

DIU de Dermatologie Pédiatrique

Cours n°11-2

Rosacée et dermatoses faciales apparentées

Audrey Lasek-Duriez

Unité Fonctionnelle de Dermatologie Pédiatrique
Hôpital Saint Vincent de Paul, Université Catholique de Lille



La rosacée, la pyodermite froide et la dermite périorificielle appartiennent au même spectre clinique et correspondent à des dermatoses inflammatoires chroniques de la face.

1. La rosacée de l'enfant

La rosacée est une dermatose papulopustuleuse des joues et du menton sur fond érythémateux permanent chez un enfant. Les télangiectasies et les flushes sont possibles mais plus rares que chez l'adulte. On retrouve parfois des antécédents familiaux de rosacée.



Des **signes ophtalmologiques** sont très fréquents (50% des cas) et parfois révélateurs : ils débutent le plus souvent par une hyperhémie conjonctivale étiquetée à tort « conjonctivite allergique » ou par des chalazions récidivants et peuvent se compliquer de kératoconjonctivites, d'épisclérites et d'ulcères cornéens. Il faut rechercher une photophobie et des télangiectasies de la paupière inférieure.

Le diagnostic de rosacée repose sur des critères cliniques. La biopsie cutanée a peu d'intérêt sauf pour éliminer un diagnostic différentiel. Leauté-Labrèze et al ont proposé de retenir le diagnostic s'il y a au moins deux critères parmi ces cinq : érubescence paroxystique de la face associée à un érythème récurrent ou permanent, télangiectasies faciales essentielles, papules et pustules de la face sans comédons, lésions distribuées préférentiellement sur les zones convexes de la face, manifestations oculaires (chalazions à répétition, hyperhémie conjonctivale inférieur, kératite).

La rosacée est le résultat de l'influence de facteurs environnementaux, climatiques et infectieux sur un terrain prédisposé génétiquement aux troubles de la microcirculation. L'hypothèse d'une association rosacée-démodex est de plus en plus reconnue.

L'évolution est souvent chronique et récidivante.

2. Pyodermite froide (granulome aseptique du visage)

Il s'agit d'un nodule inflammatoire unique localisé à la joue, plus rarement à la paupière, chez un jeune enfant évoluant par poussées pendant plusieurs mois.



Pyodermite froide chez un enfant de 3 ans

Evolution spontanée à 6 mois sans traitement

La guérison est spontanée après une durée d'évolution d'environ un an. Il peut parfois rester une cicatrice.

Les traitements locaux sont peu efficaces, les traitements antibiotiques per os peuvent parfois réduire le volume de la lésion lors des poussées. En général, le traitement consiste en l'abstention thérapeutique. Récemment un cas a été rapporté par Blind E de granulome facial aseptique idiopathique traité efficacement par de l'ivermectine topique une application par jour pendant 2 semaines.

Les prélèvements bactériologiques sont toujours négatifs et donc inutiles, de même que la biopsie cutanée. L'histologie lorsqu'elle est réalisée trouve un granulome inflammatoire du derme superficiel et profond avec un anneau de lymphocytes, d'histiocytes et quelques neutrophiles.

Certains auteurs ont réalisé des études dermoscopiques des granulomes de la face montrant un érythème avec une hypopigmentation périfolliculaire et une obstruction folliculaire.

La physiopathologie est peu connue, cependant certains enfants développant ultérieurement une rosacée, l'hypothèse selon laquelle la pyodermite froide appartient au spectre de la rosacée semble se confirmer.

3. Les dermites périorificielles

Le spectre des dermites périorificielles comporte :

- la dermite granulomateuse périorificielle
- la dermite péri-orale
- « Facial Afro-caribbean eruption » (FACE)

3.1. La dermite péri-orale

Elle touche surtout les filles à partir de l'âge de deux ans jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte.

Il s'agit de petites papules sur fond érythémateux avec parfois des squames et des pustules siégeant dans la zone péri-orale mais également péri-narinaire et péri-oculaire. Les symptômes rapportés sont des sensations de brulures, de tension, parfois de prurit.



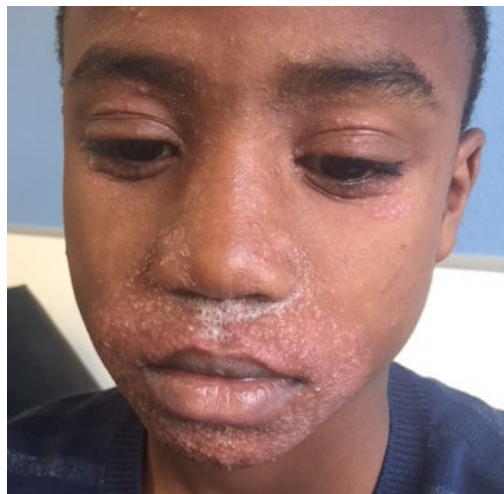
Dermite péri orale par tic de léchage

Les **facteurs favorisants** sont :

- L'application de dermocorticoïdes topiques de façon prolongée, avec exacerbation à l'arrêt.
Les corticoïdes inhalés peuvent également être en cause.
- Le terrain atopique personnel et familial
- Des facteurs irritatifs qui altèrent la barrière cutanée :
 - Tic de léchage, tétine
 - Manipulation chronique
 - Utilisation répétée de cosmétiques, dentifrice fluoré
 - Instruments de musique
 - Facteurs physiques : vent, UV, froid

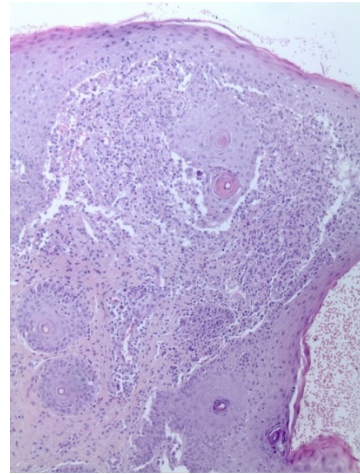
3.2. Les dermites périorificielles granulomateuses idiopathiques

se présentent cliniquement par des papules de couleur chair ou rosées, sans squames, ni pustules, avec une atteinte périnasale et périorbitaire. Elles touchent plus fréquemment les enfants noirs.



Dermites périorificielles granulomateuses

L'histologie, quand elle est réalisée en cas de doute diagnostique, est semblable à la rosacée avec un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire périfolliculaire avec des granulomes sans nécrose.



4. Traitement

Le traitement de la rosacée et des dermatoses faciales apparentées est similaire à l'adulte. Il n'existe pas de recommandations spécifiques.

Les conseils d'hygiène reposent sur l'arrêt des dermocorticoïdes, des facteurs déclenchants, l'application d'une photoprotection et d'une crème émolliente adaptée.

Le traitement local peut comporter :

- a. Le métronidazole topique 0.75% (gel, lotion, crème) : 2 fois par jour pendant 1 mois puis 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines
- b. L'acide azélaïque topique 15% gel : 1 fois par jour pendant 8 à 12 semaines
- c. L'érythromycine topique (gel, lotion) : 1 fois par jour pendant 8 à 12 semaines
- d. L'ivermectine crème 1% 1 fois par jour pendant 12 semaines
- e. Le tacrolimus pommade 0,03% ou 0,1% : 1 fois par jour

Le traitement systémique peut être prescrit en cas d'échec du traitement local ou en association en cas de forme sévère :

- a) Tétracyclines à partir de 8 ans (doxycycline, lymécycline)
- b) Erythromycine 30-50 mg/kg/j pendant 1 à 3 mois.

- c) Métronidazole en cure de 4 à 6 semaines 20 mg/kg/jour
- d) Ivermectine per os dose unique 200-250µg/kg

Une étude a été publiée en mars 2017 par Noguéra et al sur le traitement de la rosacée de l'enfant et de la dermite périorale par ivermectine orale en une prise unique à 250µg/kg ou topique ivermectine 1% 1 fois par jour pendant 3 mois avec une rémission complète dans 93% des cas et une bonne tolérance (desquamation).

- e) Isotrétinoïne : 0,5 mg/kg/j pendant 6 mois

En cas d'atteinte ophtalmologique, il faut ajouter un lavage palpébral au sérum physiologique, un traitement local par azithromycine collyre ou ciclosporine collyre et un traitement systémique par cyclines, macrolides ou métronidazole.

REFERENCES

Une revue sur la rosacée et dermatoses apparentées comportant de belles iconographies a été publiée en décembre 2020 dans Clinical and Experimental Dermatology par L.Noguera-Morel.

1. Goel NS, Burkhart CN, Morrell DS. Pediatric periorificial dermatitis: clinical course and treatment outcomes in 222 patients. *Pediatr Dermatol*. 2015 May-Jun;32(3):333-6.
2. Nguyen V(1), Eichenfield LF. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Nov;55(5):781-5.
3. Boralevi F, Léauté-Labreze C, Lepreux S et al. Idiopathic facial aseptic granuloma : a multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol* 2007; 156(4): 705-8.
4. Chamaillard M, Mortemousque B, Boralevi F et al. Cutaneous and ocular signs of childhood rosacea. *Arch Dermatol* 2008;144(2):167-71.
5. Zitelli KB, Sheil AT, Fleck R, Schwentker A, Lucky AW. Idiopathic Facial Aseptic Granuloma: Review of an Evolving Clinical Entity. *Pediatr Dermatol*. 2015 Jul-Aug;32(4):e136-9.
6. Léauté-Labreze C, Chamaillard M. Paediatric rosacea. *Ann Dermatol Venereol*. 2007 Oct;134(10 Pt 1):788-92
7. Noguera-Morel L, Gerlero P, Torrelo A, Hernández-Martín Á. Ivermectin therapy for papulopustular rosacea and periorificial dermatitis in children: A series of 15 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Mar;76(3):567-570
8. Blind E, N Ropars, G Safa. Efficacité spectaculaire de l'ivermectine topique dans un cas de granulome facial aseptique idiopathique. *Ann Dermatol Venereol* 2018
9. Lobato-Berezo. Dermatoscopic features of idiopathic facial aseptic granuloma. *Pediatric Dermatology* 2018.
10. Douglas A(1), Zaenglein AL. A case series of demodicosis in children. *Pediatr Dermatol*. 2019 Sep;36(5):651-654.
11. L.Noguera-Morel, A.Hernandez-Martin, A.Torrelo. Childhood rosacea and related disorders. *Clin Exp Dermatol* Dec 2020.

Points à retenir

- Les manifestations de la rosacée sont similaires à l'adulte.
- La pyodermite froide et les dermites périforicielles sont considérées comme des formes de rosacée de l'enfant.
- Le diagnostic est clinique devant la présence de télangiectasies, de papulopustules sans comédons des zones convexes de la face associé à une atteinte oculaire.
- La rosacée oculaire peut précéder les signes cutanés.
- Les dermocorticoïdes doivent être évités.
- Le traitement local est indiqué dans les formes mineures et modérées : métronidazole gel, acide azélaïque gel, perméthrine crème, inhibiteur de la calcineurine topique ou ivermectine topique.
- Le traitement oral en association avec le traitement local est indiqué dans les formes modérées à sévères : doxycycline, érythromycine sont utilisées en 1ère intention. L'ivermectine et l'isotrétinoïne sont utilisées dans les formes réfractaires.