DERMATOLOGIE

CA 118

De la résistance médicamenteuse à l'alternative chirurgicale : trois cas de la maladie de Morbihan

- **Mohamed Amine FOUAD*, résident, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.**
- Soumaya GARA, assistante HU, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.
- Mariem ZIDI, résidente, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.
- Nourredine LITAIEM, professeur agrégé HU, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.
- Meriem JONES, professeure agrégée HU, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.
- Faten ZEGLAOUI, professeure HU, service de dermatologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie.

INTRODUCTION

- La maladie de Morbihan (MM) constitue une entité clinique rare et sévère, souvent considérée comme une forme terminale de la rosacée.
- Sa prise en charge reste un **défi thérapeutique** en raison de l'absence de protocole standardisé et de la réponse clinique souvent décevante aux traitements conventionnels.
- Nous rapportons trois cas de MM.

OBSERVATIONS

Trois patients présentant un œdème centro-facial chronique ont été inclus.

- Homme de 65 ans
- Sans antécédents
- Erythème et œdème facial ferme des paupières supérieures, inférieures et des joues, accompagné de télangiectasies, avec une réduction de l'ouverture palpébrale gauche évoluant depuis neuf ans. (**Figure 1)**

- Homme de 64 ans
- Antécédents: Hypertension artérielle
- Lésions similaires, touchant les régions palpébrales, nasales et jugales, de consistance ferme et non douloureuse. évoluant depuis dix mois. **(Figure 2)**

- Femme de 60 ans
- Antécédents: Hypertension artérielle
- Erythème facial associé à un œdème palpébro-jugal symétrique. **(Figure 2)**

Figure 1: Aspect clinique initial et post-blépharoplastie de la MM chez le premier patient

Figure 2: Aspect clinique de la MM chez nos patients

- Une biopsie cutanée réalisée dans les trois cas a montré un aspect histologique en faveur de rosacée.
- Tous les patients n'avaient pas présenté de signes extra cutanés.
- Les traitements systémiques par doxycycline (100 mg/j), isotrétinoïne (20 mg/j) et furosémide (40 mg/j) étaient sans efficacité.
- Les infiltrations intralésionnelles de corticostéroïdes ont entrainé une amélioration transitoire.
- En revanche, une approche chirurgicale par blépharoplastie a entraîné une nette amélioration fonctionnelle et esthétique dans un cas.

DISCUSSION

- L'échec des traitements conventionnels confirme la résistance de cette forme œdémato-fibreuse de rosacée aux thérapeutiques médicamenteuses standard.
- L'inefficacité du furosémide souligne le caractère non purement hydrique de l'œdème, dominé par une composante inflammatoire et fibreuse.
- Le résultat le plus encourageant, obtenu chez un patient par la chirurgie corrobore les données de la littérature qui positionnent les techniques de réduction comme une option valable pour les stades avancés et fibreux.

➢ **Ce succès relatif soulève la question de la sélection des patients candidats à une approche chirurgicale.**

CONCLUSION

- La MM se caractérise par l'échec des traitements médicaux systémiques et justifie une reconnaissance précoce pour prévenir l'installation de lésions fibreuses irréversibles.
- Une stratégie séquentielle individualisée, intégrant éventuellement la chirurgie après échec médical, apparaît rationnelle