Esthétique

Les kystes éruptifs à duvet en chirurgie plastique

RÉSUMÉ : La maladie des kystes à duvet entraîne l'apparition sporadique de kystes intradermiques chez de jeunes patients, même si des formes familiales et congénitales sont possibles.
Les sites touchés sont surtout le thorax et les membres supérieurs, mais des formes généralisées sont décrites. Ces kystes sont habituellement asymptomatiques.
Comme les traitements ne font pas consensus, la prise en charge reste difficile. De plus, compte tenu de la gêne essentiellement esthétique, l'indication de méthodes invasives est discutable. Des méthodes moins invasives, rapides et bien tolérées ont donc été proposées pour faire le diagnostic histologique et pouvoir proposer un traitement.
La technique de ponctuation puis évacuation du kyste par pression répond ainsi parfaitement à ces deux objectifs. Cependant, en cas de confirmation histologique, la prudence thérapeutique voire l'abstention sont conseillées.

C. LAZĂR
Praticien Hospitalier – Chirurgie Plastique
CHIMM (Centre Hospitalier Intercommunal)
MEULAN-LES MUREAUX).

Article présenté sous forme de communication orale lors de la 38e conférence annuelle de l'ASAPS, en octobre 2015, à Sydney (Lazăr CC. *Eruptive vellus hair cyst*).

Pathologie initialement décrite en 1977 [1], la maladie des kystes à duvet reste, avec moins de 200 cas décrits, une pathologie méconnue probablement sous-diagnostiquée (acné, folliculite, kystes épidermoïdes ou sébacés étant ses principaux diagnostics différentiels). Même si sa prévalence réelle reste inconnue, les études [2, 3] tendent à montrer qu'elle n'est pas aussi rare que le peu de publications à son sujet pourraient laisser penser. Affection bénigne sans prédominance de sexe ou de race, elle se traduit par l'apparition récurrente de kystes intradermiques asymptomatiques évoluant habituellement sous la forme de poussées sporadiques, le plus souvent sur des enfants entre 4 et 18 ans (pic entre 17 et 24 ans). Des associations sont possibles avec d'autres dermatoses, dont la pachyonychie congénitale [4, 5], la dysplasie ectodermique [6, 7] et, surtout, la stéatocystomatose multiple [8-11] qui, pour certains auteurs, ne serait qu'une variante clinique de l'anomalie à l'origine des kystes à duvet en raison de la grande proximité clinique des 2 entités. L'association avec d'autres maladies systémiques est possible [12, 13].

Bien que la maladie soit l'objet, dans la littérature internationale, de publications de dermatologie essentiellement, le chirurgien plasticien peut probablement et sans le savoir être amené à prendre en charge ces lésions kystiques en raison de demandes esthétiques exprimées par le patient et/ou le dermatologue en cas de lésions centimétriques mimant les kystes sébacés.

Or il n'existe pas de traitement curatif à cette pathologie et les traitements symptomatiques médicaux ou chirurgicaux ne sont en rien nécessaires car les résultats sont souvent jugés insatisfaisants. Pire, les gestes invasifs peuvent aggraver dans certains cas l'aspect esthétique.

Le but de cet article est de sensibiliser les jeunes chirurgiens plasticiens à cette pathologie, afin qu'ils sachent la suspecter et surtout s'abstenir de tout

geste invasif non indispensable en cas de confirmation diagnostique, au risque d'aboutir à l'insatisfaction du patient voire à une plainte.

Description

Les kystes éruptifs à duvet sont des formations bénignes situées dans le derme, où ils se forment à partir de l'*infundibulum* des follicules lanugineux du tronc. Touchant le plus souvent les jeunes patients entre 4 à 18 ans (pic entre 17 et 24 ans), sans prédilection de sexe ou de race, ils se situent essentiellement au niveau de la zone thoracique antérieure, des épaules et des membres supérieurs (***fig. 1***). Les formes congénitales sont possibles. Des atteintes cervico-faciales (***fig. 2***), dorsales, axillaires, abdominales, fessières, génitales ainsi que des formes généralisées ont été décrites [14-23]. Une régression spontanée des kystes peut être observée dans 25 % des cas.

Avec un nombre qui varie de moins d'une dizaine à plusieurs centaines, ces kystes forment des papules en dôme d'aspect lisse (parfois ombiliquées ou hyper-kératosiques), dont la couleur peut être chair, jaune, marron, rosée, hyperpigmentée voire bleue (***fig. 2***).

Fig. 1 : Atteinte caractéristique diffuse prédominant sur le thorax et les épaules.

Fig. 2 : Atteinte diffuse du visage, avec aspect lésionnel bleuté.

Fig. 3 : Chéloïdes post-exérèse-suture (**flèches**).

Généralement sans retentissement clinique hormis un éventuel prurit, voire de rares formes inflammatoires, ces kystes entraînent surtout des troubles esthétiques lorsqu'ils sont gros, amenant le patient à consulter en vue d'une ablation chirurgicale. Mais cela l'expose paradoxalement à un mauvais résultat esthétique en cas de cicatrisation de type chéloïde (***fig. 3***)

1. Macroscopie

Habituellement de taille millimétrique (de 1 à 4 mm), ces kystes peuvent mesurer jusqu'à 1 cm. Fragiles, ils présentent une membrane fine et transparente (***fig. 4A***), avec un contenu onctueux inodore de couleur jaune canari (***fig. 4B et 4C***) pouvant parfois inclure des poils (***fig. 5***). Leur aspect est cependant plus fréquemment gris ardoise sur les peux foncées ou noires (***fig. 6***).

2. Histologie

C'est elle qui fait le diagnostic de kyste à duvet, en confirmant la structure kystique du derme développée aux dépens de l'*infundibulum* d'un follicule pileux.

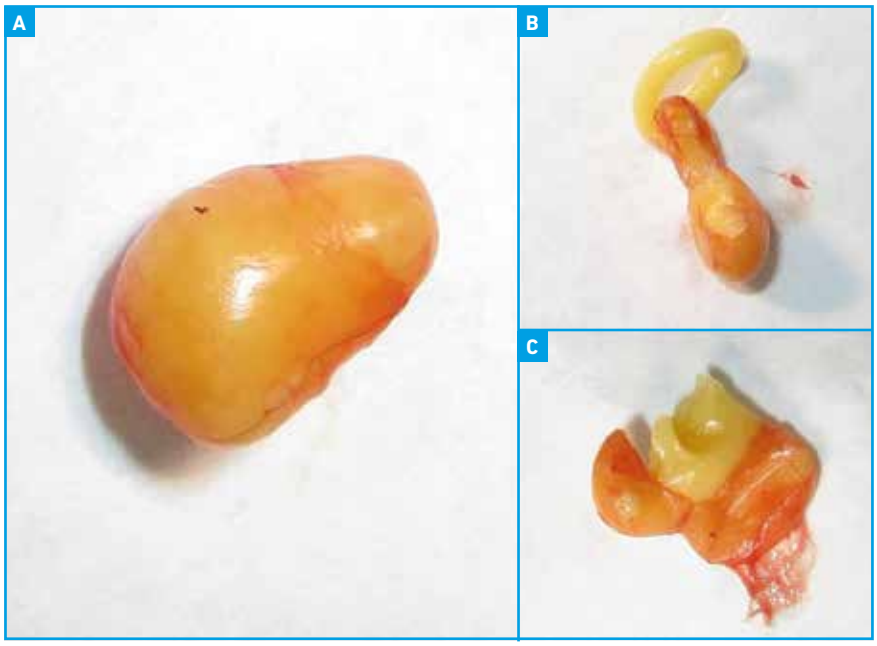

Fig. 4 : Aspect macroscopique. **A :** membrane fine et transparente. **B et C :** contenu onctueux jaune canari.

Esthétique

Fig. 5 : Aspect macroscopique avec inclusion de poils.

Fig. 6 : Variante macroscopique avec aspect gris ardoise chez les patients à peaux noires.

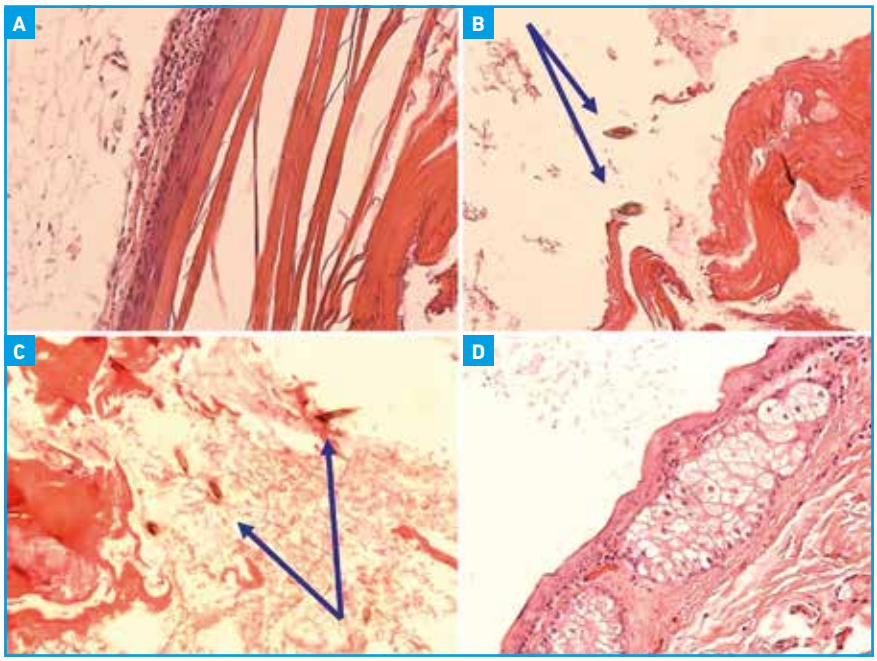

Fig. 7 : Caractéristiques histologiques d'un kyste à duvet. **A :** épithélium malpighien kératinisant. **B :** strates de matériel kératinocytaire et sections pileuses (**flèches**). **D :** glandes sébacées.

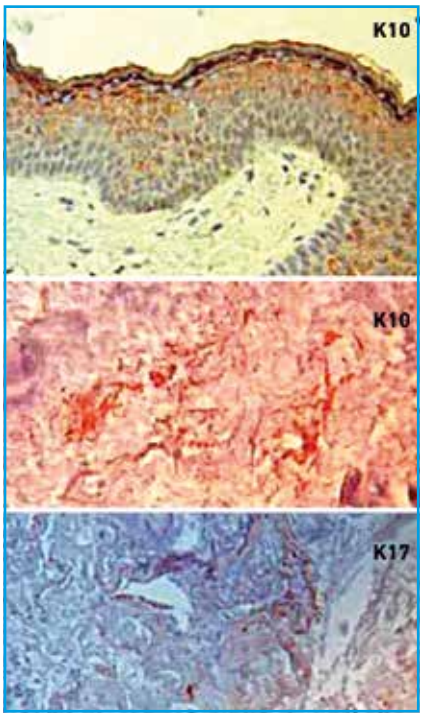

Fig. 8 : Expression des cytokératines K10 et K17 au sein des kystes en immuno-histochimie.

Les kystes sont bordés d'un épithélium malpighien kératinisant (***fig. 7A***) et contiennent des strates de matériel kératinocytaire ainsi que des sections pileuses (***fig. 7B et 7C***), mais très rarement des glandes sébacées (***fig. 7D***) [24].

3. Immuno-histochimie

Les auteurs retrouvent habituellement l'expression de la cytokératine K17 au sein de ces kystes, mais l'expression des K10, K14 et K19 est également possible (***fig. 8***) [25-27].

4. Génétique

La maladie a été décrite sous forme familiale, y compris chez des jumelles, et sous forme congénitale [28-32]. Sa transmission serait de type autosomique dominant [11, 33].

Discussion

La prise en charge de cette pathologie reste difficile et les solutions thérapeutiques décrites dans la littérature sont variées mais ne font pas consensus, souvent tentées par les différents auteurs en fonction de la sévérité de l'atteinte.

Les traitements médicaux locaux comportent le laser (CO_2 ou Erb:YAG) [34], la dermabrasion [35], les topiques rétinoïdes [36, 37] et les crèmes kératolytiques à base d'acide lactique [38, 39], d'acide salicylique ou d'urée. Les traitements médicaux systémiques comportent essentiellement l'isotrétinoïne [40], le calcipotriène [41] et la vitamine A.

Les traitements interventionnels comportent le curetage-cautérisation [42], le punch-biopsie, l'incision-drainage et l'exérèse complète.

L'efficacité et les indications des différentes thérapeutiques médicales et/ou chirurgicales varient selon les auteurs [24, 34-44]. Leur intérêt est cependant discutable puisqu'il s'agit de traitements symptomatiques sans incidence sur la survenue de nouvelles lésions et dont le résultat est souvent jugé insatisfaisant. De plus, les récidives sont fréquentes et les kystes à duvet sont spontanément résolutifs dans un quart des cas. Le problème est d'autant plus compliqué que la gêne initiale des patients est essentiellement d'ordre esthétique. En effet, les gestes invasifs comme le laser, le curetage, la dermabrasion, la biopsie ou l'exérèse-suture peuvent être douloureux et exposent de fait le patient à des séquelles cicatricielles multiples voire à de mauvaises cicatrisations de type chéloïde dont le traitement (corticoïdes, gel de silicone, chirurgie) est loin d'avoir des résultats parfaits. Cela peut être source de mécontentement voire aboutir à une demande d'indemnisation qui n'est pas si rare dans notre spécialité tant médiatisée et soumise aux risques judiciaires [45-47]. Des méthodes moins invasives rapides et bien tolérées ont donc été proposées (***vidéo***), elles permettent à moindre risque de faire à la fois le diagnostic histologique des lésions et de les traiter si l'indication est posée [48-51] avec un très faible taux de récurrence.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flash code* suivant

– en suivant le lien :

https://www.realites-chirplastique.com/kystesduvet

** Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.*

Conclusion

Le chirurgien plasticien doit évoquer une maladie de kystes à duvet devant une polykystose infracentimétrique superficielle ou une acné résistant aux traitements dermatologiques. Avant de répondre à une demande du patient d'exérèses-sutures parfois multiples de telles lésions, le diagnostic histologique de cette maladie devrait être recherché. La technique de choix permettant aussi bien de traiter le kyste que d'obtenir le matériel histologique nécessaire avec un minimum de rançon cicatricielle est alors la ponctuation kystique (laser, aiguille, pointe bistouri, instrument de cautérisation) puis l'évacuation de son contenu par pression.

En cas de confirmation, le patient doit être renseigné sur l'évolution et l'absence de traitement curatif de cette pathologie, en lui proposant l'abstention chirurgicale. S'il persiste dans sa demande opératoire, les techniques peu invasives comme celles qui sont citées ci-dessus doivent être privilégiées. Enfin, en cas de formes sévères, atypiques et/ou généralisées, une prise en charge médicale spécialisée devra être proposée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol*, 1977;113:500-503.
2. Torchia D, Vega J, Schachner LA. Eruptive Vellus Hair Cysts: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 2012;13:19.
3. Espinoza Hernández CJ, Fonte Ávalos V. Eruptive vellus hair cysts: prevalence and clinical features. *Gac Med Mex*, 2013;149:406-408.
4. Moon SE, Lee YS, Youn JI. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenita. *J Am Acad Dermatol*, 1994;30:275-276.
5. Lee HT, Chang SH, Yoon TY. Eruptive vellus hair cyst in a patient with pachyonychia congenita. *J Dermatol*, 1999;26:402-404.
6. Köse O, Taştan HB, Deveci S *et al.* Anhidrotic ectodermal dysplasia with eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 2001;40:401-402.
7. Romiti R, Festa Neto C. Eruptive vellus hair cysts in a patient with ectodermal dysplasia. *J Am Acad Dermatol*, 1997;36:261-262.
8. Hurlimann AF, Panizzon RG, Burg G. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex: hybrid cysts. *Dermatology*, 1996;192:64-66.
9. Jerasutus S, Suvanprakorn P, Sombatworapat W. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex. *J Am Acad Dermatol*, 1989;20:292-293.
10. Patrizi A, Neri I, Guerrini V *et al.* Persistent milia, steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts: variable expression of multiple pilosebaceous cysts within an affected family. *Dermatology*, 1998;196:392-396.
11. Roberts CM, Birnie AJ, Kaye P *et al.* Papules on the trunk. Eruptive vellus hair cysts. Clin Exp Dermatol, 2010;35:e74-75. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03494.x.
12. Kwon KS, Lee HT, Jang HS *et al.* A case of generalized eruptive vellus hair cysts. *J Dermatol*, 1997;24:556-557.
13. Park JH, Her Y, Chun BM *et al.* A case of eruptive vellus hair cysts that developed on the labium major. *Ann Dermatol*, 2009;21:294-296. doi:10.5021/ad.2009.21.3.294.
14. Oiso N, Matsuda H, Kawada A. Eruptive vellus hair cysts of the labia majora: detection of openings of the cysts to the epidermis by dermoscopy. *Eur J Dermatol*, 2013;23:417-418. doi:10.1684/ejd.2013.2036.
15. Soares T, Warschaw K, Hansen R. Eruptive vellus hair cysts with granulomatous inflammation in an unusual location. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 56, Issue 2, AB157, P2414.
16. Yanik ME, Aliagaoglu C, Güvenç SC *et al.* Eruptive vellus hair cysts occurring on the ears. *J Dermatol*, 2009;36:360-361. doi:10.1111/j.1346-8138.2009.00654.x.

Esthétique

17. Aloi F, Tomasini C. Eruptive vellus hair cysts: a facial variant. *G Ital Dermatol Venereol*, 1990;125:515-518.
18. Chan KH, Tang WY, Lam WY *et al.* Eruptive vellus hair cysts presenting as bluish-grey facial discoloration masquering as naevus of Ota. *Br J Dermatol*, 2007;157:188-189.
19. Khatu S, Vasani R, Amin S. Eruptive vellus hair cyst presenting as asymptomatic follicular papules on extremities. *Indian Dermatol Online J*, 2013;4:213-215. doi:10.4103/2229-5178.115521.
20. Bhushan P, Singh A. Facial variant of eruptive vellus hair cyst. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2014;80:96. doi:10.4103/0378-6323.125513.
21. Urbina Gonzalez F, del Carmen Cristóbal Gil M, Aguilar Martínez A *et al.* Eruptive vellus hair cyst with singular histologic finding. *Arch Dermatol*, 1987;123:299-301.
22. Ginguené P. Kystes éruptifs à duvet : autour d'un cas original. Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 2 novembre 2011. (archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/368190ba-bacb-4c8e-875c-7ee8095ec222).
23. Tomková H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol*, 1997;19:250-253.
24. Shi G, Zhou Y, Cai YX *et al.* Clinicopathological features and expression of four keratins (K10, K14, K17 and K19) in six cases of eruptive vellus hair cysts. *Clin Exp Dermatol*, 2014;39:496-499. doi:10.1111/ced.12337. Epub, 2014 Apr 28.
25. Pauline G, Alain H, Jean-Jaques R *et al.* Eruptive vellus hair cysts: an original case occurring in twins. *Int J Dermatol*, 2015;54:e209-12. doi:10.1111/ijd.12307. Epub, 2014 Jul 11.
26. Rodgers SA, Kitagawa K, Selim MA *et al.* Familial eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 2012;29:367-369. doi:10.1111/j.1525-1470.2011.01411.x. Epub, 2011 Dec 9.
27. Mayron R, Grimwood RE. Familial occurrence of eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 1988;5:94-96.
28. Piepkorn MW, Clark L, Lombardi DL. A kindred with congenital vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:661-665.
29. Benoldi D, Allegra F. Congenital eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 1989;28:340-341.
30. Morgan MB, Kouseff BG, Silver A *et al.* Eruptive vellus hair cysts and neurologic abnormalities: two related conditions? *Cutis*, 1991;47:413-415.
31. Fernández-Torres R, Del Pozo J, Castiñeiras I *et al.* Treatment of multiple eruptive vellus hair cysts with carbon dioxide laser vaporization and manual lateral pressure. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:e716-718. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03443.x. Epub, 2009 Jul 29.
32. Reep MD, Robson KJ. Eruptive vellus hair cysts presenting as multiple periorbital papules in a 13-year-old boy. *Pediatric Dermatology*, 2002;19:26-27.
33. Fisher DA. Retinoic acid in the treatment of eruptive vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:221.
34. Held JL, Andrew JE, Toback AC. Eruptive vellus hair cysts. *Cutis*, 1987;40:259-260.
35. Tran B, Lee A, Curtis A *et al.* Eruptive vellus hair cysts treated with lactic acid: case report and review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol. 62, Issue 3, AB27, P1106.
36. Urbina-González F, Aguilar-Martínez A, Cristóbal-Gil MC *et al.* The treatment of eruptive vellus hair cysts with isotretinoin. *Br J Dermatol*, 1987;116:465-466.
37. Erkek E, Kurtipek GS, Duman D *et al.* Eruptive vellus hair cysts: report of a pediatric case with partial response to calcipotriene therapy. *Cutis*, 2009;84:295-298.
38. Sárdy M, Kárpáti S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. *Br J Dermatol*, 1999;141:594-595.
39. Bergfeld WF. Letter to the editor. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:221.
40. Watson A. Eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 1982;21:273-274.
41. Saks K, Levitt JO. Tazarotene 0.1 percent cream fares better than erbium:YAG laser or incision and drainage in a patient with eruptive vellus hair cysts. *Dermatol Online J*, 2006;12:7.
42. Coras B, Hohenleutner U, Landthaler M *et al.* Early recurrence of eruptive vellus hair cysts after Er:YAG laser therapy: case report and review of the literature. *Dermatol Surg*, 2005;31:1741-1744.
43. Kaya TI, Tataroglu C, Tursen U *et al.* Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2006;20:264-268.
44. Hong SD, Frieden IJ. Diagnosing eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 2001;18:258-259.
45. Karadag AS, Cakir E, Pelitli A. Eruptive vellus hair cysts: An alternative diagnosing method. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2009;75:537-538.

L'auteur remercie le Dr Pauline Ginguené (dermatologue à Pornic) pour les ***figures 2*** et ***8*** ainsi que le Dr Gaëlle Lamoureux (praticien hospitalier – anatomopathologiste – CHIMM) pour la ***figure 7***.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.