

Pourquoi parler encore d'acné ?

Sylvie Cadet et André Louis Kiss

Philippe a 17 ans. Il vous consulte afin de venir à bout de son acné qui s'est intensifiée depuis l'hiver. Autrefois, il avait des comédons et quelques papules une fois de temps en temps, mais il lutte à présent contre une invasion de papules et de pustules aussi présentes sur le thorax et le dos.

Il affirme être malheureux depuis. Il vous dit que le savon PanOxyl® et le Spectro Jel^{MC} ne sont plus aussi efficaces qu'avant et qu'il a cessé de boire du cola et de manger des frites. Il espère ne pas avoir de cicatrices d'excoriation comme son frère aîné, ce qui le rendrait encore plus gêné. Comment aider Philippe ?



Répercussions psychologiques de l'acné

Les répercussions psychologiques ne sont pas nécessairement proportionnelles au degré d'atteinte clinique². L'acné peut entraîner des séquelles psychologiques, comme la dépression (et parfois l'apparition d'idées suicidaires), une perception négative de l'image corporelle, une baisse de l'estime de soi, de l'anxiété, une diminution de la qualité de vie ainsi qu'une baisse du niveau d'adaptation sociale. Il est donc important de reconnaître le problème et d'offrir d'emblée un traitement efficace³. Il est également souhaitable de transmettre ce message aux parents d'adolescents atteints qui peuvent avoir des préjugés sur les causes de la maladie et, par conséquent, sous-estimer les bienfaits des thérapies psychologiques.

Mythes et réalités

Une étude à répartition aléatoire menée auprès de

La D^{re} Sylvie Cadet, omnipraticienne, LCMC et titulaire d'un baccalauréat en sciences médicales de l'Université de l'Alberta, exerce à la Clinique Médicale du Centre, à Varennes. Le D^r André Louis Kiss, omnipraticien, LCMC, titulaire d'un baccalauréat en biologie moléculaire et d'une maîtrise en sciences cliniques, exerce également à la Clinique Médicale du Centre, à Varennes, ainsi qu'au Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Longueuil, en médecine générale et en périnatalogie.

Encadré 1

Physiopathologie de l'acné

Quatre éléments physiopathologiques sont en cause dans l'acné :

1. L'influence hormonale est primordiale puisqu'elle est responsable de la sécrétion excessive de sébum.
2. La prolifération bactérienne de *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) à l'intérieur du follicule pilosébacé.
3. Un problème de kératinisation menant à l'occlusion folliculaire (formation de bouchons cornés).
4. Une cascade inflammatoire résultant de la prolifération de *P. acnes* et de la production des facteurs chimiotactiques et des médiateurs inflammatoires qui endommagent les follicules^{1,2}.

847 adolescents a permis de vérifier certains mythes liés à l'acné. Selon la perception des adolescents, la mauvaise hygiène (83 %), l'ingestion d'aliments gras (64 %) et le stress (57 %) arrivent en tête de liste des causes de l'acné⁴. S'il existe une incidence génétique, la croyance voulant que la consommation de chocolat, de cola, de pizza ou de frites cause l'acné n'est pas fondée.

Manifestations cliniques et classifications de l'acné vulgaire

Les lésions d'acné sont souvent polymorphes et se retrouvent sur le visage, la poitrine et le dos. Le comédon fermé constitue la lésion primaire. Viennent

Tableau I

Stades de l'acné

Stade 1 Acné comédonienne (comédons ouverts, fermés) et quelques papules

Stade 2 Acné papulopustuleuse (surtout localisée sur le visage, légères cicatrices)

Stade 3 Acné papulocomédonienne grave (extension au dos, au thorax et aux épaules, présence modérée de cicatrices)

Stade 4 Acné nodulokystique (localisée sur le visage, le dos et le thorax, cicatrices importantes)

Tableau II

Causes médicamenteuses de l'acné

- L'ACTH
- Les androgènes
- L'azathioprine
- Les barbituriques
- Les corticostéroïdes
- La cyclosporine
- Le disulfirame
- L'isoniazide
- Le lithium
- La phénytoïne
- Les psoralènes
- Certaines vitamines du groupe B

ensuite le comédon ouvert, la papule, la pustule, le nodule, le kyste et enfin les cicatrices. L'acné grave cause souvent des cicatrices permanentes accompagnées du drainage spontané des lésions et de la formation de fistules. La forme d'acné destructrice la plus grave se nomme acné conglobata et est caractérisée par de multiples occlusions folliculaires et une acné fulminans.

Il y a quatre stades d'acné¹ (tableau I). Le stade 1 correspond à l'acné comédonienne. On peut décrire au patient que le bouton ordinaire visible est un follicule obstrué. S'il se forme à la surface de la peau et qu'il ressemble à un point noir, c'est un comédon ouvert. S'il se trouve sous la surface de la peau et ressemble à un point blanc, c'est un comédon fermé. La peau acnéique du patient peut aussi présenter quelques papules ou de petites bosses rouges sensibles au toucher ou encore des pustules, c'est-à-dire des petites bosses rouges gorgées de pus. Le stade 2, ou acné papulopustuleuse, est de gravité légère à modérée. Elle touche principalement le visage et laisse peu de cicatrices. Le stade 3, ou acné papulocomédonienne, est plus grave et s'étend au dos, au thorax et aux épaules

Tableau III

Traitements antiacnéiques selon la gravité

- Isotrétinoïne générale
- Antibiotiques généraux
- Associations topiques
- Hormonothérapie
- Antibiotiques topiques
- Rétinoïdes topiques
- Peroxyde de benzoyle

et est accompagnée d'un plus grand nombre de cicatrices. Le stade 4, ou acné nodulokystique, s'accompagne de nombreuses cicatrices. Les nodules sont ces grosses bosses rouges, solides et sensibles. Retenons que ces catégories ne sont pas rigides. Par exemple, un patient ayant principalement des comédons, des papules et de nombreuses cicatrices peut être considéré comme étant atteint d'acné grave.

L'examen du patient commence par une anamnèse portant plus précisément sur la fonction endocrinienne et les antécédents familiaux. Chez la femme, le syndrome des ovaires polykystiques constitue la cause la plus fréquente d'hyperandrogénie⁵. Il est caractérisé par l'irrégularité menstruelle, l'hirsutisme, l'acné, des kystes ovariens, une certaine résistance à l'insuline et, occasionnellement, l'*acanthosis nigricans*. L'apparition soudaine de l'acné associée à une virilisation doit nous orienter vers une tumeur surrénalienne ou ovarienne. L'acné peut aussi être présente dans le syndrome de Cushing ou lors d'une hyperplasie surrénalienne. La virilisation entraîne une diminution du volume mammaire, une clitéromégalie, de l'alopecie, de l'hirsutisme et abaisse la tonalité de la voix. Un examen radiologique des glandes surrénales et des ovaires ainsi qu'un bilan hormonal complètent l'évaluation. Une consultation en endocrinologie est recommandée. D'autres détails méritent d'être connus tels que la prise de médicaments (tableau II).

Recommandations et traitements indiqués dans les cas d'acné

L'arsenal thérapeutique s'étant agrandi, le médecin dispose maintenant d'un vaste choix de médicaments et de produits dermocosmétiques efficaces

Tableau IV**Médicaments efficaces dans le traitement de l'acné**

Nettoyants doux	Cétaphil [®] , Trisan ^{MC} , Prégénol [®] , SpectroDerm ^{MC} , Spectro Jel ^{MC} , Keracnyl gel moussant doux, Avène pain surgras, Aveeno [®] nettoyant clarifiant, Dermatus dermonettoyant. Fréquence : de 2 à 3 fois par jour.
Peroxyde de benzoyle	PanOxyl [®] gel (2,5 %, 5 %, 10 %, 20 %), Oxy-5 [®] (10 %), Solugel [®] 4 (8 %), Lotion BenOxyl [®] (5 %), Benzac ^{MC} AC ou W (10 %), Persa gel [®] (5 %), Clearasil [®] , Neutrogena on-the-spot [®] , Lotion Spectro Acne care [®] , Benzoyl 5 [®] %. Fréquence : de 1 à 2 fois par jour
Salicylate	Clearasil Clearstick [®] , Oxy tampons ou crème, Clean + Clear gel [®] . Fréquence : de 1 à 2 fois par jour.
Soufre	Sulfacet-R [®] , Clearasil BP plus, nettoyant ou lingettes purifiantes Clearasil [®] . Fréquence : de 1 à 2 fois par jour
Adapalène	Differin ^{MD} à 0,1 % en crème, en gel ou en lotion. Fréquence : de 1 à 2 fois par jour. Effet supérieur en association avec un antibiotique topique.
Clindamycine topique	Dalacin [®] T, Clindets [®] , Clindoxyl [®] gel, BenzaClin [®] gel. Fréquence : 2 fois par jour.
Érythromycine topique	Erysol à 2 % ou préparation magistrale : érythromycine à 3 % dans lotion de peroxyde de benzoyle à 5 %. Fréquence : 2 fois par jour.
Tétracycline par voie orale	De 250 mg à 500 mg, 2 fois par jour, pendant de 2 à 4 mois.
Doxycycline par voie orale	De 50 mg à 100 mg, 2 fois par jour, pendant de 1 à 2 mois.
Minocycline par voie orale	De 50 mg à 100 mg, 2 fois par jour, pendant de 1 à 3 mois.
Spirolactone par voie orale	De 50 mg à 100 mg, une fois par jour, pendant de 3 à 12 mois.
Isotrétinoïne topique	Retin-A TM (0,01 %, 0,025 %, 0,05 %, 0,1 %), Stieva-A [®] , Retisol-A [®] , Retin A Micro [®] à 0,1 % en gel, Stievamycin [®] (plus érythromycine). Fréquence : de 1 à 2 fois par jour
Contraceptifs par voie orale	Tri-Cyclen [®] , Aleese [®] , Diane [®] 35
Exfoliants	Reversa [®] , Aveeno [®] exfoliant, Alyria, NeoStrata [®] Éclat Total ou Systèmes Dermo Avancés, L'Oréal Refinish [®] , Effaclar K [®] . Fréquence : de 1 à 2 fois par semaine dans les formes modérées et graves
Hydratants	Biotherm, Olay ^{MC} , Cétaphil [®] , Crémagel, Neutrogena [®] , L'Oréal Happyderm, Roc, Soya Unify. Fréquence : de 1 à 3 fois par jour
Isotrétinoïne par voie orale	Accutane TM Roche [®] (10 mg, 20 mg, 40 mg). Commencer par 0,5 mg/kg ou réduire à 10 mg, 2 fois par jour, en cas de photosensibilité, puis augmenter progressivement à 1 mg/kg. Utiliser au besoin un écran solaire quotidien. Dose totale de 120 mg/kg à 150 mg/kg en 20 semaines.

(tableau III). Il doit cependant clairement informer le patient que des résultats cliniques ne seront obtenus qu'après plusieurs semaines de traitement⁶. On estime qu'un comédon en formation arrive à matu-

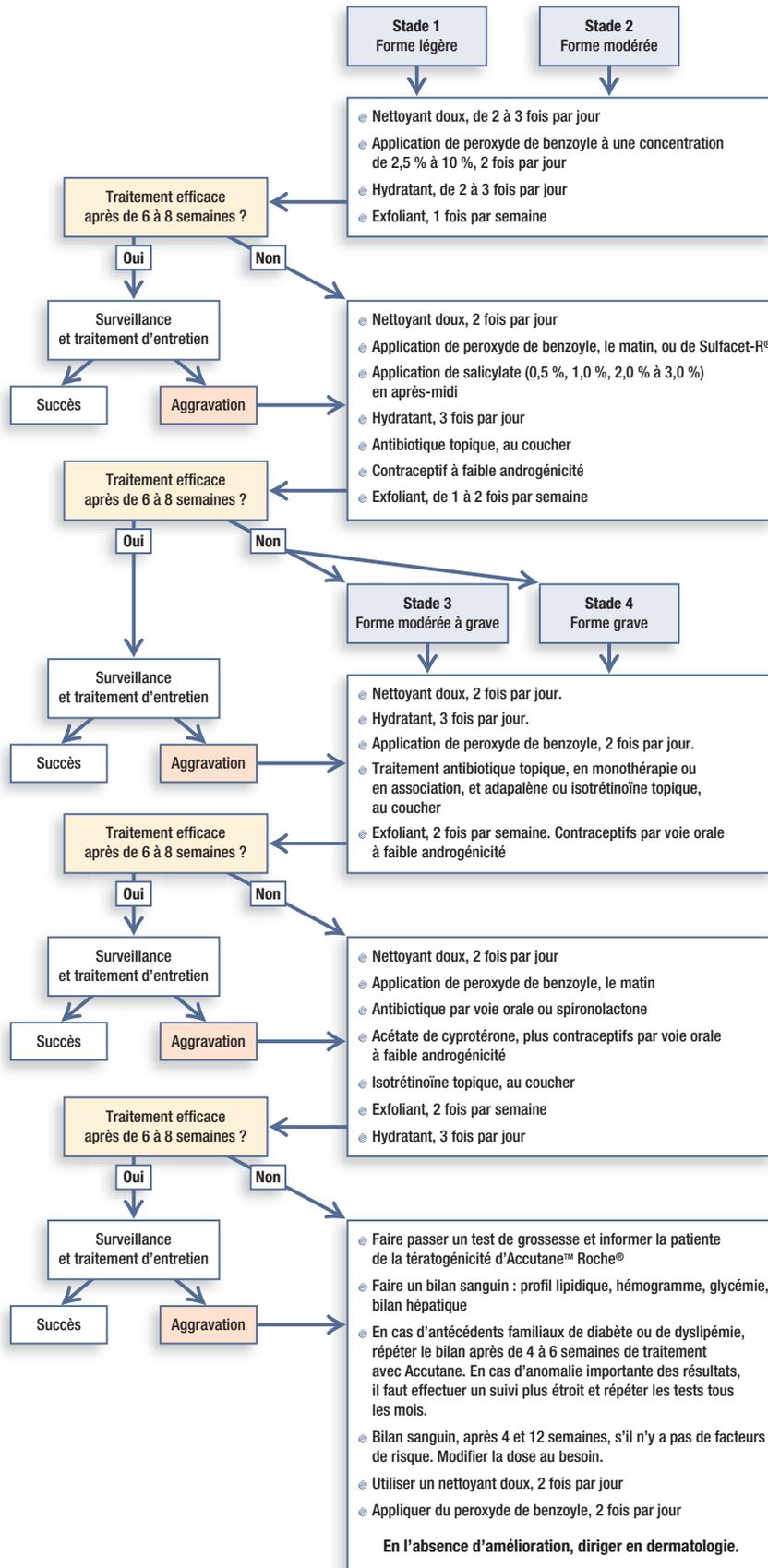
rité en huit semaines. Il est donc prudent de suivre l'ordonnance pendant une période de plus de deux mois si on veut s'assurer de la réussite du traitement (tableau IV et figure 1).

Informez le patient que des résultats cliniques ne seront obtenus qu'après plusieurs semaines de traitement.

Repère

Figure 1

Traitement de l'acné selon la gravité



En toute circonstance, l'opinion d'un dermatologue est utile afin de nous guider dans les choix thérapeutiques lorsqu'il n'y a pas d'amélioration notable après quelques essais thérapeutiques.

Acné non inflammatoire

Cette forme d'acné survient principalement autour de l'adolescence et est attribuable à la production excessive de sébum. Le traitement privilégié à ce stade-ci sert à corriger l'anomalie de la kératinisation. On peut employer les rétinoïdes topiques (Rétin-A®, Stieva-A®, Differin^{MD}, Isotrex®, Tazorac®). Ces agents freinent la transformation des comédons en lésions inflammatoires en normalisant la kératinisation folliculaire et en prévenant la formation de nouveaux comédons. On doit appliquer la plus faible concentration au départ, car ces produits peuvent être irritants. Afin de se prémunir contre les effets indésirables comme la photosensibilité, on suggère d'appliquer d'abord le produit tous les deux soirs, puis tous les soirs une fois que la peau s'est habituée au produit. Également, il est souhaitable de recommander au patient l'application quotidienne d'un écran solaire.

Acné inflammatoire

L'acné de forme légère ou modérée est bien maîtrisée par le peroxyde de benzoyle (PanOxyl®, BenOxyl®, Aquagel®, Solugel®, AcetOxyl®), ainsi que par une pommade à base d'acide salicylique de 3 % à 5 % ou encore une préparation d'acide glycolique (Reversa®, NeoStrata®) dans le but d'exfolier la peau. La dermabrasion donne également de bons résultats ainsi que plusieurs produits dermocosmétiques exfoliants doux (Canterets®, Keracryl®, Effaclar K®, Normaderm® ou Diacneal®). Si les résultats ne sont pas satisfaisants au bout de deux à

trois mois, on peut avoir recours aux antibiotiques topiques, comme Clindet[®], Dalacin T[®], Erysol[®], ou même à des associations topiques (Clindoxyl[®] gel, BenzaClin[®] gel, Stievamycin[®], Benzamycine[®]) pour réduire la production de sébum et éradiquer *P. acnes*. Ces agents sont peu efficaces dans le traitement de l'acné kystique. Lors de l'utilisation de ces substances, on peut appliquer un camouflant, tel que le Diroseal[®], afin de minimiser les rougeurs désagréables. Certains produits de nettoyage peuvent parfois aussi être indispensables (Trisan[®], Prégénol[®], Cetaphil[®], Acne-Aid[®], Spectro Derm^{MC} ou Spectro Jel^{MC} ou Adasept[®]), en plus des savons antibactériens en vente libre. Ils contribuent à réduire la sécrétion de sébum, sans causer d'irritation.

Lorsque l'acné touche le corps, on peut avoir recours aux antibiotiques par voie orale. Les agents ayant le meilleur taux de réussite sont la doxycycline, la minocycline et la tétracycline. Il est important d'établir avec le patient des objectifs de traitement réalistes. La doxycycline à raison de 50 mg à 100 mg, deux fois par jour, pendant de quatre à huit semaines donne de bons résultats.

La minocycline s'avère un traitement efficace à la posologie de 50 mg à 100 mg, deux fois par jour, pendant de quatre à huit semaines, tandis que la tétracycline à raison de 250 mg à 500 mg, deux fois par jour, doit être prise pendant de trois à quatre mois. Il ne faut pas prescrire cet antibiotique aux adolescents de moins de 12 ans ni durant la grossesse.

Philippe, quant à lui, a reçu une prescription de minocycline à une posologie de 50 mg, deux fois par jour. Il doit se laver avec Spectro Jel^{MC}, puis employer Solugel[®] à 4 %, deux fois par jour, et appliquer Stieva-A[®] en gel à 0,025 % au coucher pendant six semaines.

Les traitements hormonaux et l'isotrétinoïne par voie orale (AccutaneTM Roche[®]) constituent la meilleure solution pour diminuer substantiellement la production de sébum. L'isotrétinoïne par voie orale est toutefois réservée aux cas graves ou réfractaires aux traitements usuels. Cet agent réduit efficacement l'apparition des cicatrices en agissant sur les quatre élé-

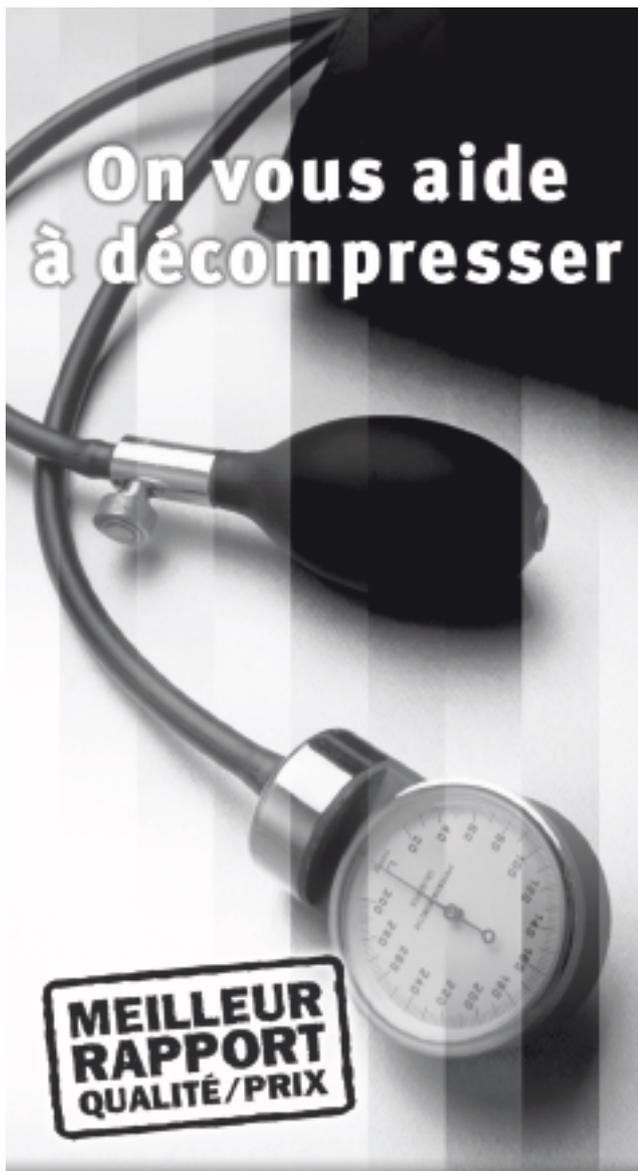
ments physiopathologiques de l'acné. Le résultat est spectaculaire. Cependant, certaines précautions sont nécessaires. Il faut faire un bilan hépatique et lipidique. Le traitement commence par une dose de 0,5 mg/kg/j, pendant deux semaines, puis peut atteindre jusqu'à 1 mg/kg/j pendant de quatre à cinq mois. La dose cumulative recommandée se situe entre 120 mg et 150 mg par kilogramme de poids corporel⁷. L'AccutaneTM Roche[®] exerce un effet tératogène significatif qui dicte notre conduite. Il devient donc important de connaître la mesure qualitative de HCG sérique à deux reprises chez la femme et l'adolescente et de recommander fortement un moyen de contraception avant le début du traitement et, par précaution, au moins jusqu'à un mois après la fin du traitement. Les effets indésirables les plus fréquents sont la sécheresse de la peau et des lèvres, la chéilite, le saignement de nez, les myalgies et même la perte de cheveux. Des changements d'humeur ont été décrits et nécessitent des soins appropriés. Une étude récente révèle que le taux de dépression et de suicide des adolescents qui prennent de l'Accutane[®] n'est pas différent de celui des adolescents prenant le placebo⁵. On peut aussi suggérer au patient qui emploie un rétinol par voie orale d'appliquer Purif-AC^{MC} de Roc ou la vaseline Lip Therapy^{MC} sur les lèvres ainsi qu'au pourtour des narines pour les protéger et les hydrater.

Traitement hormonal

Le traitement par les œstrogènes ou les antiandrogènes peut être une solution de rechange à l'Accutane chez la femme qui ne répond pas adéquatement aux autres modes de traitement. La spironolactone à raison de 50 mg à 150 mg par jour, pris en deux doses, pendant plusieurs mois chez la femme adulte est non seulement efficace pour traiter l'acné, mais bien tolérée en monothérapie ou en association dans près de 60 % des cas⁸. L'acétate de cyprotérone (Androcur[®]) à 50 mg ou même à 100 mg par jour prescrit pendant plusieurs mois favorise également la diminution de l'acné chez la femme. De même, on observe de bons résultats après environ six mois d'utilisation chez les

L'isotrétinoïne par voie orale (Accutane) est réservée aux cas graves ou réfractaires aux traitements usuels.

Repère



Pour offrir aux omnipraticiens du Québec la meilleure protection au prix le plus concurrentiel qui soit, l'équipe de Dale-Parizeau LM fait pression de tout son poids sur le marché. Plus besoin de se démener : notre formule d'assurance groupe combine des tarifs préférentiels ultra-performants à un service personnalisé imbattable. Sans relâche, nos conseillers indépendants négocient pour vous une panoplie d'alternatives et de réductions supplémentaires : de quoi faire chuter votre taux de stress.

Pour assurer votre cabinet, vos biens, vos actifs et vos proches, contactez un conseiller de l'équipe FMOQ de Dale-Parizeau LM dès aujourd'hui au 1 877 807-3756.

**RECOMMANDÉ PAR
LA FMOQ
25 ANS DE
PARTENARIAT**

**DALE-
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

www.dplm.com/fmoq

Summary

Acne, why keep talking about it? Acne is one of the most common cutaneous disorders affecting teenagers, but also young children and adults alike. Patients with this skin problem often experience significant psychological distress, and self-esteem becomes greatly enhanced with treatment. Considerable improvement has been gained by research in the treatment of acne. Description of the different stages of acne and management are presented and discussed along with the use of dermocosmetics.

Keywords: acne, pilosebaceous follicles, *P. acnes* colonization, topical treatment, systemic treatment

patientes qui emploient des anovulants à faible effet androgénique en raison de l'action soutenue de ces agents sur la réduction de la production de sébum.

Quand adresser un patient acnéique en dermatologie

En toute circonstance, l'opinion d'un dermatologue est utile afin de nous guider dans les choix thérapeutiques lorsqu'il n'y a pas d'amélioration notable après quelques essais thérapeutiques. On peut ajouter que les cas d'acné grave (acné conglobata, acné fulminans, folliculites à Gram négatif ou pyodermie faciale) sont des maladies qui nécessitent des approches thérapeutiques différentes devant être coordonnées par le dermatologue. 📞

Date de réception : 4 octobre 2004

Date d'acceptation : 20 janvier 2005

Mots-clés : acné, follicules pilosébacés, colonisation par *P. acnes*, traitement topique, traitement général

Bibliographie

1. Winston MH, Shalita AR. Acne vulgaris. Pathogenesis and treatment. *Pediatr Clin North Am* 1991 ; 38 (4) : 889-903.
2. Hurwitz S. Acne vulgaris: Pathogenesis and management. *Pediatr Rev* 1994 ; 15 (2) : 47-53.
3. Cotteril JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997 ; 137 (2) : 246.
4. Pearl A, Arrol B, Lello J, Birchall NM. The impact of acne: a study of adolescent attitudes, perception and knowledge. *N Z Med J* 1998 ; 24 : 269-71.
5. Timpatanapong P, Rojanasakul A. Hormonal profiles and prevalence of polycystic ovary syndrome in women with acne. *J Dermatol* 1997 ; 24 (4) : 223-9.
6. Lehmann HP, Robinson KA, Andrews JS et coll. Acne therapy: a methodologic review. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 47 (2) : 231-40.
7. Madden WS, Landells I, Poulin Y et coll. Treatment of acne vulgaris and prevention of acne scarring: Canadian Consensus Guidelines. *J Cutan Med Surg* 2000 ; 4 (Suppl 1) : 2000, 4-13.
8. Shaw CJ. Low dose adjunctive spironolactone in the treatment of acne in women: a retrospective analysis of 85 consecutively treated patients. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 43 : 498-502.