

Rosacée

B. CRIBIER (*Strasbourg*), R. LAURENT (*Besançon*), J. MEYNADIER (*Montpellier*)

Objectifs

- 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. La physiopathologie reste encore mal comprise, même si on suspecte une anomalie vasculaire primitive du visage. De ce fait, le traitement repose sur des bases empiriques.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La rosacée touche le plus souvent des sujets à peau claire et aux yeux clairs, principalement originaires du nord de l'Europe. Elle est rare sur peau foncée. Elle débute après l'âge de l'acné, vers 25 à 30 ans et le pic de fréquence se situe après 45 ans. Il existe une nette prédominance féminine.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

La rosacée évolue en 4 stades, mais le passage par tous les stades n'est pas obligatoire.

Stade 1 des bouffées vasomotrices (vers 20 ans)

Les patients ont des poussées soudaines de rougeur paroxysmique du visage et du cou, avec sensation de chaleur, mais sans signes systémiques. Après les crises, la peau du visage redevient normale. Ces « flushes » sont déclenchés par les changements de température (entraînant parfois une thermophobie), l'absorption de boissons chaudes ou d'alcool.

Stade 2 érythémato-télangiectasique (vers 30 ans)

Les zones malaires sont diffusément rouges. On y observe des capillaires dilatés constituant la classique couperose. A la

différence du stade 1, la rougeur est permanente. Outre les joues, le menton et la partie médiane du front peuvent être touchés.

Stade 3 des papulo-pustules (vers 40 ans)

C'est la véritable phase d'état de la rosacée, où elle est le plus facile à reconnaître. Sur un fond d'érythème se développent des papules et des pustules de quelques millimètres de diamètre, sans comédons associés. Cette dermatose peut être très étendue, parfois à la partie glabre du cuir chevelu chez l'homme, mais respecte le pourtour de la bouche et des yeux. Les patients se plaignent d'une peau sensible, avec intolérance subjective à la plupart des topiques et des cosmétiques gras.

Stade 4 du rhinophyma (vers 50 ans ou plus tard)

Cette phase tardive touche principalement les hommes, contrairement aux autres stades. Le nez est augmenté de volume, diffusément rouge et les orifices folliculaires sont dilatés. La peau s'épaissit progressivement et le nez prend l'aspect classique de la « trogne », sans que l'alcool ne soit forcément en cause.

Le diagnostic est clinique. On peut proposer une biopsie en cas de doute, surtout pour éliminer une autre maladie. Aucun examen paraclinique n'est utile.

Diagnostic différentiel

Une dermatose ressemblant à la rosacée peut être induite par la corticothérapie locale forte prolongée sur le visage : c'est la rosacée stéroïdienne, caractérisée par une dépendance majeure aux corticoïdes, un érythème desquamatif et de grandes télangiectasies.

Le lupus érythémateux est souvent évoqué dans les phases précoces. Il n'y a pas de bouffées vasomotrices dans le lupus, ni d'atteinte du front ou du menton. Les papules et les pustules en sont absentes. En cas de doute, une biopsie cutanée peut aider à distinguer les deux maladies.

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.

La dermatite séborrhéique a un fond érythémateux, mais parsemé de squames grasses. Les localisations en sont différentes : les ailes du nez, les sourcils et la lisière antérieure du cuir chevelu sont préférentiellement touchés.

EVOLUTION

La rosacée a une évolution chronique, émaillée de poussées de papules et de pustules survenant sans facteur déclenchant particulier. 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. Des rémissions spontanées sont possibles, mais il persiste un état érythémateux et télangiectasique permanent même en l'absence de papules ou de pustules. Une fois installé, le rhinophyma ne régresse plus et n'est sensible à aucun traitement médical ; les phases inflammatoires ont toutefois tendance à disparaître avec l'âge.

Associations pathologiques

- migraine,
- signes oculaires : sécheresse symptomatique ou non chez plus d'un tiers des patients, conjonctivites et blépharites fréquentes, kératites ou autres complications graves possibles mais rares.

PHYSIOPATHOLOGIE

Il existe probablement à la base une anomalie de la vascularisation faciale qui se traduit par les bouffées vasomotrices, l'érythème permanent et 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 ici des phénomènes inflammatoires se traduisant par des papules et des pustules.

TRAITEMENT

Les formes mineures peuvent être traitées par des gels ou des crèmes au métronidazole, qui a démontré son efficacité dans cette indication à raison d'une application/jour pendant 3 mois. Les récurrences sont la règle et il faut donc renouveler les cures.

Les formes plus diffuses répondent très bien à une antibiothérapie générale par cyclines. Seule la doxycycline à une AMM dans la rosacée à 100 mg/j (prise le soir de préférence) pendant une durée de 3 mois. La réponse est excellente dès le 2^e mois, mais ici encore les récurrences sont fréquentes. L'association doxycycline *per os* et métronidazole local permet un bon résultat à 3 mois et le traitement d'entretien par le métronidazole seul peut être proposé au long cours.

Il n'y a pas d'antibiotiques ayant une AMM pouvant constituer une alternative aux cyclines ; on peut toutefois proposer les macrolides. Le métronidazole *per os* a été beaucoup utilisé, mais pourrait entraîner une neuropathie en cas de traitement prolongé.

Dans la rosacée stéroïdienne, il faut sevrer les corticoïdes. Pour atténuer un effet rebond majeur il est possible de prescrire pendant quelques semaines des cyclines *per os* et on peut calmer les signes fonctionnels par des pulvérisations d'eau thermale et des émoullents légers jusqu'à disparition de l'inflammation. La poursuite de la corticothérapie expose à l'atrophie, et à l'apparition de nouvelles télangiectasies très larges.

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 émoullent fluide.

L'érythème et la couperose ne répondent pas aux traitements médicaux. La couperose peut être traitée par laser vasculaire ou par électrocoagulation. Le rhinophyma peut être réduit chirurgicalement ou à l'aide d'un laser CO₂.

Points clés

1. Visage rouge de l'adulte avec bouffées vasomotrices.
2. Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire.
3. Atteinte oculaire possible.
4. Chronicité



Fig. 1. Erythème compensé et papulo-pustules.



Fig. 3. Rhinophyma.



Fig. 2. Rosacée papulo-pustuleuse.