

Dermatoses faciales : acné

- Diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien** : **322** : iatrogénie, **152** : infections cutanéo-muqueuses, **207** : sarcoïdose, **158** : syphilis, **173** : anti-infectieux, **190** : lupus, **152** : infections cutanéo-muqueuses.

Dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé.

(1) Diagnostics différentiels en cas d'absence de lésions rétentionnelles :

- Folliculite infectieuse (bactérie, demodex, candida).
- Folliculite médicamenteuse (androgènes, progestatifs de synthèse, corticoïdes, antiépileptiques, sels de lithium, immunosuppresseurs, inhibiteurs de l'EGF) : début brutal, régression à l'arrêt du médicament responsable.
- Rosacée.
- Sarcoïdose.
- Syphilides acnéiformes.

(2) Acné néonatale : dans les premières semaines de vie, localisée au visage, due aux androgènes d'origine maternelle, disparaît spontanément.

(3) Acné de la femme adulte : femme > 25 ans, lésions inflammatoires à prédominance péribuccale.

(4) Suspecter endocrinopathie devant : acné féminine grave et résistante aux traitements + signes d'hyperandrogénie + hypercorticisme.

Causes : syndrome des ovaires polykystiques ++, tumeur ovaire ou surrénale.

(5) SAPHO : Synovites, Acné, Pustulose palmoplantaire, Hyperostose, Ostéites.

(6) Acné rétentionnelle : acné débutante, microkystes + comédons ouverts.

(7) Acné mixte juvénile : forme la plus commune, survient à la puberté, associe des lésions inflammatoires et rétentionnelles.

(8) Acné nodulaire : nodules inflammatoires avec extension fréquente au tronc, évolution chronique, cicatrices souvent importantes.

(9) Acné fulminans : exceptionnelle, début brutal, fièvre à 39-40 °C, arthralgies, hyperleucocytose, acné nodulaire inflammatoire évoluant vers la nécrose.

(10) Indications des traitements :

- Acné rétentionnelle : rétinoïdes topiques 1 fois par jour le soir sur peau sèche.
- Acné modérément inflammatoire : rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle ou antibiotique local.
- Acné papulopustuleuse : antibiothérapie générale 4 mois ou Gluconate de zinc + traitement local. Si échec et forme sévère : isotrétinoïne.
- Acné nodulaire ou conglobata : isotrétinoïne + traitement local.

(11) Isotrétinoïne :

- Posologie : 0,5 à 1 mg/kg sans dépasser une dose cumulée de 120 à 150 mg/kg par cure (soit une durée de 4 à 6 mois).
- Information et consentement éclairé signé par le patient ou le représentant légal si mineur.

• Sous une contraception féminine efficace (débutée 1 mois avant le début du traitement et poursuivie 1 mois après l'arrêt) et sous contrôle mensuel des betaHCG.

- Effets secondaires : tératogène, sécheresse cutanéo-muqueuse, exacerbation de l'acné pendant les premières semaines, risque d'HTIC si association avec cyclines (contre-indiquée ++), dépression.

Références

- Recommandations AFSSAPS 27 novembre 2007 : Traitement de l'acné par voie locale et générale
- <http://cedef.org/enseignement>



Figure 1. Lésions papulo-pustuleuses typiques d'acné inflammatoire.

Photo Bernard Schubert.

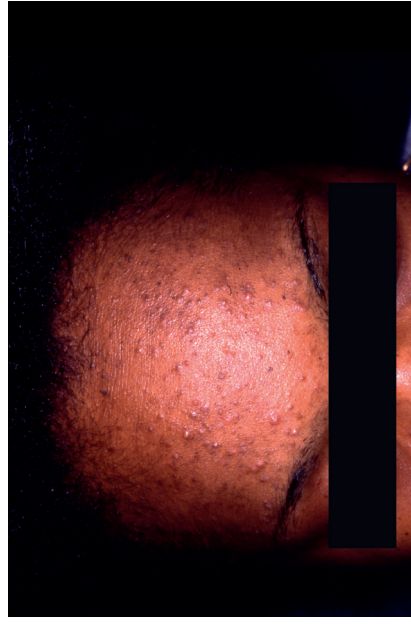
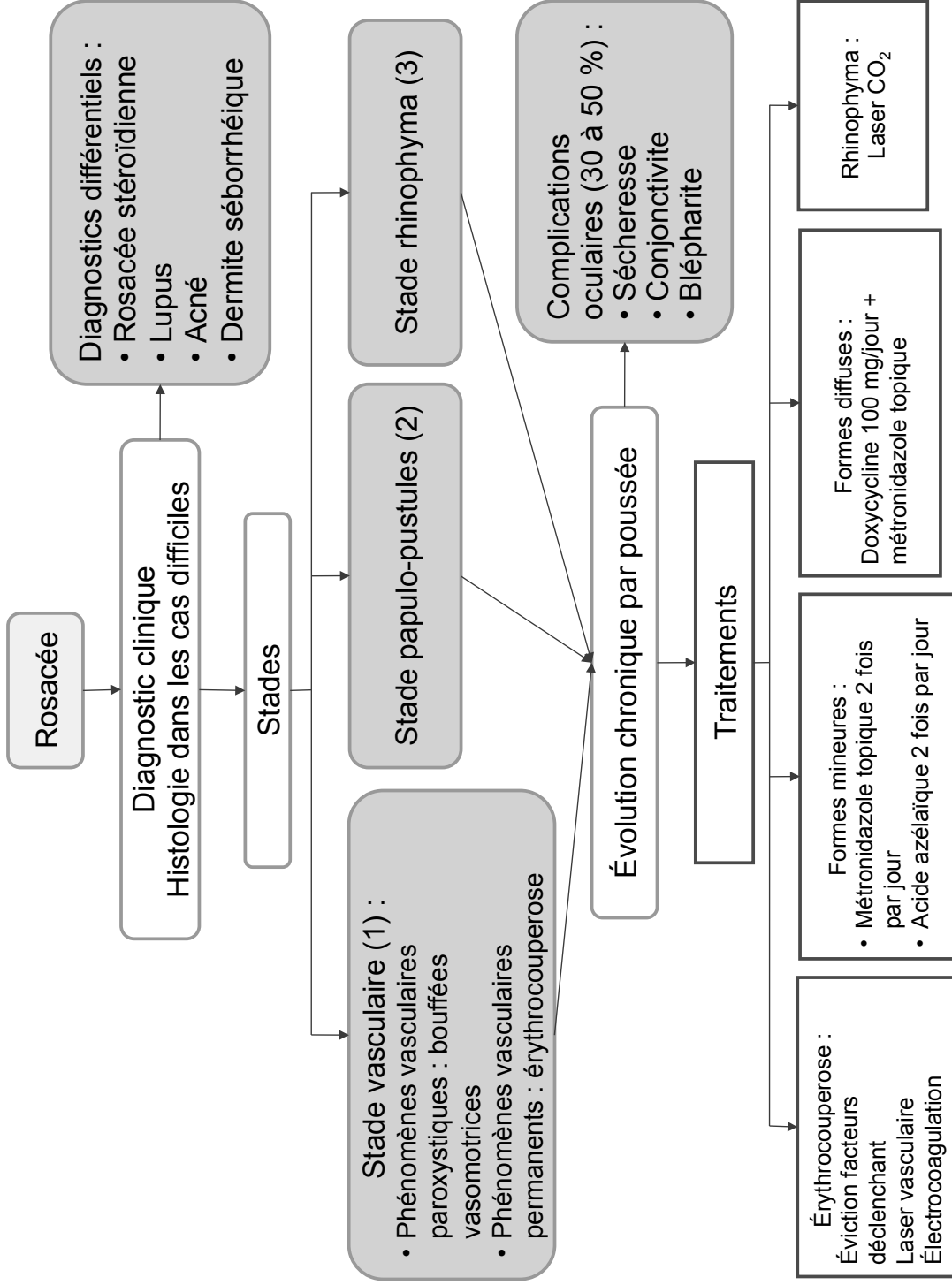


Figure 2. Acné secondaire à l'utilisation de corticoïdes locaux.

Photo : Bernard Schubert.



Dermatoses faciales : rosacée

- Diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien** : 322 : iatrogénie, 152 : infections cutanéomuqueuses, 207 : sarcoïdose, 158 : syphilis, 173 : anti-infectieux, 190 : lupus, 152 : infections cutanéomuqueuses.

Rosacée

- Dermatoses faciales fréquentes touchant principalement les adultes après 20 ans, pic de fréquence entre 40 et 50 ans.
- Sujets à peau claire, yeux et cheveux clairs.
- Prédominance féminine.

(1) Stade vasculaire :

- Bouffées vasomotrices (« flushes ») : poussée soudaine de rougeur paroxystique du visage et du cou avec sensation de chaleur durant quelques minutes, facteurs déclenchants possibles (alcool, boissons chaudes, nourriture épicée, changement de température, stress et émotions).
- Érythrocouperose : érythrose faciale permanente avec télangiectasies des joues et du nez.

(2) Stade papulo-pustules : apparition de papules inflammatoires et pustules sur fond érythémateux permanent, respect des contours de la bouche et des yeux.

(3) Stade rhinophyma : épaissement progressif de la peau du nez qui augmente de volume et devient diffusément rouge avec orifices folliculaires dilatés (aspect de « trogne »).

Référence

- <http://cedef.org/enseignement>

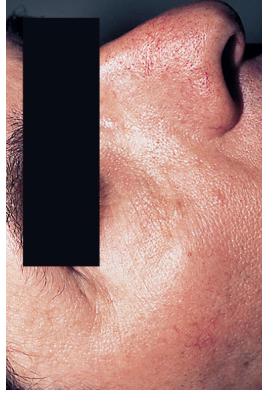


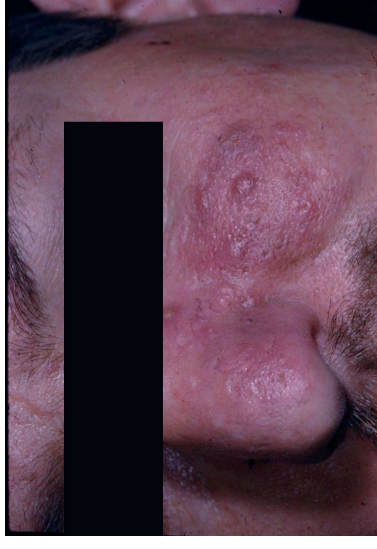
Figure 3. Rosacée – stade érythrocouperose.

Photo : Noémie Litrowski.



Figure 4. Rosacée – stade rhinophyma.

Photo : Noémie Litrowski.



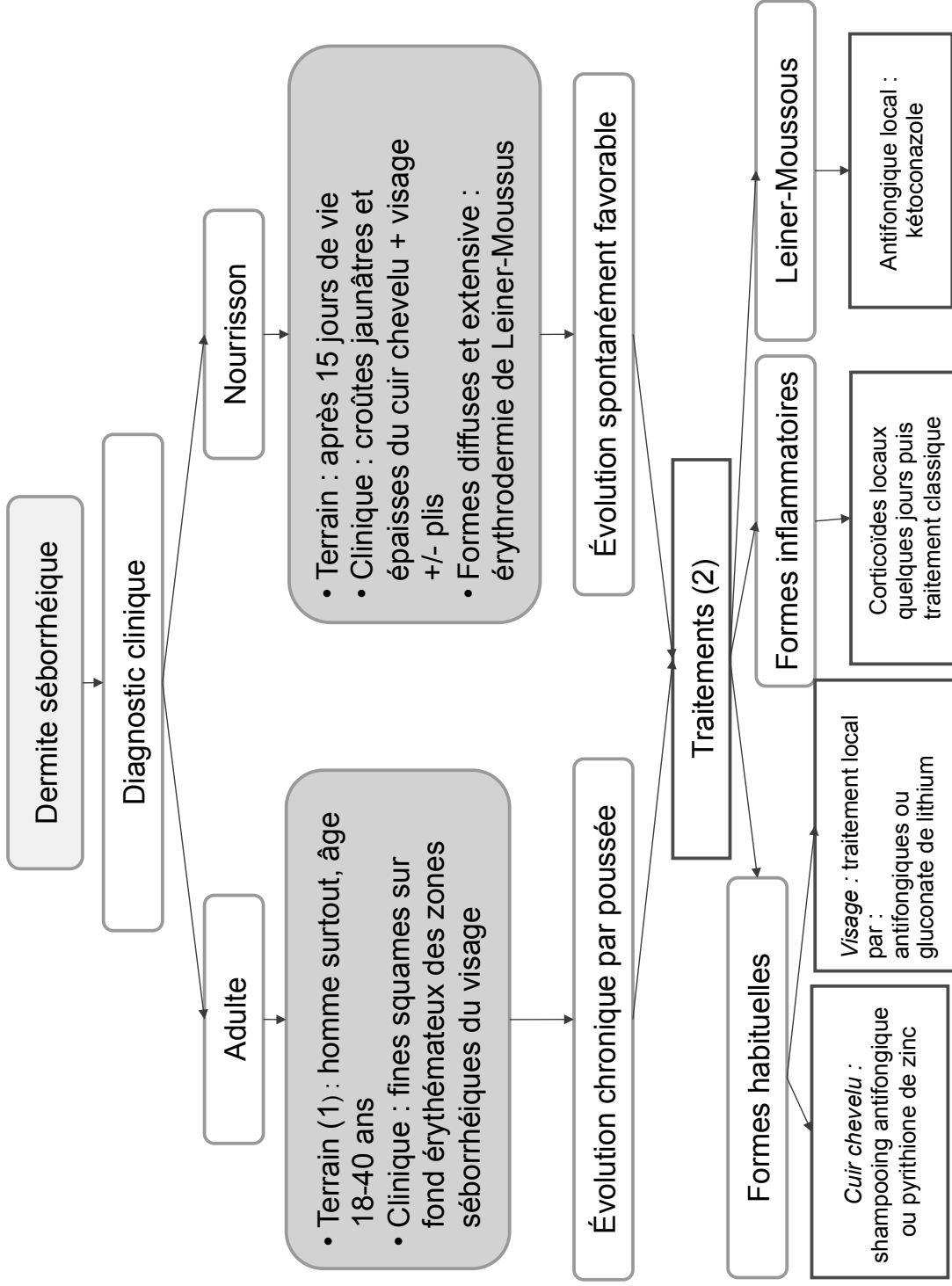
a



b

Figure 5. a et b : Rosacée – stade papulo-pustuleux.

Photos : Noémie Litrowski.



Dermatoses faciales : dermatite séborrhéique

- Diagnostiquer l'acné, la rosacée, la dermatite séborrhéique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien** : 322 : iatrogénie, 152 : infections cutanéo-muqueuses, 207 : sarcoïdose, 158 : syphilis, 173 : anti-infectieux, 190 : lupus, 152 : infections cutanéo-muqueuses.

Dermite séborrhéique

- Dermatose chronique fréquente (1 à 3 % en France) évoluant par poussées favorisées par le stress.
 - Touche les zones séborrhéiques (Cuir chevelu, bas du front, sourcils, sillons nasogéniens, région sternale).
 - Rôle probable d'une levure : *Malassezia Furfur* (voir item 152 D).
 - Penser à rechercher VIH dans les formes sévères et/ou chroniques.
- (1) La dermatite séborrhéique paraît plus fréquente dans :
- Maladie de Parkinson et syndromes extrapyramidaux iatrogènes.
 - Alcoolisme chronique.
 - VIH.
 - Cancer des voies aérodigestives supérieures.

- (2) Traitement ayant pour objectif une rémission mais évolution chronique et récidive fréquente à l'arrêt du traitement : intérêt de faire un traitement d'attaque 2 à 4 semaines puis traitement d'entretien séquentiel.

Référence

- <http://cedef.org/enseignement>



a



b

Figure 6. a et b : Lésions erythémato-squameuses du front et des sillons nasogéniens typique d'une dermatite séborrhéique de l'adulte.

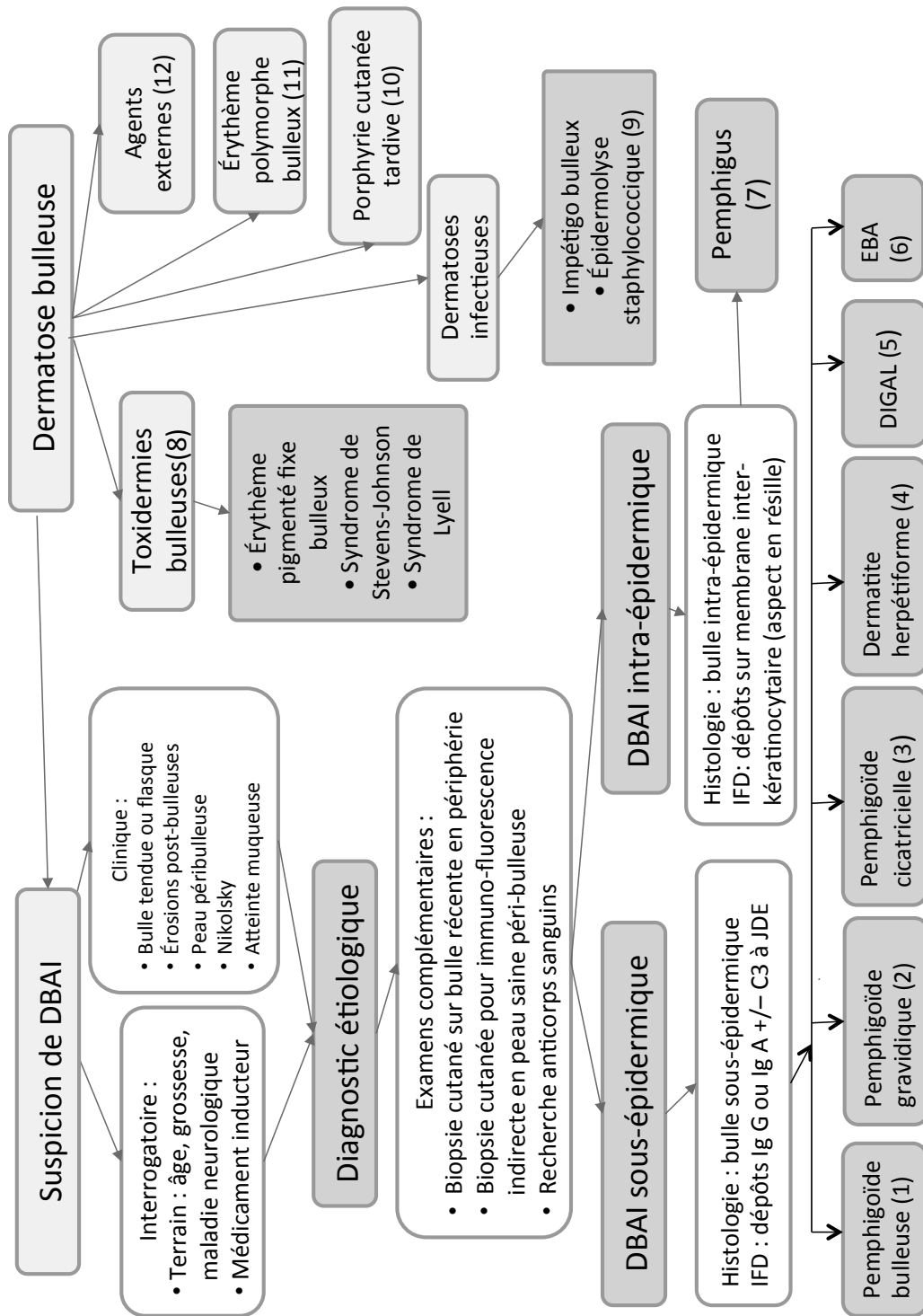
Photo : Noémie Litrowski.



Figure 7. Dermite séborrhéique du nourrisson.

Photo : Noémie Litrowski.

Dermatose bulleuse touchant la peau et/ou les muqueuses externes



DBAI : dermatose bulleuse auto-immune, EBA : épidermolyse bulleuse acquise, IFD : immuno-fluorescence directe, JDE : jonction dermo-épidermique.
DIGAL : dermatose à IgA linéaires.

Dermatose bulleuse touchant la peau et/ou les muqueuses externes

- Argumentez les principales hypothèses diagnostiques et justifiez les examens complémentaires pertinents.

↳ **Éléments en lien** : 22 : grossesse, 282 : diarrhée chronique, 322 : iatrogénie, 152 infection cutané-muqueuse, 164 infection à herpès.

On distingue les dermatoses bulleuses auto-immunes et non auto-immunes.

Dermatoses Bulleuses auto-immunes

Les dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) sont secondaires à une atteinte des différents systèmes de jonction inter-kératinocytaires ou de la jonction dermo-épidermique (JDE). On distingue en fonction du site de clivage les DBAI *sous-épidermiques* (perte de l'adhésion dermo-épidermique par altération d'un des composants de la JDE par des auto-anticorps) et *intra-épidermiques* (acantholyse : perte de cohésion des kératinocytes due à l'altération des desmosomes par des auto-anticorps).

(1) Pemphigoïde bulleuse

- La plus fréquente des DBAI.
- Terrain : sujet âgé (en moyenne 80 ans), maladie neurologique associée.
- Clinique : prurit, lésions polymorphes (placards urticariens, eczématiformes), bulles tendues de grande taille sur base érythémateuse.
- Localisation préférentielle : faces de flexion et racines des membres, atteinte muqueuse rare.
- NFS : hyperéosinophilie.
- Histologie : bulle sous-épidermique contenant des éosinophiles, sans acantholyse ni nécrose kératinocytaire.
- IFD : dépôts linéaires d'immunoglobulines (IgG) et/ou C3 le long de la membrane basale de l'épiderme.
- Présence anticorps anti-membrane basale cutanée, anti-BPAG1 et anti-BPAG2.

(2) Pemphigoïde gravidique

- Très rare, survient pendant la grossesse (2^e ou 3^e trimestre) ou le post-partum.
- Localisation : début péri-ombilical.
- Clinique : lésions urticariennes, lésions bulleuses tendues.
- Histologie et IFD : idem pemphigoïde bulleuse.

(3) Pemphigoïde cicatricielle

- Terrain : Sujet âgé (70 ans).
- Localisation : atteinte élective des muqueuses le plus souvent, atteinte cutanée rare (érosions chroniques tête et cou).
- Clinique : gingivite érosive, stomatite érosive ou bulleuse, bulbite ou balanite, possible atteinte laryngée ou œsophagienne.
- IFD : dépôts linéaires d'IgG et/ou C3 le long de la membrane basale de l'épiderme.
- Anticorps anti-membrane basale cutanée inconstamment décelés.

(4) Dermatite herpétiforme

- Très rare.
- Terrain : débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune, souvent associé à la maladie cœliaque.
- Clinique : prurit diffus, bulle et/ou vésicule à disposition symétrique se regroupant en anneau ou médaillon
- Localisation : genoux, coudes et fesses.
- Histologie : clivage sous-épidermique associé à des micro-abcès du derme papillaire à polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.
- IFD : dépôts d'IgA en mottes dans les papilles dermiques sous la JDE.
- Anticorps anti-endomysium, anti-transglutaminase souvent retrouvés (ces derniers sont, avec le dosage pondéral des immunoglobulines, l'examen de première intention pour le diagnostic de maladie cœliaque).