

# Item 232 : Dermatoses faciales : acné

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I Diagnostic.....</b>                            | <b>4</b>  |
| <b>I.1 Lésions élémentaires.....</b>                | <b>4</b>  |
| <b>I.1.1 Séborrhée.....</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>I.1.2 Lésions rétentionnelles.....</b>           | <b>4</b>  |
| <b>I.1.3 Lésions inflammatoires.....</b>            | <b>4</b>  |
| <b>I.1.4 Cicatrices.....</b>                        | <b>6</b>  |
| <b>I.2 Formes cliniques.....</b>                    | <b>6</b>  |
| <b>I.2.1 Formes communes.....</b>                   | <b>6</b>  |
| <b>I.2.2 Formes graves.....</b>                     | <b>6</b>  |
| <b>I.3 Formes étiologiques particulières.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>I.3.1 Acnés néonatales.....</b>                  | <b>6</b>  |
| <b>I.3.2 Acné prépubertaire.....</b>                | <b>7</b>  |
| <b>I.3.3 Acnés exogènes.....</b>                    | <b>7</b>  |
| <b>I.3.4 Acné de la femme adulte.....</b>           | <b>7</b>  |
| <b>I.3.5 Acné révélant une endocrinopathie.....</b> | <b>7</b>  |
| <b>I.4 Diagnostic différentiel.....</b>             | <b>8</b>  |
| <b>II Traitement.....</b>                           | <b>8</b>  |
| <b>II.1 Moyens thérapeutiques.....</b>              | <b>8</b>  |
| <b>II.1.1 Traitement local.....</b>                 | <b>8</b>  |
| <b>II.1.2 Traitement général.....</b>               | <b>9</b>  |
| <b>II.2 Indications.....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>II.2.1 Acné rétentionnelle.....</b>              | <b>11</b> |
| <b>II.2.2 Acné modérément inflammatoire.....</b>    | <b>11</b> |
| <b>II.2.3 Acné papulo-pustuleuse.....</b>           | <b>11</b> |
| <b>II.2.4 Acné nodulaire ou conglobata.....</b>     | <b>11</b> |

II.2.5 Suivi..... 12

Points essentiels ..... 12

## OBJECTIFS

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

Des recommandations de bonnes pratiques par l'AFSSAPS ont été mises à jour en novembre 2007.

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé.

Elle est le plus souvent primitive et commence généralement à la puberté.

### Physiopathologie de l'acné

Dans la genèse des lésions élémentaires de l'acné interviennent essentiellement trois facteurs.

Séborrhée (augmentation de production de sébum par la glande sébacée)

La condition nécessaire à la formation de lésions d'acné est l'hypersécrétion sébacée. La sécrétion du sébum est déclenchée et entretenue par la dihydrotestostérone, produite dans les cellules sébacées par la 5 -réductase de type I à partir de la testostérone libre.

Les androgènes circulants sont présents à des taux normaux et l'acné résulte seulement d'une sensibilité particulière de la glande sébacée aux androgènes.

Kératinisation infundibulaire du follicule pilosébacé

La formation du comédon est due à une hyperprolifération des kératinocytes du follicule pilosébacé associée à des anomalies de leur différenciation qui les empêche de desquamer dans le canal infundibulaire.

Microbes et facteurs de l'inflammation

La flore anaérobie des follicules sébacés (*Propionibacterium acnes*) est responsable du processus inflammatoire par deux mécanismes :

- infectieux lié au fait que *Propionibacterium acnes* est une bactérie ;
- inflammatoire par des substances libérées dans le follicule par la bactérie.

## I DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic est clinique.

### I.1 LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES

#### I.1.1 Séborrhée

Elle réalise un aspect de peau grasse et luisante.

Elle est constante et affecte la partie centrale du visage (nez, front, menton, joues), et la région thoracique supérieure (dos et face antérieure du thorax).

#### I.1.2 Lésions rétentionnelles

Les microkystes (ou comédons fermés) :

- correspondent à l'accumulation du sébum et de la kératine mélangés dans le canal folliculaire dilaté par l'obstruction de son orifice. Ce sont les véritables « bombes à retardement » de l'acné ;
- sont de petites papules de 2-3mm, qui passent souvent inaperçues et nécessitent une traction sur la peau pour les révéler et qui peuvent secondairement s'enflammer.

Les comédons ouverts :

- sont les « points noirs » de 1 à 3mm correspondant à l'accumulation des kératinocytes oxydés au sein de l'orifice dilaté du canal infundibulaire (Figure 1) ;
- peuvent s'expulser spontanément ou s'enflammer.

**Figure 1. Acné : comédons et papules de la joue**



#### I.1.3 Lésions inflammatoires

##### Lésions inflammatoires superficielles

Les papules sont des lésions inflammatoires, d'un diamètre inférieur à 5mm, généralement issues d'un microkyste, se présentant comme des élevures rouges, fermes, quelquefois douloureuses, pouvant évoluer vers la résorption ou la formation de pustules.

Les pustules sont habituellement des papules au sommet desquelles apparaît un contenu purulent jaune (Figure 2 et Figure 3).

**Figure 2. Acné papulo-pustuleuse du tronc**



**Figure 3. Acné papulo-pustuleuse du visage**



### **Lésions inflammatoires profondes**

Les nodules sont des lésions inflammatoires profondes ayant souvent une évolution vers l'abcédation, la rupture et la formation de cicatrices (Figure 4). Leur diamètre est supérieur à 5mm.

**Figure 4. Acné nodulaire de la face**



### **I.1.4 Cicatrices**

Elles sont fréquentes, essentiellement induites par les lésions inflammatoires et d'autant plus importantes que l'inflammation dure depuis longtemps et est sévère.

## **I.2 FORMES CLINIQUES**

### **I.2.1 Formes communes**

#### **Acné mixte juvénile**

C'est la forme la plus commune de l'acné survenant au moment de la puberté (en moyenne : 12 ans chez les filles, 14 ans chez les garçons). Les lésions rétentionnelles et inflammatoires superficielles sont présentes suivant un rapport variable.

#### **Acné rétentionnelle**

Elle est faite essentiellement de microkystes et comédons ouverts. Elle représente la forme la plus fréquente de l'acné débutante.

### **I.2.2 Formes graves**

#### **Acné nodulaire ou acné conglobata**

Elle est caractérisée par la présence de nodules inflammatoires qui peuvent évoluer vers des abcès ou se fistuliser en profondeur ; l'extension au tronc est fréquente. Son évolution est chronique avec la formation de cicatrices souvent importantes.

#### **Acné fulminante (acné nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse)**

Elle est exceptionnelle, à début brutal, caractérisée par une altération de l'état général avec hyperthermie à 39-40°C, des arthralgies et une hyperleucocytose, des nodules inflammatoires très nombreux et pouvant évoluer vers des ulcérations nécrotiques et hémorragiques.

## **I.3 FORMES ÉTIOLOGIQUES PARTICULIÈRES**

### **I.3.1 Acnés néonatales**

Elles apparaissent sur le visage dès les premières semaines de vie et régressent spontanément en quelques semaines. Elles sont dues aux androgènes d'origine maternelle.

### **I.3.2 Acné prépubertaire**

Elle est essentiellement faite de lésions rétentionnelles. Elle est caractérisée par son début avant la puberté.

### **I.3.3 Acnés exogènes**

Contrairement aux formes précédentes, les lésions rétentionnelles (comédons ouverts) prédominent.

Elles apparaissent après contact prolongé d'huiles minérales : ce sont les « boutons d'huile » des cuisses et des bras chez les garagistes, mécaniciens, fraiseurs...

Les acnés aux cosmétiques sont induites par les produits cosmétiques (crème hydratante contenant des huiles végétales, poudres de pigments) et sont essentiellement localisées au visage.

### **I.3.4 Acné de la femme adulte**

Elle est présente chez une femme de 25 ans ou plus.

Il s'agit soit d'acné juvénile se prolongeant à l'âge adulte, soit d'une rechute d'une acné juvénile, soit d'une forme d'acné débutant à l'âge adulte.

Elle est caractérisée par des papules ou des nodules inflammatoires localisés à la partie basse du visage (mandibules).

Les lésions rétentionnelles sont en général peu nombreuses.

### **I.3.5 Acné révélant une endocrinopathie**

L'acné n'est qu'un signe clinique de l'endocrinopathie, à suspecter devant :

- une acné féminine grave et résistante aux traitements ;
- une acné accompagnée de signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, alopecie, troubles des règles.

Des explorations hormonales sont alors justifiées : dosage de la testostérone, de la 17OH-progesterone, du sulfate de DHA et de la delta-4-androstenedione.

La cause la plus fréquente est la maladie des ovaires polykystiques.

## I.4 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'absence de lésions rétentionnelles (comédons et microkystes) va à l'encontre du diagnostic d'acné.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec :

- les folliculites infectieuses (bactérie, *Demodex*, *Candida*) ;
- les folliculites médicamenteuses : dont les lésions sont monomorphes, constituées de papulo-pustules et les comédons sont absents. L'évolution est particulière avec un début brutal et une régression à l'arrêt du médicament responsable. Les médicaments les plus fréquemment en cause sont les androgènes (sportifs, culturistes), les progestatifs de synthèse et les contraceptifs œstroprogestatifs, les corticoïdes, les antiépileptiques, les antituberculeux, la vitamine B12, les halogènes, les sels de lithium, les médicaments immunosuppresseurs (azathioprine, ciclosporine), les inhibiteurs de l'*epidermal growth factor* ;
- la rosacée ;
- les syphilides acnéiformes ;
- l'acné excoriée :
  - c'est une forme presque exclusivement féminine ;
  - les lésions sont provoquées par des manipulations excessives de la peau du visage aboutissant à des érosions ;
  - elle témoigne de difficultés psychologiques.

## II TRAITEMENT

---

### II.1 MOYENS THÉRAPEUTIQUES

#### II.1.1 Traitement local

Il existe 3 grandes classes.

#### Rétinoïdes topiques

L'acide rétinoïque tout-trans ou trétinoïne, l'acide 13 cis-rétinoïque ou isotrétinoïne et l'adapalène agissent principalement comme kératolytiques (comédolytiques) sur les comédons et les microkystes.

L'irritation est le principal facteur limitant, qui nécessite des adaptations de posologie et de rythme d'application.



## **Peroxyde de benzoyle**

Utilisé aux doses de 2,5 ou 5 %, il est légèrement comédolytique et puissamment antibactérien (lésions inflammatoires superficielles). Il n'y a pas de résistance bactérienne connue.

Les effets secondaires sont l'irritation et la photosensibilisation.

## **Antibiotiques locaux**

Deux antibiotiques sont disponibles dans cette indication : l'érythromycine 4 % et la clindamycine. Ils agissent sur la flore bactérienne et comme anti-inflammatoires non spécifiques.

Leur activité est modeste, essentiellement sur les lésions inflammatoires superficielles.

Ils sont partiellement remis en cause du fait de l'émergence de résistances bactériennes. Il est conseillé de ce fait de les utiliser en association avec un peroxyde de benzoyle ou un rétinoïde topique plutôt que seuls.

### **II.1.2 Traitement général**

#### **Antibiotiques**

Ce sont les cyclines (doxycycline, lymécycline), la minocycline en cas d'échec des cyclines précédentes, ou certains macrolides (érythromycine, roxithromycine, josamycine) quand les cyclines ne peuvent pas être prescrites (femme enceinte, jeune enfant).

Les cyclines agissent dans l'acné essentiellement par leurs activités antiséborrhéique et anti-inflammatoire présentes à des doses inférieures de moitié à celle de l'activité antibactérienne. Elles sont utilisées en moyenne 4 mois.

Les effets secondaires principaux sont la photosensibilisation (surtout pour la doxycycline), les candidoses, les vertiges (minocycline). La minocycline induit dans 2 à 3 % des cas des effets secondaires rares mais sévères (hépatite, lupus).

#### **Gluconate de zinc**

Doté d'une activité essentiellement anti-inflammatoire inférieure à celle des cyclines, il est utile en cas de contre-indication à celles-ci, l'été (pas de photosensibilisation) et en cas de grossesse.

## Isotrétinoïne

C'est un inhibiteur non hormonal de la sécrétion sébacée et un traitement antirétentionnel et modérément anti-inflammatoire. C'est le plus puissant des médicaments sébostatiques et des médicaments antiacnéiques.

Ses effets secondaires doivent être connus :

- risque tératogène (règles de prescription) (cf. « Acné conglobata ») ;
- sécheresse cutanéomuqueuse dose-dépendante : chéilite, xérose cutanée, conjonctivite (pas de lentilles), rhinite sèche ;
- exacerbation de l'acné pendant les quatre premières semaines de traitement ;
- risque d'hypertension intracrânienne en association avec les cyclines (contre-indication) ;
- élévation des transaminases et hyperlipidémie.

## Hormonothérapie

Elle est réservée au sexe féminin et comprend :

- soit l'association d'un œstrogène (éthinyloestradiol) à un antiandrogène (acétate de cyprotérone). Son efficacité est limitée et lente ;
- soit une pilule ayant une indication dans l'acné (progestatif à activité androgénique peu marquée).

## II.2 INDICATIONS

Le choix du traitement varie selon le degré de gravité de l'acné. L'observance est souvent médiocre chez les adolescents.

Les acnés où prédominent les lésions rétentionnelles relèvent plutôt d'un traitement local par rétinoïdes.

Les acnés à prédominance inflammatoire, également traitées localement en première intention, (peroxyde de benzoyle et antibiotique topique) nécessitent un traitement systémique en cas de non-réponse ou réponse partielle au traitement topique seul ou en cas d'extension des lésions au tronc.

Le sujet acnéique a aussi besoin de *conseils et d'informations* :

- il ne faut pas presser les comédons ;
- les « nettoyages de peau » ne peuvent être qu'un complément éventuel au traitement ;
- il est inutile, voire préjudiciable de passer un antiseptique sur les lésions ou de faire une toilette « énergique ».

Les soins d'hygiène sont indispensables, mais doivent être guidés de même que la cosmétologie :

- le soleil réduit transitoirement le caractère inflammatoire des lésions, mais il facilite la comédogenèse en épaississant la peau et l'amélioration estivale est généralement suivie d'une poussée d'acné en automne ;
- il n'y a pas de régime alimentaire à suivre ;
- les effets du traitement ne sont jamais rapides : il faut 2 à 3 mois en moyenne pour obtenir un résultat appréciable. Le patient doit en être prévenu ainsi que des effets secondaires.

### **II.2.1 Acné rétentionnelle**

Les rétinoïdes topiques constituent le meilleur choix, à raison d'une seule application le soir.

### **II.2.2 Acné modérément inflammatoire**

Rétinoïdes topiques seuls ou associés au peroxyde de benzoyle ou à une antibiothérapie locale.

S'il y a peu de lésions rétentionnelles, on peut choisir une monothérapie : peroxyde de benzoyle ou antibiothérapie locale (jamais seule).

### **II.2.3 Acné papulo-pustuleuse**

Antibiothérapie générale dont la durée ne devra pas excéder 4 mois. Il faut choisir de préférence une cycline en première intention aux posologies suivantes :

- doxycycline 100mg/j ;
- lymécycline 300mg/j ;
- minocycline 100mg/j (en seconde intention).

En cas de contre-indication des cyclines, l'érythromycine (1g/j) ou le gluconate de zinc peuvent être prescrits.

L'antibiothérapie devra être associée à un traitement local avec du peroxyde de benzoyle ou un rétinoïde topique type adapalène pour accélérer l'effet thérapeutique.

### **II.2.4 Acné nodulaire ou conglobata**

L'isotrétinoïne est le traitement de choix, après échec d'un traitement standard par antibiotiques oraux associés à un traitement local.

Elle doit être débutée à la dose de 0,5mg/kg et poursuivie jusqu'à une dose cumulée optimale de 120 à 150mg/kg par cure.

Ce médicament est tératogène et ne peut pas être prescrit à la femme en âge de procréer en dehors d'une stricte contraception. Celle-ci doit débuter 1 mois avant le début du traitement et être poursuivie pendant toute la durée du traitement et 1 mois après son arrêt avec des contrôles mensuels du test de grossesse (*β-human chorionic gonadotrophin* [ $\beta$ hCG] plasmatiques), le dernier ayant lieu 5 semaines après l'arrêt de l'isotrétinoïne.

La contraception ne peut utiliser l'acétate de cyprotérone qui n'a pas l'indication « contraception » dans l'AMM. Une information détaillée doit être fournie et un consentement doit être signé par la patiente ou le représentant légal dans le cas d'un mineur.

Ce traitement nécessite aussi un dosage initial et une surveillance périodique tous les 3 mois des transaminases (aspartate aminotransférase [ASAT], alanine aminotransférase [ALAT]), du cholestérol total et des triglycérides.

L'isotrétinoïne est en outre soumise à une réglementation spéciale concernant sa prescription par le médecin et sa délivrance par le pharmacien.

### II.2.5 Suivi

L'acné étant une maladie chronique, et la majorité des traitements topiques et systémiques étant suspensifs (rechute à l'arrêt), un traitement d'entretien par rétinoïde topique peut être proposé dans les formes d'évolution récidivantes.

## POINTS ESSENTIELS

---

- **L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilosébacé.**
- **L'acné est une maladie de l'adolescence le plus souvent.**
- **Le diagnostic de l'acné est clinique.**
- **Il existe 2 types de lésions folliculaires : rétentionnelles (comédons), et lésions inflammatoires superficielles (papules et pustules).**
- **Le traitement dépend de la prédominance de l'un des 2 types de lésions.**