

■ Revues générales

Particularités sémiologiques des dermatoses sur les peaux de phototypes foncés dites “noires”

RÉSUMÉ: Les principales particularités de la sémiologie dermatologique sur les peaux fortement pigmentées dites “noires” sont passées en revue. À côté de la classique difficulté d'évaluation d'un érythème, les manifestations dyschromiques sont fréquentes et susceptibles de réaliser une aide au diagnostic. Outre leur signification purement sémiologique, il faut comprendre que ces manifestations dyschromiques représentent souvent un élément important de la demande thérapeutique de la part des patients.



A. MAHÉ
Service de Dermatologie,
Hôpital Pasteur, COLMAR ;
Directeur du diplôme d'université
de “médecine de la diversité”.

Nous souhaitons ouvrir cet exposé sur une notion importante, tirée de notre expérience, qui est que, contrairement à certaines opinions ayant volontiers cours dans le milieu médical, la sémiologie dermatologique sur peau fortement pigmentée n'offre pas de difficulté majeure, en tout cas certainement pas qui soit insurmontable [1].

Il est vrai que la difficulté d'évaluer un érythème peut compliquer certains diagnostics mais, en contrepartie, les troubles dyschromiques, si fréquents sur ce type de peau, sont susceptibles de constituer une aide originale, équilibrant si l'on peut dire les choses. Il y a donc une part à notre avis exagérée, presque irraisonnée, dans la crainte exprimée par nombre de praticiens (y compris dermatologues) à l'abord de la sémiologie dermatologique sur les peaux fortement pigmentées. La base du diagnostic dermatologique est la sémiologie et la base de la sémiologie dermatologique est l'identification de la lésion élémentaire : si certains “ajustements de l'œil” sont nécessaires, le diagnostic dermatologique sur peau fortement pigmen-

tée ne diffère en rien de ces principes généraux, et en particulier ne relève pas d'une expertise exceptionnelle qui serait réservée à certains “grands spécialistes” de la question. En fait, comme toujours, c'est l'habitude qui amènera une certaine aisance, mais encore faut-il ne pas éviter une confrontation dont on a parfois l'impression qu'elle est jugée insoluble à l'avance !

Aspects physiologiques particuliers observables sur les peaux fortement pigmentées

Il convient tout d'abord d'être familier avec certains aspects pigmentaires physiologiques liés à l'abondance de la mélanine qu'il ne faudrait pas confondre avec des états qui pourraient être considérés comme pathologiques chez des sujets de phototypes clairs ; aucun des aspects mentionnés ne doit cependant être considéré comme obligatoire.

Observées lorsque la pigmentation est naturellement importante (personnes originaires d'Afrique mais aussi

Revue générale

d'Asie, etc.), les **lignes de démarcation pigmentaire** (désignées parfois dans la littérature et selon les localisations sous les noms de “lignes de Voigt” ou de “lignes de Futcher”) sont des lignes verticales situées essentiellement à la face interne des bras ou des cuisses (**fig. 1A**). L'explication de ce phénomène n'est pas claire : elles pourraient correspondre à la matérialisation de

territoires anatomiquement adjacents mais composés de lignées cellulaires dérivant de cellules souches distinctes, disposant de capacités pigmentogènes légèrement différentes. D'autres lignes pigmentaires sont susceptibles d'être visualisées sur les zones médianes du tronc (ligne claire à la face antérieure du thorax, ligne pigmentée sous-ombilicale). Certains de

ces aspects peuvent se majorer ou se révéler durant la grossesse.

Il est important de se familiariser avec les aspects que peuvent prendre les **paumes** et surtout les **plantes**. Si une paume/plante claire analogue ou presque à ce qui est observé chez les sujets de phototypes clairs est possible (fréquent “marquage” pigmentaire des plis palmaires cependant), la pigmentation peut être plus importante, diffuse mais parfois aussi maculeuse, réalisant alors un aspect de “taches” multiples de teintes plus ou moins homogènes (**fig. 1B**). Histologiquement, ces macules correspondent le plus souvent à une hyperpigmentation basale isolée, plus rarement à un lentigo ou à un authentique *naevus* [2]. Surtout, il peut être parfois difficile de statuer sur le caractère physiologique ou pathologique de ces *volar melanotic macules*, certaines dermatoses pouvant s'accompagner précisément de macules pigmentées dans cette topographie (mélanome, syphilis secondaire, etc.). Concrètement et sans pouvoir donner de règle absolue, outre bien sûr l'apport des données de l'interrogatoire, il est utile de savoir qu'un aspect physiologique franchement maculeux n'est couramment observé qu'au niveau plantaire. Pour ce qui est du mélanome plantaire (beaucoup plus rarement palmaire), une irrégularité (de couleur, de forme, d'intensité de la pigmentation...) doit alerter, en prenant conscience du fait que ces macules physiologiques constituent sans doute une cause importante au retard diagnostique souvent déploré pour cette entité (la dermoscopie, si on en dispose, peut être évidemment d'un grand secours).

On peut en rapprocher les **pigmentations unguéales**, également très fréquentes et qui peuvent prendre un aspect de pigmentation diffuse et alors homogène du lit de l'ongle, ou plus souvent linéaire sous la forme de mélanonychie longitudinale généralement multiples (**fig. 1C**). Ici également, la question du diagnostic précoce d'un mélanome unguéal, rare mais grave, peut se poser.



Fig. 1 : Aspects physiologiques courants. **A :** lignes de démarcation pigmentaire physiologiques à la face interne des cuisses. **B :** pigmentations maculeuses plantaires physiologiques (un aspect aussi profus n'est pas exceptionnel à ce niveau). **C :** pigmentations unguéales physiologiques (leur multiplicité et leur intensité modérée et régulière permettent d'en affirmer la bénignité).

I Revues générales

La **muqueuse buccale** peut présenter des aspects variables : sur les gencives, la pigmentation est volontiers diffuse ; sur la langue ou le palais, elle est plus souvent ponctuée (“papilles fongiformes linguales pigmentées” du jeune adulte) [3]. La face interne des joues, surtout en arrière, peut prendre du fait de l'épaisseur épithéliale à cet endroit un aspect grisâtre un peu translucide, parfois désigné dans la littérature sous le nom de “leucœdème buccal”. Les lèvres peuvent être très pigmentées ou au contraire peu ou même pas du tout, notamment pour ce qui est de la lèvre inférieure qui peut prendre un aspect pseudo-vitiligoïde. La zone sclérale de l'œil est également fréquemment concernée par une pigmentation.

Au niveau génital, c'est surtout au niveau vulvaire que la question du caractère physiologique, ou pas, doit se poser. Des pigmentations maculeuses, plus ou moins foncées, bilatérales et relativement symétriques, peuvent physiologiquement siéger sur le versant muqueux (vestibule, petites lèvres), mais une pigmentation isolée/unique ou franchement asymétrique doit être considérée comme suspecte de mélanome, non exceptionnel sur ce terrain [4].

D'une façon générale, toutes ces pigmentations physiologiques ont tendance à s'accroître avec l'âge, ce qui peut parfois donner une fausse impression de lésion acquise. Elles sont souvent corrélées au degré de pigmentation cutanée, mais pas toujours.

Chez le nouveau-né durant les premiers jours de vie, une pigmentation relative des zones auriculaires, périunguéales et génitale contraste couramment avec un éclaircissement cutané général transitoire. **Les taches dites “mongoliques”** (ou “mongoloïdes”), qui siègent sur la région lombo-sacrée avec extension possible jusqu'au dos et aux épaules, voire aux cuisses, sont fréquentes dans toutes les populations ayant une peau plus ou moins fortement pigmentée ;

elles disparaissent généralement dans les 2 premières années, mais peuvent persister à l'âge adulte ou être de localisation ectopique (flanc, abdomen...) [5]. La confusion avec des hématomes (susceptibles de suggérer une maltraitance...) semble grossière, mais est régulièrement mentionnée dans la littérature. Point important : des taches mongoliques anormalement nombreuses ou disséminées (atteinte des extrémités et/ou de la face antérieure du tronc notamment) doivent amener à évoquer une mucopolysaccharidose [6].

D'autres traits physiologiques, nous semblant étonnamment peu décrits dans la littérature malgré leur fréquence, méritent d'être signalés. Certaines irrégularités de pigmentation sont ainsi banales : zones médiofaciales ou prétragiques plus claires, tout particulièrement chez l'enfant, régions périorbitaires, frontales ou malaires plus foncées, notamment avec l'âge, ou encore jointures ou extrémités d'aspect sensiblement plus pigmenté. Un éclaircissement spontané de la teinte de la peau, notable surtout pour les peaux les moins foncées, se manifeste souvent après quelques mois de séjour en climat européen hivernal, pouvant accentuer ou révéler des irrégularités physiologiques qui seront parfois sources de questionnements.

Particularités sémiologiques liées à l'intensité de la pigmentation

1. La problématique de l'érythème

S'il existe un déficit en sémiologie dermatologique sur peau foncée par rapport à une peau claire, il faut bien admettre que c'est pour ce qui est de l'identification d'un érythème. Cela appelle toutefois une certaine modération. Même s'il est plus subtil, l'érythème reste en effet visible lorsque la peau n'est pas très foncée (**fig. 2A**) ; il peut également être révélé par une régression concomi-

tante de la pigmentation physiologique, autrement dit par une hypochromie (comme, par exemple, lors d'un psoriasis [**fig. 2B**]). Il arrive aussi que l'érythème prenne un aspect violacé, lequel constitue en fait un équivalent d'érythème (par contre, l'aspect violacé, si typique de la maladie de Kaposi sur peau claire, passe généralement inaperçu ou est occulté par une pigmentation secondaire).

Il est également heureux que, dans de nombreuses situations, le manque sémiologique s'avère en réalité relatif : ainsi au cours de l'érysipèle, où l'on pourra porter le diagnostic sur les autres éléments sémiologiques de la maladie (œdème, douleur, augmentation de la chaleur locale...), lors d'une dermatophytie des plis ou de la peau glabre, d'un zona, etc. Grand classique des difficultés diagnostiques sur “peau noire”, celui de rougeole ne se limite pas à la reconnaissance de l'exanthème (présence du signe de Koplik, catarrhe oculo-naso-conjonctival, etc.). En outre, une analyse fine permet de retrouver le caractère “chagriné” de l'éruption (lié en fait à une accentuation folliculaire) (**fig. 2C**).

Souvent, l'érythème prend un aspect plus ou moins franchement hyperchromique. Cela concerne notamment les dermatoses à substrat physiopathologique épidermique comme l'eczéma ou le pityriasis “rosé” de Gibert, dermatoses où l'érythème est volontiers remplacé par une hyperchromie peu intense, grisâtre, certes pas à proprement parler “rouge” mais qui nous semble tout de même assez particulière (**fig. 2D**). Une comparaison volontiers invoquée à ce propos, et nous semblant à la fois juste et utile, est que l'aspect pris par l'érythème sur peau foncée est proche de celui que l'on observerait sur une photo en noir et blanc de la même affection sur peau “blanche” (**fig. 3**).

Ce n'est en définitive que lorsque l'érythème est peu marqué, isolé et purement maculeux que la dermatose est susceptible de passer réellement inaperçue : les exanthèmes les plus discrets, qu'ils



Fig. 2 : Érythème sur peau noire. L'érythème peut rester visible sur peau peu foncée (A, ici lors d'une toxidermie) ou en cas d'hypochromie associée (B, psoriasis). Il devient par contre souvent imperceptible sur peau foncée comme ici lors d'une rougeole, même si son caractère en l'occurrence typiquement granuleux reste appréciable (C). Parfois, il prend plutôt un aspect "grisâtre", comme ici lors d'un pityriasis rosé de Gibert (noter le "médaillon" caractéristique) (D).



Fig. 3 : Souvent en fait, l'érythème prend un aspect analogue à ce que l'on verrait sur un cliché photographique développé en noir et blanc. Le diagnostic d'eczéma de contact (ici aux chaussures) reste malgré tout facile.

soient infectieux (viroses, roséole syphilitique) ou médicamenteux, seront ainsi à risque d'être méconnus. Parfois, le diagnostic ne sera évoqué que rétrospectivement devant des symptômes d'ordre résolutif: fine desquamation d'une rougeole ou plus marquée d'une toxidermie, pigmentation post-lésionnelle, etc.

Du fait de la discrétion de l'érythème accompagnant les papules ortiées et



Fig. 4 : Les diagnostics d'urticaire (A) et de purpura (B), ici lors d'un purpura rhumatoïde, sont souvent difficiles sur peau fortement pigmentée.

fugaces, l'urticaire est également souvent difficile à identifier (**fig. 4A**). Un examen à jour frisant sous un bon éclairage est utile, pouvant déceler un aspect "en peau d'orange". Tout comme sur peau claire lorsqu'on cherche à poser ce diagnostic en l'absence de lésion visible au moment de la consultation, l'interrogatoire, recherchant le caractère fugace et mobile de lésions très prurigineuses, est bien sûr d'une grande aide.

2. Autres difficultés sémiologiques liées à l'intensité de la pigmentation

Moins souvent cité que l'érythème, un purpura est également très difficile à apprécier sur les peaux les plus for-

tement pigmentées. Le diagnostic de vascularite cutanée débutante sur peau foncée est ainsi difficile et ne pourra parfois être évoqué que lors de la constatation de zones nécrotiques secondaires (donc tardives et inconstantes) (**fig. 4B**).

Sémiologie analytique des "taches" (hypochromies et hyperchromies)

L'analyse sémiologique des modifications de couleur des peaux fortement pigmentées, "en plus ou en moins", gagne à être systématisée en raison de sa fréquence et de sa valeur sémiologique potentielle, compensant dans une cer-

Revue générale

taine mesure le déficit sémiologique concernant l'érythème.

1. Hypochromies et achromies : un intérêt diagnostique original

La sémiologie de cet état sur peau noire est à la fois plus variée que sur peau claire, et plus informative. Elle gagne à être systématisée : en fonction de la sémiologie (**fig. 5**) et/ou de la fréquence des différentes étiologies possibles (**tableau 1**).

Il convient déjà de distinguer l'hypochromie, où persiste une pigmentation résiduelle, de l'achromie, totalement décolorée. Les affections achromiantes sont en effet peu nombreuses : vitiligo (**fig. 6A**), lupus érythémateux chronique (en fait souvent polychrome) ou plus banalement cicatriciel (notamment de brûlure). Une variante d'achromie importante à reconnaître est l'achromie mouchetée, qui peut certes se voir au cours d'un vitiligo (pigmentation péripilaire résiduelle) ou de lichénifications

vieilles, mais surtout, d'une façon très caractéristique, presque pathognomonique, lors de la sclérodermie systémique (**fig. 6B**). Il est à noter qu'il n'y a pas toujours de sclérose sous-jacente à ces zones achromiques.

De même, la valeur sémiologique d'une hypochromie réside dans le fait que cet état ne connaît lui aussi qu'un nombre relativement limité d'étiologies. Comme souvent dans la pratique médicale, on s'appuiera d'abord sur l'argument de

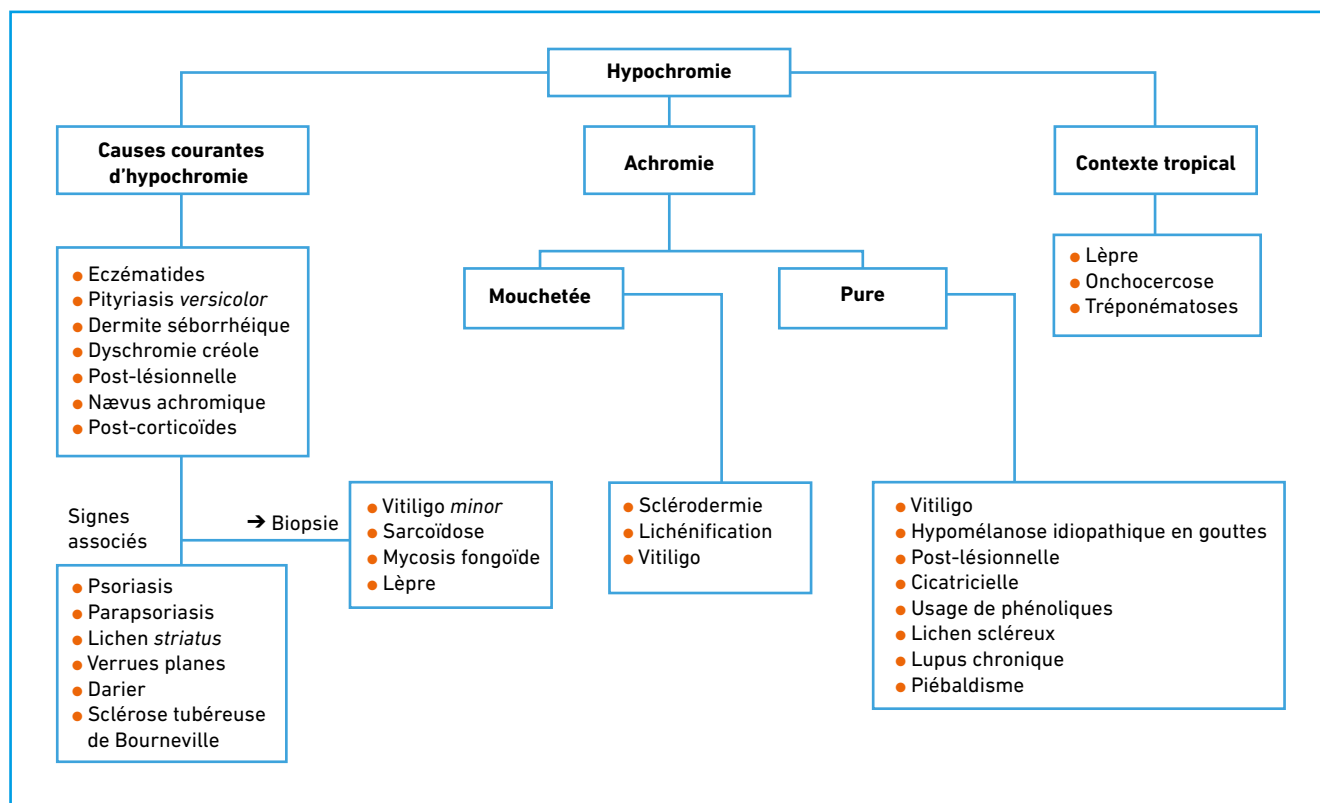


Fig. 5 : Algorithme d'aide au diagnostic étiologique des hypochromies et achromies sur les peaux fortement pigmentées dites "noires" (algorithme développé par le Groupe thématique "peau noire" de la Société Française de Dermatologie).

	Hypochromie non achromiante	Achromie	Achromie mouchetée
Causes fréquentes	Eczématides, dermatite séborrhéique, pityriasis versicolor, psoriasis, nævus achromique, dyschromie créole, hypochromie post-lésionnelle	Vitiligo, achromie post-traumatique, hypomélanoïse idiopathique en gouttes, lupus érythémateux chronique	Vitiligo, sclérodermie systémique, lichénification
Causes rares	Vitiligo minor, mycosis fongoïde, sarcoidose, lèpre, parapsoriasis en gouttes (pityriasis lichénoïde), lichen striatus	Pièbaldisme, application ou manipulation de produits phénoliques, lichen scléreux	Onchocercose

Tableau 1 : Causes d'hypochromies (primitives et secondaires) sur peau fortement pigmentée.



Fig. 6 : Exemples d'achromie : vitiligo (ici en fait "trichrome") (A) ; achromie mouchetée lors d'une sclérodermie systémique (avec ici une absence de sclérose sous-jacente à l'achromie) (B).



Fig. 7 : Causes courantes d'hypochromie : eczématides (peau sèche, accentuation folliculaire) (A) ; pityriasis versicolor (noter le classique "signe du copeau") (B) ; dermatite séborrhéique chez un nourrisson (atteinte "bipolaire" caractéristique) (C).

fréquence : les causes les plus courantes sont ainsi les eczématides, la dermatite séborrhéique et le pityriasis *versicolor* (fig. 7A, B et C). Dans toutes ces circonstances, l'hypochromie peut persister un certain temps au-delà de la résolution des autres symptômes de la dermatose concernée. Le psoriasis est volontiers hypochromiant, révélant ou débordant l'érythème sous-jacent.

Une hypochromie ne correspondant à aucune des étiologies précédentes doit être soigneusement analysée dans la mesure où elle peut révéler une affection plus sérieuse. C'est dire que, dans notre expérience, le recours à une biopsie sera ici souvent utile. Il pourra s'agir certes d'un simple vitiligo *minor*, mais également d'une sarcoïdose, d'un mycosis fongoïde

hypochromiant voire, chez un sujet originaire d'une zone d'endémie, d'une lèpre.

2. Les hyperchromies : une signification sémiologique globalement pauvre

La pauvreté sémiologique de l'hyperchromie tient beaucoup au fait que, contrairement aux hypochromies, cet état connaît une multitude de circonstances étiologiques. En effet, la plupart des dermatoses peuvent, à un moment ou à un autre, en particulier si elles sont un tant soit peu prolongées, s'accompagner d'hyperchromie : eczéma, dermatophytie, pyodermite, brûlure, simple irritation mécanique, etc., les circonstances étiologiques de cet état apparaissent en pratique innombrables (tableau II) et difficiles à systématiser (fig. 8).

Ces considérations générales connaissent cependant quelques exceptions. Ainsi, l'aspect de l'acné du visage sur peau de teinte intermédiaire est reconnaissable au premier coup d'œil du fait d'une pigmentation maculeuse d'origine inflammatoire marquée (fig. 9A). De même, les hyperchromies "jonctionnelles" (c'est-à-dire secondaires à des lésions de la jonction dermo-épidermique) prennent volontiers une tonalité dense très foncée, assez particulière. Elles sont secondaires à une incontinence pigmentaire par lésion de la couche basale de l'épiderme, la mélanine se trouvant phagocytée par des macrophages dermiques superficiels. Un tel aspect se voit donc surtout au cours des maladies jonctionnelles, qui sont principalement le lichen plan (fig. 9B), le lupus érythémateux et

Revue générale

	Hyperchromie superficielle	Hyperchromie dense
Causes fréquentes	Eczéma, acné, dermite irritative chronique, dermatophytie des plis, toxidermies, prurigo, mélasma, hyperchromie post-lésionnelle, hyperchromie à type de "dermite des parfums", mélanose de friction	Lichen plan, érythème polymorphe, mélasma, ochronose exogène, toxidermies (érythème pigmenté fixe), prurigo
Autres causes possibles	Psoriasis, dermite séborrhéique, toute dermatose persistante	Lupus érythémateux, dermatose cendrée, syphilis, nævus de Hori

Tableau II : Causes d'hyperchromies (primitives et secondaires) sur peau fortement pigmentée dite "noire".

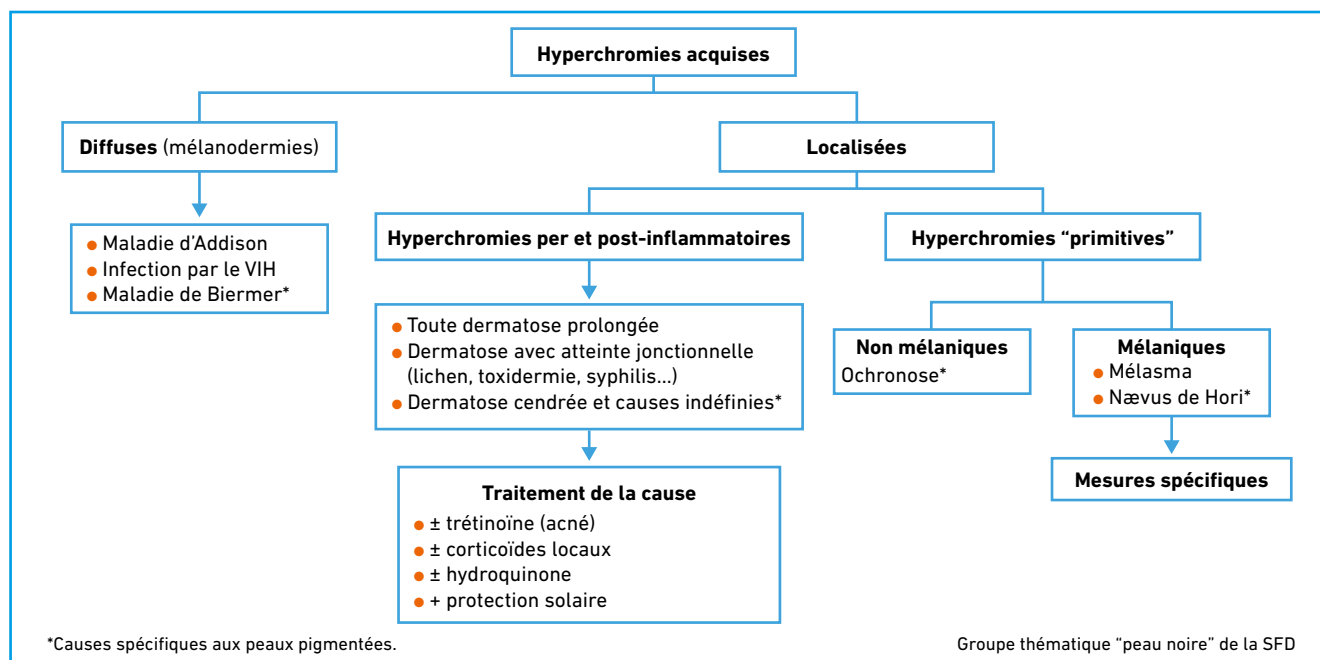


Fig. 8 : Algorithme d'aide au diagnostic et de prise en charge des hyperchromies (non tumorales) sur les peaux fortement pigmentées (algorithme développé par le Groupe thématique "peau noire" de la Société Française de Dermatologie)

les maladies bulleuses jonctionnelles (érythème polymorphe, érythème pigmenté fixe et autres toxidermies).

Bien souvent cependant, une hyperchromie aspécifique aura tendance à obscurcir la présentation des dermatoses : outre la recherche de la lésion élémentaire, le principe général que nous souhaitons recommander ici est de s'astreindre à faire abstraction de ce symptôme (ainsi que de son corollaire qu'est l'absence d'érythème), tâche qui peut demander un certain entraînement aux novices mais qui nous semble devenir rapidement assez naturelle. Rappelons l'analogie utile évoquée plus haut avec les photographies développées en noir et blanc.

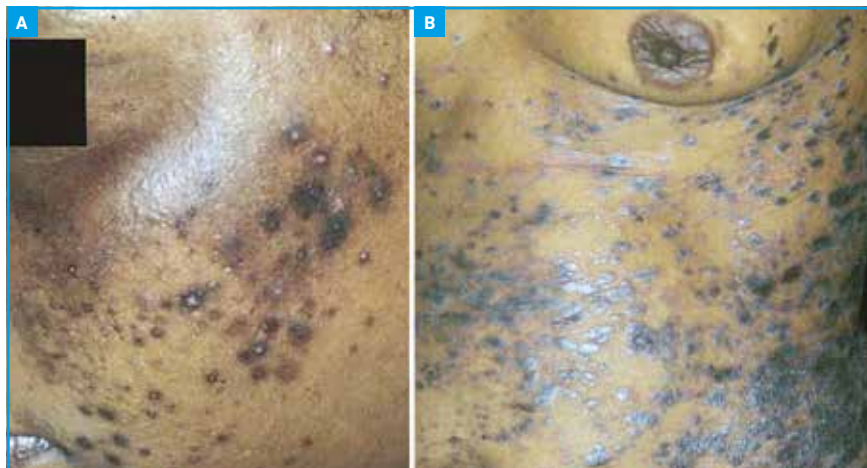


Fig. 9 : Exemples d'hyperchromies ayant un intérêt diagnostique : acné pigmentogène sur peau de teinte intermédiaire (A) ; lichen plan pigmentogène (persistance de quelques papules évolutives au sein de nappes d'une hyperchromie "jonctionnelle" particulièrement dense) (B).

POINTS FORTS

- Il convient de se familiariser avec certains aspects physiologiques pouvant être couramment rencontrés en cas de peau fortement pigmentée.
- Les érythèmes les plus discrets sont d'appréciation délicate en cas de peau fortement pigmentée, mais les situations où le manque sémiologique s'avère réellement problématique sont peu nombreuses.
- En cas d'hypochromie, la démarche diagnostique peut être systématisée du fait du nombre restreint de dermatoses pouvant être à leur origine.
- Au-delà de leur signification sémiologique, les manifestations dyschromiques génèrent souvent une demande thérapeutique élective.

En conclusion de ce chapitre, nous souhaitons signaler que l'importance de ces dyschromies ne se limite pas à leur valeur sémiologique, car ce sont ces "taches" qui représentent, bien souvent, l'objet principal de la demande des patients.

Autres lésions élémentaires dermatologiques

Par esprit de système nous les mentionnerons brièvement, en signalant surtout qu'elles n'offrent en général aucune particularité d'évaluation : vésicules et bulles (fréquence toutefois des achromies post-bulleuses du fait d'une recolonisation pigmentaire décalée de l'épiderme une fois celui-ci reconstitué), pustules, squames, croûtes, papules,

nodules, atrophie, sclérose, etc. Les autres critères d'analyse (forme, topographie, distribution des lésions...) sont bien sûr totalement inchangés.

Particularités sémiologiques douteuses ou imaginaires

Citons enfin certaines particularités sémiologiques parfois évoquées dans la littérature bien que nous semblant inexactes. Le caractère exagéré de certaines lésions élémentaires, signalé parfois comme pouvant être "caricatural", nous apparaît plutôt le reflet d'un retard au diagnostic lié à certaines circonstances. Des tendances préférentielles à une disposition folliculaire de certaines lésions, ou encore à leur lichénification, ne nous semblent pas non plus flagrantes.

Pour aller plus loin

La dermatologie sur peau fortement pigmentée dite "noire" représente la part la plus emblématique d'une "médecine de la diversité" visant à prendre en considération l'un ou l'autre des paramètres sanitaires liés aux origines et pouvant influencer sur la fréquence, l'expression ou la prise en charge des maladies (facteurs génétiques, environnementaux ou socio-comportementaux). Un diplôme d'université de "médecine de la diversité", visant à améliorer les compétences des médecins dans ce domaine, a été récemment créé. <https://www.sfdermato.org/congres-et-formations/du-diu/du-de-medecine-de-la-diversite.html>

BIBLIOGRAPHIE

1. MAHÉ A. Dermatologie sur peau noire. Doin, Paris, 2000.
2. CHAPEL TA, TAYLOR RM, PINKUS H. Volar melanotic macules. *Int J Dermatol*, 1979;18:222-225.
3. TAN C, LIU Y, MIN ZS *et al*. A clinical analysis of 58 chinese cases of pigmented fungiform papillae of the tongue. *J Eur Acad Derm Venereol*, 2014;28:242-245.
4. MUCHMORE JH, MIZUGUCHI RS, LEE C. Malignant melanoma in american black females: an unusual distribution of primary sites. *J Am Coll Surg*, 1996;183:457-465.
5. GUPTA D, THAPPA DM. Mongolian spots: how important are they? *World J Clin Cases*, 2013;1:230-232.
6. GRANT BP, BEARD JS, DE CASTRO F *et al*. Extensive mongolian spots in an infant with Hurler syndrome. *Arch Dermatol*, 1998;134:108-109.

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