

## I - La gale, une maladie fréquente, toujours d'actualité en 2017 !

### SOMMAIRE

I - La gale, une maladie fréquente, toujours d'actualité en 2017 ..... 1

Cas cliniques/questions ..... 1

Introduction ..... 3

La gale ..... 3

Clinique ..... 3

Signes cliniques ..... 3

Le diagnostic ..... 3

Traitement ..... 4

Points forts - En pratique ..... 4

Cas cliniques/réponses et commentaires ..... 5

II - L'acné ..... 7

Quiz ..... 7

Généralités ..... 8

Physiopathologie et lésions

élémentaires ..... 9

Diagnostic selon l'âge ..... 7

L'acné du nouveau-né ..... 9

L'acné du nourrisson ..... 10

L'acné de l'enfant ..... 10

L'acné de l'adolescent ..... 10

L'acné induite ..... 10

Évaluation de la gravité et formes

d'acnés particulières ..... 11

Prise en charge thérapeutique ..... 11

Stratégie thérapeutique ..... 12

Ce qu'il faut retenir ..... 13

Corrigé du quiz ..... 13

Algorithmes de prise en charge

de l'acné Société Française de

Dermatologie ..... 14/15

© Illustrations de l'auteur

Directeur de la publication :

Dr Brigitte Virey

Rédacteur en chef :

Dr Gilbert Danjou

Composition et Impression :

Vassel Graphique

Bd des Droits de l'Homme

BP 58 - 69672 Bron cedex

www.vasselgraphique.com

Édité par

l'Association Française

de Pédiatrie Ambulatoire - AFPA

### Cas clinique 1

Une jeune fille de 8 ans est amenée à la consultation pour des lésions croûteuses péri-orificielles, notamment des oreilles. Elle n'est pas fébrile. À l'examen clinique vous constatez également des lésions érythémato-croûteuses de la face interne des cuisses et surtout des lésions bulleuses des paumes et de la face antérieure des poignets. Elle se gratte.

▷ Quel diagnostic évoquez-vous ?

A- Épidermolyse staphylococcique

B- Impétigo

C- Gale impétiginisée

D- Varicelle

E- Syndrome pieds-mains-bouche



### Cas clinique 2

Cette petite fille de 18 mois vous est adressée pour prise en charge d'un eczéma atopique. Elle se gratte depuis plusieurs semaines. Les traitements par dermocorticoïdes (tridésone®) permettent une amélioration transitoire des lésions.

▷ Que proposez-vous ? (une ou plusieurs réponses)

A- Traitement par dermocorticoïdes forts (Flixovate®)

B- Bilan allergologique

C- Traitement anti-scabieus

D- Arrêt des dermocorticoïdes

E- Émollients



Par Anne-Claire

Bursztejn

Service de

dermatologie,

CHU - Hôpital

de Brabois

54511

Vandœuvre-

lès-Nancy

### Cas clinique 3

Un enfant de 2 ans vous est adressé pour une éruption cutanée fébrile d'aggravation récente.

- ▷ Q1. Quelle(s) lésion(s) élémentaire(s) constatez-vous ?
- A- Vésicules
  - B- Croûtes
  - C- Érosions
  - D- Macules érythémateuses
  - E- Squames
- ▷ Q2. Devant ces lésions cliniques quel diagnostic évoquez-vous ?
- A- Gale impétiginisée
  - B- Impétigo bulleux
  - C- Varicelle impétiginisée
  - D- Épidermolyse staphylococcique
  - E- Molluscum contagiosum



### Cas clinique 4

Vous voyez en consultation cette petite fille de 18 mois qui a des lésions typiques de gale (nodules axillaires, sillons scabieus sur les paumes et plantes avec vésicule

perlée à leur extrémité, lésions de grattage du tronc et des fesses).

- ▷ Que pensez-vous de l'atteinte du visage et du cuir chevelu ?
- A- Il s'agit d'une dermite séborrhéique
  - B- La gale n'est jamais responsable d'atteinte du cuir chevelu
  - C- L'atteinte du cuir chevelu est possible quel que soit l'âge
  - D- La gale ne touche pas le visage
  - E- Le visage peut être atteint chez le nourrisson



### Cas clinique 5

Vous avez pris en charge un bébé de 10 mois pour une scabiose et proposé un traitement topique pour l'enfant et systémique pour ses parents, renouvelé 10 jours plus tard. Cet enfant n'a pas de frère et sœur et n'a plus de nounou depuis le diagnostic (il est maintenant gardé par sa maman). La maman vous appelle en panique parce qu'elle a constaté de nouvelles pustules plantaires depuis 2 jours alors que le 2<sup>e</sup> traitement a été réalisé 3 semaines plus tôt.

- ▷ Que proposez-vous ?
- A- Il s'agit certainement d'une gale récidivante
  - B- Il s'agit certainement d'une acropustulose post-gale
  - C- Traitement systémique et topique renouvelé 10 jours plus tard
  - D- Traitement par dermocorticoïdes
  - E- On ne peut pas conclure, une consultation de suivi à 8 jours est indiquée



Réponses et commentaires des cas cliniques p. 5.

## Introduction

La gale est une infection parasitaire fréquente dont l'incidence est en constante augmentation depuis une quinzaine d'années. Malgré des signes cliniques souvent très évocateurs, le diagnostic peut être difficile. D'autre part, la fréquence des familles recomposées, l'importance du traitement de l'environnement mais l'absence de prise en charge de ce dernier, et d'autres facteurs tels que l'absence de certitude diagnostique dans la majorité des cas, font que son traitement est souvent difficile ou tout au moins répété à plusieurs reprises.

## La gale (scabiose)

La gale est une parasitose secondaire à une infection par *Sarcoptes scabiei*, variété *hominis* de transmission inter-humaine exclusive. Elle concerne plus de 300 millions d'individus à travers le monde parmi lesquels près de 40 % d'enfants, en particulier en Afrique. En France, son incidence a considérablement augmenté depuis le début des années 2000 et est actuellement estimée à environ 328 cas pour 100 000 habitants (1). Le diagnostic de gale est porté quotidiennement par les dermatologues. Par ailleurs, il s'agit d'une infection qui peut toucher tout milieu social et économique et tout âge de la vie, même si les enfants ont souvent des signes cliniques plus marqués. À l'inverse, chez des sujets à l'hygiène satisfaisante, les signes peuvent être frustrés.

## Clinique

### Les signes cliniques

Les signes cliniques observés au cours de la gale ne sont majoritairement pas des signes directs de la présence du sarcopte, mais secondaires à une réaction immunologique vis-à-vis du parasite.

Le signe, souvent au premier plan, est le **prurit**, classiquement à recrudescence vespérale et familial. Il est

responsable de l'apparition de **lésions de grattages qui peuvent être diffuses mais dont la localisation à la face antérieure des poignets, au niveau des espaces interdigitaux, des organes génitaux externes, de la face interne des cuisses, des fesses ou de l'ombilic est très évocatrice du diagnostic**. Chez l'enfant, le prurit sera responsable d'agitation voire de troubles du sommeil (2). Si le visage est classiquement épargné chez l'adulte, il peut être atteint chez l'enfant, et en particulier chez le nourrisson. De même, le cuir chevelu est rarement cité comme une zone parasitée, pourtant, il a été démontré que l'absence de traitement du cuir chevelu pouvait être source de récurrence de l'infection. De manière générale, l'apparition d'un prurit chez un enfant sans antécédent d'atopie ou de xérose et en l'absence de lésions évocatrices d'une dermatite atopique doit faire évoquer le diagnostic de scabiose.

L'examen clinique minutieux doit alors rechercher des lésions plus spécifiques. Il s'agit :

- des **nodules scabieux** : lésions papuleuses, majoritairement localisées au niveau des organes génitaux externes chez l'adulte et au niveau axillaire chez l'enfant,
- des sillons et vésicules perlées acrales (paumes et plantes),
- des lésions papulo-vésiculeuses ou papulo-pustuleuses acrales (paumes et plantes) presque exclusivement rencontrées chez l'enfant.

Ces lésions spécifiques peuvent être constatées au cours d'une infection active par la gale ou au décours de l'infection. Lorsqu'elles sont observées à la phase active de l'infection, ces lésions ne sont pas isolées mais associées à des lésions excoriées du tronc, des nodules scabieux axillaires, par exemple. La présence de vésicules ou pustules des paumes et/ou des plantes prurigineuses doit systématiquement faire évoquer le diagnostic de scabiose. Lorsque ces lésions récidivent, après une gale traitée et en l'absence de lésion à distance, elles évoquent une acropustulose post-scabieuse, qui peut évoluer par poussées parfois très à distance de l'infection initiale (12 à 18 mois).

### Le diagnostic

Le diagnostic de la gale est clinique. Un prélèvement parasitologique peut permettre d'affirmer la présence du sarcopte, mais n'est pas réalisé en pratique courante, en dehors de l'hôpital. Le dermatologue peut s'aider du dermatoscope (loupe très puissante) pour visualiser les sillons et à leur extrémité le sarcopte sous la forme d'un petit triangle ou « deltaplane » (3). Il est également possible de visualiser de façon plus nette les sillons grâce au test à l'encre. L'application d'encre (à l'aide d'un feutre) dans la paume, à l'endroit où un sillon est suspecté, puis le lavage va révéler le sillon

puisque l'encre aura pénétré le sillon et ne persistera qu'à cet endroit.

Quoi qu'il en soit, toute suspicion clinique de scabiose doit aboutir à un traitement d'épreuve bien conduit et l'absence de prurit familial ou l'absence de preuve parasitologique ne doit pas faire écarter le diagnostic ou faire proposer un traitement aux seuls patients symptomatiques.

### Traitement

Il est possible de proposer un traitement soit par voie locale, soit par voie orale. Des recommandations ont été éditées par la HAS en 2013, indiquant l'importance de réaliser **2 traitements espacés de 8 à 14 jours** en raison d'une efficacité limitée des différents traitements sur les œufs, formes larvaires ou immatures du parasite (4).

#### **Le traitement de tous les sujets contacts même asymptomatiques**

Il doit être réalisé de façon simultanée.

#### **Une désinfection du linge et de l'environnement**

Elle doit être associée au traitement spécifique. Le linge porté les 3 à 5 jours précédant le traitement doit être lavé à 60°C ou placé dans un sac hermétiquement fermé pendant 72 heures et laissé à température ambiante (> 20°C). Ces modalités de traitement sont valables pour les 2 traitements.

Depuis fin 2015, l'*Ascabiol*® est à nouveau disponible mais avec une composition modifiée : benzoate de benzyle à 10 % sans sulfiram. Son remboursement a été obtenu début 2016. Un autre traitement

topique est désormais disponible et remboursé, le *Topiscab*®, composé de perméthrine à 5 %. Ces traitements locaux peuvent être utilisés quel que soit l'âge de l'enfant. Il est toutefois recommandé de limiter la durée d'application à 12 heures chez le nourrisson (24 heures chez les enfants) pour l'*Ascabiol*®. La durée de l'application recommandée pour le *Topiscab*® est de 8 heures. Le traitement local doit être appliqué sur peau humide (après une douche), sur l'ensemble du revêtement cutané, cheveux compris. Seul le visage peut être non traité chez les adultes et les enfants, mais doit être traité chez les nourrissons. Le traitement doit être renouvelé 8 à 14 jours après la première application. L'avantage du traitement local est de permettre une rapide sédation de la sensation de prurit et une rapide régression des lésions.

L'*ivermectine* (*Stromectol*®) est le seul traitement systémique disponible. Il est également remboursé. Il est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans et de moins de 15 kg. Cependant, plusieurs études récentes montrent son intérêt et sa bonne tolérance chez ces patients (5, 6). Le traitement est prescrit à la posologie de 200 µg/kg/j, en une prise, renouvelée entre 8 et 14 jours plus tard.

Le prurit peut persister plusieurs jours voire quelques semaines après le traitement. Cliniquement, il n'est alors plus associé à la présence de lésions inflammatoires. Il peut être traité par un émollient. L'utilisation des dermocorticoïdes au décours d'un épisode de gale est déconseillée en raison d'un risque de récurrence de l'infection (insuffisamment traitée) (7).

Hormis les épidémies de gale qui justifient d'une déclaration à l'ARS (Agence régionale de santé), la gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Par contre, il est recommandé aux parents d'informer

#### Points forts

- 1 - Devant tout prurit sans lésion évocatrice d'eczéma ou d'urticaire, le diagnostic de gale doit être évoqué.
- 2 - En cas d'eczéma apparaissant après l'âge de 2 ans, sans atopie familiale, sans xérose cutanée préalable, le diagnostic de gale est le plus probable.
- 3 - Toute atteinte vésiculo-pustuleuse palmo-plantaire doit faire discuter le diagnostic de gale.

#### En pratique

- 1 - Le traitement simultané de tous les sujets contacts, renouvelé 8 à 14 jours après, associé à un traitement de l'environnement est indispensable.
- 2 - Le traitement local soulage plus rapidement du prurit.
- 3 - Le traitement par voie orale est à privilégier en cas d'épidémie.



les structures de garde collective ou les établissements scolaires pour dépister l'apparition de nouveaux cas.

## Cas cliniques : réponses et commentaires

### Cas clinique 1

A- *Épidermolyse staphylococcique*

B- *Impétigo*

**C- Gale impétiginisée**

D- *Varicelle*

E- *Syndrome pieds-mains-bouche*

#### Commentaires

- L'*épidermolyse staphylococcique* est une éruption toxinique survenant dans un contexte fébrile. Elle se présente habituellement sous la forme d'un exanthème généralisé fébrile avec décollement superficiel secondaire touchant majoritairement les plis et les zones péri-orificielles (sourcils, région péri-buccale). L'enfant est souvent grognon, très douloureux.
- Un *impétigo* est défini par l'apparition de croûtes mélicériques, souvent péri-orificielles, en particulier péri-buccales. L'enfant n'est pas fébrile. Ces lésions d'origine strepto ou staphylococcique sont contagieuses et peuvent s'étendre par auto-contamination. Les lésions des oreilles sur la photo sont tout à fait compatibles avec le diagnostic d'impétigo mais l'atteinte bulleuse des paumes et celle citée de la face interne des cuisses sont inhabituelles et doivent faire rechercher une pathologie sous-jacente.
- Le *prurit* localisé aux poignets et à la face interne des cuisses est fortement évocateur d'une gale. L'aspect de sillon à la face antérieure du poignet et au cœur de la paume l'est également.
- L'*hypothèse d'une varicelle* est improbable devant les lésions bulleuses, l'absence de lésions avec ombilication centrale ou d'âges différents.
- De même l'atteinte des oreilles et la présence de bulles ne sont pas évocatrices d'un *syndrome pieds-mains-bouche*. Cette maladie infectieuse secondaire à un entérovirus de type coxackie n'est pas prurigineuse.

### Cas clinique 2

A- *Traitement par dermocorticoïdes forts (Flixovate®)*

B- *Bilan allergologique*

**C- Traitement anti-scabieux**

**D- Arrêt des dermocorticoïdes**

### E- Émollients

#### Commentaires

- L'atteinte du dos peut faire discuter un eczéma, mais sur la face antérieure du tronc, aucune lésion d'eczéma ou ressemblant à un eczéma n'est constatée. Par ailleurs, on constate des lésions plantaires fortement évocatrices d'une scabiose dans ce contexte.
- **Il n'est pas recommandé d'utiliser des dermocorticoïdes** en cas de gale. Le traitement **antiscabieux** peut, par contre, être associé à un traitement par **émollients**, ce d'autant qu'un prurit peut persister plusieurs semaines au décours du traitement de la gale et que le traitement local anti-scabieux (seul ayant l'AMM à cet âge) peut être irritant.
- Le bilan allergologique n'est recommandé dans la prise en charge d'une dermatite atopique qu'en cas de dermatite atopique persistante malgré un traitement bien conduit et/ou en cas de signes associés évoquant une allergie (signes digestifs, cassure de la courbe staturo-pondérale en particulier).

### Cas clinique 3

#### ▷ Q1

**A- Vésicules**

**B- Croûtes**

**C- Érosions**

**D- Macules érythémateuses**

**E- Squames**

#### Commentaires

- Sur la photo du bas, on constate nettement plusieurs vésicules à centre ombiliqué (dépression centrale) sur une base érythémateuse. On note également des macules érythémateuses et des lésions vésiculeuses débutantes.
- Sur la photo du haut, on voit surtout de larges érosions post-bulleuses avec une collerette desquamative témoignant de la nécrolyse épidermique.

Les squames se définissent comme des lamelles de cellules cornées à la surface de la peau se détachant facilement.

#### ▷ Q2

A- *Gale impétiginisée*

**B- Impétigo bulleux**

**C- Varicelle impétiginisée**

D- *Épidermolyse staphylococcique*

E- *Molluscum contagiosum*

### Commentaires

- L'hypothèse d'une gale est ici improbable étant donné la localisation des vésicules sur un membre et non sur les extrémités (paume ou plante). Par ailleurs le caractère ombiliqué n'est pas constaté en cas de gale, pas plus que la présence véritablement de lésions d'âges différents.
- Les érosions post-bulleuses du tronc évoquent un impétigo bulleux à staphylocoque qui peut compliquer une dermatose prurigineuse (par effraction cutanée).
- Les lésions de la photo du bas sont tout à fait évocatrices d'une varicelle et celles de la photo du haut témoignent de l'impétiginisation.
- L'absence d'exanthème diffus rend l'hypothèse d'une épidermolyse staphylococcique improbable.
- Les *mollusum contagiosum* sont des lésions virales (à poxvirus) qui se présentent sous la forme de papules couleur chair qui s'ombiliquent au cours de leur évolution. Ces lésions peuvent être inflammatoires, mais rarement de façon synchrone. Ces lésions ne sont pas associées à un état fébrile.

### Cas clinique 4

- A- *Il s'agit d'une dermatite séborrhéique*
- B- *La gale n'est jamais responsable d'atteinte du cuir chevelu*
- C- L'atteinte du cuir chevelu est possible quel que soit l'âge**
- D- *La gale ne touche pas le visage*
- E- Le visage peut être atteint chez le nourrisson**

### Commentaires

- Dans le contexte de gale chez cet enfant, l'atteinte du visage et du cuir chevelu s'intègrent parfaitement. En cas de gale, le cuir chevelu peut être atteint quel que soit l'âge, y compris chez l'adulte et justifie d'un traitement local.
- Seuls les nourrissons sont susceptibles d'avoir une atteinte du visage en cas de gale. Ainsi en cas de choix de traitement par un topique, le badigeon doit concerner l'ensemble du corps, cuir chevelu compris, à l'exclusion du visage, sauf chez le nourrisson.

### Références

1. Bitar D, Thiolet JM, Haeghebaert S, Castor C, Poujol I, Coignard B, Che D. La gale en France entre 1999 et 2010 : augmentation de l'incidence et implications en santé publique. *Ann Dermatol Venerol* 2012 ;139 :428-34.
2. Royer M, Latre CM, Paul C, Mazereeuw-Hautier J; Société Française de Dermatologie Pédiatrique. La gale du nourrisson. *Ann Dermatol Venerol* 2008;135:876-81.

- Les photos du cuir chevelu, hors contexte, peuvent faire discuter d'une dermatite séborrhéique : squames grasses du cuir chevelu, en particulier du vertex. L'atteinte du visage prédomine classiquement au niveau des sourcils et des sillons nasogéniens et non sur les zones convexes.

### Cas clinique 5

- A- *Il s'agit certainement d'une gale récidivante*
- B- Il s'agit certainement d'une acropustulose post-gale**
- C- *Traitement systémique et topique renouvelé 10 jours plus tard*
- D- Traitement par dermocorticoïdes**
- E- *On ne peut pas conclure, une consultation de suivi à 8 jours est indiquée*

### Commentaires

- En l'absence d'argument pour une recontamination : traitement bien conduit, désinfection correctement réalisée, absence de nouveau contact, identification et traitement de la personne contaminante, l'hypothèse d'une gale récidivante est improbable. Les arguments cliniques étayant l'absence de gale active sont : l'absence de lésion à distance des paumes et plantes, l'absence de sillons, l'absence de nodule scabieux.
- La présence de pustules acrales isolées au décours d'une gale sans lésion spécifique de gale évoque le diagnostic d'*acropustulose post-gale*. Il s'agit d'un diagnostic clinique. Ces lésions peuvent être récidivantes, plusieurs mois après le traitement de la gale et justifient d'un traitement par dermocorticoïdes pendant 1 semaine à 10 jours.

- En cas de prurit persistant au décours d'une gale, il n'est pas toujours possible de trancher formellement entre une gale récidivante et un prurit « récalcitrant ». Le prurit peut persister jusqu'à 3 semaines après la fin du traitement. Il faut donc savoir patienter 3 semaines après le 2<sup>e</sup> traitement avant d'affirmer une recontamination et avant de proposer un nouveau traitement. Dans cette situation il est recommandé de chercher le facteur expliquant cette recontamination (désinfection de l'environnement mal réalisée, traitement non simultané de tous les sujets contacts, nouveau contact ...).

3. Phan A, Dalle S, Thomas L. Diagnostic dermoscopique de la gale. *Ann Dermatol Venerol* 2008 ;135 :155-6.
4. <http://www.sante.gouv.fr/gale-sarcoptes.html> Recommandations pour le traitement de la gale, mise à jour novembre 2012.
5. Bécourt C, Marguet C, Balguerie X, Joly P. Treatment of scabies with oral ivermectin in 15 infants: a retrospective study on tolerance and efficacy. *Br J Dermatol*. 2013;169:931-3.
6. Boralevi F, Miquel J, Bursztejn AC, Mahé E, Chiaverini C, Laumailé-Cadiou C, Buzenet C, Bourrat E, Kubica E, Ezzdine K. Tolérance de l'ivermectine chez le nourrisson et l'enfant de moins de 15 kg : observatoire multicentrique. *Ann Dermatol Venerol* 2014;141:S251.
7. Aussy A, Cailleux H, Houivet E, Laaengha N, Richard C, Bécourt C, Boulard C, Léger S, Litrowski N, Samaina A, Sobocinski V, Tétart F, Bénichou J, Joly P. Les facteurs de risque de récurrence de la gale humaine. *Ann Dermatol Venerol* 2014;141:S271-2.

## II - L'acné

### Quiz



Marie 13 ans, sans antécédent médical, consulte avec ses parents pour des lésions du visage évoluant depuis 9 mois. Cliniquement vous retrouvez quelques lésions microkystiques de 2 mm, quelques papules inflammatoires et pustules superficielles mais pas de nodules. Il existe une atteinte du front et des tempes. Le reste de l'examen est normal, elle a des menstruations régulières depuis quelques mois. Elle n'a eu aucun traitement antérieurement.

- ▷ **Question 1 :** Quelle(s) lésion(s) élémentaire(s) peu(ven)t-être observée(s) au cours d'une acné ?
- A- Papules
  - B- Pustules
  - C- Microkystes
  - D- Nodules
  - E- Vésicules
- ▷ **Question 2 :** Quelle est le stade de gravité de cette acné ?
- A- Grade 1
  - B- Grade 2
  - C- Grade 3
  - D- Grade 4
  - E- Grade 5

▷ **Question 3 :** Quel(s) traitement(s) topique(s) d'attaque proposez-vous ?

- A- Erythromycine
- B- Peroxyde de benzoyle
- C- Benzoate de benzyl
- D- Rétinoïdes
- E- Clindamycine

▷ **Question 4 :** À la consultation de contrôle à 4 mois de traitement bien conduit, elle vous explique qu'il y a eu une amélioration transitoire mais les lésions continuent de se développer et de s'étendre et elles semblent encore plus importantes avant ses règles.

– Quel(s) traitement(s) proposez-vous ?

- A- Cyclines per os
- B- Isotrétinoïne per os
- C- Hormonothérapie
- D- Peroxyde de benzoyle topique
- E- Rétinoïdes topique

▷ **Question 5 :** Vous aviez perdu de vue Marie, elle revient âgée de 16 ans. Elle rapporte une aggravation progressive, avec une atteinte de tout le visage et du dos avec nombreuses lésions papulo-pustuleuses et parfois 1 ou 2 nodules douloureux. Les lésions persistent malgré le traitement d'attaque de 3 mois pour une acné de grade 4 prescrit correctement par le médecin traitant. Le reste de l'examen est normal, elle ne prend aucun traitement et ses règles sont régulières. Vous envisagez d'adresser la patiente à un confrère dermatologue pour introduction d'un traitement par isotrétinoïne.

– Quel(s) examen(s) devez-vous réaliser ?

- A- Mise en place d'une contraception par éthiny-lestradiol-acétate de cyprotérone.
- B- Consultation psychiatrique
- C- Bilan lipidique
- D- Bilan hépatique
- E- Hémogramme

Réponses et commentaires p. 14.

Par Céline Fargeas et Emmanuel Mahé, PH dermatologues, service de dermatologie, Hôpital Victor Dupouy, à Argenteuil

## Généralités

L'acné est une pathologie inflammatoire du follicule pilo-sébacé touchant les zones séborrhéiques : essentiellement le visage (front, joues, menton), le dos et la face antérieure du thorax supérieur. Elle peut survenir à différents âges de la vie, mais prédomine à l'adolescence. La prévalence est supérieure à 70 % à l'adolescence en France.

Des études retrouvent qu'un antécédent d'acné au 1<sup>er</sup> degré augmente le risque d'avoir une acné modérée à sévère.

Les principales complications sont :

- la persistance de cicatrices dans près de 20 % des cas, favorisée par la présence de lésions très inflammatoires et si les lésions sont excoriées par la manipulation ;
- une altération de la qualité de vie avec détérioration de l'estime de soi, de la facilité dans les relations humaines, notamment à l'adolescence.

## Physiopathologie et lésions élémentaires

La physiopathologie de l'acné fait intervenir plusieurs mécanismes expliquant les différentes lésions élémentaires observées.



1 - Acné rétentionnelle (microkystes) frontale chez une adolescente

### Une hypersécrétion de sébum par les glandes sébacées

Localisées principalement sur le visage, androgéno-dépendantes stimulées durant la période pubertaire. Elle donne l'aspect de visage brillant, de peau grasse.

### L'hyperkératinisation de l'infundibulum du canal folliculaire empêchant l'excrétion du sébum.

Elle est responsable des lésions rétentionnelles : comédons ouverts (points noirs) ; comédons fermés

ou microkystes, élément surélevé blanc de 1 à 3 mm de diamètre (figures 1, 2, 3).



2 - Acné de l'adolescent : lésions rétentionnelles microkystes, papulo-pustules et cicatrices déprimées

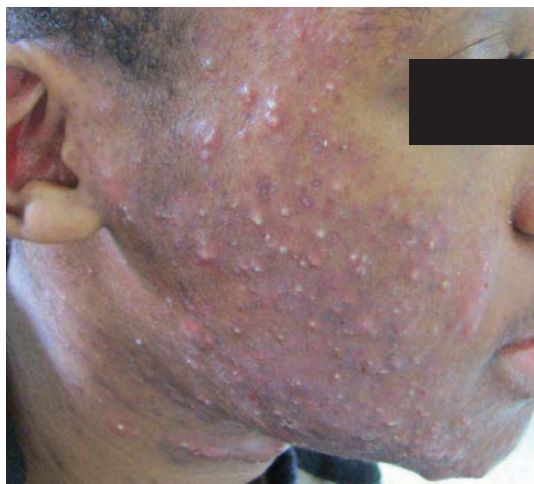


3 - Acné de l'adolescent sur peau pigmentée : lésions rétentionnelles comédons ouverts, microkystes, papules inflammatoires et 1 nodule



4 - Acné juvénile profuse dorsale, à prédominance inflammatoire





5 - Acné pustuleuse du visage chez un adolescent : acné juvénile compliquée par l'utilisation d'huiles traditionnelles (voyage en Afrique)



6 - Acné nodulaire du visage et du dos chez un adolescent. Association à une maladie de Verneuil (hidrosadénite axillaire)



7 - Cicatrices hypertrophiques mandibulaires d'acné. Cette complication est classique dans cette zone



**L'inflammation secondaire** au développement de la flore microbienne des **follicules pilosébacés** (*Propionibacterium acnes*, staphylocoque). Elle est responsable.

- De lésions inflammatoires superficielles :
  - papules, éléments rouges en relief, de 1 à 5 mm de diamètre, parfois sensibles, pouvant évoluer vers la pustule (figures 2, 3, 4) ;
  - pustules, collections purulentes de petite taille (figure 5).
- De lésions inflammatoires profondes :
  - nodules, plus profonds, d'un diamètre supérieur à 5 mm, pouvant évoluer vers l'abcédation et la rupture (figure 6).

### Les cicatrices

Laissées par les lésions d'acné peuvent être cliniquement différentes : atrophiques (figure 1), hypertrophiques (figure 7), érythémateuses ou pigmentées.

## Diagnostic selon l'âge

### L'acné du nouveau-né (figure 8)

La présence de lésions rétentionnelles est nécessaire pour porter le diagnostic d'acné, or elles sont très rarement observées à cet âge. Les lésions pustuleuses des nouveau-nés sont liées majoritairement à des levures.



8 - Acné du nouveau-né à prédominance inflammatoire. Noter la note rétentionnelle (quelques comédons ouverts)

### L'acné du nourrisson (figure 9)

De véritables acnés sont possibles à cet âge. Dans ce cas, elles se localisent au visage avec des lésions rétentionnelles et inflammatoires. Il faut rechercher une acné induite par facteur favorisant comme l'application de topiques sur le visage (corticoïdes locaux, produits gras comme le liniment).



9 - Acné du nourrisson : lésions rétentionnelles microkystes et papules inflammatoires

### L'acné de l'enfant

L'apparition des premières lésions d'acné se fait à la période prépubertaire, vers l'âge de 9-10 ans avec des lésions mixtes rétentionnelles et inflammatoires. Elles se localisent initialement sur le front puis s'étendent progressivement sur les joues et le menton avec un respect relatif du tronc.

Une acné apparaissant après 2 ans doit faire rechercher une cause hormonale. D'autres anomalies sont alors observées comme une puberté précoce ou une obésité. Il faudra évoquer une tumeur surrénalienne ou hypophysaire, une hyperplasie des surrénales (bloc enzymatique). La révélation d'une tumeur hormono-sécrétante par une acné est exceptionnelle.

### L'acné de l'adolescent

Les lésions sont souvent polymorphes rétentionnelles et inflammatoires avec une hypersécrétion sébacée parfois intense. Le visage est atteint mais aussi souvent la partie supérieure du tronc. Le retentissement psychologique avec altération de la qualité de vie est important.



10 - Acné induite par des dermocorticoïdes en shampoing chez une jeune adolescente traitée pour un psoriasis du cuir chevelu. Noter le caractère monomorphe et purement inflammatoire de l'éruption.

### L'acné induite (figure 10)

De nombreux produits cosmétiques (fond de teint, huiles), médicaments locaux (dermocorticoïdes) ou généraux (corticoïdes, ciclosporine) peuvent aggraver ou déclencher une acné ; il faudra les rechercher en cas d'atypies cliniques, contextes particuliers (transplantation d'organe) ou exacerbation d'une acné contrôlée (figure 5).

## Évaluation de la gravité et formes d'acnés particulières

L'évaluation de la gravité proposée dans les dernières recommandations se fait à partir de l'échelle de gravité *Global Evaluation Acne* (GEA). Elle prend en compte la nature des lésions : comédons, papules, pustules, nodules ; le caractère inflammatoire ou non ; la diffusion de ces lésions.

### Grade 0.

Pas de lésion. Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents.

### Grade 1.

Acné très légère. Pratiquement pas de lésion. Rares comédons ouverts ou fermés, dispersés et rares papules.

### Grade 2.

Acné légère. Facilement identifiable ; moins de la moitié du visage est atteinte. Quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules (*figure 1*).

### Grade 3.

Acné moyenne. Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte. Nombreuses papulo-pustules, nombreux comédons ouverts ou fermés. Un nodule peut être présent.

### Grade 4.

Acné sévère. Tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules.

### Grade 5.

Acné très sévère. Acné très inflammatoire recouvrant tout le visage avec nodules (acné nodulaire ou conglobata).

Une acné doit faire évoquer une **maladie hormonale** dans deux circonstances :

- une acné précoce, recherche d'une tumeur hormonale sécrétante (exceptionnelle) ;
- l'association acné-obésité-hirsutisme-troubles des cycles hormonaux devant faire soupçonner un syndrome des ovaires polykystiques.

L'**acné fulminans** correspond à l'exacerbation aiguë et sévère à l'initiation d'un traitement par isotrétinoïne. Cliniquement, les lésions sont inflammatoires et hémorragiques, de survenue brutale. Elles peuvent s'ulcérer ou devenir croûteuses. L'acné fulminans est souvent associée à des manifestations générales : état général altéré, fièvre, douleurs articulaires et musculaires.

Le **syndrome SAPHO** associe Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose et Ostéite.

## Prise en charge thérapeutique

### Hygiène et conseils aux patients

- **La toilette quotidienne** doit se faire avec un produit doux (par exemple : produit respectant le pH de la peau, syndet) afin de ne pas aggraver les effets irritants de certains traitements. Les produits alcoolisés ou antiseptiques sont déconseillés.
- **Tous les traitements locaux sont irritants** pouvant justifier un traitement émollient complémentaire.
- **La manipulation et l'excoriation** des lésions sont déconseillées.
- **Une photoprotection** est recommandée surtout chez les patients de phototypes foncés ayant un risque important de cicatrices pigmentées et/ou lors de l'utilisation de produits photosensibilisants ou irritants.
- Il n'y a pas lieu de recommander une **modification de l'alimentation**.
- **Quel que soit le traitement, local ou général, il est efficace au bout d'un mois au minimum**. Il faudra prévenir le patient de ce délai et réévaluer l'efficacité au bout de 2 à 3 mois. Par ailleurs le traitement est suspensif (sauf isotrétinoïne *per os*). Il y a donc un risque de rechute en cas d'arrêt prématuré.

### Traitements locaux

#### ■ Les rétinoïdes topiques

Trétinoïne 0,025 % ou 0,05 %, adapalène 0,1 %. Ils ont une action kératolytique, ils agissent sur les lésions rétentionnelles. L'adapalène a également des propriétés anti-inflammatoires. La principale complication est un effet irritant qui peut justifier un espacement des applications.

#### ■ Le peroxyde de benzoyle

2,5 % ou 5 % ou 10 %. Il a une activité anti-inflammatoire. Aucune étude n'a démontré la supériorité d'une concentration de 2,5 %, 5 % ou 10 % par rapport à une autre. Les principales complications liées sont un effet irritant mais moindre que les rétinoïdes topiques, la décoloration des vêtements et draps et une photo-sensibilisation dont il faut informer les patients.

#### ■ Les antibiotiques locaux

Erythromycine, clindamycine. Ils agissent sur la flore bactérienne. Suite à l'émergence de résistance bactérienne à ces antibiotiques et de leur efficacité limitée en monothérapie, leur prescription doit être réservée à des situations particulières et doit toujours être associée à un autre traitement local.



■ *Acide azélaïque topique*

Il peut être utilisé en cas d'acné localisée à prédominance inflammatoire papulopustuleuse. L'efficacité en pratique clinique semble être limitée.

**Traitement généraux**

■ *Les antibiotiques*

Doxycycline 100 mg/jour, lymécycline 300 mg/jour. Les cyclines ont une activité anti-inflammatoire et antibactérienne. Elles sont toujours utilisées en association avec un traitement local. Elles peuvent être utilisées après l'apparition de la deuxième dentition car avant elles peuvent entraîner des anomalies de formation et de coloration des dents. Elles doivent être prises au cours d'un repas car il existe un risque de perforation de l'œsophage si pris à jeun. L'association à l'isotrétinoïne est contre-indiquée du fait du risque d'hypertension intracrânienne. Il n'y a pas d'indication à utiliser d'autres antibiotiques que les cyclines ou exceptionnellement l'érythromycine (ex : nourrisson, acné de la femme enceinte) en respectant strictement les précautions d'emploi.

■ *L'isotrétinoïne per os*

Il a une activité kératolytique et antiséborrhéique. La posologie est de 0,5 à 1 mg/kg/j jusqu'à une dose cumulée de 120 à 150 mg/kg soit environ 6 à 9 mois de traitement. Il est recommandé de débiter par une dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/j), surtout si l'acné est rétionnelle, afin de réduire les risques d'exacerbation de type acné fulminans. La prescription initiale est réservée aux dermatologues, les renouvellements sont possibles par tout médecin.

■ *L'hormonothérapie anti-androgénique.*

En l'absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire un oestrogénique dans l'objectif de traiter l'acné.

Œstrogénique à visée contraceptive chez une fille présentant de l'acné : en première intention, lévonorgestrel (2<sup>e</sup> génération) ; en deuxième intention, norgestimate (assimilé 2<sup>e</sup> génération), AMM contraception chez la femme présentant un acné.

L'association éthinylestradiol-acétate de cyprotérone ne doit pas être prescrite dans le cadre d'un traitement par isotrétinoïne orale.

■ *Le gluconate de zinc*

Il a une activité anti-inflammatoire modérée. Posologie de 30 mg/j pendant 3 mois puis 15 mg/j. Indication dans les acnés inflammatoires en cas de contre-indication ou de mauvaise tolérance des autres traitements généraux.

**Stratégie thérapeutique**

Le traitement local et/ou général dépend de la forme clinique de l'acné et de sa sévérité. Il est symptomatique et suspensif, hormis le traitement par isotrétinoïne orale qui dans les formes sévères permet d'obtenir une guérison définitive dans plus de la moitié des cas.

**Effets indésirables de l'isotrétinoïne et recommandations associées**

- Tératogénicité. Contre-indication stricte aux femmes en âge de procréer sans contraception efficace, grossesse, allaitement. Précautions précises chez la fille en âge de procréer concernant l'information, accord de soin et de contraception signé, contraception efficace 4 semaines au moins avant le début du traitement, pendant toute sa durée et jusqu'à 4 semaines après son arrêt, carnet de suivi et tests sérologiques de grossesse mensuelle avant la délivrance du traitement et cinq semaines après l'arrêt.
- Aggravation de l'acné en début de traitement : acné fulminans nécessitant l'arrêt du traitement et la mise sous corticothérapie générale.
- Sécheresse cutanéomuqueuse qui est obligatoire : éviter le port de lentilles de contact, hydrater les lèvres (sticks labiaux, vaseline), éviter l'exposition solaire, éviter les produits irritant la peau, émollients.
- Possibilité d'exacerbation initiale et transitoire dont les patients doivent être informés.
- Surveillance biologique. Dyslipidémie, hépatite : bilan (transaminases, cholestérol, triglycérides) avant le traitement, puis après un mois, et un mois après chaque augmentation de dose. À répéter en fonction du terrain et en cas d'éventuelles anomalies.
- Dépression et, plus rarement, tentative de suicide, voire suicide : information avant de débiter le traitement à tous les patients, discussion sur les difficultés psychologiques possibles au cours de l'acné et/ou de son traitement avec les parents et l'enfant. Surveillance au cours du traitement de l'apparition d'éventuels signes de dépression et diriger le patient vers une consultation psychiatrique en cas de manifestation anormale ou dès qu'il existe un doute.

Les recommandations associées à sa prescription doivent être impérativement respectées.



Devant une acné évoquant une cause hormonale, il faudra proposer un bilan et une prise en charge par un endocrinologue ou un gynécologue.

Dans l'acné du nourrisson, les rétinoïdes topiques et peroxyde de benzoyle 1 à 2 applications par semaine peuvent suffire.

*Pour les enfants, adolescents ou adultes sans contexte hormonal ou thérapies ciblées anticancéreuses, l'algorithme proposé p. 15 est issu des recommandations de la SFD :*

(<http://reco.dermato-sfd.org/fr/acn%C3%A9>)

- Un traitement d'attaque initial pendant 3 mois dépendant du grade GEA.
- En cas d'échec après 3 mois, un traitement d'attaque de deuxième intention (exception du grade 4 GEA, où un traitement par isotrétinoïne per os pourra être débuté en cas d'échec avant la fin des 3 mois

en cas de risque cicatriciel important ou en cas de récurrence rapide).

- En cas de rémission après 3 mois : le traitement d'entretien local devra être prolongé aussi longtemps que nécessaire.
- En cas de rechute malgré un traitement d'entretien bien conduit, un traitement d'attaque sera repris en fonction de la sévérité de la récurrence.

L'évacuation des lésions rétentionnelles par micro-chirurgie peut être réalisée avant l'instauration d'un traitement par isotrétinoïne pour diminuer le risque d'exacerbation aiguë. En cas d'exacerbation aiguë et sévère à l'instauration du traitement par isotrétinoïne (acné fulminans), le traitement sera suspendu et une corticothérapie générale sera nécessaire. Les séquelles cicatricielles peuvent être prises en charge par différentes techniques : laser, dermabrasion, peeling.

### Ce qu'il faut retenir

- L'acné est très fréquente en période pubertaire, moins fréquente chez le nourrisson et rare chez le nouveau-né.
- Des symptômes associés comme l'obésité, l'hirsutisme, des troubles des cycles hormonaux doivent faire rechercher une maladie endocrinienne.
- L'échelle de gravité GEA prend en compte la nature des lésions, le caractère inflammatoire ou non et la diffusion de ces lésions. Elle permet d'adapter la stratégie thérapeutique.
- L'efficacité d'un traitement local d'entretien est démontrée. L'amélioration de l'adhésion aux traitements est importante.
- La place des antibiotiques locaux est nettement réduite en raison d'une efficacité modeste et du risque écologique.
- L'isotrétinoïne *per os* est proposée en 1<sup>re</sup> intention dans les acnés grade 5 et en seconde intention avant 3 mois de traitement si nécessaire dans les acnés grade 4. Les recommandations associées à sa prescription doivent être impérativement respectées.
- En l'absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire un œstroprogestatif dans l'objectif de traiter l'acné.

### Références

- « Prise en charge de l'acné. Traitement de l'acné par voie locale et générale », Recommandation de bonne pratique, Société française de dermatologie et label HAS, juin 2015.
- AFSSAPS. Recommandations de bonnes pratiques clinique pour le traitement de l'acné, Ann Dermatol Vénérologie. janv 2008; 135 Suppl2:573-136.
- GEA, Global Evaluation Acne, Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology, 2011
- « Isotrétinoïne orale. Renforcement du programme de prévention des grossesses et rappel sur la survenue éventuelle de troubles psychiatriques », ANSM, mai 2009. [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/2a303e5497b8cb-9c381af1b84050994d.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2a303e5497b8cb-9c381af1b84050994d.pdf)
- « Un algorithme thérapeutique dans l'acné : pourquoi ? » Ann DermatolVenerol. 2010 Nov;137Suppl 2:S66-8.

### Quiz : réponses et commentaires

▷ Question 1 :

- A- Papules
- B- Pustule
- C- Microkystes
- D- Nodules
- E- Vésicules

▷ Question 2 :

- A- Grade 1
- B- Grade 2
- C- Grade 3
- D- Grade 4
- E- Grade 5

▷ Question 3 :

- A- Erythromycine
- B- Peroxyde de benzoyle

C- Benzoate de benzyl

D- Rétinoïdes

E- Clindamycine

▷ Question 4 :

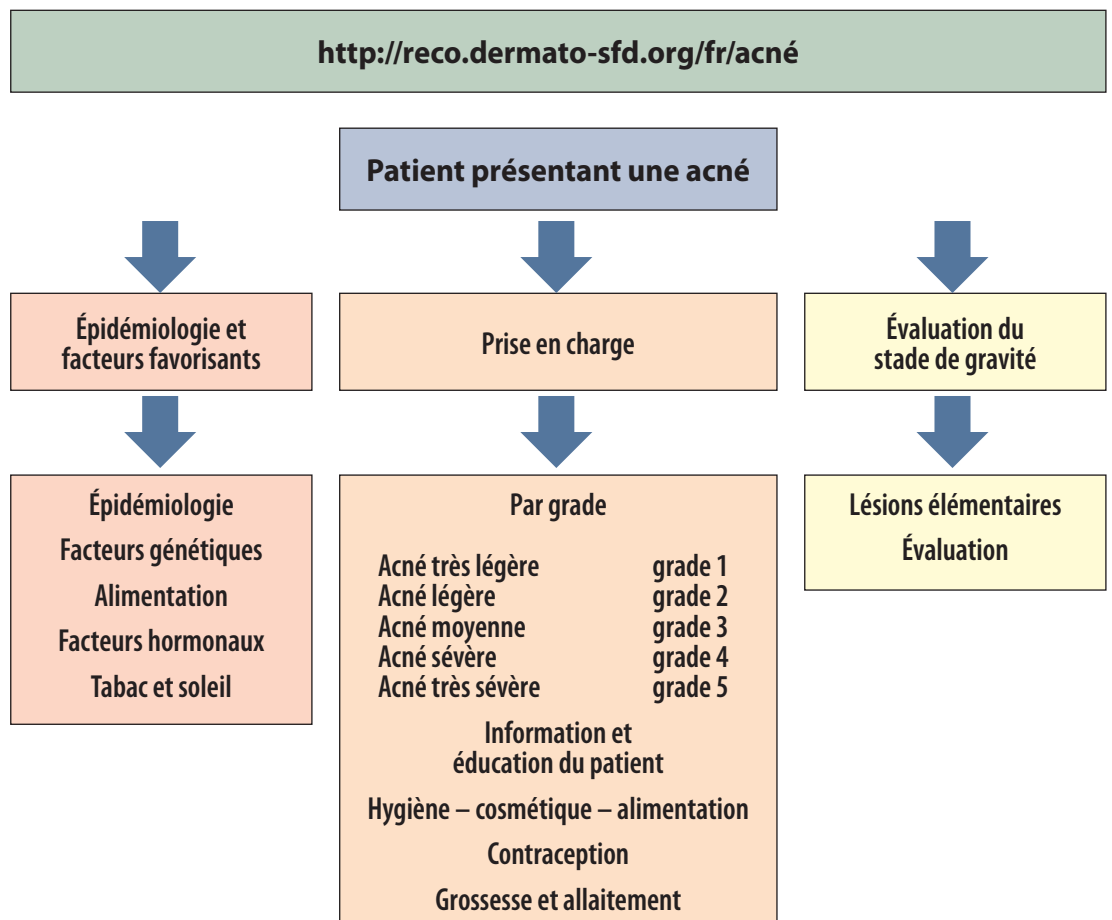
- A- Cyclines per os
- B- Isotrétinoïne per os
- C- Hormonothérapie
- D- Peroxyde de benzoyle topique
- E- Rétinoïdes topique

▷ Question 5 :

- A- Mise en place d'une contraception par éthiny-lestradiol-acétate de cyprotérone.
- B- Consultation psychiatrique
- C- Bilan lipidique
- D- Bilan hépatique
- E- Hémogramme

### Algorithme de prise en charge de l'acné par la Société Française de Dermatologie

Algorithme interactif sur le site : <http://reco.dermato-sfd.org/fr/acn%C3%A9> (actualisation 2015)

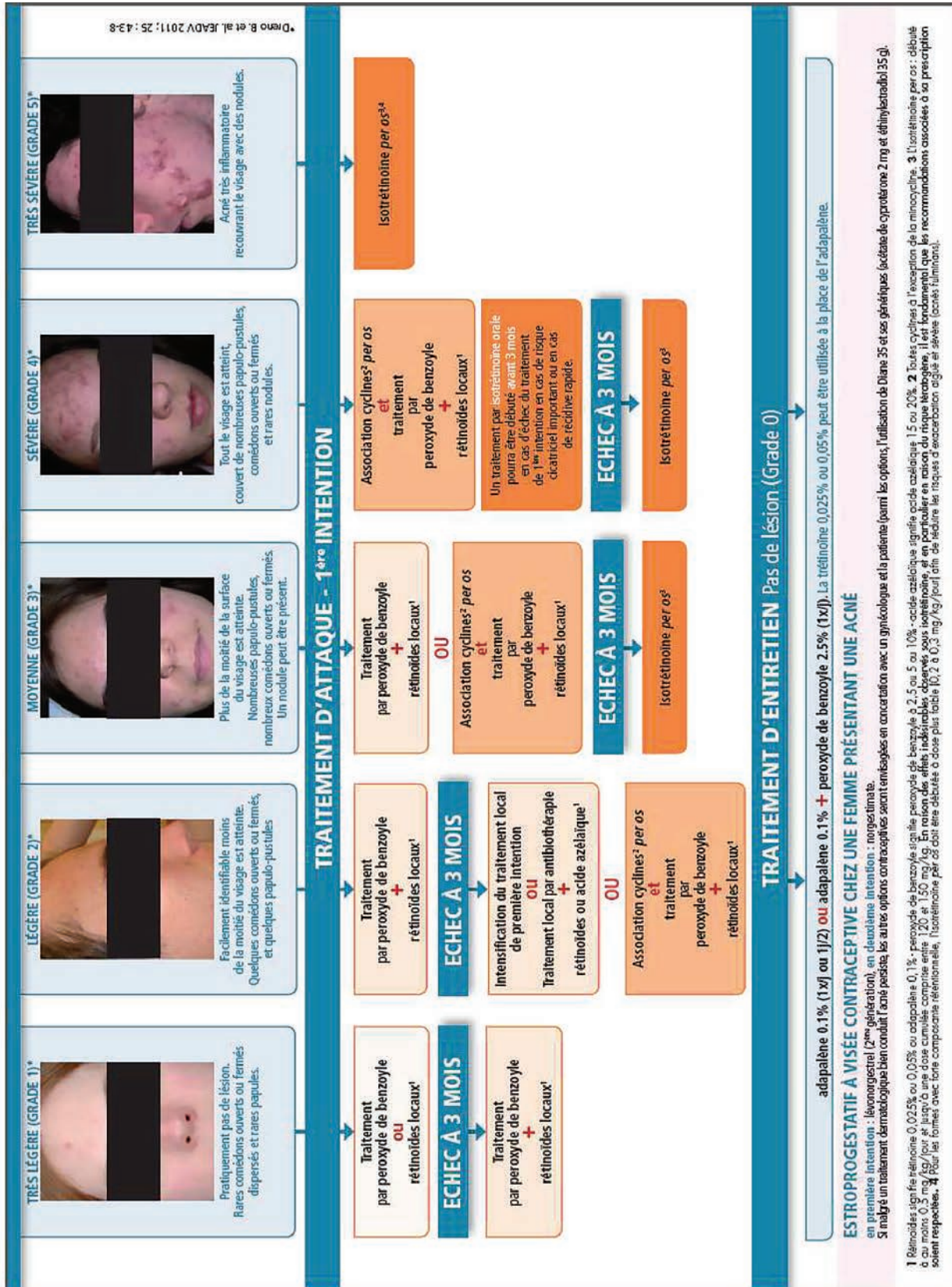


## Traitement de l'acné par voie locale et générale. Recommandations.

<http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/algorithm-54ac60356d1b9584a71ccaac92cf3724.pdf>

Pour les enfants, adolescents ou adultes sans contexte hormonal ou thérapies ciblées anticancéreuses, l'algorithme proposé ci-dessous est issu des recommandations de la SFD :

(<http://reco.dermato-sfd.org/fr/acn%C3%A9>)







## Troubles Fonctionnels Intestinaux Aidons à rétablir l'équilibre digestif

En perturbant l'équilibre digestif, les troubles fonctionnels intestinaux haut et/ou bas peuvent impacter la dynamique relationnelle mère-enfant. Dans le cadre d'une prise en charge globale, Galligest Premium constitue une réponse de première intention efficace et bien tolérée\* (1,2)

LABORATOIRE  
**Gallia**

AGISSONS PAR LA NUTRITION

\* Études réalisées avec Galligest Premium 1<sup>er</sup> âge chez 2 747 nourrissons. Une amélioration des troubles et une bonne tolérance ont été observées pour respectivement 91 et 93 % des pédiatres interrogés. (1) Roy P., *et al.* 2004. (2) Observatoire ADAN. 2014.

**AVIS IMPORTANT** : le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson au moins jusqu'à 6 mois : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

Document réservé exclusivement aux professionnels de santé