



Année 2022

Thèse N° 182/22

VITILIGO SEGMENTAIRE :

Expérience du service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès
(à propos de 80 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/05/2022

PAR

Mlle. Gmira Ghita

Née le 3 décembre 1995 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Vitiligo-Segmentaire-Localisation-Clinique-Traitement

JURY

Mme. EL BOUKHRISSI FATIMA	PRÉSIDENT
Professeur Biochimie	
M. EL BENAYE JALAL	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Dermatologie	
M. ZINEBI ALI	} JUGES
Professeur de médecine interne	
M. OULEGHZAL HASSAN	
Professeur d'Endocrinologie et maladies métaboliques	
M. RAFAI MOSTAFA	
Professeur agrégé de Physiologie	

PLAN

PLAN	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES DIAGRAMMES	7
LISTE DES TABLEAUX	8
INTRODUCTION	9
MATERIELS ET METHODES	12
I. Présentation de l'étude	13
II. Méthode d'étude	13
III. Critères d'inclusion	13
IV. Critères d'exclusion	13
V. Mode de recueil des données	13
RÉSULTATS	14
I. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	15
1. L'incidence annuelle	15
2. Répartition selon le sexe	16
3. Répartition selon l'âge	17
4. Répartition selon la profession	18
II. LES DONNÉES DE L'ANAMNÈSE	19
1. Début	19
2. L'ancienneté.....	20
3. Traitement reçu avant consultation.....	21
III. EXAMEN CLINIQUE	22
1. Couleur initiale à l'apparition.....	22
2. Siège des lésions (à l'admission).....	23
3. La localisation de la lésion au niveau du visage.....	25

4. Type	29
5. Reste de l'examen clinique	30
IV. DONNÉES PARACLINIQUES	34
1. Biologique	34
2. Anatomico-pathologique	34
3. Radiologique	34
V. TRAITEMENT.....	35
1. Traitement reçu	35
2. Évolution Sous Traitement	36
DISCUSSION	37
I. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	38
1. L'âge	38
2. Le Sexe	39
II. LES DONNÉES DE L'ANAMNÈSE	40
1. Début.....	40
2. L'ancienneté.....	41
III. EXAMEN CLINIQUE.....	42
1. La localisation des lésions	42
2. Limites	42
3. Ilots de repigmentation	43
4. Réservoir folliculaire.....	44
IV. DONNÉES PARACLINIQUES	45
1. Bilan biologique	45
2. Données anatomopathologies.....	46
3. Bilan radiologique	47
V. LE TRAITEMENT	49

1. Les dermocorticoïdes	49
2. Immunomodulateurs	50
3. Antioxydants.....	51
4. Photothérapie.....	52
5. La greffe mélanocytaire	52
LIMITES ET PERSPECTIVES.....	54
CONCLUSION	57
RÉSUMÉS	59
ANNEXES	66
BIBLIOGRAPHIE.....	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Exp	: Exemple
App	: Application
NFS	: Numération formule sanguine
TSH	: Thyroid stimulating hormone
GAJ	: Glycémie a jeun
HMMI	: Hôpital Militaire Moulay Ismail
OGE	: Organes génitaux externes
VG	: Vitiligo segmentaire
IRM	: L'imagerie par résonance magnétique
p. ex.	: Par exemple
UVB	: Ultra-violet B
NB-UVB	: Narrow-band ultra-violet B
c.-à-d.	: c'est à dire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vitiligo segmentaire des organes génitaux externes

Figure 2 : Vitiligo segmentaire au niveau du visage avec atteinte du sourcil droit :
branche V1

Figure 3: Vitiligo segmentaire au niveau du visage : branche V3

Figure 4 : Atteinte faciale du vitiligo segmentaire : branche V2

Figure 5 : Vitiligo au niveau du cil et de la muqueuse labiale.

Figure 6 : Vitiligo segmentaire avec ilots de repigmentation

Figure 7 : Lésions de vitiligo segmentaire au niveau du cou avec ilots de repigmentation

Figure 8 : (a) Schéma d'un follicule pileux. (b) Schéma montrant la localisation des mélanocytes folliculaires sur une coupe histologique.

Figure 9: A gauche photographie montrant une lésion maculeuse hypopigmentaire au niveau du cou (A); à droite IRM craniocervicale qui montre une malformation de chiari type II (B flèche rouge) avec cavité syringomyélique en regard de C6 (B flèche blanche)

LISTE DES DIAGRAMMES

Diagramme 1 : Répartition des patients selon les années

Diagramme 2 : Répartition des patients étudiés selon le sexe

Diagramme 3 : Répartition des patients étudiés selon les tranches d'âge

Diagramme 4 : Répartition des cas étudiés selon leur profession

Diagramme 5 : Le nombre de lésions

Diagramme 6 : La durée d'évolution

Diagramme 7 : Traitements reçu avant consultation

Diagramme 8 : Aspect et couleur à l'installation

Diagramme 9 : La localisation du vitiligo segmentaire

Diagramme 10 : La localisation de la lésion au niveau du visage

Diagramme 11 : Type de la lésion

Diagramme 12 : Traitement prescrit

Diagramme 13 : Évolution sous traitement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les caractéristiques des lésions de VG à l'examen clinique

Tableau 2: Répartition des patients selon l'âge.

Tableau 3 : Comparaison de la prédominance de sexe entre différentes études

Tableau 4 : Comparaison de l'ancienneté de la lésion

Tableau 5 : Comparaison du mode de début entre différentes études.

Tableau 6 : Comparaison entre différentes études sur la topographie du vitiligo segmentaire

INTRODUCTION

Le vitiligo est une maladie chronique acquise de la peau, d'origine auto-immune aboutissant à une perte de la couleur (une dépigmentation). La maladie résulte de la perte sélective de mélanocytes, qui provoque une dilution des pigments dans les zones affectées de la peau et/ou des muqueuses. Cliniquement, les lésions cutanées se présentent sous la forme de plaques maculeuses d'aspect blanc laiteux non squameuses aux contours distincts [1], [2], de taille variable et généralement localisées au niveau du visage, des mains, des pieds, des articulations et des parties génitales. Cette dermatose impacte considérablement la qualité de vie par son caractère affichant et disgracieux.

Le vitiligo segmentaire atteint un territoire d'innervation qu'on nomme dermatome. Les macules d'hypo-pigmentation siègent typiquement d'un seul côté du corps. La partie du corps la plus fréquemment atteinte est le visage au niveau du territoire d'innervation du nerf trijumeau ; mais peut siéger sur n'importe quelle partie du corps, la seule constante est cette distribution unilatérale. Il se distingue des autres types de Vitiligo par son apparition précoce, l'absence d'association au phénomène de Koebner et aux maladies auto-immunes.

Le Vitiligo concerne 0.5 à 1% de la population mondiale et représente une partie importante des consultations en dermatologie. Le VS représenterait 5 à 16 % de l'ensemble des cas de vitiligo [3, 4]

L'apparition de ces zones de peau dépigmentées est le résultat d'une disparition progressive des mélanocytes. Les facteurs impliqués dans l'apparition du Vitiligo sont à ce jour identifiés : facteurs génétiques, facteurs auto-immuns, facteurs environnementaux mais on ne connaît pas encore le mécanisme engendrant la destruction des mélanocytes. Pour le Vitiligo segmentaire et jusqu'à présent, plusieurs théories sur la pathogenèse ont été proposées, notamment les mécanismes neuronaux, le mosaïcisme somatique et la localisation cutanée microvasculaire des cellules immunitaires, qu'elles conduisent ou non à une destruction auto-immune des mélanocytes.

Se basant sur ces mécanismes pathogéniques, plusieurs traitements existent et sont proposés aux patients selon l'étendue et l'évolution de leur maladie, afin d'obtenir un aspect plus esthétique des tâches hypo-pigmentées ou dépigmentées et dans le but de réduire l'impact social qu'elles peuvent provoquer.

Notre travail a pour objectif d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs du vitiligo segmentaire, à travers l'analyse rétrospective de 80 cas recensés dans le service de dermatologie de l'hôpital militaire de Meknès.

MATERIELS ET METHODES

I. Présentation de l'étude:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée au sein du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, s'étalant sur une période de 11 ans (de janvier 2010 à décembre 2020), colligeant tous les patients ayant présenté un vitiligo segmentaire.

II. Méthode d'étude :

Notre étude s'articule principalement sur une fiche d'exploitation qui a permis le recueil de données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et évolutives, afin de pouvoir comparer nos résultats à la lumière des données de la littérature.

III. Critères d'inclusion :

Tous les patients qui présentent un vitiligo segmentaire et dont les dossiers contenaient les informations nécessaires au déroulement de l'étude.

IV. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude les patients présentant un vitiligo non segmentaire, un diagnostic douteux avec une autre hypochromie surtout acquise et/ou des dossiers contenant des données incomplètes (10 dossiers ont été exclu suite au manque d'information).

V. Mode de recueil des données :

Les données ont été recueillies des dossiers hospitaliers pour les patients ayant été hospitalisés et des fiches archivées pour ceux traités en ambulatoire, puis ont été rapportées sur une fiche d'exploitation préalablement établie.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel et Google Sheets version 2022.

RÉSULTATS

I. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE :

1. L'incidence annuelle :

Au niveau de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès (HMMI) et durant la période janvier 2010 – décembre 2020, on a étudié 80 cas de vitiligo segmentaire, soit 7.2 cas par an.

Le nombre varie de 3 à 16 cas avec un pic de 16 cas en 2017.

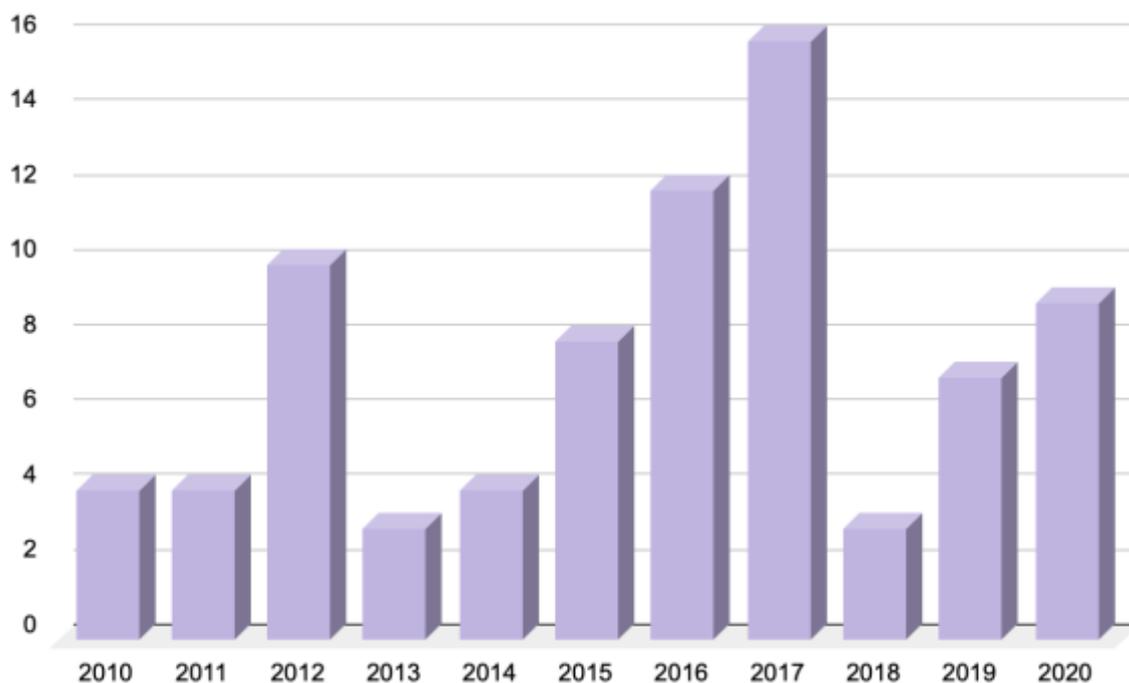


Diagramme 1 : Répartition des patients selon les années

2. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, 46.3% des patients étaient de sexe féminin alors que les hommes représentaient 53.8%. Le sexe ratio H/F était de 1,16



Diagramme 2 : Répartition des patients étudiés selon le sexe

3. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de la population étudiée était de 38ans, avec des extrêmes allant de 3mois à 70 ans. Nos données montrent que la plupart de nos patients étaient de jeunes adultes.

En effet, la tranche d'âge la plus touchée était de 30 ans à 40 ans

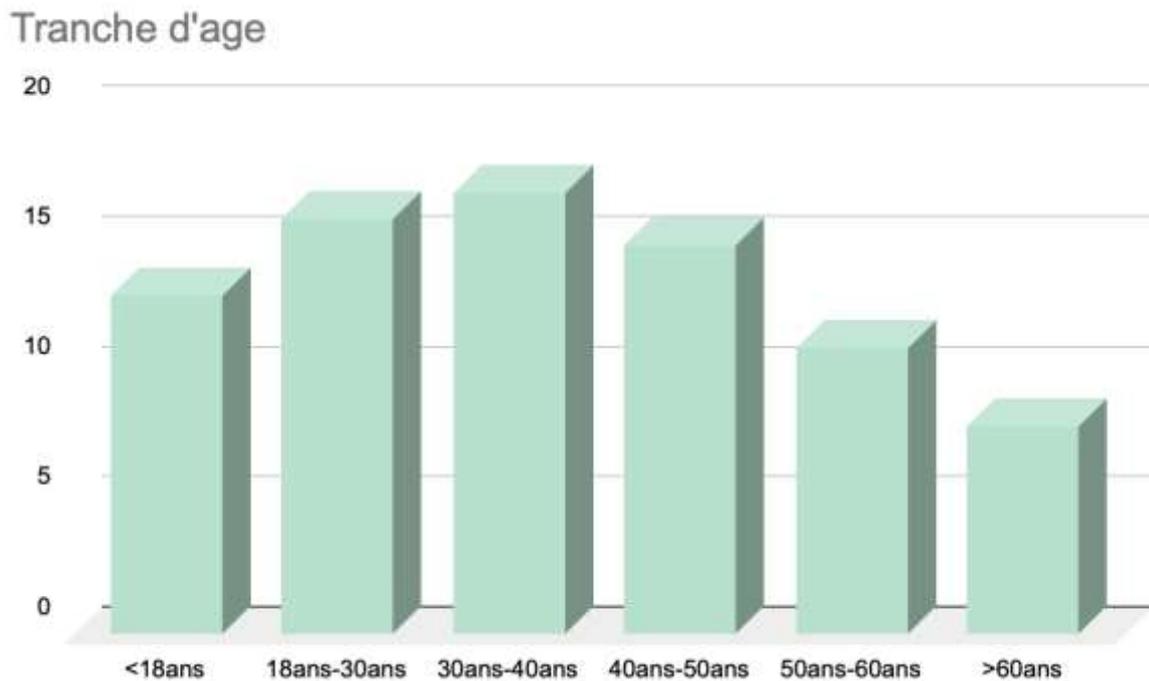


Diagramme 3. Répartition des patients étudiés par tranches d'âge

4. Répartition selon la profession :

Au sein de notre série la majorité de nos malades sont des militaires avec prévalence de 43.8%.

Profession



Diagramme 4 : Répartition des cas étudiés par leur profession

II. LES DONNÉES DE L'ANAMNÈSE :

1. Début :

56,3% des cas ont présentés plusieurs lésions au début de leurs maladies, tandis que 43,8% ont présentés une seule lésion

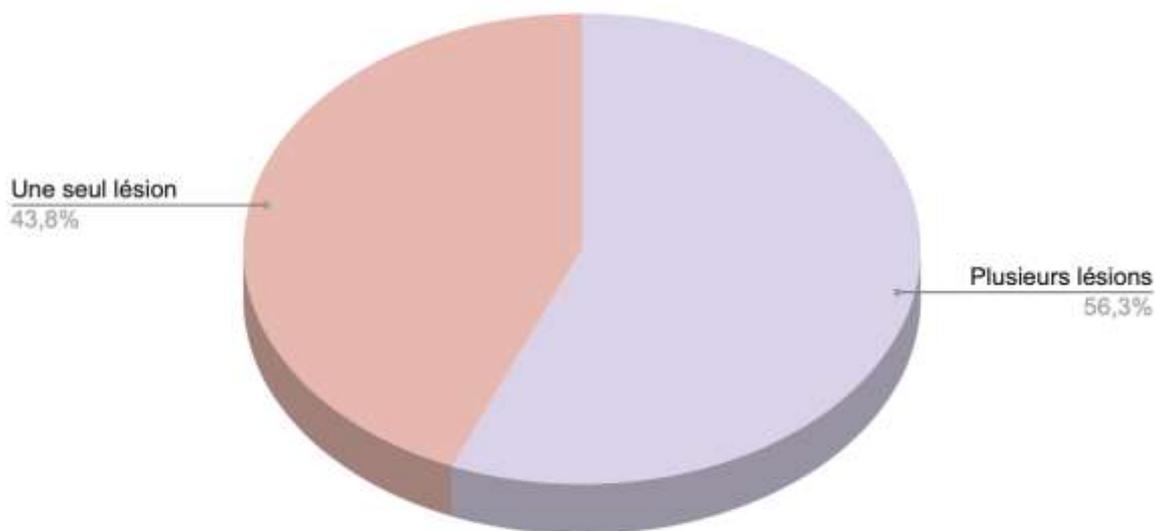


Diagramme 5 : Le nombre de lésions

2. L'ancienneté

La durée moyenne d'évolution avant la première consultation dans notre série était de 4,8 ans

En effet la majorité des patients (46 patients) ont une durée d'évolution entre 1an et 5ans

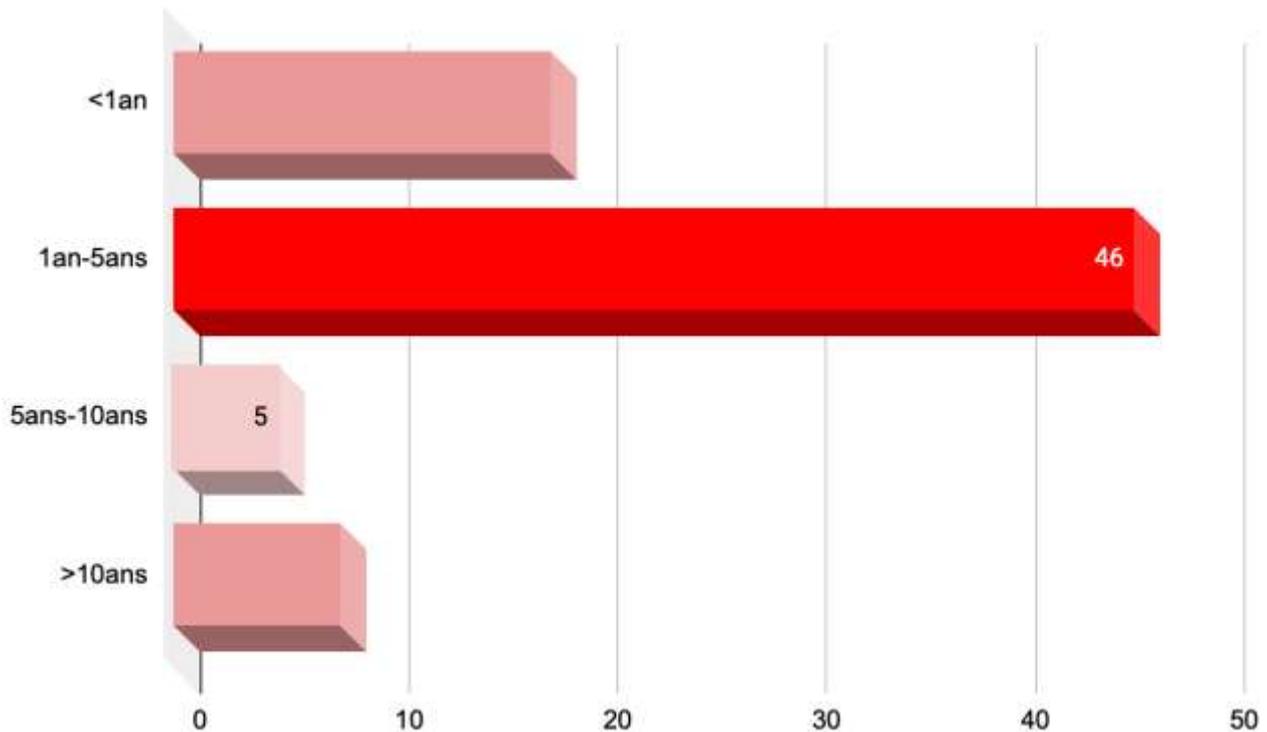


Diagramme 6 : La durée d'évolution

3. Traitement reçu avant consultation

61.3% des patients avaient déjà reçu un traitement sur ordonnance avant leur consultation dans notre service

27.5% n'avaient reçu aucun traitement

10% étaient traités par auto médication,

1.2% avaient essayé un traitement traditionnel à base des extraits de plantes non précisés

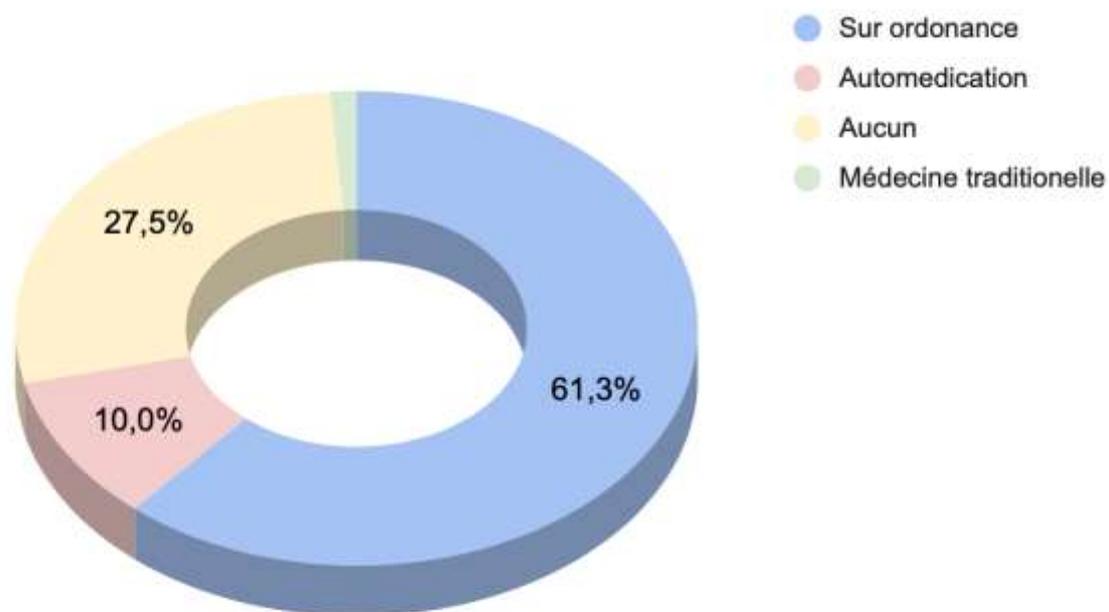


Diagramme 7 : Traitements reçus avant consultation

III. EXAMEN CLINIQUE

1. Couleur initiale à l'apparition

La majorité des cas avaient présenté une lésion d'emblée achromique avec un pourcentage de 71,3% contre 28,8% des cas avec une lésion hypochromique

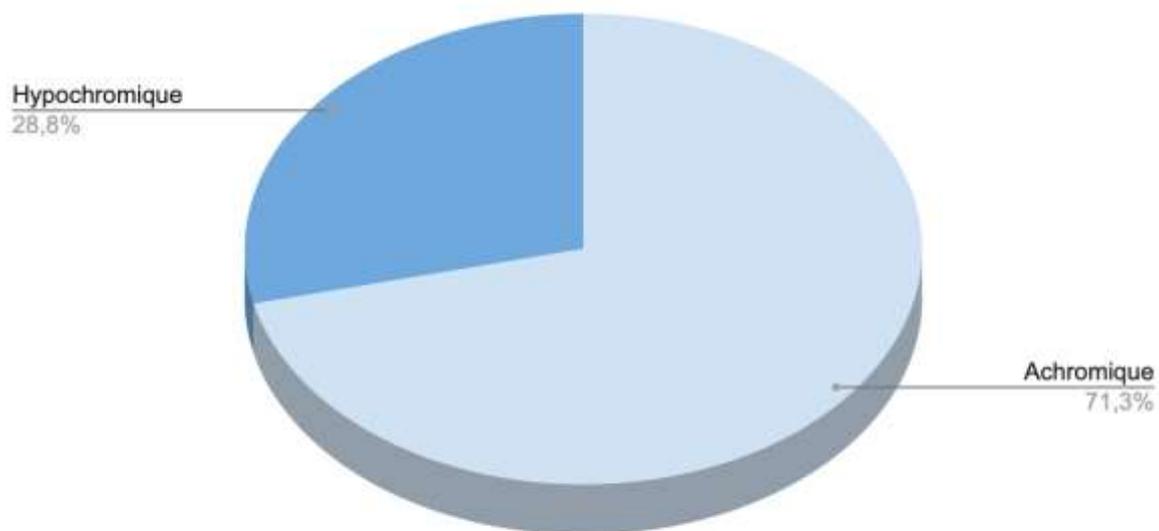


Diagramme 8 : Couleur initiale à l'apparition

2. Siège des lésions (à l'admission)

La localisation au niveau de l'extrémité céphalique est largement majoritaire, représentant 60.9%. Les organes génitaux externes et le tronc sont aussi des localisations fréquentes avec 12.6% chacune vient ensuite le membre inférieur qui présente 9.2% de l'ensemble des localisations. Dans notre série la localisation au niveau du membre supérieur est la moins fréquente (4.6% des localisations)

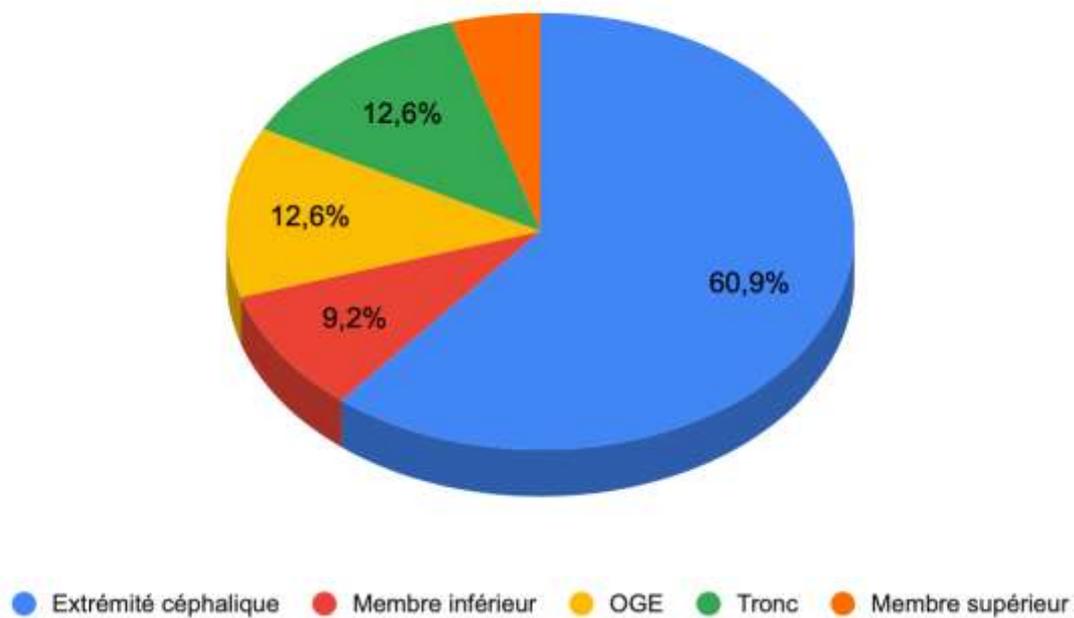


Diagramme 9 : La localisation du vitiligo segmentaire



Figure 1 : Vitiligo segmentaire des organes génitaux externes
(collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

3. La localisation de la lésion au niveau du visage

La localisation au niveau du visage est la plus fréquente, elle représente 48.3% de toutes les localisations confondues

Au niveau du visage le vitiligo segmentaire suit souvent le trajet du Nerf V au niveau de l'une de ses 3 branches :

V1 représente la zone ophtalmique

V2 représente la zone maxillaire

V3 représente la zone mandibulaire

L'atteinte de la troisième branche du nerf V est prédominante (30% des cas) suivie de l'atteinte du V1 avec 12.5% des cas. Enfin, l'atteinte du V2 était présente chez 10%.

Chez 47.5% des cas la topographie de l'atteinte au niveau du visage n'était pas déterminé [Diagramme 10]

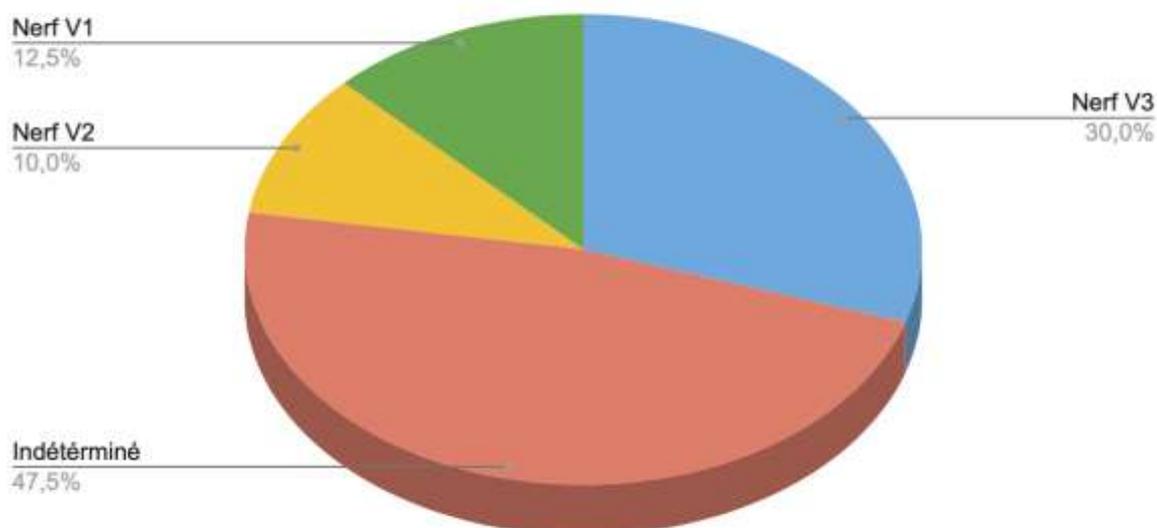


Diagramme 10 : La localisation de la lésion au niveau du visage



Figure 2 : Vitiligo segmentaire au niveau du visage avec atteinte du sourcil droit :
branche V1

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 3: Vitiligo segmentaire au niveau du visage : branche V3

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 4 : Atteinte faciale du vitiligo segmentaire : branche V2

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

4. Type

Lors de l'examen clinique, 67,1% des cas présentaient des lésions achromiques, 26,6% présentaient des lésions hypochromiques et 6,3% seulement avaient des lésions bichromiques.

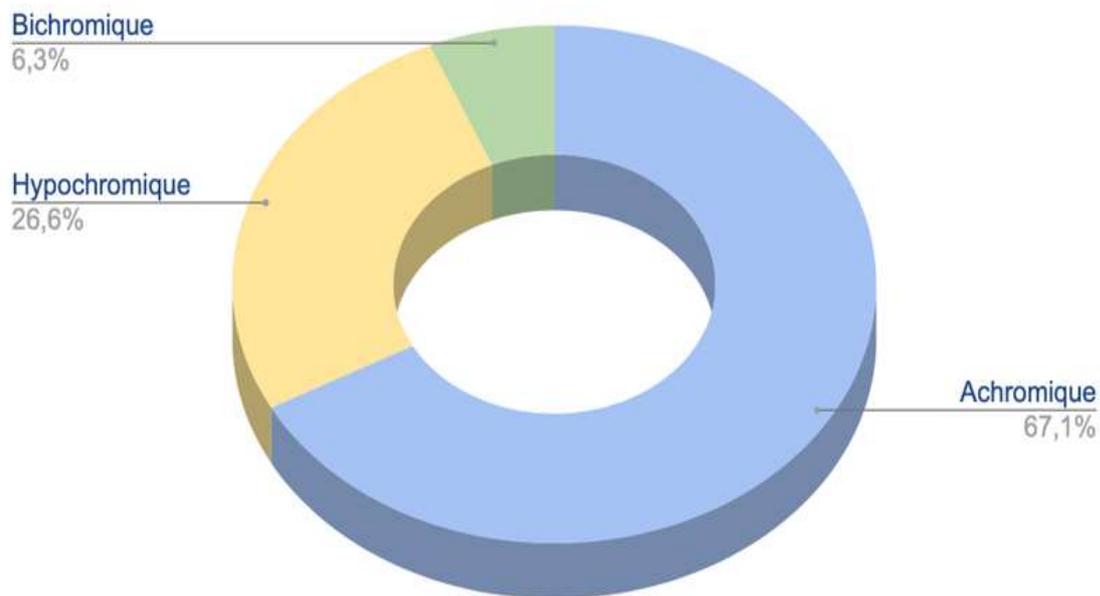


Diagramme 11 : Type de la lésion

5. Reste de l'examen clinique

Chez 61% des cas les lésions avaient des limites nettes, or chez 39% des cas les limites étaient floues.

Concernant la confluence : 94% patients avaient des lésions non confluentes, et 6% seulement avaient des lésions confluentes.

Les ilots de repigmentation sont l'apparition de point de repigmentation au seins de la lésion de vitiligo étaient présents dans 61,3% des cas et absentes chez les 38,7% restant

La présence du réservoir folliculaire (c.-à-d. la présence d'un poil pigmenté au niveau de la lésion de vitiligo) s'apercevait chez 48,8% des patients et était absent chez 51,2%

Tableau 1 : les caractéristiques des lésions de VG à l'examen clinique

Limites	61% Nettes	39% Floues
Confluence	94% non confluentes	6% confluentes
Ilots de repigmentation	61,3% Présent	38,7% Absent
Réservoir folliculaire	51,2% Absent	48,8% Présent



Figure 5 : Vitiligo au niveau du cil et de la muqueuse labiale.

(collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 6 : Vitiligo segmentaire avec ilots de repigmentation

(collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 7 : Lésions de vitiligo segmentaire au niveau du cou avec ilots de repigmentation

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

IV. DONNÉES PARACLINIQUES

1. Biologique

10 patients avaient bénéficié d'un bilan biologique (NFS, TSH, GAJ) qui est revenu normal

2. Anatomico-pathologique

Lors de l'analyse de notre échantillon en question, aucune donnée anatomico-pathologique n'a été récoltée, en raison de l'absence de l'indication d'une biopsie. En effet, le diagnostic reposait essentiellement sur la clinique et secondairement sur la lumière de Wood.

3. Radiologique

L'analyse des données recueillies a trouvé un cas suivi conjointement avec service de neurochirurgie ayant bénéficié d'un bilan radiologique ; c'est une femme de 45 ans qui présentait une lésion au niveau du cou et avait bénéficié d'une IRM cranio-cervicale.[5]

V. TRAITEMENT

1. Traitement reçu :

Une fois le diagnostic retenu un traitement doit être entretenu

Les principales méthodes thérapeutiques utilisées dans notre service étaient :

Dermocorticoïdes : 76 patients ont été traité par dermocorticoïdes soit 95% des cas soit en monothérapie ou associé a d'autre traitement.

Antioxydants: 31.1% (25 patients) ont eu l'antioxydant comme traitement

Tacrolimus : Prescrit chez 22.5% des cas

Photothérapie : 5% ont bénéficié d'une photothérapie

L'héliothérapie a été prescrite chez 2.5 % des cas

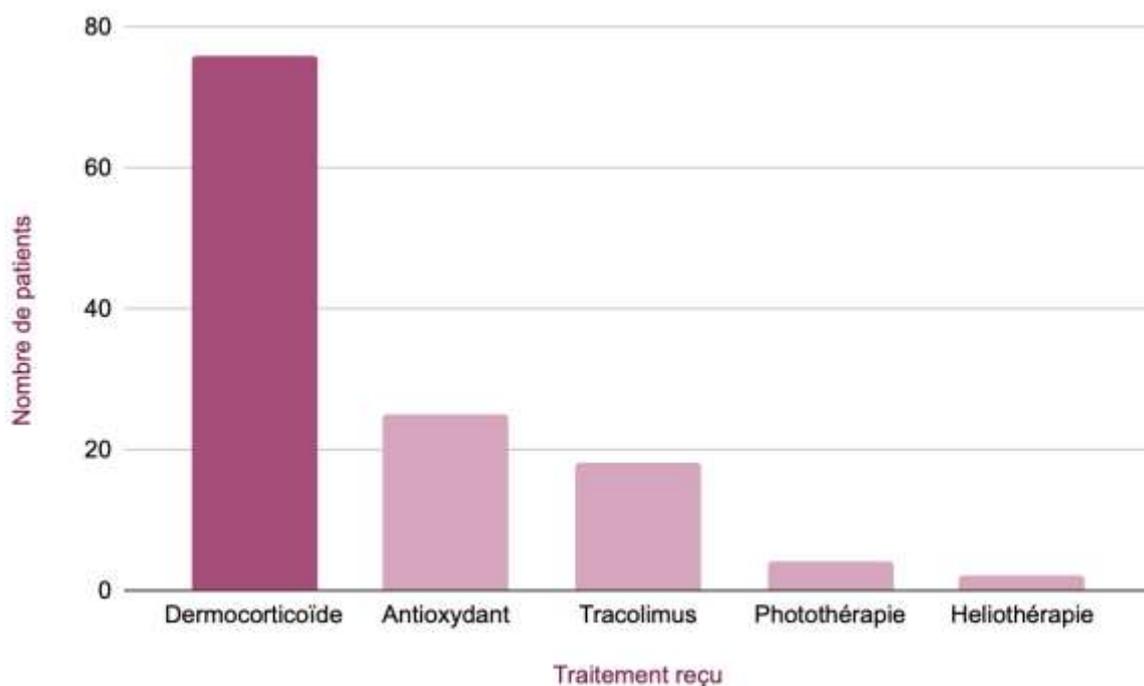


Diagramme 12 : Traitement prescrit

2. Évolution Sous Traitement

14 cas une bonne évolution sous traitement avec rémission complète

66 cas avaient présenté une évolution partielle sous traitement

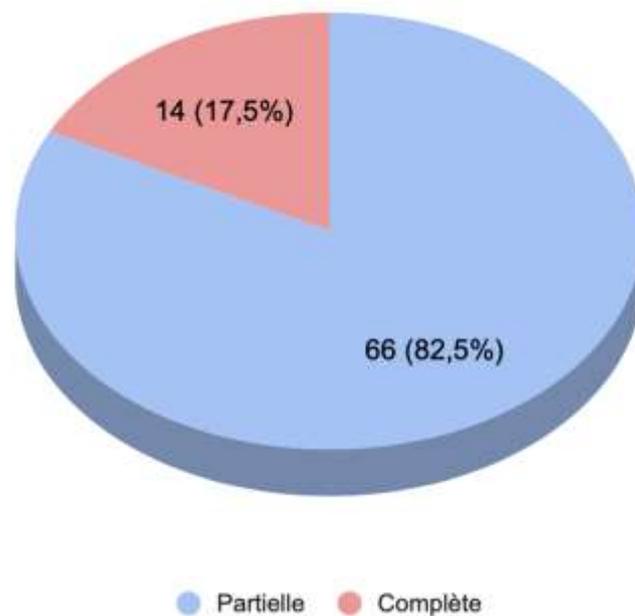


Diagramme 13 : Évolution sous traitement

DISCUSSION

I. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE :

1. L'âge :

Selon Koga et Tango [6] le vitiligo segmentaire survient essentiellement chez les jeunes.

Dans notre étude, l'âge de nos patients se situait dans l'intervalle de 3mois à 70 ans avec une moyenne de 38 ans. Cet âge moyen est supérieur à celui observé par Seghal (24.2ans) [7] .

Nos résultats pourraient être expliqués par un retard à la présentation des patients à notre consultation soit suite à des consultations antérieures multiples soit suite au recours à d'autres alternatives thérapeutiques notamment la médecine traditionnelle.

Tableau 2: Répartition des patients selon l'âge. [7,8,9]

Séries	Nombre de cas	L'âge moyen	Pays
Levai(1958)	410	23,1	Inde
Seghal(1974)	202	24,2	Inde
Hann and Lee(1996)	208	15,6	Corée du sud
Notre série(2022)	80	38	Maroc

2. Le Sexe :

La répartition selon le sexe a été caractérisée, dans notre série, par une légère prédominance Masculine (54% d'hommes pour 46% de femmes) avec un sexe ratio H/F de 1,16.

L'étude de Seung Kyung Hann et al [10] avait montré une légère prédominance féminine (58,2% de femmes et 41,8% d'hommes) avec sexe ratio à 0,71. Une étude de Binod K, et al, M. Faite en Inde [11] colligeant 188 patients a retrouvé une prédominance masculine (112 d'homme pour 76 femmes). Cette dernière concorde avec notre étude.

D'après une étude chinoise de 541 cas il n'y a pas de différence entre les deux sexes [12] .

La légère prédominance masculine dans notre étude pourrait être expliquée par le recrutement de l'hôpital militaire, majoritairement fait d'hommes militaires, bien que les rangs de notre armée se soient ouverts aux personnels féminins et que cet établissement soit accessible aux familles des militaires (épouses et enfants) [Tableau 3].

Tableau 3 : Comparaison de la prédominance de sexe entre différentes études

[10,11,13,14]

Auteurs	Masculin	Féminin	Ratio H/F
Seung Kyung et al	41.8%	58.2%	0.7
Binod K, et al	59.5%	40.5%	1.4
Priyanka Gupta et al	44.5%	55.5%	0.8
Ji-Hye Park et al	47.1%	52.2%	0.9
Notre série	54%	46%	1.1

II. LES DONNÉES DE L'ANAMNÈSE :

1. Début

Dans notre étude 56,3% des cas ont présenté plusieurs lésions au début de leurs maladies, tandis que 43,8% ont présenté une seule lésion .

Dans l'étude faite par Khaitan et al [11], sur 188 des cas étudiés 90.4% présentaient une lésion unique contre 9.5% cas avec plusieurs lésions. L'étude faite en Corée du sud [10] a montré une prédominance de la présence d'une seule lésion au début de la maladie avec 87% de cas contre 13% de cas présentant un début avec plusieurs lésions

Cela peut être expliqué par le stade évolutif de la maladie chez nos patients. En effet dans notre série les patients ne consulte qu'après une évolution considérable de leur maladie.

Tableau 5 : Comparaison du mode de début entre différentes études.

Auteurs	Une seule lésion	Plusieurs lésions	Nombre de cas étudié
Seung Kyung Hann et al (1996)	87%	13%	208
Khaitan et al (2012)	90.4%	9.6%	188
Notre série (2022)	43.8%	56.3%	80

2. L'ancienneté

La durée moyenne d'évolution avant la première consultation dans notre série était de 4,8 ans

En effet la majorité des patients (46 patients) ont une durée d'évolution entre 1an et 5ans, ces résultats sont similaire à l'étude de Dong-Youn Lee, Cho-Rok Kim, Ji-Hye Park, Joo-Heung Lee [15] dans laquelle 37 patients sur 82 étudiés avaient des lésions qui évoluaient entre 1an et 5ans avant leur première consultation.

Tableau 4 : Comparaison de l'ancienneté de la lésion

Nombre d'année	Série de Dong-Youn Lee et al :82 cas	Notre série :80 cas
<1an	27	18
1an-5ans	37	46
5ans-10ans	13	5
>10ans	5	8

III. EXAMEN CLINIQUE

1. La localisation des lésions

Dans notre étude la localisation au niveau de l'extrémité céphalique était largement prédominante 60.9%, suivie des organes génitaux externes et le tronc puis les membres inférieurs.

On trouve une similitude entre notre étude et différentes autres études [Tableau 6] [10,13,14,15]

Tableau 6 : Comparaison entre différente étude sur la topographie du vitiligo segmentaire

Auteurs	Extrémité céphalique	Membre supérieur	Membre inférieur	Tronc	Total des cas
Seung-Kyung Hann	71.9%	6.7%	4.8%	26.8%	208
Ji-Hye Park et al	69.5%	2.2%	5.7%	10.3%	87
Dong-Youn Lee et al	62.1%	2.4%	5.7%	6%	82
Binod K Khaitan	51.8%	3.7%	14.8%	37.7%	135
Notre étude	60.9%	4.6%	9.2%	12.6%	80

2. Limites

Les limites nettes sont considérées comme des indicateurs de stabilité de la maladie alors que les bords flous sont considérés parmi les signes cliniques d'activité.

Dans l'étude de Binod K. Khaita et al, seulement 14.36% des cas avaient des lésions à limites nettes, alors que dans notre série 49 patients (61% des cas) présentaient des lésions à limites nettes.

Cette différence pourrait être expliquée par le fait que nos patients auraient consulté après que les lésions se sont stabilisées et que la maladie a déjà évolué.

3. Ilots de repigmentation

Dans notre étude 61,3% des cas présentaient des ilots de repigmentation au sein des lésions du vitiligo segmentaire par contre chez les 38,7% autres cas aucun ilot n'était présent. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude faite en Inde en 2012 [11] qui rapporte que la majorité des patients (115 patients pour 176 cas enregistrés) présentaient des ilots de repigmentation.

Les mélanocytes cutanés se répartissent en deux compartiments : épidermique et folliculaire. La perte des mélanocytes dans le vitiligo serait compensée par la migration dans les lésions de nouveaux mélanocytes soit à partir de la peau normale adjacente, soit à partir des mélanocytes des poils présents au sein de la zone vitiligineuse. Ce repeuplement mélanocytaire est conditionné par la stabilité de la maladie et/ou par la disparition de l'auto-immunité antimélanocytaire locale (régression, traitement...) et évidemment par la présence de mélanocytes mobilisables (réservoir cutané et/ou folliculaire).

La présence d'ilots de repigmentation est la preuve d'une bonne évolution de la maladie, particulièrement après traitement et/ou exposition solaire. Ceci expliquerait le taux élevé (61%) de nos patients présentant des ilots de repigmentation puisque 61,3% des patients avaient déjà bénéficié d'un traitement sur ordonnance avant leur consultation dans notre structure. À cela s'ajoute l'ensoleillement de notre pays qui accélérerait la repigmentation dans les zones photo-exposées.

4. Réservoir folliculaire

Il existe une réserve de mélanocytes dans une partie du follicule pileux (racine du poil) appelée le bulbe. Lorsque cette réserve est présente et en quantité suffisante, le poil paraît pigmenté (réservoir folliculaire présent). Lorsque les mélanocytes bulbaires sont rares, le poil paraît dépigmenté (blanc) et on dit que le réservoir folliculaire est absent. Ainsi, le réservoir folliculaire constitue un facteur pronostique important pour prédire la réponse thérapeutique et l'efficacité des traitements du vitiligo va se traduire par l'apparition d'une pigmentation périfolliculaire donnant un aspect moucheté à la peau (îlots de repigmentation) [16].

Dans notre étude, la présence de réservoir folliculaire est corrélée à l'apparition des îlots de repigmentation et à la bonne évolution de la maladie.

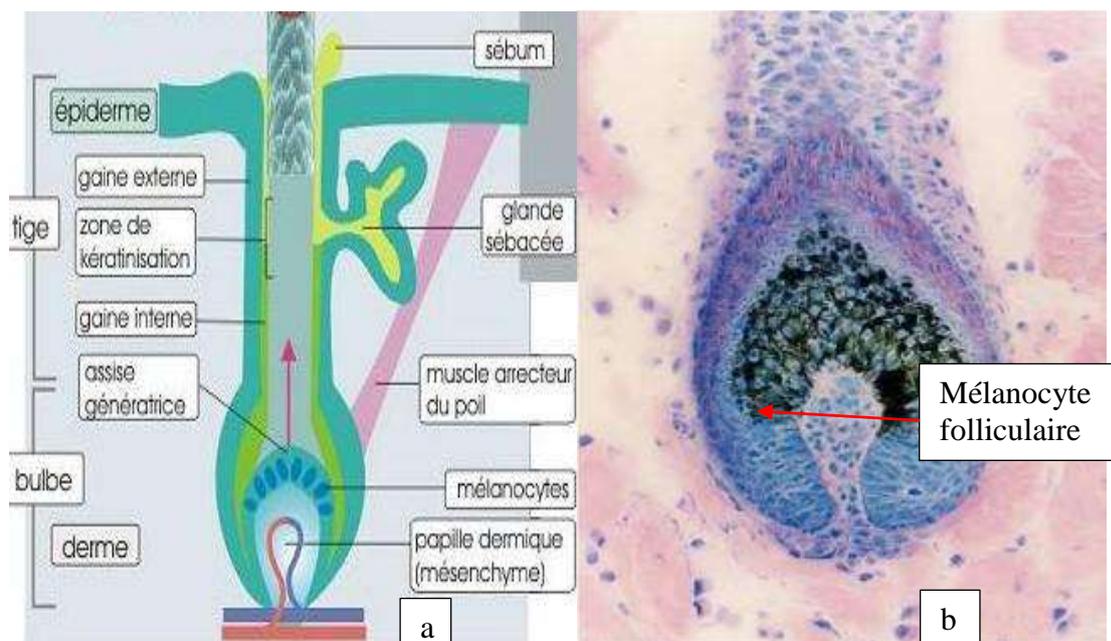


Figure 8 : (a)Schéma d'un follicule pileux.(b) Schéma montrant la localisation des mélanocytes folliculaires sur une coupe histologique[16].

IV. DONNÉES PARACLINIQUES

1. Bilan biologique

En se basant sur l'hypothèse que des mécanismes neuronaux pourraient jouer un rôle dans la physiopathologie du vitiligo segmentaire, l'étude de certains neuropeptides a permis de mettre en évidence des taux élevés notamment le neuropeptide Y [17]. Cependant, ces neuropeptides pourraient également être juste des médiateurs de l'inflammation.

L'observation du vitiligo segmentaire ne suivant pas souvent une distribution dermatomale illustre que les mécanismes neuronaux ne sont probablement pas la seule cause. La comparaison du schéma de distribution du vitiligo segmentaire avec d'autres affections cutanées uni-latérales a révélé que le vitiligo segmentaire a un modèle de distribution unique se rapprochant le plus au modèle de la lentiginose segmentaire [18]. Actuellement, le mosaïcisme somatique est la théorie la plus plausible, bien que cette hypothèse n'ait pas encore été confirmée au niveau génétique.

La théorie autoimmune, à l'instar du vitiligo non segmentaire, a été évoquée suite à la mise en évidence sur des biopsies périlésionnelles d'un infiltrat inflammatoire avec des lymphocytes T cytotoxiques spécifiques de gp100 [19]. Plus récemment, la présence de cellules inflammatoires a été observée chez 39/50 (78 %) de lésions de vitiligo segmentaire d'évolution récente, suggérant que les mécanismes à médiation immunitaire pourraient en effet jouer un rôle [20].

Bien qu'aucune déclaration définitive ne soit actuellement possible, le vitiligo segmentaire pourrait représenter un mosaïcisme somatique de mélanocytes associé à une réponse inflammatoire localisée et auto-limitative [21]. Ce mécanisme serait similaire à d'autres pathologies dermatologiques blaschkolineaires tel le lichen striatus.

Ces données physiopathologiques expliqueraient l'absence de signes biologiques spécifiques, d'explorations neurophysiologiques et d'explorations neuroradiologiques. Des études génétiques et de biologie moléculaire pourraient dans l'avenir venir enrichir les explorations biologiques à demander devant un vitiligo segmentaire.

Dans notre série 10 patients avaient bénéficié d'un bilan biologique (NFS,TSH,GAJ) qui est revenu normal.

2. Données anatomopathologies

Aucun recours à la biopsie n'a été enregistré, chez l'ensemble des cas de notre série pour poser le diagnostic de vitiligo. Les données cliniques ont été suffisantes pour dire ou contredire s'il s'agissait vraiment ou non de lésions vitiligineuses. Du point de vue anatomo-pathologique, la peau vitiligineuse montre une perte totale de pigments de mélanine au niveau de l'épiderme, et une absence de mélanocytes dans sa couche basale [22]. Du point de vue pratique, le diagnostic de vitiligo peut être réalisé facilement sur des critères cliniques et la lumière de Wood (dans les formes débutantes ne comportant que très peu de lésions visibles).

Exceptionnellement, dans certains cas difficiles, une biopsie cutanée peut être nécessaire afin d'écartier des diagnostics différentielles[23] . En outre, la biopsie pourrait également être réalisée dans le cadre d'une recherche scientifique et en cas d'associations pathologiques [24].

3. Bilan radiologique

Un seul cas avait bénéficié d'un bilan radiologique, c'est une femme de 45 ans sans antécédent particulier qui a présenté depuis 2 mois des névralgies cervico-brachiale bilatérales associé à des troubles sensitifs de type dissociation thermoalgique. L'examen cutané trouve une lésion vitiligoïde au cou et à la face postérieure de l'avant-bras droit résistante au traitement local à base de corticoïdes fort (A). L'IRM cérébrale a objectivé une malformation de chiari type II (B flèche rouge) avec cavité syringomyélique en regard de C6 (B flèche blanche). La patiente a bénéficié d'une décompression ostéo-durale de la fosse cérébrale postérieure avec une bonne amélioration neurologique et repigmentation des plaques après 6 mois. [5]



Figure 9 : A gauche photographie montrant une lésion maculaire hypopigmentaire au niveau du cou (A); à droite IRM craniocervicale qui montre une malformation de chiari type II (B flèche rouge) avec cavité syringomyélique en regard de C6 (B flèche blanche)

D'après une revue de la littérature, aucun bilan radiologique n'est recommandé devant un vitiligo segmentaire. Toutefois, et en se basant sur notre cas, il semblerait licite que les vitiligos segmentaires bénéficient d'une exploration neuroradiologique à fortiori s'il y a une symptomatologie neurologique qui s'ajoute au tableau clinique.

V. LE TRAITEMENT

En raison de sa pathogénèse complexe, la prise en charge du vitiligo reste difficile. Les conclusions de la revue de Cochrane récemment mise à jour ont été entravée par l'hétérogénéité des essais cliniques réalisés et par conséquent, des recommandations n'ont pas pu être proposées [25]. La prise en charge du vitiligo repose actuellement sur les lignes directrices consensuelles récentes se basant sur une approche personnalisée et plusieurs facteurs influençant le choix thérapeutique (durée de la maladie, impact, type de peau, étendue, sexe, âge, zones concernées, vie sociale et influences culturelles) [26, 27]. Les dermatologues doivent connaître les attentes des patients et leur expliquer en détail les résultats attendus [28].

1. Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes restent l'option de première intention pour traitement du vitiligo. Les effets anti-inflammatoires pourraient ralentir la progression de la maladie, bien que l'arrêt de la propagation ait rarement été utilisée comme mesure de résultat [29].

La plupart des repigmentations peuvent être observées sur le visage et le cou tandis que le tronc, les extrémités et surtout les mains présentent généralement seulement une repigmentation limitée [30]. Les lésions récentes ont une tendance plus élevée à la repigmentation. L'efficacité entre les dermocorticoïdes de classes fortes et très fortes semble être similaire.

Le traitement devrait être poursuivi pendant au moins 6 mois pour contrôler la maladie [27]. Cependant, il doit être clairement expliqué au patient que l'objectif principal du traitement topique est d'atteindre la stabilité de la maladie. Une repigmentation peut être observée surtout en période estivale sur le visage, tandis que dans d'autres régions, l'absence de progression doit être considérée comme un résultat

de traitement réussi.

Dans notre étude le dermocorticoïde reste le moyen thérapeutique le plus utilisé soit en monothérapie soit en association avec d'autres moyens pharmacologiques et/ou non pharmacologiques.

Son efficacité par rapport aux autres moyens est difficile à apprécier dans notre étude vu la nature et les objectifs de cette dernière.

2. Immunomodulateurs

Le tacrolimus et le pimécrolimus topiques sont des inhibiteurs de calcineurine atténuant l'activité des lymphocytes T et diminuant la production de cytokines pro-inflammatoires. Une expérience in vitro documente qu'ils améliorent la migration des mélanocytes et la pigmentation [31, 32]. Similaire aux corticostéroïdes, les immunomodulateurs topiques montrent le plus souvent la repigmentation au niveau du visage, alors que les résultats sont modérés sur d'autres sites du corps. Dans l'ensemble, les résultats des immunomodulateurs topiques sont comparables aux corticoïdes [33].

L'application biquotidienne du tacrolimus s'est avérée plus efficace par rapport à une application une fois par jour [34]. Les réponses du tacrolimus semblent légèrement plus élevées par rapport au pimecrolimus [35]. L'effet secondaire le plus fréquent des immunomodulateurs topiques est une sensation de brûlure pendant les 10 à 14 premiers jours d'application, ce qui est généralement transitoire. Les bouffées vasomotrices après la consommation d'alcool sont aussi souvent observées et peut être gênant pour certains patients. Les tracolimus peuvent aussi être utilisés en cas d'effets secondaires lié aux dermorticoïdes (p. ex., éruption acnéiforme) ou pour tenter une repigmentation du visage lors d'un traitement avec des corticostéroïdes topiques ne montre aucun signe de guérison.

Dans notre étude le tacrolimus était prescrit chez 18 cas. L'évolution était favorable chez 7 patients qui ont présenté une rémission complète. Les 11 cas restants ont présenté une rémission partielle.

3. Antioxydants

Topiques : Bien qu'encore relativement fréquemment prescrits, l'efficacité des antioxydants topiques n'a été observé que dans un nombre limité nombre d'essais [36, 37].

Oraux : Une collection très hétérogène d'essais cliniques a été publiée sur l'utilisation des antioxydants oraux. La plupart des études sont entravées par un nombre limité de patients et des contraintes. Les résultats fermes font le plus souvent défaut. Comme certaines études documentent que la combinaison d'antioxydants oraux (par exemple, polypodium leucotomos, vitamine E, vitamine C) et NB- UVB entraînent une augmentation des taux de repigmentation, les antioxydants peuvent être envisagés chez les patients en association à la photothérapie [38, 39].

Dans notre étude l'antioxydant était prescrit chez 25 patients et était souvent associé à d'autres traitements

4. Photothérapie

La photothérapie est reconnue depuis longtemps comme un moyen efficace de traitement pour induire une repigmentation. Les UVB à spectre étroit sont la photothérapie de choix et sont généralement effectués deux à trois fois par semaine.

La repigmentation complète ne se trouve que chez une petite minorité de patients [40]. L'étude de Njoo et al a trouvé seulement 6% de repigmentation complète après 12 mois de NB-UVB en monothérapie chez l'enfant [41], légèrement plus élevé (16,5 %) dans une autre étude incluant des patients avec le vitiligo de tous âges [40].

Dans notre étude 3 patients avaient reçu la photothérapie en association au dermocorticoïde et personne n'a présenté une rémission complète mais plutôt des signes de repigmentation avancée.

5. La greffe mélanocytaire

Les interventions chirurgicales restent une option thérapeutique pour le traitement des patients atteints d'une forme localisée de vitiligo en cas d'échec du traitement médical. Jusqu'à présent, divers types de procédures chirurgicales ont été utilisées pour traiter les macules et plaques de vitiligo stables, telles que la greffe à l'emporte-pièce, la greffe de Thiersch, la greffe vésiculaire, la greffe de peau pleine épaisseur et les greffes de mélanocytes autologues [42,43]. Une irradiation UV est fréquemment associée[44].

La transplantation de follicules pileux a été introduite pour la première fois en 1998 pour initier des lésions de vitiligo repigmentant [45]. Cette procédure est basée sur le concept de l'existence de cellules souches indifférenciées dans le follicule pileux, qui forme un excellent réservoir de mélanocytes pour la régénération de la pigmentation. Staricco [46] a démontré qu'il existait deux types de cellules pigmentaires dans le follicule pileux, les mélanocytes inactifs et actifs et que les

mélanocytes inactifs pouvaient migrer avec l'épiderme régénéré et mûrir progressivement. Ortonne et al [47] ont postulé l'existence d'un réservoir de mélanocytes, spécifiquement situé dans la partie inférieure des follicules pileux humains et ils ont proposé que la repigmentation du vitiligo soit dérivée du réservoir de mélanocytes dans les follicules pileux. Cui et ses collègues [48] ont démontré que pendant la repigmentation du vitiligo, le nombre de mélanocytes inactifs dans la gaine externe des follicules pileux augmentait de manière significative et certains mélanocytes actifs apparaissaient dans les gaines externes des racines, les orifices des follicules pileux et autour de l'épiderme périfolliculaire.

LIMITES ET PERSPECTIVES

Même si les objectifs annoncés au début de l'étude sont tous atteints, il demeure des incertitudes quant à la fiabilité des résultats retrouvés, tantôt concordant avec les données de la littérature, tantôt discordant.

Parmi ces limites, on cite :

- En vue du caractère rétrospectif de l'étude, la qualité des données exploitées dépend étroitement du personnel qui les a rassemblées et semblent ne pas être aussi pertinentes que ce qui était attendu.
- Un nombre d'échantillonnage assez limité rend notre étude peu représentative
- La sous-estimation ou la non reconnaissance du vitiligo segmentaire par certains praticiens. Par conséquent, une tranche de malades n'arrive pas à une structure spécialisée de dermatologie, d'où la nécessité d'une sensibilisation de la maladie.
- Très peu de publications nationales ont concerné la pathologie vitiligineuse, en effet, la situation épidémiologique marocaine du vitiligo segmentaire reste mal déterminée.
- Le flou physiopathologique impacte considérablement la prise en charge du vitiligo segmentaire en particulier. Par conséquent, on assiste toujours d'une part à la prescription des explorations paracliniques non recommandées que pour le vitiligo non segmentaire et d'autres parts à l'absence de certaines explorations pouvant s'intégrer dans la recherche scientifique comme étant des pistes plausibles de mécanismes physiopathologiques. Sans oublier la prise en charge thérapeutique qui elle aussi demeure arbitraire.

Notre étude constitue donc une ébauche d'une étude à large échelle avec un échantillonnage plus large, durée plus étalée, et paramètres plus détaillés pour confirmer ce qui a été retrouvé et donner plus de qualité, de recul et de crédibilité à nos résultats.

CONCLUSION

Si le vitiligo non segmentaire assiste à un engouement des scientifiques quant à la recherche physiopathologique et les nouveautés thérapeutiques, le vitiligo segmentaire semble ne pas susciter autant d'intérêts, peut-être parce qu'il n'est pas aussi dérangeant que le non segmentaire (peu d'impact psychologique, bonne évolution, pas d'associations morbides et bonne réponse thérapeutique)

Toutefois, l'atteinte du sujet jeune, la localisation affichante au visage par excellence, le traitement long et coûteux pouvant parfois arriver à la greffe chirurgicale, rendent la prise en charge assez compliquée et l'impact psychologique aussi considérable.

Actuellement, la plupart des preuves soutiennent la théorie du mosaïcisme associé à une destruction auto-immune focale des mélanocytes, bien que la confirmation génétique fait jusqu'à lors défaut. Si cela se confirme, ces avancées physiopathologiques devraient être utilisées pour assoir le diagnostic du caractère segmentaire du vitiligo, pour se prononcer sur le pronostic et éventuellement pour traiter en ciblant spécifiquement le mécanisme physiopathologique. En se basant sur un de nos cas associant vitiligo segmentaire et malformation neurologique, il semblerait licite que les vitiligos segmentaires bénéficient d'une exploration neuroradiologique à fortiori s'il y a une symptomatologie neurologique qui s'ajoute au tableau clinique.

Notre étude avait pour but de fournir une analyse descriptive des aspects épidémiologiques, cliniques et les différentes méthodes thérapeutiques du vitiligo segmentaire. Mais au-delà des résultats retrouvés, l'objectif principal demeure la sensibilisation des étudiants, médecins et patients ; sur cette variété de vitiligo, ses particularités et ses options thérapeutiques, toujours assimilés à celles du vitiligo non segmentaire.

RÉSUMÉS

RÉSUMÉ

Titre : Vitiligo segmentaire : Expérience du service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès (à propos de 80 cas)

Rapporteur : Pr ELBENAYE JALAL

Auteur : Gmira Ghita

Introduction : Le vitiligo est une maladie chronique acquise de la peau, d'origine auto-immune aboutissant à une perte de la couleur (une dépigmentation). Il résulte de la perte sélective de mélanocytes et à la diminution de la mélanine dans l'épiderme. Cette dermatose est connue depuis l'antiquité, elle atteint 1 à 2 % de la population mondiale. Le vitiligo segmentaire représenterait 5 à 16 % de l'ensemble des cas de vitiligo

Le vitiligo segmentaire atteint un territoire d'innervation qu'on nomme dermatome. Les macules d'hypo-pigmentation siègent typiquement d'un seul côté du corps. La partie du corps la plus fréquemment atteinte est le visage au niveau du territoire d'innervation du nerf trijumeau

Il se distingue de la forme non segmentaire par plusieurs caractéristiques et son pronostic reste plus favorable .

Le diagnostic est purement clinique

Il existe différentes méthodes thérapeutiques reposant sur la stimulation des mélanocytes encore présents dans l'épiderme au niveau des taches afin d'obtenir la re-pigmentation.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant de 2010 à 2020 menée au sein du service de dermatologie à l'hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès colligeant tous les patients présentant un vitiligo segmentaire .

Résultats:

80 malades ont été colligés, le sexe ratio était de 1.16 avec une légère prédominance masculine; l'âge moyen était de 38 ans, la région céphalique était la plus fréquente (60.9% des cas) avec large prédominance au niveau du visage. Les ilots de repigmentation étaient présent chez 61.3% des cas le réservoir folliculaire était présent chez 48.8% des cas. Le dermocorticoïde était prescrit chez 95% des patients et présente le traitement le plus utilisée en monothérapie ou en associé a d'autres traitements. Les antioxydant, le tracolimus, la photothérapie et l'héliothérapie sont aussi des traitement de mise.

Discussion :

De nombreuses études ont montré que le vitiligo segmentaire touche les jeunes et qu'il n'est pas lié au sexe.

La physiopathologie du vitiligo segmentaire reste a ce jour floue et les facteurs impliqués dans la disparition des mélanocytes reste encore mal défini et fait toujours l'objet de recherche.

La région céphalique et plus précisément le visage était la localisation la plus fréquente dans toutes les études utilisées.

Le dermocorticoïde reste le traitement de première intention

Conclusion : Le vitiligo segmentaire est une pathologie chronique qui se définit par une hypipigmentation de la peau qui touche un dermatome, son diagnostic est purement clinique et ne nécessite aucun examen paraclinique obligatoire. La prise en charge du vitiligo repose sur une approche personnalisée et plusieurs facteurs influençant le choix thérapeutique

Mots clés : Vitiligo-Segmentaire-localisation-clinique-traitement

ABSTRACT

Title: Segmental Vitiligo: Experience of the Dermatology Department, Moulay Ismail Military Hospital, Meknes (about 80 cases)

Rapporteur: Pr ELBENAYE JALAL

Author: Gmira Ghita

Introduction: Vitiligo is a chronic acquired skin disease of autoimmune origin resulting in loss of color (depigmentation). It results from the selective loss of melanocytes and the reduction of melanin in the epidermis. This dermatosis has been known since antiquity; it affects 1 to 2% of the world population. Segmental vitiligo would represent 5 to 16% of all cases of vitiligo

Segmental vitiligo affects a territory of innervation called a dermatome. Macules of hypo-pigmentation typically sit on one side of the body. The part of the body most frequently affected is the face at the level of the territory of innervation of the trigeminal nerve

It differs from the non-segmental form by several characteristics and its prognosis remains more favorable.

The diagnosis is purely clinical

There are different therapeutic methods based on the stimulation of melanocytes still present in the epidermis at the level of the spots in order to obtain re-pigmentation.

Material and method: This is a retrospective study extending from 2010 to 2020 conducted in the dermatology department at the Moulay Ismail military hospital, Meknes, collecting all patients with segmental vitiligo.

Results:

80 patients were collected, the sex ratio was 1.16 with a slight male predominance; the average age was 38 years, the cephalic region was the most common (60.9% of cases) with a large predominance in the face. Islands of repigmentation were present in 61.3% of cases; the follicular reservoir was present in 48.8% of cases.

The topical corticosteroid was prescribed in 95% of patients and is the most widely used treatment as monotherapy or in combination with other treatments. Antioxidants, tacrolimus, phototherapy and heliotherapy are also treatment options.

Discussion :

Many studies have shown that segmental vitiligo affects young people and is not gender related.

The pathophysiology of segmental vitiligo remains unclear to this day and the factors involved in the disappearance of melanocytes remains poorly defined and is still the subject of research.

The cephalic region and more specifically the face was the most frequent location in all the studies used.

Topical corticosteroids remain the first-line treatment

Conclusion: Segmental vitiligo is a chronic pathology which is defined by hypopigmentation of the skin which affects a dermatome, its diagnosis is purely clinical and does not require any mandatory paraclinical examination. The management of vitiligo is based on a personalized approach and several factors influencing the therapeutic choice

Keywords: Vitiligo-Segmental-location-clinical-treatment

ملخص

العنوان: البهاق المقطعي: تجربة قسم الامراض الجلدية بمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس (دراسة 80 حالة)

المقرر: الأستاذ البناي جلال

المؤلفة: كميرة غيثة

مقدمة: البهاق هو مرض جلدي مكتسب مزمن ينتج عن اضطراب المناعة الذاتية، يؤدي إلى فقدان اللون (إزالة التصبغ).

ينتج عن فقدان الانتقائي للخلايا الصباغية وتقليل الميلانين في البشرة. عُرف هذا المرض الجلدي منذ العصور القديمة، فهو يصيب

1 إلى 2% من سكان العالم ويمثل البهاق المقطعي 5 إلى 16% من جميع حالات البهاق.

يؤثر البهاق المقطعي على منطقة التعصيب. عادةً ما توجد لطاخات نقص التصبغ على جانب واحد من الجسم. الجزء الأكثر

إصابة من الجسم هو الوجه على مستوى منطقة تعصيب العصب ثلاثي التوائم.

وهو يختلف عن الشكل غير القطاعي بعدة خصائص ويظل تكهنه أكثر ملاءمة.

تشخيص البهاق المقطعي سريري بحت.

هناك طرق علاجية مختلفة تعتمد على تحفيز الخلايا الصباغية التي لا تزال موجودة في البشرة على مستوى البقع من أجل

الحصول على إعادة التصبغ.

المادة والطريقة: هذه دراسة بأثر رجعي تمتد من 2010 إلى 2020 أجريت في قسم الأمراض الجلدية في مستشفى مولاي

إسماعيل العسكري، مكناس، وجمعت جميع مرضى البهاق المقطعي.

نتائج:

تم جمع 80 مريضا ، كانت نسبة الجنس 1.16 مع غلبة ذكور طفيفة. كان متوسط العمر 38 عامًا ، وكانت منطقة الرأس

هي الأكثر شيوعًا (60.9% من الحالات) مع غلبة كبيرة في الوجه. جزر إعادة التصبغ كانت موجودة في 61.3% من الحالات ؛

الجزر الجريبي كان موجوداً في 48.8% من الحالات.

تم وصف الكورتيكوستيرويد الموضعي في 95% من المرضى وهو العلاج الأكثر استخدامًا كعلاج وحيد أو مع علاجات

أخرى. يُنصح أيضًا بمضادات الأكسدة، والتراكوليموس ، والعلاج بالضوء ، والعلاج الشمسي.

مناقشة:

أظهرت العديد من الدراسات أن البهاق القطاعي يصيب الشباب وليس له علاقة بالجنس.

لا تزال الفيزيولوجيا المرضية للبهاق القطاعي غير واضحة حتى يومنا هذا ولا تزال العوامل التي تدخل في اختفاء الخلايا

الصباغية ضعيف التعريف ولا يزال موضوعاً للبحث.

كانت منطقة الرأس وبشكل أكثر تحديداً الوجه هي المكان الأكثر شيوعاً في جميع الدراسات المستخدمة.

تظل الكورتيكوستيرويدات الموضعية هي خط العلاج الأول

الخلاصة: البهاق الجزئي مرض مزمن يتم تعريفه بنقص تصبغ الجلد الذي يؤثر على الجلد ، تشخيصه إكلينيكي بحت ولا

يتطلب أي فحص سريري تكميلي إلزامي. تعتمد إدارة البهاق على نهج شخصي والعديد من العوامل التي تؤثر على الاختيار العلاجي

الكلمات المفتاحية: البهاق- القطاعي-الجزئي-الموضعي-السريري- علاج البهاق

ANNEXES

Fiche d'exploitation « vitiligo segmentaire »

Cas N° :

IDENTITE

Age

Sexe

Profession

ATCDs

Consanguinité

Maladies auto-immunes

Maladies neurologiques

Prise médicamenteuse

Habitudes toxiques

Autres

Histoire de la maladie

Début : une seule lésion plusieurs lésions

Ancienneté

Couleur : d'emblée achromique hypochromique érythémateuse

Evolution

Symptomatologie

Traitement reçu : automédication sur ordonnance médecine traditionnelle autres

Nombre de dermatologue vus avant

Examen clinique

Topographie

Type : achromique hypochromique bichromique trichromique autres

Lésions confluentes ou pas

Limites nettes ou floues

Ilots de repigmentation

Réservoir folliculaire

Dermoscopie

Examen neurologique

Paraclinique

Bilan biologique

Explorations neurologiques

Explorations radiologiques

Traitement

Dermocorticoïdes

Tacrolimus

Antioxydants

Autres

Evolution

Rémission complète partielle

Durée

Récidive

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Gauthier, Y. *et al.* in *Vitiligo*. Ch.1.1 (eds Picardo, M. & Taïeb, A.) 3–10 (Springer, 2010).
- [2]. Nair, B. K. Vitiligo—a retrospect. *Int. J. Dermatol.* **17**, 755–757 (1978).
- [3]. Hann SK, Lee HJ. Segmental vitiligo: clinical findings in 208 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1996 Nov;35(5 Pt 1):671–4.
- [4]. Silverberg NB. Update on childhood vitiligo. *Curr Opin Pediatr.* 2010 Aug;22(4):445–52.
- [5]. Malformation de la charnière cervico–occipitale et vitiligo Cervico–occipital junction malformation and vitiligo Omar Boulahroud1,&, Jalal El Benaye. Department of Neurosurgery and Dermatology, Military Hospital My Ismail, Meknes, Morocco,
- [6]. KogaM, TangoT. Clinicalfeaturesandcourseof typeA and type B vitifigo. *Br J Dermatol* 1988;118:223–8.
- [7]. Seghal, V.N. (1974)Aclinical evaluation of 202 cases of vitiligo. *Cutis* **14**,439–445.
- [8]. Levai, M. (1958)A study of certain contributory factors in the development of vitiligo in South Indian patients. *Archives of Dermatology* **78**,364–370.
- [9]. Hann, S.K. & Lee, H.J. (1996)Segmental vitiligo: clinical findings in 208 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology***35**,671–674.
- [10]. Segmental vitiligo: Clinical findings in 208 patients Seung Kyung Hann, MD, and Ho Jung Lee, MD Seoul, Korea
- [11]. Khaitan BK, Kathuria S, Ramam M. A descriptive study to characterize segmental vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012;78:715–21.
- [12]. Hu,Z.,LiuJ.B.,MA, S.S.,Zhang, X.J.,2006. Profile of childhood vitiligo in China : an analysis of 541 patients. *Pediatr. Dermatol.* **23** (2), 114–116

- [13]. Validation of the diagnostic criteria for segmental vitiligo Priyanka Gupta , Binod K Khaitan , M Ramam , V Ramesh , JA Sundharam , Amit Malhotra ,
- [14]. Clinical Course of Segmental Vitiligo: A Retrospective Study of Eighty–Seven Patients Ji–Hye Park, Mi–Young Jung , Joo–Heung Lee , Jun–Mo Yang , Dong–Youn Lee , Kelly K. Park
- [15]. The incidence of leukotrichia in segmental vitiligo: implication of poor response to medical treatment Dong–Youn Lee, MD, PhD, Cho–Rok Kim, MD, Ji–Hye Park, MD, and Joo–Heung Lee, MD, Ph
- [16]. PROST–SQUARCIONI C : Histologie de la peau et des follicules pileux.médecine et science N°2,vol 22,fevrier 2006,p.131–137
- [17]. Tu C, Zhao D, Lin X. Levels of neuropeptide–Y in the plasma and skin tissue fluids of patients with vitiligo. J Dermatol Sci.2001;27:178–82.
- [18]. van Geel N, Speeckaert R, Melsens E, Toelle SP, Speeckaert M,De Schepper S, et al. The distribution pattern of segmental vitiligo: clues for somatic mosaicism. Br J Dermatol.2013;168:56–64.
- [19]. van Geel NAC, Mollet IG, De Schepper S, Tjin EPM, Vermaelen K, Clark RA, et al. First histopathological and immunopheno–typic analysis of early dynamic events in a patient with segmental vitiligo associated with halo nevi. Pigment Cell Melanoma Res.2010;23:375–84.
- [20]. Attili VR, Attili SK. Segmental and generalized vitiligo: both forms demonstrate inflammatory histopathological features and clinical mosaicism. Indian J Dermatol. 2013;58:433–8.
- [21]. van Geel N, Mollet I, Brochez L, Dutré´ M, De Schepper S, Verhaeghe E, et al. New insights in segmental vitiligo: case report and review of theories. Br J Dermatol. 2012;166:240–6.
- [22]. Koranne RV, Sachdeva KG (1988) Vitiligo.Int J Dermatol 27 :676–681

- [23]. Wolff RK, Johnson RA, Surmond D (2005) Pigmentary disorders. In : Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology, 5th edn. McGraw-Hill, New York, PP 336-343
- [24]. Picardo et Taleb. Vitiligo
- [25]. Whitton M, Pinart M, Batchelor JM, Leonardi-Bee J, Gonzalez U, Jiyad Z, et al. Evidence-based management of vitiligo: summary of a Cochrane systematic review. *Br J Dermatol.* 2016 ;174:962-9
- [26]. Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Shaw L, Mauri-Sole I, Whitton ME, Watts MJ, et al. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol.* 2008 ;159:1051-76
- [27]. Taieb A, Alomar A, Böhm M, Dell'anna ML, De Pase A, Eleftheriadou V, et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol.* 2013 ;168 :5-19.
- [28]. Vitiligo: An Update on Pathophysiology and Treatment Options Reinhart Speeckaert1 • Nanja van Geel1 *Am J Clin Dermatol* (2017) 18:733-744
- [29]. van Geel N, Desmedt V, De Schepper S, Boone B, Lapeere H, Speeckaert R. Cessation of spread as a treatment objective in vitiligo: perception from the patients' point of view. *Br J Dermatol.* 2016 ;174:922-4.
- [30]. Njoo MD, Spuls PI, Bos JD, Westerhof W, Bossuyt PM. Non-surgical repigmentation therapies in vitiligo: meta-analysis of the literature. *Arch Dermatol.* 1998 ;134 :1532-40.
- [31]. Jung H, Oh E-S. FK506 positively regulates the migratory potential of melanocyte-derived cells by enhancing syndecan-2 expression. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2016;29:434-43.

- [32]. Jung H, Chung H, Chang SE, Kang D-H, Oh E-S. FK506 regulates pigmentation by maturing the melanosome and facilitating their transfer to keratinocytes. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2016;29:199-209.
- [33]. Ho N, Pope E, Weinstein M, Greenberg S, Webster C, Krafchik BR. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topical tacrolimus 01% vs. clobetasol propionate 005% in childhood vitiligo. *Br J Dermatol.* 2011 ;165 :626-32.
- [34]. Radakovic S, Breier-Maly J, Konschitzky R, Kittler H, Sator P, Hoenigsmann H, et al. Response of vitiligo to once- vs. twice-daily topical tacrolimus: a controlled prospective, randomized, observer-blinded trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:951-3.
- [35]. Lotti T, Buggiani G, Troiano M, Assad GB, Delescluse J, De Giorgi V, et al. Targeted and combination treatments for vitiligo: comparative evaluation of different current modalities in 458 subjects. *Dermatol Ther.* 2008;21(Suppl.1):S20-6.
- [36]. Schallreuter KU, Krüger C, Würfel BA, Panske A, Wood JM. From basic research to the bedside: efficacy of topical treatment with pseudocatalase PC-KUS in 71 children with vitiligo. *Int J Dermatol.* 2008;47:743-53.
- [37]. Leone G, Paro Vidolin A. Effect of an antioxydant cream versus placebo in patients with vitiligo in association with excimer laser: a pilot randomized, investigator-blinded, and half-side comparison trial. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015;150:461-6.
- [38]. Colucci R, Dragoni F, Conti R, Pisaneschi L, Lazzeri L, Moretti S. Evaluation of an oral supplement containing *Phyllanthus emblica* fruit extracts, vitamin E, and carotenoids in vitiligo treatment. *Dermatol Ther.* 2015;28:17-21.

- [39]. Middelkamp-Hup MA, Bos JD, Rius-Diaz F, Gonzalez S, Westerhof W. Treatment of vitiligo vulgaris with narrow-band UVB and oral Polypodium leucotomos extract: a randomized double-blind placebo-controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:942-50.
- [40]. Anbar TS, Westerhof W, Abdel-Rahman AT, El-Khayyat MA. Evaluation of the effects of NB-UVB in both segmental and non-segmental vitiligo affecting different body sites. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2006;22:157-63.
- [41]. Njoo MD, Bos JD, Westerhof W. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:245-53.
- [42]. Behl PN, Azad O, Kak R, Srivastava G. Autologous thin Thiersch's grafts in vitiligo: experience of 8000 cases, 50000 grafts (1959-98) with modified technique in 198 cases in the year 1997-98. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 1999; 65:117-21.
- [43]. van Geel N, Ongenaes K, Naeyaert JM. Surgical techniques for vitiligo: a review. *Dermatology*. 2001; 202:162-6.
- [44]. Vitiligo: Focus on Clinical Aspects, Immunopathogenesis, and Therapy Katia Boniface & Julien Seneschal & Mauro Picardo & Alain Taïeb *Clinic Rev Allerg Immunol* (2018) 54:52-6
- [45]. Na GY, Seo SK, Choi SK. Single hair grafting for the treatment of vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 1998; 38: 580-4.
- [46]. Staricco RG. Mechanism of the migration of the melanocytes from the hair follicle into the epidermis following dermabrasion. *J Invest Dermatol*. 1964; 36:99-104.

- [47]. Ortonne JP, Schmitt D, Thivolet J. PUVA- induced repigmentation of vitiligo: Scanning elec- tron microscopy of hair follicles. J Invest Derma- tol. 1980; 74:40-2.
- [48]. Cui J, Shen L, Wang G. Role of hair follicles in the repigmentation of vitiligo. J Invest Derma- tol.1991; 97:410-6.



أطروحة رقم 22/182

سنة 2022

البهاق المقطعي:
تجربة قسم الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس
(بصدد 80 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/05/12

من طرف

الآنسة كميرة غيثة

المزودة في 03 دجنبر 1995 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

البهاق - المقطعي - توطين - تشخيص - علاج

اللجنة

- الرئيس السيدة فاطمة البوخريسي.....
أستاذة في الكيمياء الإحيائية
- المشرف السيد جلال البنائي.....
أستاذ مبرز في طب الجلد
- أعضاء { السيد علي زينبي.....
أستاذ في الطب الباطني
- السيد حسن أولغزال.....
أستاذ في علم الغدد الصم و الأمراض الناشئة عن التحويلات الغذائية
- السيد مصطفى الرافي.....
أستاذ مبرز في علم وظائف الأعضاء