

Acné

E. GROSSHANS (Strasbourg), J. REVUZ (Créteil), M. FAURE (Lyon), J.-C. ROUJEAU (Créteil), C. BEDANE (Limoges)

Objectifs

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

L'acné est une dermatose inflammatoire des follicules sébacés.

C'est une maladie extrêmement fréquente, affectant 90 p. 100 des adolescents. Mais seulement 20 à 30 p. 100 d'entre eux nécessitent le recours à un avis médical et 1 p. 100 de ceux-ci (3 à 4 p. 100 chez les hommes et 0,4 p. 100 chez les femmes) pose des problèmes de prise en charge difficiles.

L'acné commence généralement aux approches de la puberté. Les lésions folliculaires caractéristiques sont précédées de la survenue d'une séborrhée : la « puberté sébacée » est généralement plus précoce que la puberté génitale et notamment chez les filles la peau peut devenir « grasse et boutonneuse », bien avant l'âge des premières règles, dès l'âge de 8-9 ans, ce qui peut aussi constituer un facteur prédictif de gravité. L'acné devient manifeste plus tardivement, 12 ans en moyenne chez les filles, 13 ans en moyenne chez les garçons.

L'évolution est spontanément régressive dans la majorité des cas : l'issue naturelle est généralement atteinte avant l'âge de 20 ans dans le sexe masculin ; dans le sexe féminin l'acné peut se prolonger. Cette évolution prolongée ne comporte pas vraiment d'explication : la prise de contraceptifs oestroprogestatifs et l'usage de produits cosmétiques gras peuvent contribuer à pérenniser les lésions.

DIAGNOSTIC

Lésions élémentaires de l'acné

LA SÉBORRHÉE

Elle est la condition préalable au développement des lésions acnéiques. La peau a un toucher gras, surtout sur le nez, le front, les joues et la région thoracique supérieure. La séborrhée affecte aussi le cuir chevelu et les concavités des pavillons auriculaires où les autres lésions d'acné n'apparaissent que rarement.

LES COMÉDONS

Ce sont les « points noirs » ou petits bouchons cornés de 1 à 3 mm situés dans les orifices des follicules sébacés. Ces comédons sont faciles à exprimer par la pression des doigts ou d'un tire-comédon : ils apparaissent dans ce cas sous la forme de petits filaments gras, compacts, de couleur jaunâtre avec une extrémité noire. Les comédons peuvent s'expulser spontanément et ils ne sont que rarement le siège de phénomènes inflammatoires. Ils siègent dans les zones les plus séborrhéiques, y compris dans les conques auriculaires.

LES MICROKYSTES

Ce sont de petites élevures blanches (« points blancs ») de 2-3 mm, siégeant dans les mêmes localisations, préférentiellement sur les joues et le menton. Ils correspondent à l'accumulation, dans l'entonnoir fermé d'un follicule sébacé, de sébum et de kératine mélangés à des colonies bactériennes. Ce sont les véritables « bombes à retardement » de l'acné ; ils peuvent s'ouvrir et évoluer comme des comédons ou être le siège d'une rupture de leur paroi dans le derme et de phénomènes inflammatoires aboutissant à la constitution des papules et pustules.

LES PAPULES

Ce sont des lésions inflammatoires, d'un diamètre inférieur à 5 mm, 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

Ce sont habituellement des papulo-pustules à la partie apicale desquelles apparaît un contenu purulent jaune.

LES NODULES

Ce sont des lésions inflammatoires profondes ayant souvent une évolution vers l'abcédation, la rupture et la formation de cicatrices. Un nodule d'acné a par convention un diamètre supérieur à 5 mm !

Formes cliniques de l'acné

Il est classique d'opposer les formes d'acné purement rétentionnelles aux formes inflammatoires et de subdiviser ces dernières en formes bénignes et en formes graves. Cette individualisation de formes cliniques est un peu artificielle et repose sur la densité ou la prépondérance de telle lésion élémentaire et sur l'étendue des lésions sur la surface cutanée. En réalité il y a un spectre continu depuis l'acné mineure se résumant à quelques comédons jusqu'à l'acné fulminante.

FORMES COMMUNES

Acné rétentionnelle

Elle associe une séborrhée à de nombreux comédons et microkystes principalement sur le nez, les joues et le front, accessoirement sur les épaules, dans les conques auriculaires. Si les comédons sont bien visibles, la mise en évidence des microkystes nécessite souvent un examen de la peau en lumière rasante. Si cette forme est visuellement peu affichante, sa gravité potentielle est souvent sous-estimée ; en effet tous les microkystes peuvent individuellement ou globalement s'enflammer et une acné rétentionnelle où prédominent les microkystes n'est pas facilement curable.

Acné papulo-pustuleuse

C'est la présentation la plus commune de l'acné. Sur la peau du visage, souvent aussi sur la poitrine et dans les régions scapulaires, coexistent sur un fond de séborrhée des comédons, des microkystes, des papules et des pustules. Les microkystes et les papules sont dans cette forme les lésions élémentaires dominantes.

FORMES GRAVES

Acné nodulaire

Ce sont les plus fréquentes des acnés dites graves, cumulant toutes les lésions élémentaires, une extension constante au tronc et une évolution cicatricielle. Cette forme d'acné débute à la puberté comme une acné ordinaire, mais s'étend progressivement au cou, au tronc, aux fesses et aux racines des membres. La peau est couverte de comédons souvent polyporeux, de microkystes et de kystes folliculaires de grande taille, dans la forme nodulaire.

Acné conglobata

Elle est plus fréquente chez l'homme. Les lésions rétentionnelles évoluent vers des papules, des pustules, des abcès formant des sinus de drainage, des tunnels suppuratifs et fistulisés. Ces derniers laissent des cicatrices déprimées, souvent pontées par des brides de peau résiduelle. La suppuration des nodules est pour ces malades un handicap social majeur ; les séquelles cicatricielles confèrent au visage un aspect grêlé et sur les épaules les cicatrices sont souvent saillantes et chéloïdiennes.

Acné fulminante (acné nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse)

C'est la forme la plus grave de l'acné touchant avec prédilection les malades de sexe masculin. Les nodules inflammatoires

et suppuratifs sont très nombreux, donnant éventuellement issue à du pus hémorragique ou évoluant vers des ulcérations nécrotiques. Il y a surtout des signes généraux : fièvre d'allure septique de 39 à 40°C, douleurs musculaires et articulaires, altération de l'état général, hyperleucocytose pouvant être leucémoïde.

Formes étiologiques particulières de l'acné

ACNÉS NÉONATALES ET INFANTILES

C'est le plus souvent une acné transitoire du nouveau-né, due aux androgènes d'origine maternelle, plus ou moins facilitée et prolongée par les onguents gras utilisés pour les soins cutanés de l'enfant. Elle est de siège facial et de séméiologie commune.

ACNÉS MÉDICAMENTEUSES

Elles sont dues à des médicaments qui pérennisent l'acné ou qui font apparaître des lésions d'acné chez les sujets à terrain séborrhéique favorable. Les médicaments ayant été incriminés dans la genèse de telles acnés ou éruptions acnéiformes sont les androgènes, les contraceptifs oestro-progestatifs, dont le composant progestatif, s'il est du groupe norstéroïde, peut être acnéigène, les corticoïdes, les antiépileptiques et plus rarement les antituberculeux, la vitamine B12, les halogènes, les sels de lithium, les médicaments immunosuppresseurs (azathioprine, ciclosporine). Les éruptions acnéiformes médicamenteuses se distinguent des acnés pérennisées par leur aspect plus monomorphe, surtout papuleux et pustuleux.

ACNÉS EXOGÈNES

Elles apparaissent sous l'effet sur la peau d'huiles minérales très comédogéniques : ce sont les « boutons d'huile » des cuisses et des bras chez les garagistes, mécaniciens, fraiseurs...

Les acnés aux cosmétiques, dues à la présence d'huiles végétales concentrées ou de paraffines semi-fluides (vaseline), sont devenues rares depuis que les matières premières sont mieux sélectionnées et que la plupart des cosmétiques gras sont soumis au préalable au « test de comédogénicité ».

ACNÉ RÉVÉLANT UNE ENDOCRINOPATHIE

L'acné commune n'est pas due à des anomalies endocriniennes, mais des endocrinopathies peuvent parfois se révéler par une acné. Il faut suspecter une endocrinopathie devant :

- une acné féminine grave et résistant aux traitements ;
- accompagnée de signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, alopecie, troubles des règles (aménorrhée, oligoménorrhée).

Un bilan hormonal est alors justifié : en dépistage dosage de testostérone et de delta-4 androsténone. La cause la plus fréquente est une maladie des ovaires polykystiques.

ACNÉ EXCORIÉE

Cette forme est presque exclusivement féminine. La plupart des lésions sont provoquées par des manipulations agressives de lésions d'acné minimes. Cette forme témoigne de difficultés psychologiques, le plus souvent bénignes.

Diagnostic différentiel

Celui-ci doit se faire :

- avec les autres lésions folliculaires inflammatoires : les folliculites infectieuses à germes banals, notamment les furoncles des régions pileuses de la face et du tronc, et les pseudofolliculites de la barbe par inclusion de tiges pileuses chez les sujets à poils de barbe bouclés ou crépus ;
- avec des lésions papulo-pustuleuses non folliculaires, notamment celles de la rosacée où l'absence de comédons et de microkystes est utile au diagnostic différentiel ;
- plus rarement avec des verrues planes de la face, les kystes et comédons liés au vieillissement solaire chez les sujets plus âgés, les angiofibromes de la sclérose tubéreuse de Bourneville.

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ACNÉ

Dans la genèse des lésions élémentaires de l'acné interviennent essentiellement trois facteurs : la séborrhée, la kératinisation de l'infundibulum pileux, les activités de la flore microbienne et d'autres facteurs de l'inflammation folliculaire.

Séborrhée

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 α -réductase de type I à partir de la testostérone libre d'origine testiculaire d'une part, de la déhydroépiandrostérone et de la Δ 4-androstènedione d'origine surrénalienne d'autre part. La surrénale est la principale source d'androgènes chez la femme. Ces androgènes circulants sont présents à des taux physiologiques et une acné sévère résulte le plus souvent d'une hyperactivité locale de la 5 α -réductase.

Kératinisation infundibulaire

La formation du comédon relève d'un processus de kératinisation de la partie profonde de l'infundibulum des follicules sébacés. L'hyperkératose entraîne l'obstruction du follicule et la rétention du sébum produit en amont.

Microbes et facteurs de l'inflammation

Normalement, le sébum sécrété est excrété vers la surface de la peau où il contribue à former le « film lipidique de surface ». Lors de son excrétion, sa composition chimique change et il s'enrichit en particulier, jusqu'à 30 p. 100 de son poids, en acides gras libres. Cette hydrolyse des triglycérides en acides gras libres inflammatoires est le fait de la flore anaérobie des follicules sébacés (*Propionibacterium acnes*). P.

acnes agit dans le processus inflammatoire par divers autres mécanismes que l'hydrolyse des triglycérides : induction d'anticorps dirigés contre des déterminants polysaccharidiques des bactéries, activation du complément et chimiotactisme neutrophilique par la voie d'activation du complément, infiltration par les polynucléaires des parois des follicules et rupture des follicules.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ

Moyens thérapeutiques

TRAITEMENT LOCAL

Trois catégories de médicaments ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement local de l'acné mineure à modérée :

Les rétinoïdes topiques

L'acide rétinoïque tout-trans ou trétinoïne, son isomère, l'acide 13 cis-rétinoïque ou isotrétinoïne et l'adapalène. Ceux-ci agissent principalement comme kératolytiques (comédolytiques) sur les comédons et les microkystes, l'adapalène étant aussi pourvu de propriétés anti-inflammatoires.

Le peroxyde de benzoyle

Il est comédolytique et agit surtout comme antibactérien sur la flore des propionibactéries anaérobies. Il se décompose au contact de la peau en acide benzoïque et en oxygène.

Les antibiotiques locaux

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

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Trois catégories de médicaments ont fait la preuve de leur efficacité et sont indiquées dans le traitement des acnés inflammatoires modérées à graves.

Les antibiotiques

Notamment les cyclines (tétracycline, doxycycline, lymécycline et minocycline) et certains macrolides (érythromycine, roxithromycine, josamycine) quand les cyclines ne peuvent pas être prescrites (femme enceinte, jeune enfant). Ils agissent indirectement comme antibactériens et directement par leurs propriétés anti-inflammatoires à des posologies plus faibles que celles qui sont nécessaires dans un traitement anti-infectieux.

L'isotrétinoïne

C'est un inhibiteur non hormonal de la sécrétion sébacée. C'est le plus puissant des médicaments sébostatiques.

L'hormonothérapie

Associant un oestrogène (éthynyl-oestradiol) et un anti-androgène (acétate de cyprotérone), peut exclusivement être

prescrite dans l'acné féminine. Les oestrogènes agissent par compétition avec la testostérone libre circulante et l'acétate de cyprotérone est un inhibiteur de la 5 α -réductase.

Indications

Le choix du traitement découle directement des considérations physiopathologiques ci-dessus et varie selon le degré de gravité de l'acné. Les acnés où prédominent les lésions rétentionnelles relèvent plutôt d'un traitement local. Les acnés inflammatoires également traitées localement en première intention nécessitent plus ou moins tôt un traitement systémique.

Le sujet acnéique a aussi besoin de conseils :

- ne pas presser les comédons ;
- les « nettoyages de peau » ne peuvent être qu'un complément éventuel au traitement ;
- il est inutile, voir préjudiciable de passer un désinfectant sur les lésions ;
- certains cosmétiques pérennisent l'affection ;
- le soleil réduit transitoirement le caractère inflammatoire des lésions, mais il facilite la comédogénèse et l'amélioration estivale est généralement suivie d'une poussée d'acné en automne ;
- il n'y a pas de régime alimentaire à suivre ;
- le seul conseil à donner en plus du traitement est celui d'une bonne hygiène cutanée.

DANS L'ACNÉ PUREMENT RÉTENTIONNELLE

Acné ne comportant que des comédons et des microkystes, les rétinoïdes topiques constituent le meilleur choix, à raison d'une seule application par jour.

DANS L'ACNÉ MODÉRÉMENT INFLAMMATOIRE

Acné où le nombre des papules et pustules est cosmétiquement encore acceptable, on conseille généralement d'associer un rétinoïde soit au peroxyde de benzoyle soit à l'antibiothérapie locale, le rétinoïde étant appliqué le soir, l'autre topique étant appliqué au cours de la journée. S'il y a peu de lésions rétentionnelles, on peut choisir une monothérapie : peroxyde de benzoyle ou antibiothérapie locale.

DANS L'ACNÉ PAPULO-PUSTULEUSE

Acné moyenne à grave, il faut conseiller une antibiothérapie générale dont la durée ne devrait pas être inférieure à 3 mois. Il faut choisir de préférence une cycline en première intention et la prescrire aux posologies suivantes :

- doxycycline 100 mg/jour ;
- lymécycline 300 mg/jour ;

- minocycline 100 mg/jour ;
- tétracycline 1 g/jour.

En cas de contre-indication des cyclines, l'érythromycine est prescrite à la dose de 1 g/jour. Les posologies de ces antibiotiques sont généralement réduites de 50 p. 100 en traitement d'entretien au-delà du 15^e jour et lors des traitements prolongés au-delà du 3^e mois.

DANS LES ACNÉS GRAVES

C'est l'isotrétinoïne (Roaccutane®) qui est indiquée. Il s'agit de l'acné nodulaire, de l'acné conglobata, de l'acné fulminante (en association aux corticoïdes) et dans l'acné inflammatoire ayant résisté à un traitement standard par antibiotiques oraux associés à un traitement local.

Sa posologie optimale est comprise entre 0,5 et 1 mg/kg/jour et le traitement doit être poursuivi jusqu'à une dose cumulée optimale de 100 à 150 mg/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 être mise en place 1 mois avant le début du traitement et poursuivie pendant toute la durée du traitement et un mois après son arrêt avec des contrôles réguliers programmés du test de grossesse (β -HCG plasmatiques). Ce traitement nécessite aussi un dosage initial et une surveillance périodique des transaminases (ASAT, ALAT), du cholestérol total et des triglycérides.

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

DANS L'ACNÉ FÉMININE

Acné mineure ou moyenne, l'association éthinyl-oestradiol + acétate de cyprotérone (Diane 35®) peut être utilisée avec une durée de traitement recommandée d'au moins 6 mois.

L'antibiothérapie orale peut être associée avec bénéfice aux traitements locaux (à l'exclusion de l'antibiothérapie topique). L'isotrétinoïne orale n'a pas besoin d'être associée à un traitement local spécifique et son association aux cyclines orales est contre-indiquée.

L'efficacité de ces divers traitements est grandement liée à leur observance. Celle-ci est obtenue si l'on explique bien aux malades acnéiques tous les effets indésirables possibles des topiques et des médicaments administrés par voie systémique : irritation et sécheresse cutanée avec les rétinoïdes, risque de sensibilisation allergique avec le peroxyde de benzoyle, photosensibilisation avec les cyclines nécessitant des conseils d'éviction ou de protection solaire, sécheresse dose-dépendante des lèvres et des muqueuses buccales et nasales lors de traitements par l'isotrétinoïne.

Points clés

1. L'acné est une maladie très fréquente de l'adolescence.
2. L'acné est une maladie inflammatoire non infectieuse des follicules pilo-sébacés, les propionibactéries anaérobies jouent néanmoins un rôle dans sa physiopathologie.
3. La conversion des androgènes circulants dans les glandes sébacées joue un rôle physiopathologique, mais l'acné n'est qu'exceptionnellement une endocrinopathie.
4. Le diagnostic de l'acné est clinique.
5. L'acné commune ne nécessite pour son diagnostic ni biopsie ni autres examens biologiques.
6. La séborrhée est le symptôme commun à toutes les formes d'acné.
7. Les lésions élémentaires sont rétentionnelles (comédons, microkystes) et inflammatoires (papules, pustules, nodules).
8. Les formes cliniques sont dénommées et classées selon la prépondérance des lésions élémentaires.
9. Les formes graves de l'acné sont l'acné nodulaire, l'acné conglobata et l'acné fulminante.
10. Il n'y a pas de traitement local efficace de la séborrhée.
11. Les traitements locaux validés sont les rétinoïdes, le peroxyde de benzoyle et certains antibiotiques (érythromycine, clindamycine).
12. Le traitement de l'acné par voie générale fait l'objet de recommandations d'un groupe de travail constitué par l'Agence du Médicament.
13. Il n'y a pas de mesures d'hygiène ou de régime alimentaire particuliers imposés par l'existence d'une acné.

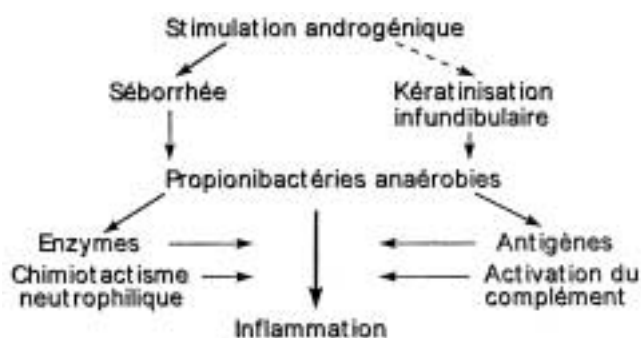


Fig. 1. Physiopathologie de l'acné.



Fig. 2. Comédons et papules de la joie.



Fig. 3. Acné papulo-pustuleuse du tronc.



Fig. 5. Acné nodulaire de la face.



Fig. 4. Acné papulo-pustuleuse du visage.