

REVUES GÉNÉRALES

Rosacée

Quel traitement pour le rhinophyma ?

RÉSUMÉ : Affection de l'homme, le rhinophyma est une déformation nasale progressive caractérisée par un épaississement du derme, des orifices folliculaires béants et une augmentation du volume des glandes sébacées qui semblent enserrées par une fibrose.

Survenant *de novo* ou stade ultime de la rosacée, son traitement est chirurgical. Appelé décortication, il consiste à retirer de façon harmonieuse les tissus hypertrophiés et à laisser cicatriser par cicatrisation dirigée.

Pour ce faire, les instruments les plus utilisés restent la lame froide et le laser CO₂.

La radiofréquence donne des résultats très satisfaisants.



→ V. BLATIÈRE

Service de Dermatologie, CHU,
MONTPELLIER.

Le rhinophyma est une déformation nasale progressive caractérisée par un épaississement du derme, des orifices folliculaires béants et une augmentation du volume des glandes sébacées qui semblent enserrées par une fibrose.

Dans la majorité des cas, le rhinophyma est associé à des signes de rosacée dont il serait le stade ultime : télangiectasies, érythème de fond et papulo-pustules [1]. Le rhinophyma peut toutefois survenir *de novo* [2, 3]. L'affection peut atteindre tout le nez, mais elle est classiquement localisée aux deux tiers inférieurs de la pyramide nasale. D'autres localisations sont parfois atteintes : le menton (gnathophyma), le front (métophyma), les oreilles (otophyma) et les paupières (blépharophyma) [4].

Pathogénie

Apparaissant entre 45 et 60 ans, c'est une affection de l'homme de race caucasienne. Le ratio homme/femme varie de 5 à 30:1, alors que la rosacée a une prédominance féminine. Longtemps considéré comme le stigmate d'un alcoo-

lisme chronique – avec des appellations diverses telles que “nez à whisky”, “nez à rhum” ou encore, dans le Midi, “nasole rubicond” – son origine demeure inconnue. Déficit vitaminique, stress, influence hormonale androgénique ou rôle favorisant d'une infection chronique à *Demodex folliculorum*, diverses hypothèses étiopathogéniques ont été avancées.

Pour Cribier [1], bien que l'origine du rhinophyma reste une énigme, il est désormais établi qu'il existe une augmentation du TGF-β (particulièrement du TGF-β1 qui est fibrogénique, mais pas du TGF-β3 qui est antifibrosant). L'inflammation pourrait stimuler la croissance des fibroblastes [1]. Il en résulte une hypertrophie et la formation de papulo-nodules, d'excroissances, voire de pseudo-tumeurs de la pyramide nasale.

Clinique

Dans les formes débutantes ou féminines, l'affection est limitée à un simple épaississement cutané. Celui-ci s'accroît progressivement jusqu'à devenir très

SORIATANE[®] 10 mg 25 mg gélules

a c i t r é t i n e

Faire peau neuve



NOUVELLES MODALITÉS DE PRESCRIPTION DE SORIATANE[®] (acitrétine) :

- prescription initiale annuelle réservée aux dermatologues ;
- renouvellement de la prescription par tout médecin dans la limite d'un an au terme duquel une nouvelle prescription par un dermatologue est requise.

Forme sévère de psoriasis en monothérapie ou associé à la puvathérapie.

Dermatoses liées à des troubles sévères de la kératinisation (telle que les ichtyoses graves, certaines kératodermies palmoplantaires, la maladie de Darier...).

Formes sévères de lichen-plan en cas d'échec des thérapeutiques habituelles.

Dans les formes sévères de psoriasis, SORIATANE[®] est un traitement par voie générale de 2^e intention, le méthotrexate restant le traitement de référence. Pour les dermatoses liées à des troubles sévères de la kératinisation, SORIATANE[®] est un traitement de 1^{re} intention en cas d'échec du traitement topique seul basé sur l'utilisation quotidienne des émollients.⁽¹⁾

Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
Pour les femmes en âge de procréer, voir le Programme de Prévention de la Grossesse.



Mentions légales disponibles à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique.medicament.gouv.fr>

(1) Avis de la commission de transparence du 15 octobre 2014.



L'engagement Rétinoïdes

Arrow génériques - 26 avenue Tony Garnier - 69007 Lyon - SAS au capital de 36 945 840,47 € - RCS Lyon 433 944 485

REVUES GÉNÉRALES

Rosacée



FIG. 1: Forme tumorale de rhinophyma.



FIG. 2: Carcinome basocellulaire associé au rhinophyma.

important, avec la formation de petits lobules, puis de fissures au sein des lobules plus gros, pour atteindre ensuite la forme tumorale du rhinophyma géant (fig. 1). Wetzig *et al.* [3] proposent un index de sévérité du rhinophyma (tableau I).

Il existe un retentissement du rhinophyma à la fois esthétique et fonctionnel respiratoire. La déformation nasale associée à l'allégation éthylique a une répercussion sur l'estime de soi et la qualité de vie. Le caractère "bougon et renfrogné", le repli sur soi-même sont souvent dus à la gêne, voire à la honte d'affronter le regard de l'autre, le patient préférant baisser les yeux. Le poids de l'hyperplasie cutanée entraîne parfois un retentissement mécanique d'obstruction des voies aériennes supérieures. Enfin, au sein de cette déformation, certains carcinomes cutanés peuvent être associés dans 15 à 30 % des cas (fig. 2) [5].

Traitements

Aucun traitement médical ne permet de freiner la progression ni d'obtenir la régression d'un rhinophyma existant. La chirurgie au sens large est la seule solution thérapeutique. Elle a pour but de sculpter la pyramide nasale déformée par l'affection pour lui redonner un aspect harmonieux. Un grand nombre de techniques excisionnelles sont possibles et ont été décrites. La décortication du rhinophyma consiste à retirer le tissu hypertrophié, elle peut s'effectuer à l'aide de différents instruments :

- à la lame froide, que ce soit au scalpel classique avec une lame de 15, avec une hémilame type Dermablade® ou au rasoir [6] ;
- au bistouri électrique classique, que ce soit avec des lames ou des électrodes en forme d'anse. Plus récemment sont apparus des appareils utilisant la radiofréquence [7] ;

– plusieurs lasers ablatifs peuvent être utilisés : dioxyde de carbone [8] Nd:YAG, Erbium:YAG [9], combiné Erbium:YAG/dioxyde de carbone et 1450-nm diode laser. Le laser CO₂ permet un effet ablatif, une photocoagulation et a une action thermique source de cicatrices. Le laser Erbium est purement ablatif. Pour certains, le "gold standard" serait l'association Erbium + CO₂ [10]. À défaut, Cravo *et al.* proposent l'association laser CO₂ + électrocoagulation bipolaire, l'hémostasie étant supérieure [11] ;

– la dermabrasion seule permet de retirer le tissu pathologique, mais elle est souvent associée, après la décortication chirurgicale, comme un ponçage pour affiner le résultat ;

– la cryochirurgie a pu être utilisée. Kempiak *et al.* [12] rapportent ici le cas d'un patient traité en 7 séances au cryospray, sans anesthésie, avec une association de spironolactone à faible dose pour réduire la séborrhée. Le résultat est bon, mais anecdotique.

Parmi les multiples techniques, seules trois seront détaillées ici :

- la décortication à l'hémilame froide (Dermablade®) suivie d'une dermabrasion de lissage pratiquée par l'auteur ;
- le laser CO₂ ;
- la radiofréquence.

1. L'anesthésie

Le type d'anesthésie utilisée dépend de l'importance du rhinophyma, du patient et de la technique utilisée.

Une anesthésie générale est parfois nécessaire.

L'anesthésie locale est possible pour toutes les techniques. Pour le laser CO₂, outre la déformation du tissu, elle entraîne une cible parasite. Elle est le plus souvent suffisante pour la radiofréquence. Pour le confort du patient, nous conseillons d'y associer une sédation légère lors de la décortication à la lame froide avec dermabrasion

Aspect clinique	Score Maximum 6 points	
Pas de rhinophyma	0	● Asymétrie importante ● Kystes multiples ● Vaisseaux volumineux = 1 point supplémentaire maximum
Épaississement cutané léger	1	
Épaississement cutané modéré	2	
Épaississement cutané important avec formation de petit lobules	3	
Lobules et fissures	4	
Rhinophyma géant	6	

TABLEAU I : Index de sévérité du rhinophyma (RHISI, *Rhinophyma Severity Index*). D'après [3]

Produit	Quantité
Ringer	500 cc
Lidocaïne 2 %	40 mL
Ropivacaïne 0,75 %	20 mL
Adrénaline	0,5 mg

TABEAU II : Formule de l'anesthésie tumescente utilisée.



FIG. 3 : Anesthésie tumescente.



FIG. 4 : Aspect préopératoire.



FIG. 7 : Dermabrasion secondaire.



FIG. 10 : Pansement Algosteril®.

associée. L'utilisation de xylocaïne 1 % adrénaline est préconisée pour bénéficier de l'effet vasoconstricteur de l'adrénaline.

L'anesthésie tumescente est une variante possible et récemment plébiscitée [3] (**tableau II**), car elle apporte un avantage technique : l'infiltration "tumescente" (150 cc environ) (**fig. 3**) entraîne une compression des vaisseaux, ce qui diminue de façon significative le saignement lors de la décortication à la lame froide. En outre, l'effet ballonisant facilite la prise de la lame qui se fait alors sur un plan dur. Il en est de même pour la dermabrasion secondaire, qui termine le résultat à la manière d'un lis-

sage. Enfin, l'ajout de ropivacaïne à la formule initiale de Klein apporte un effet anesthésique de longue durée, et donc une analgésie postopératoire de plus de 6 heures. Nous n'avons observé aucun effet secondaire relatif à ce type d'anesthésie [13].

2. La décortication à l'hémilame froide suivie de dermabrasion

Cette technique (**fig. 4 à 12**) permet de prendre en charge les formes évoluées et tumorales. L'hémilame, à usage unique, est saisie entre le pouce et l'index, et peut être incurvée, ce qui permet une exérèse tangentielle de la peau à la profondeur désirée plus aisément qu'avec une lame



FIG. 5 : Aspect préopératoire.



FIG. 8 : Aspect en fin d'intervention.



FIG. 11 : À J 18.



FIG. 6 : Utilisation du Dermablade® pour la décortication.



FIG. 9 : Aspect en fin d'intervention de profil.



FIG. 12 : À J 18.

REVUES GÉNÉRALES

Rosacée

de 15. La décortication s'effectue comme l'épluchage d'un légume. La difficulté consiste à retirer la quantité tissulaire suffisante pour obtenir un bon résultat, à le faire de manière régulière et à restaurer la forme de l'aile nasale. La dermabrasion à la meule "extra coarse" permet un lissage terminal. C'est une intervention hémorragique. Le pansement est effectué au moyen d'alginate. Il est particulièrement volumineux. Pour son confort, il est souvent préférable de garder le patient en hospitalisation la première nuit.

3. Le laser CO₂

Le laser CO₂ continu est préconisé pour les formes évoluées (fig. 13, 14 et 15). Il permet de recréer la forme du nez de façon précise. P. Guillot [8] propose avec le laser Coherent Lumenis (10600 nm), en mode continu, une puissance de 10 à



FIG. 13 : Avant laser CO₂ (collection Patrick Guillot).



FIG. 14 : Après laser CO₂ (collection Patrick Guillot).



FIG. 15 : Résultat post-laser CO₂ (collection Patrick Guillot).

20 W maximum. Il conseille de travailler à forte puissance pour diminuer le nombre de passages. Les modes "section" et "vaporisation" sont tous les deux utilisés. Il faut veiller à limiter l'effet thermique, responsable de troubles cicatriciels. Le traitement est rapide, car on travaille sur un champ exsangué. Pour les formes modérées, le laser CO₂ ultrapulsé seul (60 W; 300 mW; 200 impulsions/s; densité 7 à 5) ou associé au CO₂ continu est préconisé. Il a l'inconvénient d'allonger le temps opératoire. Le nombre de passages varie selon les zones à traiter.

4. La radiofréquence

Les ondes radio sont comprises entre 0,01 et 300 MHz. L'appareil d'électrochirurgie (fig. 16) délivrant un courant électrique compris entre 0,1 et 4 MHz,



FIG. 16 : Machine Pelleve (collection Joëlle Huth).

on parle alors de chirurgie par radiofréquence [14, 15]. Étant donné que l'élévation de la température autour de la coupe est moindre avec la chirurgie par radiofréquence, les tissus environnants ne sont pas lésés, ce qui est un avantage par rapport aux appareils classiques d'électrochirurgie (à kHz) : on constate moins de nécrose des tissus et moins de cicatrices. Il convient de positionner le bon réglage de l'appareil pour que l'électrode (en forme d'anse ou triangulaire) passe au travers du tissu sans étincelle (intensité trop élevée) ni résistance (intensité trop faible empêchant la progression normale de l'électrode). Le mode coupe/coagulation permet d'opérer sur un champ exsangué, en cabinet, sous anesthésie locale. Les résultats sont excellents (fig. 17, 18 et 19).



FIG. 17 : Préopératoire (collection Joëlle Huth).



FIG. 18 : Postopératoire (collection Joëlle Huth).



FIG. 19 : Postopératoire (collection Joëlle Huth).

5. Les soins postopératoires

Il n'y a pas lieu, en règle générale, d'envisager une antibioprofylaxie, sauf conditions particulières inhérentes au patient. Pour le pansement, les alginates (Algosteril® compresses, Kendall®) permettent un bon recueil du suintement ou ont un rôle hémostatique. Après quelques jours de pansements quotidiens, le patient peut simplement appliquer de la vaseline ou de l'Aquaphor®. Après le laser CO₂, P. Guillot [8] utilise des pansements interfaces associés à la vaseline, puis relayés par des hydrocolloïdes minces. Il est impératif d'éviter toute formation de croûtes jusqu'à l'épidermisation.

Les complications

Des troubles cicatriciels peuvent apparaître quelle que soit la technique. Il convient, pour les éviter, de retirer le tissu hypertrophié nécessaire jusqu'à l'apparition du tissu normal et de respecter l'unité pilosébacée. C'est en fait le plus difficile ! L'effet thermique lié à une vaporisation excessive au laser CO₂ est délétère pour les tissus. En cas d'atteinte profonde, des rétractions peuvent aboutir à des séquelles fonctionnelles, comme la perte de l'effet de valve narinaire entraînant un collapsus de l'aile narinaire en inspiration.

>>> **L'érythème prolongé** est en général spontanément résolutif. Il convient de

POINTS FORTS

- ➞ Le rhinophyma est une affection de l'homme.
- ➞ La déformation de la pyramide nasale va d'un simple épaissement de la peau nasale à des formes tumorales.
- ➞ Outre la répercussion esthétique, il peut exister des difficultés respiratoires en cas de rhinophyma géant.
- ➞ Il n'y a pas de médicament pour traiter le rhinophyma.
- ➞ La décortication du rhinophyma peut s'effectuer avec différents instruments. Les résultats sont opérateur-dépendants.
- ➞ À la lame froide, c'est une intervention hémorragique.
- ➞ Avec le laser CO₂, le champ est exsangue, mais il produit un effet thermique pouvant être source de complications cicatricielles.

rassurer le patient et de renforcer les conseils de photoprotection, voire de prescrire un dermocorticoïde afin d'éviter une **hyperpigmentation**.

>>> **Des éruptions acnéiformes, de milium** ont été décrites.

>>> **Les pores dilatés** sont présents à des degrés divers quelle que soit la technique. Ils sont peut-être plus importants avec le laser CO₂.

>>> **Les cicatrices en résille** (fig. 20) sont préjudiciables esthétiquement, de même que l'achromie.



FIG. 20 : Trouble cicatriciel : aspect en résille post-laser CO₂ (collection Patrick Guillot).

Conclusion

La prise en charge du rhinophyma est chirurgicale au sens large, aucun médicament ne permettant la régression du tissu hypertrophié. Plusieurs techniques s'offrent à nous, nécessitant matériel et environnement idoines. Chacune a des avantages et des inconvénients qu'il convient d'exposer au patient. Dans la littérature, il n'y a aucun consensus pour le traitement idéal. Quelle que soit la technique, elle est toujours opérateur-dépendant. La meilleure technique est donc celle que l'opérateur maîtrise le mieux !

Nous remercions pour leur aide et leur iconographie les docteurs Joëlle Huth et Patrick Guillot.

Bibliographie

1. CRIBIER B. Pathophysiology of rosacea: redness, telangiectasia, and rosacea. *Ann Dermatol Venereol*, 2011;138 Suppl 3: S184-91.
2. SAND M, SAND D, THRANORF C *et al.* Cutaneous lesions of the nose. *Head Face Med*, 2010;6:7.
3. WETZIG T, AVERBECK M, SIMON JC *et al.* New rhinophyma severity index and mid-term results following shave excision of rhinophyma. *Dermatology*, 2013;227:31-36.

REVUES GÉNÉRALES

Rosacée

4. TANGHETTI E, DEL ROSSO JQ, THIBOUTOT D *et al.* American Acne & Rosacea Society. Consensus recommendations from the American acne & rosacea society on the management of rosacea, part 4: a status report on physical modalities and devices. *Cutis*, 2014;93:71-76.
5. LAZZERI D, COLIZZI L, LICATA G *et al.* Malignancies within rhinophyma: report of three new cases and review of the literature. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36: 396-405.
6. FISHMAN JM, KUNDU S, DRAPER M. 'A close shave' -- use of a disposable razor blade in the management of rhinophyma. *Ann R Coll Surg Engl*, 2009;91:167.
7. ERISIR F, ISILDAK H, HACIYEV Y. Management of mild to moderate rhinophyma with a radiofrequency. *J Craniofac Surg*, 2009; 20:455-456.
8. GUILLOT P, BAILLY JY, AMICI JM. Traitement du rhinophyma par laser CO₂: mode continu ou bien ultrapulsé? *Nouv Dermatol*, 2007;26:607-611.
9. FUSADE T. Traitement du rhinophyma par laser Erbium. *Nouv Dermatol*, 2007;26:178.
10. GOON PK, DALAL M, PEART FC. The gold standard for decortication of rhinophyma: Combined erbium-YAG/CO₂ laser. *Aesth Plast Surg*, 2004;28:456-460.
11. CRAVO M, MIGUEL CANELAS M, CARLOS CARDOSO J *et al.* Combined carbon dioxide laser and bipolar electrocoagulation: another option to treat rhinophyma. *J Dermatolog Treat*, 2009;20:146-148.
12. KEMPIAK SJ, LEE PW, PELLE MT. Rhinophyma treated with cryosurgery. *Dermatol Surg*, 2009;35:543-545.
13. SLETH JC, BLATIERE V. [Tumescent local anaesthesia in dermatologic surgery performed under anticoagulant or antiagregant therapy]. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2007;26:1078-1079.
14. AFERZON M, MILLMAN B. Excision of rhinophyma with high-frequency electrosurgery. *Dermatol Surg*, 2002;28:735-738.
15. ZINDER DJ. Common myths about electrosurgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000;123:450-455.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Congrès

Le 37^e Cours d'actualisation en dermato-allergologie GERDA se tiendra du jeudi 29/09 au samedi 1^{er}/10/2016 au Centre des Congrès Prouvé à Nancy.

Pour plus d'informations, consultez le programme sur www.gerdaz2016.com (mises à jour régulières).

Contact: info@gerdaz2016.com

Tél.: 33 (0)1 53 85 82 37

JDEC 2016

Les Journées annuelles du gDEC se tiendront les vendredi 7 et samedi 8 octobre 2016 aux Salons de l'Aveyron, à Paris.

Des ateliers de niveau débutant à expert, interactifs et comportant de nombreuses vidéos, seront organisés en parallèle des sessions plénières. Une formation dédiée aux assistantes sera également proposée le vendredi.

Contact: info@jdec2016.com