

Oedème / érythème du visage

Dr Emmanuel Laffitte
Service de Dermatologie
HUG, Genève



Quelques chiffres

- Prévalence incertaine; jusqu'à 10 % en Suède
- sujets de 30 à 50 ans
- Ratio F/H à 3, mais maladie souvent plus sévère chez les hommes
- Tous les types de peau, beaucoup plus fréquente chez les sujets à peau claire d'origine celtique ou d'Europe du Nord: « malédiction des Celtes »

Facteurs de risque

- ATCD familiaux: 11 à 30%
- Phototype et exposition aux UV
- Tabac: protecteur
- Pas de rôle:
 - Hélicobacter pilori
 - Consommation de café
 - Alcool

Aspects cliniques

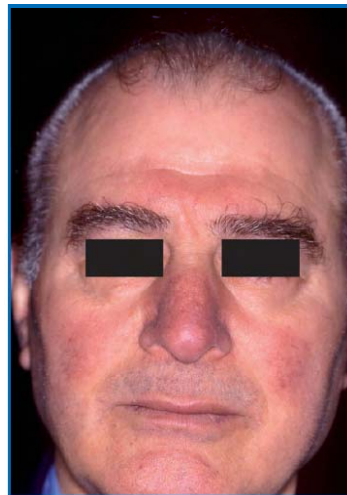
- Les manifestations diffèrent selon le sexe
 - Les femmes : joues et le menton
 - Les hommes: joues et le nez
- Le rhinophyma : quasi exclusivement masculin

Tableau 3. Classification de la rosacée en stades.

Pré-rosacée	Érythème paroxystique (bouffées vasomotrices et érubescence)
Stade I	Érythème permanent et télangiectasies
Stade II	En plus des critères du stade I : <ul style="list-style-type: none">- papules et pustules- œdème
Stade III	En plus des signes des stades I et II : <ul style="list-style-type: none">- Hypertrophie des glandes sébacées et fibrose (phymas)

Annales de dermatologie (2011) 138, S138-S147

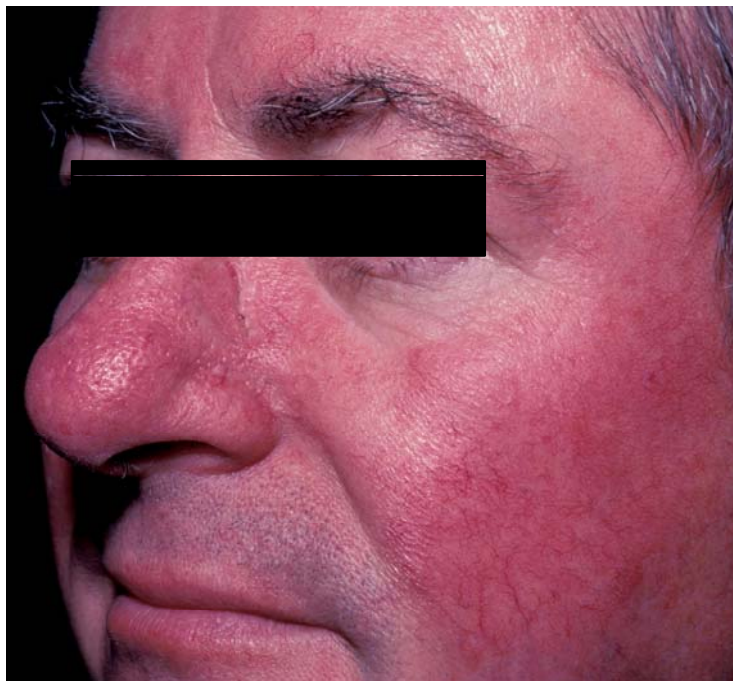
Rosacée érythémo-telangiectasique



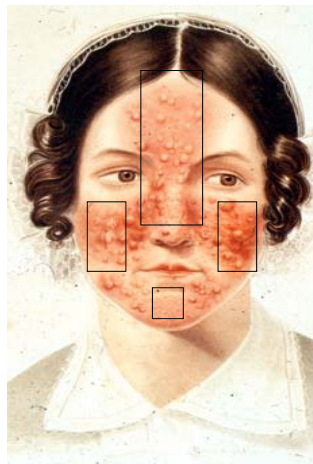
Annales de dermatologie (2011) 138, S138-S147

Aspects cliniques

- Episodes d'érythème paroxystique
- Avec le temps, l'érythème centro-facial devient persistant et les télangiectasies se développent
- Signes subjectifs tels que des sensations de chaleur ou de brûlures



Rosacée papulopustuleuse



Demodicosis and rosacea: Epidemiology and significance in daily dermatologic practice

Fabienne Forton, MD,^a Marie-Anne Germaux MD,^{a,b,c} Thierry Brasseur, MD,^a
 Anne De Liever, MD,^{a,d} Marianne Laporte, MD,^{a,b} Chantal Mathys, MD,^a Ursula Sass, MD,^{a,e}
 Jean-Jacques Stene, MD,^{a,c} Sylvie Thibaut, MD,^{a,f,h} Muriel Tytgat, MD,^{a,b,g} and Bruno Seys, MD^a
Brussels and Charleroi, Belgium

J Am Acad Dermatol 2005;52:74-87.

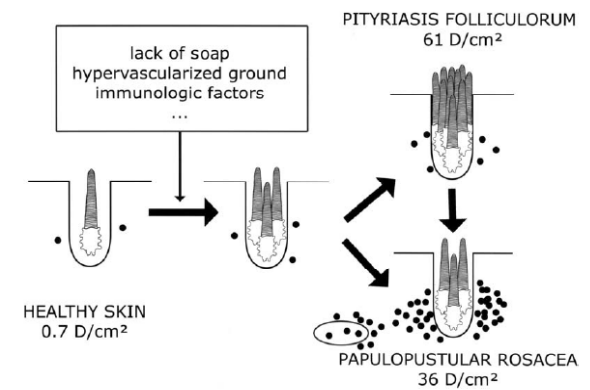


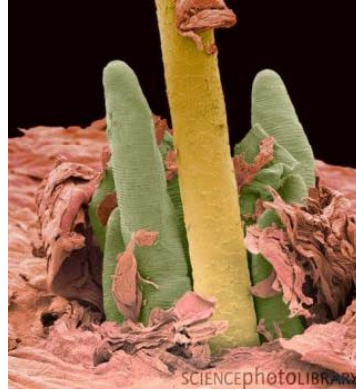
Fig 4. Physiopathologic hypothesis of pityriasis folliculorum and papulopustular rosacea. Numbers indicate mean of Demodex density.

Demodex folliculorum

- Parasite commensal de la peau
- 0.3 à 0.4 mm de long
- Vit en groupe dans le follicule pileux des zones riches en glandes sébacées



Photo: Stephane Martins, HUG



Demodex folliculorum

- Colonisation augmente avec l'âge
- Densité: 0.7 parasites/cm² en peau normale et 10.8/cm² dans la rosacée
- A l'état normal: jouerait un rôle dans l'homéostasie microbologique du follicule pileux

Demodex folliculorum

- Libère des enzymes protéolytiques pour ingérer les cellules épithéliales
- Sort la nuit des follicules et rampe à la surface de la peau (16 mm/h) pour aller se reproduire
- Copulation près de l'orifice pileux, puis la femelle redescend dans la glande sébacée pour pondre...



Conséquences pour la prise en charge

- Approche anti inflammatoire:
 - Topique:
 - ac Azélaïque
 - Cosmétiques antirougeurs
 - Systémique:
 - cyclines avant tout: rôle sur l'inflammation
 - Isotrétinoïne

Conséquences pour la prise en charge

- Approche antiparasitaire plus ciblées sur le Demodex
 - Topique:
 - Métronidazole: le traitement de première intention
 - Benzyl benzoate 15% dans Eurax: si démodécidose
 - Bientôt ivermectine topique Soolantra
 - Systémique
 - Metronidazole 250 mg x 3/j, 15 jours
 - Ivermectine orale

Conséquences pour la prise en charge

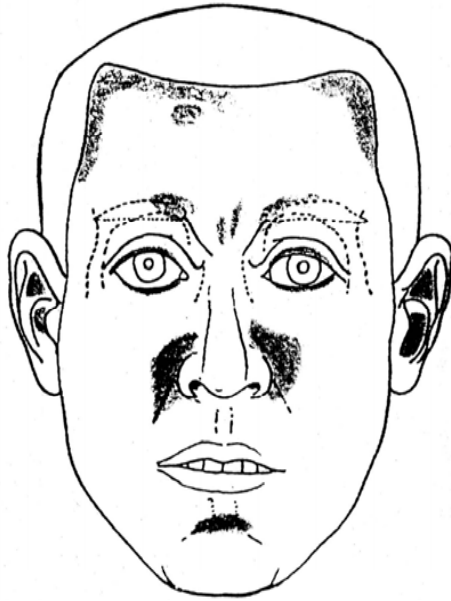
- Approche en général combinée
- Topique: Métronidazole: Rosalox crème 1 à 2/j
- Systémique: cyclines 6 à 8 semaines
 - Doxycycline 100 mgx2/j
 - Alternative moins dosée: Oracéa 1cp/j
- Et adapter en fonction de la réponse et de la clinique

Dermite séborrhéique

- Dermatose inflammatoire chronique, évoluant par poussée-rémission
- Prévalence: ≈3%
- Prédominance dans les régions riches en glandes sébacées (scalp, face, thorax, ...)

Dermite séborrhéique

- Causes incomplètement connues:
 - Pas de prédisposition génétique
 - Trouble de la production sébacée?
 - Malassezia spp. (anc. P.ovale): levure lipophile
 - HIV, Parkinson, trisomie 21
- Facteurs favorisants: stress, fatigue, surmenage
- Facteurs diminuants: UV, vacances



« Clinical practice. Seborrheic dermatitis » N Engl J Med 2009;360:387-96

Dermites séborrhéique: manifestations cliniques et prise en charge



La dermite séborrhéique (DS) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente, caractérisée par des plaques érythémato-squameuses localisées sur le cuir chevelu, les sillons nasogéniens et les sourcils. Son étiopathogénie, encore peu claire, implique les levures du genre *Malassezia*. Certaines pathologies peuvent être associées à une prévalence élevée de dermite séborrhéique (infection par le VIH, maladie de Parkinson, syndrome de Down). Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement curatif, mais il est néanmoins possible d'agir sur la symptomatologie de manière efficace, au moyen principalement de traitements topiques, et plus particulièrement d'antifongiques. Cet article abordera en premier lieu l'aspect clinique et pathogénique de la maladie, puis proposera des recommandations thérapeutiques, sur la base de preuves trouvées dans la littérature.



Rev Med Suisse 2011; 7: 752-8

S. Menzinger
E. Laffitte

Arsenal thérapeutique

- Pas de traitement curatif
- Topiques:
 - Antifongiques: kétoconazole, miconazole, ciclopirox olamine
 - Inhibiteurs de la calcineurine
 - Disulfide de selenium
 - Sels de Lithium
 - Dermocorticoïdes
 - Metronidazole

Arsenal thérapeutique

- Systémiques:
 - Antifongiques: fuconazole, terbinafine
 - Isotrétinoïne orale
- Photothérapie UVB

En pratique

- Ketokonazole topique: anti-inflammatoire et antifongique
- Shampoing:
 - Nizoral, les génériques (Lur, Ketomed, Ketosol mepha)
 - 2/S 1 mois puis 1/mois
- Crème 1/j

Diagnostic différentiel

Infection à Dermatophyte (*Arthroderma benamiae*)

(*Tinea incognito*)

Tinea Incognito

- Infection à dermatophyte dont l'aspect est modifié par l'utilisation de stéroïdes topiques
- Traitement par antifongiques oraux

Lupus aigu

- Début brutal
- Erythème congestif du visage en vespertillo
- Toujours associé à un Lupus systémique
- Fréquence des signes non spécifiques:
 - Ulcérations buccales
 - Vasculite: purpura, nodules, urticaire fixe
 - Raynaud
 - Bulles
 - Alopecie non cicatricielle
 - Thromboses
 - Signes d'un syndrome des antiphospholipides associé



Dermatomyosite

- Signes cutanés:
 - Souvent révélateurs
 - Souvent méconnus
 - Pathognomoniques dans 75% des cas
- Intérêt du diagnostic précoce par la peau
- Délai moyen entre les premiers signes cutanés et le début de la faiblesse musculaire: 11 à 84 semaines

Dermatomyosite: Signes cutanés

Aigus

- Erythème lilacé en lunettes du visage avec oedème palpébral
- Erythème périunguéal, dos des mains, coudes, genoux
- Photosensibilité

Chroniques

- Papules kératosiques du dos des mains
- Atrophie, poïkilodermie, telangiectasies
- Calcifications cutanées



Lupus aigu

Dermatomyosite



Eczéma de contact



Œdème/érythème du visage

Infectieux

- Zona
- Erysipèle
- Trichinose
- Borréliose

Inflammatoire

- Dermatomyosite
- Rosacée
- Dermite séborrhéique
- Lupus érythémateux
- Sarcoïdose

Allergique

- Eczéma contact/atopique
- Réaction phototoxique
- Réaction photoallergique
- Œdème de Quincke
- Œdème angioneurotique
- Granulomes de jouvence

Mécanique

- Sd cave supérieur
- Syndrome néphrotique

Exclusion

- Pathomimie