

Item 232 :

Dermatoses faciales : Acné, rosacée, dermatite séborrhéique

- **Objectifs :**

- diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéique
- argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

ACNE

I – PREAMBULE

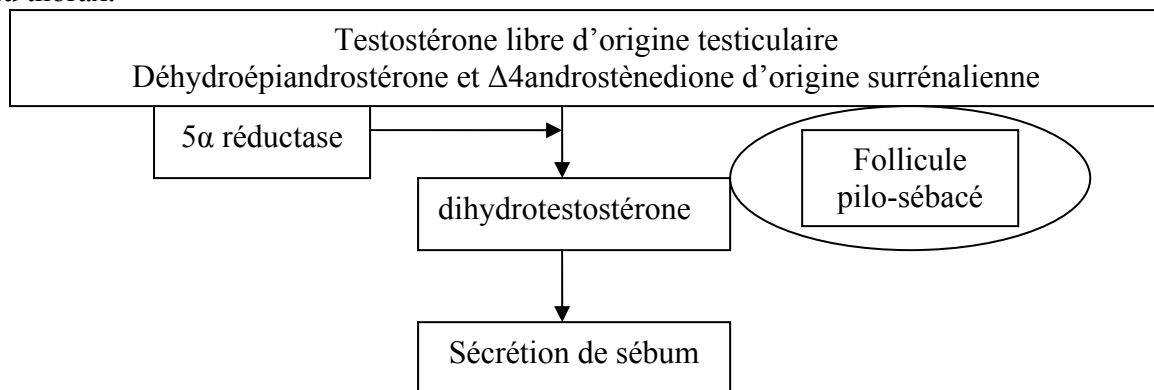
L'acné constitue une dermatose inflammatoire des follicules pilo-sébacés qui touche 90% des adolescents. Les lésions apparaissent vers l'âge de 12ans pour les filles contre 13ans pour les garçons pour disparaître avant l'âge de 20ans. Seulement 30% des patients atteints d'acné nécessiteront une prise en charge médicale.

II – PHYSIOPATHOLOGIE

Il existe 3mécanismes intercurrents à l'apparition de l'acné.

1- la séborrhée :

L'hypersécrétion de sébum est la condition sine qua non. Elle concerne principalement les joues, le front, le nez, le menton, le pavillon de l'oreille, le cuir chevelu, la partie supérieure du thorax.



2situations s'ouvrent alors :

- la plus fréquente, à taux hormonal sérique normal, il existe une hyperactivité enzymatique locale de la 5α réductase au niveau de la glande sébacée.(forme familiale)
- le taux d'hormones gonadiques est augmenté, il s'agit d'une endocrinopathie (syndrome des ovaires polykystiques, dysfonctionnement surrénalien)

2- la kératinisation infundibulaire

Il se produit une kératinisation de la partie profonde du follicule sébacé ayant pour conséquence son obstruction et la rétention du sébum. C'est la comédogènèse

3- la population microbienne et les médiateurs de l'inflammation

La flore anaérobie folliculaire (propionibacterium acnes) est responsable :

- de l'hydrolyse des triglycérides en acides gras comédogènes
- de l'induction d'anticorps dirigés contre des déterminants polysaccharidiques bactériens
- de l'activation du complément
- du chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles

III - FACTEUR FAVORISANT

- tout déséquilibre hormonal (puberté, règles, grossesse, contraception)
- stress
- tabac
- forme familiale
- pollution

IV – CLINIQUE

❖ LESIONS ELEMENTAIRES

La séborrhée induit une peau grasse et luisante. Elle est constante dans l'acné.

Le microkyste correspond à l'accumulation du sébum, de la kératine et des colonies bactériennes au sein du follicule dilaté par l'obstruction de son canal excréteur. Il peut s'ouvrir à la surface (comédon) ou se rompre dans le derme (à l'origine des phénomènes inflammatoires de l'acné papulo-pustuleuse). Le microkyste se présente sous la forme d'une discrète élévation de 1-3mm (le « point blanc ») à peine visible sinon lors de l'étirement de la peau. Il s'agit d'une véritable bombe à retardement.

Le comédon est un bouchon corné de kératine oxydée constitué de filaments gras compacts jaunâtres et dont l'extrémité est noire. Plus communément appelé « point noir », il est évacué par pression digitale, mécanique (tire-comédon) ou spontanément à la peau.

La papule se présente sous la forme d'une élévation rouge, ferme et quelquefois douloureuse. Il s'agit d'une lésion inflammatoire de moins de 5mm issu du microkyste.

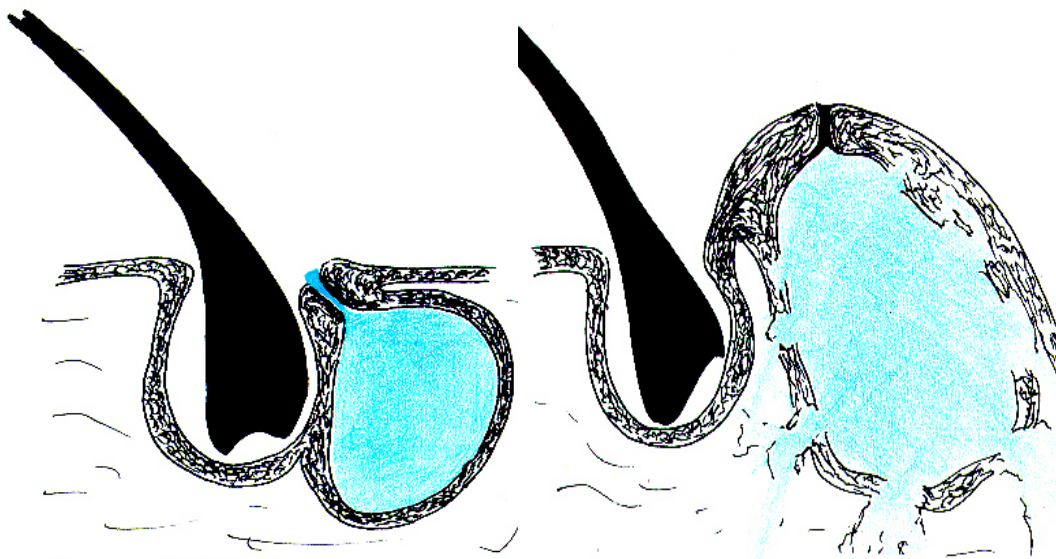
La pustule est une papule avec une collection purulente apicale.

Le nodule correspond à une lésion inflammatoire profonde de plus de 5mm évoluant vers la résorption, l'abcédation, la rupture ou la cicatrisation.

L'acné n'est parfois prise en charge qu'au stade de ses séquelles : **la cicatrice**.

Atrophique, chéloïde ou pigmentée, la cicatrice peut être très invalidante et ceci dépend de la profondeur de l'atteinte du derme, de l'intensité de l'inflammation et de la thérapeutique mise en place

(importance des effets anti-inflammatoires).



Rétention sébacée dans le follicule

Rupture intra-dermique du microkyste



Acné rétentionnelle



Acné papuleuse

Acné papulo-pustuleuse

Acné nodulo-kystique

FORMES CLINIQUES

LES FORMES LES PLUS FREQUENTES	
ACNE RETENTIONNELLE <ul style="list-style-type: none"> - associe séborrhée, comédons et microkystes - peu affichante - rétinoïdes topiques 	ACNE PAPULOPUSTULEUSE <ul style="list-style-type: none"> - associe microkystes et papules+++ mais également pustules et comédons - traitement local en 1^o intention - antibiothérapie générale pour les formes sévères
LES FORMES LES PLUS SEVERES	
ACNE NODULAIRE (CONGLOBATA) <ul style="list-style-type: none"> - forme grave plutôt masculine - macrokystes, comédons polypores, tunnels suppuratifs, abcès, fistules, brides, nodules+++ - atteinte fréquente du tronc - évolution cicatricielle (chéloïdes+++) - antibiothérapie générale et gluconate de zinc en 1^o intention - isotrétinoïne en 2^o ligne 	ACNE FUMINANTE <ul style="list-style-type: none"> - brutale AEG avec fièvre 39-40°C, arthromyalgie, hyperleucocytose - lésions inflammatoires suppurées - ulcérations nécrotiques te hémorragiques - corticothérapie générale 0,5mg/kg/j puis relais par isotrétinoïne dès l'accalmie
LES FORMES DE L ENFANT	
ACNE NEONATALE <ul style="list-style-type: none"> - éruption sur le visage qui régressera spontanément en quelques semaines - liée à l'hyperandrogénie maternelle 	ACNE PREPUBERTAIRE <ul style="list-style-type: none"> - dès 8-9ans - avant la puberté génitale

LES FORMES ADULTES	
ACNE DE LA FEMME ADULTE <ul style="list-style-type: none"> - intervient chez la femme d'âge > 30ans, sans antécédents dermatologiques - papules inflammatoires du menton rebelles au traitement 	ACNE EXCORIEE <ul style="list-style-type: none"> - manipulations agressives et excessives de lésions acnéiques minimales - femmes > hommes - contexte psychologique
LES FORMES SECONDAIRES	
ACNE MEDICAMENTEUSE <ul style="list-style-type: none"> - papulo-pustuleuse - d'évolution rapide - concerne les androgènes (culturistes, sportifs), progestatifs de synthèse, oestroprogestatifs, corticoïdes, antiépileptiques, antituberculeux, vitamine B12, halogénés, lithium, immunosuppresseurs, EGF inhibitor 	
ACNE SECONDAIRE A UNE ENDOCRINOPATHIE <ul style="list-style-type: none"> - évoquée devant toute acné rebelle au traitement - ou signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, alopecie, oligospermie, oligospermiorrhée - nécessite le dosage sérique de la testostérone libre, S-DHA, 17OH progestérone, $\Delta 4$ androstènedione 	
ACNE EXOGENE <ul style="list-style-type: none"> - huiles minérales (garagistes, mécaniciens, fraiseurs) - huiles végétales et paraffines en cosmétologie soumises aux tests de comédogénicité - soins capillaires africains 	
ACNE DU SYNDROME SAPHO	

V - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- folliculite infectieuse à germes banals (barbe+++)
- dermite péri-orale
- rosacée
- syphilide acnéiforme
- angiofibrome de la sclérose tubéreuse de Bourneville
- vieillissement cutané solaire

VI - THERAPEUTIQUE

❖ CONSEILS GENERAUX

- ne pas presser les comédons
- pas de toilette énergique ou de lotion antiseptique
- soins cosmétiques adaptés
- exposition solaire discutée (inflammation↓, comédogénèse↑)
- pas de régime alimentaire recommandé
- prévenir de l'importance d'une bonne observance, des délais d'action des thérapeutiques

- éduquer le patient à reconnaître ses lésions, évaluer sa motivation
- revoir régulièrement le patient en usant de la photographie comparative des lésions

❖ TRAITEMENT LOCAL

RETINOIDES TOPIQUES

- acide rétinoïque tout-trans : trétinoïne
- acide 13cis-rétinoïque : isotrétinoïne
- adapalène (possède en plus des propriétés anti-inflammatoires)

Ce sont de puissants comédolytiques utilisés pour l'acné rétentionnelle. Posologie = 1 application le soir. Effets indésirables = irritation

PEROXYDE DE BENZOYLE

Il s'agit d'une solution anti-bactérienne+++ (qui échappe aux résistances), avec un effet comédolytique mineur, indiquée pour la prise en charge des acnés inflammatoires non compliqués. Effets indésirables = irritation, photosensibilité

ANTIBIOTIQUES LOCAUX

- erythromycine
- clindamycine

Ce sont de puissants antibiotiques anti-inflammatoires non à l'abri de l'émergence de résistance

❖ TRAITEMENT GENERAL

ANTIBIOTIQUE SYSTEMIQUE

- tétracycline (1g/j)
- doxy ou minocycline (100mg/j)

et en cas de contre-indications des cyclines (femme enceinte ou enfant de moins de 13ans), recours aux macrolides type josamycine, erythromycine (500-1000mg/j)

Indication en cas d'acné papulo-pustuleuse non cicatricielle à prédominance faciale et pour une durée minimale de 3mois.

Jamais d'association avec l'isotrétinoïne.

Emergence de résistance croisée pour tous les antibiotiques cités précédemment exceptée la minocycline qui sera donc justement proposé en 2° intention en cas de non amélioration des lésions sous traitement initial et ce, à la posologie de 100-200mg/j



ISOTRETINOINE

Il s'agit d'un médicament à utiliser en seconde intention ou pour les acnés graves, dans des circonstances particulières, de manière rigoureuse en raison de ces effets potentiels graves.

Effets indésirables =

- **malformations** +++ (question souvent abordée aux examens)
- chéilite, xérose cutanée, conjonctivite, rhinite sèche
- recrudescence de l'acné lors du 1° mois de traitement
- dyslipidémie
- cytolyse
- HTIC en cas d'association aux cyclines

Surveillance rigoureuse :

1- transaminases

2- cholestérol et triglycérides

3- en raison du risque tératogène, donner une information claire et loyale, recueillir le consentement écrit de la patiente, assurer une **contraception efficace**, doser le taux de β HCG depuis 1mois avant le début de l'isotrétinoïothérapie puis tous les 2mois jusqu'à 1mois après l'arrêt.

Indication en cas d'acné nodulo-kystique, acné conglobata, acné papulo-pustuleuse à évolution cicatricielle, acné résistante à une thérapeutique antérieure, acné avec dépression sévère et dysmorphophobie. C'est un inhibiteur non hormonal de la sécrétion du sébum. Il possède des vertus comédolytiques et anti-inflammatoires. Posologie de 0,5 à 1mg/kg/j jusqu'à 150mg/kg soit 5mois de forte dose ou 10mois à demi-dose. Pas de bénéfices cliniques à poursuivre le traitement au-delà de ce délai. Pas de consensus en cas de rechute. Résultats = 55%guérison, 15%échec, 30%rechute.

GLUCONATE DE ZINC

Il possède une puissante activité anti-inflammatoire et peut substituer les cyclines en cas de contre-indication.

HORMONOTHERAPIE ANTIANDROGENIQUE

- Oestrogènes ethinyl-oestradiol 35 μ g
- acétate de cyprotérone 2mg
- spironolactone

COLLABORATION PLASTICIEN-DERMATOLOGUE

Pour la prise en charge des cicatrices de l'acné : excision chirurgicale, punch, dermabrasion, laser, peeling, photothermolyse, chimiothérapie, pressothérapie, cryothérapie, corticoïdes, maquillage

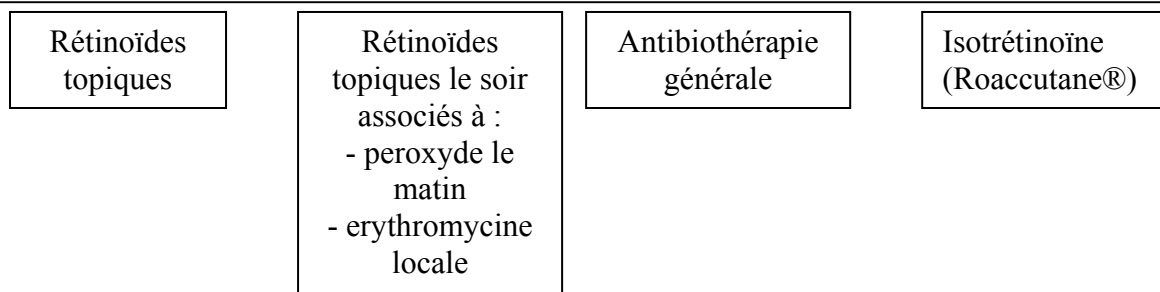
acné rétentionnelle

acné inflammatoire

modéré

papulo-pustuleuse

nodulo-cicatricielle



La rosacée

I) INTRODUCTION :

- La rosacée est une dermatose faciale qui **représente 2-3% des consultations dermatologiques en France.**

- La rosacée débute **après l'âge de 20 ans avec un pic de fréquence à 40 ans.** Elle touche plus volontiers les populations ayant un phototype clair, ce qui explique une prévalence plus élevée en Europe du Nord ;

- La physiopathologie reste mal connue : de nombreux mécanismes sont évoqués, dont une probable anomalie vasculaire primitive du visage

II) DIAGNOSTIC : clinique ++

a. diagnostic positif :

La rosacée évolue habituellement en 4 stades :

- Stade 1 : bouffées vasomotrices :

- Vers 25 ans
- La rosacée se présente sous forme d'érythèmes **paroxystiques** du visage et du cou avec sensation de chaleur, durant quelques minutes.
- Des larmoiements, une hyperhémie conjonctivale peuvent accompagner les flushs.
- Il faut rechercher un **facteur déclenchant** : changement de température, boissons chaudes, alcool, repas chaud, effort physique, stress, exposition solaire

- Stade 2 : stade érythémato-télangiectasique :

- Vers 40 ans
- L'**érythème** du visage est **permanent** sur les joues, le menton, le front, le nez ; il s'accompagne de **télangiectasies** réalisant la « **couperose** ».

- Stade 3 : papulo-pustules : phase d'état :

- Vers 50 ans
- fond érythémateux
- Papules et pustules de quelques millimètres de diamètre sur fond érythémateux respectant les pourtours de la bouche et des yeux
- La peau est sensible, intolérante à la plupart des topiques et cosmétiques gras

- Stade 4 : rhinophyma : éléphantiasis facial

- Vers 60 ans ou plus
- Le nez est rouge, augmenté de volume, les orifices folliculaires sont dilatés, la peau est épaissie.



papulo-pustules et télangiectasies



papulo-pustules



rhinophyma



télangiectasies et rhinophyma débutant

Chaque stade peut s'accompagner d'une atteinte oculaire : hyperhémie conjonctivale, blépharite, kératite, sécheresse oculaire.

Le passage par chacun des stades n'est pas obligatoire.

Le diagnostic de la rosacée est clinique, une biopsie ne sera envisagée qu'en cas de doute diagnostique. **Les examens complémentaires sont inutiles.**

b. formes cliniques :

Rosacée stéroïdienne :

- Une dépendance majeure aux corticoïdes est retrouvée à l'interrogatoire
- Il s'agit d'un tableau de rosacée induit par une corticothérapie locale prolongée à fortes doses
- l'érythème est souvent desquamatif accompagné de grandes télangiectasies

c. diagnostics différentiels :

- **Lupus érythémateux disséminé :**

- Il n'y a pas de bouffées vasomotrices, ni de papulo-pustules
- Éruption malaire : vespertilio respectant le front et le menton

- **Acné :**

- Elle prédomine à un âge plus jeune
- on retrouve aussi des lésions rétentionnelles : comédons, kystes, microkystes et inflammatoires : pustules
- hyper séborrhée

- **Dermatite séborrhéique :**

- squames grasses sur fond érythémateux
- la topographie est différente : atteinte préférentielle des ailes du nez, des sourcils, de la lisière antérieure du cuir chevelu
- On ne retrouve pas de pustules ni de couperose.

- **Dermite périorale :**

- il s'agit d'une dermatose touchant plutôt les femmes et les enfants et qui se manifeste par des papules et papulo-vésicules

- **Dermatite atopique et rosacée :**

- les dermocorticoïdes utilisés pour l'eczéma peuvent induire une rosacée.

- Devant des bouffées vasomotrices, il faut éliminer : **cancer médullaire de la thyroïde, ménopause.**

III) EVOLUTION :

- Evolution chronique par poussées imprévisibles (certains facteurs déclenchant les formes initiales ont été identifiés (cf. début), mais ils n'interviennent plus à la phase d'état).

- Il persiste un fond érythémateux et télangiectasique.
- Une fois installé, le rhinophyma persiste et n'est plus sensible à aucun traitement médical
- Les phases inflammatoires ont tendance à disparaître avec l'âge
- Des pathologies souvent associées à la rosacée sont à rechercher :
 - **migraine**
 - **infection par le VIH**
 - **rectocolite hémorragique et maladie de Crohn**

IV) TRAITEMENT :

- **hygiène locale** : - éviter topiques gras et les fonds de teint occlusifs
 - toilette à l'eau tiède
 - application d'un émollient fluide

• **traitement médical** : efficace à la phase d'état sur les poussées mais ne permet pas la guérison définitive, les cures sont donc à renouveler

- *formes peu étendues* : 1 application / jour pendant 3 mois de crème au **métronidazole**.
- *formes diffuses* : **doxycycline** 100 mg/ jour per os en une prise le soir pendant 3 mois
- en cas de rosacée associée à une dermatite séborrhéique : l'**isotrétinoïne** per os est recommandée.

• Les bouffées vasomotrices peuvent être réduites par le **propranolol** ou en suçant un glaçon.

• L'érythème et la couperose ne répondent pas au traitement médical, mais la *couperose* peut être traitée par **laser vasculaire** ou par **électrocoagulation**.

• Le *rhinophyma* peut être **réduit chirurgicalement ou au laser CO2**

Dermatite séborrhéique

I) INTRODUCTION :

- En France, la dermatite séborrhéique affecte 1-3% de la population
- Physiopathologie : - rôle d'une levure lipophile de la peau : *Malassezia furfur*
 - hypersecrétion des glandes sébacées
 - inflammation locale

Des facteurs, psychique : rôle aggravant du stress, et génétique ont été mis en évidence.

II) DIAGNOSTIC : clinique ++

a. DS de l'adulte :

• Atteinte du visage :

- la **topographie** est **typique** : ce sont les régions les plus riches en glandes sébacées qui sont touchées : **sillons naso-géniens, sourcils, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu**
- la DS touche plus souvent les **hommes de 18 à 40 ans**
- la DS se présente sous forme de **plaques** plus ou moins **érythémateuses** recouvertes de **squames**
- Il existe des formes plus étendues pouvant atteindre le menton, les bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique)
- les lésions sont généralement asymptomatiques mais un prurit et des sensations de brûlure sont possibles
- la DS est : **aggravée par le stress, améliorée l'été**

• Atteinte du cuir chevelu :

- il s'agit de la forme clinique **la plus fréquente** et la plus banale de la DS
- le cuir chevelu n'est pas érythémateux mais est recouvert de **squames non adhérentes** : c'est le pityriasis capitis ou état pelliculaire du cuir chevelu
- la forme sévère est représentée par le « **pityriasis amiantacé** » : véritable casque de squames engainant des touffes de cheveux

• Atteinte du tronc :

- La DS touche typiquement la **région pré-sternale** et se présente sous forme de **plaques annulaires ou circonscrites à bordures squameuses**
- l'association avec une atteinte du visage n'est pas systématique



pityriasis amiantacé



pityriasis capitis

b. DS du nouveau-né et du nourisson :

- La DS se manifeste en général vers la deuxième semaine de vie et se présente sous forme de croûtes jaunâtres du cuir chevelu et du visage
- Une dermatite du siège et des squames grasses des plis axillaires sont possibles
- les formes étendues et extensives réalisent l'érythrodermie de Leiner-Moussous
- L'évolution est souvent spontanément favorable



érythrodermie de Leiner-Moussous

c. formes cliniques :

- La DS est plus fréquente chez :
 - sujets **séropositifs pour le VIH**, et sujets au **stade SIDA**
 - patients atteints de **syndromes extrapyramidaux**
 - **alcooliques chroniques**
 - patients **traités pour des carcinomes des voies aéro-digestives supérieures**
- **séborrhéoidite** : psoriasis des régions séborrhéiques. Dans ce cas, il est impossible de différencier cliniquement les deux lésions

d. diagnostics différentiels :

- *chez l'adulte :*

- **Dermatite atopique :**

- la topographie est différente : les lésions dépassent les localisations typiques de la DS

- **Dermatite mixte de la face :**

- les lésions de DS sont associées à des lésions de rosacée : « syndrome du visage rouge irritable »

- **Formes squameuses du **lupus érythémateux chronique** :**

- les lésions ont une topographie différente

- *chez le nourrisson :*

- une érythrodermie de Leiner-Moussous peut aussi être un mode d'entrée dans une dermatite atopique ou dans un psoriasis

III) TRAITEMENT : local

Buts du traitement :

- Réduction de la colonisation de la peau par les levures du genre *Malassezia*
- Lutte contre l'inflammation
- Nettoyage éventuel du sébum résiduel dans les sites préférentiels de la maladie

Informations à donner au patient :

- La DS est une maladie chronique
- Le but du traitement est la rémission de la poussée mais la DS nécessite des traitements itératifs.

- *Formes non inflammatoires (sèches) :*

- Topiques à base de **kétoconazole** : antifongique : ex : **Ketoderm®** :

- en crème pour les atteintes du visage : 1-2 applications par jour pendant 2-4 semaines

- En gel moussant pour les atteintes du cuir chevelu : traitement d'attaque pendant 1 mois : 2 applications par semaine, puis traitement d'entretien : 1 application par semaine

- **Kelual®** : à base de zinc, peut être utilisé sous forme de lotion pour les cheveux, sous forme d'émulsion pour le visage

- *Formes inflammatoires :*

- **Lithioderm® gel** : 2 applications par jour pendant 2 mois

- Les dermocorticoïdes de faible activité peuvent être utilisée dans les formes très inflammatoires, mais le risque est de voir apparaître une coricodépendance

- *Érythrodermie de Leiner-Moussous* : le **kétoconazole** est efficace