

Dermatologie topographique

17

Dermatoses faciales 427
Dermatoses de l'oreille 437
Dermatoses des grands plis 440
Dermatoses de la plaque aréolo-mamelonnaire 444
Dermatoses du scrotum 446

Au microscope, la lésion élémentaire typique est le comédon, qui résulte d'une kératinisation anormale de l'infundibulum, lequel s'élargit (fig. 17.4). Il contient des lamelles épaisses de kératine, de nombreuses colonies bactériennes et des éléments de sécrétion sébacée (fig. 17.5); la surface du comédon s'encrasse, donnant la couleur noire. Les phénomènes rétentionnels aboutissent à la formation de kystes épidermoïdes sans connexion avec la surface (comédon fermé)

DERMATOSES FACIALES

ACNÉ

L'acné apparaît lors de la préadolescence et se poursuit pendant quelques années avant de disparaître; elle touche le visage, le décolleté et le dos, qui sont le siège des follicules sébacés. Certaines femmes ont des acnés prolongées, touchant le bas du visage. Chez l'homme, il y a souvent des lésions dorsales qui persistent plus longtemps. Les lésions élémentaires sont rétentionnelles – comédons et microkystes (fig. 17.1) – et inflammatoires – papules (fig. 17.2), pustules (fig. 17.3) et nodules.



Fig. 17.2 Acné avec papules excoriées.



Fig. 17.1 Acné rétentionnelle avec comédons et microkystes.



Fig. 17.3 Acné avec papules, pustules et comédons.

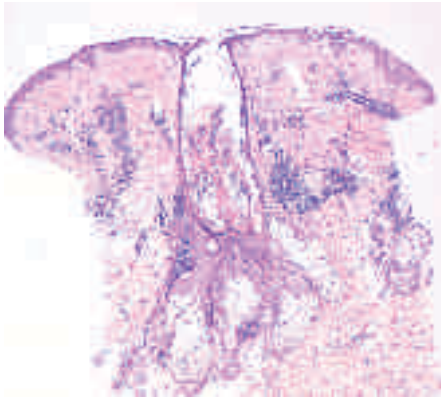


Fig. 17.4 Acné – follicule sébacé et comédon.

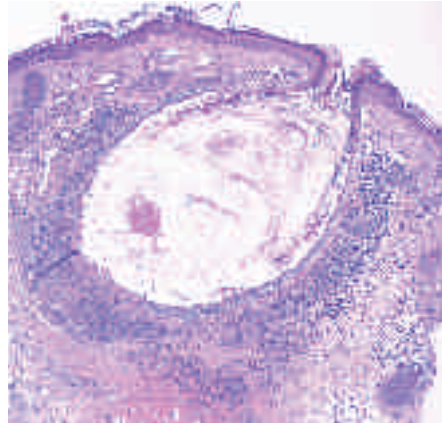


Fig. 17.7 Acné – microkyste et infiltrat dense.

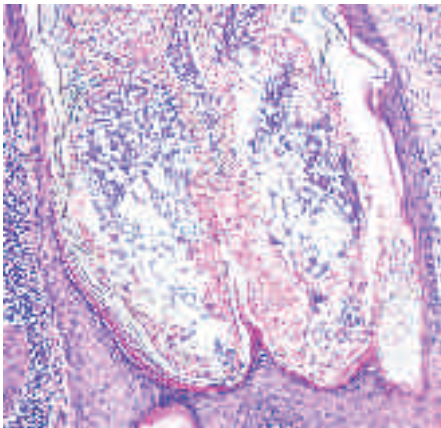


Fig. 17.5 Acné – comédon avec colonies bactériennes.



Fig. 17.8 Acné avec nodules inflammatoires.

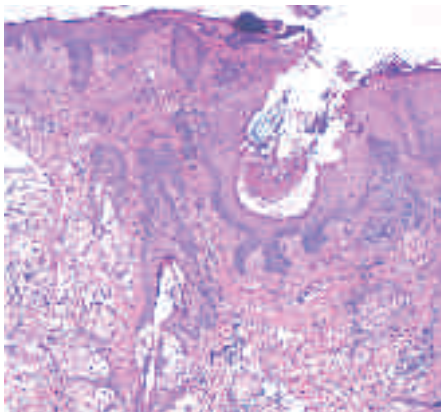


Fig. 17.6 Acné – comédon et inflammation.



Fig. 17.9 Acné fulminans avec nécroses, croûtes et pustules.

ou avec un orifice infundibulaire (fig. 17.6). Il existe en périphérie un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire, avec parfois des granulomes à corps étranger (fig. 17.7).

Dans les acnés plus graves, des nodules profonds accompagnent les papules et les pustules, notamment au dos (acné conglobata) (fig. 17.8), et on a des éléments nécrotiques et croû-

teux dans la forme *fulminans*, avec signes généraux et syndrome inflammatoire (fig. 17.9). Il existe alors un infiltrat périfolliculaire principalement neutrophilique (fig. 17.10). Ceci aboutit à des ruptures infundibulaires avec des zones abcédées en périphérie (fig. 17.11). Les colorations spéciales peuvent mettre en évidence les colonies de *Propionibacterium acnes* (fig. 17.12).

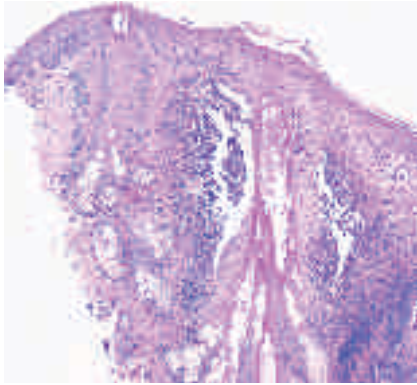


Fig. 17.10 Acné – infiltrat dense périfolliculaire.

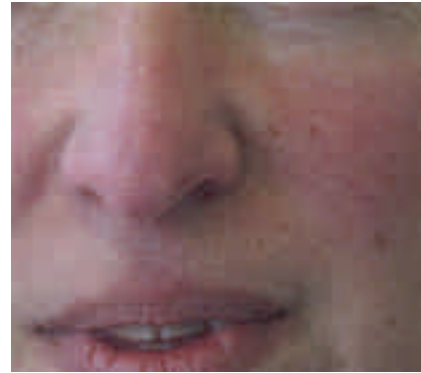


Fig. 17.13 Rosacée érythémato-télangiectasique.

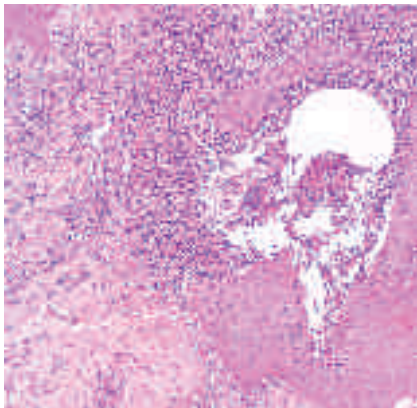


Fig. 17.11 Acné – rupture infundibulaire.

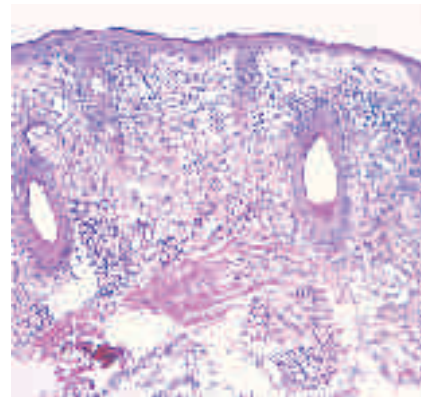


Fig. 17.14 Rosacée érythémato-télangiectasique.

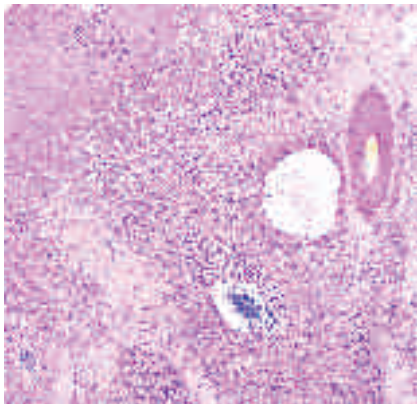


Fig. 17.12 Acné - colonies bactériennes (coloration de Gram).

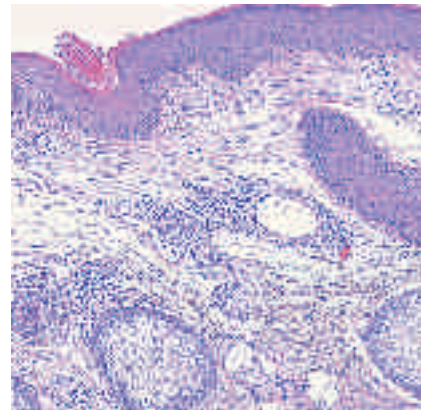


Fig. 17.15 Rosacée – œdème dermique et infiltrat périvasculaire.

Certains patients développent des chéloïdes, notamment sur la partie haute du thorax et le dos. De façon plus classique, l'acné peut laisser des cicatrices importantes au visage. Les formes graves et prolongées peuvent parfois s'apparenter à la maladie de Verneuil.

ROSACÉE

La rosacée est définie par un érythème centrofacial persistant, chez des adultes au-delà de 25 à 30 ans, la rougeur étant composée d'une érythrose diffuse, à laquelle s'ajoutent des télan-

giectasies plus ou moins visibles (fig. 17.13). La variante la plus courante est la forme érythémato-télangiectasique. Elle est caractérisée par des vaisseaux dilatés du derme superficiel et moyen, souvent de forme bizarre, associés à un œdème du derme (fig. 17.14). On trouve un infiltrat lymphocytaire périvasculaire (fig. 17.15) avec un nombre augmenté de mastocytes. Ces capillaires ont souvent des lumières de forme inhabituelle avec un revêtement endothélial qui peut paraître discontinu (fig. 17.16). L'infiltrat peut contenir des plasmocytes et des polynucléaires éosinophiles.