



Opération nez rouge

« Je vous jure, monsieur l'agent, je n'ai pas bu une goutte d'alcool ! »

Marie-Christine Roy

Un écrivain de 48 ans se présente à mon cabinet, sur les conseils de son médecin traitant, pour une rosacée évolutive atteignant surtout le nez. Absent depuis près d'un an de la scène médiatique afin d'écrire un nouveau roman, il rencontre son éditeur dans un resto branché de Montréal pour lui remettre son manuscrit dans les délais prévus. À peine lève-t-il son verre pour fêter l'heureux événement qu'il perçoit dans le langage non verbal de son interlocuteur, et surtout dans ce regard fixé sur son nez, le message qu'il connaît trop bien pour l'avoir décodé plus d'une fois : « Tiens donc, rien qu'à lui voir le pif, notre ami doit drôlement picoler ! ».

CETTE ANECDOTE illustre parfaitement les préjugés auxquels font face les personnes atteintes de rosacée. Il est prouvé scientifiquement que cette maladie est le plus souvent associée à une prédisposition personnelle et génétique et non à la consommation d'alcool. Notre écrivain est ainsi victime non seulement d'un problème cutané touchant son visage, son nez et parfois même ses yeux, mais surtout d'une stigmatisation sociale ayant des répercussions autant dans sa vie professionnelle que personnelle.

Quelle est donc la cause du problème ?

Caractérisée par la dilatation des vaisseaux du centre du visage (nez, joues, paupières, menton et front), la rosacée est une maladie vasculaire et acnéiforme qui

La D^{re} Marie-Christine Roy, dermatologue, exerce à Saint-Lambert depuis trente ans. Au cours de ses dix-huit premières années de pratique médicale, elle a aussi été chargée de clinique à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

apparaît chez l'adulte d'âge moyen (ou plus). Il s'agit d'une maladie chronique qui, par définition, ne peut être guérie, mais plutôt seulement maîtrisée.

Commençant habituellement entre 30 et 60 ans, la rosacée est relativement commune chez les personnes au teint, aux cheveux et aux yeux clairs, ainsi que chez celles qui rougissent facilement.

La pathogenèse

La cause de la dilatation vasculaire n'est pas connue. Toutefois, certains facteurs peuvent accroître les symptômes en engendrant une réponse immunitaire. C'est le cas des mites *Demodex*, présentes en plus grand nombre dans les follicules pileux des patients atteints de rosacée¹, et de certains facteurs gastro-intestinaux, la prévalence d'*Helicobacter pylori* étant plus élevée chez les patients atteints de rosacée¹. Cependant, la littérature actuelle ne mentionne pas de rôle actif pour cette bactérie dans la pathogenèse de la maladie. Par ailleurs, une prolifération bactérienne plus marquée a été notée dans l'intestin grêle de certains

Bien que certains facteurs, tels que les mites *Demodex* et l'infection à *Helicobacter pylori*, puissent parfois accroître les symptômes, la cause exacte de la rosacée n'est pas connue.

Repère



Photo 1. Rosacée érythématotélangiectasique
Source : Galderma Canada © Reproduction autorisée.



Photo 2. Rosacée papulopustuleuse
Source : Galderma Canada © Reproduction autorisée.

patients atteints de rosacée, dont l'état s'améliore une fois les bactéries éradiquées².

Les manifestations cliniques

La rosacée se caractérise par des périodes d'exacerbation et de rémission. Ses différentes manifestations cliniques comprennent :

- ☉ une tendance à rougir facilement, pouvant être provoquée par une variété de stimulus (nourriture chaude et épicée, alcool, températures extrêmes, soleil, réactions émotives, etc.) ;
- ☉ un érythème du visage (et parfois du cou) associé à des télangiectasies au cours des premiers stades de la maladie ;
- ☉ une prolifération importante des glandes sébacées pouvant être suivie d'une apparition de papules, de pustules, de kystes ou de nodules au fur et à mesure que la maladie évolue, mais sans comédons, contrairement à l'acné vulgaire. Une sensation d'échauffement ou de brûlure est parfois présente ;

- ☉ des symptômes oculaires chez la plupart des patients, associés le plus souvent aux symptômes cutanés, mais apparaissant aussi parfois seuls : sensation de brûlure ou de corps étranger dans l'œil, télangiectasies et irrégularité de la bordure des paupières, dysfonctionnement des glandes de Meibomius (blépharite postérieure), kératite, conjonctivite et épisclérite.
- ☉ un rhinophyma, c'est-à-dire une hyperplasie des tissus mous du nez, qui tend à apparaître tardivement, le plus souvent chez l'homme d'âge moyen.

La classification

Un regroupement d'experts a classifié la rosacée en quatre grands sous-types pour en faciliter le diagnostic et le traitement³ :

- ☉ la rosacée **érythématotélangiectasique (sous-type I : ETTR)** est caractérisée par un érythème rapide (*flushing*) en réponse à la gêne, à l'exercice ou à un environnement chaud et associée à des

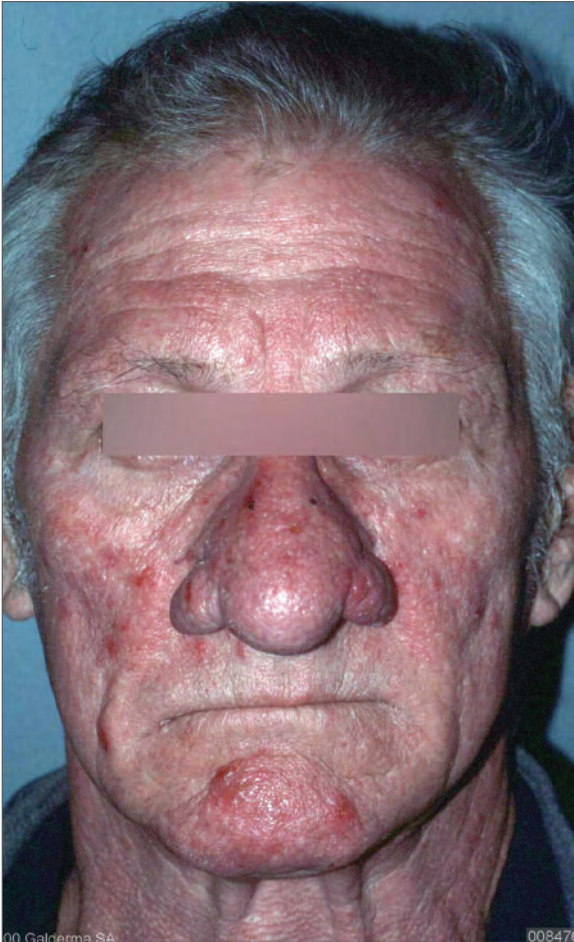


Photo 3. Rosacée phymateuse
Source : Galderma Canada © Reproduction autorisée.

symptômes d'échauffement et de brûlure, en particulier après l'application de produits topiques (photo 1) ;

- la rosacée **papulopustuleuse (classique) (sous-type 2 : PPR)** est définie par de petites papules et pustules sur un érythème au centre du visage et épargne la région périoculaire et parfois la région périorale (photo 2) ;
- la rosacée **phymateuse (sous-type 3 : PR)** est caractérisée par un épaississement marqué de la peau, associé à des irrégularités possibles de la surface du nez, du menton, du front, des yeux ou des oreilles (photo 3) ;
- la rosacée **oculaire (sous-type 4 : OR)** est caractérisée par une blépharite et une conjonctivite, souvent en association avec d'autres manifestations cutanées ou à la suite de telles manifestations (photo 4).



Photo 4. Rosacée oculaire
Source : Galderma Canada © Reproduction autorisée.

Une revue plus récente de la littérature propose un nouveau sous-type⁴, la **rosacée glandulaire**³, caractérisée par une hyperplasie des glandes sébacées, accompagnée parfois de papules, de pustules et de lésions nodulokystiques, sauf dans la région périoculaire.

Le passage d'un sous-type à l'autre est inhabituel, à l'exception de la forme papulopustuleuse grave et de la rosacée glandulaire qui peuvent évoluer vers la forme phymateuse³.

Le diagnostic

Il n'existe pas de test diagnostique spécifique pour la rosacée. Le diagnostic repose donc exclusivement sur la présence d'une ou de plusieurs des manifestations cliniques suivantes établies par le National Rosacea Society Expert Committee³ :

- un érythème transitoire ;
- un érythème non transitoire ou persistant ;
- des papules et des pustules ;
- des télangiectasies.

D'autres manifestations sont souvent concomitantes, mais sont parfois observées seules (tableau I) :

- une sensation de brûlure ou d'échauffement ;
- une plaque (lésions inflammatoires confluentes sur plaque érythémateuse) ;
- une apparence sèche de la peau ;
- un œdème ;
- des affections oculaires ;
- une localisation périphérique ;
- des changements phymateux.

Tableau 1

Sous-types de rosacée

Sous-type	Légère	Modérée	Grave
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Sous-type 1 : Rosacée érythématotélangiectasique ETTR 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Érythème facial persistant mais léger ⊗ Tendance légère à l'érythème ⊗ Télangiectasies éparses possibles 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Érythème persistant modéré ⊗ Érythème ⊗ Télangiectasies 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Érythème important ⊗ Érythème prolongé fréquent ⊗ Plusieurs télangiectasies
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Sous-type 2 : Rosacée papulopustuleuses PPR 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Peu de papules et de pustules ⊗ Érythème léger 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Plusieurs papules et pustules ⊗ Érythème modéré 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Plusieurs papules et pustules pouvant former des plaques ⊗ Érythème prononcé
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Sous-type 3 : Rosacée phymateuse PR (rhinophyma) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pores des ailes du nez dilatés et léger œdème nasal 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Œdème nasal bulbeux et légère hypertrophie tissulaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Érythème prononcé ⊗ Œdème nasal marqué ⊗ Hypertrophie tissulaire avec distorsion du nez
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Sous-type 4 : Rosacée oculaire OR 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Légère sécheresse et prurit ⊗ Léger érythème conjonctival 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Échauffement et brûlure ⊗ Blépharite et chalazion ou orgelet ⊗ Érythème modéré de la conjonctive 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Douleur et photosensibilité ⊗ Changements importants des paupières ⊗ Changements cornéens ⊗ Épisclérite

Source : Powell FC. *Rosacea diagnosis and management*. 1^{re} éd. New York : Informa Healthcare USA ; 2009. Reproduction autorisée.

Quelles sont les conséquences d'un faux diagnostic de rosacée ?

Voici le diagnostic différentiel de la rosacée :

- ⊗ L'acné vulgaire touche habituellement les patients plus jeunes et se manifeste par des comédons ouverts ou fermés et par l'absence de bouffées congestives et d'érythème prononcé. Les comédons ne sont pas présents dans la rosacée.
- ⊗ La dermatite séborrhéique se caractérise par un érythème et des squames autour du nez ainsi qu'au niveau des sourcils, des oreilles et du cuir chevelu. Elle est toutefois souvent associée à l'acné rosacée.
- ⊗ La démodicose, une augmentation du nombre de mites *Demodex*, est plus fréquente chez les patients immunodéprimés, mais peut aussi survenir chez les personnes en bonne santé. Elle occasionne un érythème facial et des papules inflammatoires semblables à ceux de la rosacée. Une préparation d'hydroxyde de potassium (KOH) révèle une augmentation du nombre de mites.
- ⊗ Le syndrome carcinoïde est rare. Les signes physiques en sont l'érythème et les télangiectasies veineuses dans la région médiofaciale. Cependant, les bouffées congestives propres au syndrome carcinoïde durent moins longtemps que celles de la rosacée, soit de 20 à 30 secondes seulement.
- ⊗ Le lupus érythémateux généralisé est lui aussi caractérisé par un érythème facial qui peut être aggravé par la lumière. Il n'est pas associé à des papules ni à des pustules, mais à d'autres malaises généraux.
- ⊗ La dermatite stéroïdienne est causée par l'utilisation prolongée de corticostéroïdes topiques sur le visage et peut entraîner une éruption faciale difficile à distinguer de la rosacée. Le traitement comprend l'arrêt des corticostéroïdes topiques et la prise de tétracycline par voie orale et de pimécrolimus topique.
- ⊗ Les bouffées congestives (*flushing*) de l'adolescent vont souvent de pair avec l'anxiété. La rosacée est rarement en cause. La rassurance et le counselling (des patients et des parents) constituent la base du

traitement. Les médicaments par voie générale (ex. : propranolol, à raison de 10 mg à 20 mg par jour) doivent être réservés aux jeunes ayant une difficulté importante à fonctionner en société.

Le traitement

Il est important de se rappeler que la rosacée (*tableau II*) peut se maîtriser, mais pas nécessairement se guérir. Les lésions inflammatoires et oculaires répondent habituellement bien au traitement. L'érythème facial est toutefois plus résistant⁵.

Le traitement initial

Tous les patients atteints de rosacée devraient utiliser des nettoyants doux pour la peau, d'éviter les irritants et de se protéger du soleil à l'aide de filtres solaires à large spectre.

Les antibiotiques topiques et le peroxyde de benzoyle⁵ constituent le traitement initial de choix pour les lésions inflammatoires de la rosacée. La prudence est toutefois de mise, car le peroxyde de benzoyle est irritant. Pour les lésions papuleuses et pustuleuses, une mince couche d'un des produits ci-dessous doit être appliquée sur la région atteinte (non seulement sur les lésions individuelles) une ou deux fois par jour.

- ⊗ Le métronidazole est souvent employé initialement avec ou sans antibiotique par voie orale. Le gel à 1 % est utilisé une fois par jour alors que la crème, la lotion et le gel à 0,75 % le sont habituellement deux fois par jour, quoique la dose quotidienne unique est aussi possible⁹.
- ⊗ La crème d'acide azélaïque à 20 % ou le gel à 15 %, en deux applications par jour, peut aussi être prescrite pour traiter la rosacée de légère à modérée. Le recours à l'un ou l'autre en monothérapie ou en association avec le métronidazole topique est possible. Une des limitations potentielles de l'acide azélaïque est qu'il peut augmenter les poils faciaux, un inconvénient possible chez la femme.
- ⊗ La lotion de sulfacétamide sodique à 10 % et de soufre à 5 %, les solutions de clindamycine à 1 %

et d'érythromycine à 2 %, la crème de clindamycine à 1 % et le gel d'érythromycine à 2 % peuvent aussi être employés une ou deux fois par jour, mais sont moins efficaces.

- ⊗ Le peroxyde de benzoyle à 2,5 % une ou deux fois par jour, puis à 5 % ou à 10 %, selon la tolérance, peut être associé aux traitements précédents si la peau n'est pas trop sèche. Il faut toutefois faire preuve de prudence en raison du caractère irritant du produit. En pratique, cet effet indésirable en limite l'utilisation, car les patients atteints de rosacée ont souvent une peau réactive.

Tous les traitements doivent durer de quatre à six semaines au moins avant qu'il soit possible d'en observer l'efficacité. Les préparations érythromycine–peroxyde de benzoyle et clindamycine–peroxyde de benzoyle peuvent augmenter l'observance, mais sont plus coûteuses.

Les acaricides

Comme les mites *Demodex* jouent possiblement un rôle dans la pathogenèse de la rosacée, les agents qui traitent ces mites pourraient être efficaces, comme en fait foi une étude portant sur l'efficacité de la crème de perméthrine à 5 %, à raison de deux fois par jour, contre la rosacée. D'autres études sont toutefois nécessaires avant que nous soyons en mesure de prescrire ce produit à nos patients⁶.

Pour les symptômes persistants ou plus importants⁶

La crème de trétinoïne (0,025 %, 0,05 %, 0,1 %) ou le gel à 0,04 % sont indiqués contre les lésions papuleuses et pustuleuses ne répondant pas aux traitements précédents. Il faut commencer par de faibles concentrations (crème à 0,025 % ou gel à 0,04 %), à raison de deux à trois fois par semaine au coucher, puis augmenter graduellement la fréquence. Ce produit peut être prescrit en association avec les antibiotiques topiques, surtout dans les cas récalcitrants.

Les antibiotiques par voie orale sont surtout utiles

La dermatite stéroïdienne est causée par l'utilisation prolongée de corticostéroïdes topiques. Elle peut causer une éruption faciale impossible à distinguer de la rosacée. Le traitement comprend l'arrêt des corticostéroïdes topiques et la prise de tétracycline par voie orale et de pimécrolimus topique.

Repère

Tableau II

Traitement de la rosacée

Signes et symptômes	Traitements
Nombre limité de papules et de pustules	<ul style="list-style-type: none">☉ Produits topiques :<ul style="list-style-type: none">☞ métronidazole (0,75 % ou 1 %)☞ lotion de clindamycine ou d'érythromycine☞ lotion de sulfacétamide à 10 % et de soufre à 5 %☞ crème de trétinoïne☉ Autres possibilités non usuelles :<ul style="list-style-type: none">☞ crème de perméthrine à 5 %☞ acide azélaïque (gel à 15 %, crème à 20 %)☉ Consultation en dermatologie nécessaire :<ul style="list-style-type: none">☞ tacrolimus☞ nicotinamide topique
Lésions plus étendues	<ul style="list-style-type: none">☉ Antibiotiques par voie orale : tétracycline, doxycycline, érythromycine, minocycline<ul style="list-style-type: none">☞ troubles gastro-intestinaux possibles☞ photosensibilité☞ vaginites à <i>Candida</i>☞ possibilité d'interférence avec les contraceptifs par voie orale☉ Association d'agents par voie orale et topique<ul style="list-style-type: none">☞ arrêt du traitement par voie orale lorsque l'efficacité est suffisante☞ entretien par des médicaments topiques
Symptômes vasculaires	<ul style="list-style-type: none">☉ Laser jaune au colorant pulsé☉ Lumière intense pulsée
Rosacée importante ou récalcitrante	<ul style="list-style-type: none">☉ Accutane<ul style="list-style-type: none">☞ Effets indésirables possibles :<ul style="list-style-type: none">• sécheresse de la peau et des muqueuses• sécheresse oculaire• prurit et dermatite• myalgie et augmentation du taux d'enzymes hépatiques• élévation des taux de triglycérides et de cholestérol• anomalies fœtales en cas d'utilisation pendant la grossesse☞ Analyses requises :<ul style="list-style-type: none">• bilan hépatique et bilan lipidique avant et durant le traitement
Maîtrise de l'érythème et des bouffées congestives	<ul style="list-style-type: none">☉ Hypotenseurs par voie orale possibles, mais rarement utilisés
Rhinophyma	<ul style="list-style-type: none">☉ Voie orale : Accutane à faibles doses☉ Traitements au laser☉ Chirurgie plastique
Rosacée oculaire	<ul style="list-style-type: none">☉ Antibiotiques par voie orale☉ Traitement topique (devrait faire l'objet d'une consultation en ophtalmologie)

Source : van Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD et coll. Systematic review of rosacea treatments. *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 56 (1) : 107-15. Reproduction autorisée.

chez les patients atteints de rosacée papulonodulaire et indiqués chez ceux qui présentent des symptômes oculaires, car les traitements topiques peuvent prendre six semaines à agir. Il est possible d'associer le traitement par voie orale à un produit topique au début pour bien maîtriser la rosacée, puis de cesser graduellement.

Voici les divers antibiotiques par voie orale possibles :

- la tétracycline, à raison de 250 mg à 500 mg, deux fois par jour ;
- la doxycycline, à raison de 50 mg à 100 mg, une ou deux fois par jour ;
- la doxycycline à plus faibles doses, à raison de 20 mg, deux fois par jour, ou à une dose initiale de 30 mg, puis de 10 mg par jour par la suite, peut aussi être efficace⁸ ;
- une fois la rosacée maîtrisée depuis quatre semaines, une réduction graduelle de la dose peut être faite sur un mois jusqu'à la dose minimale efficace. Un traitement à long terme peut être nécessaire ;
- en second choix, il est possible de prescrire l'érythromycine (base, de préférence), à raison de 250 mg de deux à quatre fois par jour, et la minocycline à une posologie de 50 mg à 100 mg par jour.

La tétracycline, la doxycycline et la minocycline sont des médicaments photosensibilisants. Le médecin doit donc prévenir ses patients.

Le traitement d'entretien

Le caractère chronique de la rosacée nécessite un traitement médical à long terme, pas seulement en cas d'exacerbations. Le métronidazole topique appliqué une fois par jour parvient à maîtriser les symptômes chez plusieurs patients. Si un traitement par voie orale s'impose, il doit être poursuivi à une dose minimale, qui peut être augmentée en cas d'exacerbations.


Les recommandations d'usage sont d'éviter les facteurs précipitants de la rosacée, comme l'alcool, les aliments épicés, l'exposition solaire et les températures extrêmes. Il n'existe cependant pas de traitement spécifique contre l'érythème. La clonidine par voie orale et les bêtabloquants n'ont qu'un succès limité.

Quand orienter en dermatologie ?

Pour un rhinophyma ne répondant pas au traitement, les différentes options thérapeutiques sont la chirurgie par électrocautérisation, le remodelage du nez par voie chirurgicale, la dermabrasion et le traitement au laser à CO₂. Toutefois, l'approche optimale est d'éviter l'évolution du rhinophyma.

Le laser jaune à colorant pulsé et la lumière intense pulsée peuvent améliorer les télangiectasies, l'érythème persistant et les formes de rosacée récalcitrante^{6,7,10}. Selon le problème, de deux à plusieurs traitements seront nécessaires. Comme il s'agit d'un état chronique, le patient pourra avoir besoin d'un traitement d'entretien périodique.

Les patients atteints de rosacée grave nodulokystique ou récalcitrante, de rhinophyma et d'érythème persistant peuvent nécessiter une consultation en dermatologie en vue d'un traitement par le laser ou par la lumière intense pulsée et parfois par l'isotrétinoïne.

NOUS AVONS PRESCRIT À notre écrivain atteint d'une rosacée papulopustuleuse modérée une association d'antibiotiques par voie orale et de métronidazole topique, puis trois traitements par le laser jaune à colorant pulsé de manière à atténuer son érythème et ses grosses télangiectasies nasales. Il reçoit actuellement un traitement d'entretien au laser jaune une fois par année, se protège du soleil et applique quotidiennement un gel de métronidazole. À chaque visite, il nous répète que nous avons « changé sa vie » ! 

Date de réception : le 28 mars 2011

Date d'acceptation : le 29 avril 2011

La D^{re} Marie-Christine Roy n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Powell FC. *Rosacea diagnosis and management*. 1^{re} éd. New York : Informa Healthcare USA ; 2009.

Les patients atteints de rosacée grave nodulokystique ou récalcitrante peuvent voir leur état s'améliorer avec un traitement par l'isotrétinoïne (Accutane), bien que la réponse au traitement soit moins prévisible que pour l'acné vulgaire.

Repère

Summary

Operation Red Nose : « I swear officer, I did not have a drop of alcohol! ». Rosacea is a chronic acneiform disorder found in middle-aged and older adults. It is characterized by increased reactivity to heat, leading to flushing and gradually to telangiectasia. It is quite often coexistent with acne without the comedones. Ocular symptoms occur for many patients with rosacea most often in combination with skin symptoms, but occasionally alone. Mostly men develop rhinophyma which can be treated successfully by surgery or laser. Therapy for rosacea usually consists of a combination of topical and oral antimicrobials. Metronidazole in various formulations is the most often used topical therapy for the inflammatory papules and pustules of rosacea. Concurrent therapy with an oral antibiotic (usually a member of the tetracycline family) is frequently necessary to improve clinical outcomes in patients with rosacea.

2. Parodi A, Paolino S, Greco A et coll. Small intestinal bacterial overgrowth in rosacea: clinical effectiveness of its eradication. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008 ; 6 : 759-64.
3. Wilkin J, Dahl M, Detmar M et coll. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 46 (4) : 584-7.
4. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 51 (3) : 327-41.
5. Pelle MT, Crawford GH, James WD. Rosacea: II. Therapy. *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 51 (4) : 499-512.
6. van Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD et coll. Systematic review of rosacea treatments. *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 56 (1) : 107-15.
7. Tan SR, Tope WD. Pulsed dye laser treatment of rosacea improves erythema, symptomatology, and quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 51 (4) : 592-9.
8. Sanchez J, Somolinos AL, Almodovar PI et coll. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the combined effect of doxycycline hyclate 20-mg tablets and metronidazole 0.75% topical lotion in the treatment of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2005 ; 53 (5) : 791-7.
9. Dahl, MV, Jarratt M, Kaplan D et coll. Once daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2001 ; 45 (5) : 723-30.
10. Therien G, Boulanger J. La dermatologie esthétique. Les technologies physiques : les lasers. *Le Patient* 2010 ; 4 (4) : 15-9.