



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINIQUE

Le vitiligo de l'enfant

Childhood vitiligo

A. Ammour^a, T. Jouary^b, A. Taïeb^b,
J. Mazereeuw-Hautier^{a,*}, Société française de
dermatologie pédiatrique

^a Service de dermatologie, centre de référence des maladies rares de la peau
Bordeaux-Toulouse, hôpital Larrey, 24, chemin de Pouvoirville, TSA 30030,
31059 Toulouse cedex 09, France

^b Centre de référence des maladies rares de la peau Bordeaux-Toulouse, groupe hospitalier
Saint-André, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burquet, 33075 Bordeaux cedex, France

Reçu le 15 septembre 2009 ; accepté le 29 janvier 2010
Disponible sur Internet le 16 septembre 2010

Abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
VNS	Vitiligo non segmentaire
VS	Vitiligo segmentaire

Le vitiligo est une affection secondaire à une perte progressive des mélanocytes qui débute fréquemment dans l'enfance. Le diagnostic positif est aisé dans la plupart des cas, mais il existe des caractéristiques qui sont différentes de celles du vitiligo de l'adulte.

Caractéristiques épidémiologiques

La prévalence exacte dans la population pédiatrique est inconnue, le vitiligo débute avant l'âge de dix ans dans environ 25 % des cas [1]. La moyenne d'âge dans les différentes études varie entre quatre et huit ans avec un début très précoce possible dès l'âge de trois mois [2–5]. L'existence de

formes congénitales est controversée [6]. Chez les individus à peau claire, le vitiligo est habituellement visible après une première exposition solaire qui va accentuer le contraste avec la peau saine.

On note une prédominance de filles dans toutes les séries pédiatriques [3,5,7–9].

Si toutes les ethnies peuvent être affectées, il semblerait que la prévalence du vitiligo de l'enfant soit supérieure en Inde, mais cela pourrait être secondaire à une attention sociale accrue [10].

Classification

Comme pour le vitiligo de l'adulte, la forme la plus fréquente est représentée par le VNS. Néanmoins, le VS est observé plus fréquemment que chez l'adulte. La prévalence du VS varie entre 4,6 et 32,5 % [2,3,5,8,9,11–14]. Dans la plupart des séries pédiatriques, il est difficile de distinguer clairement les caractéristiques de chacune de ces deux formes car elles ne sont pas étudiées séparément. La seule série comparant les deux formes a montré que le VNS comportait plus de plaques, une surface corporelle atteinte supérieure, davantage de phénomènes de Koëbner et un taux supérieur de progression de la maladie [9].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mazereeuw-hautier.j@chu-toulouse.fr
(J. Mazereeuw-Hautier).



Figure 1. a : vitiligo segmentaire : localisation sur la face ; b : vitiligo non segmentaire : localisation sur les jambes.

Antécédents familiaux

L'incidence d'une histoire familiale de maladies auto-immunes varie entre 3,3 et 27,3 % [2,4,8,12]. Celle-ci serait plus fréquemment notée chez enfant que chez l'adulte. De même, le vitiligo commencerait plus jeune s'il existait une histoire familiale [13]. Il semble que les antécédents de maladies auto-immunes familiales seraient observés dans un pourcentage égal dans les deux formes de vitiligo [9].

Un blanchiment prématuré des cheveux chez les apparentés au premier et deuxième degré serait observé plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes atteints de vitiligo [7].

Caractéristiques cliniques

Le VS est caractérisé par des lésions unilatérales qui ne dépassent pas la ligne médiane et qui sont souvent disposées suivant les lignes de Blaschko. La localisation la plus fréquente est la face, suivie par le tronc, le cou et les membres (Fig. 1a). Dans le cas du VNS, la face, les mains et les zones de frottement sont les zones les plus touchées (Fig. 1b). Le dos est plus souvent épargné que l'abdomen. L'atteinte du périnée et de la région périnéale est une localisation classique chez le jeune enfant et représente souvent le mode d'entrée dans la maladie. L'atteinte du cuir chevelu dans le vitiligo varie entre 12,3 et 19,3 % [3,9,14] et donne lieu à une mèche blanche. Indépendamment de cette atteinte du cuir chevelu, il peut exister un blanchiment diffus des cheveux qui a été estimé à 4,4 % des enfants étudiés [8]. Certains individus développent un blanchiment total des cheveux, cils et sourcils. L'atteinte de la muqueuse orale est possible mais plus rare que chez l'adulte (0 à 13,3 %) [3,5,8].

L'extension du vitiligo est très variable selon les patients. Handa et Dogra ont montré que 96,4 % des enfants avaient moins de 20 % de la surface corporelle atteinte et que 89,7 % avaient moins de 5 % de la surface corporelle atteinte [3]. En général, l'atteinte cutanée dans le VNS est plus étendue que dans le VS [9]. Les genoux, coudes et mains sont souvent des sites atteints chez les enfants car il s'agit de zones qui sont

le siège de traumatismes cutanés fréquents. Le phénomène de Koëbner a été peu étudié dans le vitiligo de l'enfant. Handa et Dogra l'ont observé chez 11,3 % des enfants [3]. Le phénomène de Koëbner serait plus fréquemment présent dans le VNS, comparativement au VS [9].

Évolution

Une seule étude a comporté un suivi prospectif des enfants [9]. Après un an d'évolution, on notait que le vitiligo régressait complètement dans 5,5 % des cas. Les formes de VNS progressaient davantage en surface atteinte ou en nombre de plaques que les formes de VS (23,29 % vs 5,56 %).

Maladies associées

Le vitiligo peut concerner des enfants ayant une histoire d'atopie, mais il n'est pas clairement démontré que cette association soit significative. Lorsque les deux maladies sont associées, il est parfois difficile de différencier les lésions de vitiligo de celles correspondant à une hypopigmentation post-inflammatoire secondaire à la dermatite atopique.

Les halo nævus sont observés chez les enfants atteints de vitiligo. En l'absence d'études spécifiques, on ignore si leur prévalence est supérieure à celle de la population générale. Néanmoins, Prčić et al. ont observé davantage de halo nævus chez les patients atteints de vitiligo, comparativement à la population pédiatrique sans vitiligo (34 % vs 3,3 %) [14]. Dans la littérature, la prévalence des halo nævus chez l'enfant atteint de vitiligo varie entre 2,5 % et 34 % [2-4,14]. De même, d'après Prčić, il existerait d'avantage de halo nævus chez l'enfant que chez l'adulte atteint de vitiligo, ce qui n'était pas le cas dans l'étude de Cho et al. en Corée [2,5,14]. Il existerait d'avantage de halo nævus chez les enfants atteints de VNS, comparativement aux enfants atteints de VS (20 % vs 12 %) [9].

Les halo nævus peuvent précéder le vitiligo mais on ignore s'ils peuvent être considérés ou non comme des précurseurs de vitiligo. En pratique clinique, les

enfants porteurs ne développent pas fréquemment un vitiligo.

Comme chez l'adulte, le vitiligo peut être associé à d'autres maladies auto-immunes.

L'anomalie la plus fréquemment rapportée est la thyroïdite auto-immune, trouvée dans 0 et 25 % [8,11,14–16]. Selon certains auteurs, la fréquence pourrait augmenter avec l'âge. Cependant, Kakourou et al. n'ont pas trouvé d'association entre les dysfonctions thyroïdiennes et les paramètres suivants : âge de l'enfant, âge de début, durée moyenne d'évolution, antécédents de maladie auto-immune, sexe [11]. Dans notre série de 114 patients, les dix patients atteints étaient de sexe féminin [9]. Il est maintenant bien établi que les anomalies thyroïdiennes sont observées uniquement dans les VNS [9,12,15].

Les autres maladies auto-immunes pouvant s'associer au vitiligo sont les suivantes : pelade, diabète, maladie d'Addison. Leur prévalence serait très faible [2–4]. Les anomalies biologiques à type de positivité des anticorps anti-nucléaires peuvent être présentes chez l'enfant atteint de vitiligo et représenteraient un marqueur du terrain d'auto-immunité. Halder et al. ont observé des anticorps antinucléaires chez 4,8 % des enfants atteints de vitiligo, alors que Cho et Prčić n'en ont trouvé aucun [2,5,14]. Dans notre série, nous avons trouvé des anticorps antinucléaires uniquement dans les formes non segmentaires et cela dans 3,6 % des cas [9].

Il est donc recommandé de réaliser un dosage de la TSH, voire des anticorps antithyroïdiens en cas de VNS. Kurtev et Dourmishev recommandent de contrôler ces paramètres de manière annuelle [16]. Le bilan biologique d'un VNS pourrait comprendre également une NFS, une glycémie à jeun et des anticorps antinucléaires, mais il n'y a pas de consensus à ce sujet. À l'inverse, aucun bilan biologique n'est nécessaire en cas de VS.

Diagnostic différentiel

Chez l'enfant, les principaux diagnostics différentiels sont les hypopigmentations post-inflammatoires pour le VNS et le nævus achromique pour le VS, en particulier pour les enfants de phototypes foncés (IV, V). L'examen en lumière de Wood peut aider dans ces situations car il existe dans le vitiligo un rehaussement des lésions qui n'est pas observé dans les autres causes.

En cas de VNS localisé à la vulve, le lichen scléreux est un diagnostic différentiel à évoquer.

Retentissement psychologique du vitiligo

Même si le vitiligo n'est pas une affection qui met en jeu le pronostic vital, il peut altérer de manière importante la qualité de vie. Il n'existe pas d'études spécifiques concernant le retentissement psychologique du vitiligo de l'enfant, mais il a été rapporté qu'il pouvait influencer la qualité de vie à l'âge adulte [17]. Les enfants sont probablement affectés de manière différente selon la localisation du vitiligo sur des zones visibles ou non, l'extension et l'évolution, l'âge, l'environnement familial.

Traitement

Peu d'essais thérapeutiques ont été réalisés chez l'enfant. En pratique, il existe peu de différences de prise en charge entre l'enfant et l'adulte, ces dernières étant basées sur la faisabilité des traitements, la demande esthétique et le retentissement socio-psychologique du vitiligo sur les patients.

Il convient tout d'abord de bien expliquer à la famille l'importance de la limitation des frottements qui constituent un facteur aggravant et une cause d'échec du traitement. Cependant, les frottements chez l'enfant sont liés à leurs activités et sont donc souvent difficiles, voire impossibles à supprimer ou modifier sauf pour les frottements liés à la toilette (savonnage, séchage doux).

Plusieurs traitements topiques ou systémiques sont disponibles chez l'enfant. Le délai d'action du traitement, quel qu'il soit, est long, supérieur à deux ou trois mois.

Les traitements topiques

Les dermocorticoïdes constituent un traitement classique du vitiligo. Une repigmentation est observée dans environ la moitié des cas avec un corticoïde de force modérée à forte, utilisé une à deux fois par jour. Cependant, la survenue d'effets indésirables locaux ou généraux est non négligeable, estimée à 15 à 30 % des cas [18].

L'efficacité du tacrolimus dans le traitement du vitiligo de l'enfant a été démontrée dans deux études incluant respectivement 25 et 57 patients. Les résultats obtenus étaient encourageants avec un taux de repigmentation supérieur à 60 % des cas [19,20]. Les effets secondaires sont rares à type de prurit et brûlure. Cependant, ce traitement n'a pas l'AMM à ce jour dans cette indication.

Pour les dermocorticoïdes comme pour le tacrolimus, l'efficacité est meilleure sur le visage et le cou.

Le pimecrolimus a fait l'objet chez l'enfant d'une étude randomisée portant sur 65 enfants. Ce traitement a permis d'obtenir une repigmentation supérieure à 50 % de la surface atteinte dans plus de 30 % des cas en monothérapie et une repigmentation supérieure à 60 % en association à une microdermabrasion [21].

Le calcipotriol entraînerait une repigmentation dans plus de 50 % des cas. Il semble que son efficacité soit potentialisée par l'exposition solaire [22,23].

L'efficacité de la catalase-superoxyde dismutase (Vitix®) a été montrée dans une série de 27 enfants chez lesquels une repigmentation était obtenue chez 56 % d'entre eux [24].

La mélgénine est un extrait placentaire non commercialisé qui a fait l'objet d'une étude ouverte chez 22 patients en association à des séances d'infrarouges ; une amélioration a été constatée chez 81 % des enfants atteints de vitiligo du cuir chevelu [25].

L'efficacité de la pseudocatalase, dont il existe plusieurs types, est controversée. Ce produit n'est pas commercialisé en France.

La prostaglandine E2a donné des résultats très encourageants dans une série de 56 patients (adultes et enfants) avec une réponse supérieure à 70 % des cas [26].

Les traitements systémiques

La photothérapie UVB à spectre étroit est un traitement sûr, efficace et réalisable à partir de l'âge de sept ans [27]. Trois études portant sur dix à 51 enfants ont été réalisées [27–29]. Après six à 12 mois de traitement, une repigmentation de plus 75 % de la surface atteinte était observée chez plus de 50 % des patients. Les meilleurs résultats étaient observés au niveau du visage et du cou.

En pratique, le clinicien se heurte à deux problèmes : la difficulté à trouver des cabines UVB à proximité du domicile de la famille et le refus de nombreux praticiens à mettre en place une photothérapie chez l'enfant. Il existe un manque de recul sur la surveillance cancérologique dans ces séries.

La puvathérapie est contre-indiquée avant l'âge de 12 ans.

Le laser 308-nm xenon chloride excimer a été testé dans une étude de 48 enfants, soit en monothérapie, soit en association avec le pimecrolimus pendant 30 semaines. Les résultats étaient, respectivement, 50 et 71 % de réponse supérieure à 50 % de la surface atteinte [30].

La corticothérapie générale (0,3 mg/kg par jour) a été utilisée avec succès dans le traitement du vitiligo (adulte et enfant) avec une repigmentation chez plus de 70 % des patients à quatre mois. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez l'enfant [31]. L'effet à long terme n'est pas étudié.

Autres traitements

Les greffes mélanocytaires sont réservées à l'adulte, mais elles ont été réalisées avec succès chez quelques enfants à partir de six ans [32].

La photoprotection est une partie importante du traitement. Il est conseillé d'utiliser un photoprotecteur afin d'éviter les coups de soleil et l'accentuation du contraste entre la peau saine et la peau lésionnelle en cas d'exposition intense. Cependant, l'exposition solaire mesurée permet de stimuler les mélanocytes et fait donc partie du traitement. L'utilisation d'un écran d'indice 50 est recommandée en cas d'exposition intense. Un indice plus faible, de l'ordre de 15 à 30, est recommandé pour des expositions modérées.

Dans les cas résistant aux traitements, particulièrement dans les zones découvertes, certaines mesures cosmétiques de camouflage peuvent être utiles en utilisant des produits « autobronzants » ou des bases couvrantes.

Le choix du traitement dépend de plusieurs paramètres incluant l'étendue du vitiligo, sa localisation, son retentissement sur la qualité de vie, son évolutivité et la faisabilité du traitement. Cependant, les traitements locaux seront privilégiés dans les formes localisées, en préférant le tacrolimus sur le visage. Les UVB seront privilégiés dans les formes étendues et évolutives. L'intérêt d'introduire précocement un traitement est justifié par la diminution du réservoir pigmentaire avec le temps. Cependant, l'intérêt d'introduire précocement un traitement agressif en cas de vitiligo d'extension rapide et sévère chez un enfant n'a pas été démontré à ce jour.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey of the Isle of Bornholm, Denmark. *Arch Dermatol* 1997;113:47–52.
- [2] Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol* 2000;17:189–93.
- [3] Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from North India. *Pediatr Dermatol* 2003;20:207–10.
- [4] Hu Z, Liu JB, Ma SS, Yang S, Zhang XJ. Profile of childhood vitiligo in China: an analysis of 541 patients. *Pediatr Dermatol* 2006;23:114–6.
- [5] Prčić S, Duran V, Poljacki M. Vitiligo in childhood. *Med Pregl* 2002;55:475–80.
- [6] Nordlund JJ, Lerner AB. Vitiligo. It is important. *Arch Dermatol* 1982;118:5–8.
- [7] Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, Enterline JA, Chakrabarti SG, Kenney Jr JA. Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:948–54.
- [8] Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. *Int J Dermatol* 1992;31:621–3.
- [9] Mazereeuw-Hautier J, Bezio S, Mahe E, Bodemer C, Eschard C, Viseux V, et al. Groupe de recherche clinique en dermatologie pédiatrique (GRCDP). Segmental and nonsegmental childhood vitiligo has distinct clinical characteristics: a prospective observational study. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:945–9.
- [10] Handa S, Kaur I. Vitiligo: clinical findings in 1436 patients. *J Dermatol* 1999;26:653–7.
- [11] Kakourou T, Kanaka-Gantenbein C, Papadopoulou A, Kaloumenou E, Chrousos G. Increased prevalence of chronic autoimmune (Hashimoto's) thyroiditis in children and adolescents with vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:220–3.
- [12] Pagovich OE, Silverberg JI, Freilich E, Silverberg NB. Thyroid anomalies in pediatric patients with vitiligo in New York City. *Cutis* 2008;81:463–6.
- [13] Pajvani U, Ahmad N, Wiley A, Levy RM, Kundu R, Mancini AJ, et al. Relationship between family medical history and childhood vitiligo. *J Am Acad* 2006;55:238–44.
- [14] Prčić S, Djuran V, Mikov A, Mikov I. Vitiligo in children. *Ped Dermatol* 2007;24:666.
- [15] Iacovelli P, Sinagra JL, Vidolin AP, Marenda S, Capitanio B, Leone G, et al. Relevance of thyroiditis and of other autoimmune diseases in children with vitiligo. *Dermatology* 2005;210:26–30.
- [16] Kurtev A, Dourmishev AL. Thyroid function and autoimmunity in children and adolescents with vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:109–11.
- [17] Linthorst Homan MW, de Korte J, Grootenhuys MA, Bos JD, Sprangers MA, van der Veen JP. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol* 2008;159:915–20.
- [18] Kwinter J, Pelletier J, Khambalia A, Pope E. High-potency steroid use in children with vitiligo: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:236–41.
- [19] Silverberg NB, Lin P, Travis L, Farley-Li J, Mancini AJ, Wagner AM, et al. Tacrolimus ointment promotes repigmentation of vitiligo in children: a review of 57 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:760–6.
- [20] Kanwar AJ, Dogra S, Parsad D. Topical tacrolimus for treatment of childhood vitiligo in Asians. *Clin Exp Dermatol* 2004;29:589–92.
- [21] Farajzadeh S, Daraei Z, Esfandiarpour I, Hosseini SA. The efficacy of pimecrolimus 1% cream combined with microdermabrasion in the treatment of nonsegmental childhood vitiligo. *Pediatr Dermatol* 2009;26:286–91.

- [22] Parsad D, Saini R, Nagpal R. Calcipotriol in vitiligo: a preliminary study. *Pediatr Dermatol* 1999;16:317–20.
- [23] Gargoom AM, Duweb GA, Elzorhany AH, Benghazil M, Bugrein OO. Calcipotriol in the treatment of childhood vitiligo. *Int J Clin Pharmacol Res* 2004;24:11–4.
- [24] Tsiskarishvili N. Cuprum sulfat and vitix in the treatment of vitiligo in children. *Georgian Med News* 2005;121:48–51.
- [25] Xu AE, Wei XD. Topical melagenine for repigmentation in twenty-two child patients with vitiligo on the scalp. *Chin Med J* 2004;117:199–201.
- [26] Kapoor R, Phiske R, Jerajani H. Evaluation of safety and efficacy of topical prostaglandin E2 in treatment of vitiligo. *Br J Dermatol* 2009;160:861–3.
- [27] 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.
- [28] Kanwar AJ, Dogra S. Narrow-band UVB for the treatment of generalized vitiligo in children. *Clin Exp Dermatol* 2005;30:332–6.
- [29] Brazzelli V, Prestinari F, Castello M, Bellani E, Roveda E, Barbagallo T, et al. Useful treatment of vitiligo in 10 children with UV-B narrowband (311 nm). *Pediatr Dermatol* 2005;22:257–61.
- [30] Hui-Lan Y, Xiao-Yan H, Jian-Yong F, Zong-Rong L. Combination of 308-nm excimer laser with topical pimecrolimus for the treatment of childhood vitiligo. *Pediatr Dermatol* 2009;26:354–6.
- [31] Kim SM, Lee HS, Hann SK. The efficacy of low-dose oral corticosteroids in the treatment of vitiligo patients. *J Dermatol* 1999;38:546–50.
- [32] Lee KJ, Lee JH, Lee DY. Successful treatment of vitiligo in a 6-year-old child by topical anaesthesia and epidermal grafting. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:859–60.



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



RÉPONSES AU PRÉ-TEST

Le vitiligo de l'enfant[☆]

Childhood vitiligo

RÉPONSES

Ammour A, Jouary T, Taïeb A, Mazereeuw-Hautier J. Le vitiligo de l'enfant. *Annales de Dermatologie et de vénéréologie* (2010), doi:10.1016/j.annder.2010.07.004.

Réponse 1. a

Commentaire.— Vrai. Le vitiligo débute dans 25 % des cas avant l'âge de dix ans et dans 50 % avant l'âge de 20 ans.

Réponse 2. a

Commentaire.— Vrai. Il serait plus fréquent dans les formes non segmentaires. Il doit être expliqué aux patients.

Réponse 3. b

Commentaire.— Faux. La localisation la plus fréquente est la face, suivie des zones de traumatismes.

Réponse 4. b

Commentaire.— Faux. Les meilleurs résultats sont obtenus au niveau du visage.

Réponse 5. a

Commentaire.— Vrai. Une repigmentation supérieure à 75 % se voit chez plus de 50 % des patients.

A. Ammour^a, T. Jouary^b, A. Taïeb^b,
J. Mazereeuw-Hautier^{a,*}, Société française
de dermatologie pédiatrique

^a Centre de référence des maladies rares de la
peau Bordeaux-Toulouse, service de dermatologie,
hôpital Larrey, 24, chemin de Pouvoirville, TSA
30030, 31059 Toulouse cedex 09, France

^b Centre de référence pour les maladies rares de
la peau Bordeaux-Toulouse, groupe hospitalier
Saint-André, CHU de Bordeaux, 1, rue
Jean-Burguet, 33075 Bordeaux cedex, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

mazereeuw-hautier.j@chu-toulouse.fr

(J. Mazereeuw-Hautier).

Disponible sur Internet le 17 septembre
2010

DOIs de l'article original: 10.1016/j.annder.2010.07.004,
10.1016/j.annder.2010.07.005.

[☆] Le pré-test, publié dans ce numéro, est également acces-
sible à l'adresse suivante: *Ann Dermatol Venereol* (2010),
doi:10.1016/j.annder.2010.07.005.

0151-9638/\$ — see front matter
doi:10.1016/j.annder.2010.07.006