caractère sexuel secondaire</i> ).
	Sécrétion sébacée plus intense (les glandes sébacées sont plus nombreuses et plus volumineuses).	▼ Peau plus <b>grasse</b> : donc moins de <b>sécheresse</b> cutanée, mais plus de <b>séborrhée</b> et d' <b>acné</b> ( <i>avec lésions généralement plus sévères</i> ).
<b>Glandes</b>	Sécrétion sudorale (eccrine et apocrine) plus intense (avec un pH plus acide).	▼ Transpiration et odeurs potentiellement plus « marquées ».
	Pilosité androgénodépendante plus développée (barbe, moustache, torse...).	▼ Pilosité caractéristique du sexe masculin ( <i>caractère sexuel secondaire</i> ).
<b>Système pileux</b>	La forte imprégnation androgénique influence également la pousse des cheveux. Séborrhée du cuir chevelu plus fréquente.	▼ Accélération de la croissance pileuse, d'où le risque d' <b>alopécie</b> . ▼ Cuir chevelu plus sujet aux <b>pellicules</b> .

### ▼ La peau masculine reste-t-elle « jeune » plus longtemps ?

### ▼ Quelles sont les conséquences cutanées du rasage quotidien ?

- Grâce à un FHL riche en lipides, à une peau plus épaisse, plus ferme et plus irriguée, les **signes du vieillissement** cutané apparaissent plus tardivement. Toutefois, le relâchement cutané étant plus rapide, les rides « **marquent** » et se **creusent** plus brutalement.

- Malgré ses atouts, la peau masculine a tendance à **s'irriter** et à se **dessécher** (*par altération du FHL*) sous l'effet du rasage quotidien (*même si les hommes ont de plus en plus recours aux soins cosmétiques...*).

*Les agressions du rasage peuvent également favoriser la formation de poils incarnés (d'autant plus que la peau est épaisse, et encore plus suite aux rasages !).*

## ▼ Variations selon l'âge

### ▼ La peau du bébé comparée à la peau de l'adulte, quelles différences ?

Les spécificités de la peau du bébé et du jeune enfant s'expliquent en grande partie par l'immaturation de la plupart des fonctions cutanées : la peau est fragile mais a un aspect (ou consistance) idéal.



Éléments cutanés de comparaison	Spécificités	Conséquences physiologiques
<b>Épiderme</b>	La couche cornée est plus mince à la naissance car sa formation n'est pas terminée.	Peau plus <b>perméable</b> durant les premières semaines de vie.
<b>Derme</b>	- Richement hydraté. - Réseau fibrillaire fonctionnel.	▼ Peau <b>souple</b> et <b>ferme</b> .
<b>Pigmentation</b>	Mélanocytes non fonctionnels à la naissance.	▼ Peau <b>très sensible aux UV</b> ( <i>hautement vulnérable aux coups de soleil</i> ) : d'où l'importance de la protection solaire.
<b>Glandes</b>	<p>La sécrétion sébacée débute in utéro. Elle est abondante durant les premières semaines après la naissance.</p> <p>La sécrétion sébacée diminue ensuite fortement au cours des premiers mois (jusqu'à l'approche de la puberté).</p> <p>La sécrétion sudorale eccrine est présente mais peu abondante (la sécrétion sudorale apocrine n'apparaît qu'à partir de la puberté).</p>	<p>▼ La peau du nouveau-né (<i>recouverte par le vernix caseosa, voir page 118</i>) est sujette à l'<b>acné</b> (<i>acné néonatale</i>) et à la <b>dermatite séborrhéique</b> (« <i>croûtes de lait</i> »).</p> <p>▼ La peau devient <b>alipidique</b> (<i>FHL infime</i>) et donc exposée à la <b>déshydratation</b> (<i>notamment suite aux agressions climatiques : froid, chaleur</i>).</p> <p>▼ Pas de <b>lésions</b> cutanées liées à la séborrhée : d'où la peau « <b>lisse</b> » (<i>même si de rares cas d'acnés infantiles peuvent survenir entre l'âge de 2 et 8 ans pour des raisons hormonales</i>).</p> <p>▼ La <b>thermorégulation</b> cutanée n'est pas encore optimale (<i>d'où le risque de « coup de chaleur »</i>).</p>

## ▼ Autres facteurs de variations

D'autres paramètres sont à prendre en compte car ils participent à l'évolution de l'état cutané, entre autres : la santé mentale (la peau en écho du psychisme), notamment le stress, la santé physique (la peau témoin de maladies organiques) et surtout le mode de vie (alimentation, tabac, pollution, soleil...) qui aura une incidence directe sur le vieillissement plus ou moins « rapide » de la peau...

### \* REPÈRE

« La peau est le miroir de l'âme, elle est une représentation extérieure de ce que vos clientes sont physiquement et psychiquement. »  
Dr. Pomey-Rey, dermatologue, psychiatre.  
« Tout se résume à la peau »  
M. Gendron, romancier québécois.

➔ Infections cutanées (contagieuses)\*

1. Infections bactériennes



▼ Folliculites superficielles

▼ Lésions élémentaires :

Papules et/ou pustules périfolliculaires.

▼ Signes cutanés :

Petites papules érythémateuses avec à leur sommet une pustule blanche entourant le poil. *Ces éruptions sont parfois pruriteuses.*

▼ Localisations principales :

Essentiellement sur les zones pileuses de frottement (haut du dos, bras, cuisses, poitrine), d'appui (fesses) et de rasage (barbe, aisselles, cuir chevelu).

Les régions glabres palmo-plantaires ne sont pas affectées.

▼ Mécanisme d'apparition :

Inflammation de l'orifice pilo-sébacé, provoquée le plus souvent par une bactérie, le staphylocoque doré (*Staphylococcus aureus*). Infection généralement bénigne (*juste « épisodique »*) : sous antiseptiques (*chlorhexidine*), les lésions deviennent croûteuses et disparaissent en quelques jours (*sans laissées de cicatrice résiduelle*). *On parle de folliculite « profonde » lorsque l'infection s'étend à l'intérieur du follicule pilo-sébacé.*

▼ Facteurs favorisants :

- Frottements et macération provoqués entre autres par le port de vêtements serrés.
- Traumatismes : éraflures, rasage mécanique.
- Poils incarnés.
- Manque d'hygiène (corporelle et vestimentaire).

★ REPÈRE

- À ne pas confondre avec l'acné juvénile qui s'accompagne d'une hyperséborrhée et de comédons.
- Une folliculite localisée à la base d'un cil s'appelle un orgelet. Ce terme vient du fait que l'éruption inflammatoire sur le bord de la paupière ressemble à un grain d'orge.



-ite : du grec *-itis*, suffixe désignant une maladie inflammatoire.

Infos

Le staphylocoque doré, une bactérie pas toujours aussi « indulgente »... Environ un tiers des individus est porteur « sain » de cette espèce bactérienne : essentiellement au niveau des fosses nasales, du pharynx et du périnée. Elle doit son nom à ses colonies en forme de petites graines (coques) disposées en amas (*staphylo*, du grec « grappe ») et de couleur jaune-brillante. Elle est généralement responsable de lésions superficielles, mais peut, grâce à ses nombreuses toxines, et dans certaines conditions, provoquer des complications potentiellement graves, surtout chez les personnes immunodéprimées.



\*Infections cutanées nécessitant le respect scrupuleux des règles d'hygiène.



## Le rasage, un rituel quotidien non dénué de risques...

Le rasage est « appuyé » et s'opère avec des lames qui sectionnent le poil en biais, surtout lorsque le follicule est très incurvé (cas des poils frisés ou crépus des peaux noires).



### Poil incarné (« bosse du rasoir »)

Le poil émergent peut s'incurver et « repiquer » la peau pour se développer en intracutané : on peut supposer que ce phénomène est facilité par l'« aiguisement » du poil lors du rasage.

Lorsqu'il est rasé de « très près », le poil peut aussi « se recourber » dans son follicule : le poil ne parvient pas à émerger par l'orifice pilo-sébacé, notamment lorsque la peau est épaisse (cas de la peau masculine).



### Irritations (« feu du rasoir ») ou pseudo-folliculite

Le fragment de poil « emprisonné » sous la peau est « repéré » dans le derme comme « corps étranger ». Une réaction inflammatoire se déclenche avec développement de petites papules (parfois associées à des pustules).



### Folliculite bactérienne

Les passages réguliers du rasoir peuvent induire une surinfection bactérienne et disséminer l'infection.

## Infos

### Complications possibles



#### Furoncle

- Folliculite aiguë et profonde.
- Caractérisée par une nécrose (destruction) du follicule pilo-sébacé, se manifestant par un nodule inflammatoire, suppurant et douloureux.
- Dans la majorité des cas, la guérison se fait spontanément en quelques jours : le nodule se « vide » en évacuant une masse jaunâtre (correspond au follicule nécrotique ou bourbillon). Il reste une ulcération (cratère) qui se comble progressivement en laissant une cicatrice déprimée et souvent définitive.
- Peut être récidivant durant plusieurs mois ou années : on parle alors de furunculose (survient généralement lorsque l'organisme est « fragilisé » : fatigue, surmenage, stress, diabète...)

#### ! Ne jamais percer un furoncle !

Le risque d'aggravation serait important. Seul le médecin peut effectuer cette opération sans danger.



#### Anthrax

- Agglomération de plusieurs furoncles.
- Généralement sur le haut du dos et la nuque.
- Souvent confondu avec la maladie du « charbon » (causée par la bactérie *Bacillus anthracis*) qui se dit « anthrax » en anglais.



## ▼ Impétigo

### ▼ Lésions élémentaires :

**Vésicules** (lésions contenant un liquide séreux clair) et **pustules**.

### ▼ Signes cutanés :

**Volumineuses vésicules** (*aussi nommées « bulles »*) dont le contenu clair devient progressivement **purulent** (pustules) puis se rompe pour laisser place à des **croûtes** épaisses de couleur **jaune**.

### ▼ Localisations principales :

Essentiellement autour des **orifices** du **visage** (bouche, nez, yeux), sur le **cuir chevelu** et parfois sur les membres (orteils, doigts).

Touche majoritairement les **enfants** (âgés de 2 à 10 ans).

### ▼ Mécanisme d'apparition :

**Infection** cutanée **superficielle** provoquée le plus souvent par le **staphylocoque doré** et/ou le **streptocoque** (*béta-hémolytique*).

Infection **très contagieuse** pour le sujet lui-même (*peut s'étendre par grattage*) et pour son entourage (*se répand facilement dans les collectivités d'enfants ou au sein du foyer familial*).

### ▼ Facteurs favorisants :

- **Promiscuité**.

- Traumatismes cutanés : **éraflures**, **dermatoses** (lésions de prurit).

*= portes d'entrée pour les bactéries ; et une simple piqûre d'insecte peut parfois suffire !*

- **Manque d'hygiène**.

### Infos

- **Infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez l'enfant.**
- Chez l'adulte, cette infection est presque toujours la conséquence d'une autre pathologie cutanée prurigineuse (comme l'eczéma) : on parle alors d'impétiginisation.
- Le traitement associe antiseptiques locaux (ou pommades antibiotiques) et mesures d'hygiène rigoureuses (linges de toilette personnel, lavage régulier des mains, ongles courts).
- Compte tenu de la **haute contagiosité**, l'éviction scolaire est recommandée jusqu'à guérison complète.
- Comme la folliculite superficielle, l'impétigo ne laisse habituellement pas de cicatrice résiduelle.

### [VOC']

Les **vésicules** se distinguent des **pustules** dont le contenu est d'emblée **purulent**.

## 2. Infections virales



### ▼ Herpès labial récurrent (bouton de fièvre)

#### ▼ Lésions élémentaires :

**Vésicules.**

#### ▼ Signes cutanés :

Manifestations cutanées en plusieurs stades :

1. Signes préliminaires (*quelques heures avant l'éruption*) : une sensation

de **brûlure**, des **picotements** ou du **prurit**.

2. Eruption de vésicules regroupées « **en bouquet** ».

3. Evolution des vésicules : leur contenance liquide (*au début clair*) **se trouble** progressivement.

Elles finissent par rompre, laissant place à des **croûtes** qui tombent en quelques jours.

#### ▼ Localisations :

L'herpès labial siège **autour de la bouche** (*donc sur une zone cutanéomuqueuse*).

Il peut s'étendre à toute la muqueuse buccale (= *stomatite*).

#### ▼ Mécanisme d'apparition :

L'herpès labial est une **infection virale** due à **Herpès Simplex Virus de type 1 (HSV-1)**.

*HSV-2 n'est que très rarement impliqué dans l'herpès labial.*

L'infection par HSV-1 s'effectue en trois phases :

**Primo-infection** (contact initial)  
Première rencontre avec le virus



**Latence** (persistance)  
Le virus est réfugié et hors d'atteinte



**Récurrence** (récidive)  
Réveil du virus

Elle s'effectue dans la majorité des cas durant la **petite enfance** et elle est en général totalement **inapparente** (*asymptomatique*).  
*S'ils existent, les symptômes de la primo-infection se manifestent par une gingivostomatite ou une pharyngite.*

Le virus chemine le long des **nerfs** périphériques (= « *remontée* ») puis s'installe dans un **ganglion nerveux** (*ganglion de Gasser à la base du crâne*).

**Réactivation** du virus à l'endroit où a eu lieu la primo-infection (*il regagne la peau via les nerfs périphériques = « descente »*).  
Peut survenir à tout **moment** sous l'influence de divers **facteurs déclenchants**.

#### Facteurs déclenchants

##### Altérations de l'état général

- ▼ Infection, fièvre (ex : *grippe, rhume*)
- ▼ Stress, fatigue
- ▼ Règles
- ▼ Carences alimentaires
- ▼ Certains médicaments

##### Traumatismes cutanés

- ▼ Exposition solaire (surtout en haute altitude : *herpès du « skieur »*).
- ▼ Froid
- ▼ Gerçure, blessure (*un stick à lèvres est utile en prévention*)
- ▼ Actes médicaux (*dermabrasion, laser*)

## Infos

**Herpès Simplex Virus (HSV)**, un virus discret mais insistant...

- Appartient à la famille des herpès virus : groupe composé de 8 espèces virales dont fait également partie VZV, le virus de la varicelle et du zona.
- Deux types : HSV-1 et HSV-2 (ce dernier est plutôt responsable de l'herpès génital).
- La plupart des adultes sont porteurs d'HSV-1 sans présenter de symptômes (la présence du virus est détectée seulement par la présence d'une grande quantité d'anticorps anti-HSV-1). Le virus peut cependant entraîner de graves complications chez les personnes ayant un système immunitaire déficient et chez le nouveau-né.
- Contagiosité strictement humaine. C'est essentiellement lors de la primo-infection ou lors d'une récurrence qu'une personne peut propager le virus : il se transmet par contact avec les sécrétions corporelles (gouttelettes respiratoires, salive, sécrétions génitales pour HSV-2) ou par contact direct avec les lésions vésiculaires. Ainsi, les baisers, l'utilisation d'un verre (ou bouteille, couverts) souillé par la salive, les contacts sexuels oraux/génitaux, peuvent transmettre l'herpès.
- Aucun traitement ne peut l'éradiquer définitivement de l'organisme. L'application locale d'une crème antivirale ne fait que raccourcir légèrement la phase de récurrence.
- Les irritations de la zone infectée (arrachage des croûtes, application de fond de teint, désinfection à l'alcool) ont tendance à favoriser sa persistance.



## Le zona, infection due à un virus « frère » de l'HSV.

Virus responsable : VZV (Virus Zona Varicelle).

- La première contamination (le plus souvent durant l'enfance) provoque la varicelle, une infection hautement contagieuse.
- En latence durant plusieurs années dans un ganglion nerveux.
- La réactivation du virus provoque le zona : éruption unilatérale de placards érythémateux, douloureux et qui se recouvrent de vésicules (ces dernières évoluant en croûtes).
- Plus fréquent et plus grave chez les personnes âgées.
- Ne survient en général qu'une seule fois dans la vie.
- Peut être contagieux en provoquant une varicelle.



## \* REPÈRE

L'herpès (au sens large) peut également siéger dans d'autres régions :

- l'aile du nez : herpès **nasal**,
- la paupière : herpès **oculaire**,
- les doigts : herpès **digital** (souvent confondu avec un panaris d'origine bactérienne),
- les organes génitaux : herpès **génital**, qui est une **IST** (Infection Sexuellement Transmissible).

**Herpès** : du grec *herpein*, traîner, ramper. Origine évoquant la persistance de la maladie.



## ▼ Verrues cutanées

### ▼ Lésions élémentaires :

**Tumeurs bénignes** se manifestant sous forme de **papules**.

### ▼ Signes cutanés :

**Elevures cornées**, plus ou moins saillantes, de forme arrondie et de couleur chair (*rosâtre*) ou grisâtre.

### ▼ Localisations principales :

Essentiellement sur le **visage**, les **maïns** (*paume, dos et doigts*) et la **plante** des pieds.

Plus fréquentes chez les **enfants** et les adolescents.

### ▼ Mécanisme d'apparition :

Infection **bénigne** de l'**épiderme** due à un virus du groupe des **papillomavirus** humains (HPV). Ce virus provoque une **prolifération des kératinocytes** (hyperkératose réactionnelle) à l'origine des verrues.

L'infection peut être durable mais finit par **guérir** spontanément (*dans un délai de 2 ans en moyenne, le temps de l'immunisation*) ou sous traitement.

*L'infection ne persiste pratiquement que chez les personnes ayant un déficit immunitaire.*

### ★ REPÈRE

À ne pas confondre avec :

- Une **kératose séborrhéique** : excroissance épidermique brunâtre (ressemblant à un naevus) avec un enduit gras, et surtout présente chez les personnes âgées.
- Un **kyste sébacé** : « boule » dure au toucher, due à une rétention de sébum.

Certains HPV sont responsables de verrues au niveau des muqueuses anogénitales (condylomes). Cette infection sexuellement transmissible peut évoluer vers un **cancer du col de l'utérus**. Mais face à ce risque, un vaccin existe (le Gardasil).

On ignore parfois que les verrues sont **contagieuses**. Leur transmission est favorisée par contact sur des zones cutanées lésées.

### Infos

## Principales formes de verrues cutanées à HPV

### Verrues vulgaires ou communes

- Forme la plus fréquente.
- Papules surélevées à surface irrégulière et parfois de grande taille.
- Essentiellement sur le dos des mains et les doigts.
- Traitement assez aisé.

### Verrues plantaires

- Verrues de la plante des pieds.
- Papules à relief assez discret mais profondes (en « clous ») : elles s'enfoncent dans le derme sous l'effet du poids du corps.
- Souvent douloureuses à l'appui.
- Traitement plus difficile.
- Se transmettent le plus souvent par le biais des sols de collectivités : piscines, tatamis, douches, etc.

### Verrues planes

- Petites papules plates (à peine surélevées) à surface lisse.
- Souvent multiples.
- Essentiellement sur le visage et les mains.

### Verrues filiformes

- Verrues à forme effilée.
- Essentiellement sur le visage (sur les paupières ou autour de la bouche).

### Traitements

- Ils ne visent pas à éradiquer le virus (l'HPV est résistant aux traitements) mais permettent juste un « décapage » des lésions et sans empêcher d'éventuelles récurrences. Ils sont motivés lorsque les verrues sont persistantes, douloureuses ou réellement « gênantes » pour la vie socioprofessionnelle.
- Traitement chimique (kératolytique) : application quotidienne d'une préparation (crème, gel, pastille adhésive) à base d'acide salicylique.
- Traitement par le froid : cryothérapie à l'azote liquide (appliqué avec un coton-tige ou par pulvérisation). Le but est de provoquer une réaction inflammatoire (brûlure) suivie d'un décollement de la verrue. Technique assez efficace mais pouvant être douloureuse.
- Pour les verrues résistantes : chirurgie, laser CO<sub>2</sub> (mais avec risque cicatriciel).



### 3. Infections parasitaires (parasitoses)



#### ▼ Pédiculoses

Infections **bénignes** dues à trois types d'**insectes parasites** (*parasites visibles à l'œil nu*) qui infestent les **poils** du **cuir chevelu**, du **corps** ou de la **région pubienne**. Ils se nourrissent exclusivement de **sang humain** (*hématophages*) : pour cela, ils « piquent » la peau, ce qui provoque le **prurit**.

▼ Trois types d'infection touchant des parties différentes du corps :



#### Pédiculose du cuir chevelu



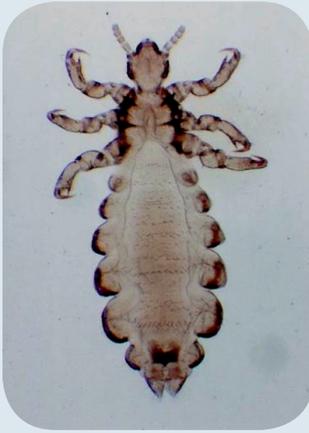
#### Pédiculose du corps



#### Pédiculose pubienne

Responsable	<p>▼ <b>Pou de tête</b> (<i>pediculus humanus capitis</i>). Il se fixe et se déplace sur les <b>cheveux</b>.</p>	<p>▼ <b>Pou du corps</b> (<i>pediculus humanus corporis</i>). Il se déplace et pond ses œufs sur les vêtements ou la literie (<i>où il peut survivre plusieurs jours</i>). <i>Le pou de corps est plus grand (3-4 mm) que son « cousin » de tête.</i></p>	<p>▼ <b>Pou du pubis</b> (<i>phtirius inguinalis</i>) ou « morpion ». Il vit « accroché » aux poils de la <b>région génitale</b>. <i>Il se distingue des deux espèces précédentes par sa plus petite taille (moins de 2 mm).</i></p>
	Sujets à risque	<p>▼ <b>Enfants d'âge scolaire</b> (entre 3 et 12 ans). <i>Transmission très fréquente dans les collectivités d'enfants, surtout en automne.</i></p>	<p>▼ Personnes à <b>hygiène déficiente</b> (<i>notamment les personnes aux conditions de vie précaire, les sans domicile fixe</i>).</p>
Symptômes	<p>▼ - <b>Prurit</b> du cuir chevelu (<i>surtout sur la région occipitale et derrière les oreilles</i>). - Présence de <b>lentes</b> collées aux cheveux (<i>ou de poux adultes si l'infection est importante</i>). - <b>Lésions de grattage</b> (<i>pouvant évoluer en impétigo</i>).</p>	<p>▼ - <b>Prurit corporel</b>. - Présence de <b>poux</b> sur le <b>corps</b> ou les <b>vêtements</b>. - <b>Lésions de grattage</b>.</p>	<p>▼ - <b>Prurit pubien</b>. - Présence de <b>lentes</b> sur les poils pubiens. - Atteinte possible des poils axillaires.</p>
	Transmission (interhumaine)	<p>▼ Par contact <b>direct</b> (<i>promiscuité</i>) et <b>indirect</b> (<i>via peignes, bonnets, écharpes, oreillers...</i>).</p>	<p>▼ Par contact <b>direct</b> et via les <b>vêtements</b> ou la <b>literie</b>. <i>Transmission rare car liée au manque d'hygiène.</i></p>
Traitement	<p>▼ Lotion insecticide (à renouveler 8 jours plus tard) suivie d'un rinçage avec un shampoing non traitant et d'un coiffage au peigne fin afin d'éliminer les lentes.</p>	<p>▼ Hygiène corporelle rigoureuse. ▼ Désinfection du linge et des vêtements.</p>	<p>▼ Produit insecticide (lotion, spray, poudre). ▼ Rasage du pubis recommandé.</p>
		<p>▼ Les poux étant de plus en plus résistants aux insecticides, de nouveaux traitements sont arrivés sur le marché : ils agissent par action mécanique en « engluant » le pou pour l'asphyxier.</p>	

## Le pou de la tête : portrait du plus vieux compagnon de l'homme



- **C'est un mini-insecte** : il mesure entre 1 et 3 mm, le pou femelle étant plus grand (2-3 mm) que son compagnon mâle (1 mm).  
À jeun, il est gris blanc, gorgé de sang, il est rouge noir.
- **C'est un rampant** : il ne sait ni voler, ni sauter et nage difficilement ; mais il rampe très bien grâce à ses 3 paires de pattes situées sur le devant du corps. Ainsi, il ne « saute » pas d'une tête à l'autre mais « passe » d'une tête à l'autre.
- **C'est un robuste** : il est recouvert d'une cuticule imperméable et il respire par 14 orifices qu'il peut fermer si la qualité de l'air ne lui plaît pas.
- **C'est un squatteur de « touffes »** : il s'agrippe fermement aux poils grâce à ses grandes griffes pointues (comme celles d'un crabe). Ainsi, il a une nette « préférence » pour les personnes à cheveux longs. Caché par la forêt de poils, il vit confortablement avec tout ce qu'il faut de chaleur et d'humidité.



- **C'est un suceur de sang** : il n'est avide que de sang humain. Peu importe si l'endroit est propre ou sale, il passe à table toutes les 3 à 6 heures en piquant la peau, ce qui provoque des nuisances chez le propriétaire des lieux. Grâce à ses repas sanguins, il peut vivre sur le cuir chevelu jusqu'à 2 mois. Mais, loin de ce refuge, privé de son or rouge, il meurt en à peine 2 jours.
- **C'est une « bête de sexe »** : « En matière de sexe, le pou est une bête. C'est un animal tellement amoureux qu'il possède 2 paires de testicules et si l'on prend l'homme comme point de comparaison elles pèseraient près de 5 kg. Son pénis en érection aurait même la dimension d'une cuisse. Le pou mâle peut féconder 18 femelles à la suite sans reprendre son souffle et l'acte sexuel peut durer près de 4h. Le pou consacre une partie de sa vie à copuler, ce qui correspondrait pour un homme de 30 ans à avoir passé un an jour et nuit à ne faire que ça... » (extrait du documentaire Planète poux, T. Berrod, Mona Lisa Production, 2002).

À la suite de l'accouplement, la femelle pond durant sa vie, qui dure un mois environ, une centaine d'œufs, au rythme de 5 à 10 /jour.

Ces œufs, appelés lentes (souvent confondues avec des pellicules), sont ovales, durs, blancs et cimentés aux tiges pileuses. Ces lentes éclosent en une semaine et deviennent adulte en une quinzaine de jours.



## LA GALE, une infection parasitaire que l'on croyait « disparue ».

- La gale est due au sarcopte (*Sarcoptes scabiei*), parasite microscopique (acarien).
- La femelle creuse un tunnel (galerie) dans la couche cornée et y pond ses œufs.
- Prurit généralisé (sauf visage et haut du dos), surtout le soir.
- Présence de lésions de grattage et de sillons (entre les doigts, au poignet) qui correspondent à la progression des femelles dans la peau.
- Transmission essentiellement par contact humain intime et prolongé (notamment lors des rapports sexuels).
- Transmission indirecte possible (vêtements, literie, linge de toilette...) car l'acarien peut survivre 2-3 jours en dehors de la peau.
- Facteurs favorisants : vie en collectivité (quelque soit le milieu social), mauvaises conditions d'hygiène.
- Traitement du malade, de son proche entourage et de l'environnement (literie, vêtements).
- Recrudescence des cas ces dernières années : écoles, internats, maisons de retraite...



## 4. Infections fongiques (mycoses)



### ▼ Intertrigos ou inflammations des plis

#### ▼ Lésions élémentaires :

**Macules** rouges avec **squames**, **vésicules** et/ou **pustules**.

#### ▼ Signes cutanés :

**Plaques érythémateuses** recouvertes de **squames** et souvent bordées par des **vésicules** et/ou **pustules** (d'où l'aspect *suintant et croûteux*).

Le **prurit** est fréquent.

#### ▼ Localisations :

Sur les **plis cutanés** : grands plis (aine, aisselles, sous les seins, pli inter-fessier) et petits plis (espaces inter-orteils ou inter-digitaux, nombril).

#### ▼ Mécanisme d'apparition :

Inflammation généralement due à une infection par des **champignons dermatophytes** ou par une espèce de levure, **Candida albicans** (on parle alors de *candidose*). En effet, les plis cutanés sont des régions propices à la colonisation microbienne : confinement, humidité, T°C élevée...

#### ▼ Facteurs favorisants :

- **Transpiration excessive** (*hyperhidrose*).
- **Macération** et **frottements** occasionnés par les vêtements (*chaussettes, chaussures professionnelles, bottes, sous-vêtements serrés...*).
- **Humidité** (*vêtements imbibés de sueur, serviettes humides, plis cutanés non essuyés*).
- **Hygiène défectueuse**.

Et aussi : l'obésité, certaines maladies ou leurs traitements (ex : le diabète).

### D'autres mycoses cutanées

#### Provoquées par des champignons dermatophytes :

- Herpès circiné (pathologie qui n'a aucun rapport avec l'herpès viral). Se manifeste par une ou plusieurs taches rouges circulaires (de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre) et légèrement squameuses. Peut se transmettre par les animaux domestiques (chiens, chats, hamsters...).
- Mycoses des ongles (onychomycoses). Voir fiche pathologies 8.
- Teignes (« équivalent » capillaire de l'herpès circiné). Voir fiche pathologies 6.

#### Provoquées par des champignons lipophiles (levures du genre *Malassezia*) :

- Pityriasis versicolor (du latin, qui change de couleur). Se manifeste par des taches hyperpigmentées (sur une peau claire) ou dépigmentées (sur une peau foncée ou bronzée), siégeant le plus souvent sur le haut du dos, le thorax et les membres supérieurs.
- Dermate séborrhéique. Voir fiche pathologies 1 et pityriasis du cuir chevelu. Voir fiche pathologies 6, dans lesquels *Malassezia* est incriminé.

Ces infections mycosiques sont soignées par des antifongiques.

### \* REPÈRE

#### • Les causes sont en fait nombreuses :

Les intertrigos peuvent également être causés par une infection bactérienne, un contact irritant (eczéma), un psoriasis ou bien encore une dermatite séborrhéique.

#### • Le « pied d'athlète » :

infection fongique très fréquente et qui ne concerne pas que les sportifs ! Il s'agit d'un intertrigo inter-orteils.

La région atteinte est pruriteuse, recouverte de squames et parfois fissurée (crevasses). L'infection peut s'étendre à d'autres régions du pied et se transmet facilement par contact (sol des douches ou piscines). Les gestes simples de prévention sont de bien sécher chaque espace inter-orteils après la toilette, de porter des nus pieds dans les endroits humides collectifs et d'ôter de temps en temps les chaussures pour aérer les pieds.



• **Inter** : du latin *inter*, entre.

• **-trigo** : du latin *terere*, frotter.

➔ Allergies cutanées



▼ **Eczéma de contact allergique**

▼ **Lésions élémentaires :**

**Vésicules** sur fond **érythémateux** et **squameux**.

▼ **Signes cutanés :**

Une poussée d'eczéma se manifeste chronologiquement par :

- Un **érythème** associé à un **prurit intense** (et parfois à un gonflement).
- L'apparition de **vésicules**.

- La **rupture** des vésicules (suintement).

- L'**assèchement** des lésions qui se recouvrent de **croûtes** puis qui s'éliminent par **desquamation**.

*Les lésions guérissent, habituellement sans traces, à condition que la personne ne persiste pas à s'exposer à l'allergène et qu'il ne se gratte pas exagérément. Quand le grattage est chronique, en raison d'un eczéma persistant, la peau s'épaissit, durcit et devient très rugueuse (lichénification). Le grattage intensif pouvant être à l'origine d'une surinfection bactérienne.*

▼ **Mécanisme d'apparition :**

L'eczéma est la conséquence d'une réaction **inflammatoire** provoquée par le contact de la peau avec des **allergènes**.

Cette réaction **allergique** est de type **retardée** car les manifestations apparaissent environ 48 h après exposition aux allergènes (à condition que l'organisme ait été préalablement sensibilisé à ce type d'allergène, c'est-à-dire que le système immunitaire l'ait déjà « rencontré » quelques jours auparavant).

▼ **Facteurs déclenchants (chez les personnes prédisposées). Principaux allergènes en cause :**

- **Nickel** (et **cobalt**) des objets métalliques (*principales causes d'eczéma de contact*), présents notamment dans les bijoux « fantaisies » et les vêtements (boutons, boucles, fermetures éclair).
- **Caoutchoucs** (notamment le latex des gants).
- **Parfums** et **cosmétiques** (excipients, conservateurs, vernis à ongle, teintures capillaires...)

**Infos**

Le traitement consiste à identifier l'allergène (ou agent irritant) par **tests cutanés**, afin de l'éviter (ou de s'en protéger) ; sinon au moindre contact, même des années après, l'eczéma peut « ressusciter ».

L'éviction est délicate lorsque l'allergène responsable fait obligatoirement partie de l'environnement professionnel. Les corticoïdes permettent de « calmer » l'inflammation et le prurit lors des poussées aiguës.



**[VOC']**

Une **allergie** est une réaction exagérée du système immunitaire (également appelée hypersensibilité), suite à un contact avec des substances extérieures nommées **allergènes**. Ces substances, inoffensives chez la plupart des individus, sont, chez les personnes allergiques, jugées à tort « dangereuses » et par conséquent « non tolérées » par l'organisme.

**Eczéma** : du grec *ekzein*, bouillonner. En référence à l'intense démangeaison qui accompagne cette affection.

## Autres formes d'eczéma

**Eczéma de contact irritatif (ou dermite d'irritation)**

À la différence d'un eczéma allergique, il ne fait pas intervenir de réaction immunitaire vis-à-vis d'un allergène. Il est lié à une exposition répétée et prolongée à une substance irritante (si bien que toute personne peut être concernée dans la mesure où sa peau « cumule » les contacts avec des composés irritants).  
Ex : dermite du siège chez le nourrisson, dermite du coiffeur ou de la ménagère.

**Eczéma atopique (ou dermite atopique)**

- Eczéma lié à une prédisposition à développer des allergies, à cause d'une peau génétiquement plus perméable et plus fragile que la normale.
- L'eczéma débute en général entre l'âge de 3 et 6 mois et régresse dans 80% des cas vers la puberté.
- L'atopie prédispose également à la rhinite allergique (rhume des foins) ou à l'asthme.

**Eczéma photoallergique**

- Eczéma allergique déclenché par des produits (cosmétiques ou médicaments) qui n'exercent leur action allergène (chez les personnes prédisposées) qu'après exposition aux rayons UV.

**! À ne pas confondre avec la phototoxicité :**

Dermite des parfums, prise de certains médicaments qui ne fait pas intervenir de réaction immunitaire et qui peut concerner toute personne à condition que l'exposition entre le produit responsable et le rayonnement UV soit à doses suffisantes. Tout produit phototoxique et/ou photo-allergisant étant qualifié de photosensibilisant.

**Tatouage au « henné noir », proposé aux vacanciers sur les plages ou sur les marchés : méfiance !**

L'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) a réédité en 2009 une campagne de sensibilisation suite à l'augmentation des cas d'eczéma de contact allergique signalés après la réalisation de tatouages noirs éphémères à base de henné (32 cas en France en 2008). Le henné en lui-même est inoffensif, mais sa longévité étant faible et sa coloration devenant marron-orange, certains « tatoueurs » le mélangent illégalement à des **colorants noirs** (paraphénylène diamine) pour renforcer sa teinte et sa fixation sur la peau.

Ce sont ces colorants chimiques qui sont en cause dans les réactions allergiques rapportées.

**La directive nickel victime de l'avancée technologique.**

En 1994, l'Union européenne espérait à terme enrayer les cas d'allergie au nickel en instaurant la « directive nickel » qui exige que, pour les objets usuels en contact direct avec la peau, la libération de nickel ne dépasse pas un seuil déterminé.

Mais, dans les années 2000, suite à la démocratisation des **téléphones portables**, une recrudescence des cas d'eczéma de contact allergique (*photo ci-contre*) a été rapportée à cause du nickel libéré par la partie métallique de ces appareils. Le nickel des portables a été alors ajouté à la directive en 2009.



## Représentation schématique des principaux agents allergisants (ou irritants) selon les régions corporelles

### ▼ Cuir chevelu :

- Teintures, produits de permanente, lotions capillaires (parfums, conservateurs)
- Objets métalliques (branches de lunettes, épingles, pinces)
- Caoutchoucs (bonnet de bain)

### ▼ Paupières :

- Vernis à ongle
- Produits de maquillage des cils

### ▼ Visage :

- Cosmétiques, parfums, crèmes solaires
- Produits capillaires

### ▼ Aisselles :

- Déodorants, antiperspirants
- Dépilatoires
- Textiles

### ▼ Mains :

- Caoutchoucs (gants)
- Objets métalliques (bijoux-bagues, pièces de monnaie)
- Cosmétiques, parfums
- Produits capillaires (dermite des coiffeurs)
- Produits ménagers

### ▼ Cuisses :

- Objets métalliques dans les poches (pièces de monnaie)
- Caoutchouc (jarretelles)
- Textiles

### ▼ Pieds :

- Caoutchouc-colle (chaussures)
- Anti-transpirants

### ▼ Oreilles :

- Objets métalliques (boucles d'oreilles, piercing, branches de lunettes, téléphone portable)
- Plastiques (écouteurs, prothèses auditives)
- Produits capillaires

### ▼ Lèvres :

- Stick
- Vernis à ongle
- Objets métalliques (instruments de musique, piercing)

### ▼ Cou et décolleté :

- Objets métalliques (colliers, médaillons, fermeture éclair)
- Parfums
- Textiles

### ▼ Poignets :

- Objets métalliques (bracelets, montres)

### ▼ Poitrine :

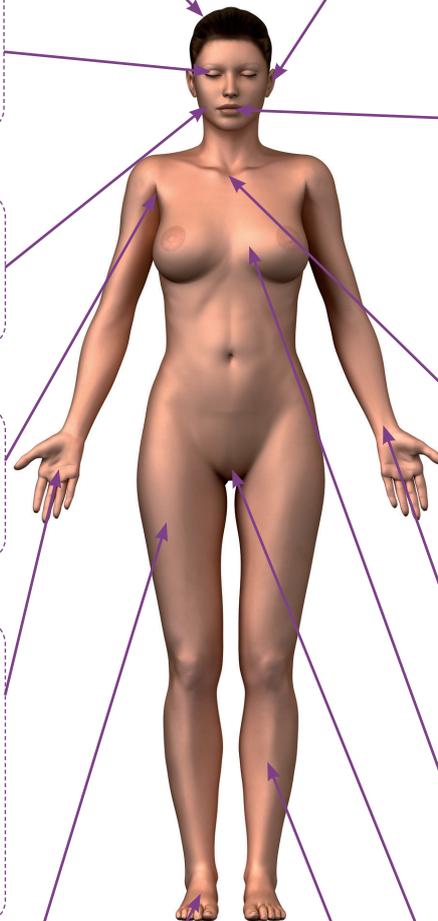
- Caoutchouc (élastiques de soutien-gorge)
- Textiles

### ▼ Région génitale :

- Latex préservatif
- Produits médicamenteux

### ▼ Jambes :

- Cosmétiques, dépilatoires
- Textiles (bas, collants)
- Fermeture éclair métallique (bottes)
- Produits médicamenteux (antiseptiques, cicatrisants)





## ▼ Urticaire allergique

### ▼ Lésions élémentaires :

**Papules** sur fond **érythémateux**.

### ▼ Signes cutanés :

Une ou plusieurs **plaques rosâtres** (*de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre*), plus ou moins épaisses et associées à un **prurit**

**intense** (*avec sensation de chaleur*). Les plaques peuvent s'accompagner d'œdèmes (*visage, mains, pieds*).

L'éruption est **brutale, mobile** mais n'est souvent que **passagère** (*elle disparaît en quelques heures*).

*L'urticaire chronique peut néanmoins persister plusieurs semaines.*

### ▼ Mécanisme d'apparition :

L'urticaire est également la conséquence d'une réaction **inflammatoire** d'origine **allergique** (*à savoir que les autres formes d'urticaire ont généralement une origine non allergique*), mais à la différence de l'eczéma de contact, elle est d'apparition **immédiate** (*elle survient en général quelques minutes suivant le contact avec l'allergène*).

*L'urticaire (allergique ou non) met en jeu la libération d'histamine (issue des mastocytes), une substance à l'origine de la vasodilatation cutanée. Le traitement repose ainsi sur l'administration d'antihistaminiques.*

### ▼ Facteurs déclenchants (chez les personnes prédisposées).

#### Principaux allergènes en cause :

- **Médicaments** (antibiotiques, aspirine)

- **Aliments** (fruits, œufs, fruits de mer,...)

- **Produits cosmétiques** (parfums, produits capillaires, mascara, rouge à lèvres,...)

- **Piqûres de moustiques** (guêpes, abeilles, frelons...)

Du latin *urtica* : orties. Car les lésions ressemblent aux piqûres d'orties.

#### \* REPÈRE

Une urticaire qui se complique d'un œdème de la glotte (atteinte de la gorge avec risque d'étouffement) doit nécessiter une consultation en urgence !

## Infos

**L'urticaire est une affection cutanée dont la reconnaissance est aisée mais dont les causes sont multiples et parfois difficiles à identifier**

Il existe en effet de nombreuses autres variétés d'urticaires dont la réponse inflammatoire n'est pas initialement d'origine allergique :

- Urticaire liée à la chaleur (bain, sauna, effort physique).
- Urticaire liée au froid (aliments, eau, air).
- Urticaire liée à une pression prolongée ou à des frottements (« la peau qui marque »).
- Urticaire liée au contact avec l'eau.
- Urticaire liée au soleil (éruption apparaissant dans les heures suivant l'exposition solaire et disparaissant rapidement après l'arrêt de l'exposition).
- Urticaire liée au contact irritatif (poils urticants des orties ou des chenilles, méduses urticantes).

Et bien d'autres encore...

## EN TANT QU'ESTHÉTICIENNE



### Je dois savoir...

- Tous les produits cosmétiques sont potentiellement allergisants.
- Les réactions allergiques (eczéma ou urticaire) ne sont pas contagieuses. Néanmoins, un produit présent sur le visage peut, par contact intime, provoquer une réaction indésirable chez une autre personne qui en est allergique (ex : lotion après-rasage, produits capillaires, crème hydratante).
- Certains cosmétiques peuvent provoquer une réaction allergique sur une région cutanée autre que celle où a été appliqué le produit. C'est le cas de l'allergie au vernis à ongles, qui épargne les mains mais qui se révèle, par contact manuporté, sur le visage (surtout aux paupières).
- Une allergie n'est pas toujours détectable immédiatement : certaines se manifestent plusieurs heures ou jours suivant le contact avec le produit.

### J'informe...

- Sur les mises en garde figurant sur la notice du produit (notamment des risques liés à l'exposition solaire).
- Que le service consommateur de la marque cosmétique peut être contacté afin de se renseigner (ou de se rassurer) sur les éventuels effets indésirables.

### Je vérifie...

- L'absence d'utilisation de cosmétiques ou de médicaments photosensibilisants avant toute séance UV.
- L'absence d'antécédents d'allergie ou d'intolérance solaire.
- À partir de la formulation du produit, l'absence d'un composé auquel un client se dit allergique.

### J'agis...

- En protégeant mes mains lors de manipulations de produits particulièrement irritants afin de prévenir l'eczéma de contact irritatif (dermite professionnelle).
- En conservant plusieurs jours l'emballage (notice) des cosmétiques qui ne sont plus utilisés pour d'éventuelles investigations ou analyses qui seraient demandées par un médecin.