

# La rosacée un problème qui fait rougir

Audrey Lovett et Jacqueline Tousignant

M<sup>me</sup> Rose Assez, 36 ans, vous consulte pour des boutons rouges au visage. Pourtant, elle ne se rappelle pas d'avoir souffert d'acné à l'adolescence. Ces boutons l'incommodent, car son travail l'amène à être en contact étroit avec le public. Elle se plaint, par ailleurs, de rougir facilement, surtout pendant des soupers bien arrosés. Ce rougissement de plus en plus persistant (photo) lui cause une grande gêne.



## Que faire pour l'aider ?

**L**A ROSACÉE EST un problème cutané fréquent souvent ignoré par la communauté médicale. Il est important de reconnaître et de traiter cette dermatose, car elle peut engendrer de la souffrance psychologique, mener à un défigurement important et même causer la cécité dans le cas de la rosacée oculaire. Du rougissement transitoire occasionnel à l'image caricaturale du bon vivant avec son rhinophyma, la rosacée a de multiples visages. Bien qu'elle soit plus fréquente chez les personnes au teint pâle, elle peut affecter tous les types de peau et survient habituellement entre 30 et 50 ans. Les femmes sont deux à trois fois plus susceptibles d'en souffrir que les hommes<sup>1</sup>.

## Qu'est-ce qui cause la rosacée ?

La physiopathologie de la rosacée n'est pas très

La D<sup>re</sup> Audrey Lovett est résidente de troisième année en dermatologie à l'Université de Montréal. La D<sup>re</sup> Jacqueline Tousignant, dermatologue, est professeure agrégée de clinique à l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal.

### Tableau 1

#### Facteurs déclenchants et aggravants de la rosacée

- ☉ Exposition solaire
- ☉ Stress émotionnel
- ☉ Température chaude
- ☉ Alcool
- ☉ Nourriture épicée
- ☉ Exercice
- ☉ Vent
- ☉ Bains chauds
- ☉ Temps froid
- ☉ Boissons chaudes
- ☉ Produits cosmétiques

Source : Blount BW, Pelletier AL. Rosacea: a common, yet commonly overlooked, condition. *Am Fam Phys* 2002; 66 (3) : 435-40.

bien comprise. Il semble que des facteurs génétiques et environnementaux interagissent dans la pathogenèse de cette dermatose. On croit qu'une instabilité vasomotrice constitue le phénomène initial qui sous-tend la maladie. En réponse à différents stimuli (tableau 1), les capillaires hypersensibles du visage se dilatent et deviennent plus perméables, libérant diverses protéines, cytokines et cellules inflammatoires dans l'interstice du derme. Une réaction inflammatoire est ainsi amorcée, s'intensifiant à chaque poussée d'érythème. À la longue, un œdème persistant, des vaisseaux télangiectasiques endommagés et, dans certains cas, une

hyperplasie et une fibrose de différentes structures du derme peuvent apparaître. Ces derniers phénomènes physiopathologiques se manifestent cliniquement par des changements phymateux, le rhinophyma étant l'exemple classique. Le rôle de différents micro-organismes dans la pathogenèse de la rosacée, comme *Demodex folliculorum* ou *Helicobacter pylori*, a été étudié dernièrement, mais le lien causal entre ces entités et la maladie n'a pas été établi

fermement et reste douteux selon les études les plus récentes<sup>2</sup>.

### **Comment reconnaître la rosacée ?**

La rosacée comporte divers tableaux cliniques. Toutefois, elle se distingue surtout par une susceptibilité à l'érythème facial, qu'on surnomme diathèse rosacéique<sup>3</sup>. Il s'agit initialement de poussées autolimitées de rougissement de la partie centrale du visage en réponse à différents facteurs déclenchants. Ces érythèmes centrofaciaux peuvent devenir persistants avec la répétition des bouffées vasomotrices<sup>3</sup>. L'alcool est reconnu comme facteur déclenchant des rougeurs et aggravant de la rosacée, mais il ne s'agit pas du seul ni du plus important. Parmi les autres facteurs déclenchants et aggravants bien établis, on trouve l'exposition solaire, l'ingestion d'aliments épicés et chauds ainsi que le stress émotionnel. Malheureusement, les patients atteints de rosacée sont souvent faussement étiquetés comme étant alcooliques<sup>1</sup>. L'érythème peut être associé à une sensation de chaleur ou de brûlure au visage, mais très rarement à un prurit. Les autres signes primaires de la maladie sont la présence de papules érythémateuses, de pustules et de télangiectasies<sup>4</sup>. Des signes secondaires peuvent aussi se greffer au tableau, soit l'œdème, la présence de plaques, la sécheresse cutanée, les problèmes oculaires, les manifestations extrafaciales et les changements phymateux.

Il existe différents systèmes de classification de la rosacée. Une classification plus ancienne regroupe les degrés d'atteinte en stades de I à III, tout en ajoutant de multiples catégories pour les variantes. Toutefois, cette forme de classification signifie qu'il y a progression d'un stade à l'autre, ce qui n'est pas systématique. La National Rosacea Society a élaboré dernièrement une nouvelle classification de la rosacée qui se veut plus standardisée<sup>4</sup>. Cette classification reconnaît quatre sous-types de rosacée (rosacée érythémato-télangiectasique, papulopustuleuse, phymateuse et oculaire) et une variante (rosacée granulomateuse).

Les troubles oculaires surviennent chez plus de la moitié des patients atteints de rosacée<sup>5</sup>. La manifestation oculaire la plus fréquente est une conjonctivite inflammatoire intermittente avec ou sans blépharite (*tableau II*). L'atteinte oculaire n'est pas nécessairement proportionnelle à l'atteinte cutanée<sup>5</sup>. Sans traitement adéquat, les troubles oculaires peuvent évoluer vers des cicatrices et des opacités cornéennes<sup>6</sup>, d'où l'importance d'adresser le patient en ophtalmologie dès les premiers signes et symptômes.

### **Comment fait-on la différence entre la rosacée et les autres causes d'érythème facial ?**

L'acné vulgaire constitue le diagnostic le plus souvent confondu avec la rosacée<sup>1</sup>. On distingue l'acné vulgaire de la rosacée par la présence de comédons et par l'absence de symptômes oculaires<sup>1</sup>. En outre, l'acné vulgaire survient habituellement chez des sujets plus jeunes. La dermatite séborrhéique peut ressembler à la rosacée<sup>3</sup>. La présence de squames et d'érythème sur le cuir chevelu, sur les sourcils, dans le canal auditif externe et dans les plis rétroauriculaires permet de poser un diagnostic de dermatite séborrhéique. Cette dernière affection comporte également une atteinte oculaire qui se traite différemment de celle de la rosacée. L'éruption malaire lupique peut être difficile à différencier de la rosacée. En outre, plusieurs patients qui en sont atteints ont aussi une rosacée associée à l'utilisation de corticostéroïdes. En présence de squames fines, de changements pigmentaires et de sensibilité, le diagnostic de lupus est le plus probable<sup>1</sup>. La rosacée granulomateuse peut être confondue avec la sarcoïdose cutanée (*lupus pernio*), une tuberculose cutanée (*lupus vulgaris*) ou une éruption papuleuse du visage non mycobactérienne associée à des changements histologiques granulomateux caséux et surnommée *lupus miliaris disseminatus faciei*<sup>3</sup>. Il est souvent nécessaire de faire une biopsie pour différencier ces deux entités. On doit éliminer la possibilité d'une tumeur carcinoïde sous-

**L'érythème peut être associé à une sensation de chaleur ou de brûlure au visage, mais très rarement à un prurit. Les autres signes primaires de la maladie sont la présence de papules érythémateuses, de pustules et de télangiectasies.**

Repère

jacente chez les patients présentant des poussées d'érythrose faciale importantes associées à des symptômes gastro-intestinaux, cardiaques et pulmonaires<sup>1</sup>. Il faut alors doser le métabolite 5-HIAA dans une collecte urinaire de 24 heures. On devrait remettre en question le diagnostic de rosacée lorsque les symptômes ne correspondent pas tout à fait aux critères énumérés plus haut ou n'évoluent pas de la façon habituelle sous traitement. Il faut alors diriger le patient en dermatologie.

### Et que fait-on pour M<sup>me</sup> Rose Assez ?

De prime abord, on doit conseiller M<sup>me</sup> Assez sur ses habitudes de vie. Elle devra tenter de repérer et, dans la mesure du possible, de réduire au minimum l'exposition aux facteurs qui la font rougir (tableau I). L'utilisation quotidienne sur le visage d'un écran solaire doté d'un facteur de protection d'au moins 30 doit être fortement encouragée, car l'exposition aux rayons ultraviolets est le facteur le plus fortement lié à l'apparition de la rosacée. L'utilisation d'écrans solaires contenant du silicone, comme la diméthicone (Moisturel®) ou la cyclométhicone (Prevex®), permet de créer une barrière et d'améliorer la tolérance de la peau aux agents irritants externes<sup>1</sup>. Ces méthodes préventives permettent d'intervenir au stade où l'érythème n'est que transitoire et empêchent ainsi la progression vers des changements plus marqués qui sont plus difficiles à traiter. Il faut surtout informer la patiente que la rosacée est un problème

chronique qui se traite, mais ne se guérit pas. Le métronidazole constitue le traitement topique

**Tableau II**

### Classification de la National Rosacea Society

Sous-types	Signes et symptômes
1- Rosacée érythémato-télangiectasique	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Érythèmes épisodiques</li> <li>⊕ Érythème centrofacial persistant                             <ul style="list-style-type: none"> <li>± télangiectasies</li> <li>± œdème centrofacial</li> <li>± sensation de brûlure</li> <li>± squames</li> </ul> </li> </ul>
2- Rosacée papulopustuleuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Érythème centrofacial persistant</li> <li>⊕ Papules ou pustules centrofaciales transitoires                             <ul style="list-style-type: none"> <li>± papules ou pustules péri-orificielles</li> <li>± sensation de brûlure</li> <li>± télangiectasies souvent observées après ou avec la rosacée de type 1</li> </ul> </li> </ul>
3- Rosacée phymateuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Épaississement de la peau</li> <li>⊕ Nodularités irrégulières de surface                             <ul style="list-style-type: none"> <li>± ouvertures folliculaires grossies et proéminentes</li> <li>± télangiectasies</li> </ul> </li> <li>⊕ Rhinophyma</li> <li>⊕ Autres localisations : menton, front, joues et oreilles</li> <li>⊕ Observé dans le type 1 ou 2</li> </ul>
4- Rosacée oculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Apparence injectée de la conjonctive</li> <li>⊕ Larmoiement excessif</li> <li>⊕ Sensation de corps étranger</li> <li>⊕ Brûlure</li> <li>⊕ Sécheresse</li> <li>⊕ Prurit</li> <li>⊕ Photophobie</li> <li>⊕ Vision embrouillée</li> <li>⊕ Télangiectasies des conjonctives ou des marges des paupières</li> <li>⊕ Érythème périoculaire</li> <li>⊕ Blépharite</li> <li>⊕ Conjonctivite</li> <li>⊕ Dysfonctionnement des glandes de Meibomius</li> <li>⊕ Survenue avant, pendant ou après l'apparition des signes cutanés</li> </ul>
Variante granulomateuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Papules ou nodules indurés jaunes, bruns ou rouges</li> <li>⊕ Lésions monomorphes à l'endroit des papules</li> <li>⊕ Présence non obligatoire des autres signes de la rosacée</li> </ul>

Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L 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.

de référence pour la rosacée<sup>5</sup>. Des études contrôlées à répartition aléatoire en ont prouvé l'efficacité dans le traitement de la rosacée papulopustuleuse et ont également indiqué un léger effet sur la composante de l'érythème<sup>4</sup>. Le métronidazole est offert à une concentration de 0,75 % sous forme de crème, de gel ou de lotion (MetroCrème<sup>MD</sup>, MetroGel<sup>MD</sup> et MetroLotion<sup>®</sup>) et à une concentration de 1 % sous forme de crème (Noritate<sup>®</sup>). Le métronidazole à 1% en crème a aussi été associé à un écran solaire offrant un facteur de protection de 15 dans la crème Rosasol<sup>®</sup>. Il n'existe pas de différence significative entre les formulations à 0,75 % et à 1 % en ce qui a trait à l'efficacité<sup>7</sup>. Le choix de la base dépend des préférences du patient et de son type de peau. On recommande d'appliquer le produit deux fois par jour sur toute la surface du visage. Un traitement de 8 à 12 semaines entraîne habituellement une amélioration notable des lésions papulopustuleuses. Des études ont montré que la poursuite du traitement au-delà de cette période permet d'éviter les récurrences de rosacée<sup>7</sup>. D'autres traitements topiques employés moins couramment sont l'érythromycine, la clindamycine, le sulfacétamide de sodium, la trétinoïne et l'acide azélaïque<sup>5</sup>. Ce dernier produit n'est pas vendu au Canada.

Des études contrôlées à répartition aléatoire ont révélé l'efficacité des antibiotiques par voie orale, de par leur action anti-inflammatoire, dans le traitement de la rosacée papulopustuleuse. La tétracycline, la doxycycline et la minocycline sont les molécules employées le plus fréquemment<sup>4</sup>. On suggère de commencer par une forte dose, soit la tétracycline à raison de 1,0 à 1,5 g/j divisé en deux à quatre doses ou la minocycline à raison de 50 mg, 2 fois par jour, jusqu'à une diminution notable des papulopustules, ce qui survient habituellement au bout de deux à trois semaines. Par la suite, on diminue la quantité prescrite à une dose d'entretien, soit de 250 mg à 500 mg par jour pour la tétracycline ou 50 mg, deux fois par jour ou aux deux jours pendant deux mois, pour la minocycline. La clarithromycine s'est aussi révélée

efficace<sup>3</sup>. L'avantage principal des antibiotiques par voie orale sur le métronidazole topique est qu'ils agissent plus rapidement et qu'ils permettent de traiter également la composante oculaire de la rosacée<sup>3</sup>. Par contre, les désavantages à considérer sont les effets secondaires potentiels et l'exposition à des antibiotiques à large spectre<sup>5</sup>.

En pratique, on combine souvent un antibiotique par voie orale à un traitement topique. Le premier permet d'obtenir une réponse rapide dont les résultats sont ensuite maintenus par le traitement topique continu<sup>5</sup>.

### **Orientation en spécialité : quand et pourquoi ?**

Conformément à ce qui a été mentionné plus haut, il est bien indiqué d'orienter un patient en dermatologie lorsqu'il ne correspond pas aux critères diagnostiques et ne réagit pas au traitement standard à base de métronidazole topique ou d'antibiotiques par voie orale. Chez les sujets réfractaires au traitement ou atteints de rosacée très inflammatoire, l'emploi de l'isotrétinoïne (Accutane<sup>TM</sup> Roche<sup>®</sup>) peut être indiqué<sup>1,5</sup>. Les télangiectasies et l'érythème persistant ne réagissent pas aux antibiotiques, mais plutôt à des traitements au laser à colorant pulsé dont disposent certains dermatologues<sup>7</sup>. L'électrocoagulation peut aussi être utilisée lorsque les télangiectasies sont peu nombreuses, mais présente un risque de cicatrices plus grand que le laser. Les changements phymateux requièrent des traitements de chirurgie plastique ou au laser à CO<sub>2</sub><sup>5</sup>. Les traitements chirurgicaux utilisant des lasers sont considérés comme des traitements esthétiques et, conséquemment, ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie. Enfin, les patients ayant une atteinte oculaire devraient être adressés en ophtalmologie pour un suivi et un traitement approprié.

### **Que réserve l'avenir dans le traitement de la rosacée ?**

Certains produits topiques n'ont pas encore fait

**Le métronidazole constitue le traitement topique de référence pour la rosacée.**

**Des études contrôlées à répartition aléatoire ont révélé l'efficacité des antibiotiques par voie orale, de par leur action anti-inflammatoire, dans le traitement de la rosacée papulopustuleuse.**

Repères

## Summary

**Rosacea: a blushing problem.** Rosacea is a common dermatosis that is underrecognized by the medical community. Accurate diagnosis and proper treatment are important in order to prevent undue psychological suffering, progression to disfiguring skin changes and possible blindness secondary to ocular rosacea. This article gives an overview of the epidemiology, pathophysiology and clinical presentation of rosacea. We suggest some diagnostic criteria and tips to help differentiate rosacea from other entities with similar presentations. Finally, treatment options are discussed along with the pertinent usage of referral to specialists.

**Keywords:** rosacea, classification, pathophysiology, differential diagnosis, treatment

leurs preuves dans le traitement de la rosacée. Les inhibiteurs de la calcineurine, le tacrolimus et le pimécrolimus, indiqués pour traiter la dermatite atopique, se sont révélés d'une certaine efficacité contre la rosacée selon des études de cas<sup>4</sup>. Il existe aussi quelques crèmes en vente libre qui visent à réduire les rougeurs, comme Rosaliac® de LaRoche-Posay, Diroseal® et Soins Antirougeurs (protection hiver et été) d'Avène ainsi que Rosacure® de Canderm. Ces produits sont offerts depuis peu sur le marché nord-américain. Bien qu'ils soient fabriqués par des entreprises responsables, leur utilisation n'est actuellement fondée le plus souvent que sur des études faites par l'industrie. Des études contrôlées à répartition aléatoire seraient intéressantes pour mieux savoir comment intégrer ces produits dans l'arsenal thérapeutique. ☞

**Date de réception :** 4 octobre 2004

**Date d'acceptation :** 7 février 2005

**Mots-clés :** rosacée, classification, physiopathologie, diagnostic différentiel, traitement

## Bibliographie

1. Blount BW, Pelletier AL. Rosacea: a common, yet commonly overlooked, condition. *Am Fam Phys* 2002; 66 (3) : 435-40.
2. Millikan LE. Rosacea as an inflammatory disorder: a unifying theory? *Cutis* 2004 ; 73 (1 Supp) : 5-8.
3. Plewig G, Jansen T. Rosacea. Dans Fitzpatrick TB, Freedberg IM, rédacteurs *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 6<sup>e</sup> éd. New York : McGraw Hill 2003 ; 688-96
4. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L 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.
5. Webster G. Rosacea and related disorders. Dans : Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP, rédacteurs *Dermatology* New York : Mosby 2003 ; 545-51.
6. Cohen AF, Tiemstra JD. Diagnosis and treatment of rosacea. *J Am Board Fam Pract* 2002, 15 (3) : 214-7.
7. Hirsh RJ, Weinberg JM. Rosacea 2000. *Cutis* 2000; 66 (8) : 125-8.



Poste à pourvoir  
**Directeur adjoint  
ou directrice adjointe  
des affaires professionnelles**

## Fonctions

Sous l'autorité du directeur des affaires professionnelles, le titulaire sera appelé à :

- participer à l'application de l'Entente générale et de diverses ententes particulières, principalement en rapport avec les soins prodigués en établissement ;
- participer au développement d'outils favorisant l'intégration des réseaux locaux de services ;
- participer au développement de nouveaux services aux membres et à leur gestion courante.

## Exigences

Les candidats devront :

- être médecins omnipraticiens ;
- avoir une expérience de pratique polyvalente ou une connaissance raisonnable des caractéristiques de celle-ci ;
- avoir une expérience médico-administrative pertinente ;
- posséder une connaissance générale de l'Entente ;
- faire preuve de qualités de leader et de gestionnaire ;
- démontrer des aptitudes à travailler en équipe ;
- démontrer des aptitudes à rédiger et à concevoir des dossiers ;
- manifester un intérêt pour le syndicalisme médical et posséder une connaissance raisonnable de celui-ci.

La capacité de s'exprimer en anglais serait un atout.

## Conditions de travail

- Poste à plein temps (exclusivité d'emploi) à compter d'août 2005 (une disponibilité à compter de mai 2005 peut être envisagée)
- Intéressant programme d'avantages sociaux
- Contrat de cinq ans renouvelable
- Rémunération à négocier

Toutes les candidatures seront traitées de façon strictement confidentielle. Les médecins intéressés sont priés de faire parvenir leur curriculum vitae, par courrier recommandé, avant le ~~31 mars 2005~~ à l'attention de :

**25 avril 2005**

**D' Michel Desrosiers**  
Directeur des affaires professionnelles  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec  
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000  
Montréal (Québec) H3G 1R8