Acné

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 24 (3), Février 2016

INTRODUCTION

Le traitement de l'acné présente de nombreux défis pour le médecin de famille. Plusieurs produits contre l'acné sont disponibles, mais les renseignements basés sur des données probantes peuvent faire défaut. Les approches thérapeutiques varient selon la gravité de l'acné. Des populations particulières, telles que les femmes adultes, les femmes enceintes, les patients de couleur et les adolescents ont besoin de plans de traitement spécifiquement adaptés à leurs besoins. Puisqu'il peut s'écouler plusieurs mois avant d'obtenir une réponse complète, des problèmes d'observance du traitement peuvent survenir et l'éducation des patients revêt une importance primordiale dans la prise en charge de cette affection.

OBJECTIFS

À la fin de ce module, les cliniciens pourront:

- déterminer le stade de l'acné et prescrire le traitement approprié, notamment quand et comment administrer les médicaments oraux;
- Traiter efficacement des populations spécifiques, incluant les femmes adultes et les patients de couleur;
- utiliser des techniques d'éducation des patients et adopter une approche de prise en charge par étapes afin d'améliorer l'observance du traitement de l'acné;
- évaluer les conséquences psychologiques de l'acné sur le patient.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 2
Commentaires des histoires de cas..... 8
Collaborateurs et déclarations..... 11
Références bibliographiques 12
Annexes 14

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Annie, âgée de 16 ans

Annie vient vous consulter à votre bureau pour l'acné dont elle souffre depuis un an. Son ancien médecin lui a prescrit, il y a environ six mois, un gel de peroxyde de benzoyle à base d'alcool à 5 % et une crème de trétinoïne à 0,05 % à appliquer quotidiennement. Annie a cependant arrêté d'utiliser ces produits, car sa peau est devenue très rouge et sèche, et son acné s'est aggravée. Elle a aussi dépensé un montant substantiel chez des esthéticiennes, mais cela n'a pas donné non plus de résultats. Elle est manifestement découragée quand elle vous fait part de ses problèmes de peau.

Bien que, chez Annie, le diagnostic le plus vraisemblable soit celui de l'acné typique des adolescents, que souhaiteriez-vous savoir d'autre?

Deuxième partie

L'anamnèse d'Annie ne révèle aucun symptôme d'hyperandrogénie. Elle ne prend aucun médicament et n'est pas sexuellement active. Elle nettoie sa peau avec du savon et applique un fond de teint pour cacher ses lésions acnéiques. À l'examen, elle présente des papules, des pustules et des comédons dispersés sur le visage, mais pas de nodule, de lésion sur le dos ou le thorax, ni de cicatrices visibles ou d'hyperpigmentation. Elle ne présente aucun signe de causes secondaires d'acné. Vous avez demandé à Annie de répondre au questionnaire CADI (Cardiff Acne Disability Index) (annexe 1) et le score obtenu est de 10 sur 15 (modérée).

Quelle serait votre approche de prise en charge/traitement dans ce cas?

Troisième partie

Après avoir fourni à Annie de l'information sur l'acné et son traitement et répondu à ses questions, vous lui prescrivez de l'adapalène à 0,1 %, un rétinoïde topique à faible dose, pendant deux semaines et lui dites d'ajouter du peroxyde de benzoyle à 2,5 % après deux semaines si elle tolère bien le rétinoïde. À la visite de suivi un mois plus tard, Annie montre une peau légèrement plus atteinte, mais elle tolère bien le traitement et

y est fidèle. Après trois mois, vous constatez une amélioration. Annie a poursuivi le schéma thérapeutique et elle est plus satisfaite de l'aspect de sa peau.

Toutefois, un an plus tard, Annie revient vous consulter car l'acné s'est aggravée. À l'examen, elle présente beaucoup plus de papules et de pustules, quelques lésions nodulaires et quelques légères cicatrices. Elle est de nouveau découragée à cause de sa peau, car la fin de ses études secondaires approche et elle veut bien paraître pour son bal de finissants.

Quelles options thérapeutiques envisageriez-vous à ce moment-ci?

Cas numéro 2: Mélissa, âgée de 48 ans

Mélissa vient vous consulter aujourd'hui pour vous demander un traitement pour son acné. Quand elle était adolescente et jeune adulte, elle avait de l'acné, mais ces problèmes ont disparu à l'âge adulte. Elle n'a pris aucun traitement contre l'acné sur ordonnance depuis les 20 dernières années. Au cours des six derniers mois, toutefois, Mélissa a remarqué une augmentation subtantielle des lésions acnéiques sur la partie inférieure du visage, ainsi que sur la ligne de sa mâchoire, de son cou et du dos. Certaines lésions sont douloureuses. Mélissa est caissière dans une banque et elle se sent mal à l'aise d'être en contact quotidien avec le public.

Que voudriez-vous savoir d'autre avant d'amorcer le traitement?

Deuxième partie

Mélissa a manifesté de façon intermittente des bouffées de chaleur et ses règles sont moins fréquentes depuis plusieurs mois. Elle ne montre aucun autre signe ni symptôme de déséquilibre hormonal et n'a aucun antécédent de rougeurs ou de bouffées vasomotrices ni de propagation des lésions autour de la bouche. Elle utilise actuellement Proactiv® (peroxyde de benzoyle à 2,5 %) et un hydratant. Par le passé, elle a utilisé des traitements topiques et des antibiotiques oraux. À l'examen, elle présente de multiples lésions papulaires, pustulaires et nodulaires sur le bas du visage, le cou et le dos, et des signes visibles d'anciennes cicatrices d'acné.

Quel traitement recommanderiez-vous?

Quel serait votre plan de suivi pour Mélissa?

Cas numéro 3: Marcus, âgé de 16 ans

Marcus, d'origine afro-canadienne, prend rendez-vous pour savoir s'il existe des traitements contre l'acné plus efficaces que les préparations en vente libre qu'il utilise depuis les 18 derniers mois. Il n'a jamais reçu de traitement sur ordonnance et ne prend aucun médicament ni supplément en vente libre. Il est moyennement gêné par son acné, mais il nie tout symptôme dépressif important. L'examen révèle des lésions papulaires et pustulaires sur le visage, le thorax et le dos, des macules très pigmentées sur le visage et le dos, ainsi que plusieurs petites cicatrices chéloïdes sur la partie supérieure du thorax et du dos.

Quelle serait votre approche thérapeutique chez ce patient?

Deuxième partie

Huit semaines plus tard, Marcus vous consulte de nouveau. Sa peau montre une amélioration minime. À l'examen, vous notez de nouvelles lésions nodulaires et une augmentation de macules très pigmentées. Il a lu l'information sur l'isotrétinoïne que vous lui aviez remise et il aimerait essayer ce médicament.

Comment amorceriez-vous le traitement et surveilleriez-vous l'utilisation que fait Marcus de l'isotrétinoïne?

Troisième partie

Vous faites un suivi mensuel de l'état de Marcus jusqu'à ce qu'il termine son cycle de traitement par l'isotrétinoïne, lequel a grandement diminué son acné. Marcus se demande maintenant ce qu'il peut faire au sujet de son hyperpigmentation postinflammatoire et de ses cicatrices chéloïdes.

Que recommanderiez-vous à Marcus?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. *Définition:* L'acné est une maladie inflammatoire chronique de l'unité pilosébacée. Des comédons ouverts (points noirs) et des comédons fermés (points blancs) sont des lésions non inflammatoires, alors que les papules, les pustules et les nodules sont des lésions inflammatoires [1].

ÉPIDÉMIOLOGIE

2. *Prévalence:* La prévalence de l'acné est estimée à 85 % chez les personnes âgées de 12 à 24 ans.

L'acné peut persister à l'âge adulte et les raisons en sont mal comprises [2]. Les études de populations ont révélé des taux subtantiels d'acné visible chez les adultes dans différents groupes d'âge:

a) de 20 à 29 ans: 64%[3]
b) de 30 à 39 ans: 43%[3]
c) de 40 à 49 ans: 3% (hommes) et 5% (femmes)[4]
d) de 50 à 59 ans: 6% (hommes) et 8% (femmes)[4]

3. *Liens génétiques:* Les gènes liés à l'acné n'ont pas été élucidés, mais l'acné semble avoir une transmission héréditaire élevée, selon la prévalence observée chez les parents de premier degré et les résultats des études sur les jumeaux. Il n'existe pas de données sur l'incidence et la prévalence relatives selon l'origine ethnique, mais l'hyperpigmentation postinflammatoire et les cicatrices chéloïdes sont plus fréquentes chez les personnes ayant une peau plus foncée[1].

PHYSIOPATHOLOGIE

4. La desquamation des kératinocytes tapissant les follicules pileux initie des lésions acnéiques par la formation d'un microcomédon. La production de sébum, qui augmente à la puberté à cause d'une production accrue d'androgène, crée un environnement anaérobique riche en lipides favorisant la colonisation par le *Proprionibacterium acnes*. La prolifération de *P. acnes* s'accompagne d'une production de facteurs inflammatoires et chimiotactiques, causant un afflux de cellules inflammatoires. Le rôle de *P. acnes* dans le développement et la persistance des lésions acnéiques n'a pas encore été élucidé. Les quantités de bactéries sont comparables chez les patients atteints ou non d'acné[1].

DIAGNOSTIC

5. Le diagnostic différentiel de l'acné inclut les conditions suivantes:[5]
   a) *Folliculite bactérienne:* apparition soudaine et distribution variable; propagation des bactéries suite au rasage ou au grattage.
   b) *Hidradenitis suppurativa:* apparition de l'affection sous forme de furoncles douloureux, de comédons ouverts aux deux extrémités (similaires à des points noirs avec deux têtes plus ou moins espacées) et de tractus sinusal.
   c) *Milia:* éruptions cutanées dues à la chaleur, accompagnées de papules, de pustules et de vésicules non folliculaires.
   d) *Dermatite périorale:* papules et pustules sur le menton et les sillons nasolabiaux avec une zone claire autour des lèvres pouvant apparaître spontanément ou être associées à l'utilisation de stéroïdes topiques.
   e) *Pseudofolliculitis barbae:* poils incarnés dans la zone de la barbe des personnes ayant des poils frisés qui se rasent de près.
   f) *Acné rosacée:* télangiectasie et érythème, si chroniques, peuvent présenter des lésions papulaires, mais sans comédons.

6. Les éléments clés de l'anamnèse sont les suivants:[6,7]
   a) Durée de l'acné.
   b) Antécédents familiaux d'acné.
   c) Traitements en vente libre et sur ordonnance déjà essayés pour l'acné: utilisation, durée et raisons de l'arrêt du traitement.
   d) Cosmétiques et produits capillaires utilisés.
   e) Facteurs professionnels et récréatifs qui pourraient aggraver l'acné: occlusion ou pression en raison de l'équipement sportif, de vêtements ajustés ou de l'usage de produits graisseux.
   f) Antécédents médicaux.
   g) Suppléments en vente libre et médicaments pouvant causer de l'acné: danazol, testostérone, contraceptifs à base de progestérone seulement, glucocorticoïdes systémiques (p. ex., prednisone), corticostéroïdes topiques, lithium, dilantin, carbamazépine, isoniazide, vitamines B et autres[8].
   h) Conséquences de l'acné: psychologiques et sur la qualité de vie.
   i) Aggravation de l'inflammation causée par le grattage des boutons
   j) Symptômes de déséquilibre hormonal, incluant l'hyperandrogénie chez les femmes.

7. Les éléments clés de l'examen physique sont les suivants[6,7,9]:
   a) Signes de causes secondaires potentielles de l'acné: hirsutisme, alopécie androgénique, hypertrophie du clitoris, hypertension et obésité.
   b) Distribution de l'acné, plus particulièrement sur le visage, le thorax et le dos.
   c) Type de lésions présent.

   Cette information aide à déterminer la gravité de l'acné, ce qui permet de choisir le traitement approprié et d'écarter aussi les affections d'aspect semblable à l'acné, comme la rosacée et la dermatite périorale.

8. *Étiologie hormonale possible:* Les symptômes suivants suggèrent une étiologie hormonale: menstruations irrégulières, symptômes périménopausiques, poussées d'acné périmenstruelles, infertilité, voix plus grave, croissance pileuse anormale sur le visage, le menton, le thorax ou la région périnéale et perte de cheveux. Des signes révélés à l'examen physique

incluent l'hirsutisme, l'hypertrophie du clitoris et la calvitie (alopécie androgénique). Des analyses de laboratoire sont appropriées chez les patients ayant des signes ou des symptômes de déséquilibre hormonal ou d'un taux excessif d'androgène pour écarter une maladie sous-jacente, telle que le syndrome des ovaires polykystiques, une hyperplasie surrénalienne congénitale, des néoplasmes sécrétant des androgènes ou le syndrome de Cushing. Le bilan sanguin demandé dépend du diagnostic suspecté, mais pourrait inclure une FSC, le dosage du sulfate de déhydroépiandrostérone, de la testostérone sérique (biodisponible), de la 17-hydroxyprogestérone et de l'HbA_{1c}, un bilan lipidique, le test de suppression à la dexaméthasone, et le dosage de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculostimulante (FSH)[6,7,9].

CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

9. *Conséquences psychologiques de l'acné:* Les conséquences de l'acné peuvent être importantes et ne dépendent pas de la gravité de l'atteinte. L'acné peut avoir des effets négatifs sur l'image corporelle, diminuer l'estime de soi et la confiance en soi, et causer l'anxiété, la dépression, des idées suicidaires, des symptômes psychosomatiques, la honte, l'embarras, l'inhibition sociale et le chômage[9,10]. Les répercussions peuvent être plus importantes chez les femmes que chez les hommes[9]. Il est important de poser des questions aux patients au sujet des conséquences psychologiques de l'acné, car les patients ne les aborderont pas spontanément[10].

10. Il existe de nombreux questionnaires portant sur les répercussions psychologiques et sociales spécifiques à l'acné, mais plusieurs demandent du temps et peuvent être difficiles à utiliser de routine dans un contexte de soins primaires[11]. Le questionnaire CADI (Cardiff Acne Disability Index), qui comprend cinq éléments, a été conçu à des fins d'utilisation chez les adolescents et les jeunes adultes (annexe 1). Le score maximal est de 15, les scores plus élevés étant associés à des conséquences plus importantes de l'acné[12]. Des renseignements additionnels sur la grille CADI sont disponibles à l'adresse (multilingue): http://sites.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/cardiff-acne-disability-index-cadi/. Les médecins peuvent choisir d'évaluer les répercussions psychologiques de l'acné chez leurs patients de façon moins formelle, en soulignant que l'acné peut être difficile sur le plan social et psychologique et en posant aux patients quelques questions simples sur les répercussions de l'acné sur leur estime de soi.

Conseil pratique:
Il arrive parfois qu'un adolescent présentant une atteinte importante vous consulte pour une raison non liée à l'acné. Une question sans jugement peut aider vos patients adolescents à s'ouvrir et à exprimer ce qui les préoccupe. Voici quelques exemples:

- Aimeriez-vous avoir des conseils pour les soins de votre peau?
- Voulez-vous que je vous explique les soins de la peau dans les cas d'acné?
- Aimeriez-vous fixer un rendez-vous de suivi pour discuter d'un traitement pour votre peau?

OBSERVANCE ET ÉDUCATION

11. *Observance:* Une analyse systématique d'études contrôlées randomisées portant sur l'observance du traitement contre l'acné a révélé un taux d'observance au traitement oral de 76,3 % et un taux d'observance au traitement topique de 75,8 %[13]. Dans une revue systématique d'études sur l'observance des traitements contre l'acné, les principales raisons du manque d'observance étaient la survenue d'effets secondaires et l'âge précoce d'apparition de l'acné. L'oubli était la troisième raison de la non-observance[13]. Les autres facteurs qui peuvent influencer négativement l'observance incluent la nécessité d'un traitement quotidien pendant une période prolongée[14], le sexe masculin, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'absence de soutien familial ou social, la pauvre qualité de vie et une morbidité psychiatrique[14]. Il est important d'évaluer les patients pour une possible dépression étant donné que la dépression est un facteur modifiable influençant l'observance[15].

12. Une approche générale pour favoriser l'observance est recommandée, notamment[15]:
    a) *Évaluer si le patient est prêt à observer un traitement prolongé:* s'assurer que le patient comprend bien la durée d'utilisation du médicament et la nécessité d'y adhérer pour obtenir une amélioration de son état.
    b) *Fournir du counselling aux patients:* renseigner les patients sur l'importance de l'observance au traitement, l'utilisation appropriée du médicament, les effets secondaires potentiels et autres problèmes possibles.
    c) *Favoriser une bonne alliance thérapeutique:* la participation du patient quant au choix d'une préparation topique peut améliorer l'observance.
    d) *Utiliser des outils d'observance:* un journal d'observance tenu par le patient et le fait d'intégrer l'application du médicament dans

la routine des activités quotidiennes, comme le brossage des dents, peuvent renforcer l'observance.

e) *Prescrire un schéma thérapeutique simple, efficace et bien toléré.*

f) *Utiliser une association de produits contre l'acné à appliquer une fois par jour.*

13. Les stratégies spécifiques pour améliorer l'observance d'un traitement contre l'acné sont:

a) *L'éducation des patients:* Les patients ont souvent des idées fausses concernant l'acné et des attentes thérapeutiques irréalistes[14]. Il est important que les patients comprennent que les traitements peuvent prendre des semaines, voire des mois, avant d'atteindre leur plein effet et que l'acné peut s'aggraver avant de s'améliorer, en particulier dans le cas de certains traitements topiques[10]. Un exemple de feuillet d'information destiné aux patients est inclus dans ce module. Des renseignements exacts non biaisés peuvent être consultés dans les sources d'information suivantes:

- Evans Health Lab (en anglais) à l'adresse: www.evanshealthlab.com: vidéo éducative facile à comprendre sur l'acné et son traitement par étapes.
- Association canadienne de dermatologie à l'adresse: http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2012/01/Adult-Acne2009EN.pdf (document en anglais sur l'acné chez l'adulte) http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2012/01/Teen-Acne2009EN.pdf (document en anglais sur l'acné chez les adolescents).
- American Academy of Family Physicians (en anglais) à l'adresse: http://familydoctor.org/familydoctor/en/diseases-conditions/acne.printerview.all.html.
- Clinique Mayo (en anglais) à l'adresse: http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/acne/basics/definition/con-20020580.

b) *Soutien aux patients:* Les conseils et le soutien donnés aux patients constituent des éléments essentiels d'une stratégie de prise en charge de l'acné et peuvent améliorer l'observance[10]. La diminution de l'acné peut favoriser l'observance thérapeutique, mais le soutien du médecin,

Tableau 1. Trucs pratiques pour la prescription des traitements topiques[16]

Raison de la prescription	Truc pratique
Personnaliser le véhicule topique au type de peau du patient	Peau grasse: solution ou gel. Peau sèche ou sensible: crème, lotion ou gel aqueux.
Réduire au minimum l'irritation causée par les rétinoïdes topiques et le peroxyde de benzoyle	Choisir le produit le moins irritant disponible: l'adapalène est mieux tolérée que les autres rétinoïdes commercialisés[17]. Utiliser des nettoyants sans savon. Commencer avec la concentration la plus faible. Utiliser initialement une posologie d'un jour sur deux et augmenter l'utilisation le soir, au coucher selon la tolérance. Après 4 à 6 semaines, instaurer le traitement à une concentration plus élevée si tolérée. Ajouter un émollient non comédogène pour réduire l'irritation. Éviter l'utilisation du peroxyde de benzoyle à des concentrations > 5 %, qui entraînent plus d'irritation et n'augmentent pas l'efficacité du produit.
Éviter l'antibiorésistance	Prescrire des antibiotiques topiques pendant une courte période (de 8 à 12 semaines) et les utiliser en association avec du peroxyde de benzoyle.
Rappel aux patients	Appliquer le médicament sur toutes les zones atteintes, pas seulement sur les lésions. Utiliser quotidiennement un écran solaire, car de nombreux médicaments contre l'acné sont associés à la photosensibilité (appliquer l'écran solaire au moins 15 minutes après le traitement médicamenteux topique).

par exemple en exerçant un suivi étroit, peut se révéler nécessaire jusqu'à ce qu'une telle amélioration survienne[14].

c) *Schémas thérapeutiques personnalisés:* Des schémas thérapeutiques simples à suivre et personnalisés selon le type et la sensibilité de la peau du patient peuvent minimiser les effets secondaires, augmentant ainsi la probabilité d'un traitement soutenu (Tableau 1).

Conseil pratique: L'évaluation de la réponse thérapeutique peut être facilitée en demandant au patient de prendre une photo («égoportrait») au début du traitement, puis à intervalles réguliers. En évaluant les progrès de cette façon, le patient peut se sentir encouragé à poursuivre son traitement jusqu'à ce qu'il observe une réponse complète.

PRISE EN CHARGE

14. *Hygiène:* L'utilisation de nettoyants antibactériens peut être bénéfique dans les cas d'acné légère, mais un lavage excessif de la peau stimule la production d'huile[10]. En général, des nettoyants sans savon sont mieux tolérés, surtout avec l'utilisation concomitante de traitements topiques contre l'acné.

15. *Approche de la prise en charge:* Il y a peu de lignes directrices relatives à la prise en charge de l'acné fondées sur des données probantes, en raison du manque de données. Les recommandations sur les soins de base de la peau (Feuillet d'information destiné aux patients) peuvent aider dans la prise en charge de l'acné et réduire l'irritation cutanée associée aux traitements topiques. La première étape importante est de déterminer la gravité de l'acné et sa nature inflammatoire ou non inflammatoire (Annexe 2) car cela permet au clinicien de choisir le plan de traitement initial le plus approprié[10]. Les options thérapeutiques possibles sont résumées à l'annexe 3 (médicaments topiques) et à l'annexe 4 (médicaments oraux).

16. *Traitement d'entretien:* Une fois que les lésions inflammatoires sont contrôlées, il faut arrêter les antibiotiques topiques et oraux. Un traitement continu par un rétinoïde topique est recommandé pour prévenir la formation de nouveaux microcomédons. Si le traitement antimicrobien est toujours nécessaire, une association de peroxyde de benzoyle et d'un rétinoïde peut être utilisée[18].

Isotrétinoïne

17. *Posologie de l'isotrétinoïne (Accutane®, Clarus®, Epuris®):* L'isotrétinoïne orale, l'agent le plus efficace contre l'acné sévère, amène une guérison dans environ 85 % des cas, en particulier dans la partie supérieure des doses totales (de 120 à 150 mg/kg pendant 5 à 6 mois)[5,6,10]. Une posologie de départ ≤ 0,5 mg/kg/jour peut minimiser les poussées (annexe 4). Une acné modérée peut répondre à une posologie de 0,3 mg/kg/jour et entraîner moins d'effets indésirables.

18. *Effets indésirables associés à l'isotrétinoïne[5,17,19]:*
    a) Effets secondaires fréquents : sécheresse et irritation de la peau et des membranes muqueuses (chéilite [96 %], érythème/dermatite faciale [55 %], sécheresse du nez [51 %], desquamation [50 %], prurit [30 %], sécheresse de la peau [22 %], conjonctivite [19 %], alopécie [13 %], irritation des yeux [11 %], rash [< 10 %]), inconfort gastro-intestinale (5 %) et céphalées (5 %).
    b) Les effets secondaires graves, mais peu fréquents, sont les suivants: dépression et idées suicidaires (relation causale non établie), dyslipidémie (taux augmenté de cholestérol [7 %], taux diminué de cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (C-LDL) [15 %], taux augmenté de triglycérides [25 %]), pancréatite et hépatite (plusieurs cas signalés), dyscrasies sanguines et hyperostose (rapports occasionnels, principalement aux doses élevées, traitement prolongé). L'isotrétinoïne est hautement tératogène (risque d'anomalies congénitales graves > 25 %).

    Remarque: Les données statistiques sont tirées de la monographie d'Accutane.

19. *Prescription de l'isotrétinoïne et suivi du traitement:* Le consentement du patient doit être obtenu avant le début du traitement, deux méthodes de contraception efficaces (pour les femmes) doivent être utilisées et un suivi mensuel pour surveiller l'apparition d'effets secondaires ou toxiques doit être exercé. Une surveillance est essentielle lors de l'utilisation de l'isotrétinoïne et comprend les tests suivants:
    a) *Tests de grossesse:* deux avant le début du traitement, un tous les mois pendant le traitement et un dernier, un mois après la fin du traitement.
    b) *Bilan lipidique à jeun:* un premier avant le traitement, puis à tous les mois pour établir la réponse lipidique au traitement puis un dernier à la fin du traitement.

c) *FSC et différentielle:* avant le traitement, après un mois et, par la suite, si cliniquement indiqué.
d) *Fonction hépatique:* avant le traitement, après un mois et, par la suite, au moins tous les trois mois, sauf si une surveillance plus fréquente est indiquée sur le plan clinique.
e) *Glycémie:* avant le traitement, après un mois et, par la suite, si cliniquement indiqué.

Des renseignements détaillés, y compris de l'information destinée aux patients sur le mode d'emploi de l'isotrétinoïne, se trouvent dans la monographie du produit. On peut se procurer sur demande au fabricant d'Accutane une trousse contenant des listes de vérification exhaustives pour la surveillance des patients et des formulaires de consentement du patient relatifs à l'utilisation de ce médicament.

Acné chez les femmes adultes

20. *Acné chez les femmes adultes:* L'acné peut persister chez les femmes après l'adolescence (80 % des cas), ou elle peut réapparaître après 25 ans (20 % des cas), auquel cas elle est considérée comme une acné d'apparition tardive. Ces femmes peuvent présenter des poussées d'acné prémenstruelles ou manifester des symptômes récurrents pendant la période de périménopause[20]. L'acné d'apparition tardive peut exiger une investigation spécifique, car elle peut être associée à de l'hyperandrogénisme, due à des modifications du métabolisme ovarien, surrénalien ou androgène, en particulier le syndrome des ovaires polykystiques[7,9]. Le syndrome des ovaires polykystiques ou l'hyperplasie surrénalienne d'apparition tardive peuvent être présents chez 10 % des femmes atteintes d'acné d'apparition tardive[21].

21. *La prise en charge de l'acné chez les femmes adultes:* L'acné qui apparaît chez l'adulte peut se révéler résistante au traitement, en particulier chez les femmes âgées de plus de 25 ans[8,9].
    a) Les agents hormonaux, incluant les contraceptifs oraux à base d'œstrogènes, sont efficaces en traitement de deuxième ligne chez les femmes, en présence ou non d'anomalies hormonales sous-jacentes. Une récente revue de Cochrane incluait une méta-analyse de l'efficacité des contraceptifs oraux combinés dans les cas d'acné comparativement au placebo. Les contraceptifs oraux combinés ont réduit le nombre de lésions (les lésions inflammatoires montrant une amélioration plus importante que les lésions non inflammatoires), diminué la gravité de l'acné et amélioré l'autoévaluation des patients de leur acné. Des données cliniques limitées ont montré que les produits à base d'acétate de chlormadinone ou d'acétate de cyprotérone (Diane-35) produisaient une amélioration plus importante que ceux à base de lévonorgestrel[22]. Diane-35 est indiqué dans le traitement d'acné sévère s'accompagnant de symptômes d'androgénisation après l'échec d'un traitement topique ou d'antibiotiques systémiques; ce traitement doit être arrêté lorsque les signes d'acné ont disparu en raison du risque de formation de thrombus.
    b) Des données probantes limitées appuient l'efficacité de la spironolactone (à raison de 50 à 200 mg/jour). Des associations de médicaments topiques ou des antibiotiques oraux peuvent se révéler plus efficaces que cet agent anti-androgène[19]. Les effets secondaires de la spironolactone incluent la ménorragie, la léthargie, un inconfort gastro-intestinal, l'hyperkaliémie et la tératogénicité, en particulier la féminisation d'un fœtus masculin[21]. Les taux d'électrolytes, d'azote uréique sanguin et de créatinine doivent être mesurés avant le début du traitement, après une semaine et après des augmentations de dose[20].

22. *L'acné pendant la grossesse:*
    a) Certains experts recommandent d'éviter le traitement topique ou systémique pendant le premier trimestre de grossesse si possible. Autrement, il faut utiliser le traitement ayant les meilleures données probantes sur l'innocuité pendant la grossesse. Les agents topiques sur lesquels on dispose de données adéquates sur l'innocuité en cas de grossesse incluent l'acide azélaïque, la métronidazole, l'érythromycine, la clindamycine et l'acide glycolique. Les agents oraux de première ligne lors de la grossesse sont les pénicillines et les céphalosporines. Les agents qui ne doivent pas être utilisés pendant la grossesse comprennent les rétinoïdes topiques, les tétracyclines orales, l'isotrétinoïne, les contraceptifs oraux et la spironolactone[8].
    b) Sur le site Web Motherisk (en anglais seulement) (http://www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content_id=946), il est indiqué que les traitements topiques, à l'exception de l'hydroquinone (forte absorption) et la trétinoïne (absorption controversée), agissent localement et ne sont pas susceptibles d'accroître le risque pour le fœtus.

Acné chez les personnes de couleur

23. *L'acné chez les personnes de couleur:* Le facteur le plus important dont il faut tenir compte dans le choix du traitement est le risque d'hyperpigmentation postinflammatoire chez les patients de couleur. Le traitement doit être agressif, mais non irritant (voir Tableau 1), et un suivi plus rapide est conseillé[23].
    a) *Rétinoïdes topiques:* C'est le traitement de première ligne chez les patients de couleur, car les rétinoïdes topiques traitent à la fois l'acné et l'hyperpigmentation[16,23].
    b) *Acide azélaïque (Finacea®):* Ce choix de médicament topique, très bien toléré chez les patients de couleur, peut également réduire l'hyperpigmentation postinflammatoire; il a des effets bénéfiques dans les cas d'acné inflammatoire légère ou d'acné comédonnienne[6]. Au Canada, l'acide azélaïque est indiqué dans le traitement de l'acné rosacée.
    c) *Autres traitements topiques:* Le peroxyde de benzoyle et les antibiotiques peuvent également être utiles[16].
    d) *Agents oraux:* Il est important d'utiliser plus rapidement des agents oraux pour réduire au minimum le risque d'hyperpigmentation postinflammatoire[16].
    e) *Traitements d'intervention:* L'extraction des comédons, l'injection intralésionnelle de corticostéroïde et la dermabrasion chimique superficielle effectuées par des professionnels qualifiés peuvent constituer des traitements d'appoint utiles[16,23].

24. *Prise en charge de l'hyperpigmentation post-inflammatoire:* La prévention de l'hyperpigmentation postinflammatoire repose sur l'utilisation précoce d'un traitement efficace, le recours à un traitement anti-inflammatoire et l'usage régulier d'un écran solaire. Les traitements efficaces contre cette affection comprennent les rétinoïdes topiques et l'acide azélaïque à la même posologie que celle utilisée dans le traitement de l'acné. La crème d'hydroquinone à 2 % ou à 4 % (Lustra®), produit en vente libre qui doit être appliqué deux fois par jour pendant un maximum de six mois, est une autre option[16]. L'association d'hydroquinone, d'un rétinoïde quotidien et d'un corticostéroïde de puissance modérée (deux fois par jour pendant deux semaines, puis seulement les fins de semaine) peut se révéler plus efficace que l'hydroquinone seule[23]. La dermabrasion chimique (gommage), la microdermabrasion et le traitement au laser sont d'autres traitements possibles[16]. Toutefois, de tels traitements doivent être confiés à des spécialistes, car ils peuvent parfois causer encore plus de troubles pigmentaires.

25. *Traitement des cicatrices chéloïdes:* Un traitement précoce produit de meilleurs résultats et un traitement d'association est souvent utilisé. La triamcinolone en injection intralésionnelle (Kenalog®) toutes les quatre à huit semaines est le traitement de première ligne; à la première injection, les concentrations les plus faibles (10 mg/mL) sont utilisées puis augmentées en fonction de la réponse au traitement. Avant chaque injection, il est important d'évaluer les effets indésirables, tels que l'atrophie, l'hypopigmentation, les stries et les télangiectasies. D'autres options thérapeutiques peuvent être proposées, notamment le traitement par l'interféron, la fluorouracile ou la bléomycine, l'excision chirurgicale, le traitement au laser, la radiothérapie et la cryothérapie, mais sous la supervision d'un spécialiste[24].

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Peu de données probantes existent pour guider l'élaboration de stratégies de prise en charge de l'acné.
- Une prise en charge efficace de l'acné comporte l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé et fondé sur une évaluation de la gravité de l'acné et sur la présence ou l'absence de lésions inflammatoires.
- De l'éducation et du counselling doivent être donnés aux patients et sont essentiels pour améliorer l'observance à un traitement prolongé de l'acné.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Annie, âgée de 16 ans

Bien que le diagnostic le plus vraisemblable chez Annie soit celui de l'acné typique des adolescents, que souhaiteriez-vous savoir d'autre?

Il est important de commencer la prise en charge de l'affection en effectuant une anamnèse détaillée et un examen physique (approprié en fonction de l'histoire médicale) pour s'assurer qu'il n'y pas de causes secondaires de l'acné et déterminer la sévérité et le grade de l'acné (voir la section Renseignements généraux, points 6 et 7). Les signes et les symptômes d'hyperandrogénisme devraient vous inciter à envisager des étiologies hormonales et à demander un bilan sanguin approprié (voir la section Renseignements généraux,

point 8). Les symptômes pertinents comprennent des règles irrégulières, une voix grave, une pilosité anormale sur le visage, le menton, le thorax ou la région périnéale et la perte de cheveux. Les signes cliniques révélés à l'examen physique incluent l'hirsutisme, l'hypertrophie du clitoris et la calvitie (alopécie androgénique). Il est important de savoir si la patiente est sexuellement active, car certains médicaments contre l'acné ne sont pas sécuritaires en cas de grossesse (voir la section Renseignements généraux, point 22). Il est également utile de demander à la patiente les médicaments qu'elle prend, quels qu'ils soient, car certains peuvent causer l'acné, ainsi que tous les produits qu'elle a déjà utilisés ou qu'elle utilise actuellement (voir la section Renseignements généraux, point 6). Enfin, il est pertinent d'évaluer sa détresse psychologique, à l'aide d'un questionnaire ou de façon plus informelle (voir la section Renseignements généraux, points 9, 10; Annexe 1).

L'identification et la documentation des types de lésions (comédons, papules, pustules et nodules), leur distribution (visage, thorax et dos), et la présence ou l'absence de cicatrices et d'hyperpigmentation postinflammatoire déterminent le grade de l'acné et vous permettent d'établir l'approche thérapeutique (voir la section Renseignements généraux, point 15).

Deuxième partie

Quelle serait votre approche de prise en charge/ traitement dans ce cas?

Étant donné qu'Annie est atteinte d'une acné papulopustulaire légère, il est raisonnable de commencer par un traitement topique seulement (Annexes 2, 3). La première étape du traitement est d'éduquer Annie sur l'acné, en dissipant les idées fausses qu'elle pourrait avoir, en discutant du temps de réponse anticipé au traitement (qui est de 8 à 12 semaines pour la plupart des médicaments) et en lui expliquant le potentiel d'aggravation de l'acné avant qu'une amélioration soit visible (voir la section Renseignements généraux, points 12, 13). Prendre le temps nécessaire à cette étape peut aider à améliorer l'observance aux traitements que vous prescrivez (voir la section Renseignements généraux, point 12).

Le traitement topique peut être amorcé par l'administration d'un rétinoïde et de peroxyde de benzoyle, avec l'ajout d'un antibiotique topique, si des pustules inflammatoires additionnelles apparaissent (annexe 3). Comme le traitement antérieur a causé une irritation cutanée sévère, il est important de réduire au minimum les effets secondaires par des stratégies visant à améliorer la tolérabilité, telle que l'amorce d'un traitement par un produit moins puissant et une application moins fréquente (tableau 1), ainsi que l'utilisation d'un nettoyant doux sans savon. Selon le score modéré qu'elle a obtenu au questionnaire CADI et les problèmes d'observance qu'elle a déjà eus, vous pourriez prendre la décision d'un suivi serré (p. ex., dans quatre semaines) afin de vérifier l'observance thérapeutique et d'évaluer son état psychologique (voir la section Renseignements généraux, point 13b).

Troisième partie

Quelles options thérapeutiques envisageriez-vous à ce moment-ci?

D'après l'aspect de sa peau, Annie présente maintenant une acné modérée à sévère (annexe 2). L'ajout d'un antibiotique oral, tel que la doxycycline, au traitement topique est une approche thérapeutique appropriée (annexe 4). Afin de prévenir l'antibiorésistance, il est recommandé que l'antibiothérapie orale soit limitée à un cycle de deux à quatre mois suivi d'un traitement topique d'entretien (annexe 4). Si elle est maintenant active sexuellement, il est important de vérifier si elle utilise des contraceptifs, car certains antibiotiques oraux ont des effets potentiellement tératogènes (voir la section Renseignements généraux, point 22). Un contraceptif oral destiné à la fois au traitement contre l'acné et à la contraception constitue une autre option (annexe 4). Une réévaluation des répercussions psychologiques de son acné est nécessaire pour déterminer si la patiente a besoin d'un autre traitement pour l'aider à composer avec son état (voir la section Renseignements généraux, point 10).

Cas numéro 2: Mélissa, âgée de 48 ans

Que voudriez-vous savoir d'autre avant d'amorcer le traitement?

Il est important au cours de l'anamnèse de repérer les signes et les symptômes cliniques de déséquilibre hormonal et d'exposition possible à la testostérone, comme dans le cas d'un partenaire utilisant un traitement topique, et de lui demander si elle a des symptômes liés à la ménopause (voir la section Renseignements généraux, point 6). En présence de signes et symptômes additionnels évoquant une étiologie hormonale, il faudrait alors demander un bilan sanguin approprié (voir la section Renseignements généraux, point 8). Il serait également utile de lui demander les traitements topiques sur ordonnance et en vente libre qu'elle a essayés ou qu'elle prend actuellement et les résultats obtenus (voir la section Renseignements généraux, point 6). D'autres

causes possibles de lésions qui ressemblent à l'acné, comme la rosacée et la dermatite périorale, devraient aussi être envisagées (voir la section Renseignements généraux, point 5). Un examen physique approfondi est essentiel (voir la section Renseignements généraux, point 7).

Deuxième partie

Quel traitement recommanderiez-vous?

Selon la distribution et le type de lésions, Mélissa présente une acné modérée à sévère (annexe 2). La présence d'une détresse psychologique significative associée à l'acné devrait aussi peser dans la décision d'amorcer un traitement oral (voir la section Renseignements généraux, point 9, annexe 4). Un antibiotique, tel doxycycline, serait approprié en association avec un traitement topique incluant du peroxyde de benzoyle et un rétinoïde (annexe 2). Un contraceptif oral est une autre option (voir la section Renseignements généraux, point 21), si elle ne présente aucune contre-indication (annexe 4).

Quel serait votre plan de suivi pour Mélissa?

Un suivi dans deux mois serait indiqué pour déterminer sa réponse au traitement (annexe 4). Un suivi plus rapide serait approprié si vous êtes préoccupé par sa santé mentale (voir la section Renseignements généraux, point 13). Si elle répond bien à l'antibiothérapie par voie orale, vous pourriez alors envisager l'arrêt du traitement après environ quatre mois pour aider à prévenir le développement d'une antibiorésistance, tout en continuant le traitement topique d'entretien (annexe 4).

Cas numéro 3: Marcus, âgé de 16 ans

Quelle serait votre approche thérapeutique chez ce patient?

Bien qu'il ne présente qu'une acné papulopustulaire modérée, la présence d'une hyperpigmentation postinflammatoire et de cicatrices dicte une approche agressive au traitement, en commençant par l'administration d'un antibiotique oral de première ligne associé à un traitement topique afin de prévenir d'autres lésions cutanées permanentes (voir la section Renseignements généraux, point 23). Un rétinoïde topique et un antibiotique oral administrés pendant quatre mois constituent un choix approprié dans ce cas (annexe 4). Le peroxyde de benzoyle ou l'acide azélaïque pourrait également être ajouté. Étant donné que les personnes de couleur sont prédisposées aux cicatrices et à l'hyperpigmentation postinflammatoire, il est particulièrement important de réduire au minimum toute irritation associée au traitement topique (tableau 1). Comme Marcus présente déjà des cicatrices causées par l'acné, vous pourriez également lui donner de l'information sur l'isotrétinoïne orale qui pourrait être la prochaine option si l'antibiotique oral se révèle inefficace (voir la section Renseignements généraux, point 17–19). Un suivi rapide est important pour évaluer et ajuster le plan de traitement afin de minimiser la formation de cicatrices additionnelles (voir la section Renseignements généraux, point 23).

Deuxième partie

Comment amorceriez-vous le traitement et surveilleriez-vous l'utilisation que fait Marcus de l'isotrétinoïne?

Il est essentiel d'éduquer Marcus au sujet de l'isotrétinoïne et de ses effets secondaires ou toxiques potentiels, incluant les effets secondaires gastro-intestinaux, les problèmes musculosquelettiques, les troubles oculaires et la dépression (voir la section Renseignements généraux, point 18). Un bilan sanguin spécifique est nécessaire pour surveiller le traitement par l'isotrétinoïne (voir la section Renseignements généraux, point 19). Marcus doit également accepter de se soumettre à un suivi mensuel pour surveiller l'apparition des effets secondaires ou toxiques, incluant la dépression (voir la section Renseignements généraux, point 19).

> **Truc pratique:** Selon le temps d'attente pour obtenir une consultation en dermatologie, vous pourriez demander dès maintenant une consultation chez un dermatologue afin de discuter de la prise en charge de l'hyperpigmentation postinflammatoire et des cicatrices chéloïdes.

Troisième partie

Que recommanderiez-vous à Marcus?

Vous expliquez à Marcus qu'il existe divers traitements pour prendre en charge ces problèmes. Pour traiter les lésions chéloïdes, une injection intralésionnelle de triamcinolone pourrait être administrée au bureau (voir la section Renseignements généraux, point 24). Les options de traitement topique efficaces contre l'hyperpigmentation postinflammatoire comprennent les crèmes à base de rétinoïde, l'acide azélaïque, la crème d'hydroquinone à 2 % ou à 4 %, qu'on peut se procurer en vente libre, et l'acide glycolique (voir la section Renseignements généraux, point 24). L'utilisation d'un écran solaire est importante pour prévenir l'apparition d'autres hyperpigmentations (voir la section

Renseignements généraux, point 24). Des approches plus invasives pour traiter les cicatrices et l'hyperpigmentation postinflammatoire, notamment la microdermabrasion, l'utilisation d'agents de remplissage, la dermabrasion chimique et le traitement de surface au laser, devraient faire l'objet de discussion avec un dermatologue, car ces méthodes risquent d'entraîner plus de perturbations pigmentaires. La consultation d'un dermatologue peut aider à déterminer la meilleure façon de prendre en charge les cicatrices chéloïdes et l'hyperpigmentation postinflammatoire.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique: **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteur: **Dre Eleanor Colledge, CCFP**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Réviseurs: **Dre Christine Rivet, CM, CCFP(E.M.), MCISc, FCFP, DPD (DERM)**
Family Physician with special interest in Skin Conditions
University of Ottawa
Ottawa, Ontario

Dr Ronald Vender, FRCPC
Director, Dermatrials Research Inc
Dermatologist
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale en chef: **Dre Barbara Bell, CCFP, FCFP, DPD (DERM)**
Médecin de famille
Guysborough, Nouvelle-Écosse

Rédactrice médicale: **Joanna Gorski, BSc (Hons), BEd, DVM**
Niagara-on-the-Lake, Ontario

Traduction: **Biograph**

Coordonnateur, Développement des modules: **Brian Thode, BA, MA**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction de La Fondation tient à remercier Edward Kucharski (Toronto, Ontario), Sharon Northorp (Moncton, Nouveau-Brunswick) et Tara Mogentale (Victoria, Colombie-Britannique) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, La Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Shelia McGray (Newport, Nouvelle-Écosse) et Natalie Ward (Calgary, Alberta) qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation de conflits d'intérêts

Eleanor Colledge, Christine Rivet, Barbara Bell et Joanna Gorski n'en ont déclaré aucun.

Ronald Vender a rémunéré comme conférencier par CIPHER, VALEANT et GALDERMA. Il a aussi été payé par CIPHER, VALEANT et GALDERMA pour développer des programmes de formation. Ronald Vender a reçu des subventions de recherche de CIPHER et GALDERMA.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en janvier 2016.

Ce module et ses annexes sont disponibles en ligne à l'adresse: https://members.fmpe.org/

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau	Type de preuves
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts. • Rapports de cas individuel ou de séries de cas.

Sources:

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

1. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatol.* 2013;168:474-85. PM: 23210645
2. White GM. Recent findings in the epidemiologic evidence, classification, and subtypes of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:S34-7. PM: 9703121
3. Schafer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol.* 2001;145:100-4. PM: 11453915
4. Cunliffe WJ, Gould DJ. Prevalence of facial acne vulgaris in late adolescence and in adults. *Br Med J.* 1979;1:1109-10. PM: 1598727
5. Titus S, Hodge J. Diagnosis and treatment of acne. *Am Fam Physician.* 2012;86:734-40. PM: 23062156
6. Basak SA, Zaenglein AL. Acne and its management. *Pediatr Rev.* 2013;34:479-97. PM: 24187141
7. Ramos-e-Silva M, Carneiro SC. Acne vulgaris: review and guidelines. *Dermatol Nurs.* 2009;21:63-8; quiz 9. PM: 19507372
8. Kamangar F, Shinkai K. Acne in the adult female patient: a practical approach. *Int J Dermatol.* 2012;51:1162-74. PM: 22994662
9. Ramos ESM, Ramos ESS, Carneiro S. Acne in women. *Br J Dermatol.* 2015. PM: 25597414
10. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet.* 2012;379:361-72. PM: 21880356
11. Tan J. Current Measures for the Evaluation of Acne Severity. *Expert Rev Dermatol.* 2008;3:9. PM:
12. Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:1-3. PM: 1424249
13. Snyder S, Crandell I, Davis SA, Feldman SR. Medical adherence to acne therapy: a systematic review. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:87-94. PM: 24481999
14. Thiboutot D, Dreno B, Layton A. Acne counseling to improve adherence. *Cutis.* 2008;81:81-6. PM: 18306854
15. Koo J. How do you foster medication adherence for better acne vulgaris management? *Skinmed.* 2003;2:229-33. PM: 14673276
16. Shah SK, Alexis AF. Acne in skin of color: practical approaches to treatment. *J Dermatolog Treat.* 2010;21:206-11. PM: 20132053
17. Tripathi SV, Gustafson CJ, Huang KE, Feldman SR. Side effects of common acne treatments. *Expert Opin Drug Saf.* 2013;12:39-51. PM: 23163336
18. Ramanathan S, Hebert AA. Management of acne vulgaris. *J Pediatr Health Care.* 2011;25:332-7. PM: 21867863
19. Kraft J, Freiman A. Management of acne. *Canadian Medical Association Journal.* 2011;183:E430-E5. PM: WOS:000289428200024

20. Howard DM. Adult acne: overview and case study. *Nurse Pract.* 2014;39:12-5. PM: 25036245

21. Kim GK, Michaels BB. Post-adolescent acne in women: more common and more clinical considerations. *J Drugs Dermatol.* 2012;11:708-13. PM: 22648217

22. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD004425. PM: 22786490

23. Yin NC, McMichael AJ. Acne in patients with skin of color: practical management. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:7-16. PM: 24190453

24. Kundu RV, Patterson S. Dermatologic conditions in skin of color: part II. Disorders occurring predominately in skin of color. *Am Fam Physician.* 2013;87:859-65. PM: 23939568

ANNEXE 1. Questionnaire CADI (Cardiff Acne Disability Index)

1. Au cours du dernier mois, à cause de vos boutons d'acné, avez-vous été agressif, frustré ou embarrassé?		a) Considérablement b) Beaucoup c) Un peu d) Pas du tout
2. Au cours du dernier mois, pensez-vous que vos boutons d'acné aient affecté votre vie quotidienne, vos soirées, ou vos relations avec votre ami(e)?		a) Considérablement, dans toutes mes activités b) Modérément, dans la plupart de mes activités c) Occasionnellement ou seulement dans certaines activités d) Pas du tout
3. Au cours du dernier mois, avez-vous évité les vestiaires publics ou le port de maillot de bain à cause de vos boutons d'acné?		(a) Tout le temps (b) La plupart du temps (c) Occasionellement (d) Pas du tout
4. Au cours du dernier mois, quel sentiment vous inspire votre peau?		(a) Sentiment d'angoisse (b) Sentiment d'inquiétude permanent (c) Sentiment d'inquiétude occasionnel (d) Aucune inquiétude
5. Pouvez-vous indiquer comment vous percevez votre acné aujourd'hui?		(a) Un problème catastrophique (b) Un problème majeur (c) Un problème mineur (d) Pas un problème

© Cardiff Acne Disability Index. RJ Motley, AY Finlay 1992

Attribuez le score suivant à chaque réponse:
(a) 3
(b) 2
(c) 1
(d) 0

Le score CADI est calculé en additionnant le score de chaque question; le score maximal possible est de 15, le score minimal de 0. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est diminuée.

ANNEXE 2. Prise en charge initiale de l'acné

Sévérité de l'acné	Distribution et cicatrices	Options thérapeutiques	
		Première ligne	**Deuxième ligne**
Légère ***Comédonienne:*** De quelques à plusieurs comédons	Acné sans cicatrices, moins d'un quart du visage atteint	Rétinoïde topique	Autre rétinoïde topique Nettoyant à base d'acide salicylique
Papulo-pustulaire: Quelques papules dispersées		Rétinoïde topique Antimicrobien topique: peroxyde de benzoyle, clindamycine, érythromycine Association de produits	Autre rétinoïde topique + autre antimicrobien topique
Modérée ***Papulo-pustulaire:*** Plusieurs papules et pustules avec un nombre variable de comédons	Acné touchant environ la moitié du visage, peu de cicatrices et atteinte du thorax et du dos	Antibiotiques oraux: tétracyclines, érythromycine (possibilité accrue d'antibiorésistance) Rétinoïde topique avec ou sans peroxyde de benzoyle Contraceptifs oraux	Autre antibiotique oral Autre rétinoïde topique Peroxyde de benzoyle
Nodulaire: Quelques nodules		Antibiotiques oraux Rétinoïde topique avec ou sans peroxyde de benzoyle	Isotrétinoïne orale Autre antibiotique oral Autre rétinoïde topique Peroxyde de benzoyle
Sévère Papules, pustules et nodules nombreux avec un nombre variable de comédons, de tractus sinusal et(ou) kystes	Acné sur l'ensemble du visage, le dos et(ou) le torse, cicatrices modérées à sévères, hypertrophiées et(ou) profondes, probablement accompagnée d'écoulement, de douleur et de lésions hémorragiques	Isotrétinoïne orale	Antibiotique oral à forte dose Rétinoïde topique (aussi en entretien) Peroxyde de benzoyle

*Chez la femme adulte, il est aussi possible d'utiliser des contraceptifs oraux ou des anti-androgènes.

Sources: Basak SA, Zaenglein AL. Acne and its management. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics.* 2013;34:479-97; Laubscher T, Regier L, Jin M, Jensen B. Taking the stress out of acne management. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 2009;55:266-9

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Sommaire des traitements topiques contre l'acné

Agent	Sévérité de l'acné	Réponse	Commentaires	Posologie	Coût (emballage)
Peroxyde de benzoyle sol. aqueuse 2,5 %, 4 %, 5 % (en vente libre), 8 %, 10 % (avec prescription)*	Monothérapie: acné légère-modérée En association: acné modérée-sévère	2–4 semaines: aggravation possible 8–12 semaines pour une amélioration notable	Bactéricide, kératolytique Éviter les concentrations > 5 % (plus irritantes sans être plus efficaces) Aide à prévenir l'antibio-résistance. Peut décolorer les cheveux et les vêtements	Effet irritant possible (voir Renseignements généraux, point 16) Commencer par 2,5 %, passer à 5 % si inefficace Dose optimale: appliquer sur la zone atteinte au coucher ou bid	Vente libre: 10–15 $ Sous prescription: 15–25 $
Rétinoïdes Trétinoïde: 0,01 %, 0,025 %, 0,04 %, 0,05 % Adapalène: crème ou gel à 0,1 %, gel à 0,3 % Tazarotène: crème ou gel à 0,05 %, 0,1 %	Acné comédonienne légère-modérée	2–4 semaines: aggravation possible ~12 semaines pour une réponse maximale	Inhibe la formation de comédons, en favorise le drainage, diminue l'inflammation et l'hyperkératinisation (utile si HPI) Adapalène: le moins irritant. Application concomitante d'un écran solaire. Agent privilégié pour un traitement d'entretien et HPI	Irritation et sécheresse culminant à 2 semaines (voir Renseignements généraux, point 16) Dose thérapeutique optimale: fine couche appliquée au coucher sur une peau lavée Utiliser moins souvent en traitement d'entretien	Trétinoïne: 19 $, 24 $ Adapalène: 87 $ Tazarotène: 55 $
Acide azélaïque, crème à 20 %	Acné comédonienne inflammatoire légère	Quatre semaines	Normalise la kératinisation, inhibe la croissance bactérienne, réduit l'HPI	Une ou deux fois par jour, très bien toléré	100 $ (50 g)
Dapsone, gel à 5 %	Acné inflammatoire et non inflammatoire légère-modérée	Évaluer à 12 semaines	Peut être plus efficace chez les femmes Option pour les patients ayant une peau sensible et ne tolérant pas d'autres agents topiques	Application bid Peut causer érythème et sécheresse Peut entraîner une décoloration jaune-orange de la peau si associé au peroxyde de benzoyle (petit nombre de patients)	257 $ (30 g)
Antibiotiques Clindamycine, solution à 1 %	Acné inflammatoire légère-modérée	8–12 semaines pour une amélioration notable	Bactéricide Utiliser avec le peroxyde de benzoyle pour prévenir l'antibiorésistance Plus efficace en association avec le peroxyde de benzoyle ou un rétinoïde	Utilisation bid Interrompre lorsque l'inflammation diminue	Clindamycine: 26 $, 58 $
Associations Benzamycin (PB à 5% + ÉRY)[1], BenzaClin (PB à 5 % + CLI à 1 %, gel)[2], Clindoxyl (PB à 5 % + CLI à 1 %, gel)[2], Stievamycin (TRÉ+ÉRY)[3], Biacna (CLI + TRÉ)[4] Tactupump, Clindoxyl ADV	Acné inflammatoire légère-modérée pour un traitement plus intensif	2–4 semaines pour noter une amélioration 8–10 semaines pour un résultat maximal	Commodité d'un produit d'association	Revenir au rétinoïde ou au peroxyde de benzoyle lorsque l'inflammation diminue Stievamycin, Biacna: au coucher Benzamycin, BenzaClin, Clindoxyl: au coucher ou bid	Benzamycin 67 $ BenzaClin 60 $ Clindoxyl 55 $ Stievamycin 37 $ Biacna 84 $

HPI: hyperpigmentation postinflammatoire; PB: peroxyde de benzoyle; ÉRY: érythromycine; CLI: clindamycine; TRÉ: trétinoïde

*Il existe d'autres préparations et produits, incluant des savons et nettoyants

[1]Peroxyde de benzoyle à 5 %, érythromycine, gel à 3 %; [2]Peroxyde de benzoyle à 5 %, clindamycine, gel à 1 %; [3]Trétinoïne (0,01 % légère, 0,025 % régulière, et 0,05 % forte), érythromycine, gel à 4 %; [4]Trétinoïne à 0,025 %, clindamycine à 1 %

Source: Acne pharmacotherapy: Comparison chart. RxFiles. Available at http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/members/cht-acne.pdf. Accessed January 29, 2016. Laubscher T, Regier L, Jin M, Jensen B. Taking the stress out of acne management. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 2009;55:266-9. Basak SA, Zaenglein AL. Acne and its management. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics.* 2013;34:479-97. Radley K, Tucker R. Dapsone in the Management of Acne Vulgaris J Derm Nurs Assoc. 2013;5(6):316–9. Tanghetti E, Dhawan S, Green L, et al. Clinical evidence for the role of a topical anti-inflammatory agent in comedonal acne: findings from a randomized study of dapsone gel 5% in combination with tazarotene cream 0.1% in patients with acne vulgaris. J Drugs Dermatol. 2011;10(7):783-92.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue.org

ANNEXE 4. Sommaire des traitements oraux contre l'acné

Agent	Sévérité de l'acné	Réponse	Commentaire	Posologie	Coût (90 jours)
Antibiotiques Tétracycline à 250 mg (capsules) Doxycycline à 100 mg (capsules/comprimés) Minocycline à 50, à 100 mg (capsules) Érythromycine à 250, à 333 et à 500 mg	Acné modérée-sévère en cas d'échec des agents topiques Acné modérée si tendance aux cicatrices ou à l'HPI	8–12 semaines pour une réponse maximale Traitement intermittent pendant 2–4 mois	Administrer en concomitance avec du peroxyde de benzoyle pour réduire l'antibiorésistance Administrer par la suite une association topique rétinoïde+peroxyde de benzoyle Doxycycline: bien tolérée Minocycline: associée à un risque d'effets secondaires graves*	Tétracycline : 500 mg bid, puis 250–500 mg par jour si en traitement d'entretien Doxycycline: 100 mg par jour Minocycline: 100 mg par jour, puis 50 mg par jour si en traitement d'entretien Érythromycine: 500 mg bid, puis 250–500 mg par jour si en traitement d'entretien	Tétracycline 18–36 $ Doxycycline 68 $ Minocycline 40–69 $ Érythromycine 28–82 $
Contraceptifs oraux combinés Tri-Cyclen, Alesse, Aviane, Yasmin Diane-35/Cyestra-35: indication pour l'acné seulement	En première ligne si administré aussi pour la contraception Acné modérée-sévère + séborrhée ± hirsutisme ± alopécie androgénique ± acné d'apparition tardive	3–6 mois pour une réponse optimale	Effet antiandrogène Prudence en présence de risque de thrombose, de tabagisme, de migraine avec aura Récurrence fréquente lorsque le traitement est interrompu Les contraceptifs contenant un progestatif seulement peuvent aggraver l'acné	Tous les jours pendant 21 jours, puis 7 jours sans prise du médicament par cycle	Tri-Cyclen 71 $ Alesse, Aviane 59 $, 42 $ Yasmin 50 $ Diane-35 109 $ Cyestra-35 92 $
Spironolactone à 25 et à 100 mg (comprimés)	Acné d'apparition tardive, en cas d'échec des autres traitements	2–3 mois pour une réponse maximale	Surveillance: électrolytes (potassium) et fonction rénale	50 ou 100 mg par jour	31–34 $
Isotrétinoïne à 10 et à 40 mg (capsules)	Acné nodulokystique sévère, cicatrices, échec des antibiotiques oraux et(ou) des contraceptifs oraux	Poussées pendant les deux premiers mois (6 %) 2–3 mois pour une réponse optimale 3–4 mois pour une suppression complète	Plus efficace pour l'acné inflammatoire modérée à sévère Voir Renseignements généraux, points 18 et 19 pour les effets indésirables, la surveillance et les exigences en matière de contraception Tératogène	Quantité limitée à un mois de traitement + surveillance mensuelle Dose cumulative optimale 120–150 mg/kg 0,5 mg/kg en doses quotidiennes fractionnées; bid pendant 4 semaines; puis 1 mg/kg/jour pendant 3–7 mois	469 $/5 mois (capsules à 40 mg) 890 $/5 mois (capsules à 10 mg)

HPI : hyperpigmentation postinflammatoire

*Photosensibilité et rares cas d'hépatite auto-immune, de syndrome de type lupus et de décoloration grise de la sclère et des muqueuses

Source: Acne pharmacotherapy: Comparison chart. RxFiles. Disponible à: http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/members/cht-acne.pdf. Accessed January 29, 2016. . Consulté le 2 mars 2015. Laubscher T, Regier L, Jin M, Jensen B. Taking the stress out of acne management. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 2009;55:266-9. Basak SA, Zaenglein AL. Acne and its management. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics.* 2013;34:479-97.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
Février 2016

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS: vous pouvez copier cette page.

ACNÉ

Qu'est-ce qui cause l'acné?
L'acné est une maladie de peau très répandue à la fois chez les adolescents et chez les adultes. Lorsque la production de sébum (huile) par de petites glandes (sébacées) situées principalement sur le visage et le cuir chevelu augmente en raison de changements hormonaux, les glandes peuvent devenir obstruées, enflammées ou infectées. C'est alors que peuvent apparaître des points noirs (comédons ouverts), des têtes blanches (comédons fermés), des boutons ou des kystes.

Qu'est-ce qui ne cause pas l'acné?
L'acné n'est **pas** causée par l'alimentation, une mauvaise hygiène ou une infection contractée par le contact avec une personne souffrant d'acné. Même si une bactérie peut infecter les glandes sébacées obstruées, la bactérie elle-même ne cause pas l'acné, et l'acné n'est pas contagieuse.

Qu'est-ce qui peut aggraver l'acné?
- Les produits pour les cheveux ou la peau comme les hydratants et le fond de teint, qui obstruent les pores de peau.
- La transpiration peut aggraver l'acné chez certaines personnes.
- La pression exercée par des vêtements serrés, par exemple une bretelle de soutien-gorge ou une mentonnière, et des contacts fréquents avec les mains, par exemple lorsque votre visage repose entre vos mains, peuvent aggraver l'acné aux points de contact.
- Un lavage excessif de la peau (plus de deux fois par jour) ou l'utilisation d'exfoliant, de nettoyant irritant ou de lotion tonique contenant de l'alcool.
- Certains médicaments, notamment les corticostéroïdes oraux, les contraceptifs oraux ne contenant que de la progestérone, et les anticonvulsivants. Informez-vous auprès de votre fournisseur de soins de santé de l'effet de tout médicament que vous prenez.
- Cycles menstruels: certaines femmes et jeunes filles constatent que l'acné empire avant leurs menstruations.
- Gratter, presser ou faire éclater les boutons peut aggraver l'acné, répandre l'infection et laisser des cicatrices.
- L'exposition au soleil et l'utilisation de lits de bronzage.
- Le stress peut avoir un effet sur les hormones et aggraver indirectement l'acné.

Que puis-je faire pour atténuer l'acné?
- Vous laver le visage une fois (deux fois pas plus) par jour avec un nettoyant doux ou sans savon.
- Lavez les pinceaux de maquillage avec du savon antimicrobien pour éliminer les bactéries.
- Lavez souvent les taies d'oreiller et les draps pour enlever les traces d'huile laissées par votre peau.
- Au moins une fois par semaine, donnez une pause de maquillage à votre peau.
- Utilisez uniquement des produits pour la peau non comédogènes et du maquillage non gras, car ces produits ne favorisent pas l'obstruction des pores. Ils sont généralement identifiés comme étant «non comédogènes».
- Rasez-vous délicatement (un seul passage du rasoir) dans le sens de la pousse du poil.

Que dois-je savoir à propos de mon traitement contre l'acné?
- Renseignez-vous sur l'acné pour pouvoir discuter de votre traitement avec votre médecin.
- Il existe de nombreuses options de traitement contre l'acné.
- Le traitement suit une démarche par étapes qui commence habituellement par des traitements locaux (crèmes, gels ou lotions).
- Il est possible que l'acné s'aggrave temporairement avant de s'améliorer; de six à huit semaines sont parfois nécessaires avant d'obtenir tous les bienfaits de certains traitements contre l'acné.
- Suivez bien les instructions fournies avec le produit afin de réduire au minimum l'irritation cutanée pouvant être causée par les traitements locaux.
- Pour les traitements locaux, appliquez une *fine* couche du médicament sur toute la zone atteinte, pas uniquement sur les boutons.
- Si vous vous maquillez, appliquez d'abord votre médicament contre l'acné et laissez-le sécher avant d'appliquer le maquillage. Utilisez un écran solaire car les médicaments contre l'acné peuvent augmenter la sensibilité au soleil.
- Continuez votre traitement même si l'acné diminue afin de prévenir de nouvelles poussées.
- Si le médicament contre l'acné assèche votre peau, utilisez un hydratant que votre médecin vous aura prescrit ou recommandé.

Sources: Basak SA, Zaenglein AL. Acne and its management. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics.* 2013;34:479-97. Teen Acne. Canadian Dermatology Association. Disponible à: http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2012/01/Teen-Acne2009EN.pdf.