

■ Cas clinique

Des micropapules péri-orificielles chez un enfant

→ **L. DUPONT, E. BEGON**

Service de Dermatologie, GHT NOVO, PONTOISE.

Une petite fille de 5 ans présente depuis 3 semaines un semis de micropapules lisses, groupées

autour de la bouche et dans les zones péri-orbitaires (**fig. 1 à 3**). Le reste du tégument est intact. Elle ne se plaint d'aucun prurit. Aucun topique n'a été appliqué précédemment. Les parents n'ont remarqué aucun autre symptôme

et l'enfant est en excellent état général.

Quel diagnostic évoquez-vous ?



Fig. 1, 2 et 3 : Micropapules groupées autour de la bouche et dans les zones péri-orbitaires.

■ Cas clinique

■ Diagnostic

Cet aspect évoque une dermatite péri-orale granulomateuse de l'enfant (DPG). La DPG est une dermatose faciale pédiatrique relativement rare, également connue sous l'acronyme FACE pour "*Facial Afro Caribbean Childhood Eruption*". Elle concerne principalement, mais non exclusivement, les phototypes foncés, et est considérée comme une variante de la dermatite péri-orale. Il s'agit d'une éruption constituée de petites papules monomorphes de distribution péri-orificielle (bouche, nez, yeux) dont l'histologie se caractérise par un infiltrat inflammatoire granulomateux périfolliculaire dans le derme superficiel. Elle est à distinguer d'autres dermatoses, telles que la dermatite péri-orale, la sarcoïdose cutanée, la rosacée granulomateuse et le lupus miliaire disséminé de la face. Pathologie bénigne, exclusivement cutanée et limitée dans le temps, l'objectif des thérapeutiques est d'écourter la durée de l'éruption *via* des traitements topiques ou systémiques, parfois combinés.

La DPG a d'abord été décrite en 1971 par Gianotti *et al.* Cette éruption a ensuite connu plusieurs dénominations successives au fil du temps : FACE, dermatite péri-orale sarcoïdose-like, dermatite péri-orale de type Gianotti. C'est finalement en 1996 que les auteurs reprennent l'expression "*Childhood granulomatosis perioral dermatitis*" pour la différencier de la dermatite péri-orale classique et éviter la restriction aux patients afro-caribéens. Le terme aujourd'hui le plus utilisé est **dermatite péri-orale granulomateuse**.

■ Description clinique

Comme son nom l'indique, elle concerne essentiellement les enfants, en période prépubertaire (avec un âge compris entre 3 et 12 ans), sans prédominance de sexe, principalement de phototype foncé, bien qu'elle ait aussi été rapportée sur phototype clair.

La DPG se manifeste par de petites papules monomorphes de 1 à 3 mm de diamètre, en dôme, de couleur chair ou jaune-marron, et de distributions péri-buccale, périnasale et/ou péri-oculaire. Il s'agit d'une véritable dermatite "péri-orificielle" étant donné que 70 % des patients présentent une atteinte péri-orale, 43 % une atteinte périnasale, et 25 % une atteinte péri-oculaire. L'éruption peut s'étendre à d'autres zones du visage et du cou, ou rarement comporter des éléments à distance sur le tronc ou la région génitale. On note l'absence de pustule, de vésicule, de télangiectasie, de comédon ou de cicatrice, éléments sémiologiques précieux pour différencier cette éruption papuleuse d'autres dermatoses de la face.

L'étiologie exacte reste inconnue. Il pourrait s'agir d'une réponse granulomateuse aspécifique à des agents systémiques ou topiques. Certains facteurs déclenchants ont été rapportés avec, en premier lieu, l'utilisation prolongée de dermocorticoïdes ou de corticoïdes inhalés, qui pourraient favoriser la survenue ou exacerber l'éruption. Par ailleurs, l'application d'allergènes, d'irritants, de cosmétiques ou d'antiseptiques, de formaldéhyde, de dentifrices fluorés, et de composants de chewing-gum a été également incriminée.

■ Histologie

L'histologie est utile au diagnostic et retrouve un infiltrat inflammatoire granulomateux dermique superficiel, périfolliculaire, constitué de macrophages épithélioïdes, de cellules géantes et de lymphocytes, dont l'architecture peut être diffuse ou organisée sous la forme d'un granulome sans nécrose caséuse. Il existe parfois des modifications épidermiques avec une acanthose, une hyperkératose et une spongieuse modérée. Les cultures pour les mycobactéries et mycoses restent négatives.

■ Diagnostic différentiel

Mise à part la dermatite péri-orale classique, il conviendra d'écarter les diagnostics différentiels, que sont la sarcoïdose cutanée, la rosacée granulomateuse, l'acné et le lupus miliaire disséminé de la face (préfixe trompeur puisque cette rare granulomatose faciale n'a absolument aucun lien avec le lupus). Tout d'abord, la dermatite péri-orale touche classiquement la femme entre 30 et 40 ans, se présente sous la forme d'un érythème desquamatif surmonté de papulo-pustules avec une certaine épargne de la région périlabiale. L'application de dermocorticoïdes aggrave et entretient cette dermatose qui n'est pas histologiquement granulomateuse.

La rosacée concerne la femme plus âgée, de phototype clair, entre 30 et 50 ans, se distingue cliniquement par la présence d'un fond érythémateux télangiectasique, de pustules, de flushes, d'un œdème, une localisation au tiers central du visage et une chronicité. La sarcoïdose cutanée, quant à elle, est rare chez l'enfant, le plus souvent associée à des manifestations systémiques comme une dyspnée, une toux, une asthénie, des adénopathies, arthrites ou uvéites. Aucun cas de sarcoïdose n'a d'ailleurs été rapporté dans l'évolution de DPG.

L'histologie de la DPG peut être identique à celle retrouvée dans la rosacée ou la sarcoïdose mais la clinique est bien différente. L'absence de lésion rétionnelle permettra d'écarter une acné. Enfin, le lupus miliaire disséminé de la face concerne surtout la femme adulte et se manifeste par des papules rouges, jaunes, marron, notamment en péri-oculaires, d'évolution chronique et surtout cicatricielle, dont l'histologie retrouve un granulome épithélioïde avec nécrose caséuse.

■ Prise en charge

La DPG reste une maladie bénigne, dont l'évolution est spontanément favorable

en quelques mois sans traitement, sans séquelle. L'objectif est donc de limiter la durée de l'éruption et les investigations poussées. Aucun consensus n'est établi à ce jour. Il faut en premier lieu suspendre l'application de dermocorticoïdes, si elle a lieu. Les traitements topiques, à privilégier dans les formes localisées, comprennent l'érythromycine, le tacrolimus et le métronidazole, utilisés dans le traitement de la rosacée, qui sont une bonne option pour les enfants de moins de 8 ans. En cas d'échec, ou dans les formes étendues, les options systémiques comprennent les tétracyclines, la doxycycline, l'érythromycine ou le métronidazole *per os*. Enfin, les traitements combinés peuvent aussi être proposés, associant les formes orales à la clindamycine, l'acide

azélaïque, l'adapalène et la photothérapie. Dans les formes généralisées ou réfractaires, des cas récents ont rapporté l'efficacité de l'isotrétinoïne à des posologies qui varient entre 0,2 mg/kg et 0,7 mg/kg, suivi d'une décroissance autour de 0,05 à 1 mg/kg.

POUR EN SAVOIR PLUS

- FAKIH A, MAKHOUL R, GROZDEV I. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: case report and review of the literature. *Dermatol Online J*, 2020;26:13030.
- KIM YJ, SHIN JW, LEE JS. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Ann Dermatol*, 2011;23:386-388.
- LUCAS CR, KORMAN NJ, GILLIAM AC. Granulomatous periorificial dermatitis: a variant of granulomatous rosacea in children. *J Cutan Med Surg*, 2009;13:115-118.
- CRIBIER B, LIEBER-MBOMEYO A, LIPSKER D. Clinical and histological study of a case of facial Afro-Caribbean childhood eruption (FACE). *Ann Dermatol Venereol*, 2008;135:663-667.
- HUSSAIN W, DALY BM. Granulomatous periorificial dermatitis in an 11-year-old boy: dramatic response to tacrolimus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2007;21:137-139.
- RODRIGUEZ-GARIJO N, QUEROL-CISNEROS E, TOMAS-VELAZQUEZ A *et al*. Recalcitrant granulomatous periorificial dermatitis with good response to low-dose oral isotretinoin. *Pediatr Dermatol*, 2019;36:980-981.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.