

## Revue générale

# Les fils pilaires faciaux : signe cardinal de la démodécidose ?

**RÉSUMÉ :** Cet article illustre en photographies le signe clinique des lésions filiformes faciales diffuses, très fréquemment asymptomatique chez un adulte. Il pose le problème de sa signification diagnostique et thérapeutique en pratique quotidienne.

→ C. BARTHAUX  
Cabinet de Dermatologie, SAINT-MALO.

P our faire écho à l'article pertinent du Pr Philippe Berbis sur le sujet des démodécidoses [1], il m'a paru utile de préciser et d'illustrer en photographies (trois sujets photographiés) un signe facial très souvent constaté chez une personne à peau claire de plus de 40 ans, qui rougit facilement et par ailleurs en très bonne santé générale. Qualifié de "peau sèche" dans la littérature, ce signe facial n'a pas la rugosité d'une kératose pilaire atopique, ce qui peut être constaté à la simple palpation.



Fig. 1 : Atteinte diffuse du front évidente à jour frisant.



Fig. 2 : Atteinte diffuse du front.

Il se décrit comme un **spinulosisme folliculaire** discret, diffus, visible à jour frisant, prédominant au front (fig. 1 et 2), au nez (fig. 3), aux joues (fig. 4), parfois aux oreilles (fig. 5 et 6), uni- ou bilatéral. Souvent asymptomatique, il est facile à identifier sur un visage et constitue rarement le motif de la consultation.

L'examen au dermoscope montre de **multiples lésions filiformes blan-**



Fig. 3 : Atteinte du nez spinulosique.



Fig. 4 : Lésions jugales diffuses à intervalles réguliers.

## Revue générale



Fig. 5 : Atteinte auriculaire.



Fig. 6 : Atteinte auriculaire : vue dermoscopique.

**châtres caractéristiques** (qualifiées de “gélatineuses” par certains) [2], de taille variable, millimétrique, émergeant de nombreux orifices pilaires sur un fond épidermique très souvent érythémateux et télangiectasique (**fig. 7 et 8**). Les lésions sont diffuses, à intervalle régulier, ce qui les différencie aisément des fines squames d’un eczéma.

La pathologie des hyperkératoses digitiformes diffuses [3] est très proche sémiologiquement, mais ces entités atteignent volontiers les parties corporelles en dehors du visage, sans contexte coupe-rosique, et sont rares.

En qualité de diagnostic différentiel, au moindre doute avec un mycosis fongicide



Fig. 7 : Fils de tailles différentes autour d’une cicatrice : vue dermoscopique.



Fig. 8 : Fils blanchâtres multiples : vue dermoscopique en immersion.

pilotrope ou une mucinose folliculaire, une biopsie sera faite. Pour écarter des spicules hyperkératosiques acquises, une recherche de paraprotéine sanguine (gammopathie monoclonale, cryoglobuline) pourra être demandée. Enfin, la rare trichodysplasie spinulosique liée à une infection par le polyomavirus se rencontre dans un contexte particulier d’immunodépression.

Ce signe des  **fils pilaires faciaux**  très facilement reconnaissable, très fréquent, mérite d’être précisé sur le plan histopathologique afin de prouver définitivement son lien direct avec l’infestation pilaire à *Demodex* (démodécidose). Ce signe pourrait devenir un critère diagnostique de poids en faveur d’une démodécidose, aisément accessible en cabinet de ville sans avoir recours à une biopsie, laquelle est un critère diagnostique consensuel mais reste délicate à réaliser en région faciale car elle est forcément cicatricielle. La biopsie de sur-

face au cyano-acrylate (*scotch test*?) est une méthode intéressante qui peut représenter une alternative moins invasive.

L’approche thérapeutique pourrait en être impactée et signifier l’inutilité de prescrire une antibiothérapie orale par cycline contre une rosacée, vouée à l’échec, pour favoriser l’indication d’un traitement acaricide. Malheureusement, l’évaluation de protocoles thérapeutiques contre la démodécidose manque cruellement. Parmi les traitements non irritants proposés, on retiendra l’ivermectine topique, l’ivermectine orale en prise minute, le métronidazole topique à 1 % ou 2 %, le métronidazole oral en doses dégradées, la crème à la perméthrine à 5 % et le crotamiton à 10 %.

### Conclusion

En pratique clinique courante, le signe clinique des lésions filiformes faciales diffuses, très fréquemment asymptomatique, pose le problème de sa signification, laquelle devra être précisée dans un avenir proche sur les plans diagnostique et thérapeutique.

### BIBLIOGRAPHIE

1. BERBIS P. Classification actuelle des démodécidoses. *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, 2016;257:31-34.
2. SEGAL R, MIMOUNI D, FEUERMAN H *et al.* Dermoscopy as a diagnosis tool in demodicidosis. *Int J Dermatol*, 2010;49:1018-1023.
3. CACCETTA TP, DESSAUVAGIE B, MACCALLUM D *et al.* Multiple minute digitate hyperkeratosis: a proposed algorithm for the digitate keratoses. *J Am Acad Dermatol*, 2012;67:e49-e55.

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