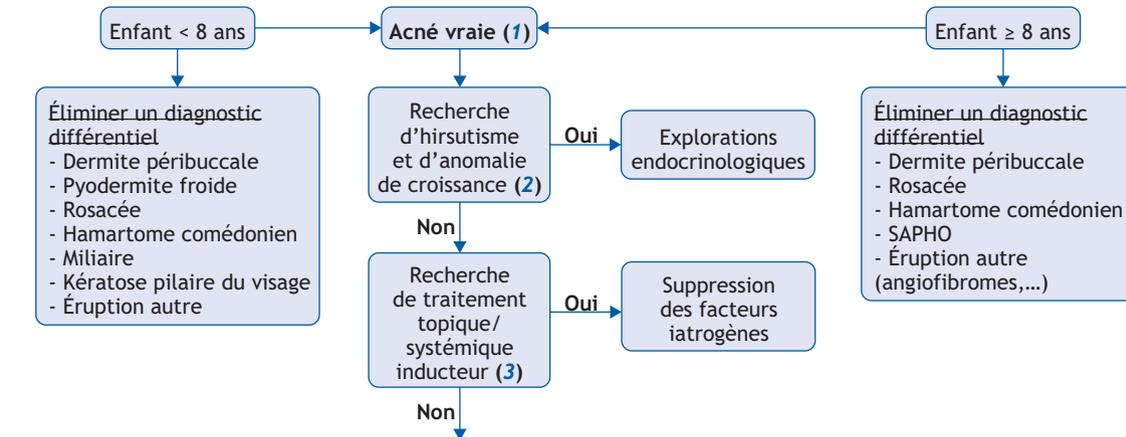


Acné de l'enfant et de l'adolescent

A. Maruani

Université François-Rabelais de Tours, CHRU de Tours, service de dermatologie, unité de dermatologie pédiatrique, 37044 Tours Cedex 9, France



Intensité \ Type	Légère	Modérée	Sévère
Prédominance rétentionnelle	Rétinoïde PBO	Rétinoïde PBO <i>*isotrétinoïne</i>	isotrétinoïne
Prédominance inflammatoire	Rétinoïde + ab BPO + ab	Rétinoïde PBO BPO + ab <i>*doxycycline</i>	<i>doxycycline + PBO</i> <i>*isotrétinoïne</i>
Mixte	Rétinoïde + ab BPO + ab	Rétinoldes + ab BPO + ab <i>*doxycycline</i> <i>*isotrétinoïne</i>	<i>doxycycline + PBO</i> <i>*isotrétinoïne</i>

Traitement local

Traitement oral

* Seconde intention

La doxycycline peut-être prescrite à partir de 8 ans

■ Abréviations

- Ab : Antibiotiques
- PBO : Peroxyde de benzoyle
- SAPHO : Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose, Ostéite

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) L'acné est une affection inflammatoire des follicules pilo-sébacés. Elle peut survenir à différents âges de la vie, mais prédomine à l'adolescence. Trois éléments participent à la formation des lésions d'acné :

- l'hyperséborrhée : le sébum est sécrété par les glandes sébacées, particulièrement nombreuses sur le visage, le décolleté et le haut du dos ; elles sont stimulées par les hormones sexuelles (androgènes) durant la période pubertaire ;
- l'hyperkératinisation : elle induit une obstruction des orifices pilo-sébacés, se manifestant cliniquement par des microkystes fermés ou ouverts (comédons) ;
- l'inflammation et la colonisation bactérienne : la flore microbienne des follicules pilo-sébacés (*Propionibacterium Acnes*, staphylocoque) se développe, générant la formation de papules inflammatoires, pustules, nodules.

Avant de porter le diagnostic d'acné vraie, il est important d'exclure un diagnostic différentiel, dont une liste, non exhaustive, figure dans l'arbre décisionnel. Le diagnostic d'acné nécessite la présence de lésions rétentionnelles : microkystes et/ou comédons, et comporte le plus souvent au moins quelques lésions inflammatoires.

(2) Seuls les cas d'acné associée à des signes d'hirsutisme (hypertrophie clitoridienne, hyperpilosité, etc.) ou de puberté précoce doivent conduire à des explorations endocrinologiques (ovariennes, surrénaliennes, hypothalamo-hypophysaire).

(3) L'acné peut être induite par des traitements systémiques (corticoïdes, hormones, chimiothérapies anticancéreuses...), ou locaux (dermocorticoïdes, produits occlusifs, fond de teint, vaseline, liniment oléocalcaire...). Les acnés iatrogènes sont

caractérisées par leur caractère monomorphe, et peuvent survenir à tout âge. La suppression de ces facteurs, quand elle est possible, permet de faire régresser l'acné.

(4) Le traitement de l'acné repose sur deux principes : 1) mesures d'hygiène ; 2) traitement, adapté à la sévérité de l'acné et à son caractère plutôt inflammatoire ou plutôt rétentionnel.

- les mesures d'hygiène comportent les conseils suivants :
 - supprimer les facteurs aggravants : produits de toilette irritants ou décapants et notamment tous les savons vrais, poudres et fonds de teint non testés « non comédogènes »,
 - toilette du visage 1 à 2 fois/j avec des produits lavants doux (SYNDET = SYNthetic DETergents),
 - photoprotection (les ultraviolets diminuent la quantité de *Propionibacterium* mais induisent une hyperkératinisation source de rebond) ;
- parmi les traitements, peuvent être utilisés :
 - traitements locaux (seuls ou en association, liste ci-dessous non exhaustive),
 - **rétinoïdes** : trétinoïne, isotrétinoïne, adapalène. Ils agissent essentiellement sur le caractère rétentionnel (comédons et microkystes). L'adapalène a également des propriétés anti-inflammatoires. De façon générale, ils sont irritants et souvent mal supportés. Ils sont plus efficaces et mieux tolérés en association,
 - **peroxyde de benzoyle** : il est anti-inflammatoire, et est moins irritant que les rétinoïdes topiques, surtout à des concentrations faibles (2,5 % plutôt que 5 ou 10 %). Il

décolore le linge. Il peut être utilisé en association à des rétinoïdes topiques,

- **antibiotiques locaux** : essentiellement érythromycine et clindamycine. Du fait de l'émergence de résistances bactériennes et du fait de leur efficacité limitée en utilisation seule, il est préconisé de les utiliser en séquence courte, ou parfois en association à des rétinoïdes topiques ou à du peroxyde de benzoyle,
 - traitements généraux

- **antibiotiques per os** : les cyclines *per os* ont une action antibactérienne et anti-inflammatoire. Elles peuvent être utilisées sur de longues périodes. Elles ne doivent pas être utilisées avant l'apparition de la deuxième dentition car elles peuvent entraîner des anomalies de formation et de coloration des dents. Leur association à l'isotrétinoïne *per os* est contre-indiquée (risque d'hypertension intracrânienne),

- **isotrétinoïne per os** : ce traitement exerce une action antikératine et antiséborrhéique. La posologie est comprise entre 0.5 et 1 mg/kg/j, mais il est prudent de débiter par de petites doses (5 à 10 mg/j), surtout si l'acné est rétentionnelle, pour éviter l'apparition d'une acné *fulminans*. Des précautions d'emploi et une surveillance biologique s'imposent (risque tératogène, risque psychiatrique qui est controversé, surveillances lipidique et hépatique).

■ Liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

■ Références

Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. *BMJ* 2013;346:f2634.

Boralevi F, Léauté-Labrèze C, Lepreux S, et al. Idiopathic facial aseptic granuloma : a multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol* 2007;156:705-8.

Bree AF, Siegfried EC. Acne vulgaris in preadolescent children: recommendations for evaluation. *Pediatr Dermatol* 2014;31:27-32.

Gamble R, Dunn J, Dawson A, et al. Topical antimicrobial treatment of acne vulgaris: an evidence-based review. *Am J Clin Dermatol* 2012;13:141-52.

Marqueling AL, Zane LT. Depression and suicidal behavior in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review. *Semin Cutan Med Surg* 2007;26:210-20.

Correspondance :

Adresse e-mail : annabel.maruani@univ-tours.fr (A. Maruani)