

ITEM 111 : DERMATOSES FACIALES

ACNÉ

Acné = dermatose **inflammatoire** chronique du follicule pilosébacé : le plus souvent primitive, début à la puberté

<i>Physiopath</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Séborrhée = ↗ de production de sébum par la glande sébacée : stimulée par la dihydrotestostérone produite à partir de testostérone libre par la 5α-réductase de type 1 des cellules sébacées. Androgènes à des taux normaux, sensibilité augmentée des récepteurs des sébocytes et kératinocytes (hyperandrogénie périphérique). - Kératinisation infundibulaire du follicule pilosébacé : formation du comédon par hyperprolifération des kératinocytes et anomalies de différenciation, empêchant l'élimination normale des kératinocytes du canal infundibulaire - Microbes et facteurs de l'inflammation = flore (ou microbiome) anaérobie des follicules sébacés dominée par <i>Cutibacterium acnes</i> (bacille Gram positif), sécrétant des facteurs induisant l'inflammation du follicule. Souches différentes chez les sujets sains et acnéiques, avec un pouvoir inflammatoire différent. 	
<i>Lésion élémentaire : diagnostic CLINIQUE</i>		
	Séborrhée	- Peau grasse et luisante (constante) : constante, affecte la partie centrale du visage (nez, front, menton, joues) et la région thoracique supérieure (cou, dos et face antérieure du thorax)
	Lésions rétentionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Comédon fermé ou microkyste = accumulation du sébum et de la kératine mélangés dans le canal folliculaire dilaté par l'obstruction de son orifice : petites papules de 2 à 3 mm, couleur de peau normale, palpables, pouvant secondairement s'enflammer - Comédon ouvert = accumulation des kératinocytes oxydés dans l'orifice dilaté du canal infundibulaire : « points noirs » de 1-3 mm, peut s'expulser spontanément ou s'enflammer
	Lésions inflammatoires superficielles	<ul style="list-style-type: none"> - Papules = diamètre < 10 mm, généralement issues d'une lésion rétentionnelle : élevures rouges, fermes, parfois douloureuses, pouvant évoluer vers la résorption ou la formation de pustules - Pustules : issues en général de papules : contenu purulent jaune au sommet par accumulation de polynucléaires
	Lésions inflammatoires profondes	<ul style="list-style-type: none"> - Nodules = diamètre > 10 mm, atteignent le derme. Peuvent évoluer vers l'abcédation et la formation de cicatrice - Sinus : nodules allongés, très douloureux, formés par la rupture de nodules dans la profondeur du derme
	Cicatrices	- Fréquentes, essentiellement induites par les lésions inflammatoires, surtout si anciennes
<i>Formes cliniques</i>		
<i>Forme typique</i>	Acné mixte juvénile	<ul style="list-style-type: none"> = Forme la plus commune de l'acné : survenue lors de la puberté (en moyenne 12 ans chez les filles et 14 ans chez les garçons), pouvant s'étendre au tronc - Lésions rétentionnelles et inflammatoires superficielles : acné minime ou modérée - Lésions inflammatoires profondes (nodules) : acné sévère
	Acné rétentionnelle	<ul style="list-style-type: none"> = Forme la plus fréquente de l'acné débutante - Essentiellement microkystes et comédons ouverts sur le visage
<i>Forme grave</i>	Acné nodulaire	<ul style="list-style-type: none"> = Acné conglobata : présence de nodules inflammatoires, pouvant évoluer vers des abcès ou se fistuliser en profondeur (sinus), extension au tronc fréquente, surtout chez le garçon - Evolution chronique avec formation secondaire de cicatrices importantes
	Acné fulminante	<ul style="list-style-type: none"> = Acné nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse : exceptionnelle, le plus souvent chez le garçon - Début brutal, avec AEG, hyperthermie à 39-40°, arthralgies, hyperleucocytose - Nodules inflammatoires nombreux, compliqués d'ulcérations nécrotiques et hémorragiques
<i>Forme étiologique particulière</i>	Acné néonatale	= Due aux androgènes d'origine maternelle : apparition au visage dès les 1 ^{ère} semaines de vie, régression spontanée en quelques semaines
	Acné pré-pubertaire	<ul style="list-style-type: none"> - Début avant la puberté - Constituée essentiellement de lésions rétentionnelles
	Acné exogène	= Apparition après un contact prolongé d' huiles minérales (« boutons d'huiles », cuisses et bras des garagistes, mécaniciens, fraiseurs...) ou des cosmétiques (crème hydratante aux huiles végétales, poudres de pigments, localisée au visage) : lésions rétentionnelles (comédons ouverts) prédominant
	Acné de la femme adulte	<ul style="list-style-type: none"> = Femme > 25 ans : acné juvénile prolongée (le plus souvent) ou acné à début tardif - Papules et nodules inflammatoires localisés à la partie basse du visage (mandibules) - Lésions rétentionnelles le plus souvent localisées à la partie supérieure du visage

Formes cliniques	Endocrinopathie	= Par hyperandrogénie : le plus souvent syndrome des ovaires polykystiques - A évoquer : - Acné féminine grave et résistante au traitement - Signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, alopecie, troubles des règles -Bilan : hormonal (testostérone libre, 17-OH-progestérone, sulfate de DHA, Δ4-androstènedione) et échographie abdomino-pelvienne (SOPK)	
	Acné excoりée	- Quasi-exclusivement féminine - Lésions liées à des manipulations excessives de la peau du visage aboutissant à des érosions, pouvant témoigner de difficultés psychologiques.	
DD	→ L'absence de lésions rétentionnelles (comédons et microkystes) élimine le diagnostic d'acné		
	Folliculite	Infectieuse	= Bactérienne, à Demodex , à Candida
		latrogène	→ Aspect monomorphe évocateur, constitué de papulo-pustules, sans comédons. Début brutal et régression à l'arrêt du médicament - Androgène (sportif, culturiste) - Vitamine B12 - Progestatifs de synthèse - Halogènes - Oestroprogestatifs - Sels de Lithium - Corticostéroïdes - Immunosuppresseur : azathioprine, ciclosporine - Antiépileptiques - Thérapie ciblée : Ac monoclonaux et anti-kinases type anti-EGFR... - Antituberculeux
Autres	- Rosacée papulo-pustuleuse ou granulomateuse - Syphilides acnéiformes - Sarcoïdose		
TTT local	→ A appliquer le soir (détruits par les UV et certains photo-sensibilisants)		
	Rétinoïde topique	Acide rétinoïque tout-trans = trétinoïne , acide 13-cis-rétinoïque = isotrétinoïne (rétinoïdes de première génération) ; et adapalène (rétinoïde de deuxième génération) - Action principalement kératolytique/comédolytique (+ anti-inflammatoire pour l'adapalène) - EI : irritation (principal facteur limitant → adaptation de posologie et du rythme d'application)	
	Peroxyde de benzoyle	- Concentration de 2,5% ou 5% pour le visage, parfois à 10% essentiellement pour le dos - Action antibactérienne puissante (sans résistance bactérienne), légèrement comédolytique : +++ lésions inflammatoires superficielles - EI : irritation, phototoxicité, décoloration des vêtements	
	Antibiotique local	= Erythromycine 4% ou clindamycine - Action sur la flore + action anti-inflammatoire non spécifique - Activité modeste, essentiellement sur les lésions inflammatoires superficielles - Risque de résistance bactérienne (en moyenne en 3 semaines), notamment aux macrolides : utilisation toujours en association avec un autre traitement local, limitée à < 4 semaines	
	TTT combiné	= Rétinoïde + antibiotique ou rétinoïde + peroxyde de benzoyle : favorisent l'observance	
TTT général	→ Toujours associé à un traitement local		
	Antibiotique	Cyclines	Contre-indication absolue de les associer avec isotrétinoïne (risque HTIC) Effet anti-séborrhéique et anti-inflammatoire (à dose < 50% de la dose antibactérienne) - Doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j en 1 ^{ère} intention sur une durée de 3 mois en moyenne (limite les résistances) - Minocycline en 2 nd intention si échec des autres cyclines (EI rares mais graves, prescription hospitalière) EI = photo-toxicité (surtout pour la Doxycycline), dyschromies dentaires (CI si < 8 ans)
		Macrolide	= Erythromycine, roxithromycine, josamycine : seulement sur une courte période en cas de contre-indication aux cyclines (femme enceinte, enfant)
	→ Ne jamais associer un antibiotique systémique et un antibiotique topique		
	Gluconate de zinc	= Activité essentiellement anti-inflammatoire mais inférieure aux cyclines : utile en cas de contre-indication aux cyclines, d'acné pré-pubertaire, durant l'été (aucune photosensibilisation) ou en cas de grossesse	
Isotrétinoïne	= Inhibiteur non hormonal de la sécrétion sébacée induisant l'apoptose des sébocytes : plus puissant médicament sébostatique et anti-acnéique, seul capable d'induire des guérisons - Prescription initiale par un dermatologue, à dose moyenne de 0,5 mg/kg/jour jusqu'à une dose cumulée de 120-150 mg/kg obtenue en 9 à 12 mois en moyenne - Pour les formes rétentionnelles, la dose pourra être diminuée à 0,2 ou 0,3mg/kg/j		

TTT	TTT général	Isotrétinoïne	<ul style="list-style-type: none"> - Risque tératogène chez la femme: - Contraception 1 mois avant à 1 mois après arrêt <ul style="list-style-type: none"> - Information détaillée avec consentement signé - Sécheresse cutané-muqueuse dose-dépendante : chéilite, xérose cutanée, conjonctivite (proscrire le port de lentille), rhinite sèche (possibles épistaxis) - Exacerbation de l'acné pendant les 4 premières semaines : l'évacuation des lésions rétentionnelles avant instauration diminue le risque de poussées inflammatoires - Risque d'HTIC en association aux cyclines : arrêt des cyclines depuis > 2 semaines - Biologique : ↗ des transaminase et hyperlipidémie - Douleurs ligamentaires - Troubles de l'humeur : évaluation du risque de dépression recommandée (échelle) et prévenir les patients
		Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Réglementation pour la prescription et la délivrance, suivi par cahier de prescription - β-hCG : 3 jours avant traitement, puis 1 fois/mois et à 5 semaines après arrêt - Transaminase et bilan lipidique avant traitement et tous les 3 mois
		Hormono-thérapie	<ul style="list-style-type: none"> = Oestroprogestatif à visée contraceptive chez une femme présentant de l'acné : non recommandé en absence de besoin contraceptif. - Privilégier les progestatifs à faible activité androgénique : <ul style="list-style-type: none"> . 1^{ère} intention : Lévonorgestrel (2^e génération) . 2^e intention : Norgestimate (assimilé 2^e génération) . Si l'acné persiste malgré tout, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec la patiente et un gynécologue. Possible association acétate de cytoprotérone 2 mg/éthinyloestradiol 35 µg mais risque thrombo-embolique et efficacité contraceptive insuffisante pour une association à l'isotrétinoïne
Stratégie thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Effet des traitements retardés : en 2 à 3 mois en moyenne. Prévenir des effets secondaires possibles - Maladie chronique : la majorité des traitements sont uniquement suspensifs (rechute à l'arrêt) <ul style="list-style-type: none"> → Traitement d'attaque 3 mois et une fois la rémission obtenue, entretien local aussi longtemps que nécessaire - Observance souvent médiocre chez l'adolescent 		
	Grade 0 GEA	Pigmentation résiduelle Erythème	- Traitement d'entretien prolongé
	Grade 1 GEA = très légère	Rares comédons dispersés et papules	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement local selon la prédominance des lésions : <ul style="list-style-type: none"> . Rétentionnelles : rétinoïdes topiques . Inflammatoires superficielles : peroxyde de benzoyle - Si échec à 3 mois : association rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle
	Grade 2 GEA = légère	< 50% du visage atteint Quelques comédons et papulo-pustules	<ul style="list-style-type: none"> - Association rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle - Si échec à 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> . Intensification du traitement topique . Association antibiotique topique + rétinol topique . Association antibiotique topique + acide azélaïque < 4 semaines (délai moyen de résistance bactérienne de 3 semaines) . Association de cycline + rétinol topiques + peroxyde de benzoyle
	Grade 3 GEA = moyenne	> 50% du visage atteint Nombreux comédons et papulo-pustules ± 1 nodule	<ul style="list-style-type: none"> - Association rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle - Ou d'emblée cycline + rétinol topiques + peroxyde de benzoyle - Si échec à 3 mois : isotrétinoïne orale
	Grade 4 GEA = sévère	Tout le visage atteint Nombreux comédons et papulo-pustules Rares nodules	<ul style="list-style-type: none"> - D'emblée cycline + rétinol topiques + peroxyde de benzoyle - Si échec à 3 mois : isotrétinoïne orale → Peut être instauré plus précocement en cas de risque cicatriciel important ou de récurrence rapide (0,5 mg/kg/j, moins si très rétentionnel)
	Grade 5 GEA = très sévère	Acné très inflammatoire, visage couvert de nodules	- Isotrétinoïne orale d'emblée
→ Dans tous les cas entretien à maintenir même après disparition totale des lésions : adapalène ± peroxyde de benzoyle			
RHD	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas presser les comédons - Appliquer le traitement local le soir (détruit par les UV), sur tout le visage et pas uniquement sur les lésions - Co-prescription d'une crème hydratante non comédogène à appliquer le matin (↘ l'irritation induite par les topiques) - Nettoyage de peau éventuellement - Soins d'hygiène indispensables, mais guidés (comme la cosmétologie) - Exposition au soleil : diminue transitoirement le caractère inflammatoire des lésions mais favorise la comédogenèse → amélioration estivale suivie d'une poussée d'acné en automne - Antiseptique ou toilette « énergique » inutile voire préjudiciable - Aucun régime alimentaire spécifique n'a d'efficacité prouvée 		

ROSACÉE

Rosacée : maladie faciale fréquente, touchant principalement l'adulte > 20 ans, avec un pic de fréquence à 40-50 ans
 - Touche le plus souvent des sujets à peau claire, aux yeux clairs et aux cheveux clairs, prédominante chez la femme (2/1)
 - FdR : antécédents familiaux, exposition solaire, au froid, à la chaleur intense, variations climatiques
 - Causes : - **Anomalie de la vascularisation faciale** : vaisseaux dermiques dilatés (télangiectasies), bouffées vasomotrices
 - **Etat inflammatoire** : anomalie de réponse immunitaire innée, colonisation à **Demodex folliculorum** (acarien)
 - 3 phases, mais le passage par ces formes successives n'est pas obligatoire (ex : forme papulo-pustuleuse d'emblée)

Diagnostic = CLINIQUE	Forme vasculaire	Phénomène vasculaire paroxystique	= Bouffées vasomotrices (flush) : - Crises de quelques minutes : poussées soudaines de rougeur paroxystique du visage et du cou, avec sensation de chaleur , sans signes systémiques - Déclenché par : - Changement de température (entraînant parfois une thermophobie) - Prise de boissons ou aliments chauds, d'alcool ou d'aliments épicés
		Phénomène vasculaire permanent	= Rosacée érythémato-télangiectasique : érythrose faciale permanente (érythème diffus disparaissant à la vitropression), associé à des télangiectasies (couperose) - Localisation : - Localisées aux joues, au nez, au menton et à la partie médiane du front - Epargnant les zones péri-buccales et péri-oculaires - Hypersensibilité faciale constante : sensation de brûlure et d'inconfort cutané, intolérance subjective à de nombreux topiques (non allergique), bouffées vasomotrices associées ou non
	Forme papulo-pustuleuse		- Papules inflammatoires et pustules , sur fond érythémateux permanent - Lésions possiblement très étendues, même topographie que la forme vasculaire
	Forme hypertrophique		= Rhinophyma : touche principalement les hommes (95% des cas), début > 50 ans - Augmentation du volume du nez, diffusément rouge, avec orifices folliculaires dilatés, épaissement progressif de la peau, fibreuse, jusqu'à un aspect de nez en « trogne » - Pas d'association avec la consommation d'alcool
	DD	Rosacée stéroïdienne	= Dermatose induite par la corticothérapie locale forte prolongée sur le visage - A évoquer devant une rosacée de topographie inhabituelle - Dépendance majeure aux dermocorticoïdes, érythème desquamatif de couleur rouge sombre ou violacé, multiples télangiectasies - Touche souvent la zone péri-buccale et/ou péri-oculaire
		- Lupus érythémateux : atrophie cutanée, hyperkératose, sans bouffée vasomotrice ni pustule → biopsie si doute - Acné : terrain différent, lésions rétentionnelles (comédons, microkystes), séborrhée, sans bouffée vasomotrice - Dermatite séborrhéique : squames grasses sur fond érythémateux, localisation différente (ailes du nez, sillons naso-labiaux, sourcils, glabella, lisière antérieure du cuir chevelu). Possible combinaison rosacée-dermatite séborrhéique : « dermatose mixte du visage »	
Evolution	- Début le plus souvent chez l'adulte d'âge moyen (plus tardif que l'acné) - Déclenché par le climat continental (fort écart thermique entre été et hiver), le travail à la chaleur, l'exposition solaire - L'exposition solaire augmente le plus souvent les signes fonctionnels et la rougeur - Les phases inflammatoires ont tendance à disparaître avec l'âge - Evolution chronique, avec poussées de papules et pustules sans facteur déclenchant particulier		
	Complications oculaires	= Fréquentes (30-50%) : sécheresse oculaire, conjonctivite, blépharite, voire kératite	
TTT	Hygiène locale		- Eviter les topiques gras et les fonds de teint occlusif - Toilette à l'eau tiède suffisante, avec application d'un émollient fluide - Application de photo-protecteur pour diminuer les récives - Soins des paupières en cas de blépharite : lavage quotidien, expression des glandes de Meibomius, gels à usage palpébral, larmes artificielles
	TTT spécifique	Couperose	- Ne répond pas au TT médical - Laser vasculaire : KTP, colorant pulsé, qui atténue aussi l'érythrose - Electrocoagulation - Tartrate de brimonidine : vasoconstricteur α2-mimétique en gel, diminution de la rougeur mais seulement sur plusieurs heures
		Forme mineure	- Métronidazole local : 1 ^{ère} intention gel ou crème à 0,75%, 2 appl/jour pendant 3 mois - Acide azélaïque : gel à 15%, Ivermectine locale 1%
		Forme diffuse	- Antibiothérapie générale par cycline pendant 3 mois : doxycycline 100 mg/j le soir, seule ou en association au métronidazole topique, active sur les signes oculaires
		Rhinophyma	- Sensible à aucun traitement local → réduction chirurgicale ou au laser CO₂
	Suivi		- Traitement seulement suspensif (informer) - Traitement d'entretien : application quotidienne de topique
→ Les dermocorticoïdes sont contre-indiqués dans la rosacée			

DERMATITE SÉBORRHÉIQUE

Dermatite séborrhéique = dermatose chronique fréquente (1 à 3% de prévalence)

- Rôle d'une **levure lipophile** de la peau du genre *Malassezia* (*furfur*, *globosa*...) suspectée car localisation dans les zones séborrhéiques (là où la levure est en plus forte densité) : maladie **non infectieuse** (non transmissible), sans relation entre la sévérité et la densité de flore levurique

- Prédilection pour les zones séborrhéiques mais rôle du sébum non clairement démontré

Diagnostic	→ Diagnostic clinique, pas de biopsie ni autre examen biologique		
	Dermatite séborrhéique de l'adulte	- Touche le plus souvent les hommes adultes de 18 à 40 ans - Aggravée par le stress émotionnel, amélioration spontanée en été	
		Atteinte du visage	= Localisation la plus fréquente - Plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses dans les zones où prédomine la séborrhée (sillons nasogéniens, sourcils, glabella, lisière antérieure du cuir chevelu) et dans la zone de la barbe/moustache - Forme étendue : atteinte du menton, atteinte des bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique)
		Atteinte du cuir chevelu	= Isolée ou associée à une atteinte faciale - Forme peu sévère (plus fréquente) : cuir chevelu recouvert de petites squames non adhérentes, réalisant au minimum un état pelliculaire (<i>pityriasis capitis</i>) - Possible prurit ou sensation de brûlure , souvent asymptomatique - Forme sévère (<i>pityriasis amiantacé de Alibert</i>) : aspect de casque engageant des touffes de cheveux
	Autres atteintes	- Atteinte du tronc : plaques annulaires ou circinées à bordure squameuse, localisé typiquement en région pré-sternale - Autres atteintes : zones pileuses, régions génitales	
	Dermatite séborrhéique du nouveau-né/nourrisson	- Début dans la 2 ^e semaine de vie de nouveau-nés en bonne santé - Forme typique : aspect de croûtes jaunes du cuir chevelu (« croûtes de lait ») et du visage , parfois avec dermatite du siège et squames grasses des plis axillaires - Forme étendue et extensive : érythrodermie de Leiner-Moussous , d'évolution le plus souvent spontanément favorable	
Dermatite séborrhéique sévère et étendue	- Maladie de Parkinson et syndrome extrapyramidal iatrogène - Alcoolisme chronique - Malade traité pour un carcinome des VADS - Infection VIH : 40% des sujets séropositifs, 80% des malades au stade SIDA, rôle du <i>Malassezia</i> spp. plus clairement suspecté dans ces formes → Une dermatite séborrhéique grave ou chronique doit faire réaliser un test de dépistage du VIH		
DD	- Psoriasis des régions séborrhéiques = sébo-psoriasis : aucune distinction clinique → le diagnostic différentiel ne peut se faire que selon les localisations extra-faciales et les antécédents du patient - Dermatite atopique : chez le nourrisson, un Leiner-Moussous pourrait constituer un mode de début d'une DA ou d'un psoriasis. Chez l'adulte, déborde généralement largement les localisations typiques des régions séborrhéiques		
TTT	- Affection chronique, non guérie par les traitements, nécessitant généralement des traitements itératifs, El possible en cas de traitement excessif - Cible thérapeutique : ↘ colonisation par <i>Malassezia</i> , lutte contre l'inflammation et la séborrhée		
	Méthode	- Toilette avec base lavante douce - Shampooing à la pyrithione de zinc , à la piroctone-olamine , au kétoconazole ou au sulfure de sélénium - Antifongique local : dérivé imidazolé (kétoconazole) ou ciclopiroxolamine - Gluconate de lithium en traitement topique - Corticoïdes locaux à activité modérée : seulement sur des courtes périodes, en début de traitement	
	Indication	Etat pelliculaire	- Shampooings
		Dermatite séborrhéique de la face et du tronc	Forme habituelle
Forme très inflammatoire			- Corticoïdes locaux d'activité modérée pendant quelques jours - Relais par un traitement non-corticoïde
Erythrodermie de Leiner-Moussous	- Kétoconazole topique		