

Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique IC-111

- Connaître la définition de l'acné
- Connaître les mécanismes physiopathologiques de l'acné
- Connaître les éléments cliniques permettant de diagnostiquer une acné
- Savoir classer cliniquement une acné
- Connaître deux formes cliniques d'acné
- Savoir reconnaître les différentes formes cliniques d'acné
- Connaître deux diagnostics différentiels d'acné
- Connaître les traitements systémiques et topiques de l'acné
- Connaître les recommandations en termes de contraception dans l'acné
- Connaître les conseils hygiéno-diététiques à prodiguer à un patient acnéique
- Savoir diagnostiquer une rosacée
- Savoir reconnaître une rosacée
- Connaître la physiopathologie de la dermatite séborrhéique
- Connaître les modalités du diagnostic d'une dermatite séborrhéique
- Savoir reconnaître une dermatite séborrhéique
- Connaître les principaux diagnostics différentiels

Connaître la définition de l'acné OIC-111-01-A

Dermatose inflammatoire chronique touchant le follicule pilo-sébacé

Connaître les mécanismes physiopathologiques de l'acné OIC-111-02-B

-1. Stimulation excessive de la production de sébum par la glande sébacée entraînant une hyperséborrhée

-2. Hyperandrogénie périphérique par hypersensibilité des récepteurs aux androgènes présents sur les sébocytes (polymorphismes génétiques mais avec taux habituellement normaux d'androgènes circulants)

-3. Hyperprolifération et anomalies de différenciation des kératinocytes au sein de l'infundibulum pileaire entraînant la formation de comédons

-4. Implication du microbiome (implication de *Cutibacterium acnes* - anciennement nommé *Propionibacterium acnes*) = bacille à Gram + anaérobie sécrétant des facteurs pro inflammatoires et se multipliant dans le poil et les glandes sébacées du fait de l'obstruction de l'infundibulum pileaire)

Connaître les éléments cliniques permettant de diagnostiquer une acné OIC-111-03-A

Le diagnostic est clinique

Éléments cliniques à rechercher :

1. Séborrhée excessive : peau grasse, brillante au niveau de la région médio faciale et du thorax

2. Lésions rétentionnelles : **obligatoires pour porter le diagnostic**

comédons fermés (encore appelé microkystes) : papules de petite taille, de couleur de peau normale ou blanchâtre, pouvant devenir inflammatoires

comédons ouverts (encore appelé "points noirs ») : par ouverture du canal et oxydation de la kératine

3. Lésions inflammatoires

pustules superficielles par évolution des papules et des lésions rétentionnelles

nodules pouvant évoluer vers des abcès avec rançon cicatricielle importante

4. Cicatrices

Fréquentes si acné non traitée. Risque cicatriciel variable selon les formes et justifiant une prise en charge adaptée

Savoir classer cliniquement une acné OIC-111-04-B

Formes cliniques principales

Acné mixte : forme la plus habituelle = association de lésions rétentionnelles et inflammatoires (acné papulo pustuleuse). Débute généralement à la puberté.

Acné rétentionnelle : forme la plus fréquente des acnés qui débutent. Peu ou pas de lésions inflammatoires

Acné nodulaire: forme sévère avec présence de lésions nodulaires. Risque cicatriciel plus important justifiant une prise en charge thérapeutique spécifique

Connaître deux formes cliniques d'acné OIC-111-05-B

Acné néonatale : liée aux androgènes d'origine maternelle. Transitoire et auto-involutive.

Acné liées aux endocrinopathies : à suspecter si acné sévère résistant au traitement et signes cliniques évocateur d'hyperandrogénie : hirsutisme, alopecie, troubles du cycle. Prescrire alors un bilan hormonal et une échographie abdomino-pelvienne

Savoir reconnaître les différentes formes cliniques d'acné OIC-111-06-B



Acné nodulaire



Acné papulo-pustuleuse



Acné rétentionnelle

Connaître deux diagnostics différentiels d'acné OIC-111-07-B

A évoquer en l'absence de lésions rétentionnelles. Pas de comedon = pas d'acné

-Folliculites infectieuses : d'origine bactériennes, parasitaire (*Demodex*) ou mycosique (*Candida*)

-Rosacée (voir plus loin).

Connaître les traitements systémiques et topiques de l'acné OIC-111-08-B

Le choix du traitement (topique seul, topique et systémique) dépendra de la gravité de l'acné.

On prendra en compte l'étendue sur le visage (<la moitié/>la moitié/ tout le visage) et le nombre de nodules

On se donne en général 3 mois pour juger de l'efficacité du traitement et l'adapter

Acné légères : traitement topiques

Acné moyennes/sévères : traitement topique et cyclines et si échec isotrétinoïne

Acné très sévères : isotrétinoïne d'emblée

Le maintien d'un traitement topique est conseillé après rémission

Traitements topiques : trois grandes classes.

1. Rétinoïdes topiques : actifs sur les lésions rétentionnelles car kératolytiques. Petite action anti-inflammatoire de certains. Irritants

2. Peroxyde de benzoyle : essentiellement anti inflammatoire et légèrement comédolytique Irritant/ photosensibilisant

3. Antibiotiques locaux : érythromycine et clindamycine. Uniquement anti-inflammatoires. A associer avec un peroxyde de benzoyle ou un rétinoïde et sur une période courte pour ne pas sélectionner de bactéries résistantes

Traitements combinés : rétinoïde + antibiotique ou rétinoïde + peroxyde de benzoyle. Meilleure observance

Traitement systémiques

1. Antibiotiques :

Cyclines : antiséborrhéique et anti-inflammatoire; cure de 3 mois pour éviter les résistances bactériennes. Effets secondaires : photo-toxicité , dyschromies dentaires

Macrolides = alternative aux cyclines chez femme enceinte ou jeune enfant

2. Gluconate de zinc : faiblement anti-inflammatoire. Pratiquer l'été et en cas de grossesse.

3. Isotrétinoïne

Dose cible cumulée 120 et 150 mg/kg

Effets secondaires :

tératogène = contraception efficace chez la femme en âge de procréer

réglementation de prescription : carnet et consentement

contraception obligatoire 1 mois avant, pendant et 1 mois après arrêt du traitement,

β-hCG plasmatiques mensuels et 5 semaines après l'arrêt

dyslipidémie= dosage initial et une surveillance du bilan hépatique et lipidique

xérose cutanéomuqueuse dose-dépendante

aggravation initiale possible

risque d'hypertension intracrânienne en association avec les cyclines (contre-indication),

troubles de l'humeur possible

Connaître les recommandations en termes de contraception dans l'acné OIC-111-09-B

Adapter la contraception et privilégier les progestatifs à faible activité androgénique

Connaître les conseils hygiéno-diététiques à prodiguer à un patient acnéique OIC-111-10-B

-Éviter les cosmétiques comédogènes

-Ne pas manipuler les lésions

-Appliquer le traitement topique sur tout le visage et y associer un émollient

-Pas d'intérêt des antiseptiques

-Pas de régime alimentaire à suivre

-Photoprotection si prescription de cyclines ou d'isotrétinoïne

Savoir diagnostiquer une rosacée OIC-111-11-A

Le diagnostic est clinique.

Éléments cliniques à rechercher :

1. Forme vasculaire

Phénomènes paroxystiques : bouffées vasomotrices (« flushes ») par stimuli variables (chaleur, alcool, épices)

Phénomènes permanents : rosacée érythémato-télangiectasique

Érythème facial et télangiectasies atteignant les joues, le nez, le menton et le front

2. Forme papulo-pustuleuse : papules et pustules sans comédons.

3. Forme hypertrophique : rhinophyma.

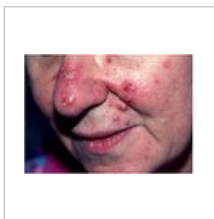
4. Forme oculaire

0-50% des rosacées s'accompagnent d'une atteinte oculaire. Elle peut précéder de plusieurs années la forme cutanée de la rosacée. Elle se présente sous forme de **conjonctivite, blépharite, kératite, chalazions, télangiectasies des paupières**

Savoir reconnaître une rosacée OIC-111-12-A



Rosacée vasculaire



Rosacée papulo-pustuleuse



Rosacée hypertrophique: rhinophyma

Connaître la physiopathologie de la dermatite séborrhéique OIC-111-13-B

Rôle de *Malassezia* (*M. furfur*, *M. globosa*, etc.)

Connaître les modalités du diagnostic d'une dermatite séborrhéique OIC-111-14-A

Le diagnostic est clinique.

Éléments cliniques à rechercher

1. Chez l'adulte

Atteinte du visage : topographie la plus fréquente. Plaques érythémateuses recouvertes de squames dans les zones séborrhéiques : sillons nasogéniens, sourcils, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu

Atteinte du cuir chevelu : Parfois isolée. Squames non adhérente (pellicules). Parfois formes sévères avec casque squameux

Atteinte du tronc : lésions annulaires ou circinées avec bordure squameuse prédominant dans la zone médiane pré sternale

2. Chez le nouveau-né et du nourrisson

Débute après la naissance. Le plus souvent : croûtes jaunâtres du cuir chevelu (croûtes de lait) et du visage. Atteinte possible du siège. Rarement érythrodermie

Formes sévères: une dermatite séborrhéique grave résistant au traitement doit faire prescrire test de dépistage du VIH.

Savoir reconnaître une dermatite séborrhéique OIC-111-15-A



Connaître les principaux diagnostics différentiels OIC-111-16-B

Psoriasis des régions séborrhéiques (« sébopsoriasis »)

les deux dermatoses sont souvent difficiles à différencier cliniquement et il existe des formes de chevauchement

Dermatite atopique

Chez le nourrisson, une forme érythrodermique de dermatite séborrhéique peut être le mode d'entrée d'une dermatite atopique ou d'un psoriasis.

Chez l'adulte : existence de formes « tête et cou » de dermatite atopique difficile à différencier d'une dermatite séborrhéique

