

Macrochéilite chronique : un signe de maladie systémique ?

1^{er} Auteur : Malek, AKID, Interne, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Noureddine, LITAIEM, Professeur, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Soumaya, GARA, Assistante, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Yosr, DAOUD, Interne, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Soumaya, RAMMEH, Professeur, Anatomopathologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Mariem, JONES, Professeur, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Faten, ZEGLAOUI, Professeur, Dermatologie, Hopital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction

Une macrochéilite chronique (MC) est un syndrome caractérisé par un œdème labial chronique, dont les étiologies sont diverses et parfois difficiles à identifier. Les granulomatoses idiopathiques représentent des étiologies classiques. Cette étude vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques des MC.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective clinicopathologique incluant tous les patients atteints de MC, vus dans notre service entre janvier 2002 et février 2025. La MC était définie par une augmentation de volume persistante d'une ou des deux lèvres pendant au moins 60 jours. Une analyse descriptive et analytique a été réalisée.



Figure 1: Présentation clinique de macrochéilite granulomateuse chez multiples patients

Résultats

La série comprenait **59 patients**, avec une prédominance féminine (71,2 %). **L'âge moyen** était de **39,2 ans** (extrêmes : 12-72 ans). Une **étude histologique** a été réalisée chez 79,7 % des patients, révélant un **infiltrat granulomateux** dans 78,7 % des cas. Les étiologies identifiées étaient la leishmaniose (20 cas), la chéilite granulomateuse de Miescher (11 cas), le syndrome de Melkersson-Rosenthal (10 cas), la sarcoïdose (6 cas), une lèpre lépromateuse (1 cas), une amylose systémique (1 cas), et une maladie de Crohn (1 cas) et des cas non étiquetés (9 cas). Le **traitement** était principalement local (64,4 %), systémique (23,7 %) ou combiné (6,8 %). Une **amélioration** a été notée chez 81,4 % des patients, une **stabilisation** chez 11,9 % et une **aggravation** chez 3,4 %. Trois cas de **récidives** ont été observés.

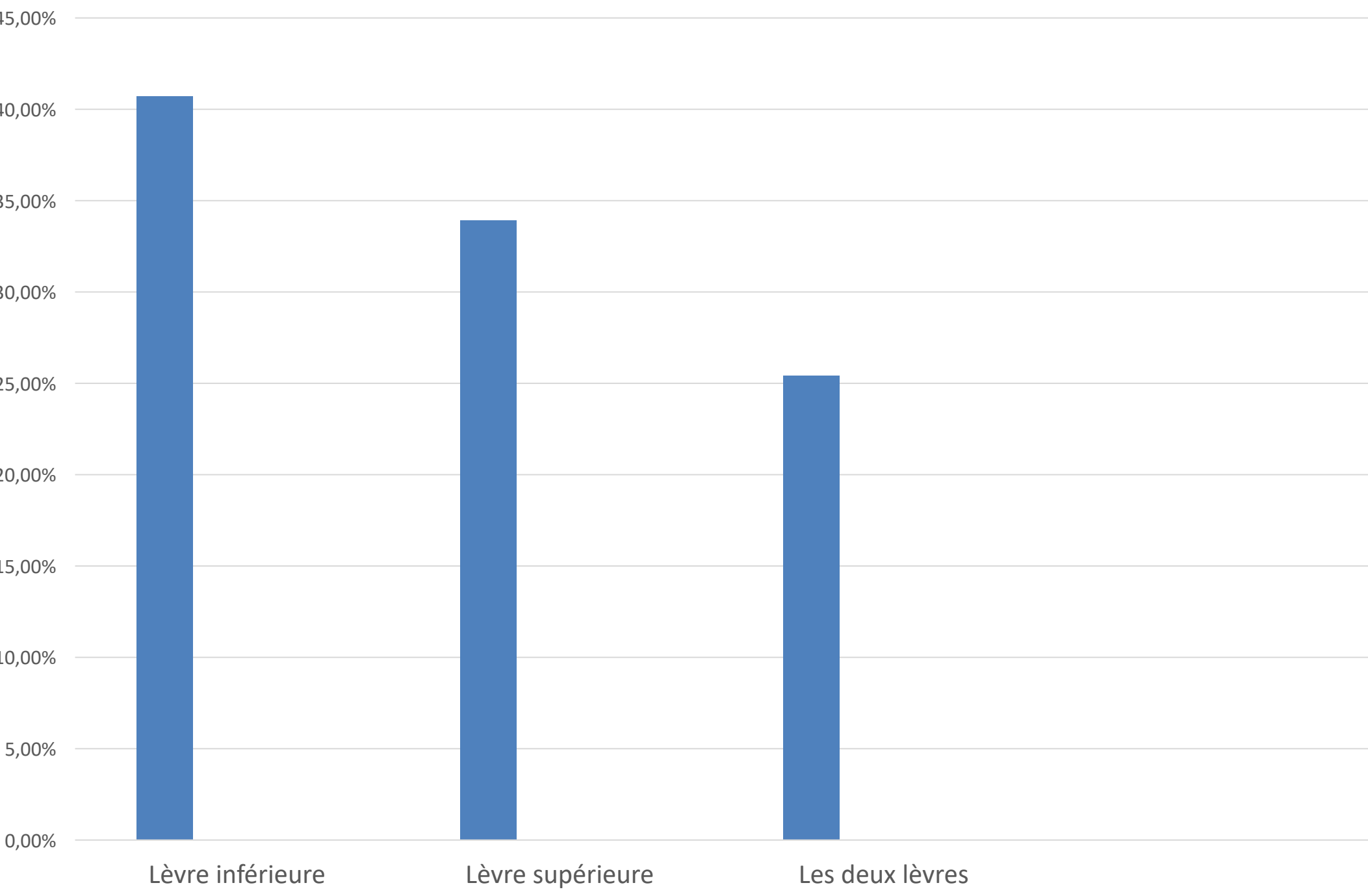


Figure 2: Répartition selon la localisation

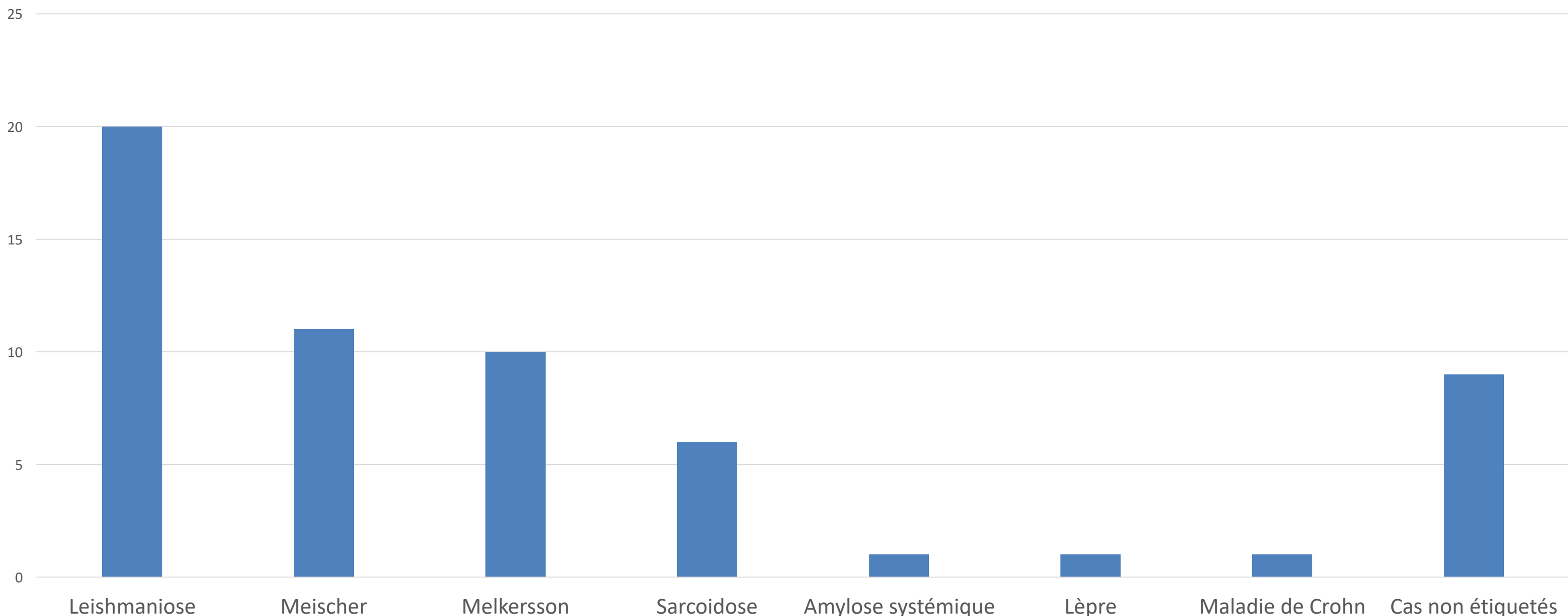


Figure 3: Répartition selon l'étiologie

Discussion

Les MC constituent un véritable challenge diagnostique et thérapeutique. Dans notre série, **la plus large au Maghreb**, la **leishmaniose** représentait la cause **la plus fréquente** de MC. Ele doit être suspectée en particulier en cas d'ulcération. Les **granulomatoses**, qui représentent la cause la plus fréquente de MC dans les pays développés, étaient la deuxième étiologie dans notre série. Dans cette étude, la MC était révélatrice d'une maladie sévère dans 9 cas. Le diagnostic de maladie de Crohn doit être évoqué devant toute MC associée à des **signes digestifs**.

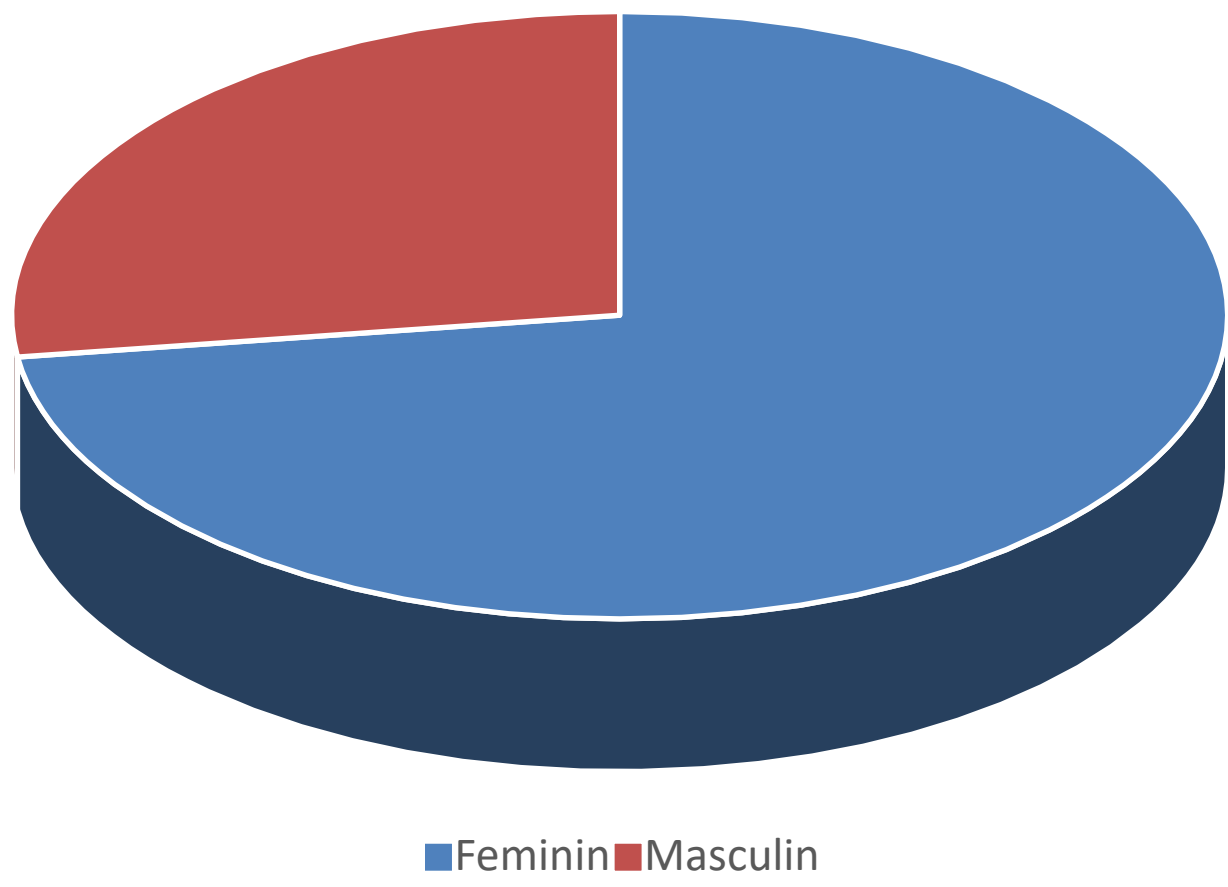


Figure 4: Répartition selon le sexe

Conclusion

Cette série met en évidence un profil particulier des MC. Dans les régions endémiques pour la leishmaniose, un examen parasitologique est essentiel. Le traitement doit être adapté à l'étiologie sous-jacente. Bien que l'amélioration clinique soit fréquente, les récidives restent possibles.