



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE  
RABAT



**Année: 2021**

**Thèse N°: 230**

# PERCEMENT DU LOBULE DE L'OREILLE CHEZ L'ENFANT : COMPLICATIONS

## THESE

*Présentée et soutenue publiquement le : / /2021*

PAR

**Madame Chaimaa BOUSSEFINA**  
*Née le 01 Janvier 1995 à Skhirat*

*Pour l'Obtention du Diplôme de*  
**Docteur en Médecine**

**Mots Clés** : Piercing; Complication; Infection; Enfant

**Membres du Jury :**

**Monsieur Abdelali BENTAHILA**

Professeur de Pédiatrie

**Madame Fatima JABOUIRIK**

Professeur de Pédiatrie

**Madame Saida TELLAL**

Professeur de Biochimie

**Président**

**Rapporteur**

**Juge**





**UNIVERSITE MOHAMMED V  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIERABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ

1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH

1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK

1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI

1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI 1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI

2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

**Doyen :**

**Professeur Mohamed ADNAOUI**

**Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines**

Professeur Brahim LEKEHAL

**Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**

Professeur Taoufiq DAKKA

**Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**

Professeur Younes RAHALI

**Secrétaire Général**

Mr. Mohamed KARRA

## 1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

### PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

#### Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne - [Clinique Royale](#)  
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation  
Pr. SETTAF Abdellatif Pathologie Chirurgicale

#### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne – [Doyen de la EMPR](#)  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda Neurologie

#### Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha Gynécologie -Obstétrique  
Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

#### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation  
Pr. BAYAHIA Rabéa Néphrologie  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale  
Pr. BENSOUA Yahia Pharmacie galénique  
Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie  
Pr. BEZAD Rachid Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des Orangers](#)  
Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie  
Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie  
Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie  
Pr. SOULAYMANI Rachida Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)  
Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

#### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)  
Pr. BENSOUA Adil Anesthésie Réanimation  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza Gastro-Entérologie  
Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie  
Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie  
Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie  
Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

#### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine Radiothérapie  
Pr. BEN RAIS Nozha Biophysique  
Pr. CAOUI Malika Biophysique  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)  
Pr. EL AMRANI Sabah Gynécologie Obstétrique  
Pr. ERROUGANI Abdelkader Chirurgie Générale - [Directeur du CHUIS](#)  
Pr. ESSAKALI Malika Immunologie

Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

Chirurgie Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)  
Pédiatrie  
Traumatologie - Orthopédie  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

### **Décembre 1996**

Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. OUZEDDOUN Naima

Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Néphrologie

Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. KADDOURI Noureddine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Neurologie  
Cardiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie [Directeur Hôp. Ar-razi Salé](#)  
Gynécologie Obstétrique

### **Novembre 1998**

Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale

Pr. BENKIRANE Majid\*

Hématologie

**Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUAMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

**Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Cheikh Zaid](#)  
Urologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Pédiatrie

**Décembre 2001**

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJILIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique [Directeur Hôp. Des Enfants Rabat](#)  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Univ. International \(Cheikh Khalifa\)](#)  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique [V-D chargé Aff Acad. Est.](#)  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique

Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AMEUR Ahmed\*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef\*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. CHOHO Abdelkrim\*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. SIAH Samir\*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif\*  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

### **AVRIL 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

### **Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Rhumatologie [Directeur Hôp. ALAyachi Salé](#)  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Biophysique  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie  
Hématologie  
O.R.L  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie - Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Pneumo - Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation  
Biochimie-chimie

Pr. BENZIANE Hamid\*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
Pr. CHERKAOUI Naoual\*  
Pr. EL BEKKALI Youssef\*  
Pr. EL ABSI Mohamed  
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
Pr. EL OMARI Fatima  
Pr. GHARIB Nouredine  
Pr. HADADI Khalid\*  
Pr. ICHOU Mohamed\*  
Pr. ISMAILI Nadia  
Pr. KEBDANI Tayeb  
Pr. LOUZI Lhoussain\*  
Pr. MADANI Naoufel  
Pr. MARC Karima  
Pr. MASRAR Azlarab  
Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
Pr. SIFAT Hassan\*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour\*  
Pr. TLOGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGADR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna\*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem

Pharmacie clinique  
Ophtalmologie  
Pharmacie galénique  
Chirurgie cardio-vasculaire  
Chirurgie générale  
Anesthésie réanimation  
Psychiatrie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Radiothérapie  
Oncologie médicale  
Dermatologie  
Radiothérapie  
Microbiologie  
Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Hématologie biologique  
Biochimie-chimie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie-orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie

Médecine interne  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie [Directeur Hôp. des Spécialités](#)  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie-orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie

Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha\*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani\*

Pédiatrie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-Phtisiologie

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation  
Médecine Interne **Directeur ERSSM**  
Physiologie  
Microbiologie  
Médecine Aéronautique  
Biochimie- Chimie  
Radiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Plastique et Réparatrice  
Urologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique

### **Decembre 2010**

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

### **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Traumatologie-orthopédie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie Pathologique

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane

Pharmacologie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Réanimation Médicale

Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENCHEKROUN Laila	Biochimie-Chimie
Pr. BENKIRANE Souad	Hématologie
Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <b>Vice-Doyen à la Pharmacie</b>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie

Pr. ZERHOUNI Hicham  
Pr. ZINE Ali\*

Chirurgie Pédiatrique  
Traumatologie Orthopédie

### **AVRIL 2013**

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

### **MARS 2014**

Pr. ACHIR Abdellah  
Pr. BENCHAKROUN Mohammed\*  
Pr. BOUCHIKH Mohammed  
Pr. EL KABBAJ Driss\*  
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira\*  
Pr. HARDIZI Houyam  
Pr. HASSANI Amale\*  
Pr. HERRAK Laila  
Pr. JEAIDI Anass\*  
Pr. KOUACH Jaouad\*  
Pr. MAKRAM Sanaa\*  
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar  
Pr. SEKKACH Youssef\*  
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Hématologie Biologique  
Génycologie-Obstétrique  
Pharmacologie  
CCV  
Médecine Interne  
Généologie-Obstétrique

### **DECEMBRE 2014**

Pr. ABILKACEM Rachid\*  
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila  
Pr. BEKKALI Hicham\*  
Pr. BENAZZOU Salma  
Pr. BOUABDELLAH Mounya  
Pr. BOUCHRIK Mourad\*  
Pr. DERRAJI Soufiane\*  
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali  
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim\*  
Pr. EL MARJANY Mohammed\*  
Pr. FEJJAL Nawfal  
Pr. JAHIDI Mohamed\*  
Pr. LAKHAL Zouhair\*  
Pr. OUDGHIRI NEZHA  
Pr. RAMI Mohamed  
Pr. SABIR Maria  
Pr. SBAI IDRISSE Karim\*

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

### **AOUT 2015**

Pr. MEZIANE Meryem  
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## **PROFESSEURS AGREGES :**

### **JANVIER 2016**

Pr. BENKABBOU Amine	Chirurgie Générale
Pr. EL ASRI Fouad*	Ophtalmologie
Pr. ERRAMI Nouredine*	O.R.L
Pr. NITASSI Sophia	O.R.L

### **JUIN 2017**

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAITI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. MAJBAR Mohammed Anas	Chirurgie Générale
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. SOUADKA Amine	Chirurgie Générale
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

### **MAI 2018**

Pr. AMMOURI Wafa	Médecine interne
Pr. BENTALHA Aziza	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL AHMADI Brahim	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HARRECH Youness*	Urologie
Pr. EL KACEMI Hanan	Radiothérapie
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa	Radiothérapie
Pr. FATIHI Jamal*	Médecine Interne
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah	Anesthésie-Réanimation
Pr. JROUNDI Imane	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil	Radiologie
Pr. TADILI Sidi Jawad	Anesthésie-Réanimation
Pr. TANZ Rachid*	Oncologie Médicale

### **NOVEMBRE 2018**

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rajae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

### **NOVEMBRE 2019**

Pr. AATIF Taoufiq*	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*	Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*	Chirurgie-Générale

Pr. BOUZELMAT HICHAM*	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL*	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI NAWFAL*	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM*	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM*	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL*	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED*	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM*	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK*	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED*	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE*	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA*	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA*	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR*	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD*	Anesthésie-Réanimation

## 2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <b>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</b>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

### PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

*Mise à jour le 05/03/2021*

***KHALED Abdellah***

***Chef du Service des Ressources Humaines  
FMPR***

# ***DEDICACES***



*AU nom d'ALLAH le Tout Miséricordieux, le Très  
Miséricordieux.*

*Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers.*

*Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux,  
Maître du Jour de la Rétribution.*

*C'est Toi <<Seul>>que nous adorons, et c'est Toi  
<<Seul>>dont nous implorons secours.*

*Guide-nous dans le droit chemin,  
Le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas  
de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés*





***Je dédie cette thèse ...***

## *A ma très chère mère*

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi.*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence. A une personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi. Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi j'obtiens mon doctorat national.*

*J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés. Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore besoin de ton amour. Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.*

*J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. **Je t'aime maman...***





### *A mon très cher père*

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et ma formation. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.*

*Je t'aime papa...*






***A mes chers et adorable freres***

*Walid, mon deuxième père, Mohamed Nadir, Le doux, au cœur généreux . Vous avez été à mes côtés pendant toutes les étapes de mes études, je vous en suis très reconnaissante. L'encouragement, les conseils et les soutiens que vous m'avez apporté étaient et reste la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénibles Quoique je puisse dire et écrire, Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels et d'amour, d'attachement que j'éprouve à votre égard. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours. J'espère ne jamais vous décevoir, ni trahir votre confiance et vos sacrifices. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès. Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité*

***A mon très cher époux Omar***



*Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserve du mal, vous combler de santé et de bonheur **Je t'aime***



***À tous les membres de ma grande famille :***

*J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse, Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Je vous remercie toutes et tous pour votre support, tolérance et patience. J'ai toujours senti votre présence à mes côtés, je vous en suis reconnaissante. Recevez ce travail en signe de mon grand amour et affection.*

***A mes meilleures amies Awatif et Nihad :***

*Merci d'avoir toujours été là pour moi, dans les bons comme les mauvais moments. Nous avons vécu et traversé tellement de choses ensemble. Vous êtes une partie de moi, vous êtes ma deuxième famille. Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.*



*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection. Vous êtes les meilleures*



***À tous mes enseignants du primaire, secondaire,  
et de la faculté de médecine de Rabat :***

*Aucune dédicace ne saurait exprimer le respect que je vous apporte ainsi que ma reconnaissance pour tous les sacrifices pour ma formation.. Puisse Dieu tout-puissant vous procurer santé, bonheur et longue vie.*

*À toutes les personnes qui, d'une quelconque manière, m'ont apporté leur amitié, leur attention, leurs encouragements, leur appui et leur assistance.*

*À tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur et tous ceux qui ont contribué*

*de près ou de loin l'élaboration de ce travail.*



# ***REMERCIEMENTS***



***A notre maître et président de thèse***

***Monsieur Abdelali BENTAHILA***

***Professeur de Pédiatrie***

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse. Je vous en remercie infiniment. Vos compétences professionnelles ainsi que vos qualités humaines vous valent beaucoup d'admiration et de respect. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'études. Puissent des générations avoir la chance de profiter de votre savoir de votre sagesse et votre bonté. Nous vous prions de bien vouloir, cher Maître, accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance et respect pour le grand honneur que vous nous faites. Veuillez trouver ici, chère maître, l'expression de mes vifs remerciements*





***A notre maître et rapporteur de thèse***

***Madame Fatima JABOUIRIK***

***Professeur de Pédiatrie***

*Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de prendre en charge l'encadrement de mon travail de thèse, nous espérons être à la hauteur. Vos nombreux conseils, vos orientations, et votre soutien ont permis à ce travail de voir le jour et vos remarques judicieuses ont permis de le valoriser. Vous avez sacrifié beaucoup de votre temps, nous sommes très reconnaissants des grands efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail. Nous avons toujours trouvé auprès de vous un accueil très chaleureux et une disponibilité de tous les instants. Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines, professionnelles et vos qualités d'enseignant qui ont toujours suscité notre admiration. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre fidèle attachement, de notre profonde gratitude et notre haut estime.*





*À notre maître et juge de thèse*

*Madame Saida TELLAL*

*Professeur de Biochimie*

*Nous vous remercions d'avoir pris sur votre temps pour siéger au sein de notre respectable jury.*

*Nous sommes très reconnaissants de l'amabilité et la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.*

*Votre compétence, votre dynamique, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect.*

*Veillez accepter chère Professeur, ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.*



***LISTE  
DES ABREVIATIONS***

---

## **Abréviations**

<b>AAP</b>	: Artère auriculaire postérieure
<b>ATS</b>	: Artère temporale superficielle
<b>BGP</b>	: Bacille à gram positif
<b>HIV</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine
<b>J.C</b>	: Jésus christ
<b>L</b>	: Faible teneur en Carbone
<b>L'ANAES</b>	: Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>L'APP</b>	: Association des Perceurs Professionnels
<b>L'INVS</b>	: Institut de Veille Sanitaire
<b>LVM</b>	: liquide coulée sous vide
<b>M.</b>	: Mycobactérie
<b>MAE</b>	: Méat acoustique externe
<b>VHB</b>	: Virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	: Virus de l'hépatite C
<b>VHD</b>	: Virus de l'hépatite D

***LISTE  
DES ILLUSTRATIONS***

---

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Situation générale de l'oreille externe, vue frontale. 1. Pavillon ; 2.méat acoustique externe; 3.atrium et récessus épi tympanique 4.cochlée; 5.méat acoustique interne; 6.trompe auditive. ....	7
<b>Figure 2:</b> vue antérieure de l'oreille externe .....	8
<b>Figure 3:</b> pavillon de l'oreille.....	9
<b>Figure 4:</b> Vues latérale et médiale du cartilage du pavillon droit[1] 1.Épine de l'hélix; 2.racine de l'hélix; 3.hélix; 4.tuberculum auriculae 5.queue de l'hélix; 6.anthélix; 7.eminentia scaphae; 8.fossa anthelicis; 9.sillon postérieur de l'anthélix; 10.eminentia conchae; 11.ponticulus .....	12
<b>Figure 5:</b> Muscles du pavillon.....	13
<b>Figure 6:</b> Méat auditif externe.....	15
<b>Figure 7:</b> A Coupe transversale du MAE .....	17
<b>Figure 7 :</b> B Coupe coronale du MAE .....	
<b>Figure 8:</b> A.Réseau artériel du pavillon de l'oreille, vue latérale. 1.Artère temporale superficielle (ATS); 2.artère auriculaire postérieure; 3.branche auriculaire de l'ATS; 4.branches perforantes; 5.muscle digastrique; 6. Angle mandibulaire.....	21
<b>Figure 9:</b> Innervation du pavillon de l'oreille. En hachuré: nerf trijumeau; en jaune: plexus cervical superficiel; en gris: nerf intermédiaire.....	23
<b>Figure 10:</b> Statue de Toutankhamon enfant, ayant les oreilles percées.....	25
<b>Figure 11:</b> Triple Perçage .....	30
<b>Figure 12:</b> Une cérémonie de Karnavedha .....	31
<b>Figure 13:</b> un système de perçage d'oreille jetable .....	35
<b>Figure 14:</b> Perçage des oreilles avec des pistolets à ressort .....	36

<b>Figure 15:</b> Système utilisant la pression des doigts .....	36
<b>Figure 16:</b> cartouche stérile pour système de percage .....	37
<b>Figure 17:</b> Pistolet perce-oreille à ressort .....	37
<b>Figure 18:</b> Les puces d'oreilles constituent le style de boucle le plus répandu .....	43
<b>Figure 19:</b> Une chaîne d'oreille.....	43
<b>Figure 20:</b> Détail d'une puce d'oreille munie de son fermoir poussette belge .....	43
<b>Figure 21:</b> Jeune fille portant des créoles semi-circulaires avec fermoirs en poussette belge	43
<b>Figure 22:</b> Trou de boucle d'oreille qui saigne .....	50
<b>Figure 23:</b> Eczema du lobe d'oreille chez une fillette.....	53
<b>Figure 24:</b> Chéloïde suite a un piercing du lobe de l'oreille .....	56

# ***SOMMAIRE***

<b>I-INTRODUCTION</b> .....	2
<b>II-RAPPEL ANATOMIQUE</b> .....	6
II.1-Anatomie descriptive DE L'Oreille externe .....	6
a) Anatomie du pavillon .....	6
- Face latérale .....	7
- Face médiale.....	11
- Revêtement cutané.....	11
- Charpente cartilagineuse.....	11
- Système musculo ligamentaire.....	12
- Dimensions.....	15
- Morphologie .....	16
- Portion fibro cartilagineuse .....	16
- Portion osseuse .....	18
- Vascularisation de l'oreille externe .....	20
* Artères.....	20
* Veines .....	21
* Lymphatiques.....	22
* Innervation .....	22
<b>III-HISTOIRE</b> .....	25
<b>IV- SPECIFICITES REGIONALES</b> .....	29
IV.1- Europe et Amérique du Nord .....	29
IV.2- Amérique Latine .....	29
IV.3-Hindouisme .....	30
<b>V-PROCEDURE ET CICATRISATION</b> .....	33
V.1-Perçage à l'aiguille .....	34
V.2-Système de perçage de l'oreille.....	35
V.3-Cicatrisation.....	37
<b>VI- LES BIJOUX</b> .....	40
VI.1-Les FORMES .....	40

V I.2- Les dimensions du bijou .....	44
VI.3-La composition du bijou .....	44
VI.3-1- Le nickel .....	44
VI.3-2-L'acier chirurgical .....	44
VI.3-3-Le titane .....	44
VI.3-4-Le niobium .....	45
VI.3-5- L'or .....	45
VI.3-6- L'argent .....	45
VI.3-7-Le platine .....	45
VI.3-8-L'acrylique ou PMMA (Poly méthyl Méthacrylate) .....	45
VI.3-9- Le PFTE (Polytétrafluoroéthylène) .....	46
VI.3-10-Les autres matériaux .....	46
VI.4- La mise en place du bijou .....	47
VI.4-1- Par un perceur .....	47
VI.4-2-Par un bijoutier .....	48
VI.4-3- Le piercing sauvage .....	48
VI.4-4-Le piercing domestique .....	48
VI.4-5- Par un professionnel de santé .....	48
<b>VII-CHAPITRE PREMIER : ACCIDENTS PRODUITS PAR PERFORATION DU</b>	
<b>LOBULE.....</b>	<b>50</b>
VII.1- L'hémorragie .....	50
VII.2 : Accidents inflammatoires .....	51
VII.3 : L'érythème du pavillon .....	51
VII.4 : Complications dermatologiques .....	52
VII.4-1-L'eczéma et l'herpès .....	52
VII.4-2 : Sarcoidose cutanée .....	54
VII.4-3 : Cicatrice hypertrophique et chéloïdes .....	55
VII.4-4- Pseudolymphome .....	56
VII.4-5- Argyrisme .....	57
VII.4-6-Botryomycome .....	57

VII.4-7- Érysipèle.....	57
VII.4-8-L'impétigo .....	58
<b>VIII-CHAPITRE II : COMPLICATIONS INFECTIEUSES .....</b>	<b>60</b>
VIII.1- Mécanismes de survenue .....	60
VIII.2- Bactériennes .....	61
VIII.2-1- Locales et locorégionales .....	61
VIII.2-2-Dues à des mycobactéries .....	62
VIII.2-2-1 Mycobacterium Tuberculosis .....	62
VIII.2-2-2-Mycobactéries atypiques.....	63
VIII.2-3-Tétanos .....	63
VIII.2-4- Syndrome choc toxique .....	63
VIII.2-5-Septicémie .....	63
VIII.3-Virales .....	64
VIII.4-Mycosiques .....	64
<b>IX-CHAPITRE III : ACCIDENTS ULTERIEURS DES PLAIES .....</b>	<b>66</b>
IX.1-Les complications traumatiques et mécaniques .....	66
IX.1-1-Les déformations traumatiques du lobule .....	66
IX.1-2-Enchâssement du piercing avec impossibilité de retrait .....	68
IX.1-3-La scission du lobule .....	68
IX.2-Complications allergiques .....	69
IX.2-1-Dermite d'irritation .....	69
IX.2-2- Dermite allergique .....	70
IX.2-3-Allergie au métal .....	71
IX.2-4- L'allergie au latex .....	72
IX.3-Problème de cicatrisation .....	73
IX.3-1-Retard de cicatrisation.....	73
IX.3-2- Cicatrices hypertrophiques et chéloïdes Sont également considérés, comme complications du piercing, les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes.....	74
IX.4- Complications tardives systémiques .....	75
<b>X- PREVENTION DES COMPLICATIONS DU PIERCING .....</b>	<b>77</b>

X.1- Règles d'hygiène universelles .....	77
X.1-1- Limitation de la transmission entre client et opérateur .....	77
X.1-1-1-Lavage et la désinfection des mains .....	77
X.1-1-2-Gants.....	78
X.1-2- Limitation de la transmission de client à client .....	78
X.1-2-1-Articles de perçage et stérilité .....	78
X.1-2-2-Outils non stérilisables et surfaces de travail.....	79
X.1-2-3-Elimination des instruments souillés piquants et tranchants.....	79
X.1-3-Limitation « d'auto-infection » du client .....	79
X.2-Local, matériel, stérilisation .....	80
X.2-1- Salle de stérilisation .....	80
X.2-1-1-Partie sale ou contaminée (zone de nettoyage) .....	80
X.2-1-2-Partie propre (zone de conditionnement et stérilisation) .....	81
X.2-2-Salle de travail ou salle de piercing.....	82
X.2-3-Nettoyage et désinfection de l'espace de travail .....	82
X.2-4-Bijoux de piercing .....	83
X.3-Sécurité des professionnels (Accident d'exposition au sang) .....	83
X.3-1-Mesures générales .....	83
X.3-2-Mesures spécifiques contre l'hépatite B .....	84
X.3-3-Mesures spécifiques contre l'hépatite C .....	85
X.3-4-Mesures spécifiques contre le virus du sida .....	85
<b>XI-LE ROLE DU CORPS MEDICAL .....</b>	<b>87</b>
XI.1-Une médicalisation du piercing.....	87
XI.2- Les actions possibles .....	87
<b>XII-TRAITEMENT DES AFFECTIONS .....</b>	<b>91</b>
<b>XIII - CONCLUSION .....</b>	<b>95</b>
<b>XIV- RESUMES .....</b>	<b>97</b>
<b>XIV- REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES .....</b>	<b>101</b>

# ***INTRODUCTION***

## I-INTRODUCTION

Les boucles d'oreilles sont une belle décoration que les filles commencent à porter dès l'enfance, quand, dans un an ou deux, les parents décident de percer les oreilles de leur fille. Puis le couple constant change plus souvent, la fille expérimente avec des images, des styles et du matériel. Certains portent exclusivement de l'or, d'autres de l'argent, d'autres alternent des métaux sans négliger les bijoux.



Les boucles d'oreilles complètent n'importe quel look, la rendent complète et féminine. « Les plaies par instruments piquants du lobule de l'oreille n'offrent en général aucune gravité. La mode a même consacré chez les mamans cette coutume de perforer le lobule pour y sus-prendre des boucles d'oreilles à leurs enfants ». Ce fait pratiqué depuis longtemps, n'entraîne en général que peu d'inconvénients, doit cependant attirer un peu l'attention.

Si peu nombreuses en effet que puissent être les conséquences fâcheuses de cette coutume, si rares que soient les accidents, c'est trop pour notre époque moderne où les lois de l'antisepsie ; base de toutes nos grosses découvertes, devraient régner en souveraines incontestées. Cette opération du percement du lobule de l'oreille, pratiquée le plus ordinairement par des mains étrangères à la médecine, un bijoutier le plus souvent, se fait avec la plus grande simplicité, à l'aide d'un poinçon très aigu poussé à travers le lobule préalablement appliqué sur un bouchon. Mais il n'est pas rare de voir survenir à la suite de ce léger traumatisme des phénomènes de divers ordres. Ces faits qui sont épars dans la science, qui ne sont que brièvement mentionnés dans les Traités de chirurgie ou les livres classiques et qui ne sont en général que l'objet d'articles épars dans les journaux scientifiques, nous ont paru cependant assez intéressants pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Sur les conseils de notre maître, Professeur Mme Jabourik, qui, en sa qualité chargée de cours des maladies de la peau en pédiatrie, voit souvent les conséquences que cette opération peut amener, nous avons cherché à voir le parti que nous pourrions tirer de ce sujet.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

Dans un premier chapitre, nous étudierons les accidents que peut produire la perforation du lobule, c'est en somme une partie des accidents des plaies et en particulier le réveil des syndromes provoqués par ce traumatisme.

Dans un second chapitre, nous verrons les conséquences que peut avoir une inoculation spécifique faite dans cette région et là nous aurons spécialement en vue les maladies bactériennes, virales et mycosiques.

Dans un troisième chapitre, nous mentionnerons les accidents ultérieurs des plaies, telles que les déformations, l'apparition de cicatrices vicieuses, la scission du lobule, etc.

Cette division, cependant toute factice, ne devra pas nous faire perdre de vue que, sous l'influence d'un nouveau traumatisme produit par une déchirure faite par la boucle sur un lobule déjà cicatrisé, des accidents inflammatoires nouveaux peuvent se produire sur cette nouvelle plaie, comme lorsque l'opération vient d'être faite.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous indiquerons en quelques mots le traitement de ces affections et le rôle du corps médical dans la prévention des complications dues au perçage du lobule de l'oreille.

Chemin faisant, nous verrons alors quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ce travail trop court, trop incomplet sur bien des points, nous le reconnaissons ; mais nos juges voudront bien nous continuer l'amabilité qu'ils nous ont toujours montrée et, eu égard aux circonstances, nous accorder toute leur indulgence.

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet et au moment de quitter la Faculté et les hôpitaux, qu'il nous soit permis de nous conformer à un usage si doux et si agréable, celui de leurs conseils et de leurs lumières.

Nous n'oublions pas, non plus, les professeurs de la Faculté de Rabat, où nous avons commencé nos études et qui nous ont toujours été si dévoués. Qu'ils veuillent bien agréer, l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'ils ont toujours mise à nous guider dans nos études et pour les conseils éclairés qu'ils nous ont toujours donnés.

***RAPPEL  
ANATOMIQUE***

## II-RAPPEL ANATOMIQUE

L'oreille est portée par l'os temporal et comprend deux parties de fonctions différentes :

*L'appareil de l'audition qui est composé de :*

L'oreille externe : qui est dotée de plusieurs fonctions : amplification et localisation spatiale de l'onde sonore, rôle de protection de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne chargée de recueillir et de transmettre l'onde sonore.

La partie antérieure de l'oreille interne : la cochlée qui perçoit ces ondes.

*L'appareil de l'équilibration* qui est formée par la partie postérieure de l'oreille interne : le vestibule et les canaux semi-circulaires.

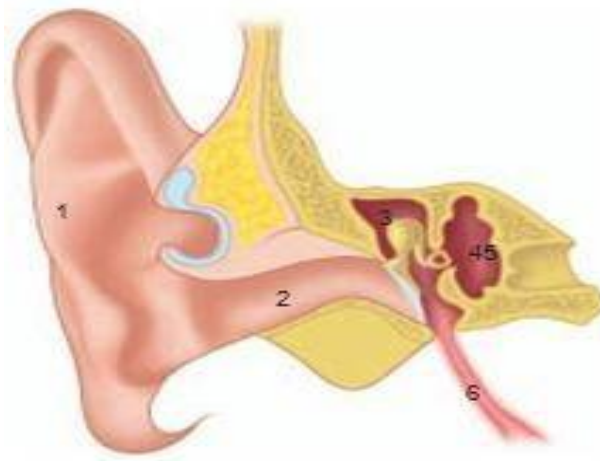
### II.1-Anatomie descriptive DE L'Oreille externe : [1]

L'oreille externe, composée du pavillon et du méat acoustique externe, représente une double entité fonctionnelle et esthétique. La bonne connaissance de son anatomie est également indispensable pour toute chirurgie de l'oreille moyenne. Les rapports qu'elle contracte ainsi avec la caisse du tympan, la méninge temporale, l'articulation temporo mandibulaire et la parotide font que l'oreille externe intéresse ainsi des domaines aussi variés que les chirurgies otologiques, carcinologique, réparatrice, voire certains abords oto -neuro - chirurgicaux.

#### a) Anatomie du pavillon :

Le pavillon de l'oreille (pinna) est un organe pair, situé en arrière de l'articulation temporo mandibulaire et de la région parotidienne, en avant de la mastoïde, au-dessous de la région temporale.

Il est uni au crâne par la partie moyenne de son tiers antérieur, les deux tiers postérieurs formant la zone mobile du pavillon (Fig.1)



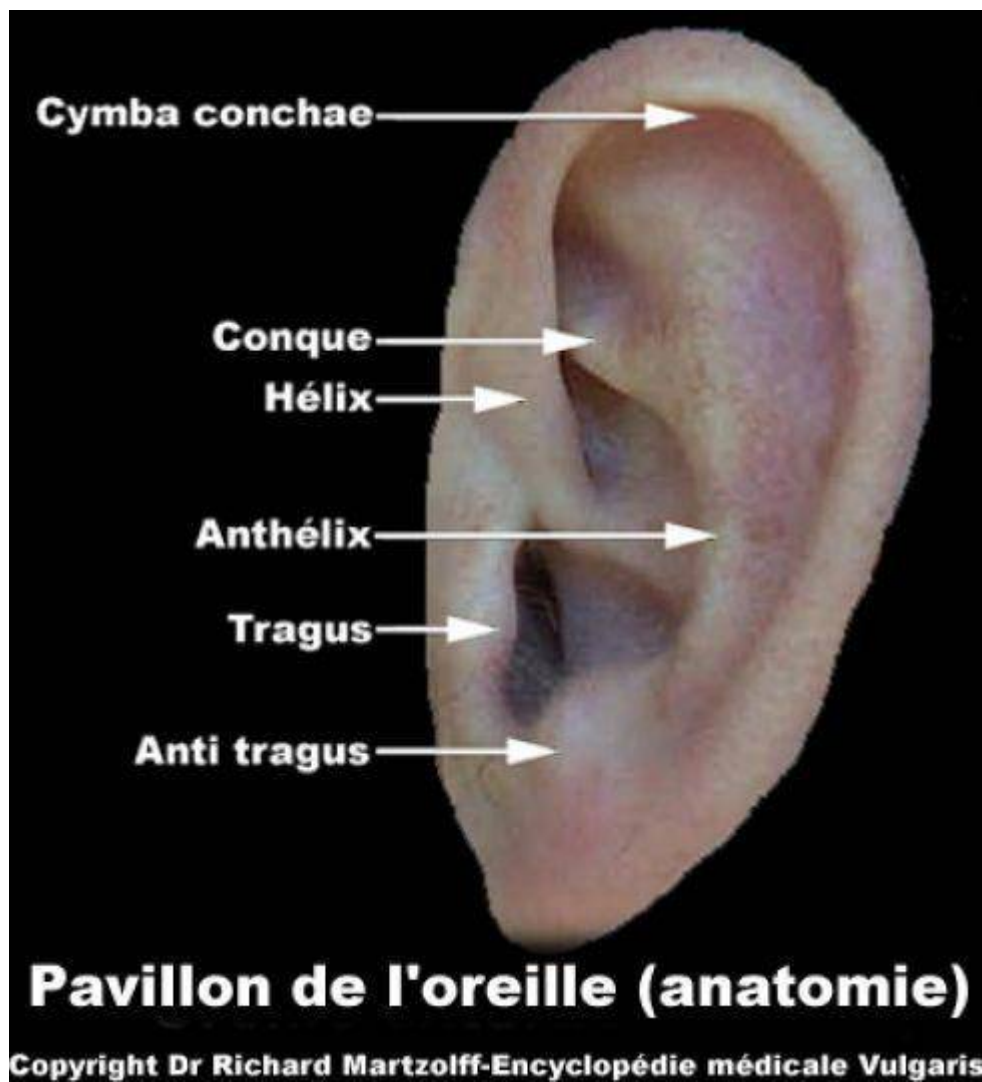
**Figure 1:** *Situation générale de l'oreille externe, vue frontale.* 1. Pavillon ; 2.méat acoustique externe; 3.atrrium et récessus épi tympanique 4.cochlée; 5.méat acoustique interne; 6.trompe auditive.

On lui décrit ainsi deux faces et un bord libre :

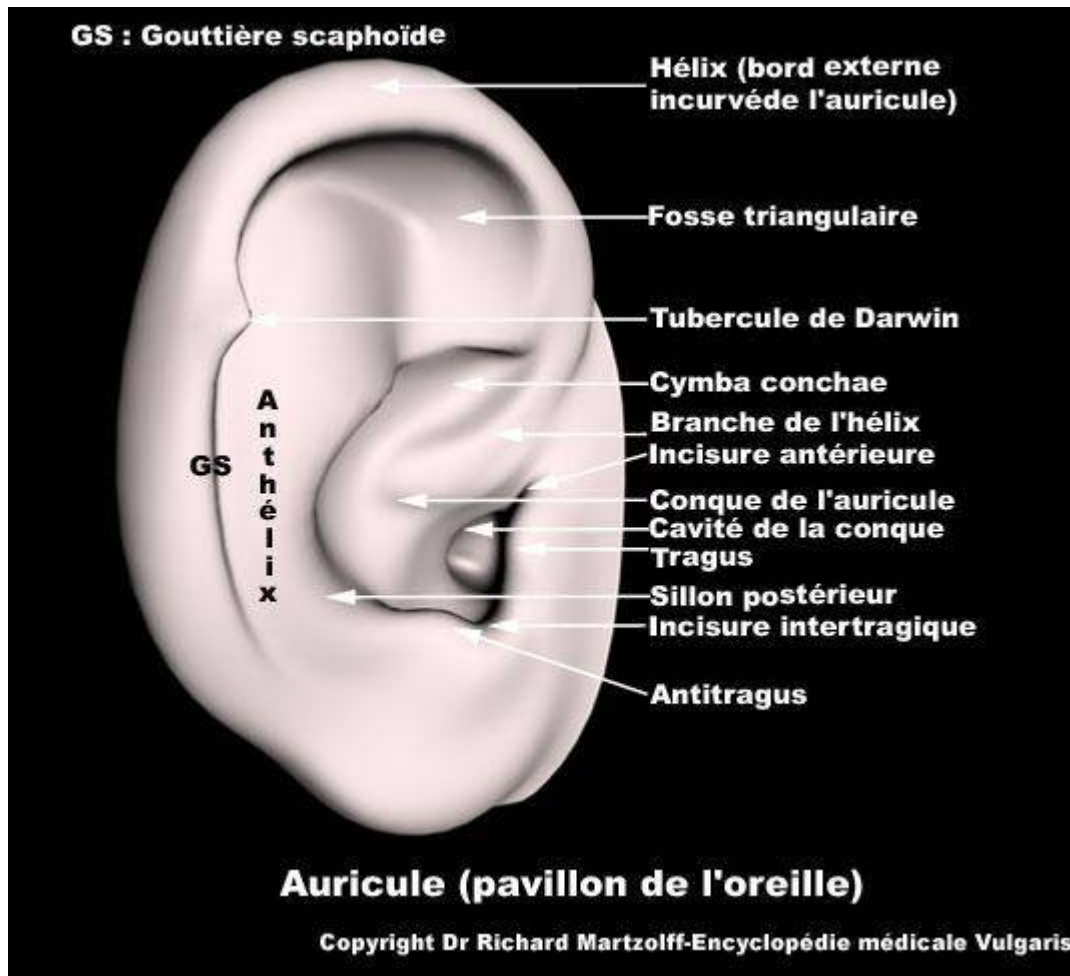
### **Face latérale :**

Elle est constituée par les saillies et dépressions du cartilage du pavillon moulé par le revêtement cutané, et du lobule sans armature cartilagineuse. Ces saillies circonscrivent la dépression de la conque et du méat auditif externe.

Les saillies retrouvées de manière constantes sont l'hélix l'anthélix, le tragus et l'antitragus. (Fig.2), (Fig.3)



*Figure 2:vue antérieure de l'oreille externe [2]*



**Figure 3:** pavillon de l'oreille :[3]

L'hélix réalise la périphérie des deux tiers supérieurs du pavillon. Il naît au niveau de la partie antérieure de la conque et au-dessus du méat acoustique externe par une racine (*crus helicis*) qui se porte en avant et en haut pour ensuite s'incurver en formant un arc à concavité inférieure. L'hélix adopte à la partie postérieure un trajet vertical et se termine dans la partie postéro supérieure du lobule au niveau de la *cauda helicis*.

L'anthélix est une saillie bifide concentrique à l'hélix, duquel il est séparé par la gouttière scaphoïde de l'hélix ou *scapha*; il naît parallèlement à la *cauda helicis* s'incline en haut et en avant pour se diviser en deux saillies, les racines antérieure et postérieure de l'anthélix (*crura anthelicis*). La zone délimitée par ces deux racines et l'hélix est nommée fossette naviculaire ou *fossa triangularis*.

Le tragus est une saillie de forme triangulaire, inclinée en arrière et en dehors à l'aplomb du bord antérieur du méat acoustique externe. Son bord libre peut être convexe ou d'aspect légèrement bi tuberculeux on décrit alors un *tuberculum supra tragicum*. Il est séparé de la racine de l'hélix par un sillon nommé *incisura anteriorauris*.

L'antitragus est une petite saillie en avant de la naissance de l'anthélix et répond au tragus, dont il est séparé par une échancrure à concavité postéro supérieure nommée échancrure de la conque ou inter tragienne (*incisura intertragica*).

On nomme conque la dépression limitée par: l'anthélix en arrière et en haut, la racine de l'hélix et le tragus en avant l'antitragus en bas La conque est divisée en deux parties par la racine de l'hélix: *cymba conchae* en haut et en arrière, *cavum conchae* en bas et En avant.

Le lobule de l'oreille, simple repli cutané sans armature cartilagineuse, fait suite à l'hélix et au tragus.

### **Face médiale**

On lui décrit une partie antérieure adhérente et une partie postérieure libre. La partie libre représente les deux tiers de la largeur du pavillon. Elle est constituée par le négatif des reliefs de la face latérale. La saillie représentée par la dépression de la Conque forme l'eminentia conchae. En arrière, le sillon nommé fossa anthelialis répond au relief de l'anthélix, et l'eminentia scaphae à la gouttière scaphoïde

La partie antérieure répond au pourtour du MAE. La zone d'adhérence déborde : en arrière sur la région Mastoïdienne sur environ 10mm, en haut sur la racine du Zygoma sur cette même distance. [4]

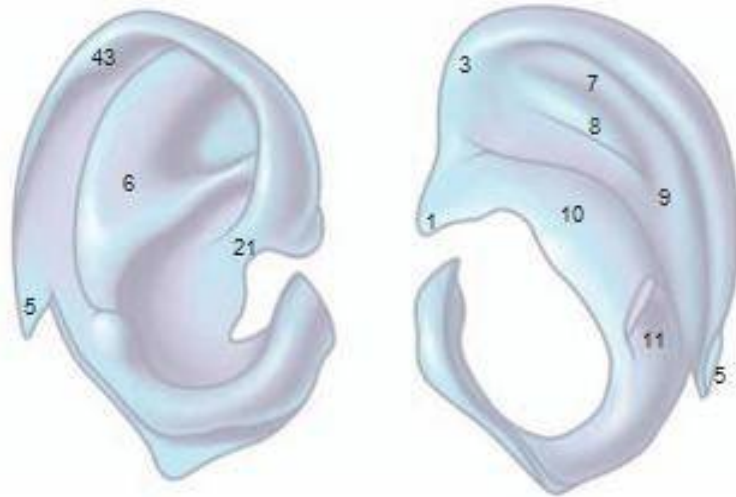
La jonction des deux zones est marquée par le sillon rétro auriculaire.[figure4]

### **Revêtement cutané**

La peau épouse parfaitement l'ensemble des reliefs des deux faces du pavillon. Très fine et adhérente au plan cartilagineux sur la face latérale, elle est plus épaisse et moins adhérente sur la face médiale et sur la mastoïde, avec la présence de quelques. Ilots adipeux.

### **Charpente cartilagineuse**

La structure cartilagineuse de l'oreille externe est responsable des reliefs et dépressions du pavillon, à l'exception notable du lobule, lui assure son élasticité. C'est un cartilage réticulé entouré d'un périchondre épais et nacré. D'une épaisseur de 0,5 à 1mm, maximale au niveau de la conque et qui, présente des reliefs et des dépressions. (Fig.4)



**Figure 4:** *Vues latérale et médiale du cartilage du pavillon droit*[1] 1.Épine de l'hélix; 2.racine de l'hélix; 3.hélix; 4.tuberculum auriculæ 5.queue de l'hélix; 6.anthélix; 7.eminentia scaphæ; 8.fossa anthelicis; 9.sillon postérieur de l'anthélix; 10.eminentia conchæ; 11.ponticulus

### **Système musculo ligamentaire**

Système atélique par excellence, l'appareil musculo ligamentaire du pavillon de l'oreille peut être divisé en deux groupes, extrinsèque et intrinsèque.

#### **Ligaments :**

Les ligaments extrinsèques de Valsalva assurent, conjointement aux muscles du même ordre, l'adhérence du pavillon à ses points d'insertion crânienne .[4]

Le ligament antérieur (ligamentum auriculare anterior) Le ligament postérieur (ligamentum auriculare posterior) Le ligament supérieur (ligamentum auriculare superior)

Les ligaments intrinsèques du pavillon, très rudimentaires comblent les différentes incisures et unissent les languettes cartilagineuses.

## Muscles extrinsèques

Ils sont associés au groupe des muscles pauciers de la face. On décrit (Fig.5)



**Figure 5:** *Muscles du pavillon.*[1]

1.Muscle auriculaire supérieur ; 2 muscle temporal superficiel ; 3.muscle auriculaire antérieur ; 4.muscle auriculaire postérieur ; 5.muscle de l'antitragus ; 6.petit muscle de l'hélix ; 7.grand muscle de l'hélix ; 8.muscle du tragus ; 9.muscle pyramidal ; 10.muscle oblique ; 11.muscle transverse

- le muscle auriculaire antérieur[5]ou Attrahensurem est un faisceau très grêle naissant de l'aponévrose épi crânienne au niveau de la racine du zygoma et se terminant sur l'épine de l'hélix et le bord antérieur de la conque.

- le muscle auriculaire supérieur ou Attolensaurem est plus épais, mieux individualisable. Ses fibres naissent de l'épicrâne au-dessus du pavillon, se réunissent en un tendon qui se termine sur la fossa anthelicis.

- Le muscle auriculaire postérieur ou Retrahensaurem naît de l'apophyse mastoïde, au-dessous des fibres de l'occipital, en deux ou trois faisceaux qui se terminent au niveau du ponticulus de la conque.

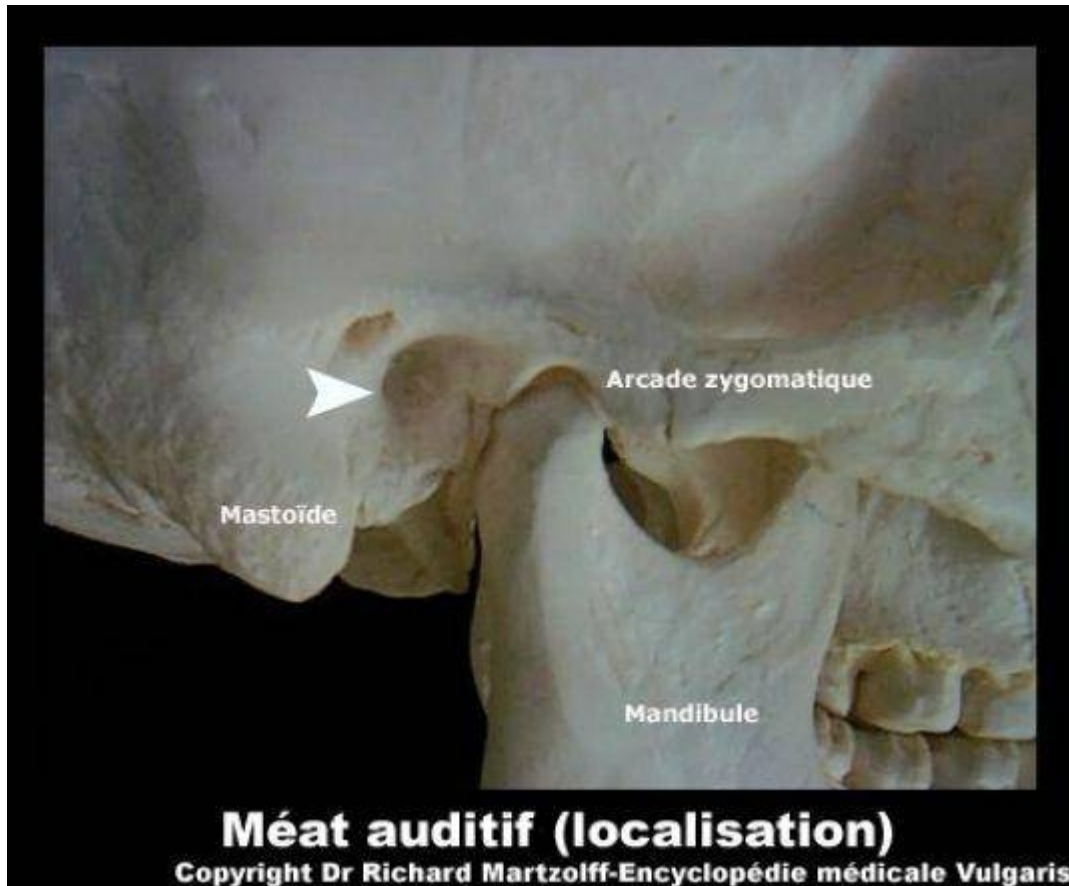
### **Muscles intrinsèques**

- le grand muscle de l'hélix (helicis major),
- le petit muscle de l'hélix (helicis minor)
- le muscle du tragus de Valsalva (musculus tragicus),
- le muscle pyramidal de Jung (musculus pyramidalis auriculae)
- le muscle de l'antitragus[6] (musculus antitragicus)
- le muscle transverse (musculus transversus auriculae),
- le muscle oblique (musculus obliquus auriculae).

Anatomie du méat acoustique externe :

Il s'agit d'un canal aérien grossièrement cylindrique, aplati d'avant en arrière, limité en dedans par la membrane tympanique, et ouvert à l'air libre en dehors.

Il est formé en dehors d'une portion cartilagineuse ,en dedans d'une portion osseuse (Fig.6)



**Figure 6:** Méat auditif externe[3]

### **Dimensions**

Ce canal mesure environ 25mm, et adopte une direction légèrement oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant, formant avec l'axe sagittal du rocher un angle de  $80^{\circ}$ . Il adopte un trajet parallèle au méat acoustique interne, bien que situé en position plus antérieure et inférieure.

Le conduit adopte une forme sigmoïde à concavité postérieure et inférieure. Sa section, très variable, est en moyenne de 8mm ; elle diminue au niveau de la jonction entre les deux tiers externes et le tiers interne. Ce segment plus étroit est appelé isthme, situé à environ 20mm de l'orifice externe (Fig.7)

Du fait de l'inclinaison de la membrane tympanique en bas, en avant et en dedans, la paroi inférieure du conduit mesure environ 5mm de plus que la paroi supérieure [7]

### **Morphologie**

Du fait de sa forme sigmoïde on peut décrire trois segments au méat acoustique :

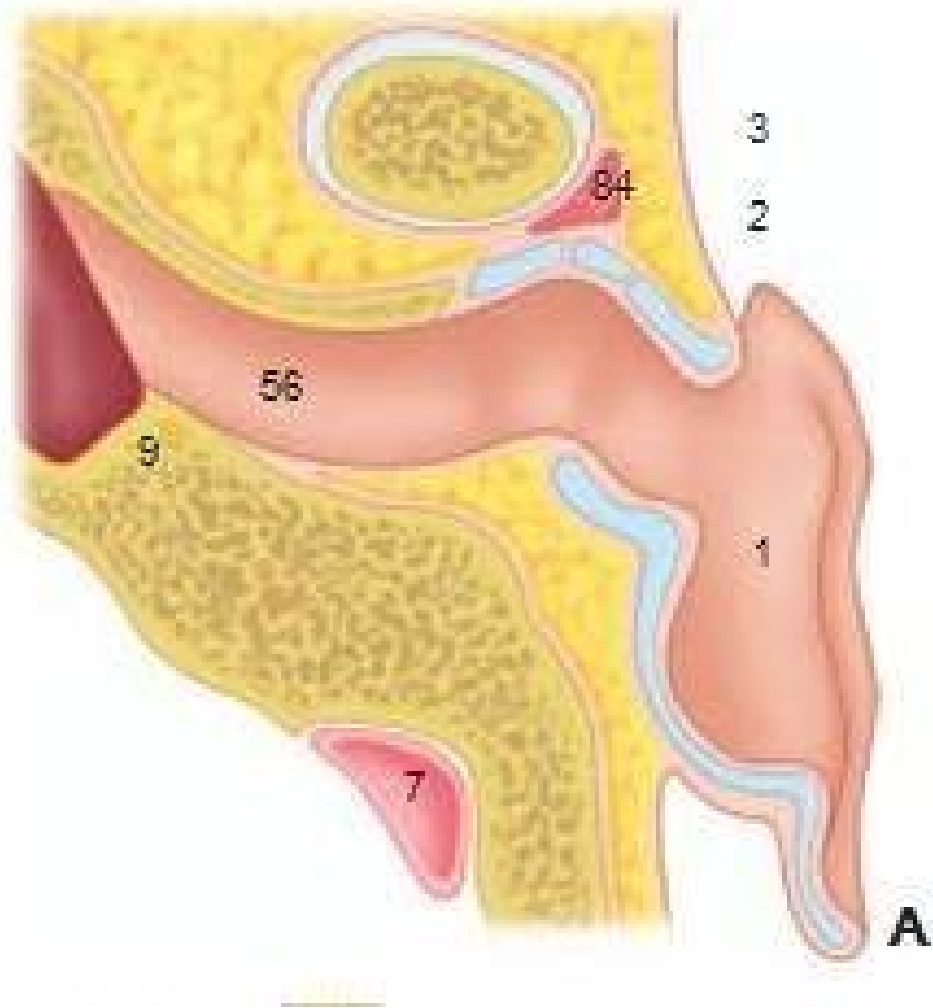
- un segment latéral, oblique en dedans et en avant, suivant l'axe du cartilage tragien.
- un segment moyen, formant un coude à concavité postérieure très marquée, au niveau de la jonction entre segment cartilagineux et segment osseux.
- un segment médial, réalisant une seconde inflexion antérieure jusqu'au tympan.

### **Portion fibro cartilagineuse**

Cette portion est en continuité avec la charpente cartilagineuse du pavillon d'une longueur de 8-9mm, elle est formée par l'union d'une gouttière antéro inférieure cartilagineuse et d'une gouttière postéro supérieure fibreuse.

### **Gouttière cartilagineuse**

Elle est en continuité : en dehors avec le cartilage du tragus, en dedans avec la gouttière de l'os tympanal.(Fig.7A)



**Figure 7:** A Coupe transversale du MAE :[1]

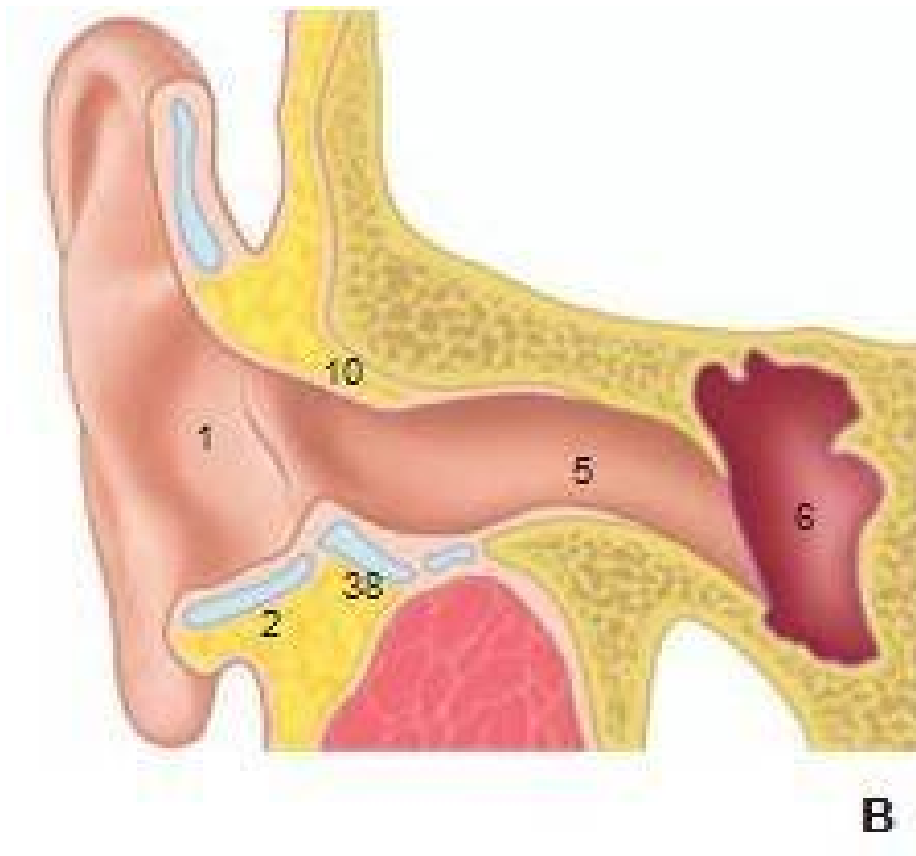
### **Gouttière fibreuse**

Elle ferme en haut et en arrière la portion latérale du méat acoustique externe. Elle est en relation : en dehors avec le cartilage du pavillon, en dedans avec le conduit osseux au niveau de l'épine de Henle (spina supra meatum).

## Portion osseuse

Mesurant en moyenne 16mm de longueur, aplatie d'avant en arrière, elle constitue les deux tiers internes du conduit. Elle est constituée par l'os tympanal et la portion sous-zygomatique de l'écaïlle de l'os temporal (Fig.7.B)

On décrit classiquement quatre parois et deux orifices au méat acoustique externe.



**Figure 7 : B** Coupe coronale du MAE.[1]

1. Conque; 2. tragus; 3. incisures cartilagineuses du méat acoustique (Duverney, Santorini);
4. condyle mandibulaire; 5. méat acoustique externe; 6. caisse du tympan; 7. sinus latéral;
8. prolongement parotidien; 9. nerf facial (troisième portion); 10. pars cupularis( mur de la logette).

### **Paroi antérieure**

Elle est constituée par le bord antérieur de l'os tympanal. Se raccorde à angle aigu avec la membrane tympanique. Elle est en rapport en avant avec l'articulation temporo mandibulaire et le prolongement sous-condylien de la glande parotide

### **Paroi postérieure**

Elle est formée : en dehors par l'apophyse mastoïde du temporal, en dedans par la gouttière du tympanal.

Ses principaux rapports sont : en arrière, les cellules mastoïdiennes et la troisième portion du nerf facial, en bas en avant la partie postérieure de l'atrium.

### **Paroi supérieure**

Formée par la partie squameuse de l'os temporal,

Son principal rapport supérieur est la méninge temporale et le lobe temporal.

### **Orifice médial**

Il répond à l'insertion de la membrane tympanique dans son sulcus.

### **Orifice latéral**

Il correspond à la jonction entre les deux composantes Osseuse et fibro cartilagineuse du méat acoustique externe.

### **Revêtement**

Le revêtement cutané du méat acoustique est en continuité avec celui du pavillon, et adhère fortement avec le périchondre et le périoste de ses deux

portions. L'épaisseur cutanée diminue de dehors en dedans, puis ce revêtement participe à la formation de la membrane tympanique.

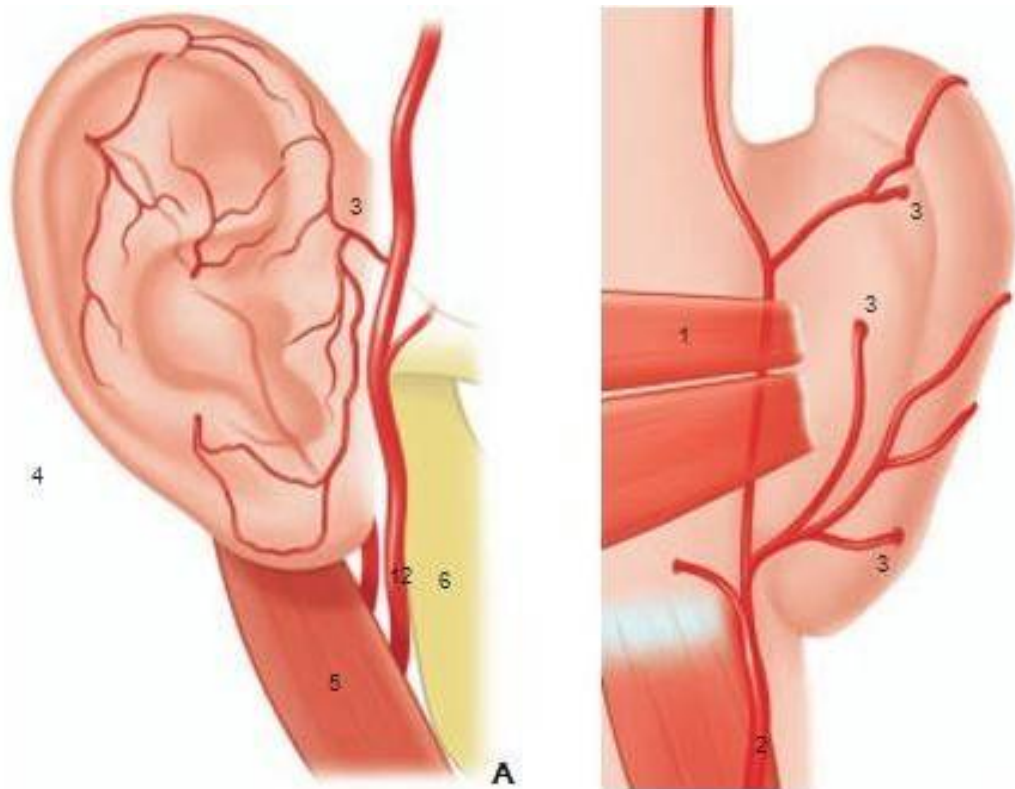
La portion fibro cartilagineuse du méat est dotée d'annexes (appareils pilo sébacés, glandes cérumineuses) qui sont absentes au niveau de la portion osseuse.

## **Vascularisation de l'oreille externe**

### **Artères**

La vascularisation du pavillon est le fait de deux réseaux (Fig.8 A,B) issus du système carotidien externe[8,9] ,l'un postérieur dépendant de l'artère auriculaire postérieure(AAP), ,l'autre antérieur, issu de l'artère temporale superficielle (ATS). , anastomosés par des branches perforantes

La vascularisation du conduit auditif externe est également le fait de la carotide externe : sa portion cartilagineuse dépend des branches de l'ATS et de l'AAP ; la portion osseuse dépend de la maxillaire interne par ses branches tympanique antérieure et auriculaire profonde.



**Figure 8:** A. Réseau artériel du pavillon de l'oreille, vue latérale.[1] 1.Artère temporale superficielle (ATS); 2.artère auriculaire postérieure; 3.branche auriculaire de l'ATS; 4.branches perforantes; 5.muscle digastrique; 6. Angle mandibulaire

B. Réseau artériel du pavillon, vue postérieure 1.Muscle auriculaire postérieur; 2.artère auriculaire postérieure; 3.branches perforantes

## Veines

Le drainage veineux de l'oreille externe se fait par deux réseaux principaux : un réseau antérieur se drainant dans la veine temporale superficielle puis dans la veine jugulaire externe

Un réseau postérieur, se drainant via les veines auriculaires postérieure et occipitale superficielle dans le réseau jugulaire externe ; dans les sinus veineux intracrâniens via la veine émissaire mastoïdienne. Le drainage du conduit osseux suit ces deux axes et celui de la veine maxillaire interne.

### **Lymphatiques**

Il s'effectue par trois voies de drainage :

Une voie antérieure, drainant le tiers antérieur de l'hélix, le tragus, la partie antérieure et supérieure du conduit auditif, au niveau du groupe ganglionnaire pré auriculaire ou pré tragien ;

Une voie postérieure, qui draine l'anthélix et le lobule ainsi qu'une partie de la conque. Les collecteurs lymphatiques effectuent un premier relais ganglionnaire mastoïdien au-dessus de l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien ;

Une voie inférieure, qui assure le drainage de la conque, de la majeure partie de l'hélix et de la paroi inférieure du conduit. Les relais s'effectuent au niveau des ganglions parotidiens et latéraux profonds du cou.

### **Innervation de l'oreille externe**

L'innervation sensitive complexe de l'oreille externe est réalisée par quatre nerfs (Fig.9)



**Figure 9:** *Innervation du pavillon de l'oreille.*[1] En hachuré: nerf trijumeau; en jaune: plexus cervical superficiel; en gris: nerf intermédiaire.

Le nerf intermédiaire de Wrisberg, qui réunit les fibres sensibles de la zone de Ramsey-Hunt

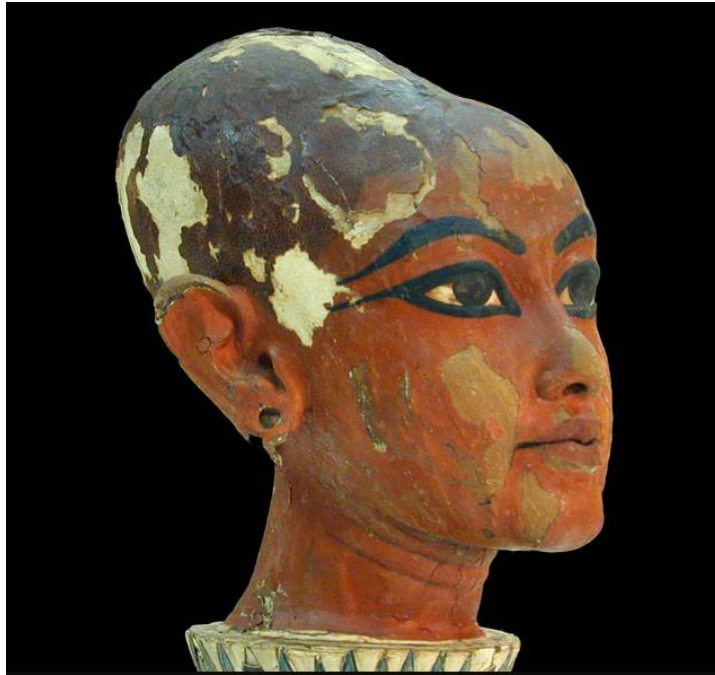
Le nerf auriculo temporal, branche du nerf mandibulaire

La branche postérieure du nerf grand auriculaire, issu des racines C2 et C3 du plexus cervical superficiel ;

Le rameau auriculaire du nerf vague (rameau de la fosse jugulaire), L'innervation motrice est, quant à elle, dévolue au nerf facial.

# ***HISTOIRE***

### III-HISTOIRE :



**Figure 10:** Statue de Toutankhamon enfant, ayant les oreilles percées [10]

L'origine du perçage des oreilles est floue. Le plus ancien exemple connu à ce jour est Ötzi, homme préhistorique datant d'un Chalcolithique (Ve millénaire av. J.-C.) découvert avec les lobes percés [11,12] Les tribus primitives d'Asie, d'Océanie et d'Afrique semblent également avoir pratiqué couramment le perçage d'oreille, pour des raisons magiques, esthétiques ou initiatiques.[13]

A partir du IIe millénaire av. J.-C., le perçage du lobe de l'oreille est pratiqué dans un large panel de civilisations. Des traces archéologiques témoignent de sa popularité en Egypte antique, en Perse[12], en Mésopotamie[13], en Etrurie, en Grèce antique, dans l'Empire Romain et dans l'Empire Byzantin. A Rome, la popularité du perçage d'oreille fait

apparaître le métier d'auriculae ornatrices, femmes médecins dont rôle était de soigner les infections liées au perçage du lobe. Le perçage des oreilles concerne alors toutes les strates sociales, notamment les pharaons en Egypte, les soldats en Perse, les femmes de haut rang à Rome et les esclaves dans la Bible.[14]

Aux premiers siècles de notre ère, le perçage des oreilles reste fréquent en Asie et en Europe. En témoignent notamment les représentations de Bouddha dont les lobe d'oreille sont percés et étirés. Des traces du perçage d'oreille datant de cette époque sont également présentes dans les cultures indiennes, khmer, franque et lombarde.[13]

Vers le IX<sup>e</sup> siècle, les boucles d'oreille tendent à disparaître d'Europe du Nord. Le perçage des oreilles devient rapidement un marqueur d'infâmie associé à certaines professions (bourreaux, juges, jongleurs, etc.) et imposé aux populations marginalisées (prostituées, lépreux, hérétiques, etc.). Plus généralement, les modifications corporelles sont alors considérées comme une offense à la perfection divine, un crime grave pour l'époque. Pour des raisons moins claires, le perçage des oreilles devient également un des marqueurs du compagnonnage.[13]

Le perçage du lobe ne réapparaît dans les hautes sphères sociales qu'à la Renaissance. Ce renversement est parfois attribué aux découvertes de Christophe Colomb et Amerigo Vespucci, qui constatent la pratique dans les peuples d'Amérique.[13]

Certains hommes célèbres de l'époque se font alors percer les oreilles, comme l'illustrent des représentations d'Henri III, François de Guise, Walter Raleigh, Francis Drake et William Shakespeare[11,14]. Quoique peu documentée, la tendance aux perçages multiples du lobe semble également avoir existé à cette période.[15]

Après plusieurs siècles de popularité, le perçage des oreilles passe de mode dans les années 1930. L'acte est peu à peu considéré comme une mutilation barbare. Avoir les oreilles percées paraît vulgaire et synonyme de mauvaises mœurs [16]. Cela favorise l'essor des boucles d'oreille à clip qui achèvent de faire disparaître le perçage du lobe [11]. La tendance regagne progressivement du terrain à partir des années 1970, d'abord chez les femmes, puis plus modestement chez les hommes dans les milieux de la musique, du sport et dans la communauté gay.

Jusqu'alors, le perçage des oreilles était généralement réalisé de manière artisanale au sein du cercle familial. Vers la fin des années 1970, les boutiques d'accessoires et les bijoutiers commencent à proposer le perçage des oreilles en s'appuyant notamment sur les pistolets perce-oreille.

Dès 1978, la chaîne de boutiques d'accessoires Claire's fait du perçage des oreilles l'une de ses spécialités.[17]

A partir des années 1990, les modifications corporelles (dont les perçages corporels) jouissent d'une popularité sans précédent. Le perçage multiple du lobe devient courant. En France, une étude datée de 1994 estime que 90% des femmes ont les oreilles percées, et 15% d'entre elles les ont percées plus d'une fois[18]



***SPECIFICITES  
REGIONALES***

## **IV- SPECIFICITES REGIONALES :**

### **IV.1- Europe et Amérique du Nord**

Dans les pays occidentaux, le perçage du lobe de l'oreille est généralement réalisé durant l'enfance ou à l'adolescence. Il est parfois associé à la puberté ou réalisé à l'occasion de fêtes religieuses telles que le baptême.

Dans la plupart des pays européens, le perçage des oreilles est proposé par les salons de piercing, les bijouteries, les magasins d'accessoires et les pharmacies. En Amérique du Nord, il est fréquemment pratiqué par les médecins généralistes et dans les centres commerciaux. En revanche, contrairement à une idée répandue, les acupuncteurs ne percent généralement pas les oreilles.

### **IV.2- Amérique Latine**

Dans plusieurs pays d'Amérique Latine, dont le Nicaragua, la Colombie, le Venezuela, le Costa Rica, le Panama et le Brésil, les oreilles des petites filles sont percées dès la naissance, à la maternité [18 ,19]parfois avant même d'être présentées à leur mère[20]. Dans certain de ces pays, il est courant de percer à la naissance deux ou trois fois les lobes d'oreille. Souvent inclus dans le "kit de naissance", ce service est réalisé par le corps médical dans le but de limiter les infections.[21]



**Figure 11:** Triple Perçage

### **IV.3-Hindouisme**

Pratiqué en Inde et dans la culture tamoul, le Karnavedha est un rite de l'hindouisme consistant à percer les oreilles de son enfant.[23] Le perçage des oreilles est systématique pour les filles, il est plus rare pour les garçons. L'acte est parfois également accompagné d'une tonte des cheveux.[24]

La cérémonie peut avoir lieu dès que l'enfant atteint six mois, ou dans les années d'âge impair. Les invités sont conviés de manière formelle, au moyen d'un carton d'invitation aux motifs traditionnels. Au moment du perçage, la tradition veut que l'enfant soit placé sur les genoux de son oncle. Les oreilles sont alors percées par un professionnel à l'aide d'une aiguille en or. Les filles se voient d'abord percer l'oreille gauche, puis la droite. La règle s'inverse pour les garçons. Aujourd'hui, la cérémonie est parfois guidée par les conseils d'un médecin.[25]

La tradition attribue diverses vertus au perçage de l'oreille, notamment une meilleure régulation des cycles menstruels.



**Figure 12:** Une cérémonie de Karnavedha.[26]

# ***PROCEDURES ET CICATRISATIONS***

## V-PROCEDURES ET CICATRISATIONS

Le perçage du lobe de l'oreille est un acte rapide et bénin, mais pouvant conduire à des complications. En raison des risques d'infections, il est déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes. Il est également contre-indiqué en cas d'allergies aux matériaux utilisés (latex, métaux), maladies affectant le système immunitaire (cancer, diabète, sida ou maladie auto-immune), maladies de peau (psoriasis, eczéma) et troubles de la coagulation.[27,28]

La procédure implique la désinfection de la peau, le marquage au feutre de la zone à percer et l'utilisation de matériel stérile pour le perçage.

La sensation du perçage de l'oreille s'apparente à un pincement du lobe, plus ou moins douloureux en fonction des méthodes. Certains spécialistes proposent un gel anesthésiant pour limiter la douleur. Il est parfois également possible de se faire percer les deux oreilles en même temps.

Il est généralement possible de choisir ses premières boucles d'oreille. La plupart des professionnels favorisent les puces (ou clous) d'oreille de petite dimension, car elles sont les moins sensibles aux infections. En effet, les anneaux ou boucles pendantes favorisent les risques de friction avec les vêtements et les cheveux.

En France, le perçage des oreilles est proposé par de nombreuses bijouteries, certaines boutiques d'accessoires et les salons de piercing. L'acte dure quelques minutes et coûte typiquement entre 20 et 30 euros. Le service est parfois gratuit moyennant l'achat des boucles d'oreille de perçage. Les mineurs doivent être accompagnés de leur responsable légal, et la plupart des établissements imposent un âge minimum, typiquement 6 ou 24 mois.

Pour éviter un déplacement du trou avec l'âge, il est recommandé d'attendre la fin de la croissance du lobe de l'oreille. Celle-ci s'établit généralement autour de 6 ans.[29]

### **V.1-Perçage à l'aiguille**

Les techniques de perçage du lobe de l'oreille ont évolué avec le temps. Jusqu'au milieu des années 1970, le perçage de l'oreille était réalisé dans le cadre familial à l'aide d'une aiguille.

La méthode traditionnelle consiste à utiliser un objet pointu (poinçon, aiguille) préalablement désinfecté à la flamme pour former le trou. Lors du perçage, un objet peu dense (pomme, bouchon de liège, etc.) est placé derrière l'oreille pour arrêter la course de l'aiguille. Cette dernière est ensuite remplacée par un bijou temporaire, qui peut être un fil de métal [30], un fil de couture sur lequel ont été pratiqués des nœuds à intervalles réguliers, ou une boucle d'oreille.

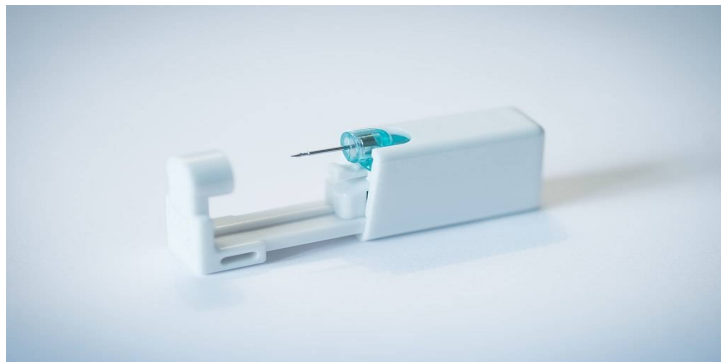
Le perçage à l'aiguille est aujourd'hui pratiqué dans les studios de piercing. Il est généralement pratiqué à l'aide d'une aiguille creuse de diamètre 1,2mm (16G), le trou étant ensuite amené à réduire pour atteindre un diamètre final de 0,8mm (20G), correspondant à celui des boucles d'oreille classiques. Pour faciliter la procédure, le lobe est parfois maintenu à l'aide d'une pince Foerster (en).

Les pierceurs proposent en général des bijoux en acier chirurgical (en) car ce métal est hypoallergénique.

## V.2-Système de perçage de l'oreille

Un système de perçage de l'oreille (parfois appelé pistolet perce-oreille) est un dispositif mécanique permettant de percer le lobe de l'oreille. L'instrument est conçu pour perforer l'oreille en poussant au travers du lobe une boucle d'oreille dont l'extrémité de la tige est pointue.

Depuis les années 1970, le pistolet perce-oreille est utilisé par les bijoutiers à l'exclusion de toute autre méthode. L'utilisation des systèmes de perçage est réglementée et fait l'objet de débats, notamment sur les aspects d'hygiène et d'altération des tissus cutanés.



**Figure 13:**un système de perçage d'oreille jetable

Il existe aujourd'hui deux catégories de systèmes de perçage de l'oreille: les pistolets à ressort et les dispositifs utilisant la flexion des doigts. Dans les deux cas, l'instrument perce l'oreille en enfonçant au travers des tissus une boucle d'oreille dont la tige est pointue. Une fois l'oreille traversée, la boucle d'oreille s'insère naturellement dans son fermoir pour permettre de retirer l'instrument.  
[15]

Dans les modèles actuels, la boucle d'oreille et son fermoir sont généralement contenus dans une cartouche stérile. Cette cartouche est positionnée sur la partie supérieure du pistolet pour le perçage. Tandis que le fermoir est visible, la boucle d'oreille est généralement masquée par une capsule en plastique, d'où seule la tige pointue dépasse. Cette capsule se désintègre lors du perçage. Ces cartouches peuvent parfois être utilisées seules ou avec un instrument complémentaire réutilisable. [15]

Les boucles d'oreille de perçage sont généralement dans un matériau non-allergène, tel que l'acier chirurgical (en), l'or, ou le titane.[16] La tige est de diamètre 0,8mm, correspondant au diamètre classique des boucles d'oreille. Certains constructeurs proposent différentes longueurs de tiges pour s'adapter au mieux à l'épaisseur du lobe[17].



**Figure14:**Perçage des oreilles avec des pistolets à ressort.[31]



**Figure1415:**Système utilisant la pression des doigts[32]



**Figure 16: cartouche stérile pour système de perçage [33]**



**Figure 17: Pistolet perce-oreille à ressort [34]**

### **V.3-Cicatrisation**

La cicatrisation d'un lobe percé dure six à huit semaines. Durant cette période, les boucles d'oreille doivent être gardées en permanence. De plus, il est recommandé de procéder à des soins quotidiens pour limiter les risques d'infection. Dans les deux semaines qui suivent le perçage, on conseille généralement de nettoyer la zone percée deux fois par jour avec du savon antibactérien ou avec la solution de soin fournie par certains bijoutiers. Les résidus physiologiques qui peuvent apparaître dans la zone percée (concrétions de lymphe notamment) et doivent être éliminés. Après quinze jours et en l'absence de signe visible d'infection, il est possible de réduire les soins à une fois par jour.[35]

Pendant les deux premiers mois, il est recommandé d'éviter les baignades. Après cette période, les boucles d'oreille peuvent être changées, mais il est indispensable de porter des boucles d'oreilles quotidiennement pendant six mois à un an pour éviter que le trou ne se referme. Les professionnels recommandent ainsi de porter des boucles d'oreille en permanence jusqu'à 6 mois après le perçage.

Concernant la première paire de boucle d'oreille, les puces ou clous d'oreille de petite taille sont les plus adaptés. Discrets et proches du lobe, ces bijoux limitent les risques d'agression (cheveux pris dans la boucle d'oreille, frottements...). Les matériaux à favoriser sont l'or et l'acier chirurgical, tous les deux hypoallergéniques et résistants à l'oxydation. Enfin, il faut veiller à ne pas trop serrer les boucles d'oreille afin de limiter les risques d'infection.

# ***LES BIJOUX***

## VI- LES BIJOUX :

Il existe deux types de bijou :

Les bijoux de pose, mis en place lors de la procédure de piercing et gardés jusqu'à cicatrisation complète du pertuis et les bijoux fantaisies, qui remplacent les bijoux de pose après cicatrisation. Les deux sont définis par différentes caractéristiques générales : la forme, la taille, la fermeture vissable ou clipable, la composition [36,37,38]. Ces bijoux doivent être adaptés, pour limiter les risques de complications. La liberté de choix est plus grande au niveau des bijoux fantaisies, en particulier pour les matériaux, car ils sont implantés après l'épidermisation du pertuis.

### VI.1-Les FORMES :

- Les **puces** (ou **clous**) : la particularité de ces boucles d'oreille est de donner l'impression qu'elles "flottent" sur le lobe de l'oreille sans fixation (visible). Ils sont constitués d'une tige qui traverse l'oreille. Cette tige est maintenue en place par un fermoir spécifique, le système ayant une ressemblance avec les pin's. Parfois, la tige est filetée, permettant une fixation plus solide ; plus difficile à positionner et à retirer, cette fixation est utile car elle permet de fixer solidement des boucles d'oreilles onéreuses (diamants, métaux précieux).

- Les **anneaux** : les anneaux peuvent être circulaires ou semi-circulaires. S'ils sont circulaires, ils sont également creux et une fixation plus mince traverse l'oreille. Ou bien il s'agit d'un pivot à l'avant de l'oreille qui peut être rabattu à l'arrière de l'oreille, ou bien le système de fermeture est constitué d'un fil plus fin qui peut être glissé dans le tube derrière l'oreille. Dans ce cas, la boucle d'oreille

est suffisamment souple pour permettre de s'ouvrir lors de la pose ou du retrait du bijou, et suffisamment rigide pour tenir fermée la journée. S'il s'agit d'anneaux semi-circulaires, ils sont en général retenus par une poussette en métal ou en plastique, de manière analogue à des puces. De plus, certains anneaux sont composés de deux parties possèdent une charnière invisible à leur moitié. Généralement assez massives, ces boucles d'oreille doivent être ouvertes lors de la pose ou du retrait et se portent fermées. Ainsi, la charnière doit opposer une certaine résistance à l'ouverture afin d'éviter toute ouverture inopportune. Ces boucles d'oreille, qui par leur forme semblent embrasser l'oreille, sont d'ailleurs nommées *huggy earrings* en langue anglaise. Leur proportion permet à de nombreux bijoutiers d'en faire des articles de choix, en les recouvrant par exemple de pierres précieuses. Les anneaux peuvent également être désignés sous l'appellation "créoles". En particulier, la langue anglaise distingue une sous-catégorie particulière des anneaux, les *sleeper earring*, petits anneaux typiquement en or. On les appelle ainsi car leur petite taille les rendant confortables, ils peuvent être portés en particulier la nuit pour empêcher les trous de se refermer.

- Les **crochets** (souvent utilisés pour les boucles d'oreilles argent et fantaisies) sont constitués d'une tige pleine de métal recourbé que l'on accroche à l'oreille, ces tiges sont souvent longues pour éviter de les perdre, ce type de système est très courant dans les pays en voie de développement car très facile à réaliser. Dans les pays industrialisés, un modèle classique prédomine : le crochet est réalisé de manière à épouser la forme du lobe de l'oreille et possède en général une petite perle en métal au-dessus de l'attache de la boucle d'oreille, elle-même surmontée d'un petit fil torsadé. Ce type de boucle d'oreille s'adapte

bien à la fabrication maison, ainsi, on trouve facilement les crochets vendus seuls dans le commerce. On peut également y glisser un fermoir pour limiter le risque de perte. Pour les boucles d'oreille les moins chères, il peut s'agir d'un simple tube de plastique transparent glissé derrière l'oreille, mais on peut également utiliser les fermoirs de puce.

- Les **dormeuses** ressemblent aux crochets avec une attache supplémentaire à l'arrière. Celle-ci est pivotante et indissociable du reste de l'attache. Si les crochets sont souvent réservés à des boucles d'oreille relativement longues, une attache de dormeuse peut être le support d'une boucle d'oreille courte. En effet, il existe des fermoirs de type dormeuse présentant la partie frontale plate ou sertie de manière à pouvoir accueillir une petite pierre.

- Les **chaînes d'oreille** Les boucles d'oreilles de ce type sont constituées d'une chaîne très fine (et très flexible) qui est glissée dans le trou de l'oreille. À une de leurs extrémités, un fil de métal rigide de même diamètre est fixé dans le prolongement de la chaîne pour faciliter leur pose. À l'autre extrémité, il peut y avoir un petit anneau pour fixer le cœur de la boucle d'oreille. Ces boucles d'oreille sont donc, contrairement aux précédentes, installées de manières quasi symétriques de part et d'autre de l'oreille et ne nécessitent aucun fermoir. Il s'agit d'un type de boucle d'oreille beaucoup moins développé que ceux cités ci-dessus.



**Figure 18:** Les puces d'oreilles constituent le style de boucle le plus répandu [39]



**Figure 19:** Une chaîne d'oreille.[40]



**Figure 20:** Détail d'une puce d'oreille munie de son fermoir poussette belge [41]



**Figure 21:** Jeune fille portant des créoles semi-circulaires avec fermoirs en poussette belge [42]

## **V I.2- Les dimensions du bijou :**

Elles doivent être adéquates : trop petites, elles peuvent entraîner des délabrements tissulaires, un rejet ou un enchâssement du bijou ; trop grandes, un traumatisme par arrachage, une déchirure par excès de poids, peuvent se produire. Le diamètre de la tige : en général, il est de 1,2 mm ou 1,6 mm, il est parfois plus petit mm, ou plus grand jusqu'à 3,2 mm.

## **VI.3-La composition du bijou :**

Le matériel utilisé pour le bijou de pose doit être biocompatible, stérilisable et non poreux (pour éviter la prolifération des germes). Le bijou doit être poli afin de ne comporter aucune rugosité. Certains matériaux ne pourront être utilisés que pour les bijoux fantaisies, après cicatrisation complète.[43,44]

### **VI.3-1- Le nickel :**

Auparavant, le nickel était très apprécié, car malléable et bon marché, mais en raison de son caractère très allergisant, son utilisation a été réglementée. Seuls les alliages libérant moins de 0,2 microgr/cm<sup>2</sup>/semaine de nickel peuvent être utilisés pour les bijoux de pose et fantaisies . [45,46]

### **VI.3-2-L'acier chirurgical :**

L'acier chirurgical 3 16 L (Low Carbon) et 3 16 LVM (Low Carbon Metted) ont une forte teneur en nickel mais un relargage faible, en général . [46]

### **VI.3-3-Le titane :**

Un alliage de titane, aluminium et vanadium est utilisé. C'est le matériau le plus employé pour les bijoux de pose. Il est léger, résistant. Le titane est blanc, mais différentes couleurs peuvent être obtenues par anodisation. Le Blackline )) ou titane noir est composé de titane recouvert de minces couches de palladium. Les bijoux colorés peuvent être utilisés uniquement pour les bijoux fantaisies

#### **VI.3-4-Le niobium :**

Il est un peu plus lourd que le titane. Poli, il peut être utilisé comme bijou de pose. Plusieurs couleurs peuvent également être obtenues par anodisation, pour les bijoux fantaisies.

#### **VI.3-5- L'or :**

Il est onéreux. L'or 24 carats est de l'or pur, mais n'est pas suffisamment solide pour être vissé et dévissé sans être altéré. Pour augmenter la solidité, on peut utiliser des alliages, comme l'or 14 et 18 carats, contenant du nickel, de l'argent, du zinc et du cuivre. Seul les alliages relarguant moins de 0,2 microgr/cm<sup>2</sup>/semaine sont autorisés. L'or blanc est un alliage contenant du palladium, l'or vert et rose du cuivre et du zinc.

#### **VI.3-6- L'argent :**

Il est peu utilisé, uniquement pour les bijoux fantaisies, car grand pourvoyeur d'allergie : il s'agit en général d'alliage contenant entre autres du nickel (en particulier, l'argent allemand ne doit pas être implanté) [46]. Les bijoux en argent se rayent facilement (et peuvent devenir un réservoir de germes). Ils s'oxydent et peuvent provoquer une coloration permanente de la peau (argyrisme).

#### **VI.3-7-Le platine :**

Il est pur et inerte, mais, trop cher et trop lourd pour certains piercings

#### **VI.3-8-L'acrylique ou PMMA (Poly méthyl Méthacrylate) :**

Il s'agit d'une matière plastique synthétique inerte, biocompatible, radio transparente et résistante. Elle est stérilisable uniquement à froid.

### **VI.3-9- Le PFTE (Polytétrafluoroéthylène) :**

Cette matière synthétique est solide, inerte, flexible, stérilisable, blanche. Elle peut être utilisée comme bijou de pose. Elle est surtout appréciée pour ses propriétés de radio transparence et peut remplacer le bijou habituel, lors d'un examen radiologique.

### **VI.3-10-Les autres matériaux :**

- Le Bioflex est stérilisable en autoclave, flexible, transparent, il pourrait être utilisé comme bijou de pose. Il permet de réaliser des labrets pour le piercing du pourtour des lèvres, car ce matériau ne raille pas l'émail des dents. Cependant, malgré l'aide du Centre Anti Poison, nous n'avons pas pu prendre connaissance de la composition de ce matériau (étant fabriqué à l'étranger, aucune obligation légale de dépôt de composition n'existe). L'innocuité de ce produit n'est donc pas établie. - Pour les bijoux fantaisies, le marché est très florissant : os, bois de cerf, bois brut ou traité avec une huile ou une cire, bambou, verre, agate, ambre, jade ... Ils sont surtout utilisés pour le stretching du lobe des oreilles.

- La pâte à modeler à cuire est très appréciée des adolescents qui réalisent eux-mêmes leurs bijoux, elle peut ensuite être vernie ou peinte. De même, nous n'avons pas pu obtenir de renseignement sur la composition de ce produit. Il faut garder à l'esprit, que les risques encourus (toxicité, pouvoir allergisant) de beaucoup de ces matériaux, lors du contact prolongé avec la peau, même après cicatrisation, ne sont pas connus.

Le titane, le niobium, l'acier chirurgical, le Plexiglas et le Téflon ont fait l'objet d'études d'innocuité, ils sont utilisés pour réaliser des prothèses chirurgicales. Compte tenu de leurs caractéristiques, il semble être les matériaux de choix pour les bijoux de piercings, avant et après cicatrisation.

Les caractéristiques techniques des différents modèles de bijoux, leur origine, les techniques de façonnage (face polie ou non), de filetage interne ou externe et même le choix de certains matériaux font débats parmi les professionnels.

#### **VI.4- La mise en place du bijou :**

##### **VI.4-1- Par un perceur :**

Les perceurs exercent souvent dans le même studio où sont pratiqués les tatouages. L'activité de piercing n'est pas reconnue, le perceur est considéré comme un artisan, commerçant ou un artiste. Aucune formation officielle, aucune réglementation générale, aucun contrôle et aucun organisme représentatif n'existent. La formation est autodidacte, source d'erreur. Elle nécessite des connaissances en anatomie, en hygiène, en médecine, en psychologie, en commerce, en physique, en chimie et en droit. Les niveaux de connaissance sont très variables et dépendent de la probité et du bon vouloir du perceur. Mais, certains, passionnés, sont devenus de véritables professionnels. Les perceurs peuvent se former grâce à des stages dans d'autres studios de piercing, sur des amis à titre gracieux, en assistant à des conventions.[47,48,49,50]

L APP (Association of Professional Piercer) est une association américaine, très active, elle organise une convention annuelle, à Las Vegas, qui réunit des perceurs du monde entier. Elle donne des conseils en ligne pour les professionnels et fait de la prévention auprès du grand public. Mais, comme le signale, David Le Breton, la décision de faire un piercing est souvent impulsive ; un perceur réalisant un travail de mauvaise qualité continuera à exercer si son commerce a pignon sur rue.[49]

#### **VI.4-2-Par un bijoutier :**

Les bijoutiers réalisent traditionnellement les piercings du lobe des oreilles, mais n'ont pas d'autres expériences. Ils utilisent fréquemment des pistolets automatiques, source de complication. En effet, la plupart des pistolets fonctionnent avec un mécanisme à ressort, qui exerce une pression excessive et qui peut entraîner des délabrements tissulaires. L'effet de recul empêche toute précision. Mais surtout, le pistolet ne peut être désinfecté et stérilisé correctement. Certaines pièces du dispositif ne sont pas détachables ou ne supporteraient pas l'autoclave.[47,44,49]

Des pistolets plus récents comportent des cartouches stériles jetables.

#### **VI.4-3- Le piercing sauvage :**

La fréquence des piercings réalisés en dehors des magasins ayant pignon sur rue, est difficile à estimer. Ils ont lieu sur la plage, sur les marchés aux puces, dans les raves parties ou dans des discothèques. Le geste est souvent réalisé à la chaîne, au pistolet automatique, sans hygiène ni asepsie, pour une somme modique. [48,49,50].

#### **VI.4-4-Le piercing domestique :**

Il est réalisé par un ami ou un membre de la famille. Les conditions d'asepsie ne sont pas respectées, le matériel est parfois partagé. Souvent, le geste n'est pas assez profond et le bijou est rejeté.[48,49,50].

#### **VI.4-5- Par un professionnel de santé :**

Certains parents, préoccupés par l'hygiène et la sécurité, demandent à un médecin ou à un pharmacien de réaliser la procédure.

***CHAPITRE PREMIER :  
ACCIDENTS PRODUITS  
PAR PERFORATION  
DU LOBULE***

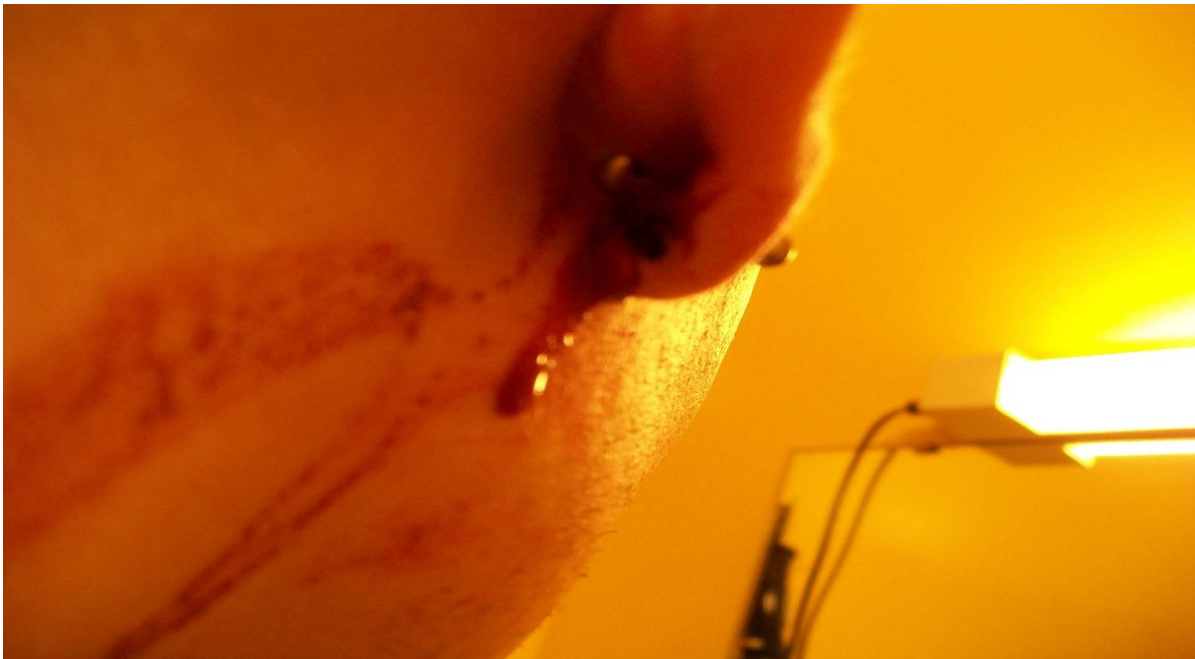
---

## VII-CHAPITRE PREMIER : ACCIDENTS PRODUITS PAR PERFORATION DU LOBULE

Dans le percement du lobule l'oreille, comme dans toute plaie, il peut se produire des accidents de diverse nature, qui empruntent aux caractères anatomiques de la région leur importance.

❖ **Le premier fait à mentionner c'est :**

### VII.1- L'hémorragie :



**Figure 22: Trou de boucle d'oreille qui saigne [68]**

Si, le plus habituellement, elle fait défaut par suite du peu de vascularisation de cette région, chez certains sujets plus ou moins hémophiles, chez certains strumeux où la région est plus irritée, elle peut se produire. [51]

## **VII.2 : Accidents inflammatoires :**

Des phénomènes beaucoup plus importants sont dus aux *accidents inflammatoires* qui peuvent se développer si des germes ont pénétré dans la plaie, et cela avec d'autant plus de facilité que la structure anatomique de la région s'y prête mieux. On sait en effet que « le lobe de l'oreille est absolument dépourvu de cartilage et constitué par deux feuillets cutanés entre lesquels on trouve de la graisse et du tissu cellulaire ».

Mais ce n'est point là tout ; cette région « un riche réseau de vaisseaux lymphatiques qui forment un nombre considérable de troncules et de troncs qui aboutissent aux ganglions parotidiens ».[52]

L'inflammation peut revêtir des degrés variables. La lésion la plus simple et la plus banale que l'on trouve mentionnée partout est :

## **VII.3 : L'érythème du pavillon :**

S'observe chez les jeunes sujets scrofuleux, « il consiste dans un gonflement léger accompagné d'une rougeur diffuse et donnant naissance à un prurit extrêmement intense. Quelquefois, ce gonflement et cette rougeur augmentent et l'oreille prend une teinte violacée ; il peut même y avoir des phlyctènes et des escarres ».[53]

Ces phénomènes, accentués davantage par la virulence des germes septiques, peuvent parfois produire une inflammation qui se caractérise outre les phénomènes locaux, par la fièvre, par le retentissement ganglionnaire et l'engorgement de ces ganglions. Ces faits mentionnés chez les anciens par Celse[54], plus tard par Boyer qui dit « qu'il est rare que l'inflammation soit considérable, à moins qu'il n'existe chez l'individu un principe morbifique que

l'irritation a appelé vers l'oreille » et qui ajoute : « que, dans ce cas, l'évacuation devient nécessaire »[55], ne sont guère repris que par Bobe Moreau, en 1807 et en 1821, qui fait diverses communications sur les inconvénients que peut, dans certains cas minimes, il est vrai, entraîner cette petite opération.

Cette simple inflammation, accompagnée d'un peu de fièvre, d'insomnie, peut n'être pas tout et l'érysipèle qui peut se trouver si facilement à la suite des plaies, peut aussi s'y rencontrer, ainsi que les engorgements ganglionnaires de voisinage. C'est ce que nous trouvons nettement mentionné dans les observations de Bobe Moreau, indiqué dans le Traité de chirurgie, signalé par Fournier [56] qui parle de la suppuration facile des plaies du lobule de l'oreille chez les strumeux, des érysipèles qui s'y produisent et des infections de toutes sortes auxquelles cette plaie sert de porte d'entrée.

#### **VII.4 : Complications dermatologiques :**

Nous arrivons maintenant aux maladies de la peau à proprement parler, et c'est là que l'on peut voir, à l'occasion de ce traumatisme insignifiant, le réveil de syndromes, souvent signalé à la suite des plaies.

##### **VII.4-1-L'eczéma et l'herpès :**

Ils peuvent se manifester à la suite, et, une fois installés, gagner de proche en proche et par leur caractère rebelle être une cause d'ennui pour le malade et aussi pour le médecin.



**Figure 23: Eczema du lobe d'oreille chez une fillette[69]**

Les sujets lymphatiques sont un excellent terrain de développement pour l'infection à la suite de la déchirure des lobules de l'oreille. Ils sont prédisposés à l'eczéma.

Fournier [56], dans un article où il est question de ces accidents, parle également « des eczémas qui, chez les sujets scrofuleux, peuvent suivre la perforation et qui s'expliquent par la richesse extrême de la région en vaisseaux lymphatiques. Contrairement aux préjugés d'antan, on devrait toujours s'abstenir rigoureusement de percer les oreilles aux enfants qui ont des croûtes aux narines, les yeux collés au réveil par les sécrétions de leurs bords palpébraux accumulées pendant la nuit, qui ont la face pâle et bouffie et présentent en un mot ce que l'on a convenu d'appeler l'habitus strumeux et que seul un médecin a qualité pour reconnaître ».

C'est, en effet, le plus ordinairement l'apanage des sujets lymphatiques, tandis que plus tard, c'est l'arthritisme qui joue le grand rôle et qui pourra se manifester aussi par des éruptions eczémateuses mais plus souvent herpétiques.

C'est là, à peu près, tout ce que l'on peut rencontrer comme accidents immédiats de la plaie opératoire. Bénins en général, ce n'est guère qu'à cause de leurs rapports avec les affections de la peau, des désagréments qu'ils peuvent occasionner qu'ils sont à considérer. Ces derniers accidents, en effet, se résument à ceci : ou bien la plaie sert de point de départ au réveil d'un syndrome qui sommeillait et lui permet de produire ses manifestations ; ou bien l'affection cutanée qui existait déjà du côté du cuir chevelu ou de la face reçoit une nouvelle extension plus considérable encore et qui, par le retentissement ganglionnaire qu'elle peut alors donner, doit être prise en sérieuse considération. Aussi, pour cela, le médecin doit-il être prévenu des inconvénients que peut avoir cette opération si bénigne en apparence.

#### **VII.4-2 : Sarcoïdose cutanée :**

**Clinique :infiltration violacée du lobe des oreilles avec une petite induration.**

Les biopsies retrouvent des granulomes arrondis dans le derme avec des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

Le Kveim-test était positif (injection intradermique d'une suspension d'extrait de rate sarcoïdique chauffé à haute température, puis biopsie cutanée 4 à 6 semaines après, qui permet de mettre en évidence des lésions histologiques identiques à celle de la sarcoïdose chez 70 à 90% des patients atteints de cette maladie ; ce test donne 5 % de faux positifs).

### **VII.4-3 : Cicatrice hypertrophique et chéloïdes :**

La cicatrice hypertrophique apparaît dans le mois suivant le traumatisme. Il s'agit d'une lésion limitée à la zone lésée, avec des bords parallèles. Elle régresse spontanément en 12 à 18 mois.

Les chéloïdes apparaissent plus tardivement après 3 à 6 mois, Comme toute cicatrice, les enfants qui se font percer les lobules sont exposés à cette complication à cause de l'irritation constante qu'occasionne la présence des boucles d'oreilles.

Le premier auteur qui, était occupé de cette question est Vidal[57], qui, en 1853, présenta à la Société anatomique de Paris une tumeur enlevée au lobule de l'oreille d'une jeune fille. Chez cette malade, un bourrelet s'était développé autour d'une boucle d'oreille qui avait fini par couper le lobule.

Il signale la chéloïde de l'oreille comme fréquente chez les noirs et attribue à ces derniers une disposition spéciale à faire du tissu fibreux.

« La chéloïde du lobule de l'oreille, dit-il, consécutive au percement de celui-ci, forme une tumeur lobulée souvent pédiculée ayant la forme d'une noisette suspendue au lobule comme un pendant d'oreille dont le volume peut atteindre celui d'une orange. Sa coloration est légèrement plus claire que celle de la peau, elle est recouverte d'un épiderme mince, mais intact ; sa consistance est ferme et élastique ; elle est souvent double et symétrique.

Certaines mères nègres considèrent les chéloïdes doubles de l'oreille comme un ornement et n'en demandent l'extirpation que quand, par son poids, la tumeur devient intolérable ».

Le traitement des chéloïdes est difficile et peut associer la cryothérapie, l'injection intra-lésionnelle de corticoïdes, l'exérèse chirurgicale, la compression forte et la curiethérapie. Différents protocoles ont été mis en place mais les récurrences sont fréquentes. [58]



**Figure 24:** Chéloïde suite a un piercing du lobe de l'oreille [70]

#### **VII.4-4- Pseudolymphome :**

En 1986, une Fille de 16 ans, a bénéficié de l'exérèse complète, de deux tumeurs de 3/4cm et 1/2cm sur chaque oreille, apparues rapidement après un piercing des lobes des oreilles. Les lésions, étiquetées chéloïdes, n'avaient pas été biopsiées, des traitements par pression et injection intra lésionnelle de corticoïdes n'avaient pas apporté d'amélioration.

L'histologie a mis en évidence deux pseudolymphomes, caractérisés par une infiltration diffuse du derme, dense avec de nombreux follicules lymphoïdes et des cellules germinales typiques, des lymphocytes de tailles différentes étaient retrouvés.

Il s'agit du seul cas retrouvé dans la littérature.[59]

#### **VII.4-5- Argyrisme :**

C'est une coloration gris bleu de la peau due à l'incorporation de sels d'argent, cette coloration est permanente et sa disparition nécessite le retrait chirurgical.

Trois cas ont été décrits dans la littérature, suite à l'enchâssement d'une partie d'une boucle d'oreille au niveau d'un lobule, pendant plusieurs années. Pour un cas, la coloration était verte/ bleu probablement en rapport avec des dépôts d'argent et de cuivre.[60]

#### **VII.4-6-Botryomycome :**

Cette tumeur vasculaire inflammatoire, de 0,5 à 2 cm de diamètre, molle, rouge, non épidermée et saignant facilement au contact.

L'histologie retrouve un angiome endothélio-capillaire ulcéré très inflammatoire, infiltré de polynucléaires neutrophiles.

Le traitement consiste en l'exérèse par électrocoagulation/curetage ou par chirurgie.[61]

#### **VII.4-7- Érysipèle**

L'érysipèle, au niveau du site de piercing d'oreille a été identifié depuis le 19ème siècle.

C'est une cellulite aiguë streptococcique. La preuve du germe n'est apportée que sur les résultats d'hémocultures ou, de prélèvements bactériologiques cutanés.

Il peut avoir, pour porte d'entrée, une excoriation ou un impétigo du conduit auditif externe.

Cliniquement, il se manifeste par une infiltration inflammatoire du pavillon, débordant sur la région voisine, déjetant le lobule. Il s'accompagne d'une fièvre élevée et, de frissons. L'érysipèle ne se complique généralement pas sous la forme de périchondrite. Mais, toute chondrite infectieuse, peut entraîner un érysipèle secondaire.

Le traitement de cette complication repose sur l'antibiothérapie et, la pénicilline parentérale en doses élevées.

#### **VII.4-8-L'impétigo :**

Cette affection est reconnue aujourd'hui de nature microbienne. C'est le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus cereus Albus et le staphylococcus pyogenes Albus qui sont, en effet, les coupables. Nous voyons fréquemment des gens chez qui cette petite opération est le point de départ d'une infection qui se propage de proche en proche pour gagner les parties voisines ; d'autre fois, au contraire, l'infection existant déjà en quelques endroits, la plaie faite lui permet de gagner davantage.

## ***CHAPITRE II : COMPLICATIONS INFECTIEUSES***

## VIII-CHAPITRE II : COMPLICATIONS INFECTIEUSES :

### VIII.1- Mécanismes de survenue :

Elles sont dues à l'effraction de la barrière cutanéomuqueuse et à la pénétration, au niveau du site du piercing, d'un germe qui peut être une bactérie, un virus ou un champignon.

Elles peuvent survenir lors de la procédure de piercing ou durant le temps de cicatrisation. Elles impliquent toujours un défaut d'asepsie.

La transmission peut être interindividuelle :

- Entre deux individus percés, par l'intermédiaire de matériel à usage unique réutilisé, l'emploi d'instrument non ou mal désinfecté et/ou stérilisé, l'implantation de bijou non stérilisé au préalable, le partage de matériel en cas de piercing « domestique », l'échange de bijou entre amis.
- Entre l'enfant et le perceur, par piqûre accidentelle du professionnel.
- Entre le perceur et l'enfant de façon manu portée.
- A partir de l'enfant lui-même, par auto inoculation d'un germe commensal ou non, présent sur la peau ou les muqueuses, mal désinfectées.

Elle peut également avoir lieu entre l'environnement et l'enfant (les mycobactéries dans l'eau du robinet, *Clostridium tetani*).[48,62]

La transmission des virus nécessite un contact sang infecté/ sang indemne. La projection de micro gouttelettes de sang à partir du site de piercing peut contaminer le matériel ou l'opérateur.

Certains virus comme celui de l'hépatite B ou le HIV peuvent persister jusqu'à plusieurs jours sur des matériaux inertes. Un perceur non ganté peut contaminer ou être contaminé par son client.

Le délai peut être prolongé entre le geste et l'apparition des symptômes. L'imputabilité du piercing est difficile à mettre en évidence, surtout en cas d'autres facteurs de risque associés.

### **VIII.2- Bactériennes :**

Entre 10 et 20% des piercings du lobule de l'oreille se compliquent d'une infection locale[48]. Celle-ci peut devenir locorégionale voire se généraliser, en particulier en cas de tare associée (immunodépression, diabète, cardiopathie.). Elle peut alors être grave, parfois même létale.

Il est difficile de distinguer les infections dues à une inoculation lors de la pose, de celles acquises durant la période de cicatrisation. Cicatrisation et complications infectieuses sont étroitement liées. Des soins locaux non ou mal effectués, la macération, un bijou inadapté au site, un eczéma de contact retardent la cicatrisation et favorisent l'infection.

Les germes les plus fréquemment impliqués sont : Staphylocoque aureus, Streptocoque du groupe A bêta hémolytique et Pseudomonas aeruginosa.[48,63]

#### **VIII.2-1- Locales et locorégionales :**

Elles sont à distinguer d'une dermite allergique ou de l'inflammation banale secondaire au geste (associant rougeur et œdème et devant disparaître en moins d'une semaine). La présence d'au moins trois signes parmi la douleur, l'augmentation de la chaleur locale, l'érythème, la fièvre, l'écoulement devraient être signalés par le perceur à chaque client, comme des symptômes évocateurs d'infection locale et devraient amener à une consultation médicale.[47]

### **VIII.2-2-Dues à des mycobactéries :**

Les cas rapportés dans la littérature sont des infections locorégionales, mais nous les traitons à part, car elles représentent un des diagnostics différentiels d'une sarcoïdose cutanée.

La lésion histologique est un granulome tuberculoïde, la nécrose caséuse n'est pas toujours présente, mais elle est caractéristique des infections à mycobactéries. Les granulomes peuvent être de grande taille, ils sont parfois confluents.

#### **VIII.2-2-1 Mycobacterium Tuberculosis :**

L'inoculation directe du bacille de Koch, au niveau cutané, peut survenir dans différentes circonstances :

- Chez un enfant non vacciné, l'inoculation directe provoque un chancre tuberculeux, c'est-à-dire une ulcération indolore d'un demi centimètre de diamètre, au site d'inoculation. Une adénopathie régionale se développe également. De tels cas ont été décrits lors de piercing des oreilles en utilisant des aiguilles mal stérilisées.[64]
- La tuberculose verruqueuse, composées de plusieurs plaques verruqueuses, à surface fissuraire, inflammatoire, d'où la pression fait souder du pus, est due à la réinoculation du bacille chez un enfant antérieurement sensibilisé. Des cas de contacts accidentels ont été décrits, aucun cas n'a été retrouvé dans la littérature suite au perçage des lobules.[64]
- Le lupus tuberculeux est considéré comme une forme de tuberculose cutanée, pauci cellulaire liée à l'existence d'un foyer profond actif ou à la réactivation d'un foyer cutané latent.[64]

### **VIII.2-2-2-Mycobactéries atypiques : Mycobacterium fortuitum, M. abscessus, M. chelonae et M avium intracellulaire :**

Ces germes se retrouvent dans l'eau et le sol, la contamination se fait à la suite d'une mauvaise stérilisation, à l'usage d'eau du robinet pour nettoyer le matériel.

La durée d'incubation peut être longue, jusqu'à plusieurs mois. Cette infection touche préférentiellement les immunodéprimés.

Les lésions sont des nodules ou des abcès. M fortuitum et M. avium intracellulaire peuvent réaliser l'aspect clinique du lupus tuberculeux.[64]

### **VIII.2-3-Tétanos :**

Cette maladie est due à un bacille anaérobie gram +, Clostridium tetani. Il peut persister dans le sol sous forme de spores, très résistants et peut contaminer des objets. Les spores sont détruites par l'autoclave à 121 degrés pendant 20 minutes. La contamination se fait par l'intermédiaire d'une plaie aigue ou chronique, la période d'incubation est de 4 à 21 jours. Il s'agit d'une maladie grave qui touche les enfants non vaccinés.[65]

### **VIII.2-4- Syndrome choc toxique :**

**S'installe rapidement suite au perçage de l'oreille, du le plus souvent au staphylococcus aureus producteur de toxine.**

L'évolution est favorable après réanimation, chirurgie de débridement et antibiothérapie.

### **VIII.2-5-Septicémie :**

Plusieurs cas dus à des Staphylocoques aureus ont été rapportés. Certaines septicémies ont eu lieu, il y a plus de quarante ans, suite à des piercings des oreilles.

### **VIII.3-Virales :**

Le perçage des oreilles étant une effraction cutanée, il est donc suspect d'être un facteur de risque d'acquisition des virus habituellement transmissibles par le sang : les virus des hépatite B (VHB) et C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).[48,63]

Une infection par le virus de l'hépatite D peut être associée : soit par Co-infection simultanée virus hépatite B et D, soit par surinfection par le virus de l'hépatite D d'une hépatite B chronique.

Les hépatites B et C peuvent se compliquer de cirrhose et de carcinome hépato-cellulaire, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement curatif contre le virus VIH.[66]

### **VIII.4-Mycosiques :**

Ces infections sont rares et ne sont rapportées que chez des sujets immunodéprimés : l'Aspergillose auriculaire due à l'ASPERGILLUS Flavus .la guérison est obtenue par traitement médical et débridement chirurgical.

***CHAPITRE III :  
ACCIDENTS  
ULTERIEURS  
DES PLAIES***

## **IX-CHAPITRE III : ACCIDENTS ULTERIEURS DES PLAIES**

Nous venons de voir dans les précédents chapitres les affections du lobule de l'oreille dont la cause occasionnelle est le percement de lobule, et qui, en vérité, dépendant, soit d'une infection de l'organisme ayant ce traumatisme pour origine, soit de l'état général du sujet et de l'extension ou du réveil d'un syndrome dont il est déjà porteur.

Maintenant nous allons parler des affections qui sont la cause directe de la plaie produite par le poinçon.

### **IX.1-Les complications traumatiques et mécaniques :**

Nous allons traiter une affection, un inconvénient plutôt, qui a presque disparu.

#### **IX.1-1-Les déformations traumatiques du lobule :**

Qui ne se souvient d'avoir vu dans les trésors que les familles se transmettent de génération en génération ces boucles d'oreilles en forme de poires ou d'un dessin compliqué à la facture desquelles participaient l'or et les pierres précieuses ?

Le poids relativement considérable de ces « agréments » explique avec beaucoup de facilité les déformations, l'allongement que l'on observait assez souvent autrefois.

Cependant si cette déformation n'est plus aussi commune dans les pays civilisés, elle n'est point rare chez les peuplades sauvages où se passent dans les oreilles de leurs enfants des arêtes de poisson, des morceaux d'os, des fragments de bois ou de métal, d'un certain volume et par conséquent d'un poids relativement considérable.

Sous l'influence du tiraillement exercé par ces objets, le lobule de l'oreille se distend et s'allonge ; si le pertuis à travers lequel passe l'ornement conserve sa forme primitive, ce qui est relativement fréquent, le lobule continuant à s'allonger et à s'hypertrophier, finit par atteindre l'épaule, en conservant toutefois son intégrité, malgré les déformations de toutes sortes qu'il a pu subir et qui le font ressembler à un morceau de viande informe appendu à l'oreille.

« Les Coctos et les Angusteros percent ce lobe, agrandissent l'ouverture et y enchâssent des rondelles de bois[71] de cecropia d'un volume phénoménal ». Chez d'autres peuplades sauvages, notamment chez les habitants des îles Marquises, ce sont des masses pesantes que l'on suspend, aussi sous leur influence voit-on, ainsi que nous le disions toute à l'heure, le lobule s'allonger peu à peu dans les sens verticaux et descendre ainsi jusqu'aux épaules.[72]

D'autres fois, au contraire, le tissu cellulaire qui compose à peu près à lui seul le lobule, se laisse distendre, et le pertuis, au lieu de circulaire qu'il était, devient oblong, s'agrandit dans un seul de ses diamètres de manière à former une espèce de boutonnière au milieu d'une languette de tissu qui représente le lobule.

Les descriptions d'oreilles de ce genre ne sont point rares dans les relations de voyages et beaucoup d'explorateurs en ont donné des reproductions prises un peu sur tous les points de globe.

Non seulement on a noté l'allongement et l'hypertrophie du lobule, mais encore on a vu, chez ces mêmes peuplades sauvages, des cas où après s'être ainsi hypertrophié, le lobule s'est divisé en deux parties ; c'est ce qui a été signalé chez les Indiens et les Orepones de la rivière de Napo.[73]

Cet accident, du reste, n'est point réservé exclusivement aux peuplades sauvages, on le rencontre fréquemment dans les pays civilisés, l'hypertrophie manque alors, ou si elle existe elle est très légère, car aussitôt que les mamans n'aperçoivent des inconvénients que présentent ses bijoux, elle les supprime.

### **IX.1-2-Enchâssement du piercing avec impossibilité de retrait**

Le nombre des piercings où le boucle d'oreille devenant embarqué dans le lobe de l'oreille plusieurs semaines après le perçage des oreilles, semble être proportionnel à l'utilisation accrue du pistolet à ressort. Cette complication est probablement secondaire à la haute pression exercée sur le tissu mou par le pistolet, le lobe étant comprimé entre le goujon de la boucle d'oreille et le support asymétrique. Elle peut également être secondaire à un œdème important dû à une infection, un traumatisme ou au choix d'un bijou trop petit pour le site.

Pour minimiser cette complication, on recommande de changer les points de pression sur le lobe en faisant tourner les boucles d'oreilles plusieurs fois par jour pendant les 4 premières semaines suivant le piercing des oreilles.

Le retrait peut nécessiter une incision, sous anesthésie locale.

### **IX.1-3-La scission du lobule :**

La scission du lobule est fréquente, surtout chez les enfants lymphatiques ; l'anneau de la boucle d'oreille agit alors lentement et par pression continue, il avance peu à peu à mesure qu'en arrière les tissus se referment. Un jour arrive où le bijou tombe et laisse le lobule fondu. « On perce à côté, le lobule se fend de nouveau, de sorte que le lobule finit par ressembler à une fourchette à huitres ».[74]

Cette scission du lobule se produit encore et d'une façon immédiate, lorsque la boucle d'oreille est arrachée brusquement soit que dans un mouvement brusque de la tête elle reste accrochée à un quelconque, soit que dans une agression, l'agresseur l'arrache brutalement.

La plaie produite ainsi peut se cicatriser sans laisser d'autres traces qu'une cicatrice, et alors il suffit de percer le lobule à côté du premier pertuis pour que l'accident soit réparé ; d'autres fois, au contraire, le lobule ne se reforme pas et reste bifide.

Si la déchirure se referme, la cicatrice est exposée aux complications ordinaires des cicatrices.

Dans le cas particulier où la boucle d'oreille est arrachée brutalement, le lobule est souvent dilacéré ainsi que les tissus voisins, alors il peut se faire la perte de substance se répare en créant des difformités soit que le lobule soit emporté, soit qu'il se soude aux parties voisines.

## **IX.2-Complications allergiques :**

### **IX.2-1-Dermite d'irritation :**

Elle est à distinguer de la dermite allergique. Elle est due au caractère irritant du piercing (par le matériel dans lequel il est réalisé) ou à l'action des substances appliquées sur la peau pour les soins du piercing. Elle se caractérise par le développement de macules, de papules ou de placards érythémateux ou érythémato-squameux, non suintants en général, parfois les lésions sont prurigineuses.

Elles se développent au niveau du site et ne s'étendent pas à distance. Elles apparaissent quelques heures après le début du mécanisme irritant.

L'histologie retrouve une nécrose cellulaire, une acantholyse des kératinocytes, des bulles intra-épidermiques, plus rarement une dermatite spongiforme. La dermatite d'irritation peut se surinfecter.

Les tests épicutanés, s'ils sont réalisés, sont négatifs. [75]

### **IX.2-2- Dermite allergique :**

Après les infections locales, il s'agit de la complication la plus fréquente du piercing. Elle fait appel à une réaction d'hypersensibilité de type IV.

Cliniquement, les lésions sont prurigineuses, soit érythémato-vésiculaires et/ou suintantes puis croûteuses soit érythémato-squameuses lors du passage à la chronicité. Elles apparaissent sur le site du piercing, 5 à 7 jours après l'exposition à l'allergène s'il s'agit du premier contact, ou 24 à 48 heures après en cas de deuxième contact. Les lésions ont des limites imprécises et s'étendent au-delà du site en contact avec l'allergène. Les lésions peuvent se surinfecter.

L'histologie retrouve une spongiose, qui résulte d'un œdème intercellulaire, d'intensité variable, qui écarte les kératinocytes les uns des autres, surtout au niveau des couches inférieures de l'épiderme. Une accumulation plus importante de liquide aboutit à la formation de vésicules spongiotiques, où s'accumulent des cellules de l'inflammation (des lymphocytes surtout, des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles). Il existe un important infiltrat inflammatoire autour des capillaires du derme superficiel et moyen. Si la dermatite est chronique, la spongiose et la vésiculation sont réduites, la couche cornée est épaissie, l'infiltrat et l'œdème dans le derme sont plus discrets.

Les tests épicutanés sont réalisés et sont positifs pour l'allergène en cause. Il est nécessaire de vérifier la pertinence d'un patch positif par un interrogatoire anamnestique rigoureux. Y a-t-il eu véritablement contact cutané avec l'élément testé positif ?

Le diagnostic peut être évident si la dermatite apparaît sur le site directement en contact avec l'allergène et avec une chronologie adéquate. Mais les lésions peuvent aussi survenir au niveau des mains, des paupières ou être généralisées, la composition du bijou n'est pas toujours connue, surtout s'il s'agit d'un alliage. L'automédication est fréquente et peut conduire à l'application de nombreuses substances différentes sur la peau.

Il n'existe pas de désensibilisation, le traitement consiste en l'éviction de l'allergène incriminé.

De nombreux matériaux et topiques peuvent être impliqués :[76]

### **IX.2-3-Allergie au métal :**

Les réactions aux piercings sont connues et répertoriées depuis toujours[77]. Il s'agit rarement de réactions granulomateuses à divers métaux (or, palladium, titane, vanadium, aluminium)[78]. Ces réactions pourraient se traduire par la manifestation d'hypersensibilité retardée[77]. Les dermatites de contact au Nickel, sont ceux qui comportent le plus souvent un risque de généralisation ou de survenue de rhinite allergique ou d'urticaire, probablement favorisées par un terrain atopique. [78]

Les métaux responsables de dermatites de contact peuvent être classés en quatre catégories ; avec le béryllium, le cobalt et le mercure, le nickel appartient à la catégorie IV. C'est-à-dire les métaux, qui réagissent à la sueur et peuvent former des ions allergisants [79]. Les statistiques dégagent un taux de 17,7% d'individus percés affichant une réaction positive à des tests de patch de nickel, l'allergène métallique le plus commun.[77]

En termes chimiques, l'haptène, qui constitue l'ion nickel libre, réagit en se liant aux protéines de l'épiderme. Ainsi, les tests montrent, que le nickel est un sensibilisant modéré à fort. Il faudra donc, assurer un contact cutané direct et prolongé, pour induire une sensibilisation. Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent également favoriser la sensibilisation, tels que l'état de la barrière cutanée (dermatose sous-jacente), l'association à des irritants et d'autres allergènes[80]. Le risque d'allergie aux métaux le plus élevé suite à un piercing intervient souvent, pendant la période de guérison. Pour cette raison, il est important de recourir pendant la période de cicatrisation à des bijoux faits à partir de matériaux inertes, tels que l'acier inoxydable fondu sous vide (LVM), le titane et le niobium. L'allergie à l'or étant rare, les métaux potentiellement problématiques, sont souvent alliés à l'or, en particulier l'or blanc, afin d'en atténuer l'effet allergène[81]. Le traitement de la dermatite de contact allergique implique obligatoirement le retrait de l'agent allergène. Des corticostéroïdes topiques et, rarement, systémiques peuvent être alors, nécessaires pour en contrôler les symptômes[80,81].

#### **IX.2-4- L'allergie au latex**

L'allergie au latex des gants de protection portés par les perceurs peut provoquer une réponse de type IV similaire, entraînant une dermatite[79]. Elle se présente comme une réaction cutanée avec une rougeur marquée, du prurit et la formation de vésicules à l'endroit où la peau a été en contact avec le latex. Le délai d'apparition est de 6 à 72 heures après le contact. Cette réaction est médiée par le système immunitaire en activant les lymphocytes T et représente près de 80 % des cas d'allergie au latex. A noter par ailleurs, que ces réactions sont souvent causées par les additifs chimiques, que l'on ajoute au caoutchouc lors de

la fabrication des produits contenant du latex et, non par les allergènes du latex lui-même. Ainsi, l'emploi de matériel en latex, pour ce type de patients est à éviter dans la mesure du possible[82]. L'utilisation des gants en latex sans poudre, peut notamment, réduire le risque d'allergie. De plus, il existe des gants de protection faits d'autres matières non sensibilisantes, telles que des nitriles ou du vinyle, que le perceur peut également utiliser en guise d'outil de protection.[79]

### **IX.3-Problème de cicatrisation**

Toute agression cutanée est à l'origine d'un processus de remaniements nommé « cicatrisation ». La lésion cicatricielle mineure est une partie normale du processus de guérison [81]. Mais, en règle générale, chaque blessure occasionnée, peut engendrer des complications se traduisant par un retard de cicatrisation des plaies exacerbées, aggravé par une infection, ou par la friction au bijou, pendant le processus de guérison.

#### **IX.3-1-Retard de cicatrisation**

La durée et la qualité de cicatrisation du piercing (épithélialisation du "canal dermohypodermique" artificiellement créé) dépendent de l'état général et des antécédents médicaux de la personne, de la nature et de la qualité du bijou, du matériel employé pour réaliser le piercing et enfin de la qualité du geste technique. Cependant, les soins locaux après un piercing constituent vraisemblablement le facteur déterminant le plus important de la vitesse et de la qualité de cicatrisation, et donc du risque de complication infectieuse. En effet, cicatrisation et infection sont étroitement liées dans le cas du piercing, comme dans le cas de tous les gestes chirurgicaux. La durée de cicatrisation d'un piercing peut s'étendre de 6 à 8 semaines. [83]

**IX.3-2- Cicatrices hypertrophiques et chéloïdes** Sont également considérés, comme complications du piercing, les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes.

Ces phénomènes sont principalement observés après le piercing du lobe de l'oreille, mais peuvent également survenir sur d'autres parties du corps.

Les cicatrices hypertrophiques sont des cicatrices surélevées, avec des bords parallèles. Elles reflètent le mode commun de guérison d'une peau lésée et apparaissent souvent, dans le mois suivant le traumatisme[79]. Elles évoluent favorablement de manière spontanée, en général, après environ 18 mois.[84]

Les chéloïdes sont des cicatrices résultant d'une excroissance du derme au niveau d'une blessure guérie. Ils se propagent à l'extérieur de la zone de blessure et, sont difficiles à traiter. Cependant, ils sont fortement exposés aux infections. La ramification et la propagation d'une chéloïde peut être aggravée par l'enlèvement et la réinsertion de bijoux, causant un traumatisme répétitif ou une inflammation continue.

Chez les individus prédisposés, les chéloïdes peuvent se propager extrêmement. Une éventuelle thérapie prend du temps et, très souvent ne donne pas un résultat. Par conséquent, les enfants ayant une histoire avec les cicatrices hypertrophiques et chéloïdes devraient être informés et interdits de percer.[85]

A noter en outre, que les cicatrices du piercing peuvent être visibles pendant de nombreuses années après l'enlèvement des bijoux.[81]

#### **IX.4- Complications tardives systémiques [78]**

Les conséquences à long terme de ces diverses manœuvres sont encore mal connues. Mais, le fait que puissent persister pendant des années, dans la peau ainsi modifiée, une prolifération capillaire, des infiltrats lymphocytaires ou des macrophages activés, montre bien qu'il s'agit d'un processus, qui n'est pas inoffensif et, qui induit à bas bruit une réaction inflammatoire, dont le moindre dommage serait l'apparition d'une réaction granulomateuse. La découverte d'un matériel étranger polarisable dans des biopsies de telles lésions laisse penser que celui-ci peut agir comme un stimulant antigénique favorisant l'apparition d'une sarcoïdose, parfois plusieurs dizaines d'années plus tard.

***PREVENTION DES  
COMPLICATIONS  
DU PIERCING***

## **X- PREVENTION DES COMPLICATIONS DU PIERCING :[86]**

### **X.1- Règles d'hygiène universelles**

Ces règles ont pour objectif d'éviter ou de limiter le risque de transmission de microorganismes infectieux

- De l'opérateur au client
- Du client à l'opérateur
- D'un client à un autre
- D'un client à lui-même (" auto-infection ").

Ce sont des principes de base, qui doivent être appliqués dans toutes les situations et, dans tous les lieux destinés à ces pratiques, par tous les professionnels et pour tous les clients.

#### **X.1-1- Limitation de la transmission entre client et opérateur**

##### **X.1-1-1-Lavage et la désinfection des mains**

Le lavage des mains est la mesure la plus importante, pour prévenir la transmission des infections. Il se pratique le matin en arrivant et, le soir en partant, avant et après tout geste contaminant ou à risque. Le port des gants ne dispense pas du lavage des mains. Le lavage des mains est réalisé avec du savon liquide (conditionné en distributeur), les mains sont rincées à l'eau, puis séchées avec des essuie-mains jetables. Pour la désinfection des mains, des solutions hydroalcooliques peuvent être utilisées sur des mains propres, en lieu et place d'un lavage au savon antiseptique, lorsqu'on est dérangé au cours d'un acte, sans pour autant s'être sali les mains en manipulant des objets souillés. Il s'agit alors non pas d'un lavage, mais d'une désinfection des mains

### **X.1-1-2-Gants**

⊖ Gants d'examen non stériles : Utilisés, pour protéger les mains de l'opérateur. Il est recommandé d'en porter, dès qu'il y a risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques. Cette protection est indispensable si les mains de l'opérateur présentent des plaies ou des lésions de la peau.

⊖ Gants chirurgicaux stériles : Utilisés pour protéger le client. Ils doivent être portés pour réaliser le geste comportant une effraction cutanée et pour manipuler du matériel stérile. Il faut se laver les mains au savon liquide antiseptique, avant d'enfiler ces gants chirurgicaux stériles.

Quel que soit le type de gants, il est nécessaire de les changer entre chaque client.

### **X.1-2- Limitation de la transmission de client à client**

#### **X.1-2-1-Articles de perçage et stérilité**

Il faut utiliser chaque fois que possible, du matériel à usage unique, vendu stérile par le fabricant. Les aiguilles utilisées sont impérativement à usage unique, dans tous les cas, et pour toutes les techniques de modifications corporelles. Après utilisation, ce matériel est jeté dans des collecteurs spécialement prévus à cet effet. Le matériel réutilisable doit être impérativement stérilisé par l'opérateur, après chaque utilisation.

Dans le cas du piercing, le bijou doit lui aussi être stérile au moment de sa mise en place.

### **X.1-2-2-Outils non stérilisables et surfaces de travail**

Le matériel non stérilisable doit être correctement nettoyé et désinfecté entre chaque client, selon les procédures décrites plus loin. Après chaque client, les surfaces qui pourraient avoir été éventuellement contaminées par des instruments, du matériel souillé, des projections, ou qui ont été touchées par les mains de l'opérateur, doivent être nettoyées et désinfectées.

### **X.1-2-3-Elimination des instruments souillés piquants et tranchants**

Les objets piquants ou coupants, comme les aiguilles, ayant été utilisées, pour un client, doivent impérativement être considérés, comme potentiellement contaminant. Ils seront directement déposés dans un collecteur ou conteneur, spécialement adapté, afin d'éviter toute blessure, piqûre ou coupure.

### **X.1-3-Limitation « d'auto-infection » du client**

L'objectif c'est d'éviter la pénétration dans l'organisme d'agents infectieux plus ou moins pathogènes, présents sur la peau du client au moment de l'effraction cutanée.

Si l'on observe des signes locaux, qui peuvent faire suspecter une infection, comme des verrues, des boutons, des croûtes, un suintement ou autre anomalie, le « professionnel » doit s'abstenir de réaliser le geste. Avant tout geste, comportant une effraction de la barrière cutanée, il faut donc, bien contrôler l'état de la peau du lobule. Les règles de préparation de la peau, avant tout geste, comportant une effraction cutanée doivent être systématiquement respectées.

## **X.2-Local, matériel, stérilisation[86]**

### **X.2-1- Salle de stérilisation**

Le lieu de nettoyage et de stérilisation du matériel, doit être séparé des autres. Cette pièce se divise en deux parties :

- Une partie sale ou contaminée (zone de nettoyage),
- Une partie propre (zone de conditionnement et de stérilisation). Dans cette salle, le port des gants est obligatoire.

Il est important de respecter à chaque étape, un flux logique, évitant tout croisement entre matériel sale et matériel propre. « On va toujours du sale vers le propre ».

#### **X.2-1-1-Partie sale ou contaminée (zone de nettoyage)**

Tout ce qui se trouve dans cet endroit est considéré comme contaminé. On y réalise la décontamination des matériels et instruments, leur nettoyage et leur séchage. La décontamination (ou pré-désinfection, selon le terme officiellement admis).

Le nettoyage est la phase suivante de la décontamination. Il permet d'obtenir un niveau minimum nécessaire de contamination, pour entamer une bonne stérilisation. Il s'agit d'une opération mécanique, réalisée par brossage du matériel avec une brosse souple, à l'aide d'un produit détergeant. Il faut éviter toutes projections, pour ne pas contaminer l'environnement. Pour sécher, il faut un champ propre, qui ne peluche pas. Le séchage doit être parfait. On ne peut conditionner, que du matériel sec. Car, toute trace d'eau risque de détériorer le sachet, qui ne jouera plus son rôle de « protecteur de la stérilité ».

### **X.2-1-2-Partie propre (zone de conditionnement et stérilisation)**

On y réalise les opérations de stérilisation des matériels et instruments, après les avoir convenablement conditionnés.

- Conditionnement : « Seul, un matériel correctement conditionné, pourra rester stérile après stérilisation ». Pour éviter qu'un objet stérile soit contaminé par contact avec le milieu extérieur, il est nécessaire de le conditionner avant stérilisation dans un emballage spécifique protecteur de la stérilité. Ce n'est qu'au moment de son utilisation, qu'il doit être déballé. Le conditionnement et le mode de conservation du matériel stérile font intégralement partie de la stérilisation.

- Stérilisation : « Seul, un matériel propre, sec et bien conditionné pourra être correctement stérilisé ». L'étape de la stérilisation est fondamentale. Le but de la stérilisation d'un objet est la destruction ou l'inactivation irréversible de tous les micro-organismes, qui se trouvent dans ou sur cet objet. Quand aucun germe ne peut plus être décelé, l'objet est dit « stérile ». La méthode de référence est la stérilisation par la vapeur d'eau (autoclave). Les paramètres recommandés (température, durée), pour le plateau de stérilisation sont actuellement de 134°C pendant 18 minutes (norme de stérilisation prenant en compte les prions).

En réalité, le cycle de stérilisation dure plus longtemps, pour tenir compte des phases de vide préalable et de vide final de séchage.

Pour stériliser des objets conditionnés, il faut un stérilisateur avec vide fractionné et séchage. Ce type d'autoclave permet la stérilisation de sachets emballés et de produits creux.

### **X.2-2-Salle de travail ou salle de piercing**

La salle de piercing doit être isolée de la salle d'attente, et de la salle de stérilisation. On peut y distinguer trois zones : Dans la zone dite « sale », se trouvent un plateau à déchets, pour mettre, après usage, les instruments souillés réutilisables, le bac de décontamination, une poubelle à pédale, avec couvercle, pour les déchets et un conteneur à objets piquants et tranchants souillés, à usage unique. La zone dite « moyennement propre », est l'endroit où, l'on reçoit le client. Elle contient un divan d'examen, sur lequel on allonge les clients, qui est recouvert d'un champ propre en papier, changé entre chaque client. Elle contient également un évier, de préférence à pédale, avec un savon liquide doux, conditionné dans un flacon muni d'une pompe doseuse, un savon liquide antiseptique et/ou une solution hydroalcoolique, et enfin un distributeur d'essuie-mains jetables en papier absorbant.

Dans la zone dite « propre », on déballe et prépare les instruments, pour le geste du piercing. Cet espace ne doit pas être contaminé. On y trouve les flacons d'antiseptiques, les lingettes, les gants d'examen médicaux. Les compresses, les gants stériles peuvent être rangés dans des tiroirs immédiatement accessibles.

Sur ce plan de travail, on dépose les objets nécessaires au geste, une fois déconditionnés, sur un champ ou un plateau stérile.

### **X.2-3-Nettoyage et désinfection de l'espace de travail :**

Si le studio contient des toilettes, elles doivent être équipées d'un lavabo à l'intérieur, afin de pouvoir se laver les mains. Une fois par jour, il faut procéder à un nettoyage soigneux des locaux de travail, avec un produit adapté (détergent-désinfectant pour surfaces).

#### **X.2-4-Bijoux de piercing**

Conformément aux procédures détaillées ci-dessus et, avant de réaliser un piercing, il faut aussi, décontaminer le bijou à l'aide d'un produit détergent-désinfectant, le nettoyer par un brossage manuel, compléter ce nettoyage à l'aide du bac à ultrasons réservé à cet usage, le sécher, puis le conditionner dans un sachet.

Le bijou sera ainsi décontaminé, propre et conditionné pour la stérilisation. Seul, un bijou stérilisé, peut être utilisé lors de la réalisation d'un piercing (bijou dit « de pose »).

#### **X.3-Sécurité des professionnels (Accident d'exposition au sang) [86]**

Les blessures accidentelles sont très fréquentes et souvent évitables. Parmi ces accidents du quotidien, à mentionner la blessure occasionnée par un instrument piquant ou tranchant, pouvant entraîner une exposition accidentelle directe de l'opérateur au sang de son client. En cas d'accident, le risque principal encouru est celui de la transmission d'une infection virale ; hépatite B (virus VHB), hépatite C (virus VHC) et sida (Virus VIH), si l'enfant source de l'accident est atteint d'une infection par l'un de ces virus. Si un tel accident survient au cours de l'acte, une bonne intervention précoce, peut alors, réduire le risque de transmission de l'infection.

##### **X.3-1-Mesures générales**

- Lors d'une piqûre accidentelle, faire saigner (quelques gouttes) au point de ponction et bien nettoyer avec du savon la surface cutanée contaminée, sans la brosser.
- S'il s'agit d'une projection, rincer abondamment la bouche ou les yeux.

- Ranger l'instrument responsable dans un container de sécurité.
- Désinfecter la zone lésée avec une solution de Dakin, ou d'eau de Javel à 12° chlorométrique diluée au 1/10ème, en assurant un temps de contact de 5 minutes au moins.
- Prendre en note les détails de l'accident (Date et heure du contact, type de contact, quantité de liquide biologique, importance et durée du contact, profondeur de la lésion et description de la source du contact).
- Consulter rapidement un professionnel de santé.

### **X.3-2-Mesures spécifiques contre l'hépatite B**

Si le sujet source de l'accident d'exposition est atteint d'une hépatite B, le risque d'infection par ce virus peut être relativement important.

Selon l'avis médical, on peut recourir à deux types de produits pour prévenir l'hépatite B.

⊗ Les immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B : Ce sont des anticorps, qui peuvent protéger temporairement la victime contre l'hépatite B (environ deux mois). Elles sont parfois indiquées, à la suite d'une exposition, et doivent alors être administrées le plus tôt possible. C'est-à-dire, moins de sept jours après un contact accidentel, et idéalement en moins de 48 heures.

⊗ Le vaccin contre l'hépatite B Peut être proposé à la suite d'un accident d'exposition, selon les circonstances de l'accident, et selon l'état immunitaire de l'enfant, qui a été exposée vis à vis de l'hépatite B. Cependant et, avant exposition au risque, la vaccination contre l'hépatite B est vivement recommandée, pour tous les professionnels du piercing.

### **X.3-3-Mesures spécifiques contre l'hépatite C**

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une hépatite C, le risque d'infection par ce virus est réel. Mais, plus faible, que dans le cas de l'hépatite B. La seule mesure recommandée consiste à effectuer des prélèvements sanguins répétés pendant une durée de six mois, pour surveiller l'éventuelle apparition de l'infection par le VHC. En effet, il n'y a pas actuellement de moyen efficace disponible pour le prévenir.

### **X.3-4-Mesures spécifiques contre le virus du sida**

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une infection par le VIH, le risque d'infection par ce virus est réel. Mais, plus faible, que dans le cas de l'hépatite C. Il n'existe pas de vaccin contre le VIH. Selon le degré d'exposition au VIH, qui doit être rapidement évaluée par un médecin, la prescription d'une trithérapie (combinaison de 3 médicaments antirétroviraux), administrée le plus tôt possible après l'exposition (idéalement en moins de 3 heures), et pendant une durée totale de 30 jours, peut s'avérer nécessaire. Des prélèvements sanguins seront répétés pendant six mois, pour contrôler l'efficacité de ce traitement préventif.

# ***LE ROLE DU CORPS MEDICAL***

## **XI-LE ROLE DU CORPS MEDICAL :**

### **XI.1-Une médicalisation du piercing**

Le piercing, nécessitant de porter atteinte à l'intégrité corporelle et de posséder des connaissances médicales (en anatomie, en aseptie, pour la recherche des contre-indications et pour la réalisation de l'hémostase, par exemple), la question de la médicalisation du geste peut légitimement se poser.

Mais, elle est très rapidement écartée.

En effet, une médicalisation systématique impliquerait une interdiction des perceurs, il est probable que beaucoup de personnes auraient alors recours au piercing clandestin, impossible à contrôler et plus à risque de complications.

L'acte de piercing est souvent vécu comme un passage initiatique, un acte fondateur, où la complicité et la communication entre le perceur et les parents du percé sont fondamentales.

Cette approche pourrait difficilement être reproduite dans le milieu médical.

Enfin, elle pourrait engendrer une dérive mercantile, qui va à l'encontre de l'éthique médicale.[87]

### **XI.2- Les actions possibles :**

Mais, si le piercing ne peut être un acte médicalisé, le professionnel de santé a pourtant un rôle important à jouer.

Il peut :

- expliquer les risques et les mécanismes des complications.
  - expliquer le délai de cicatrisation et insister sur l'importance des soins post-piercing.
  - donner des indices pour repérer les perceurs respectueux des règles d'hygiène.
  - déconseiller la réalisation de piercing lors de voyages à l'étranger.
  - inciter à une consultation en cas de complications.
  - expliquer les risques de l'échange de bijou, conseiller le retrait des piercings lors d'activités sportives.
- \_ il est préférable d'attendre que l'enfant ait au moins reçu trois doses du vaccin contre le tétanos selon le programme national d'immunisation.
- conseiller la vaccination contre l'hépatite B au perceur et aux percés, réaliser un dépistage des hépatites B, C et du VIH chez les enfants ayant eu un piercing réalisé dans de mauvaises conditions d'hygiène (comme le recommande l'ANAES et l'INVS).[88,89,90]

Pour les enfants ayant des antécédents comme : un diabète, une cardiopathie, une immunodépression congénitale ou acquise, une sarcoïdose, une hémophilie, un traitement anti-coagulant ou corticoïde, une chimiothérapie, le médecin peut expliquer les risques potentiels du piercing, accrus par leur pathologie, tenter de les dissuader de réaliser cette procédure ou tout du moins leur donner des conseils pour minimiser les risques.[87,91]

Les recommandations de 2002 pour la prophylaxie de l'endocardite infectieuse déconseillent fortement la réalisation du piercing chez les porteurs de cardiopathie à risque, congénitale ou acquise. [92]

L'antibioprophylaxie, avant la réalisation de gestes à risque n'a pas prouvé son efficacité pour prévenir les endocardites infectieuses, ni son innocuité, par des études scientifiques.

Elle pourrait participer à l'émergence de résistance des germes vis-à-vis des antibiotiques.

La conférence de consensus ne donne pas de recommandation pour le piercing[92]. Pour que le dialogue puisse s'établir, il est nécessaire que le professionnel de santé ne porte pas de jugement désapprobateur sur cette pratique. Pour être crédible, il doit prendre connaissance des procédures du piercing, des motivations et des complications possibles. Il doit également connaître les mécanismes d'ouverture/fermeture des bijoux.

La présence de piercing, associée à d'autres modifications corporelles, interprétée en fonction du contexte, peut aider à repérer les personnes en souffrance.

Enfin, lors du diagnostic de certaines pathologies, comme une endocardite, une hépatite C, les professionnels de santé doivent avoir à l'esprit, le piercing, lors de la recherche d'une étiologie. D'autant plus que les parents retirent très souvent leurs bijoux avant une consultation médicale, par peur des jugements désapprobateurs.

# ***TRAITEMENT DES AFFECTIONS***

## **XII-TRAITEMENT DES AFFECTIONS :**

Après avoir énuméré les accidents occasionnés par le percement du lobule de l'oreille et le port des boucles d'oreilles ou d'objets plus ou moins lourds appendus au lobule auriculaire, nous devons dire un mot du traitement de ces accidents.

Le premier de tous les traitements et le meilleur, celui qui supprime tout inconvénient, consiste à s'abstenir de porter de bijoux ainsi suspendus aux oreilles.

Mais comme, en somme, ce conseil a beaucoup de chances de n'être pas suivi, mieux vaut le formuler simplement, prévoir et traiter les accidents.

De la légère hémorragie qui se produit au moment de l'opération, nous ne dirons presque rien ; elle cède généralement assez vite par la compression du lobule entre le pouce et l'index.

Les complications inflammatoires de la plaie, complications généralement infectieuses, sont justiciables des traitements reconnus efficaces contre ces infections.

Le traitement qui, en somme, domine tout dans le cas particulier, est le traitement prophylactique.

L'antisepsie et l'asepsie les plus minutieuses sont de règle dans cette opération.

Malheureusement il n'en est rien, le poinçon qui sert aux bijoutiers pour transpercer le lobule n'est généralement nettoyé que très sommairement, et de plus reste très longtemps planté dans du liège pour le préserver.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que ce poison, chargé de principes septiques, infecte la plaie et occasionne des érysipèles, des phlegmons et autres complications des plaies septiques qui, du reste, sont justiciables su traitement ordinaire de ces mêmes complications.

Lorsqu'il existe une affection concomitante telle que l'impétigo, par exemple, le percement des oreilles doit être retardé jusqu'à disparition complète de cette maladie, car alors une auto inoculation peut se produire au point lésé, comme nous en signalons plusieurs cas dans notre premier chapitre.

Les complications dues à des syndromes, à des infections générales, tuberculeuse, sont améliorées ou guéries par les traitements spécifiques.

Quant aux affections signalées dans notre chapitre II, le traitement doit évidemment répondre aux indications.

Si le médecin est consulté pour hypertrophie du lobule, la première indication est de supprimer la boucle d'oreille, cause du mal. Le traitement est tout indiqué, il faut réséquer une bonne partie du lobule et refaire ce lobule.

Lorsque le lobule est fissuré, comme généralement la difformité n'est que légère et qu'elle ne se borne qu'à une légère échancrure du bord, le médecin est rarement invité à y remédier.

Si scissure est assez profonde pour nécessiter une intervention, l'opération la plus simple et en même temps celle qui donne les meilleurs résultats est d'aviver les bords de cette scissure et de les rapprocher en taillant ou non dans la peau saine deux petits lambeaux.

Nous arriverons maintenant aux affections, non point plus sérieuses, mais nécessitant davantage une intervention, je veux parler des tumeurs signalées dans le chapitre III.

Dans ce cas, l'indication est d'enlever la tumeur en réunissant les deux lambeaux par première intention ; on est rarement à l'abri des récurrences, mais néanmoins il ne faut pas désespérer de la guérison car, comme le montrent la plupart des observations, ce n'est souvent qu'après plusieurs interventions que l'affection est définitivement guérie.

# ***CONCLUSION***

### **XIII - CONCLUSION :**

De nombreuses complications ont été rapportées dans la littérature, l'ampleur du danger est soupçonnée, mais n'a pas été établi par des études scientifiques. Beaucoup d'effets délétères pourraient être évités par la réalisation du geste dans de bonnes conditions d'asepsie, le respect des contre-indications, le choix d'un bijou adapté dans un matériel adéquat et la réalisation de soins d'hygiène journalier tout le temps de la cicatrisation. Pourtant, l'absence de reconnaissance de la profession de perceur empêche la mise en place de mesures de prévention efficaces.

Au niveau national, aucune formation officielle, aucune réglementation générale et aucun contrôle n'existe. L'information du public et des médecins sur les risques du piercing est sporadique, souvent due à des initiatives locales ou des campagnes de santé publique ciblées sur une pathologie particulière, comme les hépatites. Ceci est difficilement acceptable, car les risques liés au piercing concernent des sujets jeunes, en bonne santé. Et dans certaines circonstances, cette procédure pourrait faciliter la propagation de pathologies comme les hépatites et le SIDA, reconnues problèmes de santé publique.

En attendant, il est du devoir du professionnel de santé de s'informer sur cette pratique et ses conséquences possibles et de mener des actions de prévention et d'information dans son cabinet.

Le pédiatre est appelé à jouer le rôle de « conseil », intervenant lors de la phase pré-piercing. Lors de la phase post-piercing, il intervient à titre curatif, en cas de complications ou de séquelles.



# ***RESUMES***

## XIV- Résumés

**Titre :** Percement du lobule de l'oreille chez l'enfant : Complications

**Auteur :** Boussefina chaimaa

**Directeur de la thèse :** Pr. F.Jabouirik

**Mots clés :** Piercing, Complication, Infection, Enfant

Le perçage du lobule est une modification corporelle consistant à perforer le lobe de l'oreille dont le but d'y insérer un ornement le plus souvent une boucle d'oreille de forme, de dimensions et de composition différentes. Cette pratique concerne essentiellement les filles pour des raisons esthétiques.

Il existe deux catégories de système de perçage : les pistolets à ressort et les dispositifs utilisant la flexion des doigts. Dans les deux cas l'instrument perce l'oreille en enfonçant à travers des tissus une boucle d'oreille dont la tige est pointue.

Plusieurs complications peuvent survenir : dermatologiques, infectieuses, allergique, mécaniques et traumatiques.

Celles-ci, peuvent être évitées par certaines mesures:

- le choix de bijoux adaptés ; boucle en métal chirurgical.
- Le respect des règles d'asepsie
- La réalisation des soins journaliers : nettoyage du trou à l'aide d'antiseptique.

Le pédiatre a un rôle primordial de conseil, d'information et de prévention, intervenant lors de phase pré-piercing. Aussi, en cas de complications ou séquelles.

## Abstract

**Title:** children's earlobe Piercing: Complications

**Author:** Boussefina chaimaa

**Thesis Director:** Pr. F.Jabouirik

**Keywords:** Piercing, Complication, Infection, Child

Earlobe piercing is a body modification consisting of puncturing the earlobe whose purpose is to insert an ornament most often an earring which have a different form, dimension and composition. This practice mainly concerns girls for aesthetic reasons.

There are two categories of drilling system: spring pistols and devices using finger flexion. In both cases the instrument pierces the ear by driving through tissue an ear loop with a pointed rod.

A lot of complications can occur: dermatological, infectious, allergic, mechanical and traumatic.

These can be avoided by certain measures:

- The choice of suitable jewelry; surgical metal buckle.
- Respect the rules of asepsis
- Carrying out daily care: cleaning the hole with antiseptic.

The pediatrician has a primary role of advice, information and prevention, intervening during the pre-piercing phase. Also, in case of complications or sequelae.

## ملخص

**العنوان:** ثقب حلمة الأذن عند الطفل: المضاعفات

**الكاتبة:** بوسفيئة شيماء

**المشرف:** الأستاذة فاطمة جبويريك

**الكلمات الأساسية:** ثقب حلمة الأذن – مضاعفات – تعفن – طفل.

ثقب حلمة الأذن هو تعديل الجسم، و يتجلى في تخريم فصيص الأذن الغرض منه هو إدراج حلي في الغالب حلقة أذن ذات شكل و ابعاد و تركيبية مختلفة تخص هذه العادة معظمهم من الفتيات لأسباب جمالية

هناك نوعان من أنظمة التخريم: المسدسات ذات نابضو الأجهزة التي تستخدم إنثناء الإصبع. في كلتا الحالتين يخترق الجهاز أنسجة الأذن بواسطة قضيب مدبب

يمكن أن تحدث عدة مضاعفات: جلدية و تعفن و حسية و صدماتية و ميكانيكية.

يمكن تجنبها بالترام بعض الإجراءات:

- إختيار مجوهرات مناسبة، حلقة أذن معدنية جراحية

- إحترام قواعد التعقيم

- القيام بالفحوصات اليومية: تنظيف الثقب بإستخدام مطهر

لطبيب الأطفال دور رئيسي في تقديم المعلومات و النصائح الوقائية، متدخلا خلال مرحلة ما قبل الثقب، و أيضا في حالة حدوث مضاعفات أو عواقب.

# ***REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES***

## **XV- REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES**

- [1] Delas B., Dehesdin D. Anatomie de l'oreille externe. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-010-A-10, 2008.
- [2] pavillon de l'oreille externe(anatomie) copyright Dr Richard Martzilff.Encyclopedie médicale Vulgaris.
- [3] auricule Dr Ricard Martzolff medical vulgaris.
- [4] Testut J. Précis-atlas de dissection des régions. Paris : Octave Doin ; 1921.
- [5] Gray H. Anatomy of the human body. Vol 10. Philadelphia : Lea and Febiger ; 1918, Bartleby.com ; 2000.
- [6] Bennett SP, Dagash H, McArthur PA. The role of the antitragicus muscle in plical folding of the pinna. Plast reconstr Surg 2005 ; 115 :1266-8.
- [7] Rouvière H. In : Anatomie Humaine. Paris : Masson ; 1940.p.354-62.
- [8] Park C, Lineaweaver WC, Rumly TO, Buncke HJ. Arterial supply of the anterior ear. Plast Reconstr Surg 1992 ; 90 :38-44.
- [9] Pinar YA, Govsa F. Anatomy of the superficial temporal artery and its branches : its impotence for surgery. Surg Radiol anat 2006 ; 28 : 248-53.
- [10] Jean-Pierre Dalbéra — originally posted to Flickr as Tête de Toutânkhamon enfant (musée du Caire / Egypte).

- [11] « Body-piercing.com Ear piercing, its history and evolution » [archive]
- [12] « A history of ear piercing »
- [13] « Jacques Chevalier, "Le piercing dans l'art et l'histoire" » [archive]
- [14] « Exode, 21.6 » [archive]
- [15] « Indumentaria y costumbres en la España » [archive]
- [16] « Pierced like Beckham: how Claire's Accessories went A-list, one ear at a time » [archive]
- [17] « Patrizia Ciambelli, La boucle et la marque (voir note 4 » [archive]
- [18] « Daily Mail » [archive]
- [19] « Vogue » [archive]
- [20] « Vagabon Journey » [archive]
- [21] « BBMundo » [archive]
- [22] Newborn baby girl with tripple pierced ears - Costa Rica 2012
- [23] The Cultural Heritage of India sous la direction de D<sup>f</sup> Sarvepalli Radhakrishnan, publié par The Ramakrishna Mission Institute of Culture Calcutta, volume II, page 402, (ISBN 8185843031)
- [24-]« Raising World Children » [archive]
- [25] « Sankriti Magazine » [archive]
- [26] INDIA, 7 October 2012, 02:43:00,author:RHKalpana

- [27] « Pi « Piercing : risques et contre-indications » [archive]
- [28] « Piercing : risques et contre-indications » [archive]
- [29] « Bijoux: Pas une question accessoire. » [archive]
- [30] Robert James, Marc Antoine Eidous, Jules Busson, Denis Diderot et François Vincent Toussaint, Dictionnaire universel de médecine, de chirurgie, de chimie, de botanique, d'anatomie, de pharmacie et d'histoire naturelle, etc., précédé d'un Discours historique sur l'origine et les progrès de la médecine, Briasson, 1746, p. 353, lu sur Google Books: [https://books.google.fr/books?id=oYBEAAAACAAJ&pg=PA351&dq=percer+oreille+aiguille&hl=fr&sa=X&ei=R1ToT-\\_tAYHN0QXUmJmOCQ&ved=0CFUQ6AEwBQ#v=onepage&q=percer%20oreille%20aiguille&f=false](https://books.google.fr/books?id=oYBEAAAACAAJ&pg=PA351&dq=percer+oreille+aiguille&hl=fr&sa=X&ei=R1ToT-_tAYHN0QXUmJmOCQ&ved=0CFUQ6AEwBQ#v=onepage&q=percer%20oreille%20aiguille&f=false) [archive]
- [31] A little girl getting her ears pierced. 23 December 2004 (according to Exif data)
- [32] Système de perçage des oreilles à usage unique. 15 December 2020, 22:14:40
- [33] Cartouche stérile pour système de perçage d'oreille 15 December 2020, 22:25:10
- [34] Photographed by William Rafti of the William Rafti Institute From "The Body Piercing Encyclopedia Vol. 1" by William Rafti
- [35] « inoki piercing » [archive]
- [36] Salmandjee Y. Piercings et tatouages. Paris : Eyrolles ,2003 . 160p

- [37] Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet*. 2003 ; 361 : 1205-15.
- [38] Zbinden V. Piercing. Rites ethniques. Pratique moderne. Lausanne : Favre, 1997. 173p.
- [39] Close-up of the back of a stud earring Size of this preview: 800 × 533 pixels. Other resolutions: 320 × 213 pixels | 640 × 427 pixels | 1,024 × 683 pixels | 1,280 × 853 pixels | 2,560 × 1,707 pixels | 6,000 × 4,000 pixels..
- [40] chaine d'oreille et bague d'oreille à forme humai Original file (1,573 × 2,584 pixels, file size: 1.14 MB, MIME type: image/jpeg)
- [41] Macrophotography of a single stud earring and its clu Eric Magnantch,
- [42] Ari's back, Ari at Hebrew Wikipedia
- [43] Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L et al. Piercing and its infectious complications. A public health issue in France. *Press Med*. 2000 ; 29 : 1948-56.
- [44] ] Heuze S. *Changer le corps ?* Paris : La Musardine, 2000 .199
- [45] Arrêté du 4 août 2005 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2000 relatif à l'interdiction de mise sur le marché de certains produits contenant du nickel. JO du 2 septembre 2005. texte 29 sur 119.
- [46] Liden C, Norberg K. Nickel on the Swedish market. Follow-up after implementation of the Nickel Directive. *Contact Dermatitis*. 2005 ; 52 : 29-35.

- [47] Guiard-Schmid JB. Guide des bonnes pratiques du piercing. Paris : APHP. 2002 : 8.
- [48] Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L et al. Piercing and its infectious complications. A public health issue in France. Press Med. 2000 ; 29 : 1948-56.
- [49] Le Breton D. Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles. Paris : Métailié, 2002 .224p.
- [50] Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Lancet. 2003 ; 361 : 1205-15.
- [51] Tillaux,anatomie topographique,p :88
- [52] Testut,Traite d'anatomie humaine,t.III,p :285
- [53] Kirmisson,Manuel de pathologie externe,p :423
- [54] Bobe Moreau,Journal de medecine,chirurgie et pharmacie,1821,p :302.
- [55] Boyer,Traite de cmaladies chirurgicales,t :IV,p :4
- [56] Fournier,Journal des maladies syphilitiques et cutanees ,1894,p :322.
- [57] Vidal,Bulletinde la societe anatomique,Paris,1871.
- [58] Kelly AP. Medical and surgical therapies for keloids. Dermatol Ther. 2004 ; 17 : 212-8.
- [59] Zilinsky 1, Tsur H, Trau H, Orenstein A. Pseudolymphoma of the earlobes due to ear piercing. J Dermatol Surg Oncol. 1989 ; 15 : 666-8.

- [60] Sugden P, Azad S, Erdmann M. Argyria caused by an earring. *Br J Plast Surg.* 2001 ; 54 : 252-3.
- [61] Metts J. Common complications of body piercing. *West J Med.* 2002 ; 176 : 85-6.
- [62] Trupiano JK, Sebek BA, Goldfarb J et al. Mastitis due to mycobacterium abscessus after body piercing. *Clin Infect Dis.* 2001 ; 33 : 13 1-4.
- [63] Tweeten SS, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. *Clin Infect Dis.* 1998 ; 26 : 735-40.
- [64] Saurat JH, Grosshans E, Laugier P. Tuberculose et mycobactérioses atypiques. In : *Dermatologie et infectio* 1 Sow PS, Diop BM, Barry HL, Badiane S, ColliSeck AM. Tetanus and traditional practices in Dakar (report of 141 cases). *Dakar Med.* 1993 ; 38 : 55-9. ns sexuellement transmissibles. 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson. 163-9.
- [65] 1 Sow PS, Diop BM, Barry HL, Badiane S, ColliSeck AM. Tetanus and traditional practices in Dakar (report of 141 cases). *Dakar Med.* 1993 ; 38 : 55-9.
- [66] INVS. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Analyse descriptive, janvier 2005. 14p. Disponible sur : (consulté le 15.0 1.06).
- [67] Kontoyiannis DP, Chagua MR, Ramirez I, Prieto V. Locally invasive auricular aspergillosis after ear piercing in a neutropenic patient with leukemia. *Am J Hematol.* 2003 ; 73 : 296-7.

- [68] forum Doctissimo.fr
- [69] Eczéma de contact au nickel d'une boucle d'oreille. Cet eczéma dure depuis quelques semaines sans traitement, ce qui explique l'aspect épaissi et squameux. <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/es/node/3960>
- [70] <https://arayaa.com/cheloides-cicatrices-cheloidiennes/>
- [71] Marcoy Paul, T. du monde, 1866, 2<sup>e</sup> vol., p. 102 et 103. - L'auteur donne même le dessin d'une oreille dont les lambeaux du lobule sont tressés et contournés en forme de nœud.
- [72] Testut, Anatomie humaine, t. III, p. : 274.
- [73] Paul Marcoy, voyage de l'océan pacifique à l'océan atlantique, Tour du monde, 1863, 1<sup>er</sup> vol., p. 172.
- [74] Tillaux, Traité de chirurgie clinique, p. : 79.
- [75] Saurat JH, Grosshans E, Laugier P. Eczémas de contact. In : Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson. 53-68.
- [76] ] Ehrlich A, Kucenic M, Belsito DV. Role of body piercing in the induction of metal allergies. Am J Contact Dermat. 2001 ; 12 : 15 1-5
- [77] Dron P, Lafourcade M.P, Leprince F, Nonotte-Varly C, Van Der Brempt X, Banoun L, Sullerot I, This-Vaissette C, Parisot L, Moneret-Vautrin D.A. Les allergies aux piercings et aux tatouages : enquête du réseau d'allergo-vigilance. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 2007; 47 : 398-401.

- [78] Civatte J, Bazex J. « Piercings » et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation. Bull Académie nationale de médecine 2007; 191 :1819-
- [79] Holbrook J, Minocha J, Laumann A. Body Piercing Complications and Prevention of Health Risks. American Journal of Clinical Dermatology 2012; 13(1): 1-17. 38.
- [80] Dermatoses professionnelles allergiques aux métaux. Document pour le médecin du travail N°121, 2010; 84 :91-104
- [81] Modest GA, Fangman JJ. Nipple Piercing and Hyperprolactinemia. The New England Journal of Medicine 2002; 347 :1626-7.
- [82] Nosbauma A, Nicolasa J-F, Vocansonc M, Rozieresa A, Berard F. Dermate de contact allergique et irritative. Physiopathologie et diagnostic Immunologique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2010; 71:394-397.
- [83] Kluger N, Guillot B. Complications des piercings. Annales de dermatologie et de vénéréologie 2010; 137:153-158.
- [84] Lafont E. Sécurité sanitaire et pratiques de piercing et de tatouage : A propos d'une expérience en Savoie. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique 2005.
- [85] M Kaatz, P Elsner, A Bauer. Body-modifying concepts and dermatologic problems : tattooing and piercing. Clinics in Dermatology 2008; 26 : 35–44.
- [86] J.B GUIARD-SCHMID. Guide des bonnes pratiques du Piercing 2001.

- [87] Meningaud JP, Moutel G, Hervé C. Piercing : éducation à la santé ou médicalisation ? Presse Med. 2000 ; 29 : 1128-30.
- [88] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités du dépistage. Recommandations du comité d'experts réunis par l'ANAES. 200 1.29~
- [89] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Vaccination contre le virus de l'hépatite B. Réunion de consensus. Texte des recommandations. 10 et 11 Septembre 2003. 1 lp.
- [90] Calendrier vaccina1 2005 et autres avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatifs à la vaccination. BEH. 2005 ; 29-30 : 141-56.
- [91] Guiard-Schmid JB. Guide des bonnes pratiques du piercing. Paris : APHP. 2002 : 88p.
- [92] Société de pathologie infectieuse de langue française et Société Française de Cardiologie. (2002). Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Médecine et maladies infectieuses. 2002 ; 32 : 553-86.

# Serment d'Hippocrate



*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*



# قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية  
جامعة محمد الخامس بالرباط  
كلية الطب والصيدلة  
الرباط



أطروحة رقم: 230

سنة : 2021

# ثقب حلمة الأذن عند الطفل: المضاعفات

## أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

## من طرفه

**السيدة شيماء بوسفيينة**

المزودة في 01 يناير 1995 بالصخيرات

لنيل شهادة

**دكتور في الطب**

الكلمات الأساسية : ثقب حلمة الأذن؛ مضاعفات؛ تعفن؛ طفل

## أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد عبد العالي بنتهييلة

أستاذ في طب الأطفال

مشرف

السيدة: فاطمة جابويريك

أستاذة في طب الأطفال

عضو

السيدة سعيدة طلال

أستاذة في الكيمياء الحيوية