

109 – Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique

Sources :

- Collège des enseignants en dermatologie 6^e édition (décembre 2014) iECN 2016, 2017, 2018
- Recommandations de bonne pratique : Prise en charge de l'acné, traitement de l'acné par voie locale et générale, société française de dermatologie, juin 2015

QUESTIONS

Acné

Définition et physiopathologie

1. Quelle est la définition de l'acné ?
2. Quelle est la prévalence de l'acné ?
3. Quels sont les 3 facteurs déterminants entrant en jeu dans la physiopathologie de l'acné ?

Clinique

4. Quelle est la condition sine qua non pour poser le diagnostic d'acné ?
5. Quelles sont les 7 lésions cutanées retrouvées dans l'acné ?
6. Quelles sont les 2 localisations particulièrement concernées par la séborrhée au cours de l'acné ?
7. Quelles sont la physiopathologie et la présentation clinique respectives des comédons ouverts et fermés ?
8. Quelle est la présentation clinique respective des papules, des pustules et des nodules au cours de l'acné ?
9. Quelles sont les 9 formes cliniques d'acné ?
10. Quelle est la lésion d'acné jamais retrouvée au cours de l'acné mixte juvénile ?
11. Quel est le terrain de l'acné nodulaire ou acné conglobata ? Quelles en sont les 4 particularités cliniques ?
12. Quel est le terrain de l'acné fulminans ? Quels en sont les 4 signes cliniques ? Quel signe paraclinique est également possible ?
13. Quel est le facteur déclenchant possible de l'acné fulminans ? Quelle en est la prise en charge ?
14. Quelles sont les 3 caractéristiques cliniques (siège, délai d'apparition, évolution) de l'acné néonatale ? Sa physiopathologie ?
15. Quel type de lésions cutanées retrouve-t-on essentiellement au cours de l'acné prépubertaire ? Au cours de l'acné exogène ?
16. Quelles sont les 2 formes possibles d'acné de la femme adulte ? Leur présentation clinique ?
17. Quelles sont les 2 situations devant faire suspecter une endocrinopathie sous-jacente devant une acné ?
18. Quels sont les examens complémentaires à effectuer devant une acné ?
19. Quels sont les 6 diagnostics différentiels de l'acné ?
20. Quels sont les 3 éléments de distinction entre l'acné et la folliculite d'origine médicamenteuse ? Quels sont les 10 principaux traitements susceptibles d'induire une folliculite ?
21. Quels sont le terrain et la clinique de l'acné excoりée ?

Prise en charge

22. Quels sont les 9 éléments indispensables de l'éducation thérapeutique du patient atteint d'acné ?
23. Quels sont les 4 traitements **locaux** utiles dans l'acné ? Quelle est leur action respective ?
24. Quel est l'effet secondaire principal des rétinoïdes topiques ?
25. Quels sont les 3 principaux effets secondaires du peroxyde de benzoyle ?
26. Quels sont les 2 moyens pour gérer l'irritation secondaire aux traitements topiques de l'acné ?
27. Quelles sont les 2 précautions d'emploi avec les antibiotiques topiques dans le traitement de l'acné ?
28. À quel moment de la journée faut-il appliquer les traitements locaux de l'acné ? Pour quelle raison ?
29. Quels sont les 4 traitements **généraux** disponibles contre l'acné ?
30. Quels sont les antibiotiques à utiliser par voie générale dans l'acné ? Quelles sont leurs modalités respectives de prescription ? Quel est leur mode d'action ?
31. Quels sont les 2 effets secondaires principaux des antibiotiques systémiques utilisés dans l'acné ? Quelle contre-indication imposent-ils dans cette indication ?
32. Quel est le mécanisme d'action de l'isotrétinoïne ? La durée de traitement habituelle ?
33. Quels sont les 7 effets secondaires de l'isotrétinoïne ?
34. Quelle est l'action du gluconate de zinc dans la prise en charge de l'acné ? Quelle est son indication ?
35. Quelle est la place de l'hormonothérapie anti-androgène dans la prise en charge de l'acné ? Quels sont les traitements possibles ? Quel est leur délai d'efficacité ?
36. Quel est le réflexe à avoir en cas de prescription d'un traitement systémique de l'acné, quel qu'il soit ?
37. Quelles sont les 2 indications d'un traitement par isotrétinoïne ?
38. Quelle est l'échelle utilisée pour évaluer la gravité de l'acné ? Quels en sont les différents stades ?
39. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 0 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
40. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 1 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
41. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 2 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
42. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 3 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
43. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 4 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
44. Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée en cas d'acné GEA 5 (Recommandations SFD Juin 2015) ?
45. Quelles sont les stratégies thérapeutiques en fonction de la sévérité de l'acné sur l'échelle GEA ?
46. Quelles sont les 9 mesures associées au traitement par isotrétinoïne à ne pas oublier ?
47. Quels sont les 2 traitements de l'acné imposant une contraception efficace ?

48. Quels sont les 3 traitements de l'acné recommandés chez la femme enceinte ?

Rosacée

Diagnostic

49. Quels sont les 3 éléments du terrain typique de la rosacée ?
50. Quelle est la prévalence de la rosacée ?
51. Quels sont les 2 mécanismes physiopathologiques de la rosacée ?
52. Quelles sont les 4 formes cliniques de rosacée ? Quelle est la forme la plus caractéristique ?
53. Quelle est la manifestation clinique de la rosacée de forme vasculaire paroxystique ? Quels en sont les 4 facteurs déclenchants ?
54. Quelles sont les 4 lésions dermatologiques possibles de la rosacée de forme vasculaire permanente ? Quels sont les 4 sièges électifs des lésions ?
55. Quelle est la présentation clinique de la rosacée de forme papulopustuleuse ?
56. Quelles sont les 2 manifestations cliniques de la rosacée de forme hypertrophique ? Quel en est le terrain ?
57. Quel est l'examen complémentaire à effectuer en cas de suspicion de rosacée ?
58. Quels sont les 4 principaux diagnostics différentiels de la rosacée ?
59. Quelles sont les 4 particularités cliniques de la rosacée stéroïdienne ?
60. Quels sont les éléments de distinction entre l'éruption lupique et la rosacée ?
61. Quels sont les éléments de distinction entre l'acné et la rosacée ?
62. Quels sont les éléments de distinction entre la dermatite séborrhéique et la rosacée ?
63. Quels sont les 3 principaux facteurs déclenchants de la rosacée (de la maladie elle-même, pas des bouffées vasomotrices) ? Son évolution naturelle ?
64. Quelles sont les 2 complications possibles de la rosacée ?

Traitement

65. Quels sont les éléments de prise en charge de la rosacée en fonction de la forme présentée par le patient ?
66. Les différents traitements de la rosacée ne sont que suspensifs. La récurrence à l'arrêt est fréquente. Quel traitement d'entretien peut être recommandé ?
67. Quel traitement est contre-indiqué au cours de la rosacée ?
68. Quels sont les 5 traitements symptomatiques à proposer aux patients atteints de rosacée ?

Dermatite séborrhéique

Diagnostic

69. Quelle est la prévalence de la dermatite séborrhéique ? Quel en est le terrain ?
70. Quel est le principal facteur aggravant de la dermatite séborrhéique ? Le principal facteur apaisant ?
71. Quel est le mécanisme physiopathologique de la dermatite séborrhéique ?
72. Quelles sont les 5 principales localisations des lésions au cours de la dermatite séborrhéique de l'adulte ? Quelle en est la plus fréquente ?
73. Quelle est la présentation clinique de la dermatite séborrhéique du visage ? Sa topographie préférentielle ?
74. Quelles sont les 2 formes de dermatite séborrhéique du cuir chevelu ? Quelle est leur présentation clinique respective ?
75. Quelle est la présentation clinique de la dermatite séborrhéique du tronc ?
76. Quelles sont les 4 manifestations cliniques possibles de la dermatite séborrhéique du nourrisson ? Son délai d'installation après la naissance ? Son évolution naturelle ?
77. Quels sont les 4 terrains/types de sujets particulièrement touchés par la dermatite séborrhéique sévère et étendue ?
78. Quels sont les examens complémentaires à effectuer devant une dermatite séborrhéique ?
79. Quels sont les 2 diagnostics différentiels de la dermatite séborrhéique ?

Traitement

80. Quels sont les 4 éléments d'information à donner au patient atteint de dermatite séborrhéique ?
81. Quels sont les 5 traitements de la dermatite séborrhéique ?
82. Quelles sont les indications des différents traitements en fonction de la forme de dermatite séborrhéique présentée par le patient ?

RÉPONSES

Acné

Définition et physiopathologie

1. **Quelle est la définition de l'acné ?**
Dermatose **inflammatoire** chronique **du follicule pilosébacé** débutant généralement à la puberté et le plus souvent primitive.
2. **Quelle est la prévalence de l'acné ?**
90% des adolescents (13-19 ans).
3. **Quels sont les 3 facteurs déterminants entrant en jeu dans la physiopathologie de l'acné ?**
 - **hyperséborrhée** :
 - sécrétion de sébum déclenchée et entretenue par la dihydrotestostérone, produite à partir de testostérone libre dans les cellules sébacées par la 5 α -réductase de type 1
 - par **hypersensibilité** des récepteurs aux androgènes sur les kératinocytes et les sébocytes (facteurs génétiques) = hyperandrogénie **périphérique**
 - malgré un **taux circulant d'androgènes normal**
 - condition **nécessaire** à la formation des lésions d'acné
 - **hyperkératinisation infundibulaire du canal pilo-sébacé** :
 - obstruction du canal par hyperprolifération des kératinocytes du follicule + anomalies de leur différenciation empêchant leur élimination normale
 - point **blanc** = comédon **fermé** puis pigmentation par la mélanine
 - point **noir** = comédon **ouvert**
 - **Propionibacterium acnes** :
 - bactérie intracellulaire anaérobie gram positif
 - acné = **maladie inflammatoire** (et **non infectieuse**) : la bactérie entraîne l'inflammation des comédons et donc la constitution de papulo-pustules
 - les différentes souches ont un pouvoir inflammatoire différent : les souches présentes sur la peau d'un sujet sain ne sont pas les mêmes que celles sur la peau d'un sujet acnéique

Clinique

4. **Quelle est la condition sine qua non pour poser le diagnostic d'acné ?**
La présence de **lésions rétentionnelles** = comédons : **une folliculite sans comédon ne peut pas être de l'acné !**
5. **Quelles sont les 7 lésions cutanées retrouvées dans l'acné ?**
 - séborrhée : **constante**, la peau est grasse et luisante
 - lésions rétentionnelles :
 - comédons ouverts
 - comédons fermés (= microkystes)
 - lésions inflammatoires : papules, pustules et nodules
 - cicatrices : d'autant plus fréquentes que l'inflammation dure depuis longtemps et est sévère
6. **Quelles sont les 2 localisations particulièrement concernées par la séborrhée au cours de l'acné ?**
 - partie centrale du visage
 - région thoracique supérieure
7. **Quelles sont la physiopathologie et la présentation clinique respectives des comédons ouverts et fermés ?**
 - comédons ouverts :
 - physiopathologie : accumulation de kératinocytes oxydés au sein de l'orifice dilaté du canal infundibulaire
 - clinique : points noirs de 1 à 3 mm, peuvent s'expulser spontanément ou s'enflammer
 - comédons fermés :
 - physiopathologie : accumulation du sébum et de la kératine dans le canal folliculaire dilaté par l'obstruction de son orifice, « bombes à retardement » de l'acné car peuvent s'enflammer
 - clinique : papules de 2-3 mm (points blancs) qui passent souvent inaperçues et nécessitent une traction sur la peau pour les révéler
8. **Quelle est la présentation clinique respective des papules, des pustules et des nodules au cours de l'acné ?**
 - papules : superficielles, éleveures rouges fermes < 5 mm, parfois douloureuses, souvent issues d'une lésion rétentionnelle → peuvent se résorber ou former des pustules
 - pustules : superficielles, papules au sommet desquelles apparaît un contenu purulent jaune par accumulation de polynucléaires neutrophiles
 - nodules :
 - lésions profondes, > 5 mm, évoluent vers l'abcédation et la formation de cicatrices
 - leur rupture dans la profondeur du derme donne des **sinus = nodules allongés très douloureux**
9. **Quelles sont les 9 formes cliniques d'acné ?**
 - formes communes :
 - acné rétentionnelle : microkystes et comédons ouverts, surtout au niveau du visage
 - acné mixte (polymorphe) juvénile = acné vulgaire
 - formes graves :
 - acné nodulaire = acné conglobata
 - acné fulminans : exceptionnelle

Questions séquence iconographies

1. Vous recevez aux urgences de votre hôpital un jeune enfant de 2 ans. Ses parents vous l'amènent en raison de lésions cutanées du visage. De plus, ils vous expliquent qu'il refuse de s'alimenter depuis 2 jours. L'enfant est né à terme et il n'a aucun souci de santé particulier. Il ne prend aucun traitement.
À l'examen, il vous paraît altéré. Il est fébrile à 39,6°C sans signe de mauvaise tolérance hémodynamique. L'examen endobuccal ne révèle pas de lésion pharyngée ni amygdalienne, mais les gencives sont tuméfiées et saignent un peu. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Il existe par ailleurs des érosions de la muqueuse buccale. Le reste du revêtement cutané est normal. Vous palpez des adénopathies cervicales qui semblent douloureuses.
Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Quel est l'agent infectieux probablement en cause ?



2. Vous recevez en consultation un jeune patient de 3 mois. Vous observez en consultation cette lésion élastique et dépressible. Quel est votre diagnostic ? Quelle en est la cinétique évolutive ? Quel signe auscultatoire vous attendez-vous à retrouver ?



3. Quel est votre diagnostic ?



Réponses

- Vous recevez aux urgences de votre hôpital un jeune enfant de 2 ans. Ses parents vous l'amènent en raison de lésions cutanées du visage. De plus, ils vous expliquent qu'il refuse de s'alimenter depuis 2 jours. L'enfant est né à terme et il n'a aucun souci de santé particulier. Il ne prend aucun traitement. À l'examen, il vous paraît altéré. Il est fébrile à 39,6°C sans signe de mauvaise tolérance hémodynamique. L'examen endobuccal ne révèle pas de lésion pharyngée ni amygdalienne, mais les gencives sont tuméfiées et saignent un peu. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Il existe par ailleurs des érosions de la muqueuse buccale. Le reste du revêtement cutané est normal. Vous palpez des adénopathies cervicales qui semblent douloureuses.**

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Quel est l'agent infectieux probablement en cause ?

 - **gingivostomatite herpétique :**
 - terrain : jeune enfant
 - refus de s'alimenter depuis 2 jours : douleur intense liée aux lésions, dysphagie
 - clinique :
 - signes généraux : fièvre supérieure à 39°C, altération de l'état général, **absents au cours de l'impétigo !**
 - adénopathies cervicales sensibles
 - lèvre inférieure œdémateuse inflammatoire
 - lésions croûteuses regroupées en bouquet sur les lèvres supérieure et inférieure faisant probablement suite à des lésions vésiculeuses
 - langue couverte d'un enduit blanchâtre
 - gencives tuméfiées saignant au contact
 - érosions de la muqueuse buccale
 - pas de lésions des autres muqueuses ni d'autres lésions cutanées
 - herpès simplex virus de type 1
- Vous recevez en consultation un jeune patient de 3 mois. Vous observez en consultation cette lésion élastique et dépressible.**

Quel est votre diagnostic ? Quelle en est la cinétique évolutive ? Quel signe auscultatoire vous attendez-vous à retrouver ?

Hémangiome tubéreux :

 - tuméfaction chez un nourrisson
 - lésion en relief rouge vif
 - élastique et dépressible
 - cinétique d'évolution : apparition après la naissance, phase d'expansion rapide pendant 5-6 mois puis involution progressive !
 - à l'auscultation : **pas de souffle !** ≠ malformations artérioveineuses
- Quel est votre diagnostic ?**

Dermographisme :

 - stries urticariennes oedémateuses et érythémateuses
 - provoquées par le simple frottement de la peau, généralement à l'aide d'une pointe mousse
- Médecin généraliste à Nice, vous recevez en consultation un patient de 72 ans, qui vient pour le renouvellement de son traitement anti-hypertenseur. Il est en effet sous amlodipine depuis une dizaine d'années. Il n'a pas d'autre traitement. Conscientieux, vous l'examinez intégralement et observez les lésions suivantes. Quel site allez-vous biopsier ?**

Kératoses actiniques = solaires = séniles (photo-induites) :

 - terrain : sujet âgé, probable exposition solaire importante (habite dans le sud de la France), phototype clair
 - clinique :
 - topographie lésionnelle : **zones photoexposées** (visage, crâne, dos des mains)
 - dos de la main : lésions érythémato-squameuses multiples avec quelques croûtes
 - visage et crâne : lésions croûteuses multiples
 - pas d'ulcération ni de bourgeonnement anormal des lésions : pas de signe clinique de malignité
 - il s'agit des lésions précancéreuses dermatologiques les plus fréquentes
 - il n'y a aucune lésion à biopsier : le diagnostic de kératose actinique est clinique !
- Vous recevez en consultation un patient de 38 ans pour des lésions siégeant sur les organes génitaux externes. Il n'a aucune autre lésion en dehors de celles qui vous sont présentées. C'est la première fois qu'il présente ce tableau clinique.**

Quel est votre diagnostic ? Quels sont les 2 agents pathogènes les plus fréquemment en cause ? Faut-il réaliser une uréthroscopie ?

 - **condylomes acuminés** : classiques lésions **en « crêtes de coq »**, masses charnues hérissées de petites verrucosités kératosiques
 - pathogènes en cause : HPV à bas risque, principalement 6 et 11
 - non : l'uréthroscopie est indiquée uniquement en cas de récives fréquentes ou de localisation sur le versant intra-urétral

4. Médecin généraliste à Nice, vous recevez en consultation un patient de 72 ans, qui vient pour le renouvellement de son traitement antihypertenseur. Il est en effet sous amlodipine depuis une dizaine d'années. Il n'a pas d'autre traitement. Conscientieux, vous l'examinez intégralement et observez les lésions suivantes. Quel site allez-vous biopsier ?



5. Vous recevez en consultation un patient de 38 ans pour des lésions siégeant sur les organes génitaux externes. Il n'a aucune autre lésion en dehors de celles qui vous sont présentées. C'est la première fois qu'il présente ce tableau clinique. Quel est votre diagnostic ? Quels sont les 2 agents pathogènes les plus fréquemment en cause ? Faut-il réaliser une urétroscopie ?



6. Vous recevez en consultation une jeune patiente de 22 ans pour des lésions cutanées évoluant depuis plusieurs semaines, suite au décès de son père. Elle ne prend aucun traitement particulier. Elle vient vous voir car elle est très gênée sur le plan esthétique et elle a peur de transmettre sa maladie à sa mère. Vous observez les lésions suivantes. La 3^e photo a été prise au niveau de la région lombosacrée de la patiente, qui la gratte terriblement ces derniers temps. Quel est votre diagnostic ? Quel est le risque de transmission à sa mère sachant qu'elles vivent sous le même toit ?

