



Déficit en zinc : quand la peau devient le signe d'alerte

Auteur(s) : Chaima NASRI, Hôpital Militaire, TUNISIE

Co-auteurs : Dr Ben Slimane, Donia DRIDI, Hôpital Militaire, TUNISIE

INTRODUCTION

Le déficit en zinc est une affection nutritionnelle fréquente mais souvent méconnue, touchant environ **17 % de la population mondiale**, notamment dans les pays en développement, mais aussi chez certaines populations à risque dans les pays industrialisés. Le zinc joue un rôle crucial dans la **fonction immunitaire, la kératinisation, la cicatrisation et la croissance**. Cliniquement, la triade classique associant dermatite péri-orificielle, alopécie et diarrhée n'est présente que chez une minorité de patients, rendant la reconnaissance précoce difficile mais essentielle.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de **58 ans, diabétique de type 2**, sans antécédents familiaux d'Acrodermatite entéropathique.

Elle présentait une **pulpite chronique prurigineuse, fissurée et érosive des doigts, bilatérale** (Fig. 2), associée à des érosions punctiformes peribuccales (Fig. 1). Ces lésions étaient **réfractaires aux dermocorticoïdes**. Aucun trouble digestif ni dysgueusie n'était rapporté.

Devant ce tableau clinique, un dosage du zinc sérique a révélé une **hypozincémie (zinc sérique < 70 µg/dL)**.

Une **supplémentation orale en zinc élémentaire** a été instituée, permettant une amélioration rapide et nette des lésions cutanées en quelques semaines.

DISCUSSION

Les manifestations cutanées du déficit en zinc sont **polymorphes**.

La dermatite prédomine aux zones péri-orificielles et acrales, se présentant sous forme de plaques érythémateuses, vésiculopustuleuses, érosives ou croûteuses. Des aspects psoriasiformes, éczématiformes ou lichénoïdes peuvent également être observés.

Les phanères sont fréquemment atteints : alopécie diffuse non cicatricielle (cuir chevelu, sourcils, cils) et onychodystrophie avec stries longitudinales et fragilité unguéale.

Sur le plan physiopathologique, le déficit en zinc compromet la **prolifération kératinocytaire, la modulation des cytokines inflammatoires et la fonction immunitaire**, entraînant un retard de cicatrisation et une susceptibilité accrue aux infections cutanées.

Les étiologies sont multiples : une forme génétique rare (Acrodermatite entéropathique, mutation ZIP4) et des formes acquises beaucoup plus fréquentes liées à une insuffisance d'apport (malnutrition, troubles du comportement alimentaire), des syndromes de malabsorption (MICI, maladie coeliaque, chirurgie bariatrique), des pertes accrues, l'alcoolisme ou un hypercatabolisme.

Chez cette patiente, le **diabète de type 2** représente un facteur de risque contributif via l'augmentation de l'excrétion urinaire du zinc. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques.

Le dosage du zinc plasmatique, bien qu'utile, est limité par sa faible sensibilité.

La **réponse rapide à la supplémentation** constitue ainsi un élément diagnostique déterminant.



Fig. 1 - Érosions punctiformes peribuccales



Fig. 2 - Pulpite chronique des doigts

CONCLUSION

Le déficit en zinc doit être **suspecté devant toute dermatose péri-orificielle ou acrale**, particulièrement lorsqu'elle s'accompagne d'anomalies des phanères. Le diabète de type 2 représente un facteur de risque contributif via l'hyperzincurie. La réponse rapide à la supplémentation orale constitue à la fois un argument diagnostique et thérapeutique.

Mots-clés : zinc, déficit, dermatose péri-orificielle, acrodermatite, diabète, hypozincémie