



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2010

THESE N°: 31

**LES LESIONS ELEMENTAIRES
EN DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE
REVUE DE LITTERATURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr Farid BADRI

Né le 18 Mars 1984 à Salé

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Enfant – Dermatologie – lésions élémentaires – Aspects cliniques – Diag

JURY

Mr. A. BENTAHILA

Professeur de Pédiatrie

Mme. F. JABOURIK

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Mr. T. BENOUACHANE

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Mme. N. CHERRADI

Professeur Agrégé d'Anatomie Pathologique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

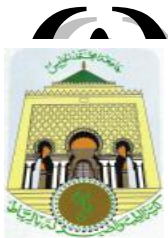


PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم
الحكيم



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek 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 Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader	Pathologie Chirurgicale
--------------------------	-------------------------

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss*	Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed	Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif	Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb	Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed	Pharmacologie Clinique
-----------------------	------------------------

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz	Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia	Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida	Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed	Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek	Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima	Pédiatrie
---------------------------------------	-----------

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam	Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane	Cardiologie

16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
18. Pr. HAMMANI Ahmed*
19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
20. Pr. SBIHI Ahmed
21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

22. Pr. ABROUQ Ali*
23. Pr. BENOMAR M'hamed
24. Pr. BENSODA Mohamed
25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
27. Pr. JIDAL Bouchaib*
28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
30. Pr. BALAFREJ Amina
31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
38. Pr. NAJI M'Barek *
39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

40. Pr. BENJELLOUN Halima
41. Pr. BENSaid Younes
42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
43. Pr. IHRAI Hssain *
44. Pr. IRAQI Ghali
45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

46. Pr. AJANA Ali
47. Pr. AMMAR Fanid
48. Pr. CHAHED OUZZANI ép. TAOBANE Houria
49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
50. Pr. EL HAITEM Naïma
51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

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

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

Décembre 1988

- 57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
- 58. Pr. DAFIRI Rachida
- 59. Pr. FAIK Mohamed
- 60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
- 61. Pr. HERMAS Mohamed
- 62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
- 64. Pr. ACHOUR Ahmed*
- 65. Pr. ADNABOUI Mohamed
- 66. Pr. AOUNI Mohamed
- 67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
- 68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 70. Pr. CHAD Bouziane
- 71. Pr. CHKOFF Rachid
- 72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
- 73. Pr. HACHIM Mohammed*
- 74. Pr. HACHIMI Mohamed
- 75. Pr. KHARBACH Aïcha
- 76. Pr. MANSOURI Fatima
- 77. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 78. Pr. SEDRATI Omar*
- 79. Pr. TAZI Saoud Anas
- 80. Pr. TERHZA Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 82. Pr. ATMANI Mohamed*
- 83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
- 85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
- 88. Pr. BENSOUDA Yahia
- 89. Pr. BERRAHO Amina
- 90. Pr. BEZZAD Rachid
- 91. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 92. Pr. CHANA El Houssaine*
- 93. Pr. CHERRAH Yahia
- 94. Pr. CHOKAIRI Omar
- 95. Pr. FAJRI Ahmed*
- 96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 97. Pr. KHATTAB Mohamed
- 98. Pr. NEJMI Maati
- 99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

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

achida

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

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

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAoui Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAoui Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie

197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
200. Pr. MOULINE Soumaya
201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
202. Pr. OUZEDDOUN Naima
203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
205. Pr. BEN AMAR Abdesselem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUIR Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*
234. Pr. MAHASSINI Najat
235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie – Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

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

Hématologie
 Cardiologie
 Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto- Rhino- Laryngologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Neurochirurgie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
 Anatomie Pathologique
 Neurologie

241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda

Pneumo-phtisiologie
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
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 288. Pr. BENOACHANE Thami
- 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
- 290. Pr. BERRADA Rachid
- 291. Pr. BEZZA Ahmed*
- 292. Pr. BOUCHIKHI IDRIS Med Larbi
- 293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
- 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
- 295. Pr. CHAT Latifa
- 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
- 297. Pr. DAALI Mustapha*
- 298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
- 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
- 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
- 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
- 302. Pr. EL MADHI Tarik
- 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
- 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
- 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
- 306. Pr. ETTAIR Said
- 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
- 308. Pr. GOURINDA Hassan
- 309. Pr. HRORA Abdelmalek
- 310. Pr. KABBAJ Saad
- 311. Pr. KABIRI El Hassane*
- 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
- 313. Pr. LEKEHAL Brahim
- 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
- 315. Pr. MEDARHRI Jalil
- 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
- 317. Pr. MOHSINE Raouf
- 318. Pr. NABIL Samira
- 319. Pr. NOUINI Yassine
- 320. Pr. OUALIM Zouhir*
- 321. Pr. SABBAH Farid
- 322. Pr. SEFIANI Yasser
- 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
- 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

- 325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
- 326. Pr. AMEUR Ahmed*
- 327. Pr. AMRI Rachida
- 328. Pr. AOURARH Aziz*
- 329. Pr. BAMOU Youssef *
- 330. Pr. BELGHITI Laila
- 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
- 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*

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
Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro – Entérologie



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 337. Pr. BICHRA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
- 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
- 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
- 344. Pr. EL MANSARI Omar*
- 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
- 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
- 347. Pr. HADDOUR Leila
- 348. Pr. HAJJI Zakia
- 349. Pr. IKEN Ali
- 350. Pr. ISMAEL Farid
- 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
- 352. Pr. KRIOULE Yamina
- 353. Pr. LAGHMARI Mina
- 354. Pr. MABROUK Hfid*
- 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
- 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
- 357. Pr. MOUSTAIN My Rachid
- 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
- 359. Pr. OUJILAL Abdelilah
- 360. Pr. RACHID Khalid *
- 361. Pr. RAISS Mohamed
- 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
- 363. Pr. RHOU Hakima
- 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
- 365. Pr. SIAH Samir *
- 366. Pr. THIMOU Amal
- 367. Pr. ZENTAR Aziz*
- 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

- 369. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 370. Pr. AMRANI Mariam
- 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 375. Pr. BOULAADAS Malik
- 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 377. Pr. CHERRADI Nadia
- 378. Pr. EL FENNI Jamal*
- 379. Pr. EL HANCHI Zaki
- 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
- 382. Pr. HACHI Hafid
- 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 384. Pr. KARMANE Abdelouahed

Médecine Interne
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie

- 387. Pr. LEZREK Mohammed*
- 388. Pr. MOUGHIL Said
- 389. Pr. NAOUMI Asmae*
- 390. Pr. SAADI Nozha
- 391. Pr. SASSENOU Ismail*
- 392. Pr. TARIB Abdelilah*
- 393. Pr. TIJAMI Fouad
- 394. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

- 395. Pr. ABBASSI Abdelah
- 396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 398. Pr. ALLALI fadoua
- 399. Pr. AMAR Yamama
- 400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 401. Pr. AZIZ Nouredine*
- 402. Pr. BAHIRI Rachid
- 403. Pr. BARAKAT Amina
- 404. Pr. BENHALIMA Hanane
- 405. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 406. Pr. BENYASS Aatif
- 407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 408. Pr. BOUKALATA Salwa
- 409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
- 412. Pr. HAJJI Leila
- 413. Pr. HESSISSEN Leila
- 414. Pr. JIDAL Mohamed*
- 415. Pr. KARIM Abdelouahed
- 416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
- 417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 418. Pr. LYACOUBI Mohammed
- 419. Pr. NIAMANE Radouane*
- 420. Pr. RAGALA Abdelhak
- 421. Pr. REGRAGUI Asmaa
- 422. Pr. SBIHI Souad
- 423. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
- 424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

- 425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
- 426. Pr. AFIFI Yasser
- 427. Pr. AKJOUJ Said*
- 428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
- 429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
- 430. Pr. BENCHEIKH Razika
- 431. Pr. BIYI Abdelhamid*
- 432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine

Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

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
Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique

- 435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
- 436. Pr. DOGHMI Nawal
- 437. Pr. ESSAMRI Wafaa
- 438. Pr. FELLAT Ibtissam
- 439. Pr. FAROUDY Mamoun
- 440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
- 441. Pr. HARMOUCHE Hicham
- 442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
- 443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
- 444. Pr. JROUNDI Laila
- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr. OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES **PROFESSEURS**

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
- 11. Pr. HMAMOUCI Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina
- * Enseignants Militaires

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
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phtisiologie
Pneumo-Phtisiologie

Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces

**A la mémoire de ma grand-mère
paternelle
Hajja CHEKROUN Rahma**

Je te dédie ce très modeste travail en regrettant que tu ne puisses être à mes côtés dans cette étape importante de ma vie.

Malheureusement tu nous as quitté mais c'est le destin qui en a décidé ainsi. Nulle dédicace ne saurait exprimer ma grande tristesse en ton absence...

Ton visage gai et souriant, ta tendresse infinie, et ton amour incomparable resteront à jamais gravés dans mon cœur

Je te remercie pour tous les beaux moments que nous avons partagé en famille...
Je te remercie pour ton grand amour...



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

de dieu règne sur toi
et que sa miséricorde apaise ton âme.

A mes très chers parents

Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être.

Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez endurés durant mes longues années d'études.

Je vous témoigne mon profond amour et mes respects les plus dévoués.

Ce travail n'aurait pu prendre forme sans votre soutien inconditionnel conjugué à l'affection dont vous n'avez jamais cessé de m'entourer.

Que Dieu vous accorde santé, bonheur et longue vie.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ère sœur Wissal et son mari Hatim

L'amour que je vous porte est sans égal,
votre soutien et vos encouragements ont été
pour moi d'un grand réconfort.

Je vous dédie ce travail avec la plus
grande reconnaissance, et la profonde
affection.

Que dieu vous protège et vous gratifie
une bonne santé et une longue et heureuse
vie.

A ma petite sœur Oumaïma

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de
m'encourager durant ces longues années
d'études...



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Je ne peux pas te dire, ça ne sera
jamais en mesure d'exprimer ce que tu
représentes pour moi.

Pour ta sympathie hors du commun, je
t'offre ce travail et je te souhaite bon
courage pour tes études supérieures.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma très chère grand-mère maternelle

Hajja Tahra MELLAH

Vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer l'amour et le respect que je vous dois.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

et puissant vous accorder
santé et longue vie pour que je puisse
encore bénéficier de ta bénédiction.

A la mémoire de mon grand-père maternel

Hajj Mohamed BENDAHDAN

J'ai passé toute ma tendre enfance
auprès de toi.

Vous resterez toujours gravé dans mon
cœur et je ne cesserai de prier dieu pour
que votre âme repose en paix.

Que Dieu bénisse ton âme dans sa grande
miséricorde.

A mes oncles et mes tantes

A mes cousins et mes cousines

A tous les membres de la famille

Veuillez accepter l'expression de ma
profonde gratitude pour votre soutien, vos



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

et

votre

affection

inconditionnelle.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes très chers amis

Vous trouverez ici l'expression de mes
sentiments les plus sincères.

Avec tout mon amour, je vous souhaite un
avenir souriant.

**A tous ceux qui ont contribué de près
ou de loin à l'élaboration de ce
travail.**



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remerciements

A Notre Maître Et Président De Thèse

**Monsieur le professeur : BENTAHILA
Abdelali**

**Professeur de Pédiatrie au C.H.U Rabat-
Salé**

Chef de service « Pédiatrie 4 »

Si votre présidence du jury de cette thèse est pour nous un grand honneur, elle confirme les qualités professionnelles et humaines que reconnaissent tous les étudiants et résidents qui sont passés par votre service.

Votre compétence, votre rigueur et votre profond humanisme font de vous un modèle d'éducateur.

ne pourra certainement pas refléter nos sentiments et notre gratitude, mais soyez sûre que vos efforts envers les malades, les étudiants et les résidents les touchent profondément.

Nous vous renouvelons, notre profonde estime et admiration pour ce que vous êtes.

A Notre Maître Et Rapporteur De Thèse

Madame le professeur : JABOURIK Fatima

**Professeur agrégé de pédiatrie au C.H.U
de Rabat.**

Pour vos propositions judicieuses,
inhérentes au choix du sujet de cette
thèse.

Pour les efforts inlassables que vous
avez déployés pour que ce travail soit
élaboré.

Pour votre douceur, votre soutien
indéfectible et votre compétence à toutes
les étapes de ce travail.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

cepter mes sincères
remerciements de même que le témoignage de
mon profond respect.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A Notre Maître Et Juge De Thèse

Monsieur le professeur : BENOUACHANE

Thami

**Professeur agrégé de pédiatrie au C.H.U
de Rabat.**

Nous avons été touchés par la
bienveillance et la cordialité de votre
accueil.

Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger
notre travail.

C'est pour nous l'occasion de vous
témoigner estime et respect.

A Notre Maître Et Juge De Thèse

Madame le professeur : CHERRADI Nadia

**Professeur agrégé d'anatomie
pathologique au C.H.U de Rabat.**

Nous avons été touchés par la grande amabilité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans notre jury.

Cet honneur que vous nous faites est pour nous l'occasion de vous témoigner respect et considération.

Je vous dois mes remerciements les plus sincères.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Sommaire



	3
2- Anatomie de la peau	6
3- Les différentes lésions élémentaires	14
I. Lésions élémentaires planes : macules	15
II. Lésions palpables solides : papules	22
III. Lésions élémentaires à contenu liquidien clair	30
IV. Lésions élémentaires à contenu liquidien trouble : pustules	34
V. Autres lésions élémentaires primitives : nouures, gommages	36
VI. Altérations de la surface de la peau	38
VII. Altérations de l'épaisseur et/ou de la consistance de la peau	46
VIII. Tumeurs cutanées	50
IX. Lésions intriquées	52
4- Le diagnostic de la maladie dermatologique	54
5- Les examens complémentaires	60
6- Algorithme pour le diagnostic clinique	83
7- Conclusion	93
8- Résumé	97
9- Bibliographie	101



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Introduction



lésion initiale, primaire, telle qu'elle apparaît à l'œil nu, et grâce à elle qu'on fait un diagnostic immédiat et par là, une classification de la dermatose.

La lésion élémentaire traduit au plan morphologique le processus lésionnel et permet souvent, par le seul examen clinique, d'en suspecter le mécanisme. Les lésions élémentaires sont communément classées en lésions primitives et secondaires, ces dernières représentent souvent l'évolution d'un processus lésionnel initial. L'analyse rétrospective de ces lésions secondaires permet de suspecter la nature de la lésion élémentaire lorsque le patient est examiné tardivement et que celle-ci a disparu.

En effet, la description précise des altérations de la surface permet de prévoir en partie les modifications histologiques sous-jacentes. Ces altérations indiquent ce qui se passe dans l'épiderme et dans la couche cornée. Une surface cutanée normale signe l'absence de lésions épidermiques (en dehors des anomalies de la pigmentation), signifiant que le processus pathologique a lieu dans le derme et/ou l'hypoderme. La surface de la peau normale est lisse et son microrelief est visible. La surface de la peau peut ainsi être épaissie (kératose), amincie (atrophie épidermique), absente (érosion, ulcération) ou alors modifiée et/ou remplacée par un élément habituellement absent (squames, nécrose, croûtes).

Sur le plan clinique, une altération de la surface cutanée peut se traduire par une peau qui devient rugueuse, suintante, squameuse, transparente ou dont le microrelief n'est plus visible. Ces altérations sont alors des adjectifs permettant de mieux décrire les lésions. Aussi, dès lors qu'une lésion est palpable, il faut



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ble en soi ou si la lésion est palpable du fait d'une altération de la surface cutanée ou pour ces deux raisons.

La lésion élémentaire évolue dans le temps ; beaucoup de facteurs peuvent la modifier : la surinfection, le grattage, l'eczématisation, le terrain, d'où la difficulté diagnostique qui peut en résulter.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

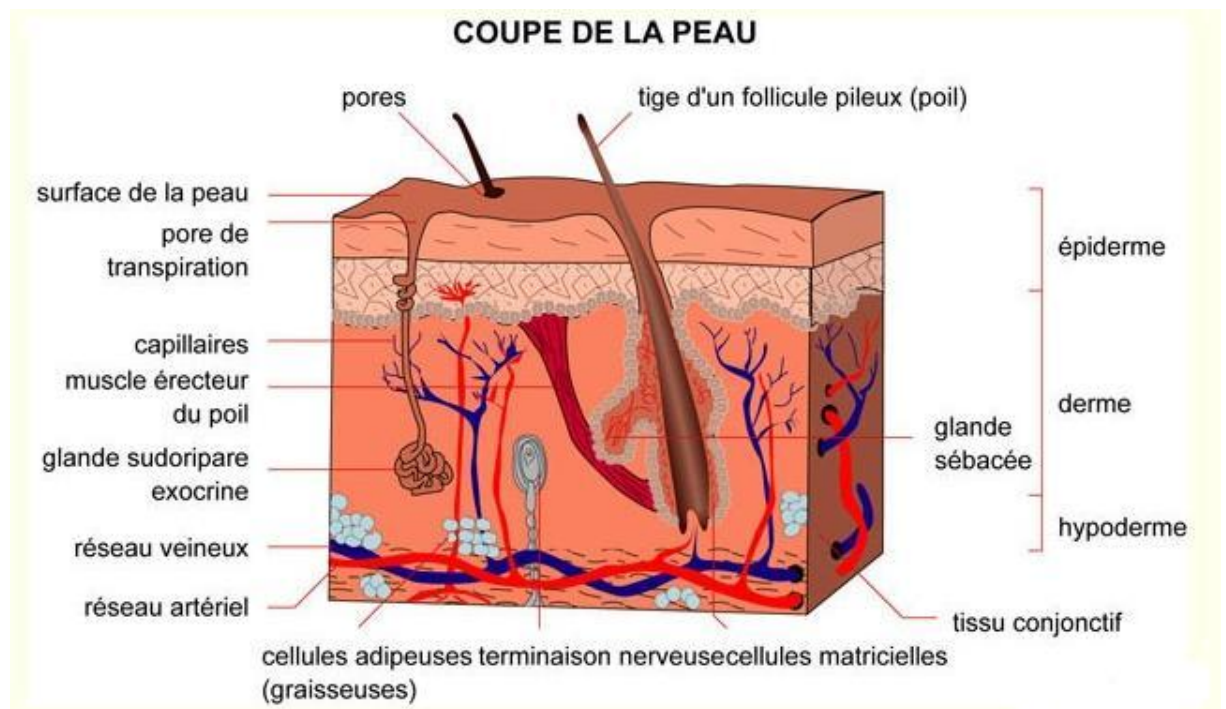


Anatomie de





la peau [1], [2], [3], [4]



La peau est un tissu de revêtement très souple et résistant qui enveloppe le corps, elle constitue la couche protectrice externe. Sa superficie chez l'adulte est de 1.5 à 2m² et pèse environ 4kg. L'épaisseur de l'épiderme est faible, de l'ordre du millimètre. Elle varie selon les parties du corps. Sur le plan anatomique, la peau comprend deux parties principales :

- La partie superficielle mince s'appelle l'épiderme, rattachée à une partie interne plus épaisse :

- Une troisième couche, plus profonde, constitue l'hypoderme mais n'est classiquement pas assimilée à une couche de peau

I. L'ÉPIDERME

L'épiderme est la couche superficielle de la peau dont la surface est formée de cellules mortes kératinisées, qui se desquament. L'épiderme (étymologiquement formé en grec des mots epi, **sur** et derma, **peau**) désigne le tissu de nature épithéliale qui recouvre le derme.

A. Les différents types de cellules de l'épiderme

L'épiderme est résistant, imperméable et protège les tissus sous-jacents. Il est formé d'un épithélium stratifié squameux kératinisé qui se compose de quatre types de cellules :

- Les kératinocytes
- Les mélanocytes
- Les épithéliodocytes
- Les macro phagocytes

a. Les kératinocytes

Les kératinocytes (mot issu de kera signifiant corne) fabriquent la kératine (protéine qui confère aux cellules de l'épiderme leurs propriétés protectrices).

Au fur et à mesure que des kératinocytes progressent vers la surface de la peau (poussés par des cellules plus jeunes situées en dessous), ils fabriquent de la kératine molle qui est leur constituant essentiel. Arrivés en surface, les kératinocytes meurent en desquamant.

années meurent chaque jour et s'éliminent, ce qui permet le renouvellement constant des cellules de l'épiderme, si bien que nous renouvellerons totalement notre épiderme tous les 25 à 45 jours. Les frottements sur la peau augmentent la production cellulaire et entraînent la formation d'une couche épaisse de protection.

b. Les mélanocytes

Les mélanocytes, synthétisent un pigment foncé appelé mélanine (melas = noir), ils sont répartis dans la couche basale de l'épiderme.

Tous les êtres humains possèdent le même nombre de cellules mélanocytes.

Les variations individuelles de la coloration de la peau relèvent probablement de la taille des mélanocytes, de la synthèse et de la sécrétion variables de ce pigment par les cellules, ou de la vitesse de dégradation de la mélanine.

Par exemple, chez le sujet noir, les mélanocytes sont de grandes tailles et contiennent plus de mélanine qu'un sujet blanc.

Les pigments de mélanine ainsi absorbés protègent les noyaux des cellules contre les rayons ultraviolets du soleil.

c. Les macro phagocytes

Les macro phagocytes servent essentiellement à la défense (système immunitaire) de l'organisme.

d. Les épithélioïdocytes

Les épithélioïdocytes semblent jouer un rôle dans le toucher. Elles sont situées à la jonction de l'épiderme et du derme.

Il ne contient aucun vaisseau sanguin. Les cellules qui le composent sont alimentées par diffusion depuis le derme. Il contient par contre de nombreuses terminaisons nerveuses.

B. Les différentes sous-couches de l'épiderme

L'épiderme est composé de cinq couches cellulaires, ou strates, superposées, qui sont, en partant de la superficie à la profondeur:

a. La cornée

La couche superficielle composée de cellules mortes est la cornée, elle protège contre les abrasions et les agressions extérieures (chaleur, froid, sécheresse, déshydratation : perte d'eau). Elle agit également comme barrière empêchant la pénétration dans l'organisme d'éléments extérieurs (microbes, poussières, etc...). Cette couche de cellules kératinisées desquame progressivement au fur et à mesure que ses cellules se détachent de l'épithélium plus profond (pellicules).

La couche cornée secrète des glycoprotéines qui la rend imperméable.

b. La couche granuleuse :

Elle est mince, elle sert à éviter essentiellement la déshydratation à l'organisme.

c. La couche épineuse :

Elle est composée de cellules contenant de la mélanine dispersée dans les kératinocytes.

Elle est la couche profonde avant le derme, dont les cellules se multiplient sans cesse pour régénérer l'épiderme à mesure qu'il s'use en superficie. Elle est constituée d'une seule couche de cellules fermement adhérentes aux cellules situées dans le derme. A ce niveau se rencontrent les kératinocytes les plus jeunes.

L'épiderme n'est irrigué par aucun vaisseau sanguin. Les cellules qui le composent sont alimentées par diffusion depuis le derme. Il contient par contre de nombreuses terminaisons nerveuses.

Il est séparé du derme par la membrane basale.

II. LE DERME

Le derme (derma = peau) est l'une des trois couches de la peau de nature conjonctive. Il est situé entre l'épiderme (couche superficielle de la peau) au-dessus et l'hypoderme en dessous.

Il est constitué d'un tissu conjonctif, à la fois flexible et résistant.

Il est riche en récepteurs sensoriels et en vaisseaux sanguins.

Le derme lui-même est composé de deux couches:

A. La zone papillaire

La zone papillaire en superficie, donne à la surface du derme un relief accidenté. Elle est formée de fibres conjonctives entrelacées qui permettent le passage de nombreux vaisseaux sanguins.

La zone réticulaire est plus profonde, elle occupe 80 % du derme et elle est formée de fibres de collagène enchevêtrées :

- Confèrent à la peau résistance et élasticité ;
- Fixent l'eau et contribuent à l'hydratation de la peau ;
- Participent à la cicatrisation des plaies.

Remarques

Le derme peut se déchirer lors un étirement extrême de la peau comme lors de la grossesse et laisse des cicatrices qu'on appelle les vergetures.

Lors de la formation d'une ampoule, ces deux couches (l'épiderme et le derme) se séparent par un liquide interstitiel.

III. L'HYPODERME

Au dessous du derme se situe l'hypoderme, appelé également fascia superficiel. Il est constitué de tissu adipeux (graisse) et de tissu conjonctif plus lâche que celui du derme.

(Essentiellement constitué de graisse parcourue par des vaisseaux sanguins et contenant des glandes sudoripares et les racines des poils les plus longs)

Trois pigments sont responsables de la couleur de notre peau :

1. La mélanine :

La mélanine est synthétisée à partir de la tyrosine, au niveau de l'épiderme par les cellules mélanocytes.

Les tâches de rousseur ou nævus pigmentaires (grains de beauté) sont produites par l'accumulation de ce pigment.

L'exposition au soleil stimule l'activité des mélanocytes et permet le bronzage.

Les ultraviolets peuvent endommager la peau et mélangés à certains produits chimiques (parfums, antibiotiques etc.) peuvent provoquer une photosensibilité (tétracyclines).

2. Le carotène :

Un pigment dont les tons varie du jaune à l'oranger. Riche dans certains végétaux comme la carotte, il s'accumule dans la couche cornée et les cellules adipeuses de l'hypoderme.

3. L'hémoglobine lorsqu'elle est bien oxygénée donne la couleur rosée à la peau claire, une insuffisance d'oxygénation lui donne la couleur cyanosée.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Les différentes



S PLANES : MACULES [5], [6]

Les macules sont des lésions primitives seulement visibles. Ce sont des tâches dyschromiques, sans relief, ni infiltration. Elles peuvent être colorées (macules rouges et macules pigmentées) ou décolorées (hypochromies et achromies).

On distingue :

1. Macules érythémateuses :



Macule rouge, livedo de type racemosa

C'est une macule rouge qui disparaît complètement à la vitropression. Elle correspond à une hyperhémie inflammatoire du derme superficiel et moyen.

On parle d'érythème actif pour désigner un érythème rouge vif, congestif dû à une vasodilatation artériolo-capillaire. C'est la forme la plus fréquemment rencontrée. L'érythème peut être intense ou au contraire pâle.

seule lésion élémentaire ou bien qu'il s'associe à d'autres lésions élémentaires on parle d'érythème « maladie » ou d'érythème « symptôme » :

L'érythème « symptôme » se retrouve dans tous les états inflammatoires cutanés et fait partie du tableau de nombreuses affections dermatologiques. Quand d'autres lésions élémentaires plus discriminantes sont associées telles que les vésicules, les bulles ou les papules, l'érythème passe alors au second plan.

L'érythème « maladie » est le plus souvent une affection brève, ne dépassant pas 8 à 10 jours. Il est fréquemment intriqué avec des papules, donnant un aspect d'exanthème maculo-papuleux. A la fin de l'éruption, il peut être suivi d'une desquamation qui dure 2-3 jours. L'érythème « maladie » peut être localisé (brûlure du 1^{er} degré), régional mais le plus souvent généralisé, dont on distingue 3 types : scarlatiniforme, morbilliforme ou roséoliforme.

Quel qu'en soit le type clinique, les érythèmes généralisés correspondent à 2 grandes causes : virales ou médicamenteuses.

Exemples : Roséole syphilitique, rubéole, rougeole, éruption médicamenteuse.

2. Macules vasculaires :

Les macules vasculaires disparaissent à la vitropression. Elles correspondent à une dilatation permanente vasculaire dermique ou à un excès de vaisseaux. Il en existe deux grands exemples en pathologie :

ulsatile, formant un trait fin, tortueux, le plus souvent localisé au visage. Exemples : télangiectasies.



Macule vasculaire, à type de télangiectasies

b. Congénitales : de taille variable, réalisant des plaques rouges-violacées à limites nettes, de topographie ubiquitaire, remarquables par leur fixité et leur chronicité tout au long de la vie. Exemple : angiomes plans.



Macule vasculaire à type d'angiome

3. Macules purpuriques : [7]



Purpura rhumatoïde

Ce sont des tâches rouges, ne s'effaçant pas à la vitropression, et correspondent à une extravasation de sang dans le derme, dues soit à une vascularite avec parfois nécrose fibrinoïde, soit à une thrombopathie.

Différentes formes sémiologiques sont individualisées : Purpura Pétéchial, en vibices, ecchymotique ou nécrotique.

e valeur sémiologique. Il impose la réalisation d'une numération de formule sanguine à la recherche d'une thrombopénie, et il doit faire un purpura fulminans s'il est associé à un syndrome septique.

4. Macules pigmentaires :



Macule hyperpigmentée

Elles correspondent à une accumulation de pigment, le plus souvent mélanique soit dans l'épiderme (brunes), soit dans le derme (ardoisées).

a. Brunes : elles sont accentuées par la lumière de Wood, elles peuvent être localisées ou généralisées (on parle alors de mélanodermie)

b. Ardoisées : non accentuées à la lumière de Wood.

ait, éphélides, séquelles de lichen...

5. Macules achromiques :



Nouures disséminées sur les deux jambes

Elles correspondent à une diminution de la quantité de mélanine épidermique totale (achromie) ou partielle (hypochromie). Elles se présentent sous forme de tâche claire de taille et de forme variables.

Les hypochromies et achromies peuvent être :

- Primitives, acquises ou héréditaires, diffuses ou localisées.

riasis versicolor).

Exemples : vitiligo ...

6. Macules jaunes :

Elles correspondent à une accumulation de pigment non mélanique, à une hémorragie et passage par la biligénie, à un dépôt de lipides ou à une dégénérescence du collagène ou des fibres élastiques.

Exemples : Dermite, ocre xanthomes...

OLIDES

1. Papules : [5], [6], [8]

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables, correspondant à des élevures saillantes circonscrites, solides ne contenant pas de liquide et de petite dimension (diamètre inférieur à 1cm). La papule peut être ronde, ovale, polygonale et/ou ombiliquée.

Selon l'aspect anatomo-clinique, on distingue différents types de papules :

- La papule épidermique :

Elle est due à une hyperplasie de l'épiderme, correspondant histologiquement à une acanthose. Elle est souvent sèche et kératosique, de taille variable. Exemple : verrue plane.



Papules épidermiques

- La papule dermique :

Elle est due histologiquement à une augmentation circonscrite de la masse du derme. Selon la nature des modifications du derme on distingue les papules dermiques :

e, de consistance élastique, partiellement et temporairement réductibles à la pression, transitoires, migratrices et souvent associées à un prurit local. Exemple : Urticaire

Quand l'œdème est situé profondément, il peut entraîner une déformation affichante (œdème de quincke)



Papules à démateuses (urticaire commune)

○ Cellulaires : elles correspondent à une prolifération cellulaire bénigne inflammatoire ou maligne. Les cellules infiltrant la peau sont le plus souvent des lymphocytes ou des cellules macrophagiques, mais aussi des polynucléaires neutrophiles, des mastocytes, des cellules cancéreuses, etc...

Leur forme peut être ronde et hémisphérique, parfois aplatie et polygonale ce qui peut orienter le diagnostic ; leur surface peut être lisse, ou au contraire couverte d'une petite squame pouvant être en collerette ; ces papules peuvent être fortement prurigineuses, le grattage pouvant modifier leur aspect et entraîner un phénomène de lichénification.

Les papules par infiltrat cellulaire sont de durée variable, toujours supérieure à plusieurs semaines, parfois très longue.



Papules par infiltrat cellulaire inflammatoire

○ Dysmétaboliques : par surcharge dermique d'un matériel amorphe (lipides, amylose, mucine), fermes, généralement asymptomatiques, souvent jaunâtres ou de la couleur de la peau normale, d'évolution chronique.



Papules dysmétabolique

Une biopsie cutanée est souvent indispensable, en cas de papules par infiltrat dermique afin de déterminer leur nature exacte. Dans le cas des papules dysmétaboliques, des colorations histochimiques particulières permettent, généralement assez facilement, d'identifier au microscope la substance déposée (amylose, mucine).



Papules folliculaires

Elle correspond à une atteinte du follicule pileux. Si elle est épidermique, elle est acuminée, dure, centrée par l'orifice folliculaire. En cas d'atteinte dermique, elle est plus arrondie. Elle peut être responsable d'une alopecie secondaire.

2. Les plaques : [6], [9]

Ce sont des élevures d'un diamètre supérieur à 1cm, plus étendues en surface qu'en hauteur. Elles peuvent résulter d'une confluence de papules ou se constituer d'emblée.

Elles correspondent à une augmentation de la masse épidermique et/ou dermique par œdème, hyperplasie, infiltrat cellulaire ou dépôt de substance anormale.

Exemple : Syndrome de Sweet, érythème polymorphe.



Les nodules

Elles correspondent à une augmentation de la masse dermique et/ou hypodermique par prolifération cellulaire bénigne ou maligne.

Elles réalisent des élevures plus ou moins saillantes, arrondies ou ovalaires, de grandes tailles (supérieure à 1 cm), solides, fermes et infiltrées à la palpation. Leur couleur est généralement peu prononcée, parfois rouge vif, voire purpurique.

Les signes fonctionnels locaux associés (douleur) sont très variables selon l'étiologie.

La durée d'évolution clinique des nodules est très variable : aiguë (6 à 8 semaines), subaiguë (3 à 6mois), ou chronique (supérieure à 6mois).

nodules d'évolution chronique, une biopsie est nécessaire au diagnostic étiologique.

Exemple : mélanomes, lymphomes.

4. Les tubercules : [6]



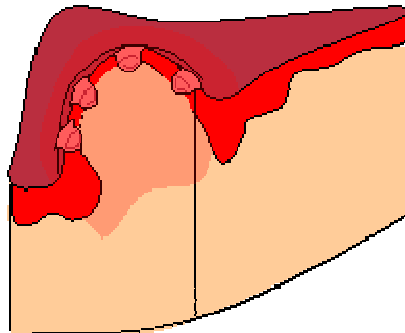
Les tubercules

Ce sont des élevures saillantes, circonscrites, sans ou avec peu de relief, enchâssées dans le derme.

Ces lésions sont souvent d'évolution chronique ou ont tendance à régressant à laisser une cicatrice.

Elles correspondent à une infiltration cellulaire profonde du derme partiellement détruit, à évolution lente et habituellement destructive.

Exemple : Le lupus tuberculeux, la lèpre.



Un schéma montrant la structure d'une végétation



Les végétations

Elles correspondent à une prolifération épidermique et souvent associées à un infiltrat cellulaire dermique souvent à polynucléaire.

Ce sont des excroissances papillomateuses, réalisant une élevation circonscrite de plusieurs millimètres au moins par rapport au plan de la peau. Leur teinte est très variable, rouge ou de la couleur de la peau normale. Leur surface est très irrégulière, mamelonnée, donnant parfois un aspect en chou-fleur : elle est généralement d'aspect charnu et fragile ou plus rarement kératosique et grisâtre. La localisation des végétations est ubiquitaire, mais elles sont plus fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels.

[10]



Une kératose

Elles correspondent à un épaissement de la couche cornée, plus large qu'épais.

Ce sont des lésions sèches, épaisses, en relief sur la peau voisine, bien circonscrites ou au contraire diffuses, de taille variable, très adhérentes. La palpation donne une impression de dureté et de rugosité très particulière.

L'hyperkératose peut avoir une topographie régionale et touche alors fréquemment les paumes et les plantes (kératodermie palmo-plantaire). Une corne est une kératose plus haute que large. Sur les muqueuses, l'aspect correspondant s'appelle une leucokératose.

Exemples : Kératodermie (palmoplantaires).



1. Vesicules : [5], [6], [11], [12]



Des vésicules

Elles correspondent à des altérations épidermiques localisées résultant de 2 mécanismes :

- ✓ Soit d'une spongiose : œdème inter-cellulaire marqué (exemple : eczéma).
- ✓ Soit d'une nécrose kératinocytaire (exemples : herpès, varicelle, zona).

Elles réalisent un soulèvement circonscrit de l'épiderme contenant une sérosité claire de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), situées soit en :

goutte de rosée » (exemple : varicelle, herpès,

zona)

- peau érythémateuse (exemple : eczéma)
- Sous-épidermique (exemple : dermatite herpétiforme)

Elles peuvent être hémisphériques, coniques (acuminées), ou présenter une dépression centrale (ombiliquées). Des signes fonctionnels locaux sont souvent présents : prurit, douleur à type de brûlure. [13]

La vésicule est une lésion fragile et transitoire, qui évolue en quelques heures à quelques jours vers :

- La rupture : laissant s'écouler une sérosité claire et laissant place à une érosion suintante, puis à une croûte,
- La coalescence : réalisant des bulles (voir chapitre suivant)
- La pustulisation

Le regroupement des lésions vésiculeuses est souvent très évocateur d'une infection virale, elles peuvent être :

- Disséminées sur une peau saine (exemple : varicelle).
- Regroupées en bouquet (herpès récurrent).
- Regroupées en bande suivant un métamère sensitif (exemple : Zona).



Des bulles

Elles réalisent un soulèvement circonscrit de l'épiderme, de grande taille (1 à 2 cm) contenant un liquide clair, séropurulent ou hémorragique qui s'écoule après rupture. Elles peuvent siéger en peau saine ou sur une peau érythémateuse. Elles peuvent se localiser sur la peau, mais parfois aussi sur les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale ou ano-génitales).

Les signes fonctionnels locaux sont variables : prurit, douleurs à type de brûlure ou de cuisson...

Leur évolution se fait tout comme les vésicules vers la rupture ou la pustulisation.

l'écaillement cutané provoqué par une pression latérale du doigt en peau apparemment saine. Ce signe, non spécifique, est le témoin d'une dermatose bulleuse grave (exemple : nécrolyse épidermique toxique)

Le mécanisme de formation des bulles est variable. On distingue :

- Les bulles par clivage intra-épidermique : elles sont dues à une acantholyse (il s'agit d'une rupture des desmosomes entraînant une perte de cohésion des kératinocytes de l'épiderme) par mécanisme auto-immun (exemple : pemphigus) ou à une nécrose kératinocytaire par mécanisme immuno-allergique (exemple : syndrome de Lyell).
- Les bulles par clivage dermo-épidermique : elles sont dues à des altérations des protéines constitutives de la jonction dermo-épidermique aboutissant à la rupture de celle-ci, par un mécanisme auto-immun (exemple : pemphigoïde bulleuse) ou parfois par mutation génétique (exemple : épidermolyses bulleuses héréditaires).

TRAITEMENTS A CONTENU LIQUIDIEN TROUBLE : PUSTULES [5], [6], [16], [17]



Les pustules

Les pustules sont dues à un afflux de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme (si pustules non folliculaires) ou dans l'appareil pilosébacé (pustules folliculaires).

Elles réalisent des lésions en relief ou plus rarement planes, de taille variable (souvent inférieure à 1cm), de couleur blanche ou jaunâtre, contenant une sérosité louche ou du pus franc. Elles peuvent survenir par transformation secondaire pustuleuse de vésicules ou de bulles. Elles sont fragiles et transitoires, donnant secondairement des érosions et des croûtes.

- Soit folliculaires : acuminées, centrées par un poil, de siège intra-épidermique ou dermique, le plus souvent liées à une infection d'un ou plusieurs follicules pilo-sébacés
- Soit non folliculaires : intra-épidermiques, souvent planes ou en dôme, d'un blanc laiteux, coalescentes et le plus souvent amicrobiennes (exemple : psoriasis pustuleux).

ÉLÉMENTAIRES PRIMITIVES

1. Nouures : [5], [18]



Nouures disséminées sur les deux jambes

Elles correspondent à un infiltrat cellulaire dermo-hypodermique septal et/ou lobulaire.

Elles réalisent des élevures fermes, lisses, ovalaires surélevées, à limites peu précises. Elles sont très douloureuses à la pression, et peu mobiles sur les plans profonds, enchâssées dans le derme et l'hypoderme, avec une chaleur locale augmentée

Elles siègent surtout au niveau des membres, sur leur face d'extension, de façon bilatérale, grossièrement symétrique. Les membres inférieurs sont le plus

ent à la face antérieure de la jambe, le long de la crête tibiale, aux régions sus-malléolaires, au-dessous du genou, à la rotule. L'atteinte du dos du pied, de la cuisse et de la fesse est beaucoup plus rare. Les membres supérieurs sont plus rarement atteints, à la face postérieure du bras et de l'avant-bras. Les muqueuses sont toujours respectées. Les nouures sont des lésions de couleur rose vif, puis rouge, de diamètre allant de 1 à 4 cm.

Leur évolution est cyclique. Chaque élément disparaît en 6 à 10 jours, prenant toutes les teintes de la biligénie locale (rouge puis violacée, puis verdâtre et jaunâtre). Elles n'évoluent jamais vers l'ulcération et ne donnent pas de cicatrice. Cette éruption comporte 2 ou 3 poussées successives, donnant un aspect polymorphe, avec des éléments d'âge différent. La durée totale n'excède pas en général 3 semaines, mais elle peut persister plus longtemps.

Exemples : Erythème noueux, Sarcoïdes hypodermiques

2. Les gommages : [6]

Elles correspondent à un infiltrat cellulaire dermo- hypodermique avec vasculite.

Elles réalisent des formations volumineuses, saillantes, dermo-hypodermiques et inflammatoires.

Les gommages sont ainsi des productions hypodermiques qui se présentent à leur phase de crudité comme une nouure, mais passent ensuite par une phase de ramollissement débutant au centre de la gomme, pour aboutir à l'ulcération avec issue d'un liquide (gommeux) bien particulier.

Exemple : gommages tuberculeuses.

URFACE DE LA PEAU

1. Squames : [5], [19]

Les squames se définissent comme des lamelles de couche cornée qui se détachent de l'épiderme.

Elles correspondent à des troubles de la kératinisation.

Elles sont le plus souvent primitives et fréquemment associées à d'autres lésions élémentaires primitives, en premier lieu un érythème réalisant alors des lésions érythémato-squameuses.

Elles sont spontanément visibles ou apparaissent après un grattage à l'aide d'une curette à bord mousse.

Il est aussi possible de frotter la peau à l'aide d'un morceau de tissu noir ce qui les rend apparents.

Suivant l'épaisseur et l'aspect des squames, on distingue :

- Les squames pityriasiformes : fines, blanchâtres, farineuses, peu adhérentes et de petite taille (exemple : pityriasis versicolor) ; elles peuvent être sèches (exemple : « dartres »), ou au contraire grasses (sur le visage ou le cuir chevelu)



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Squames pityriasiformes

- Les squames psoriasiformes : squames blanches, brillantes, lamellaires, argentées, larges et nombreuses. Elles correspondent à une parakératose sur le plan histologique et elles sont caractéristiques du psoriasis.



Squames psoriasiformes

rmes : grandes squames polygonales comme
des écailles de poisson.



Squames ichtyosiformes

- Les squames scarlatiniformes : squames en grands lambeaux traduisant une production cornée brutale, intense et transitoire. Elle est typique au cours de la scarlatine, du syndrome de Kawasaki, du syndrome du choc toxique, de certaines toxidermies et en fin d'évolution de nombreux exanthèmes.
- Les squames folliculaires : de petite taille, en semis, siégeant à l'émergence d'un poil (exemple : pityriasis rubra pilaire).



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Squames folliculaires

2. Les croûtes : [6]



Les croûtes

s, secondaires à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent, qui correspondent à un stade évolutif de lésions élémentaires primitives différentes : bulles, vésicules, pustules qui aboutissent à la formation d'une croûte. Elles peuvent être séreuses, purulentes ou hémorragiques.

Une croûte doit être enlevée, à la fois pour bien voir la lésion élémentaire sous-jacente, et pour assurer une désinfection toujours nécessaire.

Exemples : eczéma, Psoriasis pustuleux, purpura bulleux.

3. Les excoriations : [6]



Les excoriations

est une solution de continuité épidermique à fond plat, bien limitée, guérissant sans séquelle cicatricielle, et laisse une pigmentation transitoire. Elle survient après un traumatisme ou une coupure.

Elle intéresse l'épiderme et le sommet des papilles dermiques ; le fond est humide et suintant, ou recouvert d'une croûte secondaire ; de petits points rouges (0,1 à 0,2mm) correspondent aux papilles dermiques.

Exemple : une lésion de grattage.

4. Les fissures : [6]



Les fissures

Ce sont des érosions linéaires épidermiques et dermiques superficielles, siégeant préférentiellement dans un pli, ou aux paumes et aux plantes.

Une fissure superficielle des plis est une rhagade. La perlèche est une fissure des commissures labiales.

une déchirure mécanique de téguments

hyperkératosiques ayant perdu leur élasticité.

Exemple : Fissures palmoplantaires.

5. Les ulcérations : [6]



Les ulcérations

Ce sont des pertes de substance intéressant le derme profond suivies de cicatrices.

Elles sont consécutives à la destruction du tégument par atteinte vasculaire et/ou infiltrat cellulaire inflammatoire.

Exemples : Plaies atones des membres inférieurs ; Plaies après évacuation de gommes ou tubercules.



La gangrène

La gangrène est une nécrose tissulaire noirâtre d'origine vasculaire ou infectieuse. Elle s'ulcère secondairement. La nécrose est précédée par un érythème avec cyanose dont la particularité est d'être froid à la palpation : il aboutit soit d'emblée à une coloration noire et à un aspect sec, soit à une vaste bulle contenant un liquide roussâtre sous lequel apparaît le tissu noir. L'élimination des tissus nécrotiques aboutit ensuite à une ulcération.

Elles correspondent à une hypo- ou à une avascularisation.

L'ÉPAISSEUR ET/OU DE LA CONSISTANCE DE LA PEAU

1. Atrophie : [5], [6], [16]



Atrophie

L'atrophie est un amincissement de la peau par altération du tissu conjonctif et/ou du tissu élastique. Elle peut être épidermique, dermique ou hypodermique, comme elle peut toucher plusieurs compartiments cutanés.

Elle réalise une lésion en cupule déprimée plus ou moins profonde, lisse et nacré. La surface se ride à la pression tangentielle. Elle peut au contraire apparaître en relief par hernie des éléments sous-jacents. L'appréciation se fait à la palpation qui repère la dépression. Les éléments sous-jacents (capillaires, veines, relief osseux) deviennent anormalement visibles.

Exemple : Maladie de Pick-Herxheimer.

Une poïkilodermie est un état bigarré de la peau associant : une atrophie, une pigmentation réticulée et des télangiectasies.

On distingue les poïkilodermies congénitales (exemple : Syndrome de Rothmund-Thomson) et les poïkilodermies acquises (exemples : Poïkilodermatomyosite, radiodermite chronique).

3. Cicatrices : [5], [6], [8]



Des cicatrices

La cicatrice est un tissu de néoformation qui correspond à l'aboutissement d'un processus de réparation impliquant surtout le derme après une perte de substance ou une inflammation cutanée. Elle associe souvent atrophie et sclérose.

en relief sont des lésions secondaires visibles et palpables, caractérisées par une tumeur dure secondaire à une prolifération de fibroblastes associée à un excès de fibres collagènes. On en distingue deux types :

- La cicatrice hypertrophique : en relief, bombée, bien limitée, régulière, de couleur de peau normale et dont l'évolution est en général spontanément régressive en 12 à 18 mois.
- La cicatrice chéloïdienne : d'aspect similaire, mais avec des prolongements en pince de crabe et surtout une évolution extensive sur plusieurs années ; elle est plus fréquente sur peau noire, et dans certains sièges (partie supérieure du tronc).

Exemples : cicatrices banales ou/et consécutives à des gommès, des tubercules ou à l'acné.

4. Sclérose : [6]



La sclérose

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

on de la peau, impossible à plisser, effaçant rides et reliefs, se mobilisant mal sur les plans profonds.

Elle correspond à une densification du collagène dermique.

Exemples : Sclérodermies localisées ou généralisées, dermatosclérose des membres inférieurs.

§ [5], [21], [22], [23]



Tumeur cutanée maligne

Une tumeur cutanée ne correspond pas à une lésion élémentaire particulière. Elle est généralement solide, circonscrite, de taille et de consistance variable, en relief ou incluse dans la peau.

Elle peut en fait être représentée par toutes les sortes de lésions élémentaires primitives (papules, nodules, lésions érythémateuses ou érythémato-squameuses) ou secondaires (ulcérations, croûtes, cicatrices). Elle peut être unique ou multiple, bénigne ou maligne.

Les tumeurs cutanées peuvent être développées :

- soit à partir de l'épiderme (exemples : carcinomes, mélanome),
- soit à partir des éléments constitutifs du derme (fibroblastes, vaisseaux, nerfs, annexes...),

les anormalement présentes dans la peau
(exemples : métastases, lymphomes).

Il n'existe en fait aucun critère sémiologique simple qui puisse trancher entre bénignité et malignité.

Sur le plan évolutif, les tumeurs stables ou au contraire très rapidement évolutives sont plutôt des tumeurs bénignes, les tumeurs malignes étant plus souvent lentement extensives.

Le caractère douloureux est, contrairement aux idées reçues, généralement évocateur d'une tumeur bénigne, alors que les tumeurs malignes sont remarquablement indolores (sauf au stade terminal).

Néanmoins, de nombreuses tumeurs bénignes sont indolores.

Dans tous les cas où le diagnostic clinique n'est pas certain ou une tumeur maligne est suspectée, une biopsie cutanée enlevant de préférence la totalité de la lésion permettra un diagnostic histologique de certitude et un traitement adapté, qui sera le plus souvent chirurgical.

OU INTRIQUEES) [5], [6]

De nombreuses dermatoses sont constituées d'une association de lésions élémentaires primitives ou secondaires caractéristiques de ces affections. Ceci s'observe dans de nombreuses dermatoses communément observées :

- Les macules ou les papules sont fréquemment squameuses, réalisant alors des **lésions érythémato-squameuses**

Lorsque celles-ci sont de type psoriasiforme, arrondies ou ovalaires et siègent sur certaines régions de prédilection (coudes, genoux, lombes, cuir chevelu), elles évoquent en premier lieu un psoriasis ; mais le psoriasis peut aussi se manifester sur le plan cutané par une érythrodermie ou des lésions pustuleuses généralisées ou localisées.

- Des papules purpuriques peuvent s'associer à des nodules, un livedo ou des ulcérations dans le cadre d'une **vasculite cutanée**.

- L'**acné** commune est polymorphe et associe des papules, des pustules et des microkystes fermés ou ouverts (comédons) touchant les régions cutanées séborrhéiques (visage, région thoracique).

- Le plus fréquent des **carcinomes cutanés**, le carcinome basocellulaire associe souvent plusieurs lésions élémentaires dans la même tumeur : nodules avec ulcération secondaire, croûtes et un aspect scléreux cicatriciel.

- L'**eczéma** se présente sous forme de lésions érythémateuses en placards assez bien limités qui associent des lésions élémentaires différentes qui se superposent au cours de la poussée de la maladie : érythème, œdème, vésicules, excoriation, suintement, croûte, lichénification ; il est utile de savoir reconnaître



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

éma pour apprécier l'intensité de celui ci ; au cours de la dermatite atopique (eczéma constitutionnel), des scores cliniques (SCORAD) sont utilisés pour évaluer la gravité de la maladie avant et après traitement.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Le diagnostic de la maladie



Diagnostic de la maladie dermatologique [16], [19], [24]

Il correspond à l'analyse clinique de la dermatose. Cette analyse suit un plan qui note la distribution, puis l'arrangement, enfin la morphologie des lésions élémentaires.

1 - LA TOPOGRAPHIE

La dermatose peut être circonscrite (bien limitée), ou régionale, ou diffuse (plusieurs régions atteintes) ou généralisée. Il faut noter le lieu d'apparition du début (ex : zones découvertes, qui évoquent une photodermatose sans que cela ait une valeur absolue). L'atteinte des plis est un intertrigo. Certaines dermatoses ont un siège préférentiel : palmo-plantaire (érythème polymorphe, syphilis secondaire), face antérieure des poignets (gale), ...

2 - ARRANGEMENT DES LÉSIONS

De nombreuses dermatoses sont constituées d'une association de lésions élémentaires. Les dermatoses érythémato-squameuses sont fréquentes. Un purpura papuleux évoque une vasculite. Le prurigo est caractérisé par une papulo-vésicule, souvent excoriée. Les papulo-pustules du visage sont observées à titre d'exemple dans l'acné et dans la rosacée.

Le groupement des lésions permet de caractériser des mécanismes et certaines dermatoses. Le phénomène de Koebner est l'apparition de lésions élémentaires sur une zone précédemment traumatisée. Il s'observe dans le

e nummulaire comporte des lésions rondes ou ovalaires, surélevées ; elle est discoïde si les lésions sont plus grandes et plus planes. Si la lésion élémentaire est plus nette en bordure de la dermatose, on parle d'aspect marginé. Des anneaux concentriques réalisent un aspect en cocarde. Plus rarement, elle dessine des anneaux (aspect annulaire), des arcs de cercle (aspect circiné), des sinuosités (aspect serpigineux).

L'aspect polycyclique résulte de la confluence d'anneaux ou de lésions rondes. La dermatose peut être linéaire. Dans tous les cas, il est important de bien regarder les bords de la dermatose, les lésions élémentaires y étant souvent plus nettes.

La modification des lésions gêne l'interprétation. Elle peut être due au grattage, au vieillissement des lésions élémentaires, à une surinfection, aux traitements locaux non pertinents ou irritants, ...

3 - L'EXAMEN DERMATOLOGIQUE :

Le but de l'examen dermatologique est de définir la lésion élémentaire, caractéristique de la dermatose, qui correspond aux lésions les plus précoces, idéalement non modifiées par les différents traitements locaux, le grattage ou la surinfection locale.

En cas de lésions polymorphes, il peut exister plusieurs lésions élémentaires associées correspondant au même processus lésionnel initial, l'association de différentes lésions élémentaires se faisant parfois de façon préférentielle. L'analyse clinique d'une éruption doit aboutir à une sélection entre la (ou les) lésions élémentaire(s) et les lésions élémentaires secondaires. Ces

on naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire, sont souvent plus nombreuses et sont sans spécificité.

L'examen dermatologique ne doit pas oublier les ongles, les phanères et les muqueuses. Il est complété par un examen général.

a) Interrogatoire :

Il doit s'attacher à préciser :

- L'histoire récente et les modalités évolutives de la dermatose : le mode de début (brutal ou progressif ; localisé ou d'emblée étendu), l'aspect initial (celui-ci est en général imprécis : ne pas attendre du malade une description sémiologique fine et encore moins un diagnostic), le mode d'extension local (centrifuge, curviligne, en plaques ...), le mode évolutif (aigu, chronique, par poussée), les traitements utilisés (locaux, systémiques),

- Les signes fonctionnels associés à la dermatose : prurit (localisé ou généralisé), douleurs.

- Les prises médicamenteuses du patient et leur chronologie par rapport à l'apparition de la dermatose (en cas de suspicion de toxidermie, de dermatoses auto-immunes,...).

- Les facteurs environnementaux : habitat, profession, loisirs, habitudes vestimentaires, exposition solaire.

- Les antécédents personnels et familiaux : dermatologiques, atopie, cancer.

b) L'inspection:

des conditions d'examen rigoureuses : le diagnostic d'inspection rapide n'a aucune fiabilité. Le patient, détendu, doit être examiné dans un endroit correctement éclairé, de préférence en lumière du jour.

L'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans omettre les plis et les régions palmo-plantaires, ainsi que les cheveux, les ongles et les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale, ano-génitales).

Certains accessoires sont utiles pour un examen de qualité : une loupe, une lampe ou un abaisse-langue. L'examen à la lumière de Wood (lumière ultraviolette d'une longueur d'ondes d'environ 360 nm) est utile pour l'analyse des lésions dyschromiques (voir : macules pigmentées et dépigmentées) et dans certaines dermatoses infectieuses (exemple : teignes). Il se réalise à l'abri de la lumière, dans une pièce noire.

c) La palpation :

Elle se fait à main nue, ou protégée par un gant d'examen (en cas de lésion ouverte, ulcérée, infectieuse ou surinfectée). Elle permet d'apprécier le relief superficiel d'une lésion (exemple : papule) ou son infiltration (exemple: nodule).

d) La vitropression :

Pratiquée avec un verre de montre ou une lame de verre, elle permet de collaber les capillaires de la peau. Elle permet de différencier une simple macule érythémateuse, due à une simple congestion vasculaire (qui disparaît à la vitropression), d'un purpura (qui persiste à la vitropression).

e) Le curetage :

l'une curette, d'un vaccinostyle, voire d'une spatule en bois, permet d'analyser l'épaisseur et l'adhérence des lésions squameuses. Le curetage permet aussi de détacher les croûtes (recherche d'une lésion élémentaire sous-jacente).

f) La friction :

Réalisée à l'aide d'une pointe mousse, elle permet de mettre en évidence :

- un dermographisme (papule oedémateuse provoquée par la friction d'une peau saine : correspond à une urticaire physique),
- un signe de Darier (papule oedémateuse provoquée par la friction d'une macule pigmentée : spécifique d'une mastocytose cutanée),
- un signe de Nikolski (décollement bulleux provoqué par la friction douce d'une peau saine: dans le syndrome de Lyell, le pemphigus ou les épidermolyses bulleuses).

g) Examen clinique général :

Chez un patient porteur d'une dermatose, un examen cutané soigneux est indispensable mais rarement suffisant. Un examen général doit être réalisé comme chez tout patient. Il doit cependant être orienté préférentiellement en fonction de la dermatose en cause (recherche en priorité d'adénopathies superficielles en cas de mélanome par exemple).

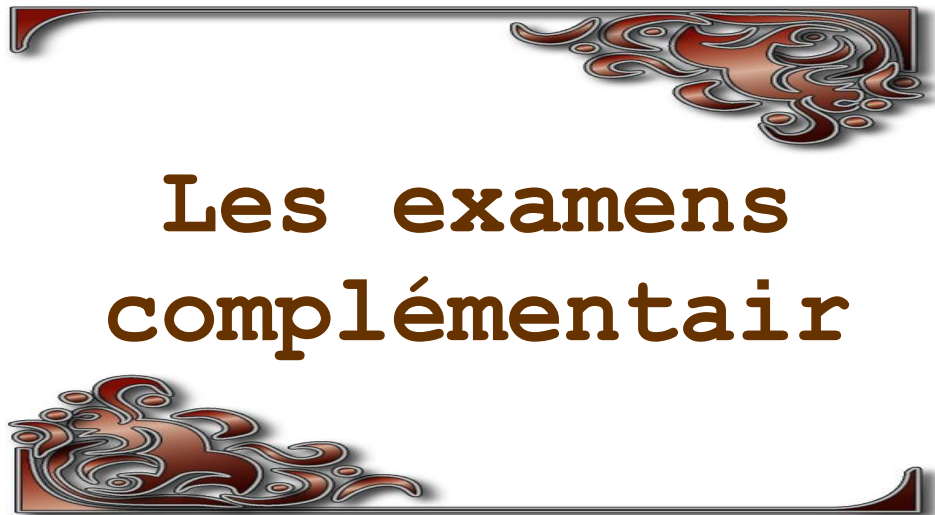
Inversement, l'examen dermatologique tel que défini ci-dessus, doit faire partie intégrante de l'examen clinique de tout patient.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Les examens complémentair

complémentaires

Dans un grand nombre de cas, l'analyse des lésions cutanées permet, d'aboutir d'emblée à un diagnostic ou à un groupe de diagnostic. Cette étape se montre cependant insuffisante dès que le symptôme est peu discriminant (cas des tumeurs par exemple) ou bien parce que le mécanisme n'est pas univoque (lésions bulleuses par exemple).

Des explorations paracliniques s'avèrent alors indispensables pour compléter l'étude morphologique à l'échelon du tissu, grâce à l'histologie, ou bien à visée étiologique, par des examens microbiologiques ou immunologiques.

La peau, organe extériorisé, est particulièrement apte aux explorations. Plusieurs types d'examens peuvent être réalisés directement à partir du revêtement cutané.

1. L'IMAGERIE CUTANEE : [25], [26], [27]

La photographie des lésions est utile dans de nombreuses situations. Elle peut être argentique ou, de plus en plus souvent, numérique. Elle complète la fiche d'observation, sert d'élément de surveillance (naevus, angiome) et peut être télétransmise (images numériques). Elle est utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique, mais aussi pour la formation médicale. Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade.[28], [29]

La Dermatoscopie (microscopie de surface par épiluminescence, ou dermoscopie) fait appel à des dermatoscopes à main (grossissement x 10) ou, en milieu spécialisé, à des vidéomicroscopes numériques (grossissement x 100 ou plus). Ce procédé de microscopie in vivo de contact nécessite l'usage d'huile à

transparence de l'épiderme. Cette technique simple, mais qui requiert un apprentissage long et rigoureux, est surtout utile dans le diagnostic précoce du mélanome et le diagnostic différentiel des lésions pigmentées. Le dermoscope peut être relié à un appareil photo numérique, qui permet la prise de clichés. Ces derniers peuvent être stockés dans un ordinateur et être comparés à des clichés réalisés antérieurement ou ultérieurement afin de surveiller l'évolution des lésions ou des zones de peau examinée. [30]



Dermoscope

2. EXAMENS MICROSCOPIQUES EXTEMPORANES DE PRELEVEMENTS SUPERFICIELS : [16], [31]

Ils peuvent être réalisés par grattage, ponction, écouvillonnage ou frottis à la recherche :

- d'un agent infectieux responsable d'une dermatose bactérienne, fongique (examen direct et culture de dermatophytes ou de levures), parasitaire (recherche de sarcoptes par shaving) ou viral.

matophytes dans les squames doit toujours compléter le diagnostic clinique de dermatophytie. La mise en évidence de l'agent causal se fait :

- par la culture (par exemple, sur milieu de Sabouraud), laquelle permet une identification précise de l'espèce responsable des lésions, mais demande un délai de 2 à 3 semaines, voire parfois plus

- par l'examen direct des squames qui peut se pratiquer par 2 méthodes rapides mais qui ne permettent pas d'identifier précisément l'espèce de dermatophytes en cause. Il s'agit de recueillir des squames, les plus fines possibles, en grattant de préférence le bord érythémato-papuleux de la lésion avec une lame de bistouri ou une curette mousse ; disposer les squames au centre d'une lame de verre porte-objet. On peut alors recouvrir les squames avec une solution de KOH à 10 ou 20% avec une lamelle couvre-objet, en les écrasant légèrement puis examiner au microscope photonique en diaphragmant aux deux tiers. Les filaments mycéliens apparaissent comme des formations tubulaires, septées et verdâtres à jaunâtres. Les spores et levures sont arrondies ou ovalaires et leur paroi est bien visible. Cette méthode est rapide mais réclame un œil exercé. On peut aussi recouvrir les squames avec une goutte de solution de Na2S-Blankophor P fluessig avec une lamelle couvre-objet, en les écrasant légèrement, puis examiner au microscope à fluorescence (400-440 nm).

Ce fluorochrome spécifique de la paroi cellulaire des champignons rend la recherche aisée. En cas de dermatophytie vésiculeuse, l'examen direct doit porter sur le toit d'une vésicule, décapitée à l'aide d'une lame de bistouri. L'examen direct de cheveux ou de squames unguéales suit les mêmes principes.

- Cytodiagnostic de Tzanck :

... : les dermatoses bulleuses et les dermatoses vésiculeuses d'origine virale. Le cytodagnostic ne remplace pas la biopsie, mais peut apporter en un temps très court des informations importantes.

Sa technique est simple :

- Excision au bistouri ou aux ciseaux du toit d'une vésicule ou d'une bulle récente ;
- Après élimination du contenu, racler le plancher avec la lame du bistouri ou avec une curette ;
- Etaler un frottis en couche mince sur une lame porte-objet et sécher à l'air ;
- Colorer le frottis par la coloration de May-Grünwald-giemsa.

L'examen du frottis coloré se fait au microscope photonique à fort grossissement (40x ou 100x). Les lésions dues aux virus du groupe de l'herpès (herpès simplex ; herpès varicella-zoster) montrent de grosses cellules épithéliales géantes uni ou multinuclées, souvent d'aspect monstrueux. Des cellules présentant une inclusion intranucléaire sont parfois visibles. Dans les dermatoses vésicobulleuses, le frottis est avant tout constitué par des cellules inflammatoires : principalement polynucléaires éosinophiles dans la pemphigoïde ; principalement polynucléaires neutrophiles dans la dermatite herpétiforme. Dans le groupe des pemphigus, on recherchera des cellules épidermiques acantholytiques : cellules arrondies, à gros noyau et à cytoplasme basophile condensé à la périphérie. Cet examen est aussi pratiqué dans la recherche d'une dermatose acantholytique ou maladie de Grover.

Pour le clinicien, la peau est abordable aussi bien macroscopiquement que sur le plan de la petite chirurgie. Entre les mains d'un professionnel expérimenté, la biopsie cutanée est en effet un outil de valeur pour le diagnostic et, avec le même geste, pour le traitement de nombreuses maladies de la peau, en particulier les néoplasies.

Même si la majeure partie des biopsies cutanées est de bonne qualité, un échantillon de tissu inadéquat représente un difficile défi pour le (dermato) pathologiste. La biopsie cutanée ne consiste pas en la seule ablation mécanique de tissu. On a souvent à faire à des échantillons de peau de trop petites dimensions, trop superficiels, abîmés par une électrocoagulation, écrasés par une pincette ou même desséchés.

Par ailleurs, les données cliniques et les descriptions macroscopiques des lésions sont parfois insuffisantes ou font même totalement défaut. Un autre problème à ne pas minimiser consiste dans le fait que certains cliniciens ne sont pas assez familiers avec l'interprétation d'un rapport histologique dans le contexte clinique, surtout en cas de maladie cutanée inflammatoire.

a) Indications : [33]

La fonction principale d'une biopsie cutanée est d'atteindre une certitude diagnostique en face d'une situation clinique peu claire. En face de nombreuses lésions cutanées inclassables à l'œil mais suspectes de néoplasie, la biopsie cutanée est la meilleure technique de diagnostic et de traitement à la fois. Par ailleurs, en cas de néoplasie cutanée maligne, la biopsie permet une conclusion rudimentaire sur le pronostic (mesure de l'épaisseur de la tumeur selon

ies malins). Pour de nombreuses maladies cutanées inflammatoires, l'examen histologique est très utile et même souvent diagnostique alors même que l'aspect clinique ne permet pas de poser un diagnostic spécifique. Ainsi, la biopsie cutanée permet d'affiner les diagnostics différentiels et de confirmer ou infirmer les suspicions cliniques.

De plus, l'échantillon cutané prélevé peut être assigné à d'autres méthodes diagnostiques telles que l'immunofluorescence directe (IFD), la microscopie électronique, l'immunohistochimie, la culture ou la PCR (polymerase chain reaction).

La biopsie cutanée peut encore être indiquée pour le contrôle du traitement et de l'évolution, ainsi que pour des besoins de documentation scientifique. Finalement, il faut savoir qu'en cas de persistance d'insécurité clinico-pathologique après une première biopsie, une seconde, voire une troisième biopsie cutanée ne représentent en général pas un problème de surcharge pour le patient.

b) Données cliniques

Il semble aller de soi que les données cliniques soient transmises au pathologiste. Mais ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Dans la précipitation du quotidien, il est fréquent que des données lacunaires soient transmises. Pour les verrues planes séniles (kératoses séborrhéiques) ou un naevus mélanocytaire commun du nez, les longs rapports sont évidemment superflus. Mais pour les maladies cutanées inflammatoires ou des tumeurs cutanées inhabituelles, la situation est toute différente. En plus de l'âge et du sexe du patient ainsi que de l'endroit du prélèvement, on devrait mentionner sur

En la description macroscopique de la lésion, les symptômes d'accompagnement, les facteurs déclenchants, le diagnostic de suspicion/hypothèse de travail ou le diagnostic différentiel, ainsi que les traitements locaux et/ou systémiques entrepris. La description «exanthème maculo-papuleux» n'est souvent que peu utile.

Dans certaines situations, il faudrait également mentionner le résultat de biopsies antérieures. Cela est particulièrement important pour les récurrences/persistances de naevus mélanocytaires incomplètement excisés ou pour les néoplasies.

Pour les patients atteints d'exanthème généralisé, respectivement d'érythrodermie (psoriasis vulgaire, pityriasis rubra pilaire, dermatite séborrhéique, dermatite atopique, mycosis fungoïde, etc.), il existe souvent d'anciens rapports histopathologiques. Les circonstances qui paraissent à première vue manquer de pertinence devraient aussi être signalées le cas échéant, comme par exemple un status après transplantation d'organe. Une photographie de l'efflorescence cutanée adressée au pathologiste en annexe à la demande d'examen peut être d'une aide précieuse. Une biopsie cutanée s'avère même parfois superflue après avoir demandé l'avis d'un dermatologue.

c) Procédure de biopsie :[34]

Avant d'envisager un prélèvement de peau, il faudrait être familier avec les connaissances de base de l'histologie de la peau et de la (dermato) pathologie. En particulier, on devrait bien avoir à l'esprit à quel «étage» de la peau se déroule le processus morbide et à quel endroit du tégument il se situe. En effet, selon la localisation, il existe des différences d'épaisseur de la couche cornée, de

». C'est en particulier le cas des biopsies régulièrement trop superficielles de la paume de la main et de la plante du pied, où la couche cornée est d'une épaisseur beaucoup supérieure à celle des autres parties du corps. Les biopsies du cuir chevelu lors d'une investigation d'une alopecie posent un problème semblable; il est ici important que la biopsie atteigne en profondeur le tissu graisseux sous-cutané, de sorte que l'on puisse examiner le follicule pileux dans toute sa profondeur, c'est-à-dire jusqu'au bulbe. Il s'agit de prêter également attention aux lignes de tension de la peau (les «relaxed skin tension lines»). En principe, l'axe d'incision devrait suivre ces lignes de tension, de sorte que la plaie ne présente aucune béance et que les points d'adaptation des bords puissent se faire sans tension. Le prélèvement de peau peut se faire par les méthodes suivantes:

1) excision aux ciseaux : est le procédé de choix pour les lésions cutanées superficielles pédiculées telles que le molluscum pendulum (syn.: polype fibro-épithélial cutané, acrochordon). Une anesthésie locale n'est utile que dans de rares cas. La section doit se faire à la base, aussi près de la peau que possible.

2) curetage (prélèvement au moyen d'une curette affûtée) : ce procédé est utilisé en première ligne pour l'ablation de lésions superficielles (épidermiques) telles que les kératoses séborrhéiques, les naevus épidermiques, les verrues vulgaires, les molluscum contagiosum, les kératoses solaires (actiniques) et les basaliomes superficiels. Pour des raisons techniques, ce procédé relègue la question diagnostique au deuxième plan. Cependant, de multiples petits fragments de curetage peuvent aider au diagnostic. Même si le matériel obtenu par curetage est le plus souvent incomplet, il faut l'adresser pour examen histologique dans tous les cas de néoplasie (basaliome, kératose solaire) et dans

olégales. En cas d'ablation par exemple de kératoses séborrhéiques multiples, à savoir au nombre de plus de 20, il est en règle générale superflu d'envoyer le tissu obtenu.

Après cryo-anesthésie préalable (spray de chlorure d'éthyle, azote liquide) ou anesthésie locale, on procédera à l'ablation de la lésion en exerçant la pression la plus faible possible, après avoir mis la peau sous tension en la maintenant écartée entre le pouce et l'index de l'autre main. En cas de pression trop forte avec la curette, on court le danger de léser les tissus en profondeur, donc le risque de cicatrice.

On a avantage à tenir la curette comme un éplucheur à légumes, car la technique «en pelures de pomme de terre» permet une bonne immobilisation de la lésion, une meilleure stabilité ainsi qu'une bonne flexibilité et une bonne mobilité de la main qui conduit l'instrument. Le fait de s'exercer sur une pomme de terre affine sa propre technique. Les néoplasies mélanocytaires, surtout en cas de suspicion de mélanome, et les lésions au diagnostic peu clair suspectes de dégénérescence tumorale constituent une contre-indication à l'ablation par curetage.

3) shave-biopsie / shaveexcision (excision à ras) [35], se fait à la lame de scalpel (avec ou sans manche) ou au moyen d'une curette en forme d'anneau (curette en anneau). La lame de scalpel évolue parallèlement à la surface de la peau. On ôte la lésion par des fins mouvements de scie. Les indications à cette technique sont également les lésions cutanées superficielles de l'épiderme et du derme. Cette technique permet d'obtenir de bons résultats cosmétiques surtout pour les lésions exophytiques (fibromes papuleux, verruqueux, pédiculés), les

vus épidermiques, les verrues vulgaires, les naevus mélanocytaires, les kératoses solaires ou les basaliomes superficiels. La suture de la peau est superflue. La shave-biopsie n'est pas indiquée en cas de maladie cutanée inflammatoire.

A la moindre suspicion de mélanome, cette technique est également contre-indiquée.

4) biopsie par carottage (poinçonnage à l'emporte-pièce, punchbiopsie), à l'une de ses extrémités, le carotteur est muni d'un couteau métallique cylindrique, dont le diamètre varie entre 2 et 8 mm. On ne devrait utiliser qu'exceptionnellement les carotteurs de 2 mm de diamètre. Leur seule indication est la biopsie de lésions au visage, une localisation délicate du point de vue cosmétique. L'examen histologique de biopsies par carottage d'un diamètre de 3 mm ou inférieur est d'interprétation difficile, voire insuffisante. En règle générale, les carottes de 4 mm sont au contraire déjà suffisantes.

Mais le diagnostic histologique des biopsies de petit diamètre est plus délicat, de sorte que plusieurs auteurs recommandent de prélever des carottes d'au moins 6 mm [33],[34]. Un carotteur de 6 mm est donc utilisé lorsque la préparation devra être segmentée en vue de mesures diagnostiques complémentaires telles qu'immunofluorescence ou examen microbiologique.

Après anesthésie locale, on pratique la biopsie la peau étant étirée entre deux doigts, perpendiculairement aux sillons cutanés. Le prélèvement est effectué par des mouvements de rotation en pression axiale et laisse place à une plaie opératoire de surface elliptique. Le cylindre de peau prélevé devrait être retiré directement avec les ciseaux, éventuellement à l'aide de l'aiguille

faits par écrasement. Le cylindre de peau est légèrement soulevé à l'aide de l'aiguille. Le défaut cutané peut être refermé sans problème par un point de suture, mais on peut aussi, sans suturer, simplement couvrir directement la plaie par un pansement protecteur.

5) biopsie au scalpel en quartier d'orange (en fuseau) – excision ou incision : [36] La principale indication à l'excision est celle de l'ablation complète de tumeurs bénignes ou malignes. Les panniculites, les alopecies, les lésions sclérosantes ou atrophiantes, les vasculites des gros vaisseaux situés en profondeur

(vasculite nodulaire, panartérite noueuse, thrombophlébite) et quelques maladies ulcéreuses telles que le pyoderma gangraenosum, sont des affections où la biopsie en quartier d'orange est d'une très grande utilité diagnostique.

En cas de dermatose ulcéreuse, il est très important de pouvoir comparer les peaux malade et intacte. Les lignes de tension de la peau devraient être marquées avant l'anesthésie locale par du violet de gentiane ou une mine stérile.

La longueur de l'incision doit être trois fois celle de la largeur de la lésion, afin d'éviter au mieux toute tension au niveau de la suture de fermeture de la plaie. L'incision se fera toujours dans la direction des lignes de tension de la peau. On veillera à l'orientation bien perpendiculairement à la surface de la peau, de manière à assurer une bonne adaptation des bords de la plaie lors de la suture, surtout aux extrémités.

En profondeur, la section doit atteindre le tissu cellulaire sous-cutané. Pour les particularités d'ordre esthétique, les plasties par lambeau, les

suture, le lecteur voudra bien se référer à la littérature correspondante.

d) Matériel biopsié

Le matériel biopsié devrait être soigneusement manipulé avec la pincette ou l'aiguille à injection, de manière à éviter les artefacts par écrasement.

En routine, l'échantillon prélevé est placé dans un récipient transparent contenant un fixateur sous forme d'une solution de formol à 10% (correspondant à une solution aqueuse de formaldéhyde à 4%), ce qui sert également de milieu de transport. La transparence du récipient permet de contrôler la présence du matériel prélevé conformément à la demande d'examen. Le rapport volume de formol/volume de la biopsie devrait être de 20/1, car la fixation «utilise» le formol. En règle générale, on ne place dans un récipient qu'un seul échantillon de biopsie, afin d'éviter toute confusion.

Les laboratoires, instituts ou cliniques mettent à disposition des récipients de transport pré-remplis de formol, de grandeurs différentes. Il va sans dire que les récipients de transport doivent être étiquetés avec les données permettant d'identifier correctement le patient.

Si l'on demande un examen par immunofluorescence directe, la pièce de tissu prélevé doit être partagée en deux. L'une des deux parties est fixée dans le formol comme indiqué ci-dessus. L'autre moitié est enroulée dans une gaze imbibée (non pas détrempée) de solution physiologique de NaCl et envoyée dans un récipient de transport par express au laboratoire d'immunofluorescence.

e de durer plus d'un jour (fin de semaine, par exemple), on recommande d'ajouter de la neige carbonique dans le récipient de transport.

Le milieu de Michel (sulfate d'ammonium, N-éthylmaléimide et sulfate de magnésium dans du citrate tamponné) constitue une alternative et dans ce milieu, la pièce reste utilisable pour plus d'une semaine.

Pour l'examen microbiologique, les prélèvements doivent être envoyés dans un tube stérile. Le fragment de tissu n'est pas fixé dans le formol, mais enroulé dans une gaze stérile imbibée d'une solution saline physiologique non bactériostatique.

e) Anesthésie :

Pour l'anesthésie locale, on distingue les procédés suivants: anesthésie par infiltration (lidocaïne, mépivacaïne, bupivacaïne), cryo-anesthésie pour les curetages, anesthésie de surface (crème Emla®). L'adjonction d'adrénaline

(1:100000) prolonge la durée de l'effet de la lidocaïne et diminue en même temps les saignements.

f) Moment et endroit de la biopsie : [37]

Les dermatoses inflammatoires passent par diverses phases selon une séquence typique pour la maladie. Ainsi, le moment adéquat pour la biopsie de peau se limite uniquement à l'efflorescence présente au commencement. En principe, on prélèvera l'efflorescence la plus jeune (efflorescence primaire). Dans les lésions cutanées anciennes, on trouve régulièrement des modifications qui ne contribuent que peu au diagnostic. Mais en pratique, la réalité est la

car en règle générale le patient ne consulte pas au bon moment et les efflorescences ont souvent déjà subi des modifications en raison d'une automédication et/ou d'ordre irritatif.

Lorsqu'on suspecte une mastocytose cutanée, la friction de la lésion afin de provoquer une réaction urticarienne (signe de Darier) est plutôt contre-productive pour assurer un diagnostic histologique fin. En effet après cette manoeuvre, les mastocytes dégranulés ne sont histochimiquement presque plus ou plus du tout démontrables.

Dans les dermatoses bulleuses (pemphigoïde bulleux, pemphigoïde vulgaire, dermatite herpétiforme de Duhring, etc.), les lésions initiales correspondent fréquemment à une lésion urticarienne et/ou érythémateuse. Histologiquement, cette phase urticarienne se révèle le plus souvent comme une spongiose avec des éosinophiles dans l'épiderme («spongiose éosinophile») et le chorion supérieur. Cette spongiose avec éosinophiles se rencontre entre autres aussi dans l'eczéma de contact allergique, dans diverses formes d'exanthèmes médicamenteux, dans les ectoparasitoses, dans l'incontinentia pigmenti ou dans l'érythème toxique du nouveau-né (Maladie de Leiner).

Dans cette dernière maladie, aussi dénommée érythrodermie desquamative du nourrisson, la biopsie cutanée est superflue du fait que l'affection régresse en quelques jours. Ainsi, dans les dermatoses bulleuses, on ne peut poser un diagnostic plus spécifique que lorsque la formation de bulles est manifeste. Si le matériel de biopsie est prélevé plus tard, c'est-à-dire lorsque le tableau clinique est essentiellement conditionné par des érosions et des ulcérations, il existe

toires, une colonisation bactérienne et des modifications réparatrices sont déjà présentes.

Les efflorescences annulaires telles que le granulome annulaire, les mycoses cutanées, le pityriasis rosé, l'érythème (chronique) migrant, l'érythème annulaire centrifuge, le lupus érythémateux cutané, les porokératoses, etc. devraient être biopsiées en périphérie de la lésion, c'est-à-dire au lieu de leur progression.

Le diagnostic de panniculite dépend fortement de la proportion de tissu graisseux obtenu par la biopsie. Deux signes distinctifs au niveau du tissu sous-cutané sont très importants pour l'appréciation histologique: d'une part la répartition de l'infiltrat inflammatoire, c'est-à-dire surtout septale ou au contraire lobulaire; et d'autre part la présence ou l'absence d'une vasculite.

Les excisions en quartier d'orange au scalpel sont idéales, car elles permettent d'obtenir avec une certaine sûreté plus de deux petits lambeaux de tissu graisseux.

Les dyspigmentations, en particulier les hypopigmentations post-inflammatoires ou le vitiligo, devraient si possible être biopsiées sur leur pourtour, comme les efflorescences annulaires. C'est à cet endroit en effet que l'on peut histologiquement constater un bon contraste entre peau malade et peau saine. Le diagnostic peut être affiné par des colorations spéciales (Masson-

Fontana) et en immuno-histo-chimie, par la mise en évidence de la protéine S-100 ou le Melan A. Dans ces situations, il faudrait simultanément demander une coloration au PAS, afin d'exclure une mycose, en particulier un pityriasis versicolor (*Malassezia furfur*).

anées pigmentées [38]

Les lésions pigmentées de nature peu claire, surtout en cas de suspicion de mélanome, devraient faire l'objet d'une excision-biopsie d'emblée. En dépit du caractère aujourd'hui reconnu anodin de l'incision-biopsie, certains éléments du point de vue histologique parlent contre. Le diagnostic d'un mélanome repose aussi sur des critères tissulaires fins tels que l'architecture, très spécifique, et la cytologie.

Concernant l'architecture, l'asymétrie et la délimitation floue sur les flancs de la lésion ont une importance significative. Si le prélèvement n'est que partiel –carottage, biopsie par incision– ces éléments diagnostiques importants font défaut. Si l'échantillon de biopsie provient accidentellement d'un endroit «pseudo-bénin», la probabilité d'un diagnostic erroné est considérable. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de suivre à la lettre la règle d'une excision complète en cas de suspicion de mélanome.

Pour les néoplasies de grand diamètre, il faut parfois se contenter d'une incision-biopsie ou du prélèvement d'un échantillon pour biopsie. Mais dans ce cas, où doit-on pratiquer la biopsie? On choisira les endroits surélevés avec une pigmentation foncée, c'est-à-dire là où la néoplasie est largement avancée, ainsi que les bords dont l'examen permettra d'examiner la zone de transition avec la peau saine.

En cas de suspicion de mélanome, la shave-biopsie est contre-indiquée, même si quelques rares auteurs ne la désapprouvent pas complètement. La shave-biopsie n'est pas fiable et trop superficielle pour le diagnostic

versus naevus de Spitz ou du basaliome pigmenté morphéiforme versus trichoblastome desmoplastique.

Par égard envers le patient, il faut évidemment choisir la technique de prélèvement la plus fiable du point de vue du diagnostic mais qui soit aussi la plus simple du point de vue technique.

h) Artefacts et sources d'erreur dans les biopsies de peau [39]

Une désinfection trop vigoureuse de la peau peut entraîner la perte (par desquamation) d'informations importantes au niveau de la couche cornée. Les spores et le mycélium d'un champignon (mycose cutanée) peuvent manquer, la parakératose du psoriasis vulgaire ou les granulocytes neutrophiles et les bactéries lors d'un impetigo peuvent avoir disparu sous l'effet d'une désinfection inconsidérée. Une injection trop rapide de l'anesthésique local, même avec un dermojet, peut provoquer de petits trous dans le derme et même dans l'épiderme.

Une vigoureuse compression mécanique avec la pincette (artefact de pincette) au moment de retirer un fragment de biopsie produit des altérations du chorion. Selon la localisation dans le derme, les artefacts de pincette imitent histologiquement une sclérodermie localisée (morphée) ou un fibrome pendulaire (syn.: polype fibro-épithélial de la peau, acrochordon).

Dans les basaliomes, surtout de type nodulaire, une pression mécanique trop prononcée par une pincette peut parfois provoquer des agrégats de cellules tumorales. De semblables altérations surviennent aussi parfois lors de curetage des basaliomes superficiels. Les espaces laissés vides peuvent parfois ressembler à des lymphangiomes en histologie fine. Lorsqu'une pression est exercée

tion dermo-épidermique, c'est-à-dire dans la région de la membrane basale, il est possible qu'il se produise un décollement de l'épiderme.

Histologiquement, on constate alors une bulle sub-épidermique. Les artefacts d'écrasement sont souvent observés dans les biopsies de trop petites dimensions avec la question d'une panniculite. Parfois, les petits lambeaux mous de tissu adipeux restent pris dans le cylindre du carotteur.

Les artefacts de coagulation surviennent lors d'ablation de lésions cutanées par électrocoagulation ou laser. En cas d'électrocoagulation, les noyaux des cellules du pourtour de la lésion, surtout ceux de l'épiderme ou d'une lésion néoplasique, sont élongués (polarisation des cellules).

La déshydratation des cellules, également en rapport avec le courant électrique, produit en plus une vacuolisation du cytoplasme.

Lorsque du matériel à peine fixé dans du formol à 10% est envoyé à des températures inférieures à 0°, on aura inévitablement des artefacts de congélation. L'expansion des cristaux de glace dans le tissu entraîne au minimum une vacuolisation des cellules mais peut aller jusqu'à une perte cellulaire complète. Pour prévenir ces artefacts de congélation, il suffit de laisser les préparations se fixer à température ambiante durant la nuit, c'est-à-dire pendant 8 à 12 heures. Si on est plus «pressé» que cela, on peut empêcher la formation de ces artefacts en ajoutant à la solution de formol de l'éthanol à 75-95% dans un rapport 1:10.

Comme déjà indiqué, des récipients de transport remplis de formol sont mis à disposition.

ême plusieurs lésions (par exemple naevus mélanocytaires) parviennent au laboratoire dans le même récipient.

Cela devrait être absolument évité. En effet, lorsque parmi six lésions pigmentées, une seule s'avère être un mélanome, on peut bien imaginer l'odyssée (pour toutes les personnes concernées) de la prise en charge ultérieure.

Les biopsies effectuées au mauvais moment ou au mauvais endroit sont les prélèvements d'efflorescences secondaires, de bulles âgées de plus de 24 heures, de tissu nécrotique ou du fond d'un ulcère sans épiderme adjacent.

i) Indications et endroits particuliers de la biopsie cutanée [40]

Dermatoses vésiculo-bulleuses ou bien immuno-bulleuses :

L'*examen en immunofluorescence* constitue un procédé diagnostique standard pour les patients atteints de dermatose d'ordre immunologique.

Font partie de ces situations la famille des pemphigoïdes (pemphigoïde bulleux, épidermolyse bulleuse acquise, herpes gestationis [pemphigoïde gestationis] et le pemphigoïde cicatriciel), la dermatite herpétiforme de Duhring, le pemphigus vulgaire et le lupus érythémateux (cutané).

L'immunofluorescence directe (IFD) permet de mettre en évidence des auto-anticorps (IgG, IgA, IgM), des composants du complément et la fibrine dans le tissu examiné. Les dépôts des protéines mentionnées se font dans l'épiderme, au niveau de la jonction dermo-épidermique ou dans la couche papillaire du derme. L'IFD est aussi utilisée dans le diagnostic d'exclusion. Il est en effet possible qu'on ne puisse, ni cliniquement ni histopathologiquement, faire la différence entre un lichen plan buccal érosif ou une manifestation

et un pemphigoïde buccal. Le diagnostic exact ne pourra alors être posé qu'à l'aide d'une IFD complémentaire. En cas de vasculite et à l'exception d'une suspicion de vasculite de Schönlein-Henoch, l'IFD est superflue. A la recherche d'IgA dans le cadre d'une suspicion de vasculite de Schönlein-Henoch, il faudrait ne prélever que des lésions âgées de moins de 24 heures.

Pour les dermatoses bulleuses, on recommande de biopsier les efflorescences primaires, c'est-à-dire les lésions fraîches sans altération secondaire. Idéalement, on prélèvera une vésicule (<5 mm) avec la peau péri-vésiculaire bordant la lésion. Les bulles formées il y a plus de 24 heures ne donnent en IFD que des résultats insatisfaisants et histologiquement on y trouve déjà des altérations de réparation. Où doit-on prélever l'échantillon de biopsie pour l'examen IFD? Pour les maladies bulleuses, il faudrait prélever ensemble une vésicule et le tissu péri-lésionnel. Pour l'examen IFD d'une dermatite herpétiforme, il est aussi possible de prélever de la peau normale. Pour le lupus érythémateux, on recommande de prélever une aire érythémateuse.

Le tissu prélevé en vue d'une IFD ne doit pas être fixé dans le formol, mais enroulé dans une gaze imprégnée de solution de NaCl physiologique, et non pas baigné dans une solution de NaCl (effet d'extraction). Un récipient de transport adéquat doit protéger l'échantillon du dessèchement. Le matériel doit être envoyé par express directement au laboratoire qui pratique l'analyse. Dans le milieu de Michel, l'échantillon conserve sa réactivité durant environ deux semaines.

maladies graves de la peau [41]

Ces dernières années, le diagnostic prénatal de maladies cutanées héréditaires a fait de grands progrès. Les biopsies cutanées sur le fœtus au cours du deuxième trimestre de grossesse, sous contrôle échographique, sont examinées immuno-histochimiquement et ultrastructurellement. On recherche des défauts enzymatiques ou des mutations dans les gènes kératine. Les génodermatoses les plus fréquemment découvertes par le diagnostic prénatal sont l'épidermolyse bulleuse, l'albinisme oculo-cutané et l'ichthyose-arlequin. Dans les familles à haut risque avec un phénotype dramatique, le diagnostic prénatal est certainement justifié. Pour la détermination de l'ADN fœtal, l'amniocentèse et la biopsie des villosités choriales sont toutes deux pratiquées. Aujourd'hui, on a réalisé de tels progrès que dans le cadre des techniques de fertilisation in vitro, il est possible de diagnostiquer les maladies héréditaires de la peau avant l'implantation de l'œuf. On recherche en effet les défauts génétiques sur l'ADN d'un blastomère d'un embryon isolé au stade cellulaire 6–10. Ensuite, on procède à l'implantation d'un embryon non malade dans l'utérus. Le pas suivant serait l'examen non invasif de routine d'une seule cellule fœtale dans le sang maternel, par exemple un érythrocyte nucléé. Toute séduisante du point de vue scientifique qu'elle soit, cette procédure pose actuellement des questions presque insurmontables sur le plan éthique et sociopolitique. Il va sans dire que de telles interventions diagnostiques et leurs résultats nécessitent la collaboration de divers spécialistes (pédiatres, généticiens, gynécologues, dermatologues, éthiciens, etc.) avec, évidemment, les parents.

que

En cas de dermatose inflammatoire, la peau ne possède qu'un nombre restreint de types de réaction morphologique. Ce fait met l'histopathologiste devant une large palette de diagnostics différentiels parmi lesquels il s'agit de s'orienter correctement. Plus la description macroscopique fournie par le clinicien est précise – configuration des lésions, type de répartition des lésions, circonstances de temps d'apparition des lésions, symptômes d'accompagnement, facteurs déclenchants, traitements entrepris –, plus l'exactitude du diagnostic histologique fin sera facilitée. Il existe aussi des dermatoses avec des différences histopathologiques minimales, qui souvent ne peuvent être distinguées (par exemple certains troubles de la pigmentation, exanthèmes médicamenteux) ou qui miment d'autres dermatoses (dermatites bulleuses, dermatite allergique de contact / eczéma nummulaire / dishydrose). Cela explique la nécessité d'une collaboration étroite entre le clinicien et le (dermato) pathologiste.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Algorithme pour le



pour le diagnostic clinique [3], [6], [8], [19]

Le diagnostic d'une maladie de la peau peut se faire de deux façons. Le médecin peut reconnaître une maladie qu'il a déjà vue au préalable : il s'agit alors d'un *raisonnement analogique*. Cela suppose de l'expérience et une mémoire visuelle. Ailleurs l'examineur recueille tous les signes présents et formule, à partir de ces signes, un ou plusieurs diagnostics différentiels : il s'agit alors d'un *raisonnement analytique*. Cela implique la capacité d'identifier correctement les signes présents (séméiologie) et de pouvoir les intégrer dans un raisonnement diagnostique, donc de connaître les signes des différentes maladies (nosologie). Cette démarche permet de diagnostiquer des maladies sans les avoir vues au préalable. Dans ce chapitre un algorithme permettant de réaliser une démarche diagnostique analytique est proposé.

Toutefois, chaque algorithme possède des limites. La limite essentielle est que le raisonnement diagnostique tient en réalité compte de beaucoup plus d'éléments qu'il n'est possible d'intégrer dans un algorithme. La principale limite pratique de l'utilisation d'un algorithme résulte de leur construction : en effet, un algorithme propose une démarche qui repose sur une suite de questions qui s'enchaînent. De fait, si la réponse à une question est fausse, toute la suite le sera. Il faut donc être particulièrement vigilant dans les embranchements de l'algorithme et ne pas hésiter à les revoir lorsqu'on ne débouche pas sur des diagnostics différentiels cohérents. De même, parfois plusieurs réponses sont possibles, et dans ce cas, il est utile de formuler les diagnostics différentiels qui

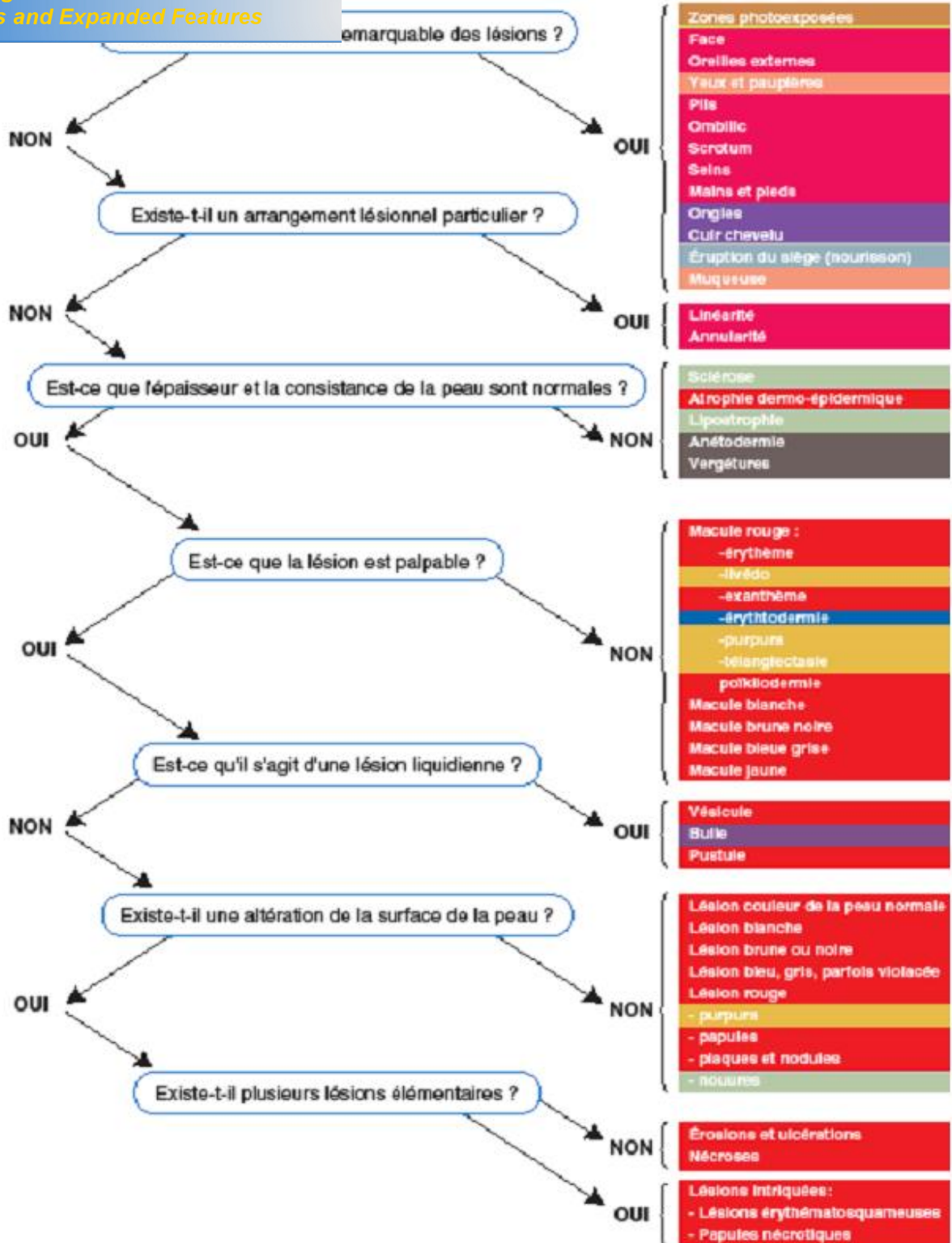
. Par ailleurs, il existe évidemment des redondances –inévitables- dans les différentes catégories diagnostiques, car une même maladie peut se manifester par différentes lésions élémentaires. Néanmoins, seule cette redondance permet de proposer un outil utile pour la pratique.

Au bout, il reste toujours une liste de plusieurs maladies parmi lesquelles le clinicien devra choisir. Cette dernière étape du diagnostic ne pourra être franchie que par l'expérience clinique ou le recours à certains examens complémentaires, notamment la biopsie cutanée.

Quoi qu'il en soit, il est bon de sortir de l'algorithme dès que l'on a acquis une connaissance et une pratique suffisantes. Le raisonnement diagnostique, faisant appel à beaucoup plus d'éléments que les quelques questions de l'algorithme, doit alors reprendre le dessus.



[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



QUE :

a) Existe-t-il une distribution remarquable des lésions ?

La dermatose peut ainsi être localisée, par exemple, exclusivement dans les zones exposées au soleil (face, décolleté, dos des mains et des avant-bras, respect des paupières et du triangle sous-mentonnier...), dans les zones palmoplantaires, dans les plis, aux ongles, au cuir chevelu, sur les muqueuses, etc...

b) Existe-t-il un arrangement lésionnel particulier ?

Les lésions peuvent se regrouper de manière remarquable réalisant, par exemple, une dermatose linéaire ou annulaire.

c) Est-ce que l'épaisseur et la consistance de la peau sont normales ?

L'atrophie cutanée résulte d'un amincissement des éléments constitutifs de la peau alors que la sclérose est la conséquence d'une augmentation de consistance de ces éléments.

d) Est-ce que la lésion est palpable ?

Si la réponse à cette question est non, il s'agit d'une macule dont il faut préciser la couleur (rouge, blanc, brun noir, bleu gris ou jaune). Si la réponse est oui, il convient de répondre à la prochaine question.

e) Est-ce que le contenu de la lésion est solide ou liquide ?

Pour cela, il faut parfois s'aider d'un vaccinostyle pour percer la lésion afin de vérifier si le contenu est liquidien ou non. S'il est liquidien, il faut se reporter

ons liquidiennes. S'il s'agit d'une lésion solide, il faut répondre à la question suivante.

f) Existe-t-il une altération de la surface cutanée ?

Les altérations de surface traduisent en général une atteinte épidermique et peuvent survenir sur des lésions primitives préexistantes ou non. Ainsi, il faut toujours préciser dans la description d'une lésion cutanée si sa surface est normale.

Ainsi, si la réponse à la question est non (il n'existe pas d'altération de la surface cutanée), la lésion élémentaire est une papule, une plaque, un nodule ou une nouure selon la taille et la profondeur de la lésion. Il faut alors se reporter au paragraphe abordant les lésions solides. Si la réponse est oui, il peut s'agir exclusivement d'une altération de la surface cutanée : érosion, ulcération, ou alors l'altération de la surface cutanée peut compliquer une des lésions élémentaires précédemment décrites (exemples : papule nécrotique, nodule ulcéré, lésion érythématosquameuse) ; ces lésions plus complexes sont abordées dans le paragraphe des lésions intriquées.

g) Est-ce que plusieurs lésions élémentaires coexistent ?

Plusieurs lésions élémentaires peuvent coexister , comme, par exemple, les papulopustules, les papulopustules, les papulovésicules, les plaques vésiculeuses, la scléroatrophie ou encore les lésions érythématosquameuses.

OSTIQUES EN FONCTION DE LA

NATURE DES LÉSIONS

a) Macule :

La couleur est l'élément déterminant du diagnostic différentiel des macules. Parmi les macules rouges, on peut distinguer différentes lésions élémentaires : l'érythème, le purpura et les télangiectasies.

Les télangiectasies sont parfois associées à une atrophie et une pigmentation réticulée, réalisant alors la poikilodermie. Lorsqu'un érythème dessine sur la peau des mailles violacées qui délimitent des zones de coloration normale, il est dénommé livedo.

Un exanthème est une éruption d'apparition brutale, se généralisant en quelques heures et guérissant en quelques jours. Souvent, il comporte des macules érythémateuses qui peuvent être associées à d'autres lésions élémentaires. Les causes des exanthèmes sont nombreuses, principalement les viroses chez l'enfant. Cependant un exanthème maculopapuleux peut également révéler une septicémie à méningocoque ou une lymphadénite angio-immunoblastique.

b) Les lésions de contenu liquidien :

Il s'agit des vésicules, des bulles et des pustules. Dans l'élaboration du diagnostic différentiel, il est utile de regrouper les vésicules et les bulles, car souvent une même maladie peut être à la fois vésiculeuse et bulleuse.

Chez le nouveau-né et le nourrisson une dermatose bulleuse doit notamment faire discuter une génodermatose bulleuse, une érythrodermie

e et une épidermolyse staphylococcique, alors que chez l'adulte, ce sont les toxidermies et les dermatoses bulleuses auto-immunes qu'on évoquera en priorité. A tout âge, une dermatose vésiculeuse pourra révéler une infection virale (herpès, varicelle...), un eczéma ou une dermatite herpétiforme.

Il faut toujours essayer de différencier les pustules septiques, souvent banales, dans le cadre de folliculites ou de l'acné, mais pouvant parfois révéler une septicémie ou une endocardite, des pustules aseptiques. Ces dernières sont l'apanage des maladies neutrophilique et doivent faire évoquer la possibilité d'un rhumatisme et/ou d'une entéropathie inflammatoire.

c) Lésions palpables solides :

Tout comme pour les macules, la couleur est un élément déterminant du raisonnement diagnostique dans cette catégorie lésionnelle. Les lésions uniques doivent toujours faire discuter en priorité une lésion tumorale, bénigne ou maligne.

Une lésion évolutive, hétérogène, irrégulière, asymétrique ou ulcérée doit être considérée comme maligne, en particulier s'il s'agit d'une lésion pigmentée. Un nodule dermique ou plus profond, en particulier s'il est dur, doit faire évoquer la possibilité d'une métastase. Certaines lésions tumorales ont un aspect clinique caractéristique (kératose séborrhéique, carcinome basocellulaire nodulaire...). Certaines tumeurs sont douloureuses : spiradénome eccrine, léio- et angioliéiomyome.

Les signes classiques de l'inflammation, rougeur, chaleur, œdème et douleur, orientent évidemment vers les maladies inflammatoires et infectieuses.

res, comme le lichen par exemple, sont parfois suffisamment caractéristiques pour être identifiées cliniquement.

La plupart des lésions palpables ont été regroupées, car une même maladie peut à la fois comporter des lésions papuleuses et en plaques (par exemple, syndrome de Sweet) ou débiter par une papule et évoluer vers un nodule (par exemple, carcinome basocellulaire).

d) Erosion et ulcération

Une érosion arrondie, limitée par une collerette, est généralement post-bulleuse et le diagnostic différentiel se confond avec celui des lésions bulleuses. Ailleurs, les érosions sont souvent de causes mécaniques. Dans le syndrome de Lyell, on peut voir des érosions étendues, suite à la nécrolyse épidermique toxique. L'ulcère de jambe, de cause veineuse, artérielle, mixte, ou par angiodermite nécrotique, est un des motifs de consultation le plus fréquent pour une ulcération. Cependant, de nombreuses tumeurs évoluent vers une ulcération (mélanomes, carcinomes, lymphomes) et cette possibilité doit être évoquée devant une ulcération unique de cause inconnue. Certaines ulcérations sont l'expression spécifique d'une maladie, comme par exemple au cours du pyoderma gangrenosum. De nombreuses maladies infectieuses évoluent vers l'ulcération (ecthyma gangrenosum, aspergillose...).

e) Nécrose :

L'apparition d'une nécrose est toujours une urgence médicale, car elle peut traduire un processus pathologique mettant en cause le pronostic vital. Les nécroses digitales peuvent compliquer un phénomène de Raynaud.

L'atrophie dermo-épidermique est souvent la conséquence d'une dermatose à évolution atrophiante comme le lymphome T épidermotrope ou le lichen. L'atrophie hypodermique peut être la conséquence d'une lipodystrophie ou d'une panniculite. L'anétodermie a de nombreuses causes et elle peut être secondaire à une dermatose bien caractérisée, ou primitive en apparence et alors souvent associée à un statut dysimmunitaire ou thrombophilique.

La sclérose est souvent associée à l'atrophie. Le diagnostic différentiel des scléroses est dominé par la sclérodermie et les états sclérodermiiformes.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Conclusion



logie repose, tout comme dans les autres spécialités médicales, sur l'interrogatoire, l'examen physique et des investigations complémentaires.

Toutefois, l'accessibilité immédiate de la peau à l'inspection et à la palpation permet, plus qu'ailleurs, de se fonder sur les seules données de l'examen physique pour élaborer un diagnostic.

Celui-ci peut être facilement complété par un examen histopathologique, permettant une démarche anatomoclinique dans toutes les situations où le diagnostic ne s'impose pas dès l'examen clinique.

Il ne faut pas pour autant sous-estimer le rôle de l'interrogatoire qui reste primordial pour poser certains diagnostics ou pour déterminer les mécanismes de causalité (dermatoses de contact...).

L'analyse de certains caractères d'une lésion, comme par exemple sa forme, sa taille, sa surface ou sa couleur a permis d'individualiser des « lésions élémentaires » qui sont les modes de réponse de la peau aux différentes maladies et aux agressions qu'elle subit.

Toute lésion cutanée résulte de l'association d'une ou de plusieurs de ces lésions élémentaires.

Il s'agit des lésions les plus simples auxquelles on peut ramener les diverses affections cutanées et à l'aide desquelles on peut les décrire.

Pour être classée en lésion élémentaire, la lésion doit pouvoir être individualisée assez facilement sans être confondue avec une autre lésion.

Les lésions élémentaires peut réaliser de véritables syndromes.

Ces lésions élémentaires constituent un « alphabet » que le médecin doit apprendre à lire pour être capable de faire le diagnostic d'une maladie qui touche la peau.

En pratique, les mécanismes de raisonnement qui permettent de poser un diagnostic à partir de l'analyse visuelle d'une lésion sont doubles :

- un mécanisme analogique, où le médecin reconnaît une maladie qu'il a déjà observée ;
- un mécanisme analytique, où le médecin reconnaît une ou plusieurs lésions élémentaires qui auront parfois une certaine distribution et/ou configuration et/ou évolution et qui lui permettront de formuler un ou plusieurs diagnostics, sans qu'il ait nécessairement observé cette dermatose au préalable.

Pour les jeunes dermatologues et les non-spécialistes, une des difficultés rencontrées dans l'apprentissage des lésions élémentaires est l'absence de définition standardisée d'un pays à l'autre et parfois même, à l'intérieur d'un pays, d'un ouvrage de dermatologie à l'autre.

Une certaine confusion persiste malgré une tentative consensuelle de la ligue internationale des sociétés dermatologiques.

Ce comité a surtout montré les différences de terminologie importantes qui existaient entre les écoles dermatologiques latine, anglo-saxonne et germanique pour des termes aussi élémentaires que « papule » ou « plaque ».

ent les lésions élémentaires primaires, qui apparaissent de novo, comme les macules, les papules ou les bulles, des lésions secondaires, comme une ulcération, une croûte ou une desquamation qui résultent de l'évolution des premières.

Dans d'autres ouvrages, cette distinction n'est pas faite.

De même, l'importance des différents aspects de la palpation, comme la consistance, la température, la mobilité, la sensibilité ou la profondeur d'une lésion est parfois soulignée, alors qu'elle n'est même pas mentionnée ailleurs.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les lésions élémentaires peuvent être évolutives.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Résumé



Résumé

Titre : les lésions élémentaires en dermatologie pédiatrique.

Auteur : BADRI Farid

Mots clés : enfant, dermatologie, lésions élémentaires, aspects cliniques, diagnostic.

La lésion élémentaire en dermatologie pédiatrique est la lésion initiale, primaire, telle qu'elle apparaît à l'œil nu, et grâce à elle qu'on fait un diagnostic immédiat et par là, une classification de la dermatose.

On a débuté notre étude par un rappel anatomique de la structure de la peau en précisant ses différentes couches.

Ensuite, un aperçu clinique et histologique des différentes lésions élémentaires a été précisé :

- Les lésions élémentaires planes.
- Les lésions palpables solides.
- Les lésions élémentaires à contenu liquidien clair.
- Les lésions élémentaires à contenu liquidien trouble.
- Altérations de la surface de la peau
- Altérations de l'épaisseur et/ou de la consistance de la peau

Les différentes étapes du diagnostic de la maladie dermatologique correspondaient à l'analyse clinique de la dermatose.

Des explorations paracliniques s'avèrent parfois indispensables, soit pour compléter l'étude morphologique à l'échelon du tissu, grâce à l'histologie, ou bien à visée étiologique, par des examens microbiologiques ou immunologiques.

A la fin de notre étude, on a proposé un algorithme permettant de réaliser une démarche diagnostique analytique. Toutefois, chaque algorithme possède des limites. La limite essentielle est que le raisonnement diagnostique tient en réalité compte de beaucoup plus d'éléments qu'il n'est possible d'intégrer dans un algorithme.

Abstract

Title: The elementary lesions in pediatric dermatology.

Author: BADRI Farid

Keywords: child, dermatology, elementary lesions, clinical aspects, diagnosis.

The elementary lesion in pediatric dermatology is the initial and primary lesion as it seems to the eye, and due to it an immediate diagnosis is realized and then a classification of the dermatitis.

We began our study by a reminder of the anatomical structure of the skin by précising its different layers: the epidermis, dermis and hypodermis.

Then, a clinical and histological overview of the different elementary lesions has been clarified:

- Flat elementary lesions.
- Palpable solid lesions.
- Elementary lesions containing clear liquid.
- Elementary lesions containing turbid liquid
- Alterations of the skin's surface
- Alteration of the thickness and/or the texture of the skin

The different steps of diagnosis of the dermatological disease corresponded to the clinical analysis of the dermatitis.

The paraclinical explorations are sometimes necessary, either to complete the morphological study of the tissue, due to the histology, or for an etiologic issue, by microbiology or immunology exams.

At the end of our study, we proposed an algorithm which will enable to realize an analytic diagnosis. But each algorithm has its own limits. The essential limit is that in reality the diagnosis considers much more elements than those possible to integrate in an algorithm.

ملخص

العنوان: الطفحات الأساسية في علم جلد الأطفال

من طرف: فريد بدري

الكلمات الرئيسية: طفل, علم الجلد, الطفحة الأساسية, المظاهر السريرية, التشخيص.

تعد الطفحة الأساسية في علم جلد الأطفال بمثابة الآفة الأولية, كما تظهر بالعين المجردة, و بفضلها نتمكن من التشخيص الفوري, ثم تصنيف المرض الجلدي.

بدأنا هذه الدراسة بتذكير تشريحي للجلد مع إبراز مختلف الطبقات المكونة له.

بعد ذلك قمنا بنظرة سريرية و نسيجية لمختلف الطفحات الأساسية:

- الطفحات الأساسية المسطحة.
- الطفحات الأساسية الملموسة الصلبة.
- الطفحات الأساسية المكونة من سائل واضح.
- الطفحات الأساسية المكونة من سائل مختلط.
- تغييرات على سطح الجلد.
- تغييرات في سمك و/أو تماسك الجلد.

تعتبر مختلف مراحل تشخيص المرض الجلدي مطابقة لتحليله السريري .

في بعض الأحيان تلعب الفحوص المكملة دورا أساسيا, لإكمال الدراسة المورفولوجية على مستوى النسيج بفضل علم الأنسجة, أو لأجل معرفة مسببات المرض, من خلال القيام باختبارات ميكروبيولوجية أو مناعية.

و في نهاية دراستنا , اقترحنا مخططا لإجراء عملية التشخيص التحليلي. ورغم ذلك, فكل مخطط حدود. يكمن الحد الرئيسي حقيقة في كون التشخيص المنطقي يأخذ بعين الاعتبار العديد من العوامل لا يمكن إدراجها في إطار مخطط واحد.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Bibliographie



physiologie de la peau et de ses annexes :

Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. Octobre 2009 ; 136, Supplément 6, S247-S251.

- [2] B. Dréno. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes : Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. Février 2008 ; 135, Supplément 3, 149-152.
- [3] S. Barbarot, J.F. Stalder. Dermatologie néonatale : Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2003 ; 10 : 86-98.
- [4] Rutter N. Physiology of the new born skin. In : Harper J, Oranje A, ProseNeds. Textbook of pediatric dermatology. Oxford : Blackwell, 2000 : 43-47.
- [5] Comprendre la peau : Sémiologie dermatologique : Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2005 ; 132 : 8S 69-88.
- [6] J.-H. Saurat, P. Laugier, D. Lipsker. L'examen clinique : terminologie dermatologique et lésions élémentaires. Masson 2007 ; 1 :3-10.
- [7] P. Berbis.Purpuras.EMC - Dermatologie-Cosmétologie, Volume 2, Issue 4, November 2005, Pages 189-203.

- , Archives de Pédiatrie, Volume 13, Issue 3, March 2006, Pages 302-322
- [9] P. Schmoor, F. Sbardella, L. Hugard, P. Dubrous, J.-P. Dufau, T. Foin, Y. Guiguen. Des plaques confluentes du tronc, *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 131, Issue 12, December 2004, Pages 1105-1107
- [10] J. Fontaine, S. Dalle, L. Thomas. Kératose séborrhéique, *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 135, Issues 8-9, August-September 2008, Pages :618-619
- [11] M.S. Chaabane, H. Belhadjali, S. Mandhouj, M. Amri, H. Khorchani, B. Sriha, J. Zili. Pemphigoïde vésiculeuse mimant une dermatite atopique sévère chez un nourrisson âgé de 6 mois. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 132, Supplement 3, October 2005, Page 168
- [12] CEDEF.Item 84 – Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : varicelle et zona *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 135, Issue 11, Supplement 1, November 2008, Pages F25-F31
- [13] E. Marinho. Herpès, varicelle, zona, *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 135, Issue 5, May 2008, Pages 429-431

- arif, A. Karaa, A. Khaled, N. El Fekih, F. Kamoun, B. Fazaa, M. Kamoun. Dermatoses bulleuses auto-immunes de l'enfant : 48 observations. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 132, Supplement 3, October 2005, Page 174
- [15] F. Bordier-Lamy, Z. Reguiaï, G. Perceau, C. Eschard, D. Ploton, P. Bernard. P101 - Épidermolyse bulleuse acquise de l'enfant, *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 132, Supplement 3, October 2005, Page :131
- [16] J.F. Stalder. Quoi de neuf en dermatologie pédiatrique? : *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. Décembre 2007 ; 134 : 8S36-8S52.
- [17] J. Frieden . Blisters and pustules in the newborn, *Current Problems in Pediatrics*, Volume 19, Issue 11, November 1999, Pages 555-614.
- [18] M. Battistella, Y. Scrivener, B. Cribier . De l'intérêt de biopsier les érythèmes nouveaux atypiques. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 136, Issue 2, February 2009, Pages 205-207
- [19] N. Dupin. Quoi de neuf en dermatologie clinique? : *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. Décembre 2007 ; 134 : 8S3-8S15.

Khoury, G. Kamel, E. Nemr, J. Biajini, S. Merheje. Gangrène de Fournier : revue de la littérature récente. *Progrès en Urologie*, Volume 19, Issue 2, February 2009, Pages 75-84.

- [21] F. Grange Quoi de neuf en cancérologie cutanée ? *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. December 2007 ; Volume 134 ; Supplement 1, , Pages 8S53-8S63
- [22] M. Zghal, A. Chadli, O. Kgayat, A. Bhoury, R. Souissi, M. Ben Ayed, I. Mokhtar. P150 - *Xeroderma pigmentosum* : particularités anatomocliniques des tumeurs cutanées chez 60 patients suivis entre 2002 et 2004. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 132, Supplement 3, October 2005, Page :162
- [23] L. Moussaid, H. Benchikhi, E.H. Boukind, S. Sqalli, N. Mouaki, F. Kadiri, H. Lakhdar. Tumeurs cutanées au cours du xeroderma pigmentosum au Maroc: Etude de 120 malades. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Volume 131, Issue 1, January 2004, Pages 29-33.
- [24] J.M. Bonnetblanc, S. Boulinguez. Le diagnostic analogique et le diagnostic analytique s'acquièrent indépendamment en dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. October 2005 ; Volume 132, Supplement 3, Page 57

Examens complémentaires : Dermoscopie et imagerie cutanée. 2007 ; 1 :39-46.

- [26] R.P. Braun, L. Thomas. Atlas de dermoscopie. Elsevier Masson (2007). 204 pp. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. October 2009 ; Volume :136, Issue 10, Pages 760-761
- [27] Braun R.P. et coll. : Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2002 ; 129 : 187-202 .
- [28] Slue W.E., Jr.N. Engl. J.Med., 2007, 321, 550-551.
- [29] Slue W.E., Jr. Cutis, 2003, 51, 345-347.
- [30] Stolz W. et coll., Color Atlas of dermatoscopy, 2nd edn. Berlin, Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2002,4,521-527.
- [31] L.Didierjean, D.Salomon. Examens complémentaires : Examens microscopiques extemporanés de prélèvements superficiels. 2007 ; 1 :25-33.
- [32] Rampen FHJ. General practitioners and skin biopsy. BMJ 2002;304:575.

2004;49:536–40.

- [34] Adam JE. The technic of curettage surgery. J Am Acad Dermatol 2006;15:697–702.
- [35] Arpey CJ. Biopsy of the skin. Thoughtful selection of technique improves yield. Postgrad Med 2008;103:179–82, 185–9, 193–4.
- [36] Sechrist KD, Hanke CW. Skin biopsy techniques: Part 2. Indiana Med 2004; 77:454–5.
- [37] Robinson JK, LeBoit PE. Biopsy techniques: description and proper use. In: Arndt AK, LeBoit PE, Robinson JK, Wintroub BU, eds. Cutaneous medicine and surgery. Vol. 1. W.B.Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo:1996:120–8.
- [38] Weyers W. Dermatologie – einmal anders. Die Biopsie des Melanoms. pink & blue 2001; 2:11–14.
- [39] Elder D. Lever's Histopathology of the Skin. In: Elder D, ed. Raven Publisher, Philadelphia:2007.

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Shemanko CS, et al. DNA based prenatal testing for the skin blistering disorder epidermolysis bullosa simplex. Prenat Diagn 2000;20:371–7.

- [41] Rugg EL, Baty D, Shemanko CS, et al. DNA based prenatal testing for the skin blistering disorder epidermolysis bullosa simplex. Prenat Diagn 2000;20:371–7.



Serment

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



قسم أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بأوازع من طمير وشفافية وإخلاص مريضتي هادي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم واجبي نحو مرضاي دون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أسعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 31

سنة : 2010

الطفحات الأساسية في علم

جلد الأطفال

استرجاع الأدبيات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد : فريد بدري

المزوداد في 18 مارس 1984 بسلا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: طفل – علم الجلد – الطفحة الأساسية – المظاهر السريرية – التشخيص.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: عبد العالي بنتهيلة

أستاذ في طب الأطفال

السيدة: فاطمة جابوريك

أستاذة مبرزة في طب الأطفال

السيد: التهامي بنوشان

أستاذ مبرز في طب الأطفال

السيدة: نادية الشراي

أستاذة مبرزة في التشريح المرضي