



Année 2022

Thèse N° 181/22

## ZONA DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE

Expérience du service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès  
(à propos de 40 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/05/2022

PAR

Mlle. KHAOULA ALLALI

Née le 20 Janvier 1996 à meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Zona - Extrémité céphalique - Algies postzosteriennes - Complications -  
Immunodépression - Traitement

JURY

<b>Mme. EL BOUKHRISSI FATIMA</b> .....	PRÉSIDENT
Professeur de Biochimie	
<b>M. EL BENAYE JALAL</b> .....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Dermatologie	
<b>M. ZINEBI ALI</b> .....	} JUGES
Professeur de médecine interne	
<b>M. OULEGHZAL HASSAN</b> .....	
Professeur d'Endocrinologie et maladies métaboliques	
<b>M. RAFAI MOSTAFA</b> .....	
Professeur agrégé de Physiologie	

# PLAN

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</b>	<b>11</b>
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>13</b>
I. Type, lieu et durée d'étude .....	14
II. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	14
III. Gestion des données .....	14
IV. Analyse des données .....	14
<b>RESULTATS .....</b>	<b>18</b>
I. DONNEES EPIDMIOLOGIQUES.....	19
1. Répartition annuelle .....	19
2. Répartition selon l'âge.....	20
3. Répartition selon le sexe .....	21
II. DONNEES CLINIQUES.....	22
1. L'anamnèse:.....	22
a. Les comorbidités.....	22
b. Les habitudes toxiques.....	22
c. Notion de varicelle dans l'enfance .....	23
d. Notion d'infections sexuellement transmissibles.....	23
e. Terrain d'immunodépression.....	23
f. Délai d'apparition de l'éruption .....	23
g. Délai de consultation.....	23
h. Le lieu de consultation .....	24
i. Circonstances d'apparition .....	25
j. Les signes fonctionnels .....	26
2. Les caractéristiques de l'éruption .....	27
a. La localisation de l'éruption.....	27

b.	L'aspect des lésions .....	28
c.	Le nombre des lésions .....	29
d.	L'atteinte de la muqueuse .....	29
e.	L'examen des aires ganglionnaires .....	29
f.	Les signes généraux .....	30
III.	DONNES PARACLINIQUES .....	30
1.	Bilan inflammatoire .....	30
2.	La sérologie VIH .....	30
IV.	DONNEES THERAPEUTIQUES .....	31
1.	Traitement général .....	31
a.	Traitement antiviral .....	31
b.	Traitement antalgique .....	32
2.	Traitement local .....	33
3.	Durée du traitement .....	33
V.	Données évolutives.....	34
1.	Evolution clinique .....	34
2.	Les complications.....	34
3.	Les séquelles.....	34
a.	Le degré des séquelles .....	35
b.	Le traitement des séquelles type algies post zostériennes.....	36
c.	La durée du traitement .....	36
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>37</b>
I.	EPIDEMIOLOGIE.....	38
1.	L'âge.....	38
2.	Le sexe .....	38
3.	Les facteurs de risque .....	39

4. Antécédents de varicelle .....	40
5. Facteurs déclenchants .....	40
6. Délai de consultation .....	40
7. Les signes fonctionnels .....	41
II. L'ETUDE CLINIQUE .....	42
1. Formes topographiques .....	42
2. Aspect des lésions .....	45
3. Atteintes des aires ganglionnaire .....	46
III. L'ETUDE PARACLINIQUE .....	47
IV. EVOLUTION .....	49
1. Complications neurologiques .....	49
2. Complications ophtalmiques .....	50
3. Complications auditifs .....	51
4. Complications infectieuses .....	51
5. Complications cutanées .....	51
6. Complications osseuses .....	52
V. LE TRAITEMENT .....	53
1. Le traitement viral .....	53
2. Cas du patient immunocompétent .....	53
3. Cas du patient immunodéprimé .....	54
4. Cas du zona ophtalmique .....	54
5. Cas du zona auriculaire .....	54
6. Prise en charge à la phase aiguë .....	54
7. La prise en charge des douleurs post zostériennes .....	55
<b>LIMITES ET PERCEPTIVES .....</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>

RESUMES ..... 62

BIBLIOGRAPHIE..... 69

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1** : La fiche d'exploitation

**Figure 2** : Répartition annuelle des cas

**Figure 3** : Répartition selon les tranches d'âge

**Figure 4** : Répartition selon le sexe

**Figure 5** : Répartition selon la profession

**Figure 6** : Répartition selon la présence d'antécédents

**Figure 7** : Répartition selon le lieu de consultation

**Figure 8** : Répartition selon la circonstance d'apparition

**Figure 9** : Répartition selon les signes fonctionnels

**Figure 10** : Répartition selon la localisation de l'éruption

**Figure 11** : l'aspect des lésions

**Figure 12** : La prise des antiviraux oraux

**Figure 13** : La prise des antalgiques

**Figure 14** : Le traitement local

**Figure 15** : Répartition des séquelles

**Figure 16** : Le degré des séquelles

**Figure 17** : Le traitement des séquelles

**Figure 18** : Zona de l'extrémité céphalique chez un patient de notre étude

**Figure 19** : Zona ophtalmique

**Figure 20** : Zona de la branche maxillaire supérieure du trijumeau

**Figure 21**: Zona le long de la distribution de la branche mandibulaire du nerf trijumeau

**Figure 22** : Zona auriculaire

**Figure 23** : Eruption sous formes de vésicules groupées

**Figure 24** : Spectre des complications oculaires de l'herpès zoster ophtalmique

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Le nombre de bouquets à l'examen clinique

**Tableau 2** : Comparaison de l'intervalle d'âge des grandes séries

**Tableau 3** : Comparaison entre les sex-ratios dans les grandes séries

**Tableau 4** : Comparasion des complications chez les differents auteurs

**Tableau 5** : Comparaison du traitement prescrit

**Tableau 6** : Doses recommandées selon la clairance de la créatine estimée par la formule de Cockcroft et Gault pour les antiviraux et médicaments antalgiques utilisés dans la prise en charge des zona aigus et des douleurs post-zostériennes

# INTRODUCTION

Le zona est une présentation clinique d'une maladie infectieuse virale due au virus de la varicelle et du zona (VZV) de la famille des herpèsvirus. Il correspond à une récurrence localisée sur un dermatome suite à la réactivation du virus lors d'une immunodépression ; la primo-infection étant la varicelle.

Il se manifeste cliniquement par une éruption vésiculeuse unilatérale caractéristique, en bouquet, douloureuse, siégeant le long du trajet d'un nerf sensitif.

Les dermatomes thoraciques sont les sites les plus fréquemment touchés et représentent jusqu'à 50 % de tous les cas. La localisation céphalique (notamment la division ophtalmique du nerf trijumeau), cervicale et lombaire, représentent chacune 10 à 20% des cas, alors que les dermatomes sacrés sont touchés dans 2 à 8% des cas [1] [2] [3].

Le zona survient généralement chez le sujet âgé. Quand il touche le sujet jeune, une immunodépression devrait être recherchée particulièrement une infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH. D'autres terrains pathologiques représentent également plus de risque à développer un zona notamment les hémopathies malignes, les greffes d'organes (en particulier la greffe de moelle osseuse) et les infections à médiation immunitaire. [4]

Sans traitement, le zona guérit spontanément en une vingtaine de jours mais des séquelles cutanées et surtout neurologiques à type d'algies post-zosteriennes pourraient être invalidantes, sans parler des complications locorégionales spécifiques de la localisation céphalique à savoir l'atteinte oculaire, acoustique et cérébrale, à fortiori si une immunodépression existe. Un traitement antiviral instauré le plus précocement possible permettrait de réduire ces séquelles et d'assurer une guérison rapide.

Le but de notre travail est d'exposer notre expérience à propos de 40 cas de zona de l'extrémité céphalique colligés au service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknes, entre 2010 et 2019. Nous essayons d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs caractéristiques de cette localisation particulière.

# OBJECTIFS DE L'ETUDE

- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du zona de l'extrémité céphalique.
- Étudier les particularités de la localisation céphalique par rapport aux autres localisations.
- Montrer les difficultés de prise en charge de cette localisation (éruption et séquelles).
- Établir le rapport entre le zona de l'extrémité céphalique et l'immunodépression.

# MATERIELS ET METHODES

## **I. Type, lieu et durée d'étude :**

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique portant sur les dossiers de 40 cas présentant un zona de l'extrémité céphalique, réalisée au service de dermatologie à l'HOPITAL MILITAIRE MOULAY ISMAIL DE MEKNES, durant une période de 10 ans, allant de Janvier 2010 à Décembre 2019.

## **II. Critères d'inclusion et d'exclusion :**

### **1. Critères d'inclusion:**

Sont inclus dans cette étude tout patient ayant présenté un zona confirmé par un dermatologue, touchant l'extrémité céphalique (cuir chevelu, visage, cou et/ou nuque) ; et dont le dossier contenait les informations suffisantes pour l'étude.

### **2. Critères d'exclusion:**

Sont exclus de cette étude les patients ayant un zona non confirmé ou siégeant hors la région céphalique ou bien dont les données nécessaires à l'étude sont manquantes.

## **III. Gestion des données:**

Pour la collecte de ces données, nous avons établi des fiches d'exploitation (figure 1) comprenant : les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques, ainsi que l'évolution qui en a résultée à partir des dossiers papiers archivés au service de dermatologie pour les patients diagnostiqués entre 2010 et fin 2019.

## **IV. Analyse des données :**

Les données recueillies ont fait l'objet d'une saisie informatique et d'une analyse statistique en utilisant le logiciel (Microsoft office Excel version 2016). Les variables ont été exprimés en moyenne et en pourcentage.

**IDENTITE**

Age : .....

Sexe : Masculin  Féminin 

État : .....

Profession : .....

**ANTECEDANTS**

Tares.....

Immunodépression ou immunosuppression : Oui  Non 

Prise médicamenteuse : .....

Habitudes toxiques : .....

IST : Oui  Non **HISTOIRE DE LA MALADIE**Circonstances d'apparition : Stress  Maladie  Effort Symptomatologie : Céphalées  Paresthésies  Autres 

Délai entre symptômes et éruption cutanée :

.....

Délai de consultation / au début de la symptomatologie:

.....

Lieu de consultation : Urgences  Consultation normale  Autre service(Ophtalmologie, ORL...)

**EXAMEN CLINIQUE**

Territoire atteint : .....

Caractéristiques de l'éruption : Un bouquet  Deux bouquets  Plus Lésions confluentes  Distinctes Vésicules  Vésiculo-bulles Croutes Cicatrices Présence de nécrose Présence d'œdème Atteinte muqueuse Signes généraux Adénopathies Atteinte associée : Nerveuse  Ophtalmique  ORL  Autres **PARACLINIQUE**

NFS : .....

CRP : .....

Sérologie VIH : Négatif  Positif 

Autres : .....

**TRAITEMENT**Antiviraux : PO  Parentérale Antalgiques : Oui  Non Soins locaux : Oui  Non **EVOLUTION**Guérison : Oui  Non  Durée : .....Complications : Infectieuses  Ophtalmologique  Autres Séquelles : Algies post zostériennes  Paresthésies Cicatrices  Autres 

Degré : .....

Traitement : .....

Durée.....

**Figure 1 : La fiche d'exploitation**

# RESULTATS

L'analyse des données recueillies a abouti aux résultats suivants :

## I. DONNEES EPIDMIOLOGIQUES:

### 1. Répartition annuelle:

Sur une période de 10 ans, allant de 2010 à 2019, nous avons recensé 40 cas de zona de l'extrémité céphalique au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès, soit une incidence de 4 cas/an.

Le nombre de cas varie entre 2 à 8 patients par an.



Figure 2 : Répartition annuelle des cas

## 2. Répartition selon l'âge:

A l'admission, La moyenne d'âge de nos patients était de 54,4 ans, avec des extrêmes allant de 24 ans à 84 ans.

La répartition des malades représentée par le diagramme montre une prédominance de la classe d'âge de 50–59 ans, cette classe d'âge représente 35 % de la population étudiée.

L'âge moyen chez le sexe féminin était 54,7 ans tandis que celui du sexe masculin se situait à l'ordre de 54,4 ans.

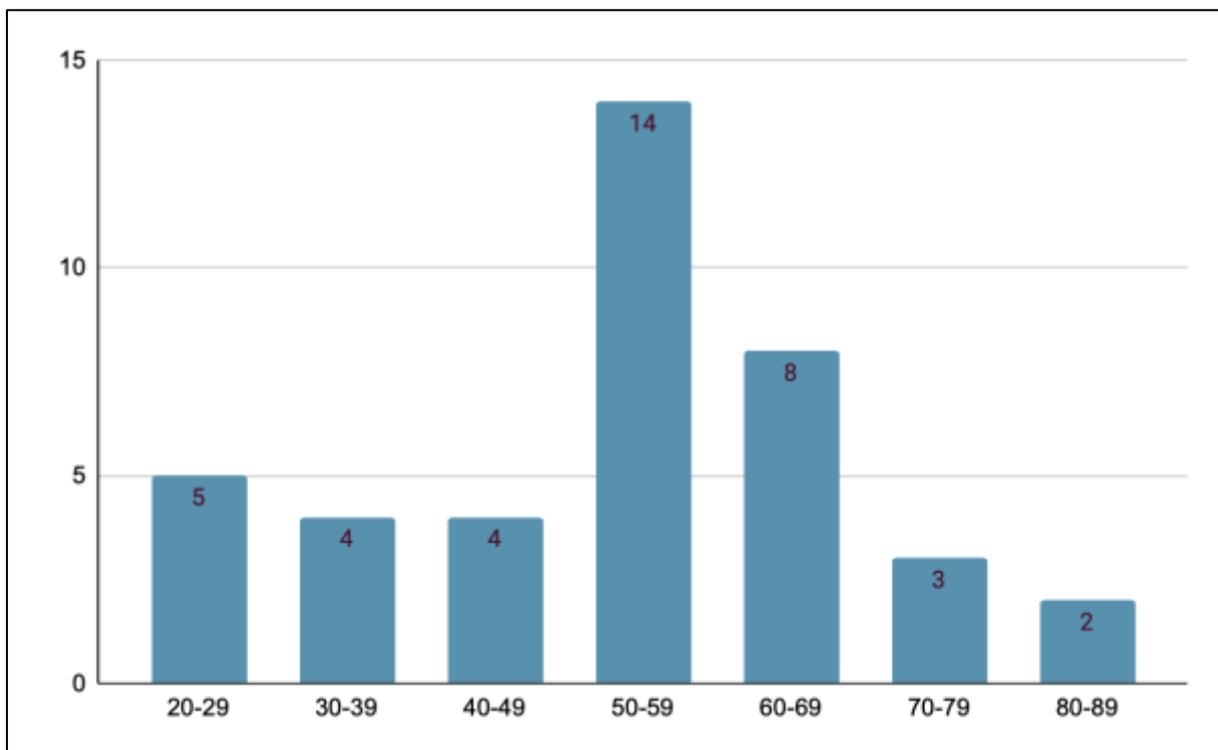


Figure 3 : Répartition selon les tranches d'âge

### 3. Répartition selon le sexe:

Notre série comporte 31 hommes et 9 femmes, soit respectivement des pourcentages de 77,5% et 22,5%. On note donc une nette prédominance masculine, soit un sex-ratio (H/F) de 3,4.

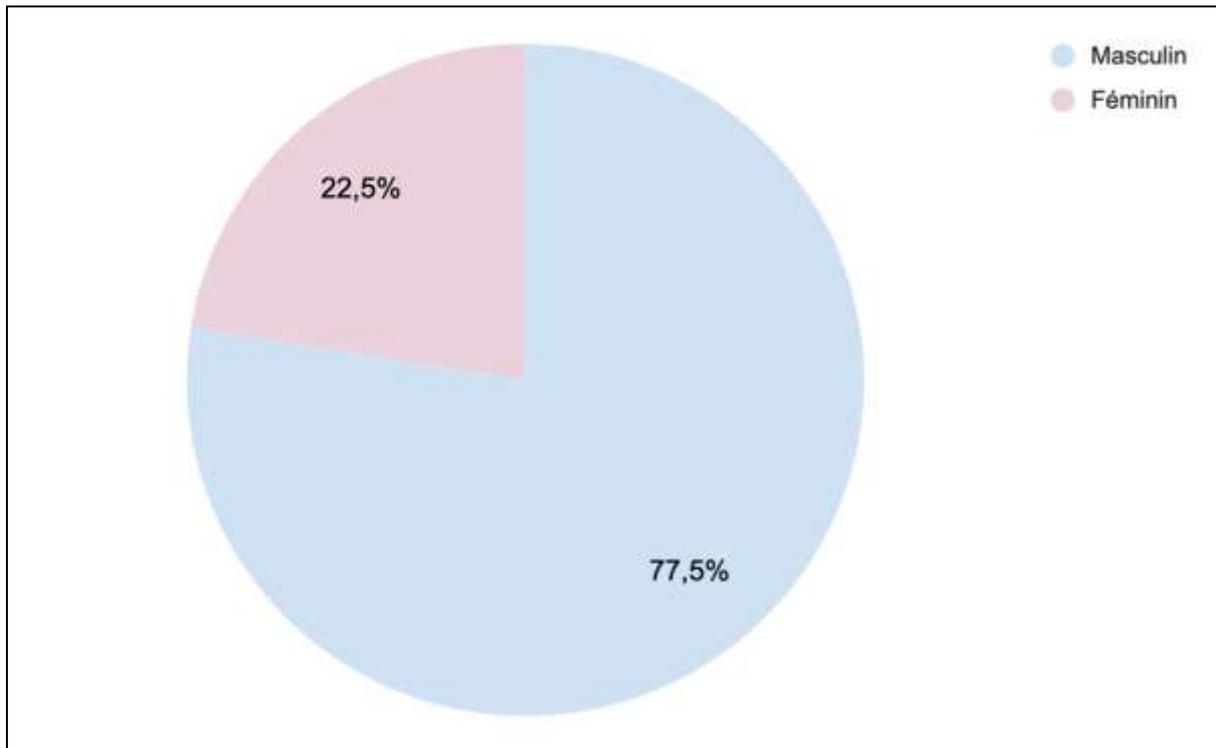


Figure 4 : Répartition selon le sexe

## II. DONNEES CLINIQUES:

### 1. L'anamnèse:

#### a. Les comorbidités:

Au total, 22 patients avaient des antécédents soit 55% dont 16 cas étaient suivis pour diabète (soit 40%) et 5 cas étaient suivis pour HTA (soit 12,5) un cas suivi pour la polyarthrite rhumatoïde (soit 2,5%)

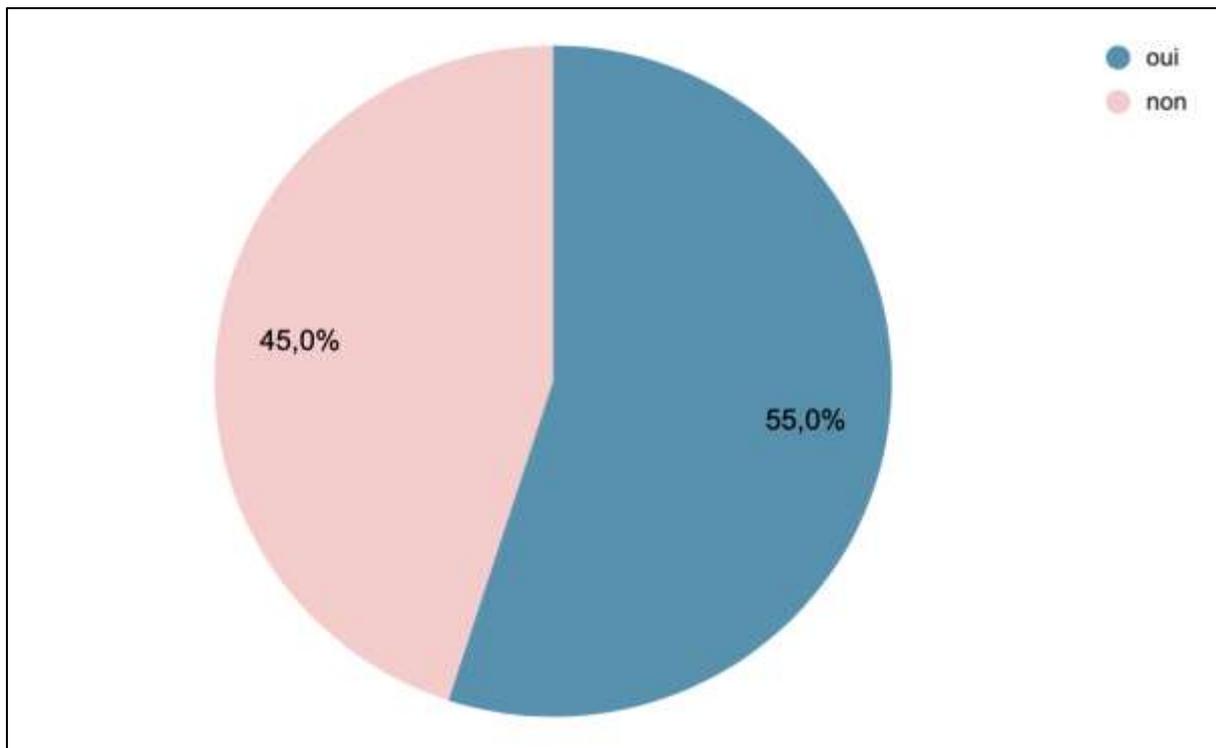


Figure 6 : Répartition selon la présence d'antécédents

Quant à la prise médicamenteuse, la prise des antidiabétiques oraux et des antihypertenseurs a été retrouvée respectivement chez 10 patients (soit 25%) et 4 patients (soit 10%)

#### b. Les habitudes toxiques :

Le tabagisme a été noté dans 37,5% (15 cas dont 2 cas d'anciens fumeurs).

Les patients tabagiques étaient tous de sexe masculin.

**c. Notion de varicelle dans l'enfance :**

22,5% des cas ont rapporté une notion de varicelle dans l'enfance, tandis qu'elle était absente chez 32,5%, le reste des cas avait un profil inconnu.

**d. Notion d'infections sexuellement transmissibles:**

Aucun patient n'a rapporté des antécédents d'infections sexuellement transmissibles.

**e. Terrain d'immunodépression:**

Aucun patient n'a présenté un terrain d'immunodépression.

**f. Délai d'apparition de l'éruption:**

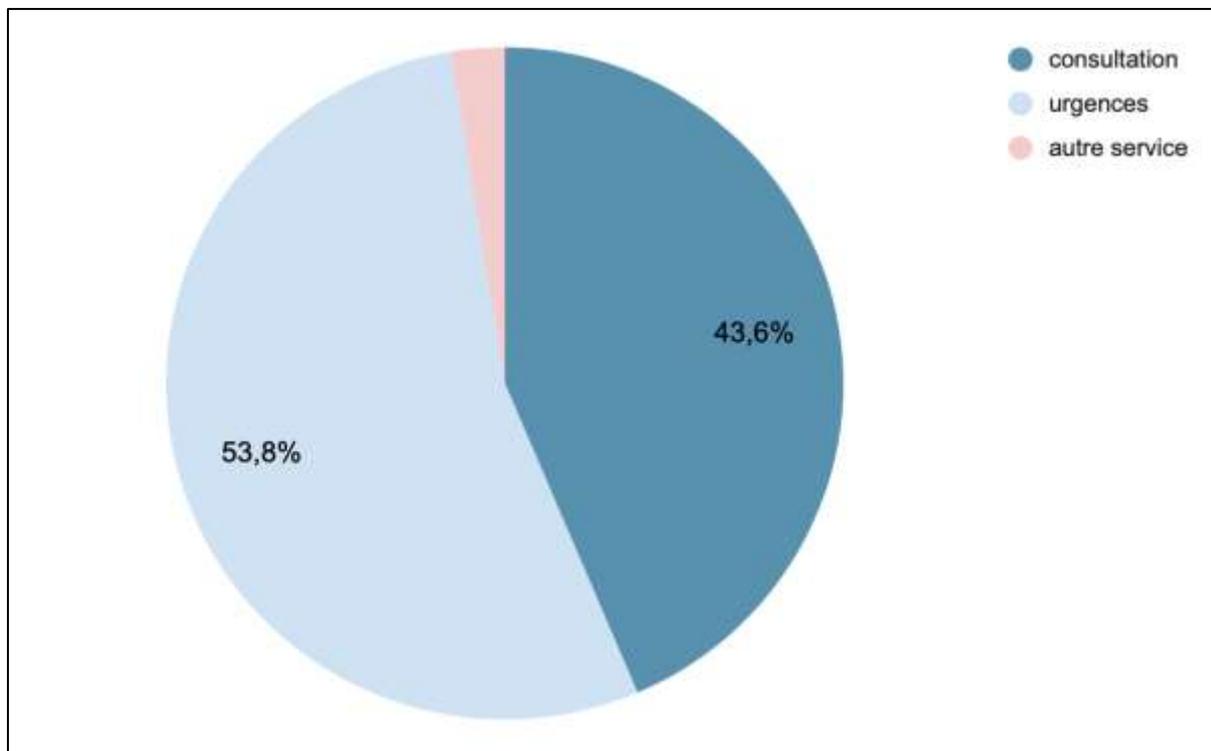
La durée moyenne depuis la première symptomatologie jusqu'à l'apparition de l'éruption est de 3 jours avec des extrêmes allant de 2 jours à 5 jours.

**g. Délai de consultation:**

Le délai entre l'apparition des symptômes chez nos patients et leurs consultations varie de 2 jours à 1 mois, avec un intervalle de temps moyen de 9 jours, et un pic de 4 jours. 2,5% ont consulté entre 1 et 2 jours, 50% de nos cas ont consulté entre 3 et 5 jours, 47,5%, ont consulté après le 5ème jour.

**h. Le lieu de consultation:**

53,8% des patients ont consulté aux urgences, 43,6% en consultation normale, 2,6% dans un autre service.



**Figure 7 : Répartition selon le lieu de consultation**

**i. Circonstances d'apparition :**

Parmi les différentes circonstances de découverte, on constate que chez 17 cas le stress était la circonstance d'apparition retrouvée de l'éruption, suivi de l'effort chez 11 cas. 3 cas ont développé un zona dans un contexte de survenue d'une maladie.

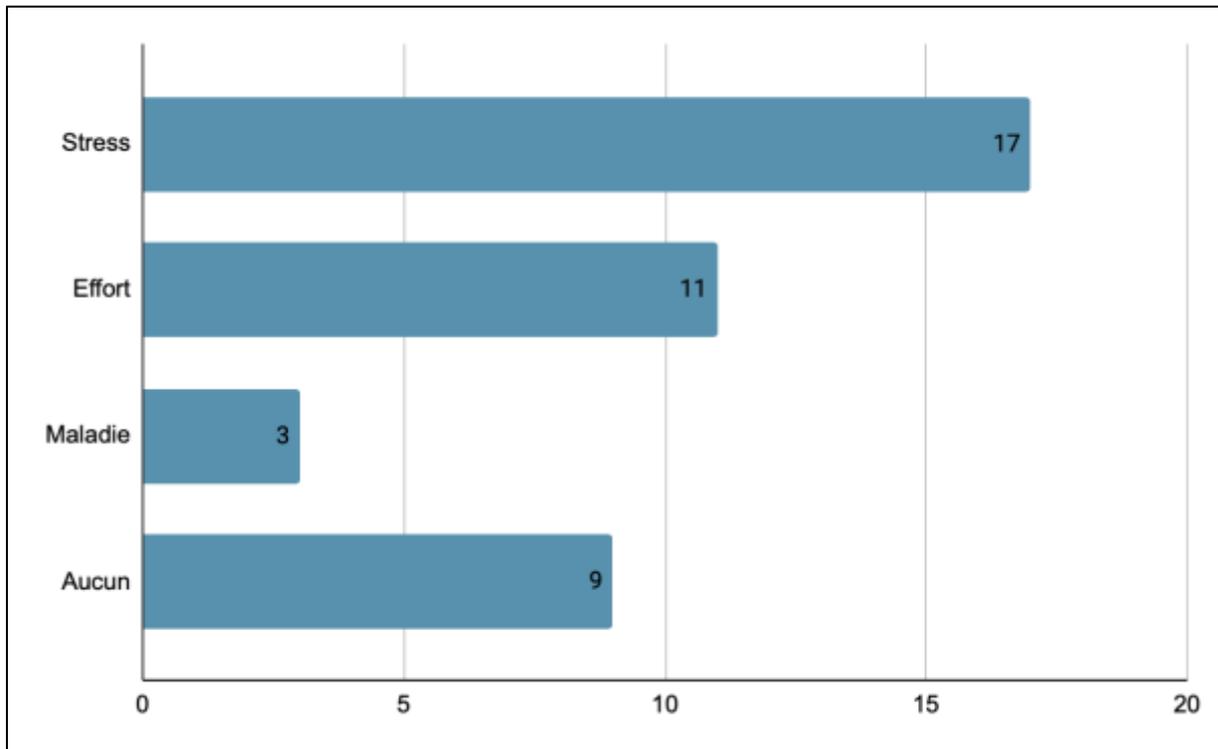
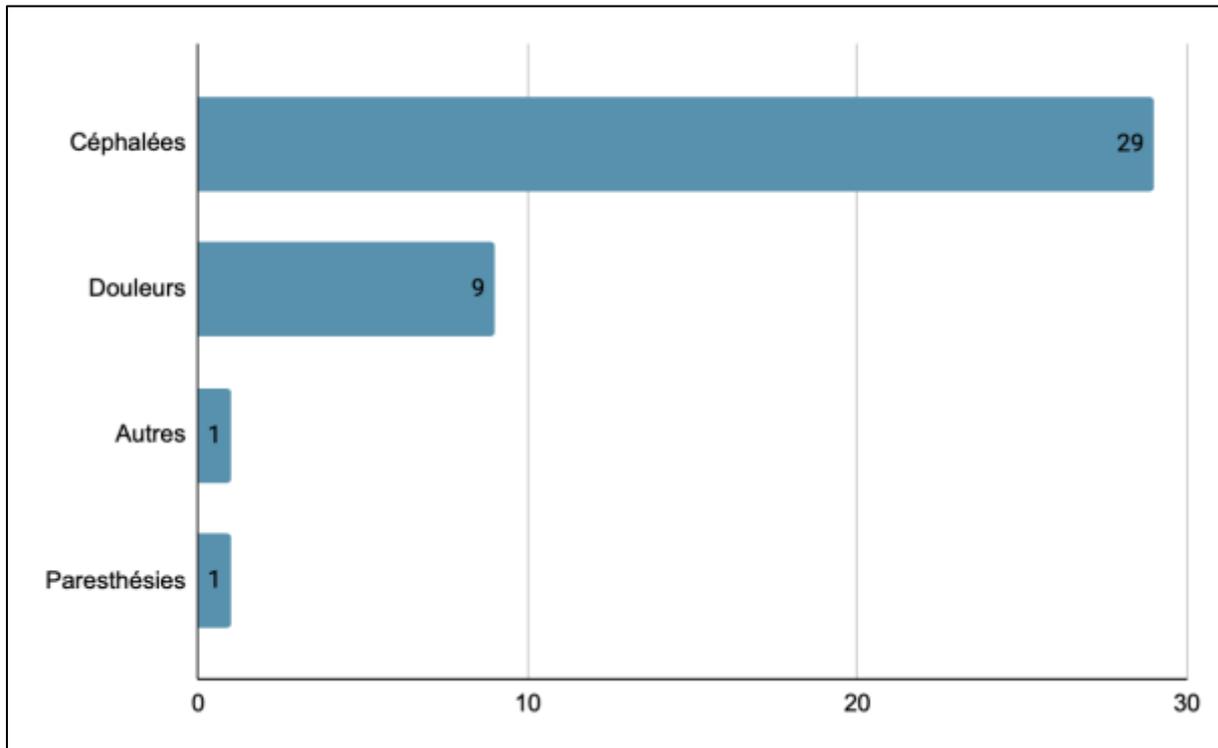


Figure 8: Répartition selon la circonstance d'apparition

**J. Les signes fonctionnels:**

Concernant la symptomatologie observée, on constate que les céphalées étaient la symptomatologie clinique la plus rapportée (plus de la moitié de nos cas). Outre les céphalées, les douleurs (algies faciales, cervicales, du cuir chevelu) étaient présentes chez 22,5% des cas, puis les paresthésies chez 2,5% des cas.



**Figure 9 : Répartition selon les signes fonctionnels**

## 2. Les caractéristiques de l'éruption:

### a. La localisation de l'éruption:

Dans notre série, la localisation ophtalmique était la plus fréquente avec un pourcentage de 52,5%, suivie de la localisation cervicale avec un pourcentage de 32,5%, puis la localisation auriculaire avec un pourcentage de 10 %, puis la localisation occipitale avec un pourcentage de 2,5%, et finalement le cuir chevelu avec un pourcentage de 2,5%.

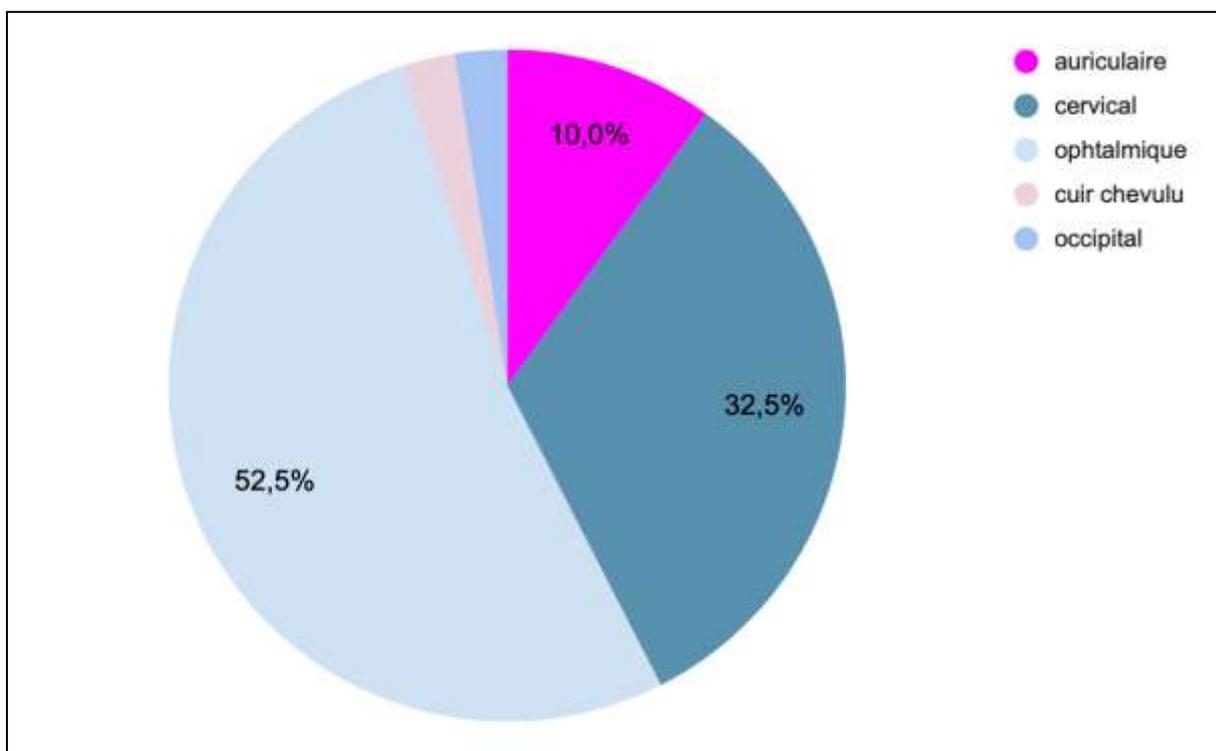
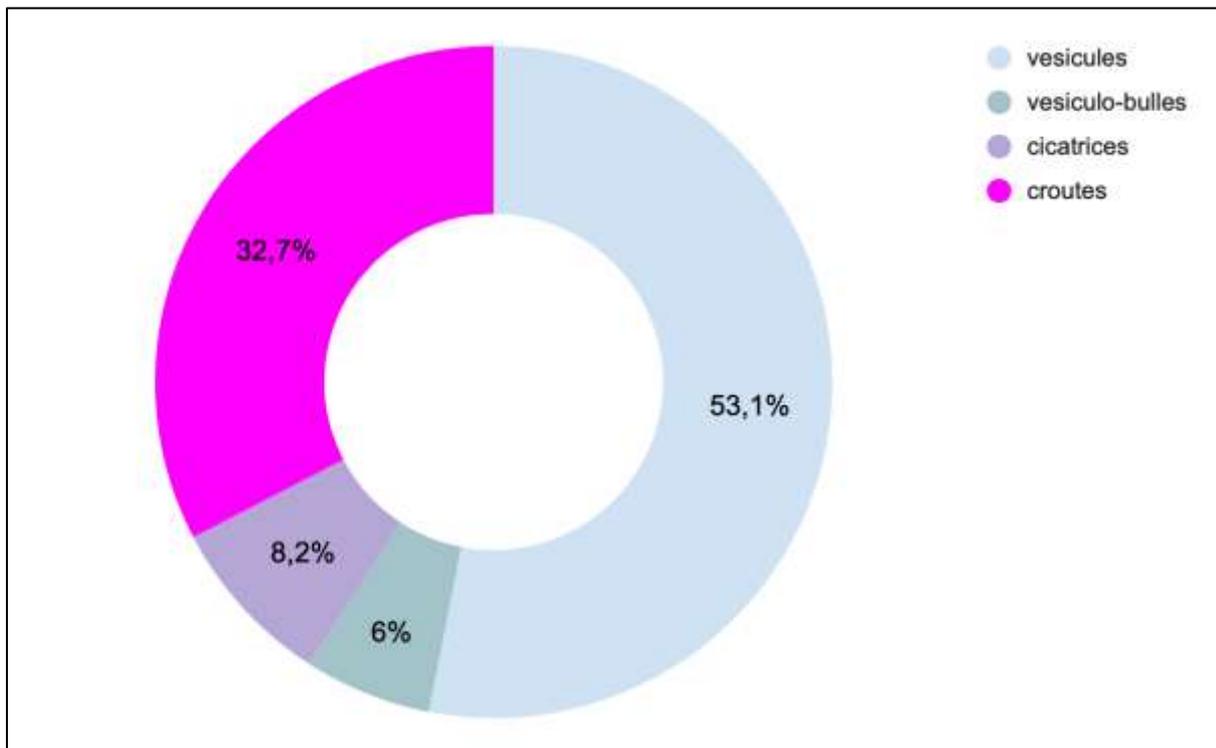


Figure 10 : Répartition selon la localisation de l'éruption

**b. L'aspect des lésions:**

Les signes cliniques notés chez les patients dont l'examen dermatologique était anormal, étaient les suivants : des vésicules avec un pourcentage de 53,1%, Des vésiculo-bulles avec un pourcentage de 6%. Des croûtes chez 32,7% des cas, et des cicatrices chez 8,2%.



**Figure 11 : L'aspect des lésions**

Les autres signes cliniques retrouvés étaient les suivants : l'œdème chez 30,8%, et la nécrose chez 2,6% des cas.



Figure 18 : Zona de l'extrémité céphalique chez un patient de notre étude

c. Le nombre des lésions :

Tableau 1 : Le nombre de bouquets à l'examen clinique

Nombre de bouquets	Nombre de cas	Pourcentage%
Un seul	2	5%
Deux	24	60%
Plus que deux	10	25%

d. L'atteinte de la muqueuse:

Les muqueuses ont été épargnées chez la majorité des cas sauf chez 6 cas chez qui l'atteinte intéressait la muqueuse ophtalmique.

e. L'examen des aires ganglionnaires :

L'examen des aires ganglionnaires a été anormal chez 27,5% de nos cas répartis comme suit : des adénopathies occipitales chez 6 cas, des adénopathies latéro-cervicales chez 4 cas, et des adénopathies rétro-auriculaires chez 1 cas.

**f. Les signes généraux :**

Parmi les patients de notre série, 2 patients ont présenté des signes généraux à type d'asthénie, le reste des patients n'ont présenté aucun autre signe général.

**III. DONNES PARACLINIQUES:****1. Bilan inflammatoire :**

On a analysé deux paramètres principaux : la NFS et la CRP. La NFS a été sans particularités chez tous nos cas. La CRP a été normale chez tous les cas.

**2. La sérologie VIH:**

Par ailleurs, La sérologie VIH a été demandée chez tous les patients ; elle a été négative dans 100% des cas.

#### IV. DONNEES THERAPEUTIQUES:

##### 1. Traitement général:

###### a. Traitement antiviral:

Dans notre étude, 26 patients avaient reçu un traitement anti viral oral soit 64,1%.

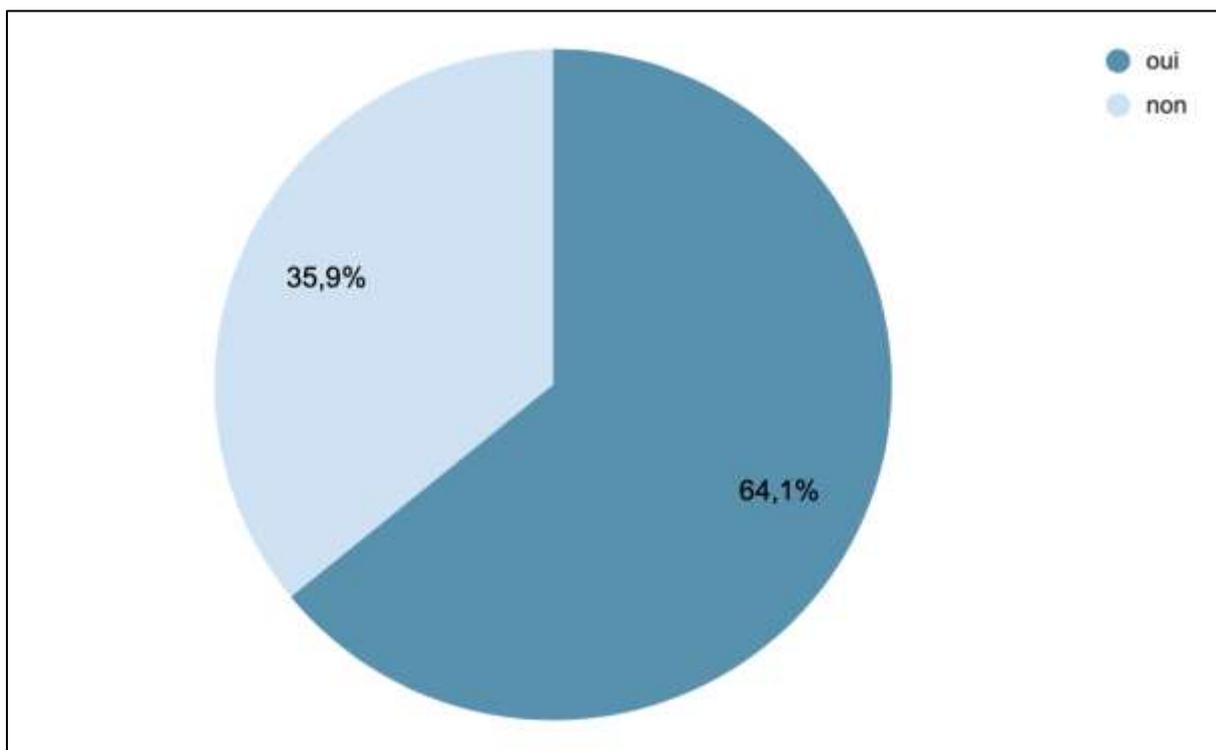


Figure12 : La prise des antiviraux oraux

**b. Traitement antalgique:**

L'association paracétamol et codéine a été utilisé chez 77,5% des patients. Par ailleurs, le paracétamol a été utilisé chez 10% des patients.

12,5% n'ont reçu aucun traitement antalgique.

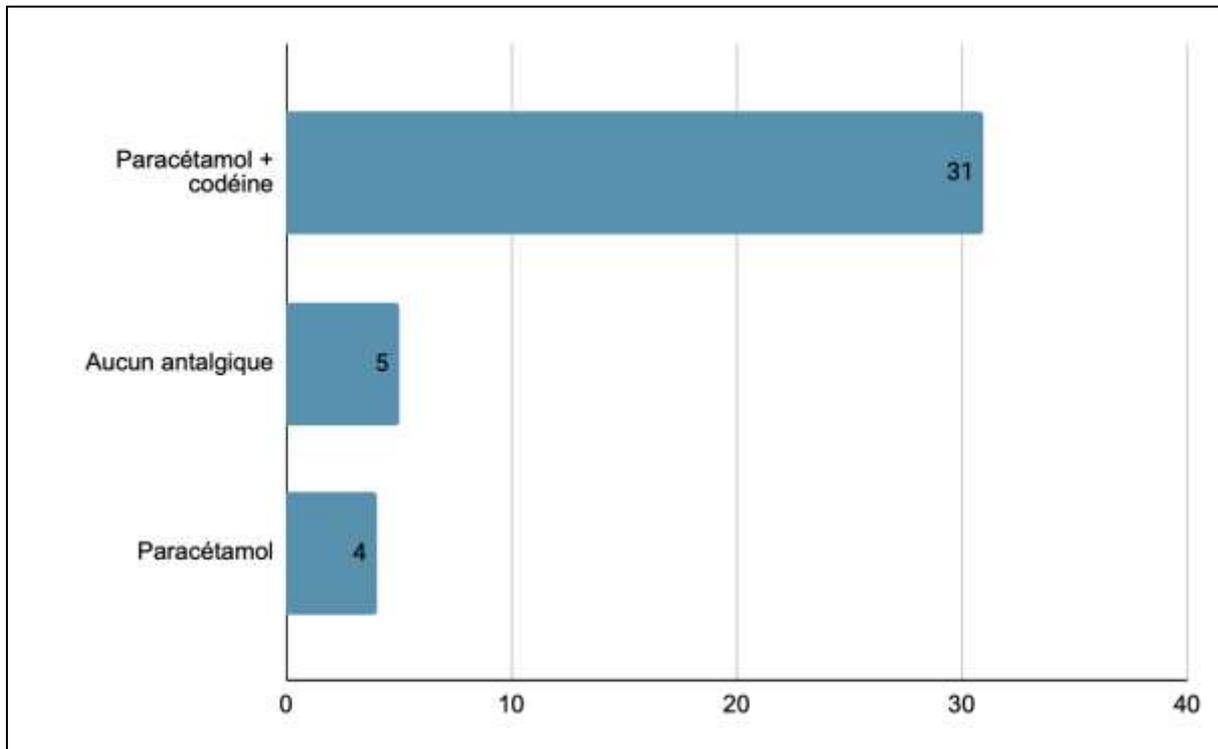


Figure 13: La prise des antalgiques

## 2. Traitement local:

57,5% des patients de notre échantillon ont appliqué un antibiotique local, 7,5% ont appliqué un antiseptique local. Par ailleurs 10% ont utilisé l'association d'un antibiotique local et un antiseptique local.

L'application d'un antiviral local a été noté chez 5% des patients.

20% des cas n'ont reçu aucun traitement local.

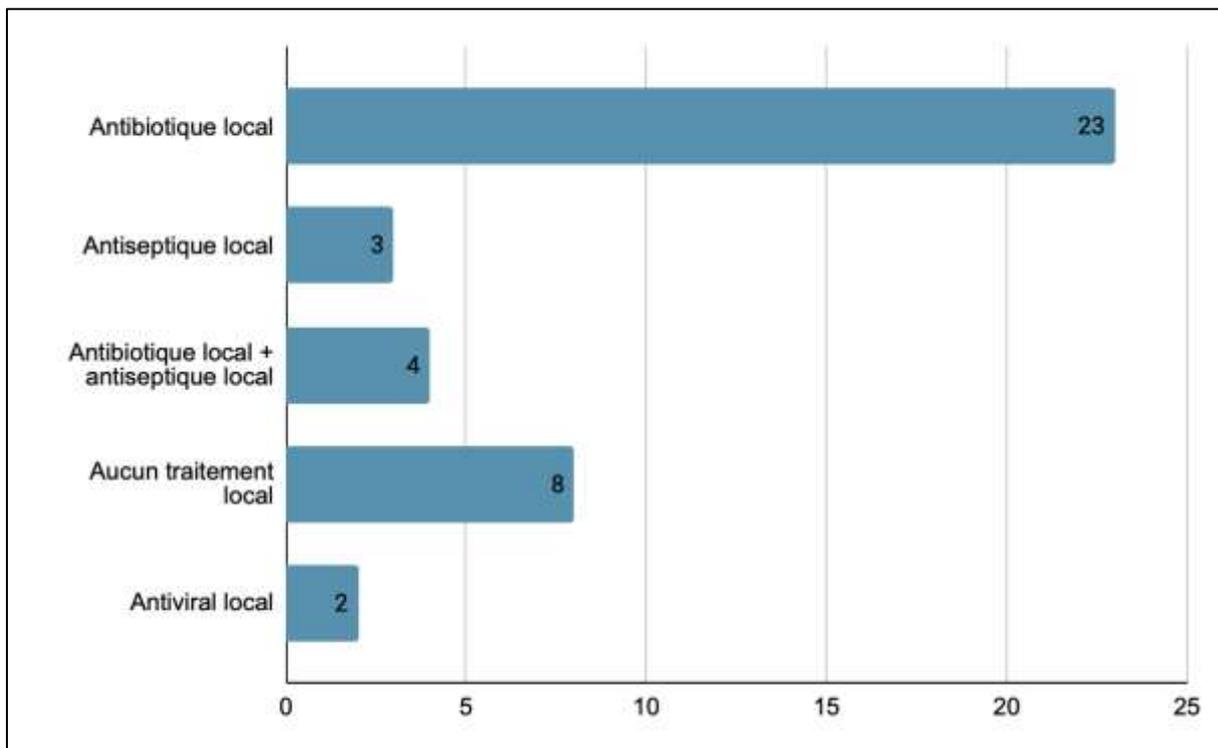


Figure 14 : Le traitement local

## 3. Durée du traitement:

Nos patients ont bénéficié d'un traitement pendant une durée allant de 7 jours à 30 jours, avec une moyenne de temps de 15 jours.

## V. Données évolutives:

### 1. Evolution clinique:

La symptomatologie clinique a évolué favorablement chez la majorité de nos patients (92,3%) avec une bonne réponse aux traitements.

### 2. Les complications:

4 cas de complications ont été notées (soit 10% ), dont 3 cas de complications ophtalmiques ( soit 7,5%) et une seule complication infectieuse (soit 2,5%).

Aucun décès n'a été signalé dans notre série.

### 3. Les séquelles:

89,7% des cas ont présentés des séquelles, répartis comme suit : 61% des algies, 22% des cicatrices, et 17,1% des paresthésies.

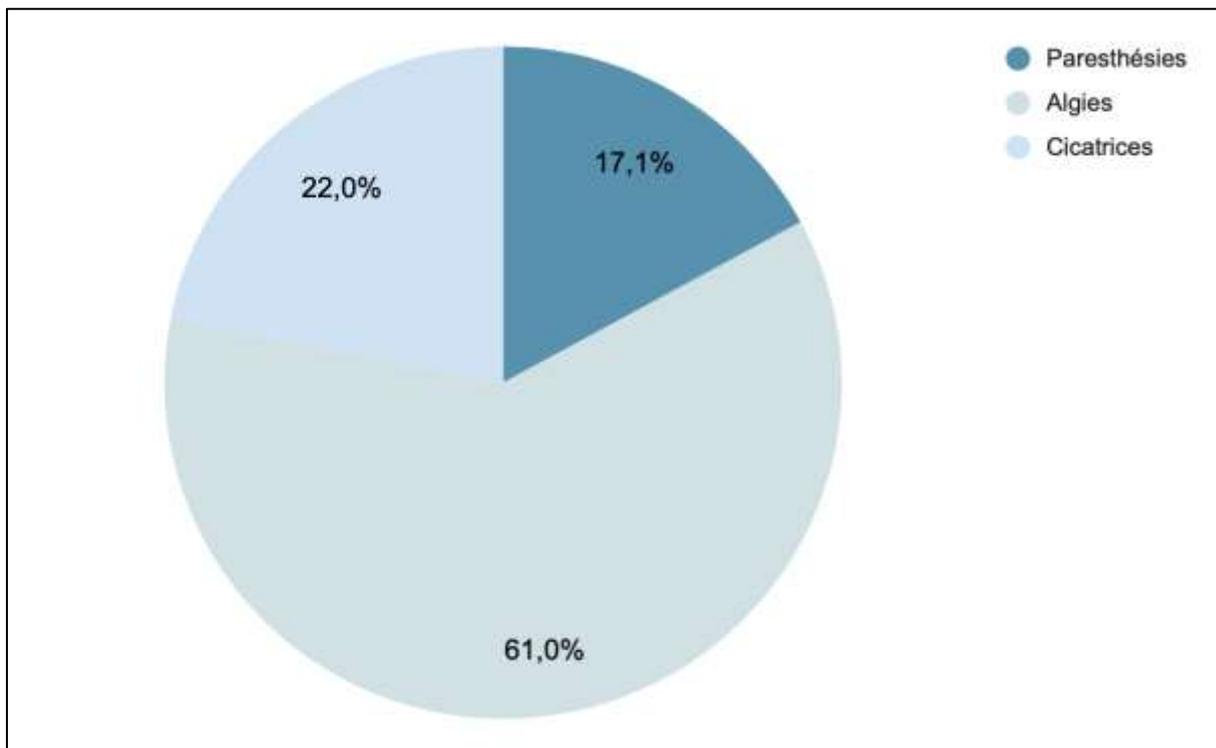
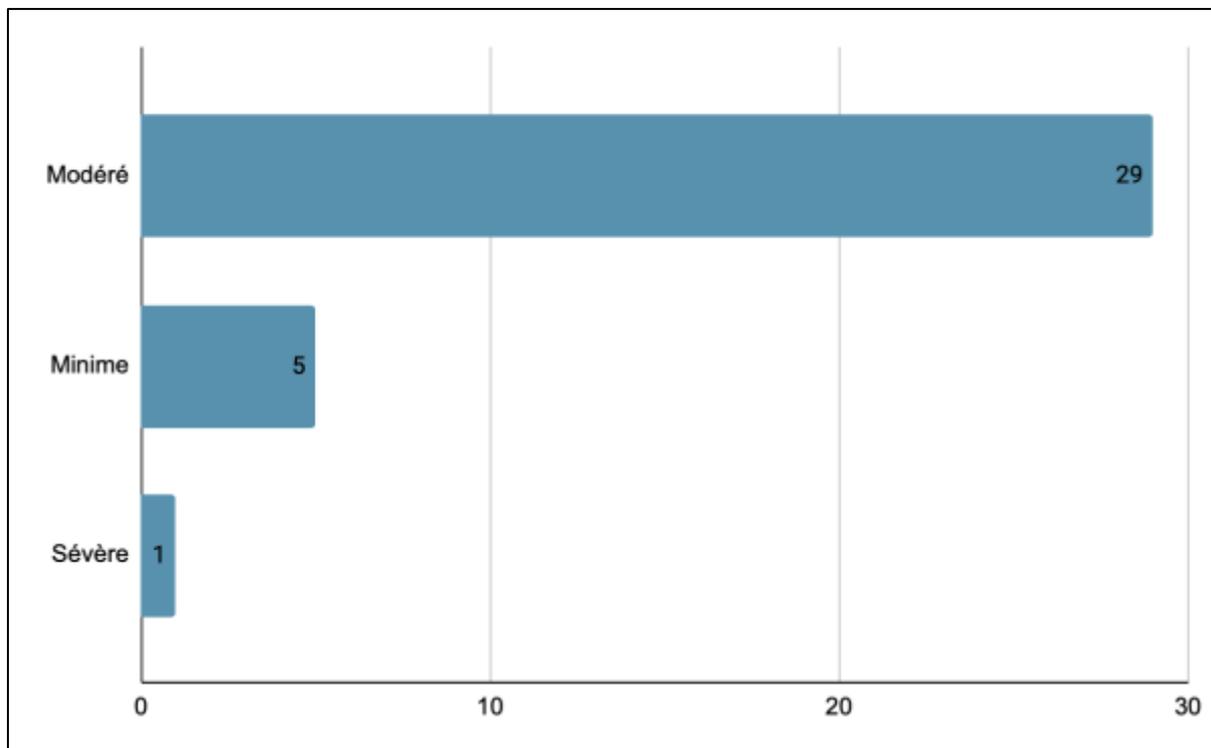


Figure 15 : Répartition des séquelles

**a. Le degré des séquelles:**

Les séquelles rapportées ont été réparties selon trois degrés illustrés comme suit:



**Figure 16:** Le degré des séquelles : minime modérée sévère

**b. Le traitement des séquelles type algies post zostériennes:**

Les patients représentant des séquelles ont été traités comme suit: par le Laroxyl (amitriptyline) chez 20 cas, le paracétamol chez 7 cas, la vitamine B chez 4 cas.

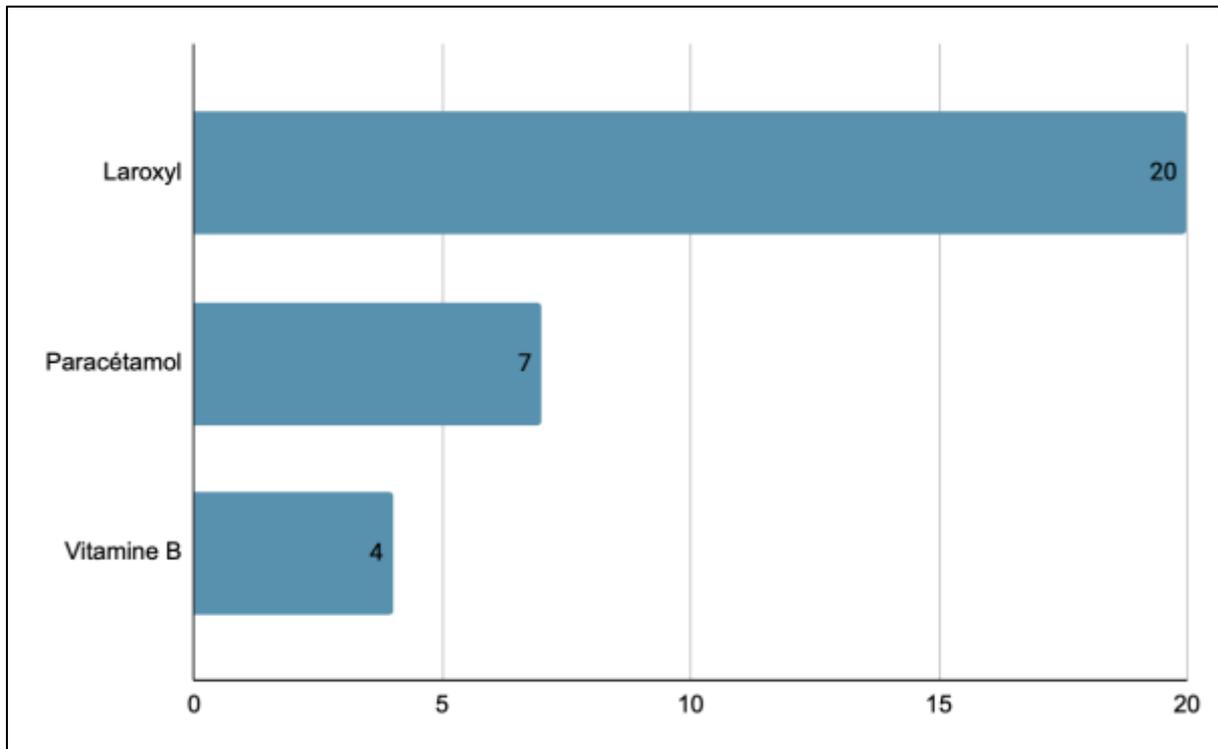


Figure 17 : Le traitement des séquelles

**c. La durée du traitement:**

La durée de l'utilisation du traitement a varié d'un mois à 6 mois.

# DISCUSSION

## I. EPIDEMIOLOGIE

### 1. L'âge

L'étude du profil épidémiologique chez Lin Y.H. et al. [6] entre 2002 et 2005 a montré qu'environ deux tiers des cas surviennent chez des adultes de plus de 40 ans.

Dans une autre étude, Schmidt S. et al. [8] ont trouvé que le pic de fréquence est concentré entre 40 ans et 69 ans.

L'étude de Insinga R. et al. [7] a objectivé une plus forte concentration de patients était entre 50 et 79ans.

Ces données concordent avec nos résultats qui ont objectivé une moyenne d'âge de 54,4 ans et une classe d'âge dominante comprise entre 50 et 59 ans.

**Tableau 2 : Comparaison de l'intervalle d'âge des grandes séries**

Série	Pays	Intervalle d'age
Lin Y.H.	Taiwan	40-69
Schmidt S.A.J	Danemark	40-69
Insinga R.P.	Japon	50-79
Notre série	Maroc-meknes	50-59

### 2. Le sexe

La littérature n'objective pas une prédominance nette de sexe par rapport à un autre. Certaines études ont noté une prédominance masculine [8], [9], d'autres ont conclu à une majorité féminine [10], [5].

La prédominance masculine retrouvée dans notre étude pourrait être expliquée en partie par un biais de recrutement lié à la profession; la majorité de nos consultants sont des hommes militaires.

**Tableau 3 : Comparaison entre les sex-ratios dans les grandes séries**

Série	Pays	Hommes %	Femmes %	Sex-Ratio
Delarco C.	France	39	61	0,6
Njanshi A.K.	Cameroun	47	53	0,8
Schmidt S.A.J	Danemark	51,1	48,9	1,04
Nanacasse B.S.	Kenya	58	42	1,3
Al dahshan A.	Qatar	83	17	4,8
Notre série	Maroc-meknès	77,5	22,5	3,4

### **3. Les facteurs de risque**

Le zona surviendrait volontiers sur un terrain à risque. En théorie, tout ce qui pourrait engendrer une immunodépression constituerait un risque de développer un zona. L'âge avancé serait le facteur de risque le plus normalement retrouvé. L'association à d'autres facteurs de risque permettrait une survenue du zona plus précocement. Parmi ces facteurs de risque on note : les maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, l'asthme, le diabète sucré, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les maladies rénales chroniques, les pathologies immunosuppressives notamment le VIH, les hémopathies et la corticothérapie prolongée.

Le mode de vie pourrait également augmenter le risque de survenue du zona à savoir le tabagisme, la sédentarité et l'obésité.

L'analyse de nos résultats objective que les deux facteurs de risque les plus retrouvés sont le diabète et le tabagisme. Ces résultats devraient être interprétés avec précautions, et selon notre opinion, la fréquence élevée de ces facteurs de risque serait liée beaucoup plus aux caractéristiques générales de la population étudiée qu'à la spécificité du zona.

#### **4. Antécédents de varicelle**

Le pourcentage des cas chez qui on a trouvé une notion de varicelle dans les antécédents varie selon les auteurs. Dans une étude de Ramasamy M. [14] 93 % avaient des antécédents de varicelle et 7% des cas n'étaient pas au courant ou n'avaient jamais eu la varicelle. Seulement 22,5% des cas ont rapporté une notion de varicelle dans l'enfance dans notre étude, tandis qu'elle était absente chez 32,5%, le reste des cas avait un profil inconnu.

#### **5. Facteurs déclenchants**

Selon Miyachi M. [11] des niveaux élevés de stress psychologique sont associés à un risque accru de zona. Constat mis en évidence par notre étude qui conclut que le stress est le facteur déclenchant le plus important avec un pourcentage 42,5%.

#### **6. Délai de consultation**

Dans notre série, le délai de consultation variait entre 2 jours et 1 mois, avec un pic les jours 2 et 4 et une moyenne de 9j.

L'étude de Miyachi M. et al. [11] confirme nos résultats en montrant que la majorité des patients ont consulté entre les jours 1 et 4, et qu'une forte baisse a été observée au jour 5.

Il faudrait prendre en considération que nos résultats exprimant un certain retard diagnostique ne semblent pas refléter la réalité ou du moins pas toute la réalité parce qu'une partie non négligée de nos patients admis dans l'étude avait consulté non pas

pour l'éruption mais pour les séquelles, particulièrement les algies. Ce qui a allongé inéluctablement le délai.

Ceci dit, un retard diagnostique est à signaler et pourrait être expliqué par une automédication initiée avant de consulter ou un circuit médical emprunté avant d'atterrir en consultation dermatologique (urgences, services ophtalmo, ORL...).

## **7. Les signes fonctionnels**

Il ressort de la littérature que le signe prodromique le plus fréquent est les algies comme représenté dans cette étude de Ramasamy M. [14] où les algies (66%) et la sensation de brûlure (55,5%) étaient les principaux symptômes retrouvés.

Dans l'étude faite par Nanacasse B. [16] les algies représentent 80%, la sensation de fièvre 12%, le Prurit 16 %.

Par ailleurs, dans notre étude les algies viennent en second rang avec un pourcentage de 22,5% des cas, précédé par les céphalées (72,5%). Il faut signaler que la littérature ne distingue pas toujours entre les types d'algies contrairement à notre étude. En prenant cela en considération, nos résultats semblent concorder parfaitement avec les données de la littérature.

## II. L'ETUDE CLINIQUE

### 1. Formes topographiques

Nos observations cliniques montrent que la localisation la plus fréquente est la localisation ophtalmique, suivi respectivement de la localisations cervicale, auriculaire, occipital et du cuir chevelu.

#### 1.1. Zona facial :

Classiquement, il s'agit d'un Zona, qui apparaît d'un seul côté du visage. Il correspond à l'atteinte d'une des 3 branches du nerf trijumeau responsable de la sensibilité de la face.

- Zona ophtalmique

Le Zona ophtalmique représente la forme la plus grave des Zonas céphaliques, Il est très fréquent chez les sujets âgés. L'atteinte est presque toujours unilatérale et sa topographie permet de préciser la branche atteinte. L'atteinte du ganglion de Gasser est responsable d'une éruption dans le territoire du nerf ophtalmique (Branche ophtalmique V1 du nerf trijumeau V) Ce dernier est purement sensitif et se divise en trois branches terminales qui peuvent être atteintes de façon isolée ou associée [20] :

- La branche frontale innerve le front, les tiers moyen et interne de la paupière supérieure et la conjonctive sous-jacente.
- La branche lacrymale innerve le tiers externe de la paupière supérieure et de la conjonctive.
- La branche naso-ciliaire est la plus fréquemment atteinte. Elle assure l'innervation sensitive de l'œil, du tiers interne de la paupière inférieure, la racine du nez, et la cloison nasale.

Dans la série de Njamshi A. [10] la localisation ophtalmique était la plus dominante des localisations céphaliques retrouvées. Ce qui concorde avec les résultats de notre étude.



Figure 19: Zona ophtalmique [26]

- **Zona du nerf maxillaire supérieur**

Le Zona du nerf maxillaire supérieur est caractérisé par une éruption qui couvre la paupière inférieure, la joue, l'aile du nez, la lèvre supérieure, la face interne de la joue et la moitié du voile du palais [22].



Figure 20: Zona de la branche maxillaire supérieure du trijumeau [29]

- **Zona du nerf maxillaire inférieur**

Le Zona du nerf maxillaire inférieur est caractérisé par une éruption localisée à la lèvre inférieure, la langue et la gencive [22].



**Figure 21:** Zona le long de la distribution de la branche mandibulaire du nerf trijumeau [30]

- **Zona auriculaire**

Le zona auriculaire est dû à la réactivation du virus VZV au sein du ganglion géniculé du nerf facial. Sa fréquence est difficile à apprécier en raison de sa présentation clinique polymorphe et peu spécifique [22].



**Figure 22:** zona auriculaire [27]

## 1.2. Zona cervical

Le Zona cervical comprend :

- Le Zona cervico-occipitale touchant les racines C1 à C3 allant de la nuque, cuir chevelu au pavillon de l'oreille.
- Le Zona cervico-sus-claviculaire siégeant sur les racines C3 et C4, touchant ainsi la région cervicale, la région claviculaire et une partie de l'épaule descendant vers la naissance du sein.
- Le Zona cervico-brachiale touchant les zones de C4 à C7, touche la partie basse du cou, l'épaule et le membre supérieur [22].

Dans l'étude de Njamshi A [10] le zona cervical représente 16,59% et vient ainsi en second rang des localisations céphaliques ce qui rejoint notre étude

## 2. Aspect des lésions

Les lésions semiologiques retrouvées dépendent de la chronologie et de l'évolution de l'éruption, et donc du délai de la consultation. À la phase initiale, les lésions retrouvées sont des vésicules ou vésiculo-bulles, groupées en un ou plusieurs bouquets, rarement des pustules, qui vont s'affaisser au centre "s'ombiliquer" laissant place à des croûtes qui vont à leur tour tomber après une dizaine de jours. Des cicatrices morphologiques à type de dyschromie ou de cicatrices atrophiques peuvent subsister.

Selon l'étude de Tyndall M. et al. [12] les lésions actives représentent plus de 76% des manifestations cliniques et les cicatrices représentent 11,5% .

Selon Njamshi et al. [10] les vésicules ont été les plus fréquentes 30%. Cela est dû au fait que la plupart des patients ont consulté pendant la phase éruptive, les cicatrices 28%, les croûtes 22% et les pustules 20%.

Ces résultats ne sont pas très éloignés de nos constats où les vésicules représentaient un pourcentage de 53,1%, les croûtes 32,7% des cas, et les cicatrices chez 8,2%.



**Figure 23:** éruption sous forme de vésicules groupées [31]

### **3. Atteintes des aires ganglionnaire**

Dans l'étude de Abdul latheef E. [15] 60% des patients présentaient des adénopathies régionales sensibles au moment de la présentation, La période de résolution variait de 7 à 18 jours, avec une moyenne de 9 à 12 jours [15]. Ce pourcentage est faible dans notre étude où nos patients ne présentaient des adénopathies que dans 27,5% des cas.

### III. L'ETUDE PARACLINIQUE

Le diagnostic étant le plus souvent évident cliniquement, le recours à des examens paracliniques ne se fait que s'il y ait suspicion d'un terrain particulier (infection au VIH) ou d'une complication infectieuse notamment.

La littérature rapporte une valeur prédictive du zona par rapport à l'infection à VIH et plus particulièrement les formes à localisation crânienne comme est montré dans l'étude de Nanacasse [16] où 18,89% étaient porteurs du zona ophtalmique dont 12 VIH-positifs, 3 VIH-négatifs.

Owoeye et Ademola-Popoola [23] ont décrit un taux de 50% de séropositivité pour le VIH chez 10 patients souffrant d'un zona ophtalmique.

Tyndall M. et al. [12] ont affirmé que les localisations ophtalmiques ne sont observées que chez les patients infectés par le VIH.

Wilhelm et al. [24] ont confirmé un taux de séoprévalence au VIH de 35,6% (154 patients) chez 433 patients ophtalmologiques dans une série de 2452 consultants d'un établissement sanitaire dans la province de l'ouest du Cameroun Parmi ces patients séropositifs, 14,9% avaient un zona ophtalmique.

Bayu et Alemayehu [25], dans une étude prospective de 100 patients Ethiopiens porteurs de zona ophtalmique, ont trouvé que 95% de ceux qui ont eu le dépistage pour le VIH étaient positifs.

Njamshi et al. [10] rapporte que 90% personnes ont été testées pour le VIH, 77 étaient séropositives soit une prévalence de 85,55 %. La valeur prédictive positive du zona pour l'infection à VIH était de 79,22 % dans leur échantillon, 12 sur 41 patients (29%) porteurs d'un zona ophtalmique étaient VIH positifs et 3 VIH négatifs. Pour les 26 autres, la sérologie était inconnue pour cause de non acceptation du test de dépistage [10].

La présence du zona a une valeur prédictive positive pour l'infection par le VIH, cette valeur prédictive est encore majorée dans le zona ophtalmique. Ce constat a été fait par Yedomon M. et al. [21].

D'autres particularités ont été observées chez les cas VIH positifs, comme au Kenya, 196 patients séropositifs pour le VIH, ont été comparés à 34 patients séronégatifs; chez les premiers le Zona est significativement plus douloureux, Surinfecté et d'évolution prolongée [12].

Selon Nanacasse [16] Les complications dermatologiques étaient légèrement plus fréquentes chez les patients séropositifs au VIH.

Cette hausse dans ces pays peut être en rapport avec le nombre élevé des cas séropositifs du VIH par rapport au Maroc.

D'autres parts, cette valeur predictive positive du zona pour l'infection au VIH trouve tout son intérêt chez le sujet jeune et ne semble pas concerner la population âgée rappelant ainsi une certaine maladie de Kaposi.

## **IV. EVOLUTION**

Chez notre population, le taux de séquelles était de 89,7% des cas, et de complications de 10% des cas.

Une étude menée par Njamshi et al. [10] retrouvait un taux de complications estimé à 42% alors qu'une autre étude de Abdul latheef et al. [15] rapportait un taux de complications égal à 34.6%. Les principales complications liées étaient infectieuses, neurologiques, ophtalmiques et cutanées.

### **1. Complications neurologiques**

Dominées par les névralgies post zosteriennes avec un taux de 61% chez nous, 57% dans l'étude de njamshi et al. [19], 10,2% dans l'étude de Abdul latheef et al. [15].

L'atteinte de plusieurs nerfs crâniens réalise un tableau de polio encéphalite subaiguë ; La méningite lymphocytaire est fréquente, les polyradiculonévrites, les myélites et les encéphalites exceptionnelles. Les séquelles sont d'autant plus marquées que le sujet est âgé, Mais le problème essentiel est celui des algies post zostériennes, douleurs continues et ou paroxystiques, souvent intolérables, persistant plus d'un mois après l'épisode aigu. Elles sont d'autant plus fréquentes que le malade est âgé (très rare avant 40 ans, survenant dans un cas ou 2 après 60 ans, 3 cas sur 4 après 70 ans), que les douleurs étaient intenses à la phase initiale, et/ou qu'il s'agit d'un zona ophtalmique [17].

## 2. Complications ophtalmiques

L'incidence des complications ophtalmiques varie dans la littérature.

Dans l'étude de Njamshi et al. [10] les complications ophtalmiques s'évaluaient à 18,68%.

Dans l'étude de Nanacasse et al. [16] les complications oculaires surviennent dans 50 à 70 % des cas avec un pronostic souvent réservé [16], ce taux est égale à 7,5% dans notre série.

Les principaux facteurs de risque sont l'âge >50 ans et l'immunosuppression, les complications possibles redoutées sont les suivantes : la nécrose rétinienne aiguë avec possibilité de perte visuelle , l'uvéite antérieure , la kératite épithéliale ponctuée , l'inflammation et l'opacification de la cornée avec déficience visuelle.



Figure 24: Spectre des complications oculaires de l'herpès zoster ophtalmique [28]

### **3. Complications auditifs**

Si le ganglion géniculé est impliqué, cela peut entraîner le syndrome de James Ramsay Hunt, qui comprend une paralysie faciale et des éruptions vésiculaires douloureuses du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille [16] il représente <1% de tous les cas [17].

Dans notre série aucune complication auditive n'a été observée.

### **4. Complications infectieuses**

L'infection bactérienne secondaire est une autre complication fréquente, les infections à streptocoques  $\beta$ -hémolytiques du groupe A, et le staphylocoque .elle est fréquente et plus marquée chez l'immunodéprimé [19] , elles sont actuellement peu inquiétantes, grâce à l'action des antibiotiques [16].

Dans notre étude 2,5% des cas ont présenté une infection, dans L'étude de Njamshi et al. [19] le pourcentage des infections était 17,58% tandis que dans l'étude de Abdul latheef et al. [15] le taux d'infection était de 13,6%.

On distingue que dans notre série le pourcentage d'infection est bas par rapport à la littérature.

### **5. Complications cutanées**

Quant aux complications cutanées on distingue les nécroses cutanées, les cicatrices, le zona disséminé et le zona gangrenosum.

Elles sont de l'ordre de 6,6% chez Njamshi et al. [10], 7% chez Abdul latheef et al. [16], et de 22% chez nous, ces résultats sont un peu rapprochés.

## 6. Complications osseuses

Elles comprennent la résorption radiculaire, l'exfoliation dentaire et l'ostéonécrose alvéolaire [18].

**Tableau 4: Comparasion des complications chez les differents auteurs**

Les séries	Njamshi et al	Abdul latheef et al	Notre série
Névralgies post zostériennes	57,14%	10,2%	61%
Complications ophtalmiques	18,68%		7,5%
Complications infectieuses	17,58%	13,6%	2,5%
Complications cutanées	6,6%	7%	22%

## V. LE TRAITEMENT

### 1. Le traitement viral

Dans le traitement du zona, on cherche à diminuer la douleur, induire une guérison rapide et éviter les complications. La thérapie antivirale est utilisée pour le traitement du zona dès qu'un diagnostic est posé, elle réduit le risque de névralgie post-herpétique.

La prescription d'un antiviral, dans les 72 premières heures, permet généralement d'accélérer la cicatrisation, de réduire la sévérité de l'éruption et la survenue des complications.

Les molécules actives sur le VZV et utilisés au maroc sont : l'aciclovir (Zovirax®), le valaciclovir (Zelitrex®)

Le valaciclovir, prodrogue de l'aciclovir, est la molécule recommandée, comparé aux autres antiviraux, il a été associé à une diminution significative de la durée de la névrite aiguë et des douleurs post-zostériennes lorsqu'elles surviennent, ainsi qu'à une meilleure observance.

#### Les cas particuliers [16]

### 2. Cas du patient immunocompétent

Le traitement antiviral est proposé aux sujets de plus de 50 ans, pour prévenir les douleurs post zostériennes plus fréquentes à partir de cet âge. Il fait appel au valaciclovir à la dose de 1g trois fois par jour ou au famaciclovir à la dose de 500 mg trois par jour par voie orale pendant 7 jours.

Chez l'adulte de moins de 50 ans, et dans le même but, certains proposent aussi le même traitement en cas d'éruption très floride, en cas de douleur intenses lors de la phase prodromique ou de la phase éruptive.

### **3. Cas du patient immunodéprimé**

Le traitement antiviral est systématique, faisant classiquement appel à l'aciclovir par voie intraveineuse, au minimum une semaine. Le valaciclovir et le famciclovir par voie orale sont parfois utilisés.

Le traitement est autant plus efficace, qu'il reste précoce, c'est-à-dire les trois premiers jours de la maladie ; l'idéal serait qu'un patient immunodéprimé consulte dès l'apparition des premiers signes du zona, afin de démarrer immédiatement le traitement.

### **4. Cas du zona ophtalmique**

Le traitement antiviral est systématique dans ce cas. L'aciclovir ou le valaciclovir, utilisé par voie orale sur une durée d'au moins une semaine, est indiqué pour éviter les complications oculaires.

Le zona ophtalmique doit être pris en charge urgemment par un spécialiste, qui jugera de l'opportunité d'un traitement complémentaire comme : aciclovir en pommade ophtalmique, corticothérapie locale et / ou générale selon le type d'atteinte oculaire.

### **5. Cas du zona auriculaire**

Là aussi, le traitement antiviral est conseillé, pour amoindrir le risque de la persistance d'une paralysie faciale. Il faut noter que la corticothérapie est contre-indiquée dans certains cas en début de traitement.

### **6. Prise en charge à la phase aiguë [16]**

Le traitement du zona est en général purement symptomatique :

- En cas de douleurs:
  - Antalgiques de la classe I (paracétamol) à III (morphine) en fonction de l'intensité douloureuse.
  - Certaines benzodiazépines comme le clonazepam (Rivotril®).

- Anti-prurigineux en cas de fortes démangeaisons ; le grattage peut provoquer la surinfection des lésions et l'apparition de cicatrices hypochromiques.
- Soins locaux:
  - Toilette à l'eau tiède avec savon non agressif.
  - Antiseptique après la toilette : par exemple chlorhexidine ou fluorescéine, en solution aqueuse (et non alcoolique, trop agressif). Ce traitement est destiné à éviter la surinfection bactérienne (impétiginisation).

## **7. La prise en charge des douleurs post zostériennes [16]**

Une revue systématique récente s'est principalement attachée à étudier les approches pharmacologiques du traitement des névralgies post zostériennes. Elle concluait que huit médicaments (amitriptyline, nortriptyline, gabapentine, prégabaline, divalproate de sodium, tramadol, morphine, capsaïcine) ont démontré leur efficacité.

La molécule la plus utilisée dans notre contexte est :

- L'amitriptyline (Laroxyl®) comprimé de 25 mg ; 1 à 2 comprimés par jour. L'amitriptyline entraîne une diminution de moitié de l'intensité des douleurs chez 50% des patients, avec une moindre fréquence des paroxysmes douloureux.

**Tableau 5: Comparaison du traitement mis en route avec une autre étude**

<b>Auteur</b>	<b>Traitement antiviral</b>	<b>Traitement antalgique</b>	<b>Traitement local</b>
Njamshi et al	67,28%	65,8%	34,1%
Notre série	64,1%	87,5%	75%

**Tableau 6: Doses recommandées selon la clairance de la créatine estimée par la formule de Cockcroft et Gault pour les antiviraux et médicaments antalgiques utilisés dans la prise en charge des zona aigus et des douleurs post-zostériennes**

Classe thérapeutique	Clairance de la créatinine (mL/min) selon Cockcroft et Gault Dose en mg/jour				
Antiviraux	< 10 mL/min.	10-25 mL/min	> 25 mL/min		
Acyclovir	1600 mg/jour	2400 mg/jour	4000 mg/jour		
Brivudine	125 mg/jour	125 mg/jour	125 mg/jour		
Valacyclovir	1000 mg/jour	2000 mg/jour	3000 mg/jour		
Famciclovir	205 mg/jour	500 mg/jour	750 mg/jour		
Antidépresseurs	< 10 mL/min	10-70 mL/min			
Duloxétine	Contre-indiqué	18,75-37,5 mg en dose initiale, en privilégiant une monoprise			
Venlafaxine	Contre-indiqué	15-30 mg en dose initiale, en			

		privilégiant une monoprise			
Agonistes des canaux calciques	< 15 mL/min	15-29 mL/min	30-49 mL/min	50-79 mL/min	≥ 80 mL/min
Gabapentine	150-300 mg/jour	150-600 mg/jour	300-900 mg/jour	600-1800 mg/jour	900-3600mg/jour
Prégabaline	Contre-indiqué	Contre-indiqué	75-300mL/jour	150-600mg/jour	
Agonistes opioïdes	< 15 mL/min		≥ 15 mL/min		
Tramadol	Non recommandé		100-200 mg/jour		
Oxycodone	Petite dose initiale et adaptation progressive		Petite dose initiale et adaptation progressive		
Morphine	Petite dose initiale et adaptation progressive		Petite dose initiale et adaptation progressive		
Hydromorphone	Petite dose initiale et adaptation progressive		Petite dose initiale et adaptation progressive		

# LIMITES ET PERCEPECTIVES

Bien que nous avons essayé d'être le plus pertinent et le plus méthodique possible et que nos résultats et conclusions soient les plus correctes et représentatifs possible, il existe, comme dans tout travail de recherche, des limites sur lesquelles il paraît important d'attirer l'attention. Parmi ces limites nous citons :

- Le caractère rétrospectif de l'étude qui ne permet pas toujours un recueil exhaustif des données avec des informations manquantes de précision ou des informations incomplètes voire absentes. Des études prospectives ultérieures devraient pallier à cet inconvénient.
- L'échantillon étudié ne regroupe pas tous les cas de la région ; la sélection concernait seulement la population militaire. Celle-ci n'est pas considérée comme un échantillon représentatif de la population générale. Ainsi, des études régionales multicentriques devraient résoudre ce problème.
- Malgré la période de recueil de 10 ans, l'effectif est restreint (40 cas). Cet effectif n'est pas représentatif par rapport à la fréquence de la pathologie. Une étude large étalée sur une durée plus longue et rassemblant les patients des autres services concernés (urgences, ORL, Ophtalmologie...) devrait répondre à ce besoin.
- L'étude exclusive du zona de l'extrémité céphalique n'a pas permis à posteriori de mettre en évidence les caractéristiques particulières de cette localisation. Une étude comparative avec les autres localisations pourrait nous venir en aide dans des travaux futurs.

# CONCLUSION

Le zona est une pathologie relativement fréquente et d'évolution bénigne. L'atteinte de l'extrémité céphalique n'est pas rare ; elle surviendrait particulièrement chez le sujet âgé et/ou chez l'immunodéprimé ; et présenterait certaines particularités.

En effet l'atteinte céphalique du zona toucherait surtout la région ophtalmique, serait plus œdémateuse et se compliquerait volontiers par des algies post zostériennes chroniques surtout si le traitement antiviral n'est pas instauré précocement.

L'atteinte céphalique lorsqu'elle survient chez des sujets jeunes devrait faire penser systématiquement à une immunodépression et imposer une recherche d'une infection eu VIH.

Notre étude, malgré ses limites, nous a permis de comparer nos résultats avec la littérature; lesquels étaient en majorité concordants. Toutefois, notre étude a mis le doigt sur certaines particularités dans notre population, non retrouvée dans la littérature en l'occurrence:

- Le terrain d'immunodépression n'a été retrouvé chez aucun de nos patients.
- L'évolution a été généralement bénigne hormis le problème de névralgies post zostériennes et quelques complications infectueuses et ophtalmiques chez seulement un faible pourcentage de nos patients.

Ces résultats devraient être interprétés avec précautions et nécessiteraient tout d'abord d'être confirmés par des études prenant en compte les différents limites et biais retrouvés dans notre étude.

# RESUMES

## **RESUME**

**Auteur** : ALLALI khaoula

**Titre** : Le Zona de l'extrémité céphalique

**Mots clés** : Zona – Extrémité céphalique – Algies postzosteriennes – Complications – Immunodépression – Traitement.

### **Introduction** :

Le Zona est une dermatose infectieuse virale douloureuse, due à la réactivation du virus Varicelle-Zona-Virus (VZV). Habituellement il touche le thorax mais il peut également se voir aux membres supérieurs et inférieurs et toucher l'extrémité céphalique. Cette dernière présente certaines particularités et pourrait se compliquer d'une atteinte ophtalmique ou auriculaire voire une atteinte plus profonde (encéphalite), engageant le pronostic essentiellement fonctionnel. Les séquelles sont également importantes impactant considérablement la qualité de vie. Enfin, le zona de l'extrémité céphalique peut être un signe révélateur d'une immunodépression acquise (infection au VIH ou immunosuppression), surtout chez le sujet jeune.

### **Objectifs** :

- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du zona de l'extrémité céphalique.
- Etudier les particularités de la localisation céphalique par rapport aux autres localisations
- Montrer les difficultés de prise en charge de cette localisation (éruption et séquelles)
- Etablir le rapport entre le zona de l'extrémité céphalique et l'immunodépression

**Matériel et méthode :**

Notre travail est une étude rétrospective descriptive et analytique, menée au service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknes à propos de 40 cas ayant présenté un zona de l'extrémité céphalique, colligés sur une période de 10 ans entre janvier 2010 et décembre 2019.

**Résultats:**

Durant les dix années de l'étude, nous avons recensé 40 cas. Le nombre de cas incidents annuellement de zona était estimé à 4cas/an. L'âge moyen est de 54,4 ans avec des extrêmes allant de 24 et 84 ans. Le sex ratio H/F est de 3,4. Tout nos patients étaient immunocompétents. La localisation ophtalmique est la plus fréquente (52,5% des cas). Les lésions vésiculeuses sont retrouvées dans 53,1% des cas. Un traitement antiviral est prescrit dans 64,1% des cas, associé fréquemment à un traitement local et un traitement antalgique. Malgré son évolution le plus souvent favorable il existe néanmoins des séquelles, essentiellement représentées par les névralgies post zostériennes (61%).

**Discussion:**

Le zona de l'extrémité céphalique affecte le plus souvent la population âgée. L'immunodépression et plus précisément l'infection aux VIH est un facteur de risque de sa survenue sur l'extrémité céphalique surtout chez le sujet jeune. La localisation ophtalmique vient en premier rang. Le traitement optimal du zona nécessite un traitement antiviral précoce et une gestion de la douleur. Les séquelles sont dominées par les névralgies post-zostériennes.

**Conclusion :**

Le zona est une pathologie qui reste généralement bénigne. Les formes compliquées sont rares et se voient chez les sujets âgés et/ou immunodéprimés. Un diagnostic précoce et un traitement antiviral adapté permettrait d'éviter ces complications particulièrement les algies post zosteriennes.

## **SUMMARY**

**Author:** ALLALI khaoula

**Title:** Shingles of the cephalic extremity

**Key words:** Herpes zoster – Cephalic extremity – Post-zosterian pain – Complications– Immunodepression \_ Treatment.

### **Introduction:**

Shingles is a painful viral infectious dermatosis due to reactivation of the Varicella-Zona-Virus (VZV). Usually it affects the thorax but it can also be seen on the upper and lower limbs and affect the cephalic extremity. The latter presents certain particularities and could be complicated by an ophthalmic or auricular attack or even a deeper attack (encephalitis), engaging the prognosis essentially functional. The after-effects are also significant, having a considerable impact on quality of life. Finally, herpes zoster of the cephalic extremity can be a revealing sign of acquired immunodepression (HIV infection or immunosuppression), especially in young subjects.

### **Objectives:**

- To describe the epidemiologic, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of herpes zoster of the cephalic extremity.
- To study the particularities of the cephalic localization compared to the other localizations
- To show the difficulties of management of this localization (eruption and sequelae)
- To establish the relationship between herpes zoster of the cephalic extremity and immunodepression

**Materials and methods:**

Our work is a retrospective descriptive and analytical study, conducted in the dermatology department of the military hospital Moulay Ismail of Meknes about 40 cases who presented with herpes zoster of the cephalic extremity, collated over a period of 10 years between January 2010 and December 2019.

**Results:**

During the 10-year study period, we identified 40 cases. The number of incident cases annually of herpes zoster was estimated to be 4cas/year. The mean age was 54.4 years with extremes ranging from 24 to 84 years. The sex ratio M/F was 3.4. All our patients were immunocompetent. Ophthalmic localization was the most frequent (52.5% of cases). Vesicular lesions were found in 53.1% of cases. Antiviral treatment is prescribed in 64.1% of cases, frequently associated with local treatment and analgesic therapy. Despite its mostly favorable evolution there are nevertheless sequelae, mainly represented by post zoster neuralgia (61%).

**Discussion:**

Herpes zoster of the cephalic extremity most often affects the elderly population. Immunodepression and more precisely HIV infection is a risk factor for its occurrence on the cephalic extremity, especially in young subjects. The ophthalmic localization comes in first rank. Optimal treatment of herpes zoster requires early antiviral treatment and pain management. Sequelae are dominated by postherpetic neuralgia.

**Conclusion:**

Herpes zoster is a pathology that remains generally benign. Complicated forms are rare and are seen in elderly and/or immunocompromised subjects. An early diagnosis and an adapted antiviral treatment would allow to avoid these complications, particularly the post-zosterian pains.

## ملخص

**العنوان:** قوباء الرأس

**الكلمات الرئيسية:** القوباء - الطرف الرأسية - الألام - المضاعفات - نقص المناعي - العلاج.

### مقدمة

القوباء هو مرض جلدي معدي فيروسي مؤلم عادة ما يؤثر على الصدر يمكن رؤيته أيضًا في الأطراف العلوية والسفلية ويلمس الطرف الراسي. هذا الأخير له خصوصيات معينة ويمكن أن يكون معقدًا بسبب تورط عيني أو أذني أو تورط أعمق (التهاب الدماغ). العواقب مهمة أيضًا ولها تأثير كبير. يمكن أن تكون قوباء الرأس علامة على نقص المناعة المكتسب (عدوى فيروس نقص المناعة البشرية) خاصة عند الشباب.

### الأهداف

- وصف الجوانب الوبائية والسريرية والعلاجية والتطورية.
- دراسة خصائص الموقع الراسي فيما يتعلق بالمواقع الأخرى.
- إظهار الصعوبات في التعامل مع هذا التوطن.
- تحديد العلاقة بين قوباء الرأس وكبت المناعة.

### المادة والطريقة

عملنا عبارة عن دراسة وصفية وتحليلية بأثر رجعي، أجريت في قسم الأمراض الجلدية في مستشفى مولاي إسماعيل مكناس العسكري، حوالي 40 حالة تم جمعها على مدى 10 سنوات بين يناير 2010 وديسمبر 2019 في السنوات العشر من الدراسة، حددنا 40 حالة. وقد عدد السنوي لحوادث القوباء المنطقية بـ 4 حالة/سنة. متوسط العمر هو 54.4 سنة يتراوح من 24 إلى 84 سنة. بمعدل 3.4 ذكر لكل انثى. كان جميع مرضانا يتمتعون بالكفاءة المناعية. توطين العيون هو الأكثر شيوعًا (52.5% من الحالات). تم العثور على آفات حوبصلية في 53.1% من الحالات. تم وصف العلاج المضاد للفيروسات في 64.1% من الحالات، وكثيرا ما يرتبط بالعلاج المحلي والعلاج المسكن.

### المناقشة

غالبًا ما تؤثر القوباء المنطقية في الطرف الرئيسي على كبار السن. يعد نقص المناعة وبشكل أكثر تحديدًا عدوى فيروس نقص المناعة البشرية عامل خطر لوقوعه على الطرف الراسي خاصة الشباب. يأتي توطين العيون أولاً. يتطلب العلاج الأمثل للقوباء المنطقية العلاج المبكر المضاد للفيروسات وإدارة الألم.

### الاستنتاج

القوباء مرض حميد بشكل عام. الأشكال المعقدة نادرة ويمكن رؤيتها لدى كبار السن و/أو الأفراد الذين يعانون من نقص المناعة. يساعد التشخيص المبكر والعلاج المناسب المضاد للفيروسات على تجنب هذه المضاعفات.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Hope-Simpson R: The nature of herpes zoster: A long term study and a new hypothesis. *Proc R Soc Med* 58:9–20, 1965.
- [2]. Burgoon CF Jr, Burgoon JS, Baldrige GD: The natural history of herpes zoster. *JAMA* 164:265–269, 1957.
- [3]. Ragozzino MW, Melton LJ III, Kurland LT, Chu CP, Perry HO: Population-based study of herpes zoster and its sequelae. *Medicine (Baltimore)* 61:310–316, 1982.
- [4]. Gnann JW Jr, Whitley RJ :Clinicalpractice :Herpeszoster. *N Engl J Med* 347:340–346, 2002.
- [5]. Claire del Arco. Le virus Varicelle Zona et ses thérapeutiques. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01469852.
- [6]. Lin, Y.-H., Huang, L.-M., Chang, I.-S., Tsai, F.-Y., Lu, C.-Y., Shao, P.-L., & Chang, L.-Y. (2010). Disease burden and epidemiology of herpes zoster in pre-vaccine Taiwan. *Vaccine*, 28(5), 1217–1220. doi : 10.1016/j.vaccine.2009.11.029.
- [7]. Insinga, R. P., Itzler, R. F., Pellissier, J. M., Saddier, P., & Nikas, A. A. (2005). The incidence of herpes zoster in a United States administrative database. *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), 748–753. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0150.x.
- [8]. Schmidt, S. A. J., Sørensen, H. T., Langan, S. M., & Vestergaard, M. (2021). Perceived psychological stress and risk of herpes zoster: a nationwide population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 185(1), 130–138. doi :10.1111/bjd.19832.
- [9]. Al-dahshan, M. Chehab, N. Ganesan, Bansal D., E. Farag , H. Al-romaihi Epidemiology of herpes zoster in the State of Qatar, 2012–2017.

- [10]. Njamshil AK, Bissek AC, Djientchu V de P, Mbuagbaw J, Yepnjio FN, Ongolo-Zogo P, Njock R, Luma HN, Ngwane S, Lando MJ, Mbua B, Kaptueln, Muna Wft. Le Zona et l'infection à VIH au Cameroun : Aspects épidémiologiques et cliniques. *Health Sciences and Disease* 2003; 3:5–8.
- [11]. Miyachi, M., & Imafuku, S. (2016). Relationship between prior knowledge about herpes zoster and the period from onset of the eruption to consultation in patients with herpes zoster. *The Journal of Dermatology*, 43(10), 1184–1187. doi:10.1111/1346–8138.13334.
- [12]. Tyndall M.W., Nasio J, Agoki E Malisa W, Ronald AR, Ndinya–Achola Jo, Plummer FA. Herpes zoster as the initial presentation of human immunodeficiency virus type 1 infection in Kenya. *Clin Infect Dis*. 1995;21(4):1035–7.
- [13]. Bonhoeffer J, Baer G, Muehleisen B, Aebi C, Nadal D, Schaad UB, Heingeru. Prospective surveillance of hospitalisation associated with varicella–zoster virus infections in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2005;164 (6):366–70.
- [14]. Dr.P.P. Ramasamy M.D., D.D., clinical study of 150 cases of herpes zoster Dissertation submitted to The tamilnadu DR.M.G.R.Medical university Chennai–600032 April 2017.
- [15]. Abdul latheef E.N. and K. Pavithran herpes zoster a clinical study in 205 patients indian j dermatol 2011.
- [16]. Boubkar Nanacasse, étude épidémiologique et clinique du zona au chu de Gabriel Toure.
- [17]. Anant Patil, Mohamad Goldust and Uwe Wollina, Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management 2022.
- [18]. Department of Oral Medicine & Radiology, People's College of Dental Sciences & Research Centre, Bhopal, Madhya Pradesh, India Correspondence.

- [19]. Doctor A, Harper MB, Fleisher GR. Group A beta-hemolytic streptococcal bacteremia: historical overview, changing incidence, and recent association with varicella. *Pediatrics*. 1995 ;96(3):428-33.
- [20]. Campus de dermatologie  
[http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_7/site/html/1\\_2.html](http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_7/site/html/1_2.html) UR.
- [21]. Yedomon HG., Doango Padonon F., Adjibi A., Latoundji S., Zohoun I. Herpes zoster predictive element of human immunodeficiency virus infections (HIV). *Epidemiology-clinical study in Cotonou (Benin) Bull Soc Pathol Exot*. 1993; 86(2): 87 - 9.
- [22]. Maatouk F., attitudes diagnostiques et thérapeutiques du zona, 2020, rabat.
- [23]. Owyhee JF, Ademola-Popoola DS. Herpes zoster infection and HIV seropositivity among eye patients—University of Ilorin Teaching Hospital experience. *West Afr J Med*. 2003 ; 22(2):136–8.
- [24]. Wilhelm F, Herz E, McArthur C, Wershnick C. HIV seroprevalence in ophthalmologic patients of Cameroon. *Ophthalmologie*. 2004 ;101(9):941–4.
- [25]. Bayu S, Alemeyehu W. Clinical profile of herpes zoster ophthalmicus in Ethiopians. *Clin Infect Dis*. 1997 ;24(6) :1256–60.
- [26]. Benotmane F., Belhassan Salim, Ophthalmic zoster of the eyelid: good outcome with valaciclovir, mars 2014.
- [27]. <https://www.jucm.com/tag/herpes-zoster-oticus>.
- [28]. [https://www.researchgate.net/figure/Spectrum-of-ocular-complications-of-herpes-zoster-ophthalmicus\\_fig1\\_286652994](https://www.researchgate.net/figure/Spectrum-of-ocular-complications-of-herpes-zoster-ophthalmicus_fig1_286652994).
- [29]. <https://www.elrincondelamedicinainterna.com/2014/02/herpes-zoster-de-rama-maxilar-superior.html>.

[30]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221000941>.

[31]. <https://www.blogsantepius.com/medecine/le-zona-une-maladie-causee-par-le-stress-et-qui-pourrait-vous-rendre-aveugle>.



أطروحة رقم 22/181

سنة 2022

قوباء الطرف الرأسي  
تجربة قسم الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس  
( بصدد 40 حالة )

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/05/12

من طرف

الآنسة خولة علالي

المزودة في 20 يناير 1996 بمكناس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية:

القوباء - الطرف الرأسي - الألام - المضاعفات - النقص المناعي - العلاج

اللجنة

- الرئيس ..... السيدة فاطمة البوخريسي  
أستاذة في الكيمياء الإحيائية
- المشرف ..... السيد جلال البنائي  
أستاذ ميرز في طب الجلد
- السيد علي زينيبي  
أستاذ في الطب الباطني
- أعضاء { ..... السيد حسن أولغزال  
أستاذ في علم الغدد الصم و الأمراض الناشئة عن التحولات الغذائية
- ..... السيد مصطفى الرافي  
أستاذ ميرز في علم وظائف الأعضاء