

Item109-Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéique. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Information patients Isotrétinoïne PO / ANSM / 2012 - Utilisation Isotrétinoïne / POAFSSAPS-SFD / 2009- Traitement acné / AFSSAPS / 2007- Polycopié National Dermatologie 2011	- Séborrhée / kératinisation / P. acnes - Lésions rétentionnelles (2) - Lésions inflammatoires (2+1) - Acné polymorphe juvénile / nodulaire - Stades cliniques de la rosacée (4) - Malassezia furfur / éthylisme-VIH - Plaques érythémato-squameuses - Kétoconazole en local	- Bilan rétinéoïde (hCG/TA/CT) - Education et info du patient - ABT PO avant rétinéoïdes - Isotrétinoïne = contraception - Rosacée: penser C° oculaires - DS profuse = sérologie VIH

A. ACNÉ

Généralités

Définition

- Acné = pathologie inflammatoire du follicule pilo-sébacée
- Primitive dans la grande majorité des cas / rarement secondaire

Epidémiologie

- Fréquente +++ : près de 90% des adolescents (13-19ans)
- **Facteurs de risque**
 - Facteurs génétiques probables mais inconnus
 - Amélioration transitoire au soleil (mais effet rebond à l'arrêt)
 - !! Aucun rôle d'un facteur alimentaire prouvé (dont oeufs, etc..)

Physiopathologie

- **3 facteurs responsables de l'acné +++**
 - **Hyperséborrhée**
 - Augmentation de la sécrétion de sébum sous contrôle des androgènes
 - Par hypersensibilité des glandes aux androgènes (facteurs génétiques ++)
 - **Hyperkératinisation du canal pilo-sébacé**
 - Multiplication des cellules de la paroi = obstruction du canal pilo-sébacé
 - Accumulation du sébum → dilatation du canal = « point blanc » (comédon fermé)
 - Puis pigmentation par mélanine de la kératine = « point noir » (comédon ouvert)
 - **Propionibacterium acnes**
 - Bactérie intra-cellulaire / lipase: TG du sébum → AG comédogènes
 - Inflammation des comédons = papulo-pustules

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** adolescent (en pratique: souvent avant puberté)
 - **Prises:** rechercher médicaments / cosmétiques
- **Examen physique**
 - Examen du corps entier / patient dénudé / photographies

- o Lésions élémentaires (3x2)
 - Lésions rétentionnelles
 - Comédons ++ = points noirs (comédons ouverts)
 - Microkystes = points blancs (comédons fermés)
 - Lésions inflammatoires
 - Superficielles = papules ou pustules (< 5mm)
 - Profondes = nodules (> 5mm / signe de gravité)
 - Lésions associées
 - **Hyperséborrhée**: peau d'aspect gras / luisant / pores cutanés dilatés
 - **Lésions cicatricielles**: atrophiques ou hypertrophiques / pigmentées
- o Topographie
 - Visage +++ : « zone en T »: front / nez / pourtour buccal
 - Partie supérieure du tronc: thorax antérieur / haut du dos

Formes cliniques

- Formes modérées d'acné
 - o Acné mixte (polymorphe) juvénile (= « acné vulgaire »)
 - Associe des lésions rétentionnelles et des lésions inflammatoires
 - Forme la plus fréquente / !! pas de nodules (sinon acné sévère)
 - o Selon la prédominance d'un des 2 types de lésions élémentaires
 - **acné rétentionnelle**: si lésions rétentionnelles prédominantes
 - **acné papulo-pustuleuse**: si lésions inflammatoires prédominantes
- Formes sévères d'acné
 - o Acné nodulaire (= acné conglobata)
 - Forme grave touchant l'homme jeune +++ (mais aussi possible chez la femme)
 - Atteinte **diffuse**: visage / nuque / ensemble du tronc +/- membres
 - Lésions **profondes**: macrokystes / nodules inflammatoires / abcès / fistules
 - Evolution chronique et **cicatricielle** / souvent résistant au traitement
 - o Acné fulminans
 - Début brutal avec **AEG** +++ : fièvre élevée / myalgies / arthralgies
 - Nodules inflammatoires et suppurés évoluant vers ulcérations nécrotiques
 - Peut compliquer un traitement par isotrétinoïne si augmentation posologique trop rapide
 - Traitement = corticothérapie PO en urgence +/- arrêt immédiat de l'isotrétinoïne
- Autres formes cliniques
 - o Acné tardif
 - Chez la femme entre 30 et 40 ans +++
 - Acné monomorphe: lésions papuleuses inflammatoires le plus souvent
 - Rechercher une **hyperandrogénie**: hirsutisme + dysménorrhées + alopecie
 - Bilan hormonal systématique: dosage des androgènes plasmatiques
 - Etiologies: tumeur surrénalienne / bloc enzymatique / SOPK / Cushing
 - o Acné secondaire
 - **Etiologies**
 - Médicamenteuse: **lithium**, corticoïdes, contraceptifs, anti-BK, IS, etc
 - Professionnelle (huiles / hydrocarbures) / cosmétique (fond de teint)
 - **Clinique**: à suspecter si:
 - Evolution rapide / âge inhabituel / localisation inhabituelle
 - Lésions inflammatoires >> rétentionnelles
 - o Acné néonatal
 - Acné transitoire / dû aux androgènes maternels
 - Régression spontanée en quelques semaines

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif: **AUCUN**: le diagnostic est clinique (**A savoir !**)
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - o Si traitement par rétinoïdes +++ (!! RMO)
 - Si femme en âge de procréer = **hCG** plasmatiques (**A savoir !**)
 - Pour tous: transaminases / cholestérol total + triglycérides

Diagnostiques différentiels

- Rosacée: cf infra
- Folliculite infectieuse
- Dermite faciale (aux corticoïdes)
- Syphilis secondaire (syphilide acnéiforme) cf **Infections sexuellement transmissibles (IST)** : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose
- **Remarque**: devant une lésion pustuleuse du visage → rechercher comédon pour poser le diagnostic d'acné ++

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire / suivi régulier

Education du patient et mesures d'hygiène (7) +++ (A savoir !)

- Hygiène cutanée: toilette quotidienne sans savon
- Ne pas manipuler les comédons ++
- Pas d'antiseptiques ou solutions alcooliques
- Eviter les cosmétiques comédogènes
- Eviter exposition solaire (↓ initiale mais effet rebond)
- Pas de régime alimentaire particulier
- Traitement d'efficacité lente (2-3M) et ES: prévenir

Traitements locaux

- En **1ère intention** si acné polymorphe juvénile typique +++
- Prescription initiale pour une durée de **≥ 3 mois** (+/- renouvelée)
- **Rétinoïdes topiques = trétinoïne**
 - Si lésions **réentionnelles** prédominantes ++ : cf action kératolytique
 - Ex: trétinoïne (Effederm®) 1 application le soir sur peau sèche et propre
 - **ES**: irritation + photosensibilisation: espacement et crème hydratante
- **Peroxyde de Benzoyle**
 - Si lésions **inflammatoires** prédominantes ++ : cf action anti-P. acnes
 - Ex: gel = Cutacnyl® ou Eclaran® / 1x/j sur peau propre
 - **!! NPC avec**: benzoate de benzyle (traitement local de la gale: cf **Gale et pédiculose**)
- **Antibiothérapie topique = macrolide**
 - En 2nde intention en cas d'intolérance au peroxyde de benzoyle
 - Jamais seule: en association au peroxyde de benzoyle ou trétinoïne
 - Ex: érythromycine (Eryfluid®: macrolide): 1x/j sur pustules
- **!! Remarque: si contraception souhaitée**
 - Pilule avec anti-androgénique (acétate de cyprotérone): Diane 35®
 - **Mais** non contraceptif à 100%: non indiqué si traitement par rétinoïde PO

Traitements généraux

- **Antibiothérapie par voie générale = cyclines**
 - **Indications**
 - En 2nde intention si acné résistante (!! avant rétinoïdes PO: **A savoir !**)
 - D'emblée en cas d'acné sévère (nodulaire)
 - **Modalités**
 - Ex: **tétracycline** (Tétralysal®) / doxycycline / minocycline
 - PO / durée **≥ 3 mois** (amélioration seulement après **≥ 1 mois**)
 - **!! Photosensibilisant**: exposition au soleil CI / pas d'ABT local
- **Rétinoïdes par voie générale = ntrétinoïne**
 - **Indications = limitées +++**
 - Acné kysto-nodulaire de l'homme jeune
 - Acné résistante au traitement local **et ABT** par voie générale
 - **Modalités (Utilisation Isotrétinoïne / POAFSSAPS-SFD / 2009)**
 - Isotrétinoïne = Roaccutane® / Procuta® / Curacné®
 - PO / durée: **4-6 mois** / 0.5-1mg/kg/j sans dépasser 120-150mg/kg
 - **!! Jamais prescrit d'emblée**: d'abord contraception puis Cs à +1 mois
 - **!! PPG**: Programme de Prévention de la Grossesse (≈ psoriasis + acitrétine: cf **Psoriasis**)
 - **Avant de débuter traitement**:
 - **Information**: risque **téatogène** / survenue de **troubles psychiatriques** / atcd psychiatriques personnels et familiaux / contraception efficace indispensable / carnet-patient et brochure contraception
 - Patient doit lire et signer **accord de soins et de contraception**
 - **Contraception efficace** depuis **au moins 4 semaines**
 - **Test grossesse négatif** réalisé dans les **3 jours** précédant première prescription
 - **Pendant le traitement et 1 mois après l'arrêt du traitement** :
 - **Carnet patient** à chaque consultation et avant la délivrance du traitement
 - Délivrance au plus tard 7 jours après prescription au vu carnet-patient complété
 - **Contraception efficace** pendant toute la durée le traitement
 - **Test sérologique / mois** (dans les 3 jours précédant prescription mensuelle)
 - **Médecin reporte systématiquement date et résultats test de grossesse** dans carnet patiente
 - **!! Fin du traitement**

- Poursuite contraception 1 mois après arrêt traitement (≠ acitrétine et psoriasis)
 - Test grossesse à 5 semaines fin du traitement (≠ acitrétine et psoriasis)
 - **!! Effets secondaires (5)**
 - **Tératogène** / cytolyse hépatique / hyperlipidémie / **Troubles psychiatriques**
 - Sécheresse cutanée (xérose), des yeux, des lèvres
 - Exacerbation aiguë les 4 premières semaines de traitement / Acné fulminans
 - **Mesures associées (4)**
 - **Contraception** efficace +++ : de -1M à +1M (**A savoir !**)
 - Beta HCG 1x/M (dans les 3J précédant prescription) + hCG 5 semaines après la fin du traitement
 - Crème hydratante / stick labial / éviter les lentilles
 - Arrêt d'une ABT par voie générale (cyclines: risque d'HTIC)
 - Signature d'un consentement éclairé **écrit** (par parents si mineure)
 - **Gluconate de Zinc**
 - Rubozinc® PO / durée: 2 mois / activité anti-inflammatoire
 - Utile si CI aux cyclines ou pendant l'été (car non photosensibilisant)
 - **Hormonothérapie anti-androgène**
 - Si acné avec hyperandrogénie: acétate de cyprotérone à forte dose (Androcur®)
 - **!!** Ne peut être prescrit comme contraception si isotrétinoïne (car pas d'AMM)
- Stratégie thérapeutique (!! Traitement acné / AFSSAPS / 2007 +)**
- **Acné minime à modérée (polymorphe)**
 - **A prédominance rétentionnelle**
 - Rétinoïde local (trétinoïne) en 1ère intention
 - **A prédominance inflammatoire**
 - **Forme localisée**
 - **Traitement acné / AFSSAPS / 2007:**
 - Peroxyde de benzoyle en 1ère intention
 - Si intolérance: rétinoïde topique + érythromycine locale
 - :
 - Peroxyde de benzoyle si peu de lésions rétentionnelles
 - Sinon: rétinoïde topique +/- peroxyde de benzoyle +/- ABT locale
 - **Forme diffuse et/ou d'évolution prolongée (Traitement acné / AFSSAPS / 2007) / acné papulo-pustuleuse ()**
 - ABT générale: cycline / **!!** associée à un traitement local (peroxyde ou trétinoïne)
 - En cas d'échec: isotrétinoïne per os
 - **Acné sévère (nodulaire)**
 - Isotrétinoïne per os / prescription spécialisée
- Mesures associées**
- Information du patient sur les ES: sécheresse cutanée ++
 - Signature d'un **consentement** éclairé **écrit** en cas d'isotrétinoïne
 - Arrêt des médicaments et cosmétiques favorisants
 - Hydratation de la peau du visage par crème émoulliente
- Surveillance**
- **Clinique:** évolution / tolérance du traitement / éducation du patient
 - **Paraclinique:**
 - **Si traitement par isotrétinoïne PO (!! RMO) (A savoir !)**
 - **Avant prescription:** [hCG / TA / CT-TG] (après 1M de contraception)
 - **Pendant traitement:** hCG = 1x/M et TA + CT-TG = 1x3M
 - **Après traitement:** contrôle des Beta-hCG à +5S après arrêt

B. ROSACÉE

Généralités

Définition

- Dermatose faciale inflammatoire bénigne touchant l'adulte

Epidémiologie

- Fréquente = 2-3% des consultations en dermato
- Terrain typique: F > H (sauf stade 4) / peau claire
- Age moyen d'installation: femme entre 40 et 50ans

Physiopathologie

- Composante vasculaire: troubles de la microvascularisation faciale

- Composante inflammatoire: rôle de D. folliculorum +/- de H. pylori

Diagnostic

Examen clinique = stades cliniques de la rosacée +++

- **Stade 1 = bouffées vasomotrices (« flushes »)**
 - Erythrose paroxystique du visage avec sensation de chaleur
 - Déclenchées par: chaleur / stress / émotion / aliments / alcool
- **Stade 2 = rosacée érythémato-télangiectasique (« couperose »)**
 - Erythrose faciale permanente +/- oedème frontal ou nasal
 - Télangiectasies prédominantes aux joues et au nez
- **Stade 3 = rosacée papulo-pustuleuse (« phase d'état »)**
 - Papules +/- pustules inflammatoires sur érythème télangiectasique
 - Gène oculaire: sécheresse, picotement, hyperhémie conjonctivale
- **Stade 4 = éléphantiasis facial (« phase tardive »)**
 - Tuméfactions érythémateuses dures / bosselées (au nez = rhinophyma)
 - Stade rare: quasiment que chez l'homme ++

Examens complémentaires

- **AUCUN:** le diagnostic est purement clinique (**A savoir !**)

Diagnostiques différentiels

- **Stade 1:** tumeurs carcinoïdes / CMT / toxidermies
- **Stade 2:** LED / dermatite séborrhéique / Cushing / polyglobulie
- **Stade 3:** acné / folliculite / dermatite aux corticoïdes
- **Stade 4:** aucun

Evolution

Histoire naturelle

- !! peut débuter d'emblée à un stade 2 ou 3
- Evolution **chronique paroxystique:** par poussées
- **Flushes du stade 1:** par poussée / disparition progressive
- **Télangiectasies du stade 2:** restent définitivement
- **Papulo-pustules du stade 3:** évolution par poussée
- **Rhinophyma du stade 4:** définitif / aucun traitement

Complications

- Dermatose bénigne = gêne esthétique essentiellement
- **Complications oculaires +++**
 - Surtout chez l'homme: examen **ophtalmo** systématique
 - → blépharites / conjonctivite / syndrome sec / kératite

Traitement

Prise en charge

- Prise en charge ambulatoire / suivi au long cours
- Information du patient: pathologie chronique / traitement suspensif seulement

Traitement selon le stade

- **Stade 1** = pas de traitement / éviter les facteurs déclenchant +++
- **Stade 2** = pas de traitement / parfois: laser vasculaire ou électrocoagulation pour couperose
- **Stade 3** = ABT **métronidazole** en topique +/- (si diffus) **doxycycline** PO
- **Stade 4** = dermabrasion: laser au CO2 +/- traitement chirurgical

Surveillance

- **Clinique seulement:** évolution / poussée / gêne esthétique / C° oculaires

C. DERMATITE SÉBORRHÉIQUE

Généralités

Définition

- Dermatose de la face touchant les zones séborrhéiques

Epidémiologie

- Fréquente: 5-10% des consultations de dermatologie
- Touche l'homme entre 18 et 40ans +++

Physiopathologie

- **Etiologie infectieuse**
 - Germe = levure: **Malassezia furfur**
 - Levure saprophyte lipophile: dans les zones séborrhéiques
- **Facteurs déclenchant = passage de la forme saprophyte à la forme pathogène**
 - Immuno-dépression: éthyliste / cancers / **VIH (A savoir !)**
 - Stress émotionnel / fatigue / hospitalisation
 - Syndrome parkinsonien / neuroleptiques

Diagnostic

Examen clinique

- **Forme typique = dermatite séborrhéique du visage**
 - **Lésion élémentaire**
 - Plaques **érythémato-squameuses** / mal limitées
 - Petites squames grasses non adhérentes
 - Rarement: prurigineux / sensation d'inconfort (picotement)
 - **Topographie = zones séborrhéiques du visage**
 - **Sillons naso-géniens** (++) / lisère du cuir chevelu / menton / sourcils
- **Autres formes cliniques**
 - **DS du cuir chevelu +++**
 - Petites squames non adhérentes (aspect de « pellicules »)
 - Le plus souvent isolée (pas d'atteinte du visage)
 - **DS du tronc**
 - Plaques annulaire / polycyclique / bordure érythémato-squameuse
 - Prédominante dans les zones médiathoraciques pileuses (pré-sternales)
 - **DS du nourrisson (= érythrodermie de Leiner-Moussous)**
 - Lésions croûteuses / jaunes / face et cuir chevelu
 - Diagnostic ≠ de la dermatite atopique du nourrisson ++ : cf **Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopique et de contact**

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - AUCUN: le diagnostic est purement clinique (pas de bactério)
- **!! Si forme profuse ou résistante**
 - Sérologie **VIH** (avec accord du patient) (**A savoir !**)

Diagnostics différentiels

- **DS du visage:** rosacée / LED / psoriasis du visage (« sébopsoriasis »)
- **DS du cuir chevelu:** psoriasis ++ / teignes
- **DS du tronc:** dermatophytie de la peau glabre
- **DS du nourrisson:** dermatite atopique

Evolution

Dans la forme typique (DS du visage)

- Installation après adolescence: 18-50ans / sujet de sexe masculin
- Evolution **chronique paroxystique** (poussées déclenchées par stress ++)
- Amélioration pendant l'été / aggravation en hiver

Traitement

Prise en charge

- Traitement en ambulatoire / suivi au long cours

Information et éducation du patient +++

- Pathologie chronique: traitement suspensif et non curatif
- Eviter les facteurs déclenchant des poussées

Traitements locaux

- **Anti-fongiques topiques + + +**
 - Kétoconazole (Kétoderm®) en crème ou moussant sur visage +/- cuir chevelu
 - Traitement d'attaque: 2x/S pendant 2 à 4S +/- traitement d'entretien au décours si besoin
- **Autres traitements locaux**
 - Gluconate de lithium
 - Shampoing au kétoconazole ou au pyrithione de zinc pour DS du cuir chevelu
 - En cas de poussée importante: dermocorticoïdes classes 2 ou 3 (!! transitoires)

Indications () :

- **Formes habituelles :**
 - Traitement d'attaque par antifongiques locaux ou gluconate de lithium: 2x/S pendant 2 à 4S
 - +/- traitement d'entretien séquentiel au décours si besoin
- **Formes très inflammatoires**
 - Corticoïdes locaux pendant qq jours
 - Puis relai avec traitement non corticoïde
- **Formes sévères et résistantes :**
 - Traitement systémique parfois
- **Erythrodermie de Leiner-Moussous**
 - Kétoconazole topique

Mesures associées

- Contrôle des facteurs favorisant stress / éthyliisme / iatrogénie...
- Si besoin: soutien psychologique +/- anxiolytiques

Surveillance

- **Clinique seulement:** évolution / gêne esthétique / retentissement social

Synthèse pour questions fermées

10 conseils à donner à votre patiente avant de commencer un traitement par isotrétinoïne orale?

- Utilisez une méthode de contraception efficace même en l'absence d'activité sexuelle
- Conservez votre accord de soin et de contraception signé dans votre carnet-patient
- Présentez votre carnet-patient à chaque visite chez votre médecin et à votre pharmacien
- Effectuez un test sérologique de grossesse tous les mois pendant le traitement et 5 semaines après l'arrêt du traitement
- Ne donnez pas ce médicament à d'autres personnes même si elles présentent des symptômes identiques
- Rapportez à votre pharmacien toutes capsules restantes à la fin du traitement
- Contactez immédiatement votre médecin si vous constatez un retard de règles ou si pour toute autre raison vous pensez être enceinte
- Signalez à votre médecin tous les Atcd personnels et familiaux de troubles psychologiques et psychiatriques
- Discutez de votre traitement avec votre entourage qui pourrait constater des changements d'humeur que vous-même n'avez pas remarqués
- Prévenez immédiatement votre médecin si vous ou votre entourage constatez un changement de l'humeur (ANSM 2012)

4 critères qui doivent faire diriger un patient sous isotrétinoïne orale vers une consultation psychiatrique ?

- Verbalisation d'idées suicidaires
 - Agressivité envers l'entourage / troubles significatifs du comportement
 - Persistance et/ou aggravation de symptômes dépressifs
 - Demande spontanée du patient
- ... et dès qu'il existe un doute
(AFSSAPS/SFD 2009)

1 anti-acnéique qui peut être utilisé pendant la grossesse ?

- Erythromycine par voie locale (AFSSAPS 2007)

On vous adresse un patient pour rosacée, quels sont les 3 éléments cliniques qui vous permettraient de rétablir le diagnostic de lupus érythémateux ?

- Absence de bouffées vasomotrices dans le lupus
 - Papules et pustules absentes dans le lupus
 - Atrophie et hyperkératose qu'on ne trouve pas dans la rosacée
- (Polycopié National Dermatologie)