

COMMENT J'EXPLORE ...

un nez rouge

C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (1, 2), F. HENRY (3, 4), L. RAKIC[†] (5), G.E. PIÉRARD (6)

RÉSUMÉ : Le nez rouge est un signe sémiologique commun à diverses maladies. Le diagnostic différentiel est important à établir. Un examen clinique minutieux permet souvent d'évoquer un diagnostic précis. La biopsie cutanée est requise lorsque l'érythème accompagne une infiltration cutanée d'allure granulomateuse ou tumorale.

Quelques maladies se traduisent par un érythème du nez, ce qui peut affecter psychologiquement les sujets atteints. Leur classement sémiologique est diversifié (tableau I). Certaines des maladies rencontrées au cours des consultations journalières sont décrites ci-après.

GRANULOSIS RUBRA NASI

Le granulosis rubra nasi atteint l'enfant avant la puberté. Il est constitué par des petites papules rouges, régulièrement dispersées, sur un fond lilacé du nez. Ces papulettes miliaires laissent sourdre des gouttelettes de sueur (fig. 1). Il s'agit donc d'une hyperidrose limitée à la pyramide nasale.

TABLEAU I. CLASSEMENT SÉMIOLOGIQUE DES NEZ ROUGES

Erythème nasal chez l'enfant
Granulosis rubra nasi
Erythème infectieux
Fissure de la commissure narinaire antérieure
Erythème passif pur
Engelure
Erythème pustuleux
Rosacée
Halogénides
Placard érythémato-squameux
Lupus érythémateux discoïde
Lésions papuleuses infiltrantes
Angiome (cyranome)
Sarcoïdose
Lupus tuberculeux
Syphilides tuberculeuses
Maladie de Kaposi
Morsure d'arthropode
Lymphocytome
Granulome facial à éosinophiles
Leishmaniose
Lèpre
Lymphome centro-facial

(1) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Maître de Conférences, Assistant de Recherche, (6) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Dermatopathologie.

(2) Chef de Service, (4) Dermatologue, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.

(5) Chef de Service, Service de Dermatologie, Hôpital Princesse Paola, Marche.

HOW TO INVESTIGATE ... A RED NOSE

SUMMARY : A red nose is a semiological sign shared in common by a series of diseases. The differential diagnosis is important to establish. A careful clinical examination often allows to reach the precise diagnosis. A skin biopsy is required when erythema is accompanied by a cutaneous infiltration suggesting some granulomatous and tumoral processes.

KEYWORDS : *Erythema - Face - Sarcoidosis - Rosacea*



Fig. 1. Granulosis rubra nasi.

FISSURE DE LA COMMISSURE NARINAIRE ANTÉRIEURE

Cette fissure provoque une rougeur inflammatoire de la pointe du nez. Elle est souvent minime, mais sensible au contact. Pour la détecter, il faut aplatir la pointe du nez afin de faire bâiller la fissure. Un attouchement avec une solution antiseptique un à deux jours de suite en vient facilement à bout. La récurrence est cependant fréquente.

ENGELURE

L'engelure apparaît en période hivernale froide et humide chez les sujets jeunes (1, 2). Elle disparaît souvent au printemps. Elle ne reste en

général pas limitée au nez, mais atteint aussi les doigts, les oreilles et les orteils. La peau est rose-violacé ou bleuâtre, évoquant une érythrocyanose. Le nez est légèrement tuméfié et infiltré. La sensation de prurit et de brûlure s'accroît avec le réchauffement de la peau.

ROSACÉE

La rosacée commence le plus souvent après la quarantaine par une période plus ou moins longue d'érythrose faciale (3). Sa physiopathologie reste incertaine (3-5). Dans certains cas, le *Demodex folliculorum* pourrait être impliqué (6). Au début, des poussées congestives atteignent électivement le nez et les pommettes, survenant surtout après les repas. Lors des poussées répétitives, l'érythème s'étend progressivement aux joues, au menton et à la région intersourcilière. Cette érythrose, d'abord transitoire, s'installe définitivement. La rosacée avec couperose se marque par des télangiectasies et une peau épaissie avec accentuation des pores pilo-sébacés (fig. 2). Sur cette kératose apparaissent, par poussées, des folliculites parfois attribuées à des écarts de régime, mais souvent sans raison apparente. L'atteinte cutanée peut être associée à des



Fig. 2. Kérose de la rosacée.



Fig. 3. Rhinophyma.

lésions oculaires. Après de longues années d'évolution, ce processus inflammatoire peut entraîner une hyperplasie du derme et des glandes sébacées aboutissant au rhinophyma (fig. 3) dont des tableaux de quelques peintres célèbres perpétuent l'image.

HALOGÉNIDES

Des composés iodés et plus rarement des bromures, qu'ils soient ingérés ou injectés, peuvent déclencher des poussées inflammatoires papulopustuleuses du visage, et plus particulièrement sur le nez et à son voisinage.

LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX DISCOÏDE

Le lupus érythémateux discoïde siège avec prédilection sur le visage et plus spécialement sur le nez (fig. 4). Il se caractérise par quelques signes cliniques incluant :

1. un érythème congestif, légèrement infiltré;



Fig. 4. Lupus érythémateux.

2. une hyperkératose ponctuée avec squames épaisses et adhérentes. Les squames sont fixées par leur face profonde à l'épiderme par des prolongements filiformes qui s'invaginent dans les orifices pilo-sébacés élargis. Les arracher à la curette constitue une manœuvre sensible (signe de Besnier).

3. une atrophie cicatricielle légèrement sensible à la palpation. Les foyers sont souples, blancs-gris, épars sur la plaque. Il n'y a jamais d'ulcération préalable.

Il faut rechercher les autres localisations du lupus érythémateux sur les joues (vespertilio), les oreilles, le dos des doigts, le cuir chevelu (alopécie cicatricielle) et les lèvres. Sur la muqueuse jugale, l'aspect rappelle celui du lichen. La lésion allongée d'avant en arrière forme une bande rouge non érodée, entourée d'un pinceautage lichénoïde.

Lorsque le lupus érythémateux discoïde est de petite taille, il est parfois difficile de le différencier du carcinome basocellulaire pagétoïde, reconnaissable à l'ourlet filiforme qui le borde.

SARCOÏDOSE

Dans sa forme diffuse parfois appelée lupus pernio, la sarcoïdose est caractérisée par des nappes érythémato-violacées, mal limitées. Le nez est électivement atteint. Il est rouge, lie de vin dans son ensemble, de consistance pâteuse ou ferme. La peau est lisse et luisante. La vitropression met en évidence des infiltrats jaunâtres, lupoïdes. Les joues, les oreilles, le dos des mains, les doigts peuvent aussi être intéressés, rappelant l'aspect d'engelures ou de lupus érythémateux. L'évolution se prolonge pendant des années. L'angiolupoïde du nez est une présentation clinique particulière, caractérisée par un

nodule étalé, un peu saillant, rouge jaunâtre, couvert de télangiectasies.

Les autres manifestations de la sarcoïdose à composante dermatologique comportent les sarcoïdes à petits ou gros nodules et le syndrome de Heerfordt associant une parotidite, une iridocyclite, et une paralysie du VII.

Le diagnostic est étayé par un examen histologique de la peau atteinte révélant un infiltrat nodulaire dermique épithélioïde à limites nettes, sans aucune tendance à la caséification. L'exploration des localisations internes de la maladie bénéficie de radiographies pulmonaires et des phalanges (ostéite cytoïde). La réaction tuberculinique est généralement négative. La biopsie bronchique peut être réalisée pour préciser la nature d'une atteinte pulmonaire.

MALADIE DE KAPOSI

La maladie de Kaposi disséminée, telle qu'elle a été rapportée chez des sidéens, a tendance à se manifester sur le nez (7). La lésion érythémateuse et congestive devient brunâtre et s'infiltré avec le temps. La prévalence de ces lésions a considérablement diminué suite aux améliorations apportées au traitement de l'infection par le VIH.

Diverses autres tumeurs peuvent aussi se loger sur le nez (fig. 5).

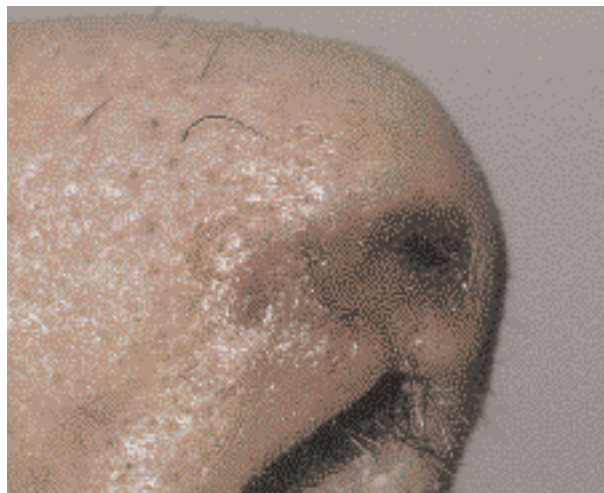


Fig. 5. Carcinome basocellulaire.

GRANULOME FACIAL À ÉOSINOPHILES

Le granulome facial à éosinophiles se présente comme une infiltration érythémateuse relativement bien circonscrite. La lésion bénigne est chronique et d'origine indéterminée. Elle correspond à la présence d'un infiltrat riche en dendrocytes et en polynucléaires éosinophiles (8).

RÉFÉRENCES

1. Henry F, Letot B, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Les dermatoses hivernales. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 864-866.
2. Claes G, Henry F, Letawe C, Piérard GE.— La peau, le froid et les sports d'hiver. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 257-260.
3. Piérard-Franchimont C, Arrese JE, Piérard GE.— La rosacée. *Rev Med Liège*, 1996, **51**, 393-395.
4. Wilkin JK.— Rosacea : Pathophysiology and treatment. *Arch Dermatol*, 1994, **130**, 359-362.
5. Piérard-Franchimont C, Quatresooz P, Piérard GE.— Incidental control of rosacea by somatostatin. *Dermatology* (sous presse).
6. Forton F, Seys B.— Density of *Demodex folliculorum* in rosacea : a case-control study using standardized skin-surface biopsy. *Br J Dermatol*, 1993, **128**, 650-659.
7. Fogouang L, Kola DL, Paquet P, et al.— Manifestations cutanéomuqueuses de l'infection par le VIH sous les tropiques. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 564-571.
8. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Granulome facial à éosinophiles. A propos de deux nouveaux cas. *Nouv Dermatol*, 1997, **16**, 8-10.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.