

# Le vitiligo

**Auteur : Docteur Yvon Gauthier<sup>1</sup>**

**Date de création : août 2000**

**Mise à jour : mai 2002**

**Editeur scientifique : Docteur Claudine Blanchet-Bardon**

<sup>1</sup>Consultation des troubles de la pigmentation, Hôpital Saint André, 1 Rue Jean Burguet, 33075 Bordeaux Cedex, France.

[Résumé](#)

[Mots-clés](#)

[Les traitements](#)

[Le traitement chirurgical](#)

[Etiologie](#)

[Conclusion](#)

[Références](#)

## Résumé

*Le vitiligo est une dermatose acquise, caractérisée par l'apparition de plaques blanches et dépigmentées, augmentant en surface et en nombre avec le temps. Cette dermatose est due à la disparition des mélanocytes fonctionnels et à la diminution du taux de mélanine dans l'épiderme. Elle peut être défigurante d'un point de vue esthétique et les zones lésées sont plus sensibles aux coups de soleil. Elle touche 0,1 à 2% de la population mondiale, sans prédominance de sexe ni de race. L'étiologie est inconnue et les nombreuses hypothèses pathogéniques n'expliquent pas l'ensemble des formes de la maladie. Bien qu'il n'existe aucune solution totalement satisfaisante pour traiter le vitiligo actuellement, de nombreuses options peuvent amener à des résultats acceptables chez la plupart des patients. La prise en charge des patients inclut la protection contre le soleil ainsi qu'une repigmentation médicale et chirurgicale. Les traitements médicaux consistent en une irradiation par des UVB de spectre étroit, de spectre large, de psoralen associé à des UVA, en la prise de corticostéroïdes, et en d'autres nouvelles approches. Le traitement chirurgical - méthodes de transplantation autologue -, est généralement recommandé pour le vitiligo stable ou focal, lorsque le traitement médical s'est avéré inefficace. Enfin, chez les patients présentant des zones étendues de vitiligo, la dépigmentation de la mélanine résiduelle devrait être envisagée.*

## Mots-clés

Vitiligo, Mélanocyte, Puvathérapie, Greffe mélanocytaire

Le vitiligo est la plus fréquente des achromies acquises et doit être différencié du pityriasis versicolor achromiant, des achromies secondaires acquises (psoriasis, eczéma, lupus discoïde, sclérodermie, lèpre dans sa forme maculoanesthésique), des lésions vitiligoïdes survenant au cours de l'évolution du mélanome malin, etc. Le diagnostic est établi essentiellement grâce à des critères cliniques : aspect des lésions, répartition, évolutivité. Il n'existe pas à l'heure actuelle de critères biologiques ni histologiques spécifiques. Le vitiligo (1,5) peut survenir à n'importe quel âge de la vie mais débute dans plus de la moitié des

cas avant l'âge de 20 ans. La prévalence est estimée en Europe à 1% de la population. Les femmes seraient plus touchées mais ceci reste à démontrer par une étude épidémiologique. La lésion élémentaire du vitiligo est une tache (macule) de taille variable en général franchement achromique, d'une couleur blanc ivoire. Ses contours sont bien délimités et visibles sur une peau mate. La lumière de Wood permet de mieux apprécier la délimitation sur une peau claire. La zone dépigmentée devient rapidement érythémateuse après exposition solaire et une hyperpigmentation des zones marginales est fréquemment observée. La

surface de la macule du vitiligo n'est pas squameuse. L'exploration de la sensibilité est normale, le prurit est inconstant.

En fonction du mode de répartition des taches achromiques, on peut distinguer deux formes cliniques qui semblent correspondre à deux entités distinctes :

### **Le vitiligo segmentaire**

La dépigmentation est *unilatérale*, affecte un ou plusieurs dermatomes selon une topographie comparable à celle d'un zona. Le visage est le plus fréquemment atteint (50% des cas dans le territoire du trijumeau). Cependant le vitiligo segmentaire peut être observé sur n'importe quelle partie du tégument.

### **Le vitiligo généralisé ou vitiligo vulgaire**

Cette forme clinique est la plus fréquente. La répartition des taches varie d'un individu à un autre. Elle est très caractéristique car la dépigmentation est *bilatérale et souvent symétrique*. Les premières macules dépigmentées apparaissent préférentiellement au niveau des extrémités (mains, pieds) et du visage. L'évolution du vitiligo généralisé est capricieuse se faisant habituellement par des poussées plus ou moins imprévisibles. La repigmentation spontanée peut survenir dans quelques rares cas. Au cours des poussées, les macules dépigmentées peuvent s'élargir et se multiplier au niveau des territoires jusque-là préservés. Les microtraumatismes (2) infligés quotidiennement à la peau (égratignures, frictions répétées, pressions continues) semblent contribuer largement au mode d'expression clinique et à l'extension (*phénomène de Koebner*) du vitiligo généralisé.

Après de nombreuses années d'évolution, la dépigmentation de l'épiderme et des poils peut être plus ou moins totale (*vitiligo universalis*). Les cellules pigmentaires de l'oeil et de l'oreille peuvent être atteintes. Une dépigmentation de l'épithélium pigmenté de la choroïde peut être retrouvé dans 40% des cas et une hypoacousie portant sur certaines fréquences dans 16% des cas.

La prise en charge des patients porteurs de vitiligo s'effectue à trois niveaux : la prévention, les traitements médicaux, les traitements chirurgicaux.

Des conseils de prévention peuvent être distribués aux patients. Ils ont pour but de diminuer la fréquence et l'intensité des frictions mécaniques sur l'ensemble du tégument. Ceci permet dans bon nombre de cas d'arrêter ou de ralentir la progression de la dépigmentation et

aussi de rendre plus efficaces les traitements entrepris (2).

### **Les traitements**

#### **Les médicaments**

Leur rôle est de stimuler la prolifération des mélanocytes présents encore au niveau des réservoirs épidermiques et folliculaires. Parmi les traitements médicaux, la photothérapie est la plus couramment utilisée, selon 3 modalités : *Puvathérapie ou UVBthérapie ou 1' héliothérapie*.

*La puvathérapie* (9) associe la prise de 8 methoxy-psoralen et de 8 isoamylene oxy-psoralen (Méladinine® AMM psoriasis vitiligo) à la dose de 0.5mg/kg, 2 heures avant 1'irradiation par les UVA en milieu dermatologique. Les séances de puvathérapie sont effectuées au rythme de 2 séances/semaine durant plusieurs mois. L'utilisation locale de psoralène (Méladinine®) associée aux UVA doit être très prudente en raison du risque de brûlures.

*L'UVBthérapie* (7) d'acquisition récente stimule la prolifération des mélanocytes sans prise de médicaments, uniquement par action des UVB de spectre étroit.

Enfin *l'héliothérapie* peut être utilisée particulièrement chez les enfants en commençant par des expositions courtes de 5 à 10 minutes et en augmentant progressivement les durées d'exposition.

Dans 45% des cas, on observe après 3 à 4 mois de photothérapie une repigmentation en «confetti» péripilaire (7) qui peut aboutir par coalescence à une repigmentation totale des taches. L'absence de réponse à la photothérapie au bout de 4 mois doit inciter à interrompre celle-ci.

Parmi les autres traitements médicaux, il faut citer la corticothérapie locale et la vitaminothérapie. L'application locale de corticostéroïdes (5) pendant 3 mois a pu favoriser la repigmentation de petites taches de vitiligo. Mais le risque d'effets secondaires doit inciter à la prudence. La vitaminothérapie peut jouer un facteur stimulant (6). Aucune étude randomisée n'a été réalisée à l'heure actuelle. On associe la prise de vitamine C, acide ascorbique (250 à 500 mg/jour), d'acide folique (hors AMM 5 à 10 mg/jour) et de vitamine B12 (hors AMM : Hydroxocobalamine 1 à 2 mg/mois IM) par voie orale ou injectable.

### **Le traitement chirurgical**

Il a pour but d'apporter au niveau de la tache de dépigmentation des mélanocytes provenant d'une zone donneuse (3) (4). Les indications en sont restreintes: taches de vitiligo non évolutives depuis plus de 2 ans dont la surface ne dépasse

pas 200 cm<sup>2</sup> et non soumises ultérieurement à des frictions répétées.

Les mélanocytes greffés sont soit des mélanocytes cultivés, soit des mélanocytes non cultivés. Le risque de dépigmentation secondaire est estimée à 25% dans le cas de lésions de vitiligo vulgaire. Par contre, ce risque est inexistant en ce qui concerne le vitiligo segmentaire qui demeure la meilleure indication.

### **Étiologie**

Elle est encore mystérieuse (5). La destruction progressive des mélanocytes des réservoirs épidermiques et folliculaires pourrait être secondaire à une fragilité mélanocytaire engendrée par la cytotoxicité de facteurs épidermiques ou dermiques, de neuromédiateurs, d'auto-anticorps. Il n'existe pas à l'heure actuelle de diagnostic biologique ni histologique spécifique du vitiligo.

La transmission héréditaire du vitiligo n'est pas la règle mais elle peut être observée dans 30% des cas. Dans 70% des cas on ne retrouve pas d'antécédents familiaux.

### **Conclusion**

le vitiligo est une affection cutanée d'étiologie mystérieuse qui entraîne une gêne fonctionnelle vis à vis des expositions solaires mais surtout un préjudice esthétique. Celui-ci peut avoir des conséquences graves sur le plan psychoaffectif et professionnel. Les traitements dont nous

disposons actuellement sont d'autant plus efficaces qu'ils sont institués précocement. Malheureusement dans 55% des cas les lésions sont encore hors de portée de la thérapeutique.

### **Références**

1. Gauthier Y. Le vitiligo. *Gazette Médicale* 1994 ; 101 :8-12
2. Gauthier Y. The importance of Koebner Phenomenon in the induction of vitiligo vulgaris. *Eur J Dermatol* 1995 ; 5 :704-8
3. Gauthier Y, Surlève-Bazeille JE . Autologous grafting of non cultured melanocytes. *J Am Acad Derm* 1992 ; 26 :191-4
4. Gauthier Y: Les techniques de greffe mélanocytaire. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 1995 ; 122(9) : 627-31
5. Kovacs S. Vitiligo. *J Am Acad Derm* 1998 ; 38 : 647-66
6. Juhlin L, Olsson M. Improvement of vitiligo after oral treatment with Vit B12 and folic acid. *Acta Dermatol Venereol* 1997 ; 77 : 460-62
7. Leone G. Traitement du vitiligo par photothérapie UVB. *Ann Dermatol* 1999 ; 35-39
8. Ortonne JP. Puva induced repigmentation of vitiligo: histochemical and ultra-structural study. *Br J Dermatol* 1979 ; 101 :1-12
9. Kwok YK, Anstey AV, Hawk JL. Psoralen photochemotherapy (PUVA) is only moderately effective in widespread vitiligo: a 10-year retrospective study. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:104-10.