

EJD

GUIDE

EUROPEAN JOURNAL OF DERMATOLOGY

La rosacée en 20 questions

Pr Bernard Cribier

EAU THERMALE
Avène
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

JL John Libbey
Eurotext

EJD

GUIDE

EUROPEAN JOURNAL OF DERMATOLOGY

La rosacée en 20 questions

Pr Bernard Cribier



John Libbey
Eurotext

ISBN : 978-2-7420-1754-6

Éditions John Libbey Eurotext

30, rue Berthollet
94110 Arcueil, France
contact@jle.com
<http://www.jle.com>

John Libbey Limited

34 Anyard Road, Cobham
Surrey KT11 2LA, Royaume-Uni

© 2024 John Libbey Eurotext. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20 rue des Grands-Augustins, 75010 Paris.

Sommaire

1	Qu'est-ce que la rosacée ?	1
2	Peut-on classer les différentes formes de la rosacée ?	2
3	Quel est l'aspect clinique de la rosacée le plus fréquent ?	3
4	À part la rosacée « rouge », quels sont les autres signes ?	6
5	Rhinophyma : rosacée ou non ?	8
6	Comment distinguer la rosacée d'autres formes de visage rouge ?	10
7	Comment distinguer les papules et les pustules d'autres maladies comme l'acné ?	12
8	Quel est le profil des patients atteints de rosacée ?	14
9	Quels sont les mécanismes vasculaires impliqués dans la rosacée ?	16

10	Quel est le rôle de Demodex ?	18
11	Quel est le rôle de l'environnement ?	20
12	Quels sont les facteurs aggravants de la rosacée ?	22
13	Y a-t-il un lien entre psychisme et rosacée ?	24
14	Peut-on prévenir la rosacée ?	26
15	Quel type de traitement local pour la rosacée ?	27
16	Quel type de traitement général ?	29
17	Quelles sont les méthodes instrumentales dans la rosacée ?	31
18	Le maquillage a-t-il une place dans la rosacée ?	32
19	Quel type d'hygiène cutanée dans la rosacée ?	33
20	Quelle est la place des dermocosmétiques dans la rosacée ?	34
	Références	36

Qu'est-ce que la rosacée ?

La rosacée est une **maladie inflammatoire et vasculaire**, touchant le visage, avant tout chez l'adulte après 30 ans. Elle est caractérisée surtout par une **rougeur centrofaciale permanente** variable dans son intensité. Sa physiopathologie est très complexe et il y a encore beaucoup de questions non résolues. La rosacée étant principalement caractérisée par un visage rouge, elle entraîne un préjudice qui va au-delà de l'esthétique : elle altère la qualité de vie et les relations avec les autres. De plus, elle s'accompagne de nombreux signes fonctionnels témoignant de l'état de **peau (très) sensible**.

Ainsi, la demande thérapeutique est forte, car personne ne veut avoir le visage rouge, couleur qui est toujours associée à des émotions négatives ou des situations désagréables et entraînant une stigmatisation [1]. La prise en charge est assez complexe et nécessite de multiples éléments et adaptations thérapeutiques.

Peut-on classer les différentes formes de la rosacée ?

On a longtemps parlé de stades dans la rosacée, conception obsolète, puis on a ensuite défini des sous-types : **érythémato-télangiectasique**, **papulopustuleux**, **hypertrophique** et **oculaire**. En réalité, la démarche est d'abord le diagnostic, puis la réponse à la demande thérapeutique, qui s'affranchit totalement des formes cliniques. On a maintenant une approche simple, dite phénotypique, dans laquelle on décline les éléments constatés à l'examen (voir plus loin) et les signes fonctionnels qui peuvent être très importants : sensation de sécheresse, picotements, sensation de brûlures, douleurs cutanées, sensation de chaleur, peau sensible [2].

La thérapeutique correspond point par point à ces différents éléments : il n'y a pas un traitement global de la rosacée, malheureusement, mais une réponse thérapeutique algorithmique à chacun des signes.

Parmi les signes deux sont des **critères diagnostiques** à eux seuls : l'**érythème centrofacial** permanent d'intensité éventuellement variable et le **rhinophyma**. Les autres sont déclinés en signes majeurs et signes mineurs. Les signes majeurs (ex. : papulopustules) ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic car des lésions identiques sont vues aussi dans l'acné ou d'autres maladies faciales.

Le diagnostic de la rosacée reste malgré tout difficile et l'avis d'un dermatologue est très souvent requis. Le diagnostic est principalement clinique.

Quel est l'aspect clinique de la rosacée le plus fréquent ?

La majorité des cas de rosacée sont limités aux **phénomènes inflammatoires et vasculaires** que sont l'érythème de fond et les télangiectasies, en proportion variable [3]. On distingue les signes permanents (érythème et télangiectasies) des signes paroxystiques, les bouffées vasomotrices ou flushes. Les flushes ne sont pas obligatoires, mais sont fréquents.

Quand on interroge les patients, la maladie a souvent débuté avec des **flushes** isolés et l'érythème s'est installé ensuite. Ces flushes sont de durée courte (moins de 30 minutes) et ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux, notamment malaise, douleurs abdominales, diarrhées, tachycardie, etc. Ils surviennent lors des changements de température (passage du froid au chaud), de stress et d'absorption d'alcool, de boissons chaudes ou d'aliments épicés. Les bouffées vasomotrices peuvent survenir plusieurs fois par jour, entraînant une gêne très importante, notamment dans les interactions sociales. Il peut en résulter des troubles psychiques qui peuvent aller jusqu'à l'exclusion de la vie sociale et à une érythrophobie.

La caractéristique de l'**érythème permanent** est d'être centrofacial sur les pommettes (**Figure 1**), le nez, le centre du front et le menton, épargnant la périphérie oculaire et la zone péribuccale, donnant un aspect de lunettes blanches. Cette topographie est essentielle: l'érythème n'est pas diffus. Néanmoins, il peut s'étendre au-delà du front chez les hommes qui ont une alopecie androgénétique.

> | Quel est l'aspect clinique de la rosacée le plus fréquent ?

Les localisations extrafaciales sont de l'ordre de la discussion pointue et n'ont pas leur place ici.



Figure 1. Érythème des joues.

Les **télangiectasies** sont présentes surtout sur les joues et sur le nez, elles s'aggravent avec le temps et ont une visibilité et une extension variables (**Figures 2 et 3**).

La rosacée entraîne une **diminution très notable de la qualité de vie** dans tous les domaines, c'est-à-dire la vie professionnelle, la vie intime, la vie sexuelle, les loisirs, etc. Contrairement aux idées reçues, les hommes souffrent tout particulièrement de l'érythème facial mais le verbalisent probablement moins.



Figure 2. Télangiectasies et micropapules.



Figure 3. Érythème et télangiectasies.

À part la rosacée « rouge », quels sont les autres signes ?

Les éléments les plus caractéristiques sont les **papules** rouges et fermes (**Figure 4**) et les pustules de petite taille et jaunâtres (**Figure 5**), mais sans comédon, situées dans les zones érythémateuses centro-faciales. Leur nombre est très variable avec parfois des formes graves (centaines de papules et pustules confluentes). Dans les formes très profuses et inhabituelles ou dépassant les zones classiques, il faut toujours suspecter l'application de corticoïdes locaux.

Il y a aussi des signes de peau sensible ou hyperréactive avec des sensations de brûlures, de picotements, un prurit ou de véritables douleurs.



Figure 4. Papules profuses.



Figure 5. Pustules.

Il y a parfois des lésions plus inhabituelles, notamment un **œdème facial** qualifié de solide car il ne régresse pas comme les œdèmes habituels des paupières. On peut aussi observer une **fine desquamation** ou parfois un chevauchement avec la dermatite séborrhéique, situation qu'on appelle **dermatose mixte du visage (Figure 6)**. Dans ce cas, les squames sont localisées plutôt dans les sourcils et les sillons nasogéniens.

Il existe enfin des **signes oculaires** chez 30 à 40 % des patients, sensation de grains de sable dans l'œil, conjonctivites (**Figure 7**), blépharites et plus rarement des kératites. L'atteinte oculaire résulte d'une sécheresse liée au dysfonctionnement des glandes de Meibomius, ce qui entraîne une mauvaise lubrification de la surface oculaire. Un avis spécialisé est indispensable lorsqu'il n'y a pas de réponse au traitement simple. Les soins des paupières sont essentiels.

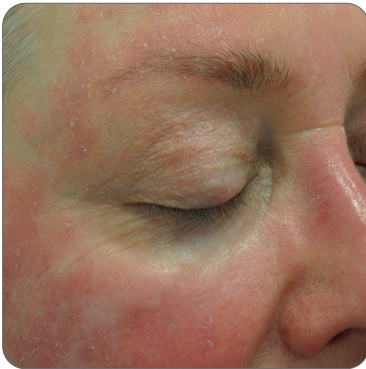


Figure 6. Dermatose mixte de la face.



Figure 7. Blépharite et conjonctivite.

Rhinophyma : rosacée ou non ?

Le rhinophyma est caractérisé par un épaissement des téguments du nez (**Figure 8**), une dilatation des orifices folliculaires et l'apparition de relief tels que des papules ou des nodules parfois volumineux. La couleur est variable, identique à la peau adjacente, rose ou violacée ou jaunâtre notamment lorsqu'il existe une élastose actinique.



Figure 8. Rhinophyma débutant.

Cet état de rosacée hypertrophique touche des hommes dans 95 % des cas, il est le plus souvent limité au nez. **Le rhinophyma suffit à lui seul à poser le diagnostic de rosacée** [2]. D'autres zones du visage peuvent être atteintes par le même processus : centre du front, pommettes ou menton.

Le rhinophyma s'installe lentement, débute en général après l'âge de 30 ans et s'aggrave progressivement. Le caractère très chronique et lentement progressif est aussi un des arguments diagnostiques importants. Il y a un lien très fort avec l'alcool, plus que pour les autres signes de la rosacée.

Le caractère homogène de l'atteinte, la dilatation des orifices folliculaires et la séborrhée sont des signes qui permettent de poser un diagnostic clinique de façon assez facile. Toutefois, en cas de forme atypique, il faut être prudent et réaliser éventuellement une biopsie.

Comment distinguer la rosacée d'autres formes de visage rouge ?

Tout érythème facial n'est évidemment pas synonyme de rosacée. Le diagnostic se fait essentiellement par la localisation à la zone centro-faciale. Il n'y a pas d'atrophie dans la rosacée, ni d'épaississement cutané, les lésions sont maculeuses et non pas en plaques.

Les autres causes de visage rouge qu'on peut envisager principalement sont les suivantes :

- | l'érythème discret en « versperilio » du lupus érythémateux est moins intense, ne s'accompagne pas de bouffées vasomotrices, est moins étendu et temporaire. Dans le lupus érythémateux chronique, on a des lésions moins diffuses, avec atrophie, hyperkératose et troubles pigmentaires ;
- | dans la dermatomyosite, il existe une atteinte des paupières souvent avec un œdème situé sous la paupière inférieure. La coloration est dite lilacée. Il peut y avoir un érythème diffus du visage ;
- | on peut écarter d'emblée toutes les causes transitoires ou aiguës du visage rouge comme les infections (érysipèle, cellulite, staphylococcie) ;

- | la **dermatite atopique de l'adulte** s'accompagne d'un érythème diffus, avec une sécheresse cutanée et une desquamation. Il y a le plus souvent une lichénification, épaissement cutané lié au grattage et une extension extrafaciale notamment sur le cou ;
- | les dermatoses caractérisées par une **photosensibilité** touchent le visage mais aussi le cou et les zones découvertes avec un triangle blanc épargné sous le menton. Les lésions peuvent être œdémateuses, vésiculeuses ou infiltrées.
- | des **eczémas de contact liés aux allergènes aéroportés** peuvent donner un érythème chronique mais avec prurit et suintement ou lichénification ; le cou est souvent touché, de même que d'autres zones exposées ;
- | dans la **dermatite séborrhéique**, il y a toujours une composante squameuse ;
- | plus rarement, on peut évoquer un **angiosarcome céphalique**, la lésion est alors unilatérale et progresse rapidement.

Dans ces situations, la réalisation d'une biopsie est justifiée.

Comment distinguer les papules et les pustules d'autres maladies comme l'acné ?

L'élément le plus important pour différencier la rosacée de l'**acné** est l'absence d'éléments rétentionnels : pas de comédons, pas de microkystes. L'acné commence tôt dans la vie et a une évolution vers l'amélioration spontanée, pas la rosacée. On peut dire que, globalement, l'acné est une maladie de l'adolescent et du jeune adulte, alors que la rosacée se voit après 30 ans et surtout aux alentours de la ménopause, avec une nette prédominance féminine.

Les bouffées vasomotrices n'existent pas dans l'acné. Le phénomène de peau sensible et les sensations de brûlures, de picotements sont plus fréquents dans la rosacée, mais le prurit existe dans les deux affections, de même que les douleurs cutanées.

La **dermatite péri-orale** est proche de la rosacée : il s'agit de multiples papules et parfois pustules situées autour de la bouche, dans les sillons nasogéniens et autour des yeux. Il existe des formes exclusivement péri-oculaires. Cette affection est souvent induite par la corticothérapie locale même faible. Les autres facteurs sont des crèmes hydratantes trop grasses, les poudres et les fonds de teint. Il n'y a pas de bouffées vasomotrices et cette affection peut survenir à tout âge notamment chez les enfants. Il n'y a pas de télangiectasies.

Parmi les autres maladies pouvant donner des papules faciales, la **sarcoïdose** peut être micropapuleuse et mimer une rosacée : les lésions sont plus brunâtres ou jaunâtres et la biopsie fait le diagnostic.

Les **folliculites à germe Gram négatif** sont constituées de grosses pustules parfois douloureuses prédominant au bas du visage, sans papules diffuses. Elles surviennent souvent en contexte d'antibiothérapie prolongée, parfois dans le cadre de la rosacée. Le prélèvement bactériologique et l'antibiothérapie adaptés permettent de résoudre le problème.

La rosacée qui a une **composante granulomateuse** peut être confondue avec la sarcoïdose, ou avec la lupöide miliaire, maladie faciale rare qui se caractérise par des nécroses et des cicatrices.

Dans tous les cas où il existe un doute, la biopsie doit être réalisée et permet le plus souvent d'orienter. L'essentiel à retenir ici, c'est absence d'éléments rétentionnels dans la rosacée et la réalisation d'une biopsie en cas de doute.

Quel est le profil des patients atteints de rosacée ?

La rosacée **prédomine chez les sujets à peau claire**, aux yeux clairs et nettement chez les femmes, mais elle existe sur tous les types de peaux notamment les plus foncées : le diagnostic ne doit pas y être écarté. Plus la peau est foncée, plus la rougeur est difficile à voir. Dans ce cas, la couleur de la peau se modifie, avec un aspect un peu plus clair et plus gris.

La rosacée **prédomine dans les régions à climat continental** où les variations thermiques sont importantes. La prévalence de la rosacée dans la population générale d'Europe de l'Ouest a été estimée à environ 2 %, ce qui est aussi signalé en France. La prévalence peut aller jusqu'à 5 à 10 % notamment en Europe du Nord et en Russie. La prévalence dans les pays du sud est moins bien connue. Elle varie selon la latitude.

La maladie est plus fréquente chez les **personnes travaillant à l'extérieur** pendant des durées longues (agriculteurs, marins) ou **exposées à des changements de température** importants (réfrigération sous toutes ses formes, fortes sources de chaleur). On a ainsi pu montrer que la cuisine traditionnelle tandoori favorise nettement la rosacée en raison de l'exposition du visage à des températures élevées.

L'âge est très important : la rosacée de l'enfant existe mais elle est très rare. La maladie débute parfois entre 20 et 30 ans avec des bouffées vasomotrices et un discret érythème. L'érythème s'accroît ou se développe ensuite après 30 ans. C'est surtout autour de la cinquantaine qu'on a le plus de cas. Malgré la **prédominance féminine**, il n'y a pas de lien avec les hormones. Chez les enfants, les chalazions à répétition sont indicateurs d'un risque de rosacée augmenté à l'âge adulte.

Il ne faut pas oublier que **30 à 40 % des patients sont des hommes**, d'âge similaire à celui des femmes lors de l'apparition des symptômes. La peau étant plus grasse chez les hommes, notamment autour de la cinquantaine, il y a moins de sensations de sécheresse cutanée et de tiraillements, mais néanmoins une peau sensible.

Il y a un contexte génétique indéniable. On trouve dans environ un tiers des cas des **antécédents familiaux** de rosacée. La prédisposition génétique la plus forte est celle du rhinophyma. Des études chez des jumeaux homozygotes permettent d'évaluer la part génétique à plus de 40 % et des éléments environnementaux à un peu moins de 60 %.

Quels sont les mécanismes vasculaires impliqués dans la rosacée ?

L'érythème facial, les télangiectasies et les bouffées vasomotrices sont des signes montrant la nature vasculaire de la maladie. L'érythème est caractérisé par une **vasodilatation permanente** avec trouble de la perméabilité des cellules endothéliales et œdème discret [4]. Les télangiectasies sont des vaisseaux dont le diamètre est suffisant pour qu'ils puissent être vus à l'œil nu.

Les bouffées vasomotrices ou flushes font intervenir des mécanismes complexes notamment liés à la thermorégulation, à la température de la bouche ou encore à la sécrétion de substances vaso-actives à partir du tube digestif.

Toutefois, il ne s'agit pas simplement de vasodilatation mais aussi d'une anomalie vasculaire liée à une inflammation chronique. **L'inflammation résulte d'anomalies du système de l'immunité innée** qui intervient en première barrière vis-à-vis des agressions de l'environnement. Elle n'est pas spécifique contrairement à l'immunité adaptative. Dans la rosacée, il y a un emballement, avec production accrue de molécules pro-inflammatoires de l'immunité innée, des peptides de cathélicidine, après clivage par des enzymes épidermiques ; la plus connue est LL37. Il existe des interactions complexes entre les UV et d'autres facteurs externes, l'immunité innée et les anomalies vasculaires [5].

Des données plus anciennes suggèrent que dans la rosacée, il existe des **troubles de la thermorégulation du visage** notamment liés au système de refroidissement cérébral *via* la vascularisation veineuse. Ces éléments expérimentaux n'ont pas été repris depuis, mais les variations de température jouent sans aucun doute un rôle dans la pérennisation de l'érythème. Outre ces arguments expérimentaux, la prédominance dans les pays à climat continental et la plus grande fréquence chez les personnes travaillant à l'extérieur sont des arguments qui vont dans ce sens. Le passage du froid au chaud est l'élément le plus marquant, il déclenche des bouffées vasomotrices avec sensation de chaleur difficiles à supporter. Il est vraisemblable que ces manifestations répétées entraînent une vasodilatation qui devient permanente. Ainsi, il est fréquent de voir la séquence bouffées vasomotrices isolées, puis bouffées vasomotrices + érythème et apparition de télangiectasies.

Quel est le rôle de Demodex ?

Demodex folliculorum et *Demodex brevis* sont deux variants de cet acarien saprophyte des follicules pilosébacés humains. La colonisation augmente avec l'âge. Dans la grande majorité des cas, la présence de Demodex n'a pas de conséquence clinique ; on en voit souvent sur des biopsies du visage et d'autant plus que les personnes sont âgées.

Il n'y a aucun doute sur le lien fort entre Demodex et rosacée, le taux de portage est très nettement supérieur en comparaison à des témoins (odd-ratio de l'ordre de 10). Chez un même patient, la densité de Demodex est supérieure dans les zones atteintes par rapport aux zones non atteintes. On peut le voir de façon non invasive avec des « biopsies de surface » par application d'une structure collante sur la peau qui va permettre d'extraire les Demodex et de les compter.

Pour certains auteurs, Demodex est le centre de toute la physiopathologie de la rosacée puisqu'il est présent dans toutes les formes de la maladie.

Les médicaments antiparasitaires, notamment l'ivermectine topique (le seul ayant une AMM), ont une action très nette sur Demodex, qui disparaît quasiment après quelques semaines d'application, en parallèle avec la diminution des signes cliniques. Toutefois, l'érythème ne régresse que peu et des traitements sans activité antiparasitaire sont efficaces dans la rosacée (cyclines per os, acide azélaïque, métronidazole topique) ; la rosacée n'est donc pas une maladie infectieuse.

Comment expliquer le lien entre Demodex et rosacée ? Demodex est un symbiote dans l'espèce humaine et a une reproduction endogamique. Il se nourrit de sécrétions sébacées et de cellules du follicule. Lorsqu'il pénètre dans le derme, il entraîne une forte réaction inflammatoire qui peut expliquer les papules et les pustules. Il pourrait être responsable de l'activation de l'immunité innée. Il est vraisemblable qu'il faille une prédisposition pour que, dans la rosacée, Demodex devienne pro-inflammatoire alors qu'il ne l'est pas chez la plupart des personnes.

On trouve aussi des Demodex dans les paupières et ceci pourrait être un des liens existant entre rosacée cutanée et oculaire. Certains auteurs ont suggéré que ce sont les bactéries que Demodex héberge qui ont un rôle pro-inflammatoire. Enfin, dans la dermatite péri-orale, on a pu montrer que le nombre de Demodex augmente avec l'application des corticoïdes.

On en reste toujours aux deux hypothèses principales : Demodex est la cause première de la rosacée ou, à l'opposé, l'augmentation de la densité est liée à un milieu favorable dans la rosacée. Les arguments existent pour ces deux théories.

Quel est le rôle de l'environnement ?

La part liée aux facteurs environnementaux serait proche de 60 %. Les facteurs suivants jouent un rôle dans la rosacée :

- | mode de vie : le tabac a un effet protecteur, sans doute par la vasoconstriction qu'il induit notamment sur le visage. **L'alcool augmente le risque de rosacée** tout particulièrement dans le rhinophyma [6]. Sur le plan alimentaire, le régime méditerranéen pourrait être un facteur protecteur ;
- | l'exposome au sens large a sans doute un rôle dans la rosacée comme dans d'autres maladies faciales. Un rôle potentiel de la pollution est suspecté même s'il n'y a pas de données permettant d'évaluer clairement un tel lien ;
- | les **facteurs climatiques** sont essentiels. Parmi eux, l'exposition chronique aux UV et les changements de température au cours des saisons sont des éléments très importants ;
- | l'activité professionnelle joue un rôle dans la rosacée pour de multiples raisons.

Globalement, on ne maîtrise pas du tout ces questions de facteurs environnementaux. On peut penser qu'il existe un lien avec le microbiome, comme dans beaucoup d'autres maladies cutanées. Les différences de microbiome par rapport à des témoins existent, sans qu'on

puisse interpréter un lien chronologique : sont-elles la conséquence de la rosacée, préexistent-elles ? On ne sait pas bien non plus ce qu'est un microbiome « sain » ou normal. Le lien entre le microbiome et les traitements, notamment les antibiotiques, est ici difficile à cerner de façon simple. Les troubles digestifs associés parfois à la rosacée et le lien avec le type d'alimentation laissent entrevoir des relations complexes entre alimentation, microbiome et rosacée.

Certains médicaments pourraient induire une rosacée, mais cette situation n'est pas très fréquente. À l'inverse, des antibiotiques à large spectre, administrés même de façon courte, permettent d'améliorer la rosacée mais très transitoirement.

Quels sont les facteurs aggravants de la rosacée ?

Quand on interroge les patients, le facteur le plus souvent cité est le stress. **L'anxiété, le stress et l'équilibre psychique** jouent un rôle dans la vascularisation faciale. La rougeur paroxystique, fréquente en réponse aux émotions, se manifeste encore plus dans la rosacée.

Les facteurs alimentaires sont souvent cités et aussi l'**alcool** bien entendu, qui déclenche des bouffées vasomotrices. L'alcool est aussi un facteur aggravant au long terme, tout particulièrement dans le rhinophyma. Il est vraisemblable que la répétition des bouffées vasomotrices puisse pérenniser un érythème de fond. On peut, en outre, voir un érythème facial et des télangiectasies liés à l'intoxication alcoolique chronique, parfois associés à la rosacée.

L'élément local essentiel qu'il faut toujours chercher est la **corticothérapie**. Des corticoïdes même de faible intensité suffisent à aggraver une rosacée ou à la pérenniser. La corticothérapie locale doit être strictement interdite dans le cadre de la rosacée. Elle est malheureusement très efficace puisque l'effet vasoconstricteur des corticoïdes permet de lutter rapidement contre l'érythème. La tentation est grande de continuer l'application pour avoir un visage plus présentable. Secondairement apparaissent un érythème qui ne régresse plus, des papules et des pustules, puis éventuellement les complications classiques de la corticothérapie (atrophie, vergetures, hypertrichose, acné).

Le fort besoin d'hydratation notamment chez les femmes souffrant de rosacée peut entraîner l'application d'**émollients trop gras**, qui secondairement vont aggraver la rosacée. Le rôle des excipients gras est essentiel. On en a une bonne illustration avec le tacrolimus topique dont l'excipient très gras peut induire des lésions rosacéiformes. Les cosmétiques contenant des huiles essentielles, du menthol ou d'autres substances irritantes aggravent les signes de la rosacée. De même, les fonds de teint et poudres à effet occlusif contribuent à la pérennisation des lésions papuleuses.

Les **savons et autres détergents** peuvent aggraver l'hypersensibilité et détériorer la barrière cutanée.

Y a-t-il un lien entre psychisme et rosacée ?

Comme on l'a vu, le stress est un facteur aggravant signalé notamment lors des poussées de la maladie.

Par ailleurs, la rosacée entraîne une **altération nette de la qualité de vie** dans toutes ses dimensions. Le visage rouge entraîne une souffrance différente de celle ressentie dans d'autres maladies cutanées. L'atteinte faciale est toujours un problème mais quand le visage est rouge, le problème est décuplé. La rougeur perturbe gravement l'interaction avec les autres car elle semble révéler des sentiments contradictoires très négatifs. La rougeur en public est toujours très dérangeante : quelqu'un qui a le visage rouge en permanence est mal jugé, quelqu'un qui rougit en public est encore plus mal perçu.

Outre la qualité de vie, il existe une **augmentation des phénomènes anxieux et dépressifs**, y compris des dépressions caractérisées. Le lien pourrait être intrinsèque, lié à des phénomènes neurovasculaires d'interactions entre système nerveux central, système nerveux périphérique et vascularisation du visage. Une étude contrôlée versus placebo a montré que l'administration d'un antidépresseur seul pouvait améliorer les signes de la rosacée.

Il s'installe un cercle vicieux, la rosacée et la souffrance qu'elle implique sont associées à une anxiété, et l'**anxiété** elle-même aggrave les phénomènes vasculaires associés à la rosacée.

Ces aspects psychiques sont à prendre en compte lors de la consultation. Le remplissage de questionnaires de qualité de vie (DLQI, par exemple) n'est pas un gadget, mais une façon de prendre en compte le vécu du patient. Le médecin sous-estime souvent les signes fonctionnels et l'impact personnel de la maladie et surestime au contraire les éléments visibles.

Les **signes fonctionnels** de la rosacée, notamment la peau sensible, ont aussi un lien avec le psychisme.

Ces phénomènes cérébraux complexes et l'interaction avec la peau sont aussi illustrés par les liens qui existent entre rosacée et **migraine**. Il est d'ailleurs notable de constater que les bêtabloquants peuvent être un traitement de fond de la migraine et sont ici prescrits pour atténuer les signes les bouffées vasomotrices et l'érythème, même s'ils sont prescrits hors AMM.

Peut-on prévenir la rosacée ?

Malheureusement, il n'y a aucun **moyen de prévenir la rosacée**. On ne connaît pas assez les mécanismes qui, sur une base génétique, font que la rosacée va se développer. Aucun des facteurs classiques, tels qu'exposition solaire, alcool, profession, etc., n'est à lui seul déterminant. Il s'agit d'une affection complexe aux mécanismes multiples et qui est à l'évidence multifactorielle.

L'expérience des jumeaux homozygotes « discordants » (l'un atteint, l'autre non) fait penser qu'il devrait y avoir un moyen d'agir, mais on ne le connaît pas. Cette situation est trop rare pour faire de véritables études. Beaucoup de travaux se heurtent par ailleurs au fait qu'il y a surtout des éléments déclaratifs, non mesurables, présents pendant de nombreuses années et sur lesquels on a très peu de prise. Néanmoins, on peut imaginer qu'à l'avenir on puisse cerner les **éléments vasculaires et inflammatoires** qui conduisent à l'apparition des lésions. Aujourd'hui, on en est réduit à essayer de ne pas aggraver les choses : conseils alimentaires, photoprotection (même si l'on n'a jamais démontré que celle-ci pouvait ralentir ou diminuer les signes de la rosacée), cosmétique adaptée, soutien psychique et bien entendu traiter tôt lorsqu'il y a des signes.

Certains éléments font penser que la prise en charge précoce de l'érythème par le **laser** permettrait de ralentir l'évolution ou de diminuer les poussées. Ici encore, il n'y a pas d'études montrant de façon claire que cette stratégie est efficace. Néanmoins, l'expérience des praticiens va dans ce sens. Dans tous les cas, une prise en charge complète est indispensable et la maîtrise de l'érythème semble ici un facteur déterminant.

Quel type de traitement local pour la rosacée ? [7, 8]

Pour traiter l'érythème diffus, les vasoconstricteurs locaux ont démontré leur efficacité (brimonidine, oxymétazoline). Il s'agit de topiques appliqués le matin qui diminuent l'érythème de façon significative pendant plusieurs heures, jusqu'au soir en général. Le lendemain, la peau est redevenue à l'état initial. Il n'y a pas d'impact sur l'évolution de la maladie elle-même, ni de modification des télangiectasies.

Sur le plan instrumental, le traitement de référence est le laser, principalement le laser à colorant pulsé et ND YAG. Plus on fait de sessions, plus le résultat est significatif. En revanche, il n'est pas définitif. Il faut reprendre les sessions de façon régulière en fonction de l'évolution. Les patients traités par laser ont en général moins d'hyper-sensibilité cutanée, parfois moins de bouffées vasomotrices et, pour certains, moins de lésions papulopustuleuses. Pour les télangiectasies, on utilise aussi le laser. L'électrocoagulation n'est plus majoritaire. Le laser est à la fois plus efficace et plus commode d'utilisation. Ici encore, le traitement n'est pas définitif et selon l'évolution il faudra refaire des séances.

Les bouffées vasomotrices sont un des signes les plus difficiles à traiter [9]. Il n'y a pas de traitement radical et définitif. On donne des mesures de prévention : consommation alcoolique à supprimer ou à réduire et aliments épicés à éviter, par exemple. Il est difficile d'éviter les changements de température. L'activité physique intense

et la pratique du sauna entraînent une gêne significative qui fait que le patient les évite naturellement. Parmi les choses simples, la pulvérisation d'eau thermale rafraîchie ou le fait de sucer un glaçon peuvent couper une bouffée vasomotrice. Il n'y a aucun traitement approuvé pour les flushes de la rosacée.

Les **traitements des papulopustules** disposant d'une AMM sont le métronidazole topique de 0,75 à 1 %, l'acide azélaïque à 15 %, l'ivermectine à 1 %, la minocycline mousse ou gel de 1 à 3 %, le peroxyde de benzoyle en microémulsion. Seuls les trois premiers sont commercialisés en France. Tous ont démontré leur efficacité versus placebo ou versus comparatif. La tolérance est variable suivant les molécules et surtout les excipients. On doit les choisir en fonction du type de peau et des souhaits des patients. On préférera gels et émulsions fluides chez les hommes et les crèmes ou émulsions fluides chez les femmes. Ces topiques médicamenteux peuvent être suffisants dans les rosacées mineures à modérées. Ils nécessitent toutefois dans les cas plus sévères d'être associés à un traitement général.

Dans tous les cas, un traitement d'entretien est nécessaire même s'il n'y a pas de données au long cours au-delà de 3 ou 4 mois, selon les essais cliniques. Tous ces traitements agissent principalement sur le nombre de papulopustules et dans une moindre mesure sur l'érythème. Ils diminuent sans aucun doute la composante d'érythème périlésionnel et dans une moindre mesure l'érythème de fond.

On utilise parfois des traitements de l'acné tels que les antibiotiques topiques notamment l'érythromycine chez la femme enceinte.

Quel type de traitement général ? [7, 8]

Le **traitement général de référence des papulopustules** est l'administration de **cyclines**. La doxycycline a obtenu une AMM dans la rosacée à 100 mg/j pendant 3 mois. En général, les patients sont améliorés aussi bien sur le plan des papulopustules que de l'atteinte oculaire. Alternativement, on peut utiliser la lymécycline. La prescription est soumise aux règles habituelles : pas avant l'âge de 10 ans, pas chez la femme enceinte et information sur la photosensibilité. Des brûlures œsophagiennes sont possibles, on recommande de prendre le traitement pendant le repas.

Chez certains patients, il faut continuer au-delà de 3 mois et ceci repose davantage sur l'expérience clinique que sur des données scientifiques. Certains patients ont beaucoup de mal à se passer des cyclines. On peut dans ce cas utiliser une dose de 50 mg/j. La forme à 40 mg à libération prolongée n'est pas disponible en France mais offre des avantages : pas d'activité antibiotique, meilleure biodisponibilité tout au long de la journée et efficacité non différente de 100 mg.

En cas de rosacée résistante, l'**isotrétinoïne** a montré son efficacité (hors AMM). Elle nécessite le respect strict des conditions de prescriptions habituelles. La dose quotidienne doit être faible, de l'ordre de 5 à 10 mg/j. L'isotrétinoïne est particulièrement indiquée en cas de dermatose mixte du visage.

Les autres traitements sont moins documentés : azithromycine, érythromycine, sulfate de zinc. Les macrolides peuvent aussi avoir un effet favorable ; chez la femme enceinte, l'érythromycine est envisageable ou le gluconate de zinc. Aucun traitement n'est curateur, il faut des traitements combinés avec des topiques et des traitements d'entretien ensuite.

Concernant le **traitement des bouffées vasomotrices**, divers anti-hypertenseurs ont été tentés : les bêtabloquants sont d'abord proposés et par consensus d'experts le **carvédilol** en première place. On le prescrit à petite dose qu'on peut augmenter ensuite sans dépasser 25 mg. Il est préférable d'avoir l'avis d'un cardiologue pour débiter. Plusieurs séries de cas suggèrent l'efficacité, même s'il n'y a pas de grands essais. Le carvédilol pourrait diminuer le nombre et l'intensité des flushes mais aussi l'érythème permanent. Si le produit est bien toléré, une utilisation au long cours est envisageable, bien qu'il n'y ait aucune donnée au-delà de quelques mois. On l'a aussi proposé aux patients qui souffrent de phénomènes vasomoteurs paroxystiques, notamment lors de la prise de parole en public.

Quelles sont les méthodes instrumentales dans la rosacée ?

L'électrocoagulation est de moins en moins utilisée. Les **lasers** ont une place majeure dans le traitement de la rosacée aussi bien pour l'érythème que pour les télangiectasies. D'autres techniques sont utilisées notamment la lumière intense pulsée qui est toutefois moins développée en France que les lasers. Il n'y a pas de véritable étude comparative des deux techniques. Ici encore, l'expérience du praticien est essentielle quant au maniement des matériels. Les paramètres de traitement sont aussi très variables suivants les études et les personnes.

La **chirurgie** a toute sa place dans le rhinophyma. Il n'y a véritablement pas de traitement médical dans la rosacée hypertrophique, les cyclines *per os* et les traitements locaux permettent de maîtriser la pustulation et les papules mais pas l'épaississement cutané. Diverses techniques sont possibles : décortication au bistouri électrique ou à la lame simple, cryochirurgie ou laser CO₂. Toutes ces techniques ont le même but, détruire les tissus hypertrophiques. La cicatrisation est en général bonne avec toutefois des complications possibles (saignement, séquelles disgracieuses). La décortication au bistouri électrique est bien maîtrisée par les dermatologues : les résultats esthétiques sont en général bons. Avec le temps, une récurrence est possible.

De façon plus anecdotique, la **photothérapie dynamique** a été testée avec amélioration de l'érythème des papulopustules, au prix de sensations de brûlures et d'érythème intensifié après les séances. Sur un fond de peau très sensible, il apparaît difficile de proposer cette technique en l'absence d'informations supplémentaires.

Le maquillage a-t-il une place dans la rosacée ?

Le maquillage est important dans toutes les dermatoses faciales et permet d'améliorer nettement la qualité de vie. Pour certains patients qui ne souhaitent pas ou n'ont pas les moyens de faire du laser, le maquillage est une excellente solution. Il **améliore l'estime de soi et la qualité de vie**.

Diverses techniques sont possibles. On conseille des « **BB crèmes** » ou des « **CC crèmes** » qui contiennent un produit coloré et un produit anti-rougeurs, en ajoutant parfois un écran solaire indice 30 ou 50. On essaiera d'éviter la succession de couches, c'est-à-dire produit hydratant, fond de teint et poudre. Il faut privilégier l'application d'un produit unique.

Dans les cas sévères, avec des rougeurs massives, des **produits couvrants** sont disponibles dans plusieurs gammes dermocosmétiques, avec des résultats parfois excellents. On est souvent surpris de voir en consultation des patientes maquillées qui, lorsqu'elles enlèvent leur produit couvrant, ont une rosacée sévère ou des rougeurs faciales très marquées qui n'étaient pas du tout visibles.

Certains patients sont réticents à prendre des antibiotiques ou des traitements locaux médicamenteux ; dans ce cadre, le maquillage est une bonne solution. Il faut néanmoins en maîtriser les techniques notamment lorsque les lésions sont très visibles. On privilégiera toujours les produits les plus fluides possibles et peu couvrants quand il y a peu de choses à masquer.

Quel type d'hygiène cutanée dans la rosacée ?

L'expérience montre que beaucoup de patients ont du mal à supporter les produits lavants. À certains moments, l'hypersensibilité est telle que même le lavage à l'eau simple est difficile à supporter : il s'agit d'un des signes classiques dans la rosacée. Dans ces cas, on préférera les **eaux thermales** en pulvérisations, réfrigérées ou non.

Dans tous les cas, on doit éviter les savons et les produits détergents et privilégier des **nettoyants doux** sous forme d'eau micellaire, de gelée, de lait ou de crème très fluide. De nombreux produits sont ainsi disponibles dans des gammes dermocosmétiques, formulés pour les peaux fragiles et tout particulièrement chez les personnes souffrant de rosacée.

Les principes conseillés par les experts sont les suivants :

- produits fluides ;
- absence de tout irritant : huiles essentielles, menthol, etc. ;
- produits au pH cutané ;
- limiter au maximum les ingrédients ;
- suivant les préférences, on peut utiliser des produits rinçables ou des produits permettant un démaquillage sans rincer.

Quelle est la place des dermocosmétiques dans la rosacée ?

La prise en charge médicale est bien établie notamment avec les algorithmes dérivant des principes de traitement des diverses composantes phénotypiques. Toutefois, on constate en pratique que les traitements médicamenteux, notamment topiques, ne suffisent pas pour répondre aux besoins des patients.

En effet, tous les signes fonctionnels, tels que sensation de sécheresse, tiraillements, brûlures, douleurs ou peau très sensible, ne sont pas pris en charge par les topiques médicamenteux quels qu'ils soient. Ces topiques sont d'autant mieux tolérés que l'excipient est adapté, mais le problème de l'excipient n'est pas facile à résoudre pour les laboratoires. Certains proposent plusieurs excipients pour un même produit. Néanmoins, le plus souvent, il y a un besoin et une demande de produits pour accompagner ces traitements. On préférera un topique médicamenteux en application le soir et le matin des dermocosmétiques permettant l'**apaisement**, un effet sur les rougeurs et le cas échéant un effet masquant et photoprotecteur [10].

La **photoprotection** fait partie de la prise en charge dermocosmétique et a un intérêt dans la rosacée. Dans la majorité des cas, l'exposition solaire, principalement en été, aggrave les signes et l'inconfort cutané. Le fait d'utiliser un écran solaire retarde sans doute l'aggravation de l'érythème ou la diminue, même si on ne l'a pas démontré.

Ainsi, les gammes dermoscosmétiques ont développé des produits antirougeurs ou pour peau très sensible contenant un écran solaire, de façon à n'avoir qu'un produit à appliquer le matin sur le visage.

Le confort cutané est un élément essentiel dans la prise en charge de la rosacée. Les topiques médicamenteux comme les traitements généraux ne prennent pas en charge cette composante. Elle est pourtant essentielle et correspond à la fois aux demandes des patients et aux signes de la maladie.

Certaines personnes qui ont des réticences à utiliser des topiques médicamenteux ou des antibiotiques, préfèrent n'utiliser que des dermoscosmétiques. Certains avec des **propriétés antirougeurs** peuvent atténuer l'érythème. En revanche, la présence de papulopustules ne peut pas être prise en charge uniquement par la dermoscosmétique et, à l'évidence, encore moins le rhinophyma.

La dermoscosmétique seule s'adresse principalement aux manifestations vasculaires de la rosacée, tout particulièrement l'érythème de fond.

Références

1. Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 163-8.
2. Tan J, Almeida LM, Bewley A, et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea CONsensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol* 2017; 176: 431-8.
3. Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea CONsensus 2019 panel. *Br J Dermatol* 2020; 182: 1269-76.
4. Cribier B. Rosacea under the microscope: characteristic histological findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 1336-43.
5. Cribier B. Rosacea: Treatment targets based on new physiopathology data. *Ann Dermatol Venereol* 2022; 149: 99-107.
6. Second J, Severac F, Paix A, Cribier B. Rhinophyma is associated with alcohol intake. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 249-50.
7. Schaller M, Almeida LM, Bewley A, et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea CONsensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol* 2017; 176: 465-71.
8. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Tan J, et al. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol* 2019; 181: 65-79.
9. Le Cleach L, Cribier B. New evidence but still unmet medical needs in rosacea treatment. *Br J Dermatol* 2019; 181: 11-2.
10. Sobkowska D, Szałapska A, Pawlaczyk M, et al. The Role of Cosmetology in an Effective Treatment of Rosacea: A Narrative Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2023; 16: 1419-30.

La rosacée en 20 questions

- Peut-on classer les différentes formes de la rosacée ?
- Quel est l'aspect clinique de la rosacée le plus fréquent ?
- À part la rosacée « rouge », quels sont les autres signes ?
- Rhinophyma : rosacée ou non ?
- Comment distinguer les papules et les pustules d'autres maladies comme l'acné ?
- Quel est le profil des patients atteints de rosacée ?
- Quels sont les mécanismes vasculaires impliqués dans la rosacée ?
- Quel est le rôle de Demodex ? • Quel est le rôle de l'environnement ?
- Quels sont les facteurs aggravants de la rosacée ?
- Y a-t-il un lien entre psychisme et rosacée ?
- Quel type de traitement pour la rosacée ?
- Quelles sont les méthodes instrumentales dans la rosacée ?
- Quel type d'hygiène cutanée dans la rosacée ?
- Quelle est la place des dermocosmétiques dans la rosacée ?

Des mécanismes aux traitements en passant par la gestion au quotidien, le Professeur Bernard Cribier répond aux questions essentielles sur cette maladie.

Le **Professeur Bernard Cribier** est dermatologue, chef de service de dermatologie au CHRU de Strasbourg.