



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



**LES DERMATOSES FACIALES
PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE CHU
HASSAN II DE FÈS
A propos de 564 cas**

Docteur ELLOUDI SARA

Née le 02/03/1982 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : Dermatologie

Sous la direction de:

Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Juin 2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

A mon maître

Madame le Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance. Vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veuillez, chère Maître, trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Tous Nos Maîtres

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir. Vous avez prodigués avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils. Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

PLAN

INTRODUCTION.....	6
MATERIELS ET METHODES	8
1. Type de l'étude	9
2. Lieu de l'étude	9
3. Date de l'étude	9
4. Population étudiée	9
5. Méthodes	9
RESULTATS	11
1. L'âge.....	12
2. Le sexe	13
3. La profession	13
4. L'origine.....	13
5. Répartition selon le niveau socio-économique	14
6. Antécédents	14
7. Délai moyen de consultation	14
8. Les symptômes	14
9. Le phototype	14
10. Le siège et le type des lésions.....	15
11. Bilan paraclinique	15
12. Diagnostics	16
12.1. La pathologie inflammatoire	19
12.2. Pathologie infectieuse	20
12.3. Les pathologies auto-immunes	22
12.4. Pathologie tumorale	23
12.5. Pathologie pigmentaires	24
12.6. Pathologies vasculaires	25

12.7. Autres dermatoses faciales	26
13. Traitement	26
14. Evolution	26
DISCUSSION	27
A. Rappel anatomique et physiologique de la face.....	28
B. Données épidémiologiques	30
1. L'âge et le sexe	30
2. Délais moyen de consultation	30
3. Symptômes	31
4. Siège et types de lésions	31
C. Les diagnostics	32
1. Les maladies inflammatoires	32
2. La pathologie infectieuse.....	35
3. Les pathologies systémiques et auto-immunes	36
4. Pathologies pigmentaires	37
4.1. Vitiligo	37
4.2. Mélasma.....	37
4.3. Autres troubles pigmentaires	38
5. La pathologie tumorale	38
6. Autres dermatoses faciales	39
CONCLUSION	40
RESUME	44
Annexes	48
BIBLIOGRAPHIE.....	54

INTRODUCTION

Les dermatoses faciales sont très variées, elles constituent un motif fréquent de consultation. Elles représentent un difficile problème diagnostique et un challenge thérapeutique. Ainsi plusieurs affections peuvent toucher la face, qu'il s'agisse d'une affection de cause externe, ou bien d'une localisation faciale d'une dermatose ou affection générale

La plupart des étiologies reste de pronostic favorable. Cependant, certaines altèrent la qualité de vie surtout chez la population jeune dont la dermatose faciale représente un préjudice esthétique majeur.

MATERIELS ET METHODES

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique.

2. Lieu de l'étude :

Notre étude a été menée au sein de CHU Hassan II.

3. Date de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du début Janvier 2016 à la fin Décembre 2016.

4. Population étudiée :

- Critères d'inclusion :

Tout patient quelque soit son âge se présentant en consultation spécialisée ou en hospitalisation au service de dermatologie pour une symptomatologie faciale.

- Critères d'exclusion :

Sont éliminées de ce cadre les patients de la consultation générale, les kératoses actiniques et les naevi.

5. Méthodes :

Pour les patients admis dans l'étude, ont été recueillis sur une fiche d'exploitation pré-établie, les paramètres suivants :

- L'âge, le sexe, la profession, le niveau intellectuel ainsi que le niveau socio-économique.
- Les antécédents personnels et familiaux, le délai moyen de consultation (la durée d'évolution avant la consultation), les signes fonctionnels.

- Par un examen clinique minutieux de la face, ils étaient précisées le siège et les types des lésions, l'examen du reste des téguments est nécessaire à fin d'orienter le diagnostic
- Notre examen clinique est complété dans certaines situations par l'examen dermoscopique et l'examen à la lumière de Wood.
- Les examens paracliniques : biologique, microbiologique, radiologique, et histopathologique de l'échantillon ont été effectués lorsque nécessaire pour confirmer le diagnostic.
- Les diagnostics confirmés.
- Les différents traitements administrés en fonction du diagnostic
- L'évolution.

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel et analysées sur le logiciel SPSS Statistics version 20.

RESULTATS

Un total de 564 malades atteints d'une dermatose faciale étaient inclus dans cette étude. 74% étaient des malades de la consultation, et 26% étaient des malades hospitalisés.

1. L'âge : (figure 1)

Toutes les tranches d'âge étaient touchées avec une fréquence plus importante (59 % des cas) pour la tranche d'âge entre 16 et 40 ans.

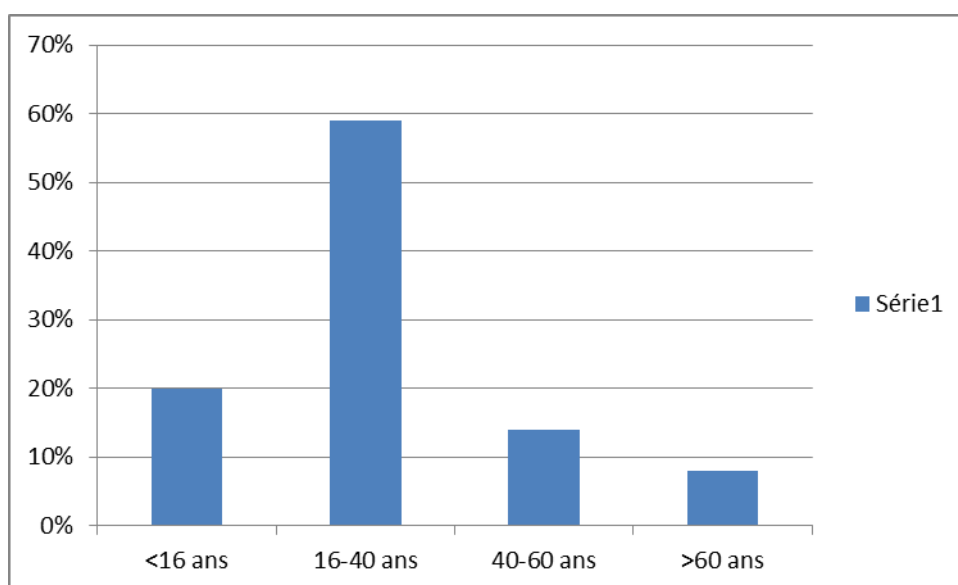


Figure 1: Répartition des patients selon l'âge

2. Le sexe (figure 2) :

Notre étude incluait 387 femmes soit 69% des cas et 177 hommes soit 31% des cas avec une prédominance féminine : sex ratio de 2,18.

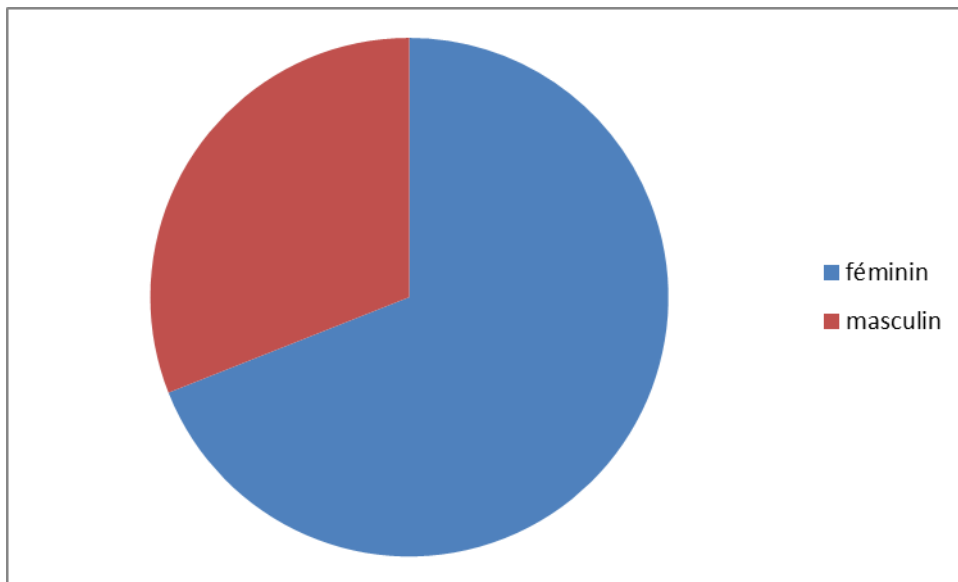


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

3. La profession :

Les professions à risque d'exposition solaire chronique étaient notées dans 10% des cas.

4. L'origine:

78% de nos patients étaient issus du milieu urbain contre 22% d'origine rurale.

5. Répartition selon le niveau socio-économique :

Notre étude incluait 57% de patients de niveau socio-économique moyen, le reste était d'un niveau socio-économique bas.

6. Antécédents

Les malades de notre étude avaient des antécédents d'exposition solaire chronique dans 10% des cas, et d'application de topiques dans 38% des cas.

7. Délai moyen de consultation :

Le délai moyen de consultation qui est défini comme étant la durée d'évolution des symptômes avant la consultation variait de 1 mois à 10 ans avec une moyenne de 13 mois.

8. Les symptômes :

Le symptôme le plus retrouvé était le prurit dans 28% des cas. D'autres plaintes ont été retrouvées notamment la douleur, Le picotement, le suintement. Certains patients ont eu plus d'une plainte et certains d'autres étaient asymptomatiques.

9. Le phototype:

Nos patients étaient de phototype 4 dans 59% des cas, et de phototype 3 dans 39% des cas.

10. Le siège et le type des lésions:

La localisation jugale était quasiment touchée seul (16%) ou associé à d'autre localisation dans 70 % des cas. La localisation médio-faciale était atteinte dans 9% des cas. L'atteinte de tout le visage était retrouvée dans 5% des cas.

Tous les types de lésions étaient retrouvés dans cette étude (érythème, purpura, dyschromie, papule, plaques, nodule, pustule, vésicule, bulle, œdème, érosion, ulcération, sclérose), les patients avaient souvent plus d'un type de lésion.

L'examen à la lumière de Wood nous a permis de confirmer le diagnostic de vitiligo chez 18 malades, tandis que l'examen dermoscopique a été effectué chez 112 malades orientant ainsi le diagnostic et le site de biopsie.

11. Bilan paraclinique :

Pour confirmer le diagnostic, certains examens paracliniques étaient demandés, notamment le bilan immunologique dans le cadre des maladies de système. La biopsie a été réalisée chez 25 % des malades.

12. Diagnostics :

Les étiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies inflammatoires dans 295 cas soit 52% des cas. L'acné venait en tête de liste dans 75% des cas. La dermatite séborrhéique, l'eczéma, la dermatite atopique, le psoriasis, et la rosacée étaient retrouvés dans environ 12% des cas chacun. La pathologie tumorale maligne était trouvée dans 41 cas soit 6% des cas, dominée principalement par les carcinomes basocellulaires dans 20 cas soit 49% des cas. Les carcinomes spinocellulaires et les lymphomes dans 25% des cas chacun (10 cas). Une cause infectieuse était trouvée chez 44 patients, dont l'origine bactérienne était trouvée dans 41% des cas, alors que l'origine parasitaire et virale étaient trouvées dans 34% et 25% des cas chacun. Les troubles pigmentaires les plus fréquents étaient le vitiligo (18 cas) et le mélasma (10 cas). L'origine systémique et auto-immune était notée dans 60 cas soit 11% des cas. En hospitalier, le type de pathologie qui prédominait était les maladies de système, les tumeurs malignes qui nécessitaient un bilan d'extension, et certaines pathologies inflammatoires ou infectieuses. Alors qu'en consultation, les troubles pigmentaires, et les pathologies inflammatoires non systémiques étaient prédominantes. (tableau 1)

Tableau I : Les diagnostics retrouvés :

Pathologie	femme	homme	enfant	Total nbre(%)
*Inflammatoire				*300 (53%)
-acné	148	52	-	222 (74%)
-eczéma	-	5	32	37 (12%)
-dermatite séborrhéique	12	5	1	17 (5,33%)
-psoriasis	4	5	2	11 (3,66%)
-rosacé	8	2	-	10 (3,33%)
-sd de sweet	4	1	-	5 (1,66%)
*Tumorale				*42 (7%)
-CBC	5	15	-	20 (49%)
-CSC	5	5	-	10 (25%)
-lymphome	2	8	-	10 (25%)
-mélanome	2	-	-	2 (3%)
*Infectieuse				*45 (8%)
-bactérienne	2	4	12	18 (41%)
-virale	3	3	5	11 (25%)
-parasitaire	8	2	6	16 (34%)
*Pigmentaire				* 36 (6,38 %)
-vitiligo	11	5	2	18 (50 %)
-mélasma	7	-	-	7 (19%)
-autres	9	1	1	11 (30%)
*Autoimmune				*60 (11%)
-maladies systémiques				43 (71%)
➤ Lupus	16	2	2	20 (46,5%)
➤ Dermatomyosite	5	2	1	8 (18%)
➤ sclérodermie	7	-	-	7 (16%)
➤ Sarcoidose	6	-	-	6 (14%)
➤ Connectivite mixte	2	-	-	2 (5%)
-DBAU				*17 (28%)
➤ Pemphigus	10	4	-	14 (82%)
➤ Sous épidermique	2	1	-	3 (18%)
*Vasculaire				*26 (5%)
-tm vasculaire(hémangiome)	-	-	21	21 (81%)
-malformations vx	-	-	5	5 (19%)
*Cicatrices				*18 (3%)
-atrophique	4	4	2	10 (55,55%)
-hypertrophique	1	1	1	3 (16,66%)
-autres				5 (28%)
*Génodermatoses				*12 (2,49%)
-ichtyose			4	4 (33%)
-XP			4	4 (33%)
-NF1			4	4 (33%)
* Toxidermie				*9 (1,6%)
* Autres				*14 (5,5%)

Un total de 113 enfants avait une dermatose qui touchait le visage, leur âge moyen était de 6 ans avec des extrêmes allant de 6 mois à 15 ans. Les dermatoses faciales retrouvées chez les enfants (figure 3) étaient dominées par la pathologie infectieuse dans 32 cas soit 28% des cas, suivi par la dermatite atopique dans 26% des cas et les tumeurs et malformations vasculaires dans 23% des cas dominé par les hémangiomes. Les génodermatoses étaient trouvées dans 12 cas réparties de façon égales entre ichtyose, xéroderma pigmentosum et la neurofibromatose type 1. Autres causes diverses ont été trouvés dans 23 cas

Le détail de ces dermatoses retrouvées chez les enfants est rapporté dans la figure 3.

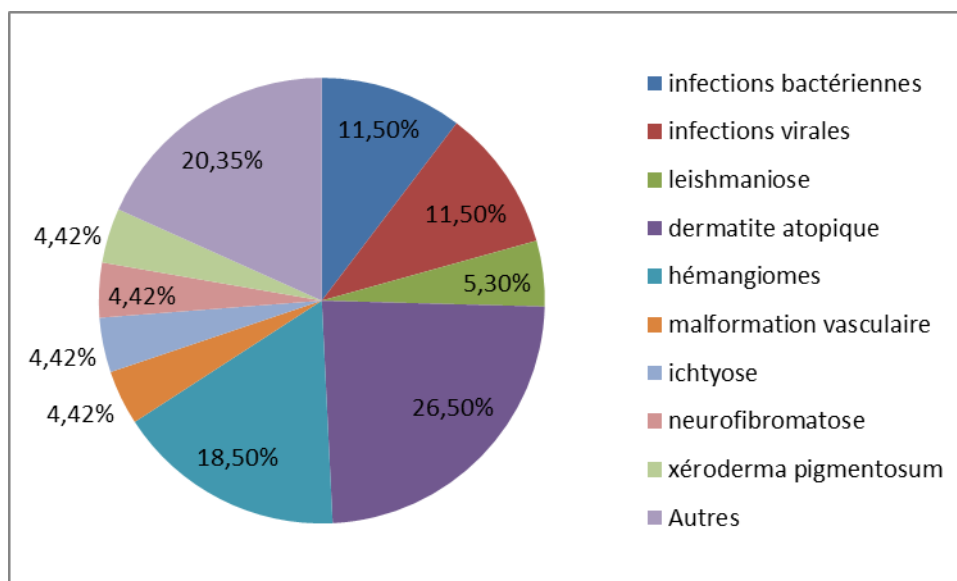


Figure 3: Répartition des dermatoses chez les enfants

12.1. La pathologie inflammatoire :

Notre étude nous a permis de colliger 295 des patients avec des lésions faciales en rapport avec des pathologies inflammatoires. Ces patients avaient un âge moyen de 36 ans et une prédominance féminine avec un sexe ratio de 2F/1H. La durée de plaintes était de 13 mois. Ces dermatoses inflammatoires étaient variées, elles étaient dominées par l'acné dans 75% des cas. La dermatite séborrhéique, l'eczéma, la dermatite atopique, le psoriasis, et la rosacée étaient retrouvés dans environ 12% des cas chacun. (Figure 4)

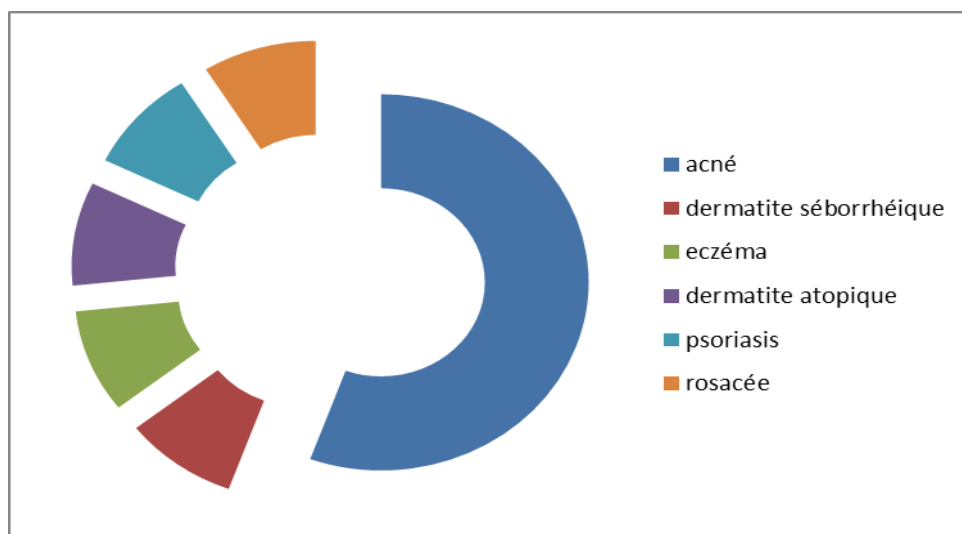
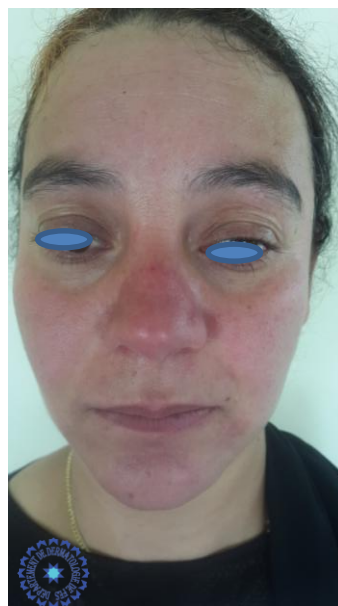


Figure 4 : répartition des différentes dermatoses inflammatoires



Acné sévère



Rosacée



Dermatite atopique

12.2. Pathologie infectieuse :

Cette étude a permis de colliger 44 cas de lésions faciales d'origine infectieuse, avec une prédominance chez les enfants. L'âge moyen de survenue était de 25 ans avec des extrêmes allant de 6mois à 75 ans. La durée d'évolution était en moyenne courte. L'infection bactérienne était prédominante retrouvée chez 18 patients. Parmi ces causes bactériennes, l'infection par le staphylocoque et le streptocoque étaient les plus retrouvées. Les infections parasitaires et principalement la leishmaniose, occupaient la seconde place et étaient retrouvées chez 16 patients. L'étiologie virale était retrouvée chez 11 malades. L'infection virale à HPV et VZV étaient les plus rapportées. D'autres infections virales telles que les infections à HSV et à poxvirus ont été aussi retrouvées.

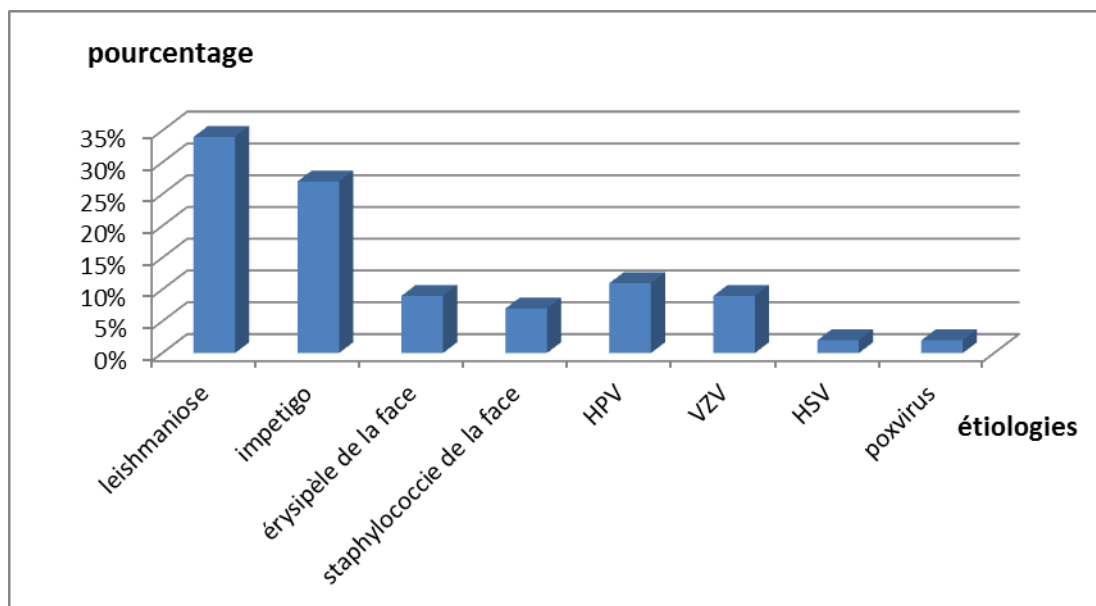


Figure 5 : Les dermatoses infectieuses retrouvées dans notre série



Leishmaniose



Verrue vulgaire



Impétigo



Kaposi jeluisberg



Herpès



érysipèle de la face

12.3. Les pathologies auto-immunes :

Les maladies auto-immunes étaient retrouvées chez 60 malades, d'âge moyen de 45 ans, avec une prédominance féminine, sexe ratio H/F de 3,61. Le délai moyen de consultation était de 7 mois. La biopsie cutanée nous a permis de confirmer le diagnostic dans la plupart des cas. Les maladies de systèmes étaient trouvées chez 43 malades et étaient réparties comme suit : lupus dans 20 cas, dermatomyosite dans 8 cas, sclérodermie dans 7 cas, sarcoïdose dans 6 cas et connectivite mixte dans 2 cas. Les dermatoses bulleuses étaient notées dans 17 cas, chapotées par les pemphigus dans 14 cas. (Figure 6).

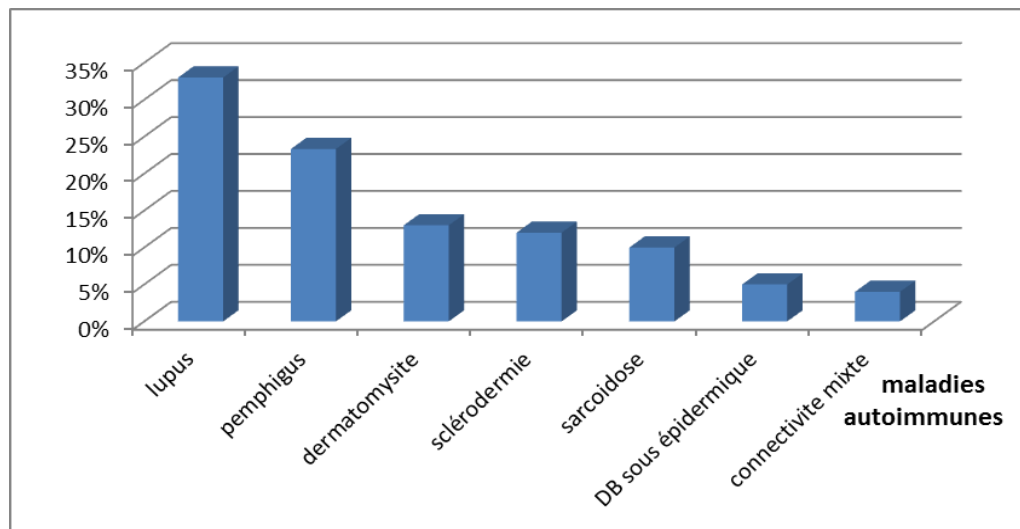


Figure 6 : répartition des maladies auto-immunes



Lupus aigu



Dermatomyosite



Sarcoidose



sclérodermie

12.4. Pathologie tumorale :

41 malades présentant des lésions tumorales malignes au niveau du visage étaient colligés. L'âge moyen des patients variait de 35 ans à 90 ans avec une moyenne de 55 ans. On avait noté une nette prédominance masculine sexe ratio H/F de 3,1. Les malades n'avaient consulté qu'après un délai moyen de 30 mois. Ces pathologies tumorales étaient représentées par les carcinomes basocellulaires (CBC) dans 20 cas, les carcinomes spinocellulaires) CSC et les lymphomes dans 10 cas chacun. Le mélanome de dubreuil était retrouvé chez une seule malade. Les lymphomes cutanées était prédominés par le mycosis fongoïde dans 6 cas. (Figure 7)

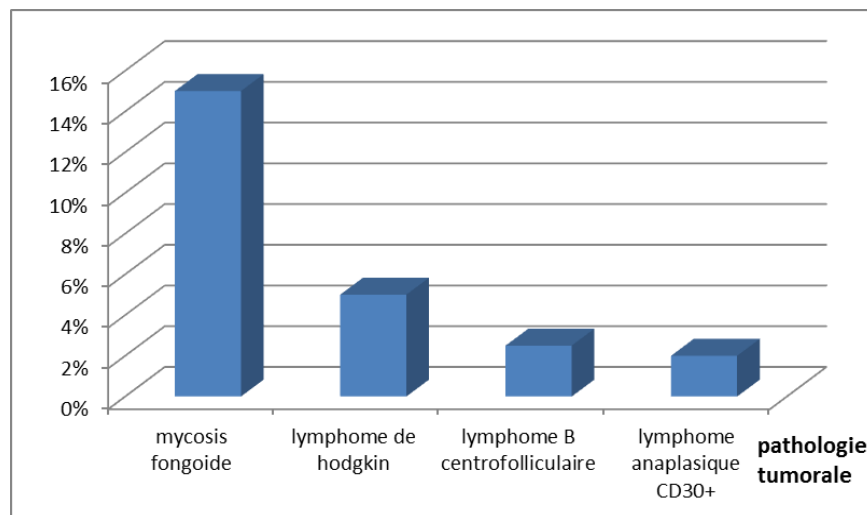


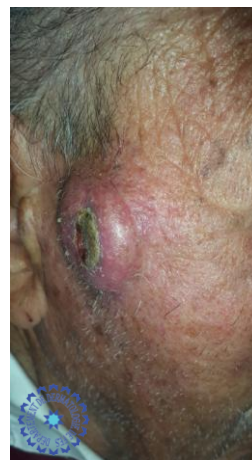
Figure 7 : répartition des lymphomes cutanés



Mélanome



BC



CSC



lymphome CD30+

12.5. Pathologie pigmentaires :

Les troubles pigmentaires étaient rapportés dans 36 cas, les étiologies les plus fréquentes étaient le vitiligo dans 18 cas et le mélasma dans 10 cas. Autres troubles pigmentaires étaient notées dans 10 cas.

Tous les malades ont bénéficié d'un examen à la lumière de Wood orientant ainsi le diagnostic et évaluant la profondeur de la pigmentation.

12.5.1. Vitiligo:

18 patients présentant des lésions de vitiligo au niveau de la face étaient inclus dans notre étude, avec une prédominance féminine sex ratio : 1,57. L'âge des malades variaient de 10 à 63 ans avec une moyenne de 34 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions variait de 1 mois à 48 mois avec un délai moyen de 14 mois. L'examen à la lumière de Wood objectivait une accentuation de contraste et parfois même une révélation des lésions infra-cliniques.

12.5.2. Mélasma:

7 patientes avaient des lésions de mélasma touchant essentiellement les joues et le front. L'âge moyen des malades était de 37 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions était de 12 mois. L'examen à la lumière de Wood confirmait la pigmentation dermique dans la plupart des cas.

12.5.3. Autres troubles pigmentaires:

Autres troubles pigmentaires ont été rapporté dans notre études dans 10 cas, représentés essentiellement par le lichen pigmentogène, et les pigmentations post inflammatoires.



Vitiligo



Mélasma



Cicatrice post
inflammatoire



Lichen pigmentogène

12.6. Pathologies vasculaires :

La pathologie vasculaire était aussi présente dans notre étude dans 26 cas, prédominait chez l'enfant. La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 12 mois. L'hémangiome était la cause la plus rapportée dans 21 cas et prédominait chez les filles. Alors que les malformations vasculaires n'étaient notées que chez 5 patients. La localisation jugale était prédominante.



Maformation veineuse



Hémangiome mixte



Angiome plan

12.7. Autres dermatoses faciales :

D'autres dermatoses faciales diverses étaient retrouvées dans notre étude chez 62 malades restant, notamment les localisations faciales des toxidermies, les cicatrices post traumatiques, certaines tumeurs bénignes et autres.

13. Traitement :

Les traitements étaient instaurés en fonction de l'étiologie, allant d'un traitement local à un traitement général et dans certaines situations un traitement chirurgical. Les traitements locaux étaient soit des traitements topiques tels que les dermocorticoïdes, le tacrolimus, les antimycosiques, les antibiotiques, ou bien des traitements physiques par la cryothérapie, la photothérapie ou le laser. Le traitement général était indiqué en fonction de la pathologie sous-jacente, soit des antibiotiques, des antiviraux, des antiparasitaires, des antipaludéens de synthèse, des corticoïdes, ou bien des immunosuppresseurs. Un traitement topique adjuvant était associé dans certaines situations, et la photoprotection chimique et physique dans tous les cas.

14. Evolution :

La plupart des dermatoses retrouvées dans notre série avaient un pronostic favorable avec un recul moyen de 8 mois. Une bonne amélioration était observée dans 88% des cas. 66 malades étaient en début de traitement et il y avait 2 décès suite à l'atteinte systémique de leurs pathologies (1 cas de mycosis fongoïde, et un cas de lymphome anaplasique à grande cellule CD30+).

DISCUSSION

A. Rappel anatomique et physiologique de la face

Le visage constituant l'interface principale des rapports interhumains, toutes les maladies faciales ont un retentissement émotionnel majeur, expliquant une demande parfois pressante de prise en charge médicale. Elles altèrent nettement la qualité de vie et s'accompagnent parfois de troubles psychiques importants.

Pour ces raisons, il y a parfois une discordance entre la souffrance ressentie et la gravité objective des lésions cutanées.

La zone faciale a un certain nombre de particularités anatomiques et fonctionnelles, qui expliquent la localisation préférentielle ou exclusive de certaines affections dermatologiques ou leur présentation particulière. De plus, le cuir chevelu participe souvent au tableau clinique des maladies faciales.

L'exposition constante à la lumière et aux facteurs physiques climatiques (froid, vent) explique que les phénomènes de sénescence cutanée et les lésions qui s'y rattachent soient plus précoces ici qu'ailleurs et que les photodermatoses soient principalement localisées à la face

L'abondance des follicules pilosébacés sécréteurs de sébum permet d'expliquer la prépondérance à la face de l'acné ou la survenue préférentielle au visage de lésions liées à la fertilité microbiologique du sébum (exemple la dermatite séborrhéique).

La microvascularisation cutanée faciale est très différente de celle des autres territoires cutanés. Elle est sous double contrôle cholinergique et adrénergique, ce qui permet d'expliquer les accès d'érubescence et de pâleur faciale qui caractérisent certaines affections cutanées ou systémiques. Elle intervient, avec la mimique volontaire, dans l'expression visible et quelquefois

incontrôlable des émotions (exemple l'érythème pudique). La circulation veineuse du visage a un écoulement antigravitaire et intervient dans les mécanismes de thermorégulation cérébrale, le sang veineux facial étant plus froid que celui du reste du corps [1]. La vascularisation du nez et des oreilles est de type terminal. La basse température du nez y favorise la croissance de certains germes.

La proximité des orifices naturels supérieurs (bouche, nez, yeux, oreilles) a pour conséquence l'extension à la face d'affections liées à des anomalies de ces mêmes orifices et des cavités auxquelles ils donnent accès. Les dermatoses périorificielles ont un lien avec la pathologie dentaire, buccale ou ophtalmologique.

L'origine embryologique particulière permet d'expliquer la fréquente localisation faciale de nombreuses malformations et génodermatoses. En effet, à part les structures épithéliales, pigmentaires et nerveuses, les vaisseaux, les parties molles, les dents et les pièces squelettiques de la face proviennent aussi du tube neural céphalique et ceci permet de mieux comprendre que les angiomes systématisés ou les dysmorphies des maladies neuroendocriniennes aient plus souvent une localisation faciale. (1)

B. Données épidémiologiques :

Il n'existe pas d'études complètes sur le profil des dermatoses faciales en général, d'où l'intérêt de notre étude. Avec 564 cas diagnostiqués en 12 mois. Notre étude montre que les dermatoses faciales sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation. Elles sont le plus souvent la source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant. L'analyse des résultats de notre série montrait la survenue de dermatoses faciales chez toutes les tranches d'âge y compris les nourrissons avec une prédominance chez la population d'âge moyen.

1. L'âge et le sexe :

L'analyse des résultats de notre série montrait la survenue de dermatoses faciales chez toutes les tranches d'âge y compris les nourrissons avec une prédominance chez la population jeune entre 16 et 40 ans, et une prédominance féminine. Des résultats similaires étaient notés dans une étude prospective colligeant 127 cas de dermatoses faciales et qualité de vie. (2)

2. Délais moyen de consultation :

Le retard diagnostic avec un délai de consultation allant parfois jusqu'à 48 mois était noté dans les carcinomes cutanés qui prédominaient chez la population plus âgée. Ceci peut être expliqué par l'évolution progressive de la symptomatologie, l'absence de signes fonctionnels suscitant une consultation, et par le désintérêt des patients âgés vis-à-vis du préjudice esthétique bien que certaines localisations peuvent engager le pronostic fonctionnel.

Alors que Les dermatoses faciales d'origine inflammatoires et qui prédominaient chez la population jeune, constituaient un motif fréquent de

consultation. Ceci peut être expliqué par leur caractère affichant et par les signes fonctionnels plus motivants les patients à consulter précocement.

3.Symptômes :

Le prurit était le symptôme le plus fréquent dans notre série car il est retrouvé chez 28% des patients ce qui rejoint la littérature. Autres signes ont été aussi rapportés en fonction de la pathologie sous-jacente. (3)

4.Siège et types de lésions :

Pour les pathologies systémiques, la photosensibilité était le maître symptôme, et la présence d'autres lésions extra-faciales était un élément très important dans l'orientation diagnostique afin d'adopter le bon choix thérapeutique.

Le polymorphisme des lésions cliniques retrouvées chez les patients est en rapport avec la variété des étiologies retrouvées.

C. Les diagnostics

1. Les maladies inflammatoires :

1.1. Acné

Dermatose inflammatoire très fréquente des follicules pilo-sébacés, survenant généralement à la puberté, disparaît le plus souvent à l'âge adulte. Sa physiopathologie est multifactorielle incluant l'hyperséborrhée, la kératinisation infundibulaire, la prolifération du *Propionibacterium acnes* et l'inflammation. Le diagnostic est purement clinique malgré le polymorphisme lésionnel. Contrairement à la rosacée, la région médio-faciale est généralement respectée. Le traitement varie selon la forme clinique et sa sévérité. Dans notre région ensoleillée, l'acné était l'étiologie la plus rapportée des dermatoses faciales préoccupant plus que la moitié des cas, avec une prédominance féminine. On notait différentes formes cliniques dans notre série. L'acné tardive inflammatoire chez une femme au-delà de 25 ans associée à des signes d'hyper-androgénie, révélait un syndrome des ovaires poly-kystiques dans la majorité des cas. Le traitement local était toujours de mise, le traitement oral (rétinoïdes ou cyclines) était instauré d'emblée dans les formes modérées à sévères afin de minimiser les lésions cicatricielles. (4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)

1.2. Eczéma :

L'eczéma est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Elle constitue la 2ème cause des étiologies inflammatoires des dermatoses faciales dans notre série (36 cas soit 12% des cas). La dermatite atopique prédominait chez les enfants était de loin la plus fréquente noté dans 29 cas. Ceci peut être expliqué en partie par les facteurs climatiques de notre région. Alors que les eczémas de contact aigu ou chronique étaient notée seulement dans 7 cas. Le prurit était le maître symptôme dans cette affection comme ce qui était rapporté dans la littérature, retentissant ainsi sur la qualité de sommeil des patients. (14)

1.3. Rosacée

La rosacée est une dermatose faciale inflammatoire bénigne, fréquente et chronique. Se voit chez les sujets de phototype clair d'âge moyen, avec une prédominance féminine comme était le cas chez nos malades. Son diagnostic est clinique. Plusieurs théories ont été soulevées, mais aucune ne peut à elle seule expliquer la clinique hétérogène de la maladie. On distingue 4 stades évolutifs de la pathologie : le 1^{er} stade est celui des bouffées vasomotrices paroxystiques et transitoires, déclenchés par certains facteurs : Effort, émotion intense, boissons chaudes, aliments épicées, alcool, et les changements de température. Le 2^{ème} stade est la Rosacée érythémato-télangiectasique ou l'érythro-couperose, caractérisée par un érythème médio-faciale permanent parsemé de fines télangiectasies. La Rosacée papulo-pustuleuse est le 3^{ème} stade caractéristique de la rosacée, alors que la forme hypertrophique appelé encore l'éléphantiasis facial est le 4^{ème} stade qui touche presque exclusivement le sexe masculin.

Autres formes cliniques sont décrites : la rosacée granulomateuse, granuleuse, fulminans, et stéroïdienne. L'évolution se fait par poussées – rémissions qui peuvent altérer la qualité de vie, et le traitement fait appel avant tout aux mesures d'hygiène de vie, associé aux cyclines et au métronidazole topique. Dans la majorité des cas (80% des cas) de notre série, le traitement faisait appel au traitement systémique associé au traitement physique basé sur le laser colorant pulsé et aux lumières pulsées. Des études récentes ont objectivé l'association fréquente de la rosacée aux maladies inflammatoires chroniques intestinales, notamment la maladie de crohn et la réctocolite hémorragique. Ce qui n'était pas le cas chez nos malades. (15,16,17,18,19,20)

1.4. Psoriasis :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire fréquente, il présente 1 à 2% de la population européenne, survenant sur un terrain génétiquement prédisposé.

La localisation faciale du psoriasis n'est pas rare, et elle est généralement associée à une atteinte du cuir chevelu. Dans notre série, on n'a pas noté une prédominance de sexe (sex-ratio F/H = 1,2). La localisation médio-faciale et rétro-auriculaire des plaques érythémato-squameuses faisait discuter également une dermatite séborrhéique, mais l'atteinte associée du scalp et la présence d'autres lésions au niveau du corps facilitait le diagnostic. Cette localisation du visage limitait le recours à la photothérapie puisque la majorité des malades ayant cette localisation du visage ont généralement un psoriasis photo-aggravé. (21,22)

1.5. Dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique (DS) est une dermatose chronique assez fréquente avec une prévalence de 1 à 3% en France. Le sébum ne joue probablement qu'un rôle accessoire, favorisant la prolifération d'une levure lipophile de la peau, le *Malassezia furfur*. Elle touche le plus souvent les hommes adultes (18 à 40 ans). Par ailleurs, dans notre série, on a noté une nette prédominance féminine. La DS est aggravée par les stress émotionnels et s'améliore spontanément en été. L'atteinte du visage est la localisation la plus fréquente et la plus typique, elle se présente sous forme de plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses dans les zones où prédomine la séborrhée : sillons naso-labiaux, sourcils, glabella, lisière antérieure du cuir chevelu. Dans les formes étendues, il peut y avoir une atteinte du menton et des bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique). Une atteinte disséminée à tout le corps doit éliminer un terrain d'immunodépression sous-jacent notamment une immuno-déficience acquise. (23,24,25,26)

2. La pathologie infectieuse:

2.1. Dermatoses faciales bactériennes :

Les infections bactériennes du visage sont un motif fréquent de consultation (6), comme le montre les résultats de notre série. Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées. Dans notre étude, on a noté une prédominance infantile (12 enfants pour 6 adultes). Par ailleurs, on a pas objectivé une prédominance de sexe. Parmi ces causes bactériennes, l'infection par le staphylocoque et le streptocoque étaient les plus retrouvées.

2.2. L'origine parasitaire :

Elles sont prédominées par la leishmaniose dans notre série, venant au 2ème rang après les infections bactériennes. Il s'agit de maladie parasitaire à tropisme cutané, liée à l'inoculation de leishmanies par des piqûres de phlébotome. Les leishmanioses cutanées sont présentes dans plus de 70 pays dont le maroc en fait partie. La localisation faciale est la plus fréquente puisque c'est une zone découverte exposée aux piqûres de phlébotome. La joue est la localisation la plus rapportée dans notre série, suivie de la localisation palpébrale qui mettait en jeu le pronostic fonctionnel. Le Glucantime était le traitement de 1er choix, indiqué en intra-lésionnel, ou en intramusculaire en fonction du nombre des lésions, leur tailles et leurs localisations. Dans notre série, 6 cas ont bénéficié d'un traitement systémique avec nécessité de prolongation de la durée du traitement dans 2cas résistants.(27,28)

2.3. Pathologie virale :

L'étiologie virale était retrouvée chez 11 malades de notre série. L'infection virale à HPV et VZV étaient les plus rapportées, d'autres infections virales telles que les infection à HSV et à poxvirus ont été aussi retrouvées.

3. Les pathologies systémiques et auto-immunes :

3.1. Les maladies de système :

Les maladies de système à localisation faciale typique sont représentées essentiellement par le lupus, la dermatomyosite et la sclérodermie. Toutefois, la présence d'autres lésions extra-faciales est un élément très important dans l'orientation diagnostique afin d'adopter le bon choix thérapeutique. La femme était de loin la plus touchée, et le lupus représentait l'étiologie la plus fréquente dans notre série, ce qui rejoint les résultats de la littérature. (30,31)

3.2. Les dermatoses bulleuses auto-immunes :

Le pemphigus séborrhéique représente la dermatose bulleuse à localisation faciale typique avec présence de lésions érythémato-squameuses au niveau des zones séborrhéiques. C'est une forme rare de Pemphigus superficiel représentant 8% des Pemphigus au niveau international, survenant à tout âge avec une prédominance féminine, et associant des signes cliniques et biologiques du Pemphigus et du lupus. Dans notre série, on a noté 2 cas. Le prurit est fréquent et les muqueuses sont habituellement respectées. (32,33,34)

4. Pathologies pigmentaires

4.1. Vitiligo:

Le vitiligo est une maladie pigmentaire acquise caractérisée par la perte de mélanocytes entraînant une dépigmentation. Environ 0,1% à 4% des personnes dans le monde sont touchées par le vitiligo.

Sur les 36 cas de troubles pigmentaires du visage de notre série, 18 cas avaient un vitiligo facial, dont 14 cas avaient une localisation extrafaciale associée, alors que 4 cas avaient une localisation faciale exclusive. Le vitiligo du visage est de bon pronostic, alors que l'atteinte distale et la forme segmentaire constituent des éléments de mauvaise réponse thérapeutique. (35,36,37)

4.2. Mélasma:

C'est une affection chronique assez fréquente, qui résulte d'une hyperactivité mélanocytaire sans prolifération de mélanocytes. Il apparaît sur le visage des macules brunes homogènes, symétriquement distribuées aux pommettes, au front, aux joues ou à la lèvre supérieure, plus rarement aux maxillaires. Le mélasma affecte avec prédilection les femmes adultes de phototype intermédiaire, moins souvent l'homme et les peaux claires ou très noires. L'exposition aux ultraviolets est le principal facteur aggravant. Les

oestrogènes ont aussi un rôle stimulant l'activité mélanocytaire expliquant la prédominance féminine du mélasma. La prise en charge thérapeutique doit avant tout convaincre le patient de la chronicité de l'affection et de la nécessité d'une photoprotection stricte. Cette pathologie est assez fréquente dans notre région ensoleillée, majorée aussi par les habitudes de gommage de notre population.

Les patientes de notre série avaient des lésions de mélasma touchant essentiellement les joues et le front. L'âge moyen des malades était de 37 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions variait de 12 mois. L'examen à la lumière de wood confirmait la pigmentation dermique dans la plupart des cas. (38,39,40,41)

4.3. Autres troubles pigmentaires:

Autres troubles pigmentaires ont été rapporté dans notre études chez 11 patients, représentés essentiellement par le lichen pigmentogène, et les pigmentations post inflammatoires. Le risque de pigmentation post inflammatoire est très important sur peaux foncées, entraînant des dyschromies persistantes et affichantes. Dans notre contexte, cette dernière entité est due à l'automédication par des topiques et des préparations traditionnelles non adaptées.

5. La pathologie tumorale :

Contrairement des dermatoses inflammatoires et infectieuses qui constituaient un motif fréquent de consultation vu leurs caractères affichants, les carcinomes cutanés qui prédominaient chez la population plus âgée, étaient diagnostiqués à un stade avancé. Ceci peut être expliqué par l'évolution progressive de la symptomatologie, et par le désintérêt des patients âgés vis-

à-vis du préjudice esthétique bien que certaines localisations peuvent engager le pronostic fonctionnel.

La pathologie tumorale maligne était trouvée dans 41 cas (6% des cas) et principalement les carcinomes basocellulaires dans 49% des cas. Les carcinomes spinocellulaires et les lymphomes dans 25% des cas chacun (10 cas). Dans une série tunisienne rétrospective s'étalant sur 10 ans, Marrakchi et al. ont colligé 72 cas des carcinomes basocellulaires au niveau de la face. Le nez est l'unité la plus atteinte dans 47,2 % des cas et suivie par la joue dans 27,7 % des cas.(42)

6. Autres dermatoses faciales :

D'autres dermatoses faciales diverses étaient retrouvées dans notre étude chez 62 malades restant, notamment des localisations faciales des toxidermies, les cicatrices post traumatiques, certaines tumeurs bénignes et autres.

CONCLUSION

Cette étude souligne la fréquence et la richesse des pathologies qui peuvent toucher la face. Chez le sujet jeune, l'origine inflammatoire est prédominante et elle est souvent source de préjudice esthétique. Chez la population plus âgée, la pathologie néoplasique occupe le 1^{er} rang et engage souvent le pronostic fonctionnel. Alors que chez les enfants, les pathologies infectieuses sont les plus fréquentes surtout bactériennes et virales, suivies des causes immuno-allergiques comme la dermatite atopique. De ce fait, des mesures hygiéniques spécifiques semblent nécessaires aidant à prévenir ou lutter contre ce type de dermatoses et par conséquent améliorant la qualité de vie de cette tranche populaire.

La Photoprotection :

La photoprotection est une mesure essentielle et indispensable pour plusieurs dermatoses, notamment les photodermatoses et la pathologie tumorale.

Les principales mesures de photoprotection sont :

- **Photoprotection horaire** consiste à être particulièrement prudent lors des sorties des patients entre 10 et 16 h, surtout pendant la période estivale.
- **Photoprotection vestimentaire** : le port de chapeaux à bords larges et de lunettes de soleil avec des verres de taille suffisante filtrant les UV avec des montures latérales larges est indispensable.
- **Photoprotection par produits topiques de protection solaire** : par des produits ayant un indice SPF 50 +. L'application devra être faite à raison de 2 mg /cm² (soit 50ml pour couvrir les zones exposées pour une journée) et renouvelée chaque 2 h.
- Sticks photoprotecteurs pour les lèvres

L'hydratation :

L'hydratation est une étape primordiale dans la prise en charge des pathologies immuno-allergiques, notamment la dermatite atopique. Elle aide à restaurer la barrière cutanée altérée par la xérose. Cette hydratation concerne plusieurs lignes :

- **Concernant le bain :**

- Bains pendant quelques minutes ou plutôt des douches : <5mn
- Eau du bain ne doit pas être très chaude (<33C°) ; préférer l'eau tiède
- Utiliser les bains à l'avoine ou avec gels ou pains sans savon
- Séchage avec une serviette en faisant des tamponnements et non des frictions
- Douche avec émollients après exercice physique (surtout après natation)
- Augmenter l'application d'émollients par temps froid et sec

- **Concernant l'habillement :**

- Eviter les textiles irritants (laine, synthétique à grosses fibres) et préférer coton et lin
- Eviter de s'habiller trop chaud

- **Concernant la maison :**

- Maintenir une température proche au niveau de la chambre à coucher
- Ne pas trop se couvrir la nuit

- **Concernant les activités quotidiennes :**

- Eviter l'exposition aux animaux domestiques (chat, chien...)

- Attention aux acariens domestiques, aux moisissures : dépoussiérage (aspiration régulière, éponge humide...), housse de literie antiacariens, contrôler l'humidité par une ventilation efficace de l'habitation.
- Eviter l'exposition au tabac
- Se méfier des contagions herpétiques

Sensibilisation et dépistage :

Enfin, nous insistons sur l'intérêt des campagnes de sensibilisation et de dépistage précoce de la pathologie tumorale cutanée en population générale et chez les sujets à risque.

- **Dépistage précoce en population générale**
 - Compagne de dépistage de masse
 - Compagne d'éducation au diagnostic précoce
- **Dépistage chez les sujets à risque**
 - Education à l'auto-surveillance
 - Surveillance médicale régulière des sujets à risque

RESUME

Introduction:

Les dermatoses faciales sont très variées, elles constituent un motif fréquent de consultation. La plupart des étiologies reste de pronostic favorable. Le but de cette étude est de décrire le profil épidémiologique et clinique de ces dermatoses.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique menée au sein du service de dermatologie de CHU Hassan II de FES s'étalant sur une période de 12 mois (Janvier 2016 à Décembre 2016).

Les critères d'inclusion étaient tous les patients se présentant en consultation ou en hospitalisation de dermatologie pour une symptomatologie faciale.

Résultats:

564 patients ont été inclus. 387 femmes (69%) et 177 hommes (31%). L'âge moyen de nos patients était de 30 ans (3mois– 96 ans). 78% de nos patients étaient issus du milieu urbain, 57% avaient un niveau socio-économique moyen. L'exposition solaire chronique était retrouvée chez 10% des cas. La notion d'application de topique était retrouvée dans 38% des cas. Le phototype IV était prédominant dans 59% des cas. La localisation extra-faciale associée était retrouvé dans 58% des cas. Le prurit était le signe prédominant dans 28% des cas et la sensation de picotement dans 11% des cas. D'autres plaintes ont été retrouvées notamment la douleur, le désagrément secondaire au suintement et à l'ulcération. Les étiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies inflammatoires dans 52% des cas, prédominées par l'acné dans 75% des cas. La dermatite séborrhéique, l'eczéma, la dermatite atopique, le psoriasis, et la rosacée étaient retrouvés dans environ 12% des cas chacun. La pathologie

tumorale maligne était trouvée dans 41 cas (6% des cas) et principalement les carcinomes basocellulaires dans 49% des cas. Les carcinomes spinocellulaires et les lymphomes dans 25% des cas chacun (10 cas). Une origine infectieuse était trouvée dans 44 cas, et prédominait chez les enfants. Les troubles pigmentaires les plus fréquents étaient le vitiligo (18 cas) et le mélasma (10 cas). L'origine systémique et auto-immune était notée dans 60 cas. La biopsie cutanée était indiquée surtout dans la pathologie tumorale. En hospitalier, le type de pathologie qui prédominait était les maladies de système, les tumeurs malignes qui nécessitaient un bilan d'extension, et certaines pathologies inflammatoires ou infectieuses. Alors qu'en consultation, les troubles pigmentaires, et les pathologies inflammatoires non systémiques étaient prédominantes.

Discussion:

Il n'existe pas d'études complètes sur le profil des dermatoses faciales en général ; d'où l'intérêt de notre étude. Avec 564 cas diagnostiqués en 12 mois, notre étude montre que les dermatoses faciales sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation. Elles sont le plus souvent la source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant. L'analyse des résultats de notre série montrait la survenue de dermatoses faciales chez toutes les tranches d'âge y compris les nourrissons avec une prédominance chez la population d'âge moyen.

Les dermatoses faciales d'origine inflammatoires étaient les plus fréquentes dans notre série et elles prédominaient chez la population jeune. Ceci peut être expliqué par leur caractère affichant et par les signes fonctionnels plus motivants les patients à consulter précocement. En revanche, les carcinomes cutanés qui prédominaient chez la population plus âgée, étaient diagnostiqués à un stade avancé. Ceci peut être expliqué par l'évolution

progressive de la symptomatologie, et par le désintérêt des patients âgés vis-à-vis du préjudice esthétique bien que certaines localisations peuvent engager le pronostic fonctionnel. Pour les pathologies systémiques, la présence d'autres lésions extra-faciales est un élément très important dans l'orientation diagnostique afin d'adopter le bon choix thérapeutique. La plupart de ces étiologies ont un pronostic favorable, mais elles ont un impact psychologique important surtout chez la population jeune.

Conclusion:

Cette étude souligne la fréquence et la richesse des pathologies qui peuvent toucher la face. Chez le sujet jeune, l'origine inflammatoire est prédominante et elle est souvent source de préjudice esthétique. Chez la population plus âgée, la pathologie néoplasique occupe le 1^{er} rang et engage souvent le pronostic fonctionnel. Alors que chez les enfants, les pathologies infectieuses sont les plus fréquentes surtout bactériennes et virales.

Annexes

Fiche d'exploitation

- Nom-prénom:
- Telephone:
- N° dossier:
- Niveau socioéconomique : élevé ☐ moyen ☐ bas ☐
- Niveau intellectuel : analphabète Δ préscolaire Δ primaire Δ Secondaire Δ enseignement supérieur Δ
- Profession.....
- Origine : Urbain rural.....
- Malade hospitalisé oui ☐ non ☐
- date d'hospitalisation
- Malade externe oui ☐ non ☐
- date de consultation
- Antécédents médicaux
- exposition solaire chronique oui ☐ non ☐
 - coups de soleil oui ☐ non ☐
 - Atopie oui ☐ non ☐
 - Allergie médicamenteuse oui ☐ non ☐
 - Piqure d'insecte oui ☐ non ☐
 - ATCD de tuberculose ou contagé oui ☐ non ☐
 - Préparations traditionnelle oui ☐ non ☐
 - Prises médicamenteuses oui ☐ non ☐
 - Si oui préciser
 - Voie générale oui ☐ non ☐
 - Voie topique oui ☐ non ☐
 - Médicaments sans ordonnance oui ☐ non ☐
 - Durée d'utilisation :

- Contraception oui ☐ non ☐
- traitement physique oui ☐ non ☐
- **Autres:**
- Habitudes toxiques
 - Alcoolisme oui ☐ non ☐
 - tabagisme oui ☐ non ☐
 - Photoprotection oui ☐ non ☐
 - Vestimentaire Δ chimique Δ horaire Δ rythme
- Cas similaire dans la famille : oui ☐ non ☐
- Signes fonctionnels :
 - prurit oui ☐ non ☐
 - douleur oui ☐ non ☐
 - brulure oui ☐ non ☐
 - Cuisson oui ☐ non ☐
 - Picotement oui ☐ non ☐
 - Photosensibilité oui ☐ non ☐
 - Erythème paroxystique oui ☐ non ☐
 - Autres signes extra facials:
 - xérophtalmie Δ xérostomie Δ arthralgies Δ autres Δ
- Date de début :
- Mode d'installation : brutal Δ progressif Δ
- Mode évolutif : progressif Δ rapidement progressif Δ poussée / rémission Δ
 - évolution gommeuse Δ
- Examen général : bon Δ assez bon Δ altéré Δ
- Phototype :
- Examen clinique :
 - Siège :
 - taille
 - Type de lésions :
 - macule Δ papule Δ plaque Δ placard Δ
 - nodule Δ

- couleur: Δ pigmenté Δ achromique Δ hypochromique
Δ purpurique Δ érythémateuse Δ violine Δ rouge cuivré Δ
jaune chamois Δ couleur chair
- palpation : souple Δ indurée Δ sclérosé Δ
atrophique Δ infiltré Δ adhérent Δ
- vitropression : aspect jaune lupoidique
oui ☐ non ☐
- pustule oui ☐ non ☐
- Vésicule: oui ☐ non ☐
- Microkyste oui ☐ non ☐
- érosion oui ☐ non ☐
- ulcération oui ☐ non ☐
- tumeur oui ☐ non ☐
- décollement oui ☐ non ☐
- squames oui ☐ non ☐
- desquamation oui ☐ non ☐
- suintement oui ☐ non ☐
- Fistulisation oui ☐ non ☐
- Télangiectasies oui ☐ non ☐
- Œdème oui ☐ non ☐
- Cicatrice :
- Dépilation sourciliaire : oui ☐ non ☐
- Hirsutisme : oui ☐ non ☐
- Autres.....
- Examen dermoscopique :
-
- Atteintes des muqueuses : conjonctival Δ nasal Δ buccal Δ génital
Δ anal Δ
- Autres lésions dermatologiques extra-faciales oui non

- Si oui préciser :
 o Atteinte d'autres appareils oui..... non si
 oui
 préciser.....

 o Adénopathie régionale oui ☐ non ☐
 o Examen à la lumière de wood.....

 - Examen paraclinique :
 o Examen bactériologique :
 ▪ Examen
 direct.....
 ▪ Culture.....
 o Examen mycologique :
 ▪ Examen direct.....
 ▪ Culture.....
 o Sérologies : HIV Δ syphilis Δ hépatite B Δ hépatite C Δ
 o Cytodoagnostic de tzanc :
 o Frottis.....
Examen histologique.....

 o IFD :
 o Exploration radiologique oui..... non..... si oui
 préciser.....
 - Diagnostic retenu :
 - Retentissement psychique :
 non.....oui.....préciser.....
 - Prise en charge
 o Médical.....
 Topique, VO....., IM.....IV
 Durée...

 o Physique.....
 ▪ traitement exfoliant oui..... Non
 ▪ peeling : oui..... non.....
 ▪ Cryothérapie : oui non.....
 ▪ Électrocoagulation : oui non.....

- laser : LCP Δ CO2 ablatif Δ CO2 non ablatif Δ yag Δ pigmentaire Δ Δ épilatoire
 - Chirurgicale.....
 - psychiatrique :non.....oui.....
 - Evolution :
 - Guérison Δ
 - Rémission Δ : complète Δ (>75%) : partielle Δ (25%–75%)
 - rechute Δ (<25%)
 - Décès Δ
 - Recul
-

BIBLIOGRAPHIE

1. Cabanac M. et coll., J. Physiol., 1989, 286, 255.
2. GALLOUJ SALIM, Mernissi fatima zahra. LES DERMATOSES FACIALES ET QUALITÉ DE VIE ÉTUDE PROSPECTIVE À PROPOS DE 127 CAS. Mémoire. Juillet 2010
3. CEDEF. Item 109 — UE 4 Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol (2015)
4. MARCIA RAMOS-E-SILVA, MD, PhD CLAUDIO DE MOURA CASTRO JACQUES, MD ANA LIBIA CARDOZO PEREIRA, MD Dermatoses of the Facial Skin: Unapproved Treatments. Clinics in Dermatology Y 2002;20:679-688
5. Navarini A. Nat Commun. 2014, 5, 4020.
6. Saurat J.H. Dermatology. 2015, 231, 105.
7. Beylot C. et coll. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014, 28, 271.
8. Lwin S.M. et coll., Clin Exp Derm. 2014, 39, 162.
9. Shaheen B. et coll., J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013, 271.
10. Yuto Haruki, Hideharu Hagiya et al. Risk factors for Propionibacterium acnes infection after neurosurgery: A case-control study. April 2017 ; 23 : 256-258
11. Tebruegge M, Jones C, de Graaf H, Sukhtankar P, Allan R, Howlin R, et al. Invasive Propionibacterium acnes infections in a non-selective patient cohort: clinical manifestations, management and outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2015;34:527-34
12. M. Saint-Jean^a, B. Dreno. Acné review article. EMC. December 2016 ; 50 :1-14
13. C. Ahmed Samaouel¹, A. Lehehal², A. Ammar Kodja . Les particularités épidémiologiques de l'acné chez les sujets de 20 à 30 ans. December 2016, 143 : 166-S167

14. Fabbroccini G. et coll. *Dermatology*. 2015, 231, 334
15. Cheek S, Yee F, Ma JYS, Leow R, Ho MSL, Yew YW, Tay YK, Rebello SA, Luo N, Koh MJA. Prevalence and Descriptive Epidemiology of Atopic Dermatitis and Its Impact on Quality of Life in Singapore. *Br J Dermatol*. 2017 Apr 17. doi: 10.1111/bjd.15587
16. Aimee M. Two, MD, Wiggin Wu and al. Rosacea Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol* 2015 ; 72 : 761–70
17. Aimee M. Two, MD, Wiggin Wu and al. Rosacea. Topical and systemic therapies in the treatment of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2015 ; 72 : 761–70
18. Coutinho JC¹, Westphal DC², Lobato LC¹, Schettini AP³, Santos M^{3,4}. Rosacea fulminans: unusual clinical presentation of rosacea. *An Bras Dermatol*. 2016 Sep–Oct;91(5 suppl 1):151–153
19. Wolter A, Scholz T, Liebau J. Giant Rhinophyma: A Rare Case of Total Nasal Obstruction and Restitutio Ad Integrum. *Aesthetic Plast Surg*. 2017 Mar 24. doi: 10.1007/s00266-017-0843-x. [Epub ahead of print] PMID: 28341953
20. TRPV4 Moves toward Center-Fold in Rosacea Pathogenesis.. Chen Y, Moore CD, Zhang JY, Hall RP 3rd, MacLeod AS, Liedtke W. *J Invest Dermatol*. 2017 Apr;137(4):801–804.
21. Baş Y, Seçkin HY, Kalkan G, Takci Z, Çitil R, Önder Y, Şahin Ş, Demir AK. Prevalence and related factors of psoriasis and seborrheic dermatitis: a community-based study. *Turk J Med Sci*. 2016 Feb 17;46(2):303–9.

22. Park JH¹, Park YJ¹, Kim SK¹, Kwon JE², Kang HY¹, Lee ES¹, Choi JH³, Kim YC
Histopathological Differential Diagnosis of Psoriasis and Seborrheic
Dermatitis of the Scalp. *Ann Dermatol*. 2016 Aug;28(4):427–32
23. Thambyayah M, Amuthan A . Infantile seborrheic dermatitis: a pediatric
Siddha medicine treatise..*Clin Dermatol*. 2015 May–Jun;33(3):355–61.
24. Del Rosso JQ. Adult seborrheic dermatitis: a status report on practical
topical management. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011 May;4(5):32–8
25. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. .Diagnosis and treatment of seborrheic
dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 1;91(3):185–90
26. Forrestel AK, Kovarik CL, Mosam A, Gupta D, Maurer TA, Micheletti RG.
Diffuse HIV-associated seborrheic dermatitis – a case series *Int J STD
AIDS*. 2016 Dec;27(14):1342–1345. Epub 2016 Mar 24.
27. Karakuş M, Nasereddin A, Onay H, Karaca E, Özkeklikçi A, Jaffe CL, Kuhls
K, Özbilgin A, Ertabaklar H, Demir S, Özbel Y, Töz S. Epidemiological
analysis of *Leishmania tropica* strains and giemsa-stained smears from
Syrian and Turkish leishmaniasis patients using Multilocus Microsatellite
Typing (MLMT). *PLoS Negl Trop Dis*. 2017 Apr 12;11
28. Laboudi M. Epidemiological profile of cutaneous leishmaniasis in
Morocco, 2004–2013.*Med Sante Trop*. 2017 Feb 1;27(1):44–51
29. Chanprapaph K, Sawatwarakul S, Vachiramom V. A 12-year retrospective
review of bullous systemic lupus erythematosus in cutaneous and
systemic lupus erythematosus patients. *Lupus*. 2017 Jan
1:961203317699714
30. Sato S, Kuwanma M. Clinically amyopathic dermatomyositis.*Curr Opin
Rheumatol* 2010;22:639–43.

31. M.-S. Doutre, M. Beylot-Barry. À propos de quelques visages rouges. *Annales de dermatologie* (2011) 138, S148–S153
32. Khachemoune A¹, Guldbacke KK, Ehram E. Pemphigus foliaceus: a case report and short review. *Cutis*. 2006 Aug;78(2):105–10. Review.
33. Errichetti E¹, Stinco G¹, Pegolo E², di Meo N³, Trevisan G³, Patrone . Seborrheic pemphigoid. *Case Rep Dermatol Med*. 2014;2014:768217
34. Chatterjee M¹, Meru S, Vasudevan B, Deb P, Moorchung N. Pemphigus foliaceus masquerading as IgA pemphigus and responding to dapsone. *Indian J Dermatol*. 2012 Nov;57(6):495–7
35. Rashighi M¹, Harris JE. Vitiligo Pathogenesis and Emerging Treatments. *Dermatol Clin*. 2017 Apr;35(2):257–265
36. van Geel N, Speckaert R. Segmental Vitiligo *Dermatol Clin*. 2017 Apr;35(2)
37. Kanokrungeesee S, Chanprapaph K, Chaiyabutr C, Vachiramon V. A comparative study of combined treatment with fractional carbon dioxide and targeted ultraviolet B phototherapy for facial vitiligo. *Lasers Med Sci*. 2016 Sep;31(7):1343–9
38. Ai-Young Lee. An updated review of melasma pathogenesis. *DERMATOLOGICA SINICA* 32 (2014) 233–239
39. Achar A, Rathi SK. Melasma: a clinico–epidemiological study of 312 cases. *Indian. J Dermatol* 2011;56:380–382.
40. H.Y. Kang. Melasma and aspects of pigmentary disorders in Asians. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2012) 139 :144–147

41. Gurpreet Singh Jutley, MRCP,a Ratna Rajaratnam.and al. Systematic review of randomized controlled trials on interventions for melasma: An abridged Cochrane review. J AM ACAD DERMATOL. 2014 VOLUME 70, NUMBER 2 : 369–373
42. J. Marrakchi *, E. Landoulsy , H. Fodha , H. Helali , M. Helali ,K. Zitouni , I. Zairi , A. Adouani. Service de CMF et esthétique, hôpital Charles–Nicolle, Tunis,Tunisie. Les carcinomes basocellulaires de la face : à propos d’une étude de 72 cas. doi.org/10.1016/j.aforl.2012.07.251