



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année : 2021

Thèse N° 131

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

THÈSE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/07/2021

PAR

Mlle. Soukaina KARIMI

Née le 18 Juillet 1994 à Safi

Ancienne interne au CHU Mohammed VI de Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE


MOTS CLES

Tumeurs conjonctives - Tumeurs annexielles
Tumeurs Epidermiques - Kystes cutanés - Naevus

JURY

Mr. Y. BENCHEMKHA		PRESIDENT
Professeur de Chirurgie Plastique et Réparatrice		
Mr. S. AMAL		RAPPORTEUR
Professeur de Dermatologie-Vénérologie		
Mme. O. HOCAR	}	JUGES
Professeur de Dermatologie-Vénérologie		
Mr. A. FAKHRI		
Professeur d'Anatomie-Pathologie		



“What’s yours will find you.” 

– Imam Ali Ibn Abi Talib(as)



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



#

#



**LISTE DES
PROFESSEURS**



#

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie

AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE EI Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et

			chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOÛI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOÛI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOÛIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOÛI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOÛDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOÛS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAQOÛI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOÛHAÏR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFFETTAH Youssef	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAJHOUJI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMIMI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie

BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de Catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/02/2021



DÉDICACES





Je dédie ce modeste travail

A

الحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على
سيدنا محمد وآله الطيبين
الطاهرين



A MA TRÈS CHÈRE MÈRE Aziza Cherkaoui

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu as toujours été à mes côtés et tu as su m'épauler durant toute épreuve.

*Jamais je n'oublierais tes conseils, tes sacrifices et tes prières qui m'ont été d'un soutien inestimable durant mon parcours et tout au long de ma vie,
je t'en remercie profondément.*

En ce jour mémorable, au temps pour moi que pour toi, je te dédie ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime

Puisse Dieu tout puissant te donne santé, bonheur et longue vie.

A MON TRÈS CHER PÈRE KARIMI Driss

*Aucun mot ne saurait exprimer ma gratitude et reconnaissance. J'admire ta patience inépuisable, ta compréhension et ton encouragement qui m'ont été d'un immense soutien.
je te dois ma réussite*

*je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serais demain
Je continuerais à faire de mon mieux pour mériter ta fierté en espérant ne jamais te décevoir.*

Que Dieu tout puissant te préserve, t'accorde santé et bonheur et te protège de tout mal.

A mes grands parents,

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et bien-être. Que Dieu tout puissant te garde et te procure santé,
bonheur et longue*

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours.



A mes sœurs Assia, Hafssa, , Zainab et Maroua :

*Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours.
Que ce Travail soit témoignage mes sentiments les plus sincères et
les plus affectueux.*

*Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.
Je n'oublie pas un remerciement spéciale pour Hafssa pour son
aide et son support professionnel.*

A mes très chers frères Ayoub, Yasser et Yahya

*Vous étiez toujours là quelque part à mes côtés. Je tiens à vous
exprimer aujourd'hui mon profond amour et ma reconnaissance.
Puisse Dieu nous garder toujours solidaires et unis.*


A mes tantes, Meryem, Fadya et Hakima

*J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom
J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de
messentiments les plus chaleureux.
Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à
votre égard, et soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours
pour vous*

A mes très chers amies,

*Imane Essaket , Zineb algouti ,Chaimae Fouiteh , Soukaina
Oumlil,*

*Merci pour vos encouragements. Je vous dédie ce travail à
travers lequel
je vous exprime tout mon amour et affection. Je vous souhaite
tout le bonheur du monde.*



A ma chère amie d'enfance Hafsa , Nos chemins se sont séparés certes, mais l'amitié demeurera présente à jamais. Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble.

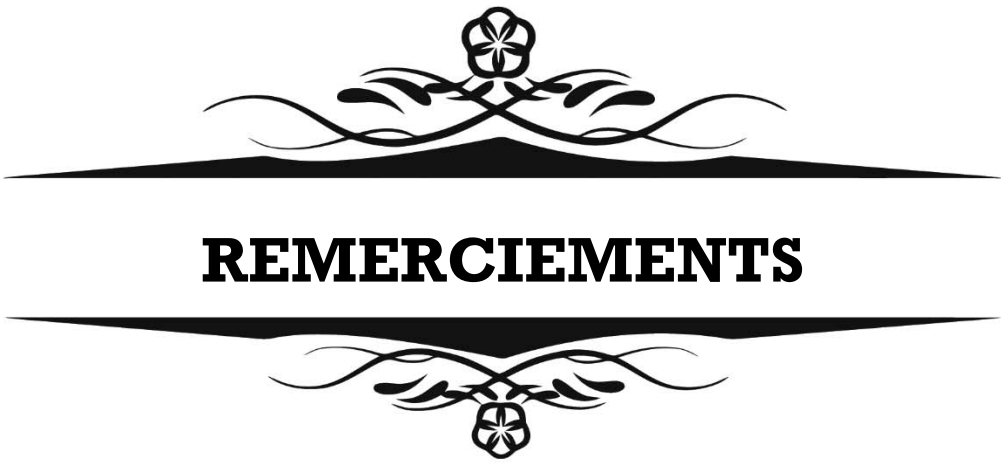
A toute l'équipe du laboratoire d'Anatomo-Pathologie du CHU Med VI de Marrakech, avec un remerciement spéciale à Dr Boukís et Dr Bougguenna

A toute l'équipe du service de dermatologie-vénérologie du CHU Med VI de Marrakech, à la fois aux médecins collègues qui m'on aider dans mon travail et m'aident toujours dans ma formation, mais également à toute l'équipe des infirmiers.

A moi-même,


Sans aucune prétention, pour que je sache rester égale à moi-même et à mes valeurs profondes. Pour avoir le luxe de rester intègre et pour garder en tête que le dur labeur paie.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer



REMERCIEMENTS





A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
M. BENCHEMKHA YASSINE PROFESSEUR ET CHÉF DE
SERVICE DE LA CHIRURGIE PLAOTIQUE ET REPARATRICE
DU CHU MOHAMED VI DE
MARRAKECH.

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger et présider ce travail de thèse et nous espérons être à la hauteur. Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde gratitude et notre haute estime.

A mon Maître et Rapporteur de thèse: Mr Saïd AMAL
Professeur et chef de service du service de dermatologie-
vénérologie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

C'est avec grand plaisir et indicible honneur que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement. J'espère être la hauteur de la confiance que vous m'avez faite en me confiant ce travail de thèse. Permettez-moi de vous remercier pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail, pour le temps que vous m'avez octroyé en dépit de vos responsabilités et engagements. Force est de reconnaître cher professeur que votre modestie, vos qualités humaines jointes à votre compétence et vos qualités d'enseignants font de vous un exemple à suivre.



**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : Madame HOCAR
OUAFA
PROFESSEUR DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE AU CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH**

*Vous me faites un grand honneur en acceptant de vous associer
à ce jury.*

*Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes
qualités humaines et professionnelles. Je vous remercie de la
générosité et de l'humilité avec lesquelles vous partagez votre
savoir. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de mon
sincère respect et mon plus grand estime.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
MR ANASS FAKHRI PROFESSEUR D'ANATOMIE
PATHOLOGIE AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH**

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

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

*Veuillez accepter, professeur, nos sincères remerciements et
notre profond respect.*



ABREVIATIONS



Liste des abréviations

EMC : l'Encyclopédie Médico-chirurgicale

KS :Kératose Séborrhéique

KA :Kératoacanthome

DF :Dermatofibrome

MP : Molluscum Pendulum

SP : Syringocystadenome Papillifère

LL : Lipome lipocytyque

TDM : Tomodensitometrie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

KFI : Kératose folliculaire inversé



PLAN



INTRODUCTION	- 1 -
PATIENTS ET MÉTHODES	- 4 -
I. But de l'étude	- 5 -
II. Période et type d'étude	- 5 -
III. Population cible	- 5 -
1. Echantillonnage	- 5 -
2. Critères d'inclusion	- 5 -
3. Critères d'exclusion	- 6 -
4. Source et collecte des données	- 6 -
IV. Analyse statistique	- 6 -
V. Considérations éthiques	- 6 -
RÉSULTATS	- 7 -
I. Épidémiologie	- 8 -
II. Clinique	- 9 -
1. Evolution	- 9 -
2. Lésions élémentaires	- 9 -
3. Topographie.....	- 10 -
4. Nombre des lésions	- 11 -
5. Signes associés.....	- 12 -
III. Diagnostic clinique.....	- 12 -
1. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives	- 13 -
2. Les kystes cutanés	- 13 -
3. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques	- 13 -
4. Les naevus	- 13 -
5. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles	- 13 -
IV. Diagnostic histologique	- 13 -
1. Tumeurs cutanées bénignes conjonctives.....	- 14 -
2. Kystes cutanés	- 22 -
3. Les Naevus	- 23 -
4. Tumeurs cutanées bénignes annexielles	- 25 -
5. Les Tumeurs cutanées bénignes épidermiques.....	- 31 -
V. Diagnostic clinico-histologique	- 34 -
VI. La prise en charge	- 37 -
1. Exérèse chirurgicale	- 37 -

2.	Biopsie simple	- 38 -
3.	Cryothérapie	- 38 -
4.	L'abstention thérapeutique	- 38 -
5.	L'électrocoagulation	- 39 -
VII.	Confrontation anatomo-clinique :	- 39 -
	DISCUSSION	- 61 -
I.	Rappel histologique	- 62 -
1.	L'épiderme	- 62 -
2.	Le derme	- 65 -
3.	L'hypoderme :	- 66 -
4.	Les annexes de la peau	- 66 -
II.	Classification	- 68 -
1.	Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques	- 68 -
2.	Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives	- 69 -
3.	Tumeurs cutanées bénignes annexielles	- 70 -
4.	Les kystes cutanés	- 72 -
5.	Naevus	- 72 -
III.	Les tumeurs cutanées bénignes	- 73 -
1.	Tumeurs cutanées bénignes épidermiques	- 73 -
2.	Tumeurs cutanées bénignes conjonctives	- 81 -
3.	Tumeurs cutanées bénignes annexielles	- 96 -
4.	Les kystes cutanés	- 117 -
5.	Les naevus	- 123 -
	CONCLUSION	- 127 -
	RESUME	- 130 -
	ANNEXES	- 134 -
	BIBLIOGRAPHIE	- 137 -



INTRODUCTION

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

La pathologie tumorale cutanée bénigne est complexe et caractérisée par la grande diversité des formes cliniques et anatomopathologiques.

Notre étude s'articule autour des tumeurs cutanées bénignes qui résultent d'une prolifération bénigne d'un ou de plusieurs éléments constituant de la peau(1) et qui constituent un motif de consultation très fréquent en dermatologie.(2)

Les tumeurs cutanées bénignes se caractérisent par un polymorphisme lésionnel et se manifestent par des lésions dermatologiques de tailles différentes allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres et se localisent partout au niveau du tégument cutané.(2)

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

Ces tumeurs sont souvent isolées, mais peuvent révéler, notamment lorsqu'elles présentent une forme multiple des maladies systémiques ou des génodermatoses.(3)

Cliniquement, ces tumeurs bénignes présentent deux cas de figure : le premier concerne celles observées couramment et facilement reconnues sur la base du site, les caractéristiques de présentation, la taille, la couleur ou même les signes associés alors que le deuxième est lié à celles qui peuvent mimer d'autres pathologies et poser un problème diagnostique.(1)

Le diagnostic clinique est souvent évoqué notamment pour les tumeurs les plus fréquentes, mais la confirmation de l'examen histopathologique reste nécessaire. Généralement, l'examen standard d'une biopsie ou de la pièce d'exérèse est parfois complété par l'immunohistochimie. Plus rarement, il est nécessaire de recourir à des examens de biologie moléculaire.(3)

En complément d'un examen clinique minutieux, la dermoscopie constitue un outil simple, peu coûteux, et non invasif qui permet de visualiser certains caractères morphologiques non

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

visibles à l'œil nu et ce à l'aide d'une lentille de grossissement variable entre 6× à 100×. Grâce à son utilisation, le diagnostic et la prise en charge de ces tumeurs sont ainsi améliorés.(1)

Parfois, certains examens paracliniques sont nécessaires tels que l'échographie des parties molles qui permet de déterminer la nature, la taille, mais surtout les rapports et la profondeur d'un nodule difficilement palpable cliniquement.(1).D'autres explorations radiologiques sont rarement demandées , à savoir la radiographie standard ,l'IRM et la TDM.

La prise en charge thérapeutique se base essentiellement sur l'exérèse chirurgicale, la cryothérapie, l'électrocoagulation ou parfois l'abstention thérapeutique.

A travers cette étude, nous allons essayer d'évaluer la fréquence des tumeurs bénignes de la peau, leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques au sein du service de dermatologie et du laboratoire d'anatomopathologie au CHU Mohammed VI à Marrakech.



**PATIENTS ET
MÉTHODES**



I. But de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'établir le profil clinique, épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs cutanées bénignes au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech en analysant et évaluant les différents éléments recueillis.

L'objectif secondaire de ce travail est d'analyser les résultats obtenus en fonction des données de la littérature.

II. Période et type d'étude :

Notre travail s'est basé sur une étude descriptive prospective de 133 patients au centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Cette étude s'est étalée sur une période de six mois allant du 01/09/2019 jusqu'au 29/02/2020.

III. Population cible :

1. Echantillonnage :

Cette étude regroupe l'ensemble des patients ayant consulté pour une tumeur cutanée bénigne au service de dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech, pendant la période allant du 01/09/2019 jusqu'aux 29/02/2020, soit 133 cas en totalité.

2. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre échantillon tous les cas de patients ayant consulté pour une tumeur cutanée bénigne.

3. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de notre étude les cas de patients ayant des :

- ✚ Tumeurs cutanées d'origine vasculaire : Angiome et Hémangiome
- ✚ Tumeurs cutanées d'origine virale : Condylomes, Verrues
- ✚ Tumeurs cutanées dans le cadre d'une maladie neurocutanée : Neurofibromatose et Sclérose tubéreuse de Bourneville

4. Source et collecte des données :

Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation (annexe1).

Cette dernière a été élaborée en se basant sur les données de la littérature afin de recueillir le maximum de données épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Les résultats ont été exprimés en pourcentages ou en moyennes en fonction des variables étudiées.

IV. Analyse statistique :

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Excel en utilisant des pourcentages pour les variables qualitatives et des valeurs moyennes avec les extrêmes pour les variables quantitatives.

V. Considérations éthiques :

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthique relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.



RÉSULTATS



I. Épidémiologie

Dans notre étude le nombre de cas recueillis était 133 cas dont la moyenne d'âge des patients était de 41,63 ans, avec des extrêmes allant de 10 ans jusqu'à 83ans. (Figure 1)

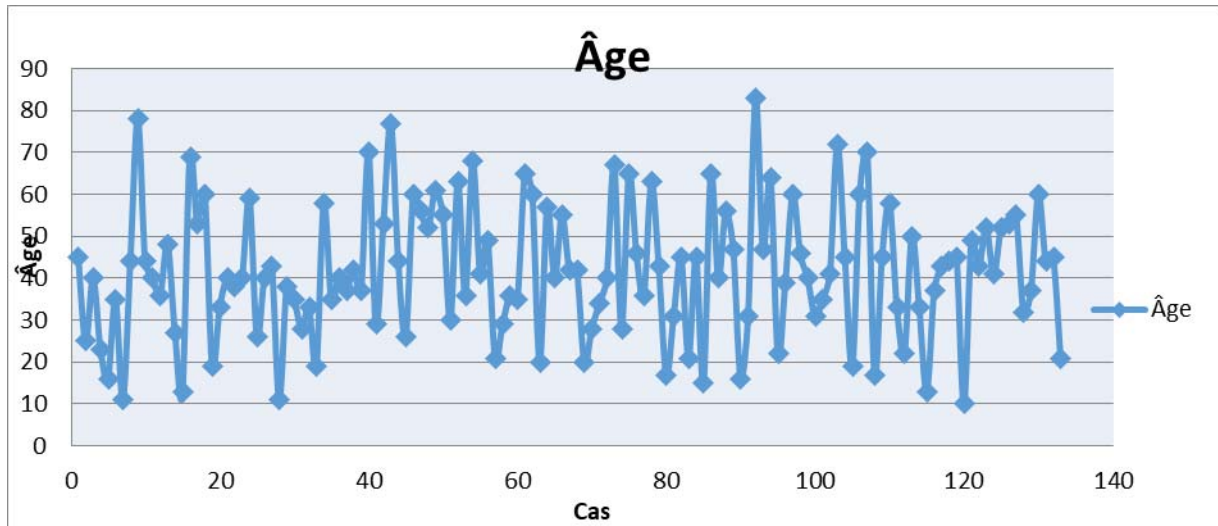


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

Parmi les 133 patients, 83 étaient de sexe féminin soit 62 % de la population étudiée et 50 patients étaient de sexe masculin soit 38 % de la population. Avec un sex-ratio H/F de 0.6.(Figure2)

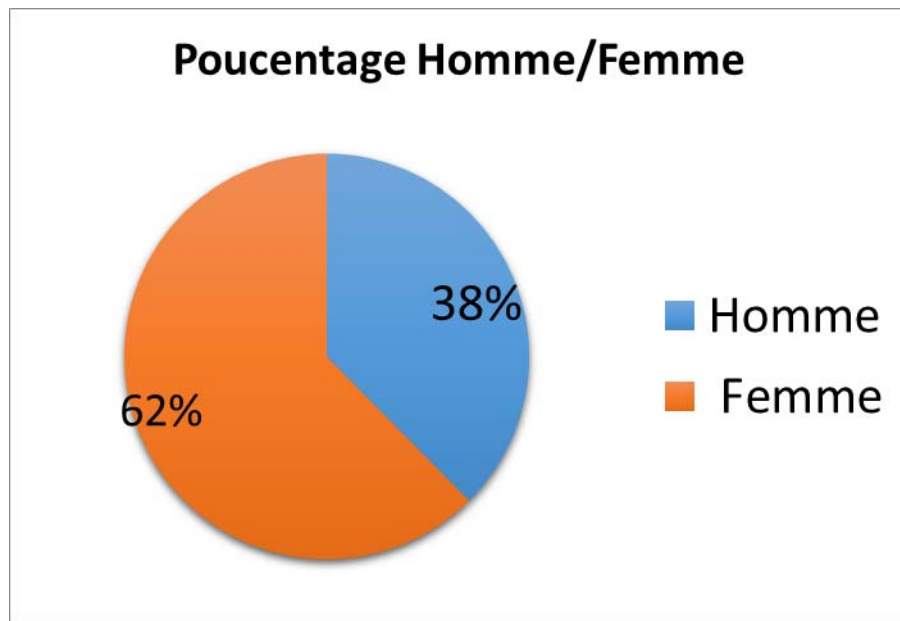


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

II. Clinique

1. Evolution :

Les lésions évoluaient de façon chronique, plus de 3 mois, chez 94 % des cas , soit 125 patients.

Les 8 malades restants présentaient une évolution subaiguë soit 6% des cas.

2. Lésions élémentaires :

Les lésions élémentaires, se présentaient sous forme : (Figure3)

- Nodulaires chez 76 patients (57%) .
- Papuleuses chez 44 patients (33%).
- Végétations/verrucosités chez 13 malades (10%).

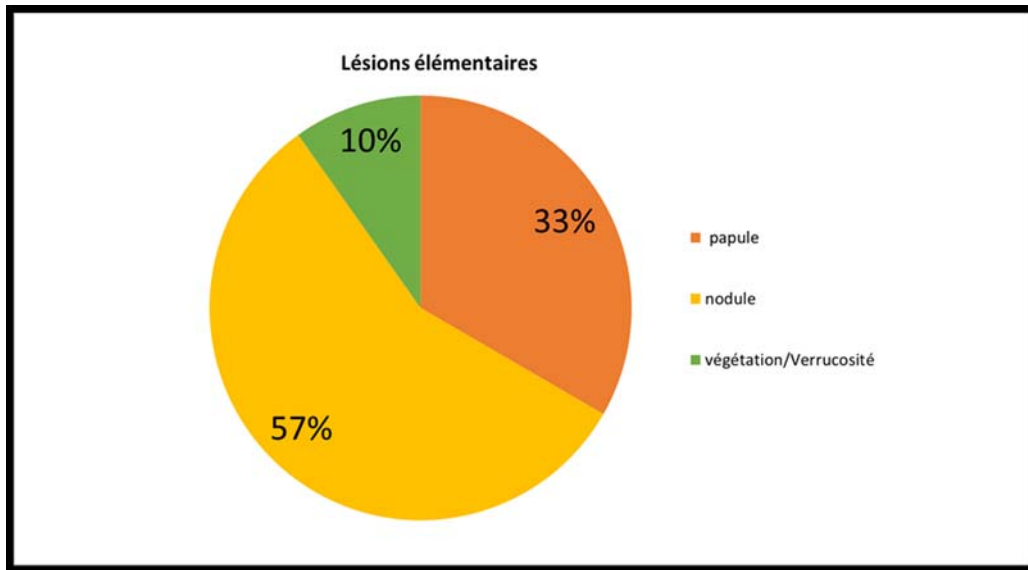


Figure 3: répartition des lésions élémentaires

3. Topographie :

La localisation la plus fréquente chez les patients était la tête et le cou retrouvée chez 57 soit 43 % des malades. (Figure 4)

Pour le reste des cas , les lésions ont été réparties comme suit :

- Tronc, chez 30 patients (23 %)
- Membres inférieurs, chez 28 patients (21 %).
- Membres supérieurs chez 14 malades (11%).
- Les organes génitaux externes, chez trois malades (2% des malades)

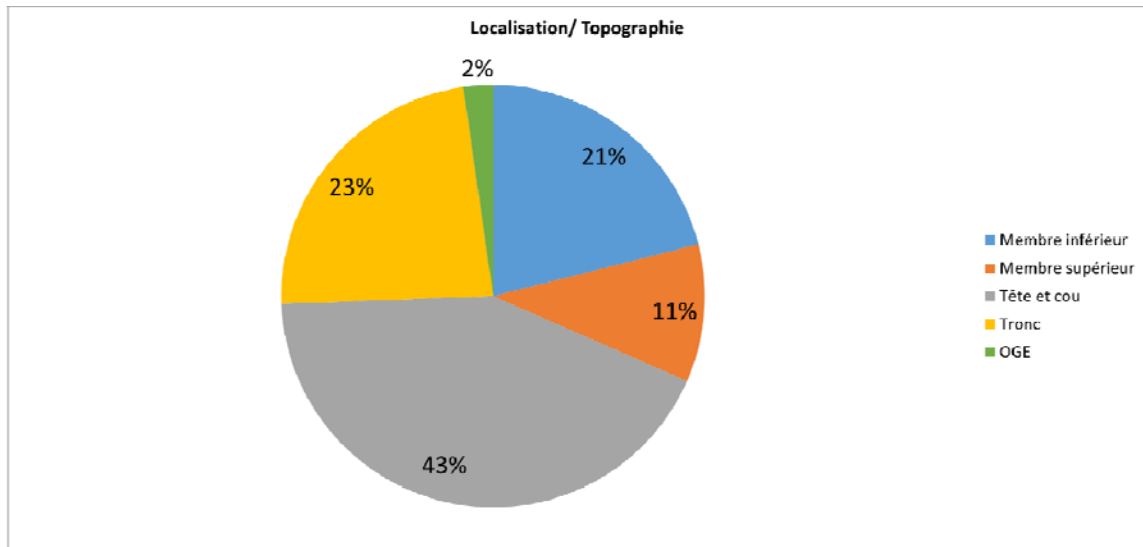


Figure 4 : Répartition des tumeurs selon la topographie

4. Nombre des lésions :

Les lésions étaient uniques dans 82% des cas, ce qui correspond à 109 malades, multiples chez 17 patients, et 7 malades ont présenté deux lésions . (Figure 5)

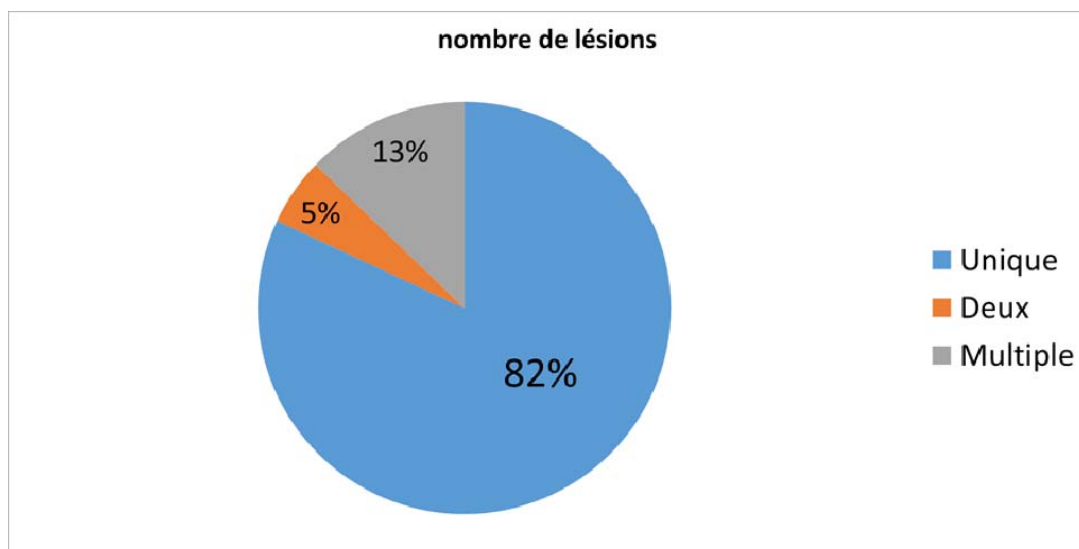


Figure 5 : Répartition selon le nombre des lésions

5. Signes associés :

Nous avons noté :

- Un saignement chez 5 malades (4%).
- Une ulcération secondaire chez 4 patients (3%).
- La surinfection chez 3 malades(2%).
- Les lésions ont été douloureuses chez 2 malades (1%).

III. Diagnostic clinique

Chez 52 patients, le diagnostic a été posé en se basant sur les données anamnestiques et cliniques. Ces tumeurs sont réparties comme suit : (Figure 6)

- Les tumeurs conjonctives chez 28 malades (54%).
- Les kystes cutanés chez 13 malades (25%).
- Les tumeurs épidermiques chez 6 malades (11%).
- Les naevus chez 3 malades (6%).
- Les tumeurs annexielles chez 2 patients (4%).

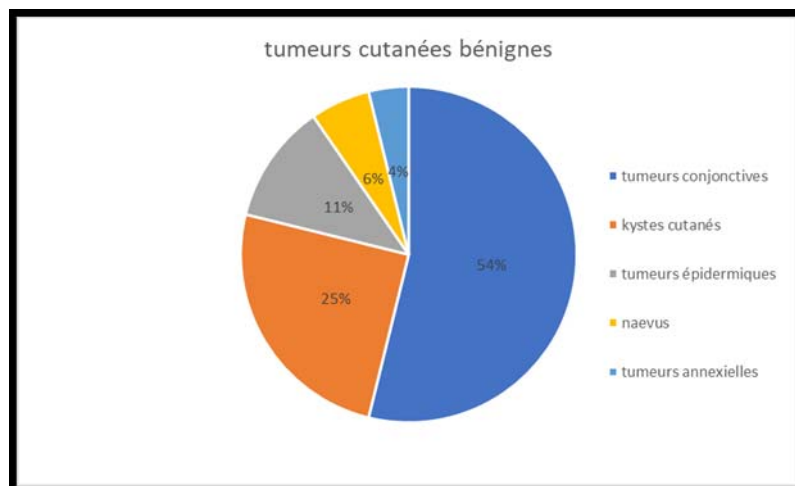


Figure 6 : Répartition des tumeurs bénignes diagnostiquées cliniquement.

1. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Elles ont été réparties comme suit :

- Molluscum pendulum chez 12 malades .
- Botriomycome chez 9 malades .
- Lipome chez 4 patients.
- Chéloïde chez 2 patients.
- Histocytofibrome chez un patient.

2. Les kystes cutanés :

Ils ont été répartis comme suit :

- Kyste trichilemmal chez 10 patients
- Kyste épidermoïde chez 3 patients.

3. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Elles correspondaient toutes à des kératoses séborrhéiques.

4. Les naevus :

Ils ont été retrouvés chez 3 malades .

5. Les tumeurs cutanées bénignes annexielles :

Elles ont été retrouvées chez deux cas à type de pilomatricome.

IV. Diagnostic histologique

Dans notre série, 81 de nos malades avaient nécessité le recours à l'examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic. Ainsi, ces tumeurs se répartissaient par ordre de fréquence de la manière suivante : (Figure 7)

- Tumeurs conjonctives chez 32 malades (40%)
- Kystes cutanés chez 19 malades (24%)
- Naevus chez 14 malades (17%)
- Tumeurs annexielles chez 10 malades (12%)
- Tumeurs épidermiques chez 6 malades (7%)

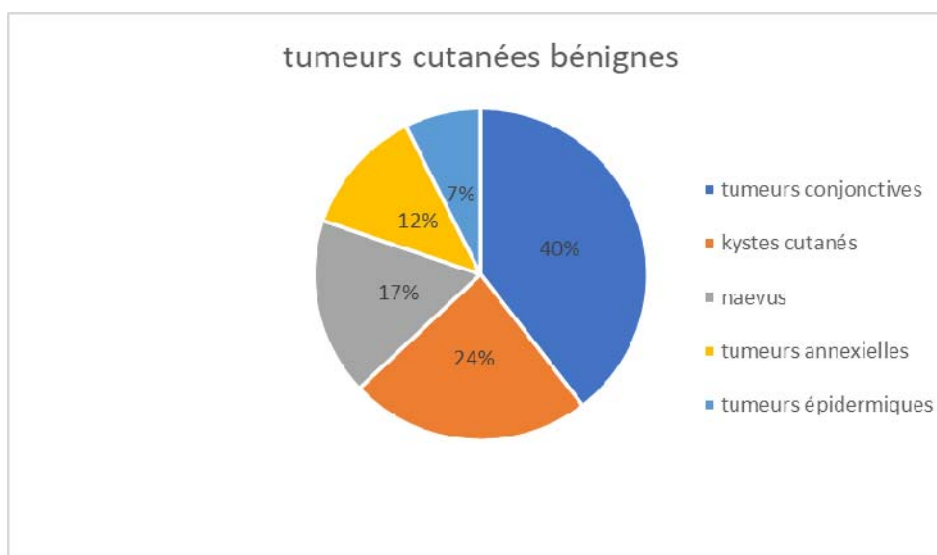


Figure 7 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes diagnostiquées histologiquement.

1. Tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Ces tumeurs ont été retrouvées chez 40% des cas , soit 32 patients .

Le diagnostic histologique était réparti comme suit :

1.1 Molluscum pendulum :

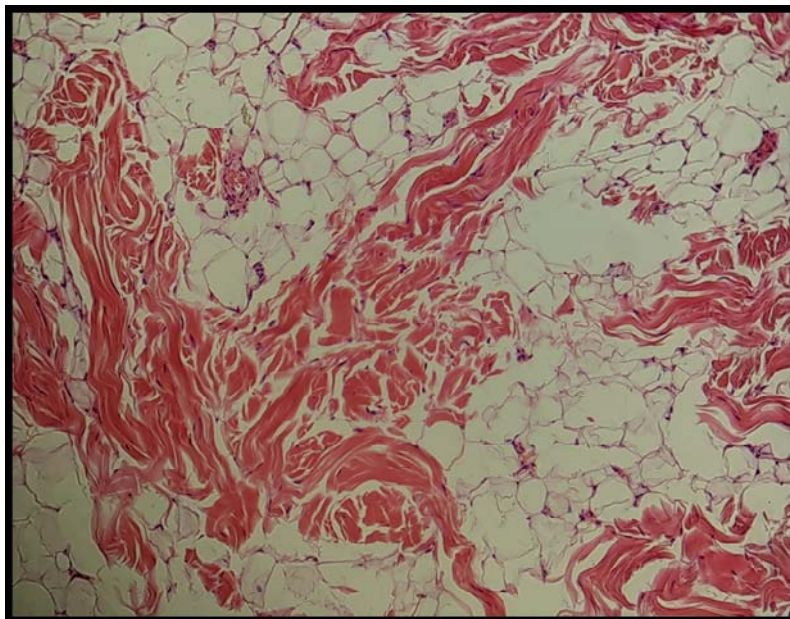
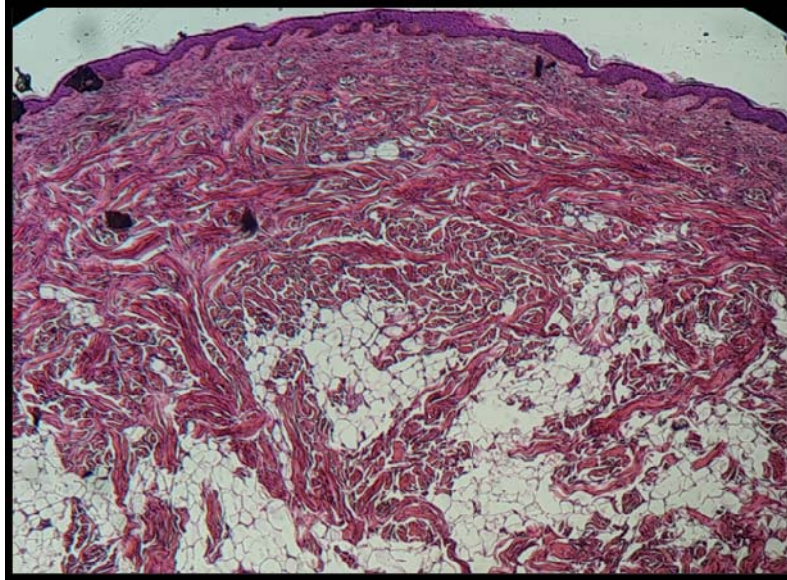
Cette tumeur a été diagnostiquée chez 12 patients.

L'examen histologique montrait : (Figures 8,9)

- Une lésion pédiculée
- Epiderme : aplati chez 4 malades, et hyperkératosique et acanthosique chez 8 malades.

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

- Présence d'un tissu collagénique vascularisé (vaisseaux sanguins dilatés), avec absence d'annexes cutanées.
- Des ilots de tissu adipeux associés chez 3 malades.

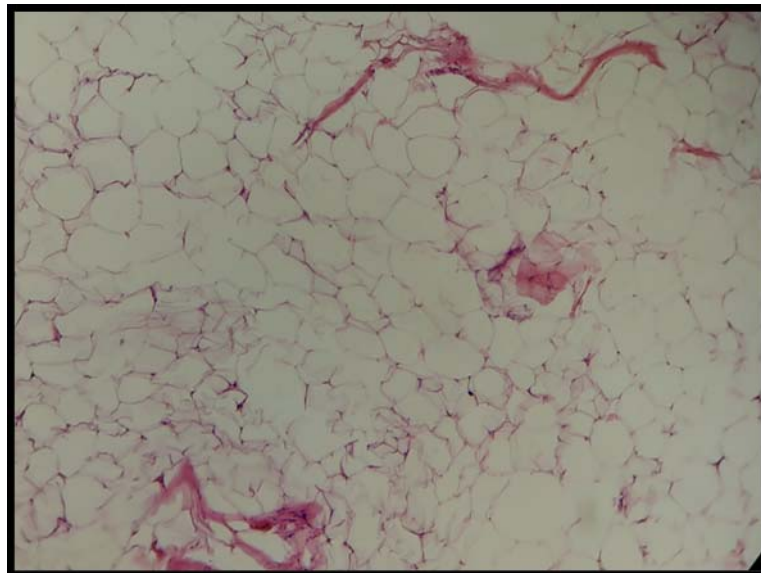
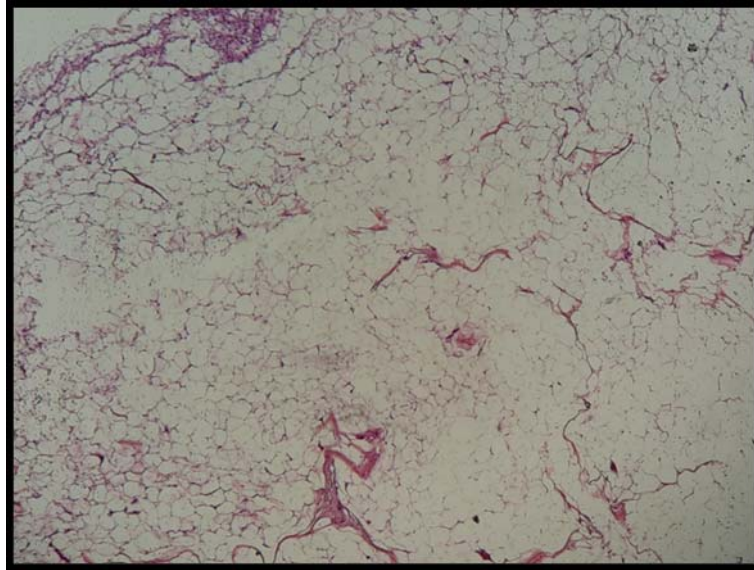


Figures 8,9 : Aspect histologique du molluscum pendulum, Collection du Laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

1.2 Lipome :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez 7 malades.

Le diagnostic histologique a été confirmé par la présence des lobules graisseux composés d'adipocytes matures séparés par des septa fibreuses.(Figures 10,11)



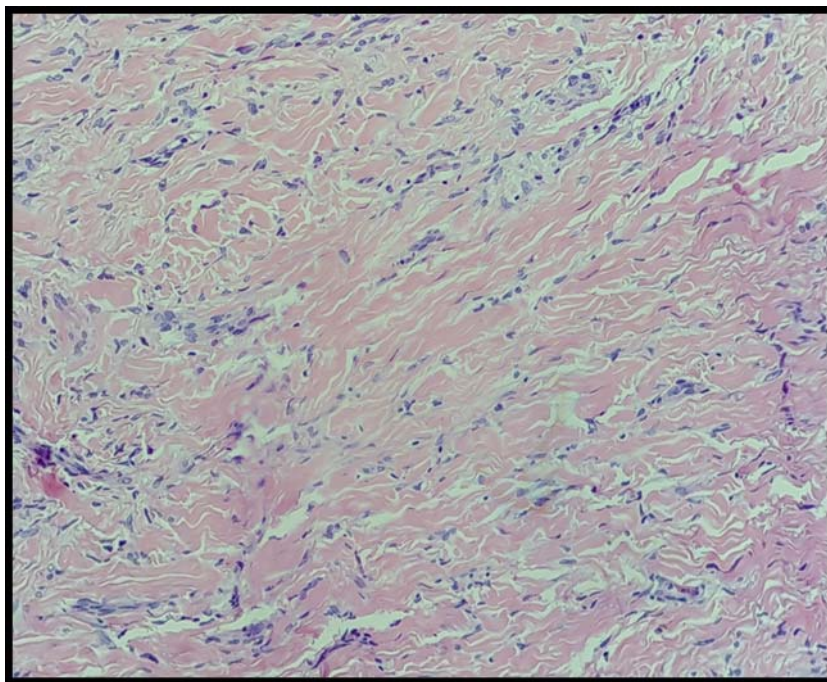
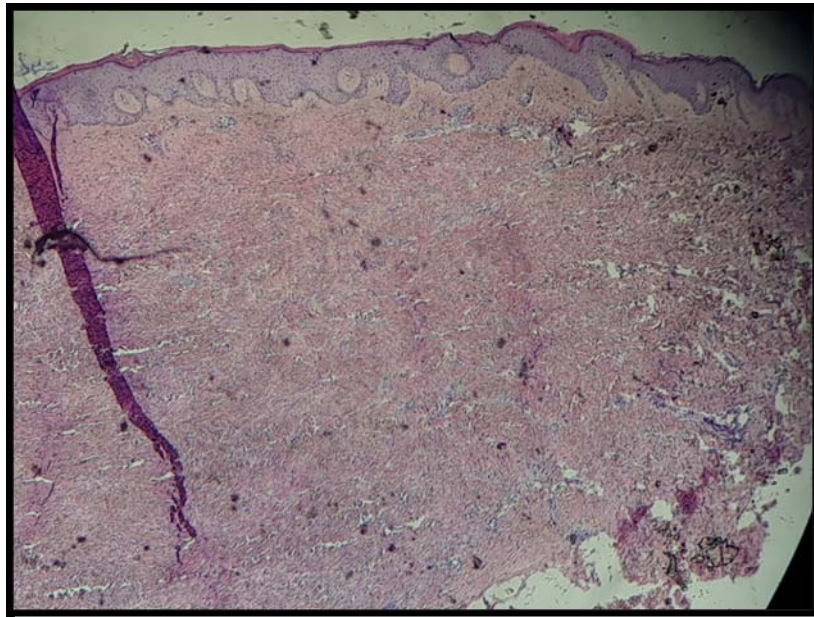
**Figures 10,11 :Aspect histologique du lipome, Collection du laboratoire d'anatomopathologie
CHU Mohammed VI.**

1.3 Histiocytofibrome :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez 6 malades.

L'examen histologique montrait : (Figures 12,13)

- ✓ Au niveau de l'épiderme :
 - Hyperkératose orthokératosique chez 2 malades.
 - Hyperpigmentation de la couche basale chez 4 malades.
 - Papillomateux et acanthosique
- ✓ Au niveau du derme :
 - Prolifération intra dermique, non encapsulée, formée de 2 types cellulaires.
 - Cellules fusiformes fibrocytaires et de cellules arrondies ou ovalaires histiocytaires
 - Ces cellules figuraient une structure entrecroisée et tourbillonnante.
 - Dilatations vasculaires avec de petites hémorragies (dépôts d'hémosidérine) retrouvées chez 2 malades.
 - Un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire à la périphérie de la tumeur chez 2 malades.
- ✓ Hypoderme et annexes : ont été toujours respectés



**Figures 12,13 : Aspect histologique d'histiocytofibrome , Collection du Laboratoire
d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.**

1.4 Botriomycome :

Le diagnostic histologique du botriomycome a été posé chez 4 malades.

L'examen histologique montrait : (Figures 14,15)

- Plusieurs capillaires en touffe ayant un endothélium turgescent.
- Stroma vasculaire lâche et œdématié chez 2 malades.
- Un recouvrement épidermique aminci dessinait une collerette périphérique chez un patient.
- L'infiltrat inflammatoire a été retrouvé chez 3 malades.

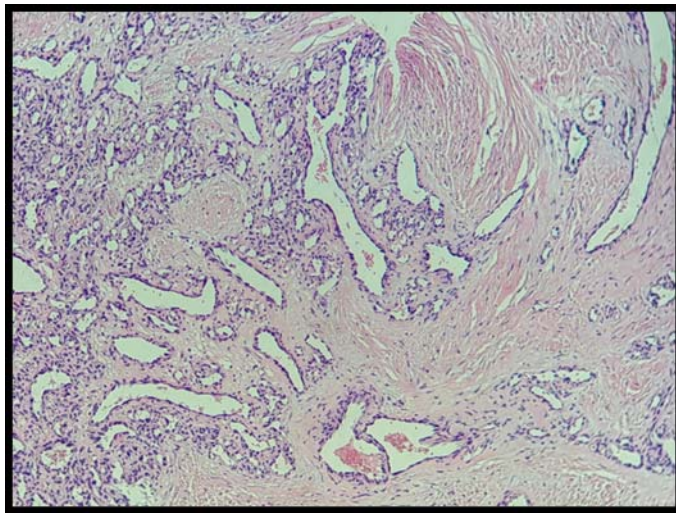
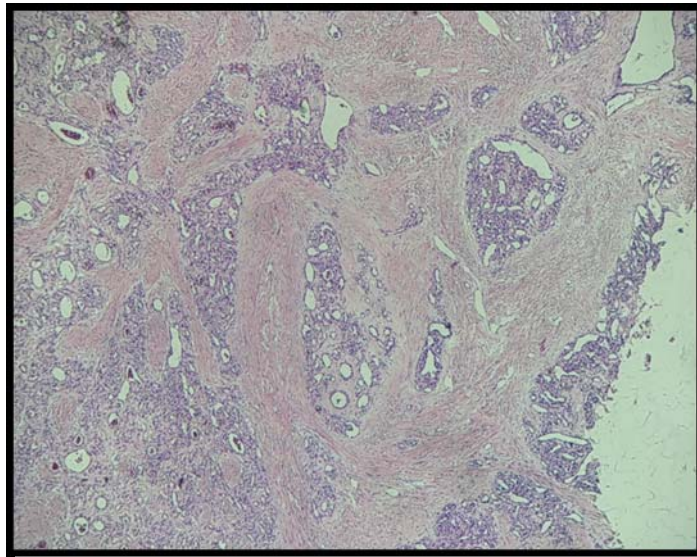


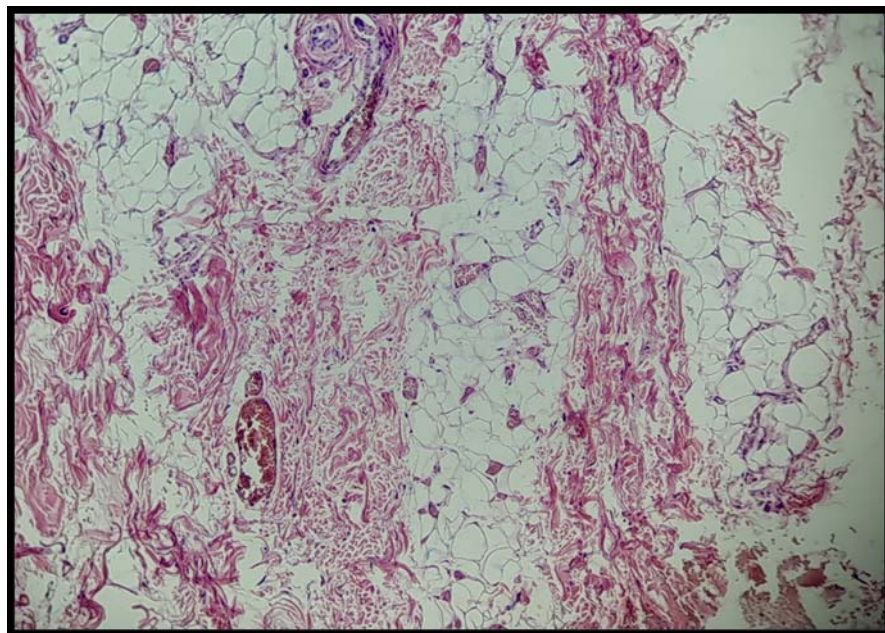
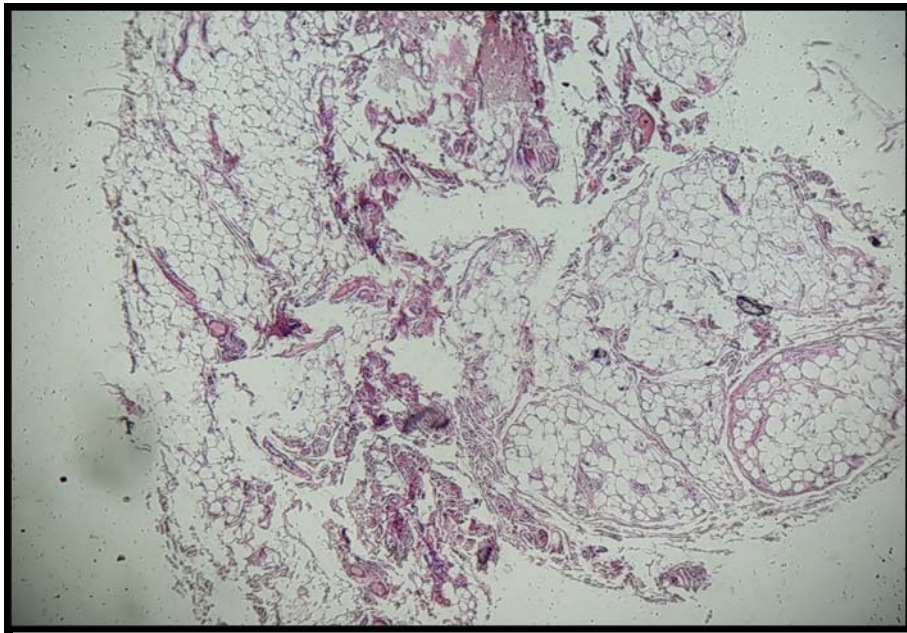
Figure 14,15 : Aspect histologique du botriomycome, collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

1.5 Angiolipome :

Il était diagnostiqué chez 2 malades.

L'examen histologique montrait : (Figures 16,17)

- Les mêmes caractéristiques du lipome
- Nombreux capillaires dans les lobules graisseux .



**Figures 16,17 :Aspect histologique de l'angiolipome ,collection du laboratoire
d'anatomopathologie CHU Mohammed VI**

1.6 La Chéloïde :

Ce diagnostic a été retrouvé chez une malade.

L'examen histologique montrait :

- Prolifération dermique bénigne limitée, séparée de l'épiderme normal par le derme papillaire
- Fibres de collagène régulières , hyalinisées par endroits
- Hyperplasie fibroblastique
- Infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire modéré.

2. Kystes cutanés :

Ils ont été retrouvés chez 32 malades . Ils sont composés de trois types histologiques répartis comme suit :

2.1 Kyste épidermoïde :

Il a été retrouvé chez 9 patients.

Sur le plan histologique, on notait :

- Une paroi kystique à revêtement multistratifié comprenant une couche granuleuse.
- Un contenu fait de kératine lamellaire
- Un infiltrat inflammatoire associé chez 4 malades.
- Une réaction granulomateuse à corps étranger chez 2 malades.

2.2 Kyste trichilemmal :

Il a été noté chez 5 patients.

L'examen histologique montrait :

- Une paroi kystique à revêtement multistratifié sans couche granuleuse
- Un contenu fait de la kératine compacte et calcification associée chez un malade.

2.3 Kyste dermoïde :

Il a été diagnostiqué chez 5 patients.

L'examen histologique montrait :

- Une paroi kystique à revêtement multistratifié comprenant une couche granuleuse.
- Lumière comblée par des lamelles de kératine.
- Une inclusion des annexes dans la paroi chez 3 malades

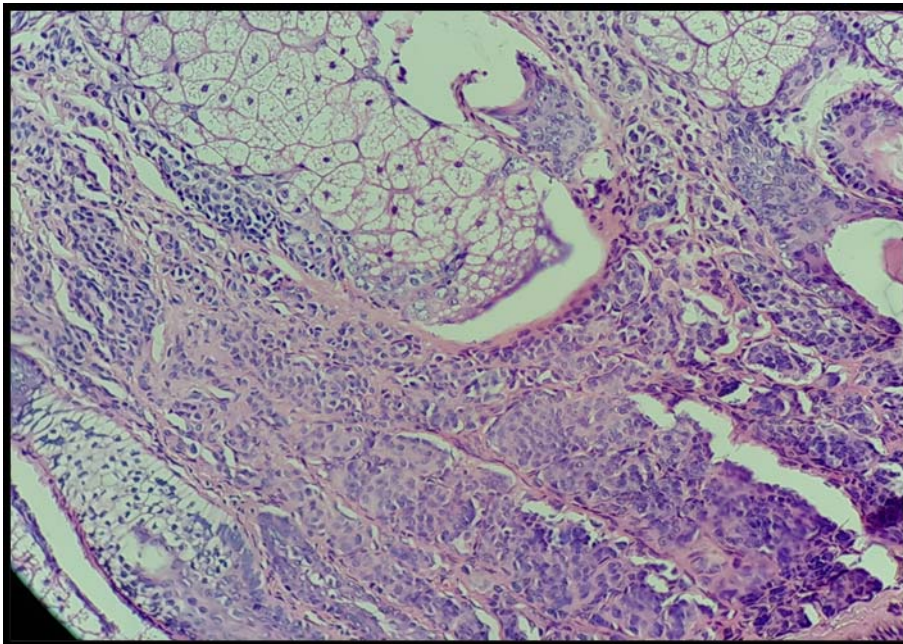
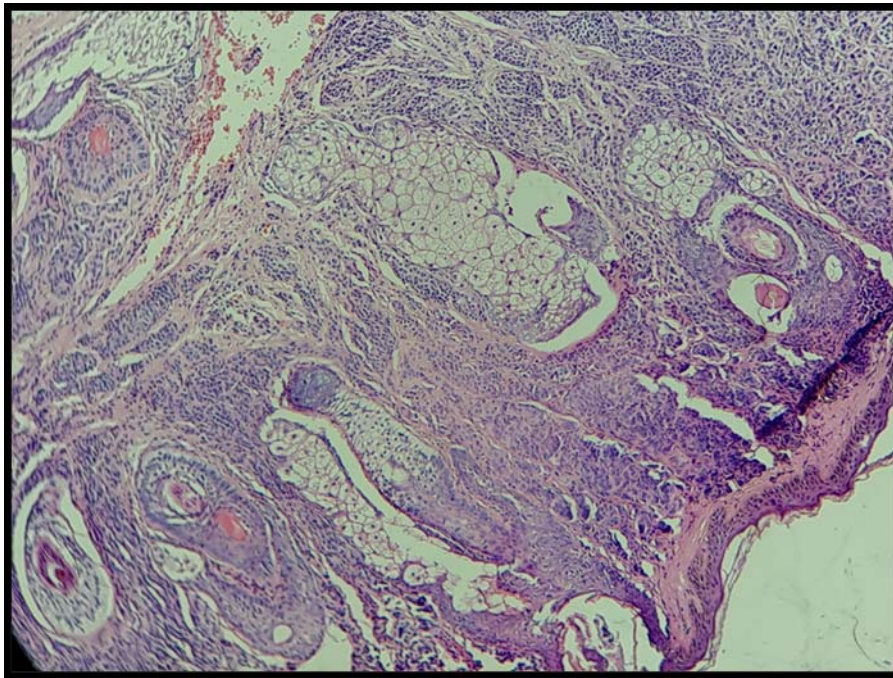
3. Naevus

Dans notre série, ces tumeurs mélanocytaires ont été diagnostiquées chez 14 malades dont la répartition était la suivante :

3.1 Naevus naevocellulaire dermique chez 12 malades.

L'examen histologique montrait : (Figures 18,19)

- Une prolifération naevique dermique et symétrique agencée en thèques
- Des cellules naeviques de petite taille à noyaux arrondis avec un cytoplasme chargé de mélanine.
- Des cellules naeviques prenant une différenciation neuroïde en profondeur chez 10 malades .
- L'absence de composante jonctionnelle.



Figures 18,19 : Aspect histologique du naevus dermique ,collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

3.2 Naevus bleu :

Il a été diagnostiqué chez deux patients.

L'examen histologique montrait :

- Epiderme : atrophique surmonté d'une hyperkératose orthokératosique chez 1 malade.
- Prolifération dermique des cellules næviques fusiformes.
- Cellules næviques chargées de pigments mélaniques
- Plusieurs macrophages chez un malade
- Absence de composante jonctionnelle.

4. Tumeurs cutanées bénignes annexielles :

Ces tumeurs ont été mises en évidence chez 10 malades.

Leur analyse a permis de dégager les résultats suivants :

4.1 Pilomatricome :

Ce type histologique a été diagnostiqué chez 3 patients

L'étude histologique montrait :

- Une alternance de deux types cellulaires
 - Cellules épithéliales malpighiennes basophiles de petite taille
 - Cellules momifiées anucléées, respectant les contours cellulaires.
- Cellules calcifiées chez 2 malades
- Résorption macrophagique type corps étranger

4.2 Hamartome sébacé:

Il été diagnostiqué chez 2 malades.

L'étude histologique montrait :

- Un épiderme était hyperplasique et hyperkératosique
- Le derme comprenait :
 - Glandes sébacées de grande taille.
 - Follicules pileux rudimentaires et dysplasiques.
 - Glandes apocrines hétérotopiques chez un malade.
 - Un infiltrat inflammatoire polymorphe chez un malade.

4.3 Porome folliculaire :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez un patient.

A l'examen histologique, on notait :

- Une prolifération bénigne du derme moyen et profond connectée à l'épiderme.
- Organisation en cordons, nodules et nappes solides
- Cellules de petite taille monomorphe et polyédrique
 - Le noyau était de petite taille sans atypies cyto-nucléaires.
 - Le cytoplasme était de moyenne abondance éosinophile.

4.4 Syringomes :

Ces tumeurs ont été diagnostiquées chez un seul patient.

A l'étude histologique, on notait : (Figures 20,21)

- Une prolifération bien limitée et encapsulée, qui était formée de :

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

- Des canaux de petite taille à revêtement double régulier, mêlés à quelques cordons épithéiaux, et kystisés par places.

- Stroma fibreux, et myxoïde

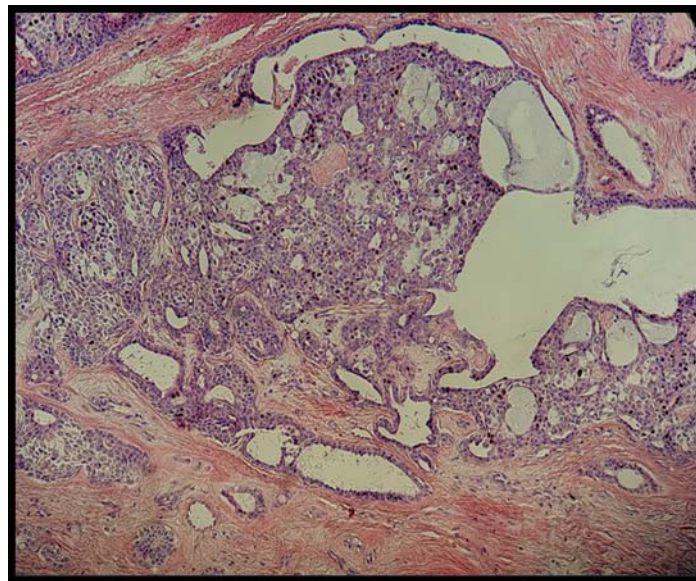
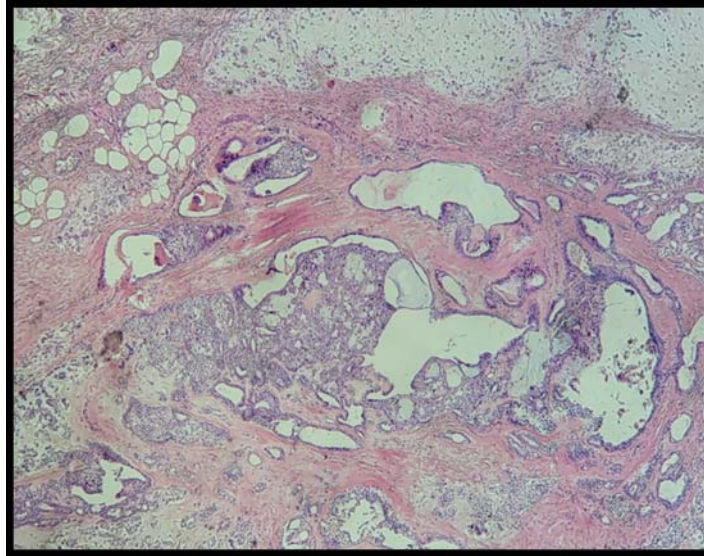


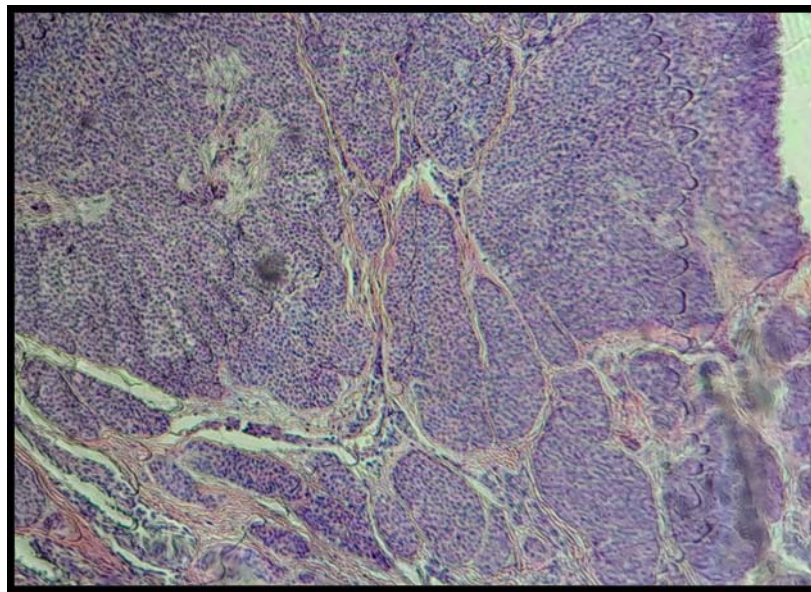
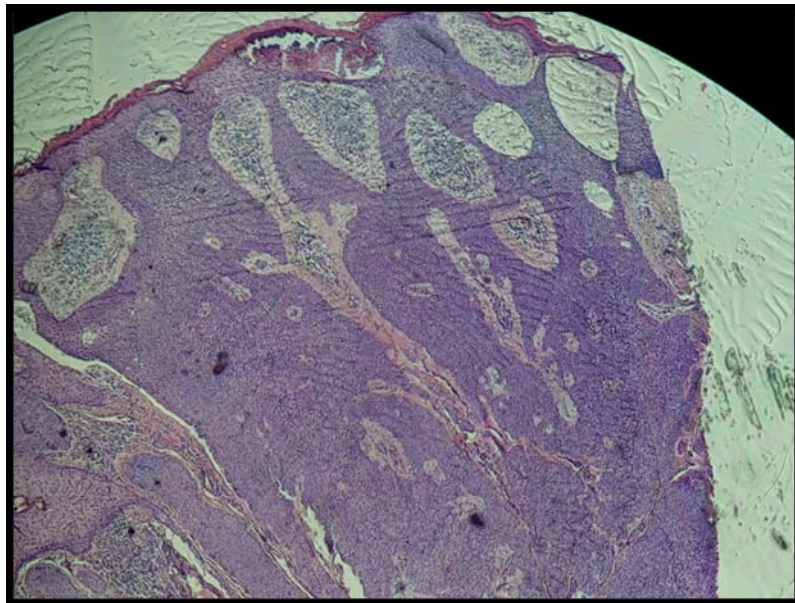
Figure 20,21: Aspect histologique des syringomes ,collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

4.5 Porome eccrine :

Dans notre série, ce diagnostic a été retenu chez un seul malade.

A l'examen anatomopathologique, on notait : (Figures 22,23)

- Une prolifération papillomateuse intra épidermique bien limitée, formée de :
 - Grandes travées de petites cellules rondes à différenciation sudorale
 - Les cellules sudorales se composaient d'un cytoplasme homogène et un noyau rond central.
- L'absence de mitoses et d'atypies cytonucléaires.



Figures 22,23 : Aspect histologique du porome eccrine , Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

4.6 Syringo-cyst-adénome papillifère

Cette tumeur a été diagnostiquée chez un seul patient.

L'étude histologique montrait :

- Un epiderme papillomateux .
- Une prolifération bénigne bien circonscrite.
- Une organisation en papilles, au sein de multiples cavités kystiques, et qui étaient :
 - Tapissées par plusieurs couches cellulaires cylindriques montrant des blebs de décapitation par places.
 - Associées à quelques cellules basales d'allure myoépithéliale.
- Une réaction inflammatoire riche en plasmocytes.
- Une métaplasie apocrine des glandes sudoripares.

4.7 Syringome chondroïde :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez un seul patient.

L'étude histologique montrait :

- Une prolifération dermique .
- Une organisation en massifs cribriformes, en tubes et en cordons.
- Des tubes kystisées par place.
- Des cellules munies de :
 - Noyau hyperchrome ovalaire régulier
 - Cytoplasme peu abondant et basophile.
- Un stroma fibromyxoïde.

5. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques

Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques représentaient le type histologique le moins fréquent dans notre série ; 6 cas ont été colligés .(7%)

Elles ont été réparties comme suit :

5.1 Kératose séborrhéique

Elle a été diagnostiquée chez 5 malades.

L'étude histologique montrait : (Figure 24)

- Un épiderme :
 - Acanthosique et papillomateux, surmonté d'une orthokératose parakératosique focale
 - Kystes cornés intra-épidermiques
 - Prolifération de cellules de type basal, chez 4 malades
- Un infiltrat inflammatoire modéré dense par places chez 3 malades.
- Un infiltrat mononuclé chez 2 malades.

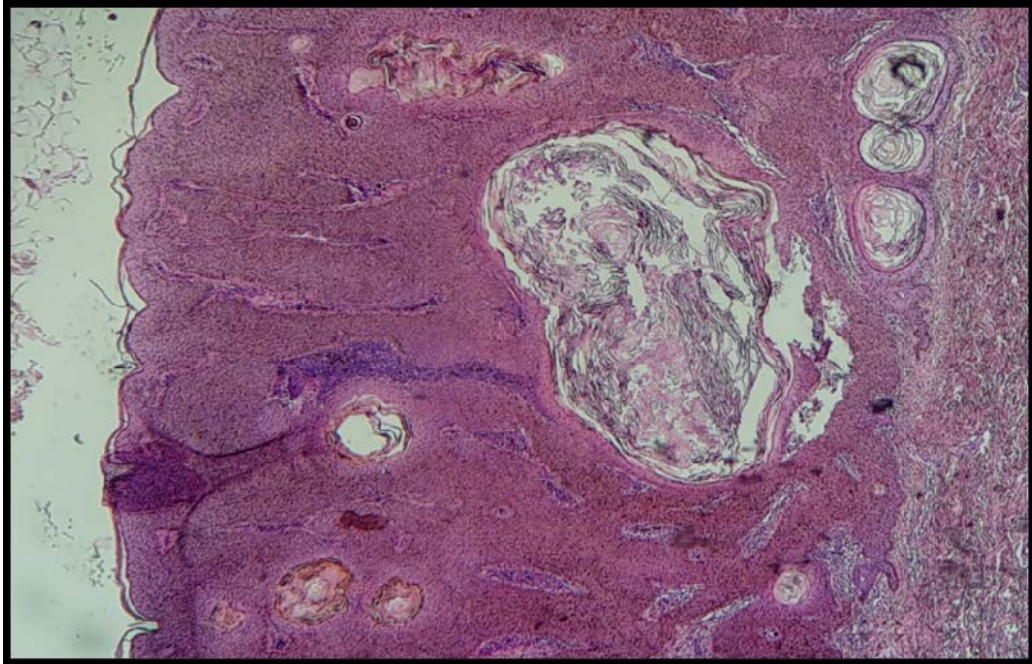


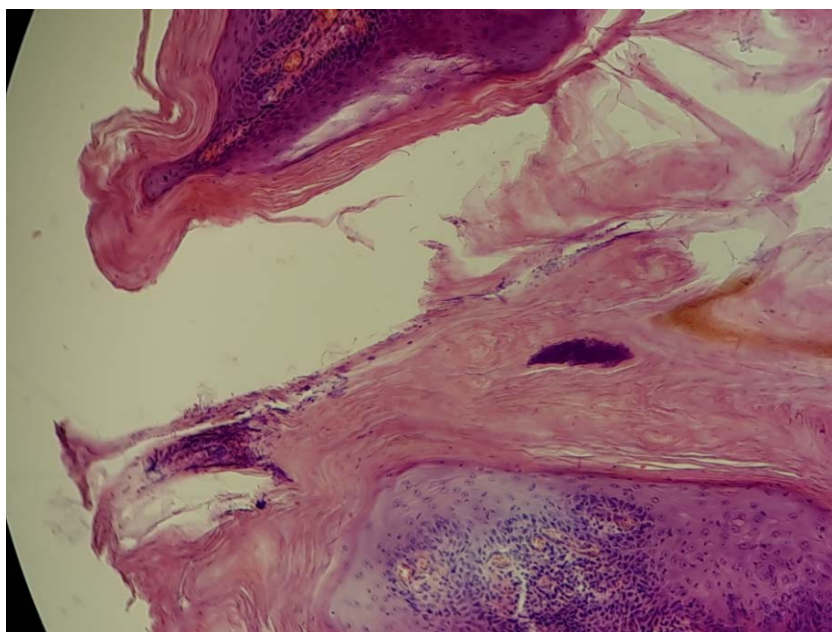
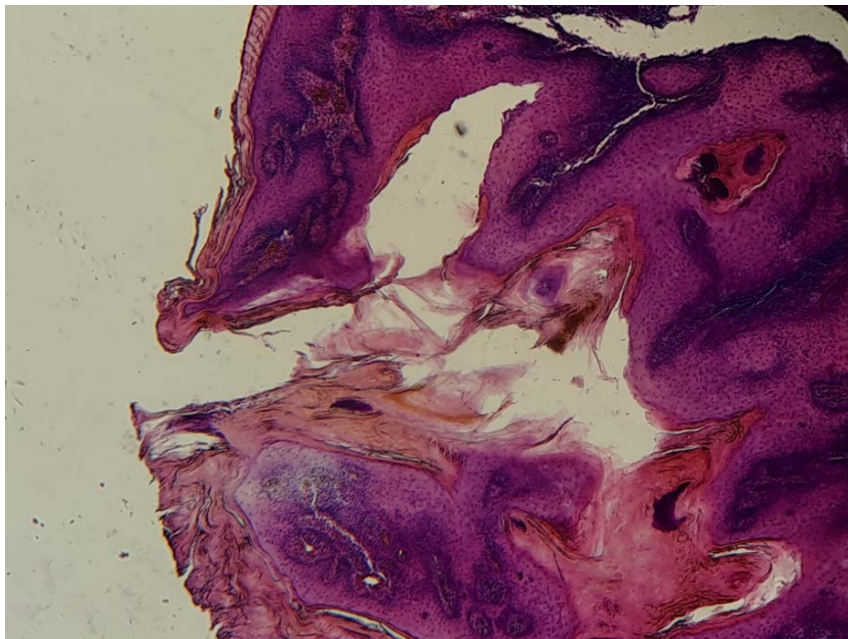
Figure 24 : Aspect histologique de kératose séborrhéique, Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

5.2 Kératoacanthome :

Cette tumeur a été diagnostiquée chez un seul malade

A l'étude histologique on notait : (Figures 25,26)

- ✓ Au niveau de l'épiderme :
 - Une prolifération à croissance endo et exophytique.
 - Fait de cellules polygonales
 - Architecture cratériforme :
 - remplie de kératine dense, en " feu de volcan ".
 - entourée par une bordure malpighienne dépourvue de couche granuleuse
 - reliée à l'épiderme par un bec de raccordement.
- ✓ Un derme :
 - Congestif riche en leucocytes.



Figures 25,26 : Aspect histologique du kératoacanthome, Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

V. Diagnostic clinico-histologique :

Au total, dans notre série de 133 cas ,les tumeurs cutanées bénignes ont été réparties , par ordre de fréquence , comme suit : (Figure 27)

- ✓ Tumeurs conjonctives : chez 60 malades : (45%)
 - Molluscum pendulum chez 24 patients
 - Lipome chez 11 patients.
 - Botriomycome chez 13 patients.
 - Chéloïde chez 3 patients.
 - Histiocytofibrome chez 7 malades

- ✓ Kystes cutanés : chez 32 patients (24%) .
 - Kyste trichilemmal chez 15 patients
 - Kyste épidermoïde chez 12 patients
 - Kystes dermoïde chez 5 patients

- ✓ Les naevus : chez 17 malades soit 13%
 - Naevus dermique chez 15 patients
 - Naevus bleu chez 2 patients

- ✓ Tumeurs cutanées épidermiques : chez 12 malades soit 9%.
 - Kératose séborrhéique chez 11 patients
 - Kératoacanthome chez 1 patient.

- ✓ Les tumeurs annexielles: chez 12 malades soit 9 %
 - Pilomatricome chez 5 malades .
 - Porome folliculaire chez 1 malade
 - Syringomes chez 1 malade
 - Porome eccrine chez 1 malade
 - Hamartome sébacé chez 2 malades
 - Syringocystadénome papillifère chez 1 malade
 - Syringome chondroïde chez 1 malade.

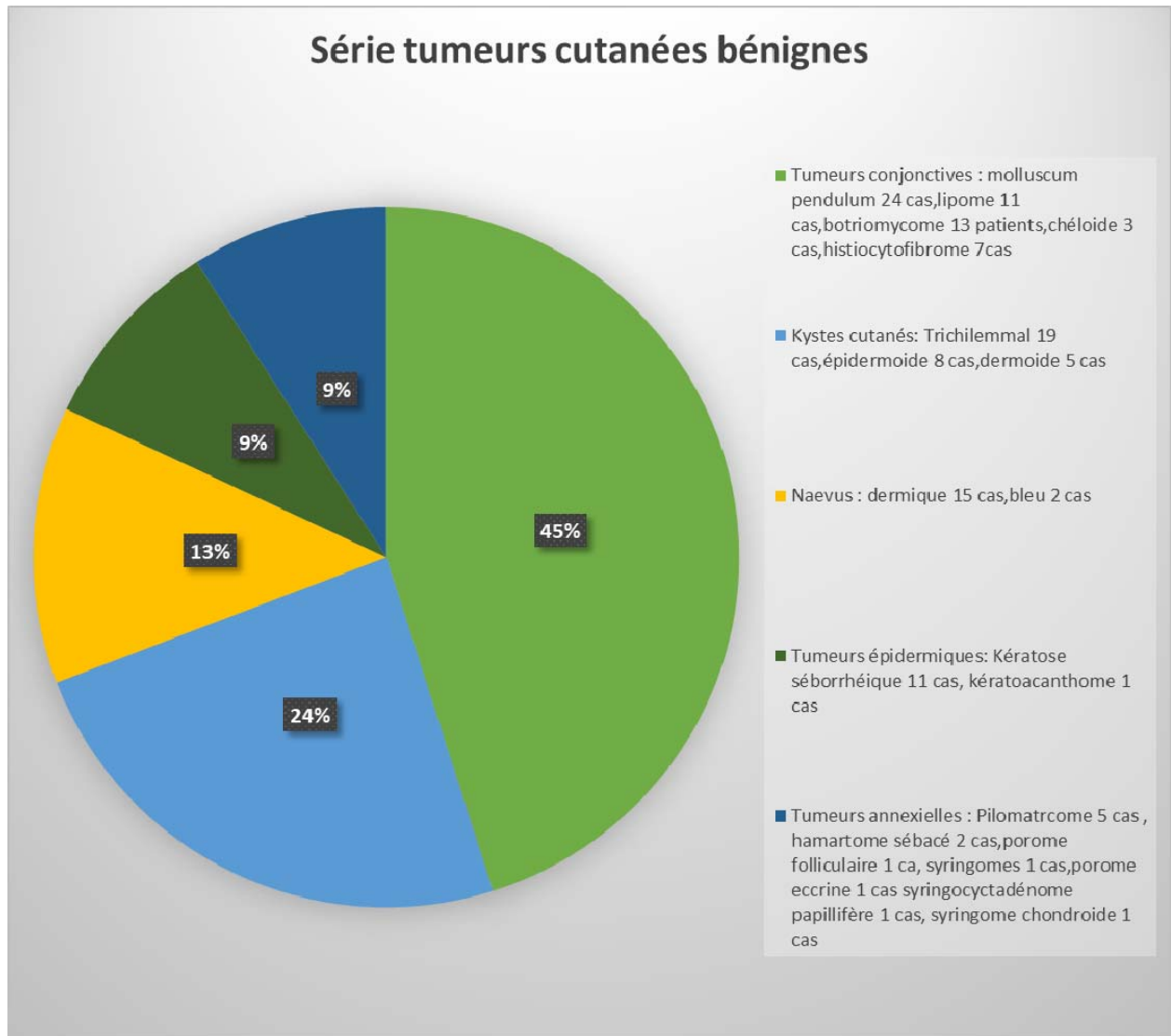


Figure 27 : Répartition des tumeurs cutanées bénignes de la série .

VI. La prise en charge :

Dans notre étude, qui regroupait 133 patients, plusieurs modalités thérapeutiques ont été indiquées en fonction de l'étiologie comme suit :

1. Exérèse chirurgicale :

L'exérèse des lésions en chirurgie dermatologique a été réalisée chez 108 cas soit 81% des patients .

Cette attitude thérapeutique concernait :

- Les kystes cutanées ; trichilemmaux, dermoïdes et épidermoïdes.
- 77 % des tumeurs conjonctives :
 - Les molluscums pendulums
 - Les lipomes
 - Les histiocytofibromes
 - Les botriomycomes
 - Les angioliomes
 - Les chéloïdes
- 85% des tumeurs annexielles, elle a été indiquée dans :
 - Les pilomatricomes
 - Le porome folliculaire
 - Le porome eccrine
 - La moitié des hamartomes sébacés
 - Le syringocystadénome papillifère
- 82 % des naevus.
- 50 % des tumeurs épidermiques

2. Biopsie simple :

Cette attitude a été adaptée uniquement chez 2 malades, elle concernait les cas suivants :

- Le cas d'un enfant de 11 ans qui présentait une lésion nodulaire polylobée localisée au niveau du visage . En 1^{er} temps une biopsie a été réalisée pour confirmer le diagnostic d'un syringome chondroïde, puis le malade a été référé à la chirurgie plastique pour une geste d' exérèse.
- Le 2^{ème} cas concernait un homme de 40 ans, qui présentait deux plaques arrondies , alopeciantes du cuir chevelu évoluant depuis l'enfance initialement légèrement surélevées, qui sont devenues nodulaires, de taille de 4.5 cm de grand axe.

Une biopsie simple a été réalisée pour confirmer de diagnostic d'un hamartome sébacé associé à une prolifération pileuse bénigne .Ensuite, ce malade a été confié aux chirurgiens pour une exérèse complète.

3. Cryothérapie :

Elle a été instaurée chez 7 malades :

- 3 cas de kératoses séborrhéiques multiples du tronc.
- 4 cas de molluscum pendulum.

4. L'abstention thérapeutique :

Elle a été réalisée chez 6 patients :

- Un patient qui avait une KS solitaire de l'avant-bras de 0.4 cm de grand axe.

- Un patient qui présentait deux lésions de KS, dont la taille est inférieure à 1 cm localisées dans le tronc.
- 4 naevus communs.

5. L'électrocoagulation :

Cette méthode a été indiquée chez 10 malades :

- 2 cas de KS multiples.
- Un cas des syringomes péri-palpébraux
- 7 cas de molluscum pendulum

VII. Confrontation anatomo-clinique :

Dans le but d'illustrer les principales tumeurs cutanées bénignes rencontrées dans notre série, nous rapporterons des documents iconographiques propres à nos malades, à partir des collections du service de dermatologie et du laboratoire d'anatomopathologie.

1. Kératose séborrhéique : (KS)



Figure 28 : Kératoses séborrhéiques ; lésions papuleuses et verrucosités



Figure 29 : KS multiples du tronc.



Figure 30 : Dermoscopie de KS : bordure mordillée, patron cérébriforme.

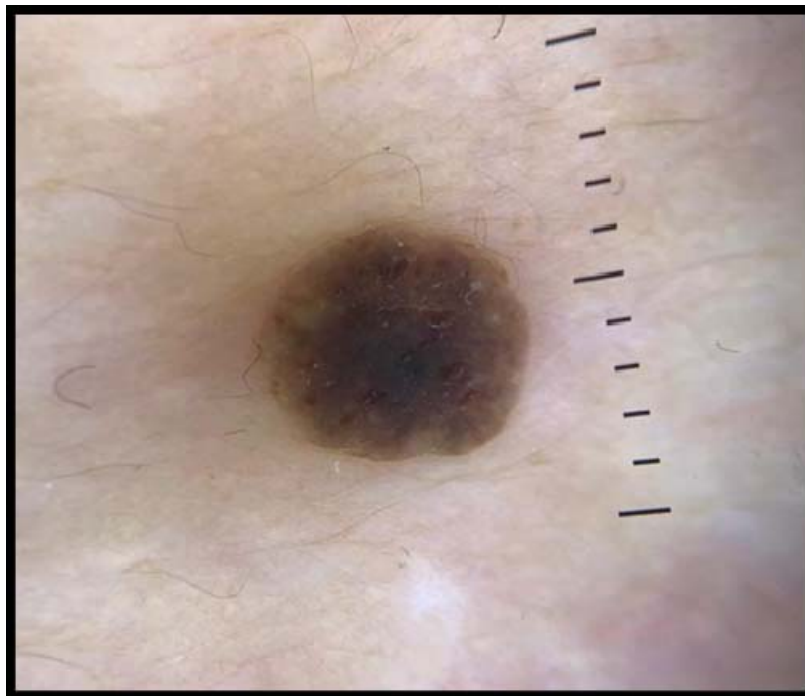


Figure 31 : Dermoscopie de KS : pseudo-comédons, pseudo-kystes de milium

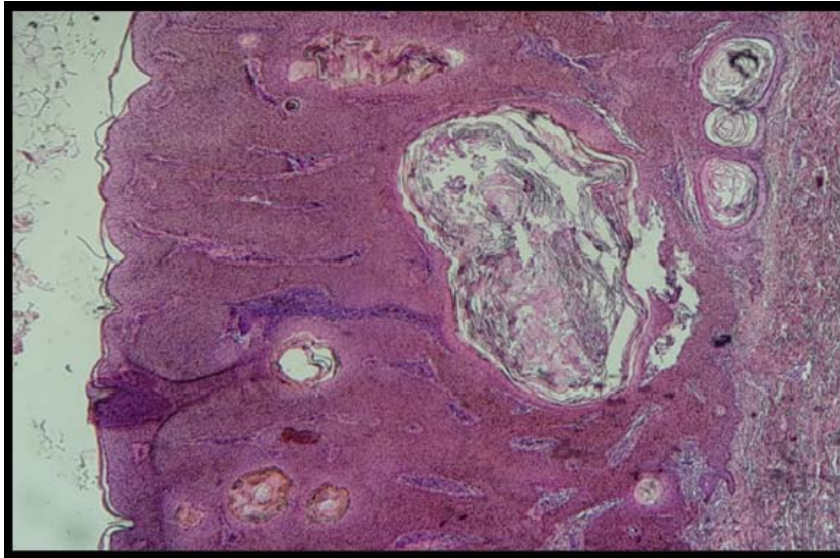
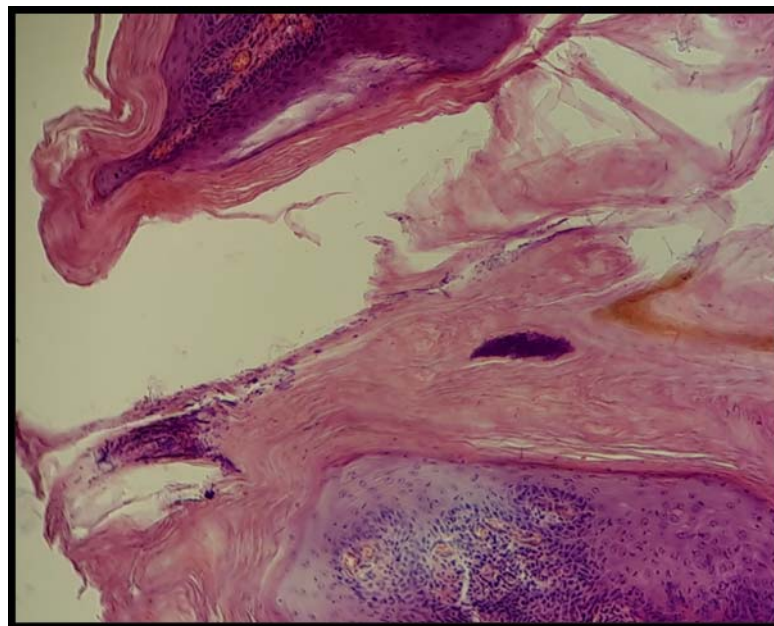
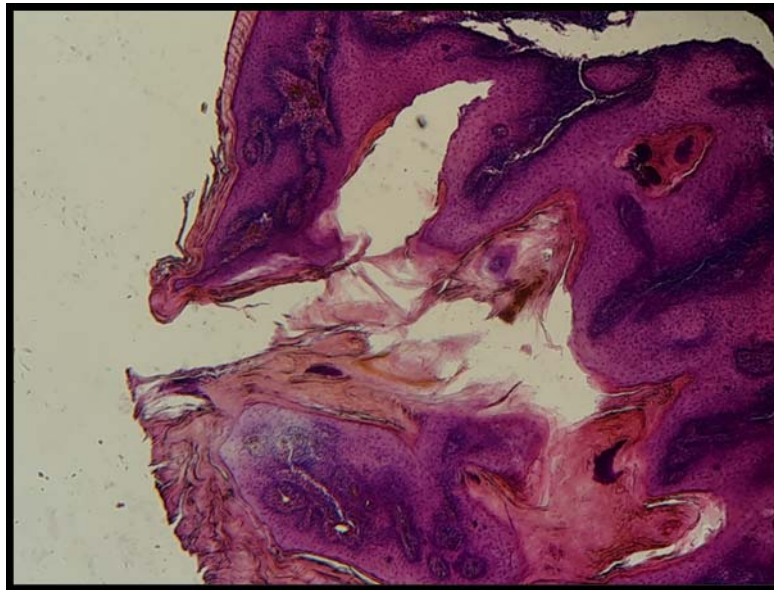


Figure 32 : Aspect histologique d'une KS, kystes cornés intra-épidermiques. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

2. Kératoacanthome : (KA)



Figure 33 : Aspect clinique d'un kératoacanthome, lésion nodulaire avec un cratère central crouteux.



Figures 34,35 : Aspect histologique du kératoacanthome: prolifération épithéliale endo et exophytique. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

3. Lipome :



Figure 36 : Aspect clinique d'un lipome : deux lésions nodulaires, fermes et mobiles.



Figure 37 : Aspect échographique du lipome, lésions arrondies, hyperéchogènes, fibrillaires non vascularisée au Doppler .

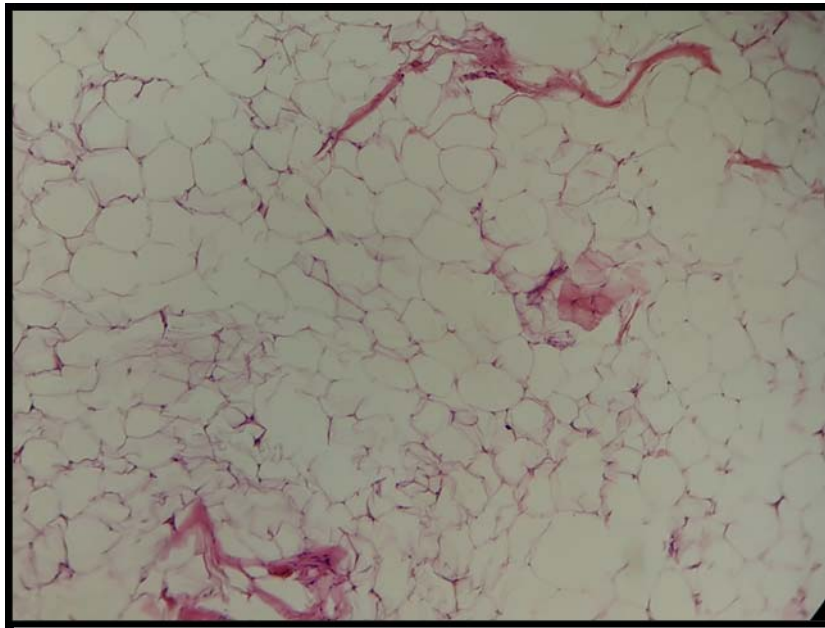


Figure 38 : Aspect histologique du lipome, lobules graisseux d'adipocytes matures séparés par des septas fibreuses. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

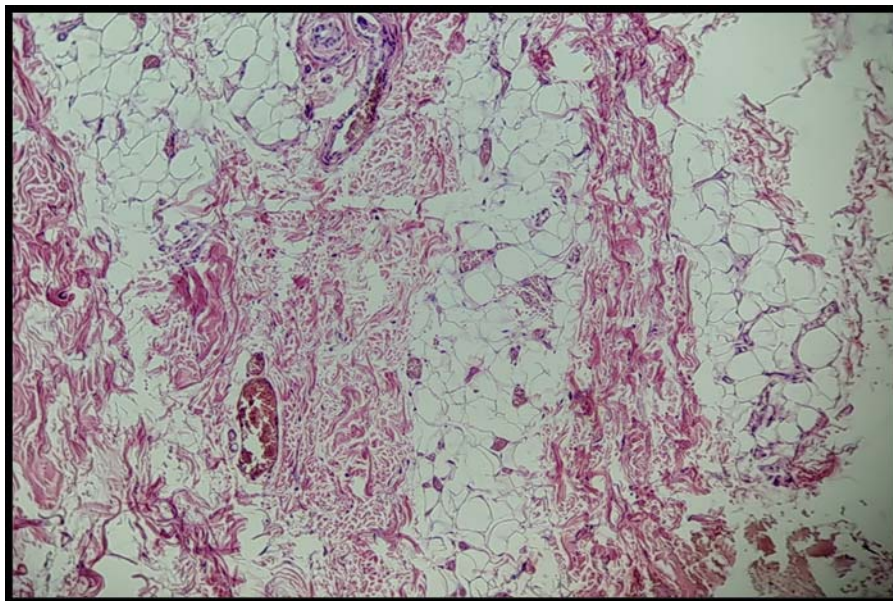


Figure 39 : Aspect histologique d'un angiolipome, lobules graisseux contenant des capillaires épaissis .Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

4. Molluscum pendulum :

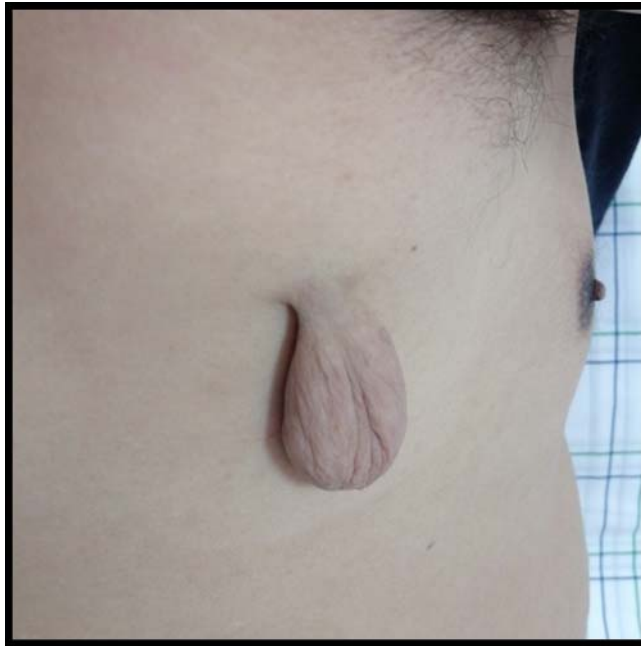


Figure 40 : Aspect clinique du molluscum pendulum ; lésion pédiculée molle et de couleur chair

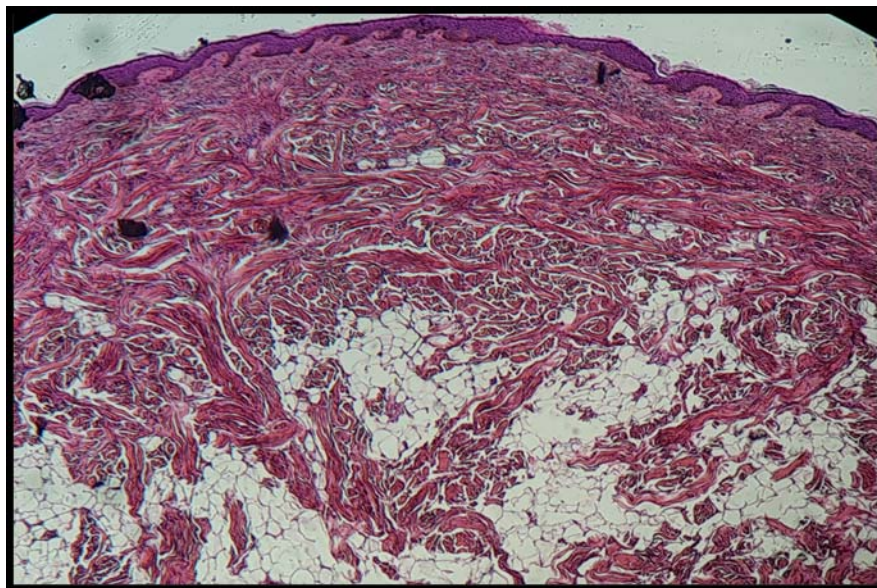


Figure 41 : Aspect histologique du molluscum pendulum ; Tissu collagénique dense. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

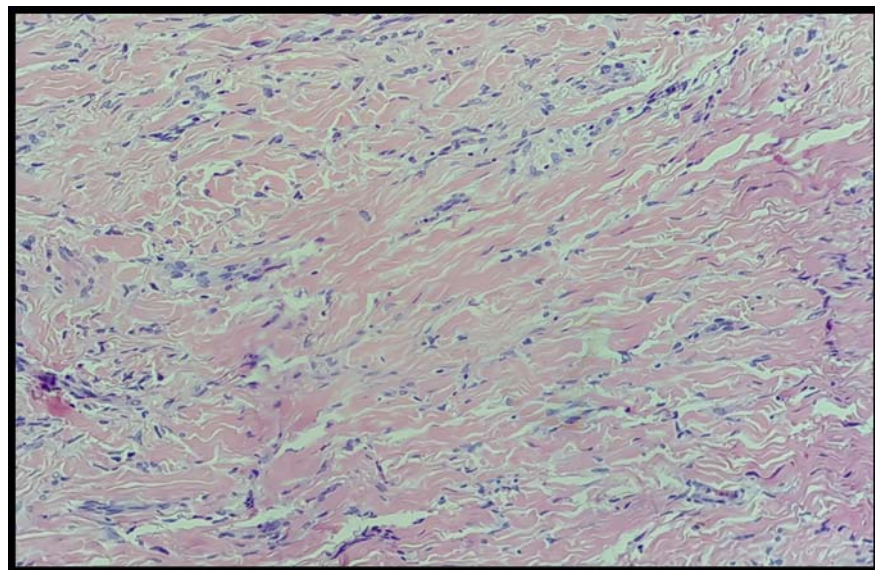
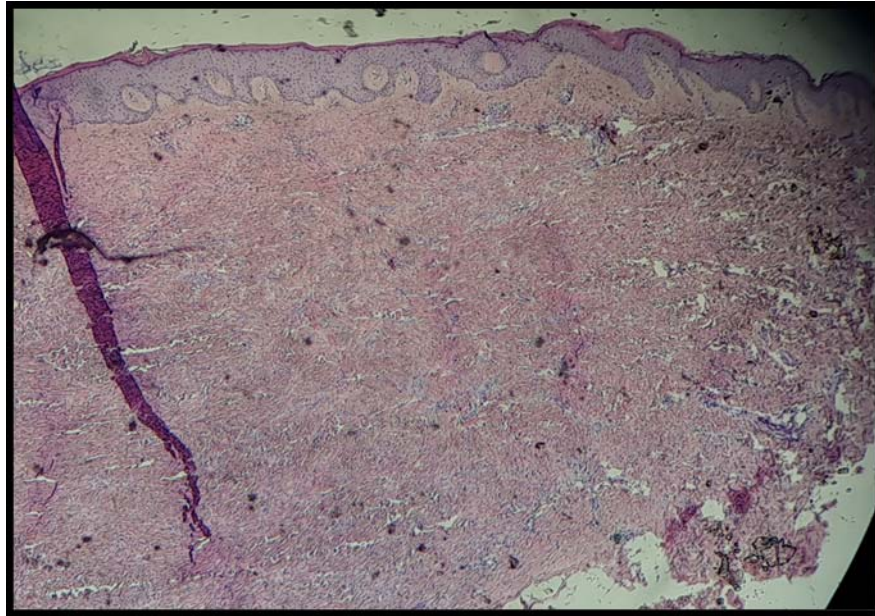
5. Histiocytofibrome :



Figure 42 : Aspect clinique d'histiocytofibrome ; nodule de petite taille de couleur brunâtre.



Figure 43 : Aspect dermoscopique d' histiocytofibrome ; réseau périphérique pigmenté avec centre rose pâle. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.



Figures 44,45 : Aspect histologique d'un histiocytofibrome: prolifération fusocellulaire faite de faisceaux entrecroisés . Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI.

HE*20

6. Botriomycome :



Figure 46 : Aspect clinique d'un botriomycome ; lésion nodulaire friable de couleur rouge vif



Figure 47 : Aspect clinique d'un botriomycome ; lésion papuleuse de la pointe de langue

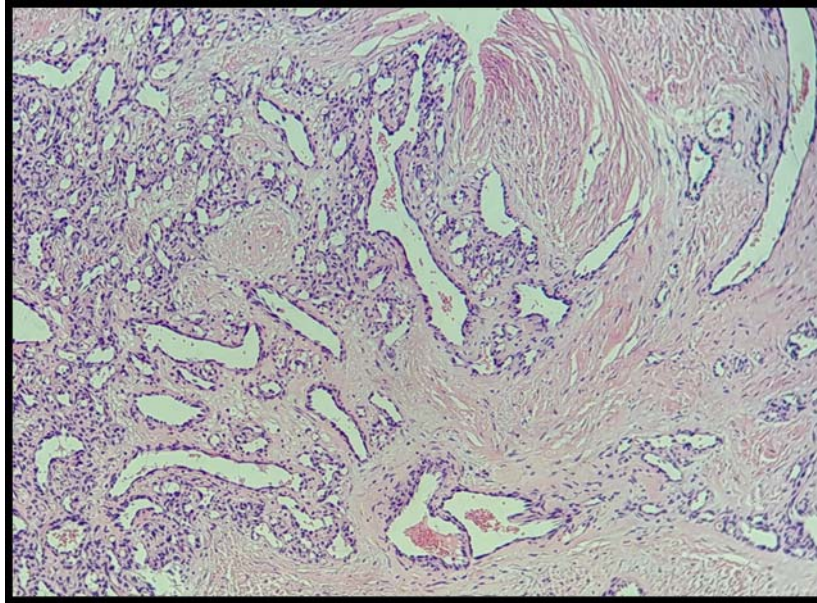


Figure 48 : Aspect histologique d'un botryomycome ; vaisseaux sanguins congestifs à disposition radiaire . Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

7. Pilomatricome :



Figure 49 : Aspect clinique d'un pilomatricome ; nodule avec anétodermie

8. Porome folliculaire:



Figure 50 : Aspect clinique du porome folliculaire ; lésion nodulaire, exophytique à surface squamocroûteuse.

9. Hamartome sébacé :



Figure 51 : Aspect clinique d'un hamartome sébacé chez un homme de 40 ans (associé à une prolifération pilaire bénigne)

10. Syringomes :



Figure 52 : Aspect clinique des syringomes des paupières ; lésions multiples, papuleuses, fermes et lisses.

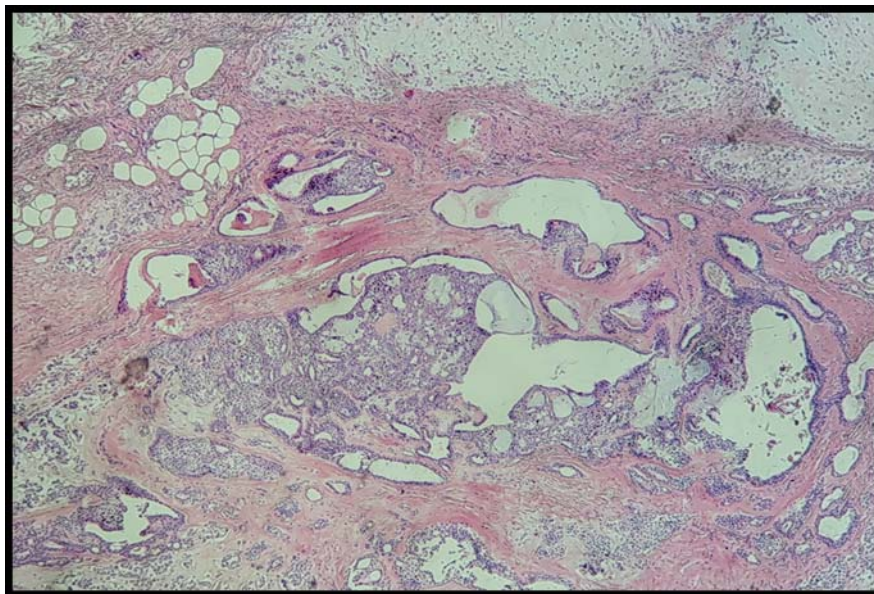
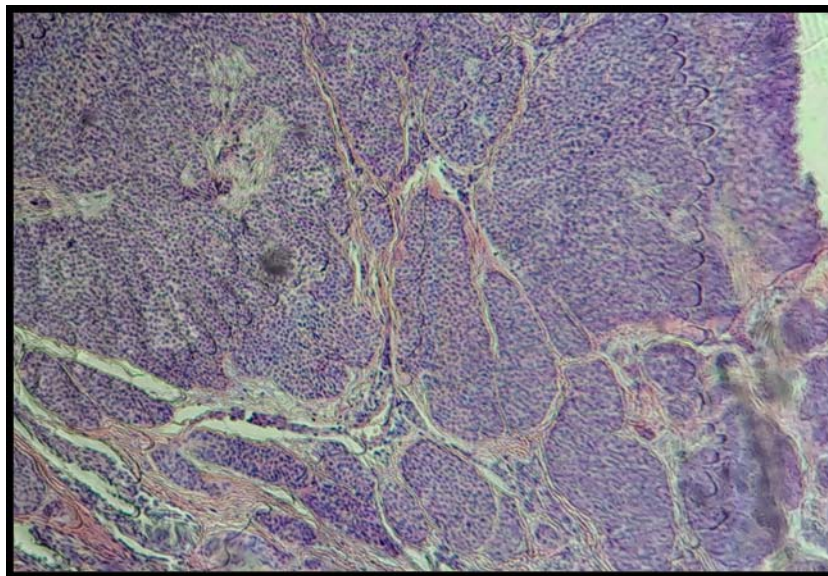
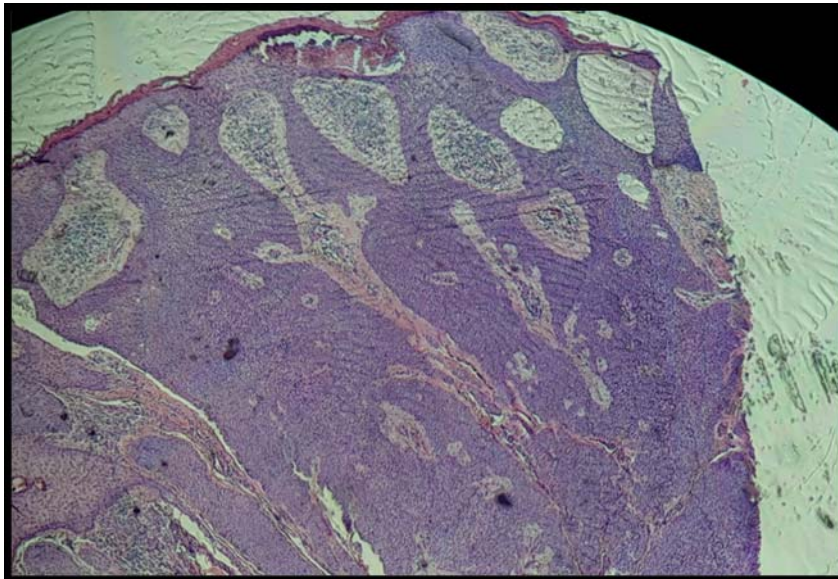


Figure 53 : Aspect histologique des syringomes ; formations ductales dilatées, petits kystes épidermoïdes. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

11. Porome eccrine :



Figure 54 : Aspect clinique d'un porome eccrine ; lésion nodulaire ,charnue et cerclée par un collier de kératine



Figures 55,56: Aspect histologique d'un porome eccrine ; prolifération intra épidermique constituée de grandes travées de cellules à différenciation sudorale. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20

12. Syringocystadénome papillifère : SP



Figure 57 : Aspect clinique du Syringocystadénome papillifère ; lésion végétante, mamelonnée et congestive.

13. Syringome chondroïde :



Figure 58 : aspect clinique d'un syringome chondroïde ; lésion nodulaire ferme, polylobée et mobile du visage, chez un enfant de 11 ans.

14. Kyste trichilemmal :



Figures 59,60 : Aspects cliniques du kyste trichilemmal ; lésions nodulaires du cuir chevelu, fermes et mobiles.

15. Kyste dermoïde :



Figure 61 : Aspect clinique d'un kyste dermoïde du cou ; lésion papuleuse bien limitée, mobile et ferme.

16. Kyste épidermoïde :



Figure 62 : Aspect clinique d'un kyste épidermoïde solitaire ; lésion nodulaire, arrondie ,ferme, et mobile.



Figure 63 : Aspect clinique des kystes épidermoïdes multiples dans le cadre d'une sébocystomatose.

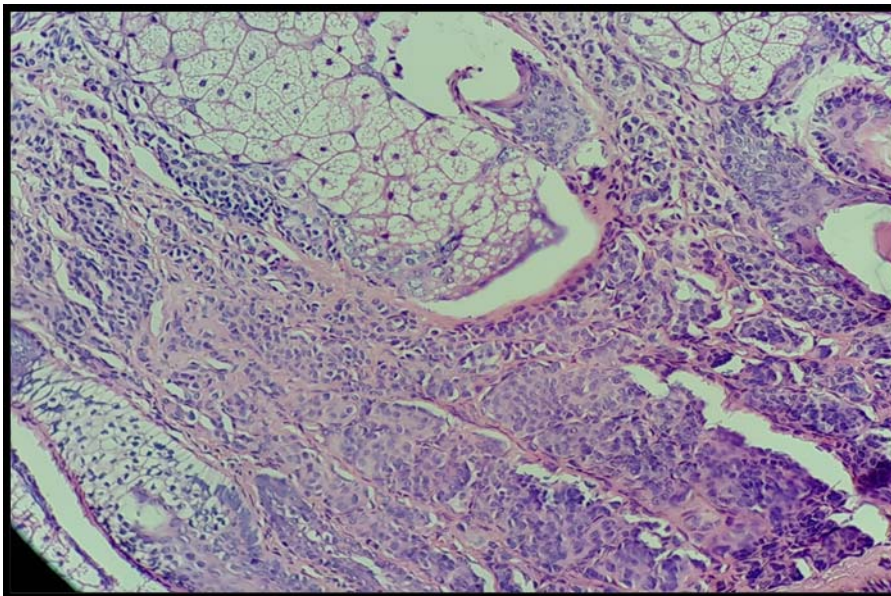
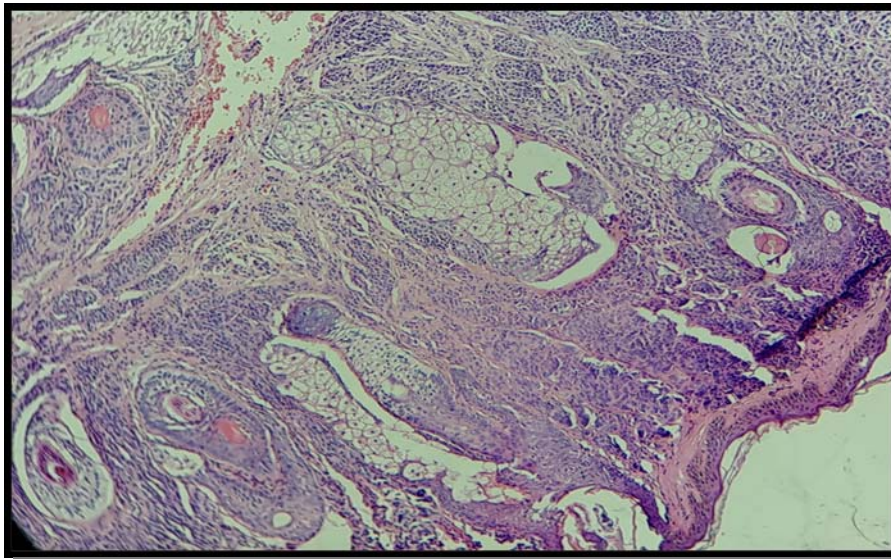
17. Naevus communs :



Figure 64 : Aspect clinique d'un naevus commun; lésion nodulaire, symétrique, de couleur noire.



Figure 65 : Aspect clinique du naevus commun achromique, traversé par quelques poils



Figures 66,67 : Aspect histologique du naevus naevocellulaire : une prolifération naevique symétrique agencée en thèques. Collection du laboratoire d'anatomopathologie CHU Mohammed VI. HE*20



DISCUSSION



I. Rappel histologique :

La peau humaine est constituée de trois couches tissulaires principales superposées et communicantes de la plus profonde à la plus superficielle à savoir : l'hypoderme, le derme et l'épiderme séparées par la jonction dermo-épidermique.(Figure 68)

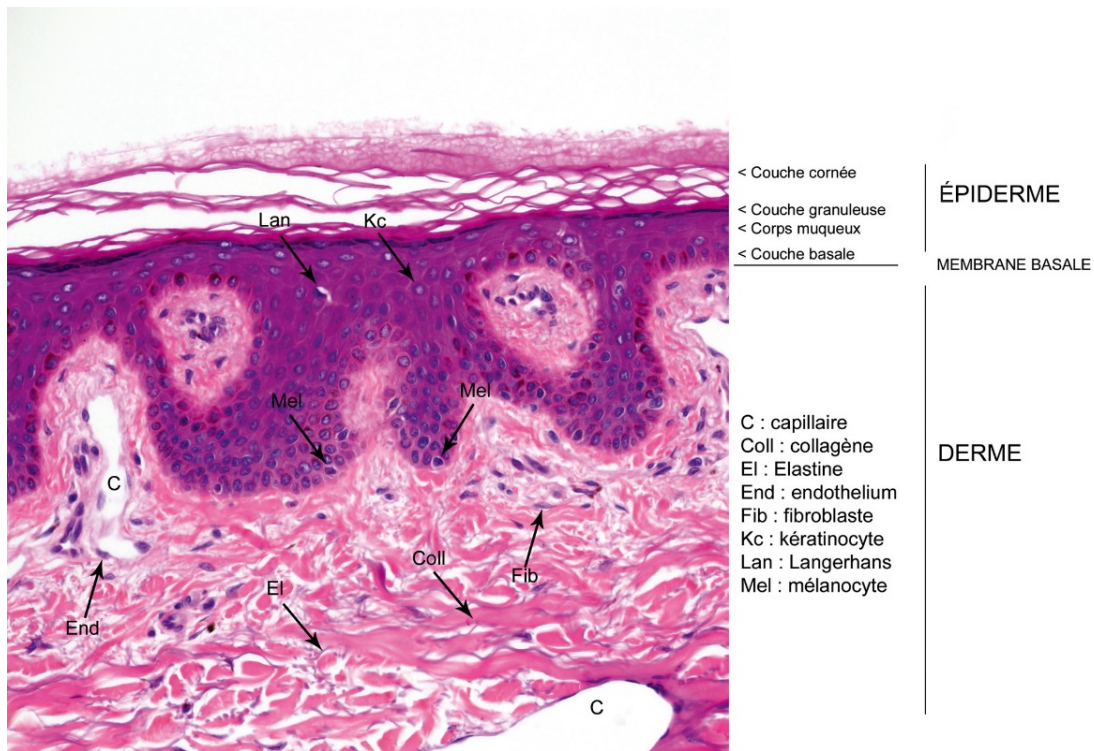


Figure 68 : La structure de la peau.(4)

1. L'épiderme :

Il mesure, suivant les zones de l'organisme, de 1 à 4 millimètres et il est en constant renouvellement. C'est un épithélium stratifié pavimenteux ortho kératosique.

Il se compose de kératinocytes qui représentent 80 % de ses cellules et les 20% de cellules restantes , invisibles sur les préparations standards, sont dispersées entre les kératinocytes et regroupent les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel.(1)

a) Kératinocytes :

Les kératinocytes assurent trois grandes fonctions liées à des structures histologiquement individualisables : la cohésion de l'épiderme, grâce à leur cytosquelette et à leurs systèmes de jonction, la fonction de barrière entre les milieux intérieur et extérieur, en rapport avec leur différenciation terminale et, enfin, la protection contre les radiations lumineuses, grâce aux mélanosomes de stade IV qu'ils ont phagocytés.(1)

On distingue de la profondeur vers la surface plusieurs couches :

- La couche basale ou stratum germinativum, constituée d'une seule couche de cellules cubiques et au niveau de laquelle ont lieu des divisions cellulaires. 50% des cellules filles migrent vers les couches superficielles. Les autres cellules filles restent dans la couche basale pour constituer le pool germinatif.
- La couche épineuse ou stratum spinosum, composée de 4 à 8 rangées de cellules polyédriques superposées. Ces cellules présentent des épines à l'origine de la cohésion cellulaire. Les kératinocytes commencent à s'aplatir en surface et possèdent des précurseurs de la kératine dans leur cytoplasme.
- La couche granuleuse ou stratum granulosum, possède 3 à 4 rangées de cellules aplaties qui sont encore vivantes. À ce niveau il y a une agrégation de la kératine sous forme de granules. De plus, les noyaux et les organites dégénèrent.
- La couche cornée ou stratum corneum formée de 15 à 20 couches de cellules complètement kératinisées qui ont perdu progressivement leurs noyaux et organites pour donner des cornéocytes.(1) (Figure 68)

b) Mélanocytes :

Les mélanocytes constituent, par leur nombre, la deuxième population cellulaire de l'épiderme. Leur fonction est la synthèse des mélanines, eumélanines et phéomélanines, qui donnent à la peau sa couleur constitutive.

En microscopie optique, les mélanocytes se présentent comme des cellules arrondies, claires, à noyau rond et dense, situées exclusivement entre les kératinocytes de la couche basale.(1)

La mélanogenèse commence par la synthèse de granules de mélanine dans les mélanocytes qui migrent dans les prolongements cytoplasmiques et sont transférés aux cellules de la couche basale et la couche épineuse. Le nombre de mélanocytes est relativement constant, mais leur niveau d'activité varie selon chaque individu, ce qui explique les différences au niveau de la pigmentation cutanée entre les différents groupes de la population humaine et entre les individus d'un même groupe.(1)

c) Cellules de Langerhans :

Représentent la troisième population cellulaire de l'épiderme (soit 3 à 8 % des cellules épidermiques), elles appartiennent au groupe des cellules dendritiques présentatrices des antigènes au lymphocyte T. Produites au niveau des organes hématopoïétiques, elles migrent vers l'épiderme où elles sont considérées comme des cellules dendritiques indifférenciées. (1)

d) Cellules de Merkel :

Constituent la quatrième population cellulaire de l'épiderme. Ce sont des cellules neuroépithéliales, qui dérivent des cellules souches de l'épiderme fœtal et qui ont une fonction de mécanorécepteur. Ces cellules sont particulièrement abondantes au niveau des lèvres, des paumes, de la pulpe des doigts et du dos des pieds.(1)

De manière synthétique, la structure de l'épiderme est présentée ainsi : (Figure 69)

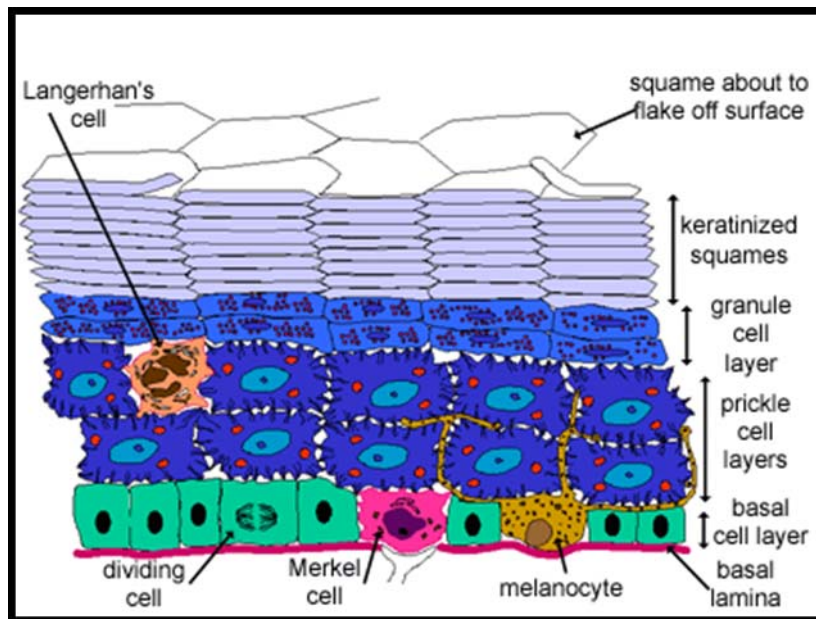


Figure 69 : Structure de l'épiderme (4)

2. Le derme :

Le derme est un tissu conjonctif fibreux et élastique d'une épaisseur variant de 1 à 2 mm constitué principalement des cellules fixes et des fibroblastes.

On trouve également dans le derme des cellules migratrices telles que les macrophages, les lymphocytes et les granulocytes éosinophiles intervenant dans les processus cicatriciels et inflammatoires.

Contrairement à l'épiderme, le derme est riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques assurant la nutrition du tissu. On note également la présence de terminaisons nerveuses sensibles, des cellules musculaires lisses (érecteurs des poils) ainsi que les fibres musculaires striées. De plus, il est traversé par les annexes cutanées (follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares).

3. L'hypoderme :

Il représente un Tissu conjonctif lâche qui possède les mêmes constituants que le derme, auxquels s'ajoutent des adipocytes. L'hypoderme constitue une véritable réserve de graisses qui pourront être stockées et libérées en fonction des besoins énergétiques du corps. L'hypoderme possède également un pouvoir isolant thermique et mécanique pour l'organisme. (5)

4. Les annexes de la peau :

Elles correspondent aux glandes sudoripares et aux follicules pilo-sébacés qui sont implantées dans le derme.

a) Les glandes sudoripares :

Ces glandes sont de 2 types :

- Glandes eccrines : Elles se répartissent sur tout le corps mais sont retrouvées en nombre plus important au niveau palmoplantaire. Ces glandes sécrètent une sueur d'aspect limpide qui a un rôle essentiel dans la régulation de la température du corps.
- Glandes apocrines : Elles ne sont localisées que sur certaines parties du corps (aisselles, régions anales et génitales) et sécrètent une sueur d'aspect laiteux et visqueux, riche en substances organiques. Cette sueur devient odorante à la surface de la peau à cause de l'oxydation et de l'action de la flore bactérienne cutanée. (6)

b) Le follicule pilo-sébacé :

Il se compose du follicule pileux, de la tige du poil, du muscle arrecteur du poil et des glandes sébacées.

▪ Le follicule pileux :

Il s'agit d'une profonde invagination de l'épiderme dans le derme. Il a la forme d'une bouteille et présente à sa base un bulbe qui est la partie invisible du poil.

Il est constitué de 3 parties :

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

La tige qui est la partie libre extérieure à la peau, la racine implantée obliquement dans la peau logée dans la gaine épithéliale externe et terminée par un renflement : bulbe pileux dont la base est déprimée par la papille dermique vascularisée et innervée.

La gaine épithéliale externe est enveloppée par une gaine fibreuse (dérivée du derme).

Toutes les parties du poil forment le follicule pileux auquel sont annexés, un muscle arrecteur et une glande sébacée. (6)

▪ Les glandes sébacées :

Elles sont des glandes exocrines, alvéolaires simples, holocrines et sécrétant un produit lipidique, le sébum, et sont annexées aux poils. Leur portion sécrétrice est formée d'un ou de plusieurs alvéoles dilatés en sacs dont la paroi est faite d'une couche de cellules cubiques. A l'intérieur, se trouvent des cellules polyédriques, plus volumineuses, progressivement chargées de gouttelettes lipidiques et dont le noyau se pycnose et finit par disparaître. La cellule est entièrement éliminée avec son contenu. Le canal excréteur, unique et très court, débouche au niveau de la gaine épithéliale du poil.(6)

▪ Le muscle arrecteur du poil :

Le muscle arrecteur du poil est un petit muscle lisse à innervation sympathique segmentaire dont la contraction (sous l'effet du froid, de la peur, etc.) déclenche le redressement du poil (« chair de poule »).

La Figure 70 ci-après détaille les composants du follicule pilo sébacé :

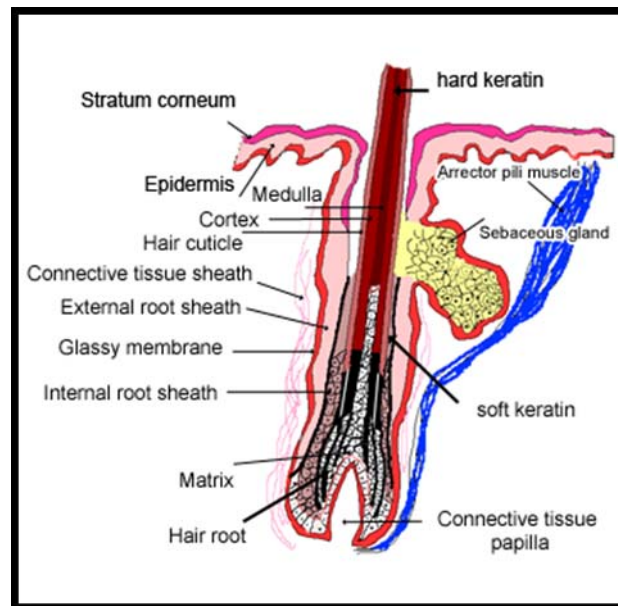


Figure 70 : follicule pilo sébacé(4).

II. Classification :

Les tumeurs cutanées bénignes sont scindées en 3 groupes : épidermiques, annexielles et conjonctives, selon leur origine histologique. Les kystes et les naevus constituent des entités à part.

1. Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Elles sont celles développées à partir des kératinocytes, et comprennent :

- a) Kératose séborrhéique
- b) Kératoacanthome
- c) Autres tumeurs rares: (7)
 - Acanthome à cellules claires
 - Dyskératome verruqueux
 - Acanthome fissuraire
 - Acanthome acantholytique

- Acanthome épidermolytique
- Acanthome à grandes cellules

2. Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives

Ces tumeurs, se forment à partir des éléments ayant comme point commun leur développement à partir des éléments propres du tissu conjonctif et de ses structures différenciées. (8)

Elles se répartissent en 3 sous types :

a) Tumeurs fibreuses :

Elles sont composées de :

- Histiocytofibrome
- Molluscum pendulum
- Chéloïde
- Tumeur fibrohistiocytaire plexiforme
- Dermatomyofibrome
- Fibrome périfolliculaire
- Angiofibrome
- Fibrokératome digital acquis
- Elastofibrome
- Faciite nodulaire
- Fibrome des gaines nerveuses

b) Tumeurs graisseuses

- Lipomes
- Hibernome

c) Tumeurs vasculaires (8)

- Botriomycome

- Hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire
- Angiome sénile
- Angiome serpigneux
- Hémangioma acral arterio veineux
- Hémangiome en cible hémosidérinique
- Hémangiome microveinulaire
- Angiome acquis en “touffes”
- Hémangioendothéliome à cellules fusiformes
- Lymphangioendothéliome bénin
- Tumeur glomique
- Hémangiopéricytome

3. Tumeurs cutanées bénignes annexielles :

a) Tumeurs pilaires

- ✓ Tumeurs reproduisant toutes les structures du follicule pileux :
 - Hamartome pileux pur
 - Hamartome folliculaire
 - Trichofolliculome
- ✓ Tumeurs dérivant de l'épithélium infundibulaire
 - Pore dilaté de Winer
 - Tumeur de l'infundibulum folliculaire
 - Porome folliculaire
 - Trichoadénome
 - Hamartome folliculaire basaloïde
 - Fibrofolliculome
- ✓ Tumeurs dérivant du segment trichilemmal isthmique
 - Trichilemmome

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

- ✓ Tumeurs dérivant de la matrice pileaire :
 - Pilomatricome
 - Tumeurs trichogéniques annexielles.
- ✓ Tumeurs indifférenciées d'origine pileaire
 - Trichoépithéliome
 - Hamartome basocellulaire
- b) Tumeurs sébacées**
 - Grains de Fordyce
 - Hyperplasie adénomateuse sénile des glandes sébacées
 - Hamartome sébacé
 - Adénome sébacé
- c) Tumeurs sudorales eccrines :**
 - Hamartome eccrine
 - Acrospiromes eccrines :
 - Hidracanthoma simplex
 - Porome eccrine
 - "Dermal duct tumor"
 - Syringofibroadénome eccrine
 - Syringomes
 - Spiradénome eccrine
 - Hidradénomes nodulaires eccrines
 - Cylindromes
- d) Tumeurs sudorales apocrines**
 - Hamartome apocrine
 - Cystadénome apocrine
 - Syringocystadénome papillifère
 - Hidradénome papillifère

- Adénome tubulaire apocrine(9)

e) **Tumeurs sudorales mixtes :**

- Syringome chondroïde.(10)

4. Les kystes cutanés :

On distingue 3 types :

- a) Kyste épidermoïde
- b) Kyste dermoïde
- c) Kyste trichilemmal

5. Naevus : (11)

- a) Naevus communs
- b) Naevus congénitaux
- c) Naevus particuliers :
 - Naevus en cocarde
 - Naevus sur naevus ou « naevus spilus »
 - Ostéonaevus
 - Naevus de Spitz
 - Naevus de Reed–Gartmann ou naevus à cellules fusiformes pigmenté
 - Naevus desmoplastique
 - Naevus à pénétration profonde
 - Naevus unguéal
 - Naevus à cellules ballonnisantes
 - Naevus congénitaux
 - Naevus bleus

Les tumeurs cutanées bénignes constituent des entités très variées sur le plan clinique et histologique . Dans notre étude, nous avons éliminé :

- Les tumeurs cutanées infantiles d'origine vasculaire : angiome et hémangiome .
- Les tumeurs cutanées d'origine virale : condylomes et verrues.
- Les tumeurs cutanées dans le cadre d'une maladie neurocutanée : neurofibromatose et sclérose tubéreuse de Bourneville.

Nous allons analyser les formes cliniques et histologiques retrouvées dans notre série.

III. Les tumeurs cutanées bénignes

1. Tumeurs cutanées bénignes épidermiques :

Elles constituent les tumeurs les plus fréquentes de l'organisme, dont certains sont dues au vieillissement cutané alors que leur étiopathogénie est inconnue dans la majorité de ces tumeurs.

Le caractère symétrique d'une lésion, le développement très lent, l'absence d'ulcération et leur multiplicité sont des arguments en faveur de la bénignité.(7)

a) Kératose séborrhéique : KS

La kératose séborrhéique est l'une des tumeurs cutanées les plus fréquemment observées par les dermatologues en pratique quotidienne. Elles sont retrouvées fréquemment chez les patients âgés, souvent de découverte fortuite.(12)

Leur étiopathogénie est inconnue. Elles peuvent survenir après une dermatose inflammatoire ou sur un site de frottement répété, et sont souvent retrouvées sur le tronc, le visage et rarement dans la région génitale .(13)

Les lésions varient à la fois dans leurs taille, qui peut aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres, avec un diamètre typique de 0,5 à 1 cm, mais également en couleur pouvant être couleur de peau/jaunâtre, gris-brun ou même noir (Figure 71).(12)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Elles sont généralement asymptomatiques, mais des signes associés peuvent être retrouvés, à cause d'une irritation ou un traumatisme, tel que le prurit, la douleur, le saignement et la rougeur.(12)

Au dermoscope , elles présentent les caractéristiques suivantes :

- Une pigmentation diffuse, crêtes et sillons, trous, kystes blancs semblables à un grain de milium et bordures « mitées ».
- Les kystes blancs de l'apparence d'un grain de milium sont nombreux, avec des structures blanches à jaunâtres, éparpillées dans la lésion.
- Les trous sont des pores ovales qui ressemblent à des follicules pileux élargis.
- La kératose séborrhéique présente souvent des crêtes et des sillons ,semblables à ceux à la surface du cerveau et, par conséquent, ils sont appelés les structures cérébriformes.
- Une bordure « mitée » est une indentation nettement marquée qui a l'apparence d'une morsure. Toutes les caractéristiques ne sont pas présentes simultanément dans la lésion, mais la présence d'au moins 3 caractéristiques permet de reconnaître avec confiance la kératose séborrhéique.(14) (Figure 72) (15)

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale, le curetage, la cryothérapie par azote liquide, l'application d'acide trichloracétique, l'électrosection ou l'ablation par laser CO2.(13)

Sur le plan histologique, les kératoses séborrhéiques sont des tumeurs épidermiques bien limitées qui peuvent présenter une croissance exophytique ou endophytique.

Deux composantes kératinocytaires peuvent être distinguées : cellules basaloïdes et cellules épithéliales monomorphes. Ces dernières peuvent former de petites grappes connues sous le nom de « tourbillons squameux » alors que la prolifération des cellules basaloïdes, conduit à l'acanthose, qui constitue avec la papillomatose un aspect caractéristique .On observe également à des degrés divers l'hyperkératose et l'hyperpigmentation.(12)

En plus, des kystes cornés et des pseudo kystes cornés sont souvent présents. Ces derniers ont un centre rond rempli de kératine avec une fine couche cellulaire granuleuse près des kératinocytes adjacents.(Figure 73) (16)

Le syndrome de Leser-Trélat est défini par l'apparition brutale, et l'augmentation rapide de la taille et du nombre des kératoses séborrhéiques, accompagné de prurit survenant sur une peau auparavant indemne.(17) Il constitue un syndrome paranéoplasique rare, dont l'existence est controversée. Peu de cas sont décrits dans la littérature.(18)

Dans notre étude, ce diagnostic a été posé chez 11 malades, ce qui correspond à 8 % de l'ensemble des tumeurs.

Nous avons suspecté le syndrome de Leser-Trélat chez un patient de 80 ans, qui présentait des lésions de KS d'évolution récente. Le bilan à la recherche de néoplasie s'est avéré négatif.

La prise en charge thérapeutique, consistait à :

- L'exérèse chez 5 malades
- L'électrocoagulation chez 2 malades
- La cryothérapie chez 3 malades et l'abstention thérapeutique chez un patient.



Figure 71 : Aspect de kératoses séborrhéiques pigmentées multiples.(12)



Figure 72 : Dermoscopie de kératose séborrhéique, avec des kystes blancs(flèche), et des pseudocomédons.(15)

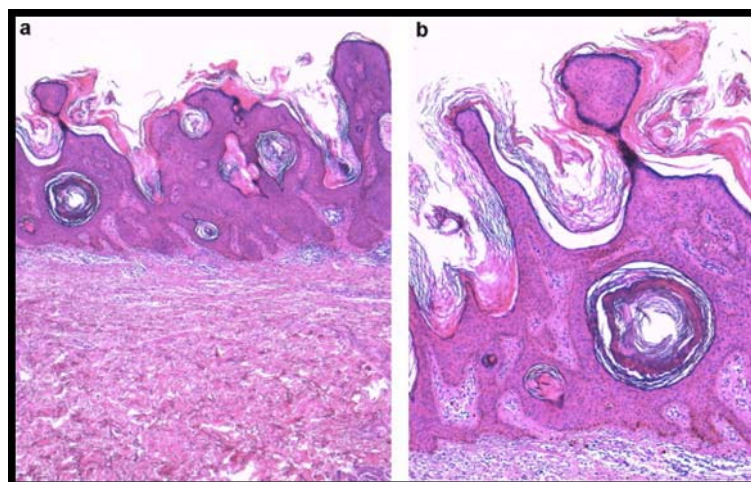


Figure 73 : Aspect histologique du KS ; petits kératinocytes immatures et pseudo-kystes cornés(16)

b) Kératoacanthome :

Le kératoacanthome est une tumeur épithéliale bénigne qui se développe aux dépens du follicule pilo-sébacé. Il se caractérise par une croissance rapide et une régression spontanée en passant par différents stades morphologiques et évolutifs successifs.(19)

Le kératoacanthome peut se présenter cliniquement comme une lésion solitaire ou lésions multiples, soit de façon sporadique, soit dans le cadre d'syndrome héréditaire, ou en association avec des maladies inflammatoires.(20)

Cette tumeur peut être considérée comme une « malignité abortive » qui n'évolue que rarement vers un carcinome épidermoïde invasif.(21)

Son incidence maximale se situe entre 50 et 69 ans. Elle se produit majoritairement sur les régions photo exposées telle que le visage, les avant-bras et les mains. Cependant, elle peut se développer n'importe où.

Elle est plus fréquente chez les personnes à teinte claire que chez les sujets à peau noire . L'exposition naturelle et artificielle aux ultraviolets est un facteur de risque prédominant.(22).

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

D'autres facteurs ont été décrits comme l'immunodépression/immunosuppression, le rayonnement électromagnétique, le traumatisme, les facteurs chimiques, et les corps étrangers.(23)

Cliniquement, le kératoacanthome se présente initialement comme une papule érythémato-squameuse discrète et il est rare que le malade soit examiné à ce stade. Puis de manière brutale, en quelques jours se forme une lésion nodulaire violacée, bien limitée. Ce nodule se compose d'un bourrelet périphérique à surface lisse et télangectasique entourant un cratère central rempli de matériel corné.(Figure 74) (23)

Le kératoacanthome, dont le diamètre est généralement inférieur à 3 cm, régresse spontanément en 2 à 12 semaines, par affaissement du bourrelet périphérique et élimination du bouchon cornéen central, en laissant une cicatrice atrophique comportant parfois des grains de milium.(19)

La dermoscopie du kératoacanthome montre des cercles concentriques au niveau du cratère central, entourés d'une zone blanchâtre et de vaisseaux périphériques adjacents.(23) (Figure 75) (24)

À l'examen histologique, on observe une hyperplasie épidermique arrondie en relief. La partie centrale est occupée par de la kératine orthokératosique qui s'accumule dans une cavité largement ouverte. L'épithélium qui borde ce cratère est ourlé vers le centre de la lésion, ce qui donne à la section un aspect en éperon caractéristique. Il est hyperplasique, acanthosique et papillomateux, s'invaginant profondément dans le derme. Les mitoses sont fréquentes et les atypies cellulaires sont possibles.(19) (Figure 76)(25)

Le diagnostic est difficile à poser si l'on ne dispose pas de la totalité de la lésion. Le principal diagnostic différentiel, tant sur le plan clinique qu'histologique, se pose principalement avec le carcinome épidermoïde.(19)

Sur le plan thérapeutique, l'exérèse chirurgicale précoce de la lésion est le traitement de référence qui permet à la fois de traiter de manière rapide et radicale la lésion et de réaliser un examen histopathologique précis.(19)

Différentes molécules ont été administrées par voie intra lésionnelle dans les kératoacanthomes: le méthotrexate , l'interféron- α 2a ou le 5-fluoro-uracile.Toutefois, l'absence d'études comparatives et les faibles effectifs des séries dans la littérature ne permettent pas d'affirmer la supériorité d'une molécule par rapport à une autre.(19)

En ce qui concerne les kératoacanthomes multiples, l'acitrétine systémique ou d'autres rétinoïdes sont le traitement de première intention soit en monothérapie, ou combinés à une intervention chirurgicale.(23)

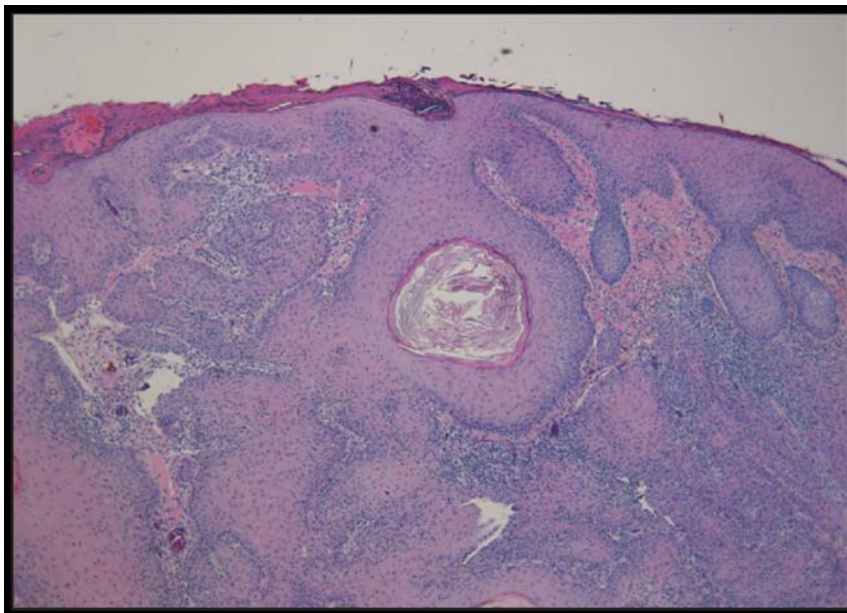
Dans notre série , on a retrouvé un seul cas de kératoacanthome, chez une patiente de 66ans, qui s'est présentée pour une lésion nodulaire, de 1 cm de grand axe, arrondie, ferme, de couleur chair, indurée de la pointe du nez, évoluant depuis 2 mois sans autres signes associés. La prise en charge consistait en une exérèse chirurgicale.



Figure 74 : Aspects cliniques du kératoacanthome(23)



Figure 75 : Aspect dermoscopique du kératoacanthome, montrant des cercles blancs (à gauche) et des points rouges (à gauche) .(24)



**Figure 76 : Aspect histologique du kératoacanthome, cellules concentriques avec une
kératinisation centrale (25)**

Dans notre étude, aucun cas des acanthomes (à cellules claires, fissuraire, acantholytique, épidermolytique, à grandes cellules) ou de dyskératome verruqueux n'a été retrouvé.

2. Tumeurs cutanées bénignes conjonctives :

Les tumeurs conjonctives cutanées bénignes constituent un groupe très hétérogène de tumeurs ayant comme point commun leur développement à partir des éléments propres du tissu conjonctif et de ses structures différenciées. Ces tumeurs rappellent sur le plan histologique le tissu normal, ont un faible pouvoir d'envahissement local et récidivent peu après un traitement conservateur.(8)

L'examen histologique est un élément clé du diagnostic ,ayant recours parfois à des techniques immunohistochimiques.

a) Lipomes

Les lipomes sont des tumeurs adipeuses qui sont souvent situées dans les tissus sous-cutanés de la tête, du cou, des épaules et du dos.

Les lipomes ont été identifiés dans tous les groupes d'âge, mais apparaissent généralement entre 40 et 60 ans.(8)

Cliniquement, le lipome solitaire apparait sous forme d'une masse tumorale sous-cutanée, indolore, à développement lent. Cette tumeur se caractérise par sa grande mobilité, due à l'absence du pédicule vasculaire, et par l'intégrité de la peau la recouvrant qui est souple, mobile et eutrophique.(8) (Figure 77)(26)

Macroscopiquement, les lipomes sont des masses de tissu adipeux bien délimitées, entourées par une fine capsule fibreuse.

Microscopiquement, ils sont organisés en lobules d'adipocytes matures, univacuolés, comportant des noyaux volontiers excentrés, mais sans atypies et séparés par de fins septums de tissu conjonctif.(27) (Figure 78) (26)

Plusieurs variantes histologiques du lipome sont décrites :

- Les angioliipomes avec une prolifération vasculaire coexistante, ils peuvent être douloureux et surviennent généralement après la puberté.
- Les lipomes pléomorphes qui associent une prolifération des cellules géantes multinucléées, ils surviennent principalement chez les hommes de 50 à 70 ans.
- Les lipomes à cellules fusiformes, avec des cellules fusiformes localisées près des adipocytes, ils sont souvent situés sur les parties proximales des membres.(28)
- L'échographie est l'examen utile de première intention, montrant une masse sous-cutanée allongée, bien limitée, homogène, d'échogénicité variable selon le

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

degré de tissu conjonctif et d'autres interfaces de réflexion. L'IRM ou la TDM, sont rarement demandées.(29)

Quant à l'évolution, les lipomes sont des lésions bénignes dont la transformation maligne n'a jamais été décrite. Ils ne régressent pas spontanément.(30)

Un traitement ne s'impose qu'en cas de gêne esthétique ou fonctionnelle (douleurs par compression). L'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale est proposée en première intention. Dans les formes multiples, d'autres modalités sont proposées parfois : liposuction et mésothérapie.(27)

Ces tumeurs peuvent être multiples dans le cadre des lipomatoses : lipomatose multiple familiale, lipomatose mésosomatique, lipomatose multiple symétrique, et adiposis dolorosa.(30)

Dans notre série , le lipome a été diagnostiqué chez 11 malades au total. Ils ont été traités par exérèse chirurgicale devant la demande des patients.

Aucun cas d'hibernome ; qui est une tumeur graisseuse de coloration jaune brun ; n'a été retrouvé.



Figure 77 : Aspect clinique du lipome de localisation rare péri-unguéal.(26)

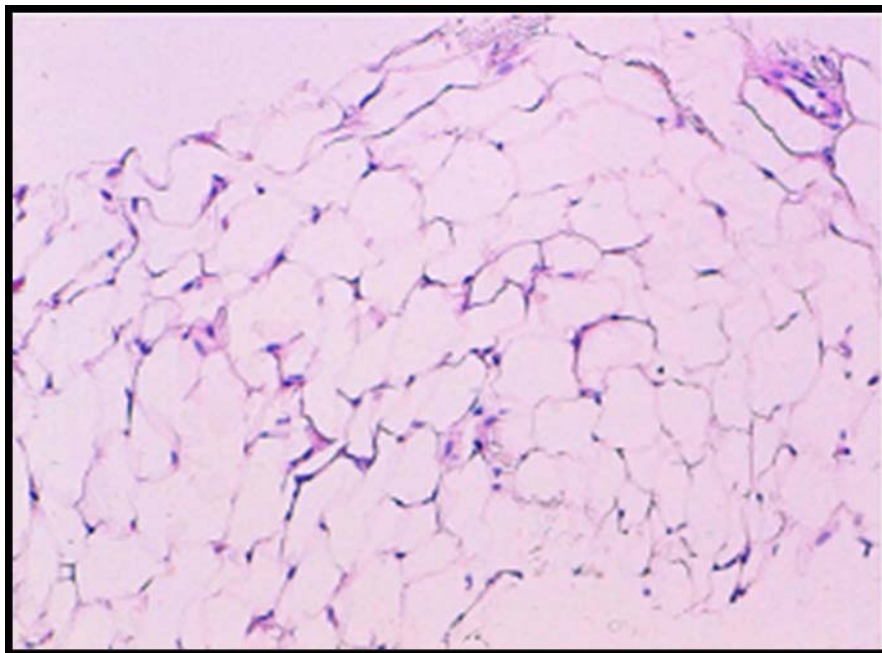


Figure 78 : Aspect histologique du lipome, lobules d'adipocytes matures . (26)

b) Tumeurs fibreuses :

✚ Molluscum pendulum :

C'est une tumeur extrêmement fréquente, molle, pédiculée, couleur chair, de petite taille et filiforme. Elle est parfois plus volumineuse avec une base d'implantation mince. Les lésions siègent au niveau des paupières, du cou, dans les régions axillaires et sous-mammaires ainsi que dans les plis inguinocruraux.(Figure 79)(31)

Typiquement asymptomatique, cette tumeur devient douloureuse quand elle s'infarctise sur sa base d'implantation. (31)

L'étiologie des molluscums pendulums est inconnue, mais ils se produisent généralement dans des zones où le tissu élastique est lâche, ce qui entraîne des lésions atrophiques ou sessiles. Le déséquilibre hormonal semble également être un cofacteur de leur développement.(32)

En ce qui concerne les associations pathologiques, une étude du profil clinique des molluscums pendulums (Bhargava P et al) a été réalisée chez 100 patients. Il s'est avéré qu'ils sont étroitement associés au pseudo-acanthosis nigricans, aux kératoses séborrhéiques, à l'obésité et au diabète sucré non insulino-dépendant.(33)

La biopsie cutanée avec histopathologie n'est généralement pas indiquée, sauf si doute diagnostique.(32)

Sur le plan histologique, l'épiderme en regard est aplati ou hyperkératosique et acanthosique, alors que dans le derme, le collagène est densifié ou parfois lâche, associé à des vaisseaux sanguins dilatés. On note au niveau de cet axe conjonctivo-vasculaire, l'absence des annexes. Alors que parfois, on retrouve une pigmentation de la couche basale .(31)(Figure 80)(34)

Quant à la prise en charge, différentes options thérapeutiques sont disponibles :

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

- Excision par coupe: Les petites lésions peuvent être coupées avec de petits ciseaux pointus.
- Cryothérapie : L'azote liquide est un moyen très efficace.
- Shaving : indiqué en cas de tumeur de grande taille, après avoir injecté la base de la lésion sous anesthésie locale.
- Électrodessiccation : Cela fonctionne pour de très petites lésions, qui ne peuvent pas être saisies avec une pince.(32)

Dans notre série, cette tumeur représentait le type histologique le plus fréquent des tumeurs conjonctives. Il a été retrouvé chez 24 patients correspondant à 18 % de l'ensemble des cas.

La prise en charge a consisté à :

- L'exérèse chez 12 malades.
- L'électrocoagulation chez 8 malades.
- Cryothérapie dans 4 cas.



Figure 79 : Aspect clinique d'un molluscum pendulum pédiculé .(31)

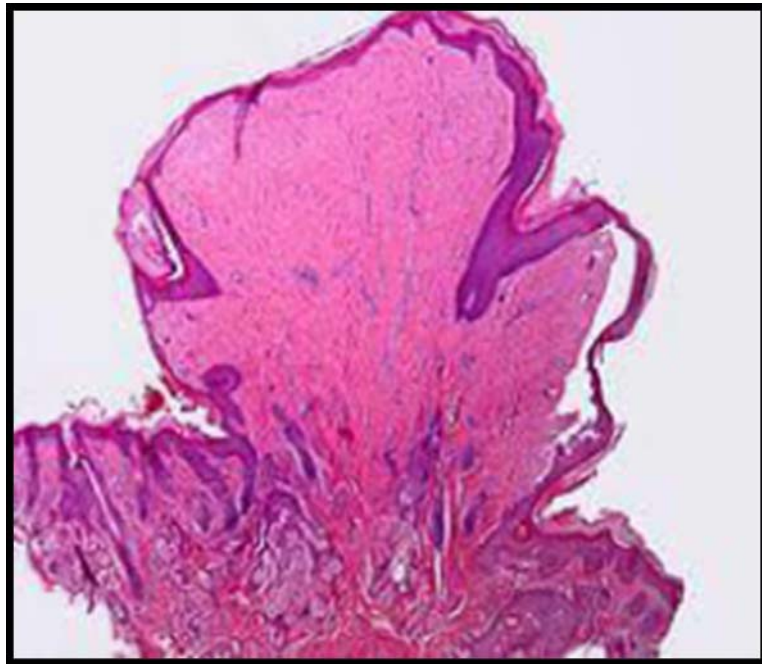


Figure 80 : Aspect histologique du molluscum pendulum, axe conjunctivo vasculaire central dépourvu d'annexes(34)

🚩 Histiocytofibrome (dermatofibrome) : (DF)

Le dermatofibrome est une lésion bénigne extrêmement fréquente, qui peut se présenter sous multiples aspects cliniques, dermatoscopiques et histologiques.(35)

Le dermatofibrome apparaît à l'âge adulte avec une prédilection pour le sexe féminin.(36)

C'est une formation papuleuse ou papulonodulaire, intradermique, ferme, parfois rétractée, unique ou multiple, de quelques millimètres de diamètre à plusieurs centimètres.(Figure 81)(31)

L'épiderme fait corps avec la tumeur. Il est responsable de la couleur de la lésion allant du rose au noir foncé. Sa surface est lisse ou kératosique. Il est indolore mais peut devenir prurigineux ou douloureux. L'ulcération est exceptionnelle. La compression latérale de la tumeur entraîne une dépression centrale en forme de fossette, très caractéristique.(31)

La topographie du dermatofibrome est ubiquitaire mais avec une prédilection pour les membres inférieurs.

Dans un petit nombre de cas, il existe une notion de traumatisme précédent (piqûre d'insecte, plaie superficielle, cicatrice vaccinale, microtraumatisme répété du rasage).(31)

L'aspect dermatoscopique le plus habituel du dermatofibrome est celui d'un patron de fines lignes brunes réticulées périphériques, avec un centre blanc sans structure ; mais on peut aussi observer un patron de cercles brun clair disposés de façon serrée, avec au centre de la lésion, des lignes épaisses blanches, bien visibles en lumière polarisée.(Figure 82)(35)

Il existe aussi d'autres patrons dermatoscopiques moins courants, avec notamment et uniquement des aires sans structure brunes, blanches, ou couleur de la peau. Pour ce qui est du patron vasculaire des dermatofibromes, on peut voir de nombreux types de vaisseaux, mais les plus fréquents sont les vaisseaux en points. (37)

L'étude histologique montre une prolifération intradermique, non encapsulée, plus ou moins bien délimitée par rapport aux structures avoisinantes, séparée de façon inconstante de l'épiderme par une bande de collagène indemne (« grenz zone ») et n'atteignant que rarement l'hypoderme qui la délimite en deçà.(31)

La tumeur est constituée en proportions variables de cellules fusiformes fibrocytaires et de cellules arrondies ou ovalaires histiocytaires, volontiers enchevêtrées entre elles selon une structure tourbillonnante . (Figure 83)(31)

Aucun traitement n'est généralement nécessaire pour les dermatofibromes. La cicatrice résultant de l'excision est parfois plus visible que la lésion elle-même. Une abstention thérapeutique est souvent indiquée.(38)

L'excision complète, y compris de la graisse sous-cutanée, est indiquée pour les lésions symptomatiques, ou esthétiquement inacceptable ou devant la demande du patient.(38)

Dans notre étude ,les dermatofibromes ont été retrouvés chez 7 malades, qui ont bénéficié d'une exérèse complète.



Figure 81 : Aspect clinique du dermatofibrome(31)

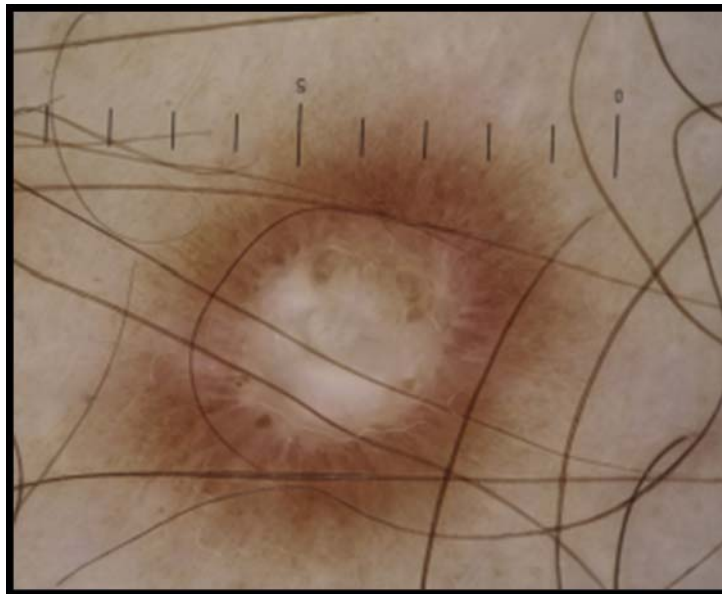


Figure 82 : Aspect dermoscopique du dermatofibrome, réseau périphérique pigmenté et cicatrice centrale pâle(35)

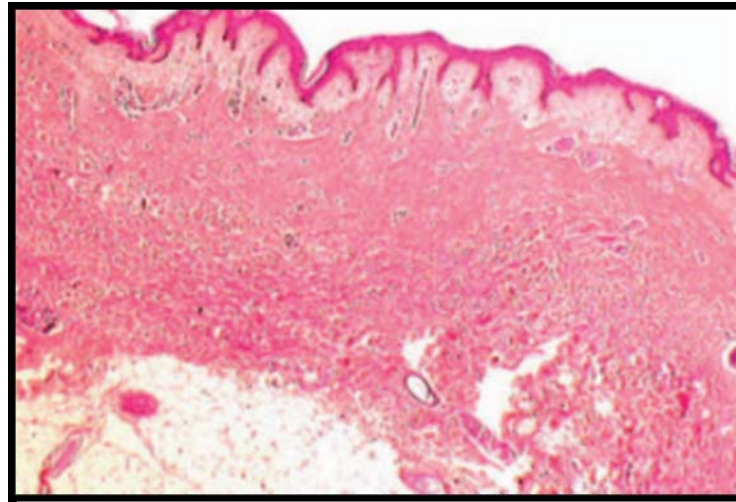


Figure 83 : Aspect histologique du dermatofibrome, prolifération dermique non encapsulée.(31)

✚ **Chéloïdes :**

Ce sont des tumeurs fibreuses, secondaires à une cicatrisation anormale, qui résultent d'une augmentation du nombre des fibroblastes et de substance collagène.(39)

Elle se caractérise par une papule ou un nodule dur d'un à plusieurs centimètres apparaissant un à quelques mois après le traumatisme, et dépassent les limites de la lésion initiale. (Figure 84)(40)

Sur le plan histopathologique, on retrouve un épiderme souvent aminci au-dessus de la lésion saillante qui se caractérise par la présence d'épais trousseaux de collagène hyalin. (Figure 85)(40)

Le traitement des chéloïdes s'impose devant l'existence de signes fonctionnels invalidants, de gêne mécanique et de formes inesthétiques.

Les difficultés thérapeutiques, en particulier les récives quasi constantes après l'exérèse chirurgicale simple, expliquent la multitude des méthodes utilisées d'efficacité variable.

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

La cryothérapie, la pressothérapie seule ou associée aux applications de plaques de gel de silicone, la radiothérapie, le laser et les injections intralésionnelles principalement de corticostéroïde ou la bléomycine, sont utilisés sans complète efficacité.(41)

La combinaison d'un « shaving » et de cryochirurgie semble constituer une alternative intéressante dans les volumineuses cicatrices chéloïdes.(42)

Dans notre étude, trois cas de chéloïde ont été retrouvés, dont un concernait une patiente de 45 ans qui présentait une lésion nodulaire du lobule de l'oreille gauche, suite à un traumatisme minime répété par les boucles d'oreilles.

La prise en charge a consisté à un shaving de la lésion, suivi d'injections locales des corticoïdes associé à la pressothérapie.

Le reste des tumeurs conjonctives fibreuses, à savoir : tumeur fibrohistiocytaire plexiforme, dermatomyofibrome, fibrome périfolliculaire, angiofibrome, fibrokératome digital acquis, elastofibrome, faciite nodulaire et fibrome des gaines nerveuses n'ont pas été notées dans notre série .



Figure 84 : Chéloïde du lobe de l'oreille secondaire à un piercing.(40)

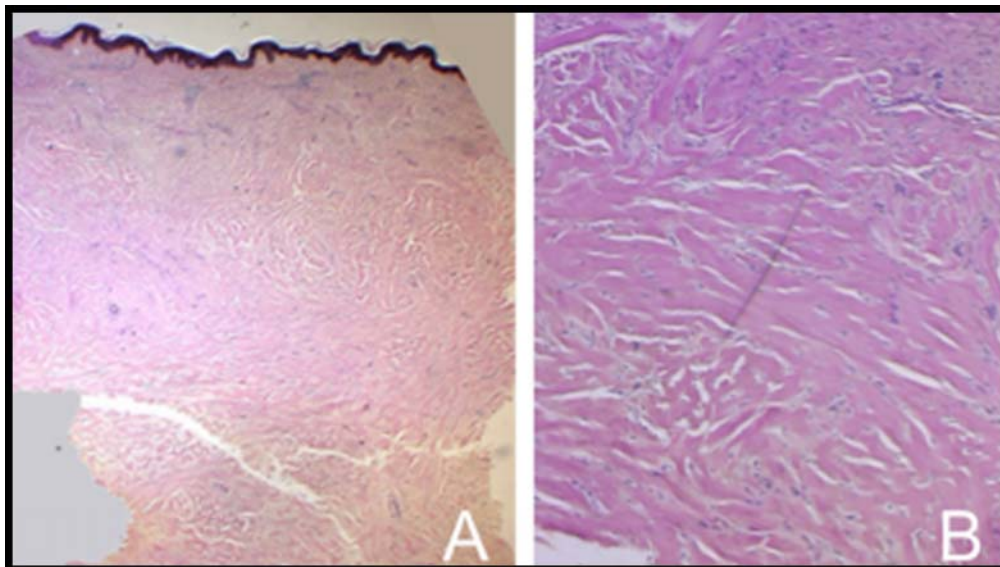


Figure 85 : Aspect histologique d'une chéloïde ; derme profond épais et constitué de faisceaux de collagène épais et homogènes.(40)

c) Tumeurs vasculaires :

🚩 **Botriomycome ou granulome pyogénique : GP**

Le granulome pyogénique (PG) est une tumeur fréquente liée à une hyperplasie vasculaire de la peau et des muqueuses qui survient généralement chez les enfants et les adultes jeunes.(43)

On le trouve généralement sur le visage, le tronc et les membres.

Cette entité se développe plus fréquemment au cours de la grossesse et au sein de lésions vasculaires préexistantes, suggérant un rôle des facteurs angiogéniques et des stimuli hormonaux dans leur pathogénèse.(44) Il est souvent solitaire, mais multiples lésions satellites peuvent survenir.(45)

La présentation clinique typique du botriomycome solitaire est un nodule rouge vif ou bleu-noir, millimétrique ou centimétrique, pédiculé ou sessile et asymptomatique.(31) En fait, il s'agit d'une lésion exophytique, à croissance rapide, saignante et de consistance friable, parfois recouverte d'une croûte. L'épiderme de surface peut s'ulcérer ou être verruqueux. (31) (Figure 86)(46)

En dermoscopie, il présente typiquement des points ou globules de couleur rose ou rouge clair (prolifération vasculaire dermique dense) séparés les uns des autres par des lignes blanches épaisses (septum de collagène). Une collerette blanche est souvent présente en périphérie.(47) (Figure 87)(47)

A l'examen anatomopathologique on note, au stade précoce, un aspect identique au tissu de granulation qui apparaît comme un tissu conjonctif hautement vascularisé fait de capillaires et de veinules au sein d'une matrice œdémateuse.(43) (Figure 88)(31)

Au fur et à mesure que la tumeur mature, on retrouve un stroma fibromyxoïde qui sépare les lésions en lobules et contient des agrégats de capillaires et de veinules avec des cellules endothéliales charnues. Alors que l'épiderme croît à la base de la lésion formant une collerette épidermique. Au stade tardif une fibrose étendue s'installe signifiant la phase de régression.(43)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Les principaux diagnostics différentiels cliniques sont la maladie de Kaposi, le mélanome achromique lors de localisation acrale, les métastases cutanées de carcinome hépatocellulaire, l'angiomatose bacillaire.(31)

Le botriomycome peut régresser spontanément et ce d'autant qu'il existe des circonstances particulières de survenue soit médicamenteuse, soit liée à la grossesse.(31)

Différents traitements sont efficaces parmi lesquels l'électrocoagulation, la cryothérapie, la chirurgie, le nitrate d'argent, le laser, les dermocorticoïdes et les bêtabloquants topiques.(48)

La corticothérapie systémique a été également proposée dans les formes géantes et récurrentes.(31)

Notre étude a mis en évidence 13 cas de botriomycome, qui partageaient le même description clinique. Ils ont été associés à un saignement chez 9 malades. La prise en charge consistait à une exérèse associée à une électrocoagulation de la base.

Le reste des tumeurs conjonctives vasculaires à savoir : hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire, angiome sénile, angiome serpigineux, hémangiome acral artérioveineux, hémangiome en cible hémosidérinique, hémangiome microveinulaire, angiome acquis en "touffes", hémangioendothéliome à cellules fusiformes, lymphangioendothéliome bénin , tumeur glomique,et hémangiopéricytome n'ont pas été retrouvées dans notre série.



Figure 86 : Botriomycome de 2 cm développé sur un ongle incarné (46)



Figure 87 : Aspect dermoscopique du botriomycome ; Lésion rosée, amélanique, présence de squames superficielles et d'un patron vasculaire polymorphe(47)

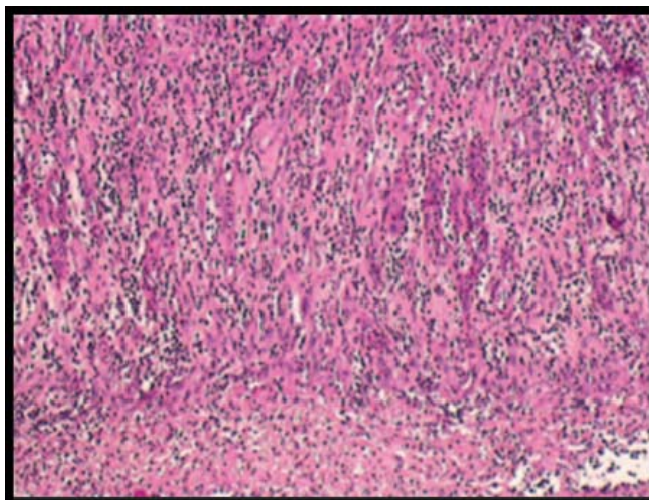


Figure 88 : Aspect histologique du botriomycome ; tissu très vascularisé et inflammatoire.(31)

3. Tumeurs cutanées bénignes annexielles :

Les tumeurs annexielles cutanées sont des tumeurs développées à partir des annexes de la peau à savoir les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudorales. (49)

La grande diversité des types histologiques pose parfois des difficultés diagnostiques et de classification.(50). Ces tumeurs sont classées selon l'OMS selon leur origine, sans considération de la bénignité ou malignité.(Figure 89) (49)

Les tumeurs des annexes cutanées sont relativement rares. Ouédraogo et al ont retrouvé une fréquence de 7,8% de l'ensemble des tumeurs cutanées dans une étude rétrospective sur 16 ans. (50)

Elles ont aussi la particularité d'avoir des comportements biologiques très variables, certains étant constamment bénignes sans complications évolutives connues, d'autres progressent vers des tumeurs agressives ou malignes nécessitant des interventions chirurgicales radicales.(9) Quand elles sont multiples ou systématisées ou de survenue précoce dans la vie, elle peuvent être des indicateurs de maladies générales, telles que le syndrome de Muir et Torre qui associent des tumeurs cutanées et des cancers viscéraux. (51)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Le développement des techniques d'immunohistochimie a fortement contribué à clarifier l'histogénèse de certaines tumeurs.(9)

Ce groupe de tumeurs, a été objectivé dans notre série chez 12 malades.

Différenciation tumorale	Type histologique
Sudorale apocrine et eccrine	<p>Bénignes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocytome • Syringome • Porome • Syringofibroadénome • Hydradénome • Spiradénome • Cylindrome • Adénome tubulaire • Syringocystadénome papillifère • Hidradénome papillifère • Tumeur mixte (syringome chondroïde) <p>Malignes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome tubulaire • Carcinome annexiel microkystique • Porocarcinome • Spiradénocarcinome • Tumeur mixte maligne • Hidradénocarcinome • Carcinome mucineux • Carcinome papillaire digital • Carcinome adénoïde kystique • Carcinome apocrine
Folliculaire	<p>Tumeurs malignes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome pilomatriciel • Tumeur trichilemmale proliférante maligne <p>Tumeurs bénignes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trichoblastome • Pilomatrixome • Trichilemmome • Trichilemmomes multiples • Richofolliculome • Fibrofolliculome/trichodisque
Sébacée	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinome sébacé • Adénome sébacé • Sébacéome • Tumeur kystique sébacée

Figure 89 : Classification des tumeurs cutanées annexielles(49)

a) Tumeurs pilaires :

✚ Pilomatricome :

Le pilomatricome ou épithélioma calcifié de Malherbe est une tumeur cutanée annexielle, développée aux dépens de la matrice du poil. C'est la plus fréquente des tumeurs du follicule pileux.(52)

Dans la série de El Ochi et al , comprenant 96 cas de tumeurs cutanées annexielles bénignes et malignes ; le pilomatricome représentait le type histologique le plus fréquent des tumeurs bénignes, retrouvé dans 33,4%.(53)

Ce résultat , est comparable à celui de notre étude où le pilomatricome représentait 30% des tumeurs annexielles bénignes.

Il est plus retrouvé chez le sexe féminin avec en moyenne un sex-ratio de 0.6. (54)

Les localisations habituelles sont le cou et la tête (55,56), seulement quelques cas de localisations isolées ont été rapportées dans la littérature ; au niveau du membre inférieur (57),membre supérieur (58)et scrotale(59).

Dans notre série, la localisation tête et cou a été retrouvée chez 2 malades, et le membre supérieur chez un malade.

Cliniquement, il s'agit d'un nodule sous-cutané, unique, asymptomatique, ferme (de consistance pierreuse), de forme ronde ou ovale, adhérent au plan cutané mais pas aux plans profonds le rendant ainsi mobilisable. La peau en regard est souvent bleutée. Il n'existe pas d'adénopathie satellite.(Figure 90)(59)

Le pilomatricome peut revêtir différentes formes cliniques et peut être perforant, ulcéré, anéto-dermique avec une peau érythémateuse ou pigmentée en regard de la lésion.(60,61)

Il faut chercher le signe « de la tente », décrit par Graham et Merwin, qui, lors de la mise en tension de la peau en regard de la tumeur permet d'observer une surface non lisse mais

composée de multiples facettes et angles reflétant la quantité de calcium déposée dans la tumeur.(62)

Dans notre série, les lésions élémentaires étaient nodulaires dans les 2/3 des cas et papuleuses dans 1/3 des cas . Elles ont été pigmentées chez 2 malades et anéodermique chez 1 malade.

Tous nos malades présentaient des lésions solitaires, et la localisation prédominante était tête et cou retrouvée chez 3 malades, suivi des membres supérieurs chez 1 malade et membres inférieurs chez un malade.

L'étude anatomopathologique retrouve des îlots cellulaires bien limités circonscrits par une capsule individualisable. L'architecture est composée en périphérie de cellules basophiles, au centre d'une zone claire faite des cellules caractéristiques dites « momifiées » (sans noyau, avec un cytoplasme éosinophile abondant, des calcifications) séparées par une zone de transition inflammatoire comportant des cellules géantes. Il existe avec le temps un phénomène de maturation cellulaire caractérisé par la transformation des cellules basophiles en cellules momifiées allant parfois jusqu'à l'ossification.(59) (Figure 91) (59)

La dégénérescence carcinomateuse du pilomatricome reste controversée.(56,63) Un cas de coexistence des deux formes, bénigne et carcinomateuse chez un même patient a été rapporté par Khammash et al.(64)

Le traitement du pilomatricome consiste en une excision chirurgicale complète emportant un fuseau cutané, surtout si la lésion est adhérente au derme. Il s'agit du traitement de référence permettant d'éviter la majorité des récives.(57)

Le pronostic du pilomatricome est bon. La guérison sans récive est la règle après exérèse chirurgicale totale.(65)



Figure 90 : Aspect du pilomatricome de localisation scrotale rare.(59)

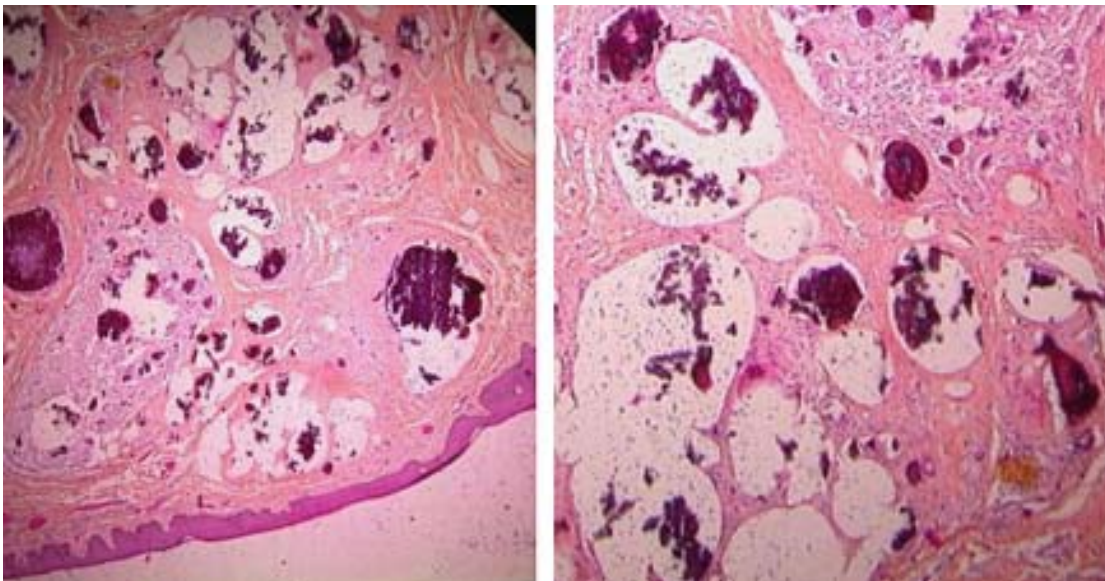


Figure 91 : Aspect histologique du pilomatricome ; cellules basophiles nucléées entourant des cellules éosinophiles énucléées(« momifications cellulaires »)(59)

✚ **Porome folliculaire: "kératose folliculaire inversée" (KFI)**

C'est une tumeur bénigne fréquente des régions pileuses(sourcils, moustache et barbe) des sujets âgés ayant dépassé la soixantaine. Généralement nodulaire, exophytique à surface squamo-croûteuse quelquefois traversée par quelques poils.(9)

Le diagnostic du porome folliculaire est rarement posé par la clinique.(Figure 92)(66)

Microscopiquement, on retrouve une prolifération intra épidermique de petites cellules pauvres en glycogène, ayant certains tendance à la ségrégation au sein de la masse tumorale, traversées par des tiges pilaires, on observe de minuscules globes cornés en bulbe.(Figure 93)(66)

Dans 10% des cas ,on observe des images de différenciation sébacée et parfois même apocrine, témoignant des potentialités embryonnaires rémanentes des cellules trichilemmales de l'infundibulum : cette variété originale correspond à l'adénome infundibulaire ou à l'adénome sébocrine(9).

Le traitement du porome folliculaire repose sur l'exérèse chirurgicale de la totalité de la lésion. Les récives sont rares mais ont été rapportées dans certains cas où les marges d'exérèse étaient insuffisantes.

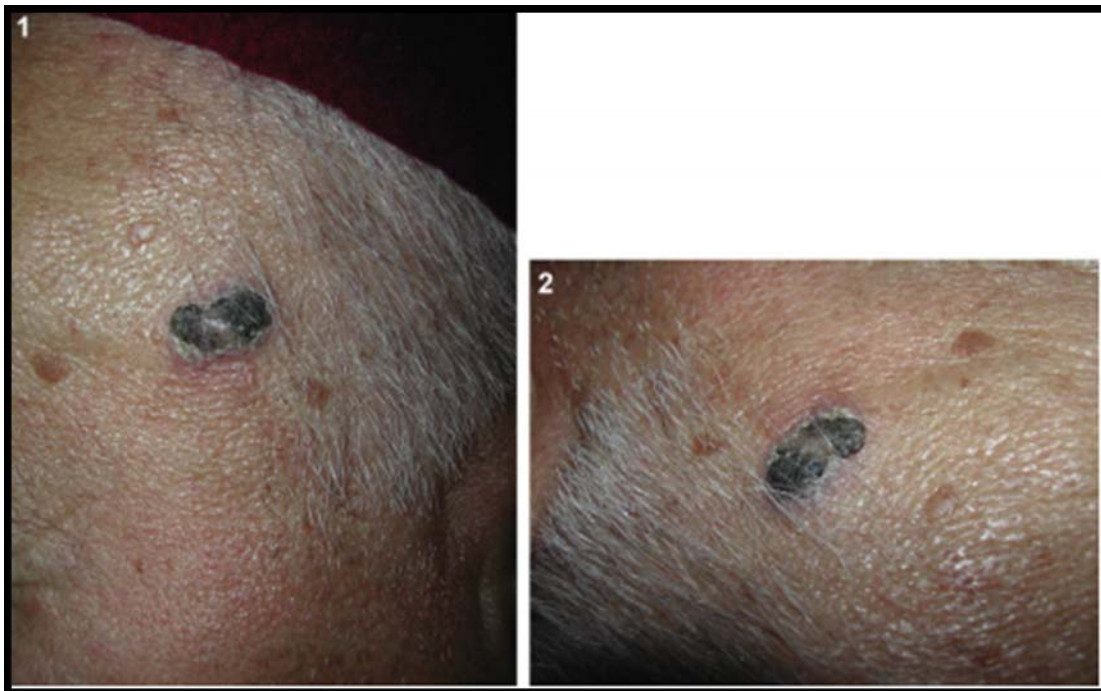


Figure 92 : Aspect clinique d'un porome folliculaire chez un homme de 80 ans.(66)

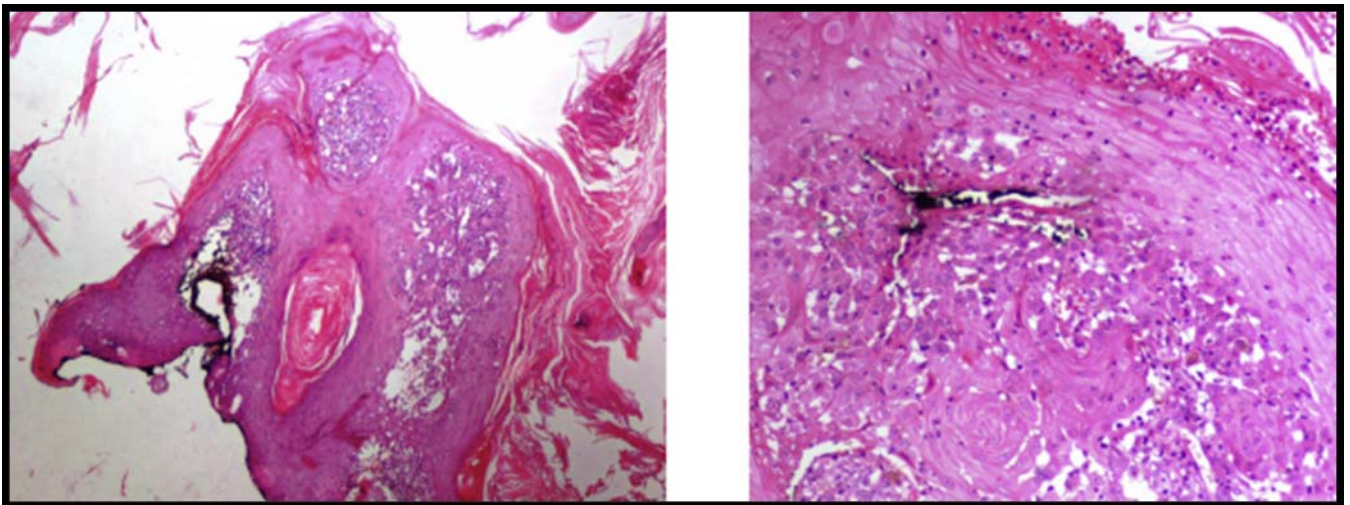


Figure 93 : Aspect histologique d'un porome folliculaire ; Foyers d'acantholyse avec images d'enroulement cellulaire en bulbe d'oignon (66)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Dans notre série les tumeurs annexielles pilaires suivantes n'ont pas été retrouvées : hamartome pileur pur, hamartome folliculaire , trichofolliculome, pore dilaté de Winer, tumeur de l'infundibulum folliculaire, trichoadénome, hamartome folliculaire basaloïde, fibrofolliculome, trichilemmome, tumeurs trichogéniques annexielles, trichoépithéliome, et hamartome basocellulaire.

b) Tumeurs sébacées :

✚ Hamartome sébacé : "naevus sébacé de Jadassohn"

L'hamartome sébacé de Jadassohn est une malformation congénitale découverte le plus souvent durant la prime enfance.(67)

C'est une tumeur souvent congénitale (72% des cas) siégeant au cuir chevelu (71%) ou à la face (23%) ; les autres localisations sont plus rares.

Quelque soit la localisation ,l'histoire naturelle de l'hamartome sébacé est toujours la même.

- ✓ A la naissance ou pendant l'enfance, c'est une plaque alopecique ovale ou rosée ,légèrement surélevée ,parfaitement asymptomatique , de 2 à 3 cm de grand axe ;
- ✓ A partir de la puberté, la surface devient souvent mamelonnée ,verruqueuse ou comédonienne
- ✓ A l'âge adulte , dans un tiers des cas, des tumeurs bénignes (généralement apocrines ou pilaires ou encore sébacées) ou malignes (surtout des carcinomes basocellulaires) se développent sur la base de ces hamartomes, ce qui justifie leur excision chirurgicale radicale à titre prophylactique.(9) (Figure 94)(68)

Dans notre série, deux cas d'hamartomes sébacés ont été colligés :

- Le 1^{er} cas est un adolescent de 13 ans , qui s'est présenté pour une lésion du cuir chevelu initialement ovale, alopecique devenant verruqueuse évoluant depuis la petite enfance. La prise en charge consistait à une exérèse.

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

- Le 2^{ème} cas est un adulte de 40 ans , qui s'est présenté pour deux plaques arrondies , alopeciantes du cuir chevelu évoluant depuis l'enfance, qui sont devenues nodulaires. Une biopsie simple a été réalisée qui montrait les signes histologiques de l'hamartome sébacé associés à une prolifération pileuse bénigne.

La dermoscopie montre une plaque peu surélevée, des globules jaunâtres agrégés en amas sur un fond jaune sans vascularisation visible. Elle a un rôle important dans la surveillance, pour détecter une éventuelle dégénérescence à un stade précoce. (67)

L'aspect histologique évolue de la période néonatale à l'adolescence.

En effet, à la période néonatale, on observe de volumineuses glandes sébacées superficielles ne semblant pas appendues à une structure folliculaire normale. Et en surface un aspect lisse et une simple acanthose sans papillomatose ni hyperkératose.

A la période de l'adolescence, l'aspect est verruqueux avec une acanthose endophytique qui rappelle une tumeur infundibulaire (9) (Figure 95)(69)

Le syndrome de Schimmelpenning–Feuerstein Mims (SFM) est un trouble neuro–cutané congénital qui associe un hamartome sébacé et des anomalies extra cutanées : neurologiques, ophtalmologiques, cardio–vasculaires, squelettiques et urologiques.(70)



Figure 94 : Aspect clinique d'un hamartome sébacé chez un adulte de 45 ans ; plaques temporales et sous-auriculaires, d'aspect verruqueux brunâtre.(68)

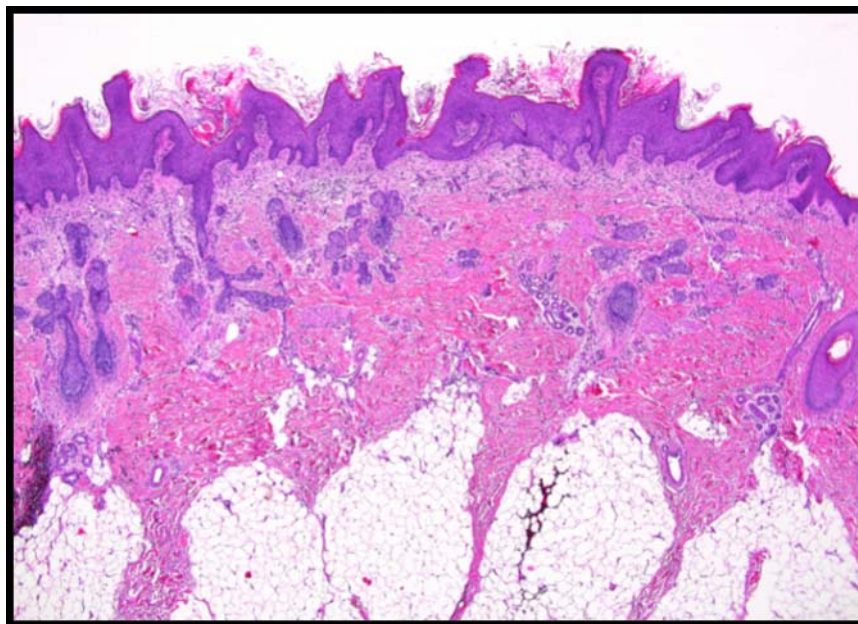


Figure 95 : Aspect histologique d'un hamartome sébacé chez un adolescent, glandes sébacés larges et persistance de quelques sébocytes immatures.(69)

c) Tumeurs sudorales eccrines :

✚ Syringomes :

Les syringomes sont des tumeurs sporadiques bénignes, qui se développent à partir du segment excréteur dermique des glandes sudorales eccrines.(71) Ces tumeurs apparaissent comme des lésions papuleuses multiples, bilatérales, de couleur chair de 1 à 3 mm sur les paupières inférieures et les joues.(9) (Figure 96)(72)

Elles apparaissent pendant la puberté ou dans les trentaines et quarantaines,(72) et surviennent souvent dans d'autres sites tels que les aisselles, l'abdomen et le pubis.

Au plan clinique, les syringomes se distinguent des xanthélasmas, des verrues ou des cancers par leur caractère monomorphe et leur distribution régulière; le diagnostic est confirmé par biopsie dans les cas douteux.(73)

Histologiquement, les syringomes sont des proliférations bien circonscrites de tubules épithéliaux en nids et cordons noyés dans un tissu dense et un stroma fibreux. Ces tubules peuvent être ronds ou ovales, et certains peuvent afficher une projection en forme de virgule latéralement, ce qui entraîne une aspect de "têtard". Les lumières tubulaires sont doublées par 2 à 3 rangées de petites cellules épithéliales polygonales pales.

Elles sont retrouvées dans la moitié supérieure du derme, généralement plus larges qu'épaisses, se connectant rarement à l'épiderme, mais là où elles s'approchent de près de l'épiderme, des structures de type milium peuvent être trouvées.(74) (Figure 97)(72)

Les options thérapeutiques, étayées pour la plupart par de petites séries et rapports de cas, incluent l'excision chirurgicale, l'électrodessication et curetage, l'exfoliation chimique, la cryochirurgie et le traitement au laser.

Toutefois, comme ces tumeurs sont profondément ancrées dans le derme, tous les traitements sont associés à un risque substantiel de récurrence et peuvent entraîner des cicatrices et des troubles pigmentaires.(73)

L'électrocoagulation fine en est le meilleur traitement.(9)

Dans notre étude, on a noté un cas de syringomes, chez une patiente de 41 ans, qui s'est présentée pour des lésions papuleuses fermes, lisses et rosés, à disposition bilatérale, au niveau des paupières, évoluant depuis 5 mois. La prise en charge a consisté à des séances d'électrocoagulation.

L'évolution a été marquée par la disparition des lésions, qui ont laissé des cicatrices hyperpigmentées en péri-palpébrales.



Figure 96 : Aspect clinique des syringomes éruptifs chez une patiente de 19 ans.(72)

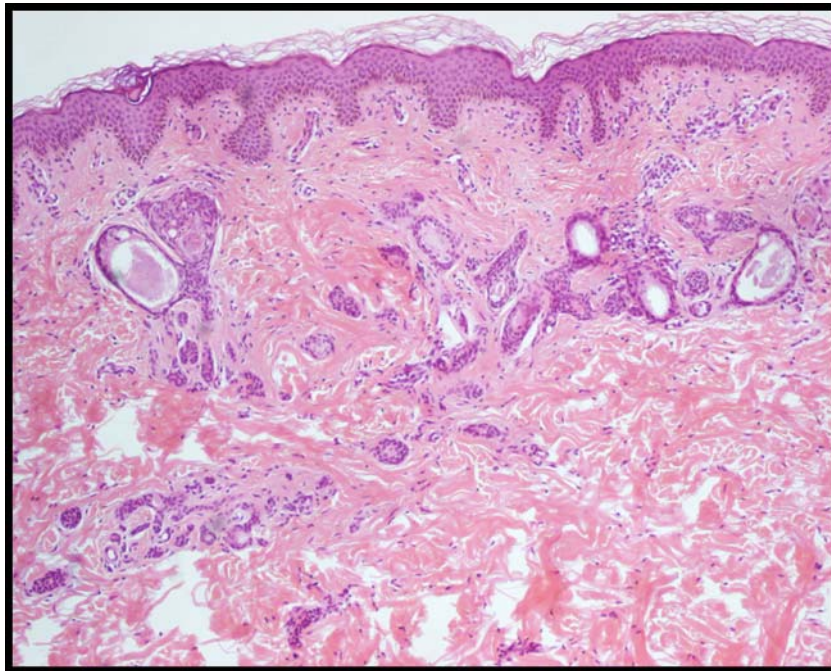


Figure 97 : Aspect histologique des syringomes chez la même patiente ; canaux ductales dilatés(72)

✚ Porome eccrine:

Le porome eccrine est une tumeur annexielle bénigne du canal terminal de la glande sudoripare eccrine. Elle est rare et pose le problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités. (75)

Il s'observe chez l'adulte à partir de la trentaine et siège le plus souvent au niveau des membres inférieurs ou au niveau des extrémités ,particulièrement dans les régions palmoplantaires.(9)

Sur le plan clinique, c'est une tumeur généralement solitaire papuleuse ou nodulaire, qui peut prendre la couleur de la peau ou être rose, rouge, blanc ou même bleu. Sa surface peut être lisse ou verruqueuse, parfois ulcérée.(76) (Figure 98)(77)

La dermoscopie est un outil qui peut aider au diagnostic,(78) en montrant un patron vasculaire avec une répartition en forme de feuille et de fleur relativement évocateur de cette tumeur.(75) (Figure 99)(77)

Sur le plan histologique, la tumeur est faite de grandes travées de petites cellules rondes formant des nappes très homogènes connectées à l'épiderme et descendant dans le derme moyen et profond, sans atypies cytologiques. On observe parfois de petits canaux tantôt réduits à une lumière sans bordure, tantôt limités par un petit groupe de cellules porales avec ou sans cuticule éosinophile.(50) (Figure 100)(78)

La transformation maligne en porocarcinome est possible après de longues années d'évolution indolente justifiant un contrôle histologique de la pièce opératoire et une prise en charge précoce.(76) Cette dernière est basée sur une simple exérèse, un shaving ou une destruction électro chirurgicale pour les lésions superficielles et l'exérèse pour les lésions plus profondes.(78)

Dans notre série, on a rapporté un cas de porome eccrine, chez un patient de sexe masculin , âgé de 32 ans. Il s'est présenté pour une lésion nodulaire et bourgeonnante dont la base large est cerclée par un collier de kératine , qui évoluait depuis 3mois et se localise au niveau du bord interne du gros orteil gauche. La prise en charge a consisté à une exérèse totale.

Dans notre série, les autres tumeurs annexielles n'ont pas été retrouvées : hamartome eccrine,acrospiromes eccrines (hidracanthoma simplex, "dermal duct tumor", Syringofibroadénome eccrine) spiradénome eccrine, hidradénomes nodulaires eccrines et cylindromes.

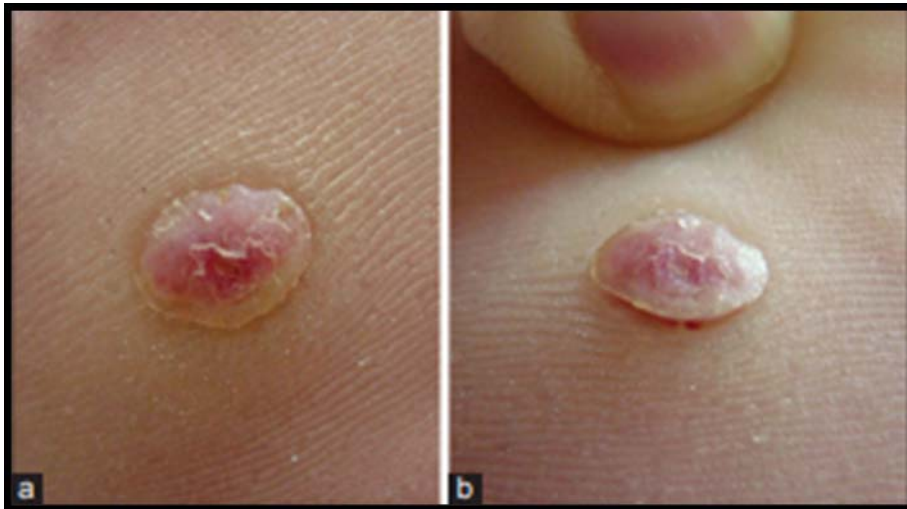


Figure 98 : Aspect clinique d'un porome eccrine plantaire ; papule rosé à surface kératosique(77)



Figure 99 : Aspect dermoscopique d'un porome eccrine ; un centre rose homogène et un halo périphérique clair.(77)

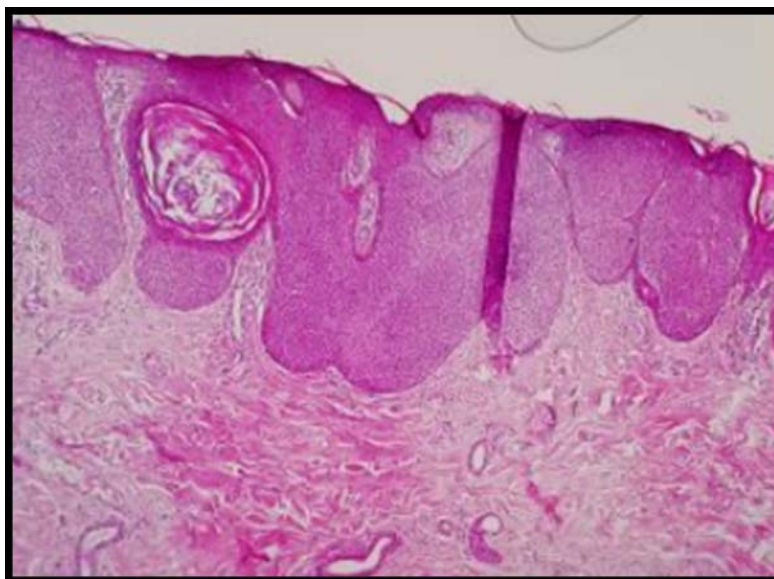


Figure 100 : Aspect histologique d'un porome eccrine ; Prolifération tumorale intraépidermique bien limitée faite de grandes travées de petites cellules rondes (HE × 40). (78)

d) Tumeurs sudorales apocrines :

✚ Syringocystadénome papillifère :

Les syringocystadénomes papillifères sont des tumeurs annexielles bénignes à différenciation apocrine apparaissant le plus souvent sur le cuir chevelu.(79)

Les lésions apparaissent soit de novo, soit, moins fréquemment, sur un hamartome sébacé dans un tiers des cas.(80,81) C'est une tumeur infantile, qui est présente à la naissance chez environ la moitié des cas , et dans 15 à 30 %, se développe avant la puberté.(81)

Les formes multiples sont rares, et les localisations en dehors de le tête et du cou sont encore plus rare.(82)

Des associations avec d'autres tumeurs bénignes (cystadénome apocrine, hidrocystome apocrine, hidradénome papillifère et porome folliculaire) et malignes (carcinomes basocellulaire, verruqueux, sébacé) ont été rapportées.(80)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Cliniquement, la lésion est d'abord plane ou discrètement verruqueuse devenant végétante, mamelonnée, congestive et souvent suintante après la puberté ; un examen à la loupe montre un ou plusieurs orifices, d'où s'écoule une sérosité et parfois de minuscules kystes intra tumoraux.(9) (Figure 101)(82)

Au microscope optique, on retrouve une lésion kystique profondément invaginée dans le derme et s'abouchant à la surface, tapissée de végétations endoluminales à double assise cellulaire et à différenciation apocrine. Le stroma est riche en plasmocytes.(79) (Figure 102)(82)

En raison du risque d'évolution maligne, une exérèse chirurgicale prophylactique, suivie d'un examen histologique détaillé, est le traitement de choix.(82)

Dans notre étude, on a rapporté un seul cas de syringocystadénome papillifère chez une patiente de 19 ans, qui présentait une lésion plane du cuir chevelu depuis l'enfance devenue végétante, mamelonnée ,congestive avec parfois issue de sérosités. L'histologie a confirmé le diagnostic. La prise en charge a consisté à une exérèse .

Le reste des tumeurs annexielles apocrine ; l'hamartome apocrine,le cystadénome apocrine, l'hidradénome papillifère et l'adénome tubulaire apocrine n'ont pas été retrouvées dans notre série.



Figure 101 : Aspect clinique du syringocystadénome papillaire.(82)

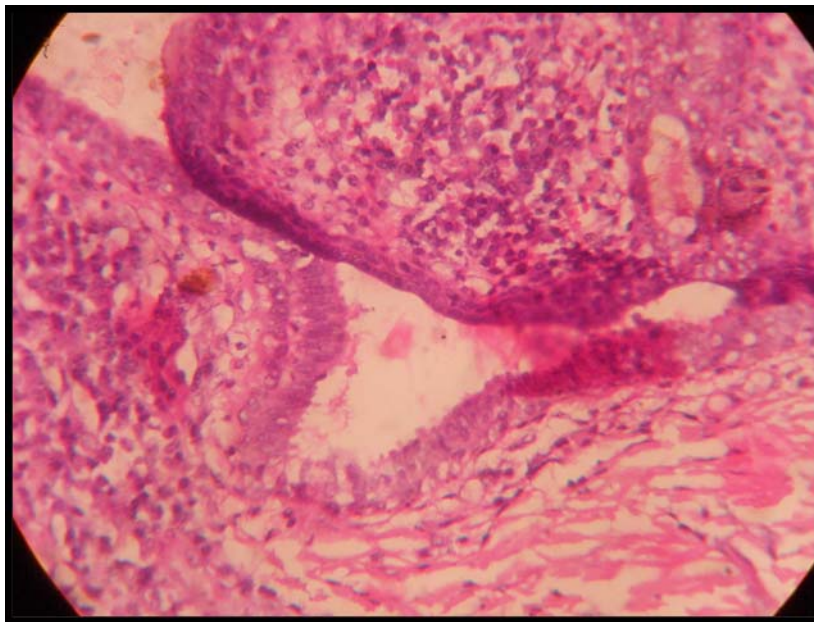


Figure 93 : Aspect histologique syringocystadénome papillaire ; prolifération formant des invaginations papillaires, avec stroma riche en plasmocytes .(82)

e) Tumeurs sudorales mixtes :

✚ **Syringome chondroïde :**

Le syringome chondroïde est une tumeur cutanée rare de bon pronostic et d'évolution indolente, parfois de diagnostic difficile. Elle se rapproche morphologiquement des tumeurs mixtes des glandes salivaires, caractérisées par une double composante épithéliale et mésenchymateuse.(83)

Cette tumeur constitue une entité rare parmi les tumeurs cutanées primitives, son incidence est inférieure à 0,098%.(84) avec un sex-ratio variant entre 1,3 et 5.(85)

Elle affecte généralement les personnes d'âge moyen ou des hommes plus âgés.(84,86)

Son site de prédilection est la région de la tête et du cou; moins fréquemment, ces tumeurs peuvent se retrouver au niveau de la main, le pied, la région axillaire, l'abdomen, le pénis, la vulve et même le scrotum.(87)

Cliniquement il s'agit d'un nodule dermique et/ou hypodermique de croissance lente, ferme, indolore, mesurant de 0,5 à 3 cm de diamètre, habituellement non adhérent aux plans profonds sous-cutanés.(85) (Figure 103)(88)

Sur le plan histologique, il existe une double composante rappelant celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires (89). Elle est constituée d'une composante épithéliale le plus souvent apocrine caractérisée par des lumières tubulaires ou kystiques reliées par deux assises de cellules cuboïdales au cytoplasme éosinophile, ou eccrine caractérisée par des petites lumières tubulaires avec une seule assise cellulaire basophiles. Parfois, les deux composantes sont observées. Ces composantes épithéliales sont observées sur un stroma myxoïde, chondroïde, adipocytaire ou fibreux, rarement hyalin, d'où le terme de tumeur mixte.(83) (Figure 104)(88)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Sur le plan immunohistochimique, les cellules de la couche interne des glandes sont marquées par les anticorps anticytokératine, anti-antigène membranaire épithéliale et anti-antigène carcino-embryonnaire démontrant leur nature épithéliale. Alors que les cellules des couches externes n'expriment pas ces antigènes mais elles expriment la protéine S100 et la vimentine, tout comme les cellules stromales, faisant évoquer une origine commune mésenchymateuse.(85)

Le syringome chondroïde malin est très rare pouvant survenir de novo ou sur un syringome chondroïde préexistant.(71)

Le traitement repose sur l'exérèse complète avec une marge de sécurité de 3 mm.(90). Un suivi régulier doit être proposé car il existe un risque de récurrence et de transformation maligne. (83)

Dans notre étude, cette tumeur a été retrouvée chez un patient de 11 ans, qui s'est présenté pour une lésion nodulaire, de consistance ferme, polylobé, localisé au niveau du visage, évoluant depuis six mois. La prise en charge consistait d'abord à une biopsie simple suivie d'exérèse chirurgicale de la lésion.



Figure 103 : Aspect clinique du syringome chondroide ; masse jugale droite.(88)

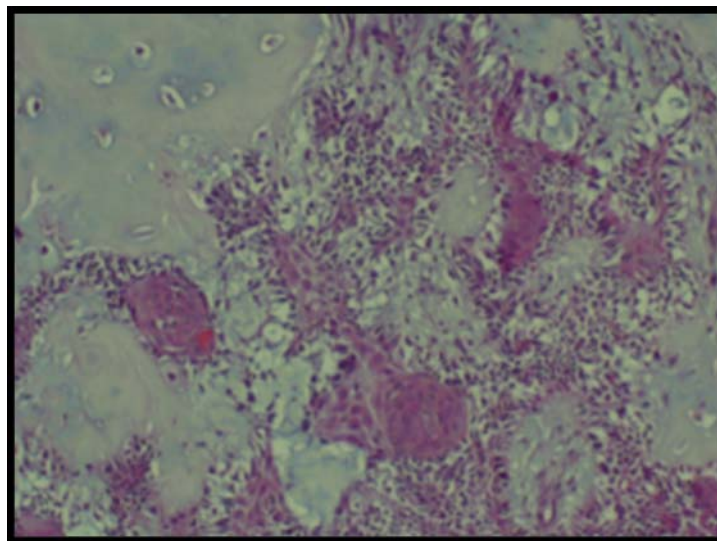


Figure 104 : Aspect histologique du syringome chondroide ; Prolifération en cordes dans un stroma chondromyxoide.(88)

4. Les kystes cutanés :

Les kystes cutanés sont des tumeurs cutanées très fréquentes, qui peuvent causer des problèmes esthétiques ou des complications locales.(91)

Ils sont classés en fonction des caractéristiques histologiques de la paroi ou du revêtement, et de la localisation anatomique.

On distingue: les kystes épidermoïdes, dermoïdes, sébacés et trichilemmaux.

La plupart temps, le diagnostic est confirmé lors de la chirurgie, par la visualisation de l'aspect typique d'un kyste rempli de matière blanche. Par conséquence, ces lésions «typiques» échappent souvent à l'examen histologique d'où la difficulté de déterminer l'incidence.(91)

Le traitement, lorsqu'il est indiqué, est principalement chirurgical.(92)

Ils ont été diagnostiqués chez 32 patients.

- ✓ Kyste trichilemmal chez 15 patients .
- ✓ Kyste épidermoïde chez 12 patients .
- ✓ Kyste dermoïde chez 5 patients.

Tous les malades ont bénéficié d'une exérèse.

✚ Kyste épidermoïde:

Ce kyste est fréquemment infundibulaire .Il existe toutefois des kystes dites épidermiques d'inclusion post traumatique, notamment aux mains. ils se développent particulièrement dans l'acné.(10)

Cliniquement, il s'agit d'une lésion sous-cutanée ferme, mobile, de couleur chair ou jaunâtre, qui survient le plus souvent sur le visage, en rétro-auriculaire, et dans la nuque ou le tronc. Il peut siéger rarement dans les organes génitaux externes (Figure 104)(93)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Ils sont généralement solitaires et leur paroi assez délicate est sujette à la rupture. La taille des lésions peut varier de 0,5 à 5 cm . On observe souvent un pore superficiel au sommet de la tumeur.(91)

Indépendamment de la taille ou du nombre, tous ces kystes ont la même histologie: une sphère à paroi épithéliale, avec un épithélium pluristratifié kératinisant sur un mode épidermique ;la couche granuleuse est toujours présente. Le contenu du kyste est fait de kératine lamellaire, avec parfois des bactéries.(10) (Figure 105)(94)

La prise en charge est chirurgicale. Elle consiste d'abord au repérage du petit pertuis suivi d'une anesthésie locale à la xylocaïne adrénalinée autour, en profondeur et en superficie de la lésion. Une longueur d'incision équivalente au tiers de la taille du kyste est souvent suffisante.

Le geste consiste à la réalisation d'une petite incision fusiforme centrée sur cet orifice, ou au punch suivi d'une évacuation du kyste par pression manuelle, puis par exérèse de la poche à la pince et au ciseau, ou à la curette.(95)

Dans notre série, ce kyste a été retrouvé chez 12 malades, la prise en charge consistait à une exérèse.

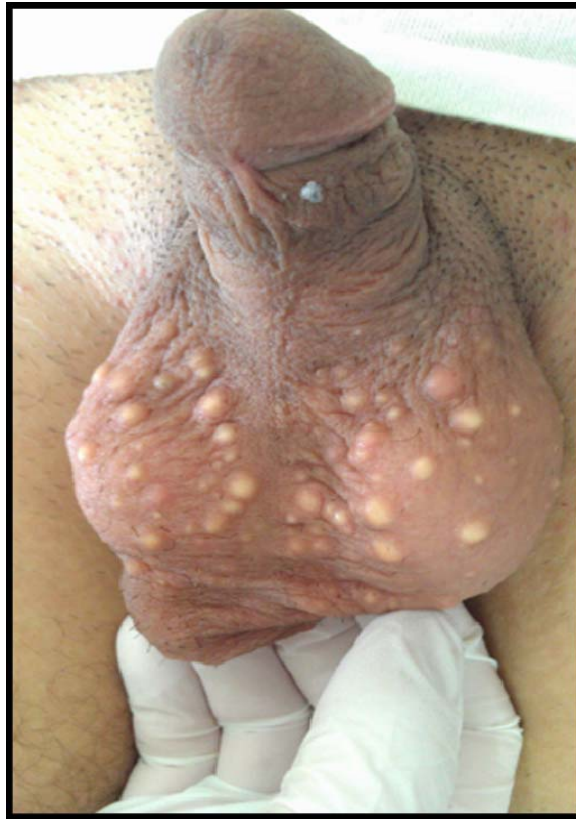


Figure 104 : Aspect clinique des kystes épidermoïdes scrotaux.(93)

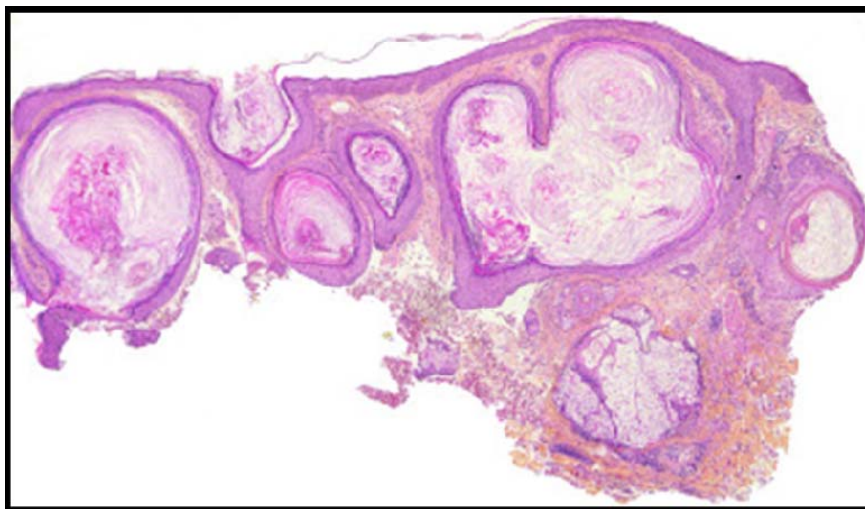


Figure 105 : Aspect histologique des kystes épidermoïdes multiples ; formations kystiques, avec présence de couche granuleuse .(94)

✚ **Kyste dermoïde :**

Ce kyste malformatif est présent souvent dans la petite enfance, dont la localisation la plus typique est la queue du sourcil. D'autres peuvent être observés à l'angle interne de l'œil, ou plus rarement sur le front ou le cou, et dans la région sacrococcygienne.(10) (Figure 106)(96)

Ces kystes sont bénins, mais peuvent grossir de façon importante et subir des poussées inflammatoires comme les autres kystes cutanés.(97)

La paroi du kyste est de type pluristratifié, limitant une lumière anfractueuse et irrégulière avec parfois des annexes folliculaires ou sébacées incluses dans la paroi .On peut avoir dans ce cas une cuticule éosinophile.(10)(Figure 107)(98)

En périphérie, il existe parfois des petites zones inflammatoires, et souvent une fibrose.(97)

Dans note étude, le kyste dermoïde a été retrouvé chez 5 malades, et la prise en charge était chirurgicale.



Figure 106 : Aspect clinique du kyste dermoïde de localisation rare, palpébral inférieur .(96)

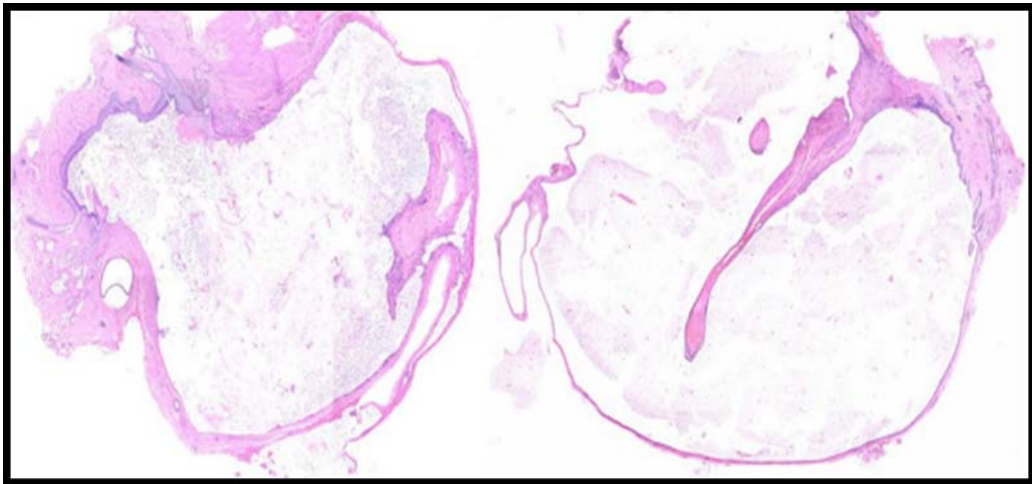


Figure 107 : Aspect histologique du kyste dermoïde, paroi kystique bordée par un épithélium malpighien, contenant la kératine (98)

✚ Kyste trichilemmal :

Les kystes trichilemmaux représentent des lésions kératinocytaires.(99) Ils se développent à partir du feuillet externe du follicule pileux.(100,101)

Ils sont le plus souvent observés au niveau des zones pileuses, avec une prédilection féminine. La localisation préférentielle de ces kystes est le scalp. Ces kystes peuvent être solitaires (30 %) ou multiples (70 %).(102)

Sur le plan clinique ,on retrouve une lésion souvent nodulaire sous-cutanée ferme et mobile.(91) Elle augmente souvent progressivement de taille et peut se surinfecter.(103) (Figure 108) (104)

Au microscope, le kyste trichilemmal est une sphère à paroi épithéliale multi stratifiée, souvent anucléée, avec une kératinisation de type trichilemmal, c'est-à-dire sans couche granuleuse, où les cellules deviennent plus volumineuses vers la lumière.(10) (Figure 109)

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Le contenu du kyste est fait d'une kératine compacte éosinophile, qui peut fréquemment se calcifier ou s'ossifier. Il existe des kystes hybrides, ayant une partie épidermoïde et une autre trichilemmale.(10) (105)

Le traitement est chirurgical , ces kystes ont une poche solide. Par conséquent, elle s'énuclée très facilement, après un petit décollement en ciseau courbe mousse, et par simple pression manuelle. Il n'est pas nécessaire de retirer un important croissant cutané en surface sauf en cas de kyste très volumineux.(95)

Le kyste trichilemmal proliférant du scalp est une complication rare de ces kystes survenant généralement chez les femmes âgées et dans les régions postérieures du cuir chevelu. C'est une tumeur de grande taille ,jusqu'à 25 cm, multinodulaire , ulcérée et en imposant à première vue pour un carcinome ulcérovégétant du scalp.

Dans notre série , ce kyste a été retrouvé chez 15 malades, dont 3 présentaient une surinfection associée. La prise en charge a consisté à une exérèse chez tous les malades.



Figure 108 : Aspect clinique des kystes trichilemmaux multiples.(104)

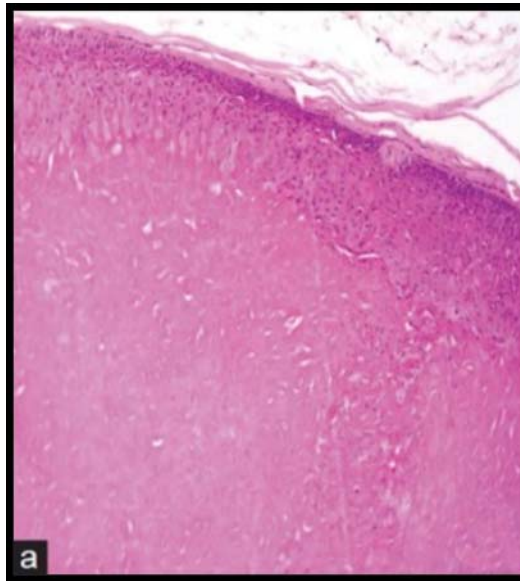


Figure 109 : Aspect histologique du kyste trichilemmal ; avec une kératinisation type trichilemmal.(105)

5. Les naevus :

a) Naevus communs pigmentaires :

Les naevus pigmentaires ou mélanocytaires acquis représentent la majorité des naevus. Elles sont des tumeurs mélanocytaires bénignes caractérisées par une prolifération de mélanocytes à proximité de la jonction dermoépidermique, avec un regroupement en amas ou en thèques qui les différencient des mélanocytes normaux.(11)

Les variations morphologiques et topographiques des cellules naeviques déterminent plusieurs formes histologiques :

- i) Naevus jonctionnel où l'activité est jonctionnelle c'est-à-dire dans la couche basale de l'épiderme et traduisant une certaine évolutivité ;
- ii) Naevus dermique avec prolifération strictement intra-dermique ;
- iii) Naevus mixte ou composé.

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

L'activité jonctionnelle diminue voire disparaît au cours du vieillissement alors qu'elle est très marquée chez l'enfant : c'est souligner l'importance de la notion d'âge du sujet dans l'interprétation histologique et dermoscopique de toute lésion naevique.(11)

Les aspects cliniques des nævus sont très variés. Contrairement aux nævus congénitaux, ils sont habituellement de petite taille, inférieure à 15 mm, mesurant souvent moins de 5 mm.

Il s'agit de macules ou papules pigmentées symétriques, à bords réguliers, de couleur et surface homogènes, ovales ou arrondies. Le diamètre de ces lésions reste stable. Dans ces formes typiques, les critères ABCDE (asymétrie, bords irréguliers, couleur inhomogène, diamètre = 6 mm et extension en surface) sont donc tous négatifs.(11) (Figure 110)(106)

A la dermoscopie, les nævi ont globalement une structure symétrique sur tous les axes. La pigmentation peut être répartie en réseaux ou en structures globulaires ayant l'apparence d'un pavé. Le réseau pigmentaire typique de ce naevus est aussi symétrique, et présente une décoloration et un amincissement graduel vers les bords extérieurs de la lésion. Sa coloration varie du brun clair au brun très foncé, et la lésion ne présente pas de zones bleues ou blanches. (14)(Figure 111)(106)

A l'histologie, l'architecture globale du nævus est symétrique, et les cellules næviques sont semblables entre elles à un niveau donné de la lésion.(Figure 104)(107)

Les immunomarquages par les anti-PS100, vimentine et parfois HMB45 (en cas de composante jonctionnelle) sont positifs.(108)

Dans notre série les naevus ont été retrouvés chez 17 malades, dont 14 ont bénéficié d'une exérèse-suture fusiforme avec étude histologique. Le naevus dermique constitue le type histologique le plus fréquent retrouvé chez 12 malades.



Figure 110 : Aspect clinique d'un naevus pigmentaire.(106)



Figure 111 : Aspect dermoscopique d'un naevus pigmentaire.(106)

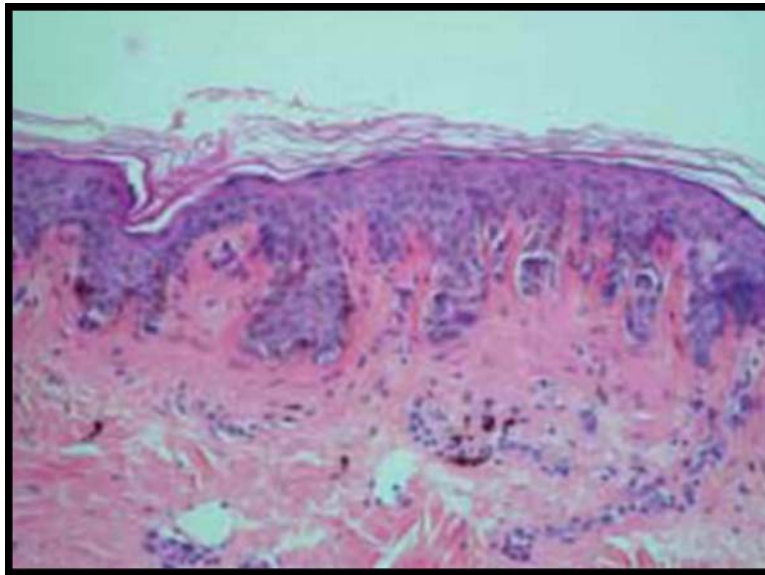


Figure 112 : Aspect histologique du naevus pigmentaire avec activité jonctionnelle.(107)



CONCLUSION



Les tumeurs cutanées bénignes constituent des lésions fréquentes dans la population générale. La diversité de ces tumeurs pose souvent problème quant à leur classification et la maîtrise des connaissances nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

Au cours de notre étude ,nous avons essentiellement essayé de mettre en envergure les différentes caractéristiques cliniques, mais également les aspects histologiques, épidémiologiques et thérapeutiques de ces tumeurs.

La dermatoscopie a un apport fondamental dans la prise en charge de ces tumeurs. En se basant sur des critères morphologiques, elle permet de poser le diagnostic positif de certaines tumeurs et d'éliminer les diagnostics différentiels d'une part. D'autre part, elle permet la surveillance des lésions à risque évolutif tels que les naevus , ce qui diminue le nombre des exérèses .

Le clinicien doit être avéré que ces tumeurs peuvent servir comme indicateur de certaines maladies générales, génétiques, syndromiques ou néoplasiques, particulièrement lorsqu'elles sont multiples, systématisées ou de survenue précoce dans la vie.

L'anatomopathologiste joue un rôle central dans le diagnostic de ces lésions.

La confrontation anatomo-clinique est capitale dans le diagnostic de ces tumeurs.

La prise en charge thérapeutique dépend du type histologique, mais également du risque évolutif et considération esthétique. Elle comporte l'exérèse chirurgicale, le cryothérapie, l'électrocoagulation,et l'abstention.

Le pronostic de ces tumeurs est généralement bon notamment lorsque la prise en charge est adaptée. Cependant, les localisations affichantes, les lésions profondes, la taille des lésions ou leurs multiplicités et les troubles cicatricielles du patient, imposent une décision

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

thérapeutique adaptée, qui prend en considération le rapport bénéfice/risque lié essentiellement aux conséquences esthétiques et/ ou fonctionnelles.



RESUME



RÉSUMÉ:

Les tumeurs cutanées bénignes sont un groupe hétérogène de pathologies disposant d'un polymorphisme clinique et histologique.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les aspects cliniques des tumeurs bénignes de la peau ainsi que leurs caractéristiques épidémiologiques, histologiques et thérapeutiques.

L'étude a été menée sur un échantillon de 133 patients colligés au service de dermatologie et au laboratoire d'anatomopathologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI à Marrakech. Il s'agit d'une étude descriptive, portant sur 133 patients qui s'est étalée sur une période de six mois allant du 01/09/2019 jusqu'au 29/02/2020.

L'âge moyen des patients était de 41 ans, avec des extrêmes de 10 ans et 83 ans et une prédominance féminine a été objectivée.(sexe ratio homme /femme de 0,6).

Cliniquement, les lésions nodulaires représentaient 57% ,suivies des lésions papuleuses dans 33% , et des lésions végétation/verrucosité chez 10% de nos malades. La localisation tête et cou a été retrouvée chez 43 % des malades, le tronc chez 23%, les membres inférieurs dans 21%, les membres supérieurs dans 11% et les organes génitaux externes dans 2% des cas.

L'étude histologique était réalisée chez 81 malades. Les tumeurs les plus fréquentes dans notre série étaient les molluscums pendulums (18%) , les naevus(11%), et les kystes trichilemmaux (11%).

La prise en charge thérapeutique consistait principalement à l'exérèse chirurgicale.

La revue de la littérature sur les tumeurs cutanées bénignes apporte des connaissances riches à notre sujet et permet d'analyser nos résultats, et de décrire les aspects cliniques, dermoscopiques,et histologiques des tumeurs cutanées bénignes les plus fréquentes.

ABSTRACT:

Our work focuses on the study of benign skin tumors. The latter are a heterogeneous group of pathologies with clinical and histological polymorphism.

The aim of the study is to assess the clinical aspects of benign skin tumors as well as their epidemiological, histological and therapeutic characteristics.

The study was carried out on a sample of 133 cases from the dermatology department and the anatomic pathology laboratory of the Mohammed VI university hospital in Marrakech. This descriptive study was spanned on a six-month period from 01/09/2019 until 29/02/2020.

The mean age of the patients was 41 years, with extremes of 10 years and 83 years and female predominance was noted (male / female sex ratio of 1.6).

Clinically, nodular lesions represented 57%, followed by papular lesions in 33%, and vegetating / verrucosus lesions in 10% of our patients. The head and neck location was found in 43% of patients, the trunk in 23%, the lower limbs in 21%, the upper limbs in 11% and external genitalia in 2% .

The histological study was carried out in 81 patients. The most frequent histological types found in our serie were acrochordons (18%), nevi (11%), and trichimmal cysts (11%).

The therapeutic management consisted essentially on surgical excision.

The literature review on the benign skin tumors provides rich knowledge about our subject and allows us to analyze our results, and to describe the clinical, dermoscopic, and histological aspects of the principal skin tumors.

ملخص

يركز عملنا على دراسة أورام الجلد الحميدة، وهي تشكل مجموعة متنوعة من الأمراض الالتهابية التي تتميز بتعدد الأشكال السريرية والنسجية الخاصة بها. الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الجوانب السريرية لأورام الجلد الحميدة بالإضافة إلى خصائصها الوبائية والنسجية والعلاجية.

أجريت الدراسة على عينة من 133 حالة من قسم الأمراض الجلدية ومختبر علم الأمراض التشريحي بمستشفى محمد السادس الجامعي بمراكش. امتدت هذه الدراسة الوصفية على ستة أشهر من 2019/09/01 إلى 2020/02/29.

إحصائياً، متوسط عمر المرضى هو 41 عاماً، مع حد يتراوح من 10 سنوات إلى 83 عاماً، ولوحظت غلبة الإناث (نسبة الذكور / الإناث 0.6).

من الناحية السريرية، مثلت الآفات العقيدية 57٪، تليها الآفات الحطاطية عند 33٪، والآفات الفطاطية عند 10٪ من مرضانا. كان الموقع الأكثر شيوعاً هو الرأس والرقبة الذي وجد عند 43٪ من المرضى، الجذع عند 23٪، الأطراف السفلية عند 21٪، الأطراف العلوية عند 11٪ والأعضاء التناسلية عند 2٪ من الحالات.

أجريت الدراسة النسجية على 81 مريضاً. الأورام الأكثر انتشاراً في سلسلتنا: الثؤلول المعنق 18٪، الشامات 11٪، وأكياس البشرة 11٪.

تتكون الإدارة العلاجية لهذه الأورام من الاستئصال الجراحي في أغلب الحالات. تقدم دراسة المراجع العلمية المتعلقة بأورام الجلد الحميدة معرفة غنية بموضوعنا وتسمح لنا بتحليل نتائجنا، ووصف الجوانب السريرية، والتنظيرية، والنسجية لأورام الجلد الحميدة الأكثر انتشاراً.



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Sujet : Tumeurs cutanées bénignes

Identité :

1. Nom :
2. Prénom :
3. Profession :
4. N° de téléphone :
5. N° de série :
6. IP :
7. Age :
8. Sexe : femme homme

Antécédents :

1. Personnels
2. Familiaux

Clinique :

1. Début
2. Installation
Brutale rapidement progressive progressive
3. Nombre des lésions :
Unique deux multiple
Lésion élémentaire :
 Macule papule nodule
 Végétation verrucosités tumeur
Autre (à préciser)
4. Consistance :

Tumeurs cutanées bénignes : aspects cliniques et anatomopathologiques

Ferme molle solide

5. Localisation :

Tête et cou Tronc membre supérieur
Membre inférieur OGE

6. Signes associés

Absents prurit
Ulcération Surinfection
saignement douleur

Autres (à préciser)

7. Diagnostics à évoquer

8. Une photo de la lésion

La prise en charge :

Exérèse cryothérapie
Electrocoagulation Abstention

Histologie :

1. Type histologique :

Tumeur épidermique
Tumeur conjonctive
Tumeur annexielle
Kyste cutané
Naevus

2. Résultat histologique



BIBLIOGRAPHIE



1. **Dréno B.**
Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Ann Dermatol Vénérologie*. oct 2009;136:S247-51.
2. **Duduyemi BM, Omonisi AE, Titiloye NA.**
Skin and Soft Tissue Lesions in a District Hospital in Central Nigeria: A Histopathological Study. *Dermatol Res Pract*. 26 déc 2019;2019:8143680.
3. **Khandpur S, Ramam M.**
Skin tumours. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2012;5(3):159.
4. **Paxton S, Peckham M, Knibbs A.**
The Leeds Histology Guide. 2003; Disponible sur:
<https://www.histology.leeds.ac.uk/skin/hair.php>
5. **Prost-Squarcioni C.**
Histologie de la peau et des follicules pileux. *médecine/sciences*. 1 févr 2006;22(2):131-7.
6. **Dubus P.**
Histologie cutanée. *EM-Consulte*. 2000 ;50-010-A-10(9p)9.
7. **Moulin G.**
tumeurs bénignes de l'épiderme. *EMC - Dermatol*. 1996;12-730-B-10(6p):6.
8. **Koeppel M-C.**
tumeurs conjonctives cutanées bénignes. *EMC - Dermatol*. 1999;98-610-A(22p):1.
9. **GROSSANS edouard, Cribier B.**
tumeurs épithéliales bénignes de la peau : tumeurs annexielles. *EMC - Dermatol*. 1994;12-730-A-10:8.
10. **Cribier B, Battistella M.**
Tumeurs et kystes cutanés. In: Cribier B, Battistella M, éditeurs. *Dermatologie de la Clinique à la Microscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 259-349.
11. **Dalle S, Phan A, Depaepe L, Balme B, Thomas L.**
Nævus pigmentaires. *EMC - Dermatol*. janv 2017;7(2):1-15.
12. **Hafner C, Vogt T.**
Seborrheic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges*. août 2008;6(8):664-77.
13. **Zaouri H, Hassam B.**
Kératoses séborrhéiques: une localisation inhabituelle. *Pan Afr Med J* . 2017 ;27.
14. **Mourad A, Gniadecki R.**
La distinction entre le mélanome malin et d'autres lésions à l'aide de la dermoscopie. *Can Fam Physician*. 1 juin 2019;65(6):e261-3.
15. **Braun RP.**
Dermoscopy of Pigmented Seborrheic Keratosis: A Morphological Study. *Arch Dermatol*. 1 déc 2002;138(12):1556.

16. **El Amrani F, Meknassi I, Bouaddi M, Raffas W, Kettani F, Senouci K, et al.**
Kératoses séborrhéiques géantes de siège inhabituel. *Ann Dermatol Vénérologie*. nov 2012;139(11):723-6.
17. **Dantzig PI.**
Sign of Leser-Trélat. *Arch Dermatol*. 1 nov 1973;108(5):700.
18. **Guern AL, Becquart C, Manela S, Delaporte E.**
Syndrome de Leser-Trélat permettant le diagnostic précoce d'un adénocarcinome du sigmoïde. 2015;(3):3.
19. **Hamou S, Hochart G, Jourdel D, Martin de Lassalle E, Piette F, Rouland J-F.**
Kératoacanthome géant de la paupière. *J Fr Ophtalmol*. déc 2005;28(10):1115-9.
20. **Ko CJ.**
Keratoacanthoma: Facts and controversies. *Clin Dermatol*. mai 2010;28(3):254-61.
21. **Schwartz RA.**
Keratoacanthoma: A Clinico-Pathologic Enigma. *Dermatol Surg*. févr 2004;30(s2):326-33.
22. **Schwartz RA.**
Keratoacanthoma. *J Am Acad Dermatol*. janv 1994;30(1):1-19.
23. **Kwiek B, Schwartz RA.**
Keratoacanthoma (KA): An update and review. *J Am Acad Dermatol*. juin 2016;74(6):1220-33.
24. **Rosendahl C, Cameron A, Argenziano G, Zalaudek I, Tschandl P, Kittler H.**
Dermoscopy of Squamous Cell Carcinoma and Keratoacanthoma. *Arch Dermatol*. 1 déc 2012;148(12):1386.
25. **Kuonen F, Durack A, Gaide O.**
Clues in DeRmoscopy: Dermoscopy of keratoacanthoma. *Eur J Dermatol*. 1 juill 2016;26(4):419-20.
26. **Gallouj S, Aqil N, Zahra Mernissi F.**
Lipome péri-unguéal : une localisation inhabituelle. *Ann Dermatol Vénérologie*. févr 2019;146(2):121-4.
27. **Delgado L, Ingen-Housz-Oro S.**
Maladies du tissu adipeux : lipomes, lipomatoses, lipodystrophies. *EMC – Dermatol*. janv 2011;6(4):1-9.
28. **Salam GA.**
Lipoma Excision. *Am Fam Physician*. 1 mars 2002;65(5):901.
29. **Fuchs A, Henrot P, Walter F, lochum S, Vignaud J, Stines J, et al.**
Tumeurs graisseuses des parties molles des membres et des ceintures de l'adulte. *J Radiol J Radiol*. 1 janv 2002;8383:1035-571035.
30. **Saurat J.**
Tumeurs adipeuses In: *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 6^e éd. P-703; 2017.

31. **Koeppel M-C, Andrac-Meyer L.**
Tumeurs cutanées bénignes des tissus mous. EMC – Dermatol. janv 2006;1(3):1-20.
32. **Belgam Syed SY, Lipoff JB, Chatterjee K.**
Acrochordon. In: StatPearls. 5^e éd. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. p. 120-32.
33. **Bhargava P, Mathur SK, Mathur DK, Malpani S, Goel S, Agarwal US, et al.**
Acrochordon, diabetes and associations. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 1 juill 1996;62(4):226-8.
34. **Bajaj A.**
The Benign Annexure– Acrochordon. J Med Oncol Ther. 2020;5(2):21-4.
35. **Lorier Roy E, Jégou M-H, Osio A.**
Histiocytofibrome avec induction sébacée. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2018;145(10):613-9.
36. **Alves JVP, Matos DM, Barreiros HF, Bártolo EAFLF.**
Variants of dermatofibroma – a histopathological study*. An Bras Dermatol. juin 2014;89:472-7.
37. **Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malveyh J.**
Dermoscopy of Dermatofibromas: A Prospective Morphological Study of 412 Cases. Arch Dermatol. 1 janv 2008 144(1).
38. **Parish LC, Yazdanian S, Lambert WC, Lambert PC.**
Dermatofibroma: a curious tumor. Skinmed. oct 2012;10(5):268-70.
39. **Bran GM, Goessler UR, Hormann K, Riedel F, Sadick H.**
Keloids: current concepts of pathogenesis (review). Int J Mol Med. sept 2009;24(3):283-93.
40. **Philandrianos C, Kerfant N, Jaloux C, Martinet L, Bertrand B, Casanova D.**
Les cicatrices chéloïdes (première partie) : une pathologie de la cicatrisation cutanée. Ann Chir Plast Esthét. avr 2016;61(2):128-35.
41. **Bodokh I.**
Prise en charge thérapeutique des chéloïdes. EM-Consulte. (50-460-A-10):133.
42. **S. Sellier S.**
Traitement de cicatrices chéloïdes par « shaving » et cryochirurgie : résultats préliminaires. EM-Consulte. 2008;Volume 133:225-9.
43. **Lin R.**
Pyogenic Granuloma. Janniger CK. 74(4):229-33.
44. **Pagliari KA, Cohen BA.**
Pyogenic Granuloma in Children. Pediatr Dermatol. janv 2004;21(1):10-3.
45. **Blickenstaff RD, Roenigk RK, Peters MS, Goellner JR.**
Recurrent pyogenic granuloma with satellitosis. J Am Acad Dermatol. déc 1989;21(6):1241-4.
46. **Mhammdi Y, Mahfoud M.**
Enorme botryomycome du gros orteil. Pan Afr Med J. 20 mai 2016;24(69).

47. **Teyssiere S, Thomas L, Dalle S.**
Dermoscopie du botryomycome. *Ann Dermatol Vénéréologie*. août 2016;143(8-9):567-8.
48. **Mansoul T, Aimene N-EH, Bouarroudj K, Yassamine K, Bounadeur C, Chehad A-S.**
Un cas de granulomes pyogéniques éruptifs post-brûlure avec revue de la littérature. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2018;145(12):S178-9.
49. **Samaila MOA.**
Adnexal skin tumors in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med*. 3 janv 2008;7(1):6.
50. **Ouédraogo AS, Ramdé NW, Ouédraogo MS, Assita L-S, Ido FAHA, Savadogo I, et al.** The benign tumours of skin adnexal diagnosed in Ouagadougou: histopathological and epidemiological profile. *Our Dermatol Online*. 2 oct 2017;8(4):393-8.
51. **ABENSOUR M, GROSSANS edouard.**
les tumeurs et kystes cutanées annexiels de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1989;116.
52. **Yencha MW.**
Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. févr 2001;57(2):123-8.
53. **El MR, Boudhas A, Allaoui M, Rharrassi I, Chahdi H, Bouzidi AA, et al.**
Les tumeurs annexielles cutanées: étude anatomopathologique à propos de 96 cas. *Pan Afr Med J*. 2015
54. **Kaddu S, Soyer HP, Cerroni L, Salmhofer W, Hödl S.**
Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. *Int J Dermatol*. oct 1994;33(10):705-8.
55. **Forbis R, Helwig EB.**
Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). *Arch Dermatol*. avr 1961;83:606-18.
56. **Yoshimura Y, Obara S, Mikami T, Matsuda S.**
Calcifying epithelioma (pilomatrixoma) of the head and neck: analysis of 37 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. déc 1997;35(6):429-32.
57. **El Ibrahimy A, Daoudi A, Znati K, Elmrini A, Boutayeb F.**
Pilomatricome isolé de la jambe. Une rare localisation. *Ann Chir Plast Esthét*. août 2009;54(4):388-91.
58. **Daoudi A, Boutayeb F, Elmrini A.**
Le pilomatricome isolé du bras : une localisation rare. À propos d'un cas. *Chir Main*. sept 2006;25(3-4):163-5.
59. **Malgras B, Durand X, Camparo P, Houlgatte A.**
Pilomatricome scrotal : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Prog En Urol*. juin 2010;20(6):469-71.
60. **Jones CC, Tschen JA.**
Anetodermic cutaneous changes overlying pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol*. déc 1991;25(6 Pt 1):1072-6.

61. **Thakur BK, Verma S, Mishra J.**
Perforating Pilomatricoma in a 62-Year-Old Female: A Rare Case Report. *Int J Trichology.* 2014;6(4):173-4.
62. **Pulvermacker B, Seroussi D, Haddad R, Mitrofanoff M.**
[Pilomatricoma or calcifying epithelioma of Malherbe. A pediatric review of 89 cases]. *Ann Chir Plast Esthet.* févr 2007;52(1):39-42.
63. **Tateyama H, Eimoto T, Tada T, Niwa T.**
Malignant pilomatricoma: An immunohistochemical study with antihair keratin antibody. *Cancer.* 1992;69(1):127-32.
64. **Khammash MR, Todd DJ, Abalkhail A.**
Concurrent pilomatrix carcinoma and giant pilomatrixoma. *Australas J Dermatol.* mai 2001;42(2):120-3.
65. **Nasreddine FZ, Hali F, Chiheb S.**
Pilomatricome: étude de 22 cas. *Pan Afr Med J.* 16 juill 2016;23(1).
66. **Mohamed M, Amri M, Njim L, Jribi M, Zakhama A, Zili J.**
Tumeur kératosique pigmentée du visage. *Ann Dermatol Vénérologie.* mai 2013;140(5):390-2.
67. **Kelati A, Zeghari Z, Gallouj S, Elloudi S, Meziane M, Mernissi FZ.**
Les aspects dermoscopique de l'hamartome de Jadassohn : à propos de 7 cas. *Ann Dermatol Vénérologie.* déc 2015;142(12):S533-4.
68. **El-Azhari J, Boui M.**
Hamartome sébacé de la face: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 14 juin 2018;30:132.
69. **Christopher S. Hale.**
Nevus sebaceus of Jadassohn. Hale C Nevus sebaceus of Jadassohn. *PathologyOutlines.com* website.
70. **Bahloul E, Abid I, Masmoudi A, Makni S, Kamoun F, Boudawara T, et al.**
Le syndrome de Schimmelpenning–Feuerstein–Mims : à propos d'un cas. *Arch Pédiatrie.* nov 2015;22(11):1157-62.
71. **Obaidat NA, Alsaad KO, Ghazarian D.**
Skin adnexal neoplasms--part 2: An approach to tumours of cutaneous sweat glands. *J Clin Pathol.* 2 juin 2006;60(2):145-59.
72. **Teixeira M, Ferreira M, Machado S, Alves R, Selores M.**
Eruptive syringomas. *Dermatol Online J.* 2005;11(3):34.
73. **Agharbi F-Z.**
Les syringomes. *Pan Afr Med J.* 2019;32:194.
74. **Storm CA, Seykora JT.**
Cutaneous Adnexal Neoplasms. *Pathol Patterns Rev.* 1 déc 2002;118(suppl_1):S33-49.
75. **Sawaya JL,**
Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol.* sept 2014;53(9):1053-61.

76. **FRENK E.**
Porome et porocarcinome eccrine. Porome Porocarcinome Eccrine. 1990;9(8):675.
77. **dos Santos BS.**
Clinical and dermoscopic features of eccrine poroma. Indian J Dermatol Venereol Leprol. juin 2015;81(3):308-9.
78. **Elkhachine Y, Ennouhi MA, Boudhas A, Jakar A, Elbenaye J.**
Porome éccrine : à propos d'un cas et revue de la littérature. Int J Med Rev Case Rep. 2020;3.
79. **Zakia D, Zahra MF.**
Le syringocystadénome des grandes lèvres : une rare dermatose génitale. Pan Afr Med J. 2014;18:285.
80. **Aboudar S, Hocar O, Akhdari N, Amal S.**
L'association inhabituelle d'un syringocystadénome papillifère sur nævus de jadasson à une corne cutanée. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2019;146(12):A354.
81. **Karg E, Korom I, Varga E, Ban G, Turi S.**
Congenital Syringocystadenoma Papilliferum. Pediatr Dermatol. janv 2008;25(1):132-3.
82. **Sangma MMB, Dasiah SD, Bhat V R.**
Syringocystadenoma Papilliferum of the Scalp in an Adult Male – A Case Report. J Clin Diagn Res JCDR. avr 2013;7(4):742-3.
83. **Agathe A.**
Syringome chondroïde cutané. EM-Consulte. 2015;4599:273-374.
84. **Yavuzer R, Başterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C.**
Chondroid syringoma: a diagnosis more frequent than expected. Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al. févr 2003;29(2):179-81.
85. **Mlika M, Fadhel CG-B, Lahmar A, Rekik W, Lafif FH, Bouraoui S, et al.**
Une tumeur palpébrale inhabituelle. Ann Pathol. juin 2009;29(3):249-51.
86. **Villalón G, Monteagudo C, Martín JM, Ramón D, Alonso V, Jordá E.** [Chondroid syringoma: a clinical and histological review of eight cases]. Actas Dermosifiliogr. nov 2006;97(9):573-7.
87. **Agrawal A, Kumar A, Sinha AK, Kumar B, Sabira KC.**
Chondroid syringoma. Singapore Med J. févr 2008;49(2):e33-34.
88. **Köse R, Okur IM.**
Giant Facial Chondroid Syringoma. Dermatol Surg. févr 2009;35(2):294-5.
89. **Gündüz K, Demirel S, Heper AO, Günalp İ.**
A Rare Case of Atypical Chondroid Syringoma of the Lower Eyelid and Review of the Literature. Surv Ophthalmol. 1 mai 2006;51(3):280-5.
90. **Şirinoğlu H, Ersoy B, Tezel E.**
Benign Chondroid Syringoma: Atypical Presentation of a Rare Eccrine Tumor. J Foot Ankle Surg. 1 mai 2011;50(3):364-6.
91. **Vandeweyer E, Renard N.**
Cutaneous Cysts: a Plea for Systematic Analysis. Acta Chir Belg. janv 2003;103(5):507-10.

92. **Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F.**
Cutaneous Cysts of the Head and Neck. *J Oral Maxillofac Surg.* janv 2009;67(1):52-7.
93. **Bahloul E, Mseddi M, Hammemi F, Souid K, Amouri M, Turki H.**
Traitement des kystes épidermoïdes du scrotum par laser CO2 : deux cas et revue de la littérature. *Ann Dermatol Vénérologie.* mars 2019;146(3):175-80.
94. **Dillies A-S, Gras-Champel V, Freitag-Spinner S, Al Saïf F, Carmi E.**
Éruption de kystes épidermiques après application d'imiquimod topique. *Ann Dermatol Vénérologie.* mars 2017;144(3):212-5.
95. **Corgibet F.**
Chirurgie des lésions bénignes cutanées . EM-Consulte. corgibet F, Bailly JY. Chirurgie des lésions bénignes cutanées. EMC-dermatologie 2013;8(2):1-10[Article 98-990-A-10]
96. **Gonsalves SRJ, Lobo GJ, Mendonca N.**
Dermoid cyst: an unusual location. *Case Rep.* 8 nov 2013;2013:bcr2013200686.
97. **CRIBIER B.**
histopathologie au quotidien : les kystes dermoïdes. réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie. *janv 2008;173:2.*
98. **Nakajima K, Korekawa A, Nakano H, Sawamura D.**
Subcutaneous dermoid cysts on the eyebrow and neck. *Pediatr Dermatol.* nov 2019;36(6):999-1001.
99. **Ikegami T, Kameyama M, Orikasa H, Yamazaki K.**
Trichilemmal cyst in the pulp of the index finger: a case report. *Hand Surg Int J Devoted Hand Up Limb Surg Relat Res J Asia-Pac Fed Soc Surg Hand.* déc 2003;8(2):253-5.
100. **Collina G, Bagni A, Fano RA.**
Combined neuroendocrine carcinoma of the skin (Merkel cell tumor) and trichilemmal cyst. *Am J Dermatopathol.* oct 1997;19(5):545-8.
101. **Weiss J, Heine M, Grimm M, Jung EG.**
Malignant proliferating trichilemmal cyst. *J Am Acad Dermatol.* mai 1995;32(5 Pt 2):870-3.
102. **El Hassani Y, Beaulieu J-Y, Tschanz E, Marcheix P-S.**
Localisation inhabituelle pulpaire d'un kyste trichilemmal proliférant. *Chir Main.* avr 2013;32(2):117-9.
103. **Komuro Y, Takedai T, Tagawa K.**
Proliferating trichilemmal tumor on the dorsum of the hand. *Ann Plast Surg.* juin 1995;34(6):657-9.
104. **Friedrich RE, Wilczak W.**
Multiple Trichilemmal Cysts of the Scalp. *Anticancer Res.* août 2019;39(8):4253-8.
105. **Ramaswamy A, Manjunatha H, Sunilkumar B, Arunkumar S.**
Morphological spectrum of Pilar cysts. *North Am J Med Sci.* 2013;5(2):124.
106. **THOMAS L. LE.**
Fiche de dermoscopie n°2. Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie. 2016.

107. **Doebelin B, Balme B.**
Nævus communs. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2005;132(12):1027-9.
108. **Silva I dos S, Higgins CD, Abramsky T, Swanwick MA, Frazer J, Whitaker LM, et al.**
Overseas sun exposure, nevus counts, and premature skin aging in young English women: a population-based survey. J Invest Dermatol. janv 2009;129(1):50-9.



أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعْيِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْنَعُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ
الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا





كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 131

سنة 2021

الجوانب السريرية والتشريحية لأورام الجلد الحميدة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/07/16

من طرف

الآنسة سكيبة كاريمي

المزادة 18 يوليوز 1994 بأسفي

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أورام الجلد الحميدة - دراسة تشريحية

اللجنة

الرئيس

ي. بنشمخة

السيد

أستاذ في جراحة التجميل

المشرف

س. امال

السيد

أستاذ في طب أمراض الجلد

و. حكار

السيدة

أستاذة في طب أمراض الجلد

أ. فخري

السيد

أستاذ في علم التشريح النسيجي

الحكام