

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

ANNEE: 2012

THESE N°: 111

**DERMATITE PERI-ORALE GRANULOMATEUSE
CHEZ LES ENFANTS
(A PROPOS DE 03 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Sarah SABUR

Née le 14 Juin 1986 à Xéoutra

Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Dermatite péri-orale granulomateuse - Histologie - Diagnostic -
Différentiel - Traitement.

JURY

Mr. A. BENTAHILLA
Professeur de Pédiatrie

Mme. F. JABOUIRIK
Professeur de Pédiatrie

Mr. T. BENOUACHANE
Professeur de Pédiatrie

Mme. F. MANSOURI
Professeur d'Anatomie Pathologique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

سُبْحٰنَكَ لَا عِلْمَ لَنَا اِلاَّ مَا عَلَّمْتَنَا

اِنَّا اَنْتَ الْعَلِیْمُ الْعَكِیْمُ

صَدَقَ اللّٰهُ الْعَظِیْمُ

سورة البقرة: الآية 32



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

- 1962 – 1969 : Docteur 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

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

11. Mai et Novembre 1982

12. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
13. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
14. Pr. BENSOUDA Mohamed Anatomie
15. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
16. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

- 17. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 18. Pr. BALAFREJ Amina
- 19. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 20. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 21. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 22. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 23. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
- 24. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 25. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 26. Pr. NAJI M'Barek *
- 27. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 28. Pr. BENJELLOUN Halima
- 29. Pr. BENSAID Younes
- 30. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 31. Pr. IHRAI Hssain *
- 32. Pr. IRAQI Ghali
- 33. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 34. Pr. AJANA Ali
- 35. Pr. AMMAR Fanid
- 36. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép. TAOBANE
- 37. Pr. EL FASSY FIGHRI Mohamed Taoufiq
- 38. Pr. EL HAITEM Naïma
- 39. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 40. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 41. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 42. Pr. LACHKAR Hassan
- 43. Pr. OHAYON Victor*
- 44. Pr. YAHYAOUY Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

45. Décembre 1988

- 46. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
- 47. Pr. DAFIRI Rachida
- 48. Pr. FAIK Mohamed
- 49. Pr. HERMAS Mohamed
- 50. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

51. Pr. ADNAOUI Mohamed
52. Pr. AOUNI Mohamed
53. Pr. BENAMEUR Mohamed*
54. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
55. Pr. CHAD Bouziane
56. Pr. CHKOFF Rachid
57. Pr. KHARBACH Aïcha
58. Pr. MANSOURI Fatima
59. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
60. Pr. SEDRATI Omar*
61. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Chirurgie viscérale
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

62. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
63. Pr. ATMANI Mohamed*
64. Pr. AZZOUZI Abderrahim
65. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
66. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
67. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
68. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
69. Pr. BENSOUDA Yahia
70. Pr. BERRAHO Amina
71. Pr. BEZZAD Rachid
72. Pr. CHABRAOUI Layachi
73. Pr. CHANA El Houssaine*
74. Pr. CHERRAH Yahia
75. Pr. CHOKAIRI Omar
76. Pr. FAJRI Ahmed*
77. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
78. Pr. KHATTAB Mohamed
79. Pr. NEJMI Maati
80. Pr. OUAALINE Mohammed*
81. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
82. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

83. Pr. AHALLAT Mohamed
84. Pr. BENOUDA Amina
85. Pr. BENSOUDA Adil
86. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
87. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
88. Pr. CHRAIBI Chafiq
89. Pr. DAOUDI Rajae
90. Pr. DEHAYNI Mohamed*

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

91. Pr. EL HADDOURY Mohamed
 92. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
 93. Pr. FELLAT Rokaya
 94. Pr. GHAFIR Driss*
 95. Pr. JIDDANE Mohamed
 96. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 97. Pr. TAGHY Ahmed
 98. Pr. ZOUHDI Mimoun

Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

99. Pr. AGNAOU Lahcen
 100. Pr. AL BAROUDI Saad
 101. Pr. BENCHERIFA Fatiha
 102. Pr. BENJAAFAR Nouredine
 103. Pr. BENJELLOUN Samir
 104. Pr. BEN RAIS Nozha
 105. Pr. CAOUI Malika
 106. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
 107. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
 108. Pr. EL AOUAD Rajae
 109. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 110. Pr. EL HASSANI My Rachid
 111. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
 112. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
 113. Pr. ERROUGANI Abdelkader
 114. Pr. ESSAKALI Malika
 115. Pr. ETTAYEBI Fouad
 116. Pr. HADRI Larbi*
 117. Pr. HASSAM Badredine
 118. Pr. IFRINE Lahssan
 119. Pr. JELTHI Ahmed
 120. Pr. MAHFOUD Mustapha
 121. Pr. MOUDENE Ahmed*
 122. Pr. OULBACHA Said
 123. Pr. RHRAB Brahim
 124. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
 125. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

126. Pr. ABBAR Mohamed*
 127. Pr. ABDELHAK M'barek
 128. Pr. BELAIDI Halima
 129. Pr. BRAHMI Rida Slimane
 130. Pr. BENTAHILA Abdelali
 131. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 132. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 133. Pr. CHAMI Ilham
 134. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae

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

135. Pr. EL ABBADI Najia
 136. Pr. HANINE Ahmed*
 137. Pr. JALIL Abdelouahed
 138. Pr. LAKHDAR Amina
 139. Pr. MOUANE Nezha

Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

140. Pr. ABOUQUAL Redouane
 141. Pr. AMRAOUI Mohamed
 142. Pr. BAIDADA Abdelaziz
 143. Pr. BARGACH Samir
 144. Pr. BEDDOUCHE Amqrane*
 145. Pr. BENZAOUZ Mustapha
 146. Pr. CHAARI Jilali*
 147. Pr. DIMOU M'barek*
 148. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
 149. Pr. EL MESNAOUI Abbes
 150. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 151. Pr. FERHATI Driss
 152. Pr. HASSOUNI Fadil
 153. Pr. HDA Abdelhamid*
 154. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 155. Pr. IBRAHIMY Wafaa
 156. Pr. MANSOURI Aziz
 157. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
 158. Pr. RZIN Abdelkader*
 159. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 160. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

161. Pr. AMIL Touriya*
 162. Pr. BELKACEM Rachid
 163. Pr. BELMAHI Amin
 164. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 165. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 166. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 167. Pr. GAOUZI Ahmed
 168. Pr. MAHFOUDI M'barek*
 169. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 170. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 171. Pr. MOULINE Soumaya
 172. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 173. Pr. OUZEDDOUN Naima
 174. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

175. Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad*
182. Pr. DERRAZ Said
183. Pr. ERREIMI Naima
184. Pr. FELLAT Nadia
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
186. Pr. HAIMEUR Charki*
187. Pr. KANOUNI NAWAL
188. Pr. KOUTANI Abdellatif
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
191. Pr. NAZI M'barek*
192. Pr. OUAHABI Hamid*
193. Pr. SAFI Lahcen*
194. Pr. TAOUFIQ Jallal
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
198. Pr. ALOUANE Mohammed*
199. Pr. BENOMAR ALI
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
201. Pr. ER RIHANI Hassan
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
203. Pr. KABBAJ Najat
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*
206. Pr. KHATOURI ALI*
207. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*
209. Pr. AIT OUMAR Hassan
210. Pr. BENCHERIF My Zahid
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
213. Pr. CHAOUI Zineb
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
216. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
218. Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
219. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
220. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
222. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
225. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia	Neurologie
228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
229. Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
230. Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
231. Pr. BENCHEKROUN Nabih	Ophtalmologie
232. Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
234. Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
235. Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
236. Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
239. Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
240. Pr. LACHKAR Azzouz	Urologie
241. Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
242. Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
243. Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
245. Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
246. Pr. ROUIMI Abdelhadi	Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
248. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
249. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
250. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
251. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
252. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
253. Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
254. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie

255. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
256. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
258. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
259. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
263. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
264. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
265. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
266. Pr. DRISSE Sidi Mourad*	Radiologie
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
268. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
270. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279. Pr. KABIRI El Hassane*	Chirurgie Thoracique
280. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
290. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
292. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
294. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
295. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
296. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie

297. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
299. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
300. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
302. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
304. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
305. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
308. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
309. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
310. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
313. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
314. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
315. Pr. IKEN Ali	Urologie
316. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
317. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
318. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
319. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
320. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
323. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
325. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
326. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
327. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
329. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
330. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
331. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
332. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
333. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
335. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
337. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
338. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
340. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
341. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
342. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
343. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
344. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
345. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
348. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
349. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
350. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
351. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
352. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
353. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
354. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
355. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
356. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
357. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
358. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
359. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
360. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
364. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
365. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
367. Pr. AZIZ Nouredine*	Radiologie
368. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
369. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
370. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
371. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
372. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie

373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOSSI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Saïd*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique

447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhousain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie

487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie

Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Pr. ABOUDRAR Saadia | Physiologie |
| 2. Pr. ALAMI OUHABI Naima | Biochimie |
| 3. Pr. ALAOUI KATIM | Pharmacologie |
| 4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma | Histologie-Embryologie |
| 5. Pr. ANSAR M'hammed | Chimie Organique et Pharmacie Chimique |
| 6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz | Applications Pharmaceutiques |
| 7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed | Génétique Humaine |
| 8. Pr. BOURJOUANE Mohamed | Microbiologie |
| 9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia | Biochimie |
| 10. Pr. DAKKA Taoufiq | Physiologie |
| 11. Pr. DRAOUI Mustapha | Chimie Analytique |
| 12. Pr. EL GUESSABI Lahcen | Pharmacognosie |
| 13. Pr. ETTAIB Abdelkader | Zootéchnie |
| 14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas | Pharmacologie |
| 15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed | Chimie Organique |
| 16. Pr. IBRAHIMI Azeddine | |
| 17. Pr. KABBAJ Ouafae | Biochimie |
| 18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine | Biologie |
| 19. Pr. REDHA Ahlam | Biochimie |
| 20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med | Chimie Organique |
| 21. Pr. TOUATI Driss | Pharmacognosie |
| 22. Pr. ZAHIDI Ahmed | Pharmacologie |
| 23. Pr. ZELLOU Amina | Chimie Organique |
- * *Enseignants Militaires*



Dédicaces

A la meilleure mère du monde,

Tu n'as pas juste fournis beaucoup des efforts pour que j'arrive à ce stade mais tu as consacré toute ta vie pour moi et mes sœurs, tous les mots du monde ne me permettront pas de te remercier pour ce que tu as fait pour nous, j'espère que mes enfants sentent les mêmes sentiments que j'aie pour toi.

Maman tu es une femme exceptionnelle.

Au meilleur père du monde

Tu m'as appris que rien n'est impossible, les obstacles c'est nous les créent,

Tu m'as appris que la patience est la seule clé de réussite

Tu m'as appris que si je ne vais pas être un élément bénéfique pour ma société ce n'est même pas la peine de vivre.

Tout l'amour et le respect du monde envers toi.

A mes très adorables sœurs : Safa Marwa Zainab

Merci infiniment pour votre patience et votre aide à la réalisation de ce travail, je sens un immense amour et respect envers vous. Puisse dieux tous puissant jouir votre vie vous apportent bonheur santé et réussite.

A Achraf

Tous les mots ne me permettront pas de te remercier pour tout le temps que tu as consacré pour moi pour m'aider à terminer ce travail, tu m'as montré que tu es une personne exceptionnelle qui ne mérite qu'une vie exceptionnelle pleine de tout le bonheur.

A mes très chers amis : Imane, Yasmina, Mohammed

A cause de votre présence dans ma vie j'avais toujours espoir que même si je trouve tous les obstacles devant moi, même si tout le monde me décourage il y'aura toujours des vrais amis qui vont me soutenir et m'encourager,

Merci pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble.

*A la mémoire de mon grand-père maternel,
mes grands-parents paternels*

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble. Puisse Dieu tout puissant, vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir

Dans son saint paradis

A ma grande mère maternelle.

En témoignage de l'affection que je t'ai toujours réservée. Quoique je puisse dire,

Je ne peux exprimer mes sentiments d'amour et de respect à ton égard. Puisse Dieu le tout puissant, te procurer une longue vie

A mes chers oncles et mes chères tantes :

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragement et affection. J'espère que vous retrouvez dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.



Remerciements

*A notre maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur A.BENTAHIL A
Professeur en pédiatrie et chef de service de pédiatrie P4
A l'hôpital d'enfant Rabat*

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

*A notre maître et Rapporteur de thèse
Madame le Professeur F.JABOUIRIK
Professeur en pédiatrie
A l'hôpital d'enfant Rabat*

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqué.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur T. BENOUACHANE
Professeur en pédiatrie au service de pédiatrie P4
A l'hôpital d'enfant Rabat

Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres de notre jury.

Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités d'enseignant et votre compétence.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

*A notre maître et juge de thèse
Madame le Professeur F. MANSOURI
Professeur en Anatomie-pathologique
au service d'anatomie-pathologique
A CHU Avicenne Rabat*

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

Sommaire

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	4
HISTOLOGIE	6
A.1 Embryologie peau	7
1. Epiderme	8
2. Derme	9
3. Annexes	9
A.2 Histologie de la peau normal	10
1. L'épiderme inter-folliculaire	10
a- Les kératinocytes	11
b- Les mélanocytes	12
c- Les cellules de Langerhans	12
d- Les cellules de merkel.....	13
2. Le derme	15
a- La surface de derme	15
b- La couche papillaire.....	15
c- La couche réticulaire.....	15
3. L'hypoderme.....	17
4. La vascularisation de la peau.....	19
a. Circulation artérielle.....	19
b. Circulation veineuse et lymphatique.....	19
5. Innervation	19
a. Innervation sensitive.....	20
b. Innervation végétative	20
6. L'appareil pilosébacé	22
a- Le poil	22
b- La glande sébacée	22

EPIDEMIOLOGIE	25
ETHIOPATHOGENIE	29
DIAGNOSTIC	32
1. Aspect clinique.....	33
a- L'interrogatoire.....	33
b- Les antécédents.....	33
c-L'examen clinique	33
2. Aspect histologique	37
a- en coloration hématoxyline -éosine	37
b -En coloration de PAS (Periodic Acid Schiff).....	38
c-immunofluorescence	38
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	41
1.Dermatites péri-orales non granulomateuses	42
a-Impétigo (staphylococcique et streptococcique) et herpès	42
b-Folliculite à malassezia furfur	42
c- Dermatophytose	42
d- Verrues planes	42
e- Dermatite atopique.....	43
f-Le psoriasis	43
g-Acrodermatite enthéropatique et granulomatose septique chronique	43
h- Dermatite othoergique	43
i-dermatite artéfactique	44
j-Urticaire de contact	44
k- L'eczéma de contact	44
2.Rosacée	49
a-Définition	49
b- Diagnostic différentiel	50
3.Sarcoïdose.....	53
a-Définition	53
b-Diagnostic différentiel	53

4. Lupus miliaire disséminé de la face.....	57
a-Définition	57
b-Diagnostic différentiel	57
5. Autres	60
a- L'acné.....	60
a-1 Définition.....	60
a-2 Diagnostic différentiel	60
b-L'eczéma folliculaire	62
b-1 Définition	62
b-2 Diagnostic différentiel	62
TRAITEMENT	64
1. Métronidazole	66
a-Propriétés pharmacocinétique et pharmacodynamiques	66
b-Mode d'action	66
c-Mode d'administration et dosage	67
d-Contre-indications	67
e-Interaction médicamenteuse	68
f-effets secondaires	68
2. Tétracycline	69
a-Propriétés pharmacocinétiques.....	69
b-Mode d'action.....	69
c-Mode d'administration et dosage	69
d-Contre-indications	69
e-Interactions médicamenteuses	70
f-Effet secondaire.....	70
3. Macrolides	70
3-1 Erythromycine, Clarithromycine , Jocasine.....	70
a-Propriétés pharmacocinétiques	71
b-Mode d'action	71
c-Mode d'administration	71

d-Contre-indications	71
e-Interactions médicamenteuses	71
f-Effet secondaires	72
3-2 Tacrolimus	72
a-Pharmacocinétique	72
b-Mode d'action	72
c-Mode d'administration	73
d-Contre-indications	73
e-Interactions médicamenteuse	73
f- Effets indésirables.....	74
4. Isotrétinoïne	74
a-Pharmacocinétique	74
b-Mécanisme d'action.....	74
c-Mode d'administration	75
d-Contre-indications	75
e-Interaction médicamenteuses	75
f-Effets indésirables	75
5. Fucidine	75
a-Mécanisme d'action	75
b-Indication	75
c-Contre-indications	76
d-Effets indésirables.....	76
MATERIELS ET METHODES	77
A-MALADES ET METHODES	78
Observation 1	78
Observation2	81
Observation 3	84
CONCLUSION	96
RESUMES	99
BIBLIOGRAPHIE	103



Introduction

Dermatite péri-orale granulomateuse, CGPD (childhood granulomatous perioral dermatitis) encore appelée, FACE (facial Afro_Caribbean Childhood Eruption), et une éruption bénigne de la face, survient le plus souvent à l'âge pré-pubertaire, qui peut toucher les enfants des deux sexes.

La description initiale de cette éruption revient à Gionatti et al. Qui en 1970 rapportaient l'affection chez 5 enfants, quatre filles et un garçon dont l'âge varie entre 2 ans et demi et 7 ans, présentant de petites papules de couleur rouge jaunâtre hémisphériques de 1 à 2 mm de localisation péri-orale.

Ainsi la dermatite péri-orale granulomateuse a été considérée comme une forme distinctive et rare (moins de 70 cas publiés jusqu'à maintenant) de dermatite péri-oral.

L'étiologie de cette affection reste inconnue, dans certain cas des agents allergisants ou irritants ont été mise en cause. Les dermocorticoïdes ont été mis en cause dans les dermatites péri- orales de l'adulte, chez l'enfant ils auraient au moins un rôle aggravant. Cependant plusieurs cas de dermatite péri-orale granulomateuse reste sans étiologie évidente.

Le diagnostic de cette dermatose suspecté devant l'aspect clinique et la topographie péri-orificielle et confirmé par l'aspect histologique.

Le traitement de cette dermatite est basé en premier d'éliminer toute application préalable des dermocorticoïdes, l'utilisation des macrolides, tétracyclines, métronidazole, fucidine et le tacrolimus peut être efficace.

La dermatite péri-orale granulomateuse est une condition bénigne que même si non traitée elle évolue souvent vers la guérison mais c'est une affection qui pose le problème de diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses qui nécessite parfois une prise en charge différente de celle de dermatite granulomateuse.

Notre travail consiste à l'étude de cette pathologie rare à travers trois cas (deux filles et un garçon) qui présentent une dermatite péri-orale granulomateuse confirmée par l'étude histologique suivis en consultation dermato-pédiatrique(P4) entre 2008-2011. Notre objectif est de mettre le point sur le profil épidémiologique diagnostique et thérapeutique avec le perceptif d'avenir sur la dermatite péri-orale granulomateuse.



Historique

La dermatite péri-orale granulomateuse a été rapportée la première fois en 1970 dans la littérature française par Gionatti et Al, ils ont décrit l'éruption chez 5 enfants italiens âgés de deux ans et demi à 7 ans avec une éruption caractéristique de la peau autour de la bouche.

En 1974 Martan et Al ont rapportés une éruption papuleuse chez 22 enfants noire, cette éruption a été décrite comme étant formé de multiples papules de couleur de la peau groupées principalement sur la partie centrale de la face.

En 1989 Frieden et Al ont donné un nom à cette éruption : dermatite péri-orale granulomateuse chez les enfants.

En 1990 William et Al ont rapportés 5 cas très semblables à ceux de Martan et Al, et Frieden et Al .Ils ont utilisés l'acronyme Facial Afro-Caribbean Childhood Eruption (FACE) pour refléter le fait que la plupart des cas observés sont des enfants d'origine Afro-Caribéen.

En 1996 Knautz et Al. Ont utilisé une nouvelle terminologie pour cette entité : La dermatite granulomateuse péri-orificielle de l'enfance pour différencier cette dermatite de dermatite péri-orificielle traditionnelle non granulomateuse et pour éviter l'acronyme (FACE) qui limite le diagnostic de cette éruption juste chez les enfants d'origine Afro-Caribéen. [1][8]



Histologie

C.1 EMBRYOLOGIE PEAU :

La peau a une origine double mésoblastique et ectoblastique. A la fin de gastrulation à la troisième semaine de développement on distingue trois feuillets : le neuroectoblaste superficiel le mésoblaste intermédiaire et l'entoblaste ou feuillet profond .au moment de formation de tube neural les cellules s'isolent de chaque bord de la plaque neural pour former les crêtes neurales ;celle-ci sans connexion avec l'ectoblaste sont parallèles au tubes neurales et se métamérisent en segment aussi nombreux que les somites que eux se forment au dépens de la plaque interne du mésoblaste.

Des crêtes neurales dérivent entre autre les neurones des ganglions rachidiens et de système nerveux orthosympathique, les cellules para ganglionnaires, les cellules de Schwann des nerfs périphériques les mélanocytes et les cellules de système neuroendocrine, les cellules mésenchymateuses du derme céphalique ont également une origine neuroblastique contrairement à celles du derme de reste de corps.

A la fin de la neurulation l'ectoblaste ou l'ectoderme séparé du tube et de crêtes neurales donne naissance à l'épiderme, le derme et l'hypoderme sont issus de plaques cutanées ou dermatomes qui se forment dès la quatrième semaine à partir de la paroi externe des somites. [53]

Séquence de différenciation des différents éléments de la peau :

1. Epiderme :

L'ectoblaste primitif est une couche monostratifiée des cellules cubiques ; au début de deuxième mois il se bi stratifié par formation d'une seconde couche de cellule épithélial polyédrique aplatis constituant le péri- derme, ceci est exfolie puis est remplacé dès le quatrième mois par un épithélium malpighien kératinisant ; à la fin de cinquième mois la stratification définitive de l'épiderme est acquise .le diagnostic anténatal des troubles de kératinisation par biopsie de peau fœtal est donc possible dans les délais légaux ,sur le plus ultra structural et immunohistochimie, les desmosomes et les tight junction apparaissent dès le premier mois, les tonofilaments deuxième mois, les hémidesmosomes, des kératinocytes basaux et les fibres d'ancrage au troisième mois ,a ce stade de l'embryogenèse les antigènes de la membrane basal(lamine antigène de la pemphigoïde, collagène type 4)sont déjà exprimé tous comme les principaux antigènes de cell coat des kératinocytes .le diagnostic anténatales des épidermolyse bulleuse par la microscopie électronique et l'immun marquage est donc aussi possible à un stade précoce.

*** Mélanocytes :**

Ils sont présents dans l'épiderme dès le deuxième mois mais n'y deviennent identifiables qu'à partir de troisième mois lors de l'apparition des premières prémélanosomes DOPA, les mélanosomes apparaissent au quatrième mois et les premières images de pigmentation kératinocytaire au sixième mois de la vie fœtales, les cellules de merkel apparaissent au quatrième mois, les cellules de Langerhans sont beaucoup plus précoces et sont présent avant la migration des mélanoblastes des crêtes neurales.

2. Derme :

Acquiert sa différenciation en tissus conjonctif contenant des fibres élastiques et collagènes au cours des troisième et quatrième mois .il se forme à partir de plaque cutané des somites du mésoblaste.

3. Annexes :

Les poils apparaissent au cours de troisième mois et se forment à partir de bourgeons épithéliaux primaires qui donnent naissance aux glandes sébacées(quatrième mois)et apocrines(sixième mois) les premiers poils sont lanugineux et les tiges pilaires n'auront leur morphologie définitive qu'après le defluvium postnatal du lanugo foetal. Les ongles suivent à peu près la même évolution que les poils, et leurs malformations sont souvent concomitantes et associées à d'autres anomalies congénitales ectoblastiques (exemple des dysplasie ectodermique anidrotique avec hypo trichose ou atrichie,hypo-ou anodontie et hyponychie).

Les glandes sudorales eccrines apparaissent au quatrième mois à partir de bourgeons épidermique différents des bourgeons pilosébacées et apocrines d'abord dans les régions palmoplantaires,plus tardivement ailleurs.

C.2 HISTOLOGIE DE LA PEAU NORMAL :

Même s'il existe des notables variations topographiques l'architecture générale de la peau reste la même toujours :

Elle se compose d'une couche stratifiée superficielle l'épiderme, qui repose sur un tissu de soutien le derme, la couche profonde ou hypoderme est aussi appelé tissu sous cutané. Cette organisation en trois étages résulte de l'embryologie de la peau .les trois grandes étages de la peau sont aussi le siège des annexes cutanées :les follicules pilosébacés et les glandes sudorales enfin on classe parmi les annexes les ongles.

1. L'épiderme inter-folliculaire :

C'est la couche la plus superficielle de la peau, elle est décrit comme étant un épithélium malpighien pluristratifié kératinisant, ne contient pas des vaisseaux sanguins séparée du derme par une lame basal ,elle est composée de 5 assise cellulaire :

- ✧ Assise basal (stratum germinativum).
- ✧ Assise des cellules à épines(ou corps muqueux de malpighi).
- ✧ Assise granuleuse (stratum granulosum).
- ✧ Assise claire (stratum lucidum).
- ✧ Assises cornées (stratum corneum)

Les populations cellulaires de l'épiderme sont :

- ✧ Les kératinocytes
- ✧ Les cellules immunocompétentes (c.de Langerhans, C.gamma-delta)
- ✧ Les mélanocytes
- ✧ Les cellules de merkel

a- Les kératinocytes :

assurent la cohésion de l'épiderme par leur cytosquelette et leur système de jonction d'adhésion qu'il s'établissent entre eux (desmosomes)et avec la matrice extracellulaire (hémidesmosomes),ils forment une barrière entre le milieu extérieur et le milieu intérieur au niveau de la couche cornée résultat d'un processus complexe dénommé différenciation épidermique terminal ,ils protègent l'organisme des radiations lumineuse grâce aux mélanosomes type 4 qu'ils sont phagocytés à partir des mélanocytes.

Les tonofilaments sont les filaments intermédiaires des kératinocytes organisés en trousseaux et composées de kératine .ils sont tendus entre les plaques denses des desmosomes et les plaques denses des hémidesmosomes dans les kératinocytes de la couche basal, entre les plaques dense des desmosomes dans la couche spineuse et dans la couche granuleuse, ainsi les desmosomes participent au maintien de la cohésion de l'épiderme.

b- Les mélanocytes

La deuxième grand population cellulaire de l'épiderme, proviennent des crêtes neurales, synthétisent les mélanines, phéomélanines et eumélanines dans des organites spécialisés les mélanosomes .le corps cellulaire des mélanocytes est arrondis, ils ont des expansions ou prolongements irréguliers qui s'insinuent entre les kératinocytes et se terminent dans les invaginations présents au niveau de ces cellules .pas de desmosomes entre les kératinocytes et les mélanocytes .leur cytoplasme est pale on trouve des petites et d'abondantes mitochondries, appareil de golgi développé ,on observe quelque filaments intermédiaires.

Il existe dans le corps cellulaire des mélanocytes et leur prolongements des vésicules et des grains cytoplasmique de taille et de densité variable ce sont les mélanosomes, les mélanocytes sont fixées à la lame basal par les hémidesmosomes.

Dans les kératinocytes, les mélanosomes migrent et s'accumulent dans la région supra nucléaire (rôle de protection de noyau et de l'ADN vis à vis les radiations solaires).

c- Les cellules de Langerhans :(cellules dendritiques présentatrices de l'antigène, et transépithéliale)

Troisième population cellulaire de l'épiderme représentent 3à8% des cellules épidermiques, elles sont d'origine hématopoïétique.in vitro les cellules de Langerhans peuvent être produit à partir de précurseurs CD34+de la moelle hématopoïétique .elles migrent vers l'épiderme, s'y installent et y'acquièrent leur morphologie dendritique et un phénotype spécifique, là la fonction des cellules de

Langerhans et de capturer les exo antigènes par la voie des endosomes, de les apprêter et de les ré-exprimer en surface avec les molécules de classes 2 du CMH. elles migrent vers le système lymphatique ou elles prennent l'aspect des cellules voilées. elle gagnent le cortex profond des ganglions lymphatiques ou elles prennent le noms des cellules inter-digitées, c'est là qu'elle présentent l'antigène transformé aux lymphocytes TCD4+ de type Th1. ce sont les seules cellules dendritiques capables de présenter les antigènes aux lymphocytes T « naïfs.

d- Les cellules de merkel :

Constituent la quatrième population cellulaire de l'épiderme, ce sont des cellules neuro-épithéliales dérivent des cellules souches de l'épiderme fœtal, qui ont pour fonction celle de mécanorécepteurs à adaptation lente de type 1 et/ou des fonctions inductives et trophiques sur les terminaisons nerveuses périphériques et les annexes cutanées (poil, ongles, glandes sudorales).

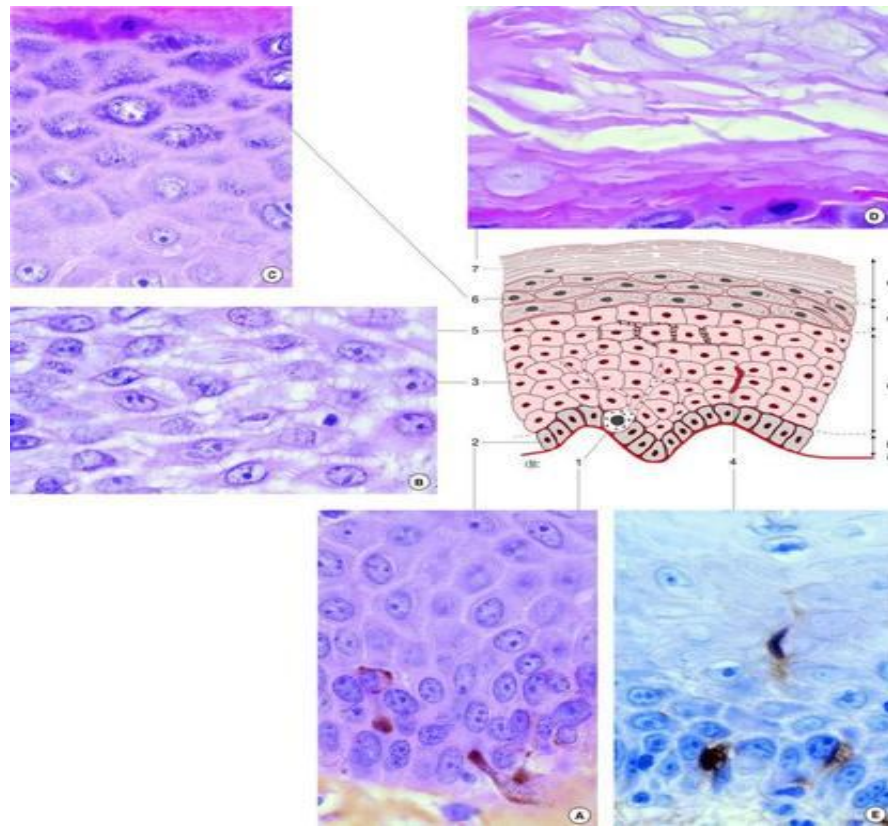


Figure 4 : structure de l'épiderme

A-Cellules de la couche basale : présence de mélanocytes possédant de longues expansions cytoplasmiques (dendrites), B- Kératinocytes de la couche du corps muqueux de Malpighi, C-Kératinocytes de la couche granuleuse, D- Cornéocytes sont remplis de kératine, E- Cellules de Langerhans.

1-Mélanocytes, 2- Kératinocytes de la couche basale, 3- Kératinocytes de la couche du corps muqueux de Malpighi, 4- Cellule de langerhans, 5- Desmosomes, 6- Kératinocytes de la couche granuleuse, 7- cornéocytes

Membrane basale, b- couche basale, c- couche du corps muqueux de Malpighi, d- couche granuleuse, e- couche cornée

2. Le derme :

C'est le tissu conjonctif qui soutient l'épiderme et le rattache au tissu cellulaire sous cutané l'hypoderme, son épaisseur varie en fonction de son localisation, atteint au maximum 4mm au niveau de dos.

a- La surface de derme :

Elle est très irrégulière ; elle présente des nombreuse projections (papilles dermiques) qui s'imbriquent avec des projections épidermiques (crêtes épidermiques), ces papilles sont plus nombreuse dans la peau soumise a des pression ; elles augmentent et renforcent la jonction dermo-épidermique .

L'épithélium repose sur une lame basale qui suit les inter- digitations ; il s'agit d'une zone où les GAG les fibrilles de réticulines , les protéines fibreuse de type collagène 7 ou fibronectine sont nombreux. Des hémidesmosomes permettent l'ancrage des cellules de la couche basal à la lame basal.

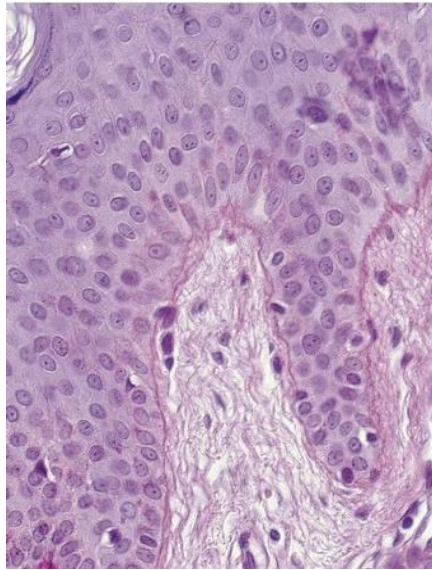
b-La couche papillaire :

Superficielle et fine c'est du TC lâche, constitué de fibroblastes, mastocytes macrophage et leucocytes.

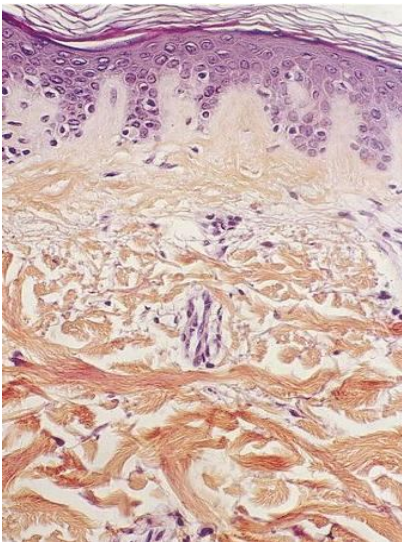
c- La couche réticulaire :

Elle est plus épaisse : il s'agit de TC dense irrégulier, on y trouve des fibres de collagène 1, des GAG, il y'a d'avantage des fibres et moins de cellules. il existe un réseau des fibres élastique, les plus épaisse dans la couche réticulaire profonde, les plus fines vers la surface. Ce réseau est responsable de l'élasticité de la peau.

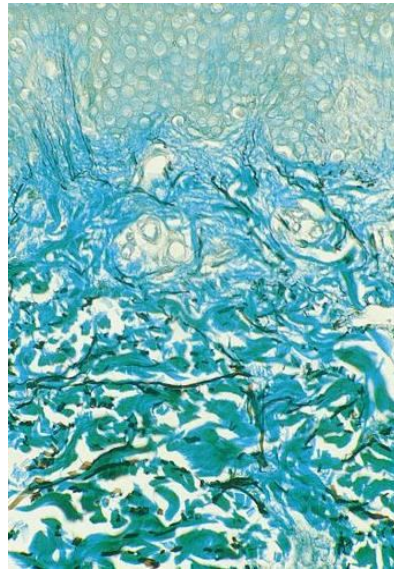
Le derme contient un important réseau vasculaire et lymphatique des glandes, des follicules pileux, il est richement innervé.



Membrane basale bien visible après coloration du PAS (*periodicacidSchiff*) (PAS \times 400).



La limite dermes papillaire-derme réticulaire n'est pas toujours visible au microscope (HES \times 250). Le derme papillaire contient des fibres lâches disposées dans une abondante substance fondamentale. Le derme réticulaire est un tissu conjonctif plus dense



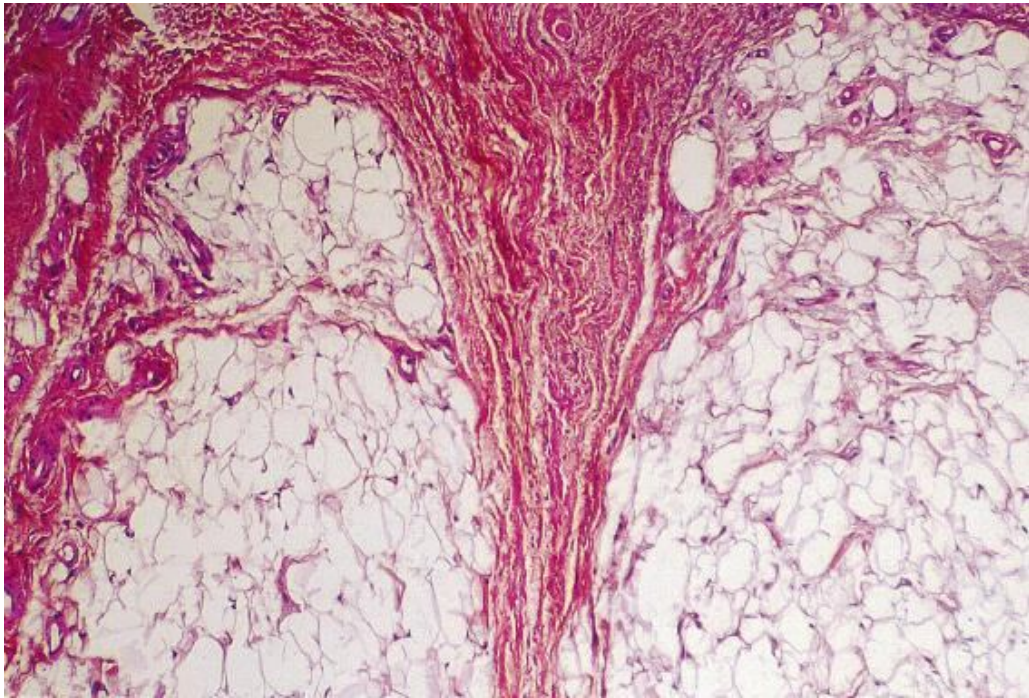
Les fibres élastiques sont mises en évidence par la coloration de l'ocréine. Elles sont organisées perpendiculairement à la surface cutanée dans le derme papillaire et horizontalement dans le derme réticulaire (HES \times 250)

3. L'hypoderme :(Tissus cellulaire sous cutané)

Il est formé d'un tissu adipeux rattaché à la partie profonde du derme par des expansions de fibres collagènes et élastiques qui forment des cloisons (septa) entre les lobules adipeux. Ces cloisons se fixent en profondeur aux aponévroses des muscles ou au périoste de l'os. Elles servent de passage aux vaisseaux et aux nerfs. Les lobules sont remplis de cellules adipeuses (adipocytes). Les fonctions de l'hypoderme sont nombreuses :

- Fonction métabolique : le tissu adipeux est la plus grande réserve d'énergie de l'organisme. Il est capable de stocker les lipides sous forme de triglycérides et de les libérer sous forme d'acides gras et de glycérol.
- Fonction plastique
- Fonction mécanique
- Fonction de thermorégulation

La distribution du tissu adipeux est différente selon le sexe.



L'hypoderme est formé d'un tissu adipeux rattaché à la partie profonde du derme par des expansions de fibres collagène et élastiques qui forment des cloisons (ou septa) entre les lobules adipeux (HES \times 100).

4. La vascularisation de la peau :

La vascularisation cutanée est très abondante et liée aux nombreuses fonctions de la peau. Elle assure non seulement l'oxygénation et la nutrition des différentes structures de la peau, mais aussi le maintien de la thermorégulation, de la pression artérielle et de l'équilibre hydrique de l'organisme.

a. Circulation artérielle

L'apport de sang artériel provient des artères sous-cutanées qui cheminent en profondeur parallèlement à la surface cutanée et envoient des collatérales dans les septa de l'hypoderme. Au niveau de la jonction dermo-hypodermique, ces artères s'entrelacent et forment le plexus profond. De ce plexus partent des artéioles plus fines (3 à 4 mm) qui montent dans le derme réticulaire et forment, à la jonction des dermes réticulaire et papillaire, le plexus superficiel. De ce dernier naissent les capillaires artériels qui se distribuent dans les papilles dermiques et se prolongent par les capillaires veineux en formant une anse capillaire. L'épiderme n'est pas vascularisé.

b. Circulation veineuse et lymphatique

La circulation veineuse est parallèle à la circulation artérielle : capillaires papillaires, plexus superficiel, plexus profond, veines sous-cutanées. Le réseau lymphatique est superposable au réseau artério-veineux.

5. Innervation

Il faut distinguer l'innervation sensitive et végétative

a. Innervation sensitive

Elle est formée d'un réseau dermique de fibres nerveuses et de récepteurs. Les récepteurs sont sensibles aux stimulations mécaniques, thermiques ou douloureuses, qui sont traduites en signal nerveux informatif. Les fibres nerveuses forment deux plexus : le plexus dermique profond à la jonction dermohypodermique et le plexus superficiel à la jonction du derme papillaire et réticulaire. Les terminaisons nerveuses issues de ces plexus forment deux types de récepteurs sensoriels : libres en majorité, ou encapsulés (corpuscules spécialisés, mécano ou thermorécepteurs) Les corpuscules les plus connus sont les corpuscules de Meissner, situés dans les papilles dermiques des zones sensibles à la friction (organes génitaux), et les corpuscules de Pacini situés dans le derme profond.

b. Innervation végétative

Seul le système sympathique est présent dans la peau. Ces fibres sont intriquées aux fibres sensibles. Elles innervent les muscles pilomoteurs, les glandes sudoripares et les vaisseaux sanguins.

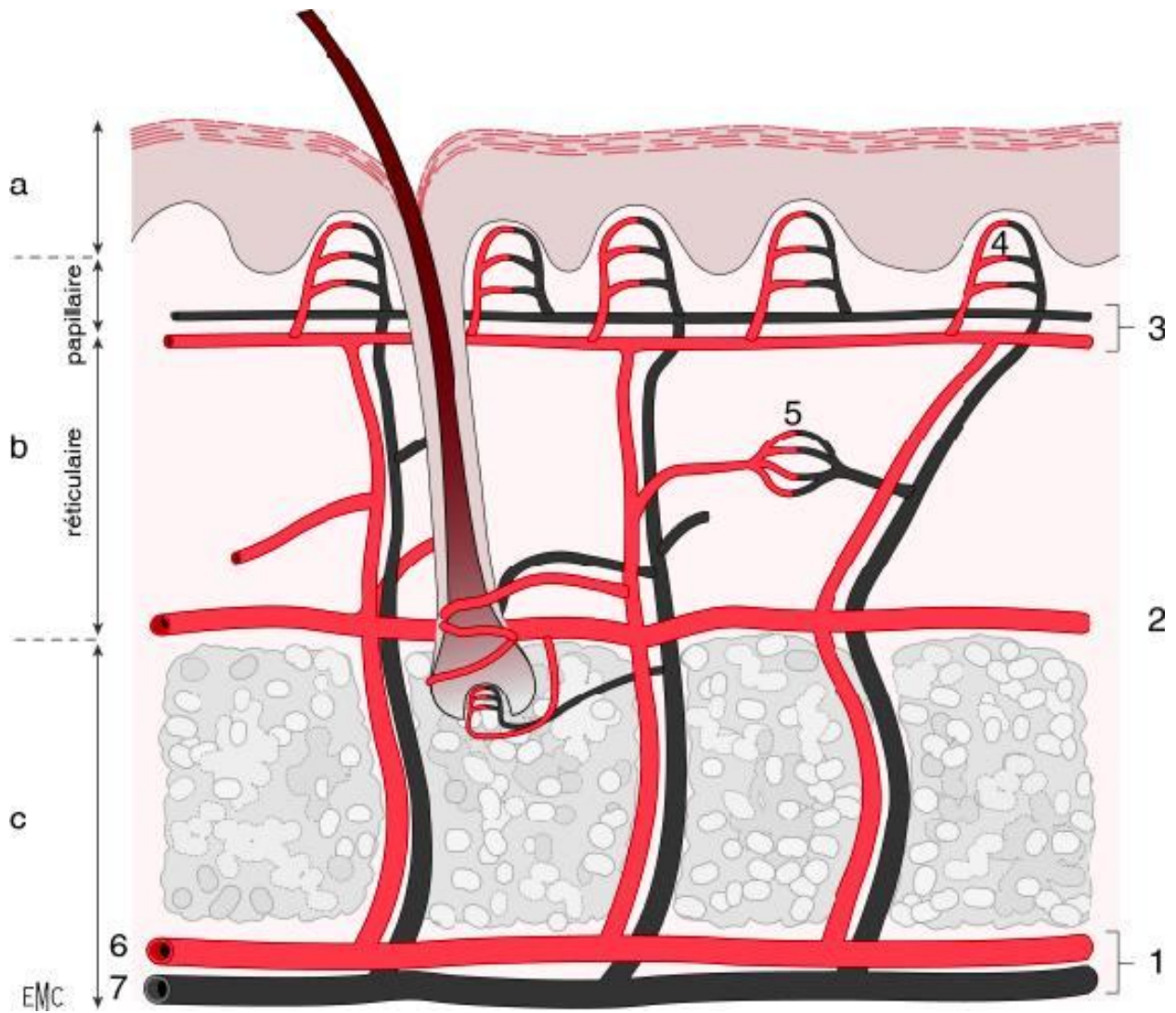


Schéma de la vascularisation cutanée.

1. Vaisseaux sous-cutanés ; 2. plexus vasculaire dermique profond ; 3. plexus vasculaire dermique superficiel ; 4. anse capillaire ; 5. glomus de Masson ; 6. artère ; 7. veine.
a. épiderme ; b. derme ; c. hypoderme.

6. L'appareil pilosébacé :

Il comprend le poil et la glande sébacée :

a- Le poil :

C'est une structure kératinisée propre aux mammifères, elle dérive d'une invagination de l'épiderme, leur couleur leur taille leur répartition sont variables et dépendent de la race, l'âge, le sexe, de la région du corps. Le poil est constitué de deux parties, une visible à la surface, la tige est enfoncée obliquement dans la peau, la racine.

La racine comporte trois portions et est logée dans un sac cylindrique : le follicule pileux.

Le follicule pileux est une invagination de l'épiderme, sa partie basale est renflée et constitue le bulbe pileux : sa base est déprimée par la papille dermique.

Le follicule pileux est composé de trois gaines :

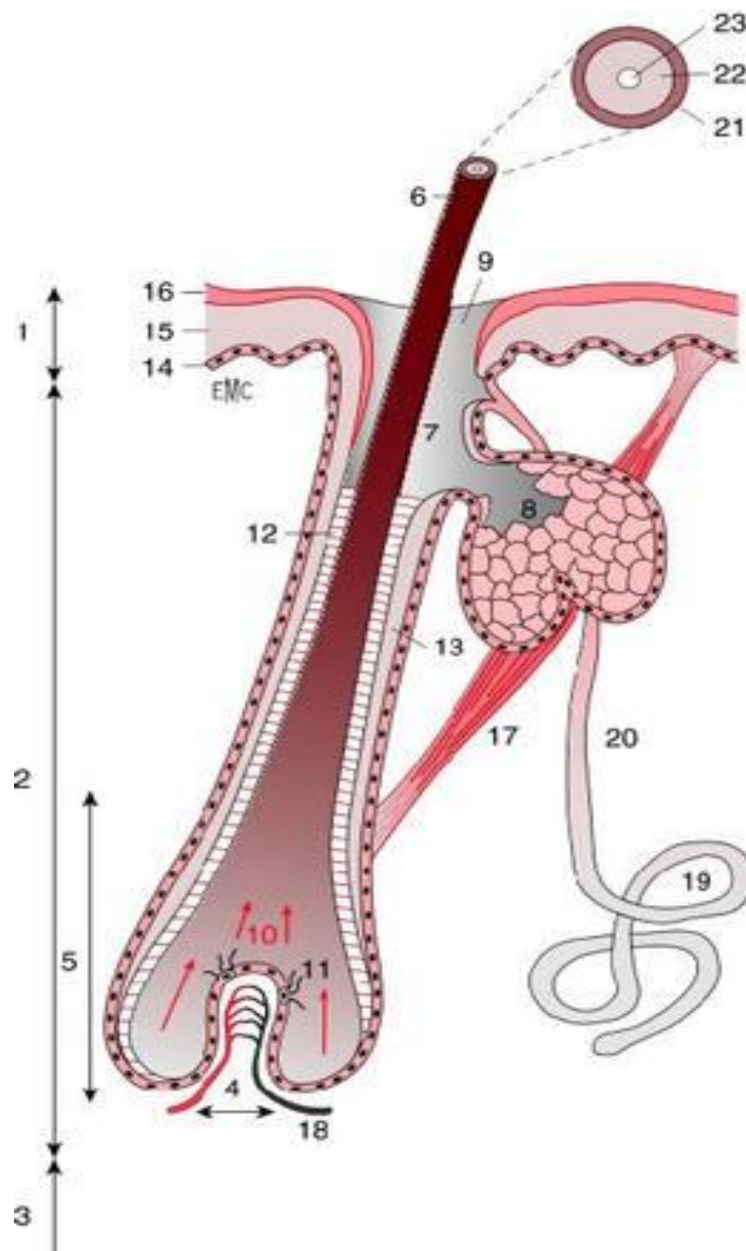
- ✧ Une gaine épithéliale externe
- ✧ Une gaine épithéliale interne, jusqu'à l'abouchement de la glande sébacée
- ✧ Une gaine fibreuse enveloppe les 2/3 inférieures du follicule pileux

La matrice : c'est le prolongement de la gaine épithéliale externe, il s'agit d'une zone de prolifération constituée des cellules de la région centrale recouvrant le sommet de la papille.

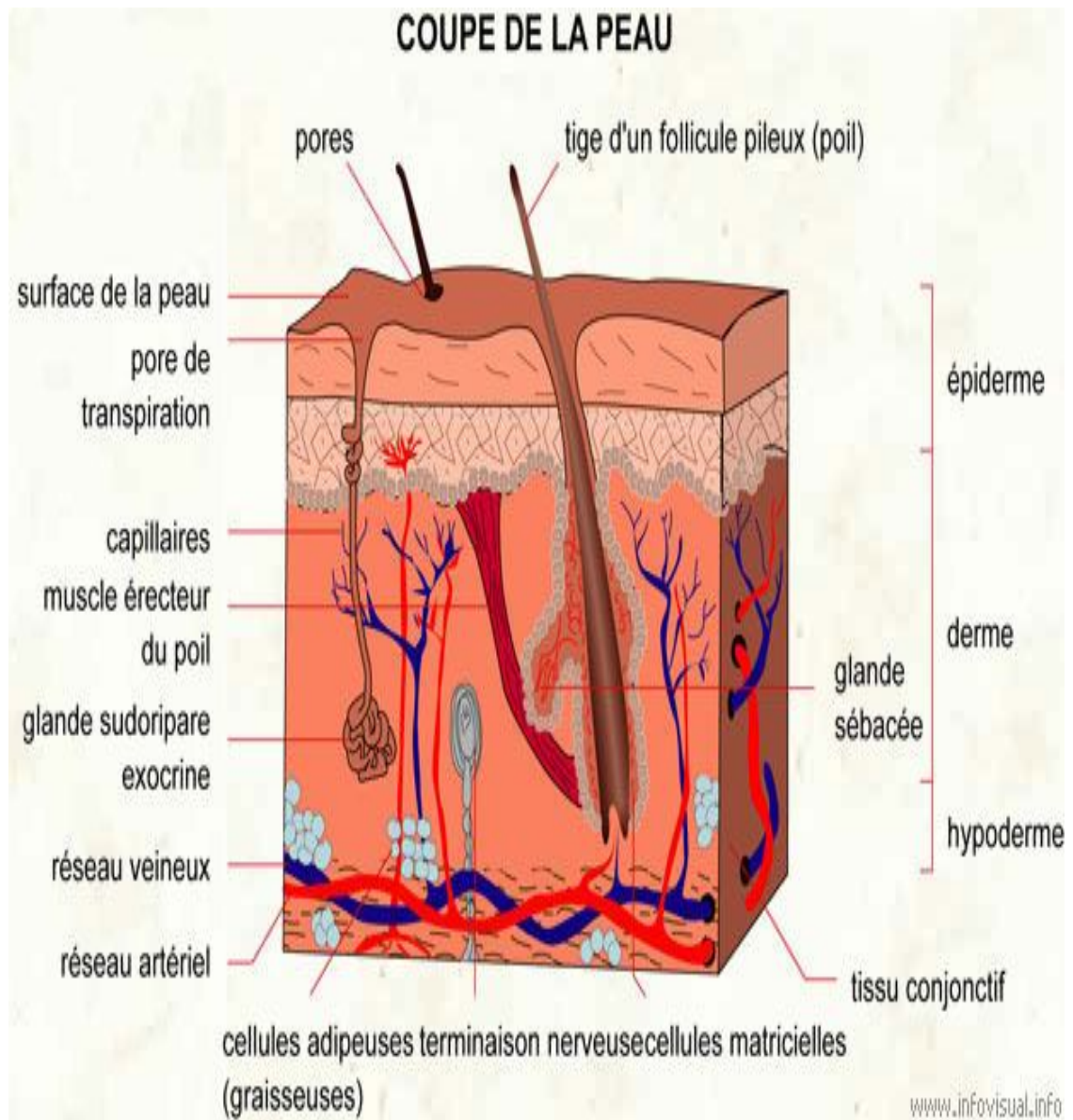
La papille dermique est située à la base du follicule pileux, est indispensable au renouvellement du poil.

b- La glande sébacée :

Au nombre de 100 par cm² jusqu'à 400 au niveau de la face de cuir chevelu, elles sont absentes dans la peau glabre, elles dérivent d'un bourgeon de la gaine épithéliale externe du follicule pileux, il s'agit d'une glande acino-alvéolaire à sécrétion holocrine. Elle sécrète le sébum.



1.Épiderme ; 2. derme ; 3. hypoderme ; 4. papille ; 5. bulbe pileaire ; 6. tige du poil ; 7. infundibulum pileaire ; 8. glande sébacée ; 9. orifice pilosébacé ; 10. matrice du poil ; 11. mélanocytes de la racine ; 12. gaine épithéliale interne ; 13. gaine épithéliale externe ; 14. couche germinative ; 15. couche de Malpighi ; 16. couche cornée ; 17. muscle arrecteur du poil ; 18. vaisseaux sanguins ; 19. glande sudoripare apocrine, portion sécrétrice ; 20. glande sudoripare apocrine, canal excréteur ; 21. cuticule ; 22. cortex ; 23. Médullaire





Epidémiologie

La dermatite péri-orale granulomateuse est une affection rare dont il est difficile de préciser la prévalence exacte, mais la majorité des cas décrits dans la littérature sont des enfants noirs d'origine afro-caribéen. Williams et al en 1990 ont proposés un acronyme FACE (Facial Afro-Caribbean Childhood Eruption) pour montrer la grande prévalence de cette affection chez les enfants de peau noire d'origine antillaise.

La dermatite péri-orale granulomateuse survient généralement en âge pré pubertaire, des auteurs ont rapportés des cas rencontrés à l'âge adulte [9] [33]. C'est une affection qui peut toucher les deux sexes, avec prédominance de sexe masculin. [1][2][3][4][5][8][9][16][17]

Tableau montrant quelque cas de dermatite péri-oral granulomateuse décrits dans la littérature et leurs caractéristiques :

Auteurs (réf)	Nombre des cas	Age	Sexe	Couleur de la peau
Martan et al [2]	22 cas	Entre 9mois et 12 ans, moyen d'âge: 5ans	15 garçons 7 filles	Tous les cas décrits avaient une peau noire
Freiden et al [4]	5cas	Entre 3 et 11 ans Moyen d'âge 5 ,2 ans	2 garçons 3 filles	4 cas: peau noire 1 cas : peau blanche
Williams et al [3]	5 cas	Entre 4 à 11 ans Moyen d'âge 6,2ans	4 garçons 1 fille	Tous les cas décrits avaient une peau noire
Hansen et al [17]	1 cas	4 ans	1 garçon	Peau noire
Knautz MA et al [1]	1cas	9 ans	1 fille	Peau blanche
Zlaudek I et al [31]	1cas	14 ans	1 garçon	Peau blanche
Cribier B [5]	1 cas	7ans	1 garçon	Peau noire
Hussain.w [34]	1 cas	11ans	1 garçon	Peau blanche
ChoiYL[8]	1 cas	11 ans	1 garçon	Peau jaune
Gergouras K [6]	1 cas	13 ans	1 garçon	
Yu-wen Li [33]	1 cas	28 ans	1 femme	Peau jaune
Vincenzi C[9]	2 cas	19 ans-25ans	1 homme 1 femme	Peau blanche dans les deux cas

Ainsi on constate selon ce tableau récapitulant les différents caractéristiques des cas cliniques décrits dans la littérature que la dermatite péri-orale granulomateuse est plus fréquente chez les enfants de peau noire cependant elle peut être également rencontrée chez des enfants de peau jaune ou blanche, l'âge des cas cliniques décrits été compris entre 9mois à 14ans ,pour le sexe 26 cas décrits sont de sexe masculin,13cas de sexe féminin.



Etiopathogénie

Plusieurs hypothèses étiopathogéniques ont été émises. Les dermocorticoïdes avaient déjà été rendus responsables de dermatite péri-orale de l'adulte [11][12] et semblent en cette affection de l'enfant, sinon en être à l'origine au moins aggraver les lésions, [1][4][5][13][31]. Selon certains auteurs, les corticoïdes jouent un rôle dans la conversion d'une éruption eczémateuse à une granulomateuse.[9]

Le rôle des agents infectieux a été soulevé, du fait de rôle généralement néfaste des dermocorticoïdes d'une part et de l'efficacité de certains antibiotiques et topiques anti infectieux d'autre part [14].

En 1978 georgouras et Al, rapportaient une éruption papuleuse profuse de visage à type de dermatite péri-oral granulomateuse attribué à une réaction de contact au chewingum (absorption par le follicule pileux de certains composants huileux, notamment entraîne une réaction granulomateuse ?).[6]

Chez un certain nombre des cas décrits dans la littérature, il y'avait une application préalable de vaseline ou bien de lotion (johnson's baby) avant l'apparition des lésions, l'arrêt d'application de ces préparation dans certain cas n'as pas entraîné la disparition des lésions [2], alors que dans d'autre cas l'arrêt de l'application de vaseline a entraîné la disparition des lésions. [3]

L'application des variétés des huiles et des graisses sur la peau et les cheveux communément utilisés dans la région antillaise d'où provient la majorité des cas décrits dans la littérature n'a pas montré une signification étiologique. [2]

Le rôle de certain agents antiseptiques a été également soulevé [15] ou bien même le rôle des fibres synthétiques acryliques des vêtements. [7]

D'autres auteurs discutent le rôle d'une inflammation et d'une rupture dans le derme de follicule pileux suivis d'une réaction granulomateuse. [4]

Un cas de dermatite péri-orale granulomateuse apparu à la suite d'une vaccination contre la varicelle a été également rapporté dans la littérature. [18]



Diagnostic

1. Aspect clinique :

L'atteinte de la région péri-orale chez l'enfant est une situation fréquente et une démarche diagnostic rigoureuse s'impose pour éliminer les autres causes évidentes et curables avant d'envisager le diagnostic d'une dermatite péri-orale granulomateuse. [14]

a- L'interrogatoire :

S'enquiert du caractère aiguë ou chronique de la dermatose, de la durée d'évolution, des diagnostics évoqués et des traitements déjà proposés (dermocorticoïdes, émoullients, antibiotiques généraux ou locaux...)

b- Les antécédents :

Personnels et familiaux sont recherchés (psoriasis, dermatite atopique déficit immunitaire, trouble psychologique...)

Les comportements de la mère et de son enfant doivent être étudiés ainsi que les attitudes de l'enfant permettant de ne pas méconnaître une dermatite de « doudou », un traumatisme provoqué par l'index non sucé, ou une tique de léchage ou de mordillement des lèvres.

c-L'examen clinique :

Devant une dermatite péri-orale doit précisez :

- ✧ Type des lésions dermatologiques, isolés ou en groupe, couleur, diamètre, localisation (uniquement péri-orale, ou autre localisation).
- ✧ Présence d'eczéma, comédons, pustules, cicatrices associées au niveau de la face.

- ✧ Présence ou non des signes généraux, ce qui permet de faire le diagnostic différentiel avec les atteintes systémiques qui ont une présentation clinique similaire à celle de dermatite péri-orale granulomateuse (sarcoïdose).

En absence de tout contexte qui peut orienter vers une autre étiologie le diagnostic clinique de dermatite péri-orale granulomateuse sera évoqué :

Cette affection se présente sous formes de multiples micro-papules ou nodules (figure1 : [5]) monomorphes symétriques rouges jaunâtres ou de la couleur de peau normal, luisantes saillantes isolées ou en groupe, plus au moins confluentes de 1 à 2 millimètres de diamètres, parfois légèrement prurigineuses. [1][3][5] [20]

Dans la phase éruptive, les éléments peuvent être surmontés de vésicules dures ou de petites pustules. Au cours de l'évolution de l'éruption les lésions peuvent être desquamatives et laisser des cicatrices atrophiques punctiformes [18][20]. Ces lésions ont un aspect lupoïde à la vitro pression (figure2). [5]

Sur le plan sémiologique ces lésions ont une prédilection pour les zones péri-orificielle, tous particulièrement la région péribuccal mais aussi le nez les paupières et les oreilles. Une diffusion de l'éruption en dehors de visage a été rapportée dans la littérature [18] [19] dans lequel existaient des lésions du cou du haut de tronc des extrémités des poignets ou de la vulve. (Figure 3,4)[18] Aucune atteinte systémique n'a été notée.



Figure1 : Multiple papules péribuccale et péri-nasale [5]



Figure2 : Aspect des papules en vitropression [5]



Figure3 : Dermatite péri-orale granulomateuse :
Localisation vulvaire [18]



Figure4 : Dermatite péri-orale granulomateuse :
Des milliers et discrètes papules rougeâtres et brunes sur le tronc et extrémités [18]

2. Aspect histologique :

Le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse est suspecté devant le contexte (éruption chez un enfant d'âge pré-pubertaire), aspect des lésions (éruption maculopapuleuse), et leur topographie (péri-orificielle), et confirmé par l'histologie :

Une biopsie réalisée sur une lésion de menton montre : [5]

a- en coloration hématoxyline -éosine :

Un infiltrat massif sur toute la hauteur du derme touchant la jonction dermohypodermique.

La lésion est centrée par une petite papule bien visible, surmontée d'un épiderme discrètement atrophique, l'infiltrat semblant refouler l'épiderme. Cet infiltrat arrive directement au contact de l'épiderme.

La population inflammatoire est disposée en gros éléments nodulaires bien visibles dans le derme profond avec une topographie périfolliculaire remarquable.

En surface l'atteinte est plus diffuse avec un mélange de lymphocytes et des cellules histiocytaires.

En profondeur les petits nodules constituent des granulomes caractéristiques avec quelques cellules géantes multi-nucléés, de nombreux histiocytes et une petite population lymphocytaire. Les lymphocytes sont plus nombreux en surface.

b -En coloration de PAS (Periodic Acid Schiff)

Ne montre aucun élément fongique. La membrane basale n'est pas altérée. Tous a fait en profondeur quelques zones lymphocytaires à la jonction dermo hypodermique au-dessus des premières lobules graisseux sont notés.

Malgré de nombreuses recoupes, aucune zone de nécrose n'est visualisé ni espace clair, il n'ya non plus de demodex folliculorum (responsable de demodécidose qui survient surtout chez les sujet immunodéprimés, il peut être également observé en cas de rosacée) dans les follicules, aucun corps étranger n'est observé en coloration standard ni avec l'utilisation de lumière polarisée.

c-immunofluorescence :

Les immunomarquages montrent une forte expression de l'antigène CD68 par les cellules géantes et toutes les cellules histiocytaires. Aussi une population massive des lymphocytes TCD3+ prédominant à la partie haute de derme est trouvée.

A la périphérie des nodules profonds, une composante lymphocytaire mêlant des cellules CD3+ et des histiocytes est notée.

Globalement la population lymphocytaire est composée de 95% de lymphocytes T CD3+ et de 5%des lymphocytes B CD20+.parmi les lymphocytes T, il y'a une légère prédominance de CD8+ (70%) par rapport au CD4+(30%) .

En surface les cellules CD68 sont plus diffusément réparties au sein d'une population lymphocytaire.

Le marquage CD1 est limité aux cellules de Langerhans épidermique et à quelques cellules dendritiques de derme.

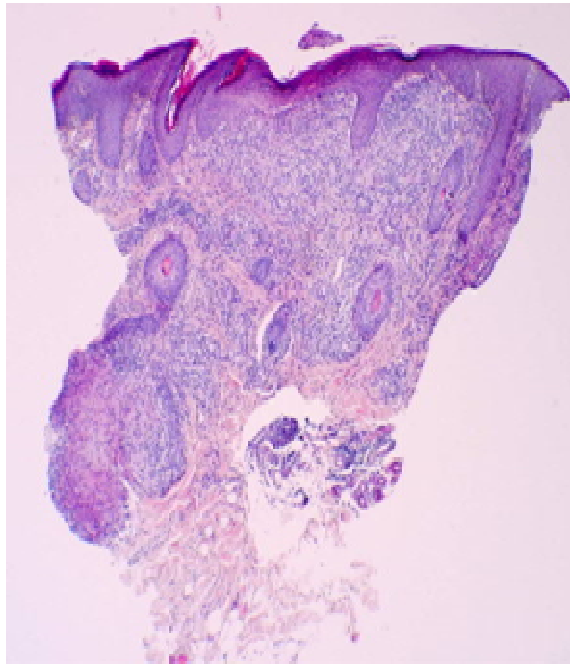


Figure5 : Biopsie vue général : Infiltrat massif de derme [5].

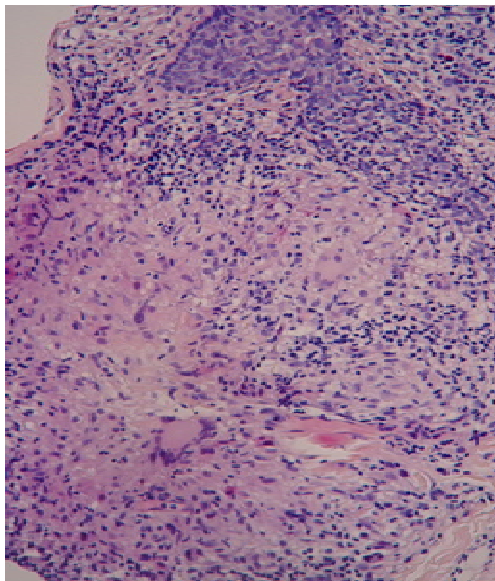


Figure6 : Biopsie zone profonde : Granulome avec histiocytes cellules géantes multi nucléés et lymphocytes [5]

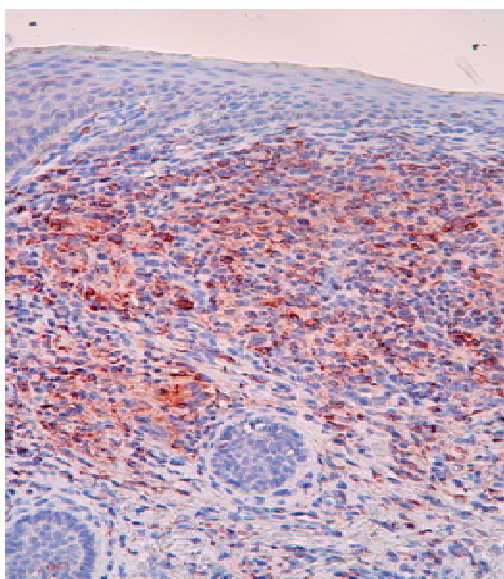


Figure7 : Nombreux histiocytes CD68+ dans la partie haute de derme [5] .

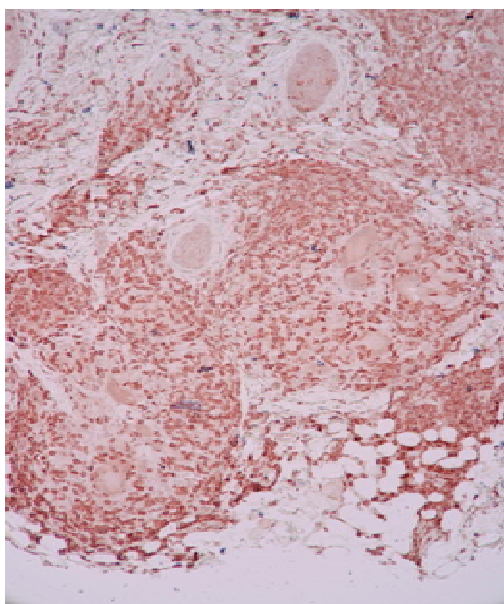


figure8 : Composante T lymphocytaireCD3+ dans le granulome profond [5].



Diagnostic différentiel

1. Dermatites péri-orales non granulomateuses [14]

Devant une dermatite péri-orale il faut en premier éliminer tous les autres causes curables les plus fréquentes et généralement évidentes avant d'envisager le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse :

Les causes infectieuses surviennent généralement de façon aiguë :

a-Impétigo (staphylococcique et streptococcique) et herpès (figure 9 ,10) :

Le diagnostic est un diagnostic clinique puis confirmé par des prélèvements bactériologiques et virologiques.

b-Folliculite à malassezia furfur (figure 11) :

Eventuellement évoqué chez le nourrisson surtout si l'atteinte péribuccale est associée à des lésions de front.

***Certain lésions d'origine infectieuses peuvent cependant évoluer sur un mode plus chronique :**

c- Dermatophytose (figure 12):

Il peut n'apparaître que dans la région péri-orale, soit de type circiné (infection à *microsporum canis*) soit sous la forme d'une teigne (infection à *trichophyton rubrum* atteignant le follicule pileux).

d- Verrues planes (figure13) :

Parfois profuses du fait de l'auto- contagiosité, peuvent survenir chez l'enfant immunocompétent. On éliminera bien sûr un déficit immunitaire surajouté.

***Certain dermatite péri-orale correspondent à la localisation d'une dermatose généralisé ou étendu :**

e- Dermatite atopique (figure 14) :

De diagnostic souvent évident, mais à laquelle s'ajoute volontiers des dartres (appelés **eczématides ou para kératoses**, correspondent à de petites **desquamations fines** de coloration blanche le plus souvent apparaissant après le bronzage), Une dermatite othoergique ou parfois une surinfection.

f-Le psoriasis (figure 15) :

Facilement reconnu par l'existence des lésions à distance.

g-Acrodermatite enthéropatique (figure16) et granulomatose septique chronique :

Évoqués exceptionnellement et dans un contexte précis.

***Une causes externe sera recherché systématiquement par l'interrogatoire si le diagnostic n'est pas évident cliniquement**

h- Dermatite othoergique :

Dermatite d'irritation qui survient chez le petit enfant généralement atopique. Elle réalise un aspect rouge et sec proche de l'eczéma craquelé ou niveau des joues ou du menton. L'hypesialorrhée semble être un facteur quasi-constant dans la survenu de ces lésions qui s'améliorent nettement lorceque l'enfant arrête de baver. Elles sont aussi aggravées par l'application des topiques utilisés localement parfois de façon intempestive. Elles sont généralement remarquablement améliorées par les antifongiques à spectre élargis.

i-dermatite artéfactique :

Dermatite inconsciemment ou volontairement provoquée chez le nourrisson et le petit enfant. Il peut s'agir d'une dermatite de doudou ou intervient la friction de doudou sur la joue, la succion de pouce, l'hyper sialorrhée souvent associé au poussée dentaire. La suppression des facteurs déclenchant entraîne la guérison.

Chez l'enfant plus grand, préadolescent on évoquera un tic de léchage ou mordillement des lèvres. Dans ce cas les lésions intéressent directement le pourtour de la bouche, et peuvent atteindre le vermillon des lèvres. Ces lésions sont bien limitées à bordure nette, et s'intensifient en hiver. Plus rarement les lésions sont en rapport avec une pathomimie évidente difficilement accepté par les parents.

***D'autres causes de dermatite péri-orale peuvent être individualisées :**

j-Urticaire de contact :

Qui survient le plus souvent chez le nourrisson atopique le diagnostic positif est admis devant la positivité de Prick test.

k- L'eczéma de contact :

Il est rare chez les enfants dans la région péri-orale, il apparaît dans un contexte évocateur que l'on s'efforcera de préciser.



Figure 9 : Impétigo [55]



Figure 10 : Herpès [56]

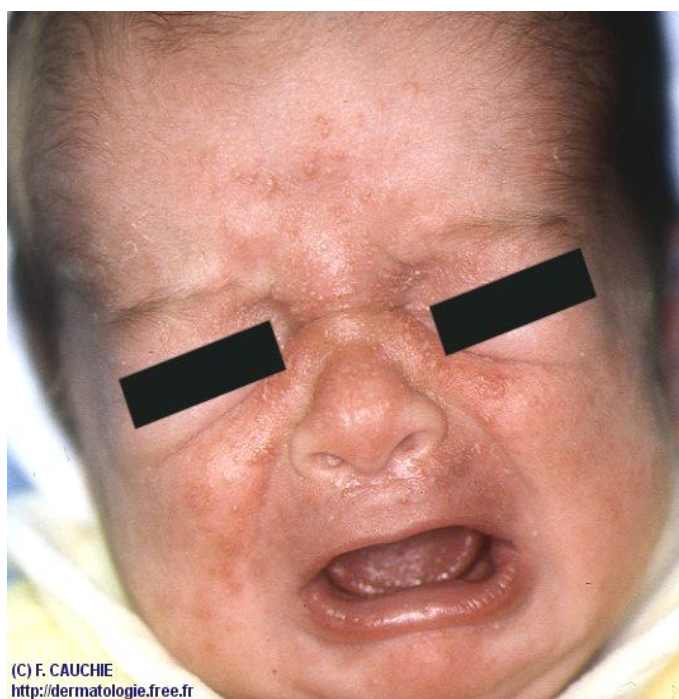


Figure 11 : Folliculite à malassezia furfur [57]



Figure 12: Dermatophytose [57]



Figure 13: Verrue planes [58]



Figure 14 : Dermatite atopique [59]



Figure 15 : Psoriasis [60]



Figure 16 : Acrodermatite [61]

2. Rosacée [21] [22] :

a-Définition :

La rosacée est classiquement une dermatose bénigne, multiphasique de l'adulte de l'âge moyen et de phototype claire. Elle est considérée comme rare chez l'enfant, certains auteurs doutent même qu'elle peut être observée à cette période de vie, néanmoins on peut trouver des publications dans la littérature dermatologique et ophtalmologique concernant des cas de rosacée infantiles, parfois même avant l'âge de 3 ans. Les auteurs insistent tous sur l'intérêt d'un diagnostic précoce pour dépister les complications oculaires qui sont particulièrement fréquentes (avec parfois des conséquences sur l'acuité visuelle).

Chez l'enfant les manifestations cutanées semblent identiques à celles observées chez l'adulte à l'exception de la forme hypertrophique jamais rencontrée à cette tranche d'âge.

Ces manifestations sont :

- Erubescence paroxystique
- Erythème permanent respectant les régions périorbitaire.
- Papules et ou/pustules.
- Télangiectasie.

L'étiologie reste inconnue mais certains auteurs suggèrent le rôle de certains facteurs climatiques (exposition excessive à la chaleur), matricielles (altérations des capillaires dermiques et de la matrice extracellulaires par des phénomènes inflammatoires, alimentaires (alimentation riche en épices), infectieuses (démodex) et vasculaire.

b- Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel entre dermatite péri-orale granulomateuse et rosacée est difficile voire impossible avec la forme granulomateuse de la rosacée qui est caractérisée par des papules jaunâtres ou brunâtres, ou à composante plus érythémateuse, hémisphériques et indolores. Ces lésions sont moins inflammatoires que celles de la rosacée, et sont situées sur un fond de peau non érythémateuse, sans télangiectasies. Typiquement ces lésions sont assez monomorphe chez un patient donné touchant les joues et les zones péri-orificielle, avec un caractère lupoïde à la vitro pression (figure 18).

Histologie (figure20) : Montre des granulomes non nécrosantes faites de cellules épithéloïdes, de lymphocytes et centrés par des polynucléaires, l'aspect n'est pas sarcoïdosique. On y' voit parfois un signe caractéristique: le granulome est centré par un trou (signe de trou de Strasbourg) bordé de quelques polynucléaires. Les coupes sériées permettent souvent d'identifier dans cet espace vide, Demodex ou des restes de Démodex.

La régression peut s'accompagner de cicatrices atrophiques.

Cette forme clinique est habituellement résistante au traitement habituel de rosacée et qui est également utilisé dans le traitement de dermatite péri-orale granulomateuse (métronidazole, tétracyclines,..).



Figure 17 : Rosacée papulopustuleuse chez un enfant de 2ans [21]



Figure18:Rosacée granulomateuse[22] **Figure19** :Dermatite granulomateuse [8]

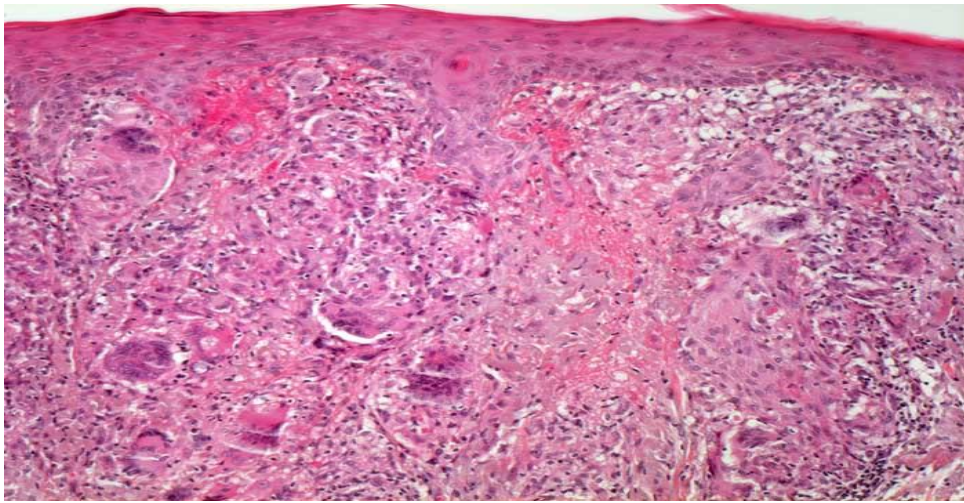


Figure 20: Aspect histologique de rosacée granulomateuse coloration hématoxyline éosine : Infiltrat lympho-histiocytaire avec granulomes épithéloïdes nombreux [62]

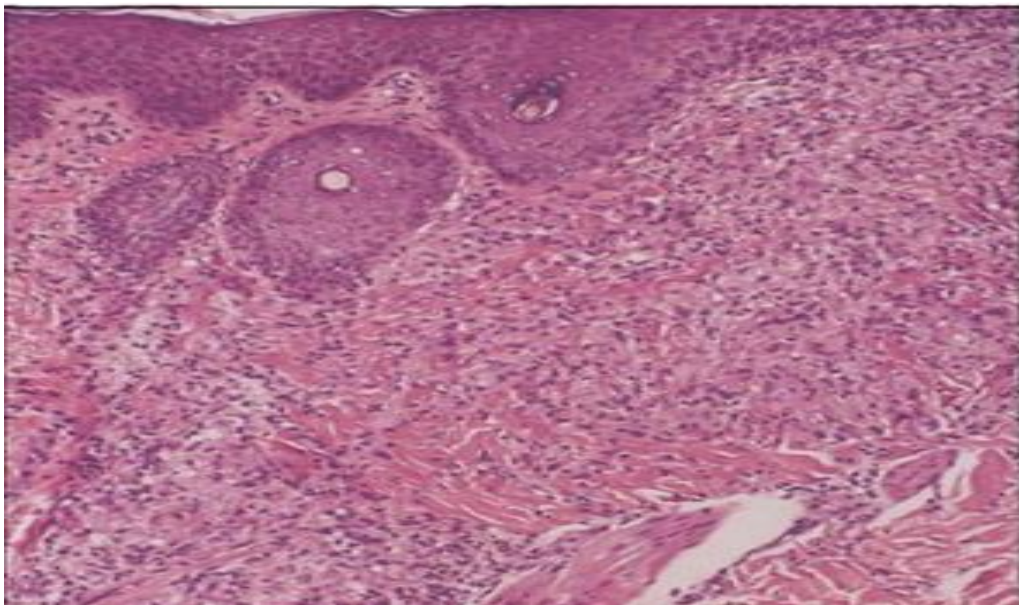


Figure 21 : Aspect histologique de dermatite péri-orale granulomateuse coloration hématoxyline éosine [18]

3. Sarcoïdose [25] [26] :

a-Définition :

La sarcoïdose est une granulomateuse multi-systémique chronique d'étiologie inconnue bien que le rôle de certains agents infectieux, ou environnementaux a été suggéré.

La sarcoïdose s'observe plus volontiers chez des sujets de moins de 40 ans, de sexe féminin, l'incidence chez les sujets américains noirs d'origine africaine est trois fois supérieure à celle des sujets blancs caucasiens. Chez l'enfant la sarcoïdose est rare et la forme médiastinal pulmonaire est la mieux connue. Dans certain cas elle peut revêtir des aspects trompeurs.

Le diagnostic repose sur une triade classique : Tableau clinique et radiologique évocateur, granulome giganto cellulaire sans nécrose caséuse à l'histologie et absence de tous agents étiologiques pouvant donner des lésions granulomateuses de ce type.

Les manifestations cutanées de sarcoïdose sont divisées en lésions spécifiques et lésions non spécifiques.

b-Diagnostic différentiel :

La sarcoïdose peut prêter confusion avec la dermatite péri-orale granulomateuse dans la forme spécifique à petits nodules, caractérisée par des petites élevures de taille inégales, de couleur rouge violacée, ou rouge brunâtre plus difficilement visible. Elles sont enchâssées dans le derme avec une surface lisse ou discrètement squameuse, en nombre variable, elles siègent sur le visage,

les faces d'extension des membres, poitrine et les épaules, plus rarement sur le tronc et les muqueuses. Après plusieurs poussés initiales, l'éruption se stabilise très longtemps avant de disparaître laissant souvent persister des cicatrices pales, blanc jaunâtre ou télangiectasiques (figure 22).

Histologie (figure 24) : montre des nodules dermiques et parfois hypodermiques bien limités constitués des cellules histiocytaires épithéloïdes, associées à un certains nombres des cellules géantes multi-nucléés, les nodules sont souvent entourés d'une ébauche de couronne lymphocytaire. L'absence de nécrose caséuse est un critère histologique classique.

Les formes aiguës de sarcoïdose peuvent évoluer spontanément vers la guérison. Dans les autres cas un traitement à base de corticothérapie sera nécessaire.



Figure 22 : Sarcoidose chez une fille de 8 ans [33]

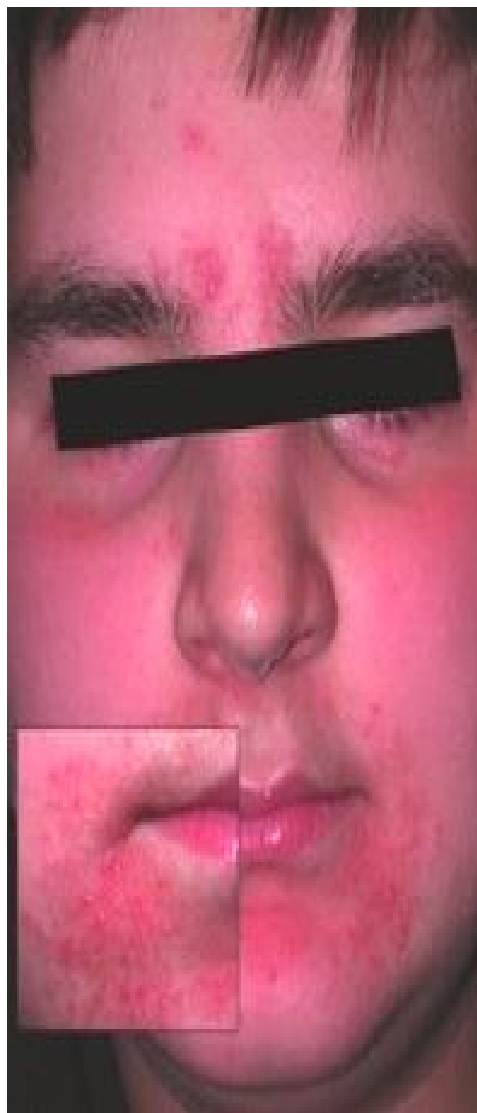


Figure 23 : Dermatite granulomateuse chez un enfant de 14 ans [31]

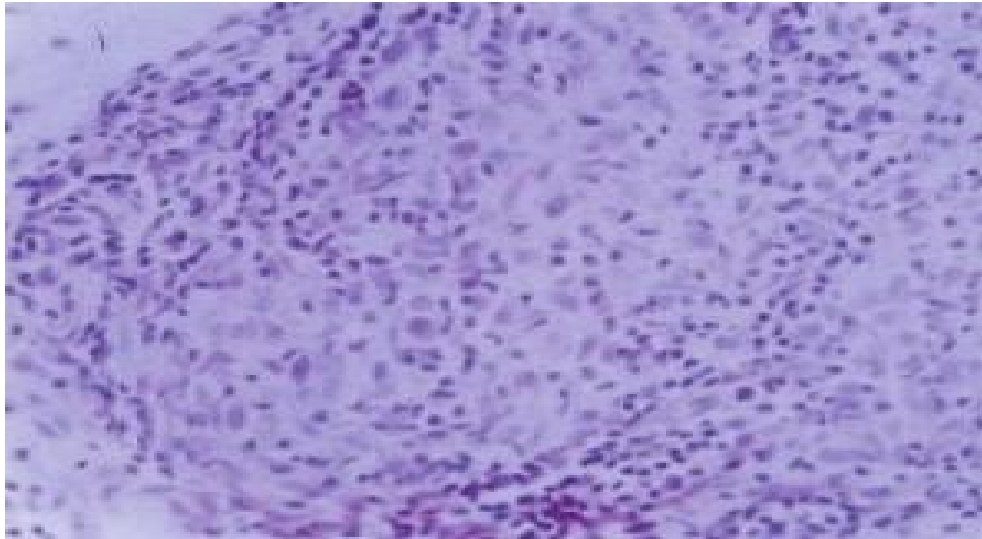


Figure 24 : Aspect histologique de sarcoïdose : Granulome épithéloïde de derme sans nécrose caséuse (coloration Hématoxyline éosine) [33]

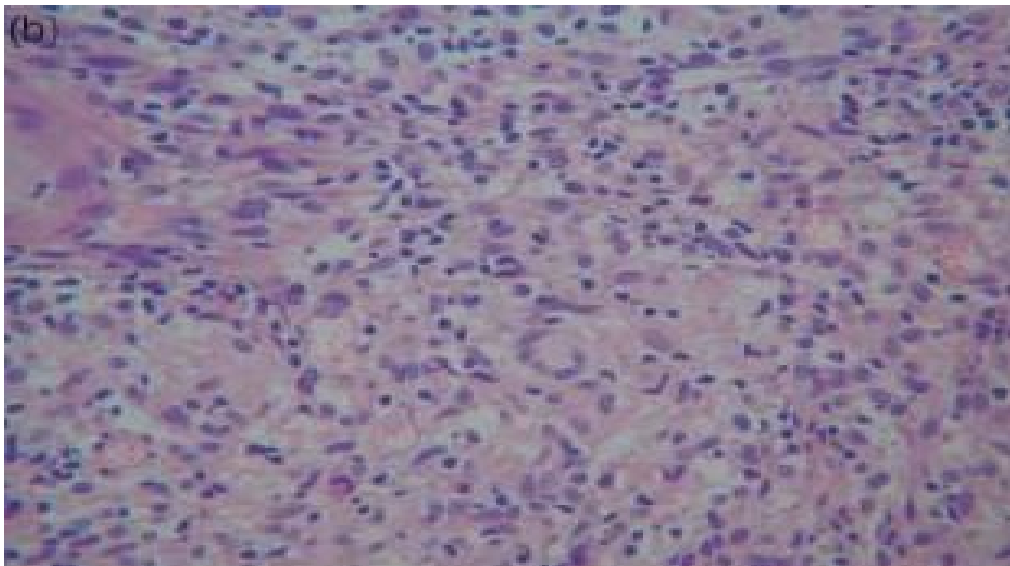


Figure25 : Aspect histologique de dermatite péri-orale granulomateuse : Infiltration granulomateuse périfolliculaire et inter- folliculaire (coloration hématoxyline éosine)[19].

4. Lupus miliaire disséminé de la face [29] :

a-Définition :

Encore dénommé acné agminata, il s'agit d'une affection rare, surtout rencontré au Japon. Sa place nosologique reste mal définie dans le cadre des éruptions granulomateuses du visage. L'étiologie de cette affection reste inconnue.

b-Diagnostic différentiel :

Le lupus disséminé de la face se manifeste comme la dermatite granulomateuse par des papules saillantes rougeâtres ou rouge-cuivrés, siégeant de façon symétrique sur les régions périorbitaires, périnarinaires, péri-orales et sur les joues, légèrement jaunâtres à la vitropression, elles peuvent devenir pustuleuses (figure26).

Histologie (figure28) : la lésion initial correspond à un infiltrat périfolliculaire essentiellement lymphocytaire, alors qu'au stade de plein développement de la lésion on trouve la réaction granulomateuse de type sarcoïdosique ou tuberculoïde avec ou sans nécrose caséuse.

L'évolution spontanée se fait vers la régression en 2 à 3ans, au prix de cicatrices parfois importantes. Si les antibiotiques sont en règle inefficaces, l'éruption peut réagir favorablement aux sulfones et surtout à la corticothérapie générale.



Figure 26 : Lupus disséminé de la face [30]



Figure 27 : Dermatite péri-orale granulomateuse [34]

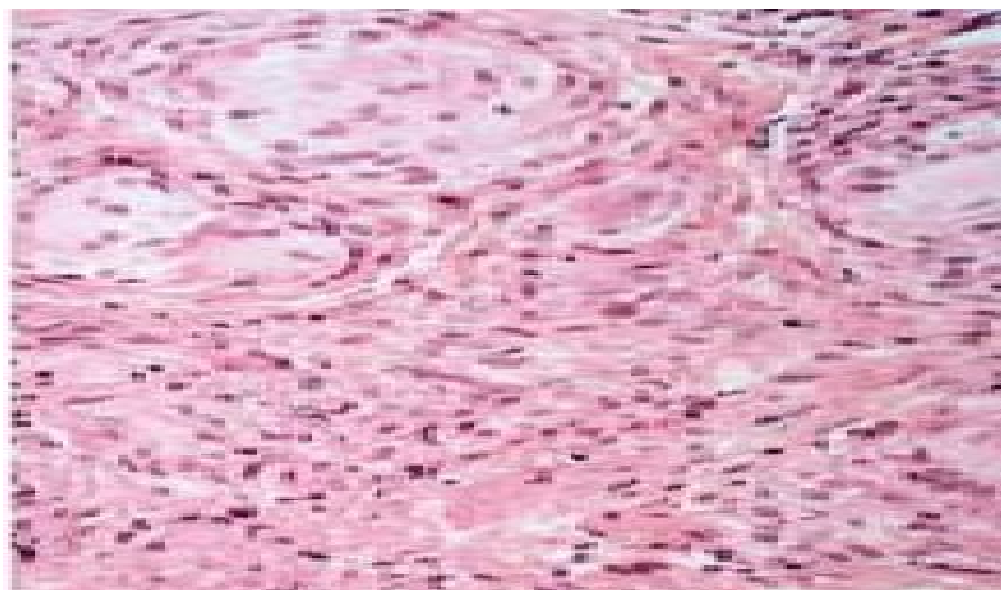


Figure 28 : Aspect histologique de lupus disséminé : granulome histiocytaire organisée en nodules sarcoidosiques [30]

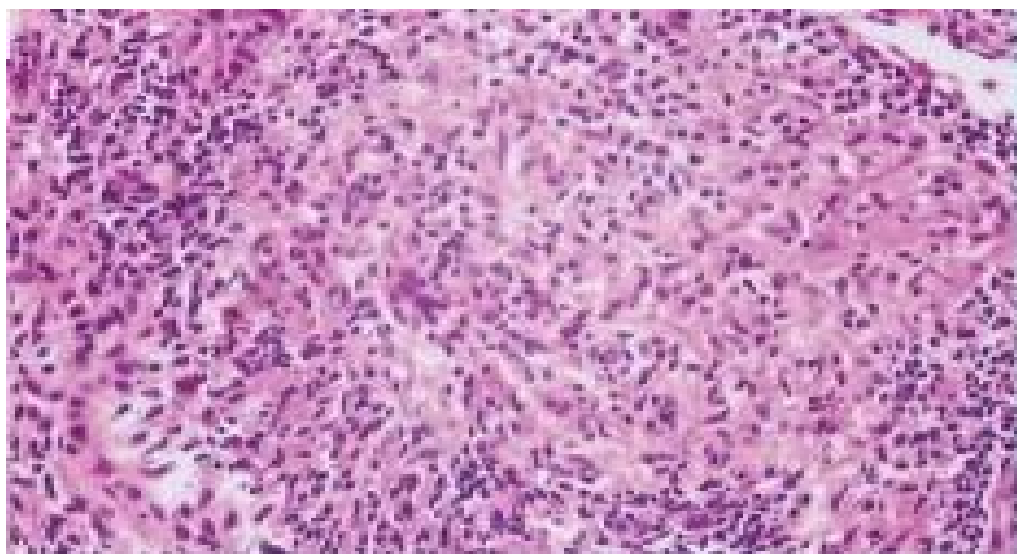


Figure 29 : Aspect histologique de dermatite péri-orale granulomateuse [34]

5. Autres :

a- L'acné [29] :

a- 1 Définition :

L'acné est une dermatose très fréquente, due à l'inflammation des follicules pilosébacés causée notamment par la bactérie *acnes propiones*, ou par changement au niveau hormonal. Chez les enfants l'acné est en règle associé à une pathologie hormonale.

Sur le plan morphologique, l'acné se différencie par des lésions élémentaires : Comédons avant tous, soit comédons fermés ou microkyste (acné micro kystique), soit comédon ouvert ou point noir, soit comédon entouré d'un halo érythémateux définissant le comédon inflammatoire, ce dernier fait la transition avec les lésions inflammatoires proprement dites: papules pustules et nodules, enfin les cicatrices achèvent de caractériser le tableau clinique de l'acné dite juvénile polymorphe (figure 30).

a-2 Diagnostic différentiel :

La dermatite péri-orale granulomateuse fait partie des diagnostics différentiels anatomo-cliniques de l'acné puisqu'elle touche également le follicule pilosébacé mais sans rapport direct avec l'acné.

Le diagnostic différentiel entre la dermatite granulomateuse et de l'acné se fait essentiellement sur le plan clinique. Les deux affections sont caractérisées par des lésions papuleuses de la face mais on ne trouve jamais de comédon ou de pustules dans la dermatite granulomateuse comme on trouve dans le cas de l'acné.



Figure 30 : Acné de nourrisson [63]

b-L'eczéma folliculaire [3]:

b- 1 Définition :

L'eczéma folliculaire est une forme de l'eczéma assez rare qui affecte les follicules de cheveux, c'est une affection commune chez les sujets noirs.

L'eczéma folliculaire apparait dans les mêmes circonstances de l'eczéma, néanmoins elle se distingue de cette dernière par le fait qu'il n'existe pas de vésicules.

b-2 Diagnostic différentiel :

L'eczéma folliculaire est caractérisé par des papules prurigineuses centrées par un orifice folliculaire avec un érythème sec squameux légèrement épaissi et une tendance à la fissuration. Les lésions peuvent toucher tous le corps (figure 31). Sur le plan histologique il est caractérisé par des lésions l'acanthose ou l'hyperkératose.

Le diagnostic différentiel entre la dermatite péri-orale grananulomateuse et eczéma folliculaire est basé essentiellement sur l'aspect clinique.



Figure 31 : Eczéma folliculaire [64].



Traitement

Le traitement de dermatite péri-orale granulomateuse est mal codifié en raison de l'absence de précision de mécanisme étiopathogénique exacte de cette affection.

Des publications de la littérature ont montrées l'efficacité d'utilisation des antibiotiques (métronidazole, tétracyclines, macrolides) dans le traitement de la dermatite granulomateuse. Ces antibiotiques sont utilisés dans le traitement de rosacée pour leur action anti-inflammatoire, ainsi ils ont été proposés pour le traitement de la dermatite granulomateuse, vu la grand ressemblance entre ces deux affections [1] [8] [9]. L'efficacité des antibiotiques n'a été prouvée que chez les enfants dont l'âge est supérieur ou égale à huit ans. [31]

Le tacrolimus ; qui est un macrolide immunosuppresseur, utilisé pour éviter le rejet des greffes après transplantation rénal et hépatique, et l'isotrétinoïne ; utilisé dans le traitement de l'acné, ont été également proposé pour le traitement de dermatite granulomateuse. [32][35]

L'utilisation de la fucidine ®en topique s'est avéré efficace dans trois observations de dermatite péri-orale granulomateuse publiés dans la littérature.[16]

La dermatite péri-orale granulomateuse est une affection bénigne qui peut se résoudre spontanément à la puberté, donc l'abstention thérapeutique fait partie des moyens de prise en charge de cette affection, tout en expliquant aux parents notre attitude.

L'application des dermocorticoïdes risque d'aggraver les lésions initiales et modifie l'évolution. [1][4][5][8][9][13][31]

1. Métronidazole [37] :

Le métronidazole est un antibiotique et antiparasitaire de la famille des nitroimidazolés. Le métronidazole par voie orale est le traitement de choix des infections à bactéries anaérobies. Son domaine d'utilisation est beaucoup plus vaste : rosacée, dermatite péri-orale, infection à HP, à trichomonas vaginalis à giardia lamblia et la vaginose bactérienne.

a-Propriétés pharmacocinétique et pharmacodynamiques :

La biodisponibilité de métronidazole est excellente. La diffusion est plasmatique et tissulaire avec un passage transplacentaire et dans le lait maternel. Le métabolisme est essentiellement hépatique avec formation de cinq métabolites dont deux principaux : un hydroxy et un acide. L'élimination est urinaire et biliaire. La demi-vie est de 6 à 10 heures.

b-Mode d'action :

Les mécanismes d'action de métronidazole se déroulent en quatre phases :

- 1 : Diffusion à l'intérieur des bactéries aérobies et anaérobies
- 2 : Réduction de group nitro du métronidazole dans les bactéries anaérobies et les protozoaires.
- 3 : Effet cytotoxique de composé réduit : le groupe nitro interagit avec l'ADN en inhibant la synthèse des acides nucléiques et provoque la mort cellulaire.
- 4 : Libération de produits de métabolismes sous forme inactive.

Les cibles intracellulaires de métronidazoles et de ces métabolites sont l'ADN l'ARN et les protéines intracellulaires. Tous ces phénomènes aboutissent à la mort cellulaire par défaut de réparation de l'ADN et par anomalie de transcription. Ce sont les métabolites intracellulaires intermédiaires provenant des phénomènes d'oxydoréduction qui sont la clé de l'action de métronidazole.

c-Mode d'administration et dosage :

Voie oral

Le métronidazole est administré en 3 prises quotidiennes tous les 8 heures sans interférence avec les prises alimentaires. La posologie habituellement recommandée est de 500 mg tous les 8 heures, ceci dépend de l'âge, de l'existence ou non d'une insuffisance hépatique ou rénale, et surtout de la pathologie sous-jacente. La durée habituelle de traitement est de 7 à 10 jours.

Voie local :

Il faut au préalable nettoyer la surface cutanée affecté puis appliquer 2fois/j matin et soir, Des résultats thérapeutiques significatifs devraient apparaître dès le premier mois de traitement. La posologie requise pour une administration à long terme n'a pas été établie avec certitude.

d-Contre-indications:

Ils sont restreints à l'hypersensibilité au produit. L'intolérance au gluten contre indique l'emploi du métronidazole, car celui-ci contient comme excipient l'amidon de blé.

e-Interaction médicamenteuse :

L'association à des anti vitamines K spécialement la warfarine, est à prendre en compte car la métronidazole majore l'effet anticoagulant et le risque hémorragique par réduction de métabolisme hépatique de ces médicament. En cas d'association à la phénytoïne, l'effet de celle-ci est majoré par inhibition de son métabolisme hépatique. Le métronidazole favorise aussi la rétention rénale de lithium avec un risque accru d'intoxication.

Le 5 fluoro-uracile est plus toxique s'il est associé au métronidazole du fait d'une diminution de sa clairance.

Certains médicaments modifient les propriétés pharmaceutiques du métronidazole : Les antiacides diminuent l'absorption digestive, la rifampicine accroît son élimination et la prédnisone induit son métabolisme en cas de Co-administration.

f-effets secondaires:

- ✧ Les effets indésirables d'ordre neurologique : paresthésies des pieds et des mains, neuropathies périphériques, encéphalopathie et crise d'épilepsie.
- ✧ Parmi les effets indésirables mineurs, les plus fréquents, il convient de citer : vertige, fatigue, anorexie, gout métallique, maux de tête, nausées, vomissement et éruptions cutanées.

2. Tétracycline [44] :

Les tétracyclines sont des antibiotiques bactériostatiques dont le spectre d'activité s'étend à de nombreuses bactéries GRAM+ et GRAM-, aérobies et anaérobies, aux mycoplasmes, aux chlamydiae, aux rickettsies et à certains protozoaires (babésiose, theilériose). Des résistances se sont cependant développées chez de nombreuses bactéries aérobies et anaérobies. Les mycobactéries, et les genres *Proteus* et *Pseudomonas* sont naturellement résistants.

a-Propriétés pharmacocinétiques

77% de la tétracycline est absorbée après prise orale, la liaison aux protéines est de 65%. Elle subit un métabolisme hépatique et elle est éliminée par filtration glomérulaire.

b-Mode d'action

Elle inhibe la synthèse protéique en se liant de façon réversible à la sous unité 30 S du ribosome.

c-Mode d'administration et dosage :

Les tétracyclines se donne préférentiellement par voie oral, la posologie habituelle chez l'enfant de plus de 8 ans est de 25 à 50 mg/kg/j en 3prises.

d-Contre-indications :

Hypersensibilité, enfant de moins de 8 ans.

e-Interactions médicamenteuses :

- ✧ Les cations bivalents ou trivalents contenus dans le lait et certaines préparations anti acides et anti anémiques inhibent la résorption de la tétracycline par formation de chélates.
- ✧ La combinaison de méthoxyflurane, un anesthésique, avec la tétracycline peut être néphrotique.
- ✧ Antagonisme possible avec les bêtalactamines et les quinolones.
- ✧ Augmentation des taux sériques de la digoxine.

f-Effet secondaire :

- ✧ Cutanés : photosensibilité.
- ✧ Dentaires et osseux : coloration brune des dents, dépôt dans le squelette.
- ✧ Gastro-intestinaux : douleurs, nausées, vomissement, diarrhée.
- ✧ Hépatiques et rénaux.
- ✧ Hypersensibilité : éruption morbiliformes.....

3. Macrolides :

3-1 Erythromycine, Clarithromycine ,Jocasine [45] :

Les macrolides constituent un group des antibiotiques capable de diffuser dans les tissus c'est-à-dire actifs sur les germes intracellulaire. Comme le métronidazole et les tétracyclines, les macrolides possèdent également une action anti-inflammatoire.

a-Propriétés pharmacocinétiques :

- ✧ La distribution est excellente dans tous les tissus et les liquides biologiques, à l'exception du liquide céphalorachidien.
- ✧ L'élimination est essentiellement biliaire après métabolisme hépatique.

b-Mode d'action :

Les macrolides inhibent la synthèse des protéines acides ribonucléiques dépendantes. Ils se lient de manière réversible à la sous unité 50 S des ribosomes, bloquant le site P et inhibent les réactions de transpeptidation et ou translocation, ses molécules ne se lieront pas aux sous unités 80 S du ribosome qui sont présent dans les cellules humaines, c'est pourquoi ils sont sélectivement toxiques aux bactéries. En milieu acide les macrolides sont désactivés, cette transformation peut causer des problèmes gastro-intestinaux, et peut diminuer l'efficacité de cette molécule.

c-Mode d'administration:

Les macrolides sont administrés habituellement par voie oral

d-Contre-indications :

Hypersensibilité aux macrolides.

e-Interactions médicamenteuses :

- ✧ Contre-indication absolue : vasoconstricteurs de l'ergot de seigle.
- ✧ Association déconseillée: avec carbamazepine, théophylline, inducteurs enzymatiques, bromocriptine, triazolam, cimétidine, et pansements gastriques.

f-Effet secondaires :

- ✧ L'intolérance gastro-intestinale: nausée, vomissement, gastralgie, diarrhée. Ces effets indésirables sont plus fréquents chez le sujet jeune que chez les patients âgés.
- ✧ Hypersensibilité cutanée.
- ✧ Une augmentation transitoire des transaminases pouvant aboutir à une hépatite choléstatique.

3-2 Tacrolimus : [48]

Le FK506 ou tacrolimus (Tsukuba macrolide immunosuppressive) est un macrolide provenant d'une souche bactérienne de streptomyces tsukubaensis. Cette substance qui bloque l'activation des cellules T par une inhibition de la production des cytokines, et depuis plusieurs années utilisée comme traitement immunosuppresseur par voie orale après transplantation rénale et hépatique. Les premières observations cliniques d'application topique du FK506 concernant des cas de dermatite atopique de visage et de cou.

a-Pharmacocinétique :

Le tacrolimus est efficace en application topique ceci est attribué à son activité pharmacologique in vitro de 10 à 100 fois son lipophilie, ainsi que sa plus faible dimension moléculaire, ces dimensions de 800 daltons permettent une pénétration cutanée.

b-Mode d'action :

Tous les macrolides immunosuppresseurs (tacrolimus, pimecrolimus, ciclosporine, sirolimus) bien que structurellement différents, partagent un mode

d'action similaire caractérisée par une fonction ligand pour les différents immunophyllines intra cellulaire. Le point commun de mécanisme d'action est l'inhibition de phosphatase calcineurine, d'où la désignation : inhibiteur de la calcineurine. Après pénétration dans la cellule le tacrolimus forme un complexe avec l'immunophylline FKBP (FK-binding proteine) ce complexe tacrolimus-FKBP par l'intermédiaire de l'inactivation de la phosphatase calcineurine, bloque l'activation du NFAT (nuclear factor of activated T-cells). L'effet net est le blocage du signal transmis par le récepteur membranaire, et par conséquence une suppression de la production des cytokines, surtout l'IL- 2, et donc un effet immunosuppresseur.

c-Mode d'administration :

En dermatologie le tacrolimus est utilisé en topique (protopic 0,03% pommade). Il faut éviter l'application sur les muqueuses.

d-Contre-indications :

- ✧ Enfant de moins de deux ans.
- ✧ Allergie.
- ✧ Infections cutanés.

e-Interactions médicamenteuse :

Aucune étude formelle d'interaction avec d'autres médicaments topiques n'a été réalisée avec Protopic pommade.

Le tacrolimus n'étant pas métabolisé par la peau, il n'y a pas de risque d'interaction percutanée qui pourrait affecter le métabolisme du tacrolimus.

f- Effets indésirables :

Réactions d'intolérance locale (brûlure cutané), infections cutanées par effet immunosuppresseur (herpès simplexe).

4. Isotrétinoïne : [49]

L'isotrétinoïne fait partie des rétinoïde synthétiques, l'indication principale de l'isotrétinoïne est le traitement des formes d'acné sévère.

a-Pharmacocinétique :

L'isotrétinoïne circule à plus de 99% liés à l'albumine et n'est pas stocké au sein de tissus adipeux .après administration oral d'une dose unique, le pic de concentration plasmatique s'observe entre 1 à 4heures .la demi vie d'élimination est de 13 à 22 heures, l'élimination se fait essentiellement par voie biliaire.

b-Mécanisme d'action :

Il est plurifactorielle mais l'effet séboatrophiant et sébosuppresseur est largement au première plan.

L'isotrétinoïne diminue l'intensité du portage cutané en propiono-bactérium acnes.

L'isotrétinoïne possède une action anti-inflammatoire complexe (inhibition de synthèse de prostaglandines et de leucotriènes).

c-Mode d'administration :

L'administration de l'isotrétinoïne se fait per os, au cours d'un repas, idéalement en une administration quotidienne. La posologie doit être comprise entre 0,5 à 1mg/Kg/j, en fonction de la sévérité des lésions et la topographie.

d-Contre-indications :

Hypersensibilité à l'isotrétinoïne, Sensibilité aux parabènes.

e-Interaction médicamenteuses :

Cyclines, vitamines A

f-Effets indésirables :(Rares)

Palpitation, tachycardie, acouphène, hypertriglycémie , dépression... .

5. Fucidine : [16][65]

a-Mécanisme d'action :

Le pouvoir antibactérien de l'acide fusidique résulte de l'inhibition de la synthèse des protéines bactérienne. L'acide fusidique peut être bactériostatique ou bactéricide.

b-Indication :

Fucidine® crème est indiqué pour le traitement des infections cutanées primaires et secondaires causées par des souches sensibles du *Staphylococcus aureus*, des *Streptococcus* et du *Corynebacterium minutissimu*.

c-Mode d'administration :

Une petite quantité de crème Fucidine® doit être appliquée sur la lésion, 3 ou 4 fois par jour, jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants.

c-Contre-indications :

Sensibilité à l'acide fusidique et à ses sels ou à la lanoline contenue dans l'INTERTULLE FUCIDIN.

d-Effets indésirables :

Légère irritation occasionnellement observé.



Matériels et Méthodes

A-MALADES ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur trois patients présentant des lésions de dermatite péri-orale suivis en consultation pédiatrique entre 2008-2011.

Observation 1 :

- ✧ Un enfant de sexe féminin âgée de 11 ans.
- ✧ Phototype 4.
- ✧ Admise en consultation dermato-pédiatrique pour dermatite péri-orale chronique.
- ✧ Les antécédents : consanguinité familial, atopie familial.
- ✧ L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 6 mois par l'installation des lésions érythémateuses aggravées au contact de certains aliments et allergènes .l'enfant a été traité à tort comme étant une dermatite atopique par les dermocorticoïdes et les émoullients sans amélioration, ainsi devant la non amélioration et la chronicité des lésions la patiente a été adressé en consultation spécialisée.
- ✧ L'examen clinique a retrouvé des lésions érythémato-vésiculeuses centrifuges s'étendant vers le sillon nasogéniens surinfectées desquamatives non prurigineuses, par ailleurs il n'avait pas d'autre lésions similaires au niveau des autres régions du corps.
- ✧ Le reste d'examen clinique était sans anomalie.
- ✧ Bilan biologique standard est revenu normal.

- ✧ L'histologie est revenue en faveur d'un granulome lympho-plasmocytaire d'allure inflammatoire touchant tout le derme et la jonction dermo-hypodermique sans nécrose caséuse.
- ✧ Ainsi le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse a été retenu et la patiente a été mise sous traitement systémique à base de macrolides (josacine®) pendant 6 semaines et un traitement local à base de fucidine® crème Chlorhexidine et crème lavant antiseptique (sédasténil®), ensuite elle a été mise sous crème émolliente à base de cuivre de zinc pour améliorer la qualité de peau.
- ✧ L'évolution a été marquée par une amélioration des lésions au bout de 6 semaines de traitement.



Figure 32 : Dermatite péri-orale granulomateuse :
Lésions érythémato- vésiculeuses s'étendant vers le sillon nasogèniens.

Observation2 :

- ✧ Un enfant de sexe masculin âgé de 12 ans.
- ✧ Phototype4
- ✧ Admis en consultation dermato-pédiatrique pour des lésions cutanées intéressant la région péri-orale et les 2 membres inférieures.
- ✧ Les antécédents : notion d'atopie familial.
- ✧ L'histoire de la maladie remonte à 3 mois avant consultation ou le patient a présenté des lésions cutanées au niveau de la région péri-orale et les deux membres inférieurs considérés comme étant une dermatite atopique et traité par les dermocorticoïdes.
- ✧ L'examen clinique note la présence de multiples et discrètes papules rougeâtres et brunâtres entourant la région péri-orale surinfectées avec des lésions similaires non infectées au niveau des deux membres inférieurs.
- ✧ Le reste de l'examen clinique était sans particularité.
- ✧ Le bilan biologique a montré une légère augmentation des taux des leucocytes en rapport avec la surinfection des lésions.
- ✧ La biopsie réalisée au niveau des lésions péri-orale et des membres inférieurs a montré un granulome caractéristique lympho-plasmocytaire d'allure Inflammatoire touchant le derme et la jonction dermo-hypodermique sans nécrose caséuse.

- ✧ Ainsi le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse a été retenu et le patient a été mis sous traitement systémique à base de macrolides (josacine®) pendant 6 semaines et un traitement local à base de fungilyse® fucidine® crème et la chlorhexidine® .Le traitement d'entretien a été assuré par crème à base de vitamine A (dalibour®)et une crème émolliente à base de cuivre de zinc.
- ✧ L'évolution était marquée par une amélioration des lésions cutanées au bout de 6 semaines de traitement.



Figure 33 : Dermatite péri-orale granulomateuse : Multiples et discrets papules rougeâtres et brunâtres intéressant la région péri-orale et les deux membres inférieurs.

Observation 3 :

- ✧ Un enfant de sexe féminin âgée de 12 ans.
- ✧ Phototype 3 (yeux claires cheveux châtaines).
- ✧ Admise en consultation dermato-pédiatrique pour dermatite péri-orale surinfectée.
- ✧ Les antécédents : notion de rhinites allergiques depuis l'âge de 2 ans avec angines à répétition, broncho-pneumopathie, fièvre récidivante, amygdalectomie et adénoïdectomie à l'âge de 6 ans avec notion d'atopie familial.
- ✧ L'examen clinique de la région péri-orale trouve une peau sèche avec présence des lésions nécrotiques suppurées sur fond érythémateux au niveau de la lèvre supérieur très douloureuses gênant la mastication, avec présence de perlèches et adénopathies sous maxillaire bilatérales d'environ 2 cm mobiles et douloureuses.
- ✧ Le reste d'examen somatique était sans anomalie.
- ✧ Le bilan biologique standard a montré une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, une anémie hypochrome microcytaire, et une élévation de taux de CRP (C-réactive protéine).
- ✧ La radio pulmonaire a montré quelques images non spécifiques.

- ✧ Devant la notion de fièvre récidivante, les angines et la broncho-pneumopathie à répétition, et lésions cutanées chroniques, un bilan immunologique a été également demandé et revenu en faveur d'un déficit immunitaire primitif.
- ✧ La biopsie réalisée au niveau des lésions péri-orales est revenue en faveur d'un granulome lympho-plasmocytaire dermo-hypodermique sans nécrose associé.
- ✧ Le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse a été retenu, vu l'individualisation de déficit immunitaire associé, la patiente a été mise sous traitement par antibiothérapie séquentielle par voie systémique (amoxicilline protégé, macrolides, sulfamides) avec traitement de surinfection cutanée par antibiothérapie local (fucidine® crème, fungilyse®), antiseptique (chlorhexidine®), et crème lavant (sédasténil®).
- ✧ On a assisté à une bonne évolution des lésions sous traitement.



Figure34 : Dermatitis péri-orale granulomateuse : Lésions nécrotiques suppurés sur fond érythémateux intéressant la région péri-orale.

B-DISCUSSION :

Les dermatites péri-orales constituent un motif fréquent de consultation en pédiatrie d'étiologie divers et de prise en charge différentes. La dermatite péri-orale granulomateuse est une entité particulière et rare qui touche de façon plus fréquente les enfants de peau noire, de sexe masculin et d'âge pré pubertaire. Le mécanisme étiopathogénique de cette affection reste encore mal élucidé.

*Dans notre série :

Deux enfants avaient un phototype⁴ (peau mate cheveux bruns) un enfant phototype³ (peau claire cheveux châtaigne).

Un enfant de sexe masculin deux enfants de sexe féminins.

L'âge des cas cliniques est compris entre 11 ans et 12 ans.

Dans deux cas il y'avait une aggravation des lésions péri-orales initiales après application des dermocorticoïdes (observation¹ et 2) ou bien même par contact avec certain allergènes ou certain aliments (observation¹), l'aggravation des lésions initiales chez le troisième cas été en rapport avec le déficit immunitaire associé qui a favorisé l'infection des lésions.

Sur le plan clinique la dermatite péri-orale granulomateuse est caractérisée par des multiples papules rouges jaunâtres, monomorphes symétriques parfois surmontés de vésicules, et qui ont une prédilection pour les zones péri-orificielles tous particulièrement la région péri-orale, une diffusion de l'éruption en dehors de visage est possible. Aucune atteinte systémique n'a été not. Cet aspect clinique permet juste d'orienter le diagnostic.

*Dans notre série :

L'atteinte a été limitée à la région péri-orale chez un enfant (observation1), alors qu'une diffusion de l'éruption aux 2 membres inférieures en plus de la région péri-orale a été également observé (observation2). Chez le troisième cas les lésions cutanées ont été limitées à la région péri-orale, par ailleurs d'autres manifestations cliniques ont été rapportés tel que la fièvre (surinfection ?) les angines, broncho-pneumopathie à répétition et qui peuvent être en rapport avec le déficit immunitaire primitif.

La dermatite péri-orale granulomateuse est caractérisée sur le plan histologique par un granulome assez caractéristique faite d'infiltrat inflammatoire lympho-histio-plasmocytaire sans nécrose caséuse intéressant la jonction dermo-hypodermique, le derme et qui peut arriver jusqu'à contact de l'épiderme. Le diagnostic est basé essentiellement sur cet aspect histologique.

*Dans notre série : les trois cas avaient un aspect histologique similaire.

Cette affection peut poser un problème de diagnostic différentiel avec les autres dermatites péri-orales non granulomateuse et qui peuvent nécessiter parfois une prise en charge différente. Un interrogatoire minutieux et un bon examen clinique permettent de poser le diagnostic exact.

Concernant les autres diagnostics différentiels de dermatite péri-orale granulomateuse à savoir la rosacée, le lupus disséminé et la sarcoïdose, un certains nombres des auteurs ont émis des hypothèses disant que c'est une variante de rosacée granulomateuse, plutôt qu'un diagnostic différentiel[36] vu les points communs assez nombreux entre eux, d'autre auteurs tend à émettre une autre

hypothèse disant que c'est plutôt une variante de lupus miliaire disséminée de visage[32], ou bien une présentation clinique initial de la sarcoïdose [46][47] vu aussi la grand ressemblance entre ces affections sur le plan cutané et histologique.

Ainsi la comparaison entre ces trois affections sur le plan épidémiologique clinique histologique et évolutif trouve :

[1][3][4][5][8][21][22][23][24][25][26][27][29][30][31][32][33] :

a) Sur le plan épidémiologique :

La dermatite péri-orale granulomateuse est une affection qui touche essentiellement les enfants en âge pré-pubertaire et exceptionnellement les adultes [9] [33], ce qui n'est pas le cas avec la rosacée, lupus disséminé ou la sarcoïdose qui intéressent les adultes essentiellement.

La dermatite granulomateuse est une affection qui touche dans la majorité des cas des enfants de peau noires, la rosacée est une affection qui touche essentiellement les sujets de peau claire d'origine celtique ou d'Europe du nord le lupus disséminé touche essentiellement les sujet d'origine asiatique alors que la sarcoïdose est plus fréquente chez les sujet américains noires d'origine africains .

La dermatite granulomateuse s'observe plus chez les garçons que chez les filles. Le regroupement des cas de littératures de lupus disséminé de visage montre un sexe ratio équitable. La rosacée, et la sarcoïdose touchant beaucoup plus le sexe féminin.

b) Sur le plan clinique et biologique:

La dermatite granulomateuse, la sarcoïdose (forme à petits nodules), la rosacée et le lupus disséminé de visage sont caractérisés par des lésions cutanées papuleuses de localisations péri-orificielles ou autres régions du corps.

Dans les rares cas de rosacée observés chez les enfants une atteinte ophtalmologique est souvent associée, dans un seul cas de dermatite péri-orale granulomateuse une atteinte oculaire sous forme de conjonctivite et blépharite a été notée [19].

Dans le cas de sarcoïdose des signes généraux sont observé en plus des lésions papulopustuleuse comme la fatigue, amaigrissement, arthrites, lymphoadénopathie, uvéite... . En 1980 Aditya et al ont publié un cas de sarcoïdose chez un enfant dont le seul signe clinique qu'il a présenté était des lésions cutanées sous formes de papules de localisation médio-facial, cette présentation clinique était très proche de celle observé en cas de dermatite péri-orale granulomateuse [46], mais aucune publication de littérature n'as rapporté une évolution vers la sarcoïdose chez des enfants portant des lésions cutanés diagnostiqué comme dermatite péri-orale granulomateuse [32].

Dans le lupus disséminé les lésions prédominent surtout au niveau des paupières et guérit en laissant une cicatrice [8] aucune association a une pathologie viscérale, comme c'est le cas de dermatite granulomateuse, ne semblent avoir été rapporté [30].

Les quatre affections ont un aspect lupoïde à la vitro pression.

Aucune anomalie biologique caractéristique est observé en cas de dermatite péri-orale granulomateuse, la rosacée ou lupus disséminé .dans la sarcoïdose un certain nombre des anomalies biologiques (élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, hypercalcémie hyperglobulinémie...) ou bien même des anomalies à la radio pulmonaire peuvent être observés.

c) Sur le plan histologique :

La dermatite granulomateuse est caractérisée par un épiderme légèrement hyperkératosique avec un infiltrat lymphohistiocytaire périfolliculaire intéressant le derme et la jonction dermo-hypodermique modéré avec présence d'un aspect granulomateux sans nécrose caséuse [8][19]. L'absence de nécrose caséuse centrale est également un critère indispensable pour posez le diagnostic de sarcoïdose.

Pour le lupus disséminé certains auteurs disent que c'est indispensable d'avoir au moins une lésion comprenant une nécrose centrale pour poser le diagnostic, la nécrose de lupus disséminé explique l'ombilication des lésions et l'évolution cicatricielle [5]. Pour d'autres auteurs la présence de nécrose n'est pas un critère indispensable pour poser le diagnostic de lupus disséminé de visage. [54]

Dans la rosacée la présence de demodex est extrêmement fréquent [5] ce qui n'est pas le cas de dermatite péri-orale granulomateuse. La présence de nécrose centrale n'est pas un critère indispensable pour poser le diagnostic histologique de rosacée.

D) Sur le plan évolutif et thérapeutique :

la dermatite péri-orale granulomateuse est une affection bénigne qui évoluent spontanément ou sous un traitement basé sur l'éviction de toute application préalable de corticothérapie, et l'utilisation des tétracyclines ou métronidazole vers la guérison, la forme granulomateuse de rosacée la plus proche de dermatite péri-orale granulomateuse résiste au traitement habituel de rosacée [22] (métronidazole, tétracycline, érythromycine...) elle peut être aggravé par la corticothérapie [10]. Le lupus disséminé de visage et la sarcoïdose (la forme aiguë) peuvent régresser spontanément ou sous corticothérapie. Ainsi la corticothérapie peut avoir un rôle aggravant dans le cas de dermatite granulomateuse et la rosacée granulomateuse ALORS qu'elle a montré son efficacité dans le cas de lupus disséminée et la sarcoïdose [47].

*Dans notre série :

-Chez deux enfants (observation 1 et 2) :

Aucune association a une atteinte autre que cutané n'as été observé.

Aucune anomalie biologique caractéristique n'a été observée à l'exception d'une légère augmentation de taux des leucocytes chez un enfant (observation2) en rapport fort probablement avec la surinfection des lésions)

-Chez le troisième enfant (observation3) les autres signes cliniques associé (fièvre, signes respiratoires) ont été considéré en rapport avec le déficit immunitaire primitive associé, tous en sachant que la sarcoïdose peut être associé à un déficit immunitaire. [52]

La prise en charge thérapeutique de dermatite péri-orale granulomateuse n'est pas codifiée on dispose de plusieurs options thérapeutiques :

L'abstention thérapeutique.

Les antibiotiques (métronidazole, tétracyclines, macrolides, fucidine)

Tacrolimus

Isotrétinoïne

L'abstention est justifié vu la possibilité d'une guérison spontanée des lésions péri-orales vers l'âge pubertaire.

Le métronidazole, la tétracycline, doxycycline, clarithromycine et l'érythromycine, ont été proposés dans le traitement de dermatite péri-orale granulomateuse vu qu'elle est proche dans ces caractéristiques à la rosacée. [1][9][41]

Le métronidazole a montré son efficacité dans le traitement de rosacée (surtout la rosacée infantile) [37] [38]. Dans la rosacée l'action de métronidazole pourrait être liée à une inhibition de la production des radicaux libres par les polynucléaires neutrophiles par un effet synergique avec l'acide palmitoleique présent dans la peau [39], cette action sous-tendrait son effet anti-inflammatoire. Il est surtout utilisé en topique (metrogel 0,75% ou 1%) en application chaque jour matin et soir pour une durée de 1 mois.

La tétracycline était également l'un des piliers de traitement pour la dermatite péri-orale granulomateuse qui a montré son efficacité dans certain cas par voie oral chez des enfants de plus de 8 ans[6] [7] [15] [40] [42]. Dans d'autre cas la tétracycline n'as pas montré une grande efficacité dans la disparition des lésions cutanée. [9]

La doxycycline a été envisagé pour le traitement de dermatite granulomateuse puisqu'elle a montré dans des études une grande inhibition de la formation des granulomes in vitro que la tétracycline. [43]

Les mêmes auteurs ont montré une faible inhibition de la formation des granulomes par l'érythromycine [43], ce qui explique la mauvaise réponse à ce médicament signalé par d'autres auteurs [2] [4]. Dans une autre publication l'érythromycine a montré son efficacité dans la guérison des lésions cutanée sans laisser de cicatrices après un an de traitement par voie oral [8], la posologie administrée dans ce cas était de 500mg par voie oral pendant une durée de 1 an.

La clarithromycine peut présenter une alternative à la tétracycline qui a montré son efficacité dans le traitement de dermatite péri-orale granulomateuse [9]. En 1997 , Torresani et al [41] ont montré l'efficacité et la sécurité de l'utilisation de clarithromycine par rapport à la doxycycline dans le traitement de la rosacée, ils ont traités deux groupes de patients atteints de rosacée sévère en utilisant ces deux traitements, il a observé que la clarithromycine est plus efficace et plus rapide pour obtenir une bonne évolution. Torresani a également effectué en parallèle des études non publié sur l'efficacité des macrolides dans le traitement des autres maladies inflammatoires de la peau telle que la dermatite péri-orales et l'acné papulopustuleuse. [9]

Le Tacrolimus qui est un macrolide immunosuppresseur a été suggéré pour le traitement de dermatite granulomateuse vu une réponse relativement bonne dans le lupus disséminé, rosacée et acné [32], ainsi que des rapports récents de la réussite de traitement avec Tacrolimus topique dans la sarcoïdose ou d'autre affection granulomateuse [50] [51]. L'utilisation de Tacrolimus en association avec les minocycline [32], ou seul [35], adonné une réponse spectaculaire.

En 1990 Smith KW a publié le cas d'une jeune chez qui le diagnostic de dermatite péri-orale granulomateuse a été posé [36], Smith a essayé dans son travail à chercher une relation entre dermatite granulomateuse et rosacée granulomateuse, et en se basant sur les résultats de son travail il a traité la patiente par l'isotrétinoïne qui a montré son efficacité dans le traitement de rosacée (action anti-inflammatoire), l'évolution était bonne. Dans un autre cas publié des lésions micro-papuleuse ont apparu sous traitement par l'isotrétinoïne [9].

*Dans notre série :

Deux enfants (observations 1,2) ont été traités par antibiothérapie systémique à base de macrolides (josacine®) antibiothérapie local à base de fucidine ® crème et fungilyse® ensuite par une crème émolliente à base de cuivre de zinc pour améliorer la qualité de peau. Le choix thérapeutique est basé dans les deux cas sur l'existence d'une surinfection cutanée des lésions péri-orales, et l'effet prouvé des macrolides dans la guérison des lésions péri-orales. L'amélioration clinique a été observée dans les deux cas dès la sixième semaine de traitement.

Chez le troisième enfant, la prise en charge thérapeutique été différentes vu le terrain de déficit immunitaire ainsi un traitement à base d'une antibiothérapie séquentielle (amoxicilline protégé macrolides, sulfamides) avec une antibiothérapie local pour la surinfection cutanée, a permis d'obtenir des bons résultats.



Conclusion

La dermatite péri-orale granulomateuse est une entité rare et particulière des

Dermatites péri-orales de l'enfant, décrite pour la première fois en 1970 dans une Publication de Gionatti et Al. Comme étant une éruption de la région péri-orale, faite de petites papules de couleur rouge-jaunâtres indolores non prurigineuses sans aucune atteinte systémique associée.

Depuis sa découverte par Gionatti et al, la dermatite péri-orale a pris beaucoup de nomination : Dermatite péri-orale granulomateuse, dermatite péri-orificielle granulomateuse, et FACE (Facial Afro-Caribbean Childhood Eruption).

C'est une affection qui a été décrite plus fréquemment chez les enfants noirs (phototype6), d'origine afro-caribéen, d'âge pré pubertaire cependant même les enfants de peau plus claire peuvent être touchés.

Le sexe masculin est plus touché que le sexe féminin.

L'étiologie exacte de cette affection reste inconnue, mais une enquête allergologique sera systématique à la recherche des produits allergènes et des irritants dont le contact risque d'aggraver les lésions initiales, a savoir certains agents antiseptiques, chewingum, vaseline, fibres synthétiques acryliques des vêtements.

Le rôle des dermocorticoïdes dans l'aggravation des lésions de dermatite péri-orale granulomateuse a été soulevé, mais le mécanisme exact par lequel les dermocorticoïdes aggravent ces lésions n'a pas été précisé.

Le diagnostic est orienté par l'aspect clinique, caractérisé par des micro-papules rougeâtres ou bien jaunâtres de localisation péri-orale, indolores non prurigineuses avec un aspect lupoïde à la vitro-pression, mais il est confirmé par

l'aspect histologique des lésions qui se présente sous forme d'un granulome caractéristique lympho-histio-plasmocytaire périfolliculaire de derme et la jonction dermo-hypodermique sans nécrose caséuse.

La dermatite péri-orale granulomateuse peut prêter confusion avec les autres dermatites péri-orales non granulomateuse. L'anamnèse et l'aspect clinique permettent d'éliminer les causes évidentes des dermatites péri-orales.

La rosacée, le lupus disséminé sont deux affections qui partagent beaucoup de points de ressemblance avec la dermatite granulomateuse sur le plan clinique et histologique, ce qui a motivé certain auteurs à les considérés comme étant une même affection, qui prend des aspects différents selon le terrain.

La sarcoïdose est une affection qui partage également des points communs avec la dermatite granulomateuse, à l'exception de l'atteinte systémique associée a l'atteinte cutanée en cas de sarcoïdose, ainsi certains auteurs ont considérés que la dermatite granulomateuse n'est qu'une forme précoce de sarcoïdose.

Le traitement de cette affection comprend plusieurs options thérapeutiques ainsi l'abstention thérapeutique, vu l'évolution possible vers la guérison à la puberté tous en expliquant aux parents notre attitude, ou l'antibiothérapie par voie systémique et local surtout en cas de surinfection cutané sont deux options thérapeutiques à choisir selon le terrain.

L'utilisation de Tacrolimus qui est un macrolide immunosuppresseur dans le traitement de dermatite péri-orale granulomateuse présente une perspective d'avenir dans la prise en charge de cette affection.



Résumés

Résumé

Thèse N°111 : Dermatite péri-orale granulomateuse chez l'enfant.

Auteur : **SABUR SARAH.**

Mots clé : Ethiopatogénie, description clinique, traitement.

La dermatite péri-orale granulomateuse est une entité rare et particulière des dermatites péri-orales de l'enfant dont l'étiologie exacte reste mal définie.

Le diagnostic est orienté par l'aspect clinique qui se présente sous forme de multiples papules rouges jaunâtres de la région péri-orale, avec un aspect lupoïde à la vitropression sans aucune atteinte systémique associée mais la confirmation de diagnostic est basée sur l'aspect histologique qui se présente sous forme d'un granulome périfolliculaire lympho-plasmocytaire de derme et la jonction dermohypodermique sans nécrose caséuse.

C'est une affection qui peut prêter confusion avec les autres dermatites péri-orales non granulomateuses. L'aspect clinique et l'anamnèse permettent d'éliminer les causes évidentes de dermatites péri-orales. Concernant la rosacée le lupus disséminé et la sarcoïdose sont des affections qui partagent beaucoup de points communs avec la dermatite péri-orale granulomateuse sur le plan cutané et histologique.

Sur le plan évolutif la dermatite péri-orale granulomateuse peut évoluer spontanément vers la guérison vers l'âge pubertaire, dans le cas contraire un traitement à base d'antibiothérapie, ou bien à base de Tacrolimus sera prescrit selon le terrain.

Nous rapportons trois cas suivi en consultation de dermatologie pédiatrique à l'hôpital d'enfant Rabat entre 2008-2011, il s'agit d'une fille de 11 ans et d'un garçon de 12 ayant comme antécédents une notion d'atopie et d'une fille de 12 ans avec déficit immunitaire primitive. Les trois malades présentaient des lésions péri-orales diagnostiqués comme granulomateuse à l'histologie, et ont été mis sous traitement à base d'antibiothérapie systémique et local, avec une bonne évolution clinique au bout de 6 semaines de traitement.

Summary

Thesis N°111 : Perioral granulomatous dermatitis in children

Author: **SARAH SABUR**

Keywords: Ethiopatogénie, clinical description, treatment.

The granulomatous perioral dermatitis is a rare and special perioral dermatitis of the child, whose exact etiology remains unclear.

The diagnosis is guided by the clinical appearance that is in the form of multiple yellowish red papules of the perioral region, with a look at the glass-lupoid pressure without any associated systemic involvement but diagnostic confirmation is based on the histological appearance that is in the form of a perifollicular granuloma lymphocytes and plasma cells in the dermis and the dermo-hypodermic noncaseating

It is a condition that can lend confusion with other peri-oral non granulomatous dermatitis. The clinical and history can eliminate the obvious causes of perioral dermatitis. Rosacea, systemic lupus and sarcoidosis are diseases that share much in common with granulomatous perioral dermatitis clinically and histologically, something that motivated the authors to consider them as a single disease presentation according to the various field.

Evolutionarily the granulomatous perioral dermatitis can develop self-limiting to pubertal age, otherwise treatment with antibiotic, or Tacrolimus-based or isotretinoin is prescribed depending on the terrain.

We report three cases followed in pediatric dermatology consultation in Rabat children's hospital between 2008-2011, it is a 11 year old girl and a boy of 12 as having a history of atopy concept and a 12 year old girl with immunodeficiency primitive. the three patients had lesions diagnosed as perioral granulomatous histology, and were based on treatment of systemic and local antibiotics, with a good clinical evolution after 6 weeks of treatment.

ملخص

أطروحة رقم 111: التهاب الجلد الحبيبي حول الفم عند الأطفال

من طرف: سارة الصبر

الكلمات الأساسية: التهاب الجلد الحبيبي . نسيجي . التشخيص التفريقي . العلاج

التهاب الجلد الحبيبي حول الفم هو حالة خاصة و نادرة من التهابات الجلد حول الفم عند الأطفال ذي آلية مرضية غير محددة. يسمح المظهر السريري لهذا الداء والتميز بحطاطات متعددة حمراء ومصفرة اللون في المنطقة المحيطة بالفم ذئبية الشكل عند الضغط بالزجاج بدون مظاهر جهازية مرتبطة بتوجيه التشخيص المرضي. لكن تأكيد التشخيص يعتمد على المظهر النسيجي المتميز بورم حبيبي متكون من خلايا لمفاوية و بلازماوية حول الجريبية و متمركز في الأدمة وتقاطعها مع تحت الأدمة بدون نخر ملاحظ.

التشخيص التفريقي لهذه الحالة المرضية يتم مع التهابات الجلد الأخرى حول الفم والغير حبيبية ويعتمد على المظهر السريري و سوابق المريض. الوردية الذئبية النظامية و السار كويد هي أمراض تتميز بالعديد من القواسم المشتركة مع الالتهاب الجلد الحبيبي سريريا و تشريحا الشيء الذي دفع العديد من الكتاب باعتبارهم حالة مرضية واحدة.

يمكن أن تتطور هذه الحالة المرضية للشفاء التلقائي مع سن البلوغ في الحالة المعاكسة يتعين وصف علاجاً بالمضادات الحيوية التاكروليموس أو الازوتيتينوين حسب الحالات

في هذه الأطروحة تم التطرق لثلاث حالات توبعت بمصلحة الأمراض الجلدية بمستشفى الأطفال بالرباط ما بين 2008 - 2011

يتعلق الأمر بفتاة تبلغ 11 سنة وولد يبلغ من العمر 12 سنة مع مفهوم حالة استشرائية و فتاة تبلغ من العمر 12 سنة مريضة بنقصان المناعة الأولي. توبع المرضى الثلاث من اجل التهاب جلدي حول الفم شخص كحبيبي في التشريح الدقيقة عولج المرضى الثلاث بمضادات حيوية جهازية و محلية مع نتائج سريرية جيدة بعد ستة أسابيع من العلاج.



Bibliographie

- [1] **Knautz MA, Leshner JL.** Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Pediatric dermatol* 1996 ; 13 :131-134
- [2] **Marten RH, Prebury DGC, Adamson JE, Cardelle BS.** An unusual papular and acneiform facial eruption in the negro child .*Br J dermatol* 1974 ;91 :435-438
- [3] **Williams HC ,Ashworth J, Pembroke AC, Breatnach SM.** FACE-facial Afro-Caribbean childhood eruption. *Clinical and experimental dermatol* 1990 ;15 :163-160
- [4] **Frieden IJ, Prose NS, Fletcher V, Turner ML.** Granulomatous perioral dermatitis in children. *Archives of dermatology* 1989 ;125 :369-373
- [5] **Cribier B, Lieber-Mboneyo A, Lipsker B.** Etude anatomo-clinique d'un cas de dermatite périoral granulomateuse de l'enfant. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2008 ; 135 :663-667
- [6] **Gergouras K, Kocsard E.** Micropapular sarcoidal facial eruption in a child : Gionatti –type perioral dermatitis. *Acta derm.venereol* 1978 ;58 : 433-436
- [7] **El Saad El Rifai M.** Perioral dermatitis with epithéloide granulomas in a woman : A possible new etiology. *Derm venereol* 1980 ; 60 :359-360
- [8] **Choi JL, Lee KJ, Cho HJ, Kim WS, Lee JH, Yang JM, Lee ES, Lee DY.** A case of childhood granulomatous periorificial dermatitis in a korean boy treated by oral erythromycine. *Journal of dermatology* 2006 ;33 :806-808
- [9] **Vincenzi C, Parent G, Tosti A.** Perioral granulomatous dermatitis :two cases treated with clarithromycin. *Journal of dermatological treatment* 2000 ;11 :57-61

- [10] **Savin JA, Alexander S, Marks R.** A rosacea like eruption of children. British journal of dermatology 1972 ;87 :425-429
- [11] **Cotteril JA.Perioral dermatitis.**B J Dermato 1979 ; 101 :259-262
- [12] **Wilkinson DS, Kirkton V, Wikinson JD.**Perioral dermatitis a 12 year review.B J Dermato 1979 ; 101 :245-257
- [13] **Manders SM, Lucky AW.**Perioral dermatitis in childhood .J Am Acad Dermatol 1992 ; 27 :668-92
- [14] **Grosieux G, Stalder JF.** Dermatite périoral de l'enfant. Ann Dermatol Vénérol 1997 ; 124 :346-350
- [15] **Husz S, Korom I.** Periocular dermatitis a micropapular sarcoide-like granulomatous dermatitis in a women. Dermatologica 1981 ; 162 :424-428
- [16] **Andry P, Bodemar C, Teillac-hanel D, Fraity S.** granulomatous perioral dermatitis in childhood :eight cases (abstract). Pediatric dermatol 1995 ; 12 :76
- [17] **Hansen KK, Mc tigue K, Esterkey NB.** Multiple facial neck and upper trunk papules in a black child : childhood granulomatous perioral dermatitis with involvement of the neck and upper trunk . Arch Dermatol 1992 ;128 :1396-1397
- [18] **Urbatsh AJ, Frieden I, Williams ML, Elevaski BE, Mancine AJ ,Paller AS.** Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis Arch Dermatol 2002 ;138 :1354-1358

- [19] **Gutte R, Holmukhe S, Garg G, Karkar V, Kopkar U.** Childhood granulomatous periorificial dermatitis in children with extra-facial involvement. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* 2011 ;77 :703-706
- [20] **Libbey. J .**dermatites péri-orale. *Progrès en dermato-allergologie Paris* 2000 :68-69
- [21] **Léauté-Labéze C, Chamailard M.** Rosacée de l'enfant. *Ann Dermatol Veneréol* 2007 ; 134 :788-92
- [22] **Jansen T.** Formes cliniques et classification de la rosacée. *Annale de dermatologie* 2011 ; 138 : S 138-S147
- [23] **Boralevi F, Léauté-Labéze C, Lepreux S ,Mazreew-Hautier J, Eschard C, Taib A.** Idiopathique facial aseptique granuloma: a multicenter prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol* 2007 ;156 :705-8
- [24] **Rebora A.** The management of rosacea. *Am J Clin Dermatol* 2002 ; 3(7) :489-496
- [25] **Descamp V, Bouscarat F, Marinbo E.** Manifestations cutanées de la sarcoidose .Elsevier masson ,document télécharger par SC d'université d'angers(99124),98-470-A-10
- [26] **Bousetta K, Alaoui N, Kharfi M, Zerki brini I, Fazaa B, Jabert F, Baculard A, Kammoun MR, Bousnina S.** La sarcoidose chez l'enfant difficulté diagnostic : à propos d'une observation. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2003 ; 16 :374-377
- [27] **WWW.stmi.org.tn** : Manifestation dermatologique de sarcoidose.

- [28] **Cox ES, Shanonne AB.** Papular facial eruption in an american african adolescent. *Arch Dermatol* 2006 ; 142(6) :775-80.
- [29] **Daniel F.** Les pièges diagnostiques .*Ann Dermato Venereol* 2003,130 : 121-131
- [30] **Borhan R, Vignon-Pennanem MD, Morel P.** Lupus miliaire dissimulé de la face :6 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2005,132 :526-30
- [31] **Zlaudek I, Distefani A, Ferrarac G, Argenziano G** . Childhood granulomatous periorificielle dermatitis :A controversial disease .*JDDG* 2005 ; 3 :252-255
- [32] **Misago N, Nakafusa J, Narisawa Y.** Childhood granulomatous periorificiel dermatitis :lupus miliaris disseminatus faciei in children ?.*JEADV* 2005 ; 19 :470-473
- [33] **Antony EC, Buckley DA, Russel-jones R.** Childhood granulomatous periorificial dermatitis in An asian girl –A variant of sarcoid ?. *Clinical and experimental dermatologie* 2002 ;27 :275-276
- [34] **Yu-Wen Li, Ming-Tuo Chuan, Shu-Ling Hu.** Granulomatous periorificiel dermatitis in a young women. *Dermatol sinica* 2006
- [35] **Hussain W, Daly BM.** Granulomatous periorificial dermatitis in an 11 – year-old boy : Dramatic response to tacrolimus .*European academy of dermatology and venereology* 2007 ; 21 :104-143
- [36] **Smith KW.** Perioral dermatitis with histopathologic features of granulomatous rosacea: successful treatment with isotretinoin. *Cutis* 1990; 46: 413-5

- [37] **Martinez V, Caumes E.** Metronidazole. *Ann dermatol vénereol* 2001 ; 128 :903-9
- [38] **Léoni S, et al.** Métronidazole alternative thérapeutique des rosacée oculaire et cutanée de l'enfant. *Jfr .ophtalmologie* (2011), doi 10,1016/J.JFO 2011.07.008
- [39] **Cribier B,** Metronidazole in : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapemme JM. *Dermatologie et maladie sexuellement transmissible Flammarion medecine-science Paris* 1994 :991
- [40] **Falk ES.** Sarcoide-like granulomatous periocular dermatitis treated with tetracycline. *Acta derm.Venereol (stockh)* (1985)65 :270-2
- [41] **Toressani C.** Clarithromycine a new perspective
In rosacea treatment. *Int J Dermatol* 1998; 37:343-9
- [42] **Mac Donald A, Feweil M.** Perioral dermatitis : A etiolo-ogy and treatment with tetracycline .*Br Jdermatolo* 1972 ; 87 :315-319
- [43] **Webster GF, Toso SM, Hegmann L.** Inhibition of a model of in vitro granuloma formation by tetracycline and ciprofloxacin. *Arch dermatol* 1994 ; 130 :748-752
- [44] **Boumgartner JD.** Les tétracyclines pharmacologie des concepts fondamentaux. Application thérapeutiques. *L'objectif médical.* 1998 : 715-716

- [45] **Auchenthaler RW, Francillon C.** Les macrolides pharmacologie : Des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques.L'objectif médical .1998 :723-727
- [46] **Aditya K, Gupta AK, Goldfar MI, Rasmussen JE .**Papular midfacial eruption in a child .Arch Dermatol 1989 ; 125 :1703
- [47] **Rasmussen JE.**In reply .Arch dermatol 1990 ;9 :1237-1238
- [48] **Lubbe J, Saurat JH.** Monographie de tacrolimus topique (protopic) .Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130 :290-302
- [49] **Berbis P. Retinoïdes. Encycl. Med Chir (edition scientifique et médical Elsevier SAS Paris tous droit réservé) Dermatologie 98-938-A-10, 2001,14p**
- [50] **Ludwig E, Allan JP, Bieber T, Novak K.** New treatment modalities for granuloma facial .Br . J Dermatol2003 ; 149 :634-637
- [51] **Nasr IS.** Topical tacrolimus in dermatology. Clin Exp Dermatol 2000 ; 25 :250-254
- [52] **Hamza S, Brahim S, Zerguini H, Hakar S, Litim K.**La sarcoidose mediastinopulmonaire et le déficit immunitaire à propos d'un cas. Archive de pédiatrie 2010;17 :158
- [53] **CoulyG, Le lièvre-AyerC.** Crête neurale céphalique et les malformations cervico-faciales humaines .Revpédiatr 1983 ; 19 :5-21
- [54] **El darouti M, Zaher H.**Lupus miliaire disseminatus faciei-pathologic study of early, fully developped, and late lesions.Int J Dermatol1993 ; 32 :508-11

- [55] WWW.dshs.state.tx.us
- [56] WWW.porteil.unice.fr
- [57] WWW.Dermatologie.free.fr
- [58] WWW.Medqual.fr
- [59] WWW.Benghozzia.webstrats.com
- [60] WWW.psorialesse.com
- [61] WWW.Medicinalive.com
- [62] WWW.Alf3.unibas.ch
- [63] WWW.Pharmaciedelepoulle.com
- [64] WWW.atlas-dermato.org
- [65] WWW.leo-pharma.ca

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 بالجهد الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

الإلتهاب الحبيبي حول الغم عند الأطفال

بمعد 3 حالات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة: سارة الصير

المولدة في: 14 يونيو 1986 بالقنيطرة

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لتفيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: إتهاب الغم الحبيبي - نسيجي - التشخيص التفريقي - العلاج.

تحت إشراف اللجنة التكوينة من الأساتذة

رئيس

السيد: عبد العالي بنتهيبة
أستاذ في طب الأطفال

مشرق

السيدة: فاطمة جابوبيريك
أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

السيد: التهامي بنوشان
أستاذ في طب الأطفال
السيدة: فاطمة المنصوري
أستاذة في التشريح الدقيق