

Item 232 : Dermatoses faciales : Rosacée

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

| | |
|--|----------|
| OBJECTIFS | 3 |
| I Diagnostic | 4 |
| I.1 Diagnostic positif..... | 4 |
| I.1.1 Stade vasculaire | 4 |
| I.1.1.1 Phénomènes vasculaires paroxystiques : bouffées vasomotrices..... | 4 |
| I.1.1.2 Phénomènes vasculaires permanents : rosacée érythémato-télangiectasique | 4 |
| I.1.2 Stade des papulo-pustules : phase d'état caractéristique de la rosacée..... | 5 |
| I.1.3 Stade du rhinophyma : phase tardive..... | 6 |
| I.2 Diagnostic différentiel..... | 7 |
| I.2.1 Rosacée stéroïdienne | 7 |
| I.2.2 Diagnostics différentiels courants | 8 |
| I.2.2.1 Lupus érythémateux | 8 |
| I.2.2.2 Acné..... | 8 |
| I.2.2.3 Dermatite séborrhéique..... | 8 |
| II Évolution..... | 8 |
| III Traitement..... | 9 |
| III.1 Érythème et couperose..... | 9 |
| III.2 Formes mineures | 9 |
| III.3 Formes plus diffuses..... | 9 |
| III.4 Suivi..... | 9 |
| Points Essentiels | 9 |

OBJECTIFS

ENC :

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

La rosacée est une maladie faciale fréquente, touchant principalement des adultes après l'âge de 20 ans. Elle a longtemps été confondue avec l'acné et le terme ancien « d'acné rosacée » doit être abandonné.

Épidémiologie

La rosacée touche le plus souvent des sujets à peau claire, aux yeux clairs et aux cheveux clairs (on parle de « malédiction des Celtes »).

Elle prédomine chez la femme (ratio femme-homme environ égal à 2) et le pic de fréquence se situe entre 40 et 50 ans.

Physiopathologie

La physiopathologie reste encore mal comprise, même si on suspecte une anomalie vasculaire primitive du visage.

Il existe probablement à la base une anomalie de la vascularisation faciale qui se traduit par les bouffées vasomotrices et l'érythème permanent (la couperose).

Il en résulte un œdème permanent du derme, qui pourrait favoriser une colonisation accrue par *Demodex folliculorum*, acarien qu'on trouve habituellement dans les follicules du visage.

Ce parasite pourrait déclencher des phénomènes inflammatoires se traduisant par des papules et des pustules.

Le traitement repose sur des bases empiriques.

I DIAGNOSTIC

I.1 DIAGNOSTIC POSITIF

La rosacée évolue en plusieurs stades, mais le passage par tous les stades n'est pas obligatoire.

Le diagnostic est clinique : l'examen cutané et l'interrogatoire suffisent dans l'immense majorité des cas à poser le diagnostic.

La biopsie cutanée peut être utile dans le diagnostic différentiel.

I.1.1 Stade vasculaire

I.1.1.1 Phénomènes vasculaires paroxystiques : bouffées vasomotrices

Les patients ont des poussées soudaines de rougeur paroxystique du visage et du cou, avec sensation de chaleur, mais sans signes systémiques.

Après les crises, d'une durée de quelques minutes, la peau du visage redevient normale.

Ces « flushes » sont déclenchés par les changements de température (entraînant parfois une thermophobie), l'absorption de boissons chaudes, d'alcool ou d'aliments épicés.

I.1.1.2 Phénomènes vasculaires permanents : rosacée érythémato-télangiectasique

Les lésions sont localisées sur les joues, le nez, le menton et la partie médiane du front.

L'érythrose faciale (érythème diffus disparaissant à la vitropression) est permanente et associée à des télangiectasies (couperose) (Figure 1).

Figure 1 : Rosacée papulo-pustuleuse débutante



Rosacée papulo-pustuleuse débutante: noter l'érythrocouperose.

Ces télangiectasies forment des réseaux qui prédominent aux joues et sur les ailes du nez.

La rosacée érythémato-télangiectasique s'associe ou non à des bouffées vasomotrices.

I.1.2 Stade des papulo-pustules : phase d'état caractéristique de la rosacée

Des papules inflammatoires et des pustules apparaissent sur un fond d'érythème permanent (Figure 2).

Figure 2 : Rosacée papulo-pustuleuse profuse



Les lésions peuvent être très étendues mais respectent le pourtour de la bouche et des yeux.

Il n'y a pas de comédon, ni de cicatrice.

I.1.3 Stade du rhinophyma : phase tardive

Elle touche principalement les hommes (dans plus de 95 % des cas), en général après l'âge de 50 ans.

Le nez est augmenté de volume, diffusément rouge et les orifices folliculaires sont dilatés. La peau s'épaissit progressivement, devient fibreuse et le nez prend l'aspect classique de la « trogne », sans que l'alcool ne soit en cause (Figure 3).

Figure 3 : Rhinophyma



I.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I.2.1 Rosacée stéroïdienne

Il s'agit plus d'une forme clinique de la maladie que d'un vrai diagnostic différentiel. Cette dermatose peut être induite par la corticothérapie locale forte prolongée sur le visage.

Elle est caractérisée par une dépendance majeure aux corticoïdes, un érythème desquamatif et de grandes télangiectasies.

Elle touche souvent la zone péribuccale et/ou périoculaire.

On doit donc toujours rechercher une application de corticoïdes locaux devant une rosacée de sémiologie un peu inhabituelle.

I.2.2 Diagnostics différentiels courants

I.2.2.1 Lupus érythémateux

Le lupus érythémateux est souvent évoqué dans les phases précoces, mais :

- il ne présente pas de bouffées vasomotrices ;
- les papules et pustules sont absentes ;
- il présente une atrophie et une hyperkératose qu'on ne trouve pas dans la rosacée.

En cas de doute, une biopsie cutanée peut aider à distinguer les deux maladies.

I.2.2.2 Acné

L'acné est une dermatose prédominant à un âge plus jeune.

La composante rétentionnelle de l'acné (comédons, microkystes et kystes plus volumineux) est absente de la rosacée, de même que la séborrhée.

I.2.2.3 Dermatite séborrhéique

La dermatite séborrhéique a un fond érythémateux, mais parsemé de squames grasses.

Les localisations sont différentes : ailes du nez, sourcils et lisière antérieure du cuir chevelu préférentiellement.

II ÉVOLUTION

La rosacée débute après l'âge de l'acné, le plus souvent chez des adultes d'âge moyen.

Le climat froid, le travail à la chaleur, l'exposition solaire sont incriminés dans le déclenchement des formes initiales, mais pas de la phase d'état.

Les phases inflammatoires ont toutefois tendance à disparaître avec l'âge.

L'évolution est chronique, émaillée de poussées de papules et de pustules survenant sans facteur déclenchant particulier.

Des *complications oculaires* sont fréquentes (30 % à 50 % des patients ont des signes subjectifs) : sécheresse, conjonctivites et blépharites, voire kératites.

Une fois installé, le rhinophyma ne régresse plus et n'est sensible à aucun traitement médical.

III TRAITEMENT

III.1 ÉRYTHEME ET COUPEROSE

L'érythème et la couperose ne répondent pas aux traitements médicaux.

La couperose peut être traitée par laser vasculaire ou par électrocoagulation.

III.2 FORMES MINEURES

Les formes mineures peuvent être traitées par des gels ou des crèmes au métronidazole à 0,75 % à raison de deux applications/j pendant 3 mois.

L'alternative thérapeutique est l'acide azélaïque en gel à 15 %, selon les mêmes modalités.

III.3 FORMES PLUS DIFFUSES

Les formes plus diffuses répondent bien à une antibiothérapie générale par cyclines (doxycycline 100 mg/j le soir de préférence, pendant le repas) seules ou en association avec le métronidazole topique pendant une durée de 3 mois. La doxycycline est active sur les signes oculaires de la rosacée.

Le rhinophyma peut être réduit chirurgicalement ou à l'aide d'un laser CO2.

III.4 SUIVI

Le traitement est suspensif et la majorité des patients va récidiver après l'arrêt : les patients doivent en être informés.

On conseille un traitement d'entretien après rémission par la doxycycline ; application quotidienne de topique au métronidazole.

Pour l'hygiène locale, on conseille d'éviter les topiques gras et les fonds de teint occlusifs. La toilette à l'eau tiède suffit, avec application d'un émollient fluide.

Les dermocorticoïdes sont contre-indiqués dans la rosacée.

POINTS ESSENTIELS

- **Visage rouge de l'adulte avec bouffées vasomotrices.**
- **Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire.**
- **Atteinte oculaire possible.**
- **Chronicité.**