

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE –RABAT-

ANNEE : 2012

THESE N° : 205/12

DIFFICULTES DIAQNOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES DU CARCINOME
VERRUQUEUX DE L'ESPACE INTERORTEIL

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. GUEROUAZ NAJWA

Née le 03 juillet 1985 à Fès.

Médecin Interne du CHU Ibn Sina de Rabat.

**Pour l'Obtention du Doctorat
en Médecine**

MOTS CLES : carcinome verruqueux, espace interorteil, diagnostic.

JURY

Mr. B. Hassam

Professeur de Dermatologie

Mr. K. Lazrak

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Mr. M. Ait Ourharoui Mohamed

Professeur agrégé de Dermatologie

Mr. El Bouzidi Abderrahmane

Professeur d'anatomie pathologique

PRESIDENT ET RAPPORTEUR

JUGES



" اقرأ باسم ربك الذي خلق،
خلق الإنسان من علق، اقرأ
و ربك الأكرم، الذي علم
بالقلم، علم الإنسان ما لم
يعلم "

صدق الله العظيم



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ**
- 1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie – Réanimation
Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
13. Pr. BENSOUA Mohamed Anatomie
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
17. Pr. BALAFREJ Amina
18. Pr. BELLAKHDAR Fouad
19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

21. Pr. BOUCETTA Mohamed*
22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
25. Pr. NAJI M'Barek *
26. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

27. Pr. BENJELLOUN Halima
28. Pr. BENS Aid Younes
29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
30. Pr. IHRAI Hssain *
31. Pr. IRAQI Ghali
- . Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

33. Pr. AJANA Ali
34. Pr. AMMAR Fanid
35. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép.TAOBANE
36. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
37. Pr. EL HAITEM Naïma
38. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
39. Pr. EL YAACOUBI Moradh
40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
41. Pr. LACHKAR Hassan
42. Pr. OHAYON Victor*
- . Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

44. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
45. Pr. DAFIRI Rachida
46. Pr. FAIK Mohamed
47. Pr. HERMAS Mohamed
- . Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADN AOUI Mohamed
50. Pr. AOUNI Mohamed
51. Pr. BENAMEUR Mohamed*
52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
53. Pr. CHAD Bouziane
54. Pr. CHKOFF Rachid
55. Pr. FARCHADO Fouzia ép.BENABDELLAH
56. Pr. HACHIM Mohammed*
57. Pr. HACHIMI Mohamed

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie

58. Pr. KHARBACH Aïcha
 59. Pr. MANSOURI Fatima
 60. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
 61. Pr. SEDRATI Omar*
 62. Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
 Anatomie-Pathologique
 Neurologie
 Dermatologie
 Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
 64. Pr. ATMANI Mohamed*
 65. Pr. AZZOUZI Abderrahim
 66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
 67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
 68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
 69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
 70. Pr. BENSOUA Yahia
 71. Pr. BERRAHO Amina
 72. Pr. BEZZAD Rachid
 73. Pr. CHABRAOUI Layachi
 74. Pr. CHANA El Houssaine*
 75. Pr. CHERRAH Yahia
 76. Pr. CHOKAIRI Omar
 77. Pr. FAJRI Ahmed*
 78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
 79. Pr. KHATTAB Mohamed
 80. Pr. NEJMI Maati
 81. Pr. OUAALINE Mohammed*
 82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
 83. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pharmacie galénique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Biochimie et Chimie
 Ophtalmologie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed
 85. Pr. BENOUDA Amina
 86. Pr. BENSOUA Adil
 87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
 88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
 89. Pr. CHRAIBI Chafiq
 90. Pr. DAOUDI Rajae
 91. Pr. DEHAYNI Mohamed*
 92. Pr. EL HADDOURY Mohamed
 93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
 94. Pr. FELLAT Rokaya
 95. Pr. GHAFIR Driss*
 96. Pr. JIDDANE Mohamed
 97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 98. Pr. TAGHY Ahmed
 99. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

100. Pr. AGNAOU Lahcen
 101. Pr. AL BAROUDI Saad
 102. Pr. BENCHERIFA Fatiha

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie

103.	Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
104.	Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
105.	Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
106.	Pr. CAOUI Malika	Biophysique
107.	Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
108.	Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
109.	Pr. EL AOUAD Rajae	Immunologie
110.	Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
111.	Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
112.	Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
113.	Pr. EL KIRAT Abdelmajid*	Chirurgie Cardio- Vasculaire
114.	Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
115.	Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
116.	Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
117.	Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
118.	Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
119.	Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
120.	Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
121.	Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
122.	Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
123.	Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
124.	Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
125.	Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
126.	Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

127.	Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
128.	Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
129.	Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
130.	Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
131.	Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
132.	Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
133.	Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
134.	Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
135.	Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophthalmologie
136.	Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
137.	Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
138.	Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
139.	Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
140.	Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

141.	Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
142.	Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale
143.	Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
144.	Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
145.	Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*	Urologie
146.	Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
147.	Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
148.	Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
149.	Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation

150. Pr. EL MESNAOUI Abbas
 151. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 152. Pr. FERHATI Driss
 153. Pr. HASSOUNI Fadil
 154. Pr. HDA Abdelhamid*
 155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 156. Pr. IBRAHIMY Wafaa
 157. Pr. MANSOURI Aziz
 158. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
 159. Pr. RZIN Abdelkader*
 160. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

162. Pr. AMIL Touriya*
 163. Pr. BELKACEM Rachid
 164. Pr. BELMAHI Amin
 165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 168. Pr. GAOUZI Ahmed
 169. Pr. MAHFOUDI M'barek*
 170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 171. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 172. Pr. MOULINE Soumaya
 173. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 174. Pr. OUZEDDOUN Naima
 175. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 177. Pr. BEN AMAR Abdeselem
 178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
 179. Pr. BIROUK Nazha
 180. Pr. BOULAICH Mohamed
 181. Pr. CHAOUIR Souad*
 182. Pr. DERRAZ Said
 183. Pr. ERREIMI Naima
 184. Pr. FELLAT Nadia
 185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 186. Pr. HAIMEUR Charki*
 187. Pr. KANOUNI NAWAL
 188. Pr. KOUTANI Abdellatif
 189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 191. Pr. NAZI M'barek*
 192. Pr. OUAHABI Hamid*
 193. Pr. SAFI Lahcen*
 194. Pr. TAOUFIQ Jallal
 195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-physiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 O.R.L.
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
198. Pr. ALOUANE Mohammed*
199. Pr. BENOMAR ALI
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
201. Pr. ER RIHANI Hassan
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
203. Pr. KABBAJ Najat
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*
206. Pr. KHATOURI ALI*
207. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*
209. Pr. AIT OUMAR Hassan
210. Pr. BENCHERIF My Zahid
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
213. Pr. CHAOUI Zineb
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
216. Pr. EL FTOUH Mustapha
217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
218. Pr. EL OTMANYAzzedine
219. Pr. GHANNAM Rachid
220. Pr. HAMMANI Lahcen
221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
222. Pr. ISMAILI Hassane*
223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
225. Pr. TACHINANTE Rajae
226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia
228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
229. Pr. AJANA Fatima Zohra
230. Pr. BENAMR Said
231. Pr. BENCHEKROUN Nabihia
232. Pr. CHERTI Mohammed
233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
234. Pr. EL HASSANI Amine
235. Pr. EL IDGHIRI Hassan
236. Pr. EL KHADER Khalid
237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
239. Pr. HSSAIDA Rachid*

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation

240. Pr. LACHKAR Azzouz
 241. Pr. LAHLOU Abdou
 242. Pr. MAFTAH Mohamed*
 243. Pr. MAHASSINI Najat
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 245. Pr. NASSIH Mohamed*
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil
 248. Pr. AOUAD Aicha
 249. Pr. BALKHI Hicham*
 250. Pr. BELMEKKI Mohammed
 251. Pr. BENABDELJLIL Maria
 252. Pr. BENAMAR Loubna
 253. Pr. BENAMOR Jouda
 254. Pr. BENELBARHDADI Imane
 255. Pr. BENNANI Rajae
 256. Pr. BENOUACHANE Thami
 257. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 258. Pr. BERRADA Rachid
 259. Pr. BEZZA Ahmed*
 260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 261. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 262. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 263. Pr. CHAT Latifa
 264. Pr. CHELLAOUI Mounia
 265. Pr. DAALI Mustapha*
 266. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
 268. Pr. EL HIJRI Ahmed
 269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 270. Pr. EL MADHI Tarik
 271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 272. Pr. EL OUNANI Mohamed
 273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 274. Pr. ETTAIR Said
 275. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 276. Pr. GOURINDA Hassan
 277. Pr. HRORA Abdelmalek
 278. Pr. KABBAJ Saad
 279. Pr. KABIRI EL Hassane*
 280. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 281. Pr. LEKEHAL Brahim
 282. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 283. Pr. MEDARHRI Jalil
 284. Pr. MIKDAME Mohammed*
 285. Pr. MOHSINE Raouf
 286. Pr. NABIL Samira
 287. Pr. NOUINI Yassine
 288. Pr. OUALIM Zouhir*
 289. Pr. SABBABH Farid
 290. Pr. SEFIANI Yasser
 291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Anesthésie-Réanimation
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

292. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie
Décembre 2002	
293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
294. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
295. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
296. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
297. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
299. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
300. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
302. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
304. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
305. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
308. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
309. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
310. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
313. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
314. Pr. HAJJI Zakia	Ophthalmologie
315. Pr. IKEN Ali	Urologie
316. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
317. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
318. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
319. Pr. LAGHMARI Mina	Ophthalmologie
320. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
323. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
325. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
326. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
327. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
329. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
330. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
331. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
332. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
333. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique
PROFESSEURS AGREGES :	
Janvier 2004	
334. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophthalmologie
335. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
337. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie

338. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 340. Pr. BOULAADAS Malik
 341. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 342. Pr. CHAGAR Belkacem*
 343. Pr. CHERRADI Nadia
 344. Pr. EL FENNI Jamal*
 345. Pr. EL HANCHI ZAKI
 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 348. Pr. HACHI Hafid
 349. Pr. JABOUIRIK Fatima
 350. Pr. KARMANE Abdelouahed
 351. Pr. KHABOUZE Samira
 352. Pr. KHARMAZ Mohamed
 353. Pr. LEZREK Mohammed*
 354. Pr. MOUGHIL Said
 355. Pr. NAOUMI Asmae*
 356. Pr. SAADI Nozha
 357. Pr. SASSENOU ISMAIL*
 358. Pr. TARIB Abdelilah*
 359. Pr. TIJAMI Fouad
 360. Pr. ZARZUR Jamila

Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah
 362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 364. Pr. ALLALI Fadoua
 365. Pr. AMAR Yamama
 366. Pr. AMAZOUZI Abdellah
 367. Pr. AZIZ Nouredine*
 368. Pr. BAHIRI Rachid
 369. Pr. BARKAT Amina
 370. Pr. BENHALIMA Hanane
 371. Pr. BENHARBIT Mohamed
 372. Pr. BENYASS Aatif
 373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 374. Pr. BOUKLATA Salwa
 375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 377. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 378. Pr. HAJJI Leila
 379. Pr. HESSISSEN Leila
 380. Pr. JIDAL Mohamed*
 381. Pr. KARIM Abdelouahed
 382. Pr. KENDOUCI Mohamed*
 383. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 384. Pr. LYAGOUBI Mohammed
 385. Pr. NIAMANE Radouane*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Néphrologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie

386. Pr. RAGALA Abdelhak
 387. Pr. SBIHI Souad
 388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 389. Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 424. Pr. AFIFI Yasser
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra *

Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
 Dermatologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie

465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad*	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nouridine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUIFI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie
<u>Mars 2009</u>	
Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen *	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire

Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

Ophthalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafac
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Génétique Humaine
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique

Biochimie
Biologie
Biochimie
Chimie Organique
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*



Je dédie cette thèse



A ma très chère Mère

A celle qui m'a donné la vie, qui a marqué chaque moment de mon existence avec son intarissable tendresse, à celle à qui je dois le meilleur de moi-même.

Tu as veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, dévouement et perfection.

Tu étais toujours mon refuge qui me prodigue sérénité, soutien et conseil.

Tes prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.

Tu sais très bien que mon amour et mon respect pour toi sont sans limite et dépassent toute description.

J'espère qu'en ce jour l'un de tes rêves se réalise à travers moi en concrétisant le fruit de tes sacrifices.

A toi, je dédie ce travail en gage de mon amour et mon respect les plus profonds. Puisse Dieu te préserver et faire de moi une fille à la hauteur de ton espérance.

Puisse Dieu tout puissant t'accorder longue vie, santé, bonheur pour que notre vie soit illuminée pour toujours.



A la Mémoire de mon très cher Père

*Dont la vie était l'exemple du courage, de
dévouement, d'honnêteté, de persévérance, du sacrifice et
de militance.*

*Le destin ne m'a pas laissé le temps pour jouir de ce
bonheur avec toi et pour cueillir les bénédictions
interminables.*

*Tu es toujours présent dans mon cœur, de là où tu
veilles sur moi. Tu étais et tu resteras mon premier
exemple qui m'inspirait force et espoir durant ce long
périple*

*En ce jour ta fille s'accompli dans sa vie dans le plus
noble des métiers.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand
amour ainsi que tout le bien qui en résultera.*

*Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de ton âme
par sa sainte miséricorde.*



A mes très chères sœurs

Bouchra et Siham

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous

Je ne trouverai jamais les mots pour exprimer ma gratitude envers vous, toujours là à mes côtés pour me soutenir m'éclairer et me donner la force pour aller de l'avant.

A mes très chers frères

Si Mohamed, Saïd, Khalid

et Youssef

Je vous remercie énormément pour votre soutien, et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection.

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.

Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A mes très chers beaux-frères

Dr Khalid Lazrak

A celui qui était le beau-frère et le père, celui qui a toujours veillé sur moi depuis mon enfance, celui qui m'a appris l'art de vivre et qui m'a épaulé le long de mes études.

Puisse ce travail être le témoin de ma gratitude et de mon profond respect pour vous.

Dr Rachid Wali Alami

Je ne saurais exprimer mes sentiments de respect et de gratitude envers tout ce que vous avez entrepris pour moi le long de mes études.

Vos conseils et votre soutien m'ont été d'une aide considérable.

Je vous souhaite bonheur et prospérité.



A ma très chère nièce Mouna Lazrak

J'espère que tu trouveras dans ce travail l'expression de mon amour et de ma tendresse. Je te souhaite plein succès dans ton parcours médical en suivant les pas de ton père.

*A mes neveux Yassine, Yahya et
Amine*

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

A tous les membres de la famille

Guercouaz & Kadri petits et grands

Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde.

À mes amies et collègues

Dr. El Amrani Mohamed

Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considération et de gratitude envers toi. Tu étais toujours là à mes côtés dans toute épreuve pour surmonter les périples de la vie en tant qu'ami et frère. Je te souhaite bonheur, prospérité et succès dans la vie.

Malika Boumlik :

À ma très chère amie, sœur et confidente, qui m'a soutenu dans toutes les circonstances depuis mon enfance. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance aux liens sacrés d'amitié qui nous unissent. Je te souhaite bonheur et prospérité dans ta vie.

Dr Benhiba Hind :

Je ne saurais exprimer ma reconnaissance envers ton soutien. Tu es l'amie, la sœur et la confidente sur qui je peux compter. Puisse ce travail être le témoin de mon affection envers toi.

Dr Lamchahab Fatimazzahra Dr Guerroug Bouchra Dr, Moussaoui Nada, Dr Ahlam Abdelou, Dr Moubaraki Houda, Dr Benghazala Fatimazzahra, Dr Amal Ghazi, Dr Belhbib Rabab, Dr Tahtah Nisrin, Dr Ghanem Afifa, Dr Guendouz Ahlam, Dr Hajjad Filila, Dr Benkassem Meryem, Dr Abbaka Najib.

A tous mes collègues, jeunes et anciens, Internes du centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat, et particulièrement ceux de la promotion Janvier 2009:

A tous mes amis et collègues de la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat de la promotion 2002 :

Je vous remercie énormément et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous.

Je vous souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.

Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

*A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont
imbibé de leur Savoir, particulièrement :*

Pr. Senouci, Professeur de Dermatologie

Pr. Benzekri, Professeur de Dermatologie

Pr. Ismaili, Professeur de Dermatologie

Pr. Bellagnaoui, Professeur de Dermatologie

Pr. Afifi, Professeur de Dermatologie

Dr. Meknassi, Dermatologue

Pr. Aazouzi, Professeur de Réanimation

Pr Aboukkal ,Professeur de Réanimation

Pr Ait Ouamer,Professeur de Pédiatrie

Pr Asermouh,Professeur de Pédiatrie

Pr Taibi,Professeur de Chirurgie pédiatrique

Pr Azzarhouni,Professeur de Chirurgie pédiatrique

*Avec tous mes respects et mon éternelle
reconnaissance.*

*A tous les médecins qui m'ont assisté pour la
réalisation de ce travail*

Dr. El Amrani Mohamed

Et

Dr. Fatimazahra Lamchaheb

*Vous nous avez marqué par votre disponibilité et votre
sens d'analyse. Vos conseils précieux et vos remarques
pertinentes ont mené à bien ce travail.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments de
reconnaissance et de respect.*

*A tous ceux qui ont pour mission cette pénible tâche de soulager l'être
humain et d'essayer de lui procurer le bien-être physique, psychique, et
social.*

*A tous ceux qui me sont trop chers et que j'ai omis de citer et qui ne sont
pas les moindres.*



A notre Maître, Président et Rapporteur de Thèse

Monsieur le Professeur Badredine Hassam,

*Professeur de l'enseignement supérieur en Dermatologie et
Chef du Service de Dermatologie à l'Hôpital Avicenne et de
l'UFR de Dermatologie à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat*

*Vous nous avez accordé un grand honneur en nous
confiant la réalisation de ce travail, et en acceptant de
présider le jury de notre thèse.*

*Qu'il me soit permis de vous témoigner toute ma
gratitude et mes sincères remerciements d'avoir bien voulu
assurer la direction de ce travail qui, grâce à votre esprit
didactique et rigoureux, et vos précieux conseils, a pu être
mené à bien.*

*Je vous prie de trouver ici, le témoignage de ma
reconnaissance éternelle, de mon profond respect et de ma
haute considération pour les efforts que vous déployez au
quotidien pour notre formation et pour faire de nous des
médecins dignes de leur noble profession.*

*Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé,
prospérité et bonheur.*

A notre Maître et juge de thèse,

Monsieur le Professeur Khalid Lagrak,

*Professeur de l'enseignement supérieur en Traumatologie
Orthopédie, et Directeur de l'Hôpital Militaire Moulay
Ismail de Meknès*

Vous nous avez honoré d'accepter de siéger parmi notre jury de thèse. Votre présence nous est d'un réconfort inestimable. Vous nous avez éclairés par vos conseils et votre précieuse expérience chevronnée le long de notre parcours médical.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

A notre Maître et juge de thèse,

Monsieur le Professeur Ait Ourharoui Mohamed,

Professeur agrégé de Dermatologie au Service de

Dermatologie à l'Hôpital Aïcenne

*Je vous remercie du grand honneur que vous nous fait
en acceptant de juger ce travail.*

*Veillez trouver ici, l'expression de ma gratitude, ma
profonde reconnaissance, mon admiration et ma grande
considération.*

*Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé,
prospérité et bonheur.*

A notre Maître et juge de thèse

Monsieur le Professeur El Bouzidi Abderrahmane,

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Hôpital

Militaire d'Instruction Mohammed V

Nous avons été très sensibles à l'amabilité de votre accueil et l'intérêt que vous avez accordé à ce travail en acceptant de le juger.

Veillez trouver ici, chère maître, le témoignage de notre reconnaissance et de notre grande estime.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

Sommaire

Introduction	1
Observation	3
Discussion	16
I. Epidémiologie.....	17
II. Pathogénie	18
1. Facteurs de risque communs aux CEC	18
A. Facteurs constitutionnels	18
B. Facteurs environnementaux	19
2. Carcinome verruqueux et lésions inflammatoires ou traumatiques	19
3. Carcinome verruqueux et infection par le papillomavirus humain	20
III. Diagnostic clinique	21
IV. Diagnostic histologique.....	23
V. Diagnostic différentiel	25
1. La maladie de Bowen	25
2. Le kératoacanthome	26
3. Les verrues vulgaires.....	26
4. La tuberculose verruqueuse	27
5. Les mycoses profondes	27
VI. Bilan d'extension	28
1. L'examen clinique	28
2. Les méthodes d'imagerie	28
VII. Evolution.....	30
VIII. Traitement	35
1. Buts.....	35
2. Moyens et indications.....	35
A. Chirurgie	35
a. Chirurgie conventionnelle.....	35
b. Chirurgies micrographiques.....	38
B. Radiothérapie.....	39
a. Radiothérapie externe.....	39
b. Curiethérapie interstitielle.....	39
C. Traitement systémique	40
a. Chimioréduction pré-opératoire	40
b. La thermochimiothérapie.....	41
c. Chimiothérapie et chimio-radiothérapie adjuvantes.....	41
D. Autres moyens thérapeutique.....	42
Conclusion	43
Liste des abréviations	45
Résumés	46
Références	50

A decorative floral wreath with intricate scrollwork and leaf patterns, framing the central text.

Introduction

Le carcinome verruqueux est une variante à croissance lente du carcinome épidermoïde dans laquelle le potentiel métastatique est exceptionnel (1). Il a été décrit pour la première fois par Ackerman en 1948 dans sa localisation orale (2). L'aspect habituel est celui d'une tumeur exophytique verruciforme.

L'étiologie du carcinome verruqueux est inconnue, mais celui-ci peut se développer dans les zones d'inflammation chronique. Le papilloma virus humain a été associée à ce type de tumeur et plus précisément les types 11 et 16 (3).

Le carcinome verruqueux de l'EIO reste rare, peu de cas ont été rapporté dans la littérature. Dans cette localisation, la clinique et l'histologie sont souvent trompeuses conduisant à un retard diagnostique et thérapeutique.

Dans cette optique, nous rapportons un cas de carcinome verruqueux invasif de l'EIO et nous discutons ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques.



Mr K. M, âgé de 65 ans avait consulté dans notre service en juin 2008 pour une lésion bourgeonnante, exophytique, croûteuse et douloureuse du dernier espace interorteil (EIO) droit, évoluant depuis 7 mois et augmentant progressivement de taille pour faire saillie sur la face dorsale de l'avant pied (figure 1).



Figure 1 : Lésion bourgeonnante du 4^{ème} espace interorteil droit

Devant cet aspect clinique, une biopsie cutanée suivie d'une exérèse chirurgicale étaient réalisées. L'examen anatomopathologique retrouvait des remaniements inflammatoires non spécifiques. La radiographie osseuse n'avait pas montré d'atteinte osseuse (figure 2). Devant la suspicion de carcinome épidermoïde, une surveillance étroite était préconisée avec l'indication de réaliser des biopsies larges en cas de récurrence locale.



Figure 2 : Radiographie du pied gauche montrant une déminéralisation osseuse et un hallux valgus.

L'évolution était marquée, deux ans plus tard, par la réapparition d'une prolifération tumorale, nodulaire et végétante par endroits, avec un épaissement cutané réduisant l'EIO et enrobant le 4ème orteil avec extension vers le bord latéral du pied.

Cette tumeur était à base infiltrée, inflammatoire (figure 2A), douloureuse, est associée à un intertrigo interorteil macéré (figure2B).



Figure 2 (A) : Tumeur à base infiltrée, inflammatoire



Figure 2 (B) : Intertrigo interorteil macéré

L'examen clinique objectivait des adénopathies inguinales multiples d'allure inflammatoire.

Une biopsie cutanée était réalisée et était en faveur d'un carcinome épidermoïde (figure3).

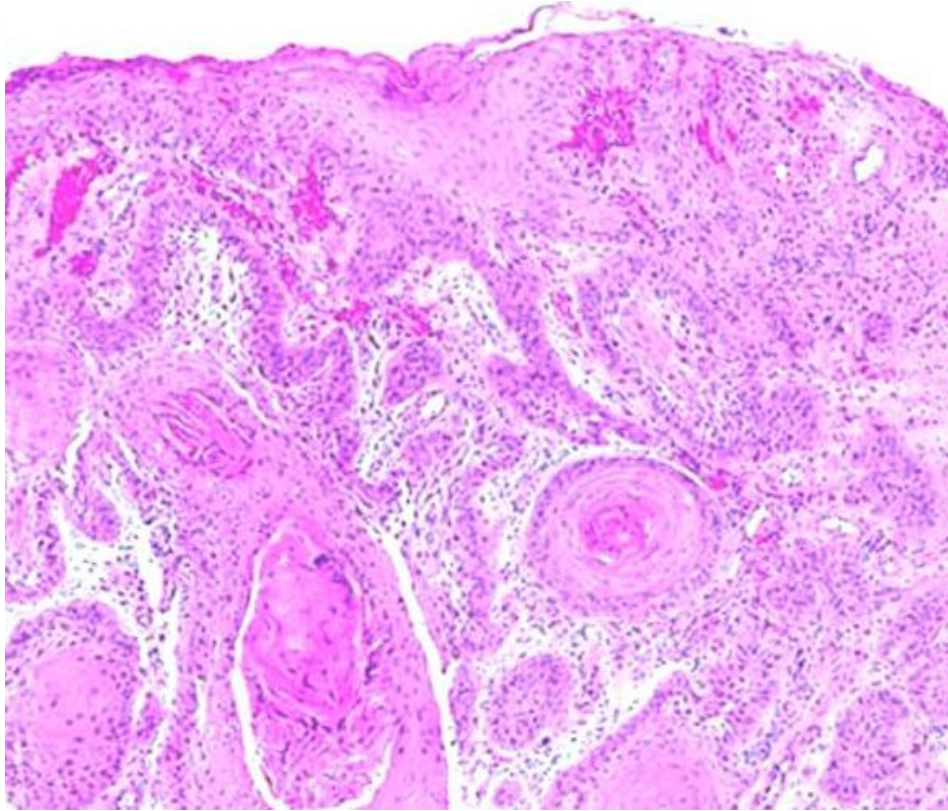


Figure 3: HEx40 : Carcinome épidermoïde

L'examen bactériologique et mycologique était négatif. La radiographie osseuse du pied droit montrait une lyse osseuse avec de multiples lacunes en regard de la tuméfaction (figure4).



Figure 4: Radiographie standard de face du pied droit montrant une déformation en hallux valgus et une destruction osseuse des phalanges des deux derniers orteils.

L'imagerie par résonance magnétique était en faveur d'un processus tumoral, s'étendant aux tissus mous, hypodense T1 et en hypersignal en T2 avec des petites logettes de nécrose ou d'abcédation (figure 5).

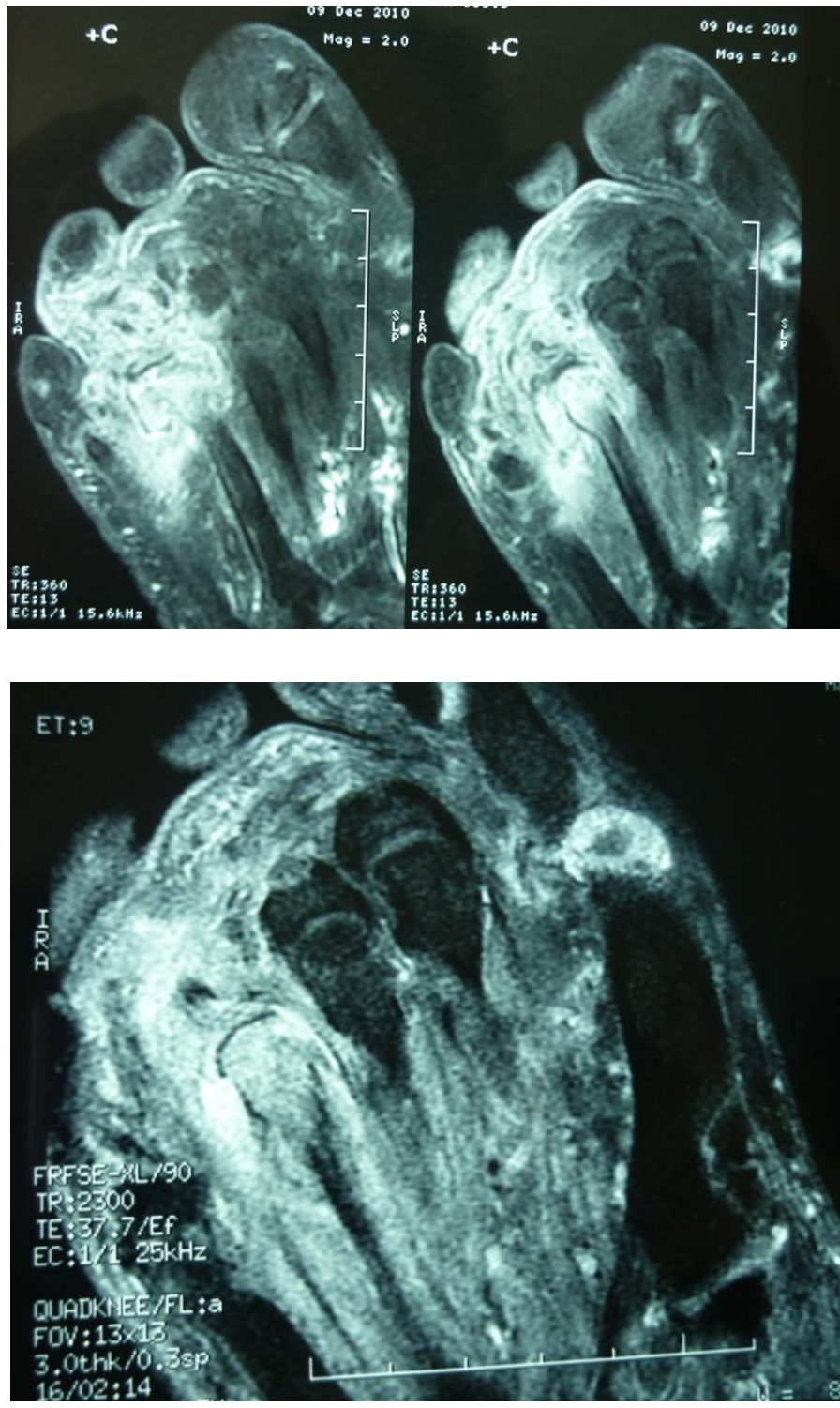


Figure 5 : Imagerie par résonance magnétique du pied droit: processus tumoral avec envahissement tissulaire et osseux.

L'échographie des aires ganglionnaires objectivait trois adénopathies inguinales droites d'allure inflammatoire, et dont la plus volumineuse mesurait 36 × 13 mm.

Le bilan d'extension, comportant une échographie abdomino-pelvienne et un scanner thoraco-abdomino-pelvien, ne montrait pas de métastases à distance.

Une amputation médio-tarsienne type Chopart était réalisée avec des suites simples.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire montre la présence, au niveau du 4^{ème} orteil et du 4^{ème} espace interorteil gauche, d'une tumeur ulcérobougeonnante mesurant 5x3,6 cm située à 2 cm de la tranche de section osseuse.

A la coupe, cette tumeur paraît infiltrer l'hypoderme, et fuse à travers l'os qui est friable.

L'examen histologique montre une prolifération tumorale carcinomateuse formant de volumineux massifs, et faite de cellules de grande taille, polyédriques, comportant des noyaux nucléolés à chromatine granulaire avec présence de quelques foyers de mitose. Ces cellules présentaient des signes de maturation malpighienne à savoir des ponts d'union et des globes cornés. Le stroma tumoral était fibroinflammatoire (figures 6A, 6B, 6C).

Cette prolifération infiltrait le derme et l'hypoderme et détruisait l'os adjacent. Les tranches de section cutanées et osseuses étaient saines.

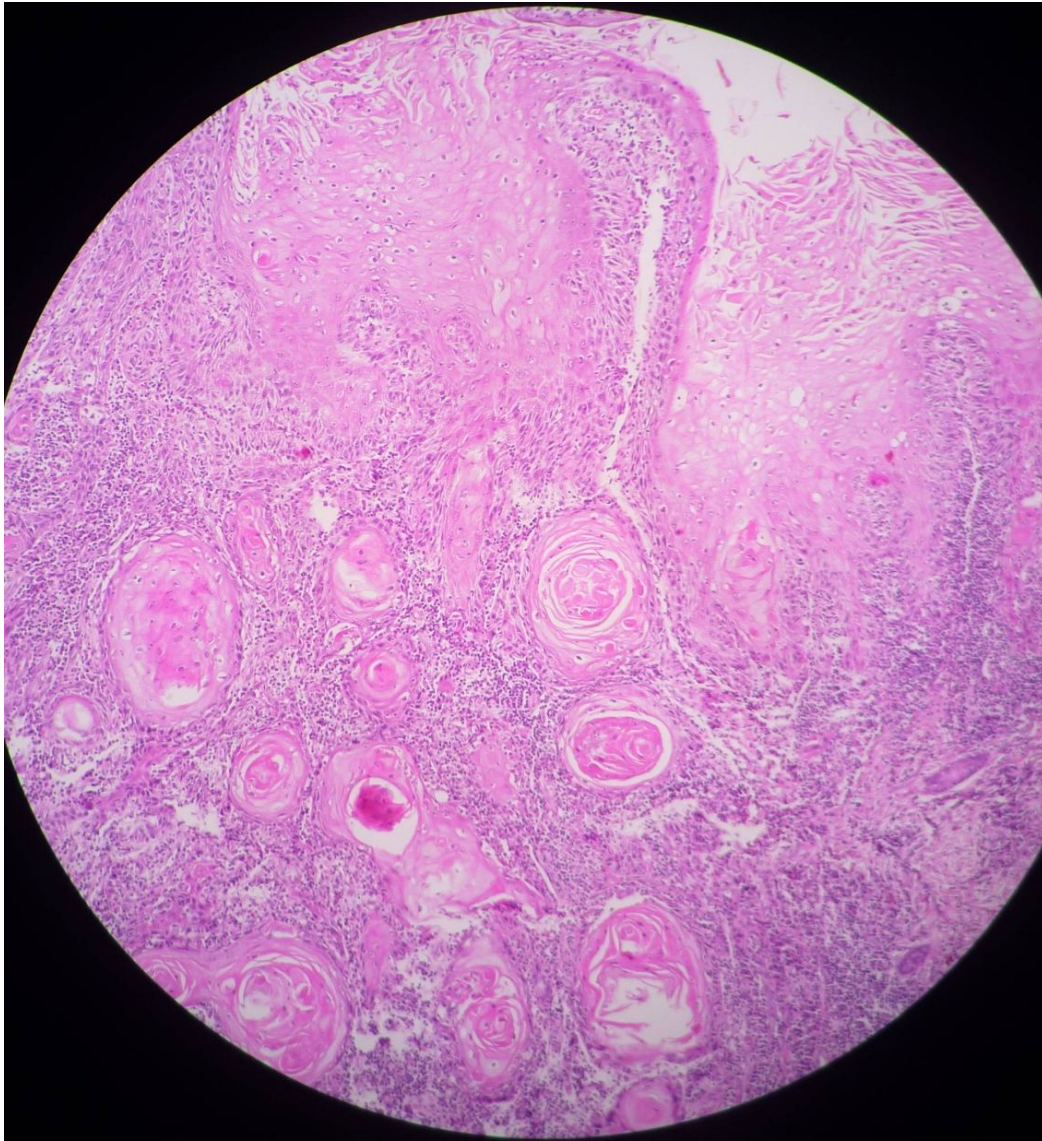


Figure 6 A : HEx40 : Histologie cutanée en faveur d'un carcinome verruqueux bien différencié

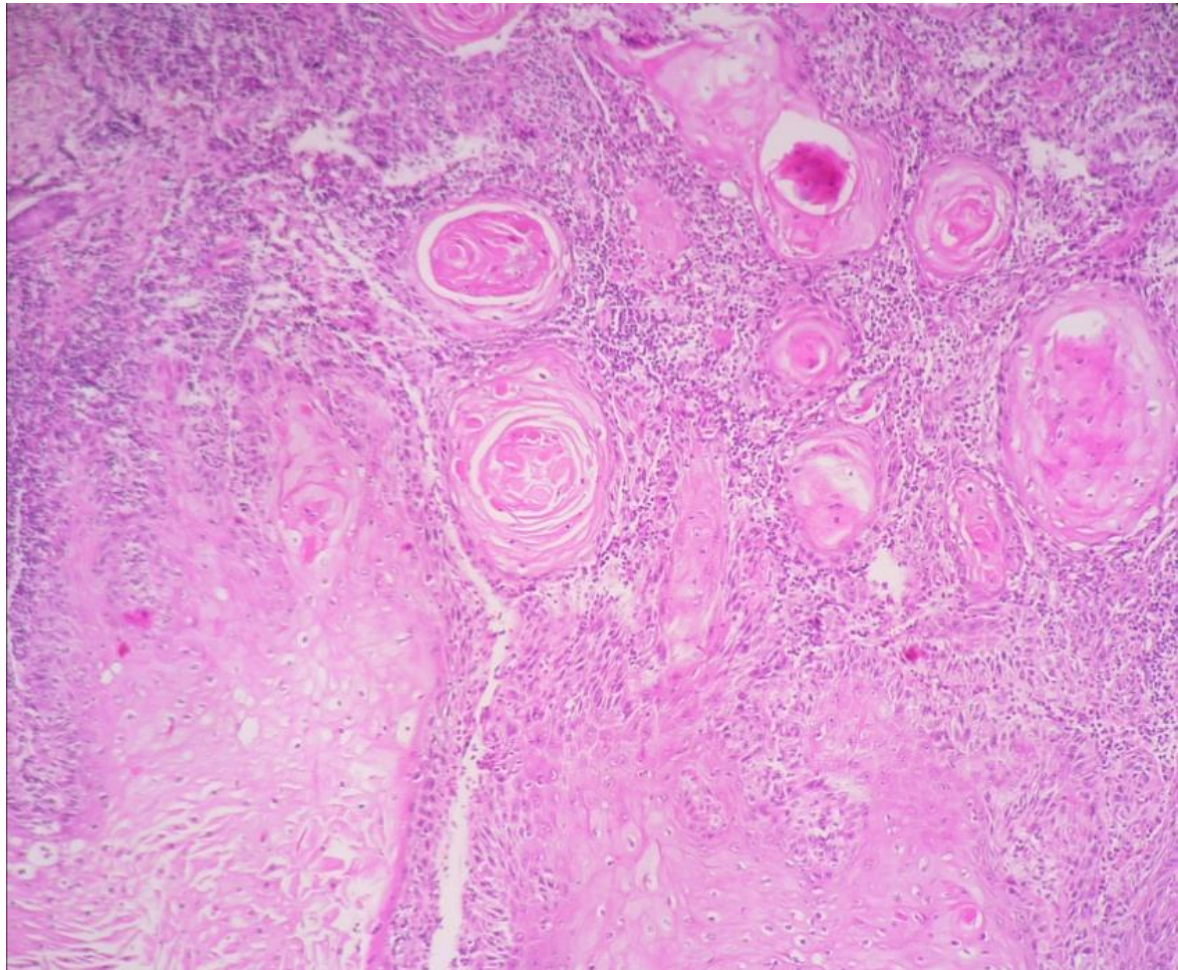


Figure 6 B: HEx40 Histologie cutanée en faveur d'un carcinome verruqueux bien différencié

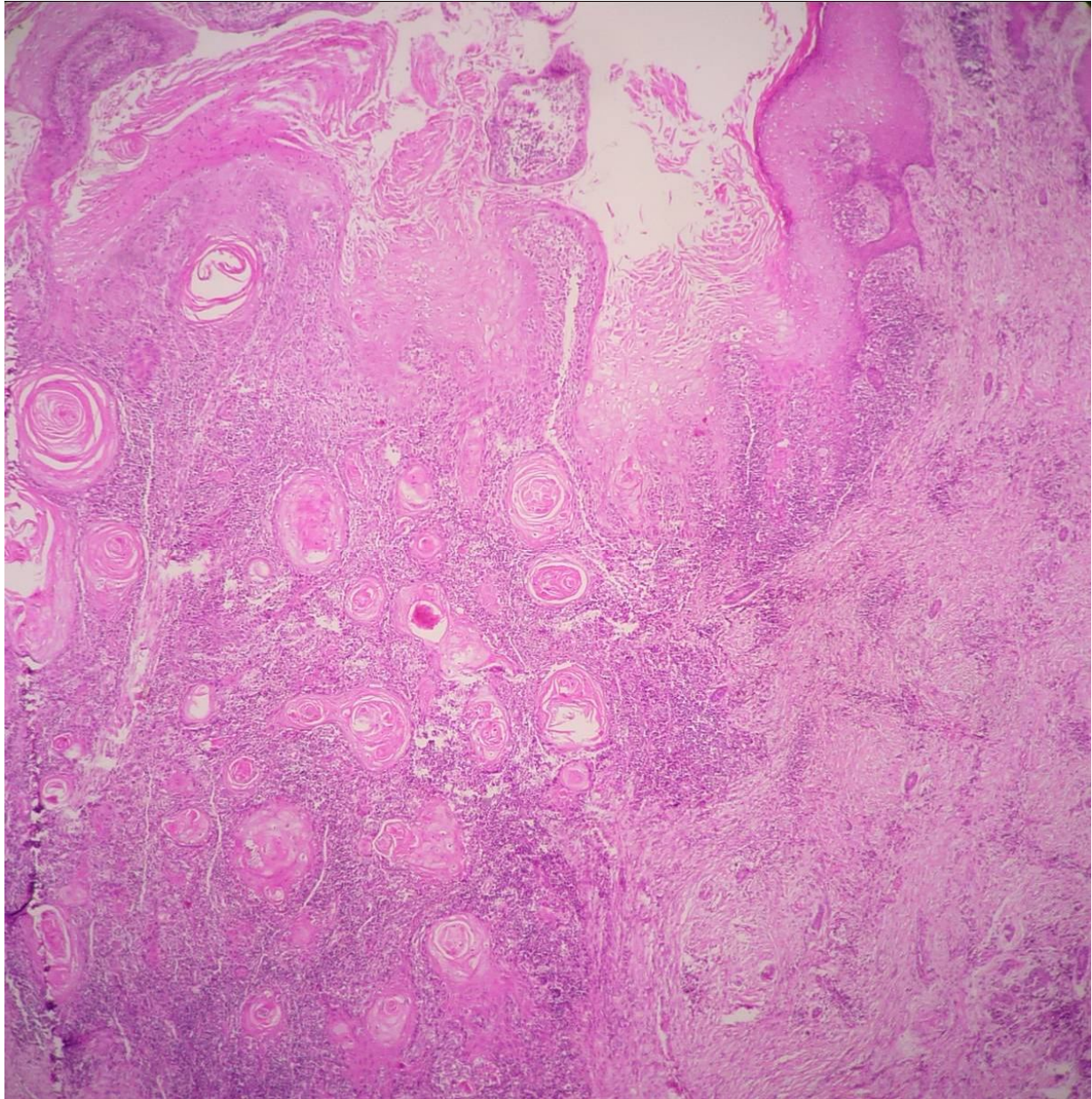


Figure 6 C: HEx40 : Aspect verruqueux du revêtement épidermique réalisant des boyaux carcinomateux s'invaginant dans le derme, envahissement du derme profond et de l'hypoderme, différenciation malpighienne avec élaboration des globes cornés.

Le diagnostic de carcinome épidermoïde verruqueux bien différencié, infiltrant et kératinisant était, donc, retenu. La recherche d'HPV par hybridation in situ était négative. Aucune récurrence n'avait été observée avec un recul de 12 mois.

A decorative floral wreath with intricate scrollwork and leaf patterns, framing the word "Discussion" in the center.

Discussion

Le carcinome verruqueux est une tumeur rare à évolution lente mais ayant une capacité destructrice locale (4). Il s'agit d'une variété anatomoclinique particulière du CE caractérisée par un bas grade de malignité. Cette tumeur siège habituellement au niveau buccal, laryngé, nasal ou génital, mais aussi n'importe où sur le tégument (5).

La localisation dans l'EIO reste inhabituelle. La clinique et l'histologie y sont souvent trompeuses conduisant à une confusion diagnostique et un retard thérapeutique engageant le pronostic fonctionnel du membre.

I. Epidémiologie :

Le carcinome épidermoïde de la peau, toute variante confondue, occupe le second rang des carcinomes affectant les sujets caucasiens avec 200000 nouveaux cas par an aux USA. Les données épidémiologiques concernant le CV restent rares. Il s'agit le plus souvent de cas sporadiques et plus rarement de séries de cas d'un faible effectif (4).

Le CV touche avec prédilection les sujets âgés. Cependant, il a été rapporté chez des patients plus jeunes (16 ans) (6).

Dans une série de 12 patients présentant un carcinome verruqueux des membres inférieurs, recueillis sur 27 ans, Durox et al (5) retrouvent une prédominance féminine (8 cas) avec un âge moyen des patients de 78 ans. La localisation la plus fréquente était au niveau de la jambe.

Le carcinome verruqueux de l'EIO est inhabituel. Peu de cas sont rapportés dans la littérature. Une seule série a été publiée en 1975 (7). Il s'agissait de 22 cas colligés chez 19 malades. Une prédominance féminine avait été notée dans cette série (12 femmes parmi 19 malades). Il s'agissait le plus souvent de patients travaillant dans les champs en utilisant des bottes en caoutchouc.

II. Pathogénie :

La pathogénie du carcinome verruqueux reste à élucider. Cependant, cette tumeur semble être liée à des lésions traumatiques, à des phénomènes inflammatoires chroniques à des cancérogènes chimiques ou à des infections par les papillomavirus. Le rôle cancérogène des irradiations par les rayons X favorisant la dégénérescence a été signalé à plusieurs reprises (7).

1. Facteurs de risque communs aux CEC (8) :

A. Facteurs constitutionnels :

- Le principal facteur constitutionnel est le phototype clair qui est déterminé génétiquement.
- Dans le xeroderma pigmentosum, affection héréditaire récessive, le défaut en enzymes réparatrices des altérations photo-induites du DNA, entraîne un risque élevé de CEC.

B. Facteurs environnementaux :

- Exposition solaire : L'apparition d'un CEC est liée à la dose totale cumulée d'UV reçus au cours de la vie. Dans la localisation interorteil, ce facteur semble peu influent.
- Les sources artificielles d'UV sont aussi impliquées :
 - La PUVAthérapie, au-delà de 200 séances, est associée à la survenue d'un CEC.
 - Les sources utilisées dans les centres de bronzage ne sont pas inoffensives et s'additionnent aux autres facteurs de risque.
- Les autres facteurs de risque exogènes sont: l'arsenic, les pesticides, les hydrocarbures, le tabac, les radiations ionisantes, les chimiothérapies locales prolongées...

2. Carcinome verruqueux et lésions inflammatoires ou traumatiques :

À l'instar du CE des zones photoprotégées, le CV interorteil peut compliquer des lésions traumatiques ou inflammatoires préexistantes telles les cicatrices de brûlure instables, les ulcérations chroniques, etc (9).

Dans la série de Baptista et al le port de bottes en caoutchouc par des travailleurs agricoles était souvent rapporté (7).

Terrab et al ont rapporté un cas de carcinome épidermoïde de l'EIO chez une patiente de 66 ans d'origine maghrébine. Ils incriminent la macération interorteil

chronique favorisée par les travaux domestiques de nettoyage à grande eau plusieurs fois par semaine, le rite des ablutions 5 fois par jour, et l'absence d'essuyage régulier des espaces interorteil. Ces facteurs favorisent la survenue de l'intertrigo interorteil, une affection extrêmement fréquente dans notre contexte (9).

Dans la série de Durox et al, chez 11 patients sur 12, le CV s'était développé sur une lésion préexistante qui était un ulcère veineux chez 5 patients, un ulcère mixte chez 3 patients, une séquelle de brûlure chez 2 patients et une ulcération post-traumatique chez un patient (5).

Notre patient présentait « un pied égyptien » avec hallux valgus et chevauchement des orteils donnant lieu à des orteils trop serrés favorisant la macération chronique et constituant le lit d'un intertrigo interorteil. Ces deux conditions réunies seraient responsables de la survenue du CV chez ce patient.

3. Carcinome verruqueux et infection par le papillomavirus humain:

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont surtout incriminées dans les régions génitales et anale mais on retrouve des HPV dans les localisations extra-génitales des CEC, autant dans les zones exposées au soleil que dans les zones non exposées, et autant chez les sujets immunodéprimés que chez les sujets immunocompétents (10)

La présence d'ADN de papillomavirus n'est pas constante dans le carcinome verruqueux, de 12 à 33 p. 100 selon les techniques (11). Par contre la présence de

papillomavirus serait plus fréquente dans les carcinomes verruqueux observés chez les sujets séropositifs pour le VIH (12).

Plusieurs études ont démontré l'implication de l'infection à HPV dans la genèse de ce type de carcinome, comme en témoigne la présence de différents types d'HPV dans les tissus cutanés tumoraux de carcinome épidermoïde, recherchés par technique d'hybridation in situ, et notamment les types 6, 11, 16 et 18 (13). Dans notre cas, la recherche de l'HPV était négative.

III. Diagnostic clinique :

Le CEC commun regroupe la majorité des CEC. Il apparaît le plus souvent sur une peau anormale, montrant des signes d'héliodermie, à partir d'une kératose actinique. Il peut également apparaître sur une maladie de Bowen, une ulcération chronique, une cicatrice, une radiolésion ou même de novo. La lésion associe de façon variable trois composantes: bourgeonnement, ulcération, infiltration. La forme ulcéro-végétante, la plus fréquente, est une tumeur saillante, infiltrante, à surface irrégulière, siège d'une ulcération à fond bourgeonnant et saignant (8).

Le CV est une variante à faible potentiel métastatique du CEC. Il compte plusieurs entités voisines, distinctes par leur localisation : carcinome cuniculatum (jambe, pied), papillomatose orale floride (muqueuse buccale et pharyngée), tumeur de Buschke-Löwenstein (région génitale ou péri-anale) (4, 14, 15, 16).

Du fait de sa rareté, le CV interorteil est méconnu au stade de début à cause de sa présentation clinique souvent trompeuse le faisant confondre avec des lésions bénignes de l'EIO. Cela peut engendrer des retards diagnostiques dont le délai moyen varie entre 2 et 20 ans (5, 7) voire 28 ans conduisant à un retard thérapeutique dont les conséquences fonctionnelles peuvent être handicapantes. Le délai diagnostique de notre patient était de deux ans. Il était secondaire au résultat déroutant de la première biopsie.

La tumeur se présente sous forme d'une lésion initialement nodulaire, puis bourgeonnante, parfois ulcérée, à surface verruqueuse creusée de pertuis remplis de débris de kératine nauséabonds, faisant saillie au niveau de l'espace interorteil (7). La lésion s'étend en surface et en hauteur pour donner le tableau classique d'une tumeur exophytique qui peut déborder sur la face dorsale du pied. L'infiltration en profondeur dépasse les limites visibles de la lésion (8).

Tous les EIO peuvent être le siège de cette prolifération. Cependant, il semble que les 3^{ème} et 4^{ème} EIO sont les plus concernés (figure 7) (9).

Une surinfection bactérienne est souvent associée comme chez notre patient. C'est elle qui masque le cancer et retarde le diagnostic qui sera fourni par la biopsie. La tumeur peut également prendre l'aspect d'un intertrigo interorteil érosif rebelle au traitement(7) ou se localiser initialement sous l'ongle (17).

Le CV est une tumeur peu agressive et rarement métastasant en dehors de l'os et de l'articulation voisine (5).L'examen clinique doit être minutieux à la recherche d'une douleur osseuse ou d'une impotence articulaire. L'examen ganglionnaire sera

systématique à la recherche d'adénopathies métastatiques notamment poplitées et inguinales (8).



Figure 7 : Carcinome verruqueux du premier et du troisième EIO.

IV. Diagnostic histologique :

La biopsie cutanée constitue un temps crucial pour le diagnostic. Elle fournit la certitude diagnostique. Elle doit être suffisamment large et profonde pour une meilleure appréciation du potentiel malin de la tumeur.

Le résultat d'une première biopsie cutanée peut ne pas être contributif comme dans notre cas. De ce fait, il est primordial de réaliser des biopsies multiples devant de telles lésions interdigitales (7).

Histologiquement, il s'agit d'une prolifération tumorale carcinomateuse de type épidermoïde, bien différenciée avec peu d'atypies cellulaires et de rares mitoses, ce qui rend la distinction avec une hyperplasie pseudoépithéliomateuse ou une verrue vulgaire difficile. Cette prolifération envahit le derme en profondeur et, est associée à des modifications épidermiques non spécifiques (hyperkératose, parakératose, acanthose et papillomatose) (18). Ceci pouvant engendrer des fausses sécurités et des retards diagnostics comme dans notre cas (7).

Schématiquement, on distingue trois stades histologiques évolutifs (18, 19) :

Le stade 1

est celui d'une tumeur exophytique et papillomateuse, en chou-fleur, pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre. En contraste avec cet aspect clinique inquiétant, l'examen histologique montre une prolifération épithéliale malpighienne bien différenciée d'aspect bénin associant acanthose, papillomatose et hyperkératose. Les cellules régulières sans anomalie nucléaire ni mitose. Ce stade est très difficile à différencier d'une hyperplasie pseudo carcinomateuse et c'est plus l'aspect clinique et évolutif qui permet de porter ce diagnostic.

Au stade 2

la prolifération épithéliale reste histologiquement bénigne avec une basale toujours très bien conservée, mais l'infiltration en profondeur est très marquée, et la récurrence après exérèse limitée quasiment constante. C'est

pour cette raison que la biopsie doit être profonde. La tumeur refoule souvent plus qu'elle n'envahit les tissus avoisinants mais ce mécanisme peut être la source de destruction tissulaire (muscle, os, cartilage...).

Au stade 3

l'examen histologique montre des zones de carcinomes in situ ou invasif avec anomalies cytonucléaires et désorganisation architecturale, rupture de la basale, invasion dermique par les cordons épithéliaux et un stroma parfois inflammatoire comportant surtout des polynucléaires. La distinction d'un CV d'un CE invasif authentique peut, alors, être difficile. L'utilisation de colorations immunohistochimiques, en particulier bcl-2, Ki-67, et p53, est utile. Seules les cellules basales proliférantes dans le tiers inférieur de l'épiderme seront colorées dans le CV alors l'épiderme entier sera positif dans le CE. En se basant sur le degré de la coloration, on peut distinguer entre les deux tumeurs.

V. Diagnostic différentiel :

Les principaux diagnostics différentiels du carcinome verruqueux sont :

1. La maladie de Bowen (8) :

La MB est un carcinome épidermoïde intra-épithélial qui prend l'aspect d'une plaque discoïde, érythémato-squameuse, souvent kératosique ou croûteuse, bien limitée ce qui la différencie du carcinome verruqueux. Elle siège volontiers sur une zone de peau couverte. Son évolution est lentement progressive. Sur le plan anatomopathologique : l'épiderme est hyperplasique, désorganisé dans son

architecture, constitué sur toute son épaisseur de kératinocytes atypiques sans franchissement de la membrane basale.

2. Le kératoacanthome (8) :

Le diagnostic de kératoacanthome repose classiquement sur l'association de critères cliniques et histopathologiques :

- tumeur d'apparition rapide, centrée par un cratère kératosique,
- organisation générale symétrique de la lésion autour du cratère
- raccordement « en bec » de la tumeur à l'épiderme voisin
- grands kératinocytes à cytoplasme clair
- faible index mitotique
- régression spontanée en 2 à 4 mois.

La présentation clinique du kératoacanthome peut simuler un carcinome verruqueux. Cependant les signes histologiques et l'évolution permettent de faire la part des deux diagnostics.

3. Les verrues vulgaires (20) :

Sont les plus fréquentes des verrues cutanées. Elles surviennent surtout chez les enfants et les adolescents et sont dues essentiellement aux PVH 2 +++ PVH 1, PVH

4, PVH 7. Elles se manifestent sous forme de petites tumeurs grisâtres unique ou multiple, à surface rugueuse, hérissée de villosités hyperkératosiques indolores. Elles se localisent essentiellement au niveau des doigts. L'évolution naturelle favorable et la bénignité des verrues permettent de les différencier du carcinome verruqueux.

4. La tuberculose verruqueuse (21) :

C'est une tuberculose de réinfection. Elle siège habituellement aux extrémités (avant-bras, mains, pieds) mais aussi sur les fesses. Les lésions sont faites d'une ou de plusieurs plaques verruqueuses, papillomateuses, à surface fissuraire, inflammatoires d'où la pression fait sourdre du pus. L'histologie montre une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse avec un granulome tuberculoïde en profondeur. L>IDR est fortement positive mais la BK. Ces deux arguments permettent de différencier la tuberculose verruqueuse du CV.

5. Les mycoses profondes (22) :

Certaines mycoses profondes peuvent avoir des manifestations cutanées trompeuses. Le mycétome est une Infections granulomateuses chroniques d'origine mycosique de la peau et des lésions sous-cutanés qui libèrent par des fistules des grains filamenteux de couleur variable selon l'agent pathogène en cause. L'examen mycologique et l'étude histologiques permettent de faire aisément le diagnostic différentiel avec le CV dans les cas douteux.

VI. Bilan d'extension :

Le bilan d'extension réalisé après le diagnostic est motivé par la nécessité de connaître l'extension locorégionale et à distance de la tumeur. Il doit commencer par un examen clinique minutieux à la recherche d'adénopathies locorégionales.

Le carcinome verruqueux est une variante à croissance lente du carcinome épidermoïde dans laquelle le potentiel métastatique est exceptionnel malgré un pouvoir extensif locorégional marqué (1). Dans la série de Durox et al 9 patients sur 12, présentaient un envahissement loco-régional avec 8 atteintes osseuses (ostéolyse ou réactions périostées) et 3 atteintes ganglionnaires (adénopathie clinique). Aucune atteinte viscérale n'a été décelée (5).

1. L'examen clinique :

La performance de l'examen clinique dans la détection des métastases ganglionnaires est limitée : dans l'étude de Friedman et al. (24) sur des CEC évolués la sensibilité de la clinique est de 71,7% alors qu'elle atteint 91,1% avec la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie de résonance magnétique (IRM).

2. Les méthodes d'imagerie :

Des radiographies osseuses seront demandées systématiquement à la recherche d'une déminéralisation ou d'une lyse osseuse ou ostéoarticulaire témoignant de l'extension tumorale aux structures voisines.

La détection des métastases de CEC a fait des progrès indiscutables mais le choix de l'examen le plus performant reste un sujet de discussion.

L'échographie est l'examen le moins coûteux et se montre supérieur en sensibilité et spécificité à l'examen clinique. Les performances de l'échographie sont étroitement dépendantes de l'opérateur mais aussi du matériel et des critères d'analyse utilisés. Dans une étude comparant les critères d'analyse échographique (taille du ganglion, rapport dimension longitudinale / transversale (L/T), présence ou non d'une hile échogène, et aspect de la corticale) la combinaison absence de hile - rapport L/T élevé avait la plus haute spécificité (97%) et une valeur prédictive positive de 93% (25).

Le rôle de l'IRM dans la pratique dermatologique est en progression permanente. En effet, l'IRM est avantageuse dans l'exploration de certaines tumeurs bénignes (papillomes, dermatofibromes) et malignes (mélanome, carcinome spinocellulaire, lymphome). Elle a également été utile dans la détection des tumeurs récurrentes de la peau sous les lambeaux cutanés greffés et des tumeurs avec localisation sous-unguéale en particulier après l'injection du gadolinium. Dans le cas du carcinome verruqueux, elle permet de préciser la taille et l'étendue tumorale en profondeur notamment l'atteinte osseuse, et de guider le geste chirurgical (23, 26) avec une bonne corrélation aux mesures histologiques postopératoires de l'invasion tumorale.

Les résultats des études comparatives de performance des examens ne sont pas unanimes. Plusieurs études considèrent l'échographie comme supérieure ou équivalente à la TDM et supérieure à l'IRM dans la détection de métastases

ganglionnaires infracliniques dans les CE de la tête et du cou. Les échographes actuels combinant la fonction doppler (pour évaluation de la vascularisation), l'imagerie tridimensionnelle, et l'échelle de gris ont, pour les ganglions superficiels, un avantage sur les autres méthodes qui leur permettent de détecter des ganglions métastatiques de 3 à 4 mm (27).

Dans une étude prospective, TDM, IRM, tomographie par émission de positons (TEP) et échographie, étaient pratiquées avant curage systématique, puis comparées en termes de sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative et fiabilité, à l'étude anatomopathologique du curage. Il n'y avait pas de différence significative entre échographie et TDM. L'échographie était supérieure à l'IRM et à la TEP mais la valeur prédictive négative de l'ensemble des 4 techniques était trop basse (75,6% pour l'échographie) pour être fiable (28).

VII. Evolution :

Le carcinome verruqueux est une tumeur de bas grade de malignité. La croissance tumorale est progressive, et se fait sur un mode à la fois endo- et exophytique (1, 18).

Toutefois, ces deux composantes coexistent de façon variable selon la localisation du carcinome. Dans le carcinome verruqueux du pied, probablement en raison de phénomènes compressifs liés à la marche et au port de chaussures fermées, la composante endophytique est prépondérante (7).

L'évolution est lente mais localement destructrice avec envahissement des parties molles sous-jacentes et plus tardivement de l'os (10 % des cas). La tumeur devenant inextirpable (5).

Chez notre patient, l'atteinte osseuse par contiguïté, témoigne non seulement de ce potentiel évolutif et agressif tumoral mais aussi du retard diagnostique.

Les métastases viscérales sont exceptionnelles et leur présence doit faire remettre en cause le diagnostic. L'extension métastatique est rare et se fait principalement sous forme d'atteinte ganglionnaire locorégionale (5).

Les récurrences locales après traitement sont fréquentes pouvant atteindre 65 % dans certaines localisations. Le suivi du patient est primordial car des cas de récurrences ont été rapportés malgré des marges de résection histologiquement saines (29).

Problématique de la classification pronostique des CEC primitifs (8) :

Il n'existe pas à ce jour de classification pronostique satisfaisante des CEC primitifs. La classification TNM développée par l'AJCC/IUAC/UICC commune à tous les cancers cutanés hors mélanome, n'est pas adaptée au CEC. Elle utilise la taille de la tumeur dans sa plus grande dimension comme seul critère de T1 à T3, avec des seuils classant à 2 et 5 cm, et définit le stade T4 par l'envahissement des structures profondes sous hypodermiques : cartilage, muscle strié ou os.

Classification clinique TNM des cancers de la peau (hors mélanome)

Tumeur primitive (T)

TX : la tumeur primitive ne peut être évaluée

T0 : pas de tumeur primitive identifiable

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : tumeur $2\text{cm} \leq T \leq 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur $> 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur envahissant les structures profondes : cartilage, os ou muscle strié

NB : en cas de tumeurs multiples simultanées, la tumeur classée sera celle qui a le T le plus élevé et le nombre de tumeurs sera indiqué entre parenthèse

Ganglions lymphatiques régionaux (N)

NX : les ganglions régionaux ne peuvent être évalués

N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 : métastase ganglionnaire régionale

a : micro métastase

b : macro métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre < 3 cm

N2 : a métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre > 3 cm

b métastases multiples dans l'aire homolatérale, de diamètre

c métastases régionales intra lymphatique (in transit ou satellites)

N3 : a métastases bilatérales ou controlatérales

b métastases ganglionnaire avec envahissement du facial ou de la base du crâne

Métastases à distance (M)

MX : les métastases à distance ne peuvent être évaluées

M0 : pas de métastase à distance

M1 : métastase(s) à distance

Regroupement en stades

Stade 0 Tis N0 M0

Stade I T1 N0 M0

Stade II T2 N0 M0

T3 N0 M0

Stade III T4 N0 M0

tout T N1 M0

Stade IV tout T tout N M1

Classification histopathologique pTNM

Les catégories pT, pN et pM correspondent aux catégories T, N et M.

pN0 : l'examen histologique du curage ganglionnaire doit porter sur 6 ou plus ganglions

Ces insuffisances sont regrettées par les auteurs des guides adaptés mais sans proposer d'alternative. Une classification pronostique plus précise permettrait de mieux apprécier le niveau de risque, d'identifier des groupes de patients à risque plus homogènes et de mieux adapter les choix thérapeutiques. Une telle classification supposerait de disposer des résultats d'une étude prospective d'une cohorte de grande dimension avec analyse multi variée des multiples facteurs candidats.

Le groupe de travail pour l'études des CEC de la SFD a estimé que des études rétrospectives de séries de cas ne permettant pas de savoir si les variantes morphologiques sont un paramètre discriminatif de pronostic, indépendant notamment de l'épaisseur tumorale et de la profondeur d'invasion, il était difficile d'adopter cette classification en l'état.

Il est cependant possible de classer en 2 groupes les variantes dont la réputation semble la mieux établie :

- **quatre variantes de CEC à faible risque métastatique** : CE commun, **verruqueux**, à cellules fusiformes (à l'exception de ceux en zone irradiée) et CEC mixtes et métatypiques.

- et 3 formes vraisemblablement plus agressives : CE acantholytique, CE desmoplastique et CE muco-épidermoïde.

Classification pronostique des CEC

Critères	Groupe 1 : à faible risque	Groupe 2 : à risque significatif
<u>Cliniques</u>		
Primitif vs récidive	Primitif	Récidive
Degré d'infiltration clinique	absence	adhérence au plan profond
Symptômes neurologiques d'envahissement	Non	Oui
Statut immunitaire	Immunocompétent	Immunodéprimé
Taille (diamètre) en fonction de la localisation	< 10 mm en zone R+** < 20 mm en zone R-*	≥ 10 mm en zone R+* ≥ 20 mm en zone R-**
<u>Anatomo-pathologiques</u>		
Envahissement péri-nerveux	Non	Oui
Degré de différenciation cellulaire	Bon	moyen à indifférencié
Formes histologiques	CEC commun, verruqueux, fusiforme (hors zone irradiée), mixte ou métatypique	CEC desmoplastique > muco-épidermoïde > acantholytique
Profondeur (niveau de Clark) Epaisseur	Niveau ≤ III, Epaisseur ≤ 3 mm	Niveau ≥ IV Epaisseur : > 3 mm

Légende :

**Zone à risque significatif (R+) : les zones péri-orificielles (nez, lèvres, oreille externe, paupières), les zones non insolaées (périnée, sacrum, plantes des pieds, ongles) ou sur radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation chronique, ulcères chroniques.

*Zone à risque bas (R-) : autres localisations de l'extrémité céphalique, du tronc et des membres (zones photoexposées).

VIII. Traitement (8) :

1. Buts :

- Traitement curatif précoce de la tumeur
- Préserver le pronostic fonctionnel et esthétique du membre
- Prévenir les récurrences

2. Moyens et indications :

A. Chirurgie :

L'objectif principal du traitement chirurgical est d'obtenir l'exérèse complète, histologiquement confirmée, de la tumeur.

Deux autres objectifs sont aussi importants :

- le maintien d'une fonction normale dans la mesure du possible.
- l'obtention d'un résultat esthétique satisfaisant.

a. Chirurgie conventionnelle :

Etant donné la forte agressivité locorégionale du carcinome verruqueux, plus particulièrement dans l'EIO, une exérèse chirurgicale large est recommandée car il est difficile d'apprécier l'extension tumorale en peropératoire (30).

L'information du patient doit précéder tout acte chirurgical. Elle portera sur les options thérapeutiques, chirurgicales ou non, les risques (complications ou séquelles éventuelles), les bénéfices et résultats attendus à court et à long terme sur les plans fonctionnel et esthétique. Le patient sera informé que la pièce d'exérèse sera étudiée sur le plan anatomopathologique et qu'un complément chirurgical pourra être nécessaire à la suite de cette étude en cas d'exérèse incomplète (8).

La procédure chirurgicale doit être planifiée en fonction des paramètres de la tumeur. Les limites latérales et profondes (degré d'infiltration) de la lésion doivent faire l'objet d'une évaluation clinique soignée. Les marges de l'excision doivent être dessinées avant l'injection de l'anesthésique local qui pourrait rendre moins repérables les limites de la tumeur (8).

La marge latérale de peau saine à enlever pour éradiquer la tumeur est la question cruciale du traitement chirurgical et le principal objet de discussion (8)

Les guides BAD 2002 et NCCN font référence au travail de Brodland et Zitelli (31) qui retiennent, à partir d'une étude prospective portant sur 141 CEC primitifs enlevés par chirurgie de Mohs, que :

- une marge de 4 mm suffit à éradiquer 95% des tumeurs de moins de 2 cm de diamètre

- une marge > 6 mm est nécessaire pour obtenir le même résultat pour les tumeurs de diamètre > à 2 cm, ou comportant des facteurs de risque tels que les CEC

peu différenciés, les CEC envahissant les tissus sous cutanés ou siégeant dans des zones à risque (niveau de preuve 2).

Il est souligné que la marge d'exérèse peut être élargie, jusqu'à 10 mm, voire plus, pour obtenir des taux similaires de contrôle local dans certaines circonstances : ré-excisions après contrôle postopératoire positif des marges ou caractéristiques tumorales associées à un risque d'extension infraclinique : grade histologique élevé, invasion de l'hypoderme, localisation dans les zones à risque et a fortiori en cas d'invasion péri neurale. Pour les lésions très volumineuses des marges plus larges encore ont été proposées.

Dans certains cas, une amputation partielle ou totale peut être nécessaire en cas de tumeur invasive et agressive ou devant la présence d'un réseau vasculaire précaire, une perte cutanée diffuse, une infection postopératoire profonde ou en cas de récurrence tumorale.

Le curage ganglionnaire n'est indiqué qu'en présence d'adénopathies satellites palpables. Récemment, la recherche peropératoire de métastases ganglionnaire occultes par la méthode du ganglion sentinelle a été décrite pour les CE du membre inférieur, mais elle demeure controversée et est surtout indiquée si la tumeur est peu différenciée (32).

La chirurgie de Mohs peut être utilisée afin de guider l'exérèse et de minimiser les pertes de tissu sain (29) avec de bons résultats en cas de tumeur peu invasive.

b. Chirurgies micrographiques :

Les chirurgies micrographiques sont les techniques qui permettent une visualisation exhaustive des marges d'exérèse (100% des berges péri-tumorales).

La technique de chirurgie micrographique décrite par F. Mohs en 1941 a évolué depuis sa première description (33). Elle se pratique le plus souvent sous anesthésie locale avec analyse extemporanée par congélation. La tumeur est d'abord enlevée par curetage ou exérèse chirurgicale.

Une première recoupe mince (environ 2 mm) est alors prélevée sur toute la surface péri tumorale. Cette recoupe est repérée, orientée puis aplatie pour permettre d'être débitée horizontalement sur sa face externe après congélation. Toutes les berges péri tumorales sont ainsi visualisées dans un même plan. Après vérification histologique extemporanée, s'il ne persiste pas de foyer tumoral, les marges sont considérées comme saines. Dans le cas contraire, le résidu tumoral est repéré pour orienter la reprise qui se fera à nouveau de façon parallèle à la surface de la perte de substance. Cette exérèse « en galettes » successives nécessite une bonne coordination entre geste chirurgical, préparation des coupes et lecture histologique. Elle allonge la durée de l'intervention et mobilise plus de personnel ce qui augmente le coût du traitement (8).

Pour les autres chirurgies micrographiques, CMM avec inclusion en paraffine (slow Mohs) ou similaires (Breuninger et autres), le résultat histologique est différé car les tissus sont inclus en paraffine. L'absence

d'examen histologique extemporané en réduirait le coût mais pas le caractère complexe et la minutie du repérage de la pièce pour l'anatomopathologiste (8).

B. Radiothérapie (8) :

a. Radiothérapie externe :

Elle utilise des photons X de faible énergie (contacto-thérapie), des photons X de forte énergie, des rayons gamma (télé cobalt) ou des faisceaux d'électrons (accélérateurs linéaires). C'est un traitement non invasif qui nécessite plusieurs séances (en moyenne 10 à 30) étalées sur 3 à 6 semaines. Le fractionnement de la dose permet d'obtenir de meilleurs résultats esthétiques mais rallonge le traitement.

b. Curiethérapie interstitielle :

Elle consiste à implanter dans la tumeur, généralement sous anesthésie locale, des gaines plastiques permettant le chargement de fils d'iridium 192 (Ir192-émetteur principal γ) à bas ou haut débit de dose.

La place de la radiothérapie demeure complémentaire au traitement chirurgical en cas d'envahissement profond. La radiothérapie seule n'est pas recommandée, malgré quelques cas de succès, devant le risque de transformation en carcinome anaplasique.

Le NHMRC ne retient la RT qu'en seconde intention, après avis spécialisé, et la réserve :

- à une minorité de CEC primitifs : quand l'état du patient contre indique l'intervention ou si le patient refuse la chirurgie, lorsque la chirurgie entraînerait une morbidité inacceptable,
- aux CEC récidivants ou avancés où la RT peut compléter la chirurgie pour améliorer le contrôle tumoral.
- aux reliquats tumoraux dans lesquels un traitement chirurgical ne peut pas être réalisé.
- à la prise en charge des métastases.

C. Traitement systémique (8) :

a. Chimioréduction pré-opératoire (néo adjuvante) :

La chimiothérapie néo-adjuvante a pu être utilisée dans des tumeurs très volumineuses dans l'espoir de les rendre accessibles à la chirurgie. La plupart des essais n'ayant montré aucune amélioration du contrôle tumoral ni de la survie, ce mode de traitement est très peu utilisé.

b. La thermochimiothérapie :

A été proposée comme traitement néo adjuvant ou à la place de la chimiothérapie systémique palliative dans les carcinomes des membres évolués. Les produits utilisés sont le melphalan mais aussi la doxorubicine seule ou associée au cisplatine. L'adjonction de TNF- α et d'IFN- γ au melphalan a spectaculairement amélioré les taux de réponse, permettant un contrôle local et évitant l'amputation [164], mais sans amélioration de la survie globale.

c. Chimiothérapie et chimio-radiothérapie adjuvantes :

La radiothérapie post opératoire est indiquée dans les CE primitifs de mauvais pronostic (reliquat tumoral après chirurgie, métastases ganglionnaires multiples ou de taille > 3 cm, invasion vasculaire ou nerveuse). Les essais de traitements combinés ont abouti à des résultats discordants. Dans une étude randomisée contrôlée récente, le traitement combiné post-opératoire radiothérapie-cisplatine montre une amélioration de la survie sans progression et de la survie globale, par rapport au groupe radiothérapie seule (34).

Ainsi, la chimiothérapie n'a qu'une place limitée, réduite aux échecs de la chirurgie et de la radiothérapie, liée à la mise en œuvre inadéquate ou trop tardive de ces traitements.

L'efficacité des traitements médicaux proposés, en cas de contre-indications ou refus à la chirurgie reste à évaluer [14].

Cependant, certains auteurs, ont rapporté un effet bénéfique dans le contrôle de la tumeur. Récemment, il a été démontré, que le méthotrexate par voie intra artérielle permet de préserver l'intégrité fonctionnelle et esthétique en cas de carcinome verruqueux de la verge, de la cavité buccale ou dans la localisation sous-unguéale (figure 8) (35).



Figure 8 :(A) Carcinome verruqueux sous-unguéal de l'index droit (B) après avulsion de l'ongle (C) après 21 jours de traitement, (D) 4 ans et 8 mois après

Dans la série de Durox et al trois patients sur 12 ont reçu des traitements médicaux (interféron, chimiothérapie, méthotrexate...) qui se sont avérés inefficaces ou délétères. Un traitement chirurgical secondaire a été réalisé chez 2 d'entre eux (5).

D. Autres moyens thérapeutique (8) :

D'autres modalités thérapeutiques ont été rapportées comme la cryothérapie, la cautérisation électrique et le laser, mais elle sont toutes associées à un haut risque de récurrence. Une surveillance étroite et prolongée est nécessaire pour guetter la survenue d'éventuelles récurrences qui restent fréquentes même après chirurgie large.

A decorative floral wreath with intricate scrollwork and leaf patterns, framing the word "Conclusion" in a cursive font.

Conclusion

Conclusion :

Les particularités de notre observation sont ; la localisation exceptionnelle du carcinome verruqueux au niveau de l'EIO, les difficultés du diagnostic clinique et histologique, l'absence d'identification de l'HPV et la rapidité de l'envahissement osseux. L'anatomopathologiste doit être sensibilisé au diagnostic recherché. Le diagnostic précoce par biopsie systématique et répétée des lésions bourgeonnantes des EIO, permet de réaliser une exérèse chirurgicale carcinologique et permettant d'éviter les récives et les métastases qui sont rares mais graves.

Liste des abréviations :

CE	Carcinome épidermoïde
CECI	Carcinome épidermoïde cutané
EIO	Espace interorteil
CV	Carcinome verruqueux
BAD	British Association of Dermatologists
HPV	Humain papilloma virus
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
CMM	Chirurgie micrographique de Mohs
NHMRC	National Health and Medical Research Council
AJCC	American Joint Committee on Cancer
IUAC	International Union Against Cancer
UICC	Union for International Cancer Control



Résumé :

Difficultés diagnostiques et thérapeutiques du carcinome verruqueux de l'espace interorteil

Introduction:

La localisation du carcinome verruqueux au niveau de l'espace interorteil est très rare. Nous en rapportons un cas en discutant les particularités de cette forme clinique de carcinome épidermoïde.

Observation:

Mr K. M, âgé de 65 ans consultait pour une lésion bourgeonnante et douloureuse du 4ème espace interorteil ayant progressivement comblé le dernier EIO durant ses deux années d'évolution. La biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome épidermoïde. Le bilan radiologique mettait en évidence un envahissement osseux. Le bilan d'extension ne montrait pas de métastases à distance. Une amputation Chopart était réalisée. La recherche d'HPV était négative.

Conclusion:

Les particularités de notre observation sont la localisation exceptionnelle du carcinome verruqueux au niveau de l'EIO et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques auxquelles il expose. Nous insistons sur l'intérêt de multiplier les biopsies dans les cas similaires.

Mots-clés : carcinome verruqueux, espace interorteil, diagnostic

ملخص :

الصعوبات التشخيصية و العلاجية للسرطان التؤلوي للحيز البياصبعي القدمي

مقدمة :

إن تموضع السرطان التؤلوي في الحيز البياصبعي هو حالة جد نادرة. نسردي في هذه الدراسة حالة من هذا النوع و نناقش المميزات السريرية لهذا النوع من سرطان الخلايا الحرشفية.

حالة مرضية:

قدم السيد ك.م إلى عيادة أمراض الجلد من أجل ورم متبرعم و مؤلم في الحيز البياصبعي الرابع و الذي اجتاح هذا الأخير خلال سنتين من التطور. أظهر التحليل النسيجي للخزعة الجلدية سرطانا للخلايا الحرشفية, و أبانت الصور الراديولوجية اجتياحا عظمية. الفحوصات الأخرى لم تظهر أي امتداد للورم خارج القدم. تم بنز القدم استنادا لطرية شوبار. لم تبين الدراسة البيولوجية عن وجود فيروس الورم الحليمي البشري.

خلاصة :

تتميز حالة مريضنا بالتموضع الفريد للسرطان التؤلوي في الحيز البياصبعي مما يجعله صعب التشخيص و العلاج, ولهذا فإننا نركز على أهمية تكرار الخزعات الجلدية في مثل هذه الحالة.

الكلمات الأساسية: سرطان تؤلوي, حيز بياصبعي قديمي, تشخيص

Abstract :

Diagnostic and therapeutic difficulties of intertoes verrucous carcinoma

Introduction: Localisation of epidermoid carcinoma in the intertoe space is very rare. We report a case report and we discuss the particularities of this clinical form.

Case report: A 65-years-old man presenting for a history with painful and exophytic lesion of the 4th intertoe space of the right foot. Evolution was marked two years later by the appearance of a budding tumor, involving the entire right fourth toe. Skin biopsy revealed an epidermoid carcinoma. Radiographs images showed an osseous abnormality. Staging showed no distant metastases. Surgical treatment consisted of Chopart's amputation. The research for HPV was negative.

Conclusion: The particularity of our observation is the exceptional location at intertoes space and the diagnostic and therapeutic difficulties to which it leads. We emphasize the interest of leveraging biopsies in similar cases.

Keywords: verrucous carcinoma, intertoe space, diagnosis

A decorative floral wreath with intricate scrollwork and leaf patterns, framing the central text.

Références

Références bibliographiques:

1. Shimizu A, Tamura A, Ishikawa O. Invasive squamous cell carcinoma arising from verrucous carcinoma. Recognition of verrucous carcinoma of skin as an in situ carcinoma. *Eur. J. Dermatol.* 2006; 16: 439–2.
2. L. V. Ackerman, “Verrucous carcinoma of the oral cavity,” *Surgery*, vol. 23, no. 4, pp. 670–678, 1948.
3. Schell BJ, Rosen T, Rady P et al. Verrucous carcinoma of the foot associated with human papilloma virus type 16. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2001; 45: 49–55.
4. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:1-18.
5. Durox H, Roux C, Sparsa A, Labrousse F, Bedane C, Bonnetblanc JM. Carcinome verruqueux du membre inférieur. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:543—7.
6. Brownstein MH, Shapiro L. Verrucous carcinoma of skin: epithelioma cuniculatum plantare. *Cancer* 1976;38:1710–6.
7. Baptista AP, De Freitas CL, Lima Bastos A. Epitheliomas spinocellulaires interdigitaux du pied. *Ann Derm Syph* 1975;102:491-8.
8. Rapport intégral : Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) : recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. SFD 2009

9. TERRAB Z, AZZOUZI S. Inter-toes space cutaneous epidermoid carcinoma. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:456-8
10. Barr BB, Benton EC, McLaren K, Bunney MH, Smith IW, Blessing K, et al. Human papilloma virus infection and skin cancer in renal allograft recipients. *Lancet* 1989;1(8630):124-9.
11. Gross G, Pfister H. Role of human papillo-mavirus in penile cancer, penile intraepithelial squamous cell neoplasias and in genital warts. *Med Microbiol Immunol* 2004;193:35-44.
12. Cuesta KH, Palazzo JP, Mittal KR. Detection of human papillomavirus in verrucous carcinoma from HIV-seropositive patients. *J Cutan Pathol* 1998;25:165-70.
13. Floristán MU, Feltes RA, Sáenz JC, Herranz P. Verrucous carcinoma of the foot associated with human papilloma virus type 18. *Actas Dermosifiliogr.* 2009 ; 100(5) : 433-5
14. McKee PH, Wilkinson JD, Black MM, Whimster IW. Carcinoma (epithelioma) cuniculatum: a clinico-pathological study of nineteen cases and review of the literature. *Histopathology* 1981;5(4):425-36.
15. Kao GF, Graham JH, Helwig EB. Carcinoma cuniculatum (verrucous carcinoma of the skin): a clinicopathologic study of 46 cases with ultrastructural observations. *Cancer* 1982;49(11):2395-403.
16. Martin F, Dalac S, Lambert D. Verrucous carcinoma. Nosologic aspects, apropos of 4 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1995;122(6-7):399-403.

17. Gallouj S, T. Harmouch B. Carcinome verruqueux sous-unguéal de l'orteil. *Ann dermatol venereol* (2010) 137, 842—843
18. Yanofsky VR, Mercer SE, Phelps RG. Histopathological Variants of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: a review. *J Skin Cancer* 2011; 2011:210813.
19. Saurat. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 5e édition 2009
20. H. Bocquet. Lésions tumorales bénignes associées aux papillomavirus humains. *EMC-Dermatologie Cosmétologie 1* (2004) 97–112
21. G. Moulis, L. Astudillo. Tuberculose cutanée de l'adulte immunocompétent. *Med Mal Inf.* 2010 41 : 12, 663-664
22. Tiemdjo H, Coulibaly N. Mycétomes de la main : à propos de 8 cas. *Chir Main* 2011 ;30(6):460-461
23. Bhushan M., Ferguson J. E. Carcinoma cuniculatum of the foot assessed by magnetic resonance scanning. *Clin Experim Dermatol* 26, 419±422
24. Friedman M, Mafee MF, Pacella BL, Jr., Strorigl TL, Dew LL, Toriumi DM. Rationale for elective neck dissection in 1990. *Laryngoscope* 1990;100(1):54-9.
25. Krishna RP, Sistla SC, Smile R, Krishnan R. Sonography: an underutilized diagnostic tool in the assessment of metastatic groin nodes. *J Clin Ultrasound* 2008;36(4):212-7.
26. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol* 2007;156(1):11-21.

27. Richards PS, Peacock TE. The role of ultrasound in the detection of cervical lymph node metastases in clinically N0 squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Imaging* 2007;7:167-78
28. Akoglu E, Dutipek M, Bekis R, Degirmenci B, Ada E, Guneri A. Assessment of cervicallymph node metastasis with different imaging methods in patients with head and neck squamous cell carcinoma. *J Otolaryngol* 2005;34(6):384-94.
29. Corbin V, Vidal M, Souteyrand P, D'Incan M, Amarger S, Laurichesse H, et al. Carcinome cuniculatum : un diagnostic difficile à évoquer devant une ostéite chronique d'évolution défavorable sous traitement. *Rev Med Interne* 2006;27:713—6.
30. Miller SJ. Defining, treating, and studying very high-risk cutaneous squamous cell carcinomas. *Arch Dermatol.* 2010; 146 (11):1292-5.
31. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992;27(2 Pt 1):241-8.
32. Renzi C, Caggiati A, Mannooranparampil TJ, Passarelli F, Tartaglione G, Pennasilico GM, et al. Sentinel lymph node biopsy for high risk cutaneous squamous cell carcinoma: case series and review of the literature. *Eur J Surg Oncol* 2007;33(3):364-9.
33. Mohs FE. A microscopically controlled method of cancer excision. *Arch Surg* 1941;44:279-295.

34. Olieman AF, Lienard D, Eggermont AM, Kroon BB, Lejeune FJ, Hoekstra HJ, et al. Hyperthermic isolated limb perfusion with tumor necrosis factor alpha, interferon gamma, and melphalan for locally advanced nonmelanoma skin tumors of the extremities: a multicenter study. *Arch Surg* 1999;134(3):303-7.
35. Sheen MC, Sheen Y. Subungual verrucous carcinoma of the thumb treated by intra-arterial infusion with methotrexate. *Dermatol Surg*. 2005 Jul;31(7 Pt 1):787-9.

قسم أبوقرط



بسم الله الرحمن الرحيم

في هذه اللحظة التي يتم قبولي فيها عضوا في المهنة الطبية، أتعهد علانية بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية:

أن أحترم أساتذتي و أمتزفهم لهم بالجميل لذي يستحقونه.

أن أمارس مهنتي بوازح من ضميري و شرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول.

أن لا أفشي الأسرار المعصودة إلي.

أن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف و التقاليد النبيلة لمهنة الطب.

أن أعتبر سار الأطباء إخوة لي.

أن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.

أن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.

أن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريقة تضر بحقوق الإنسان مهما لأقربت من تهديد.

بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار و مقسما بشرفي.

و الله على ما أقول شهيد.

Serment d'Hippocrate



Au moment d'être admise 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 le respect de la vie humaine dès la conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Que Dieu M'en soit témoin

الصعوبات التشخيصية و العلاجية للسرطان التؤلولي للحيز البياصبي القدمي

أطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم:

من طرف

السيدة : كرواز نجوى

المزادة في : 03 يوليوز 1985 بفاس

طبيبة داخلية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية : سرطان تؤلولي, حيز بياصبي قديمي, تشخيص.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

السيد : بدر الدين حسام

أستاذ في أمراض الجلد

السيد : خالد الأزرق

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل

السيد : أيت أوغروي محمد

أستاذ مبرز في أمراض الجلد

السيد : البوزيدي عبد الرحمان

أستاذ في علم التشريح الدقيق

أعضاء