

Année : 2023

Thèses N° : TM22/23

TUMEURS CUTANÉES BÉNIGNES : ASPECTS CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES, EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHETIQUE DU CHU DE TANGER

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le : 14/11/2023

Par :

Monsieur **BERCHIDA Ahmed Amine**

Pour l'obtention du diplôme de

Docteur en Médecine

Mots clé : Tumeurs cutanées bénignes ; tumeurs épidermiques ; tumeurs conjonctives ; tumeurs annexielles ; nævus ; kystes cutanés ; chirurgie

Membres de jury :

Madame EL MRABET Fatima Zahra	Présidente du jury
Professeur d'Oncologie médicale	
Monsieur GALLOUJ Salim	Directeur de thèse
Professeur de Dermatologie	
Madame CHRAIBI Mariame	Juge
Professeur d'Anatomie et cytologie pathologique	
Madame EL BAHLOUL Meriem	Juge
Professeur d'Ophtalmologie	
Monsieur DEHHAZE Adil	Membre associé
Professeur de Chirurgie plastique et esthétique	

أطروحة: رقم TM22/23

سنة 2023

الجوانب السريرية والتشريحية لأورام الجلد الحميدة: تجربة مصلحة الجراحة التجميلية بالمستشفى الجامعي بطنجة

أطروحة قدمت ونوقشت علانية يوم: 14/11/2023

من طرف

السيد أحمد أمين برشيدا

لنيل دبلوم

دكتور في الطب

الكلمات الرئيسية: أورام الجلد الحميدة؛ جراحة

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيسة لجنة التحكيم

السيدة المرابط فاطمة الزهراء

أستاذة في الأنكولوجيا الطبية

مدير الأطروحة

السيد كلوج سليم

أستاذ في طب أمراض الجلد

عضوة

السيدة الشرايبي مريم

أستاذة في علم التشريح النسيجي

عضوة

السيدة بهلول مريم

أستاذة في طب العيون

عضو مشارك

السيد دهاز عادل

أستاذ في الجراحة التجميلية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزِعْنِي
أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي
فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ



LISTE DES PROFESSEURS

DOYENS HONORAIRES :

Pr Mohamed Nourdine El Amine El Alami : 2014-2019

ORGANISATION DECANALE :

Doyen : Pr. Ahalat Mohamed

Vice doyen chargé des affaires pédagogiques : Pr. Oulmaati Abdallah

Vice doyen chargé de la recherche scientifique Pr. Ait Laalim Said

Vice doyen chargée à la pharmacie : Pr. Chahboune Rajaa

Secrétaire générale : Mme. Hanane Hammiche

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. Ahallat Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. Khallouk Abdelhak	Urologie
Pr. EL HFID Mohamed	Radiothérapie
Pr. Ait Laalim Said	Chirurgie Générale
Pr. Sbai Hicham	Anesthésie-Réanimation
Pr. Oulmaati Abdallah	Pédiatrie
Pr. Labib Smael	Anesthésie-Réanimation
Pr. Mellouki Ihsane	Gastro-entérologie
Pr. Chater Lamiae	Chirurgie Pédiatrique
Pr. Alloubi Ihsan	Chirurgie Thoracique
Pr. Abourazzak Fatima Ezzahra	Rhumatologie
Pr. Aggouri Mohamed	Neuro-Chirurgie
Pr. Gallouj Salim	Dermatologie
Pr. El Madi Aziz	Chirurgie Pédiatrique
Pr. Shimi Mohammed	Traumatologie-Orthopédie

Pr. Fourtassi Maryam	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle
Pr. Benkirane Mtitou Saad	Gynécologie-Obstétrique
Pr. Rissoul Karima	Analyses Biologiques Médicales et Microbiologie-Virologie
Pr. Raissuni Zainab	cardiologie
Pr. Hammi Sanaa	pneumologie
Pr. Najdi Adil	Médecine Communautaire

PROFESSEURS AGREGES :

Pr. Soussi Tanani Driss	Pharmacologie
Pr. El Hangouche Abdelkader Jalil	Cardiologie (Physiologie)
Pr. Bourkia Myriem	Médecine Interne
Pr. Chraibi Mariame	Anatomie et Cycologie Pathologique
Pr. El mrabet Ftima Zahra	Oncologie Médicale
Pr. Madani Mouhcine	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. Aggouri Younes	Chirurgie Générale (Anatomie)
Pr. Benkacem Mariame	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. Belfkih Rachid	Neurologie
Pr. El bahloul Meriem	Ophthalmologie
Pr. El boussaadni yousra	Pédiatrie
Pr. Kharbach Youssef	Urologie
Pr. Idrissi Serhrouchni Karima	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
Pr. Rkain Ilham	Oto-Rhino-laryngologie
Pr. El ammouri Adil	Psychiatrie
Pr. Rachidi Alaoui Siham	Radiologie

Pr. Khalki Hanane

Analyses Biologiques Médicales(Biochimie)

Pr. Ait Benali Hicham

Traumatologie Orthopédie (Anatomie)

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. Chahboune Rajaa

Biologie Moléculaire

Pr. Essendoubi Mohammed

Biophysique Moléculaire



DEDICACES

The image features a central title 'DEDICACES' in a bold, black, serif font. The text is enclosed within a decorative horizontal frame. The frame consists of two parallel horizontal lines, with ornate scrollwork and musical notation (including a treble clef and notes) at the ends. Above and below the central text, there are decorative flourishes that resemble musical staves with notes and a treble clef, creating a symmetrical, ornate design.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse...

TOUT D'ABORD A ALLAH

*Le tout puissant et miséricordieux qui m'a donné la force et la patience
d'accomplir toutes ces longues années d'études.
Qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin.
Je lui dois ce que je suis devenue.
Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.*

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE PATERNEL LALLA FATIMA BERCHIDA

*Tu qui nous a quitté récemment, tu étais une source inépuisable d'amour, de
sagesse et de soutien tout au long de ma vie. Parmi tes rêves les plus chers que tu
avais celui de me voir devenir un médecin, un rêve que tu portais avec une
affection infinie. Même si tu n'es plus parmi nous, ton amour et ton foi en moi
continuent de m'inspirer à poursuivre mes rêves académiques. Puisse dieu tout
puissant, assurer le repos de votre âme par sa sainte miséricorde.*

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL MOHAMED EL AROUSSI

*J'aurais souhaité votre présence mais le destin ne nous a pas laissé le temps pour
jouir ce bonheur ensemble. J'espère que, de là-haut, vous êtes fiers de votre petit
fils. Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde.*

A MA TRES CHERE MERE SANAE EL AROUSSI

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré
d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi.
Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours.
Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes
études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.
En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de
ma vive reconnaissance et mon profond estime.
Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse
te combler à mon tour.*

A MON TRÈS CHER PÈRE SIDI MOHAMED BERCHIDA

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je ressens envers toi, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi et réalisé aujourd'hui l'un de tes rêves les plus précieux. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini. Que Dieu tout puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau qui illumine mon chemin.

A MES TRÈS CHERS FRÈRES ET SŒURS SAFIA ILYASS HOSSNA ET JINANE

*J'exprime pour vous fierté, amour, reconnaissance et attachement inconditionnels. Je vous souhaite
Plus de succès, de réussite et beaucoup de bonheur, je vous adore.*

A MA GRANDE FAMILLE

*En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux,
Que ce travail vous apporte l'estime, le respect que je porte à votre égard et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour vous honore*

A MES AMIS OMAR REDOUANE TAHA MARYAM NISRINE ET ASMA

*Et tous ceux ou celles que j'aurais omis de citer
Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées,
En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*DEDICACES SPÉCIALES A TOUTE L'ÉQUIPE DE
CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE :
PROFESSEUR DEHHAZE ADIL
DR. OTHMANE OTMAZIRI ET TOUS LE PERSONNEL DU
SERVICE.*



REMERCIEMENT

A Notre maitresse et présidente de thèse :

Professeur F.Z EL MRABET

Professeur agrégée et chef de service d'Oncologie médicale au chu Mohamed VI de Tanger

Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez donné en acceptant de présider cette thèse.

Je vous exprime ma profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne.

Veillez considérer ce modeste travail comme expression de ma reconnaissance.

A Notre maitre et directeur de thèse :

Professeur S. GALLOUJ

Professeur d'enseignement supérieur et chef de service de Dermatologie au chu Mohamed VI de Tanger

C'est avec grand plaisir et indicible honneur que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement. J'espère être la hauteur de la confiance que vous m'avez faite en me confiant ce travail de thèse. Permettez-moi de vous remercier pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail, pour le temps que vous m'avez octroyé en dépit de vos responsabilités et engagements.

A Notre maitre et co-rapporteur de thèse :

Professeur A. DEHHAZE

*Professeur assistant et chef de service de Chirurgie plastique et esthétique au chu
Mohamed VI de Tanger*

J'ai eu un grand plaisir à travailler sous votre direction. J'ai trouvé en vous le conseiller et le guide qui m'a reçue en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Vous m'avez toujours réservée le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Votre amabilité, votre compétence, vos qualités humaines et professionnelles m'inspirent une admiration et un grand respect. Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail votre temps précieux et de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance tout au long de sa réalisation.

A Notre maitresse et juge de thèse :

Professeur M. CHRAIBI

*Professeur agrégée et chef de service d'Anatomie et cytologie pathologique au chu
Mohamed VI de Tanger*

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger
notre travail.*

*Que votre sérieux, votre compétence et votre rigueur au travail soient pour nous
un exemple à suivre.*

Veillez accepter, professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Notre maitresse et juge de thèse :

Professeur M. BAHLOUL

*Professeur agrégée et chef de service d'Ophthalmologie au chu Mohamed VI de
Tanger*

*Vous me faites un grand honneur en acceptant de vous associer à ce jury.
Je vous remercie de la générosité et de l'humilité avec lesquelles vous partagez
votre savoir.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de mon sincère respect et mon plus
grand estime.*



FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures

Figure 1 : Répartition selon le sexe

Figure 2 : Répartition des cas selon l'âge

Figure 3 : comparaison d'âge selon le sexe

Figure 4 : Répartition des cas selon la lésion élémentaire.

Figure 5 : Répartition des cas selon la consistance.

Figure 6 : Répartition des cas selon la localisation.

Figure 7 : Répartition des cas selon le nombre des lésions.

Figure 8 : Répartition des cas selon les signes associés.

Figure 9 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes diagnostiquée cliniquement.

Figure 10 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes diagnostiquée histologiquement.

Figure 11 : Coupes histologiques du kyste trichilemmal. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 12 : coupes histologiques du kyste épidermoïde. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 13 : coupes histologiques du lipome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 14 : coupes histologiques du botriomycome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 15 : coupe histologique montrant un neurofibrome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 16 : coupes histologiques de la kératose séborrhéique. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 17 : coupe histologique montrant une verrue vulgaire. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 18 : coupe histologique montrant un pilomatricome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 19 : coupes histologiques du nævus bleu. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 20 : répartition des tumeurs cutanées bénignes de notre série.

Figure 21 : répartition des tumeurs selon leur fréquence par ordre décroissant.

Figure 22 : un lipome.(A) lésion nodulaire molle de grande taille localisée au niveau du tronc; (B) aspect macroscopique d'une pièce d'exérèse d'un lipome

Figure 23 : lipome. (A) lésion nodulaire molle au niveau du dos ;(B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.

Figure 24 : aspect clinique d'un lipome multiple siège au niveau de la cuisse ; lésions nodulaires molles.

Figure 25 : aspect histologique d'un lipome montrant une prolifération mésenchymateuse faite de lobules adipeux. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 26 : kyste trichilemmal. (A) nodule ferme volumineux du cuir chevelu ; (B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.

Figure 27 : kyste trichilemmal. (A) nodule ferme du cuir chevelu ; (B) aspect macroscopique de la lésion en peropératoire.

Figure 28 : aspect histologique d'un kyste trichilemmal montrant une cavité kystique remplie de kératine type trichilemmal. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 29 : aspect clinique d'un kyste épidermoïde situé au niveau de la face ; lésion nodulaire molle.

Figure 30 : aspect histologique d'un kyste épidermoïde montrant une formation kystique sous-épidermique contenant des lamelles concentriques de kératine. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 31 : molluscum pendulum ;(A) lésion nodulaire pédiculée molle.(B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.

Figure 32 : (A) nævus congénital de taille moyenne siège au niveau de la face ;(B) exérèse chirurgicale de la lésion (1^{er} temps) ;(C) aspect en post-opératoire de la lésion.

Figure 33 : aspect clinique d'un nævus commun dermique ; lésion nodulaire ferme.

Figure 34 : aspect clinique d'un nævus commun dermique achromique ; lésion nodulaire ferme.

Figure 35 : aspect clinique d'un nævus intradermique du cuir chevelu ; lésion nodulaire verruqueuse.

Figure 36 : aspect clinique d'un neurofibrome siège au niveau du creux poplité ; lésion nodulaire molle.

Figure 37 : aspect clinique d'un neurofibrome siège au niveau ; lésion nodulaire pédiculée molle.

Figure 38 : aspect histologique d'un neurofibrome montrant une prolifération mésenchymateuse du derme. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

Figure 39 : coupe histologique de la peau.(6)

Figure 40 : follicule pilo-sébacé.(6)

Figure 41 : lésions multiples d'une kératose séborrhéique localisées sur le tronc.(7)

Figure 42 : multiples lésions d'un mélanoacanthome, un sous-type de kératose séborrhéique.(7)

Figure 43 : coupe histologique d'une kératose séborrhéique pigmentée type acanthotique montrant une augmentation importante du pigment dans la couche basale.(15)

Figure 44 : aspect d'une lésion de kératose actinique localisée sur le nez.(7)

Figure 45 : coupe histologique d'une kératose actinique montrant un épiderme acanthotique, papillomateux et hyperkératose épaisse.(16)

Figure 46 : lésions cutanées d'une verrue vulgaire faite d'une hyperkératose importante, localisée au niveau de la face dorsale des doigts.(18)

Figure 47 : coupe histologique d'une verrue vulgaire démontrant l'effet cytopathique viral dans la couche granulaire.(19)

Figure 48 : nodule sous-cutané d'un lipome, unique, sans modification cutanée et molle à la palpation.(7)

Figure 49 : lipome multiple.(7)

Figure 50 : coupe histologique d'une prolifération d'adipocytes matures ; Les noyaux des adipocytes sont petits et fades, souvent comprimés à la périphérie de la cellule.(22)

Figure 51 : un molluscum pendulum se présentant comme un nodule pédiculé avec une base d'implantation étroite.(7)

Figure 52 : coupe histologique d'un molluscum pendulum ; L'épiderme hyperplasique et papillomateux ; des kystes kératosiques et des pigments dans les kératinocytes épidermiques basaux.(23)

Figure 53 : Élastofibrome sous-scapulaire gauche démasqué après une antépulsion du membre supérieur gauche.(25)

Figure 54 : coupe histologique d'un élastofibrome. (A). mise en évidence du tissu adipeux entrappé dans la prolifération fibrocollagénique. (B). des fibres élastiques irrégulières.(25)

Figure 55 : petite lésion sessile d'un botryomycome localisée sur la face.(7)

Figure 56 : botryomycome : tissu très vascularisé et inflammatoire.(24)

Figure 57 : un neurofibrome sessile, pédiculé et molle à la palpation.(7)

Figure 58 : coupe histologique montrant une prolifération cutanée non encapsulée de cellules fusiformes hypocellulaires, bien circonscrite.(26)

Figure 59 : un pilomatricome localisé au niveau de la joue ; une formation nodulaire d'aspect jaunâtre.(7)

Figure 60 : un large pilomatricome situé au niveau du bras.(7)

Figure 61 : coupe histologique du pilomatricome ; grande activité mitotique des cellules épithéliales (en haut), cellules géantes (au centre), avec cellules momifiées dégénérées.(32)

Figure 62 : lésion nodulaire de 2 cm du pli du coude.(34)

Figure 63 : coupe histologique d'HN, montrant Les cellules tumorales qui sont ovalaires ou polyédriques à cytoplasme moyennement abondant.(34)

Figure 64 : adénome tubulaire apocrine localisé au niveau de la face.(7)

Figure 65 : nodule dermique ferme au niveau du cuir chevelu.(7)

Figure 66 : coupe histologique d'un adénome tubulaire apocrine montrant les structures tubulaires.(37)

Figure 67 : multiples petits kystes épidermoïdes au niveau de la région péri-auriculaire.(7)

Figure 68 : un kyste épidermoïde unique localisé au niveau du tronc. Notez un proéminent punctum noirâtre au centre de la lésion.(7)

Figure 69 : coupe histologique d'un KE.(43)

Figure 70 : un nodule arrondi d'un kyste trichilemmal localisé sur le front.(27)

Figure 71 : un kyste trichilemmal très volumineux du cuir chevelu.(27)

Figure 72 : coupe histologique du kyste trichilemmal ; l'épithélium pavimenteux mature, dépourvu de couche granuleuse (différenciation trichilemmale).(48)

Figure 73 : image d'un naevus acquis commun composé.(52)

Figure 74 : multiples nævus jonctionnels au niveau du bras, des lésions typiquement apparaître dans l'enfance.(7)

Figure 75 : aspect histologique au centre de la lésion d'un nævus composé.(51)

Figure 76 : un nævus congénital avec hypertrichose.(52)

Figure 77 : un nævus bleu situé au niveau de la lèvre inférieure.(7)

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition selon l'âge

Tableau 2 : Classification des tumeurs cutanées bénignes.

Tableau 3 : Comparaison des données épidémiologiques.

Tableau 4 : Le mode d'installation.

Tableau 5 : Comparaison des lésions élémentaires.

Tableau 6 : Comparaison de la taille des lésions.

Tableau 7 : Comparaison de la topographie des lésions.

Tableau 8 : Comparaison du nombre des lésions.

Tableau 9 : Les signes associés des tumeurs.

Tableau 10 : Comparaison des tumeurs cutanées diagnostiquée cliniquement.

Tableau 11 : Comparaison des patients avec confirmation histologique.

Tableau 12 : Comparaison des tumeurs cutanées diagnostiquée histologiquement.

Tableau 13 : Prise en charge des tumeurs cutanées bénignes.



ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

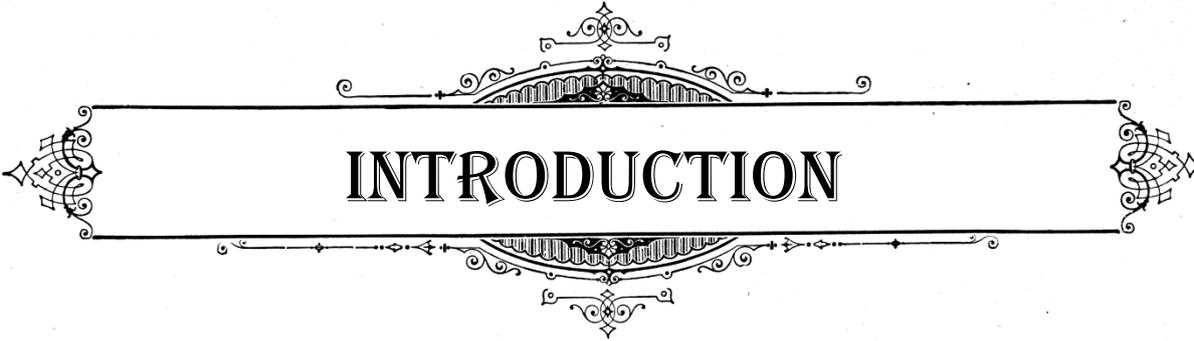
- **EMC** : l'encyclopédie médico-chirurgicale
- **UV** : Ultra-violet
- **HPV** : Human Papillomavirus
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **EF** : Elastofibrome
- **IRM** : Imagerie par résonance magnétique
- **TDM** : Tomodensitométrie
- **NF** : Neurofibrome
- **HN** : Hidradénome nodulaire
- **KE** : Kyste épidermoïde
- **OGE** : organes génitaux externes



PLAN

INTRODUCTION.....	-1-
PATIENTS ET METHODES.....	-4-
I. Patients.....	-5-
1. Les critères d'inclusion.....	-5-
2. Les critères d'exclusion.....	-5-
II. Méthodes.....	-5-
1. Recueil des données.....	-5-
2. Analyse des données.....	-6-
3. Aspect éthique.....	-6-
RESULTATS.....	-7-
I. Données épidémiologiques.....	-8-
1. Répartition selon le sexe.....	-8-
2. Répartition selon l'âge.....	-8-
3. Corrélacion entre l'âge et le sexe.....	-9-
4. Répartition selon les antécédents.....	-10-
II. Données cliniques.....	-10-
1. Mode d'installation.....	-10-
2. Lésions élémentaires.....	-10-
3. Taille.....	-11-
4. Consistance	-11-
5. Localisation	-12-
6. Nombre des lésions.....	-12-
7. Signes associés.....	-13-
III. Diagnostic clinique.....	-14-
1. Les kystes cutanés.....	-14-
2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives.....	-15-
3. Les nævus	-15-
4. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques.....	-15-
IV. Diagnostic histologique.....	-15-
1. Les kystes cutanés.....	-16-
2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives.....	-18-
3. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques.....	-22-
4. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles.....	-25-
5. Les nævus	-27-
V. Diagnostic clinico-histologique.....	-30-
VI. Prise en charge.....	-34-
VII. Evolution	-34-
1. Complication/récidive.....	-34-
2. Satisfaction	-34-
VIII. Confrontation clinico-histologique.....	-35-

DISCUSSION.....	-44-
I. Rappel anatomo-histologique de la peau.....	-45-
1. Introduction.....	-45-
2. Structure de la peau.....	-45-
II. Classification des tumeurs cutanées bénignes.....	-52-
1. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques.....	-52-
2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives.....	-52-
3. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles.....	-54-
4. Les kystes cutanés.....	-55-
5. Les naevus.....	-55-
III. L'analyse épidémiologique.....	-59-
1. L'âge et le sexe.....	-59-
IV. L'analyse clinique.....	-60-
1. Mode d'installation.....	-60-
2. Lésions élémentaires.....	-60-
3. Taille.....	-61-
4. Localisation.....	-61-
5. Nombre des lésions.....	-62-
6. Signes associés.....	-62-
7. Diagnostic clinique.....	-63-
V. Paraclinique.....	-63-
VI. Prise en charge.....	-64-
VII. Les tumeurs cutanées bénignes.....	-65-
1. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques.....	-65-
2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives.....	-74-
3. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles.....	-85-
4. Les kystes cutanés.....	-92-
5. Les naevus.....	-97-
CONCLUSION.....	-102-
RESUME.....	-104-
BIBLIOGRAPHIE.....	-108-
ANNEXES.....	-114-



INTRODUCTION

Les tumeurs cutanées bénignes représentent une large catégorie des pathologies.(1)
Au cours de leur vie, les patients présentent un large éventail d'excroissances et de changements cutanés.(2)

Les tumeurs cutanées bénignes se développent à partir de la prolifération d'un ou de plusieurs composants de la peau, et représentent la majorité des tumeurs de la peau.(3)

Morphologiquement, elles se manifestent par des papules, des nodules, des lésions kératosiques ou kystiques qui se développent lentement.(3)

Elles sont classées en trois types en fonction de leurs origines histologiques : épidermiques, annexielles et conjonctives. Cependant, les kystes cutanés et les naevus constituent des entités distinctes et ne sont pas classifiés selon leur origine.(4)

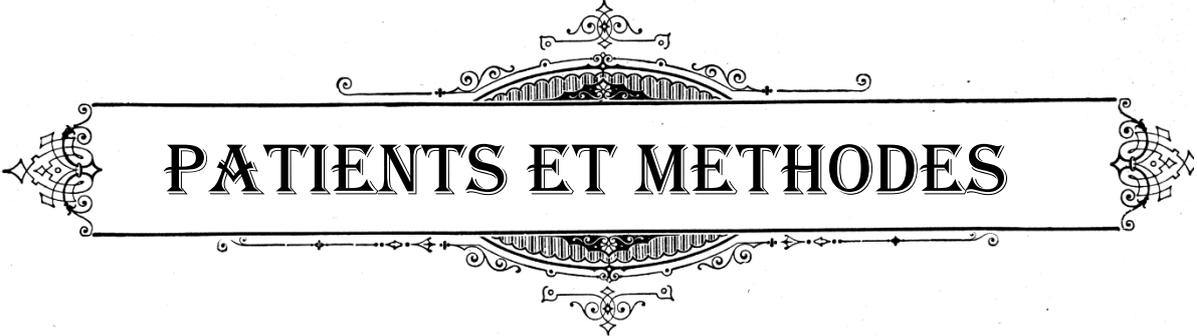
Elles constituent un groupe d'affections qui peuvent être classées en trois catégories : celles qui sont couramment observées et facilement reconnues basé sur le site caractéristique de la présentation, de la taille, de la couleur, de la distribution et des symptômes, celles qui sont plus rares et celles qui font partie de syndromes qui définissent d'autres troubles et posent un problème de diagnostic.(3)

Le diagnostic clinique est généralement basé sur l'anamnèse et un examen clinique minutieux ; cependant toute lésion dont le diagnostic est incertain, doit faire l'objet d'une biopsie en vue d'un examen histopathologique afin d'exclure une tumeur maligne,(5) et parfois complété par l'immunohistochimie.

Autres examens complémentaires simples et non invasives comme la dermoscopie et l'échographie prennent leurs places dans le diagnostic précoce et le traitement approprié des tumeurs cutanées.(3)

La prise en charge thérapeutique est basée sur l'exérèse, la cryothérapie, l'électrocoagulation ou bien une simple abstention, et dépend du type de la tumeur et de sa localisation.

Les objectifs de ce travail est de dresser un profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique des patients atteints des tumeurs cutanées bénignes traités au sein du service de chirurgie plastique et esthétique au CHU Mohammed VI à Tanger.



PATIENS ET METHODES

I. Patients :

Notre travail est une étude descriptive rétrospective menée au service de chirurgie plastique et esthétique du CHU Mohamed VI de Tanger, étalée sur une période de 16mois d'avril 2021 à aout 2022 portant sur 172 patients traités pour tumeur cutané bénigne.

1. Les critères d'inclusion :

Notre étude a inclus tous les cas de patients qui ont consulté pour une tumeur cutanée bénigne.

2. Les critères d'exclusion :

Nous avons exclus dans notre étude les cas ayant

- Une chéloïde

II. Méthodes :

1. Recueil des données :

Nous avons inclus 172 patients présentant des tumeurs cutanées bénignes.

Le recueil des données était basé sur l'établissement d'une fiche d'exploitation (annexe 1) qui comportait les rubriques suivantes :

- Identité
- Antécédents
- Motif de consultation
- Clinique
- Conduite à tenir
- Histologie
- Prise en charge
- Evolution

2. Analyse des données :

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel. Les variables qualitatives ont été exprimées en %, et en valeur moyenne avec les limites pour les variables quantitatives. Nous étions confrontés certaines difficultés, notamment le manque des données concernant l'évolution post-opératoire des patients.

3. Aspect éthique :

Pour respecter le secret médical et la confidentialité des données propres des patients, nous avons respecté l'anonymat dans les fiches d'exploitation ainsi que l'absence de conflit d'intérêt.

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and floral patterns at the top and bottom. The word "RESULTATS" is centered within the frame in a bold, serif font.

RESULTATS

I. Données épidémiologiques :

1. Répartition selon le sexe :

Dans notre série qui regroupe 172 cas, dont 112 des cas étaient de sexe féminin soit 65%, et 60 des cas étaient de sexe masculin soit 35% avec un sexe ratio H/F de 0,53. (Figure 1)

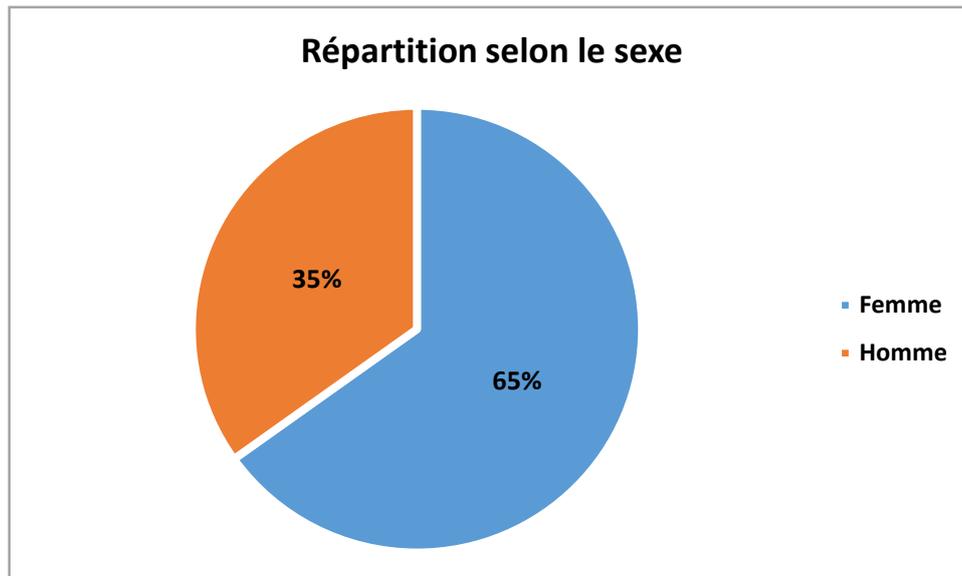


Figure 1 : Répartition selon le sexe

2. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic était à 44 ans avec des extrêmes allant de 2 à 88 ans. Cette large tranche d'âge reflète l'ampleur de la diversité des tumeurs cutanées bénignes. Le pic d'âge au moment du diagnostic dans cette étude se situe entre 40 et 59 ans, suivi du groupe d'âge entre 20 et 39 ans ; représentant tous environ 72% des cas. Le nombre le moins élevé de cas a été observé après l'âge de 80 ans. (Tableau 1)(Figure 2)

Tableau 1 : Répartition selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage (%)
0-19	11	6,39
20-39	55	31,97
40-59	69	40,11
60-79	36	20,93
80-100	1	0,58
Total	172	100,00

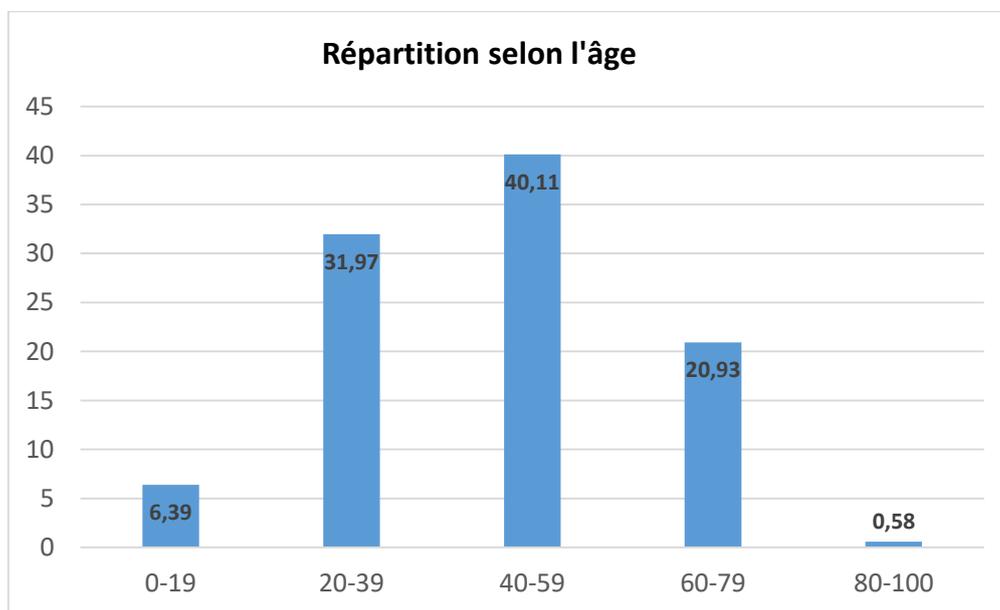


Figure 2 : Répartition des cas selon l'âge

3. Corrélation entre l'âge et le sexe :

En ce qui concerne l'âge au moment du diagnostic, les données montraient qu'il n'y a pas de grande différence entre les deux sexes ; les hommes avec un moyen d'âge de 46,1 ans, alors que les femmes l'âge moyen est de 42,8 ans.(Figure 3)

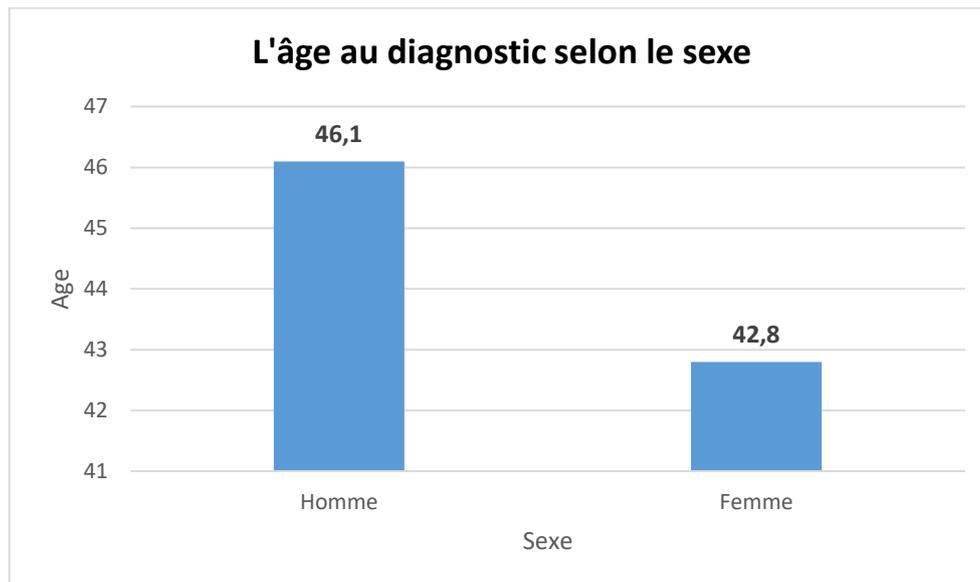


Figure 3 : comparaison d'âge selon le sexe.

4. Répartition selon les antécédents :

Seulement trois patients ont présenté des antécédents pathologiques au moment de la consultation. Un antécédent de tuberculose pulmonaire déclarée guérie était retrouvé chez un cas avait un kyste épidermoïde. Une patiente avait une hypercholestérolémie présentait un kyste trichilemmal. Le dernier avait la maladie d'Addison a consulté pour un lipome.

II. Données cliniques :

1. Mode d'installation :

Tous les patients dans notre série marquaient un mode d'installation progressive de leurs lésions sur une période supérieure à 3 mois.

2. Lésions élémentaires :

La répartition des lésions élémentaires montrait une prédominance du type nodulaire chez 151 malades soit 88% des cas, suivi du type papuleuse chez 19 malades soit 11% des cas, et un seul malade ayant une lésion plane soit 1% des cas. (Figure 4)

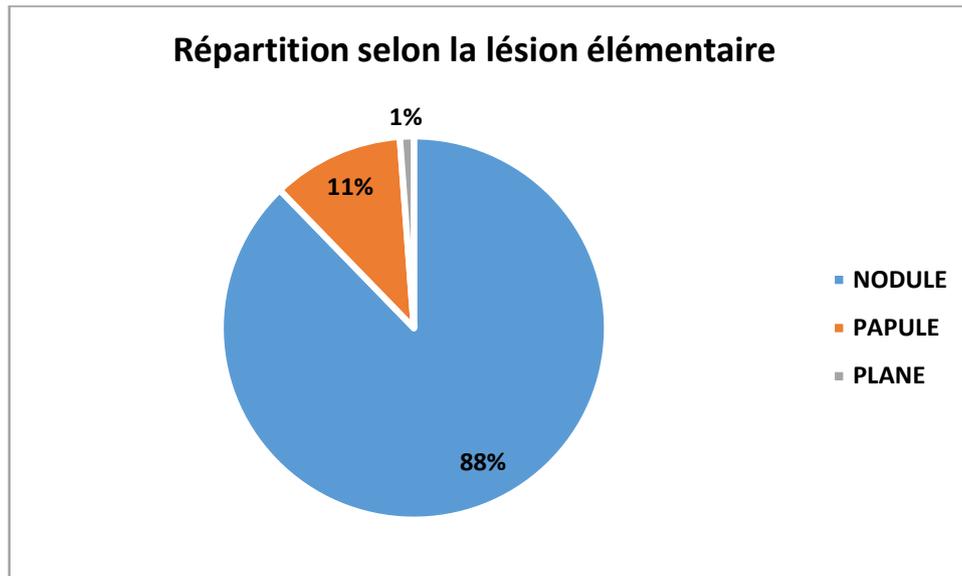


Figure 4 : Répartition des cas selon la lésion élémentaire.

3. Taille :

Dans notre série, la taille des tumeurs variait, allant de 0,5 cm pour une tumeur sudorale apocrine, à 10 cm pour un kyste épidermoïde, avec une taille moyenne de 2,9 cm.

4. Consistance :

La consistance molle est trouvée chez 81 malades soit 47% des cas, suivie de la consistance ferme chez 60 malades soit 35% des cas, ensuite type kystique chez 30 malades soit 17% des cas et enfin un seul cas avec consistance dure soit 1% des cas. (Figure 5)

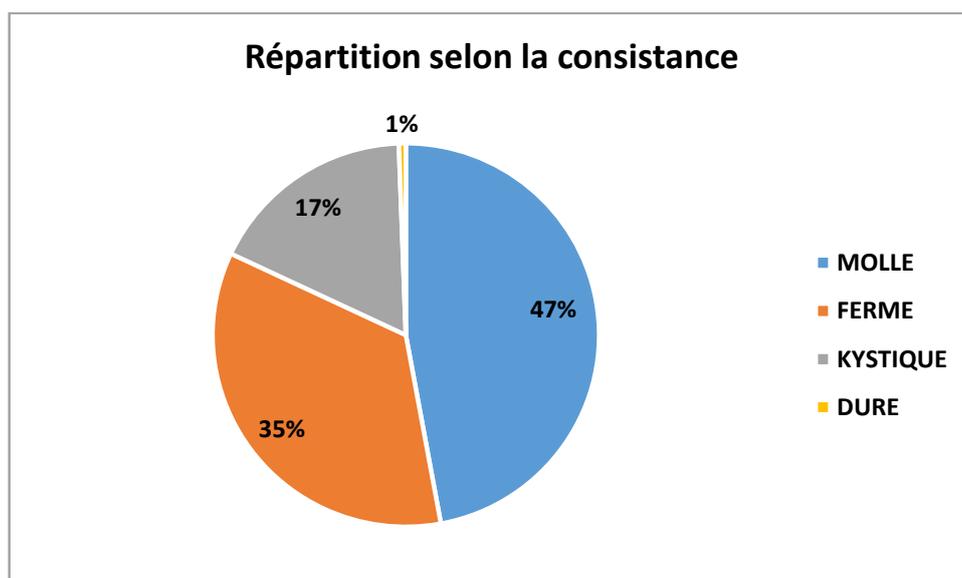


Figure 5 : Répartition des cas selon la consistance.

5. Localisation :

Dans notre série, les lésions avaient intéressé quatre parties du corps à des pourcentages différentes, tête et cou, tronc, membre supérieur et membre inférieur avec une prédominance au niveau de la région tête et cou retrouvée chez 116 soit 68% des cas. (Figure 6)

Les autres cas ont été répartis comme suit :

- Membre supérieur, avec 24 cas soit 14%.
- Tronc, avec 23 cas soit 13%.
- Membre inférieur, avec 9 cas soit 5%.

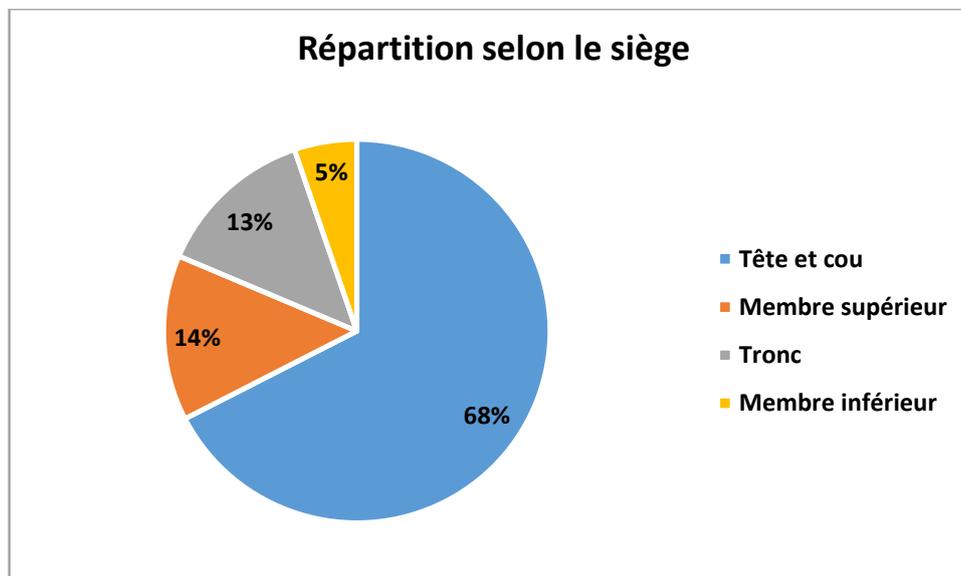


Figure 6 : Répartition des cas selon la localisation.

6. Nombre des lésions :

Le caractère unique des lésions prédominait dans la répartition avec un pourcentage de 76%, multiple (supérieur ou égale à 3) chez 19% des cas et 5% des cas ont présenté deux lésions. (Figure 7)

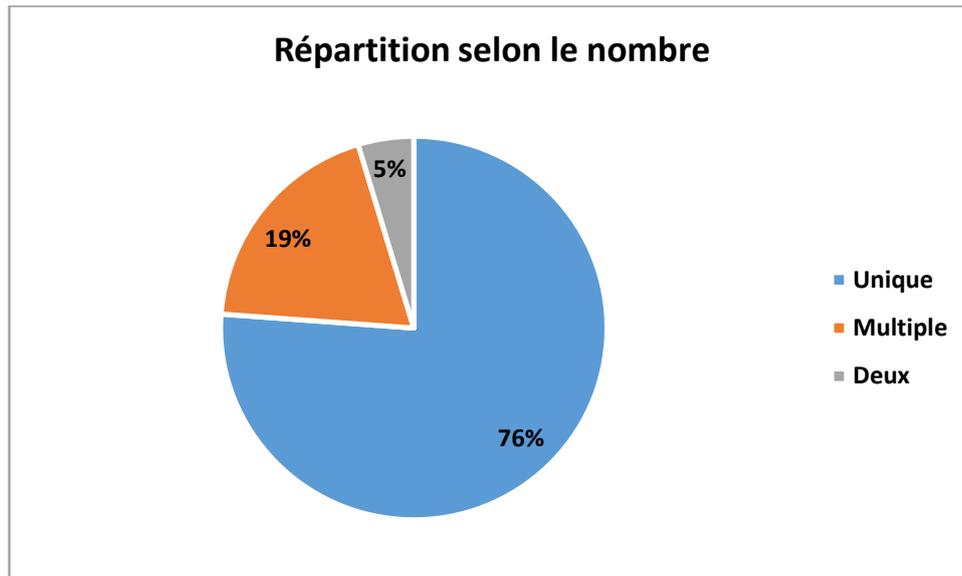


Figure 7 : Répartition des cas selon le nombre des lésions.

7. Signes associés :

La majorité des cas au nombre de 144 malades soit 83% n'ont présenté aucun signes associés. (Figure 8)

Les autres cas ont marqué :

- Une douleur chez 22 patients soit 13% des cas.
- Une surinfection chez 3 patients soit 2% des cas.
- Un saignement chez 3 patients soit 2% des cas.

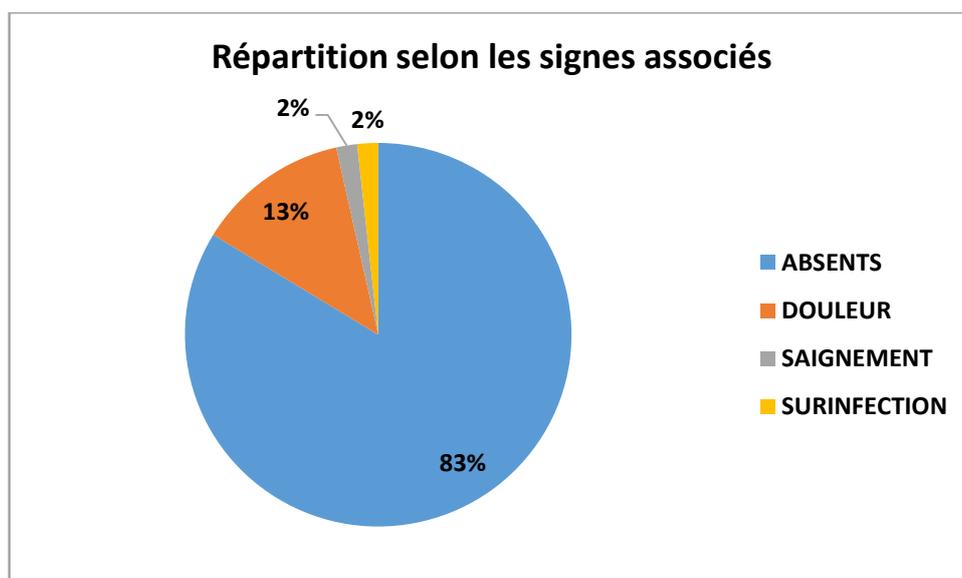


Figure 8 : Répartition des cas selon les signes associés.

III. Diagnostic clinique :

Dans notre étude, le diagnostic clinique a été fait chez 82 malades soit 48% des cas, après une évaluation clinique minutieuse basée sur les caractéristiques de la lésion. Une biopsie ou une biopsie exérèse a été réalisée pour une affirmation histopathologique.

Ils sont répartis comme suit : (figure 9)

- Les kystes cutanés chez 45 patients soit 55% des cas.
- Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives chez 26 patients soit 32% des cas.
- Les nævus chez 10 patients soit 12% des cas.
- Les tumeurs cutanées bénignes épidermique chez 1 seul patient soit 1% des cas.

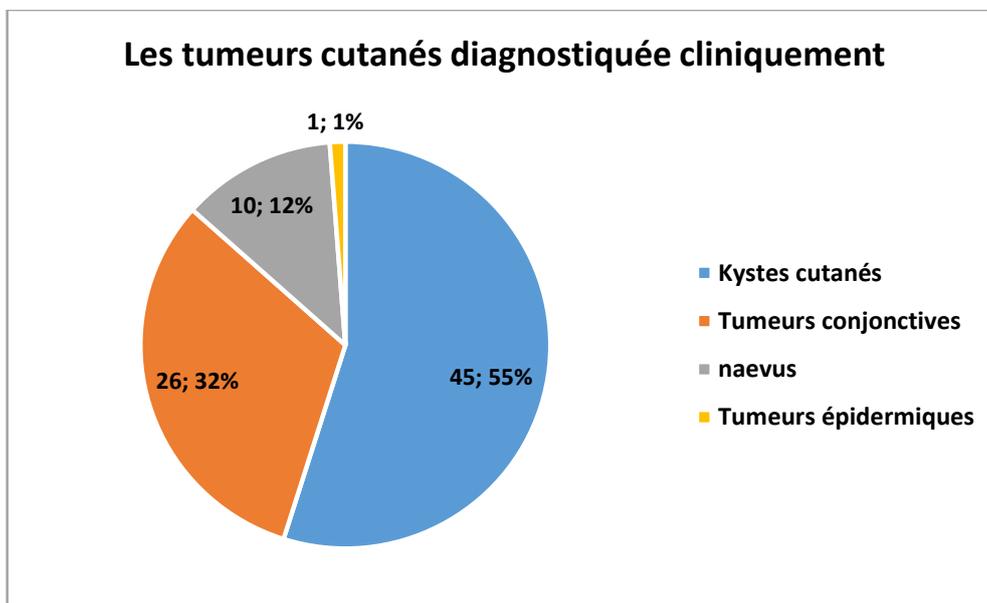


Figure 9 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes diagnostiquées cliniquement.

1. Les kystes cutanés :

Ils ont répartis comme suit :

- Kyste trichilemmal chez 27 patients.
- Kyste épidermoïde chez 18 patients.

2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Elles ont réparties comme suit :

- Lipome chez 15 patients.
- Botriomycome chez 6 patients.
- Molluscum pendulum chez 4 patients.
- Elastofibrome chez 1 seul patient.

3. Les nævus :

Ils ont répartis comme suit :

- Nævus commun acquis chez 9 patients.
- Nævus congénital chez 1 seul patient.

4. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Elles correspondaient à une verrue vulgaire retrouvée chez 1 seul patient.

IV. Diagnostic histologique :

Au cours de notre étude, le recours à l'examen anatomopathologique a été pratiqué chez 90 de nos malades soit 52% des cas, dans un but de confirmer le diagnostic et d'écartier une éventuelle malignité. Le matériel d'étude portait dans tous les cas sur des biopsies exérèses.

Les résultats histologiques ont révélé : (figure 10)

- Des kystes cutanés chez 42 patients soit 47% des cas.
- Des tumeurs cutanées bénignes conjonctives chez 33 patients soit 37% des cas.
- Des tumeurs cutanées bénignes épidermiques chez 5 patients soit 5% des cas.
- Des tumeurs cutanées bénignes annexielles chez 5 patients soit 5% des cas.
- Des nævus chez 5 patients soit 6% des cas.

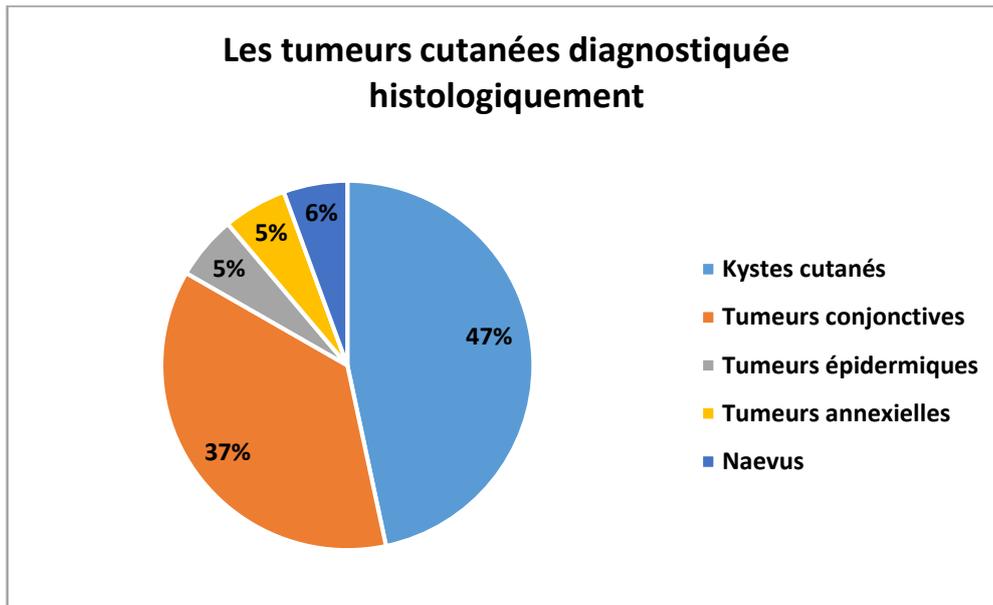


Figure 10 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes diagnostiquées histologiquement.

1. Les kystes cutanés :

Représentaient la lésion tumorale la plus fréquente dans notre série, elle est retrouvée chez 42 patients soit 47% des cas et qui est divisée en deux types histologiques répartis par ordre de fréquence comme suit :

a. Kyste trichilemmal (loupe) :

Il a été retrouvé chez 25 patients.

L'étude histopathologique montrait : (figure 11)

- Une cavité kystique dont la lumière est remplie de kératine abrupte de type trichilemmal prenant un aspect compact calcifié en son centre.
- La cavité est bordée par un épithélium malpighien kératinisant régulier, dépourvu de granuleuse.
- En périphérie, se dispose une fine coque fibreuse.
- La présence d'une réaction granulomateuse à cellules géantes et des cristaux de cholestérol chez deux patients.

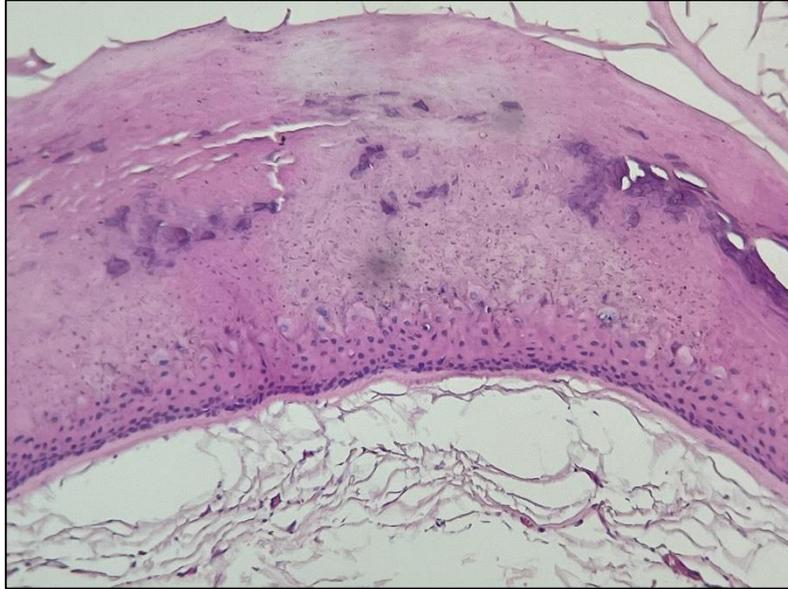


Figure 11 : Coupe histologique du kyste trichilemmal. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

b. Kyste épidermoïde :

Il a été retrouvé chez 17 patients.

L'étude histopathologique montrait : (figure 12)

- Une formation kystique sous-épidermique, sans communication avec l'épiderme.
- La cavité est bordée par un épithélium malpighien pavimenteux stratifié.
- La lumière contient des lamelles concentriques de kératine.
- Une réaction granulomateuse résorptive chez 1 malade.

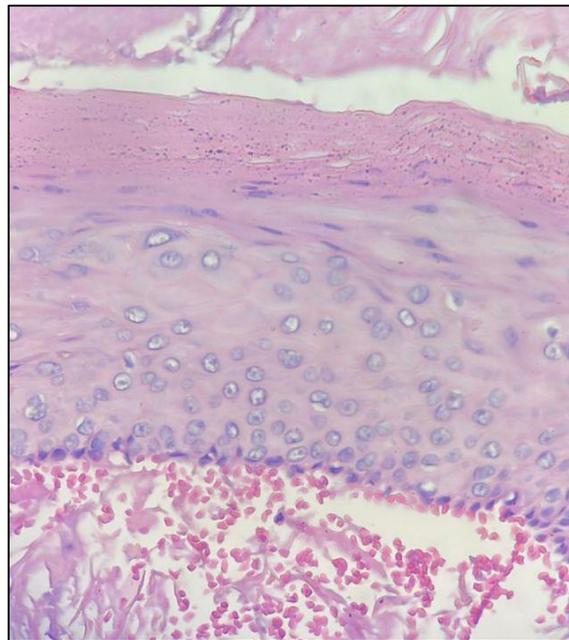
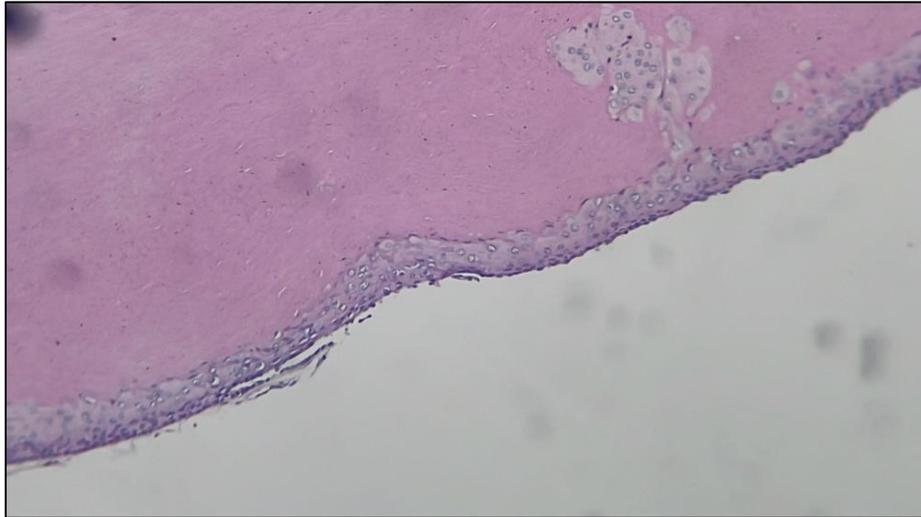


Figure 12 : coupes histologiques du kyste épidermoïde. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctivales :

Ils ont été retrouvés chez 33 patients soit 37% des cas, répartis par ordre de fréquence comme suit :

a. Lipome :

Ce diagnostic histologique a été posé chez 26 malades.

L'étude histopathologique était identique chez tous les patients, elle trouvait : (figure 13)

- Une prolifération mésenchymateuse bénigne finement encapsulée.
- Lobules adipeux faits d'adipocytes réguliers séparés par de fins septas fibro-vasculaires.
- Les vaisseaux sont congestifs.
- Cytoplasme vide et abondant.

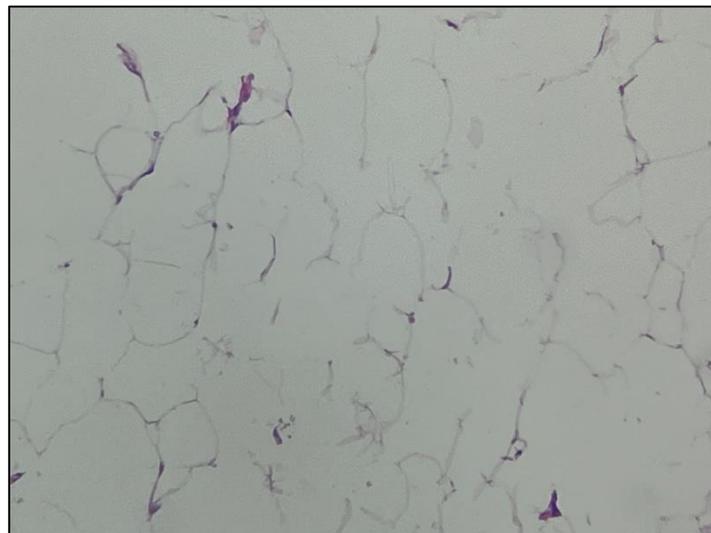
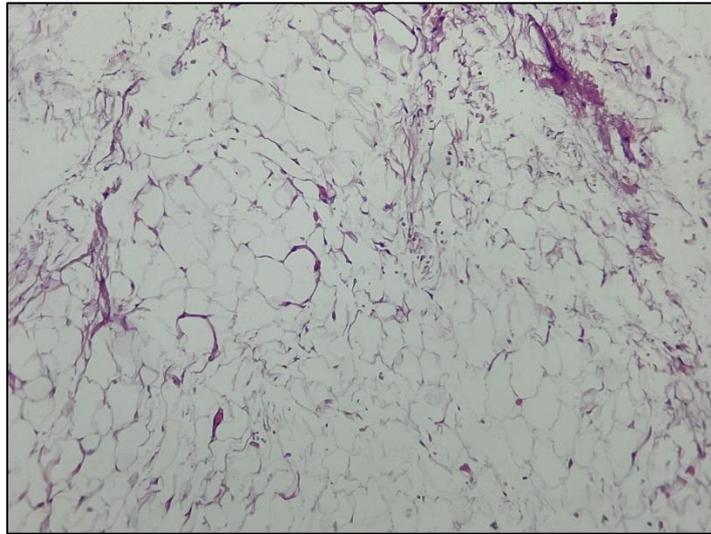


Figure 13 : coupes histologiques du lipome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

b. Molluscum pendulum :

Cette tumeur a été diagnostiquée histologiquement chez 3 malades.

L'étude histopathologique montrait :

- Formation polypoïde à base d'implantation réduite.
- Epiderme acanthosique recouvert d'une couche orthokératosique compacte chez 2 malades, régulier chez 1 malade.
- Chorion dissocié par un infiltrat inflammatoire polymorphe chez 1 patient.
- Axe fibro-collagénique avec des zones de dégénérescence myxoïde.
- Absence d'annexes cutanées.

c. Botriomycome :

Ce diagnostic histologique a été posé chez 2 malades.

L'étude histopathologique montrait : (figure 14)

- Tissu de granulation comporte des lobules capillaires.
- Stroma œdémateux et collagénique siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe.
- Absence de granulome épithélio-gigantocellulaire ou de nécrose caséuse.

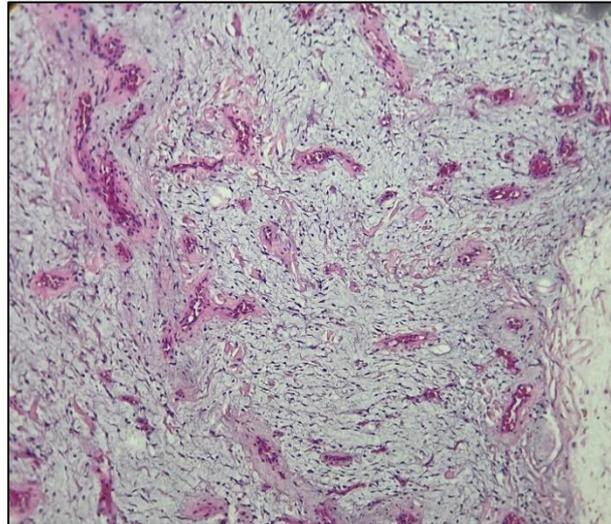
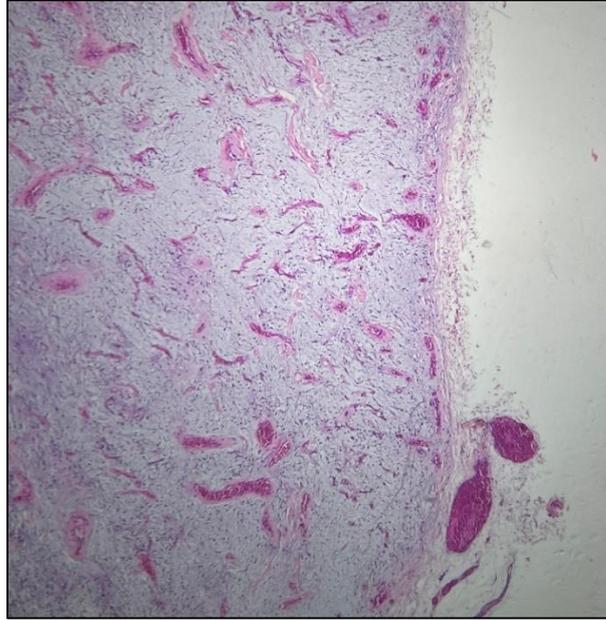


Figure 14 : coupes histologiques du botriomycome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

d. Le neurofibrome :

Cette tumeur a été identifiée histologiquement chez un seul malade.

L'examen histologique trouvait : (figure 15)

- Derme moyen et profond est le siège d'une prolifération tumorale mésenchymateuse.
- Grandes nappes hémorragiques au centre de cette prolifération qui est agencée en faisceaux tourbillonnants lâches et courts, de densité cellulaire faible à modérée.

- Cellules tumorales fusiformes, munies de noyaux ovoïdes, hyperchromes, ondulés.
- Absence de foyers mitotiques individualisables.
- Tissu interstitiel fibromateux.

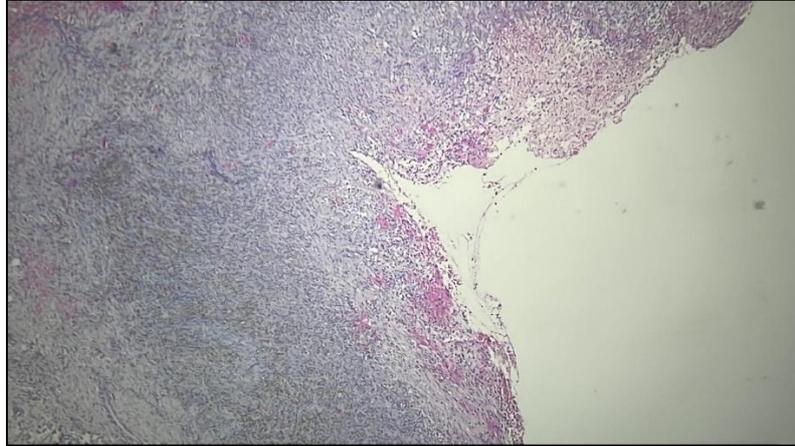


Figure 15 : coupe histologique montrant un neurofibrome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

3. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Ces tumeurs ont été retrouvées chez 5 malades soit 5% des cas, 3 cas ayant une kératose séborrhéique, et les autres 2 cas ayant chacun une kératose actinique et une verrue vulgaire.

a. Kératose séborrhéique :

3 patients ont été diagnostiqués par cette tumeur.

L'examen histopathologique montrait : (figure 16)

- Un revêtement cutané bordé d'un épiderme acanthosique surmonté d'une hyperkératose ortho et parakératosique.
- Hyperplasie mélanocytaire : nombreux mélanocytes dendritiques très pigmentées, trouvée chez 1 seul cas, dont le diagnostic histologique conclue à un mélanoacanthome ; un sous-type de kératose séborrhéique.
- Des invaginations dermiques formant des cavités kystiées.
- Derme : œdémateux siège d'un infiltrat inflammatoire mononucléé chez un patient et lymphoplasmocytaire chez l'autre patient.

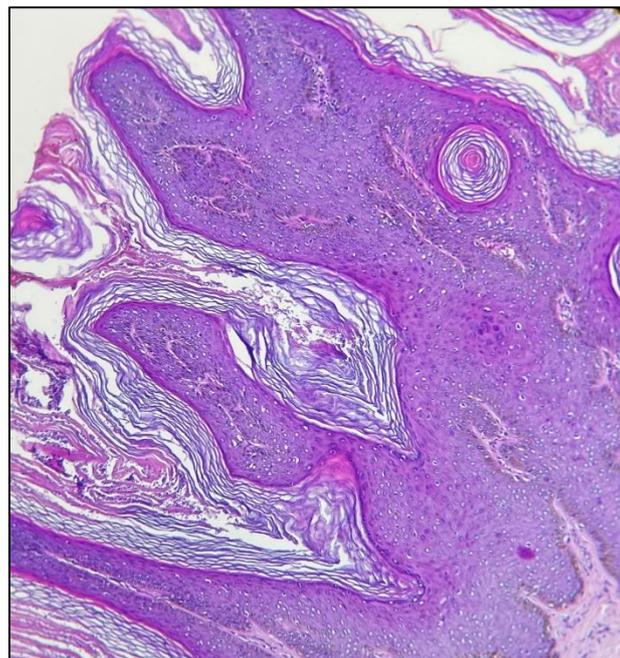
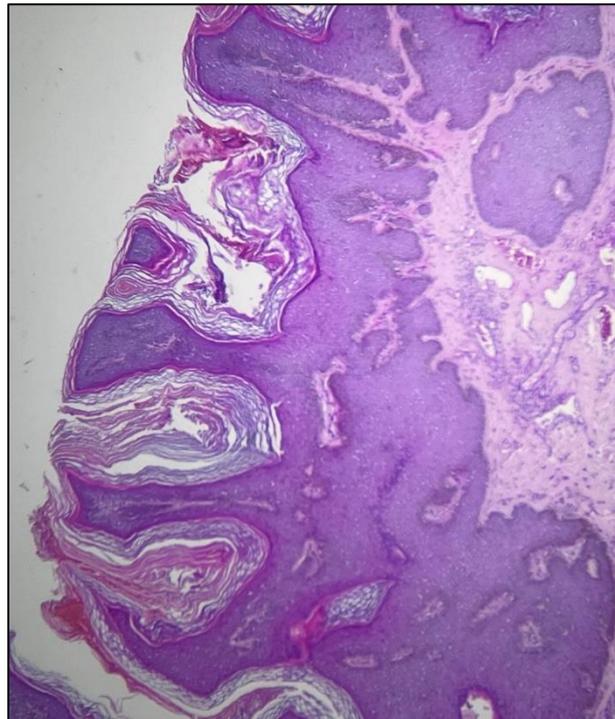


Figure 16 : coupes histologiques de la kératose séborrhéique. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

b. Kératose actinique :

1 seul patient a eu cette lésion tumorale.

L'étude histopathologique trouvait :

- Epiderme : hyperplasique avec allongement des crêtes interpapillaires, des noyaux augmentés de volume au niveau des couches profondes.
- Couche cornée : épaissement parakératosique dans des endroits, à des polynucléaires neutrophiles dans des autres.
- Derme : dystrophie collagénique et élastique.

c. Une verrue vulgaire :

1 seul patient a eu cette lésion tumorale.

L'étude histopathologique montrait : (figure 17)

- Un revêtement cutané siège d'une prolifération épithéliale épidermique exophytique, symétrique et bien limitée.
- Epiderme papillomateux acanthosique.
- Forte hyperkératose ortho et parakératosique surmontant des zones d'agranulose.
- Absence de désorganisation architecturale en profondeur.
- Cellules malpighiennes régulières, d'aspect koilocytaire.
- Derme papillaire fibro-inflammatoire, comportant des éléments vasculaires congestifs.
- Derme moyen et profond est collagénique abondant.
- Présence d'annexes cutanées régulières.

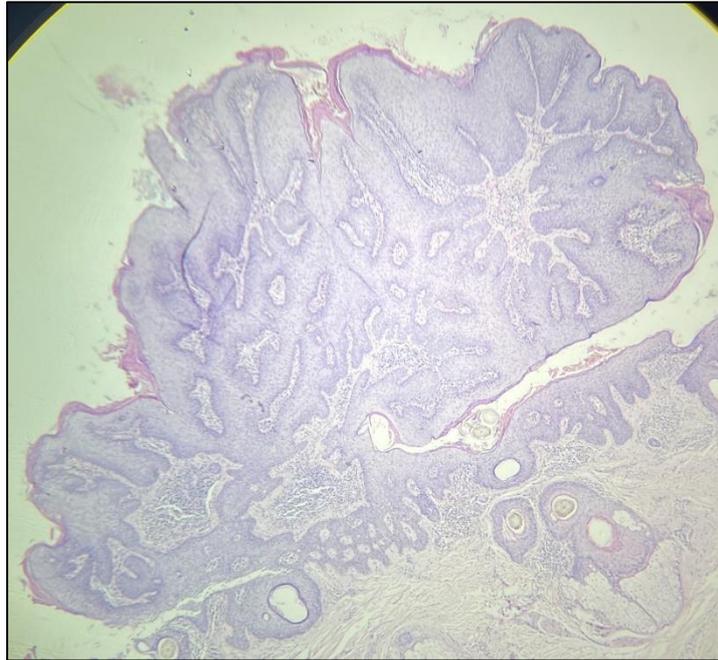


Figure 17 : coupe histologique montrant une verru vulgaire. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

4. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles :

Dans notre série, ces tumeurs ont été présentes chez 5 malades soit 6% des cas, et elles sont réparties, en commençant par le plus fréquent, comme suit :

a. Pilomatricome :

3 cas ayant présenté cette tumeur pileaire.

L'étude histopathologique montrait : (figure 18)

- Formation kystique.
- Paroi bordée d'un épithélium pluristratifié abrasé.
- Cellules épithéliales pavimenteuses, basaloïdes avec tendance à la momification.
- Lumière à contenu calcifié dense chez 2 cas, fibreux à cellules géantes multinucléées chez 1 cas.
- Tissu conjonctif adjacent œdémateux, siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe chez 1 patient.

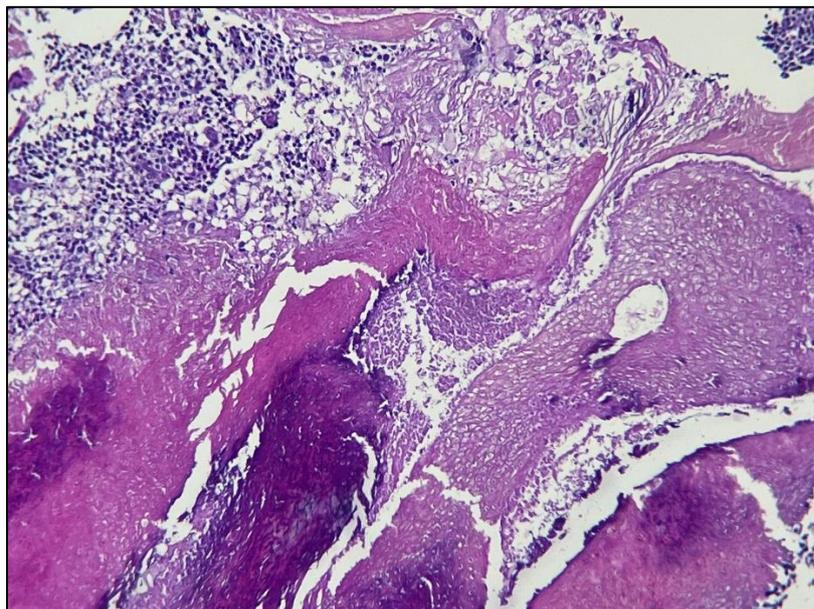
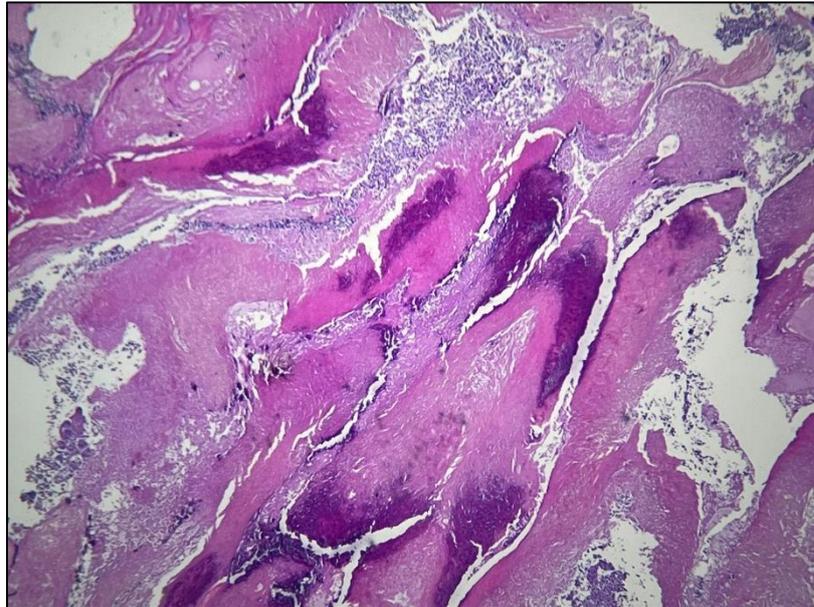


Figure 18 : coupes histologiques montrant un pilomatricome. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

b. Hidradénome nodulaire :

Cette tumeur a été identifiée chez 1 seul cas.

L'examen histopathologique montrait :

- Des massifs cribriformes et des formations glanduliformes.
- Cellules de grande taille à cytoplasme éosinophile.
- Noyaux turgescents sans atypies.
- Fond fibreux contenant quelques lymphocytes.

c. Adénome tubulaire apocrine :

Ce diagnostic histologique a été objectivé chez 1 seul patient.

L'examen histopathologique montrait :

- Formations tubuleuses glandulaires régulières bordées par un revêtement cylindrique.
- Cytoplasme fortement éosinophile.
- Noyaux sont réguliers.

5. Les naevus :

Cette tumeur a été diagnostiquée histologiquement dans notre série chez 5 malades soit 6% des cas, dont la répartition a montré la présence de deux types histologique :

a. Naevus commun acquis :

4 cas ayant présenté cette lésion tumorale.

L'étude histopathologique trouvait :

- Prolifération naevique siége au niveau du derme, bien limitée et agencée en thèques.
- Cellules naeviques monomorphes munies d'un noyau arrondi à chromatine dense et d'un cytoplasme abondant et éosinophile.
- Présence d'une activité jonctionnelle.
- Absence d'atypies cyto-nucléaires ou de mitoses.

b. Nævus bleu :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez 1 seul malade.

L'étude histopathologique montrait : (figure 19)

- Epiderme papillomateux, surmonté d'une fine couche parakératosique.
- Derme : siège d'une prolifération naevomélanocytaire symétrique, dermique, agencée faisceaux cellulaire.
- Absence d'activité jonctionnelle.
- Présence d'une différenciation neuroïde en profondeur.
- Absence d'atypies cyto-nucléaires ou de mitoses.

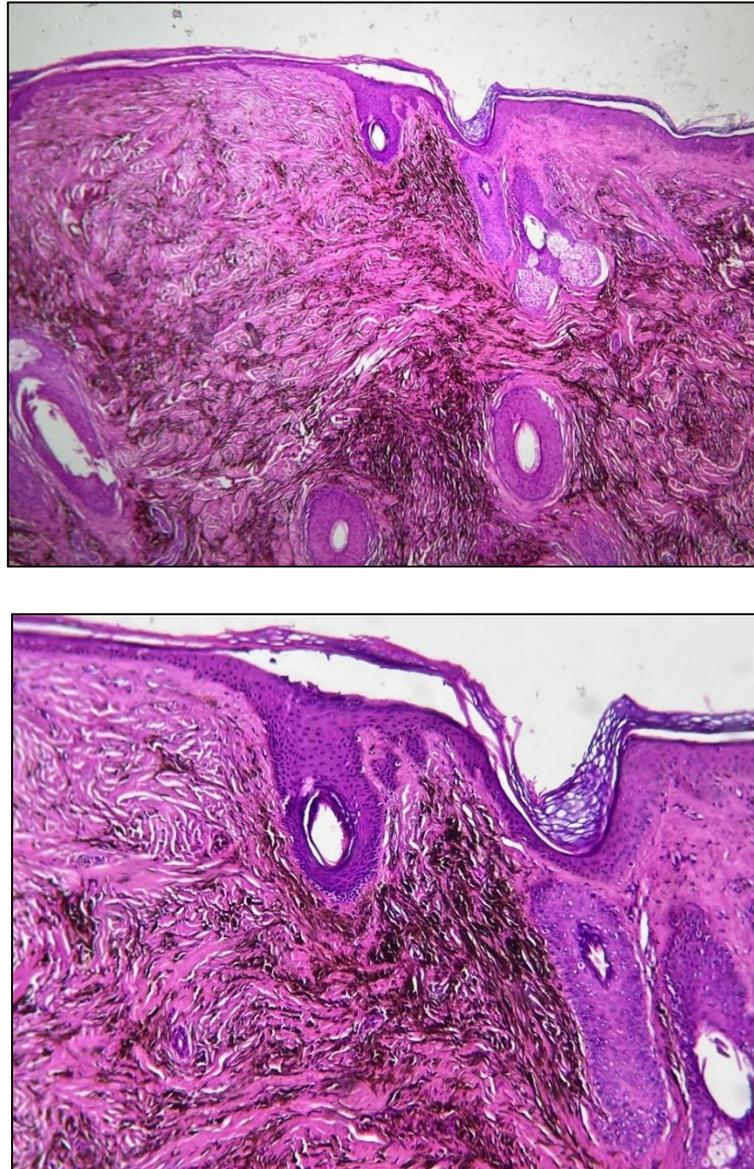


Figure 19 : coupes histologiques du nævus bleu. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

V. Diagnostic clinico-histologique :

L'analyse globale de l'ensemble des tumeurs cutanées bénignes étudiées dans notre série, basée sur des diagnostics clinico-histologiques, révèle des résultats significatifs quant à la fréquence et à la répartition de ces tumeurs.

Par ordre de fréquence, la répartition de ces tumeurs était la suivante : (figure 20)

1. Les kystes cutanés : chez 87 patients, soit 51%
 - Kyste trichilemmal : chez 52 patients.
 - Kyste épidermoïde : chez 35 patients.

2. Les tumeurs conjonctivales : chez 59 patients, soit 34%
 - Lipome : chez 41 patients.
 - Botriomycome : chez 8 patients.
 - Molluscum pendulum : chez 7 patients.
 - Neurofibrome chez 2 patients.
 - Elastofibrome : chez 1 patient.

3. Nævus : chez 15 patients, soit 9%
 - Nævus commun acquis : chez 13 patients.
 - Nævus congénital : chez 1 patient.
 - Nævus bleu : chez 1 patient.

4. Les tumeurs épidermiques : chez 6 patients, soit 3%
 - Kératose séborrhéique : chez 3 patients.
 - Verrue vulgaire : chez 2 patients.
 - Kératose actinique : chez 1 patient.

5. Les tumeurs annexielles : chez 5 patients, soit 3%
 - Pilomatricome : chez 3 patients.
 - Hidradénome nodulaire : chez 1 patient.
 - Adénome tubulaire apocrine : chez 1 patient.

Une autre répartition a été effectuée pour les tumeurs cutanées bénignes de notre série, sans tenir compte de leur type histologique. Les résultats ont révélé que les kystes trichilemmaux étaient les plus fréquents avec 52 cas, tandis que le nævus congénital, le nævus bleu, l'élastofibrome, la kératose actinique, l'hidradénome nodulaire et l'adénome tubuleux apocrine étaient classés en dernière position, avec un seul cas chacun.(figure 21)

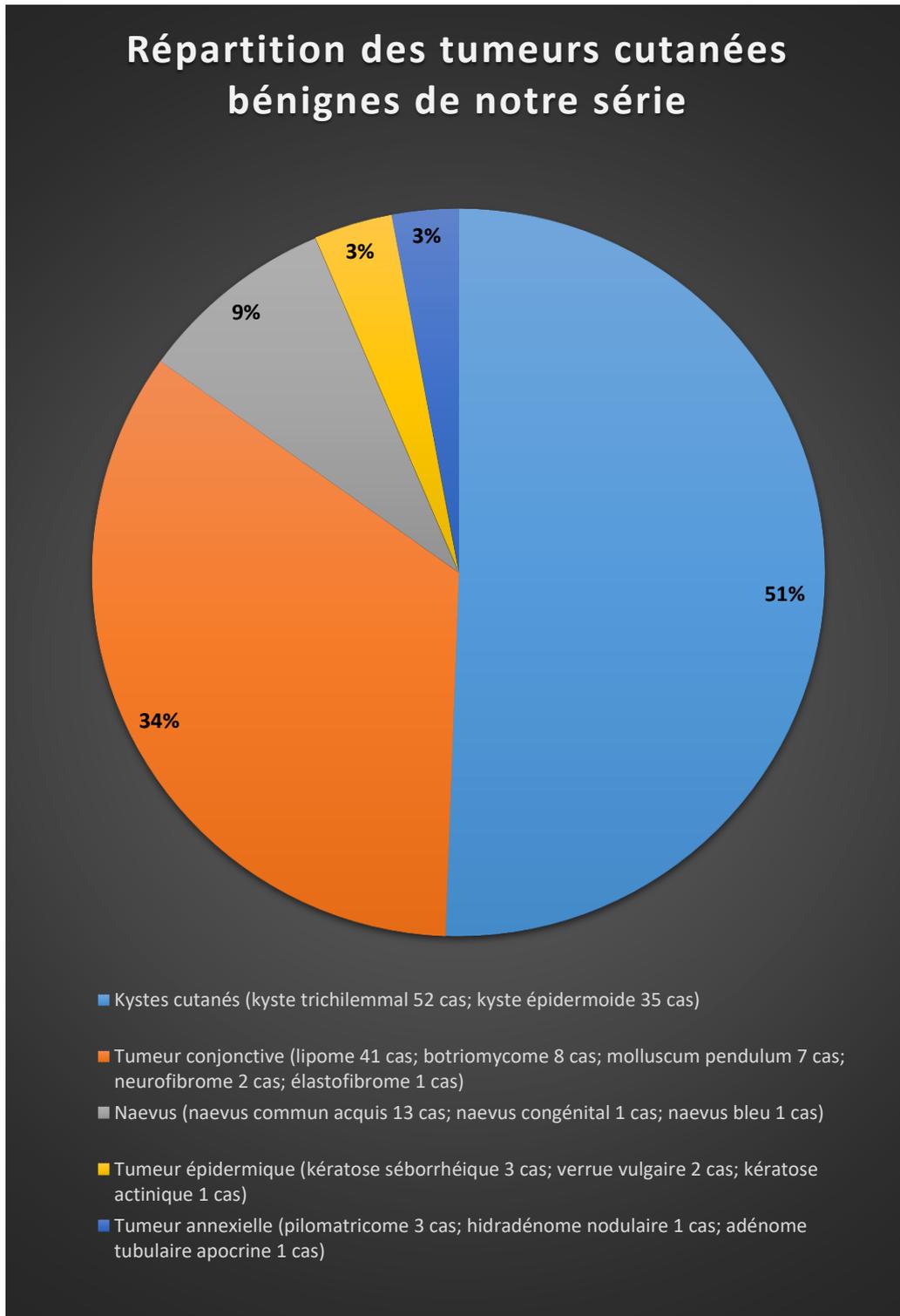


Figure 20 : répartition des tumeurs cutanées bénignes de notre série.

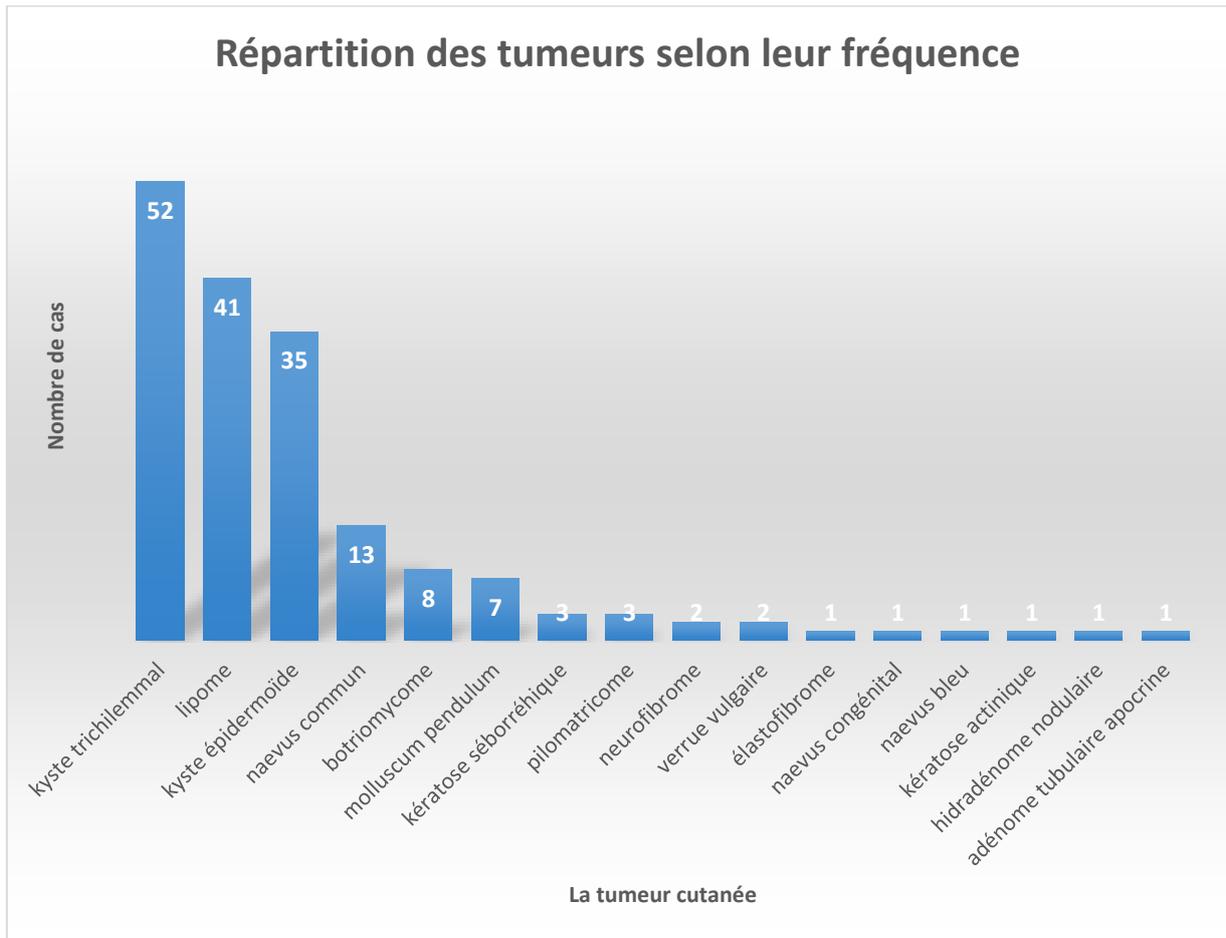


Figure 21 : répartition des tumeurs selon leur fréquence par ordre décroissant.

VI. Prise en charge :

Dans notre étude, tous nos patients ont été bénéficiés d'un traitement chirurgical sous anesthésie locale, deux modalités thérapeutiques ont été suivies :

➤ **Un complément d'exérèse :**

Chez un seul patient qui a déjà bénéficié d'une biopsie qui a évoqué un neurofibrome, un complément d'exérèse de la lésion tumorale a été pratiqué sous anesthésie locale avec des marges d'exérèse à 5 mm.

➤ **Une exérèse chirurgicale :**

C'est la modalité thérapeutique établie chez presque la totalité des patients au nombre de 171 cas :

- les kystes cutanés à 100%.
- les tumeurs conjonctives à 98%.
- les tumeurs épidermiques à 100%.
- les tumeurs annexielles à 100%.
- les nævus à 100%

Elle a été pratiquée sous anesthésie locale, avec des marges d'exérèse varie entre 5 et 10 mm.

VII. Evolution :

1. **Complication/récidive :**

- Nous comptons dans notre étude sur une consultation trimestrielle puis à 2 ans pour nos cas traités.
- On n'a pas noté de surinfection ou de récurrence tumorale sur le site opéré.

2. **Satisfaction :**

La satisfaction était bonne pour tous les patients.

VIII. Confrontation clinico-histologique :

Une compréhension approfondie des tumeurs cutanées bénignes nécessite une analyse conjointe entre les aspects cliniques et histologiques.

Cette confrontation clinico-histologique va intéresser quelques tumeurs trouvées dans notre collection du service de chirurgie plastique.

1. Lipome :

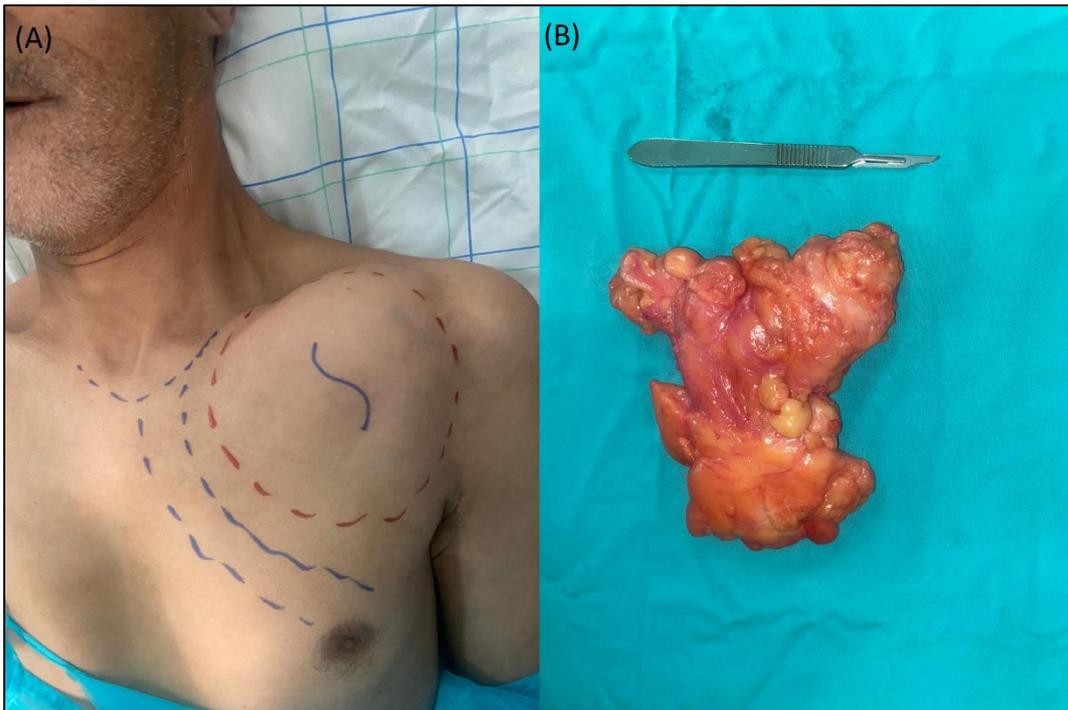


Figure 22 : un lipome.(A) lésion nodulaire molle de grande taille localisée au niveau du tronc;
(B) aspect macroscopique d'une pièce d'exérèse d'un lipome

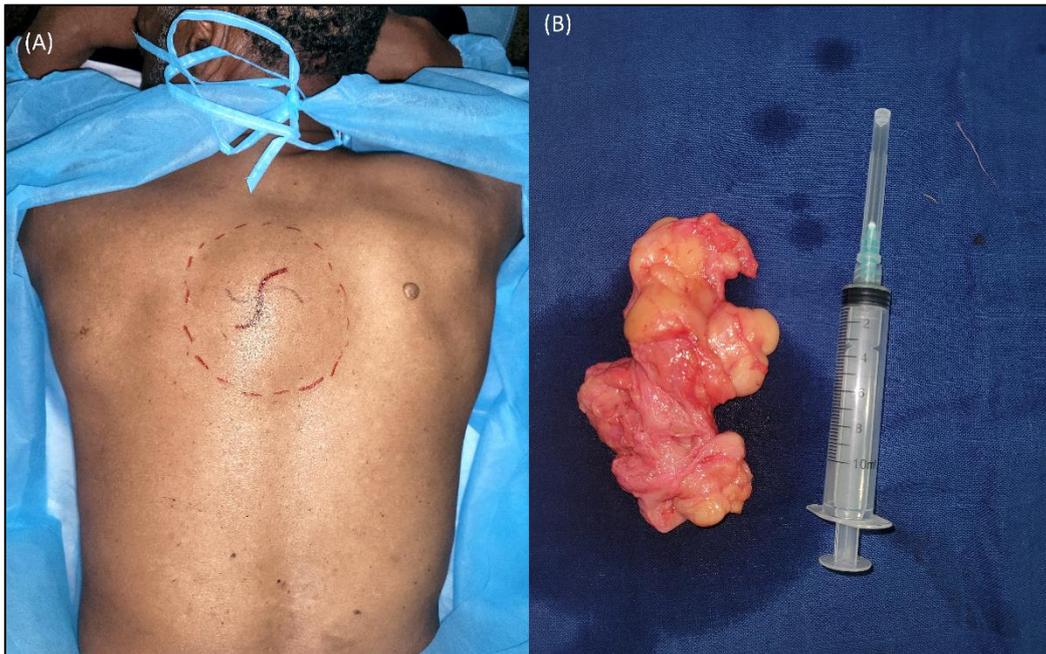


Figure 23 : lipome. (A) lésion nodulaire molle au niveau du dos ;(B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.



Figure 24 : aspect clinique d'un lipome multiple siège au niveau de la cuisse ; lésions nodulaires molles.

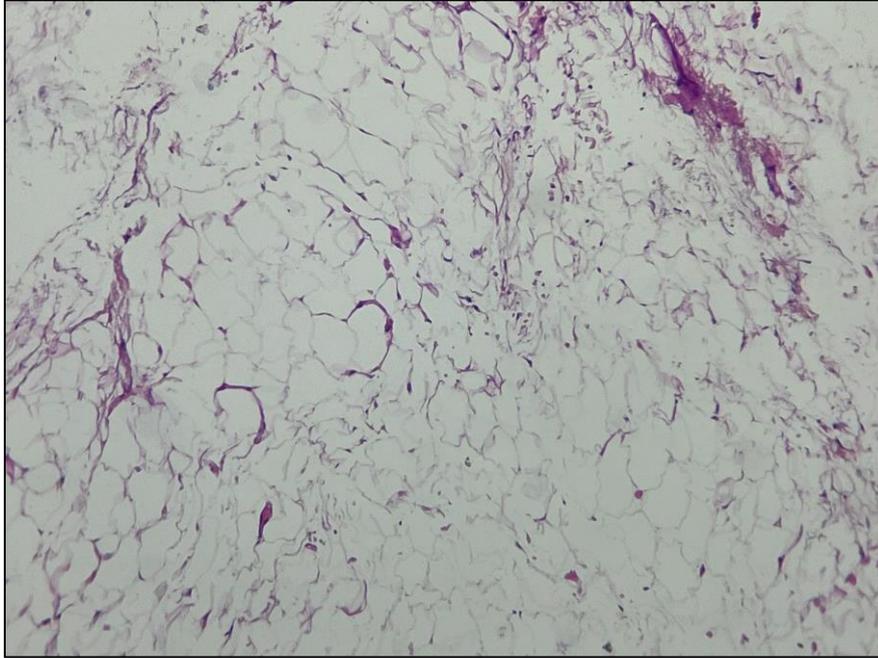


Figure 25 : aspect histologique d'un lipome montrant une prolifération mésenchymateuse faits de lobules adipeux. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

2. **Kyste trichilemmal (loupe)** :



Figure 26 : kyste trichilemmal. (A) nodule ferme volumineux du cuir chevelu ; (B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.



Figure 27 : kyste trichilemmal. (A) nodule ferme du cuir chevelu ; (B) aspect macroscopique de la lésion en per-opératoire.

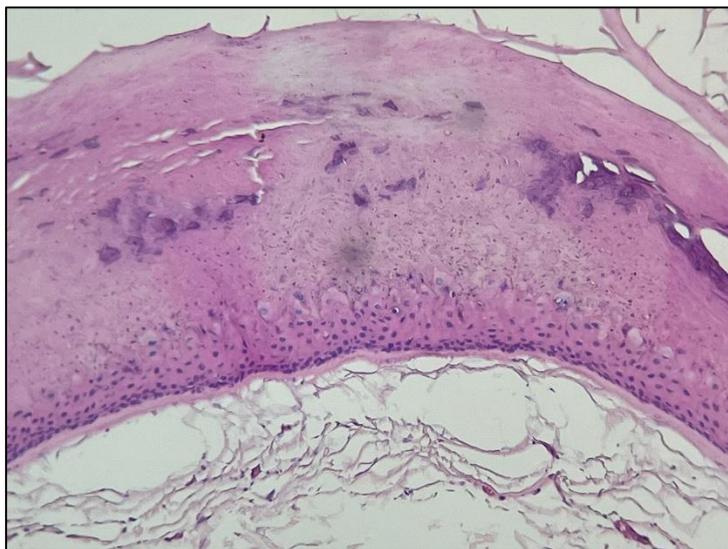


Figure 28 : aspect histologique d'un kyste trichilemmal montrant une cavité kystique remplie de kératine type trichilemmal. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

3. Kyste épidermoïde :



Figure 29 : aspect clinique d'un kyste épidermoïde situé au niveau de la face ; lésion nodulaire molle.

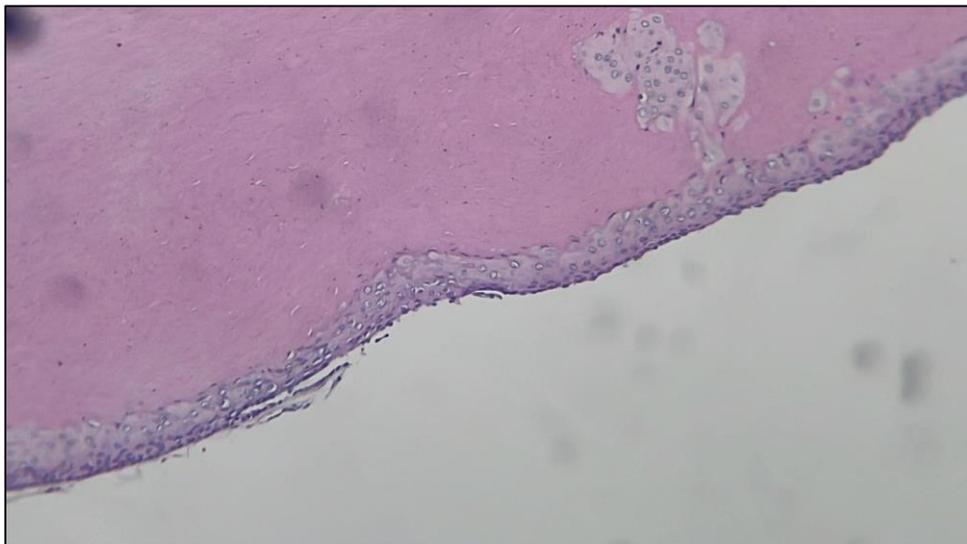


Figure 30 : aspect histologique d'un kyste épidermoïde montrant une formation kystique sous-épidermique contient des lamelles concentriques de kératine. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.

4. Molluscum pendulum :

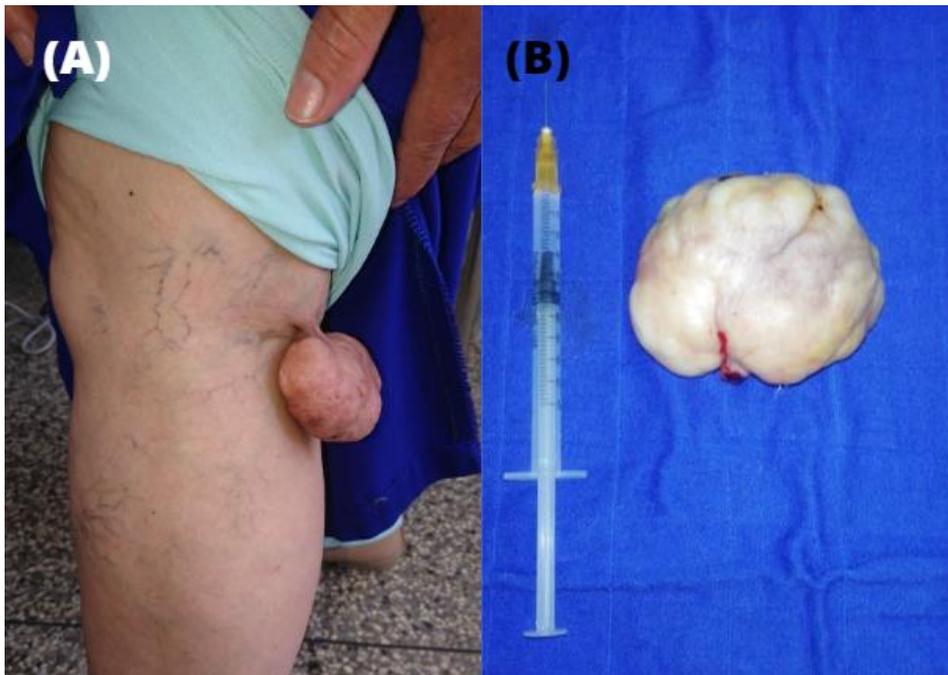


Figure 31 : molluscum pendulum ;(A) lésion nodulaire pédiculée molle.(B) aspect macroscopique de la pièce d'exérèse.

5. Nævus :



Figure 32 : (A) nævus congénital de taille moyenne siège au niveau de la face ;(B) exérèse chirurgicale de la lésion (1^{er} temps) ;(C) aspect en post-opératoire de la lésion.



Figure 33 : aspect clinique d'un nævus commun dermique ; lésion nodulaire ferme.



Figure 34 : aspect clinique d'un nævus commun dermique achromique ; lésion nodulaire ferme.

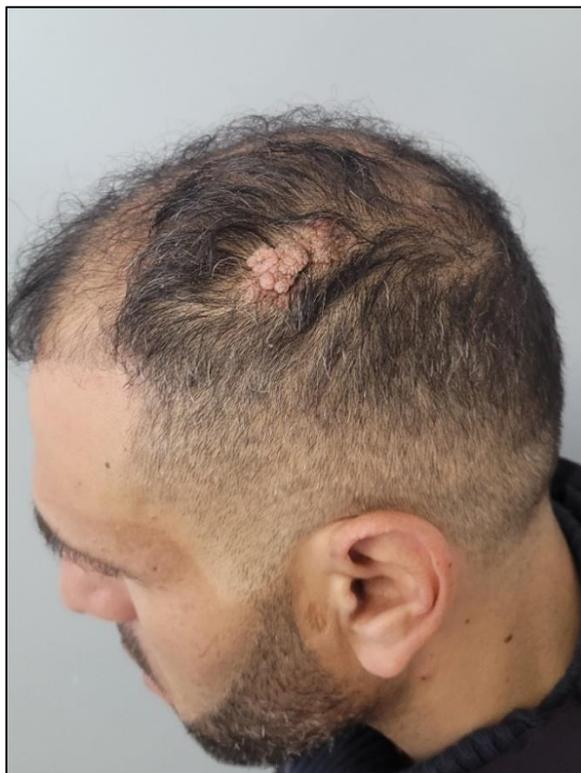


Figure 35 : aspect clinique d'un nævus intradermique du cuir chevelu ; lésion nodulaire verruqueuse.

6. Neurofibrome :



Figure 36 : aspect clinique d'un neurofibrome siège au niveau du creux poplité ; lésion nodulaire molle.



Figure 37 : aspect clinique d'un neurofibrome siège au niveau de la région lombaire ; lésion nodulaire pédiculée molle.

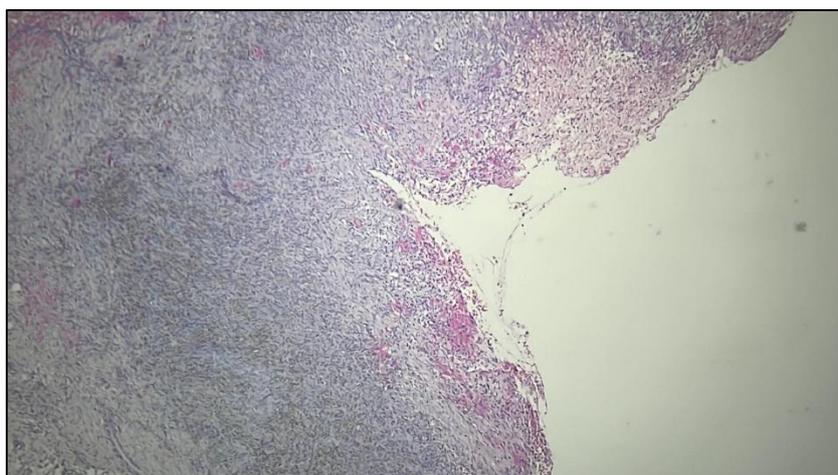


Figure 38 : aspect histologique d'un neurofibrome montrant une prolifération mésoenchymateuse du derme. Collection du centre spécialisé d'anatomie pathologique Tanger Ibn Battouta.



DISCUSSION

I. Rappel anatomo-histologique de la peau :

1. Introduction :

La peau est une interface entre l'organisme et l'environnement extérieur dont elle nous sépare et nous protège.(6)

C'est un organe complexe qui enveloppe la surface du corps et se continue par une muqueuse au niveau des orifices naturels.(6)

On évalue son poids à 4 Kg environ chez l'adulte, soit près de 6 % du poids total, elle représente une surface de 2 m², son épaisseur est de 2 mm en moyenne.(6)

Sur le plan structural : elle est constituée de trois tissus superposés : l'épiderme (le plus externe), le derme (tissu intermédiaire) et l'hypoderme (le plus profond). Divers formations lui sont annexées : follicules pilo-sébacés, glandes sudoripares, glandes mammaires, ongles et muscles pauciers.(6)

2. Structure de la peau :

La peau est constituée de trois éléments superposés, qui sont de la superficie à la profondeur : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.(6) (Figure 39)

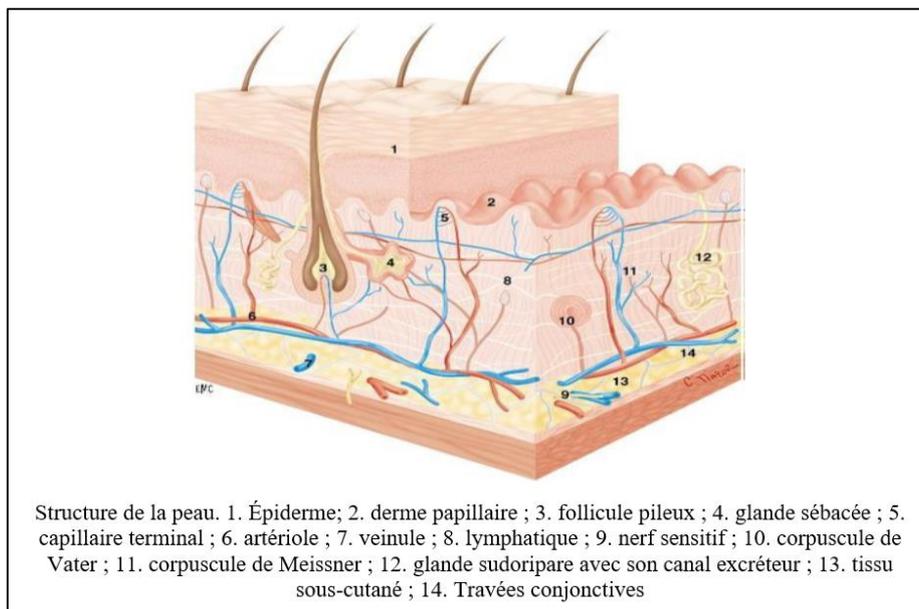


Figure 39 : coupe histologique de la peau.(6)

A. L'épiderme :

C'est la couche la plus superficielle de la peau, il est d'origine épiblastique, et protège contre les traumatismes par la couche de kératine, et contre la lumière par les pigments de mélanine.

L'épiderme est constitué, selon sa localisation de quatre (peau fine) ou cinq (peau épaisse) couches cellulaires dans lesquelles on trouve quatre types de cellules : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de langerhans et les cellules de merkel.(6)

a. Les kératinocytes :

Représentent 95 % de la population cellulaire épidermiques, se disposent en quatre à cinq couches, de la profondeur à la superficie : (6)

- La couche basale ou germinative (stratum basal) :

C'est la couche la plus profonde de l'épiderme au contact de la jonction dermo-épidermique.

Les kératinocytes à ce niveau forment une couche monocellulaire de cellules cylindriques implantées perpendiculairement sur la lame basale à laquelle elles sont liées par des hémidésmosomes.(6)

- La couche épineuse ou couche du corps de Malpighi (stratum spinosum) :

Est disposée en 5 à 6 couches cellulaires de forme polygonale et qui ont tendance à s'aplatir dans les régions superficielles. (6)

- La couche granuleuse (stratum granulosum) :

Est formée de trois couches de kératinocytes aplatis.(6)

- La couche claire (stratum lucidum) :

Ne s'observe que dans la peau très épaisse et est constituée de 2 à 3 assise de cellules plates et claires qui ont perdu leurs noyaux.(6)

- La couche cornée (stratum corneum) :

Est constituée suivant la localisation de quatre à vingt couches de cellules, sans noyau ni organites complètement kératinisées appelées cornéocytes.

On distingue deux sous-couches, de la profondeur à la superficie :

- La couche compacte (stratum compactum)
- La couche désquamante (stratum desquans).(6)

b. Les mélanocytes :

Elles proviennent des crêtes neurales à partir de leurs précurseurs, les mélanoblastes.

Elles représentent moins de 1% de la population cellulaire épidermique, et leur répartition à la surface du corps n'est pas homogène.(6)

Les mélanocytes reposent normalement sur la lame basale de l'épiderme mais on en retrouve aussi au niveau du corps muqueux de Malpighi et au niveau des follicules pileux (papille, infundibulum).(6)

On y retrouve les organites habituels des cellules, ainsi que des organites spécifiques denses, les mélanosomes, qui migrent le long des dendrites.(6)

La couleur de la peau est le résultat des colorations apportées par l'hémoglobine contenue dans les capillaires du derme, les carotènes d'origine exogène de l'épiderme et la mélanisation.(6)

La coloration due à la mélanisation est totalement sous contrôle génétique elle dépend de l'intensité de la synthèse des mélanosomes, de leur nombre, de leur taille, de la qualité de la mélanine, de l'intensité de sa capture et de sa destruction dans les kératinocytes.(6)

Le principale rôle de la mélanine est un rôle photo protecteur en absorbant le rayonnement qui n'a pas été réfléchi à la surface de la peau, et en neutralisant les radicaux libres qui se forment sous l'influence des UV, cependant en diminuant la quantité d'UV arrivant dans la peau les mélanines rendent plus difficile la synthèse de vitamine D.(6)

c. Les cellules de Langerhans :

Sont d'origine médullaire.

Elles constituent 2 à 5% de la population cellulaire épidermique, ces cellules sont également présentes au niveau des follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares apocrines, et aussi en faible quantité dans le derme.

Ces cellules ont un rôle de présentation des antigènes aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques, elles sont également pourvues de propriétés d'endocytose et de phagocytose.(6)

d. Les cellules de Merkel :

Leur origine neurale ou épidermique est encore discutée.

Elles se localisent au niveau de la couche basale de l'épiderme, peuvent être dispersées ou regroupées en amas appelés alors corpuscules de Merkel, leur distribution corporelle est irrégulière.

Ces cellules ont un rôle neuro sécrétoire (produisent des neuromédiateurs : VIP ou peptide intestinal vasoactif, sérotonine, somatostatine, neurotensine), et un rôle sensoriel (responsables du tact discriminatif épicrotique).(6)

e. Le film cutané en surface :

Ce film est constitué de produits issus de la kératinisation épidermique (cellules cornées remplies de kératine qui desquament) et d'un film hydrolipidique dont la phase aqueuse est constituée de sueur où on trouve des substances minérales (NaCl, K⁺, Ca⁺, oligo-éléments ...) et organiques (urée, créatinine, ammoniac, acides aminés, acide urique, acide lactique et pyruvique) ces acides jouent un rôle important dans l'acidité cutanée (PH entre 5 et 6).(6)

B. La jonction dermo-épidermique :

Elle est constituée par la lame basale ou membrane basale (fins feuillets de matrice extracellulaire) séparant l'épiderme du derme et de systèmes d'ancrage qui sont :

- du côté épidermique, représentés par des hémidesmosomes.
- du côté dermique, représentés par des fibres d'ancrage.

La jonction dermo-épidermique joue non seulement un rôle mécanique de soutien mais constitue aussi une surface d'échange (nutritif) considérable entre les deux tissus.(6)

C. Le derme :

Il est d'origine mésoblastique.

C'est un tissu conjonctif dense qui constitue le support solide et la zone résistante de la peau.

Ses fonctions sont multiples :

- Il renferme le système vasculaire de la peau.
- On y trouve également des fibres nerveuses et des récepteurs sensoriels (rôle important dans le tact), contient des cellules qui interviennent dans la défense de

l'organisme contre les agents pathogènes (rôle de défense), le processus de réparation est aussi l'une de ses principales fonctions.

- Enfin le derme profond est le sol d'implantation des annexes cutanées (glandes sébacées et sudoripares, ainsi que les follicules pileux).(6)

Il se compose de deux couches :

- Le derme papillaire ou stratum papillare (en surface).
- Le derme réticulaire ou stratum reticulare.(6)

D. L'hypoderme et le tissu sous cutané :

C'est la couche de transition entre le derme et les tissus sous-jacents, il s'étend du derme au fascia superficialis à partir duquel commence le tissu sous cutané qui s'étend lui du fascia superficialis à l'aponévrose musculaire.

L'hypoderme et le tissu sous cutané sont constitués de graisse (faite d'adipocyte stockant des triglycérides) et forment tous les deux le tissu graisseux ou adipeux.

Le tissu adipeux représente, chez un individu normal de poids moyen, 15 à 20 % du poids corporel.(6)

E. Les formations annexes de la peau :

Elles comprennent l'appareil pilo-sébacé, les glandes sudoripares et les ongles.

a. Appareil pilo-sébacée : (figure 40)

- **Poils :**

Les poils sont des structures kératinisées propres aux mammifères.

Leur couleur, leur taille et leur répartition sont variables en fonction de la race, de l'âge, du sexe et de la région du corps.(6)

- **Glandes sébacées :**

Les glandes sébacées, associées aux poils, dérivent d'un bourgeon de la gaine épithéliale externe du follicule pileux.(6)

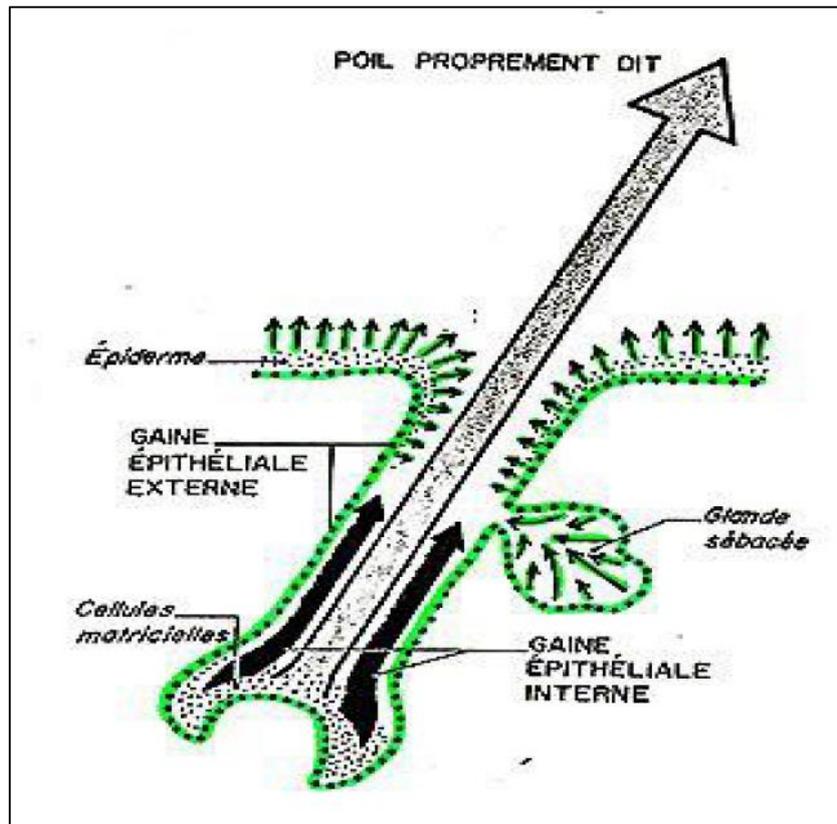


Figure 40 : follicule pilo-sébacé.(6)

b. Les glandes sudoripares :

Ce sont des glandes exocrines, tubuleuses simples pelotonnées, sécrétant la sueur.

Il en existe deux types : les glandes eccrines, indépendantes du poil, et les glandes apocrines, annexées au follicule pileux.(6)

c. Les ongles :

C'est une annexe cutanée kératinisée, située sur la partie supérieure des extrémités des doigts et des orteils. Il se présente comme une plaque dure, flexible, lisse et translucide.(6)

Ses différentes parties sont :

- la racine : insérée dans la peau est cachée par le repli sus-unguéal.
- la lunule : surtout visible aux pouces, forme un croissant blanchâtre à la base de l'ongle. c'est la partie de l'ongle qui recouvre la matrice unguéale.
- la zone rosée : semi-translucide, constitue la plus grande partie de l'ongle.
- le bord libre de l'ongle : est la partie distale non adhérente aux tissus sous-jacents.(6)

II. Classification des tumeurs cutanées bénignes :

Les tumeurs cutanées bénignes sont classées selon leurs origines histologiques en trois groupes : épidermiques, conjonctives et annexielles. Les kystes cutanés et les nævus constituent des entités distinctes.(4)

1. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Seules les tumeurs bénignes des kératinocytes, les tumeurs épidermiques responsables d'une dysplasie (lésions précancéreuses) et les proliférations épidermiques causées par une infection virale seront abordées.(7)

a. Tumeurs bénignes des kératinocytes : (7)

- Kératose séborrhéique
- Acanthome à cellules claires
- Hyperkératose naevoïde de l'aréole et du mamelon

b. Lésions précancéreuses épidermiques : (7)

- Kératose actinique
- Kératoacanthome
- Maladie de Bowen
- Erythroplastie du Queyrat
- Leucoplasie
- Chéilite actinique

2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Elles forment un groupe très hétérogène car elles se développent à partir des composants du tissu conjonctif commun et différencié situés au niveau du derme et l'hypoderme.(8)

Plusieurs sous-types sont décrit, nous allons détaillés les suivants :

a. Tumeurs fibreuses : (8)

- Chéloïdes
- Fibrome molluscum ou molluscum pendulum
- Dermatofibrome

- Collagénome storiforme
- Angiofibromes
- Angiohistiocytome à cellules multinucléées
- Myxome/angiomyxome
- Elastofibrome
- Fibrome de type nuchal
- Fibrome de Gardner

b. Tumeurs myofibroblastiques : (8)

- Fasciite nodulaire
- Rhumatisme fibroblastique
- Dermatomyofibrome

c. Tumeurs vasculaires : (8)

- Hémangiome infantile
- Hémangiomes congénitaux
- Botryomycome ou angiome capillaire lobulé
- Angiome à cellules fusiformes
- Hobnail hemangioma
- Angiome serpigineux
- Hémangiome papillaire
- Hémangiome gloméruloïde
- Angiome sénile
- Hémangiome artérioveineux
- Hémangiome épithéloïde
- Nodule angiomateux épithéloïde
- Hémangiome microveinulaire
- Angiolipome

d. Tumeurs adipeuses : (7)

- Lipome

e. Tumeurs nerveuses : (8)

- Neuromes
- Schwannome

- Neurofibrome
- Neurofibromatoses
- Périneuriome
- Myxome des gaines nerveuses
- Neurothécome

3. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles : (9)

a. Tumeurs pilaires :

- Trichoblastome adamantoïde
- Hamartome folliculaire basaloïde
- Fibrofolliculome
- Hamartome kystique follicule-sébacé
- Infundibulome
- Kératose folliculaire inversée
- Hamartome neurofolliculaire
- Panfolliculome
- Fibrome périfolliculaire
- Pilomatricome
- Acanthome de la gaine pilaire
- Tumeur pilaire proliférante
- Trichilemmome
- Trichoblastome
- Trichodisque
- Trichoépithéliome
- Trichofolliculome
- Trichogermine

b. Tumeurs sudorales eccrines et apocrines:

- Acrospirome
- Syringome chondroïde/tumeur mixte
- Cylindrome
- Cystadénome
- Tumeur du canal dermique

- Hamartome angiomateux eccrine
- Hidradénome
- Hidradénome papillifère
- Hidrocystome
- Poroma
- Spidénome
- Syringocystadénome papillifère
- Syringofibroadénome
- Syringome
- Adénome tubulaire

c. Tumeurs sébacées :

- Adénome sébacé
- Hyperplasie sébacée

4. Les kystes cutanés : (7)

Différentes types de kystes peuvent apparaître sur la peau et les muqueuses, on site :

- a. Kyste épidermoïde
- b. Kyste trichilemmal
- c. Stéatocystomes multiples
- d. Kyste mucoïde

5. Les nævus : (7)

a. Les nævus mélanocytaires :

- Nævus communs
- Nævus mélanocytaires muqueux
- Nævus congénitaux
- Nævus dysplasique
- Halo nævus ou Sutton nævus
- Spitz nævus
- Nævus de roseau
- Nævus Spilus
- Nævus à pénétration profonde

b. Les tumeurs dermiques mélanocytaires :

- tache mongoloïde
- naevus de Ota
- naevus de Ito
- naevus bleu

Dans notre étude, nous avons éliminé :

- le sous-type chéloïde des tumeurs fibreuses.

Tableau 2 : Classification des tumeurs cutanées bénignes.

TCB épidermiques	TB des kératinocytes	Kératose séborrhéique Aconthome à cellules claires Hyperkératose naevoïde de l'aréole et du mamelon	
	Lésions précancéreuses épidermiques	Kératose actinique Kératoacanthome Maladie de Bowen Erythroplastie du Queyrat Leucoplasie Chéilite actinique	
TCB conjonctives	Tumeurs fibreuses	Chéloïdes Fibrome molluscum/ molluscum pendulum Dermatofibrome Collagénome storiforme Angiofibromes Angiohistiocytome à cellules multinucléées myxome/angiomyxome Elastofibrome Fibrome de type nuchal Fibrome de Gardner	
		Tumeurs myofibroblastiques	Fasciite nodulaire Rhumatisme fibroblastique Dermatomyofibrome
		Tumeurs vasculaires	Hémangiome infantile Hémangiomes congénitaux Botryomycome/angiome capillaire lobulé

		Angiome à cellules fusiformes
		Hobnail hemangioma
		Angiome serpiginieux
		Hémangiome papillaire
		Hémangiome gloméruloïde
		Angiome sénile
		Hémangiome artérioveineux
		Hémangiome épithéloïde
		Nodule angiomateux épithéloïde
		Hémangiome microveinulaire
		Angiolipome
	Tumeurs adipeuses	Lipome
	Tumeurs nerveuses	Neuromes
		Schwannome
		Neurofibrome
		Neurofibromatoses
		Périneurinome
		Myxome des gaines nerveuses
		Neurothécome
TCB annexielles	Tumeurs pilaires	Trichoblastome adamantoïde
		Hamartome folliculaire basaloïde
		Fibrofolliculome
		Hamartome kystique follicule-sébacé
		Infundibulome
		Kératose folliculaire inversée
		Hamartome neurofolliculaire
		Panfolliculome
		Acanthome de la gaine pilaire
		Tumeur pilaire proliférante
		Trichilemmome
		Trichoblastome
		Trichodisque
		Trichoépithélome
		Trichofolliculome
		Trichogermine

	Tumeurs sudorales eccrines et apocrines	<p>Acrospirome</p> <hr/> <p>Syringome chondroïde/tumeur mixte</p> <hr/> <p>Cylindrome</p> <hr/> <p>Cystadénome</p> <hr/> <p>Tumeur du canal dermique</p> <hr/> <p>Hamartome angiomateux eccrine</p> <hr/> <p>Hidradénome</p> <hr/> <p>Hidradénome papillifère</p> <hr/> <p>Hidrocystome</p> <hr/> <p>Poroma</p> <hr/> <p>Spidénome</p> <hr/> <p>Syringocystadénome papillifère</p> <hr/> <p>Syringofibroadénome</p> <hr/> <p>Syringome</p> <hr/> <p>Adénome tubulaire</p>
	Tumeurs sébacées	<p>Adénome sébacé</p> <hr/> <p>Hyperplasie sébacée</p>
Kystes cutanés		<p>Kyste épidermoïde</p> <hr/> <p>Kyste trichilemmal</p> <hr/> <p>Stéatocystomes multiples</p> <hr/> <p>Kyste mucoïde</p>
Nævus	Naevus mélanocytaires	<p>Naevus communs</p> <hr/> <p>Naevus mélanocytaires muqueux</p> <hr/> <p>Naevus congénitaux</p> <hr/> <p>Naevus dysplasique</p> <hr/> <p>Halo naevus ou Sutton naevus</p> <hr/> <p>Spitz naevus</p> <hr/> <p>Naevus de roseau</p> <hr/> <p>Naevus Spilus</p> <hr/> <p>Naevus à pénétration profonde</p>
	Tumeurs dermiques mélanocytaires	<p>Tache mongoloïde</p> <hr/> <p>Naevus de Ota</p> <hr/> <p>Naevus de Ito</p> <hr/> <p>Naevus bleu</p>

III. L'analyse épidémiologique :

1. l'âge et le sexe :

Concernant le sexe, dans la majorité des études, on note une prédominance féminine. Dans notre pays une étude faite à Marrakech (4) a trouvé un sexe ratio H/F égale à 0.6, le même résultat a été retrouvé dans des études faites en Indonésie de Gefilem et al.(10) et Lunardi et al.(11) avec un sexe ratio égale à 0.89 et 0.42 respectivement. Une prédominance masculine a été observée en Turquie avec un sexe ratio égale à 1.28 (13). Dans notre étude nous avons noté une prédominance féminine avec 65% et un sexe ratio = à 0.53.

La raison de la prédominance générale des femmes pourrait être que les femmes étaient plus préoccupées par les changements de leur peau et cherchaient un traitement plus tôt. Les hommes étaient plus réticents à rechercher un traitement jusqu'à ce que les lésions cutanées deviennent symptomatiques ou s'aggravent, comme dans le cas des tumeurs cutanées malignes.(11)

Dans plusieurs études, il a été observé que 50 à 60% des tumeurs cutanées bénignes se développent chez les personnes âgées de 15 et 59 ans.(12) Dans une étude faite à Turquie de Destek et al.(13) 79.85% des cas sont observés chez les patients entre 15 et 59 ans. Dans notre étude 72% des patients sont âgés entre 20 et 59 ans.

L'âge moyen de diagnostic dans notre série est de 44 ans. Il est plus proche de Marrakech (41.63 ans) (4) et celui de Turquie (39.7 ans) (13). En Indonésie l'âge moyen était 37 ans (11).

Tableau 3 : Comparaison des données épidémiologiques.

	Durée d'étude	Nombre de cas	Age moyen	Extrêmes d'âge	sexe		Sexe ratio (H/F)
					Femme	Homme	
Gefilem et al (10)	3 ans 2009-2011	478	–	–	252 (52.72%)	226 (47.28%)	0.89
Lunardi et al (11)	2 ans 2019-2020	353	37 ans	–	247 (70%)	106 (30%)	0.42
Destek et al (13)	2012-2016	551	39.7 ans	[2,98]	241 (43.8%)	310 (56.2%)	1.28
Karimi S (Marrakech)(4)	6 mois 2019-2020	133	41.63 ans	[10,83]	83 (62%)	50 (38%)	0.6
Notre série	16 mois 2021-2022	172	44 ans	[2,88]	112 (65%)	60 (35%)	0.53

IV. L'analyse clinique :

1. Mode d'installation :

Dans notre étude, l'évolution et le mode d'installation des tumeurs cutanées bénignes a été marquée par une évolution chronique sur une durée supérieure à 3 mois, pour tous les cas de notre série. Un résultat proche de nous dans l'étude de Karimi S(4) qui montrait une évolution chronique pour 94% des cas et subaiguë pour 6%. Lunardi et al (11) a trouvé une durée moyenne d'évolution égale à 44.6 mois.

Tableau 4 : le mode d'installation.

	Karimi S (4)	Lunardi et al (11)	Notre série
Evolution	94%	–	100%
Chronique			
Subaiguë	6%	–	0%
Aigue	0%	–	0%
Durée moyenne (mois)	–	44.6	–

2. Lésions élémentaires :

La majorité des lésions dans notre série ont été nodulaires avec un pourcentage de 88% suivi du type papuleux dans 11%, la même chose trouvée dans l'étude de Karimi S (4) mais avec des pourcentages qui diffèrent, 57% pour les nodules et 33% pour les papules. Lunardi et al (11) a trouvé que les papules étaient les prédominantes avec 54.1% suivies des nodules avec 32.3%.

Tableau 5 : comparaison des lésions élémentaires.

	Lunardi et al (11)	Karimi S (4)	Notre série
Nodule	114 (32.3%)	76 (57%)	151 (88%)
Papule	191 (54.1%)	44 (33%)	19 (11%)
Macule	7 (2%)	–	–
Végétation / verrucosité	–	13 (10%)	–
Plane / plaque	37 (10.5%)	–	1 (1%)
Vésicule	5 (1.4%)	–	–

3. Taille :

La taille des lésions était variée. Dans l'étude de Destek et al (13), la taille était comprise entre 1 et 70 mm, avec une taille moyenne égale à 14.1 mm. Dans notre étude la taille était comprise entre 5 et 100 mm, avec une taille moyenne égale à 29 mm.

Tableau 6 : comparaison de la taille des lésions.

	Destek et al (13)	Notre série
Taille		
Min	1 mm	5 mm
Max	70 mm	100 mm
Taille moyenne	14.1 mm	29 mm

4. Localisation :

La localisation tête et cou était la plus fréquente dans tous les études suivie du tronc dans la deuxième position dans la majorité des résultats. Dans notre étude, la localisation la plus fréquente était tête et cou avec 68% des cas, suivie du membre supérieure dans 14% et tronc dans 13% des cas.

Tableau 7 : comparaison de la topographie des lésions.

	Destek et al (13)	Lunardi et al (11)	Karimi S (4)	Notre série
Tête et cou	239 (43.4%)	209 (59.2%)	57 (43%)	116 (68%)
Tronc	143 (25.9%)	42 (11.9%)	30 (23%)	23 (13%)
Membre supérieure	76 (13.7%)	48 (13.6%)	14 (11%)	24 (14%)
Membre inférieure	94 (17%)	54 (15.3%)	28 (21%)	9 (5%)
OGE	–	–	3 (2%)	–

5. Nombre des lésions :

Le caractère unique des lésions était le prédominant dans la majorité des lésions. Destek et al (13) a trouvé 82.5% des cas avec des lésions unique, Karimi S (4) a trouvé un résultat très proche de ce dernier égale à 82%. En revanche l'étude de Lunardi et al (11) montrait une prédominance du caractère multiple trouvé dans 60.6% des cas. Dans notre étude, 76% des cas ont présenté une lésion unique.

Tableau 8 : comparaison du nombre des lésions.

	Destek et al (13)	Lunardi et al (11)	Karimi S (4)	Notre série
Unique	455 (82.5%)	139 (39.4%)	109 (82%)	131 (76%)
Multiple	96 (17.4%)	214 (60.6%)	17 (13%)	33 (19%)
Deux lésions	–	–	7 (5%)	8 (5%)

6. Signes associés :

Plusieurs symptômes ont été associés aux tumeurs comme : douleur, saignement, ulcération, surinfection et prurit. Cependant, ces tumeurs ont été asymptomatiques dans la majorité des cas, cela est trouvé dans tous les études ; Lunardi et al (11) trouvait 66% des cas asymptomatiques, Karimi S (4) montrait un pourcentage plus élevé égale à 89.5%, proche de notre (83%).

Tableau 9 : les signes associés des tumeurs.

	Lunardi et al (11)	Karimi S (4)	Notre série
Absents	233 (66%)	119 (89.5%)	144 (83%)
Douleur	64 (18%)	2 (1%)	22 (13%)
Saignement	14 (3.9%)	5 (4%)	3 (2%)
Ulcération	–	4 (3%)	–
Surinfection	4 (1.1%)	3 (2%)	3 (2%)
Prurit	55 (15.6%)	–	–

7. Diagnostic clinique :

Tableau 10 : comparaison des tumeurs cutanées diagnostiquée cliniquement.

	Lunardi et al (11)	Karimi S (4)	Notre série
Tumeurs épidermiques	139 (57.7%)	6 (11%)	1 (1%)
Tumeurs conjonctives	54 (22.4%)	28 (54%)	26 (32%)
Tumeurs annexielles	5 (2%)	2 (4%)	0
Kystes cutanés	13 (5.4%)	13 (25%)	45 (55%)
Nævus	30 (12.4%)	3 (6%)	10 (12%)

V. Paraclinique :

Le diagnostic des tumeurs cutanées bénignes peut souvent être évident par examen clinique ; cependant, toute incertitude devrait être confirmée par une biopsie cutanée.(14) Destek et al (13) a pratiqué une biopsie pour tous les patients dans son étude. Dans l'étude de Karimi S (4), 61% des cas ont bénéficié d'une confirmation histologique, sauf 11.4% dans l'étude de Lunardi et al (11). Dans notre série, 52% des cas ayant une confirmation histologique.

Tableau 11 : Comparaison des patients avec confirmation histologique.

	Confirmation histologique	
	Oui	Non
Destek et al (13)	551 (100%)	0
Lunardi et al (11)	31 (11.4%)	241 (88.6%)
Karimi S (4)	81 (61%)	52 (39%)
Notre série	90 (52%)	82 (48%)

➤ **Diagnostic histologique :**

Tableau 12 : comparaison des tumeurs cutanées diagnostiquée histologiquement.

	Lunardi et al (11)	Destek et al (13)	Karimi S (4)	Notre série
Tumeurs épidermiques	8 (25.8%)	141 (25.59%)	6 (7%)	5 (5.3%)
Tumeurs conjonctives	12 (38.7%)	155 (28.13%)	32 (40%)	33 (37%)
Tumeurs annexielles	10 (12%)	184 (33.4%)	10(12%)	5 (5.3%)
Kystes cutanés	2 (6.4%)	–	19 (24%)	42 (47%)
Nævus	4 (12.9%)	71 (12.8%)	14 (17%)	5 (5.3%)

VI. Prise en charge :

Plusieurs modalités thérapeutiques sont décrites dans la littérature dans le traitement des tumeurs cutanées bénignes. Dans l'étude de Karimi S (4), l'exérèse chirurgicale était la modalité la plus pratiquée dans 81% des cas ; les autres traitements consistaient à la cryothérapie, l'électrocoagulation, une biopsie simple voire l'abstention thérapeutique. Dans notre étude, le traitement consistait exclusivement sur l'exérèse chirurgicale.

Tableau 13 : prise en charge des tumeurs cutanées bénignes.

	Karimi S (4)	Notre série
Exérèse chirurgicale	108 (81%)	172 (100%)
Cryothérapie	7 (5.2%)	–
Electrocoagulation	10 (7.5%)	–
Biopsie simple	2 (1.5%)	–
Abstention thérapeutique	6 (4.5%)	–

VII. Les tumeurs cutanées bénignes :

Les tumeurs cutanées constituent sans aucun doute l'un des sujets les plus importants dans la pratique dermatologique. En raison de la diversité des constituants de la peau, ces tumeurs présentent de nombreux types et sous-types. L'incidence des tumeurs cutanées bénignes est aussi importante. Les sujets âgés, en particulier, peuvent avoir des centaines de tumeurs cutanées bénignes. Certaines tumeurs bénignes ont des implications importantes car elles peuvent être les prodromes d'un syndrome et peuvent entraîner des problèmes fonctionnels et esthétiques. En revanche, le sous-diagnostic des types malins peut engager le pronostic vital, d'où l'importance de bien reconnaître ces tumeurs. (7)

Nous allons entamer dans ce chapitre les formes cliniques et histologiques des tumeurs retrouvés dans notre série.

1. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Ce sont des tumeurs qui se développent à partir d'un des constituants de l'épiderme, à savoir les kératinocytes, mélanocytes, cellules de Merkel et cellules de Langerhans. Dans ce chapitre, les proliférations épidermiques induites par une infection virale sont aussi incluses.

a. Kératose séborrhéique :

La kératose séborrhéique est une lésion hyperkératosique de l'épiderme, qui semble souvent « collée » à la surface de la peau.(5) C'est une des tumeurs bénignes les plus fréquentes chez l'adulte. Cependant elle peut rarement être observée pendant l'enfance. Le

nombre de lésions augmente avec l'âge, alors que plusieurs sujets âgés se voient avec de multiples lésions tumorales.(7)

Leur étiopathogénie responsable de la prolifération des cellules épidermiques n'est encore bien comprise. L'exposition solaire chronique peut être un facteur déclenchant, car ces lésions sont plus fréquentes chez les personnes à peau claire et sont rarement observées sur les fesses. Cependant, à l'inverse, les espaces intertrigineuses, les aisselles et la zone sous-mammaire peuvent être impliquées.(7)

Le tronc représente la localisation la plus fréquente (figure 41), ainsi que le visage, le cou et les extrémités supérieures des membres sont aussi impliqués. Seules les zones palmoplantaires et les muqueuses sont épargnées.(7)

La kératose séborrhéique est caractérisée par sa diversité clinique, elle présente des lésions de différentes tailles, formes et couleurs. Leur diamètre est généralement entre 0,5 à 1,5 cm, mais peuvent être des petites papules entre 0,2 à 0,3 cm ou des plaques géantes supérieures à 3 cm. Elles peuvent avoir une forme ronde, ovale ou irrégulière, une couleur varie du brun foncé ou noir à la couleur de la peau, avec tendance de devenir plus foncées avec le temps.(7)

L'examen dermoscopique est également utile pour distinguer les kératoses séborrhéiques des tumeurs mélanocytaires bénignes et du mélanome malin.(7)

Une kératose séborrhéique remarquablement sombre, plate ou épaisse (figure 42) peut également constituer un défi dans le diagnostic différentiel de diverses tumeurs mélanocytaires. Ce type de kératose séborrhéique est appelé « mélanoacanthome ».(7)

La plupart des kératoses séborrhéiques sont diagnostiquées cliniquement, mais la dermatoscopie est également utile. Une biopsie peut être indiquée dans les lésions posant un défi diagnostique.(7)

Histologiquement, la kératose séborrhéique est principalement caractérisée par une prolifération de petits kératinocytes basaloïdes. L'aspect histopathologique diffère quelque peu selon le type de lésion :

- Le type hyperkératosique le plus courant présente une silhouette verruciforme et une couche de kératine épaissie.
- Le type acanthotique se caractérise d'épaississement de l'épiderme, une prolifération des cellules basaloïdes et des kystes cornéens (replis de kératine superficielle).(7) (figure 43)

La prise en charge repose sur différentes options thérapeutiques : la cryothérapie, l'électrocoagulation, le laser au diode de carbone ou l'ablation au laser Er:YAG et le simple curetage, pratiquées si les lésions deviennent gênantes ou pour des raisons esthétiques.(7)

Dans notre étude, ce diagnostic a été posé chez 3 patients, ce qui correspond à 2% de l'ensemble des tumeurs.

Les 3 malades ayant un âge supérieur à 70 ans, un entre eux a été diagnostiqué avec un mélanoacanthome ; un sous-type de kératose séborrhéique. Leur prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale chez 2 cas et un complément d'exérèse chez 1 cas.



Figure 41 : lésions multiples d'une kératose séborrhéique localisées sur le tronc.(7)



Figure 42 : multiples lésions d'un mélanocanthome, un sous-type de kératose séborrhéique.(7)

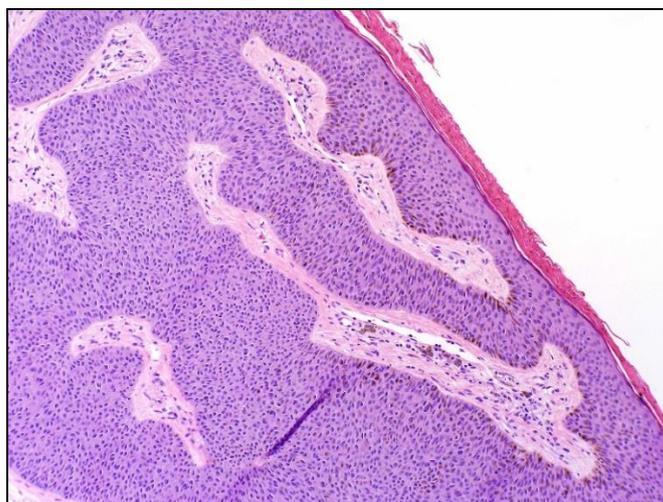


Figure 43 : coupe histologique d'une kératose séborrhéique pigmentée type acanthotique montrant une augmentation importante du pigment dans la couche basale.(15)

b. Kératose actinique :

La kératose actinique est un problème très courant chez les personnes à peau claire et présente un potentiel faible de malignité.(7)

Les dommages cumulatifs causés par le soleil sont la principale cause sous-jacente. Par conséquent, elle est plus fréquente chez les personnes vivant dans des climats ensoleillés.

Les lésions débutent généralement après l'âge moyen et leur fréquence augmente avec l'âge.(7)

Cliniquement, les zones exposées au soleil, notamment le visage (surtout le front, les joues et le nez), l'hélice des oreilles, le V du cou et le dos des mains, sont plus fréquemment touchées. Les lésions sont le plus souvent multiples, mais peuvent être solitaires aussi. Elles sont de taille et aspect variables.(7) (figure 44)

Les limites des lésions peuvent être nettement délimitées ou indistinctes.(7)

Certaines lésions peuvent être de couleur brune et appelées kératose actinique pigmentée.(7)

Les kératoses actiniques sont généralement persistantes et la régression spontanée est rare.(7)

Une hypertrophie rapide, une induration, une hyperkératose prononcée, une nodularité, une érosion et une ulcération peuvent être des signes de dégénérescence maligne qui nécessitent une confirmation histopathologique.(7)

Une biopsie peut être réalisée pour exclure d'autres maladies provoquant une confusion diagnostique ou pour éliminer un carcinome épidermoïde invasif.(7)

Histologiquement, la kératose actinique se caractérise par un épiderme acanthosique irrégulier avec une dysplasie épithéliale montrant une atypie nucléaire et une dyskératose.(7) (Figure 45)

Une prise en charge thérapeutique est nécessaire vu le risque d'une dégénérescence maligne ou de transformation à un carcinome épidermoïde invasif. De plus, les patients

doivent également être évalués et suivis pour d'autres néoplasies cutanées induites par les ultraviolets.(7)

Les receveurs de greffe et les patients sous traitement immunosuppresseur tel que la cyclosporine, présentent un risque plus élevé de transformation maligne de la kératose actinique.(7)

La protection solaire prévient l'apparition de nouvelles kératoses actiniques et est obligatoire pour tous les patients atteints de kératoses actiniques.(7)

La thérapie est prévue soit pour des lésions individuelles, soit pour une « cancérisation de terrain ». Le nombre de lésions est important pour déterminer le traitement convenable.(7)

Les médicaments topiques sont principalement utilisés chez les patients présentant de multiples lésions. Des méthodes destructives sont réservées lorsqu'il n'y a aucun doute sur le diagnostic.(7)

La cryothérapie est la méthode la plus privilégiée chez les patients présentant peu de petites lésions. La thérapie photodynamique et le curetage combinés à l'électrocautère peuvent être d'autres alternatives pour les lésions multiples. Le laser au dioxyde de carbone est préféré pour une seule lésion. La chirurgie est généralement préférée pour les lésions solitaires et résistantes au traitement. Parfois, diverses méthodes sont combinées.(7)

Il existe un risque de développement de nouvelles lésions après toutes les méthodes thérapeutiques, pour cela les patients doivent être suivis à vie.(7)

Dans notre étude, un seul cas était diagnostiqué avec cette tumeur, il s'agissait d'un homme de 60 ans qui s'est présenté pour une lésion crouteuse localisée sur sa partie supérieur du nez, de 0,8 cm de grand axe. Le traitement consistait à une exérèse chirurgicale.



Figure 44 : aspect d'une lésion de kératose actinique localisée sur le nez.(7)

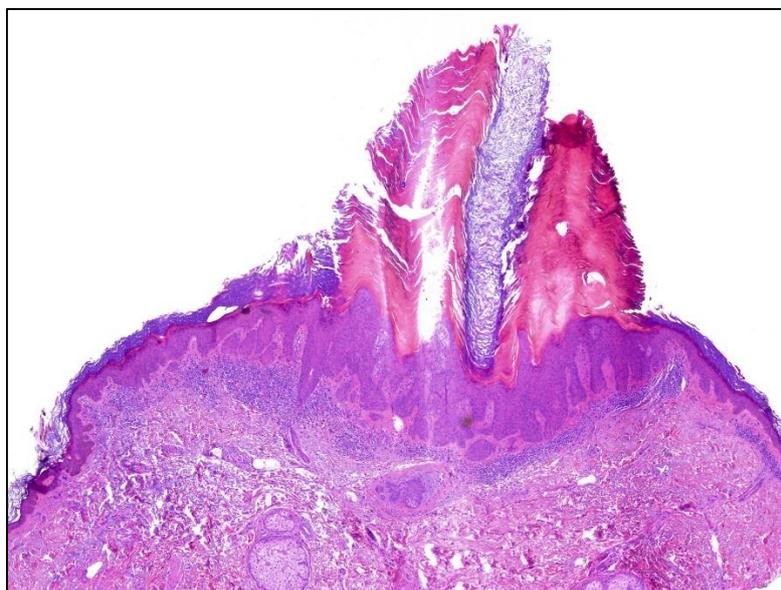


Figure 45 : coupe histologique d'une kératose actinique montrant un épiderme acanthotique, papillomatose et hyperkératose épaisse.(16)

c. Verrue vulgaire :

Les verrues vulgaires sont des tumeurs cutanées épithéliales bénignes, d'une régression spontanée, et de présentations cliniques et histologiques différentes selon le type d'HPV (papillomavirus humains) responsable (17). Les types 1, 2, 4, 27 et 57 parmi plus de 150 types, étant classiquement associés aux verrues vulgaires.(18)

Les dermatites atopiques, la diminution de l'immunité à médiation cellulaire, surtout chez les patients infectés par le virus VIH ou chez les patients greffés, sont des facteurs de risque responsable sur des lésions récurrentes et étendues.(18)

Les verrues vulgaires surviennent chez 7 à 10% de la population générale, avec un pic d'incidence entre l'âge de 12 à 16 ans, touchant les deux sexes de façon égale. Elles font parties des trois dermatoses les plus fréquemment traitées. La transmission des verrues se produit par un contact direct, le plus souvent à travers une peau macérée ou lésée.(18)

Le diagnostic des verrues est basé sur la clinique et rarement sur un examen microscopique des débris hyperkératosiques.(18)

Les verrues vulgaires sont localisées principalement au niveau des mains, préférentiellement sur la face dorsale, mais aussi au niveau palmaire, péri-unguéal, plantaire, sur la face, le cou et plus rarement au niveau des lèvres et la muqueuse buccale. Leurs tailles varient de quelques millimètres à des amas hyperprolifératives. Au début elles ont un aspect lisse et plane rend le diagnostic difficile.(17) (Figure 46)

En histologie, les verrues vulgaires se caractérisent par une papillomatose remarquable, une hyperkératose et une parakératose focale en disposition colonnaire. L'effet cytopathique consiste à une clarification des cellules granulaires contenant de nombreux granules de kératohyaline condensés de différentes tailles, formes et colorations. Sa présence ayant une grande signification pour le diagnostic.(17) (Figure 47)

La prise en charge est basée essentiellement sur l'utilisation topique des salicylates qui a montré son efficacité. Autres options thérapeutiques comme la cryothérapie, l'injection intralésionnelle de bléomycine ou d'interferon alpha, l'administration topique de 5-fluorouracil, n'ont pas d'évidence solide pour étayer leur efficacité thérapeutique. La plupart des traitements ne possèdent pas d'activité antivirale spécifique.(18)

Dans notre série, 2 malades étaient diagnostiqués avec cette lésion tumorale. Leurs lésions ont été siégées au niveau du scalp pour le premier et au niveau de la main chez le deuxième, évoluant depuis l'enfance chez le premier. Les deux ont été bénéficiés d'une exérèse chirurgicale.



Figure 46 : lésions cutanées d'une verrue vulgaire faite d'une hyperkératose importante, localisée au niveau de la face dorsale des doigts.(18)

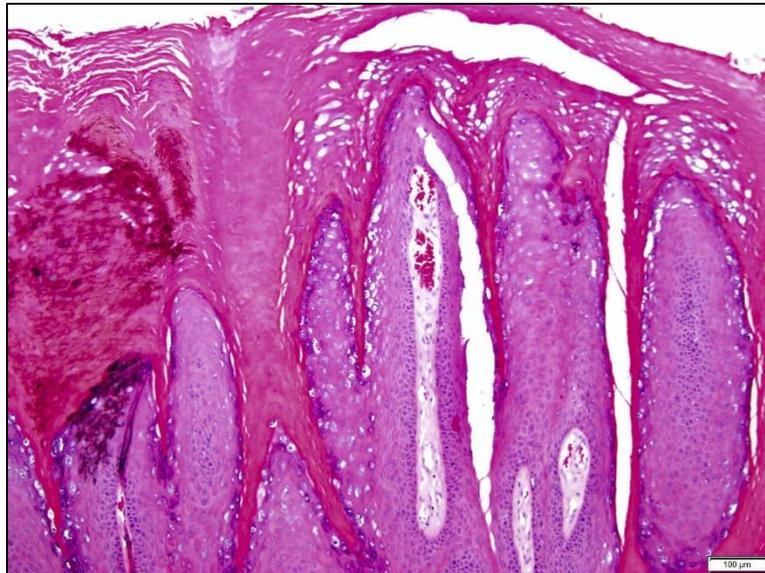


Figure 47 : coupe histologique d'une verrue vulgaire démontrant l'effet cytopathique viral dans la couche granulaire.(19)

2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Les tumeurs cutanées conjonctives sont des tumeurs dermiques et/ou hypodermiques fréquentes. Elles sont dominées par les tumeurs bénignes.(20)

La transformation maligne est exceptionnelle. Le diagnostic est généralement évoqué sur l'aspect clinique. Cependant une confirmation par un examen histopathologique d'une biopsie ou de la pièce d'exérèse complété parfois par l'immunohistochimie est parfois nécessaire. L'évolution de ces lésions est bénigne, parfois récidivante.(8)

a. Les tumeurs adipeuses (lipome) :

Les lipomes sont des tumeurs bénignes des cellules graisseuses (adipocytes) qui se présentent sous forme de masses molles et indolores. Ils représentent les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du corps humain.(21)

La cause précise des lipomes est inconnue. Environ 1 personne sur mille sera atteinte d'un lipome à un moment donné de sa vie.(21)

Ils sont bénins et présentent de nombreux sous-types histologiques.(21)

La présence de lipomes multiples peut être le signe révélateur de divers syndromes.(21) La majorité des lipomes affectent le tronc et les membres supérieurs, mais ils peuvent se trouver à n'importe quel endroit sur le corps, où il y a des adipocytes.(21)

Les lipomes se présentent généralement sous la forme de nodules sous-cutanés mous, uniques, indolores, mobiles et non associés à des modifications épidermiques.(21) La plupart des lipomes mesurent 1 à 2 cm, mais parfois, grâce à une croissance progressive, ils peuvent atteindre une taille de 8 à 10 cm.(7) (figure 48)

Dans de rares cas, ils peuvent être plus grands. Certaines lésions sont multilobulaires (figure 49). Ils sont légèrement mobiles à la palpation. Les petits lipomes sont généralement asymptomatiques, mais les lésions de grande taille peuvent être douloureuse dues à la compression nerveuse.(7)

La plupart des lipomes sont diagnostiqués cliniquement. Ils peuvent être confondu avec les kystes épidermoïdes, qui sont également une des causes fréquentes de masses rondes.(7)

L'examen échographique peut être utilisé pour étayer le diagnostic clinique ou pour détecter la profondeur du lipome. En cas de doute sur une malignité, une biopsie doit être réalisée.(7)

L'examen histologique des lipomes révèle des adipocytes matures d'apparence normale avec un petit noyau excentrique. Les adipocytes sont mélangés avec de fines cloisons fibreuses contenant des vaisseaux sanguins. Ces caractéristiques ne peuvent pas être distinguées des adipocytes du tissu sous-cutané.(21) (figure 50)

Chez certains patients présentant des lipomes multiples, des antécédents familiaux peuvent être présents (lipomatose multiple familiale). Cette maladie rare a une transmission autosomique dominante.(7)

La plupart des lipomes cutanés ne nécessitent aucun traitement. Parce qu'ils ont la même couleur de la peau, l'intérêt esthétique est moins important. Après avoir atteint une certaine taille, les lipomes ne changent pas. De plus, les lipomes ne devraient pas présenter de dégénérescence maligne ; par conséquent, l'excision prophylactique n'est pas indiquée. Cependant, les lésions ayant une croissance rapide peuvent être excisées pour un examen histopathologique afin d'exclure un liposarcome. Si un traitement est souhaité, l'exérèse chirurgicale est préférable pour les petites lésions.(7)

Le taux de récurrence est généralement faible, mais des cicatrices disgracieuses peuvent survenir. Les lipomes de grande taille peuvent être traités par liposuccion, pour des résultats esthétiques plus favorables.(7)

Dans notre étude, cette tumeur représentait le type histologique le plus fréquent des tumeurs conjonctives. Elle a été diagnostiquée chez 41 malades soit 24% de la totalité des tumeurs. Ils ont tous bénéficiés d'une exérèse chirurgicale.



Figure 48 : nodule sous-cutané d'un lipome, unique, sans modification cutanée et molle à la palpation.(7)



Figure 49 : lipome multiple.(7)

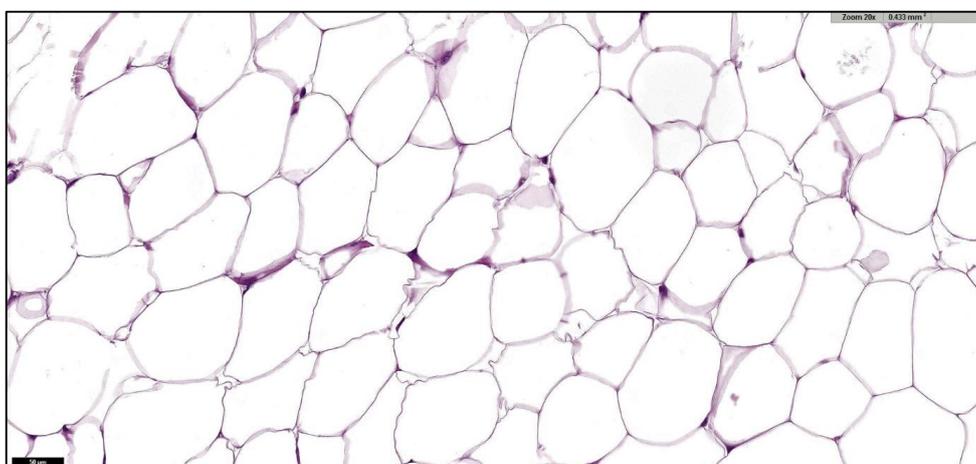


Figure 50 : coupe histologique d'une prolifération d'adipocytes matures ; Les noyaux des adipocytes sont petits et fades, souvent comprimés à la périphérie de la cellule.(22)

b. Les tumeurs fibreuses :

i. Molluscum pendulum :

Il représente la tumeur la plus courante des tumeurs conjonctives bénignes. Environ 50% des humains ont un ou plusieurs acrochordons au cours de leur vie.(7)

Une association de cette tumeur avec les polypes gastro-intestinaux a été suggérée mais n'a pas pu être démontrée.(7) Ces lésions sont plus fréquentes chez les sujets âgés ou en surcharge pondérale. Des cas d'association avec le diabète et l'acromégalie ont été rapportés.(8)

Cette lésion se traduit par une tumeur molle, pédiculée, de taille variable.(figure 51) Les localisations préférentielles sont les régions des grands plis axillaires et inguinocruraux, le cou, les paupières.(8)

Leurs nombre varient selon les individus, certaines personnes présentent des lésions uniques ou quelques lésions, d'autres présentent des lésions abondantes. Ils sont asymptomatiques et sans potentiel de transformation maligne.(7)

L'histopathologie du molluscum pendulum révèle un noyau central fibro-adipeux, riche en vaisseaux de petit calibre, recouvert d'un épiderme parfois papillomateux.(7) (figure 52)

La prise en charge thérapeutique n'est pas obligatoire. En revanche, les lésions fréquemment traumatisées et celles provoquant des problèmes esthétiques peuvent être traitées. Les petites tumeurs peuvent être facilement cautérisées. Les lésions plus importantes peuvent être éliminées avec des ciseaux ou une excision tangentielle. Le risque de formation de cicatrices sur le site d'excision est minime.(7)

Dans notre étude, 7 malades ont été diagnostiqués avec cette tumeur, et ils ont bénéficiés d'une exérèse chirurgicale de leurs lésions.



Figure 51 : un molluscum pendulum se présentant comme un nodule pédiculé avec une base d'implantation étroite.(7)

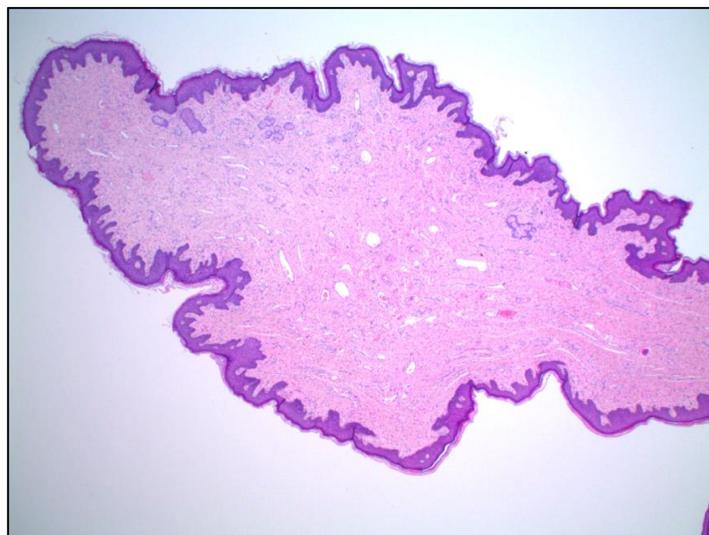


Figure 52 : coupe histologique d'un molluscum pendulum ; L'épiderme hyperplasique et papillomateux ; des kystes kératosiques et des pigments dans les kératinocytes épidermiques basaux.(23)

ii. Elastofibrome :

L'élastofibrome est une tumeur rare, bénigne, fibroélastique, du tissu conjonctif.(24)

L'EF pose le problème de sa nature : pseudotumeur ou tumeur vraie. L'EF pourrait être le résultat d'une dégénérescence anormale des fibres élastiques après un traumatisme local ou suite aux microtraumatismes répétés liés à la friction mécanique de l'épaule sur les côtes et aux sollicitations excessives de celle-ci, en particulier chez les travailleurs manuels.(24)

Cliniquement, l'élastofibrome est une tumeur le plus souvent de croissance lente et peu ou pas symptomatique. Elle est souvent de découverte fortuite au cours d'une intervention chirurgicale pour une autre cause. Elle se présente sous la forme d'un nodule ou d'une masse sous-cutané, ferme, profond, adhérent aux structures sous-jacentes mais non à la peau. Sa taille peut atteindre plusieurs centimètres. Elle situe souvent au niveau de la région scapulaire, et peut être uni- ou bilatérale, parfois multiples. D'autres localisations moins fréquentes sont possibles, voir viscérales.(24)

Le diagnostic d'élastofibrome est basé, selon certains nombre d'auteurs, sur l'imagerie et plus précisément l'IRM ou la TDM, sans biopsie. Certains avancent même que sa présentation clinique typique peut suffire. Cependant, si la lésion est symptomatique, ou il y a une doute sur sa bénignité, une biopsie voire sa résection doivent être envisagées. (25) (figure 53)

Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur non encapsulée imparfaitement limitée en périphérie, constituée d'une association de faisceaux collagéniques et de fibres élastiques irrégulières, disposées en faisceaux et fragmentées en petits globules éosinophiles. La trame fibrocollagénique est peu cellulaire et myxoïde. Du tissu adipeux mature est enchâssé dans cette prolifération.(25) (figure 54)

Le traitement chirurgical est indiqué pour les formes symptomatiques, gênantes et/ou douloureuses, ou pour les formes volumineuses et entraînant un préjudice esthétique.

La chirurgie est considérée comme le traitement curateur. L'exérèse doit être totale, car les récurrences seraient liées à une exérèse incomplète de la tumeur.(25)

Dans notre étude, un seul malade a été diagnostiqué avec cette tumeur. Le diagnostic était basé sur la présentation clinique marquée par sa localisation au niveau du dos, son

aspect nodulaire et sa consistance élastique. La prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale complète de la lésion.



Figure 53 : Élastofibrome sous-scapulaire gauche démasqué après une antépulsion du membre supérieur gauche.(25)

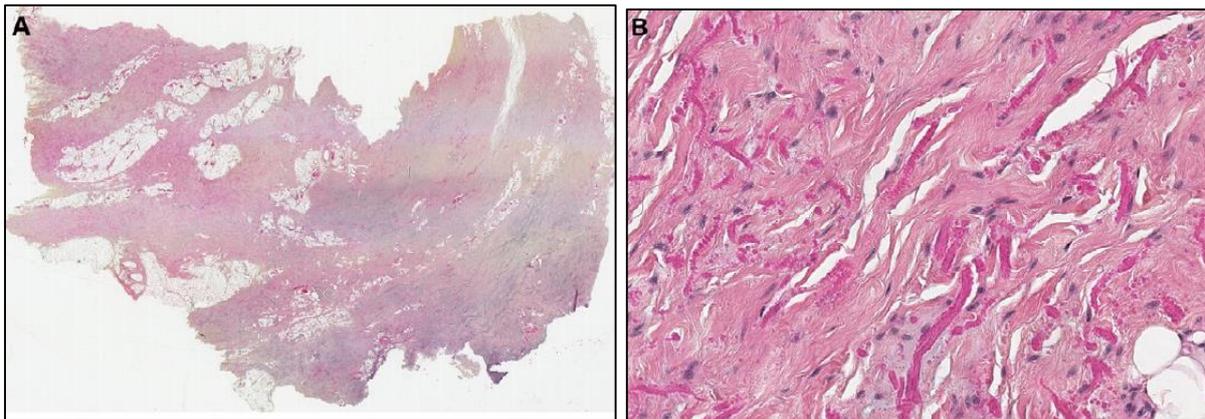


Figure 54 : coupe histologique d'un élastofibrome. (A). mise en évidence du tissu adipeux entrappé dane la prolifération fibrocollagénique. (B). des fibres élastiques irrégulières.(25)

c. Les tumeurs vasculaires :

i. Botryomycome :

C'est une lésion angiomateuse réactionnelle qui survient habituellement sur le site d'un traumatisme. Elle peut se développer sur la peau ou une muqueuse, notamment buccale ou génitale.(8) Elle survient de préférence chez l'enfant et l'adulte jeune.(24)

Sur le plan clinique, Elle revêt l'aspect d'un nodule rouge vif ou bleu-noir, millimétrique ou centimétrique, pédiculé ou sessile, asymptomatique. Il s'agit d'une lésion exophytique, à croissance rapide, saignotante et de consistance friable, parfois recouverte d'une croûte. L'épiderme de surface peut s'ulcérer ou être verruqueux. La lésion est unique.(24) (figure 55)

Histologiquement, le botryomycome se caractérise par un tissu riche en veinules et en petits capillaires, au sein d'un infiltrat inflammatoire polymorphe, riche en polynucléaires neutrophiles, d'un stroma pauvre en collagène et riche en cellules fusiformes associées à de la mucine. À l'état initial, l'aspect est celui d'un tissu de granulation tandis que dans les lésions tardives, c'est la fibrose qui prédomine. L'épiderme peut être ulcéré en surface et s'épidermiser dans les lésions plus tardives.(24) (Figure 56)

Le botryomycome peut régresser spontanément et ce d'autant qu'il existe des circonstances particulières de survenue soit médicamenteuse, soit liée à la grossesse.(24)

La prise en charge consiste à la suppression de la tumeur. Plusieurs techniques ablatives utilisées de façon isolée ou combinée : exérèse chirurgicale, shaving, électrocoagulation, cryothérapie, sclérothérapie, laser CO2, à colorants, Nd:YAG. La corticothérapie systématique a été proposée dans les formes géantes et récurrentes.(24)

Dans notre étude, le botryomycome a été observé chez 8 malades. Il représente le seul type histologique des tumeurs vasculaires trouvé dans notre série. La prise en charge consistait sur l'exérèse chirurgicale chez tous les patients.



Figure 55 : petite lésion sessile d'un botryomycome localisée sur la face.(7)

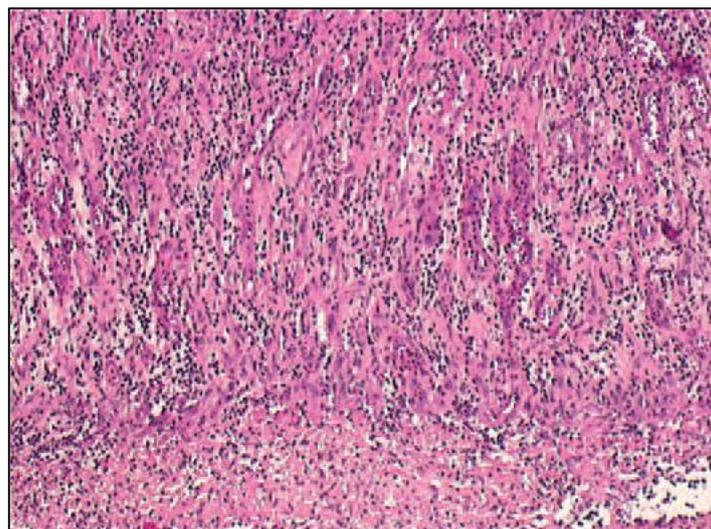


Figure 56 : botryomycome : tissu très vascularisé et inflammatoire.(24)

d. Les tumeurs nerveuses :

i. Neurofibrome (NF) :

C'est la plus fréquente des tumeurs nerveuses cutanées. Elle est tantôt isolée et sporadique, tantôt multiple et familiale entrant dans le cadre d'une NF1 ou maladie de Recklinghausen.(8)

Les NF s'observent principalement au niveau du revêtement cutané mais ils se développent également en profondeur à partir des racines médullaires, des ganglions rachidiens, des nerfs périphériques et du système nerveux autonome.(24)

Il y a plusieurs formes cliniques :

- Les NF cutanés (figure 57)
- Les NF nodulaires périphériques ou NF sous-cutanés
- Les NF plexiformes diffus
- Les NF plexiformes nodulaires. (24)

Histologiquement, Le NF est une tumeur bien ou mal circonscrite, mais non encapsulée. Dermique ou sous-cutanée, elle est caractérisée par la présence de trois composantes : cellulaire, collagénique et mucoïde. L'aspect histologique dépend de la proportion de ces trois contingents.(24)

Dans le NF classique, les cellules fusiformes présentent un noyau hyperbasophile, arrondi, ovalaire ou en forme de S et un cytoplasme faiblement éosinophile et mal délimité. Elles sont éparses au sein d'une matrice mucoïde plus ou moins abondante. Elles sont disposées en faisceaux ou présentent un aspect de « vaguelettes ».(24) (figure 58)

Leur prise en charge est conditionnée par le nombre, la localisation et la profondeur des lésions ainsi que par la demande esthétique. Elle est chirurgicale basée sur l'exérèse tumorale. On peut également faire appel au laser CO2 continu.(24)

Dans notre étude, on a trouvé 2 malades avec cette tumeur. Le premier était un enfant de 6 ans présentant une lésion au niveau du cantus externe de l'œil gauche, l'histologie a prouvé un NF plexiforme pouvant s'intégrer dans le cadre d'une NF1. Le deuxième était un homme de 38 ans avec une lésion au niveau de sa lèvre supérieur, l'histologie a conclu à un NF cutané. Les deux patients ont bénéficiés d'une exérèse chirurgicale de leurs lésions.



Figure 57 : un neurofibrome sessile, pédiculé et molle à la palpation.(7)

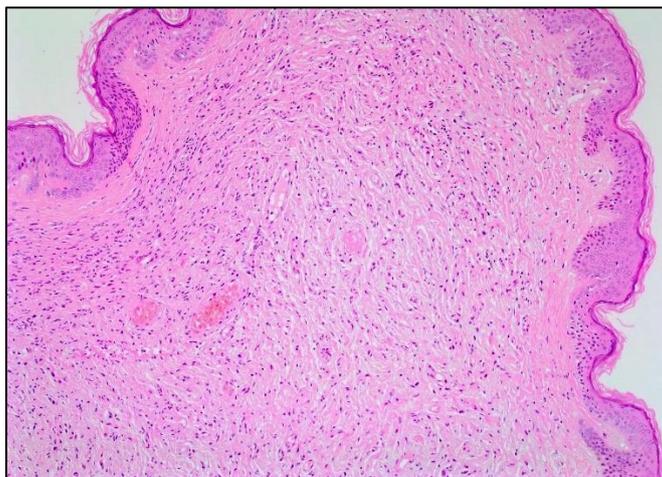


Figure 58 : coupe histologique montrant une prolifération cutanée non encapsulée de cellules fusiformes hypocellulaires, bien circonscrite.(26)

1. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles :

Les tumeurs cutanées annexielles sont des tumeurs bénignes ou malignes rares provenant des structures épithéliales annexielles cutanées telles que l'unité pilosébacée, les glandes sudoripares eccrines ou apocrines.(27)

Elles sont classées selon leur différenciation annexielle en tumeurs sébacées, folliculaires, sudoripares eccrines et apocrines.(28) Cependant, certaines tumeurs parmi eux présentent plus d'une ligne de différenciation (tumeurs hybrides/compostites), ce qui rend leur classification difficile.(29)

Certaines tumeurs annexielles bénignes présentent une dégénérescence maligne, mais la grande majorité reste bénigne tout au long de la vie. Elles peuvent aussi révéler des syndromes associés à des maladies systémiques ou des tumeurs malignes non cutanées.(7)

Elles se présentent généralement sous forme de papules ou nodules asymptomatiques. Leur localisation anatomique, leur nombre et leur répartition, donnent au clinicien une idée sur le diagnostic, cependant, l'histopathologie reste l'examen de référence pour le diagnostic.(27)

Dans notre étude, juste 5 patients ont été diagnostiqués avec une tumeur annexielle bénigne, ce qui rend ce type histologique le moins fréquent dans notre série.

a. Tumeurs pilaires :

➤ Pilomatrice :

le pilomatrice est relativement fréquent, se définit comme un hamartome bénin de la matrice du follicule pileux, il est classé parmi les lésions les plus dures de la peau.(7)

Il est plus fréquent chez la population pédiatrique, mais il peut survenir à quel âge, même les sujets âgés.(30)

Il peut apparaître sur n'importe quelle partie de la peau où il y a des follicules pileux, mais préférentiellement sur la face (surtout la région périorbitaire, les joues, la région péri-auriculaire et le front), le cou et les membres supérieurs. Seul la région palmo-plantaire est épargnée.(7)

Les lésions solitaires typiques ne sont généralement pas associées à des maladies systématiques. Cependant, de multiples lésions peuvent être observées, notamment dans la dystrophie myotonique.(7,30)

La présentation clinique est variable, la tumeur peut apparaître sous la forme d'un nodule de 0,5 à 3 cm, prenant différents aspects, légèrement jaune, bleu pâle ou bleu rougeâtre.(figure 59) Parfois des tumeurs géantes de plus de 10 cm peuvent être observées, notamment au niveau du tronc et des extrémités.(figure 60) La consistance ferme et dure de la tumeur est un signe caractéristique d'un pilomatricome.(7)

La plupart des pilomatricomes peuvent être diagnostiqués cliniquement. Cependant, plusieurs examens d'imagerie sont utiles dans le diagnostic de cette tumeur, à savoir la radiographie standard et l'échographie.(7)

L'étude histopathologique révèle une tumeur encapsulée qui se compose d'amas de cellules basophiles, qui évoluent brusquement vers des cellules dites momifiées, peu colorées, dans lesquelles le noyau est effacé ou remplacé par une petite masse claire bien circonscrite. Autour des boyaux cellulaires, le stroma prend fréquemment un aspect fibreux; des granulomes à corps étrangers et des dépôts calciques s'y observent souvent.(31)(voir figure 61)

Une exérèse chirurgicale est indiquée pour des raisons esthétiques ou prophylactiques, ou bien dans le cas d'un pilomatricome géant symptomatique. Cela permettra également une confirmation histopathologique du diagnostic et aidera à exclure la possibilité d'une tumeur maligne.

Le pronostic du pilomatricome est bon. La guérison sans récurrence est la règle après exérèse chirurgicale totale.(33)

Dans notre étude, trois cas de pilomatricome ont été retrouvés, présentant une lésion nodulaire dure et ferme, de localisations différentes intéressant la face, le cou et le bras. Leurs tailles étaient entre 0,9 et 2 cm.

Le traitement consistait à une exérèse chirurgicale complétée d'une étude histopathologique.



Figure 59 : un pilomatricome localisé au niveau de la joue ; une formation nodulaire d'aspect jaunâtre.(7)



Figure 60 : un large pilomatricome situé au niveau du bras.(7)

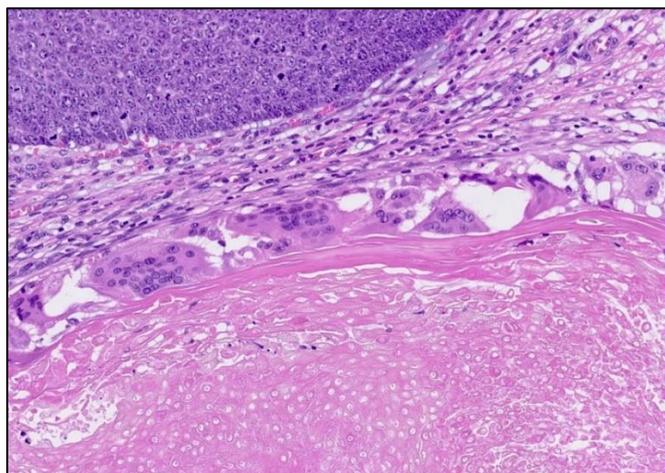


Figure 61 : coupe histologique du pilomatricome ; grande activité mitotique des cellules épithéliales (en haut), cellules géantes (au centre), avec cellules momifiées dégénérées.(32)

b. Tumeurs sudorales eccrines :

➤ **Hidradénome nodulaire :**

C'est une tumeur annexielle bénigne eccrine qui se développe aux dépens des glandes sudoripares dans le derme superficiel et profond et parfois dans le tissu sous-cutané.(34)

Elle touche l'adulte jeune entre 20 et 50 ans et présente une prédominance féminine. L'hidradénome semble parfois être associé à une hyperestrogénie. Des cas d'hidradénome associé à un hypogonadisme par cryptorchidie avec des récepteurs œstrogéniques ont été décrits.(34)

Cliniquement il se présentent sous la forme de tumeurs solitaires à croissance lente, fermes, mobile, ainsi ils peuvent avoir un aspect pédiculé ou kystique. Leur taille moyenne est de 0,5 et 2 cm, mais des tumeurs plus grosses avec un diamètre de 9,5 cm ont été rapportées. La peau sus-jacente peut être lisse, épaissie, atrophique ou ulcérée, et de couleur rouge ou brun. Elles peuvent drainer spontanément un liquide séreux ou hémorragique, un signe caractéristique pour le diagnostic. Elles touchent préférentiellement la tête, le cou et le tronc supérieur.(35)(figure 62)

A l'échelle microscopique, il s'agit d'un nodule dermique délimité par une pseudocapsule de collagène qui le divise en lobules remplis de cellules épithéliales et de structures tubulaires. La prolifération tumorale dans l'HN est très typique, dense et souvent hyalinisée constituant ainsi un élément important du diagnostic.(34)(figure 63)

Le traitement est exclusivement chirurgical. L'excision doit être large car les hidradénomes nodulaires ont en profondeur une extension plus vaste qu'il ne paraît cliniquement.(34)

Dans notre étude, un seul cas a été diagnostiqué avec l'HN, il s'agissait d'un homme de 70 ans présentant une lésion nodulaire au niveau de la paupière, mesurant 1,7 cm de grand axe. La prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale de la lésion, complétée d'une étude histopathologique.



Figure 62 : lésion nodulaire de 2 cm du pli du coude.(34)

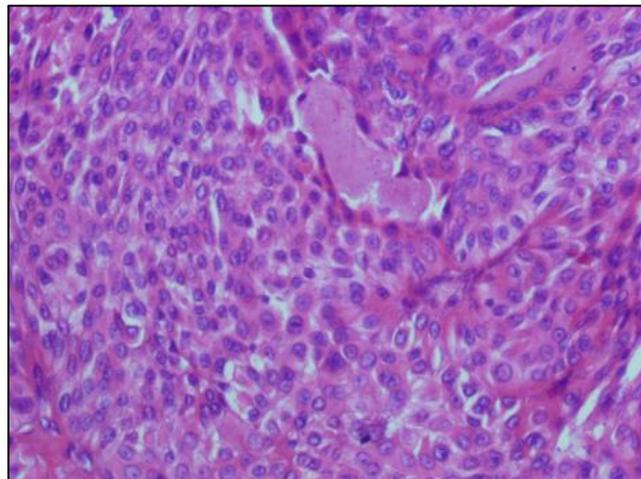


Figure 63 : coupe histologique d'HN, montrant Les cellules tumorales qui sont ovalaires ou polyédriques à cytoplasme moyennement abondant.(34)

c. Tumeurs sudorales apocrines :

➤ **Adénome tubulaire apocrine :**

L'adénome tubulaire apocrine est une tumeur annexielle bénigne rare, qui se développe à partir d'une prolifération dermique de tubules apocrines sur stroma hyalinisé. L'adénome tubulaire apocrine peut être un constituant d'autres tumeurs des glandes apocrines, notamment le syringocystadénome papillifère et le cystadénome apocrine.(36)

Moins de 100 cas ont été rapportés. C'est une tumeur avec une large tranche d'âge et une prédominance féminine.(37)

Les lésions ayant un aspect nodulaires, larges, de croissance lente et se trouvent le plus souvent sur le cuir chevelu (figure 64 et 65). Histologiquement, la tumeur est caractérisée par des lobules de structures tubulaires bien différenciées situées dans le derme (figure 66). Les tubules sont bordés par une couche interne de cellules cylindriques hautes, qui présentent une sécrétion par décapitation, et présentent fréquemment une couche externe de cellules cuboïdes. Le stroma est composé de tissu fibreux avec peu de cellules inflammatoires.(38)

Bien qu'ils soient souvent observés dans la région du cuir chevelu, des adénomes tubulaires apocrines ont été décrits dans d'autres zones telles que la peau de la poitrine et les paupières.(38)

L'adénome tubulaire apocrine isolé est extrêmement rare au niveau de la paupière avec seulement cinq cas rapportés précédemment.(36,38,39,40,41)

La transformation maligne de ces tumeurs est extrêmement rare, mais une excision complète est importante afin de réaliser un examen histopathologique détaillé, permettant de les différencier des néoplasmes annexiels malins.(7)

Dans notre étude, un seul cas a été diagnostiqué avec cette tumeur. Il s'agissait d'un homme de 70 ans, qui se présentait avec une lésion nodulaire de bord libre de la paupière supérieure gauche, mesurant 0,5 cm de grand axe. Le traitement consistait sur l'exérèse chirurgicale complétée d'une étude histopathologique de la pièce opératoire.



Figure 64 : adénome tubulaire apocrine localisé au niveau de la face.(7)



Figure 65 : nodule dermique ferme au niveau du cuir chevelu.(7)

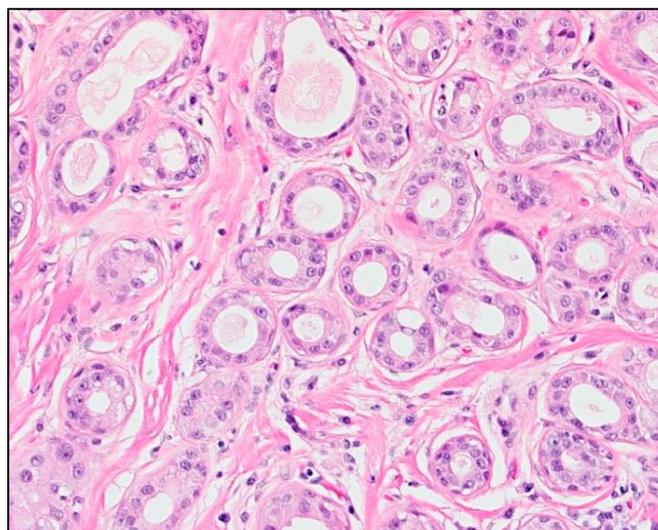


Figure 66 : coupe histologique d'un adénome tubulaire apocrine montrant les structures tubulaires.(37)

2. Les kystes cutanés :

Comme plusieurs organes viscéraux, les kystes peuvent également apparaître sur la peau et les muqueuses. Il existe différents types de kystes cutanés contenant une substance liquide ou semi-solide et présentant des caractéristiques cliniques et histopathologiques variables.(7)

Généralement, les kystes cutanés sont des papules ou des nodules dermiques ou sous-cutanés ronds, en dôme, saillants ou profondément situés, occupant différentes localisations.(7)

Le diagnostic des kystes repose sur les caractéristiques cliniques des lésions et les examens histopathologiques qui sont nécessaires pour écarter une lésion maligne.(42)

Lorsqu'il y a une indication, la prise en charge des kystes repose principalement sur une intervention chirurgicale.(42)

Ils ont été diagnostiqués chez 87 patients, ce qui représente 51% de l'ensemble des cas, soit près de la moitié de toutes les tumeurs cutanées bénignes de notre série.

On a trouvé :

- kyste trichilemmal chez 52 patients.
- Kyste épidermoïde chez 35 patients.

a. Kyste épidermoïde :

Le kyste épidermoïde (KE) représente une variété fréquemment observée parmi les kystes cutanés. Sa muqueuse épithéliale ou paroi est semblable à l'épiderme. Le terme « kyste sébacé », autrefois utilisé comme synonyme de kyste épidermoïde, est inadéquat du fait de l'absence de glandes sébacées dans la paroi du kyste.(43)

Il est dû à la prolifération de cellules épidermoïdes superficielles au sein du derme. D'autres synonymes courants sont utilisés : kyste infundibulaire, kyste épidermique, kyste d'inclusion épidermique et kyste d'inclusion épidermoïde.(43)

La plupart des lésions sont sporadiques, mais une transmission familiale est également possible, en particulier chez les individus présentant de multiples lésions (figure 67). L'apparition précoce et la localisation atypique des KE, tels qu'une atteinte des membres,

peuvent être des signes d'un syndrome de Gardner qui est une maladie autosomique dominant. Les kystes épidermoïdes peuvent se manifester à n'importe quel moment de la vie, mais ils sont plus prévalent chez les adultes, principalement chez les hommes.(43)

Les KE peuvent apparaître dans divers endroits, mais ils sont plus couramment localisés sur le visage, le cou, la poitrine, le haut du dos, le scrotum et les organes génitaux. Ils peuvent également être trouvés sur les fesses, les paumes et la face plantaire des pieds en cas de traumatisme pénétrant.(43)

L'examen physique trouve généralement un nodule ferme, qui varie en taille de plusieurs millimètres à plusieurs centimètres, souvent caractérisée par un point central sombre au niveau du comédon (figure 68). Bien que les KE demeurent généralement asymptomatiques, ils peuvent s'enflammer si la paroi du kyste se rompt.(43)

Histologiquement, le KE est bordé d'une paroi cellulaire épithéliale. Cet épithélium est un épithélium pavimenteux stratifié ressemblant à l'épiderme et comprend une couche granuleuse et des lamelles de kératine dans la lumière (figure 69).(43)

Autres examens complémentaires sont utiles dans le diagnostic à savoir l'échographie, la radiographie standard, la TDM et l'IRM.

Le traitement des kystes épidermoïdes est recommandé si les kystes deviennent fréquemment enflammés. Le traitement de choix est l'ablation chirurgicale complète du sac kystique. L'ablation chirurgicale doit être reportée jusqu'à ce que toute inflammation ait disparu. Alternativement, les kystes épidermoïdes peuvent être incisés et drainés ; cependant, le kyste réapparaîtra sans retrait complet du sac.(44)

Dans notre étude, nous avons rapporté 35 cas de KE. La prise en charge a impliqué une exérèse chirurgicale.



Figure 67 : multiples petits kystes épidermoïdes au niveau de la région péri-auriculaire.(7)



Figure 68 : un kyste épidermoïde unique localisé au niveau du tronc. Notez un proéminent punctum noirâtre au centre de la lésion.(7)

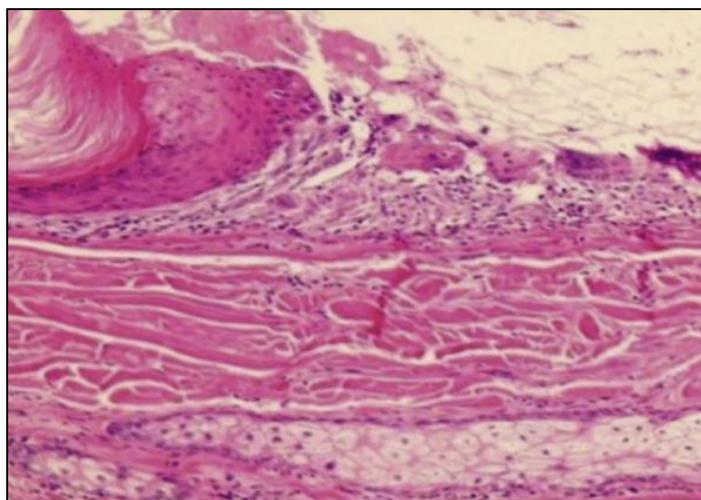


Figure 69 : coupe histologique d'un KE.(43)

b. Kyste trichilemmal (loupe) :

Les kystes trichilemmaux représentent des lésions des annexes cutanées dérivées de la gaine externe de la racine du follicule pileux.(45) Généralement, ils sont de nature bénigne, bien que dans de rares cas, ils puissent évoluer vers une forme maligne.(46)

Ils sont le plus souvent observés chez les sujets jeunes, avec une prédominance féminine, et plus fréquemment localisés sur la tête, en particulier le scalp. Une histoire familiale peut être présente, car dans certains cas, la maladie est héritée selon un mode de transmission autosomique dominant.(47)

Sur le plan clinique, il se présente comme un nodule intradermique arrondi, de grande taille, mobile et ferme, multiple dans plus de la moitié des cas, très volumineux et saillant dans certains cas (figure 70 et 71).(7)

Histologiquement, le kyste trichilemmal est un kyste dermique ou sous-cutané bien délimité, revêtu d'un épithélium squameux multi stratifié et contenant de la kératine éosinophile dense et laminée dite de type trichilemmal. La couche granulaire est absente. Une calcification peut être présente dans jusqu'à 25% des cas. Une réaction granulomateuse peut survenir en cas de rupture (figure 72).(48)

Le traitement définitif, si indiqué, consiste en l'excision complète du kyste.(49) Les kystes trichilemmaux simples sont souvent facilement enkystés, contrairement aux kystes trichilemmaux proliférant qui nécessitent une large excision locale pour prévenir les récurrences, suivie d'une surveillance à long terme continue, en raison du potentiel malin qui possèdent. Les récurrences sont fréquentes. La transformation maligne de la muqueuse est rare.(50)

Dans notre étude, nous avons identifié 52 cas de kystes trichilemmaux, ce qui représente 60% des kystes cutanés et 30% de l'ensemble des tumeurs cutanées bénignes de notre série, ce qui en fait la tumeur la plus courante dans notre étude.

La prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale chez tous les patients.



Figure 70 : un nodule arrondi d'un kyste trichilemmal localisé sur le front.(27)

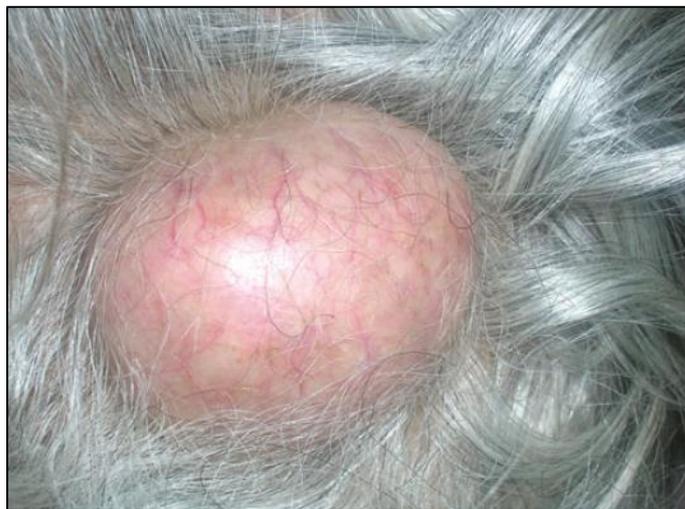


Figure 71 : un kyste trichilemmal très volumineux du cuir chevelu.(27)

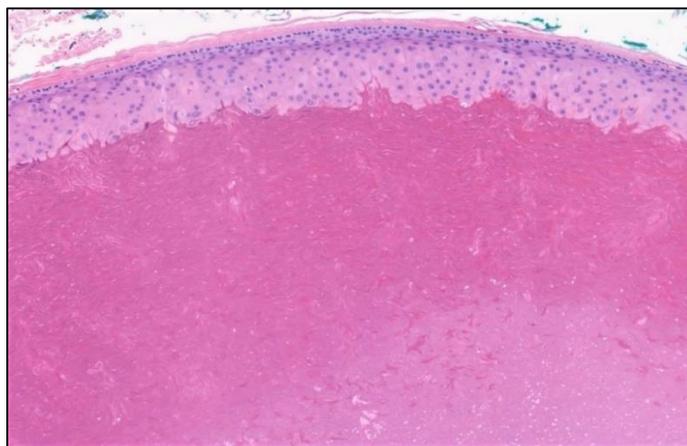


Figure 72 : coupe histologique du kyste trichilemmal ; l'épithélium pavimenteux mature, dépourvu de couche granuleuse (différenciation trichilemmale).(48)

3. Les nævus :

a. Les nævus mélanocytaires :

Les nævus mélanocytaires (ou nævus pigmentaires) sont parmi les problèmes dermatologiques les plus courants (7). Ils sont des tumeurs mélanocytaires bénignes caractérisées par une prolifération de mélanocytes à proximité de la jonction dermo-épidermique, avec un regroupement en amas ou thèques qui les différencient des mélanocytes normaux.(51)

Les principaux défis posés par les nævus pigmentaires sont le diagnostic différentiel avec le mélanome, et dans certains cas, le risque potentiel de transformation maligne. La dermoscopie permet d'améliorer les performances diagnostiques chez le praticien expérimenté et permet désormais d'établir une classification des nævus basée sur l'observation clinique.(51)

Il existe plusieurs types :

Nævus acquis commun :

Les nævus pigmentaires acquis représentent la majorité des nævus. Ils sont plus nombreux que les nævus congénitaux, et s'en distinguent par leur apparition après la naissance, à partir de 6 mois à 12 mois. Ils se multiplient progressivement pendant l'enfance puis plus rapidement à l'adolescence pour atteindre un pic lors de la troisième décennie. L'adulte jeune présente en moyenne 20 nævus à 30 nævus. Leur nombre diminue ensuite avec le vieillissement.(51)

Les aspects cliniques des nævus sont très variés. Ils sont habituellement de petite taille, inférieure à 15 mm, mesurant souvent moins de 5 mm. Il s'agit de macules ou papules pigmentées symétriques, à bords réguliers, de couleur et surface homogènes, ovales ou arrondies. Le diamètre de ces lésions reste stable (figure 73 et 74). Dans ces formes typiques, les critères ABCDE (asymétrie, bords irréguliers, couleur inhomogène, diamètre = 6 mm et extension en surface) sont donc tous négatifs.(51)

La coloration est orange-rosée chez les sujets roux et, à l'inverse, très foncée, marron-noir chez les sujets de phototype foncé.(51)

On les retrouve sur l'ensemble du tégument ainsi que sur les organes génitaux (10 % à 15 %), mais les localisations sur le cuir chevelu, les paumes, les plantes et les muqueuses sont plus inhabituelles. Les zones non photo-exposées sont relativement épargnées.(51)

L'architecture globale du nævus est symétrique, et les cellules næviques sont semblables entre elles à un niveau donné de la lésion. D'autres cellules peuvent également être occasionnellement retrouvées, comme des cellules géantes multinucléées, des cellules fusiformes ou ballonnisantes (figure 75). (51)

Dans notre étude, les nævus acquis communs ont été retrouvés chez 14 patients, qui ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale, complétée d'une étude histopathologique seulement chez 4 patients. Le résultat anatomopathologique c'était un nævus composé (dermique et jonctionnel) chez les 4.



Figure 73 : image d'un naevus acquis commun composé.(52)



Figure 74 : multiples nævus jonctionnels au niveau du bras, des lésions typiquement apparaitre dans l'enfance.(7)

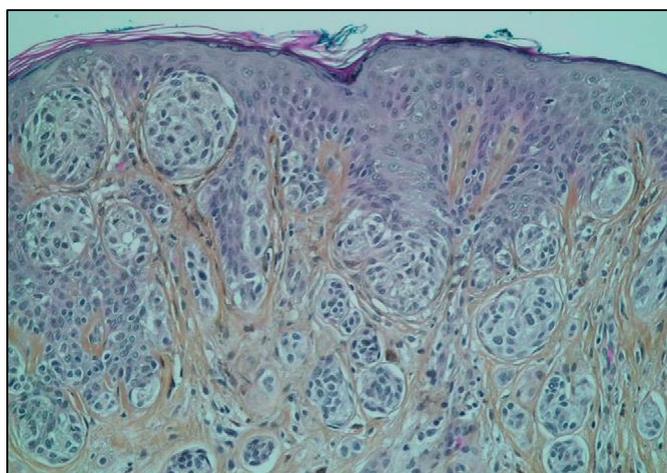


Figure 75 : aspect histologique au centre de la lésion d'un nævus composé.(51)

✚ Nævus congénital :

Le nævus congénital se manifeste dès la naissance et il s'agit normalement d'un nævus composé ou dermique.(52)

Dans ce type de nævus, les mélanocytes et les cellules naeviques se propagent dans l'ensemble du derme, atteignant même l'hypoderme, ce qui entraîne une hypertrichose terminale accrue au niveau du nævus. La classification de ces nævus se fait en fonction de leur taille.(52)(figure 76)

Pour les patients présentant des nævus congénitaux de grande ou très grande taille, leur prise en charge doit être effectuée dans un centre spécialisé, en raison du risque significatif de dégénérescence.(52)

L'incidence des nævus congénitaux chez les nouveau-nés varie de 0,2% à 2,1%. Une étude hollandaise a révélé que les personnes présentant des nævus congénitaux avaient un risque accru de dégénérescence au cours de leur vie. Ce risque est particulièrement élevé, atteignant jusqu'à 25%, en cas de nævus congénital géant (diamètre supérieur à 20 cm).(52)

Dans notre étude, cette tumeur a été diagnostiquée chez un seul cas. La prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale en deux temps.



Figure 76 : un nævus congénital avec hypertrichose.(52)

+ Nævus bleu :

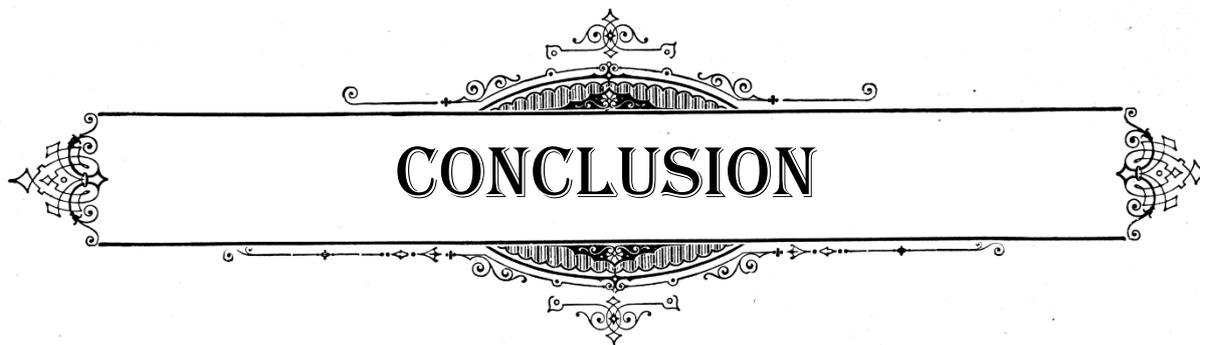
C'est une tumeur congénitale ou acquise bleue, bleu-gris ou bleu-noir, présente chez 0,5 % à 4 % des adultes sains. On en distingue trois formes anatomocliniques principales :

- Nævus bleu commun : C'est une papule ou nodule bleu sombre ou noir, généralement de moins de 10 mm de diamètre, principalement localisé aux extrémités, surtout le dos des mains et des pieds mais aussi le visage. Il est habituellement unique, mais des formes multiples existent (figure 77). L'histologie révèle des mélanocytes fusiformes ou étoilés, pigmentés, isolés ou groupés dans le derme réticulaire, associés à des mélanophages.(51)
- Nævus bleu cellulaire : Il est en général de plus grande taille, 1 cm à 3 cm. Il est situé le plus souvent sur le cuir chevelu, les fesses ou la région sacrococcygienne. Il est histologiquement composé des mêmes éléments que la forme commune.(51)
- Nævus bleu combiné : Il fait souvent évoquer à tort le diagnostic de mélanome ou de nævus atypique. Ces lésions sont irrégulières, bleu-marron ou bleu-noir. Histologiquement, un nævus bleu est associé à un nævus mélanocytaire commun.(51)

Dans notre étude, cette lésion a été objectivée chez un seul patient. La prise en charge consistait à une exérèse chirurgicale, avec une étude anatomopathologique de la pièce opératoire qui révèle un nævus bleu type cellulaire.



Figure 77 : un nævus bleu situé au niveau de la lèvre inférieure.(7)

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and floral patterns at the ends and center. The word "CONCLUSION" is centered within the frame in a bold, serif font.

CONCLUSION

Conclusion

Les tumeurs cutanées bénignes comportent d'innombrables variétés, souvent intéressantes par les problèmes qu'elles posent de leur histogénèse, leur diagnostic, leur prise en charge, ou bien par la surveillance qu'implique, pour certaines d'entre elles, la possibilité de dégénérescence.

A travers une analyse approfondie des données épidémiologiques, des caractéristiques cliniques et histologiques et des options de prise en charge, notre étude a contribué à éclairer cette catégorie importante de lésions tumorales.

L'examen clinique est une étape cruciale dans le diagnostic. Il se manifeste dans l'identification précise, la différenciation avec les tumeurs malignes, le diagnostic de certaines maladies systémiques ou génétiques, la réduction des procédures invasives, l'orientation vers le traitement approprié et l'évaluation de l'évolution.

L'examen histologique reste dans certains cas la pierre angulaire dans la confirmation du diagnostic et l'identification des sous-types.

La prise en charge thérapeutique dépend de plusieurs facteurs, notamment le type histologique et l'intérêt esthétique. Plusieurs modalités ont été décrits, cependant notre prise en charge, basée essentiellement sur l'exérèse chirurgicale, est non influencée par la disponibilité limitée des armes thérapeutiques ; ce qui est prouvé par les résultats satisfaisants du traitement établie.

Notre travail revêt une importance capitale en raison du manque d'études traitant ce sujet en globalité. Cette lacune dans la recherche existante souligne la nécessité d'une étude comparative entre notre travail et d'autres études similaires. Notre travail vise à combler cette lacune et à servir comme une référence cruciale pour les futures recherches dans ce domaine.



RESUME

Résumé

Les tumeurs cutanées bénignes occupent une place significative dans la pratique du plasticien et dermatologue dans notre pays.

Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette entité pathologique dans notre région de Tanger.

Notre travail est une étude descriptive rétrospective sur une période de 16 mois, d'Avril 2021 à Août 2022, portant sur 172 patients traités pour tumeur cutanée bénigne au sein du service de chirurgie plastique et esthétique du CHU Mohamed VI de Tanger.

L'âge moyen de nos patients était de 44 ans, avec des extrêmes de 2 ans et 88 ans, avec une prédominance féminine (sex-ratio H/F de 0,53). Cliniquement, les lésions nodulaires prédominent avec 88%, suivies des lésions papuleuses dans 11%, et les lésions planes chez 1% des cas. La localisation prédominante était au niveau de la tête et cou avec 68% des cas, les membres supérieurs dans 14%, le tronc dans 13% et les membres inférieurs dans 5% des cas. La taille moyenne était de 2,9 cm, allant de 0,5 cm à 10 cm. Le caractère unique des lésions était le plus fréquent avec 76% des cas.

L'étude histologique était réalisée chez 90 patients, portait sur des biopsies-exérèse dans tous les cas. Les tumeurs les plus fréquentes dans notre série étaient les kystes trichilemmaux (30%), les lipomes (24%) et les kystes épidermoïdes (20%).

La prise en charge consistait exclusivement sur l'exérèse chirurgicale.

La revue de la littérature était un élément clé dans notre étude. Elle constituait une base solide qui nous a permis une compréhension approfondie des tumeurs cutanées bénignes, et d'évaluer ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Abstract

Benign skins tumors hold a significant place in the practice of plastic surgeons and dermatologists in our country. The aim of this study was to investigate the epidemiological, clinical, histological and therapeutic aspects of this pathological entity in our region of Tangier.

Our study is a retrospective descriptive study covering a period of 16 months, from April 2021 to August 2022, involving 172 patients treated for benign skin tumors within the Plastic and Aesthetic Surgery Department of Mohamed VI University Hospital of Tangier.

The average age of our patients was 44 years, ranging from 2 to 88 years, with a female predominance (male-to-female ratio of 0.53).

Clinically, nodular lesions predominated at 88%, followed by popular lesions in 11%, and flat lesions in 1% of cases. The predominant location was the head and neck in 68% of cases, upper limbs in 14%, trunk in 13%, and lower limbs in 5% of cases. The average size was 2.9 cm, ranging from 0.5 cm to 10 cm. Solitary lesions was the most common, accounting for 76% of cases.

Histological examination was performed in 90 patients and involved biopsy-excision in all cases. The most frequent tumors in our series were cutaneous cysts (30%), lipomas (24%), and epidermoid cysts (20%).

The management consisted exclusively of surgical excision.

The review of the literature was a key element in our study, providing a solid foundation that allowed for a thorough understanding of benign skin tumors, as well as an evaluation of their epidemiological, clinical, histological, and therapeutic characteristics.

ملخص

تحتل أورام الجلد الحميدة مكاناً مهماً في جراحة التجميل ولدى أطباء الجلد في بلدنا.

الهدف من هذا العمل هو دراسة الجوانب الوبائية والسريية والنسجية والعلاجية لهذا المرض بجهة طنجة.

عملنا عبارة عن دراسة وصفية وحشدية رجعية على مدى 16 شهراً، من أبريل 2021 إلى أغسطس 2022، وتغطي 172 مريضا تمت معالجتهم من أورام جلدية حميدة داخل قسم الجراحة التجميلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس بطنجة.

كان متوسط أعمارهم 44 عامًا، مع حد أدنى يبلغ عامين وحد أقصى يصل إلى 88 عامًا، مع غلبة الإناث (النسبة بين الجنسين هي 0.53).

سريياً، تسود الآفات الجلدية العقدية بنسبة 88%، تليها الآفات الحطاطية بنسبة 11%، والآفات المسطحة بنسبة 1% من الحالات. يشكل الرأس والرقبة الجزء الأكثر إصابة بنسبة 68% من الحالات، والأطراف العلوية بنسبة 14%، والجذع بنسبة 13%، والأطراف السفلية بنسبة 5% من الحالات، حيث يتراوح حجمها من 0.5 سم إلى 10 سم بمعدل 2.9 سم. وتعد الآفة المتفردة الأكثر شيوعاً بنسبة 76% من الحالات.

لقد تم إجراء الدراسة النسيجية على 90 مريضاً شملت عينات استئصالية في جميع الحالات. كانت الأورام الأكثر شيوعاً في سلسلتنا هي الأكياس الشعرية (30%) والأورام الشحمية (24%) والأكياس البشرانية (20%).

تم الاعتماد حصراً على العلاج الاستئصالي الجراحي.

شكلت مراجعة الدراسات العلمية عنصراً أساسياً في عملنا، حيث أتاحت لنا فهماً متعمقاً لأورام

الجلد الحميدة، وتقييم خصائصها الوبائية، السريية، النسيجية والعلاجية.



BIBLIOGRAPHIE

- 1. Tiplica GS, Fritz K, Butacu AI, Ungureanu L, Sălăvăstru CM.**
Gutartige nichtmelanozytäre Hauttumoren bei Syndromen [Syndroms associated with benign skin tumors]. *Hautarzt*. 2022 Feb;73(2):114-126. German.
- 2. Higgins JC, Maher MH, Douglas MS.**
Diagnosing Common Benign Skin Tumors. *Am Fam Physician*. 2015 Oct 1;92(7):601-7.
- 3. Khandpur S, Ramam M.**
Skin tumours. *J Cutan Aesthet Surg*. 2012 Jul;5(3):159-62.
- 4. Soukaina KARIMI**
Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques. Thèse présentée et soutenue publiquement le 16/07/2021.
- 5. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL.**
Common benign skin tumors. *Am Fam Physician*. 2003 Feb 15;67(4):729-38.
- 6. My Driss El Amrani**
La peau, 2020 Sep 12. Disponible sur : (<http://anatomie-fmpm.uca.ma/wp-content/uploads/2020/09/LA-PEAU.pdf>) (consulté le 2023 Aout 01).
- 7. C. Baykal, K.D. Yazganoğlu,**
Clinical Atlas of Skin Tumors. DOI 10.1007/978-3-642-40938-7_1, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014.
- 8. J. Wechsler,**
Tumeurs cutanées bénignes conjonctives et nerveuses. *EMC Dermatologie*. 2014; 98-610-A-10. Doi : 10.1016/S0246-0319(14)60624-5.
- 9. DynaMed.**
Cutaneous Adnexal Tumors. EBSCO Information Services. Accessed 10 septembre 2023. <https://www.dynamed.com/condition/cutaneous-adnexal-tumors>
- 10. Gefilem GA, Suling PL, Kapantouw MG.**
Profil Tumor Jinak Kulit Di Poliklinik Kulit Dan Kelamin RSUP Prof. Dr. R. D Kandou Manado Periode 2009-2011. *e-CliniC* 2013;1(1):1–10.
- 11. Bintanjoyo, L., Hidayati, A. N., Murtiastutik, D., & Listiawan, M. Y. (2022).**
A Retrospective Study of Demographic, Clinical, and Histopathological Profiles of Cutaneous Tumors. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 34(3), 149–155. <https://doi.org/10.20473/bikk.V34.3.2022.149-155>
- 12. Furue, M. et al.**
Prevalence of dermatological disorders in Japan: a nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *The Journal of Dermatology* 38(4): 310-320.
- 13. Destek S, Gul VO.**
Clinical and Pathological Evaluation of Benign Skin Lesions. *Sains Malaysiana* 2019;48(12):2693–9.

14. Kelley LC, Hruza GJ.

Benign skin tumors. Facial Plast Surg Clin North Am. 2003 May;11(2):243-51. doi: 10.1016/S1064-7406(02)00044-5. PMID: 15062277.

15. Underwood CIM, Boswell E.

Seborrheic keratosis. Disponible sur : PathologyOutlines.com website.
(<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocytick.html>).
(consulté le 2023 Aout 15).

16. Fernández-Figueras MT, Pérez Muñoz N.

Actinic keratosis. Disponible sur : PathologyOutlines.com website.
(<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticactinickeratosis.html>). (consulté le 2023 Aout 15).

17. JABLONSKA ET AL.

Cutaneous warts. Clinics in dermatology. 1997;15:309-319.

18. Khaled El-Olmi, Monica Cosma Rochat, Drahomir Aujesky,

Verrues vulgaires. Schweiz Med Forum. 2009;9(18):344-345.

19. Abdelkader, H, Elbendary A.

Warts (verrucae). Disponible sur : PathologyOutlines.com website.
(<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnontumorwarts.html>). (consulté le 2023 Aout 17).

20. Fatima Ezzahra Hazmiri et al.

Les tumeurs conjonctives cutanées : à propos de 121 cas. Pan African Medical Journal. 2014; 17:144 doi:10.11604/pamj.2014.17.144.3945

21. Kolb L, Yarrarapu SNS, Ameer MA, Rosario-Collazo JA.

Lipoma. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 29939683.

22. Renne SL.

Lipoma. Disponible sur : PathologyOutlines.com website.
(<https://www.pathologyoutlines.com/topic/softtissueadiposelipoma.html>). (consulté le 2023 Aout 15).

23. Nirenberg A.

Cutaneous fibroepithelial polyps. Disponible sur: PathologyOutlines.com website.
(<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticfibroepithelialpolyp.html>). (consulté le 2023 septembre 10)

24. Koepfel M.-C.,Andrac-Meyer L.

Tumeurs cutanées bénignes des tissus mous. EMC (Elsevier SAS, Paris), Dermatologie, 98-610-A-10, 2006.

25. Bereni N, et al.

Élastofibrome dorsal. À propos de 14 cas, et revue de la littérature Élastofibrome dorsal. À propos de 14 cas, et revue de la littérature >. Ann Chir Plast Esthet (2012),
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2012.07.016>)

26. Abdellatif E, Kamel D.

Neurofibroma-general. Disponible sur : PathologyOutlines.com website.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/softtissueurofibroma.html>. (consulté le 2023 Sep 10)

27. Aslan Kayiran M, Karadağ AS, Küçük Y, et al.

Are clinicians successful in diagnosing cutaneous adnexal tumors? a retrospective, clinicopathological study Turkish Journal of Medical Sciences. 2020 Jun;50(4):832-843. DOI: 10.3906/sag-2002-126. PMID: 32283901; PMCID: PMC7379409.

28. Zaballos P, Gómez-Martín I, Martín JM, Bañuls J.

Dermoscopy of adnexal tumors. Dermatol Clin. 2018 Oct;36(4):397-412.

29. K O Alsaad, N A Obaidat and D Ghazarian

Skin adnexal neoplasms—part 1: An approach to tumours of the pilosebaceous unit. J Clin Pathol 2007;60:129–144. doi: 10.1136/jcp.2006.040337

30. Fulton et al.

Skin Adnexal Tumors in Plain Language. Arch Pathol Lab Med. doi: 10.5858/arpa.2018-0189-RA.

31. Disponible sur le site : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Malherbe%20%28tumeur%20de%29> (consulté le 15/09/2023)

32. Fatima S, Ud Din N.

Pilomatricoma. Disponible sur : PathologyOutlines.com website.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticpilomatrixoma.html>. (consulté le 2023 Aout 15).

33. Fatima Zahra Nasreddine et al.

Pilomatricome : étude de 22 cas. Pan African Medical Journal. 2016; 23:254 doi:10.11604/pamj.2016.23.254.8674.

34. Soua, Y., et al.

"Hidradénome nodulaire." Ann Dermatol Venereol 140 (2013): 152-153.

35. STRATIGOS ET AL.

NODULAR HIDRADENOMA, Dermatol Surg. 1998;24:387-391.

<https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1998.tb04173.x>.

36. Eiger-Moscovich M., et al.

Tubular apocrine adenoma of the eyelid – A case report and literature review. Saudi J Ophthalmol (2019), <https://doi.org/10.1016/j.sjopt.2019.07.005>

37. Płachta, I.; Kleibert, M.; Czarnecka, A.M.; Spatek, M.; Szumera-Ciećkiewicz, A.;

Rutkowski, P. Current Diagnosis and Treatment Options for Cutaneous Adnexal Neoplasms with Apocrine and Eccrine Differentiation. Int. J. Mol. Sci. 2021, 22, 5077. <https://doi.org/10.3390/ijms22105077>

38. Stokes J, Ironside J, Smith C, Dhillon B.

Tubular apocrine adenoma— an unusual eyelid tumour. *Eye* 2005;19(2):237.

39. Abbeel L, Van Ginderdeuren R.

Ectopic tubular papillary apocrine adenoma on the eyelid: a case report of misleading clinical presentation and location. *Ocular Oncol Pathol* 2018;4(5):267–71.

40. Ansai SI, Anan T, Fukumoto T, Saeki H.

Tubulopapillary cystic adenoma with apocrine differentiation: a unifying concept for syringocystadenoma papilliferum, apocrine gland cyst, and tubular papillary adenoma. *Am J Dermatopathol* 2017;39(11):829–37.

41. Barker-Griffith AE, Streeten BW, Charles NC.

Moll gland neoplasms of the eyelid: a clinical and pathological spectrum in 5 cases. *Arch Ophthalmol* 2006;124(11):1645–9.

42. Kamyab, Kambiz, et al.

"Cutaneous cysts: a clinicopathologic analysis of 2,438 cases." *International Journal of Dermatology* 59.4 (2020): 457-462.

43. V.T. Hoang, et al.

Overview of epidermoid cyst. *European Journal of Radiology Open* 6 (2019) 291–3. <https://doi.org/10.1016/j.ejro.2019.08.003>

44. Kelley LC, Hruza GJ.

Benign skin tumors. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2003 May;11(2):243-51. doi: 10.1016/S1064-7406(02)00044-5. PMID: 15062277.

45. He, Ping, et al.

"Trichilemmal cyst: clinical and sonographic features." *Journal of Ultrasound in Medicine* 38.1 (2019): 91-96.

46. Joshi, Tejas P., et al.

"Malignant proliferating trichilemmal tumor: a subtle presentation in an African American woman and review of immunohistochemical markers for this rare condition." *Cureus* 13.8 (2021).

47. Al Aboud DM, Yarrarapu SNS, Patel BC.

Pilar Cyst. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30480948.

48. Aghighi M, Speiser J.

Trichilemmal (pillar) type. Disponible sur : PathologyOutlines.com website. (<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocytickeratinouscysttrichilemmal.html>). (Consulté le 2023 Aout 15).

49. Ingraffea A.

Benign skin neoplasms. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2013 Feb;21(1):21-32. doi: 10.1016/j.fsc.2012.11.002. PMID: 23369586.

50. Chang SJ, Sims J, Murtagh FR, McCaffrey JC, Messina JL.

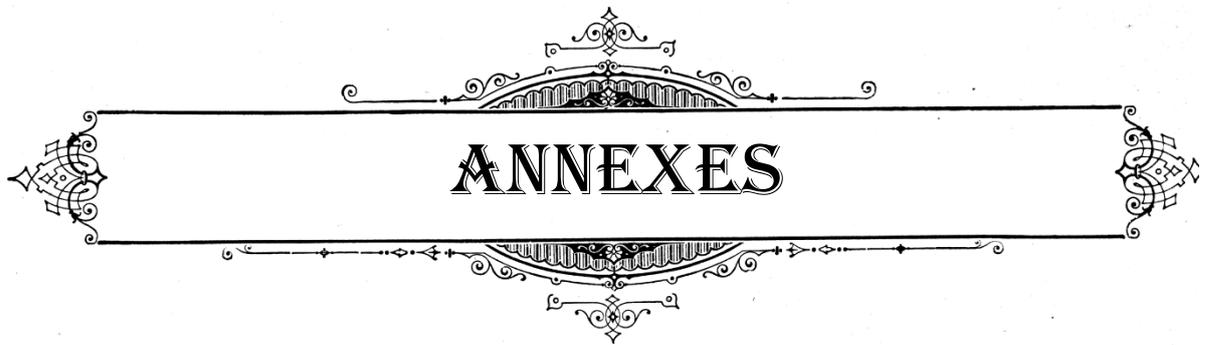
Proliferating trichilemmal cysts of the scalp on CT. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006; 27:712–714.

51. S. Dalle, A. Phan, L. Depaepe, B. Balme, L. Thomas

Nævus pigmentaires. *EMC - Dermatologie*.2012 Mai;8-590-A-10.

52. Braun, Ralph.

"Le nævus." (2017): 784-789.



ANNEXES

Annexe 1 : fiche d'exploitation

Sujet : Tumeurs cutanées bénignes

I. Identité :

1. Nom et prénom :
2. Age :
3. Sexe : F M
4. Origine géographique :
5. Profession
6. Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé
7. N° de téléphone :
8. N° de série :

II. Antécédents :

1. Personnels :

HTA	Diabète	Tabagisme
Facteurs de risque : intermittente	Exposition solaire : légère importante : chronique	modéré chronique
Radiation ionisante : Ancienne cicatrice	Oui Non	
Lésion pré-cancéreuse : leucoplasie	HPV	kératose actinique

2. Familiaux

Consanguinité	Cas similaire dans la famille
---------------	-------------------------------

III. Motif de consultation :

IV. Clinique :

1. Phototype : I II III IV V VI

2. Début

3. Installation

Brutale	rapidement progressive	progressive
---------	------------------------	-------------

4. Nombre des lésions :

Unique	deux	multiple
--------	------	----------

5. Lésion élémentaire :

Macule	papule	nodule
Végétation	verrucosités	autre :.....

VIII. Evolution :

Récidives :	Oui	durée :		
	Non			
Satisfaction :	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Pronostic :	consultation :	trimestrielle	à 2 ans	



Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont
dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes
malades sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les
nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune
considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et
mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

