

Ministère de l'éducation nationale

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But- Une foi



UNIVERSITE DU MALI  
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2007-2008

N°

## TITRE

LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE A L'UNITE DE DERMATO-VENEREOLOGIE  
(EX INSTITUT MARCHOUX) - (CNAM)  
BAMAKO - MALI

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le -6--/3--2007  
BAMAKO

PAR : MR MAMADOU OUMAR BA

Pour obtenir le grade de *Docteur en médecine*  
(DIPLOME D'ETAT)

## JURY

Président : Professeur Sadio Yena

Membres : Docteur Ousmane Faye

Docteur Pierre Traoré : Co-directeur

Professeur Somita Keita : Directeur de thèse



# DEDICACES

### DECDICACES

➤ **A mes grands parents paternels et maternels**

A ma grand-mère feu Maman Thiam : pour toute la tendresse, et la protection reçues auprès de toi.

➤ **A mon père Oumar Issiaka Bâ et à ma mère Rockiatou Traoré**

Votre courage, votre intégrité, votre sens élevé du travail bien fait, du devoir bien accompli ont été et seront toujours un modèle pour moi. Votre investissement moral et matériel pour le bon accomplissement de ce travail font de vous des parents exemplaires.

Je vous suis reconnaissant et vous dédie ce modeste travail, témoignage de ma tendresse et de ma profonde affection pour vous.

➤ **A mes frères :** Dr Hamidou Oumar Bâ, Issa Oumar Bâ, Dramane Oumar Bâ

➤ **A mes sœurs :** Fatoumata Sirandou Ba, Alima Ba, Madina Bâ, Awa Bâ

Vous avez tous de loin ou de près participé à l'aboutissement de ce travail. Votre soutien moral et matériel n'a pas failli durant toutes ces longues années d'étude.

Puisse ce travail constituer un motif de fierté pour chacun de vous.

➤ **A mes oncles et tantes:**

Pour tous les services que vous m'avez rendus  
Toute ma profonde reconnaissance.

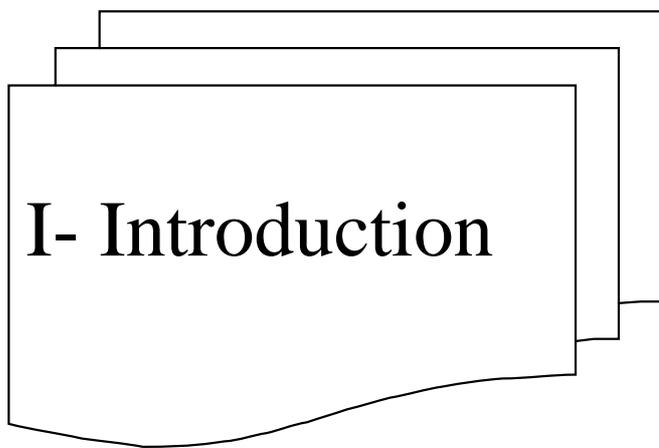
➤ **A mes cousins et cousines de Bamako et d'ailleurs :**

➤ **A mes Belles sœurs et beaux frères :**

➤ **A mes nièces et neveux :**

SOMMAIRE

<b>I- INTRODUCTION-----</b>	<b>P 10</b>
OBJECTIFS	
<b>II- RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU--</b>	<b>P 13</b>
1.    L'EPIDERME ET LES ANNEXES	
2.    LA JONCTION DERMO-EPIDERMIQUE	
3.    LE DERME	
4.    L'HYPODERME	
5.    LES FONCTIONS DE LA PEAU	
<b>III- RAPPEL DES DERMATOSES CHIRURGICALES-----</b>	<b>P 18</b>
<b>A- LES DERMATOSES CHIRURGICALES BENIGNES-----</b>	<b>P 18</b>
<b>1- LES TUMEURS BENIGNES CUTANEEES</b>	
1.1.    LES TUMEURS EPIDERMiques	
1.2.    LES TUMEURS GRAISSEUSES	
1.3.    LES TUMEURS FIBREUSES	
1.4.    LES TUMEURS DES NERFS	
1.5.    LES TUMEURS VASCULAIRES	
1.6.    LES TUMEURS DES MUSCLES LISSES	
1.7.    LES PATHOLOGIES DES ANNEXES CUTANES	
<b>2- LES DERMATOSES MALFORMATIVES</b>	
<b>3- LES DERMATOSES INFECTIEUSES</b>	
<b>4- LES ULCERES ET LES TROUBLES TROPHIQUES CUTANEEES</b>	
<b>B-    LES DERMATOSES CHIRURGICALES MALIGNES -----</b>	<b>P 43</b>
<b>IV- NOTRE ETUDE</b>	
1. <b>MATERIELS ET METHODES-----</b>	<b>P 51</b>
<b>V- RESULTATS-----</b>	<b>P 56</b>
<b>VI- ICONOGRAPHIE-----</b>	<b>P 64</b>
<b>VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION-----</b>	<b>P 70</b>
<b>VIII- CONCLUSION-----</b>	<b>P 74</b>
<b>IX- RECOMMANDATIONS-----</b>	<b>P 76</b>
<b>X- BIBLIOGRAPHIE-----</b>	<b>P 78</b>
<b>XI- ANNEXES-----</b>	<b>P 82</b>



I- Introduction

## I- Introduction

La chirurgie dermatologique ou la chirurgie cutanée est l'ensemble des gestes et techniques chirurgicales appliqués pour le traitement de certaines maladies de la peau, des muqueuses superficielles et des annexes. Sont concernées toutes les lésions (anomalies ou pathologies cutanées) dont l'ablation chirurgicale est jugée nécessaire, ainsi que les cicatrices anormales ou inesthétiques requérant un traitement chirurgical [1]. Les techniques sont nombreuses mais les plus couramment utilisées sont l'exérèse-suture, la biopsie-exérèse, l'électrocoagulation, la cryothérapie, les avulsions unguéales, les greffes, les plasties et les petites amputations. La chirurgie prend une place de plus en plus croissante en dermatologie. Avec le temps elle s'est affirmée comme le traitement de choix de nombreuses tumeurs cutanées, même si dans certains cas un traitement médical est combiné à l'acte de chirurgie [2].

Dans d'autres cas l'acte chirurgical reste la seule alternative entraînant la guérison.

Le développement de cette discipline dans la spécialité dermatologique a permis un approfondissement des connaissances sur les lésions dites chirurgicales et une amélioration incessante des techniques de réparation. Par ailleurs au cours de cette pratique un accent particulier est mis sur la qualité esthétique des interventions pratiquées [2].

D'éminents chirurgiens dermatologues se sont imposés dans la maîtrise de l'art. En France dans le service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique du Professeur Servant sur 1190 interventions pratiquées, 698 soient 58% représentaient les lésions de dermato-chirurgie (la chirurgie tumorale cutanée, la chirurgie des infections des parties molles, les pertes de substances et les cicatrices).

Depuis plusieurs années cette discipline est Pratiquée au CNAM ex institut Marchoux, elle occupe de plus en plus une place importante dans les activités du service, mais les résultats n'ont jamais été évalués.

Notre travail a pour but de rapporter le bilan de l'activité de chirurgie dermatologique pratiquée dans ce service.

OBJECTIFS :

Objectif général :

Rapporter notre expérience de chirurgie dermatologique pratiquée dans le service de dermatologie (CNAM-Bamako).

Objectifs spécifiques :

- 1) Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients présentant les dermatoses chirurgicales.
- 2) Décrire les aspects cliniques des dermatoses chirurgicales observées.
- 3) Décrire les techniques opératoires pratiquées et leurs résultats.



## II- RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU

## II- RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU

### A- Rappels anatomiques :

La peau est une membrane souple et résistante, parcourue par de nombreux plis (dermatoglyphes). Elle recouvre le corps des espèces humaines et animales. Elle a une épaisseur qui varie environ de 1 à 2 mm. C'est l'organe le plus lourd de l'organisme avec 3,5 kg pour un homme de 70 kg et le plus étendu avec 2m<sup>2</sup> de superficie.

La surface de la peau présente :

- Des pores, des sillons, des crêtes et des tiges pilaires.

### 1- L'épiderme et ses annexes :

#### 1.1- Epiderme [3] :

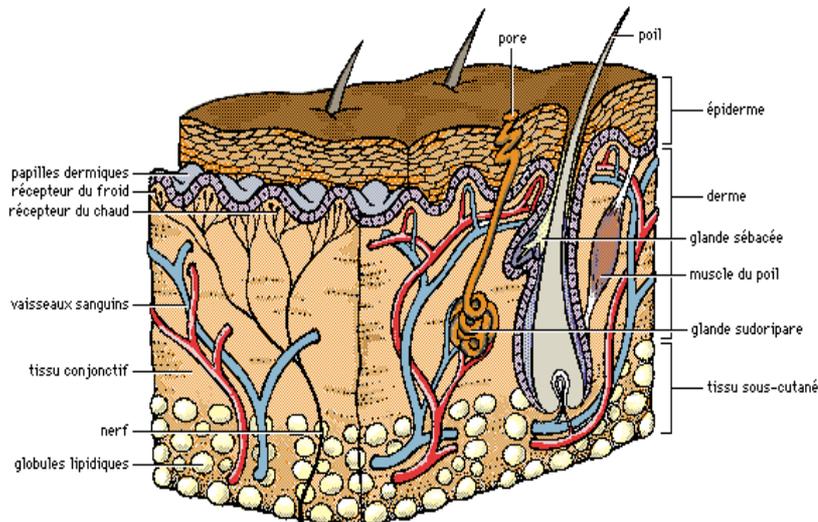
L'épiderme est un épithélium malpighien, pluristratifié. Il constitue la couche la plus superficielle de la peau. Son épaisseur est variable 50 à 100µm selon la région anatomique (plus fine aux paupières et scrotum « 50µm » et peut atteindre un millimètre à la plante des pieds. Histologiquement on y trouve quatre types de populations cellulaires : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel. Mais la population kératinocytaire est la plus dominante. Elle est organisée en quatre couches successives, de dehors en dedans on observe :

- la couche cornée : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse et est constituée de kératinocytes dépourvus de noyaux.

- la couche granuleuse : comporte 1 à 4 assises de cellules caractérisées par la disparition des noyaux et l'apparition de grosses granulations basophiles cytoplasmiques.

- la couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de kératinocytes polygonales. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.

- la couche basale : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche germinative faite de kératinocytes souches est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogenèse (les mélanocytes) et les cellules de Langerhans (sentinelle immunologique).



**Fig. 1** : Coupe histologique de la peau [4]  
Référence Encarta 2005

## 1.2- Les annexes cutanées épidermiques

Elles comportent les follicules pilo-sébacés, les glandes sudorales, et les ongles

.Les follicules pilo-sébacés : constituent une unité physiologique comportant le poil dans son follicule et la glande sébacée.

1.2.1-Glandes sébacées : Les glandes sébacées se forment à partir d'une invagination de la gaine folliculaire externe du follicule pileux embryonnaire. Elles se présentent sous forme de sacs accolés aux follicules pileux.

1.2.2- Les glandes sudorales : sont de deux types : les glandes eccrines et les glandes apocrines.

- Les glandes eccrines : les plus nombreuses (trois millions environ) sont formées par un peloton sudoripare situé dans la région dermo-hypodermique qui se prolonge par un tube excréteur. La sécrétion sudorale (sueur) est formée de 99% d'eau plus des constituants plasmatiques.

- Les glandes apocrines sont localisées surtout dans les régions axillaires et ano-génitales. Les produits sécrétés s'éliminent par un canal excréteur qui débouche dans l'entonnoir folliculaire d'un poil axillaire ou génital.

1.2.3- Follicule pileux : le follicule pileux comme son nom l'indique représente le poil dans son follicule. Le poil comporte trois parties essentielles :

Une partie vivante appelée bulbe responsable du renouvellement pileux.  
Une partie isthmique et une 3<sup>ème</sup> partie appelée tige formée de cellules cornées mortes.

1.2.4- Les ongles : Anatomiquement l'ongle comprend 3 régions distinctes :

La racine, la tablette sous laquelle se trouve le lit unguéal et le bord libre.

La racine est partiellement recouverte par le repli sus unguéal proximal ou repli postérieur qui se prolonge par les replis sus unguéaux latéraux.

En distalité du repli proximal se trouve l'éponychium qui recouvre une partie de la lunule (c'est le croissant pale). En distalité la face ventrale du bord libre de la tablette se trouve au contact d'un repli épidermique épais appelé hyponychium. Les ongles poussent en moyenne de 0,1mm par jour plus vite en été qu'en hiver et plus vite aux doigts qu'aux orteils.

2- la jonction dermo-épidermique ou la membrane basale:

Elle comporte une zone d'échange assez lâche formée d'un réseau de fines fibrilles séparant l'épiderme du derme laissant passer dans les deux sens différentes substances chimiques dont en particulier les éléments de nutrition de l'épiderme. La membrane est un feuillet vivant comprenant 3 couches :

De la superficie à la profondeur on a : la lamina lucida, la lamina densa, les fibrilles d'ancrage.

3- Le derme

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes). Le derme est divisé en deux parties : le derme papillaire et le derme réticulaire.

4- La circulation cutanée :

Elle est assurée par un réseau très abondant et complexe. Les artères traversent le tissu adipeux fournissant un premier réseau dermique profond. Dans le derme elles donnent des collatérales terminales aux annexes pilo-sébacées et aux glandes sudorales : arrivées au derme superficiel ces artérioles s'épanouissent en un plexus sous papillaire d'où sont issues les artérioles précapillaires terminales. Le système veineux de retour commence au niveau du plexus sous papillaire : ces veinules vont se réunir pour former des veines plus larges en suivant un trajet parallèle aux voies artérielles.

5- Innervation cutanée :

La peau présente un système d'innervation complexe qui va jouer un rôle important dans la défense de l'organisme. Les terminaisons sensibles de la peau sont situées à différents niveaux : épiderme, derme et hypoderme.

Elles sont constituées par un réseau de fibres terminales libres et par des corpuscules récepteurs : corpuscules de Meissner, de Krause, de Merkel de Vater Paccini.

6- Les muscles de la peau :

La peau contient des muscles et ce sont surtout des muscles lisses auxquels appartiennent en premier lieu les muscles pilo-moteurs. Ces muscles se retrouvent au niveau des vaisseaux du derme et des glandes sudoripares.

7- L'hypoderme :

Il est situé sous le derme

Il constitue la couche la plus profonde du tissu cutané. Il s'agit d'un tissu graisseux formé de lobules graisseux séparés par des cloisons fibreuses conjonctives et vasculo-nerveux.

5- Rappels physiologiques [5] :

La peau joue plusieurs fonctions entre autres :

La protection : elle résume toutes les fonctions de la peau, notamment :

La protection contre les agressions mécaniques (épiderme, derme et hypoderme).

La protection contre les agressions chimiques grâce à la sécrétion de sébum et de sueur.

La protection contre les rayons UV du soleil par l'intermédiaire des cellules à mélanine situées dans la couche basale qui s'opposent à la pénétration des UV.

L'échange :

Elle peut se faire de deux façons :

-Voie trans-épidermique

-Voie-folliculo-sébacée.

Cette voie de pénétration percutanée concerne différents éléments, dont les médicaments sous forme de pommade (topiques à usage externe).

La sensibilité :

Avec principalement trois types de sensibilités:

La sensibilité nociceptive

La sensibilité tactile

La sensibilité thermique

L'excrétion :

La peau peut être assimilée à :

Une glande à sécrétion interne (histamine)

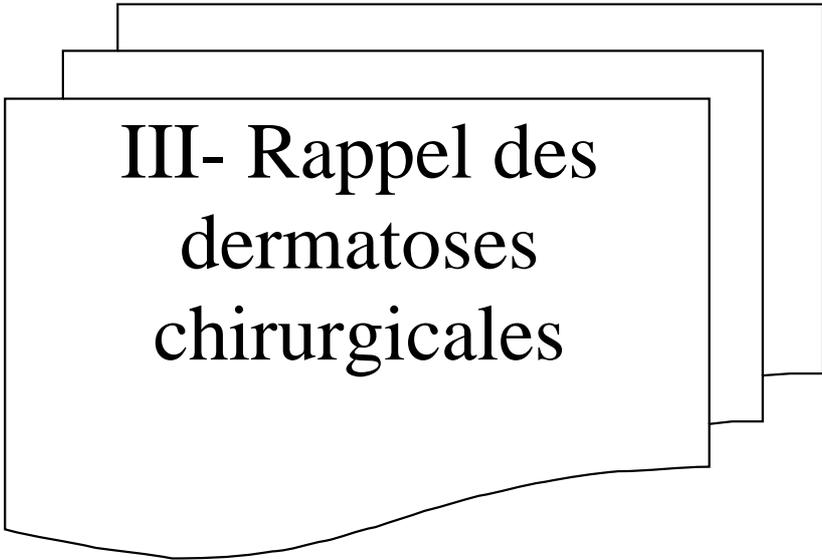
Une glande à sécrétion pigmentaire (mélanine)

Une glande à sécrétion externe (sueur, sébum)

La thermorégulation :

Maintien de la température corporelle.

Pendant le froid on note une vasoconstriction avec augmentation de la température corporelle et pendant la chaleur une vasodilatation entraînant une diminution de la température corporelle.



### III- Rappel des dermatoses chirurgicales

### III- Rappel des dermatoses chirurgicales

#### A - Dermatoses chirurgicales bénignes

##### 1- Tumeurs bénignes cutanées

##### 1.1- Les tumeurs épidermiques

##### 1.1.1- Verrue séborrhéique ou kératose séborrhéique [3]

1.1.1.1- Définition : ce sont des anomalies banales et bénignes de la maturation des cellules basales de l'épiderme à l'origine de la formation de papules ou de plaques surélevées extrêmement délimitées à surface rugueuse.

Les verrues séborrhéiques sont fréquentes autour de la cinquantaine, à égalité de sexe.

##### 1.1.1.2- Clinique :

Au début de leur apparition, on voit essentiellement une ou plusieurs petites papules de coloration noirâtre sessile ou pédiculées disséminées sur le corps.

A un stade un peu avancé, elles forment des enduits squamo-kératosiques, gras peu adhérents, facilement détachable avec l'ongle ou une curette sans saigner.

Elles sont de consistance dure, onctueuse avec une surface rugueuse. La taille varie de quelques mm à plusieurs cm.

##### 1.1.1.3- Histologie [3] :

Les verrues séborrhéiques sont composées d'un mélange de petites cellules basales et de kératinocytes matures.

##### 1.1.1.4- Traitement [6] :

##### Traitement médical :

Certains dermatologues utilisent les rétinoïdes pour leur pouvoir kératolytique en application locale ou même l'acide salicylique.

##### - Traitement chirurgical

Pour les petites lésions on utilise l'électrocoagulation ou la cryothérapie.

Les grosses lésions doivent bénéficier de l'exérèse-suture ou exérèse plus réparation par plastie ou par greffe.

##### 1.1.2- La corne cutanée

##### 1.1.2.1- Définition [3] :

La corne cutanée est un amas de kératine localisé sur une partie du corps, le plus souvent sur les zones découvertes ou ensoleillées du corps « au visage, à la main, au dos, et au pied (face plantaire ou face dorsale), les oreilles ».

##### 1.1.2.2- Etiologies :

Elle survient le plus souvent après une kératose sénile, une ancienne cicatrice, ou même après un traumatisme, une verrue séborrhéique.

#### 1.1.2.3- Clinique :

Les signes fonctionnels sont dominés par la douleur au moindre contact et souvent de petits saignements à la base d'implantation lors de traumatisme même minime. A l'oeil nu on voit une prolifération en forme de cornes de bovidés ou en forme de pyramide, exophytique blanchâtre ou noirâtre. La hauteur de la corne varie de 1 à 2 cm environ.

1.1.2.4- Histologie [6] : elle montre un amas de kératine orthokératosique et parakératosique soit au dessus d'un épiderme hyperacanthosique soit au dessus d'une zone atteinte de kératose sénile.

#### 1.1.2.5- Traitement :

L'exérèse-suture est le traitement le plus recommandé afin d'éviter une éventuelle cancérisation. La pièce opératoire doit faire l'objet d'examen histopathologique.

### 1.1.3- Les Naevus épidermiques ou les Hamartomes épidermiques

#### 1.1.3.1- Définition [7] :

Ce sont des dysembryoplasies (anomalie embryonnaire) hyperplasiques, touchant l'épiderme et aussi les annexes plus ou moins étendue, mais circonscrite, permanente ou très lentement évolutive. Les nævus épidermiques sont des hamartomes cutanés de distribution souvent linéaire et unilatérale suivant les lignes de Blaschko. Présents dès la naissance ou apparaissant tôt dans l'enfance. Ils engendrent d'importants préjudices esthétique et psychosocial.

#### 1.1.3.2- Clinique :

##### - Formes cliniques [7]

Sur le plan clinique nous distinguons :

- Les nævus épidermiques verruqueux et verruco-sébacé ;
- Les nævus épidermiques verruqueux épidermolytiques ;
- Les nævus épidermiques acantholytiques (type Darier ou Hailey Hailey);
- Les nævus épidermiques inflammatoires (eczématiformes, lichénoïdes ou psoriasiformes).

Les hamartomes folliculaires (nævus comédonien) et le nævus de Becker peuvent être inclus dans une définition un peu plus large des nævus épidermiques. Pratiquement toujours sporadiques, les nævus épidermiques sont uniques ou multiples et s'intègrent parfois dans un syndrome dysembryoplasique plus ou moins complexe, défini par l'association de malformations ou de tumeurs à un nævus épidermique. Les anomalies associées au nævus épidermique atteignent le plus fréquemment la peau, le système nerveux central et le squelette.

1.1.3.4- Histologie [7] : La présentation histologique des naevi est variable.

Le tableau histologique se résume le plus souvent en une hyperplasie papillomateuse de l'épiderme avec hyperkératose et hyperacanthose. L'aspect est alors proche d'une verrue séborrhéique.

1.1.3.5- Conduite à tenir :

Un examen clinique complet à la recherche d'anomalie malformative surtout neurologique. Une biopsie des lésions, une radiographie du squelette à la recherche de lésions osseuses, une échographie abdominale à la recherche d'anomalie viscérale, et même un scanner cérébral.

Outils thérapeutiques [7]

-Traitement médicamenteux :

La corticothérapie locale peut être utilisée deux fois par jour sous occlusion en injections intralésionnelles.

Les topiques (podophylline, rétinoïdes, calcipotriol) ne sont le plus souvent que partiellement efficaces et n'ont qu'une action suspensive.

-Chirurgie :

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement définitif des nævus épidermiques. Une excision avec fermeture par suture simple, par greffe, par lambeau ou par cicatrisation dirigée sera décidée en fonction du type de lésion.

+ Cryothérapie : elle entraîne en une ou plusieurs séances hebdomadaires une ulcération de la lésion.

+ Lasers

Ce sont de nouvelles techniques utilisant des dispositifs permettent de produire une lumière monochromatique unidirectionnelle. L'énergie lumineuse est transformée en énergie thermique destructrice des tissus absorbants.

Le laser permet le traitement des lésions de grande taille, présente une morbidité plus réduite et des cicatrices plus esthétiques que la chirurgie.

1.1.4- Les naevus mélanocytaires [3] :

Ce sont des tumeurs bénignes développées au dépend du système mélanocytaire.

Ce sont des tumeurs bénignes formées par la prolifération intra-épidermique ou dermique de cellules mélanocytaires anormales appelées nævocytes groupés en amas ou en thèques.

La fréquence de ces naevus à la naissance est estimée à 1%. Ils se développent en général entre 3 et 4 ans et à l'adolescence.

Ce sont des dysembryomes (prolifération à partir des restes de cellules embryonnaires).

Les naevus mélanocytaires sont divisés en deux groupes :

#### 1.1.4.1- Les naevus congénitaux :

Ils sont rencontrés chez les nouveaux nés ou les nourrissons dans les 6 premiers mois de la vie.

Au plan clinique on note une tache hyperpigmentée arrondie, de couleur brunâtre ou noire, avec des limites bien nettes, et une surface mamelonnée souvent pileuse. Suivant la taille on distingue :

+ Les petits naevus congénitaux : < 1,5 cm de diamètre.

+ Les naevus intermédiaires ou moyens : entre 1,5 à 20 cm de diamètre.

+ Les naevus géants : diamètre > 20 cm.

#### 1.1.4.2- Les naevus acquis :

Ils se rencontrent chez les enfants, les adolescents, et les adultes.

Les lésions sont polychromes arrondies de tailles variables (quelques mm à quelques cm de diamètre).

Les lésions se présentent sous forme de macules planes, de maculopapules, de nodules saillants en dôme, sessile, pédiculé ou papillomateuse, à surface lisse, kératosique, pileuse ou non.

Leur couleur est variable allant du rose chair au noir foncé.

Siège variable : région palmo-plantaire, le dos, la poitrine, le visage, bras et jambes.

Cas particuliers : nous citerons :

Le naevus de Sutton

Le naevus spilus

#### 1.1.4.3- Traitement [7] : il repose sur l'exérèse-suture

+ Nævus de petite taille (< 1,5 cm), topographie non affichante : l'abstention thérapeutique est préconisée en première intention. Une excision prophylactique peut être envisagée avant la puberté ou à l'âge adulte.

+ Nævus de taille moyenne (entre 1,5 et 20 cm), topographie non affichante : l'excision ou l'abstention seront décidées en fonction de la localisation, de la taille de la lésion et de l'âge du patient.

+ Nævus de petite taille ou moyenne, topographie affichante : l'excision précoce est recommandée avant 1 an ou mieux, avant 6 mois, le projet chirurgical devant être proposé sur une base individuelle.

+ Grands nævus et nævus géants : un programme chirurgical précoce est recommandé, si possible dès la naissance, en fonction de la topographie et des réserves de peau. Les excisions répétées ou l'expansion cutanée sont à utiliser en fonction du nombre de temps chirurgicaux prévus. Pour les grands nævus des expansions cutanées sont nécessaires, parfois de façon répétée, pour les nævus géants. Les greffes de peau mince sont possibles pour les lésions étendues du visage. La chirurgie précoce s'adresse en priorité au nævus principal, la transformation maligne n'étant pas rapportée sur les lésions satellites

Les cas particuliers sont :

Les nævus géants du cuir chevelu et des extrémités : l'abstention est ici recommandée en raison des séquelles cicatricielles;

La période néonatale : les nævus géants, en particulier les formes circonférentielles des membres, peuvent être curetées sans limiter les possibilités d'une chirurgie conventionnelle ultérieure.

+Nævus spilus et nævus d'Ota : des transformations malignes ont été rapportées, mais il n'est habituellement pas envisagé de chirurgie d'exérèse prophylactique. Les lasers dépigmentants sont à proposer en première intention en cas de demande esthétique.

### 1.1.5- La Maladie de Heck

#### 1.1.5.1- Définition [8] :

Ce sont de multiples papules situées au niveau de la muqueuse buccale. C'est une hyperplasie épithéliale focale, son évolution est bénigne.

#### 1.1.5.2- Clinique :

Elle se présente sous forme de papules multiples de petites tailles situées sur les versants muqueux de la lèvre inférieure et supérieure. Ces papules sont de consistance molle à surface lisse peu douloureuses ou peu prurigineuses, et ne s'accompagnent pas d'altération de l'état général.

Ce sont des lésions qui saignent souvent au traumatisme.

#### 1.1.5.3- Traitement :

##### Traitement chirurgical :

+La cryothérapie à l'azote liquide provoque un décollement et une ulcération. L'électrocoagulation entraîne une destruction des lésions par carbonisation.

### 1.1.6- Le Cor [3]

1.1.6.1- Définition : ce sont des zones d'hyperkératoses circonscrites en forme de cône renversé et dont le sommet comprime le derme ce qui fait que les cors sont en général très douloureux au moindre traumatisme et pression.

1.1.6.2- Physiopathologie : elle s'explique par le fait que tout frottement et toute pression continu amène la peau à se défendre par augmentation de sa couche cornée (augmentation de la quantité de kératine).

#### 1.1.6.3- Clinique :

Ce sont des lésions d'hyperkératose blanchâtre ou jaunâtre, douloureuses à la pression, à surface rugueuse bien circonscrites avec œdème et érythème péri lésionnel.

Ils sont localisés au pied (face plantaire), les points d'appui du pied, les orteils, les talons, et les inter orteils, les autres endroits du corps soumis au frottement et pression continu.

#### 1.1.6.4- Histologie : [5]

Le décapage au bistouri fait apparaître un noyau central blanchâtre s'enfonçant dans le derme à angle aigu

En microscopie On note un amas de kératine.

#### 1.1.6.5- Traitement :

##### -Traitement médical :

Plusieurs produits sont utilisés notamment l'acide salicylique à 15 ou 20% et d'urée 40%.

##### -Traitement chirurgical :

On peut utiliser plusieurs techniques entre autre la cryothérapie en séances hebdomadaires, l'électrocoagulation, l'exérèse suivie de suture, et le curetage à la curette dermatologique.

#### 1.1.7 -Les Papillomes viraux

##### 1.1.7.1- Définition [3] :

Ce sont des affections extrêmement banales de la peau et des muqueuses causées par des papillomavirus humains (PVH).

1.1.7.2- Etiologies [3] : Les virus des verrues sont classés dans le groupe des papillomavirus humains. La période d'incubation n'est pas connue avec certitude, mais des études en laboratoire situent cette incubation à 4 mois avec des extrêmes à 1 et 20 mois. Les verrues touchent les enfants et les adultes jeunes, avec un pic à 10% entre 12 et 16 ans.

Des techniques de biologies récentes notamment l'hybridation de l'ADN a confirmé l'existence de plusieurs types de papillomavirus.

Les verrues planes sont dues au PVH3, les verrues ano-génitales au PVH6, les verrues plantaire ou palmaire profondément enchâssées au PVH1

Certains PVH sont doués de pouvoir oncogène. C'est ainsi que dans l'espèce humaine on a clairement établi l'association du cancer du col, de la vulve avec le PVH16.

Les verrues sont souvent contractées indirectement dans les lieux communs (chambre d'hôtel, des salles de bains et des piscines). Les verrues ano-génitales lors des rapports sexuels.

1.1.7.3 Clinique [9] : on distingue plusieurs formes cliniques

##### - Les verrues vulgaires :

Elles forment des papules de couleur chair à surface irrégulière et en relief sur la peau. Elles sont uniques ou multiples de taille variable parfois énorme. Elles siègent sur les mains ou n'importe quelle région du tégument.

##### - Les verrues planes :

Ce sont de petites lésions aplaties au relief à peine perceptible bien délimitées de couleur chair ou hyperpigmentées. Leur surface est lisse ou irrégulière. Elles siègent sur n'importe quelle région des téguments avec

une prédilection pour le visage, les mains, et les membres. Ces verrues planes représentent 3% de l'ensemble des verrues.

- Les verrues plantaires :

Ce sont des lésions à surface irrégulière avec un relief discret mais semble un peu enfoncées en profondeur dans le tégument du fait de la pression du poids du corps sur les surfaces d'appui. Elles sont également appelées myrmécies (fourmilière).

Ce sont des lésions douloureuses rencontrées à la plante des pieds et rarement sur les paumes pouvant entraver la marche.

- Les verrues en mosaïque :

Dans cette variété la confluence des lésions forme des plaques de surface rugueuse. Elles siègent aux plantes des pieds, les talons, les paumes et les régions péri unguéales. Elles ont tendance à persister longtemps. Ces verrues en mosaïques sont rarement douloureuses.

- Les verrues ano-génitales :

On distingue 3 formes cliniques de verrues ano-génitales

-Forme végétante en chou fleur ou crête de coq est appelée condylomes acuminés

-Forme en petites papules sessiles ou souvent pédiculées de consistance molle de couleur rosâtre et de surface irrégulière.

-Forme kératosique bien délimitées ressemblant aux verrues vulgaires.

Les verrues ano-génitales peuvent siéger sur la verge, le scrotum, les régions pubiennes, et péri vulvaires ainsi que péri anale. On peut les rencontrer à l'intérieur du canal urétral ou de la cavité vaginale jusque sur le col utérin et aussi dans le canal anal. Elles sont dues le plus souvent aux PVH de type 6 ; 10 ; 11 ; 16 ; 18. Les types 16 ; 18 sont associés à la transformation carcinomateuse de lésions vulvaires et cervicales.

Pendant la grossesse on assiste à une aggravation des verrues ano-génitales par augmentation de volume, elles deviennent plus hyperplasiques végétantes ou pédiculées. Elles régressent souvent après la délivrance.

1.1.7.4- Traitement [10] :

Traitement médical : Il repose sur l'application quotidienne d'acide salicylique ou pour certains auteurs injection de bléomycine (après anesthésie) dans la verrue.

Traitement chirurgical est fait par la cryothérapie ou par électrocoagulation.

L'exérèse de la lésion suivie de suture est une autre alternative chirurgicale mais peut favoriser une dissémination des virus.

1.2- Les tumeurs graisseuses

1.2.1- Les lipomes

1.2.1.1- Définition :

Le lipome [12] [13] vient du grec lipos signifie graisse et oma signifie tumeur.

Ce sont des tumeurs sous-cutanées de taille et de nombre variable de consistance molle, parfois polylobées, faites de cellules graisseuses "boules de graisse". Certaines localisations sans être pour autant les plus fréquentes méritent d'être citées :

Le lipome cervical postérieur du sujet âgé (fibrolipome)

Le lipome sous aponévrotique du front chez l'adulte de sexe masculin, trompeur car sous l'aponévrose et il faut le réséquer convenablement si on veut éviter les récives.

Le lipome lombo-sacré pouvant être révélateur d'une dysraphie spinale occulte.

Les lipomes sont des tumeurs toujours bénignes mais pouvant prendre parfois des volumes impressionnants.

#### 1.2.1.2- Traitement :

Le traitement consiste sous anesthésie locale en une exérèse du tissu adipeux proliféré et suture.

### 1.3- Les tumeurs fibreuses

#### 1.3.1- Les chéloïdes [11]

##### 1.3.1.1- Définition :

Ce sont des tumeurs bénignes caractérisées par une prolifération fibroblastique. Cette prolifération peut être primitive sans cause ou secondaire à un traumatisme.

##### 1.3.1.2- Clinique :

Ce sont des formations intradermiques, saillantes de consistance très ferme, à surface lisse, parfois bosselée, télangiectasique, de forme allongée ou ovale, assez souvent spontanément sensibles ou prurigineuses. Elles siègent sur n'importe quelle partie des téguments et tout particulièrement sur les régions pré sternales, scapulaires et brachiales. On distingue :

- Les chéloïdes provoquées, secondaires à des traumatismes divers, à une vaccination, à des brûlures et à des lésions inflammatoires.

- Les chéloïdes spontanées plus fréquentes dans la race noire, elles peuvent prendre des dimensions importantes et devenir invalidantes "maladie chéloïdienne".

##### 1.3.1.3- Histologie [4] :

À l'examen macroscopique la chéloïde apparaît formée d'un tissu fibreux blanchâtre dur. En microscopie la chéloïde est constituée de tissus fibreux denses, mais elle contient en plus des faisceaux épais de collagène hyalin.

1.3.1.4- Traitement : il est difficile. La cryothérapie et les injections intra lésionnelles de corticoïdes peuvent réduire le volume des chéloïdes. Les

résections chirurgicales endochéloïdiennes et la compression forte par divers procédés ont donné souvent des résultats satisfaisants.

### 1.3.2- Le molluscum pendolum

(Polypes fibro-épithéliaux, acrochordons)

1.3.2.1- Définition [3] : ce sont des tumeurs fibreuses et épithéliales, ce sont de petites masses pigmentées molles souvent pédiculées qui siègent sur la région cervicale et les grands plis. Il n'existe pas de prédominance de sexe et la cause est inconnue

#### 1.3.1.2- Clinique :

A l'examen ils se présentent sous la forme d'une masse pédiculée, bosselée, hyperpigmentée par rapport à la peau normale ou de pigmentation normale. La consistance est molle, de surface lisse, avec une base d'implantation rétrécie (pédiculée), la peau qui recouvre la lésion est normale. Les signes fonctionnels à type de douleur, prurit sont inconstants. Les dimensions varient de 3 à 5 cm. Les sites de prédilection sont la région cervicale, l'aisselle et l'aîne, d'autres localisations sont possibles.

#### 1.3.1.3- Histologie [3] :

Le polype est constitué d'un épithélium malpighien kératinisé surmontant un axe conjonctivo-vasculaire.

#### 1.3.1.4- Traitement :

Il repose sur l'ablation par exérèse-suture ou la destruction par électrocoagulation.

### 1.4- Les tumeurs des nerfs et enveloppes

#### 1.4.1- Neurofibromatose 1 ou maladie de Von Recklinghausen

##### 1.4.1.1- Définition [3] :

C'est une maladie neurocutanée autosomique dominante comportant des taches café au lait, des éphélides, des nodules de Lish et des neurofibromes.

##### 1.4.1.2- Etiologie [14] :

La neurofibromatose 1 (NF1) est une maladie rare autosomique dominante dont l'incidence à la naissance est d'environ 1 sur 3000 nouveau-nés. Le gène de la NF1 a été localisé sur le chromosome 17 dans la région 17q11.2. La pénétrance est proche de 100% à l'âge de 5 ans.

Cette anomalie entraîne une multiplication excessive des cellules de la crête neurale (comme les cellules de Schwann).

##### 1.4.1.3- Clinique [15] [3]

Elle est dominée par des taches hyperpigmentées ou taches café au lait disséminées sur tout le corps. La présence en générale de six taches est évocatrice du diagnostic de neurofibrome.

A coté de ces taches café au lait on note des éphélides ou lentigines surtout au niveau axillaire et au périnée.

On retrouve également des nodules de plus de 3 cm pédiculés ou sessiles de consistance molasse appelés neurofibromes ou pour certains des molluscums fibreux. Un signe caractéristique est la possibilité de les enfoncer sous le doigt.

Les autres anomalies retrouvées sont des formations papuleuses situées sur l'iris appelées nodules de Lish.

#### 1.4.1.4- Traitement :

L'abstention thérapeutique est préconisée pour les lésions de petites tailles.

Les grosses lésions doivent être enlevées pour des problèmes esthétiques ou en cas de complication par exérèse-suture.

**NB** [15] : Il existe également la neurofibromatose 2. La neurofibromatose 1 et la neurofibromatose 2 sont deux maladies différentes. Leur génétique est différente : le gène NF1 est situé sur le chromosome 17 et le gène NF2 sur le chromosome 22. Leur épidémiologie est différente, une naissance pour 3 000 pour la neurofibromatose 1, une naissance sur 35 000 à 40 000 pour la neurofibromatose 2. Leur clinique est différente. Les signes cutanés sont discrets au cours de la neurofibromatose 2, et est essentiellement caractérisée par la présence de schwannomes vestibulaires bilatéraux (anciennement neurinomes de l'acoustique).

### 1.5- Les tumeurs vasculaires

1.5.1- Le botriomycome [3] autrement appelé (Granulome pyogénique) :

1.5.1.1- Définition : C'est une tumeur vasculaire pédiculée ou sessile non épidermisée qui siège souvent au doigt ou au pied, à la langue ou n'importe où à la suite de piqûre septique ou de microtraumatisme. L'application de pansement gras sur une plaie traumatique ou sur une plaie humide est un facteur favorisant. Tous les âges sont concernés sans prédominance de sexe.

#### 1.5.1.2- Clinique :

L'interrogatoire des patients retrouve comme signe fonctionnel :

L'hémorragie est constamment retrouvée et de ce fait constitue un élément du diagnostic positif. Ce sont des saignements survenant au moindre contact et amènent le plus souvent les patients en consultation. Par ailleurs la douleur ou le prurit peuvent inconstamment accompagner la tumeur.

L'examen retrouve une masse charnue molle en relief sur la peau de coloration rouge parfois ulcérée.

La taille est variable allant d'un centimètre de diamètre jusqu'à plus de 5 cm.

1.5.1.3- Histologie [3] : c'est une tumeur bénigne vasculaire, c'est une lésion en relief souvent ulcérée parfois bordée latéralement d'une collerette épidermique, constituée de très nombreuses cavités vasculaires dilatées et pleines de sang d'où émergent de nombreux capillaires.

1.5.1.4- Traitement :

Il repose sur l'exérèse de la tumeur à sa base et électrocoagulation du pédicule vasculaire.

1.5.2- La tumeur glomique [3]

1.5.2.1- Définition :

C'est un angio-myo-neurome artériel qui est un petit angiome nodulaire intradermique ou sous cutané, siégeant surtout sur les régions tactiles riches en glomus.

Le glomus [12] est un corpuscule arrondi composé de vaisseaux et richement innervé.

1.5.2.2- Etiologie :

Elle est en général provoquée par une piqûre ou un traumatisme, survenant à tout âge mais plus fréquemment chez les enfants de moins de 5 ans.

1.5.2.3- Clinique :

La clinique est dominée par des douleurs, paroxystiques atroces avec irradiation. Les douleurs sont provoquées par le froid, la pression, ou un traumatisme minime. On peut noter des sensations de brûlures.

Au plan clinique c'est un petit nodule ou papule érythémateux luisant, indolore, qui grossit progressivement en une à trois semaines pour atteindre 0,5 à 2 cm de diamètre. Il peut être sessile ou pédiculé, centrée par un minuscule orifice. La main et la région sous unguéale sont les sites de prédilection de la tumeur.

1.5.2.4- Histologie :

La tumeur glomique isolée est constituée de cavités vasculaires dilatées remplies de sang, bordées de cellules endothéliales, mais aussi de cellules cuboïdes à cytoplasme éosinophile, et de petits nerfs.

1.5.2.5- Traitement : Il repose après anesthésie en une excision de la tumeur suivie de suture ou une destruction de la lésion par électrocoagulation.

1.5.3- Les angiomes et les malformations vasculaires

On désigne sous le nom d'angiomes, des dysplasies intéressant les vaisseaux sanguins. Il s'agit de malformations très hétérogènes et très polymorphes de cause inconnue posant parfois des problèmes thérapeutiques complexes. Les angiomes apparaissent généralement lors des premières semaines de la vie, et souvent à la naissance. Certains

angiomes peuvent être l'expression d'une malformation vasculaire ou osseuse. Parmi les présentations cliniques on distingue :

#### 1.5.3.1- Les angiomes du nourrisson [11]

Les angiomes du nourrisson dits hémangiomes ou encore angiomes immatures sont très fréquents puisqu'ils se voient chez près de 10 % des nourrissons. Ils sont généralement absents à la naissance ou passent inaperçus : petite tache blanche ou érythémateuse sous forme d'un halo ou une petite télangiectasie. Ce n'est qu'au cours des premières semaines de la vie que l'angiome se développe, devient apparent et subit des poussées évolutives.

##### - Aspects cliniques :

+ L'Angiome tubéreux : C'est la forme la plus fréquente, se manifestant par une formation de taille variable, de couleur rouge vive posée sur la peau à la manière d'une « fraise ».

+ L'angiome sous cutané :

Il se présente sous l'aspect d'une tumeur hypodermique soulevant une peau de couleur normale, bleutée ou télangiectasique.

+ L'angiome mixte :

C'est un angiome sous-cutané qui a une composante tubéreuse. La topographie des angiomes du nourrisson est ubiquitaire, de même leur taille est très variable allant de l'atteinte punctiforme jusqu'à l'atteinte d'un membre, de la face ou d'un hémitronc, posant ainsi des problèmes sérieux d'ordre esthétique et des déformations considérables ; cependant dans l'immense majorité des cas cette taille reste modérée de l'ordre de 2 à 3 cm.

##### - Evolution :

L'évolution de l'hémangiome du nourrisson est favorable dans 80 % des cas. Après une phase de croissance de durée pouvant atteindre 8 mois, l'hémangiome se stabilise pour commencer sa régression lente vers le 18<sup>ème</sup> -20<sup>ème</sup> mois.

##### - Traitement :

Dans la plupart des cas, les angiomes tubéreux et sous-cutanés ne nécessitent aucun traitement, la régression spontanée intéresse 80 % des cas environ. Certaines formes très étendues, ou compromettant le pronostic fonctionnel ou vital nécessitent une corticothérapie générale (2 à 3 mg/kg/jour) pendant quelques semaines puis diminuée progressivement. Un geste chirurgical est parfois nécessaire (angiomes de la pointe du nez, angiomes des paupières). La cryothérapie et les injections sclérosantes sont parfois appliquées à des angiomes de petite taille.

#### 1.5.3.2- L'angiome plan simple [16] :

C'est une macule érythémateuse plus ou moins foncée, de forme et de taille variables, siégeant électivement à la face et aux membres.

L'angiome plan est stable, fixe ne régresse jamais spontanément. Il pose un problème esthétique important.

La meilleure indication thérapeutique est le laser à colorant pulsé qui donne une amélioration de l'ordre de 60 %.

Les autres types d'angiomes sont :

- Les angiomes plans associés à des angiodyplasies profondes
- L'angiomatose encéphalo-trigémينية de Sturge-Weber-Krabbe associe un angiome plan empruntant la zone du trijumeau, des anomalies oculaires et un angiome profond méningé s'exprimant par des manifestations neurologiques (comitialité, retard mental, déficits moteurs).

#### 1.5.3.3- Le syndrome de Klippel-Trénaunay [3]

Sur le plan clinique il associe au niveau d'un membre :

- un angiome plan étendu,
- une hypertrophie osseuse et des parties molles, du même membre.
- des anomalies vasculaires profondes (fistule artério-veineuse ou autres malformations).

#### 1.5.3.4- Les lymphangiomes

- Définition [3] :

Les lymphangiomes résultent d'une dilatation congénitale, dysplasique des vaisseaux lymphatiques.

On distingue deux variétés :

- Le lymphangiome superficiel [11]

Il se présente sous la forme d'une nappe de pseudo vésicules de taille variable, tendues, dures, remplies d'un liquide (lymphe). Le traitement consiste à faire une excision chirurgicale. La vaporisation au laser CO2 donne également de bons résultats esthétiques.

- Le lymphangiome profond

Il réalise des tumeurs de taille variable parfois kystiques (du cou, de l'aisselle ou de l'aîne).

Ces tumeurs peuvent subir des poussées inflammatoires avec fièvre pouvant donner (un œdème de la glotte avec asphyxie, le lymphangiome de la langue).

- Le traitement : il est difficile, la chirurgie donne souvent des résultats incomplets avec risque de lymphorrhée persistante et des récives. Les injections intralésionnelles de corticoïdes peuvent être utiles. Les poussées inflammatoires peuvent être traitées par une antibiocoorticothérapie générale.

### 1.6- Les tumeurs des muscles lisses

#### 1.6.1- Les léiomyomes [3]

Ce sont des tumeurs développées aux dépens des muscles lisses (muscles pilo-moteurs et muscles des parois artériolaires). Habituellement nombreux, groupés sur une région du corps, de petite taille, arrondie ou allongée, douloureuse à la pression et au froid (jet de chlorure d'éthyle).

Une variante est l'angioléiomyome, petite tumeur dermique ou hypodermique, bien encapsulée douloureuse à la palpation, développée à partir des muscles de la paroi d'une petite veine.

Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs douloureuses (tumeur glomique, tumeurs sudorales eccrines, neurinomes ou schwannomes).

- Traitement : Il est chirurgical et consiste en une exérèse de la lésion puis la fermeture par suture.

### 1.7- Les tumeurs des annexes

#### 1.7.1- Les hidradénomes ou syringomes [11] :

Ils réalisent de petites papules rosées ou discrètement pigmentées de la taille d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, fréquentes sur les paupières inférieures ou apparaissent par poussées sur la face antérieure du tronc (hidradénomes éruptifs) particulièrement chez des sujets jeunes de sexe féminin. Les syringomes se développent aux dépens des canaux sudoraux eccrines. Peuvent être traités par l'électrocoagulation fine ou le curetage.

#### 1.7.2- Les Trichoépithéliomes [11] :

Ce sont des formations tumorales généralement multiples, de taille variable siégeant électivement sur la face (sillons nasogéniens, joues, front, menton) mais aussi au cuir chevelu, au cou et au dos. Ces tumeurs dysembryoplasiques et familiales sont d'origine pilaire. Sur le plan histologique : prolifération de bandes épithéliales et kystes de kératine prenant des aspects en queue de têtard pouvant prêter à confusion avec un carcinome basocellulaire kératinisant.

Traitement : il est surtout chirurgical soit par excision, soit l'électrocoagulation ou photocoagulation au laser.

#### 1.7.3- Les cylindromes [11] :

Ils s'observent sous formes de tumeurs multiples du cuir chevelu prenant parfois une disposition en turban ou en grappes de tomate. Ils prennent naissance à partir du glomérule des glandes sudorales eccrines.

Sur le plan histologique le cylindrome est constitué de lobules tumoraux faits de cellules basaloides à disposition périphérique palissadique. Ces lobules sont entourés d'une membrane hyaline PAS positive qui s'invagine entre les cellules. La récurrence est fréquente après ablation chirurgicale.

#### 1.7.4- Le pilomatricome [3]

#### 1.7.4.1- Définition :

Ce sont des tumeurs cutanées bénignes dérivées de la matrice pilaire.

#### 1.7.4.2- Critères diagnostics :

La tumeur a une forme nodulaire et sous cutanée bien limitée, dureté pierreuse indolore recouverte d'une peau normale ou rosée et rencontrée surtout chez la femme.

#### - Topographie ubiquitaire :

On les retrouve fréquemment au visage et aux membres. Leur évolution est le plus souvent stable.

#### 1.7.4.3- Diagnostic différentiel :

+Dermato-cytofibrosarcome de Darrier-ferrand

+Kyste épidermoïde calcifié

+Calcinoses cutanées

#### 1.7.4.4- Traitement :

Pour les tumeurs uniques, traitement est l'exérèse-suture.

Pour les tumeurs multiples, on a le choix entre l'abstention ou destruction esthétique par électrocoagulation fine, ou la volatilisation au laser CO2.

### 1.8- Les pathologies des annexes

#### 1.8.1- Kystes épidermiques [11]

Ce sont des kystes développés à partir des follicules pilosébacés. Le kyste épidermique est dit kyste épidermoïde quand il dérive de l'épithélium infundibulaire et kyste tricholemmal quand il dérive du segment tricholemmal isthmique.

Les kystes épidermiques sont des formations bien circonscrites, remplies de kératine, de taille très variable : très petites sur le visage et les cicatrices post bulleuses, on les appelle grains de milium.

Sur le cuir chevelu, la taille est celle d'un œuf de poule ou d'une mandarine. Souvent on note une infiltration de la peau du scrotum (kystes du scrotum). Généralement multiples, les kystes épidermiques se voient le plus souvent chez l'adulte. Ils s'infectent assez fréquemment et leur traitement consiste en l'ablation suivie de suture.

#### 1.8.2- Les kystes sébacés [11]

Ils ressemblent beaucoup aux kystes épidermiques se voient surtout dans les régions préthoraciques, et axillaires mais aussi sur le visage, le dos, les fesses. Ils contiennent un liquide huileux ou une substance compacte caséuse mal odorante. Leur traitement est également chirurgical par exérèse-suture.

### 1.8.3 - Les kystes mucoïdes buccaux

1.8.3.1- Définition [3] : c'est un kyste mou de teinte couleur de la lèvre et situé sur le versant muqueux de la lèvre inférieure. On peut les rencontrer à tous les âges.

1.8.3.2- Aspects cliniques : c'est une tuméfaction molle, de surface lisse siégeant sur le versant muqueux de la lèvre inférieure.

1.8.3.3- Complications : ce sont surtout les ruptures du kyste

1.8.3.4- Histologie :

Le kyste mucoïde est un kyste rétentionnaire, il est dû à la rupture d'un canal salivaire accessoire avec issue de matériel mucineux donnant une réaction inflammatoire intense.

1.8.3.5- Traitement : il repose sur l'ablation par exérèse-suture.

### 1.8.4- Les Ongles incarnés

1.8.4.1- Définition [3] : L'ongle incarné est provoqué par un fragment d'ongle qui pénètre dans la chair et provoque une inflammation et des douleurs. Cette incarnation très douloureuse est de type granulome à corps étranger.

1.8.4.2- Terrain [17] :

\*Les nourrissons et les petits enfants développent plusieurs variétés d'ongles incarnés :

-L'hypertrophie des bourrelets latéraux se traduit par l'épaississement d'un bourrelet de chair sur le bord de l'ongle du gros orteil.

-Malformation de l'ongle du gros orteil qui est épaissi, strié, décollé et parfois dévié. Cet ongle chute et s'incarne à l'avant.

-L'ongle en pince du nourrisson qui se recourbe sur les deux côtés tendant à se rejoindre.

\*Les seniors développent les ongles en pince qui témoignent parfois d'une excroissance qui se développe sous l'ongle.

-Incarnation antérieure : Après la chute de l'ongle, il se produit parfois une incarnation antérieure quand l'ongle pénètre la chair à l'avant.

\*Les adolescents et les adultes développent l'ongle incarné habituel, que l'on appelle ongle incarné juvénile. Les facteurs favorisants sont une prédisposition familiale ou génétique, une malformation de l'ongle, chaussures inadaptées, pédicurie inadéquate, modifications osseuses secondaires à l'arthrose, excroissance de chair qui se développe sous l'ongle, ou une onychomycose.

1.8.4.3- Clinique : on note le plus souvent la douleur, la rougeur et le gonflement (inflammation), qui précèdent parfois l'infection avec formation d'un panaris (abcès de l'ongle) ou d'un érysipèle.

1.8.4.4- Traitement [17] :

+Chez les nourrissons et les petits enfants

L'hypertrophie des bourrelets latéraux et les malformations congénitales

du gros orteil régressent avec l'âge. L'incarnation sur le côté ou à l'avant peut se produire et nécessiter une intervention chirurgicale.

+Chez les adolescents et les seniors

-Traitement préventif :

Eviter de couper les ongles dans les coins quand cela est possible.

Faire des soins antiseptiques adaptés dès l'apparition d'une inflammation.

Faire des soins de pédicurie adaptés en dehors des périodes de poussée.

Utiliser des chaussures suffisamment larges.

- Traitement curatif :

Traitement antibiotique et antiseptique (bains de pieds avec un antiseptique à base de chlorhexidine par exemple, bétadine) plus antibiothérapie.

1.8.4.5- Les interventions chirurgicales définitives

Une intervention chirurgicale est souvent nécessaire en cas de récurrences fréquentes.

- Intervention classique

Après une anesthésie locale le médecin pratique l'avulsion partielle unguéale, en prenant soin de faire l'exérèse de la racine pour éviter les récurrences.

- Intervention au Laser CO2

Elle combine l'avulsion classique puis la destruction de la racine fabricant la portion d'ongle qui s'incarne par photo coagulation au laser.

- Intervention au phénol :

Après une anesthésie locale on pratique l'exérèse de la tablette et on applique du phénol sur la racine fabricant la portion d'ongle incarné.

Avantages : technique facile à réaliser sous anesthésie locale, quasi absence de douleur après l'intervention, pas d'arrêt de travail, aucune cicatrice visible.

1.9- Autres variétés de kystes

1.9.1- Le kyste synovial :

1.9.1.1- Définition [3] :

C'est une formation kystique le plus souvent en regard de la synoviale d'une articulation.

1.9.1.2- Etiopathogénie : elle est inconnue dans la grande majorité des cas. Mais on peut citer les traumatismes. Le kyste est dû à une hernie de la membrane synoviale d'une petite articulation ou des ligaments ou des tendons.

1.9.1.3- Clinique [3] :

A l'inspection on a un nodule sous la peau, de consistance ferme, et de surface normale. La lésion est molle, contours bien dessinés pas de signes inflammatoires. Les dimensions varient d'1 cm à 5 cm de diamètre. Les

localisations fréquentes le poignet, et toutes les autres petites articulations du corps

#### 1.9.1.4- Histologie :

Macroscopie : on note un contenu liquide visqueux clair avec une paroi formée de la membrane synoviale.

1.9.1.5- Traitement : il repose sur l'ablation du kyste et de son sac par exérèse-suture.

## 2- Les dermatoses infectieuses

### 2.1- Le molluscum contagiosum

#### 2.1.1- Définition [18] :

Les molluscums contagiosums sont des lésions infectieuses dues à un virus à ADN double hélices du genre des orthopoxvirus de la famille des Poxviridae, dont deux types ont été isolés : MCV1 et MCV2 (molluscum contagiosum virus).

Le type 1 est responsable de la majorité des infections mais il n'y a pas de particularité clinique en fonction de ces deux types. Il est également décrit des sous-types sur le plan virologique. Il s'agit d'une affection cutanée fréquente, bénigne, dont l'incidence reste inconnue en l'absence d'étude. La contamination se fait par contact de personnes infectées ou d'objets contaminés. Les principaux modes de contamination évoqués sont le contact avec d'autres enfants infectés et la fréquentation des piscines, occasionnellement, les adultes peuvent être également contaminés, soit par contamination au contact d'un enfant atteint, soit par contamination sexuelle. En l'absence d'immunodépression, cette dermatose évolue pendant plusieurs semaines et guérit spontanément en 6 à 9 mois dans la majorité des cas ;

2.1.2- Clinique : Ce sont de petites papules hémisphériques, translucides ou rosées, de 1 à 5 mm de diamètre, disposées en semis. L'ombilication centrale est caractéristique et la pression laisse échapper une substance blanchâtre correspondant aux kératinocytes altérés. Le nombre de ces lésions est variable, d'une à plusieurs.

#### 2.1.3- Histologie :

Elle est caractéristique, montrant un épiderme acanthosique, invaginé en lobules piriformes dans le derme où la stromaréaction est inconstante. L'effet cytopathogène dans les kératinocytes est la présence d'inclusions intracytoplasmiques, hyalines, éosinophiles puis basophiles, augmentant de taille et refoulant le noyau qui devient pycnotique ; ces corpuscules basophiles résultent de l'agrégation de particules virales.

#### 2.1.4- Traitement

De nombreux traitements ont été proposés, par voie systémique sans être convaincants, le traitement des molluscums contagiosum est surtout chirurgical.

- Traitements chirurgicaux [19]

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

Le curetage avec une curette tranchante, après application d'une crème anesthésique (Emla<sup>®</sup>, lidocaïne et prilocaïne, tube de 5 g à 5 p. 100), appliquée 15 à 30 minutes.

L'expression mécanique consiste à évacuer par le cratère les cellules épidermiques altérées, en pinçant avec les doigts ou un instrument la base de la tumeur ; elle est possible pour des molluscums contagiosum de petite taille. Cela nécessite également au préalable une anesthésie de contact si les lésions sont multiples.

La cryothérapie est efficace, nécessite le plus souvent plusieurs séances, elle détruit les lésions au prix d'ulcération.

L'électrocoagulation et la photovolatilisation au laser CO<sub>2</sub> (rançon cicatricielle pratiquement constante).

2.2- Les onyxis et les péri-onyxis des ongles :

2.2.1- Les onyxis à candidas et à dermatophytes [4]

2.2.2- Définition et aspects cliniques

Les candidoses et les dermatophytes peuvent être responsables d'onyxis c'est-à-dire d'infection de la tablette unguéale. Le diagnostic est posé par examen mycologique d'un fragment de la tablette, et souvent par la clinique qui objective une coloration de la tablette qui est brune dans les onyxis dermatophytiques, elle est blanchâtre ou bien brunâtre dans les onyxis candidosiques. Ces différentes atteintes peuvent être responsables d'une onycholyse, c'est-à-dire un décollement de la tablette unguéale.

2.2.3- Traitement :

Il est médical par application quotidienne d'un vernis antifongique et la prise par voie orale d'un antifongique tel que la griséofulvine (500mg 2 fois par jour après les repas) ou la Terbinafine (250mg par jour), le kétoconazole (400mg par jour).

Ce traitement médical dure 3 à 6 mois ou plus selon la localisation aux doigts ou aux orteils.

Traitement chirurgical : La technique de chirurgie réalisée est l'avulsion partielle ou totale selon le degré d'atteinte

- Il existe également des péri-onyxis qui sont des infections des pourtours postérieurs et latéraux de l'ongle. Divers germes sont responsables (staphylocoque aureus, streptocoque pyogène, pseudomonas aeruginosa, le candida albicans, et les dermatophytes). La manifestation est une collection purulente douloureuse du pourtour de l'ongle. Elles peuvent se compliquer d'onyxis.

Traitement : On fait des soins locaux, une incision en cas de collection purulente, une antibiothérapie locale et systémique pour les péri-onyxis bactériens et antifongiques pour les péri-onyxis candidosiques.

Les cas compliqués nécessitent une avulsion totale ou partielle.

### 2.3- Les mycétomes

#### 2.3.1- Définition [20] :

Ce sont des pseudotumeurs inflammatoires chroniques dues à des champignons et ou des bactéries appelées actinomycètes.

#### 2.3.2- Epidémiologie :

Les agents responsables les plus fréquemment retrouvés sont de deux groupes :

+Les champignons qui déterminent les mycétomes fongiques ont comme agents responsables *Madurella mycetomi*, *Leptosphaera Senegalensis*, *Scedosporium apiosporum* (syn : *Allescheria Boydii*)

+les actinomycètes qui déterminent les mycétomes bactériens ou actinomycètes ont comme agents responsables ; les plus importants sont : *Actinomyces maduroe*, *A. Pelletieri*, *Streptomyces somaliensis* et *Nocardia brasiliensis*.

#### 2.3.3- Mode de contamination :

Les agents des mycétomes sont des saprophytes très répandus sur les sols des régions endémiques et sur les épineux de la famille des mimosacées.

Les hommes se contaminent en marchant pied nu sur les sols contaminés et à la faveur d'une excoriation, ou à la suite d'une piqûre par les épineux souillés.

Ceux-ci expliquent la fréquence de la maladie chez les cultivateurs et les hommes marchant pieds nus.

#### 2.3.4- La clinique [21] :

##### + Mycétomes fongiques :

La période d'incubation varie de quelques mois à quelques années.

On note au début une tuméfaction nodulaire, cette tuméfaction polyfistulisée atteint aussi bien la face dorsale que la face plantaire du pied et ainsi que d'autres localisations. Les fistules laissent sourdre des grains noirs. La surinfection est fréquente.

##### Les complications des mycétomes fongiques :

Les mycétomes fongiques s'étendent en profondeur jusqu'aux os, où ils déterminent des lésions lytiques ou des géodes irrégulières. On note à la longue une véritable perte de substance.

##### +les mycétomes actinomycosiques :

A la différence des mycétomes fongiques, les mycétomes actinomycosiques déterminent de véritables tuméfactions inflammatoires, douloureuses siégeant en tissu sous cutané, avec des fistules nombreuses et plus extensives. Les fistules laissent sourdre des grains rouges. Les grains blancs ou jaunâtres sont actinomycosiques ou fongiques.

##### Les complications des mycétomes actinomycosiques :

La surinfection très fréquente et des lésions lytiques et des microgécodes osseuses qui déterminent des aspects en mie de pain. Les métastases ganglionnaires sont fréquentes avec des adénopathies satellites.

Les formes à répétitions donnent l'éléphantiasis.

- Localisation : On les rencontre aux pieds ou pied de Madura, à la fesse, à la région inguinale, au thorax, aux muqueuses, au dos, ou le cuir chevelu.

Il existe également des mycétomes intra osseux de diagnostic difficile.

#### 2.3.5- Traitement : [21]

Les mycétomes fongiques le traitement repose sur les antifongiques : Terbinafine (250mg par jour), Kétoconazole (400mg par jour), Fluconazole (150mg par semaine).

Pour les mycétomes bactériens : traitement par Cotrimoxazole (1 gramme par jour), Streptomycine (1 gramme par jour), certains dermatologues proposent des cures d'1g de streptomycine pendant 15 jours puis 15 jours de repos ensuite reprise.

Ces différents traitements médicamenteux peuvent être associés à la chirurgie. La chirurgie consiste à faire une biopsie-exérèse dans les formes débutantes ou encapsulées, dans les formes superficielles une exérèse large et souvent même une amputation.

### 3.4- Les cellulites nécrosantes [22]

2.4.1- Définition : c'est une infection dermo-hypodermique avec nécrose des tissus. Ce sont des infections graves spécifiques à un mélange d'anaérobies et d'aérobies qui provoquent une nécrose du tissu sous cutané, comprenant habituellement l'aponévrose.

#### 2.4.2- Etiologie :

Ce sont essentiellement le streptocoque pyogène (groupe A). Le streptocoque pyogène est à lui tout seul incapable de provoquer des cellulites graves il y a toujours association des anaérobies.

Les autres streptocoques les bacilles anaérobies gram - et cocci anaérobies gram + et des bactéroïdes.

Ces germes atteignent le tissu sous cutané à partir d'infection contiguë ou d'une plaie régionale.

#### 2.4.3- Les localisations :

Les membres sont plus atteints, après érysipèle ou une plaie qui s'est surinfectée ou après une maladie veineuse ou artérielle chronique.

#### 2.4.4 - Clinique :

On note un œdème ou une dermite ocre tout autour de la cellulite, on remarque une ulcération dont les bords sont peu réguliers, durs ou pas, à fond sale nécrotique purulent, avec dépôts de fibrine.

Cette ulcération nécrotique s'accompagne le plus souvent d'une altération de l'état général avec souvent une déshydratation une fièvre surtout si elle est étendue et le plus souvent d'anémie, d'où la gravité avec une mortalité avoisinant les 30% si une prise en charge correcte n'est pas instaurée rapidement.

On note des adénopathies inguinales et souvent des varices sur le trajet des vaisseaux.

#### 2.4.5- Complications :

La diffusion de l'infection à tout l'organisme responsable d'une septicémie, la nécrose des os, responsable d'amputation.

#### 2.4.6- Traitement :

Traitement médical : c'est l'antibiothérapie générale, par la pénicilline G seule (12 à 20 millions d'UI par 24 heures en perfusion continue ou en 4 à 6 perfusions par 24 heures) reste encore le traitement de choix. La posologie doit tenir compte du poids, en particulier pour les malades obèses, et de l'état rénal. Après 2 à 4 jours, l'apyrexie doit être obtenue et les signes locaux doivent s'améliorer. Le relais peut alors être pris par des antibiotiques oraux, pénicilline V (3 à 6 millions d'UI/24 h en 3 prises quotidiennes) ou mieux amoxicilline (3 à 4 g/24 h en 3 prises quotidiennes), poursuivis jusqu'à la disparition des signes locaux (entre 10 et 20 jours). Les macrolides sont également utilisés à la posologie de 2g et plus.

Traitement chirurgical : On réalise d'abord plusieurs séances de cicatrisation dirigée jusqu'à la formation du bourgeon charnu comblant la perte de substance, puis la greffe de peau.

### 2.5- Les onchocercomes autrement appelés kystes onchocerquiens

Ils s'observent au cours de l'onchocercose appelée également la cécité des rivières

#### 2.5.1- Définition [23] :

L'onchocercose est une maladie chronique due à onchocerca volvulus et ayant comme vecteur la simule femelle. Cette maladie entraîne trois grands syndromes : le syndrome cutané ou onchodermite, le syndrome kystique ou onchocercome ou kyste onchocerquien, le syndrome oculaire (kératite iridocyclite et la cécité).

#### 2.5.2- Epidémiologie :

L'onchocercose est due à des vers parasites, le male mesure 3 à 5 cm et la femelle mesure jusqu'à 15 cm de long. Les vers peuvent vivre libres ou emprisonnés dans le derme pendant 10 à 15 ans. La femelle émet des microfilaires de taille 250 à 300 µm de long et 5 à 8 µm de diamètre pouvant vivre 3 à 6 mois. Et ces microfilaires ont surtout un tropisme sanguin et lymphatique.

Le vecteur de l'onchocercose est la simulie qui est un petit diptère de 1 à 3 mm de long. En Afrique noire les vecteurs appartiennent au complexe *simulium Damnosum*. Seule la simulie femelle est hématophage et transmet la maladie lors d'un repas sanguin chez un sujet infecté et injecte les larves à une personne saine lors d'un nouveau repas sanguin.

Les gîtes de l'onchocercose sont les marécages, les chutes d'eau, les rivières. Les simulies piquent le jour comme la nuit.

#### 2.5.3- Clinique [23]

On a essentiellement trois grands syndromes :

\*Le syndrome cutané ou onchodermite est dominé par le prurit très intense.

Ce prurit entraîne au niveau des membres un prurigo.

En Afrique les lésions cutanées prédominent aux fesses au tronc sur les régions pré-tibiales. A cela s'associe des lichénifications ou un vitiligo donnant l'aspect en peau de léopard.

\*Le syndrome kystique ou onchocercome : manifesté par des nodules onchocerquiens traduisant l'enkystement des microfilaries adultes. Leur taille est variable de celle d'un petit pois à celle d'une mandarine, leur nombre de 1 à 10 et prédominant en regard des reliefs osseux comme le trochanter, les crêtes iliaques, le gril costal.

\*Le syndrome ophtalmique :

Ce syndrome apparaît après 10 à 15ans d'évolution et traduit l'envahissement de l'œil par les microfilaries. Tous les segments de l'oeil sont atteints. La complication redoutable est la cécité.

#### 2.5.4- Traitement :

- Traitement médical :

Il repose sur une seule prise semestrielle de 150µg par kilo d'Ivermectine comprimé dosé à 3mg.

- Traitement chirurgical : il est essentiellement basé sur les onchocercomes et consiste à pratiquer une exérèse des nodules suivie de suture.

### 3- Les ulcères et les troubles trophiques :

#### 3.1- L'ulcère d'origine veineuse

##### 3.1.1- Définition :

Ce sont des ulcères dont la cause est un trouble au niveau du réseau veineux.

Les étiologies sont dominées [3] par les troubles du retour sanguin cutané du membre inférieur vers le coeur entre autre : la thrombose veineuse profonde, l'hypoplasie vasculaire, un défaut de la pompe musculaire du mollet

##### 3.1.2- Signes cliniques :

Les signes cliniques varient en fonction de l'étiologie de l'insuffisance veineuse. Les signes généraux sont dominés par la fièvre ou une altération de l'état général, par ailleurs la douleur et prurit peuvent être présents.

A l'inspection tout autour de l'ulcération, on peut avoir un eczéma variqueux, une dermite de stase. On peut noter également : une atrophie blanche, oedème, pigmentation (dermite ocre), une ulcération, des Varicosités, des varices

3.1.3- Traitement [24] : il est médico-chirurgical par pansements alcoolisés, antibiothérapie systémique : les pénicillines, les macrolides, les quinilones.

3.2- Les ulcères de jambe d'origine artérielle

3.2.1- Définition [3] : Ce sont les troubles trophiques secondaires à une insuffisance de perfusion artérielle aboutissant à des ulcérations cutanées.

3.2.2- Etiologies : artériosclérose, l'obésité, le tabac, le stress, le diabète et l'H.T.A.

3.2.3- Clinique [25] :

Ce sont des ulcères douloureux particulièrement à l'élévation des membres inférieurs.

La claudication intermittente, la sensation de membres froids, des sensations de brûlures et paresthésies intermittentes sont typiques de l'ulcère artériel.

A l'inspection la peau est sèche amincie avec de fines desquamations. Elle est pâle cyanosée, la pâleur est accentuée à l'élévation du membre inférieur, témoin de la mauvaise perfusion.

La pilosité est absente ou diminuée, les ongles des pieds sont déformés.

L'ulcère est la conséquence d'une ischémie sévère. Le fond de l'ulcère est profond avec un enduit fibrineux ou nécrotique.

La topographie : face antérieure de la jambe est la plus fréquente le talon, le dos du pied et les orteils.

Les poulx périphériques sont abolis ou diminués.

Le stade ultime est la gangrène et la peau devient noire.

Les autres causes de l'ulcère sont le diabète, la drépanocytose, les carcinomes, le Pyoderma gangrénosum, et les leishmanioses.

3.3- L'Ainhum

3.3.1- Généralités [26] :

C'est une affection décrite en 1867 par Da Silva à Bahia au Brésil sévit dans les zones tropicales. Il s'agit d'une affection d'origine inconnue de l'adulte noir se traduisant par une constriction progressive du pli Digito-plantaire, avec lyse osseuse plus ou moins douloureuse siégeant bilatéralement au 5<sup>ème</sup> 4<sup>ème</sup> orteil,

Exceptionnellement aux doigts (4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts) aboutissant à l'amputation spontanée (Dactylolysis spontanea).

### 3.3.2- Diagnostic positif [27]

Elle se présente d'abord comme une fissure hyperkératosique de la base d'un orteil, puis comme une bande de striction fibreuse indolore au même niveau, aboutissant à l'amputation spontanée (dactylosis spontanea) de l'orteil au bout de plusieurs années (5 ans). Rarement bilatéral, il touche préférentiellement le 4<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> orteil.

Sont parfois associées une kératodermie plantaire (kératodermie aïnhumoise), des signes d'ischémie artérielle de l'orteil à type de douleurs de décubitus, de cyanose, d'engelures. La radiographie montre une ostéite raréfiante et fibreuse.

### 3.3.3- Diagnostic différentiel :

Il se fait essentiellement avec le pseudo-aïnhum dont les particularités cliniques sont :

- L'atteinte possible de toutes les races ;
- La localisation de la bande scléreuse à un ou plusieurs doigts (et non uniquement au 5<sup>ème</sup> orteil), parfois à un segment de membre.

Le pseudo-aïnhum peut être congénital ou acquis au cours d'autres maladies telles que la lèpre, la syringomyélie et le diabète.

Le syndrome de Wohwinkel associe à un aspect d'aïnhum :

- Une kératodermie palmo-plantaire diffuse pouvant s'étendre à distance (dos des mains et pieds, coudes, genoux et avant-bras) ;
- Parfois une alopecie.

### 3.3.4- Hypothèses étiopathogéniques[28]

Dans l'aïnhum classique, l'hypothèse actuellement la plus vraisemblable est celle d'anomalies des arches vasculaires du pied visualisées par l'artériographie (étranglement de l'artère tibiale postérieure de la cheville et disparition de l'arche vasculaire plantaire et de ses branches efférentes), survenant sur un terrain génétiquement prédisposé (histoire familiale en zone d'endémie et atteinte très fréquente de la race noire).

### 3.3.5- Traitement [28] :

Dans l'aïnhum, il existe une striction sévère qui, le plus souvent, est malheureusement vue au stade où l'auto-amputation est déjà trop avancée pour être réversible. Dans ce cas, le seul traitement possible se résumera donc à la chirurgie, d'amputer la partie distale restante. En cas de striction vue au stade débutant, il a été proposé de faire des injections intralésionnelles de stéroïdes dont l'efficacité dans les cas isolés a été montrée. Les pseudo-aïnhum, particulièrement ceux du syndrome de Vohwinkel, peuvent être pris en charge médicalement ou chirurgicalement. Le traitement médical repose pour beaucoup d'auteurs de la littérature sur essentiellement les rétinoïdes per os tels l'étrétinate ou l'acitrétine, pour lesquels de nombreux cas (chacun isolément) de succès. En cas de striction avancée, et / ou d'échec des rétinoïdes, l'utilisation de

la chirurgie à l'aide de plastie en Z a été considérée par plusieurs auteurs comme permettant de réduire la striction ainhumoïde.

## B- LES DERMATOSES MALIGNES

### 1- Le carcinome spinocellulaire ou carcinome épidermoïde

#### 1.1- Définition [11] :

C'est une tumeur maligne de la peau d'origine kératinocytaire développée à partir de la couche de malpighi susceptible de donner des métastases viscérales. C'est un cancer à développement très rapide.

#### 1.2- Les facteurs favorisants [3] :

-Ils sont dominés par l'exposition solaire, on peut citer entre autre : les ultraviolets (kératose actinique), rayons X, les hydrocarbures polycycliques (les goudrons), l'arsenic, les cicatrices (les cicatrices anciennes), certaines génodermatoses (albinisme), les dermatoses à localisation buccale (lichen plan buccal), puvathérapie (psoriasis), les immunosuppresseurs, les précanceroses :

#### 1.3- Les aspects cliniques [2] :

Le carcinome spinocellulaire au départ se présente comme un petit épaissement cutané qui évolue le plus souvent en placards à extension latérale et verticale c'est-à-dire envahit les tissus sous jacents.

Plutard on peut noter un nodule qui se recouvre de croûtes, le décollement de ces croûtes donnent des ulcérations douloureuses et le plus souvent purulents ; la surface de l'ulcération est irrégulière. Cette lésion évolue et s'étend très vite. Les dimensions varient de quelques mm à plus de 20cm.

Les localisations sont : les régions photoexposées telles que le visage, le front, les oreilles, la main, et exceptionnellement les organes génitaux.

#### 1.4- L'histologie [11]

Elle varie en fonction du degré de différenciation.

Le carcinome spinocellulaire se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de grande taille organisée en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition anarchique. Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente. Il existe de nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire. Le caractère peu différencié et l'existence d'un certain degré de neurotropisme sont des facteurs de mauvais pronostic. Selon le degré d'infiltration du derme et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome in situ, de carcinome microinvasif ou de carcinome invasif.

#### 1.5 - Formes cliniques :

- Epithélioma pseudoglandulaire ou dyskératosique ou (adéno-acanthome de Lever)

- Epithélioma bowénoïde :
- Epithélioma trabéculaire :
- Epithélioma à cellules fusiformes :

#### 1.6- Traitement :

Il est essentiellement chirurgical

Les techniques comportent :

L'exérèse suivie de suture ou de réparation par greffe ou par plastie. Les autres moyens chirurgicaux sont : l'électrocoagulation, la cryothérapie, la chimiothérapie à base d'antimitotique surtout dans les formes étendues et la radiothérapie est également utilisée. Les marges d'exérèse sont résumées dans le tableau 1.

Traitement préventif : il repose sur la protection contre l'exposition solaire, et l'ablation de certaines lésions suspectes.

## 2- Le carcinome basocellulaire

### 2.1- Définition [29] [30] :

Le carcinome basocellulaire se développe à partir de la couche basale de l'épiderme. C'est un carcinome à évolution lente et peu métastatique contrairement au carcinome spinocellulaire.

2.2- Epidémiologie : les carcinomes basocellulaires représentent la moitié des cancers recensés aux Etats Unis et l'incidence semble croître.

### 2.3- L'étiologie :

Contrairement au carcinome spinocellulaire il ne se développe pas obligatoirement sur les zones photoexposées. Les localisations les plus fréquentes sont le cou, le visage, le canthus interne de l'œil. On a rencontré souvent le carcinome basocellulaire chez les patients ayant subi une radiothérapie cutanée et chez d'autres patients atteints de pathologies chroniques telles que la maladie de Hodgkin et traités par radiothérapie.

### 2.4- Les aspects cliniques [3] :

Au début c'est une petite papule légèrement kératosique qui se développe lentement ce qui explique qu'ils soient souvent ignorés par les malades

Le patient rapporte à l'interrogatoire une petite lésion qui saigne plus ou moins se recouvre de croûtes mais sans se cicatriser. Cette lésion est le plus souvent indolore et n'inquiète pas le patient. Elle prend progressivement la forme de nodule en s'ulcérant à son centre et est souvent de teinte rougeâtre parcourue de fines télangiectasies. Le nom d'Ulcerus rodens vient de la rondeur de la lésion.

### 2.5- L'histologie [3] :

Dans sa forme classique le carcinome forme ulcérée est constitué de petits îlots de cellules souches à noyaux monomorphes et cytoplasme peu abondant mal limité. Une disposition en palissade est hautement

caractéristique. Les noyaux tumoraux sont entourés d'un stroma conjonctif très proliférant.

#### 2.6- Formes cliniques du carcinome basocellulaire [3] :

On a :

- La forme ulcérée (Ulcus rodens)
- Le carcinome basocellulaire pigmenté (tatoué)
- Le carcinome basocellulaire nodulaire:
- Le carcinome basocellulaire Sclérodermiforme :
- Le carcinome basocellulaire superficiel :

#### 2.7- Traitement [3] :

Le traitement du carcinome basocellulaire fait appel à plusieurs techniques différentes, et les techniques se valent.

Le choix de la technique est conditionné par la taille, le siège, et le type de la tumeur ainsi que de l'état général du patient.

##### Le curetage électrocoagulation :

C'est une technique qui s'applique surtout aux carcinomes basocellulaires superficiels et pour les petites lésions de moins d'un centimètre. Le reste du tissu surtout le stroma fibreux résistant doit être électrocoagulé.

##### La chirurgie plastique :

C'est le traitement de choix pour les patients en bon état général, surtout les lésions situées autour du nez, des yeux, ou les oreilles. On pratique une exérèse complète avec respect des marges et réparation par plastie ou greffe.

##### La radiothérapie :

Elle est surtout indiquée :

- +Chez les patients très âgés ou pusillanimes.
- +Pour les lésions volumineuses.
- +Pour les échecs de la chirurgie.

Cet acte est contre-indiqué :

- +En cas de localisation aux oreilles, jambes et dos des mains en raison du risque de radionécrose ; paupières inférieures en raison du risque d'alopécie des cils et de sténose des canaux lacrymaux
- +Sur certaines variétés de carcinomes basocellulaires.

##### La chirurgie de Mohs :

C'est une technique sophistiquée réalisée dans des centres spécialisés aux Etats-Unis. Elle est surtout indiquée pour les lésions très invasives et destructrices, ainsi que pour les récurrences post-chirurgicales. Le principe de la chirurgie de Mohs repose sur un contrôle extemporané des limites d'exérèse : chaque tranche de section est congelée en vue d'un examen immédiat, l'exérèse étant poursuivie jusqu'à ce que ses limites soient saines dans tous les plans. C'est une technique minutieuse et fastidieuse, mais le coût très élevé ne le rend pas à la portée de tout le monde.

##### La chimiothérapie topique

Le 5-fluorouracil est contre-indiqué pour le traitement sauf pour les carcinomes basocellulaires superficiels et les récives sont fréquentes.

#### La cryochirurgie

La procédure habituelle de cryothérapie par application d'un coton imbibé d'azote liquide est insuffisante.

Elle peut être indiquée dans les cas non compliqués.

Les marges d'exérèse et les alternatives thérapeutiques en fonction du type de carcinome sont résumées dans le tableau I.

Les marges d'exérèse des carcinomes et les alternatives thérapeutiques sont résumées dans le tableau 1

Tableau 1: Les marges d'exérèse et alternatives thérapeutiques des carcinomes [31]

Pathologie	Marges	Gestes associés
Carcinome basocellulaire	3 mm	
Carcinome basocellulaire sclérodermiforme	10 mm	
Carcinome épidermoïde Si adénopathie	10 mm Exérèse transfixiante	<i>Curage</i>
Carcinome spinocellulaire des lèvres	10 mm (exérèse transfixiante)	<i>curage prophylactique discuté, si supérieur à 1 cm, bilatéral si lésion médiane</i>
Carcinome spinocellulaire de la vulve	10 mm	<i>curage prophylactique si épaisseur supérieure à 1mm</i>
Verge	10 mm	
Carcinome basocellulaire de grande taille supérieure à 10 mm en diamètre	3 à 10 mm	
Récidive	3 à 10 mm	
<i>Carcinomes basocellulaire et spinocellulaire Inopérables</i>		<i>Radiothérapie ± chimiothérapie</i>

### 3- Le mélanome malin ou la tumeur noire

#### 3.1- Définition [32]:

C'est une tumeur maligne cutanée d'origine mélanocytaires (cellules qui fabriquent le pigment mélanique), dont la diffusion par voie lymphatique et hémotogène détermine des métastases d'évolution fatale.

Le mélanome est certainement favorisé par l'exposition aux rayons ultraviolets.

#### 3.2- Etiologie:

C'est une tumeur dont la fréquence est en croissance elle a doublé en dix ans en Scandinavie et en Australie [3] [31].

Le principal facteur étiologique du mélanome est le rayonnement ultraviolet.

C'est une tumeur rare chez l'enfant et l'adolescent. L'incidence maximum est entre 30 et 50 ans.

La localisation au dos est fréquente chez l'homme, et les jambes chez la femme.

La majorité des mélanomes surviennent de novo sur une peau indemne de lésions préalables (environ 20% d'entre eux), cependant l'existence d'un naevus pigmentaire géant, un naevus congénital est retrouvé le plus souvent.

### 3.3- Diagnostic clinique [32]

Il repose sur l'analyse morphologique d'une lésion cutanée habituellement pigmentée et sur l'histoire de cette lésion rapportée par le malade, selon une notation alphabétique appelée ABCDE (A= asymétrique, B= bords irréguliers, C= couleur inhomogène, D= lésion > 6 mm, E= extension).

### 3.4- Histologie [32]

L'histogénèse des mélanomes suit la théorie biphasique, qui postule que les mélanomes évoluent : horizontalement en nappe, au dessus de la membrane basale (phase intra-épidermique) puis dans le derme superficiel (phase microinvasive), et dans une deuxième phase « verticalement » pénétrant profondément le derme (phase invasive). Le mélanome a donc en règle :

- Une composante intra-épidermique faite de mélanocytes qui constituent une nappe (mélanomes lentigineux) ou des thèques (amas plus ou moins globulaires de mélanocytes) irrégulières le long de la basale, avec souvent un envahissement des couches superficielles de l'épiderme ;

- Une composante dermique invasive associée à une inflammation

L'examen histologique permet d'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur : c'est en règle évident, car les mélanocytes tumoraux produisent du pigment mélanique et la formation de thèques est évocatrice. La mise en évidence du pigment mélanique, l'utilisation de marqueurs phénotypiques (protéine S100, anticorps monoclonal HMB45) peut être utile dans les mélanomes peu différenciés.

Il permet ensuite d'affirmer la malignité de la tumeur, ce qui pose parfois des problèmes dans les tumeurs débutantes intraépidermiques ou dans certaines formes de nævus (nævus de Spitz, nævus de Clark).

Il permet enfin d'évaluer le degré d'invasion de la tumeur en profondeur et de mesurer son épaisseur (indice de Breslow) qui est le principal facteur pronostique.

Le risque métastatique est nul en phase intra-épidermique, très faible en phase microinvasive, très élevé en phase invasive et ce d'autant plus que l'invasion est profonde.

### 3.5 Classification anatomo-clinique [32]

La classification anatomo-clinique utilisée tente de résumer l'infinité des profils évolutifs du mélanome en grandes catégories :

- Le mélanome superficiel extensif, (60 à 70 % des cas) d'évolution initialement horizontale, puis assez rapidement verticale ;
- Le mélanome nodulaire (10 à 20 % des cas) d'évolution très rapidement verticale ;
- Les mélanomes lentigineux qui ont une évolution horizontale pendant des mois et années ;
- Le mélanome acral (2 à 10 % des cas) des paumes, plantes et ongles ;
- Le mélanome de Dubreuilh (5 à 10 % des cas) des zones cutanées atrophiques dégradées par des expositions solaires régulières pendant des décennies (visage du sujet âgé) ;
- Les mélanomes des muqueuses.

Plus la phase horizontale est longue, plus on a du temps pour faire le diagnostic avant l'invasion verticale. Il est donc habituel de trouver les mélanomes nodulaires à un stade invasif et les mélanomes de Dubreuilh à un stade intra-épidermique. Cependant à invasion tumorale identique toutes ces formes anatomo-cliniques ont le même pronostic.

#### - Diagnostic différentiel :

Les histiocytosés pigmentés caractéristiques par leur palpation en pastille.

Les angiomes thrombosés qui peuvent donner à confusion avec un petit mélanome nodulaire.

#### - Traitement du mélanome malin [4] :

La chirurgie est le seul traitement du mélanome.

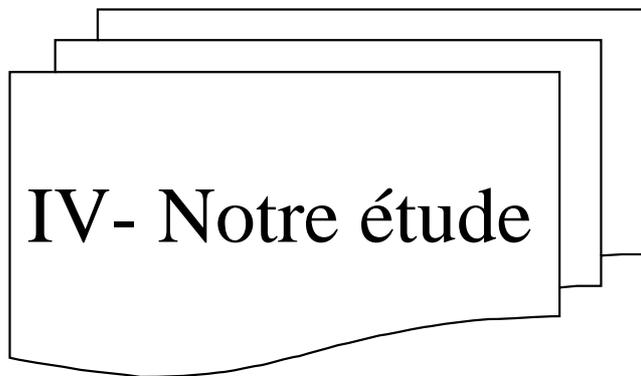
Les lésions superficielles sont traitées par exérèse simple, tandis que les lésions en phase de croissance verticale doivent bénéficier d'une exérèse large avec marge et fermeture par greffe ou lambeau.

Les mélanomes sous unguéaux nécessitent une amputation du doigt concerné.

Au stade où les lésions sont étendues et invasives avec des métastases l'exérèse n'est pas indiquée. On propose la radiothérapie ou la chimiothérapie.

**Tableau 2** : Marges d'exérèse et alternatives thérapeutiques des mélanomes [31]

Pathologie	Marge d'exérèse	Geste associé ou spécifique
Mélanome stade I - in situ 5 mm - Breslow inférieur à 1 mm	5mm 10mm	<i>Non</i> <i>Non</i>
-1 mm < Breslow < 4 mm - Breslow supérieur à 4 mm	20mm 30mm	<i>Non</i> <i>Non</i>
Mélanome stade II	idem suivant Breslow	<i>curage ganglionnaire</i>
Mélanome stade III	idem suivant Breslow	<i>réduction tumorale, protocole de chimiothérapie, chirurgie des métastases uniques, radiothérapie locale</i>
Mélanome desmoplastique (génère la fibrose)	10 mm de marge minimale, notamment en profondeur	
<i>Mélanome sous unguéal</i>		<i>exérèse-greffe diagnostique, amputation suivant Breslow, pollicisation d'emblée si, atteinte du pouce</i>



IV- Notre étude

## V- Matériels et méthodes

### 1- Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'unité de dermato-vénérologie du CNAM (centre national d'appui à la lutte contre la maladie ex institut Marchoux) sis à Djikoronni Para en commune IV. Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique rattaché au ministère de la santé créée par l'ordonnance N° 036 P-RM du 15 Août 2001, ratifiée par la loi n° 02-009 du 4 Mars 2002. Cette structure est née en lieu et place de l'institut Marchoux rétrocédée au Mali par l'OCCGE (Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies). Ses principales missions sont : la formation médicale continue, la recherche opérationnelle et vaccino-logique, l'appui aux programmes de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermato-vénérologie, ainsi que la vaccinologie.

### 2- Type d'étude et durée :

Pour calculer la taille de l'échantillon, nous avons estimé au préalable, à travers une enquête dans le service, la prévalence des dermatoses nécessitant un geste chirurgical. Ces affections représentaient, d'après notre enquête, 3% des demandes de soins. Ainsi,

- pour une population d'étude estimée à 12000 consultants,
- une prévalence des dermatoses chirurgicales de 3%,
- une précision de 3%,
- un risque alpha de 5%, on obtient une taille d'échantillon de **123**.

3- Population d'étude : Elle comporte les malades pris en charge dans l'unité de dermato-vénérologie du CNAM (externes et hospitalisés). Ce service totalise environ 12000 consultations par an.

#### 3.1- Critère d'inclusion :

- Patients présentant une lésion dermatologique nécessitant un traitement chirurgical et ayant donné son consentement ou pour lequel l'assentiment d'un parent a été obtenu (cas de patients mineurs).
- Tout patient remplissant les conditions opératoires (bilan pré-opératoire) et ayant été régulier dans le suivi post opératoire

#### 3.2- Critère d'exclusion :

- Malade n'ayant pas donné son consentement.
- Malade irrégulier au cours du suivi post opératoire.

## 4- Matériels et consommables de chirurgie utilisés

### 4.1- locaux :

Ce sont les bâtiments de l'unité de dermato-vénérologie. Dans cet ensemble nous disposons de salles pour la consultation quotidienne des malades, de salles d'hospitalisation une salle réservée aux actes de chirurgie dermatologique et une salle d'anatomie pathologique.

#### 4.2- Les consommables de chirurgie

Des boîtes de chirurgie contenaient des pinces à disséquer, de pinces hémostatiques, de paires de ciseaux, de curettes dermatologiques, des lames de bistouri n°15 et 21, des fils de sutures résorbables 2/0; 3/0; 4/0 5/0 et de fils de sutures non résorbables 2/0 ; 3/0; 4/0 ; 5/0 ; 6/0 (le numéro des fils était choisi en fonction de la topographie de la lésion).

- Un électrocoagulateur

- Une bombonne pour garder l'azote liquide, des bâtonnets portant en une extrémité du coton, des aiguilles de type Reverdin.

#### 5- Les différents schémas thérapeutiques appliqués aux cas inclus :

Nous avons pratiqué les techniques chirurgicales suivantes

A- Exérèse-suture : [12] [33] Elle a consisté à enlever une lésion de la peau ensuite à relier les berges de la plaie opération à l'aide de fils de suture serti n° 6/0, 5/0, 4/0, 3/0, 2/0 suivant la localisation.

##### Technique :

Le principe de base était l'ablation en fuseau suivie d'une suture directe.

On commençait par la délimitation des marges d'exérèse puis dessin du fuseau au crayon dermatologique ou au feutre et l'axe du fuseau était dirigé dans le sens des lignes de moindre tension de la peau.

##### + Incision

Elle était réalisée à l'aide de la lame n°15 ou 21 avec manche n°3 ou 4 en suivant le tracé du fuseau et en contrôlant l'hémostase (par électrocoagulation ou ligature du vaisseau responsable). La résection était effectuée en profondeur et latéralement, jusqu'en tissus sains.

+ Suture : elle a consisté à relier les berges de la plaie à l'aide de fils résorbables et non résorbables. Nous avons utilisé les points de suture suivants : le point simple, le point en U, le point de Blair Donati.

Lorsque l'acte d'exérèse n'était pas suivi de suture on parle d'exérèse tout simplement et la fermeture de la plaie se faisait par cicatrisation dirigée.

##### Les Indications et les limites de l'exérèse-suture : [34]

Toutes les lésions que l'on pouvait enlever par exérèse et fermeture par suture.

.Impossibilité de dessiner le fuseau en raison d'un obstacle anatomique.

.Tension trop forte au centre lorsque le fuseau était très grand.

.Sacrifice tissulaire importante aux extrémités du fuseau.

.Impossibilité de rapprocher les berges par leur éloignement en cas de lésions volumineuses.

##### B- Biopsie-exérèse : [35]

Elle a consisté à enlever une lésion pour la soumettre à un examen anatomopathologique pour poser ou confirmer le diagnostic positif.

- Technique de biopsie-exérèse:

On commence par la délimitation, le nettoyage de la lésion à la polyvidone iodée, puis anesthésie locale avec la xylocaïne 1 ou 2%.

Le trait d'incision était une ellipse autour de la lésion dans l'axe des lignes de moindres, puis on fermait la plaie opératoire à l'aide de suture. Le fragment de biopsie-exérèse était placé dans un flacon contenant un fixateur (dans notre cas le formol dilué au 10<sup>ème</sup>). Il existe également le punch biopsie qui se fait à l'aide d'un gros trocart il est indiqué pour uniquement biopsier une lésion.

-Indication de l'exérèse-biopsie : [35]

La fonction principale de l'exérèse-biopsie cutanée était d'enlever une lésion pour atteindre une certitude diagnostique en face d'une situation clinique peu claire. Ainsi, elle permettait d'affiner les diagnostics différentiels et de confirmer ou infirmer les suspicions cliniques.

Contre-indications :

C'étaient essentiellement certaines lésions infectieuses par risque de dissémination de l'infection, il en était de même pour certaines lésions tumorales (mélanomes et les naevus pigmentaires, le carcinome basocellulaire tatoué).

C- Exérèse-greffe : c'est l'opération consistant à faire une exérèse immédiatement suivie de greffe, ou bien la greffe est précédée d'une période de cicatrisation dirigée plus ou moins long dans le temps (cas des cellulites et des ulcérations chroniques) .

Les greffes sont des transplants cutanés ou bien des fragments cutanés (comportant épiderme et derme sous jacent) libres prélevés en un point donné du corps et porter en lieu et place d'une zone à recouvrir [35].

Nous avons utilisée la greffe de peau totale utilisant l'aiguille de Reverdin pour tendre la peau et le bistouri comme instrument de coupe.

Nous allons surtout décrire la technique de greffe précédée d'une phase de cicatrisation dirigée (détersion manuelle plus chimique).

Technique :

Elle consistait quotidiennement à faire une excision large des tissus nécrosés et des poches de pus à l'aide de ciseaux, de bistouri et ensuite à poser un pansement absorbant. Ce processus se continuait jusqu'à l'enlèvement de tous les tissus nécrosés et suppurés. Une fois tous les tissus nécrosés enlevés l'application de pansement gras et antibiotique local permettait la formation d'un bourgeon charnu qui comblait petit à petit la perte de substance.

Après cette phase de cicatrisation arrivait la phase de greffe elle commençait par :

Le nettoyage à la polyvidone iodée de la zone donneuse et de la zone réceptrice.

On prélevait les greffons (cônes cutanés) avec l'aiguille de type Reverdin et de bistouri sur la zone donneuse (face antérieure ou externe de la cuisse le plus souvent), puis on les posait sur le site receveur autrement dit la plaie à greffer. Les greffons avant leur pose devaient être débarrassés de tous tissus gras. L'opération se terminait par la pose de pansement gras.

Indications :

La greffe de peau n'était qu'un des nombreux moyens de recouvrement d'une perte de substance.

On les utilisait dans les pertes de substance post chirurgicale, traumatique.

D- Electrocoagulation : [36] C'est une méthode d'électrothérapie qui utilise la forte chaleur développée par un électroagulateur dans un tissu à l'aide d'une électrode punctiforme lorsqu'on y fait passer un courant alternatif, l'autre électrode plus large est en contact permanent avec le corps et est appelée électrode neutre ou indifférente. Les modifications dans le tissu en contact de l'électrode punctiforme vont de la volatilisation en passant par la carbonisation, à la coagulation.

Technique :

On commençait par la délimitation, suivie de la désinfection de la lésion à la bétadine jaune, puis anesthésie locale à base de xylocaïne 1 ou 2%.

L'électrode neutre placée au contact du corps du patient, l'autre électrode active entre les mains de l'opérateur détruit la lésion en totalité en suivant le tracé de délimitation. Il était nécessaire de laisser des marges de peau saine pour éviter les récurrences.

E- Avulsion : [17] C'est l'ablation chirurgicale de l'ongle. Cette avulsion peut être partielle (quand une portion d'ongle est concernée), ou totale (quand la totalité de l'ongle est enlevée).

On nettoyait la lésion avec la polyvidone iodée, puis anesthésie de type block digital. La phase suivante concernait l'ablation de l'ongle ou de la portion d'ongle à l'aide de la pince hémostatique suivie de l'ablation de la matrice si nécessaire, puis on posait un pansement compressif.

F- Amputation :

Définition : Opération consistant à l'ablation d'un membre ou un segment de membre ou d'une partie saillante [12].

Technique :

Nettoyage de la plaie avec la polyvidone iodée anesthésie à la xylocaïne 2%.

A l'aide de lame de bistouri ou de davier on faisait l'ablation. Les lésions nerveuses, tendineuse, et articulaire dues à l'amputation devaient être réparées.

L'hémostase était assurée par l'électroagulateur ou la ligature du vaisseau hémorragique. La fermeture était faite par des lambeaux locaux ou cicatrisation dirigée.

6- Anatomie pathologique :

Une fois la pièce obtenue, celle-ci était conditionnée au formol 10% dans un flacon et envoyée en anatomie pathologique pour lecture.

Dans notre cas nous n'avons pas eu toujours recours à l'anatomie pathologique, puisque le diagnostic clinique était le plus souvent évident à l'examen (cas des chéloïdes des lipomes des kystes sébacés des cors, neurofibromes, maladie de Heck, aïnhum, ongle incarné, les cellulites et ulcérations. Nous n'avons pas effectué de biopsie extemporanée.

7- Recueil des données:

La collecte des données s'était déroulée sur une fiche d'enquête pré-établie.

Cette fiche comportait le nom, le prénom, l'âge du patient, l'adresse, la profession, les traitements déjà effectués, les antécédents, les caractères cliniques de la lésion, le schéma thérapeutique et son résultat.

8- Saisie et analyse des données :

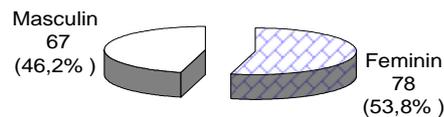
Les informations concernant les différents patients ont été saisies sur EPI info version 6 et SPSS. L'analyse a été effectuée sur SPSS.



Au total 200 cas de dermatoses chirurgicales avaient été colligés en 1 an de Janvier à Décembre 2005. Seuls 145 cas étaient conformes à nos critères d'inclusion. 55 dossiers ont été exclus. Parmi les 145 cas inclus, 28 ont été hospitalisés soient (19,3%) et 117 patients soient (80,7%) étaient des malades externes c'est-à-dire traités en ambulatoire (après l'intervention ils rentraient chez eux). Les malades hospitalisés sont représentés essentiellement par les plaies chroniques ou ulcérations tandis que les non hospitalisés étaient les patients porteurs de dermatoses chirurgicales bénignes (tumeurs bénignes cutanées, autres pathologies chirurgicales non tumorales) et malignes (carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

### 1-Données socio-démographiques:

#### 1.1- Répartition selon le sexe :

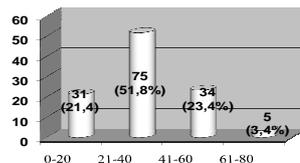


**Fig. 21 :** Répartition des malades selon le sexe

Le sexe féminin représentait 53,8% (78/145)

Le sex-ratio était de 1,16.

#### 1.2- Répartition des patients selon les tranches d'âge :



**Fig. 22 :** Répartition des malades suivant les tranches d'âge

L'âge variait de 2 à 78 ans avec une moyenne de 32 ans, Les patients de 21- 40 ans 51,8% (75/145).

**Tableau I** : Répartition des patients selon la pathologie, le sexe, l'âge.

Pathologies	Age				Sexe	
	0 – 20	21- 40	41-60	60 - 80	F	M
Cornes cutanées	0	1	0	0	1	0
Cors	1	0	2	0	1	2
Condylomes	1	5	2	0	6	2
Maladies de Heck	3	0	0	0	1	2
Naevus	2	4	1	0	3	4
Verrues séborrhéiques	1	1	0	0	1	1
Lipomes	1	4	4	2	4	7
Chéloïdes	11	17	2	0	24	6
Molluscum pendolum	0	1	2	0	1	2
Botriomycomes	1	3	0	0	1	3
Tumeurs glomiques	0	1	0	0	1	0
Léiomyomes	0	0	1	0	0	1
Neurofibromes	0	1	0	0	0	1
Kystes	2	16	6	0	12	12
Ongle incarné	1	0	1	0	1	1
Molluscum contagiosum	2	1	0	0	2	1
Onychomycoses	0	3	0	0	3	0
Mycétomes	2	1	1	0	0	4
Cellulites	0	3	4	2	3	6
Ulcérations	3	9	5	1	9	9
Aïnhum	0	1	1	0	1	1
Carcinomes basocellulaires	0	2	2	0	3	1
Carcinomes spino-cellulaires	0	1	0	0	0	1
Total	31(21,4%)	75(51,8%)	34(23,4%)	5(3,4%)	78(53,8%)	67(46,2%)

Kystes= les kystes épidermoïdes, les kystes synoviaux, les kystes onchocerquiens

### 1.3- Répartition des patients selon la provenance :

**Tableau II** : Répartition des patients selon le lieu de provenance

Lieu de provenance	Nombre de cas (%)	
Bamako	130	(91,1)
Kayes	3	(2,1)
Koulikoro	2	(1,4)
Sikasso	5	(3,3)
Ségou	1	(0,7)
Mopti	1	(0,7)
Gao	1	(0,7)
Guinée	2	(1,4)
Total	145	(100)

130 patients étaient de Bamako soient (91,1%).

1.4- Selon la profession :

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

<i>Profession</i>	Nombre de cas (%)	
Ménagère	38	(26,2)
Elève	19	(13,1)
Cultivateur	18	(12,4)
Commerçant	17	(11,7)
Etudiant	6	(4,10)
Enseignant	6	(4,10)
Secrétaire	5	(3,40)
Autres	36	(25,00)
Total	145	(100)

Les ménagères représentaient 26,2% (38/145).

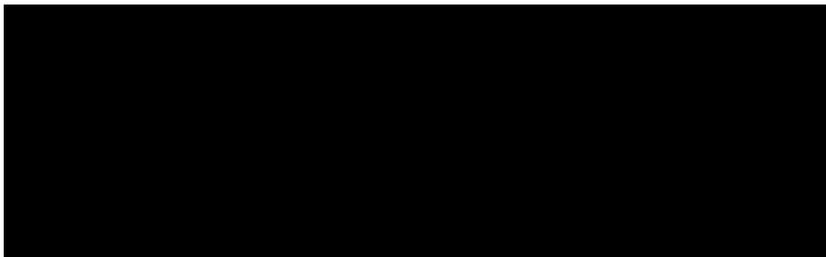
2- Données cliniques :2.1- Répartition des patients selon le motif de consultation :

Fig. 23 : Répartition des malades selon le motif de consultation  
46 patients présentaient des nodules (32,1%).

2.2- Répartition des patients selon les signes fonctionnels :

Tableau IV : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Nombre de cas (%)	
Douleur isolée	15	10,3
Prurit isolé	14	9,7
Picotement isolé	3	2,1
Prurit+Douleur+Picotement	39	26,9
Douleur+Prurit	16	11
Douleur+Picotement	20	13,8
Prurit+Picotement	19	13,1
Pas de signes fonctionnels	19	13,1
Total	145	100

26,9% des patients soient (39/145) ont présentés simultanément la douleur le Prurit et le Picotement.

## 2.3- Répartition des patients selon les signes physiques :

- Répartition des patients selon la consistance

Tableau V : Répartition des patients selon la consistance de la lésion

Pathologies	Consistance				Total (%)	
	Molle	(%)	Dure	(%)		
Dermatoses chirurgicales bénignes	72	50	68	47	140	97
Dermatoses chirurgicales malignes	3	2	2	1	5	3
Total	75	52	70	48	145	100

Il y avait 52% de lésions à consistance molle (75/145).

- Répartition des patients selon la surface des lésions

Tableau VI: Répartition des patients selon la surface des lésions

Surface des lésions	Nombre de cas	(%)
Normale (Lisse)	88	60,7
Rugueuse	12	8,2
Rugueuse+squameuse	1	0,7
Squameuse	4	2,8
Ulcérée	39	26,9
Ulcérée+Squameuse+croûteuse+Nécrotique+Rugueuse+Phlycténulaire	1	0,7
Total	145	100

88 cas (60,7%) des lésions avaient une surface normale.

## 2.4- Répartition des patients selon la localisation de la lésion

- Tableau VII : Répartition selon la localisation des lésions

Topographie	Nombre de cas	Pourcentage
Membres	67	46,2
Tête	56	38,6
Tête+Membre inférieur	1	0,7
Dos	1	0,7
Organes génitaux	9	6,2
Tronc	8	5,5
Cou	4	2,8
Total	145	100,0

67 (46,2%) lésions étaient localisées aux membres.

2.5- Répartition des patients selon la typologie des dermatosesTableau VIII : Répartition des dermatoses chirurgicales bénignes

Dermatoses chirurgicales bénignes	Pathologies	Nombre de cas (%)	
Tumeurs épidermiques	Cornes cutanées	1	0,7
	Cors	3	2,1
	Condylomes	8	5,5
	Maladies de Heck	3	2,1
	Naevus	7	4,8
	Verrues séborrhéiques	2	1,4
Tumeurs graisseuses	Lipomes	11	7,6
Tumeurs conjonctives	Chéloïdes	30	20,7
	Molluscum pendolum	3	2,1
Tumeurs des vaisseaux	Botriomycomes	4	2,8
	Tumeurs glomiques	1	0,7
Tumeurs musculaires	Léiomyomes	1	0,7
Tumeurs des nerfs	Neurofibromes	1	0,7
Les pathologies des annexes	Kystes épidermiques	18	12,4
	Ongle incarné	2	1,4
Autres variétés de kystes	Kystes synoviaux	5	3,4
Dermatoses infectieuses	Molluscum contagiosum	3	2,1
	Onychomycoses	3	2,1
	Mycétomes	4	2,4
	Cellulites	9	6,2
	Les onchocercomes	1	0,7
Ulcération et troubles trophiques	Ulcération	18	12,4
	Aïnhum	2	1,4
	Total	140	96,5

140 patients (96,5%) avaient une dermatose chirurgicale bénigne.

Tableau IX: Répartition des dermatoses chirurgicales malignes :

Dermatoses chirurgicales malignes	Pathologies	Nombre de cas (%)	
	Carcinome basocellulaire	4	2,8
	Carcinome spinocellulaire	1	0,7
	Total	5	3,5

5 cas (3,5%) des patients étaient atteints de carcinomes.

## 3- Répartition des patients selon la technique opératoire.

- Tableau X : Répartition des patients selon la technique opératoire

Pathologies	Techniques chirurgicales - Nombre de cas						
	Exérèse-suture	Exérèse-greffe	Electro-Coagulation	Exérèse-biopsie	Avulsion	Cryothérapie	Amputation
Cor	1	0	0	0	0	2	0
Verrue séborrhéique	1	0	0	0	0	1	0
Maladie de Heck	0	0	0	0	0	3	0
Corne cutanée	1	0	0	0	0	0	0
Naevus	1	0	1	2	0	3	0
Condylome	1	0	3	0	0	4	0
Neurofibrome	1	0	0	0	0	0	0
Lipome	11	0	0	0	0	0	0
Chéloïde	28	0	0	0	0	2	0
Molluscum pendolum	3	0	0	0	0	0	0
Botriomycome	0	0	4	0	0	0	0
Tumeur glomique	0	0	1	0	0	0	0
Leimyome	1	0	0	0	0	0	0
Kyste sébacé	18	0	0	0	0	0	0
Ongle incarné	0	0	0	0	2	0	0
Kyste onchocerquien	1	0	0	0	0	0	0
Kyste synovial	5	0	0	0	0	0	0
Mycétomes	0	0	0	4	0	0	0
Molluscum contagiosum	1	0	0	0	0	2	0
Cellulite	0	6	0	0	0	0	3
Onychomycose	0	0	0	0	3	0	0
Ulcération	0	18	0	0	0	0	0
Aïnhum	0	0	0	0	0	0	2
Carcinomes Basocellulaires	0	0	0	4	0	0	0
Carcinomes Spinocellulaires	0	0	0	1	0	0	0
Total	74(51,2%)	24(16,6%)	9(6,2%)	11(7,6%)	5(3,4%)	17(11,6%)	5(3,4%)

Fig. 27 : Répartition des malades selon la technique opératoire  
 Nous avons effectué 74 cas (51,2%) d'exérèse-suture.

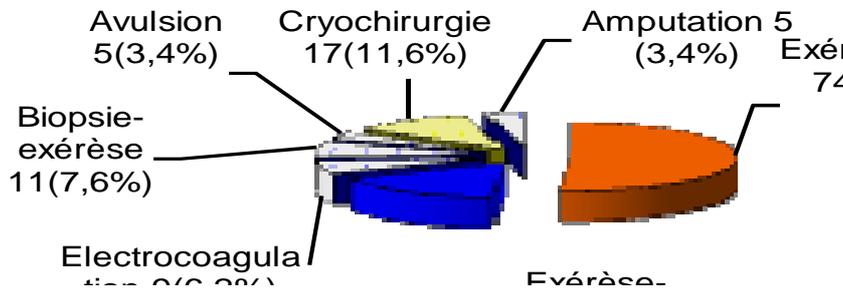


Fig.24 : Répartition des patients selon la technique opératoire.

4- Répartition des patients selon les résultats obtenus par schéma thérapeutique:

Tableau IX : Récapitulatif des résultats selon les techniques chirurgicales.

Schémas thérapeutiques	Résultats				Total
	Guérison complète	Guérison partielle	Nécrose	Décès	
Exérèse-suture	74	0	0	0	74
Biopsie-exérèse	11	0	0	0	11
Electrocoagulation	8	1	0	0	9
Greffe	18	5	0	1	24
Cryothérapie	15	2	0	0	17
Avulsion	5	0	0	0	5
Amputation	4	0	1	0	5
<b>Total</b>	<b>135</b> (93,1%)	<b>8</b> (5,5%)	<b>1</b> (0,7%)	<b>1</b> (0,7%)	<b>145</b> (100%)

135 patients (93,1%) étaient complètement guéris.

5- Répartition des patients selon la durée de prise en charge

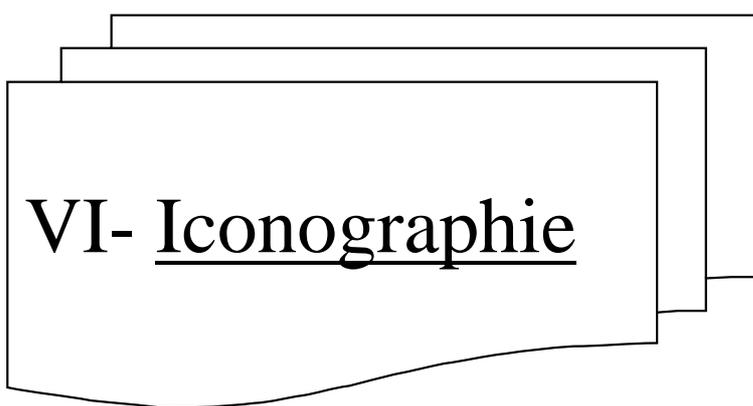
Tableau XII : Répartition selon la durée de prise en charge

Intervalle en jour	Nombre de cas	(%)
< 2 jours	10	(6,9%)
2-26	96	(66,2%)
27-51	20	(13,8%)
52-76	10	(6,9%)
77-101	3	(2,1%)
101+	6	(4,1%)
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>(100%)</b>

96 patients (66,2%) avaient eu un délai de prise en charge compris entre 2 à 26 jours.

6- Selon la durée d'évolution de la maladie :

Elle a variée de 2 semaines à 30 ans.



VI- Iconographie



Photo1 : Chéloïde de l'hélix avant traitement



Photo2 : Chéloïde de l'hélix après traitement



Photo3 : Chéloïde du dos avant traitement



Photo 4 : Chéloïde après exérèse



Photo5 : Chéloïde rétro-auriculaire avant traitement



Photo 6 : Chéloïde rétro-auriculaire après traitement



Photo 7 : botriomycome avant traitement



Photo 8 : botriomycome après électrocoagulation



Photo 9 : Célulite en traitement



Photo 10 : Célulite bourgeonné



Photo 11 : Célulite après greffe

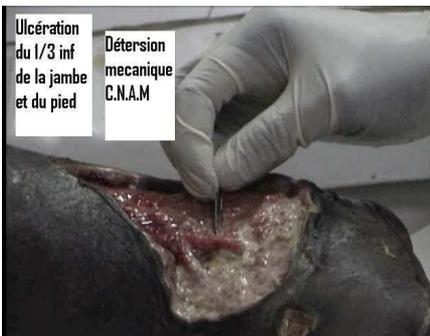


Photo 12 : Célulite en traitement



Photo 13 : Célulite  
bourgeonnée



Photo 14 : Célulite après greffe de peau



Photo 15 : Kyste du cantus en **traitement**

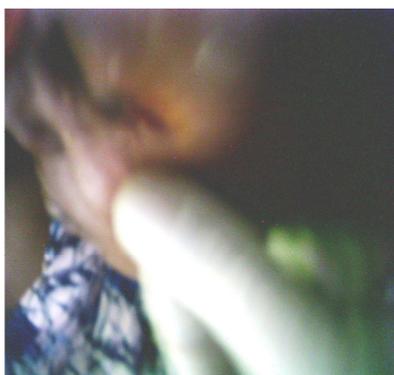


Photo 16 : kyste du cantus après exérèse



Photo 17 : Molluscum contagiosum avant  
Avant traitement



Photo 18 : Molluscum après cryochirurgie

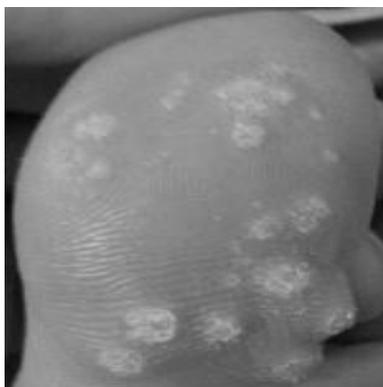


Photo 19 verrue plantaire avant  
**Traitement**



Photo 20 : verrue plantaire  
après traitement



Photo 21 : Ongle incarné avant traitement



Photo 22: Ongle incarné après traitement



**VII-Commentaires  
et discussions**

## VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### 1- Discussion selon la méthodologie

La limitation de notre activité chirurgicale par l'insuffisance du plateau technique l'irrégularité des malades dans le suivi, le refus de l'acte chirurgical et le faible revenu ont été des handicaps à notre étude. Cependant la qualité des résultats obtenus avec les actes pratiqués mérite d'être soutenue et encouragée

### 2-Discussion épidémiologie :

#### Selon l'âge :

La tranche d'âge 21-40 a été la plus sollicitée avec 75 cas (51,8%). C'est dans cette tranche que se trouvent les chéloïdes, les kystes et les ulcères. Le plus jeune de notre série avait moins d'1 an, le plus âgé 78 ans et la moyenne d'âge était de 33 ans.

#### Selon le sexe :

Pendant notre étude nous avons rencontré beaucoup plus de femmes que d'hommes soient 78 cas (53,8%) pour les femmes, contre 67 pour le sexe masculin soient (46,2%). Sex-ratio : 1,16.

Cette prédominance féminine dans notre échantillon est à relier à la fréquence élevée de chéloïdes notamment de l'oreille due aux percées d'oreille fréquente dans cette population, Ce qui va dans le sens des travaux d'Alhady et coll. [37].

#### Selon la résidence :

Les résidents de Bamako, étaient très représentés contrairement aux autres régions. Cette disparité pourrait s'expliquer probablement par l'éloignement de ces autres régions ainsi que le manque d'information sur les possibilités du service de Dermatologie. En outre, on rattache aux tumeurs cutanées des préjugés d'ordre culturelles selon lesquels certaines lésions sont intimement liées à l'âme de la personne. Ainsi, leur ablation causerait la mort du sujet atteint.

#### Selon la profession :

38 cas (26,2%) de nos malades étaient des ménagères sans emploi. Nous n'avons pas pu déceler de lien entre les professions recensées et les dermatoses chirurgicales. Dans la littérature nous n'avons pas trouvé d'études semblables.

### 2- Discussion selon les données cliniques

#### - Selon les signes fonctionnels :

La symptomatologie fonctionnelle au cours des dermatoses chirurgicales est variable, les signes fonctionnels peuvent être présents ou absents. Nous avons recensé les symptômes suivant la description des patients. L'association douleur+ prurit+ picotement a été fréquemment retrouvée

39 cas (26,9%). Cela s'explique par la présence des ulcérations chroniques, et de quelques tumeurs bénignes.

- Selon les signes physiques :

Suivant l'aspect macroscopique des lésions dans notre série les nodules et les tumeurs ont été les plus fréquentes avec respectivement 46 cas (32,2%) ; et 33 cas (22,8%). La fréquence élevée des nodules et tumeurs était expliquée par la présence d'un grand nombre de tumeurs bénignes notamment les chéloïdes, les lipomes, les mycétomes.

3- Selon la topographie :

Les membres et la tête étaient les localisations préférentielles des lésions au cours de notre étude soient respectivement 67 cas (46,2%) et 56 cas (38,6%). Il s'agissait surtout des kystes épidermoïdes, les chéloïdes, les lipomes. Cela s'explique par le caractère affichant de ces lésions.

4- Suivant la typologie des lésions :

Les dermatoses chirurgicales bénignes ont été les plus fréquentes avec 140 cas soit 96,5%. Les dermatoses chirurgicales bénignes étaient divisées en tumeurs bénignes 100 cas (68,94), pertes de substance + troubles trophiques 20 cas (13,78%) et les lésions infectieuses 20 cas (13,78%).

En 1997 dans le service de chirurgie plastique du Prof. Servant sur 1190 interventions, 698 (58%) étaient des dermatoses chirurgicales bénignes. [2]

Parmi toutes les dermatoses chirurgicales bénignes, la chirurgie des tumeurs bénignes en particulier les chéloïdes a occupé la première place avec 30 cas (20,7%) de chéloïdes.

Une étude sur les tumeurs cutanées effectuée de janvier 1992 à décembre 1996 Fatou B.T. [38] au Burkina Faso a montré que les chéloïdes occupaient la 3<sup>ème</sup> place parmi les 988 tumeurs après les verrues et condylomes avec 16,2%.

Une autre étude effectuée par Myhre-Jensen O en Scandinavie sur les tumeurs des tissus mous a trouvé une fréquence de 43% de lipomes [39].

Nous avons eu 5 cas (3,5%) de dermatoses chirurgicales malignes soient 3 cas (2,6%) de carcinomes basocellulaires et 1 cas (0,7%) de carcinome spinocellulaire.

Ce résultat est différent des fréquences africaines retrouvées dans la littérature où on note plus de carcinomes spinocellulaires que basocellulaires en Afrique noire.

En 1971, Tuyns estimait que 38 à 83% des cancers cutanés rencontrés en Afrique Noire étaient des épithéliomas spinocellulaires [40].

La tranche d'âge la plus sollicitée pour les tumeurs malignes est de 40-60 ans.

Ces données se rapprochent de celles de la littérature où l'âge moyen était de 35 à 45 ans. [40] [41] [42].

#### 5- Selon les données du traitement :

##### - Selon la technique opératoire :

Malgré la limitation du plateau technique, nous avons pratiqué 6 techniques durant notre étude. La technique opératoire la plus fréquente a été l'exérèse-suture 74 cas (51,2%). Les cas d'exérèse-suture étaient principalement les dermatoses chirurgicales bénignes (Chéloïde 28 cas, les lipomes 11 cas, les kystes épidermoïdes 18 cas, les molluscums pendulums 5 cas), le reste était constitué d'autres tumeurs bénignes en nombre limité). Pour les chéloïdes la particularité était qu'après cicatrisation de la plaie opératoire, nous avons institué 3 à 4 infiltrations locales hebdomadaires de corticoïdes pour éviter tous risques de récurrences.

Dans les autres cas une marge de sécurité a été respectée en surface et en profondeur.

Les autres techniques chirurgicales ont été :

24 cas pour l'exérèse-greffe (16,6%);

17 cas (11,6%) pour la cryochirurgie;

11 cas (7,6%) pour la biopsie-exérèse;

9 cas (6,2%) pour l'électrocoagulation; 5 cas (3,4%) pour l'amputation; et 5 cas (3,4%) l'avulsion.

#### 6- Répartition des patients selon le taux de guérison par technique thérapeutique :

Suivant le taux de guérison par technique thérapeutique, nous distinguons 4 groupes de patients :

Les patients guéris complètement : Tous patients présentant une cicatrice non ulcérée, non hypertrophique.

Les patients guéris partiellement : Les patients présentant une cicatrice légèrement ulcérée.

Les patients ayant développé des complications à type de nécrose : tous patients développant malgré le traitement une nécrose.

Le dernier groupe représenté par les décès : ce sont les patients décédés.

Pour l'exérèse-suture tous les patients ont été guéris complètement soient (74 cas).

Pour la biopsie-exérèse tous les patients ont été également guéris (11 cas).

Pour l'électrocoagulation 8 patients ont été complètement guéris 89%, un patient partiellement guéri c'est-à-dire une cicatrice légèrement ulcérée.

Pour les exérèse-greffes de peau 18 patients complètement guéris 75% et 5 partiellement guéris 21% et un patient décédé 4,1%.

Pour la cryothérapie 15 totalement guéris et 2 partiellement guéris

Pour l'avulsion 4 ont été complètement guéris 100%.

Pour l'amputation 5 complètement guéris et un patient a présenté une nécrose.

6- Répartition des patients selon la durée de prise en charge

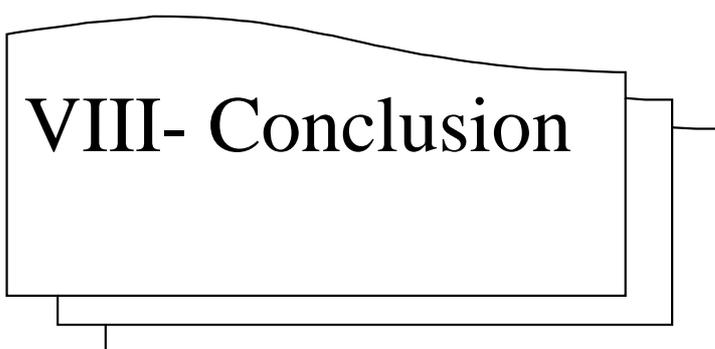
96 patients ont eu un délai de prise en charge de 1-26 jours.

20 patients ont été pris en charge de 28-51 jours.

10 patients ont bénéficié des soins de 52-76 jours.

3 patients ont été guéris entre 77-101 jours.

6 patients ont dépassé 101 jours de prise en charge.



**VIII- Conclusion**

### Conclusion

La liste n'est pas exhaustive dans notre cas. Elle se limite aux cas qui relèvent de notre compétence. Il existe beaucoup de cas qui nécessitent des techniques plus élaborées et donc d'un plateau technique plus fourni que celui dont nous disposons.

Les lésions relevant de la chirurgie dermatologique sont très nombreuses et variées. Elles peuvent se compliquer souvent et mettre en jeu le pronostic vital.

Leur prise en charge à temps et leur traitement correct par la chirurgie dermatologique peut aboutir à une guérison totale.



**IX  
RECOMMANDATIONS**

### Recommandations

Nous formulons les recommandations suivantes :

1- Au ministère de la santé

Formation de spécialistes en dermato-vénérologie en incluant dans leur programme un certain nombre de cas d'exérèse au cours de la formation pour l'initiation des assistants sur les notions de base de la chirurgie dermatologique.

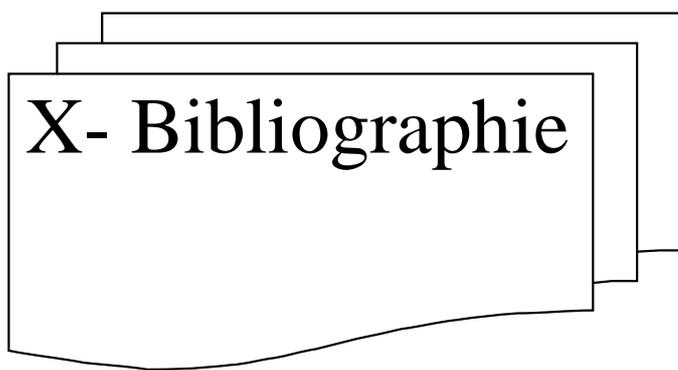
Ouvrir une filière pour approfondir la plastie dans le cadre de la prise en charge des épithéliomas basocellulaire et spinocellulaire.

2- Aux autres structures socio sanitaires

Sensibiliser la population sur le risque lié aux traitements inappropriés appliqués aux ulcérations et aux tumeurs qui favorisent des complications graves.

De diriger sur les structures compétentes toutes les formations tumorales, toutes les plaies (ulcérations) dont la prise en charge les dépasse.

Une mention particulière sur toute modification de coloration de la peau surtout de localisation palmo-plantaire et unguéale.



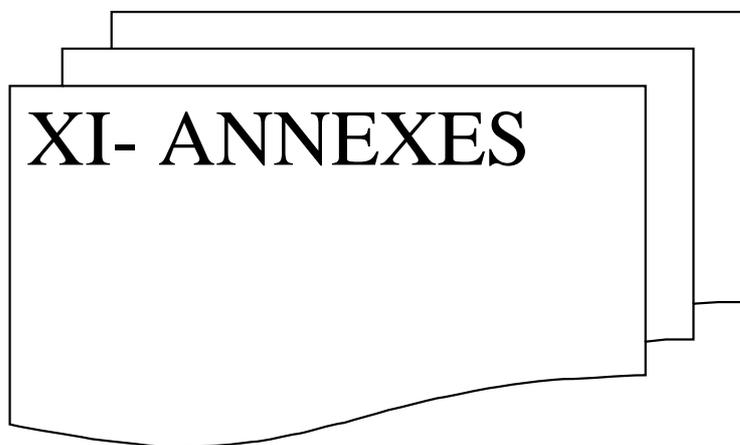
**X- Bibliographie**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. (SOF.CPRE). *Chirurgie cutanée ou dermato-chirurgie*, 4p
2. Prénaux J. *Chirurgie dermatologique*. In : *Encyclopédie. Med. Chir., Dermatologie*, 3, 920 A-10, 1992. 14p.
3. Du Vivier A. *Atlas de dermatologie clinique*, édition de Boeck Université 1996; 2 : 556p
4. *Glossaire encarta 2005 CD ROM*
5. *Anatomie physiologie de la peau*. Disponible sur site : [http:// fr.wikipedia.org/wiki/Peau](http://fr.wikipedia.org/wiki/Peau). (Page consultée le 2/8/2006)
6. Saurat J, Grossman E, Laugier. P, Lachapelle. J.M. *Précis de dermatologie et vénéréologie*. Masson Paris 1989 ;
7. Courville Ph. *Naevus épidermiques*. In : *Médecine–sciences Flammarion* 2001, 1289p.
8. [Wikipédia.org/wiki/ Maladie de Heck](http://Wikipédia.org/wiki/Maladie_de_Heck) 1p
9. *Type of warts*. Disponible sur site: [http://wikipedie.org/wiki#types\\_of\\_wart](http://wikipedie.org/wiki#types_of_wart). Page consultée le 2/8/06
10. Sterling J.C, Handfield S-Jones, P.M.Hudson. *Wart*. *British Journal of Dermatology* 2001; 144: 4-11.
11. Denguezli M. *Tumeurs cutanées bénignes*. Disponible sur site <http://www.atlas.dermato.org/cours/index.htm>. (page consultée le 19/10/2006).
12. Domart A et AL. *Nouveau Larousse médical*. Larousse 1981 ; 1114p
13. Garnier D et AL. *Dictionnaire des termes de médecine*, Maloine 2000 ; 26 :991p.
14. Gutmann Dh, Aylsworth A, Carey Jc et al. *The diagnostic evaluation and multidisciplinary management of neurofibromatosis 1 and neurofibromatosis 2*. *JAMA* 1997, 278 : 51-57. Gottlieb Sl,
15. Wolkenstein P et Zeller J. *Neurofibromatose 1*. Disponible sur site : [http://www.therapeutiquedermatologique.org/article.php?article\\_id=235](http://www.therapeutiquedermatologique.org/article.php?article_id=235) (Page consultée le 9/6/2005)
16. Daniel F. *Dermatologie pratique. Communication visuelle*. Schering Plough 1997 – CDROM
17. Sonia L. *Ongle incarné*. *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40(2) : 5p
18. Myskowski Pl. *Molluscum contagiosum*. *Int J Dermatol* 1994, 33 : 453-461.
19. Cuny J ; F. *Molluscum contagiosum*. Disponible sur le site : [http://www.therapeutique-dermatologique.org/article.php?article\\_id=220](http://www.therapeutique-dermatologique.org/article.php?article_id=220) (Page consultée le 5/5/2005).
20. Gentilini Marc, Duflo Bernard. *Mycétome*. *Médecine tropicale*. Flammarion Médecine-Sciences, 1972 : 265-266

21. Welsh O. Mycetoma. Current concept in treatment. *Int J Dermatol* 1991,30 :87-398.
22. Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique. Cellulites nécrosantes. Editions d'Après, 1994, (2) : 58.
23. Gentilini Marc, Duflo Bernard. Onchocercose. *Médecine tropicale. Flammarion Médecine-Sciences*, 1972 : 265-266
24. Loc C. Ulcères de jambe d'origine veineuse. *Ann Dermatol Vénéreol* 1997,124 :112-121
25. Revue du praticien. Références universitaires 1998-1999-2000 CDROM.
26. Morand J. Dermatologie des peaux génétiquement pigmentées et des maladies exotiques. *Léo* 2002 : 112p
27. Olivier I, Scarano E, et AL. Dactylitis, a term for different digit diseases. *Scand J Rheumatol*. 2006; 35(5) :333-40.
28. Sellden S, MD, and AL. Ainhum. Site disponible sur : <http://www.emedecine.com/> (Page consultée le 4/5/2006)
29. Basset-Seguïn N, et Al. Tumeurs cutanées épithéliales. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129(2) : 32-136
30. Carcinome basocellulaire. Site disponible sur : [wikipédia.org/wiki/carcinome basocellulaire](http://wikipédia.org/wiki/carcinome_basocellulaire).
31. Guichard S. Chirurgie des tumeurs cutanées. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales –Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 45-140, 1999, 17 p.
32. Mélanome. Site disponible sur : [en.wikipédia.org/wiki/melanome](http://en.wikipédia.org/wiki/melanome)  
Ziad El Balaa. Mélanomes. Site disponible sur : <http://localhost/dermato/cycle2/poly2005> (Page consulté le 25-6-2006)
33. Santoul M. Exérèse-suture. *Journal d'actualités dermatologiques belges*, 1997 ; 34, 4 – 12.
34. Dufourmentel CL. Chirurgie dermatologique. In : *Encyclopédie. Med. Chir., Dermatologie ; A10*, 1958. .
35. Bruno E, Paredes. Biopsie cutanée et la pathologie dermatologique à l'usage des cliniciens. *Forum Med Suisse* 2003, 10 : 12p.
36. Bloch P H. Thérapeutiques locales par agents physiques. Site disponible sur : [peterbloch.ch/index.php](http://peterbloch.ch/index.php) (Page consultée le 12/5/2006)
37. Alhady SM. And CO, Keloids in various races. A review of 175 cases. *Plast Reconstr Surg* 1969 Dec; 44(6): 564-6[Medline].
38. Traoré.B.F. Tumeurs cutanéomuqueuses : aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou.

- Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé. Vol 13 , numéro 2,101-4, avril 2003.*
39. Myhre-Jensen O: A consecutive 7-year series of 1331 benign soft tissue tumours. Clinicopathologic data. Comparison with sarcomas. *Acta Orthop Scand* 1981 Jun; 52(3): 287-93.
  40. A.J. TUYNS. *Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde. Méd. d'Afr. Noire* 1971, 18, 171.
  41. Pitché P, Napo-Koura G, Kpodzro K, Tchangai-Walla K. *Carcinomes cutanés primitifs chez l'Africain Noir : rétrospective de 274 cas histologiquement diagnostiqués au Togo. Nouv Dermatol* 1996 ; 15 : 605-606.
  42. Tossou A. *Pathologie dermatologique observée dans le service de dermato-vénérologie du Centre hospitalier et universitaire de Cotonou. Thèse Médecine Cotonou, 1992, n°523.*



**XI- ANNEXES**

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM**: Ba Prénom : Mamadou Oumar

**Année** : 2008

**Ville** : Bamako

**Pays d'origine** : MALI

**TITRE DE LA THESE** : Pratique de la chirurgie dermatologique à l'Unité de Dermatologie Vénérologie du CNAM.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie dermatologique

**Résumé**

Il s'agit d'une étude prospective pendant 1 an (janvier- décembre 2005) sur la pratique de la chirurgie dermatologique à l'unité de Dermatovénérologie – CNAM- Bamako.

Durant cette période 145 patients atteints de dermatoses chirurgicales diverses ont été inclus.

L'âge des patients a varié de 1 à 78 ans avec une moyenne de 33 ans. Les deux sexes sont concernés avec une prédominance féminine 78 cas (53,8%) contre 67 cas (46,2%) pour le masculin.

Les plaintes fonctionnelles étaient dominées par l'association douleur, prurit et les picotements soient 39 cas (26,9%).

A l'examen suivant l'aspect des lésions nous avons eu : les nodules 46 cas (32,2%), les tumeurs 33 cas (22,4), les papules 29 cas (20%), les ulcérations 30cas (20,5%), les macules 3 cas (2,1%), les kératoses 2 cas (1,4%).

Les pathologies rencontrées ont été les tumeurs bénignes cutanées 100 cas (68,94%), les pertes de substance et troubles trophiques 20 cas (13,78%), les dermatoses infectieuses 20 cas (13,78%) et les tumeurs malignes 5 cas (3,5%).

Les principales techniques chirurgicales utilisées ont été par ordre décroissant :

Exérèse-suture 74 cas (51,2%), exérèse-greffe 24 cas (16,6%), la cryochirurgie 17 cas (11,6%) l'exérèse-biopsie 11 cas (7,6%), l'électrocoagulation 8 cas (6,2%), l'avulsion et l'amputation chacune 5 cas (3,4%).

La lésion était unique dans 71% avec des localisations préférentielles au niveau des membres 46,2%, puis la tête 38,6%.

Globalement le taux de guérison a été de 93,1% avec un taux de décès de (0,7%).

**Mots clés** : Chirurgie ; dermatologie ; dermatose

FICHE D'ENQUÊTE

DATE-----//----//200

PRENOM : -----NOM : -----

AGE : -----SEXE : -----

PROFESSION : -----

ADRESSE : -----

MOTIFS DE CONSULTATION : -----

TRAITEMENTS DÉJÀ EFFECTUÉES

<u>MEDICAL</u>	<u>CHIRURGICAL</u>
<u>MODE EVOLUTIF</u>	
<u>Guérison</u> :	<u>Guérison + récurrence</u> :
<u>Autres</u>	

ANTECEDENTS PERSONNELS :

Dermatoses :

Autres pathologies

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Dermatoses :

Autres pathologies :

ANTECEDENTS COLLATERAUX :

Dermatoses

Autres pathologies :

INTERROGATOIRE

SIGNES FONCTIONNELS

\*PRURIT : Léger                      Modéré                      Intense

\*DOULEUR : Légère                      Modérée                      Intense

\*PICOTEMENT : OUI                      NON

Autres signes fonctionnels :

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN DE LA LESION :

LESION UNIQUE :

- Diamètre transversal de  
La lésion unique : cm  
Diamètre vertical de  
La lésion unique : cm  
-Diamètre vertical de la  
Plus petite lésion : cm

LESION MULTIPLE :

-Diamètre transversal de  
la plus petite lésion : cm  
-Diamètre transversal de  
la grande Lésion : cm  
  
-Diamètre vertical de la  
Grande lésion : cm

PIGMENTATION DE LA LESION :

Hypopigmentation   Pigmentation normale : Hyperpigmentation :

OUI    NON                      OUI    NON                      OUI    NON

TOPOGRAPHIE :

Région céphalique :

\*Cou :

\*Visage :

\*Cuir chevelu :

\*Front :

\*Nuque :

\*Oreille :

\*Omoplate :

Tronc :

\*Face antérieure :

\*Face postérieure :

Membres

\*Supérieurs :

\*Inférieurs :

Organes génitaux :

\*Région fessière :

\*consistance de la lésion : Molle      Elastique      Dure      Fibreuse  
                                                                 

\*Contours : Arrondis                      Autres

\*Surfaces :

Lisses	Ulcérées	Squameuses	Croûteuses	Nécrotiques
Oui Non				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Lésion suintante :

\*BORDURES : Nettes                      Emiettés                      Autres

Espace peri-lésionnel :

DUREE D'EVOLUTION :

En jours :                      En mois :                      En années :

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES :

1)

2)

PRISE EN CHARGE :  
TYPE D'INTERVENTION :

EXERESE-SUTURE	BIOPSIE-EXERESE	ELECTROCOAGULATION	GREFFE-EXERESE

AUTRES TYPES D'INTERVENTION :

\*EXERESE GREFFE COMBINEES :

CHIRURGIE+ TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE : -----  
-----  
-----  
-----

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Mis en forme : Retrait : Gauche :  
1.27 cm