

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 43

LICHEN PLAN CHEZ L'ENFANT  
( A PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE)

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

PAR

Mr. Hamza SBAI

*Né le 27 Juillet 1991 à Tétouan*

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Lichen plan – Enfant – Dermatose – Auto-immune.

JURY

Mme. L. KARBOUBI

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENTE

Mme. B. S. BENJELLOUN DAKHAMA

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mr. R. ABILKASSEM

Professeur de Pédiatrie

Mme. N. EL HAFIDI

Professeur de Pédiatrie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31



بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**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 étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS**

**ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz  
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi  
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – ***Clinique Royale***  
Anesthésie -Réanimation  
pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

### Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida

### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

### Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOU DA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOU DA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie

Médecine Interne – Doyen de la FMPR  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV  
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie



Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique

Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*

Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPA**

Gynécologie Obstétrique  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie



Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

### Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

### Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*

### Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR 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. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

### 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. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MAHASSINI Najat

Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie  
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie  
Cardiologie

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*  
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne



Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anatomie Pathologique

Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Pédiatrie  
Neurologie

### Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

### Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
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. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie



### Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie

Pr. BERNOUSSI Zakiya  
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
 Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
 Pr. CHKIRATE Bouchra  
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. OUJILAL Abdelilah  
 Pr. RACHID Khalid \*  
 Pr. RAISS Mohamed  
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 Pr. RHOU Hakima  
 Pr. SIAH Samir \*  
 Pr. THIMOU Amal  
 Pr. ZENTAR Aziz\*

Anatomie Pathologique  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale

#### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
 Pr. AMRANI Mariam  
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
 Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
 Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
 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. EL YOUNASSI Badreddine\*  
 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  
 Anesthésie Réanimation  
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Neurologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie Pathologique  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Pédiatrie  
 Cardiologie  
 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

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
 Chirurgie Générale  
 Rhumatologie

Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

### Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

### Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
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. HANAFI Sidi Mohamed\*  
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. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie



## Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
Pr. BENZIANE Hamid\*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
Pr. ELABSI Mohamed  
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
Pr. EL OMARI Fatima  
Pr. GHARIB Noureddine  
Pr. HADADI Khalid\*  
Pr. ICHOU Mohamed\*  
Pr. ISMAILI Nadia  
Pr. KEBDANI Tayeb  
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
Pr. LOUZI Lhousain\*  
Pr. MADANI Naoufel  
Pr. MAHI Mohamed\*  
Pr. MARC Karima  
Pr. MASRAR Azlarab  
Pr. MRABET Mustapha\*  
Pr. MRANI Saad\*  
Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
Pr. RABHI Monsef\*  
Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
Pr. SIFAT Hassan\*  
Pr. TABERKANET Mustafa\*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour\*  
Pr. TLIGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

## Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation ***Directeur ERSM***  
Biochimie-chimie  
Pharmacie clinique  
Ophtalmologie  
Pharmacie galénique  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Anesthésie réanimation  
Psychiatrie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Radiothérapie  
Oncologie médicale  
Dermatologie  
Radiothérapie  
Anesthésie réanimation  
Microbiologie  
Réanimation médicale  
Radiologie  
Pneumo phtisiologie  
Hématologique  
Médecine préventive santé publique et hygiène  
Virologie  
Biochimie-chimie  
Médecine interne  
Radiologie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie



Ophtalmologie

## Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
Pr TAHIRI My El Hassan\*

## Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
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. CHAKOUR Mohammed \*  
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  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADÉ Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

## PROFESSEURS AGREGES :

### Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*

Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie

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. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

### Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie



### Février 2013

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
0.  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie

Pr. ELFATEMI Nizare  
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
 Pr. EL HARTI Jaouad  
 Pr. EL JOUDI Rachid\*  
 Pr. EL KABABRI Maria  
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUBEJJA Houda  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Neuro-Chirurgie  
 Médecine Nucléaire  
 Chimie Thérapeutique  
 Toxicologie  
 Pédiatrie  
 Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

\*Enseignants Militaires



## MARS 2014

ACHIR ABDELLAH  
BENCHAKROUN MOHAMMED  
BOUCHIKH MOHAMMED  
EL KABBAJ DRISS  
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA  
HARDIZI HOUYAM  
HASSANI AMALE  
HERRAK LAILA  
JANANE ABDELLA TIF  
JEAIDI ANASS  
KOUACH JAOUAD  
LEMNOUER ABDELHAY  
MAKRAM SANAA  
OULAHYANE RACHID  
RHISSASSI MOHAMED JMFAR  
SABRY MOHAMED  
SEKKACH YOUSSEF  
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

**\*Enseignants Militaires**

## DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'  
AIT BOUGHIMA FADILA  
BEKKALI HICHAM  
BENAZZOU SALMA  
BOUABDELLAH MOUNYA  
BOUCHRIK MOURAD  
DERRAJI SOUFIANE  
DOBLALI TAOUFIK  
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI  
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM  
EL MARJANY MOHAMMED  
FEJJAL NAWFAL  
JAHIDI MOHAMED  
LAKHAL ZOUHAIR  
OUDGHIRI NEZHA  
Rami Mohamed  
SABIR MARIA  
SBAI IDRISSE KARIM

**\*Enseignants Militaires**

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

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
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

Meziane meryem  
Tahri latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE  
EL ASRI FOUAD  
ERRAMI NOUREDDINE  
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

## **2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

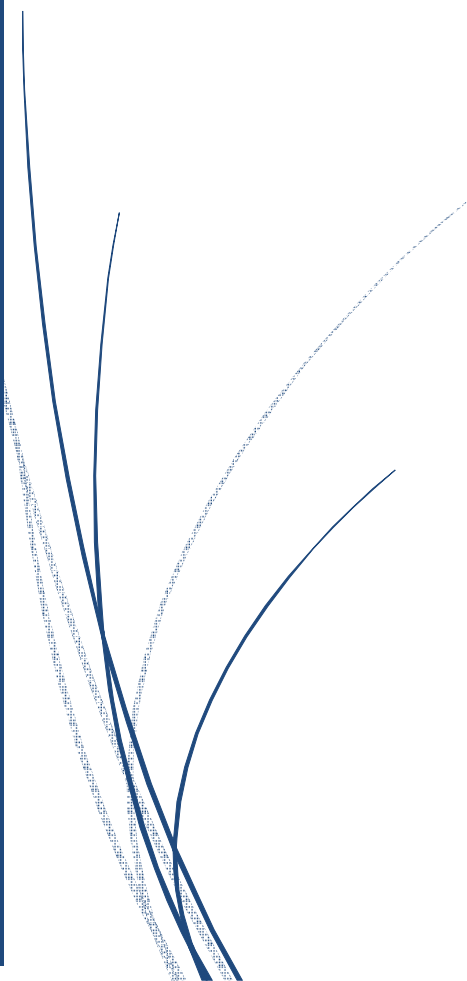
Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le  
Service des Ressources Humaines





# *DEDICACES*



*A Allah*

*Tout puissant*

*Qui m'a inspiré*

*Qui m'a guidé dans le bon chemin*

*Je vous dois ce que je suis devenue*

*Louanges et remerciements*

*Pour votre clémence et miséricorde*

*À ceux qui me sont les plus chers À ceux qui ont  
toujours crus en moi À ceux qui m'ont toujours  
encouragé Je dédie cette thèse à ....*

*A mon cher père (Mr SBAl MOSTAFA), ma chère mère (FARIDA  
AZTOUT), ma chère sœur et mon cher frère*

*Je vous remercie pour votre soutien, votre générosité, votre amour et votre  
grand cœur. Sans vous je ne serai jamais arrivé à ce que je suis aujourd'hui.*

*Je vous dédie ce modeste travail, le fruit de mes 8 ans d'études, en  
témoignage de mon profond amour. Merci*

*A la mémoire de mes grands parents*

*J'aurais tant aimé jouir le bonheur de ce jour à vos côtés. Vous êtes et vous resterez toujours dans mes pensées. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

*A mes oncles, tantes, cousins et cousines*

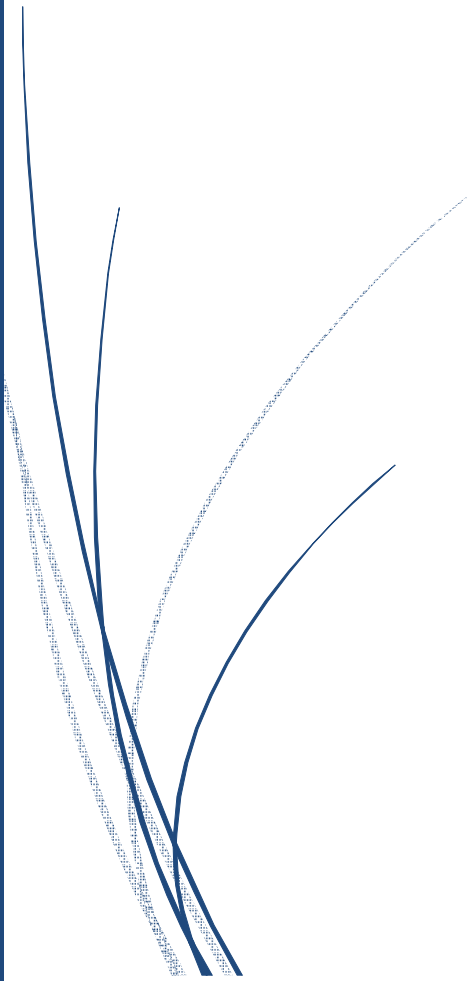
*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection et de  
ma profonde gratitude. Que dieu vous garde.*

*A mes amis*

*Merci pour ces 8 ans que j'ai passé à vos côtés, vous faites partie de ma vie et vous le resterez toujours. Car sans vous ma vie n'aurait plus le même sens. Vous êtes ma deuxième famille.*



# *REMERCIEMENTS*



*A notre maitre et président de thèse*

*Madame L. Karboubi*

*Professeur de pédiatrie*

*Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger notre thèse.*

*Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme qui demeureront pour nous le meilleur exemple.*

*Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.*

*A notre maître et rapporteur de thèse*

*Madame D. BENJELLOUN*

*Chef de service des urgences médicales pédiatrique  
à l'hôpital d'enfant de RABAT*

*Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vous nous avez toujours accueillis avec amabilité et sympathie, malgré vos nombreuses occupations professionnelles. Votre haute compétence, votre gentillesse et vos conseils, nous ont facilité l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre vive gratitude, notre profond respect et nos sincères remerciements.*

*A notre maitre et juge de thèse*

*Monsieur R. ABILKASSEM*

*Professeur de pédiatrie*

*Nous sommes profondément touchés par votre gentillesse, votre accueil et vos remarquables qualités humaines et professionnelles qui méritent toute admiration et tout respect. Vous nous avez porté honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez accepter, l'expression de notre profond respect et notre reconnaissance.*

*A notre maitre et juge de thèse*

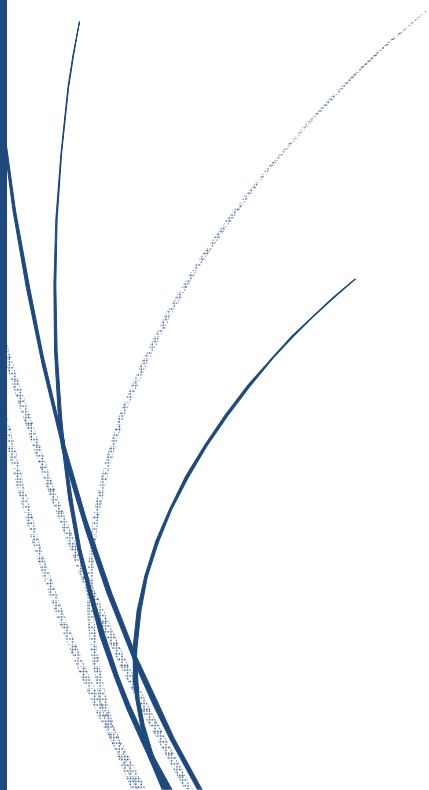
*Madame N. HAFIDI*

*professeur de pédiatrie*

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Votre sérieux et votre compétence qui n'ont d'égal que votre droiture et votre bonté resteront pour nous un noble idéal. Recevez l'expression de nos sincères remerciements*



# *LISTE DES ILLUSTRATIONS*



## ABREVIATIONS

<b>CRP</b>	: Protéine C réactive
<b>FC</b>	: Fréquence cardiaque
<b>GB</b>	: Globule blanc
<b>Hb</b>	: Hémoglobine
<b>LP</b>	: Lichen plan
<b>LPA</b>	: Lichen plan actinique
<b>LPB</b>	: Lichen plan buccal
<b>LPP</b>	: Lichen plan pemphigoïde
<b>NFS</b>	: Numération formule sanguine
<b>TA</b>	: Tension artérielle
<b>TCK</b>	: Temps de Céphaline Kaolin
<b>TP</b>	: Taux de prothrombine
<b>VS</b>	: Vitesse de sédimentation

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Papules polygonales et plaques violines au niveau de l'avant bras .....	6
<b>Figure 2</b> : Plaques violacées parcourues de stries de Wickham au niveau du poignet. ....	6
<b>Figure 3</b> : Lichen plan cutané étendue du tronc, et des membres supérieurs. ....	7
<b>Figure 4</b> : Lichen plan cutané étendue des membres inférieurs. ....	8
<b>Figure 5</b> : Lichen plan cutané étendue du dos. ....	8
<b>Figure 6</b> : Hypothèse pour expliquer la pathogénie du LP impliquant les mécanismes immunologiques spécifiques et non spécifiques. (B. MANSAR)..	17
<b>Figure 7</b> : Lichen plan cutané : papules polygonales violines (collection du professeur Patrice Morel) .....	21
<b>Figure 8</b> : Papules et plaques violacées surmontés de squames .....	22
<b>Figure 9</b> : Plaque de lichen plan : vaisseaux en points et stries blanches de wickham .....	22
<b>Figure 10</b> : Atteinte unguéale du lichen plan .....	24
<b>Figure 11</b> : Les lignes de Blasenko .....	25
<b>Figure 12</b> : Lichen plan hypertrophique .....	27
<b>Figure 13</b> : Lichen plan actinique avec des plaques annulaires .....	28
<b>Figure 14</b> : Lichen plan atrophique .....	29
<b>Figure 15</b> : Papules polygonales violacées avec des bulles tendues et érosions aux extrémités .....	30

<b>Figure 16</b> :Lichen plan annulaire .....	31
<b>Figure 17</b> : Lichen plan buccal réticulé caractérisé par des stries blanches de Wickham au niveau de la muqueuse interne de la joue.....	32
<b>Figure 18</b> : Forme érosive sur fond réticulé et atrophique d'un lichen plan ancien au niveau de la langue .....	33
<b>Figure 19</b> : Forme érosive du lichen plan vulvaire avec perte de l'architecture vulvaire .....	35
<b>Figure 20</b> : Lésion violine du LP sur le gland.....	36
<b>Figure 21</b> Histologie : infiltrat lymphocytaire du derme superficiel avec émiettement de la membrane basale (collection du professeur Jean Revuz) .....	41
<b>Figure 22</b> : Lésions papuleuses inflammatoires de la partie inférieure du dos et des fesses. Evolution ulcérocroûteuse.....	46
<b>Figure 23</b> . Papules inflammatoire d'involution cicatricielle situées sur le membre supérieur.....	47
<b>Figure 24</b> : Pityriasis lichénoïde chronique : plaques annulaires associés à une hyperpigmentation .....	48
<b>Figure 25</b> : Petites papule érythémateuses avec des macules résiduelles hypopigmentaire .....	49
<b>Figure 26</b> : Pityriasis rosé de gilbert ;la bordure est séparée de la zone centrale par une fine collerette desquamative .....	51
<b>Figure 27</b> :Pityriasis rosé au niveau du tronc avec de larges plaques et de lésions papuleuses.....	52
<b>Figure 28</b> : Lichen amyloïde papuleux sur la jambe.....	53

<b>Figure 29 :</b> Lichen striatus du membre supérieur, de l'épaule et de l'hémithorax chez une fillette de 3ans .....	54
<b>Figure 30:</b> hamartome épidermique inflammatoire linéaire de l'extrémité inférieure .....	55
<b>Figure 31:</b> PSORIASIS linéaire du membre inférieure .....	56
<b>Figure 32:</b> La porokératose de Mibelli.....	57

## **Liste des tableaux**

**Tableau I** : : Formes cliniques du lichen plan..... 37

**Tableau II** : Principaux médicaments responsables des éruptions lichénoides. 45



# *SOMMAIRE*



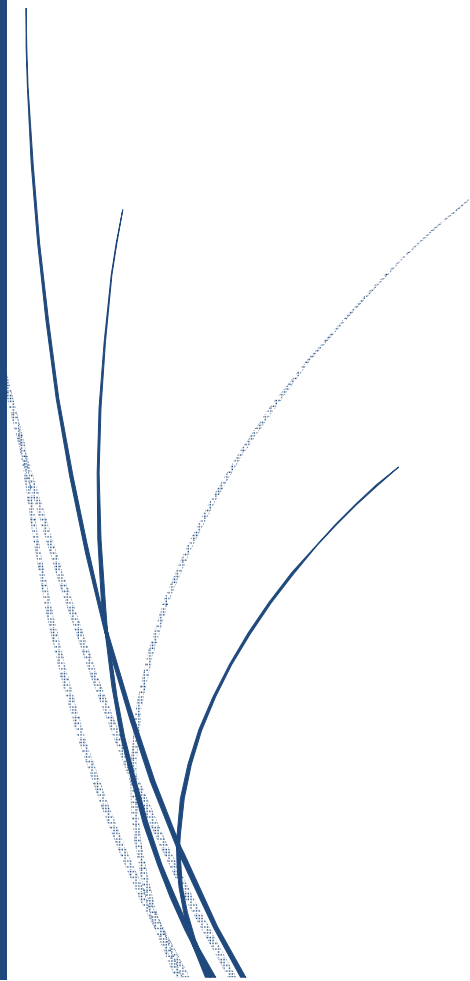
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PATIENT ET METHODES</b> .....	3
<b>CAS CLINIQUE</b> .....	4
<b>DISCUSION</b> .....	12
I. Epidemiologie.....	13
II. Etiopathogenie.....	16
III. Manifestations cliniques.....	20
1) Manifestations cutanée .....	20
2) Autre manifestations.....	23
IV. Formes cliniques .....	26
A) Forme cutanée .....	26
1) Lichen plan linéaire .....	26
2) Lichen plan hypertrophique .....	27
3) Lichen plan actinique .....	27
4) Lichen plan atrophique .....	29
5) Lichen plan pemphigoïde.....	29
6) Lichen plan annulaire.....	31
B) Atteinte muqueuse .....	32
V. ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.....	38
VI. Complications .....	42

1) Alopecie .....	42
2) Cancer .....	42
VII. Diagnostic différentiel .....	44
1) En cas de lésions typiques, le diagnostic se discute avec .....	44
a) Eruptions lichénoïdes médicamenteuses .....	44
b) La Papulose lymphomatoïde .....	45
c) Le Pityriasis lichénoïde chronique .....	47
2) Les lésions moins typiques peuvent être confondues avec des .....	49
a) Pityriasis rosé de Gibert, .....	49
b) Lichen amyloïde papuleux .....	52
3) Les formes linéaires peuvent faire discuter le .....	53
a) Lichen striatus, .....	53
b) L'hamartome épidermique inflammatoire .....	55
c) Le psoriasis linéaire .....	56
d) La porokératose de Mibelli .....	57
VIII. Lichen plan et maladies associées .....	58
IX. Traitement .....	60
1) But .....	60
2) Moyen .....	60
a) Locaux .....	60
b) Généraux .....	60

c) Adjuvant .....	61
3) Indication.....	61
4) Résultats .....	62
<b>CONCLUSION</b> .....	63
<b>RESUMES</b> .....	67
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	71



# *INTRODUCTION*



Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique, bénigne et récidivante. Considéré comme rare chez l'enfant avant l'âge de 15ans.

Il se présente dans sa forme typique comme des papules squameuses polygonales violines prurigineuses sur les faces d'extension des membres.

L'atteinte muqueuse buccale et génitale est considérée comme exceptionnelle.

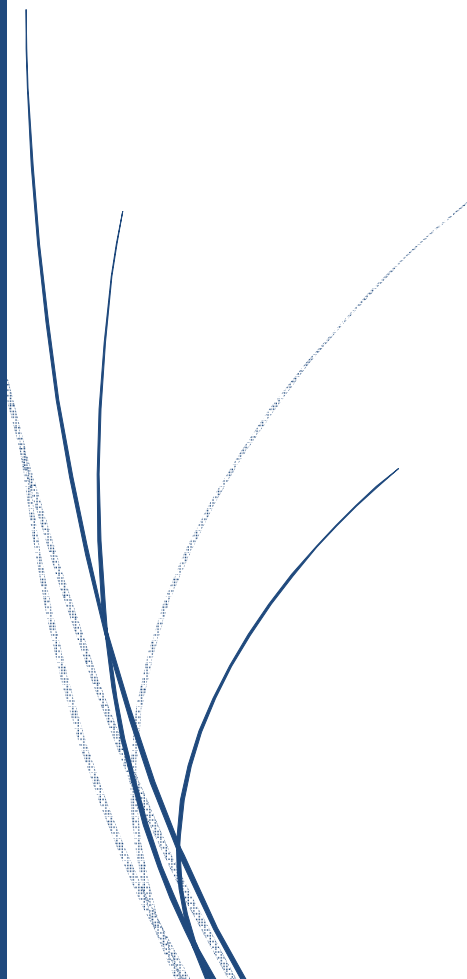
Plusieurs formes cliniques sont rencontrées chez l'enfant : -LP hypertrophique.

-LP pemphigoïde. -LP actinique. -LP buccal. -LP linéaire -LP vulvaire -LP atrophique Histologiquement, on trouve un infiltrat inflammatoire lymphocytaire en bande du derme superficiel associé à une dégénérescence vacuolaire à la jonction dermo-épidermique avec des kératinocytes apoptotiques formant ce qu'on appelle les corps de Civatte. L'étiologie demeure inconnue, faisant intervenir notamment des mécanismes immunologiques. Le traitement repose sur les dermocorticoïdes, la corticothérapie, les rétinoïdes et la PUVAthérapie. L'évolution est en général favorable en 6mois à 1an pour les formes cutanées. Il existe un très faible risque de cancérisation, principalement pour les formes érosives buccales d'évolution chronique et atrophiante Compte tenu de la rareté de cette pathologie et de ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques, le but de notre travail est de discuter à la lumière de la littérature les particularités d'un cas clinique de lichen plan chez un enfant de 10 ans consultant pour des éruptions prurigineuses au service des urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfant de rabat.

Nous entreprendrons une mise au point à travers une revue de la littérature sur les particularités épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de Cette rare maladie.

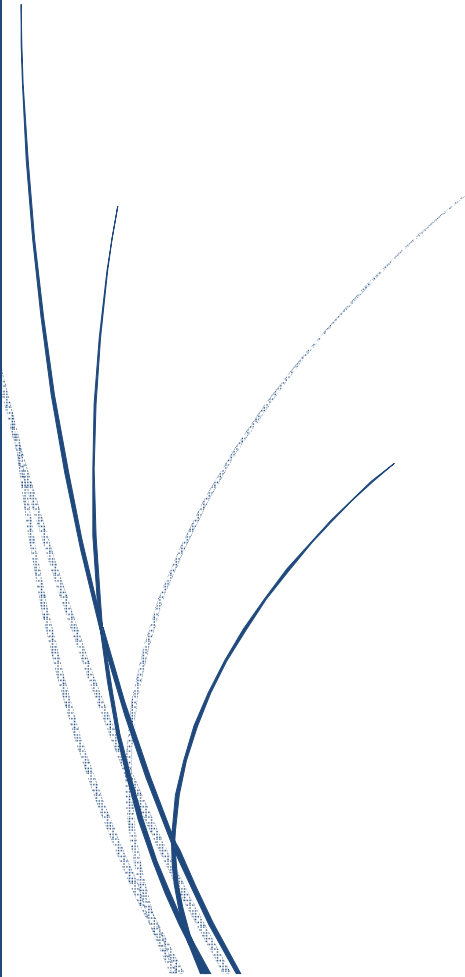


# *PATIENT ET METHODES*





# *CAS CLINIQUE*



❖ Nous rapportant le cas un enfant de sexe masculin âgé de dix ans, sans antécédents pathologiques notables.

❖ Il présente depuis 4 mois des lésions cutanées prurigineuses, étendues sur les quatre membres, le tronc et le dos.

❖ Les parents ont consulté chez plusieurs Médecins, et l'enfant a été mis sous dermocorticoïdes et antihistaminique sans aucune amélioration.

❖ A l'interrogatoire on ne note pas de consanguinité, ni de cas similaire dans la famille.

### **Examen general**

L'examen retrouve un enfant en bon état général, conscient, eupnéique stable sur le plan hémodynamique avec une TA=130/80mmhg FC=80batt/min

Son poids et sa taille répondent aux normes standards pour son âge.

### **Examen cutanéomuqueux**

Ses conjonctives sont normo-colorées, l'examen cutané découvre de façon évidente des lésions cutanées faites de papules polygonales de 2 à 4 mm, rouges violacées, à surface brillante parcourues de stries grisâtres, étendues sur les quatre membres, le tronc et le dos.( voir photo 1 et 2)



**Figure 1 :Papules polygonales et plaques violines au niveau de l'avant bras.**



**Figure 2 : Plaques violacées parcourues de stries de Wickham au niveau du poignet.**

Ces lésions sont bilatérales, symétriques et touchent de manière élective les faces antérieures des poignets, les avant-bras (photo n° 1 et 2), les cuisses, les zones pré-tibiales et les lombes (photo n°3,4et 5) .On note la présence de lésions de grattage.



**Figure 3 : Lichen plan cutané étendue du tronc, et des membres supérieurs.**



**Figure 4 : Lichen plan cutané étendue des membres inférieurs.**



**Figure 5 : Lichen plan cutané étendue du dos.**

### **Examen abdomino-pelvien**

L'abdomen est souple, avec une sonorité colique normale, il n'est pas noté d'organomégalie.

Il n'y a pas de lésions au niveau génital.

**Examen cardio-vasculaire et pulmonaire sont normaux.**

### **Examen endocrinien**

Sa croissance staturo-pondérale est normale pour son âge, on note l'absence de développement de pilosité axillaire et pubienne ce qui le classe dans un stade : s0p0 de tanner .

### **Examen orl**

Il n'y a pas d'atteinte linguale.

### **Examen des phanères**

Il n'y a pas d'atteinte unguéale.

Le reste de l'examen est sans particularités.

### **Conclusion**

il s'agit d'un patient de 10 ans sans antécédents particuliers qui présente des lésions cutanées prurigineuses sous forme de des papules polygonales de 2 à 4 mm rouges violacées parcourues de stries grisâtres étendues sur les 4 membres le dos et le tronc, le reste de l'examen est sans particularité.

### **Quelques diagnostic ont été évoqué :**

- Le psoriasis : devant l'aspect étendu et érythémato-squameux des lésions.

- réaction lichénoïde d'origine médicamenteuse : cependant l'enfant n'a pas consommé de médicament antérieurement.
- lichen striatus ou blaskhite : l'extension rapide des lésions avec des papules plus petites, absence du prurit et des stries de wickham.
- Lichen plan devant les lésions squameuses, leurs aspects topographiques.

Devant la difficulté diagnostique des examens complémentaires ont été réalisés à cet effet.

### **Examens complémentaires**

#### **Biologie**

La NFS est normale :

Hb=12dl/g                      Gb = 9800/mm

Le Bilan inflammatoire est normal :

CRP=0.6                      VS=10

Un TP- TCK normaux .

#### **La Biopsie cutanée :**

Histologiquement il s'agit un revêtement cutané tapissé en surface par un épiderme régulier acanthosique surmonté d'une hyperkératose orthokératosique. La couche granuleuse est hyperplasique.

Le derme superficiel abrite un infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire dense disposé en bande sous-épidermique grignotant largement la lame basale épidermique avec présence de nombreux corps apoptotiques disposés

principalement au niveau des couches basales épidermiques et au niveau du derme papillaire. Il s'y associe une importante incontinence pigmentaire avec une extravasation érythrocytaire.

**Le diagnostic du lichen plan est évoqué.**

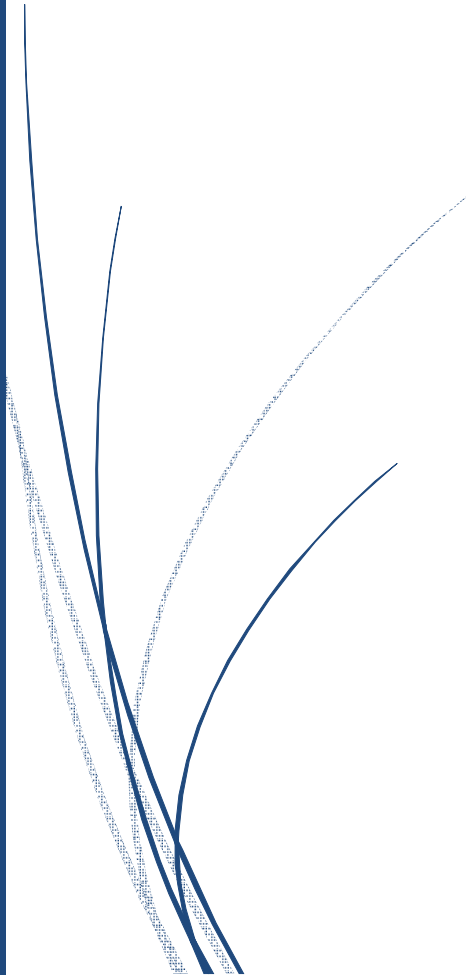
**Evolution et traitement**

Sitôt retenu le diagnostic de lichen plan, Une corticothérapie par voie orale a été démarrée en association avec un antihistaminique. L'évolution a été marquée par une rémission complète et rapide en un mois.

Le traitement a été arrêté progressivement, et le suivi a été marqué par une évolution favorable sans récurrence.



# *DISCUSSION*



**Il s'agit d'une affection d'étiologie inconnue.**

**Avec une susceptibilité génétique possible, et notification de quelques cas familiaux.**

**Le diagnostic est généralement clinique.**

## **I. Epidémiologie**

Le Lichen Plan est une pathologie ubiquitaire.

Cliniquement décrite par Erasmus Wilson en 1869, et en 1895 par Wickham qui compléta cette première description par l'observation de stries pathognomoniques qui portent son nom et histologiquement par Dubreuil en 1906. Sa prévalence dans la population générale est de 1 à 2% Selon McCartan et Healy (2008). Elle est rare aux âges extrêmes de la vie. Le sex-ratio est de 1, toutefois, certaines études trouvent une prédominance féminine du lichen plan.[1,2]

Le Lichen Plan chez l'enfant est rare. Les observations pédiatriques représentent moins de 2 % des cas. Exceptionnelle dans la petite enfance, son âge de début se situe entre 2 et 13 ans, avec une médiane de 9 ans 3 mois . Le sex-ratio est de six filles pour cinq garçons. Il existe une nette prédominance chez les enfants à peau pigmentée, qu'il soit d'origine africaine, afro-antillaise, maghrébine ou asiatique, Il existe plusieurs formes cliniques du lichen plan . Le

lichen plan actinique est aussi connu sous le nom de lichen plan tropical, lichen plan subtropical, le lichen plan actinique touche les patients originaires de l'Inde, du Moyen-Orient, du Maghreb et de l'Iran.

Cependant, l'atteinte de l'enfant dans ces pays est rare. Selon une étude rétrospective menée au service de dermatologie de Monastir [3] portant sur 15 cas de LP confirmé histologiquement chez des enfants de moins de 18 ans répartis en 8 garçons et 7 filles ; Le sex-ratio (H/F) était de 1,14. L'âge variait de 2 à 17 ans avec une moyenne de 10,35 ans. La durée moyenne d'évolution avant la consultation était de 5 mois.

Dans une autre étude réalisée dans le centre de la Tunisie à propos de 10 cas de LP actinique tout âges confondus, la moyenne d'âge était de 14 ans [4], Une autre étude rétrospective sur 6 enfants âgés de moins de 16 ans ayant un LPA confirmé histologiquement et suivis au service de dermatologie de Sfax sur une période de 11 ans [5] Les patients étaient repartis en 5 garçons et une fille, L'âge moyen était de 11 ans. Cinq patients ont consulté pendant l'été. Le visage était touché dans 5 cas et les membres supérieurs dans 3 cas.

Pour la forme pigmentogène selon une étude rétrospective faite au service de dermatologie de Monastir[6] sur une série hospitalière de 5 cas incluant tous les cas d'enfants atteints de LPP confirmés histologiquement, et ayant consulté dans ce service sur une durée de 8 ans, chez 3 garçons et 2 filles de phototype foncé (III–IV) ; L'âge moyen des patients était de 11,6 ans (extrêmes allant de 6 à 16 ans). La durée moyenne d'évolution des lésions était de 4,7 mois. Pour tous les patients, il n'y avait pas de cas similaires dans la famille.

Pour la forme pemphigoïde qui est une affection auto immune caractérisé par la survenue de bulle sous épidermique chez un patient ayant un LP active. Le LP pemphigoïde est une affection rare de l'adulte seulement 65 cas ont été décrit en littérature (Zaraa et al.,2003) et l'atteinte de l'enfant est exceptionnelle, seulement 15 cas ont été décrit (Zaraa et al.,2003 ; Cohen et al.,2009) avec une prédominance masculine sexe ratio est de 3/1, un délai de 2 à 16 semaines après l'éruption lichénoïde , et une atteinte surtout des extrémités distales.

Une première étude d'un cas de LP pemphigoïde au maroc chez une fillette de 12 ans a été faite au CHU Hassan 2 de Fès [7] la fille présentait suite à une exposition solaire prolongé au cours de l'été une éruption papuleuse violacée prurigineuses des mains et des pieds compliqué 7 semaines après par l'apparition de bulle sous épidermiques sur peau saine et peau lichénoïde.

## II. Etiopathogenie

La cause exacte du lichen plan n'est pas déterminée. L'image histologique de destruction de la membrane basale et d'infiltrat en bande constitué de cellules inflammatoires témoigne très probablement d'une réaction immunologique médiée par les lymphocytes T et dirigée contre les kératinocytes de la membrane basale.

### **Role des lymphocytes T**

❖ les immunomarquages ont montré que cet infiltrat Dermo-épidermique est constitué majoritairement de lymphocytes cytotoxiques T CD8+ de lymphocytes T *helper* CD4+ et des cellules NK ;

❖ des lymphocytes T CD8+ activés de phénotype mémoire sont retrouvés préférentiellement à côté des kératinocytes basaux lésés ;

❖ les LT CD4+ intralésionnels sécrètent de l'interféron c et du *tumour necrosis factor* (TNF) a marqueurs d'un profil TH1 de ces lymphocytes

❖ l'expression de perforine, molécule sécrétée par les cellules cytotoxiques, est élevée dans le sang et la peau lésée des malades atteints de lichen plan

❖ le lichen plan et la réaction du greffon contre l'hôte partagent des similitudes cliniques et immunohistologiques témoignant de mécanismes immunologiques communs.

### **Association HLA**

Les études concernant les facteurs de prédispositions génétiques au lichen plan sont assez contradictoires.

Les études les plus récentes montrent que le lichen plan cutané idiopathique est associé à *HLA-DR1* (allèle DRB1\*0101)HLA-A(3,5,28) HLA-B (16,w35,27,51,w57).[11] Récemment, une étude sur le polymorphisme génétique de l'interféron c et du TNF a suggéré que certains allèles étaient des facteurs de risque du lichen plan.[11] D'autres pistes sont également explorées. Ainsi, un défaut de transduction du signal du facteur de croissance inhibiteur de la croissance épithéliale (*transforming growth factor* [TGF]), via la voie smad, a été mis en évidence dans les lésions de lichen buccal. Cette anomalie pourrait être à l'origine de l'hyperprolifération kératinocytaire observée au cours du lichen buccal. [8,9,10]

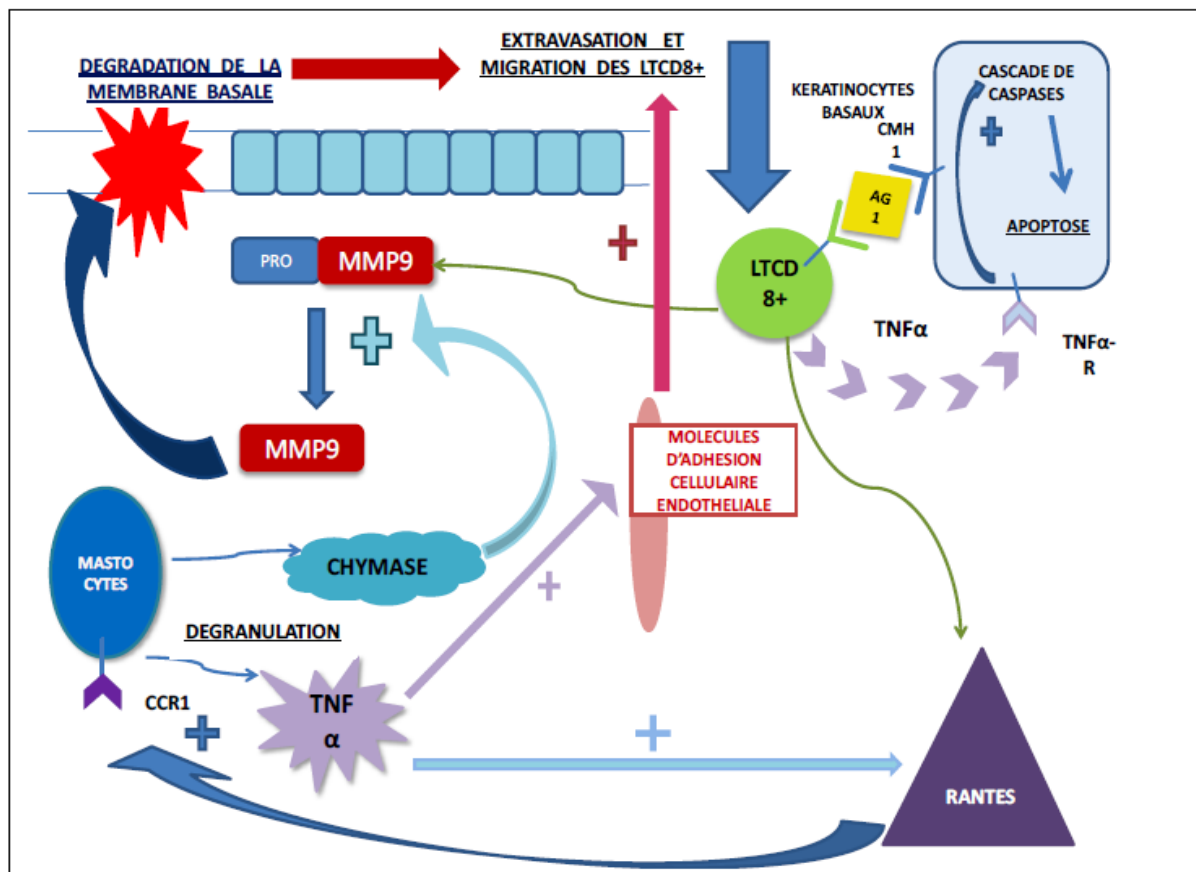


Figure 6 : Hypothèse pour expliquer la pathogénie du LP impliquant les mécanismes immunologiques spécifiques et non spécifiques. (B. MANSAR) [12]

Certains facteurs semblent favoriser la survenue du lichen plan. Le LP apparaît nettement favorisé par deux éléments (état psychique et facteurs irritatifs) que l'on observe régulièrement dans la pratique. Les poussées évolutives sont parfois déclenchées ou favorisées par une situation de stress et le LP touche le plus souvent des sujets présentant des troubles psychiques mineurs (anxiété, angoisse, sensibilité au stress, dépression, etc.) et l'activité du LP reflète en partie leur état psychique. L'étude qui a été menée au service de dermatologie de Monastir portant sur 5 cas [6], Une patiente rapportait l'apparition des lésions suite à un stress important.

Le rôle des UVB est démontré dans le déclenchement et l'entretien des poussées [13,14]. Le LP actinique évolue par poussées surtout estivales avec une amélioration et une rémission complète spontanée en hiver, laissant parfois une pigmentation cicatricielle.

La pathogénie du lichen plan actinique est mal connue, il est constaté dans les pays à fort ensoleillement. selon l'étude menée au service de dermatologie de Sfax sur une période de 11 ans [5] tous les enfants ont consultés pendant l'été, les zones photo-exposées, le visage et les extrémités étaient les plus touchés (5 cas pour le visage 3 pour les extrémités), les rayons ultraviolets sont incriminés.

Pour la forme pemphigoïde, le LPP est généralement idiopathique chez l'enfant, dans certaines conditions surtout chez l'adulte il peut résulter de la consommation de certaines drogues comme les IEC, le Captopril, l'Enalapril, les Herbes chinoises, la Simvastatine.

Le cas de LPP au Maroc chez une fillette de 12 observé au CHU Hassan 2 de Fès [7] était consécutif à l'exposition solaire prolongée au cours de l'été.

A noter l'absence de cas similaires dans l'étude de Monastir [6], Sfax [5], Fès [7] et ainsi que notre patient :

les médicaments responsables de LP chez l'enfant mais de façon très rare sont Tétracycline, Carbamazépine, Phénytoïne et anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les lésions post prise médicamenteuse peuvent être observées après plusieurs mois, elles ont tendance à être plus eczématiques, psoriasiformes, ou pityriasis-roséo-like, histologiquement les lésions sont similaires au LP mais avec d'avantage d'éosinophile.

### III. Manifestations cliniques

#### 1) Manifestations cutanée :

Dans sa forme habituelle, le lichen plan est formé de boutons surélevés et donc palpables au toucher – ce sont des papules associées à un prurit.

Ces lésions préliminaires imposent une analyse sémiologique minutieuse à

La recherche de lésions élémentaires évocatrices mais le diagnostic ne peut s'exempter d'un examen histo-pathologique.

La papule lichénienne est très caractéristique. Au début c'est une surélévation de 2 à 4 mm de diamètre souvent de couleur rouge rosé à rouge sombre, à contour net, de consistance ferme, la surface est pâle et brillante à jour frisante. Ensuite la papule s'étale ou forme, par confluence des lésions élémentaires, une plaque de plus grande taille caractérisée par sa couleur bistre ou violacée et par une tendance à la dépression centrale, parfois recouverte d'un enduit squameux fin appelé stries de WICKHAM; les lésions sont réparties en lignes le long des plis de la peau, en groupes, ou le long d'une égratignure ou autre blessure, Apparaissant le plus souvent sur la face interne des avant-bras, aux poignets ou aux chevilles. Les autres locations préférentielles sont la région lombaire du dos, le cou et les jambes Mais d'autres localisations peuvent exister. Ainsi l'étude menée au service de dermatologie de Monastir [3] a noté 8 cas de lichen localisés au niveau des extrémités, 5 cas au niveau du tronc et 2 cas au niveau du visage, notre cas a présenté une forme étendue.

La juxtaposition des papules le long des stries de grattage réalise un phénomène de KOBNER (Lésions alignées le long d'une strie de grattage ou d'une cicatrice.)

En cours d'évolution, la papule s'affaisse et laisse place à une pigmentation résiduelle dont la couleur varie du rose au bleu, voire au noir. Les séquelles dyschromiques surviennent plus volontiers sur les lésions hyperkératosiques et sont plus sévères sur peau pigmentée

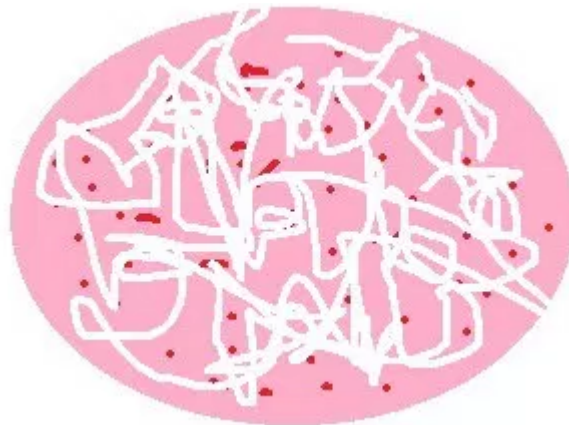
Les formes vésiculeuses ou bulleuses sont rares, de même que les formes à dispositions linéaires ou zostérimorphes, qui sont l'apanage des cas pédiatriques [15,16].



**Figure 7 : Lichen plan cutané : papules polygonales violines (collection du professeur Patrice Morel).[17]**



**Figure 8 : Papules et plaques violacées surmontés de squames [18]**



**Figure 9 : Plaque de lichen plan : vaisseaux en points et stries blanches de wickham [17]**

## **2) Autre manifestations:**

L'atteinte muqueuse est plus rare estimée entre 6 et 25% des cas contre 75% chez l'adulte. Sont plus rares dans la population noire. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. La muqueuse buccale est le plus souvent touchée, mais toutes les muqueuses peuvent être atteintes : la région génitale, l'anus, le larynx et, de façon exceptionnelle, le conduit auditif externe, la membrane tympanique ou l'œsophage.[19,20,21]

**L'atteinte du cuir chevelu** résulte de la destruction du follicule pileux par un infiltrat inflammatoire .Au niveau du cuir chevelu, il prend l'aspect de plaques atrophiques, ovalaires, bien limitées, entourées de papules kératosiques péripilaires, prenant un aspect pseudo-peladique.Les plaques uniques ou multiples d'alopécie cicatricielle sans orifices folliculaires sont typiques. Il existe une forme clinique Le syndrome de Lassueur Graham-Little associe un LPP du cuir chevelu à une kératose folliculaire de la peau glabre et à une alopécie axillo-pubienne non cicatricielle.[22,23,24]

**L'atteinte unguéale** affecte un ou plusieurs ongles dans 10 % des cas, parfois sans toucher la surface de la peau. S'il n'affecte que les ongles et que ceux-ci sont tous anormaux, il est appelé dystrophie des vingt ongles (trachyonychie). Cette dystrophie est plus fréquente chez les enfants.Les caractéristiques du lichen plan de l'ongle sont :

- La plaque de l'ongle est mince et peut présenter des sillons ou des rides.
- L'ongle peut se foncer ou s'épaissir et le lit de l'ongle peut se soulever (onycholyse).

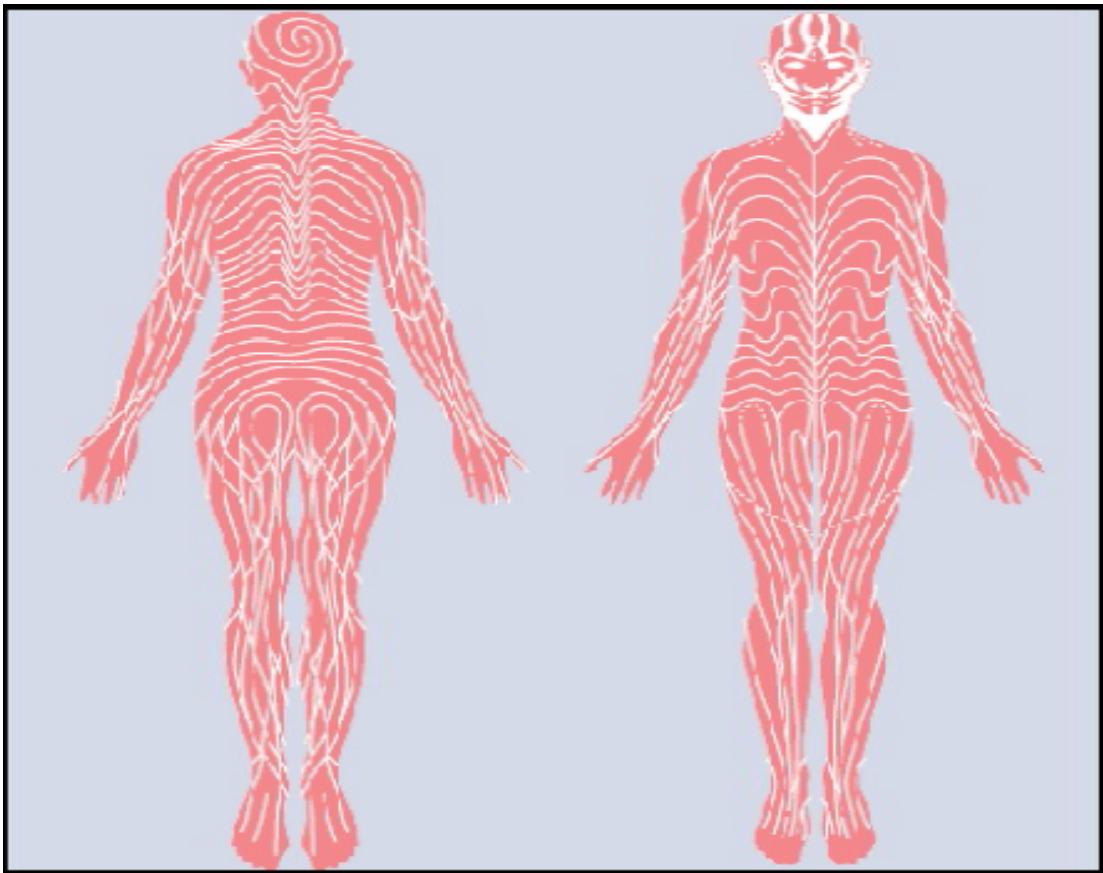
- Parfois, la cuticule se brise et forme une cicatrice (ptérygion dorsal).
- Dans certains cas, les ongles se cassent et arrêtent de pousser. Dans de rares cas, ils disparaissent complètement.



**Figure 10 : Atteinte unguéale du lichen plan[25]**

**Quelques particularités sémiologiques sont à noter.**

**Prédominance chez les enfants à peau pigmentée, une disposition linéaire suivant les lignes de Blaschko et des formes vésiculo-bulleuses plus fréquentes, une atteinte muqueuse plus rare estimée entre 6 et 25% des cas contre 75% chez l'adulte.**



**Figure 11 : Les lignes de Blaschko [17]**

## **IV. Formes cliniques :**

### **A) Forme cutanée :**

#### **1) Lichen plan linéaire :**

Le lichen plan linéaire ou LP blaschko-linéaire est une forme rare de lichen plan caractérisée par une distribution linéaire des lésions lichéniennes le long des lignes de Blaschko.

La prévalence est inconnue. Le LP linéaire représente moins de 0.5% des cas de LP et a été rapporté le plus souvent chez l'enfant comme le montre notre cas, mais il peut survenir chez l'adulte.

L'éruption se présente sous forme de papules violines prurigineuses en bandes linéaires, en général sur les jambes, mais parfois ailleurs. Elle se distribue selon les lignes de Blaschko et non selon les bandes des dermatomes. Elle peut se superposer à des lésions plus typiques du LP classique, de distribution non segmentaire et aléatoire.

Les lésions histologiques sont les mêmes que celles du LP papulo-squameux classique. Une variante très rare de LP linéaire, le LP zostérisforme, a aussi été observée et se caractérise par une distribution zostérisforme des lésions lichéniennes. Le LP zostérisforme peut être déclenché comme un phénomène de

Koebner après une infection par herpès zoster.

L'évolution du LP linéaire est habituellement bénigne, avec involution spontanée, une pigmentation linéaire peut persister à distance de la phase inflammatoire. [26,27]

## 2) Lichen plan hypertrophique :

LP hypertrophique survient généralement au cours d'une poussée subaigüe et touchant en particulier les crêtes tibiales et les chevilles qui sont prurigineuses laissant parfois place à une pigmentation résiduelle.



Figure 12: Lichen plan hypertrophique [25]

## 3) Lichen plan actinique :

L.P.A est une variété distincte du lichen plan atteignant surtout les enfants et les adolescents avec une prédilection raciale nette pour les orientaux. La majorité des cas sont originaires du Moyen-Orient, d'Afrique de l'Est, du Maghreb ou d'Inde, avec une prédominance féminine.

Le début des lésions survient généralement au printemps et l'été. Une amélioration, au prix d'une pigmentation séquellaire, voire une rémission complète, peuvent s'observer pendant l'hiver mais les récurrences sont fréquentes

surtout dans les saisons ensoleillées ultérieures. Il atteint surtout les régions exposées au soleil avec une nette prédilection pour le visage.

3 lésions principalement décrites :

\_ Des plaques nummulaires bien limitées avec un centre hyperpigmenté entouré d'une zone hypopigmentée.

\_ Des nappes pigmentées évocatrices de mélasma.

\_ Une forme dyschromique surtout observée sur le cou et le dos des mains [28,29].



**Figure 13 : Lichen plan actinique avec des plaques annulaires. [17]**

#### **4) Lichen plan atrophique :**

LP atrophique il s'agit d'une rare variété de lichen plan survenant sur une zone de peau touchée auparavant d'un LP classique l'atrophie peut être le résultat d'un effacement des lésions annulaire ou de la résolution des lésions hypertrophiques, les membres inférieurs sont les plus touchés.



**Figure 14: Lichen plan atrophique [30]**

#### **5) lichen plan pemphigoïde:**

Il s'agit de l'association concomitante de bulles sous-épidermiques et de lésions évocatrices de lichen plan.

L'éruption bulleuse survient dans la majorité des cas après celle du lichen, parfois en même temps, et la précède exceptionnellement. Les bulles

apparaissent sur des lésions lichéniennes mais aussi en peau normale, sur la partie distale des membres ; l'état général peut être altéré.

L'aspect histologique est celui d'un lichen plan avec décollement dermo-épidermique et bulle sous-épidermique comme dans une pemphigoïde bulleuse.

L'immunofluorescence directe (IFD) met en évidence des dépôts linéaires de C3 et/ou d'immunoglobuline G (IgG) à la jonction dermo-épidermique en peau saine et en peau lichénienne. Dans plus de 50 % des cas, on trouve des anticorps circulants anti-membrane basale qui se fixent sur le versant épidermique sur peau clivée.[31,32]



**Figure 15 : Papules polygonales violacées avec des bulles tendues et érosions aux extrémités [14]**

## 6) Lichen plan annulaire:

Les lésions annulaires résultent soit d'une confluence de papules disposées en anneau, soit de l'évolution centrifuge d'une grande papule avec une bordure active et un centre en voie de guérison. Typiquement, la bordure périphérique est fine, le centre est déprimé et atrophique. Parfois, la bordure est large et le centre de petite taille.[33,34]



**Figure 16 :Lichen plan annulaire [17]**

## B) Atteinte muqueuse :

### ✚ Le Lichen plan buccal :

Elle est en général asymptomatique et bilatéral de découverte fortuite lors d'un examen dentaire. On lui décrit trois formes :

- ❖ la forme réticulé [35] varie avec le temps et permet de dater

Approximativement l'ancienneté du LPB. Ainsi qu'à la phase initiale ( qlq jrs à qlq mois) il prend l'aspect de points blancs de la taille d'une tête d'épingle plus ou moins distants, lorsque le LPB est plus anciens ( qlq mois à qlq années) ces points initiaux se réunissent pour former un réseau blanchâtre ou sur la langue (bord libre et face antérieur .



**Figure 17: Lichen plan buccal réticulé caractérisé par des stries blanches de Wickham au niveau de la muqueuse interne de la joue. [36]**

❖ La Forme érosive correspond à une poussée aiguë Elle se manifeste par des ulcérations larges, à contours irréguliers, et douloureuses. Un phénomène de Koebner est constaté au niveau muqueux [37]. Les lésions sont de taille variable allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres, de forme irrégulière, dont le fond est recouvert d'un enduit fibrineux jaunâtre. Les bords plats sont parfois marqués par un fin sillon, et la muqueuse des berges est le siège d'une aréole érythémateuse plus ou moins large. Le LPB érythémateux et érosif est la plupart du temps accompagné de papules ou stries blanches et réticulées que l'on retrouve en filigrane [38].



**Figure 18: Forme érosive sur fond réticulé et atrophique d'un lichen plan ancien au niveau de la langue [39]**

❖ la forme atrophique [40] apparaît après plusieurs années d'évolution, elle est caractérisée par une atrophie de l'épithélium avec une dépapillation symétrique et définitive au niveau du dos de la langue.

L'atrophie intéresse principalement la face interne des joues. Le patient se plaint d'une gêne liée à l'alimentation épicée et au brossage des dents.

### ✚ **Le Lichen plan génital :**

#### ✓ **Lichen plan vulvaire:**

On distingue la forme classique caractérisée par des papules violacées et un réseau blanchâtre localisés sur les grandes lèvres, et la forme érosive vestibulaire, plus fréquente, caractérisée par des érosions superficielles en nappe, sur fond érythémateux. Une atteinte vaginale, parfois différée, y est associée dans 70 p. 100 des cas . Des altérations de l'architecture génitale avec synéchies labiales et/ou vaginales, et encapuchonnement du clitoris constituent la forme ultime.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le principal diagnostic différentiel du lichen plan vulvaire est le lichen scléreux vulvaire. La fréquence du lichen scléreux vulvaire de l'enfant pré pubère n'est pas connue. [41,42,43,44]



**Figure 19: Forme erosive du lichen plan vulvaire avec perte de l'architecture vulvaire [45]**

✓ **Lichen plan du gland :**

Les papules classiques représentent la forme la plus fréquente de lichen plan sur le pénis. Elles se produisent principalement dans un anneau autour du gland : le prépuce.

Les stries blanches et le lichen plan érosif sont moins fréquents sur le pénis.



**Figure 20: Lésion violine du LP sur le gland [25]**

**Tableau I : : Formes cliniques du lichen plan[25]**

Type de lésions	Caractéristiques
<b>Bulleux</b>	Bulles se développant sur les lésions du LP.
<b>Pemphigoïde</b>	LP+pemphigoïde bulleuse avec réaction auto-immune, notamment contre collagène type <b>xviii</b> ( <i>AgPB180</i> )
<b>Actinique</b>	Débute pendant le printemps et l'été, touchant principalement les zones photo-exposés(visage, nuque, dos des bras et mains) ;configuration souvent annulaire ; affectant surtout les enfants et adolescents.
<b>Annulaire</b>	Touche 10% des patients, les lésions sont arrangées selon un mode circulaire ; souvent dispersées parmi les lésions typiques du LP.
<b>Hypertrophique</b>	Plaques hyperkératosiques épaisses, prurigineuses, touchant surtout la jambe et les faces dorsales du pied, persistante.
<b>Atrophique</b>	Peut représenter une phase de résolution dans laquelle les larges plaques ont tendance à une dépression centrale avec hyperpigmentation.
<b>Linéaire</b>	Distribution des lésions du LP selon les lignes de Blascho, témoignant d'un mosaïcisme.
<b>Erosive/ ulcéreuse</b>	Ulcération douloureuse sur les paumes et les plantes, les lésions chronique peuvent évoluer en un carcinome cellulaire squameux.les lésions érosives peuvent affecter les muqueuses.
<b>Pilaire</b>	LP folliculaire ; papules kératosiques entourées d'un érythème violacé, particulièrement sur le cuir chevelu ; mais peut affecter n'importe quels régions pilaires, aboutissant à une alopécie cicatricielle.

## V. ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES:

La papule typique de lichen plan correspond à une atteinte épidermique, jonctionnelle et dermique.

- Au niveau épidermique les signes histologiques sont : une hyperkératose orthokératosique surmontant une hypergranulose (correspondant cliniquement à la strie de Wickham), une hyperacanthose, surmontant de larges papilles en coupoles ou en dôme.

- Au niveau du derme superficielle on note la présence d'un infiltrat lympho-histiocytaire en bande au contact de la basale ou il s'insinue par endroits avec un certain degré de spongiose. La plupart des lymphocytes présents dans le derme sont de type T, parfois, on note la présence d'un clivage dermo-épidermique avec formation de bulles, la limite de l'infiltrat inflammatoire est nettement délimitée sans atteinte du derme réticulaire .

- Au niveau de la jonction dermo-épidermique on note une dégénérescence hyalinisante (apoptotique) des kératinocytes basaux avec formation des corps hyalin ou colloïde de Civatte qui sont des inclusions éosinophiles composé d'agrégats de filaments de kératine . Leur présence en grand nombre ou regroupés en amas est évocatrice de lichen plan. L'incontinence pigmentaire est la conséquence de la destruction des mélanocytes.

Il existe plusieurs variantes clinico-pathologiques incluant la forme bulleuse, la forme pemphigoïde, *Forme atrophique* : discrète fibrose du derme papillaire avec mélanophagie, épiderme aminci, aplati, peu de kératinocytes nécrotiques, discrète hypergranulose en foyers, discrète orthokératose compacte.

Dans les lésions en voie de guérison, l'hyperkératose persiste alors que l'acanthose régresse laissant un épiderme horizontalisé avec des zones d'atrophie ; l'infiltrat dermique est moins marqué.

Dans le lichen plan pileux au stade de début, l'infiltrat engaine le follicule pileux, le follicule est dilaté et obstrué par la kératine.

L'épithélium interfolliculaire adjacent peut être le siège d'un infiltrat lichénoïde typique.

De même, il existe une dégénérescence des cellules basales, des corps cytoïdes et une incontinence pigmentaire. Dans les lésions évoluées, le follicule est détruit et remplacé par une cicatrice fibreuse orientée verticalement, rappelant les lésions de la pseudopelade de Brocq.

Dans le lichen plan actinique, la bordure annulaire a les caractéristiques typiques de lichen. Au centre de la lésion, l'épithélium est atrophique, aminci et horizontalisé, l'infiltrat lymphohistiocytaire est présent.

Dans le lichen plan hypertrophique, l'hyperkératose et l'acanthose sont plus marquées et peuvent réaliser un aspect d'hyperplasie pseudo-épithéliomateuse, mais l'hyperplasie n'est pas en dents de scie, mais sous forme de gros infundibula bulbaires, avec néanmoins altération vacuolaire et nécrose kératinocytaire. L'infiltrat peut partiellement épargner le derme papillaire.

Les lésions vésiculobulleuses sont de siège sous-épidermique ; elles sont dues à l'oedème dermique et une atteinte de la membrane basale compliquant la dégénérescence des cellules basales.

Les atteintes orales montrent en général les mêmes caractéristiques, avec parfois cependant un certain degré de parakératose.

Contrairement aux lésions cutanées, l'épithélium peut être aminci.

La membrane basale peut être épaissie par le dépôt d'un matériel amorphe éosinophile riche en fibrine.

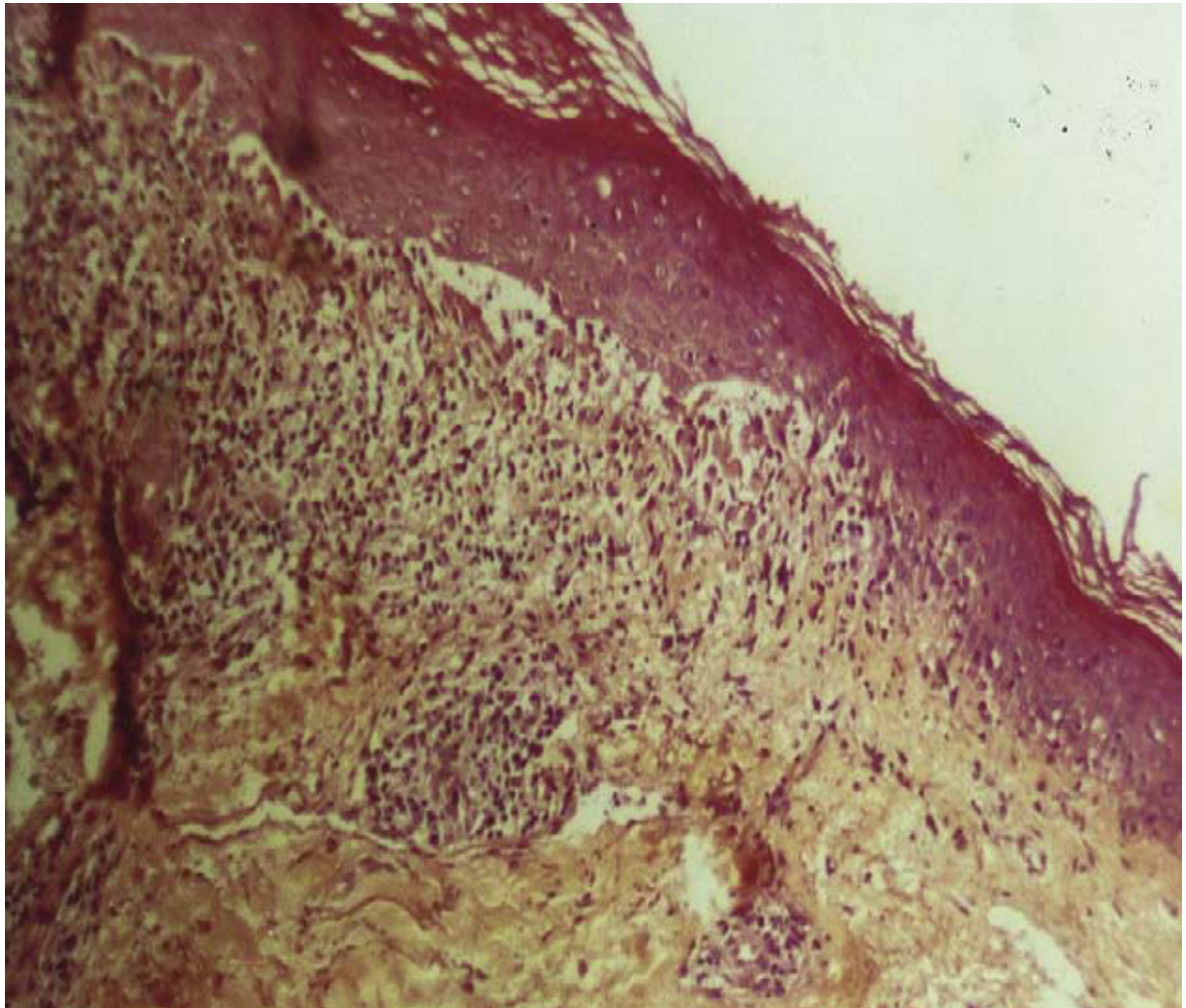
L'infiltrat contient, en plus du contingent lymphohistiocytaire, des plasmocytes.

En IFD, les corps cytoïdes prennent une fluorescence non spécifique, d'aspect globuleux, au sommet des papilles dermiques avec des antisérums dirigés principalement contre les IgM, mais aussi contre les IgG, IgA et le C3. Un dépôt linéaire de fibrine à la jonction dermo-épidermique est habituel.

On a pu mettre en évidence un antigène spécifique du lichen plan au sein des cellules du stratum granulosum et du stratum spinosum par technique d'IFD sur le sérum de patients en utilisant comme substrat de la peau lésée.

La signification pathogénique de cet antigène est, pour l'instant, inconnue.

La recherche d'anticorps circulants dirigés contre la membrane basale par IFD est négative.[46,47,48,49,50]



**Figure 21 Histologie : infiltrat lymphocytaire du derme superficiel avec émiettement de la membrane basale (collection du professeur Jean Revuz). [17]**

## **VI. Complications :**

### **1) Alopecie**

L'alopecie est rare au cours du lichen plan. Elle résulte de la destruction du follicule pileux par l'infiltrat inflammatoire, laissant place à une alopecie cicatricielle irréversible en petites plaques. La présence de papules typiques de lichen sur la peau oriente le diagnostic. L'évolution ultime aboutit à un tableau proche de la pseudopelade de Brocq.

### **2) Cancer :**

C'est une éventualité rare. Le risque de transformation maligne d'un lichen plan dépend du site anatomique considéré. Dans les lichens plans buccaux, les carcinomes épidermoïdes surviennent dans 40 à 60 % des cas sur des formes érosives d'évolution chronique et atrophiante, la dégénérescence des formes réticulées est exceptionnelle. Le traitement immunosuppresseur, local ou général, et le traitement antimycosique fréquemment associé ne majorent pas le risque de transformation maligne.

Lo Muzio et coll. (1998), après une étude portant sur 14 cas et une revue de la littérature, ont trouvé un taux de transformation maligne relativement plus élevé (5,32%). Dans leurs conclusions, ils proposent trois hypothèses:

- le lichen plan buccal représenterait un état précancéreux et il se transformerait spontanément en carcinome épidermoïde;
- la surface altérée de l'épithélium serait plus sensible aux carcinogènes;
- le carcinome épidermoïde se développerait fortuitement sur le même site que le LPB.

Ce risque de transformation maligne est dû à plusieurs facteurs, mais c'est l'inflammation chronique qui semble constituer le facteur essentiel.

En effet, dans le LP, l'inflammation chronique et la sollicitation quasi permanente du processus de cicatrisation pourraient favoriser l'augmentation du nombre des mutations génétiques et entraîner le processus de carcinogénèse.

Le développement d'un carcinome sur des lésions génitales préexistantes est exceptionnel. Les cas rapportés peuvent faire discuter des carcinomes vulvaires survenant sur un lichen scléreux (modification de l'image histologique de lichen plan avec la survenue du carcinome).

Moins de 30 cas de carcinomes cutanés sur lichen plan ont été rapportés. Ils surviennent, dans la majorité des cas, sur des lésions hypertrophiques, plus rarement sur des lésions érosives chroniques.

Dans trois cas, il s'agissait de carcinome verruqueux. Dans 50 % des cas, on trouve une exposition à des facteurs carcinogènes (arsenic, radiation ionisante).[51,52,53]

## VII. Diagnostic différentiel

### 1) En cas de lésions typiques, le diagnostic se discute avec :

#### a) Eruptions lichénoïdes médicamenteuses :

Au contraire du lichen plan, les lésions du LP médicamenteux présente certaines particularités : les lésions n'ont pas de forme polygonale, mais une coexistence de lésion psoriasiforme et eczématiforme. En outre on n'a pas de stries de Wickham. une évolution vers l'hyperpigmentation, atteinte muqueuse est rare , Parfois, elle peut aussi affecter la muqueuse buccale (réaction lichénoïde orale) et d'autres régions du corps. Sur le plan histologique la présence d'éosinophile oriente le diagnostic.

Sur le plan histologique, les critères qui permettent de différencier cette lésion pseudo-lichenoidienne du lichen plan idiopathique sont :

- la spongiose
- la présence de polynucléaires éosinophiles
- un infiltrat inflammatoire moins intense
- la parakératose
- la distribution des corps cytoïdes

Les principaux médicaments responsables sont(figure 21) [54,55] :

**Tableau II : Principaux médicaments responsables des éruptions lichénoides [17]**

<b>Antihypertenseurs</b>
– b-bloquants : labétalol, practolol, propranolol
– Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : captopril, énalapril
<b>Anti-infectieux</b>
– Antituberculeux : éthambutol, isoniazide, acide para-amino-salicylique, streptomycine
Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Acide acétylsalicylique, flurbiprofène, ibuprofène, indométacine, naproxène
<b>Antimalariques</b>
Chloroquine, pyriméthamine, quinacrine, quinidine, quinine
<b>Psychotropes/neuroleptiques</b>
Carbamazépine, lévomépromazine, lorazépam, méthopromazine
<b>Métaux lourds</b>
– Arsenic, bismuth, mercure
– Sels d'or
<b>Autres</b>
Allopurinol, leflunomide, D-pénicillamine, mercaptopropionylglycine

### **b) La Papulose lymphomatoïde**

La papulose lymphomatoïde (PL) est un désordre lympho-prolifératif rare. Il a été décrite pour la première fois par Macaulay en 1968 comme « une maladie cliniquement bénigne avec une histologie de lymphome malin » [205]. Elle est en effet caractérisée par le contraste entre un tableau clinique bénin et une image histologique d'apparence maligne. Il s'agit d'une maladie

lymphoproliférative cutanée évoluant par poussées. Elle se caractérise cliniquement par des papulonodules à évolution nécrotique qui régressent spontanément en laissant des cicatrices séquellaires. Sur le plan histologique, il existe un infiltrat composé de lymphocytes atypiques dont la morphologie et l'immuno-phénotypage permettent de classer la PL en trois types : le type A, dans lequel les lymphocytes CD30+ et CD15- sont situés dans un infiltrat inflammatoire profond ; le type B, dans lequel les lymphocytes sont de petite taille avec un noyau hyperchromatique et cérébriforme, exprimant peu le CD30, mais CD3+, CD4+ ; le type C, composé de grandes cellules CD30+ avec peu d'inflammation, pouvant mimer un lymphome anaplasique à grandes cellules. [56]



**Figure 22 : Lésions papuleuses inflammatoires de la partie inférieure du dos et des fesses. Evolution ulcérocroûteuse [56]**



**Figure 23 . Papules inflammatoire d'involution cicatricielle situées sur le membre supérieur [56]**

**c) Le Pityriasis lichénoïde chronique :**

-Le pityriasis lichénoïde chronique est une dermatose rare de cause inconnue qui atteint essentiellement les enfants et les adultes jeunes. Caractérisée sur le plan clinique par :

- un Développement graduel de très petites macules ou papules aplaties, rougeâtres à brunâtres dont le centre comporte des squames brillantes, ressemblant à du mica ; généralement asymptomatique ; distribution centripète.
- Guérison sans formation de cicatrice, mais souvent accompagnée d'hyper- ou d'hypo-pigmentation avec une Durée moyenne d'évolution: 7,5-20 mois.

-Sur le plan histologique par :

- Infiltrat dermique de cellules T en bande (le plus souvent CD4+).
- Dermatite d'interface lichénoïde .
- Légères squames parakératosiques épidermiques.

-Les traitements proposés sont les dermocorticoïdes ou la photothérapie.[57]



**Figure 24 : Pityriasis lichénoïde chronique : plaques annulaires associés à une hyperpigmentation [25]**



**Figure 25: Petites papule érythémateuses avec des macules résiduelles hypopigmentaire.[25]**

**2) Les lésions moins typiques peuvent être confondues avec des :**

**a) pityriasis rosé de Gibert,**

Dans la forme typique (80 p. 100 des cas), les prodromes sont le plus souvent absents. Parfois sont rapportés un malaise général, une fièvre, des céphalées, des arthralgies, quelques troubles digestifs ou des adénopathies.

La maladie évolue en deux temps :

- Un médaillon initial, plaque unique ovalaire, de 2 à 5 cm de diamètre, bien limitée, rosée, squameuse, à centre plus clair que la périphérie, siégeant sur le tronc ou la racine des membres, non prurigineuse.

- Une éruption disséminée, qui débute 5 à 15 jours après et n'est pas, en règle, prurigineuse. Elle comporte deux types d'éléments :

- des médaillons ovalaires, bien limités, d'un diamètre de 1 à 2 cm,

Reproduisant la plaque initiale en plus petit.

- des macules érythémateuses multiples, à surface lisse, parfois finement

Squameuse, de quelques millimètres de diamètre, pouvant évoluer vers un médaillon.

La topographie est caractéristique ; symétrique, elle touche surtout le tronc

Avec une orientation des médaillons le long des lignes de tension de la peau, donnant dans le dos une image en « sapin de Noël ». Sont fréquemment atteints : la partie proximale des membres et le cou. Le visage est habituellement respecté.

- Il n'y a aucuns signes extra-cutanés, tout disparaît sans aucune séquelle en 1 ou 2 mois. Les récurrences sont très rares.



**Figure 26: Pityriasis rosé de Gilbert ;la bordure est séparée de la zone centrale par une fine collerette desquamative.[25]**

Le diagnostic du pityriasis rosé de Gibert repose sur la clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire dans les formes habituelles. L'image histologique du pityriasis rosé est non spécifique et de type eczématiforme : parakératose en îlots, spongiose et vésiculation intraépidermiques; parfois kératinocytes dyskératosiques ou multinucléés ; oedème, infiltrats lymphohistiocytaires périvasculaires et extravasation d'hématies, au niveau du derme superficiel. Les altérations histologiques sont identiques au niveau de la plaque initiale et de l'éruption secondaire.



**Figure 27 :Pityriasis rosé au niveau du tronc avec de larges plaques et de lésions papuleuses.[25]**

**b) lichen amyloïde papuleux.**

Cette forme se présente généralement comme une éruption prurigineuse persistante de papules hyperkératosiques multiples, isolées mais qui peuvent confluer et former des plaques, principalement sur les tibias. [58,59]

Les lésions débutent souvent unilatéralement, mais peuvent évoluer et se répartir bilatéralement et symétriquement. [60]

Histologiquement, Le Lichen plan comme le Lichen amyloïde papuleux démontrent une hyperkératose, une hyperacanthose et un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire léger à modéré. La différence c'est que dans le Lichen Plan

on trouve une teinte violacée et à l'examen histologique, un infiltrat lymphocytaire disposé en bande avec dégénérescence Vacuolaire Caractéristique. [61]



**Figure 28 : Lichen amyloïde papuleux sur la jambe.[62]**

### **3) Les formes linéaires peuvent faire discuter le :**

#### **a) lichen striatus,**

Le lichen striatus est une éruption inflammatoire linéaire, bénigne, bien limitée, en général unilatérale, touchant principalement l'enfant.

Les lésions cutanées apparaissent brutalement et sont d'extension rapide. Elles sont composées de papules lichénoïdes caractérisées par une distribution selon les lignes de Blaschko (figure : 28), et l'absence de prurit (à la différence

du lichen plan). L'aspect est celui de très petites papules plus au moins squameuses, qui peuvent être isolées ou coalescentes, rosées ou brunes pales, parfois vésiculeuses ou kératosiques. Il n'y a pas de striations de Wickham.

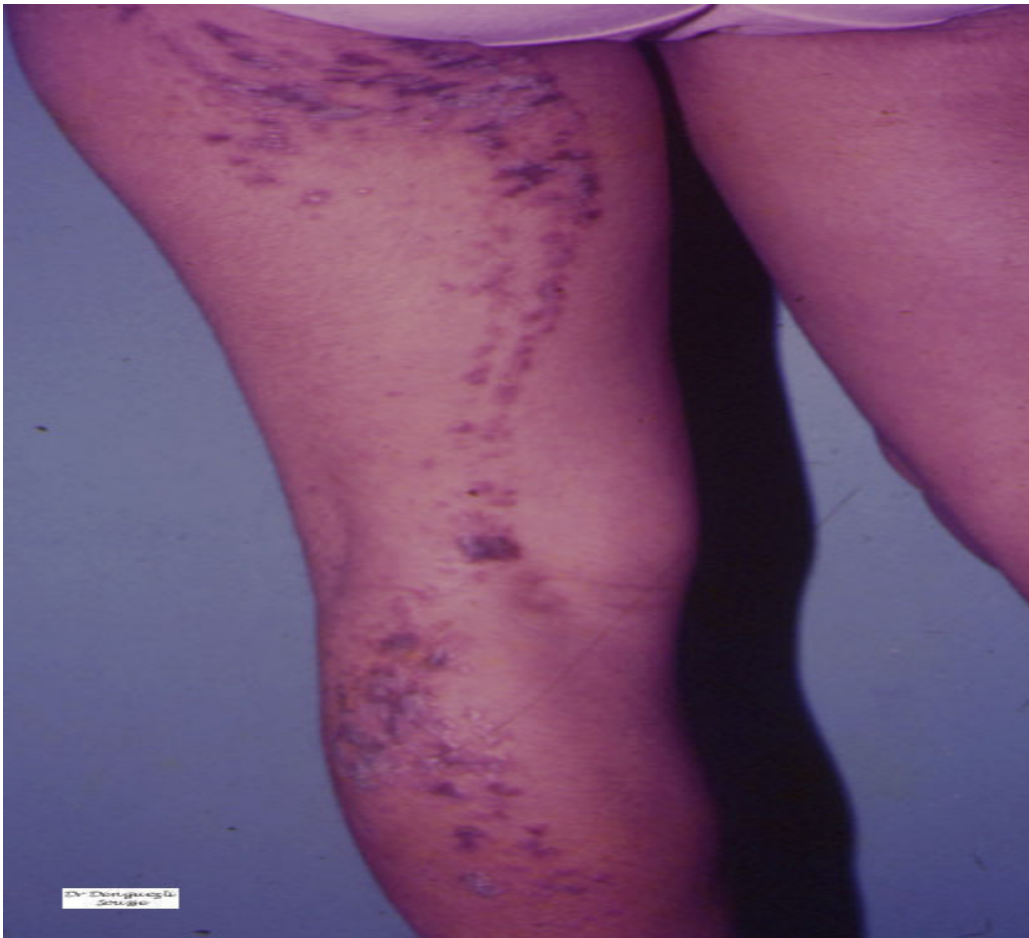
L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée montrait un infiltrat lymphocytaire assez dense du derme superficiel avec exocytose au sein des couches inférieures du corps muqueux et d'exceptionnels kératinocytes nécrosés au sein de l'assise basale. Il n'existait pas d'hyperplasie épidermique franche. [63]



**Figure 29 : : Lichen striatus du membre supérieur, de l'épaule et de l'hémithorax chez une fillette de 3ans. [64]**

**b) l'hamartome épidermique inflammatoire :**

Lésion congénitale ou atteignant l'enfant avant l'âge de six ans et principalement les filles, unilatérale, touchant surtout les membre inférieurs du côté gauche, évoluant par poussées inflammatoires successives et dont l'aspect clinique consiste en papules kératosiques prurigineuses, disposées en bandes ou en réseau et souvent couvertes de squames grisâtres. Histologiquement, il ya un infiltrat inflammatoire du derme, dans l'épiderme l'alternance de foyers d'ortho et de parakératose. [65]



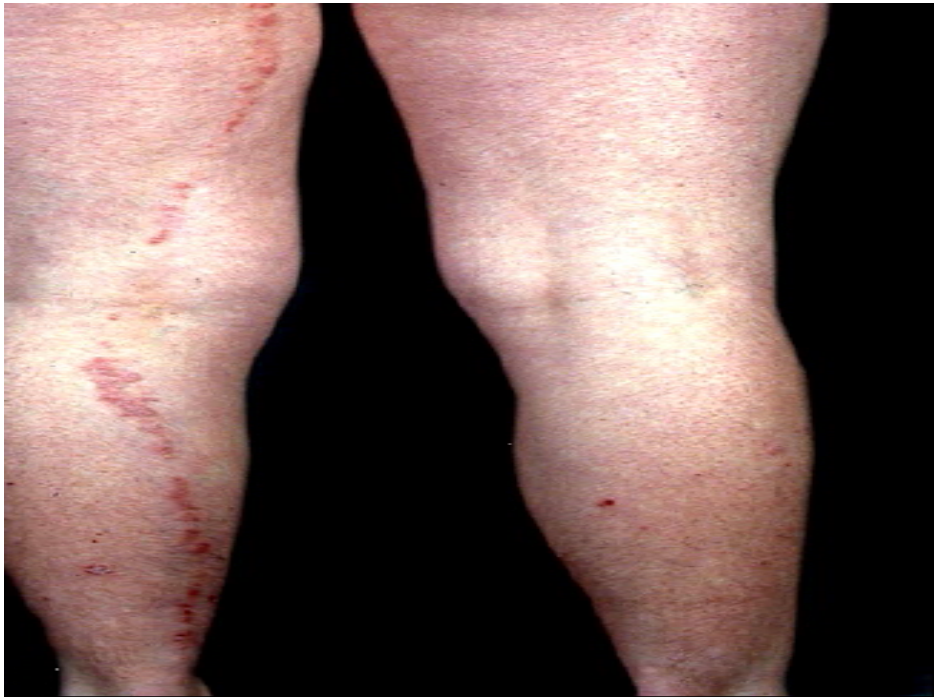
**Figure 30: Hamartome épidermique inflammatoire linéaire de l'extrémité inférieur [66]**

**c) le psoriasis linéaire :**

Le psoriasis peut prendre une forme blaschko-linéaire, dans ce cas il s'agit d'un mosaïcisme.( Les mosaïcismes témoignent de la présence chez un individu de différents types de cellules ayant un génotype différent. Les mosaïcismes s'expriment au niveau cutané par la distribution des lésions selon les lignes de Blaschko).

Histologiquement il s'agit d'une parakératose épaisse, une acanthose psoriasiforme et une exocytose de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme.

Le derme papillaire était le siège de capillaires tortueux, bien visibles en regard des sommets des crêtes épidermiques.[67]



**Figure 31 : :Psoriasis linéaire du membre inférieure [68]**

#### d) La porokératose de Mibelli :

Dermatose débutant dans l'enfance dont la lésion élémentaire est une papule kératosique déprimée au centre et dont la confluence aboutit à une plaque centrale atrophique entourée d'un bourrelet « en mur d'enceinte » La porokératose de Mibelli est transmise sous forme de trait autosomal dominant. Les lésions apparaissent le plus souvent sur les membres. La biopsie faite en bordure de lésion montre une colonne verticale de cornéocytes parakératosiques empilés (la lamelle cornoïde), reposant sur une dépression de l'épiderme. Cet aspect est pathognomonique ; le diagnostic différentiel est fait grâce à l'histologie.[69]



Figure 32: La porokératose de Mibelli[70]

## VIII. Lichen plan et maladies associées

De nombreuses associations ont été rapportées entre le lichen plan et des maladies auto-immunes ou inflammatoires (dermatomyosite, dermatite herpétiforme, thyroïdite d'Hashimoto, syndrome de Gougerot-Sjögren, sclérodermie en plaques, sclérodermie systémique, myasthénie, pemphigus superficiel et profond, thymome, vitiligo, lupus érythémateux, colites ulcérées, certaines étant probablement fortuites [71] L'augmentation supposée de la prévalence du diabète chez les malades atteints de lichen plan n'a pas été confirmée[72,73]. La prévalence accrue des hépatopathies chez les malades atteints de lichen plan est, elle aussi, sujette à controverse. Des associations avec la cirrhose biliaire primitive, l'hépatite chronique active, la cholangite sclérosante primitive, la maladie de Wilson, l'hémochromatose, le déficit en  $\alpha$ -antitrypsine ont été rapportées[74]. Les formes érosives de lichen plan seraient plus fréquemment associées aux hépatopathies. L'association la plus pertinente est avec l'hépatite chronique active, dont la prévalence varie de 3,1 à 11,3 %. La frontière entre l'hépatite chronique active auto-immune et l'hépatite active postvirale est difficile à tracer et rend problématique l'identification de la nature des hépatopathies associées au lichen[74].

La prévalence du portage chronique de l'antigène HBs chez 577 malades italiens atteints de lichen plan est deux fois supérieure à celle des 1 008 sujets contrôles[75] Une trentaine d'observations de lichen plan après vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) ont été rapportées[76].

Les données sont contradictoires en ce qui concerne le lien entre virus de l'hépatite C (VHC) et lichen. La prévalence de l'infection à VHC chez les malades atteints de lichen plan varie de 3,8 à 62 % selon les études [77]. Deux

études cas-témoins françaises ne trouvent pas d'augmentation significative de la prévalence de l'infection à VHC chez les malades atteints de lichen par rapport à des groupes témoins de malades suivis en dermatologie (4,9 versus 4,5 % ; 3,8 versus 2,6 %) [78,79]. La prévalence globale de l'infection à VHC dans ces différents groupes est toutefois supérieure à celle de la population générale, estimée à 1 %. L'augmentation de la prévalence de l'infection à VHC chez les malades atteints de lichen est observée préférentiellement dans les pays de plus forte prévalence de l'infection à VHC, comme les pays d'Europe du Sud ou le Japon (odds-ratio : 4,80 ; intervalle de confiance 95 % : 3,25-7,09)[79,80,81]. Certains auteurs rapportent une association significative entre lichen plan érosif et infection à VHC, association non confirmée par d'autres. Il n'a pas été trouvé de corrélation entre le génotype du VHC et l'apparition du lichen plan.

L'association de LP et Hépatite, n'a pas été notée chez l'enfant.

## **IX. Traitement**

1) **But** : Obtenir la disparition de l'éruption, de son prurit et son préjudice esthétique.

2) **Moyen**

a) **locaux**

Dermocorticoïdes Classe I et éventuellement 2 : en application biquotidienne au départ jusqu'à la disparition du prurit 2 à 3 semaines

b) **généraux**

- corticothérapie

Prednisolone : L'administration se fait en une prise quotidienne de préférence le matin selon le schéma suivant: Enfant: 1 à 3 mg /Kg/jour

L'administration se fera de façon dégressive jusqu'à la dose minimale efficace.

Betametasone : Une Injection intra musculaire profonde (IM) à renouveler éventuellement ou bout de 2 à 3 semaines en fonction des indications et de l'état du malade.

- Antihistaminique Hydroxyzine (Atarax 25 mg.sp.)

- Enfant 1 mg/kg/j

- Rétinoïdes : le problème majeur reste leurs effets indésirables osseux potentiels chez l'enfant ( fermeture prématurée des épiphyses, ostéoporose...) utilisé si échec de la cortico, débuter par 0.5mg/kg/j réduire rapidement jusqu'à

la dose minimale efficace avec surveillance clinique (croissance staturale, articulations) et biologique (TG, Ct,PAL)

**c) adjuvant :**

- Traitement antiseptique :

Bain permanganate: 1cp dans 10 litres d'eau (1/10 000)

- Antibiothérapie: en cas de surinfection.
- Pansement occlusifs simples (feuille de plastique simple ou avec sparadrap) ou Hydro colloïdes:
  - Infiltration intra lésionnelles
  - Corticoïdes en glossettes
  - Psychothérapie
- Puva therapie : Une ou plusieurs séances .comporte le risque de carcinomes et ou mélanomes à long terme

**3) Indication**

- Lichen plan cutané :
  - En première intention : corticothérapie locale ou générale si forme sévère,
  - En seconde intention : acitrétine, PUVA thérapie.
  - notre patient a bénéficié d'une corticothérapie orale pendant 1 mois avec bonne évolution clinique.

- Selon la forme clinique :

Lichen plan actinique : Le traitement du LPA repose sur la photo-protection associée à d'autres traitements d'appoint tels que les antipaludéens de synthèse, les dermocorticoïdes.

Lichen plan bulleux : Corticothérapie générale: Prédnisolone per os

Antihistaminique, Traitement antiseptique à base de permanganate de potassium, ATB si surinfection.

- Lichen plan muqueux :

-En première intention : corticothérapie locale,

-En seconde intention : rétinoïdes locaux,

-Si forme résistante : immunosuppresseurs locaux.

#### **Lichen Plan buccal:**

- Formes simples: Corticothérapie locale Bétamétazone (glossettes)
- Formes très kératosiques: vitamine A acide, traitement local ou général.
- Formes étendues: corticoïdes per os, rétinoïde per os.

#### **4) Résultats:**

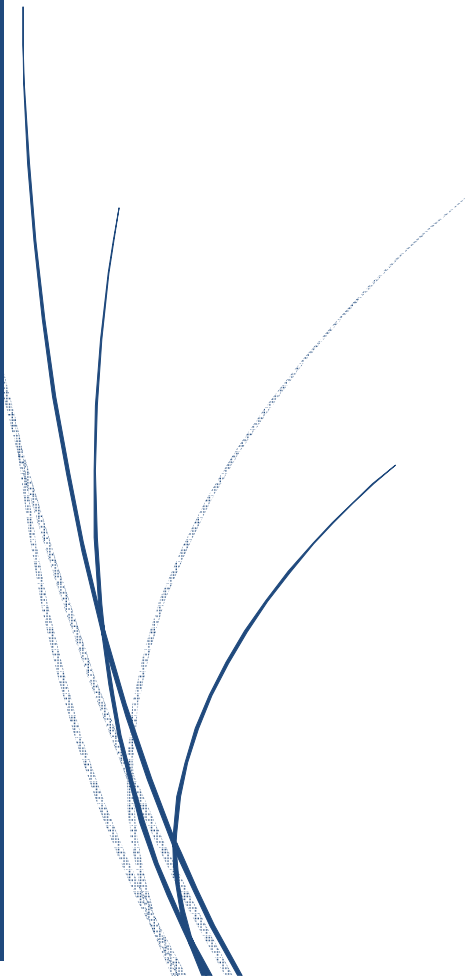
❖ les dermocorticoïdes de classe I, II, ou III permettent de trouver une amélioration des lésions à partir de la deuxième semaine du traitement.

❖ les corticoïdes généraux: Prédnisolone et Bétamétazone injectables permettent une stabilisation des lésions dès la première semaine du traitement.

❖ les antihistaminiques permettent l'arrêt du prurit dès la première semaine du traitement.



# *CONCLUSION*



Le lichen ou lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique, bénigne, pouvant atteindre la peau, les phanères, et les muqueuses malpighiennes.

Son étiologie demeure inconnue ; faisant intervenir des mécanismes immunologiques.

Sa prévalence dans la population générale est de 1 à 2% Cette pathologie est considérée exceptionnelle chez les enfants de moins de 15ans.

Il implique le phototype foncé surtout .

Il se présente dans sa forme typique comme des papules squameuses polygonales violines de 2 à 4 mm parcourue de fines stries grisâtres, les stries de Wickham, saillantes, formant des arborisations translucides, mieux perçues après application d'huile.

Le prurit est un des signes cardinaux de la maladie. Il est parfois très intense et le grattage qui en résulte favorise l'éclosion de nouvelles papules disposées en stries linéaires : c'est le phénomène de Köbner. la topographie des lésions est caractéristique : face antérieurs des poignets, avant bras, jambes et lombes.

Après affaissement de la papule lichénienne, apparait une pigmentation grise brunâtre ardoisée (due à des dépôts dermiques superficiels de pigment mélanique) durable et caractéristique, permettant le diagnostic rétrospectif.

Le Lichen plan chez l'enfant peut prendre plusieurs formes cliniques et plusieurs localisations :

- Dans la localisation cutanée on trouve la forme Hypertrophique,

Actinique, Linéaire, Atrophique et la forme pemphigoïde.

- Localisation Muqueuse, Buccal ou Vulvaire qui peut prendre la forme érosive ou atrophique.

- Au niveau du cuir chevelu le Lichen Plan prend le nom de Lichen planopilaire ou folliculaire pouvant causer une alopecie cicatricielle.

- Localisation unguéale :ongles grîsatres, plus rare chez l'enfant.

Histologiquement, on trouve un infiltrat lymphocytaire en bande du derme superficiel associé à une dégénérescence vacuolaire à la jonction dermoépidermique avec des kératinocytes apoptotiques formant ce qu'on appelle les corps de Civatte.

Le traitement repose sur les dermocorticoïdes, les rétinoïdes et la PUVAthérapie. La corticothérapie per os, bien que souvent prescrite, reste à évaluer pouvant être néfastes pour l'enfant.

Le pronostic du LP cutané est le plus souvent favorable ; les signes régressent, parfois spontanément après une évolution moyenne de 12-15 mois ; des rechutes, parfois espacées de plusieurs années, surviennent dans 15 à 50 % des cas. Mais il y a des formes indéfiniment chroniques : *cutanées* hypertrophiques ; érosives *du cuir chevelu* avec une alopecie définitive ; *unguéales* qui laissent des séquelles définitives ; *buccales*, les plus fréquentes, qui finissent par entraîner une atrophie, érosion, gêne fonctionnelle, voire cancérisation, alors que la cancérisation des lésions cutanées est exceptionnelle.

**Le diagnostic de lichen plan repose sur la reconnaissance de la lésion typique : papules ou plaques pourpres ou violines polygonales et prurigineuses.**

**Lorsqu'il y a un doute diagnostic, un examen anatomo-pathologique de la lésion cutané permet de poser le diagnostic.**

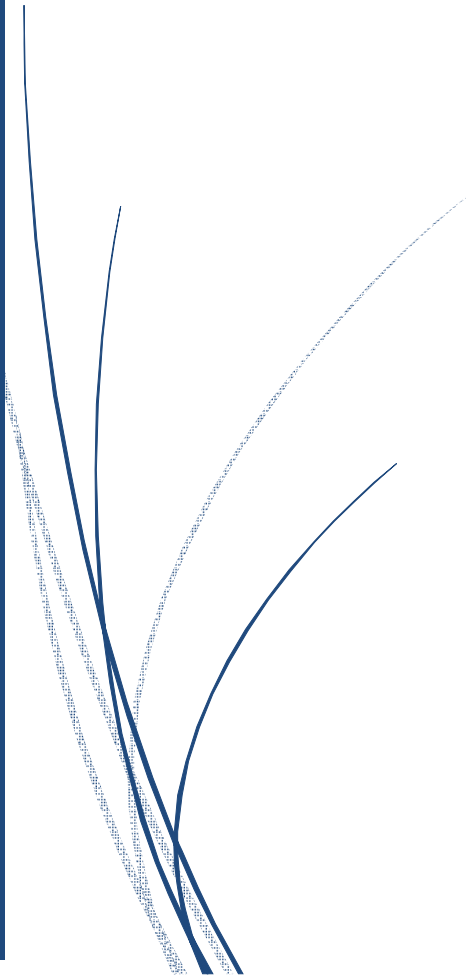
**Bien que le lichen plan ait une résolution spontanée en quelques semaines. 2/3 des cas accusant des formes aiguës ne régressent qu'après 8 à 15 mois.**

**Les lésions disparaissent en laissant une hyperpigmentation résiduelle qui peut persister des années.**

**Une récurrence peut être notée dans 10 à 20% des cas.**



# *RESUMES*



## **RESUME**

**Titre :** Lichen plan chez l'enfant à propos d'un cas

**Auteur :** SBAI HAMZA

**Mots clés :** Lichen , enfant ,clinique, traitement.

Le Lichen plan est une dermatose auto-immune qui touche 1 % de la population générale, apparaît-le plus souvent vers l'âge de 50-60 ans. Les observations pédiatriques sont rares, elles représentent moins de 2 % des cas. Nous rapportons un cas de Lichen plan cutané étendu chez l'enfant colligé au service des urgences médicales pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Rabat.

**Observation :** garçon de dix ans, sans antécédents pathologiques, qui présente depuis 4 mois des lésions cutanées étendue prurigineuses, mis sous dermocorticoïdes plus antihistaminique sans amélioration. Le diagnostic de lichen plan a été évoqué devant l'aspect clinique des lésions et confirmé par l'examen histologique de la biopsie cutanée. Une corticothérapie par voie orale a été démarrée, L'évolution était favorable avec une rémission complète et rapide.

**Discussion et Conclusion :** Le lichen plan de l'enfant est une dermatose rare décrite comme comparable à celle de l'adulte. Sa pathogénie n'est pas encore complètement élucidée. Le diagnostic est essentiellement clinique mais peut nécessiter parfois la réalisation d'une biopsie. Les dermocorticoïdes restent le traitement de première intention chez les patients ayant une atteinte localisée. La dapsons, la corticothérapie orale, l'acitrétine et la photothérapie ont été utilisées dans les formes étendues et résistantes.

## **ABSTRACT**

**Title** : Childhood lichen planus about a case .

**Aothor** : SBAI HAMZA

**Key words** : Lichen, Child, Clinical, Treatment.

Lichen planus is an autoimmune dermatitis, that touches 1% of population, it appears most often towards the age of 50 60 years, lichen planus is rarely reported in children with only 2% over all cases. We report a case of a child with an extended cutaneous lichen planus admitted to the emergency department of children's hospital in Rabat.

**Medical observation:** a ten years old child, with a clean medical history, has presented since 4 months ago an extended pruritic cutaneous lesions, he was put on topical corticosteroid and antihistamines without any noticeable improvement. The lichen planus diagnosis was evoked in front of the lesion's clinical aspects, and was confirmed by histological examination of skin biopsy. An Oral treatment of corticosteroid was started with a good evolution.

**Discussion and conclusion:** children's lichen planus is a rare dermatitis, described to be similar to it adults versions, with an unknown pathogenesis. The diagnosis is essentially clinical but sometimes requires the realization of skin biopsy. Topical corticosteroids is the first line treatment of the localized forms, in the other hand Dapsone, oral corticosteroid, acitretin and puva therapy are used in the extended forms.

## ملخص

العنوان: الحزاز المسطح لدى الأطفال حول حالة واحدة .

من طرف: حمزة السباعي

الكلمات الأساسية: حزاز، طفل، تشخيص سريري، علاج.

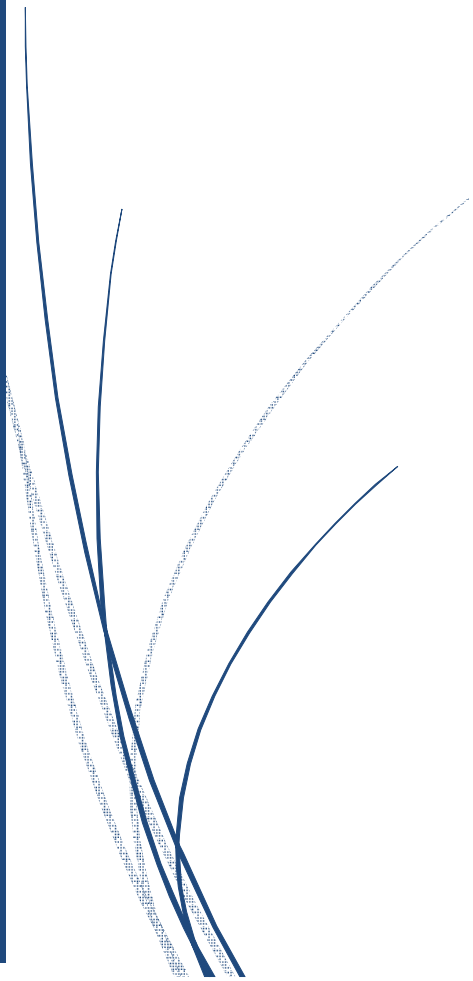
الحزاز المسطح هو مرضٌ من أمراض المناعة الذاتية الجلدية، يصيب 1% من الساكنة، يظهر خصوصاً في عمر 50 60 سنة، نادر عند الأطفال، يمثل أقل من 2% من الحالات. سنقدم تقريراً طبياً لحالة الحزاز المسطح عند طفل تم استشفائه بخدمة المستعجلات الطبية للطفل بمستشفى الأطفال الرباط .

**التقرير الطبي :** طفلٌ يبلغ من العمر 10 سنوات، ليس لديه تاريخٌ مرضي معين، يشتكي منذ 4 أشهر من افات جلدية ممتدة تسبب له لحكة، حيت وصف له علاجاً يتمثل في الكورتيكوستيرويدات الجلدية ومضادات الهستامين لكن بدون تحسن، تم اقتراح مرض الحزاز المسطح بناءً على أعراض المريض وقد تم التأكد من ذلك بإستعمال الفحص النسيجي لخزعة جلدية . تم إبتداء العلاج بإستعمال الكورتيكوستيرويد عن طريق الفم مع تطور اجابي وسريع .

**مناقشة وخاتمة :** الحزاز المسطح للأطفال هو مرض جلدي نادر، مماثل لتلك التي تصيب الكبار، اسبابه لاتزال مجهولة، تشخيص المرض يعتمد خصوصاً على الجانب السريري، قد يتطلب أحيانا التشريح الجلدي .تعتبر الكورتيكوستيرويدات الجلدية العلاج الأساسي للمرض في الحالات الموضوعية . تستعمل ال- dapsone، الكورتيكوستيرويدات، الـريتينوئيدات والعلاج ب PUVA في الحالات الممتدة والمقاومة .



# *BIBLIOGRAPHIE*



- [1] Kofoed ML, Lange Wantzin G. Familial lichen planus-more frequent than previously suggested ? *J Am Acad Dermatol* 1985 ; 13 :50-4
- [2] Gibstine CF, Esterly NB. Lichen Planus in Monozygotic twins. *Arc Dermatol* 1984 ; 120 :580
- [3] Dermatologie Monastir (Y. Soua, M. Mohamed, H. Belhadjali, H. Akkari, M. Youssef, J. Zili) (2001-2010)
- [4] Denguezli M, Noura R, Jomaa B. Lichen plan actinique: étude anatomo-clinique de 10 observations tunisiennes. *Ann Dermatologie Venereol* 1994;121:543–6.
- [5] Service de dermatologie de SFAX A. Dammak\*, A. Masmoudi, S. Boudaya, S. Bouassida, S. Marrekchi, H. Turki) (1995–2005)
- [6] service de dermatologie de MONASTIR (I.Lahouel<sup>1</sup>M. Youssef<sup>1</sup>F. Hammedi<sup>2</sup>Y.S oua<sup>1</sup>H. Akkari<sup>1</sup>M. Mohamed<sup>1</sup>H. Belhadjali<sup>1</sup>J.Zili<sup>1</sup>) (entre 2008 et 2015)
- [7] (PR, Meziane, M. et al.), Lichen planus pemphigoides in a child. *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery* (2013).
- [8] Carrozzo M, Uboldi de Capei M, Dametto E, Fasano ME, Arduino P, Broccoletti R, et al. Tumor necrosis factor alpha and interferon gamma polymorphisms contribute to susceptibility to oral lichen planus. *J Invest Dermatol* 2004; 122:87–94.

- [9] Prpic Massari L, Kastelan M, Gruber F, Laskarin G, Sotosek Tokmadzic V, Strbo N, et al. Perforin expression in peripheral blood lymphocytes and skin-infiltrating cells in patients with lichen planus. *Br J Dermatol* 2004;151: 433–9.
- [10] Karatsaidis A, Schreurs O, Axell T, Helgeland K, Schenck K. Inhibition of the transforming growth factor B /Smad signaling pathway in the epithelium of oral lichen. *J Invest Dermatol* 2003;121:1283–90.
- [11] Bellman B, Reddy R, Falanga V. Lichen planus associated with hepatitis C. *Lancet* 1995;346:1234.
- [12] Mansar B. thèse d'exercice : Le point actuel sur l'étiopathogénie du lichen planbuccal, 2012.
- [13] Katzenellenbogen I. Lichen planus actinicus (lichen planus in subtropical countries). *Dermatologica* 1962;124:10–20.
- [14] Schroeff J, Schothorst A. Induction of actinic lichen planus with artificial UV sources. *Arch Dermatol* 1983;119:498–500.
- [15] Black MM. Lichen planus and lichenoid eruptions. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ, Champion RH, Burton JL, editors. *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell; 1986. p. 1665–85.
- [16] Limas C, Limas CJ. Lichen planus in children: a possible complication of hepatitis B vaccines. *Pediatr Dermatol* 2002;19:204–9.

- [17] EMC-Dermatologie Cosmétologie 2 (2005) 132–146( collection patrice morel) A. Levy (Chef de clinique) a, L. Le Cleach (Praticien hospitalier) b,\* a *Service de dermatologie, hôpital Saint Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France* b *Centre hospitalier Sud Francilien, 51, boulevard Henri-Dunant, 91100 Corbeil-Essonnes, France*
- [18] Lichenoid eruptions in children, CLINICAL REVIEW, Joline J. Tilly, MD, PhD,a Beth A. Drolet, MD,b,c and Nancy B. Esterly, MD,b,c,New York, New York, and Milwaukee, Wisconsin.
- [19] Black MM. Lichen Planus and lichenoid eruptions. In : Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ, Champion RH, Burton JL, editors. Textbook of dermatology. Oxford : Blackwell ; 1986. P.1665-85
- [20] Edwards L. Vulvar lichen planus. *Aarch Dermatol* 1989 ; 125 :1677-80.
- [21] RA, Cotteril JA, Simmons AV. Oesophageal Lichen planus. *Br J Dermatol* 1986 ;115 :729-30.
- [22] Arndt KA. Lichen planus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 1134–44.
- [23] Black MM. Lichen planusandlichenoid eruptions. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ, Champion RH, Burton JL, editors. *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell; 1986. p. 1665–85.
- [24] Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:593–619.

- [25] HURWITZ; clinical pediatric dermatology (Amy S.palier & Anthony J.mancini ) 2016.
- [26] Limas C, Limas CJ. Lichen Planus in children : a possible complication of hepatitis B vaccines. *Pediatr Dermatol* 2002 ;19 :204-9 *Lichen plan chez l'enfant* 88.
- [27] Kanwar AJ, Handa S, Ghosh S, Kaur S. Lichen planus in childhood : a report of 17 patients. *Pediatr Dermatol* 1993 ;8 :288-91.
- [28] Aloï F, Solaroli C, Giovannini E. Actinic lichen planus simulating melasma. *Dermatology* 1997;195:69–70.
- [29] Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. lichen plan actinique : 32 cas. *Ann Dermatol Venereol* 1998 ; 125 :408-13.
- [30] A clinical and epidemiological study of lichen planus among Egyptians of AL-Minya province Tag-El -Din Anbar MD<sup>1</sup>, Manal Barakat MD<sup>1</sup>, and Sahar F Ghannam MD PhD *Dermatology Online Journal* 11 (2): 4 Faculty of Medicine, Alexandria University, Egypt.2005.
- [31] Cognat T, Gayrard L, Adam C, Balmex B, Machado P, Nicolas JF, et al. Lichen plan pemphigoïde. *Ann Dermatol Venereol* 1991;118:387–90.
- [32] Davis AL, Bhogal BS, Whitehead P, Frith P, Murdoch ME, Leigh M, et al. Lichen planus pemphigoides: its relationship to bullous pemphigoid. *Br J Dermatol* 1991;125:263–71.

- [33] Lipsker D, Piette JC, Laporte JL, Maunoury L, Francès C. Annular atrophic lichen planus and Sneddon's syndrome. *Dermatology* 1997;195:402–3.
- [34] Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* 2004;50: 595–9.
- [35] Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, Samson J. La muqueuse buccale : de la clinique au traitement, chapitre 7, Le lichen plan buccal. Paris éditions : MED'COM ; 2009.
- [36] Lichen plan buccal réticulé. Photographie Dr. R. Curien.
- [37] Cendras J, Bonnetblanc J. Lichen plan buccal érosif EMC (Elsevier Masson SAS,Paris),Dermatologie. 2009 ; 136 : 458-468.
- [38] Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, Samson J. La muqueuse buccale : de la clinique au traitement, chapitre 7, Le lichen plan buccal. Paris éditions : MED'COM ; 2009.
- [39] LPB Forme érosive au niveau de la langue. Photographie Dr. R. Curien.
- [40] Lukač J, Brozović S, Vučićević-Boras V, et al. Serum autoantibodies to desmogleins 1 and 3 in patients with oral lichen planus. *Croat Med J* 2006 ; 47 : 53–8.
- [41] Ridley CM. Chronic erosive vulval disease. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15:245-52.
- [42] Lewis FM. Vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1998;138:569-75.

- [43] Kirtschig G, Wakelin Sh, Wojnarowska F. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:301-7.
- [44] Derrick EK, Ridley CM, Kobza-Black A, McKee PH, Neill SM. A clinical study of 23 cases of female anogenital carcinoma. *Br J Dermatol* 2000; 143:1217-23.
- [45] Prevalence of vulval lichen planus in a cohort of women with oral lichen planus: An interdisciplinary study Article in *British Journal of Dermatology* 155(5):994-8 · December 2006.
- [46] Arndt KA. Lichen planus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 1134–44.
- [47] Black MM. Lichen planus and lichenoid eruptions. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ, Champion RH, Burton JL, editors. *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell; 1986. p. 1665–85.
- [48] Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:593–619.
- [49] Grosshans E. Lichen. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130: 799–802.
- [50] Smoller BR, Glusac EJ. Immunofluorescent analysis of the basement membrane zone in lichen planus suggests destruction of the lamina lucida in bullous lesions. *J Cutan Pathol* 1994;21:123–8.

- [51] Castano E, Lopez-Rios F, Alvarez-Fernandez JG, Rodriguez-Peralto JL, Iglesias L. Verrucous carcinoma in association with hypertrophic lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 1997; 22:23–5.
- [52] Yesudian P, Rao R. Malignant transformation of hypertrophic lichen planus. *Int J Dermatol* 1985;24:177–8.
- [53] Gandolfo S, Richiardi L, Carrozzo M, Broccoletti R, Carbone M, Pagano M, et al. Risk of oral squamous cell carcinoma in 402 patients with oral lichen planus: a follow-up study in an Italian population. *Oral Oncol* 2004; 40:77–83.
- [54] Halevy S, Shai A. Lichenoid drug eruptions. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:249–55.
- [55] VanDis ML, Parks ET. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995;79:696–700.
- [56] N. Bories a , L. Thomas a , A. Phana , B. Balmea , D. Salameire b, C. Thurot-Guilloub, S. Dallea,\* a Service de dermatologie, hôpital Hôtel-Dieu, 1, place de l’Hôpital, 69288 Lyon cedex 02, France b Service de dermatologie, hôpital Albert-Michallon, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France Rec,u le 25 fevrier 2008 ; accepté le 11 juillet 2008.
- [57] Wahie S, Hiscutt E, Natarajan S and Tayloor A. Pityriasis lichenoides : the differences between children and adults. *Br J Dermatol* 2007; 157 : 941-45 3. Bonifazi E. Pityriasis lichenoides. In : *Textbook of Pediatric Dermatology*. Eds Harper J, Oranje A, Prose N. Blackwell 2006 :798-800.

- [58] Westermark P, Araki S, Benson MD, et al. Nomenclature of amyloid fibril proteins. *Amyloid* 1999;6:63-66.)
- [59] Wang WJ. Clinical features of cutaneous amyloidoses. *Clin Dermatol* 1990;8:13-19.
- [60] Black MM. Amyloidosis. In: Champion RH, Burton JL, Burns AD, et al, eds. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6th Ed. Vol.3. Oxford : Blackwell Science; 1998:2626-37.
- [61] DERMATOLOGIE Conférences Scientifiques, Par NATALIE NASSER, M.D. et DENIS SASSEVILLE, M.D. 2005, Volume 4, Numéro 3, l'Amyloidose.
- [62] Lichen Amyloidosis (Lichen Amyloidosis, Papular Amyloidosis, Lichenoid Amyloidosis) By Dina Began, Madelaine Haddican, Borowicz, J, Gillespie, M, Miller, R. "Cutaneous amyloidosis". *Skinmed*. vol. 2. 2011. pp. 96-100.
- [63] Lichen striatus avec dystrophie unguéale chez un nourrisson, I. Markoucha, T. Cléricib, P. Saiaga, E. Mahéa, *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2009) 136, 883—886.
- [64] Lichen Striatus de l'enfant et « BLASCHKITES » de l'adulte ; J.K.MICKEL, F.WOLF, L.FOND, F.CAMBAZARD.
- [65] Fabrizi G, Nudo M, De Vicuna EG, Vultaggio P, Schepis C, Siracusa M, Angelina E. Protokératose linéaire. *Ann Dermatol Vénéréol* 1995 ; 122 :460.

- [66] Professeur Mohamed Denguezli Faculté de médecine Ibn El Jazzar Sousse – Tunisia 2006.
- [67] Psoriasis blaschko-linéaire révélé par un traitement par infliximab (Remicade®) ; M. Sfiaa,\* , B. Roth-Malla ; Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009) 136, 898—903.
- [68] Sfia M, Roth- Mall B, Tortel MC, Guillaume JC, Cribier B. Psoriasis blaschko-linéaire révélé par un traitement par infliximab. Ann Dermatol Venereol 2009;136:898- 903.
- [69] atlas de dermatologie Ann Dermatol Venereol. 2004 Nov;131(11):1002-3. Professeur Mohamed Denguezli Faculté de médecine Ibn El Jazzar Sousse – Tunisia.
- [70] ([www.dermis.net](http://www.dermis.net))
- [71] 46 Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. J Am Acad Dermatol 1991;25:593–619.
- [72] Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: epidemiology, clinical characteristics, and associated diseases. Semin Cutan Med Surg 1997;16:273–7.
- [73] VanDis ML, Parks ET. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995;79:696–700.
- [74] Rebora A, Rongioletti F. Lichen et foie. Ann Dermatol Venereol 1994;121:533–5.

- [75] Gruppo Italiano studi epidemiologici (GISED). Lichen planus and liver disease: a multicenter case-control study. *BMJ* 1990;300:227–30.
- [76] Calista D, Morri M. Lichen planus induced by hepatitis B vaccination: a new case and review of the literature. *Int J Dermatol* 2004;43:562–4.
- [77] Sanchez-Perez J, De Castro M, Buezo GF, Fernandez-Herrera J, Borque MJ, Garcia-Diez A. Lichen planus and hepatitis C virus: prevalence and clinical presentation of patients with lichen planus and hepatitis C virus infection. *Br J Dermatol* 1996;134:715–9.
- [78] Cribier B, Garnier C, Laustriat D, Heid E. Lichen planus and hepatitis C virus infection: an epidemiologic study. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:1070–1.
- [79] Dupin N, Chosidow O, Lunel F, Fretz F, Szpirglas H, Francès C. Oral lichen planus and hepatitis C virus infection: a fortuitous association? *Arch Dermatol* 1997;:1331052–3.
- [80] Nagao Y, Sata M, Abe K, Tanikawa K, Kameyama T. Immunological evaluation in oral lichen planus with chronic hepatitis C. *J Gastroenterol* 1997;32:324–9.
- [81] Lodi G, Guiliani M, Majorana A, Sardelle A, Bez C, Demarosi F, et al. Lichen planus and hepatitis C virus: a multicenter study of patients with oral lesions and a systematic review. *Br J Dermatol* 2004;151:1172–81.

# *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 الرحمن 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 بوانع من ضميري وشر في جاع علاصحة 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 .

## الحزاز المسطح لدى الأطفال (بصدد حالة واحدة مع استرجاع الأدبيات)

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

السيد: حمزة السباعي

المزاد في: 07 يوليوز 1991 بتطوان

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحزاز المسطح - طفل - جلدي - المناعة الذاتية.

#### تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة

السيدة: لمياء كربوبي

أستاذة في طب الأطفال

مشرفة

السيدة: بدر السعود ابن جلون الضخامة

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

{

السيد: رشيد أبي القاسم

أستاذ في طب الأطفال

السيدة: نعيمة الحفيضي

أستاذة في طب الأطفال