



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 – 2015

N°...../

THESE

**BILAN DE DIX ANNEES D'ACTIVITE DU
LABORATOIRE D'HISTOPATHOLOGIE DU
SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CNAM
(EX INSTITUT MARCHOUX)**

Présentée et soutenue publiquement le / /.....

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. **Bekaye TRAORE**

Pour l'obtention du Diplôme de docteur en médecine
(Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT: *Pr KAMATE Bakarou*

Co- DIRECTEUR: *Dr DICKO Adama*

JURY : *Dr BERTHE Siritio*

DIRECTEUR: *Pr FAYE Ousmane*

Je dédie ce modeste travail à:

- **ALLAH**, le tout puissant, le miséricordieux, qui nous a accordé la force et l'inspiration nécessaire à la réalisation de ce travail. Nous te prions de nous assister dans toutes nos entreprises.
- **Son prophète MOHAMED paix et salut sur son âme**
- **Ma patrie, le Mali** pour nous avoir donné la chance d'étudier et d'accéder gratuitement au savoir médical.
- **Mon père, YARAN TRAORE** : cultivateur, père exemplaire, rigoureux, simple mais très attentif à ses enfants. Je te remercie pour tout. Que le bon dieu vous accorde une longévité et santé
- **Ma mère SALIMATA DIARRA** : femme au foyer, exemple de courage et bravoure. Tes encouragements et tes bénédictions nous ont toujours accompagné. Ce travail est le couronnement de tes efforts inlassables.
- **Mes tantes, Mariam SAMAKE, Kadidiatou DIARRA, Hawa DIARRA, Nia DIARRA** : merci pour tout le bon traitement dont j ai été l'objet durant toutes ces périodes.
- **Mes cadets, Djessoun, Mariam, Ladj, Tiédian, Yaya, Madou et Astan dite WASSA.**

A toutes les familles à Daoudabougou, Senou, Magnambougou, Titibougou, Kalaban Coura : merci pour votre soutien et pour votre bonne compréhension.

A tous mes camarades de la faculté.

A tous mes collègues internes des hôpitaux.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier

Tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odonto stomatologie pour la qualité de l'enseignement dispensé,

La direction du Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM),

Tout le personnel du service de Dermatologie du CNAM

Mes maitres de stage : **Pr KEITA Somita, Pr FAYE Ousmane, Dr DICKO Adama, Dr COULIBALY Karim, Dr BERTHE Siritio, Dr TRAORE Pierre** : pour leur amabilité et leur disponibilité. Ce fut une immense fierté de compter parmi vos élèves, merci pour tous ce que vous m'avez donné comme formation.

Mes collaborateurs : M. Alexis THIENOU, M. Siaka SANOGO, Mme Sanata KONE, Mme TRAORE KAMISSA CISSE, Mme MAIGA Aguaïchatou MAÏGA, M. Guimba CAMARA : merci pour votre disponibilité et franche collaboration
Aux nouveaux médecins dermatologues et mes camarades médecins CES de dermatologie.

A mes amis : Mahamadou TRAORE, Aly B TRAORE, Zan DIARRA, Madou COULIBALY, Abraham ARAMA, Issiaka FOMBA, Dramane COULIBALY, Brehima TRAORE, BINAFOU THIERO, EL hadji ARBY.

A NOTRE HONORABLE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

PROFESSEUR BAKAROU KAMATE

➤ **MAITRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ EN ANATOMIE ET CYTOLOGIE**

PATHOLOGIQUE À LA FMOS

➤ **CHERCHER ET PRATICIEN HOSPITALIER AU CHU DU POINT G**

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous faites en acceptant la présidence de notre jury, au-delà de vos qualités de pédagogue reconnu par tous, nous avons découvert en vous un homme plein de générosité, rigoureux dans le travail, dont l'esprit scientifique ne cessera jamais d'émerveiller tant vos collaborateurs que vos étudiants.

Trouvez ici le témoignage de notre estime et de toute notre reconnaissance.

À NOTRE HONORABLE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

DOCTEUR SIRITIO BERTHE

- **SPÉCIALISTE EN DERMATOLOGIE, LÉPROLOGIE ET
VÉNÉRÉOLOGIE AU CENTRE NATIONAL D'APPUI À LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE.**

Vous nous avez honoré par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Nous sommes très heureux de votre présence dans notre jury de thèse.

Nous vous prions de trouver dans cette modeste œuvre, l'expression de notre sincère reconnaissance et notre respectueuse admiration.

À NOTRE HONORABLE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

DOCTEUR ADAMA AGUISSA DICKO

- **MAÎTRE ASSISTANT EN DERMATOLOGIE, LÉPROLOGIE ET
VENEROLOGIE À LA FMOS**
- **PRATICIEN HOSPITALIER AU CNAM**

Vous m'avez guidé tout au long de l'exécution de ce travail. Votre humanisme, votre disponibilité et votre grande sagesse auxquels s'ajoute votre qualité professionnelle et humaine, rendent le travail agréable à vos côtés.

Votre encouragement et votre conseil sont d'une valeur inestimable.

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À NOTRE HONORABLE MAÎTRE DIRECTEUR DE THÈSE

PROFESSEUR OUSMANE FAYÉ

- **MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ EN DERMATOLOGIE
LÉPROLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE LA FMOS**
- **VICE DOYEN DE LA FMOS**
- **CHEF DE L'UNITÉ DE DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE AU CNAM**

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail qui n'aurait pu se faire sans votre directive précieuse et votre conseil judicieux.

Pour votre dévouement, votre souci de perfection, votre disponibilité, votre grande modestie et vos qualités humaines et scientifiques,

Veillez accepter ici, le témoignage de ma profonde estime et l'assurance de toute ma gratitude.

Abréviations

CNAM : centre national d'appui à la lutte contre la maladie

PCR : polymerase chain reaction

IgG : immunoglobuline du groupe G

EPST : établissement publique à caractère scientifique et technologique

FMC : formation médicale continue

IST : infection sexuellement transmissible

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

M. INF : membre inférieur

M. SUP : membre supérieur

CSC : carcinome spino cellulaire

CBC : carcinome baso cellulaire

FMOS : faculté de médecine et d'odonto stomatologie

CHU point G : centre hospitalo-universitaire du point G

Sommaire

1. Introduction	1
2. Objectifs :.....	2
3. Généralités :.....	3
4. Méthodologie :.....	18
5. Résultats :.....	21
6. Commentaires et discussion :.....	34
7. Conclusion et recommandations :.....	42
8. Références bibliographiques :.....	43

1. INTRODUCTION :

La dermatopathologie; traduction de l'anglo-saxon «dermatopathology» est le synonyme d'histopathologie cutanée [1].

C'est un examen complémentaire indispensable à la clinique dermatologique. Il consiste à analyser une pièce cutanée provenant de la lésion prélevée sur la peau afin d'étudier les aspects anatomiques et d'arriver à un diagnostic précis.

La peau étant un organe très accessible à la vision, la majorité des diagnostics dermatologiques est essentiellement clinique. Cependant dans de nombreux cas, il est possible que l'examen clinique ne soit pas suffisant, on a ainsi recours à l'analyse microscopique des lésions d'où l'intérêt de la dermatopathologie.

En pratique courante, cet examen est réalisé par des histopathologistes mais exige assez fréquemment la collaboration avec le dermatologue pour réaliser une confrontation anatomo-clinique. Ceci a motivé les cliniciens dermatologues à se former à la pratique de l'anatomopathologie cutanée.

Si de nombreux laboratoires de dermatopathologie ont vu le jour dans le monde comme ceux des hôpitaux civils de Strasbourg et d'Ackerman aux USA. En Afrique occidentale, le 1^{er} laboratoire a été mise en place à l'Institut Marchoux par le professeur Pierre Saint ANDRE. Son œuvre fut poursuivie par ses successeurs notamment les dermatologues Dr Halna, Dr Mahé et le professeur Faye Ousmane.

Le but de ce travail était de faire le bilan d'activité du laboratoire d'histopathologie du CNAM et sa contribution à la pratique dermatologique au Mali.

2. Objectifs :

❖ Objectif général :

Evaluer l'activité du laboratoire histopathologique du service de dermatologie du CNAM de 2001 à 2010.

❖ Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer le profil socio démographique des patients ayant subi l'examen histopathologique,
- 2- Déterminer la proportion de pathologies diagnostiquées à l'histologie,
- 3- Décrire l'aspect histologique de ces pathologies,
- 4- Déterminer la proportion d'erreur de diagnostic clinique rectifiée par l'histopathologie.

3. GENERALITES

3-1. RAPPEL HISTOLOGIQUE DE LA PEAU :

La peau comporte deux sortes de tissus:

- ❖ L'épiderme : qui provient du feuillet embryonnaire superficiel (ectoderme), de nature épithéliale.
- ❖ Le derme, auquel on rattache l'hypoderme, qui dérive du feuillet embryonnaire moyen (mésoderme ou mésenchyme), de nature conjonctive.

L'épiderme et le derme s'articulent suivant une surface hérissée de saillies plus ou moins coniques formant la jonction dermo-épidermique. Celle-ci est traversée par les annexes de l'épiderme, qui sont en grande partie situées dans le derme.

3-1-1. L'épiderme

C'est un épithélium malpighien kératinisé. Il comporte plusieurs assises cellulaires qui prennent des aspects morphologiques différents au fur et à mesure de leur progression vers la surface et de leur maturation cornée. La kératinisation ne s'achève normalement que dans la zone toute superficielle.

Ces cellules épithéliales, parfois appelées kératinocytes, sont réparties en quatre couches nettement différenciées par leur structure histologique.

La couche basale :

C'est la couche germinative, siège d'une forte activité mitotique, la plus profonde. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes contenant de nombreuses mitochondries et un appareil de Golgi très développé. Elles sont unies entre elles par des desmosomes sur lesquels s'insèrent les tonofilaments. A leur face inférieure, elles sont pourvues de hémidesmosome et reposent sur

une membrane basale. Entre ces éléments fondamentaux s'intercalent les mélanocytes; cellule de la mélanogenèse (fabrication de mélanine) et certaines cellules à destinée sensorielle appelées cellules de Merckel.

Le corps muqueux de Malpighi ou couche épineuse :

Elle comporte plusieurs assises de cellules plus ou moins polyédriques, disposées en mosaïque. Ces cellules tendent à s'aplatir et à devenir horizontales au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de la surface et que leur noyau s'estompe.

Les cellules malpighiennes sont légèrement écartées les unes des autres et ménagent entre elles un mince espace intercellulaire traversé par des filaments appelés desmosomes ou ponts d'union. Ces ponts intercellulaires, qui représentent un renflement central (ou nodule de Bizzozero), auquel certains auteurs réservent l'appellation desmosome, sont des expansions cytoplasmiques ou épines, d'où le nom de cellule épineuse attribué aux cellules malpighiennes. Ils renferment des tonofibrilles et amarrent les keratinocytes entre elles, donnant ainsi au corps muqueux une remarquable cohésion.

La couche granuleuse (*stratum granulosum*) :

Elle comporte 1 à 4 assises de cellules pauvres en mitochondries et dépourvues d'appareil de Golgi. On observe à l'intérieur de ces cellules, autour du noyau, des grains noirs appelés grain de keratohyaline. Ce qui donne aux cellules granuleuses leur teinte très foncée. Cette couche fait défaut sur les muqueuses sauf au cours des processus pathologiques comme les parakératoses.

Des cellules claires, translucides, remplies d'une substance nommée éléidine, se voient au-dessus de la couche granuleuse sur l'épiderme palmaire et plantaire : C'est la classique couche claire ou *stratum lucidum*.

La couche claire (stratum lucidum) formée d'une seule assise de cellules aplaties, dépourvue de noyaux et d'inclusions, traversées par des trousseaux de fibres de kératine.

La couche cornée :

Elle est faite de cellules aplaties dépourvues de noyaux et sans desmosomes. L'épaisseur de la couche cornée varie suivant les régions. Elle est particulièrement épaisse aux paumes et aux plantes, par contre très fine au niveau des paupières et du scrotum. Cette couche est formée de cellules éosinophiles et homogènes ayant achevé leur maturation cornée complète comme en témoigne la disparition de leur noyau. Ces cellules sont plus ou moins tassées les unes contre les autres, formant des lamelles superposées, desséchées, qui perdent ensuite leur cohésion et s'exfolient.

La couche cornée, de même que la granuleuse, ne se voit pas sur les muqueuses et les demi-muqueuses buccales et génitales sauf en cas de leucoplasie.

3-1-2. Jonction dermo-épidermique

Sur les coupes histologiques, la zone de jonction dermo-épidermique apparaît sous la forme d'une ligne ondulée au niveau de la membrane basale qui assure l'adhérence et les échanges métaboliques dermo-épidermiques. Elle est traversée par les annexes de l'épiderme qui sont situées plus profondément. Les techniques histochimiques montrent qu'elle est constituée de deux sortes de formations d'origine dermique : d'une part des fibres de réticuline agencées en réseau, et d'autre part des muco-polysaccharides.

3-1-3. Le Derme

C'est un tissu conjonctif qui comporte plusieurs éléments.

-la substance fondamentale: est un gel colloïdal amorphe.

-Les fibres conjonctives: ce sont les fibres collagènes, fibres de réticuline qui sont apparentées par leur ultra structure et les fibres élastiques.

-Divers éléments cellulaires: ce sont essentiellement les fibroblastes, les fibrocytes, les histiocytes, les mastocytes et éventuellement les cellules de la lignée sanguine.

La structure du derme n'est pas homogène et l'on distingue 3 plans :

Le derme superficiel ou derme papillaire, le derme moyen ou chorion et le derme profond.

Le derme superficiel ou derme papillaire, ou corps papillaire, dont les papilles coniques, en doigts de gant, alternent avec les bourgeons, ou crêtes, ou prolongements interpapillaires de l'épiderme. De texture assez lâche, il est relativement riche en cellules.

Le derme moyen ou chorion, plus dense, avec un feutrage de faisceaux collagènes à direction oblique ou horizontale.

Le derme profond, composé de gros trousseaux de collagènes horizontaux pénétrant dans le tissu graisseux de l'hypoderme.

La charpente du derme est formée de trois sortes de fibres intriquées entre elles et engainées par la substance fondamentale.

Les fibres collagènes sont les plus nombreuses et représentent la plus grande partie du tissu conjonctif dermique ; elles sont pratiquement les seules à être mises en évidence par les colorations de routine (hématoxyline-éosine, colorations trichromiques). Agencées en faisceaux réalisant des bandes onduleuses ou allongées, elles sont constituées de fibrilles, elles-mêmes

formées de protofibrilles, comme le montre l'examen au microscope électronique.

Les fibres élastiques : elles n'apparaissent que grâce à des colorations spéciales (orcéine, fuchsine). Elles sont minces, sinueuses, plus ou moins verticales.

Elles ne pénètrent pas la zone de jonction et ne contribuent pas à l'adhérence dermo-épidermique.

Les fibres réticuliniques ne forment qu'un très grêle réseau invisible sur les colorations usuelles, mais révèle par une imprégnation argentique des coupes (voire plus bas). Ce réseau se tasse à la surface du derme (zone de jonction) et autour des vaisseaux et des pelotons sudoripares.

La substance fondamentale amorphe qui entoure les fibres et les cellules, en remplissant les intervalles laissés libres entre elles, n'est pas visible sur les préparations histologiques.

3-1-4. L'Hypoderme

C'est un tissu adipeux, divisé en lobules par des travées conjonctives, où circulent les vaisseaux.

Dans le derme et l'hypoderme cheminent des formations vasculaires et nerveuses, certaines d'entre elles se prolongeraient vers l'épiderme.

3-1-5. Les Annexes

Les glandes sudorales, les glandes sébacées et les phanères (poils et ongles) sont les annexes de l'épiderme dont elles dérivent embryologiquement mais qui sont logées en grande partie dans le derme et l'hypoderme.

Le tégument renferme diverses formations dites annexes.

Le follicule pilo-sébacé

Les glandes sébacées, habituellement annexées aux poils (appareil pilosébacé), se développent surtout après la puberté et sont particulièrement abondantes au visage (nez et joues). Il n'en existe ni aux paumes, ni aux plantes. Elles sont plus superficielles que les glandes sudorales et siègent dans le derme moyen, à moins que leur volume anormalement important ne les fasse saillir sous l'épiderme et dans l'hypoderme. Leur taille n'est pas toujours proportionnelle à celle du poil autour duquel elles sont parfois groupées en couronne.

Ce sont des glandes en grappe, pleines sans lumière centrale, formées de cellules très claires centrées par un petit noyau foncé et groupées en lobules cernés par une membrane homologue de celle qui sépare le derme de l'épiderme. Les cellules qui les composent deviennent de plus en plus claires en se chargeant de corps gras, tandis que leur noyau se réduit et qu'apparaît un fin réseau cytoplasmique réalisant le classique "aspect en grelot". Les glandes sébacées s'abouchent dans un follicule pileux, que celui-ci contienne ou non un poil.

Les glandes de Meibomius de la paupière représentent une variété spéciale de glandes sébacée. Elles n'ont aucun rapport avec les cils.

Le follicule pilo-sébacé se présente comme une invagination de l'épiderme et comporte le poil, la glande sébacée et le muscle arcteur.

Glandes sudoripares ou glandes de la sueur :

Elles sont de deux types; d'une même origine mais de localisations et de fonctions différentes. Les glandes eccrines sont profondes, hypodermiques ; leur canal excréteur traverse tout l'épaisseur de la peau pour déboucher dans le pore sudoral.

Les glandes eccrines, beaucoup nombreuses, se trouvent sur l'ensemble du tégument et sont particulièrement abondantes aux paumes, aux plantes, aux aisselles, au front et à la poitrine. Ce sont des glandes en tubes, à lumière centrale assez réduite. Leur partie sécrétrice ou peloton sudoripare, située dans le derme profond et l'hypoderme, est constituée par un tube plusieurs fois enroulé sur lui-même (glomérule), dont la lumière centrale est bordée par une rangée de cellules sécrétrices ou principales, cylindriques, elles même entourées par une assise externe faite de cellules myo-épithéliales aplaties et peu visibles. Une membrane de composition semblable à celle de la jonction dermo-sudorifère, à lumière très étroite bordée par deux assises de petites cellules foncées, suit un trajet sinueux à travers le derme. Il traverse en spirale l'épiderme, tout en conservant ses propres cellules bordantes distinctes des cellules malpighiennes et s'abouche à la surface par un pore.

Les glandes apocrines, localisées dans certaines régions et s'abouchent dans le follicule pilo-sébacé ou à son voisinage. Les glandes apocrines ou glandes de Schiefferdecker, anatomiquement et embryologiquement liées aux glandes sébacées et aux poils, ne s'observent normalement que dans les régions anogénito-périnéale, inguinale, axillaire et mamelonnaire. Elles diffèrent des glandes eccrines par le plus grand diamètre de leur lumière et de forme inégale. On retrouve une assise externe de cellules myo-épithéliales plus ou moins nette. Le tube excréteur ne s'abouche pas directement à la surface de l'épiderme mais s'ouvre en général dans un follicule pilo-sébacé ou tout au moins dans son voisinage immédiat.

Les Vaisseaux et nerfs :

Les vaisseaux sanguins sont abondants dans le derme, mais ils ne pénètrent pas l'épiderme. Ils sont de faible calibre, ne prenant une relative importance que

dans l'hypoderme. Ce sont des **artères** reconnaissables à leur lumière arrondie et à leur paroi musculaire bordée par une limitante élastique interne ; des **veines** à lumière plus allongée et à paroi moins épaisse, et surtout des **capillaires**, de loin les plus nombreux dont la paroi est réduite à un simple endothélium entouré de quelques cellules périthéliales et parfois de péricytes contractiles. Il est rare de rencontrer sur les coupes des glomus qui représentent des anastomoses artério-veineuses directes (extrémités des doigts et lit de l'ongle). Les vaisseaux n'ont pas de distribution topographique très fixe, mais ils sont plus ou moins agencés en étages : gros vaisseaux hypodermiques ; plexus horizontal sous dermique ; plexus sous capillaire relié au précédent par des rameaux communicants ; vaisseaux des papilles et des annexes.

Le réseau lymphatique est constitué par la fusion d'innombrables fentes lymphatiques qui se trouvent entre les cellules malpighiennes et entre les faisceaux conjonctifs dermiques. Les vaisseaux eux-mêmes sont rares et n'existent pas dans l'épiderme, leur paroi n'est composée que d'un endothélium peu différent de celui des capillaires sanguins.

Le système nerveux cutané comprend, d'une part des nerfs cérébro-spinaux, centripètes et sensitifs, qui assurent les fonctions sensorielles de la peau, et d'autre part des filets sympathiques, centrifuges, qui sont surtout vasomoteurs et sécrétoires. Les nerfs sont composés de plusieurs fibres nerveuses dont chacune est formée par un cylindraxe revêtu d'une gaine de Schwann et, pour des fibres cérébro-spinales, d'une gaine de myéline (lipidique) situé entre les deux. Ils ne sont visibles avec les colorations de routines que lorsqu'ils atteignent un certain calibre : ils apparaissent alors sous forme de cordons pleins, allongés ou arrondis suivant les incidences de coupe, contenant plusieurs noyaux (cellules de Schwann) et entourés d'une gaine conjonctive

(périnèvre). Ils accompagnent en général les vaisseaux ; ils se ramifient dans la zone de jonction dermo-épidermique, autour des glandes sudoripares et des muscles arrecteurs ou au niveau des corpuscules tactiles.

Les filets nerveux de petit calibre et leurs terminaisons ne sont mis en évidence que par des colorations spéciales.

Les corpuscules tactiles sont de petits organes qui constituent les origines des fibres nerveuses cérébro-spinales improprement appelées terminaisons sensibles et qui sont destinés à percevoir les incitations sensorielles. Les seuls visibles sur les colorations de routine sont les corpuscules de Wagner- Meissner (sens tactile), en forme d'olive, occupant presque toute une papille dermique, en particulier à la pulpe des doigts et surtout les corpuscules de Vater-pacini (sens tactile et sens de la pression) encore plus volumineux, très reconnaissables à leurs lamelles conjonctives nucléés enroulés en bulbe d'oignon et situés dans l'hypoderme des paumes et des plantes, des pulpes des doigts, des organes génitaux. Les corpuscules de Krause et ceux de Ruffini ont une structure fibrillaire qui n'apparaît qu'avec des colorations spéciales. Les terminaisons nerveuses intra-épidermiques, d'existence longtemps discutée, demandent aussi des techniques particulières pour être mises en évidence [2,13].

COUPE DE LA PEAU

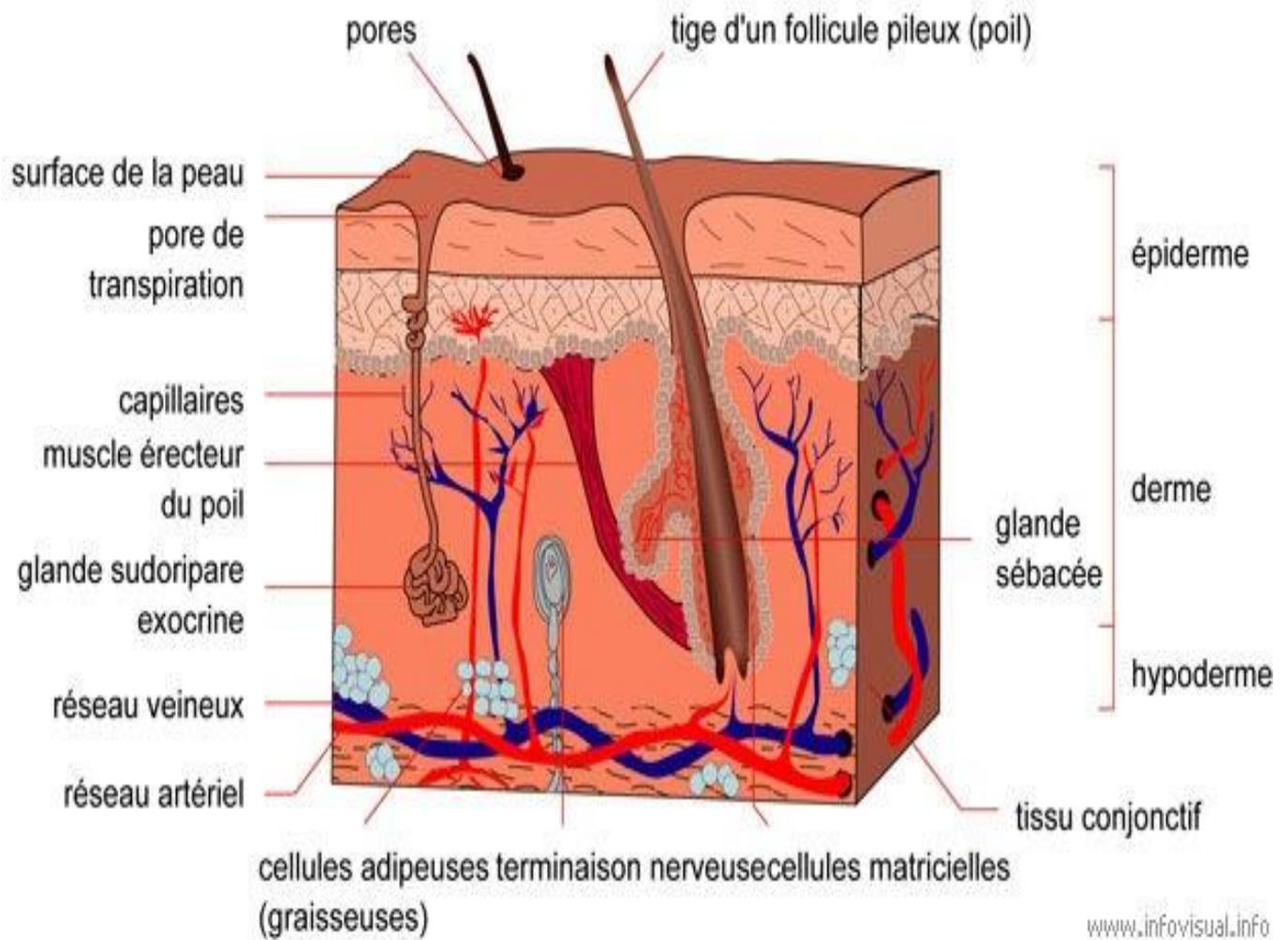


Figure 1 : coupe histologique de la peau

3-2 LA TECHNIQUE DE LA BIOPSIE CUTANEE

La biopsie est pratiquée de façon systématique devant toute dermatose pour confirmer le diagnostic en particulier pour les tumeurs cutanées, et également pour les maladies inflammatoires dès qu'il existe une difficulté ou un doute diagnostique. La réalisation de la biopsie respecte les étapes suivantes :

Le choix de la lésion à biopsier, anesthésie de la lésion, le choix de la technique de biopsie (biopsie à l'emporte-pièce, biopsie au bistouri), la fixation des pièces de biopsie, la microtomie, la coloration, et la lecture microscopique.

3-2-1 Choix de la lésion :

La biopsie à visée diagnostique doit porter sur une lésion ni trop récente, ni trop évoluée ou modifiée par un traitement préalable (notamment corticoïde) ou une surinfection. Le fragment cutané biopsié doit être suffisamment profond pour permettre l'examen de toutes les couches de la peau. Dans certaines maladies, telles que les dermatoses bulleuses, la biopsie doit intéresser aussi bien la lésion que la peau saine adjacente.

Dermatoses inflammatoires : choisir une lésion récente, non remaniée par des phénomènes de surinfection ou par la nécrose.

Pathologie tumorale : prélever en bordure, à cheval sur la peau normale et la zone tumorale, ou dans une zone non remaniée de la tumeur.

3-2-2 Anesthésie :

La lésion à biopsier doit être anesthésiée par injection hypodermique d'une solution à 1% de xylocaïne (lidocaïne). L'anesthésie intradermique, utilisable en prévision d'une excision thérapeutique (énucléation d'un kyste après

anesthésie par injection intradermique au-dessus du kyste), est déconseillée pour une biopsie en raison des artefacts qu'elle crée dans le derme et dans l'épiderme.

L'adjonction d'un vasoconstricteur (adrénaline à 1/200000) diminue le saignement et augmente la durée de l'anesthésie.

– Dans les territoires où existe un risque de saignement, utiliser de la xylocaïne adrénalinée à 1 ou 2 p. 100 en respectant les contre-indications : jamais d'adrénaline, si la biopsie est faite sur les extrémités, doigts, orteils, oreilles, nez, verge.

– Attendre 5 minutes.

3-2-3 Les deux techniques de biopsie

❖ *La biopsie à l'emporte-pièce (punch) :*

Le punch est un instrument comportant une lame cylindrique coupante (de 2 à 6 mm de diamètre, en pratique) que l'on enfonce dans la peau, tendue entre deux doigts, en exerçant un mouvement de rotation. Le fond du cylindre cutané est ensuite sectionné aux ciseaux. Suivant la localisation de la biopsie et pour un diamètre de l'emporte-pièce inférieure ou égale à 4 mm, il n'est pas nécessaire de suturer la plaie. L'utilisation de l'emporte-pièce est soumise à certaines restrictions. Un diamètre inférieur à 3 mm ne permet habituellement pas une interprétation histologique précise, notamment pour une dermatose inflammatoire: il peut être suffisant pour l'identification d'une tumeur (carcinome basocellulaire, maladie de Paget...). Elle est à déconseiller lorsque la lésion est fragile (peau atrophique, décollement bulleux) et lorsque l'on désire avoir des informations sur le tissu adipeux (pannicules, érythème noueux...).

❖ *La biopsie au bistouri.*

Elle s'adapte à toutes les situations, quelles que soient la localisation et la taille des lésions. Le trait d'incision doit dessiner une ellipse dont le grand axe suit les lignes de tension maximale de la peau, assurant ainsi un bon résultat esthétique. Souvent plus importante qu'avec l'utilisation d'un emporte-pièce. La plaie doit être suturée après hémostase [2, 3,4].

3-2-4 Les Précautions particulières

– La biopsie d'une lésion profonde hypodermique ou d'un nodule sous-cutané est réalisée au bistouri de préférence.

– La biopsie profonde avec un punch est possible à condition de couper avec des ciseaux longs la base du fragment avant de l'extirper.

-Le spécimen cutané doit être manipulé le moins possible afin d'éviter les artefacts dus à une préhension trop vigoureuse des pincettes, rendant l'évaluation histologique difficile voire impossible. Il sera placé rapidement dans le fixateur adéquat (formol ou solution de Bouin).

Il s'écoule habituellement au moins 48 heures entre le moment de la biopsie et la lecture des coupes histologiques : c'est le temps nécessaire à la fixation, à l'enrobage dans la paraffine, au débitage des coupes (**microtomie**) et à leur coloration (hématoxyline-éosine-safran-bleu-Astra pour les coupes de routine).

3-2-5 Le choix du fixateur

Un fixateur est un milieu qui préserve les structures tissulaires pour l'étude morphologique ultérieure. Selon les structures à étudier, le conditionnement de la biopsie sera différent.

Les modalités de fixation du fragment cutané au moment du geste biopsique conditionnent les possibilités techniques ultérieures.

Dans la plupart des cas, il suffit d'immerger le fragment dans une solution aqueuse à 10% de formol tamponné.

Quand la biopsie est de petite taille, d'épaisseur inférieure à 1 cm, et susceptible d'être acheminée dans un délai de 24 heures, la fixation dans le liquide de Bouin aqueux reste une excellente procédure pour la technique histologique de routine.

Les autres modalités initiales de prélèvement sont la congélation, soit immédiate dans l'azote liquide, soit différée par immersion dans un milieu de transport le liquide de Bens Michel, ou beaucoup plus rarement la fixation en glutaraldéhyde.

Le choix du liquide d'immersion du fragment biopsié doit être impérativement décidé au moment du prélèvement selon l'étude à laquelle est destinée la biopsie. Une fixation inadaptée rend le prélèvement inutilisable et imposera de la refaire [5]

3-2-6 Le traitement correct des tissus :

Il s'agit là de corriger l'aspect de l'échantillon lié soit à la technique de prélèvement (pièce trop grosse ou longue) ou à un défaut de fixation de la pièce (pièce trop dure ou friable).

Le bloc de paraffine sera difficile à couper à moins que l'échantillon ait été traité correctement.

3-2-7 Enrobage soigneux des échantillons

La pièce traitée est mise dans une capsule chamois qui est ensuite mise dans le technicom d'histologie pendant une nuit puis dans la paraffine sur un pot chauffant et la congélation du bloc dans un réfrigérateur.

3-2-8 La microtomie

Elle est faite à partir d'un appareil appelé microtome qui permet de couper la pièce en 5 micro mètre.

La pièce coupée est ensuite étalée sur la lame, déparaffinée dans l'étuve, asséchée à l'air ambiant puis colorée selon la nature de l'examen histologique.

3-2-9 La coloration des pièces

La pièce est d'abord colorée à l'hématoxyline éosine safran (HES) de manière générale pour les coupes de routine. Cependant certains examens histologiques nécessitent une coloration plus spécifique comme le ZIEHL-NEELSEN, le rouge Congo, PAS etc... [5]

4. METHODOLOGIE

4-1. Lieu de l'étude

Notre étude a été réalisée dans le laboratoire d'Histopathologie du Service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM).

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) rattaché au Ministère de la Santé, créé par l'Ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N°02-009 du 04 Mars 2002. Le CNAM est né de la restructuration de l'Institut Marchoux. Ses missions principales sont: la formation médicale continue (FMC), la recherche opérationnelle et vaccino-logique, l'appui au programme de lutte contre la maladie.

Son domaine d'activité couvre la lèpre, la dermatologie, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST/SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo-épidémiques.

Le Service de dermatologie se compose de plusieurs salles de consultation(8), un laboratoire d'histopathologie cutanée, une salle de petite chirurgie, 2 pavillons d'hospitalisation: un pour les hommes (Laviron) et un pour les femmes (salle Follereau).

4-2.Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les pathologies dermatologiques observées dans le laboratoire d'histopathologie du CNUAM de 2001 à 2010.

4-3. Echantillonnage

4-3-1. Critères d'inclusions :

Nous avons inclus systématiquement tous les patients vus dans le service et ayant fait l'objet d'un examen d'histopathologie cutanée au laboratoire du service quelque soit l'âge, le sexe, ou la provenance entre 2001 et 2010.

4-3-2. Critères de non inclusion :

Ont été exclus de cette étude les patients dont les dermatoses n'ont pas nécessité une biopsie comme l'eczéma banal, la pyodermite banale, la dermatophytose banale ; les patients non enregistrés dans le registre du laboratoire et les dossiers incomplets.

4-3-3. Collecte des données

Une fiche d'enquête a été établie pour servir au recueil des données enregistrées sur dossier de malades et le registre d'histopathologie du service de dermatologie.

Cette fiche comportait pour chaque patient:

L'initial du nom et prénom, l'âge, le sexe, l'ethnie, l'année de prélèvement, le motif de biopsie, la durée d'évolution de la lésion, le site de biopsie, l'hypothèse diagnostique du praticien, le résultat histologique, l'hypothèse diagnostique confirmée ou rectifiée et l'entité nosologique dans les différents groupes de pathologies.

4-3-4. Analyse des données :

Toutes ces informations ont été saisies sur le logiciel Excel puis transférées sur le logiciel Epi info version 6.04 Fr pour l'analyse.

5. RESULTAS

De 2001 à 2010 le laboratoire de dermatopathologie du CNAM a analysé les pièces d'histologie de 1033 patients parmi lesquels 815 répondaient à nos critères d'inclusion soit une proportion de 78,89%.

5-1. DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

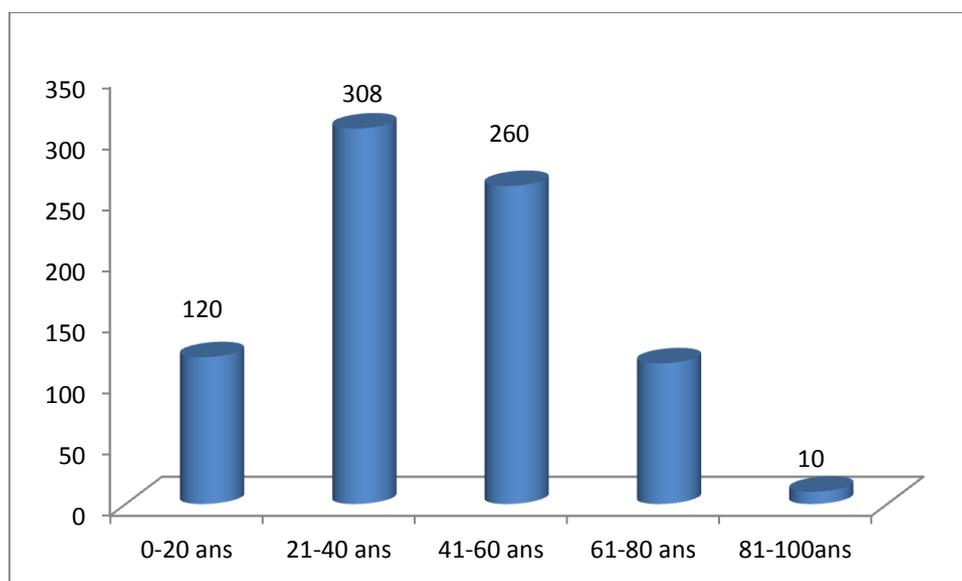


Figure 2: répartition des patients selon les tranches d'âges

L'âge moyen était de 40 ± 19 ans avec des extrêmes de 1 jour et 90 ans

Les adultes de la tranche d'âge 21-40 ans étaient les plus représentés

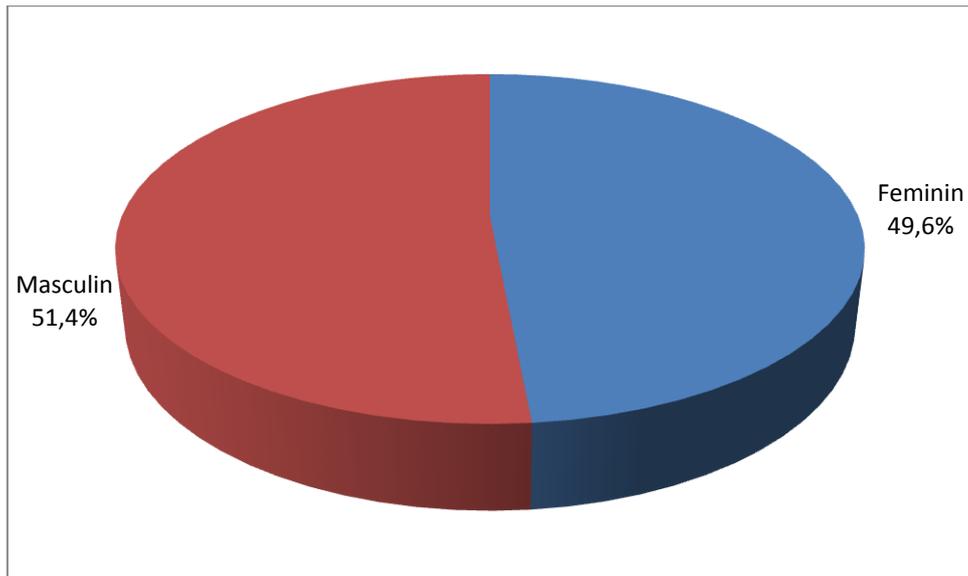


Figure 3 : répartition selon le sexe

Le sexe masculin était plus fréquent (51,4%).

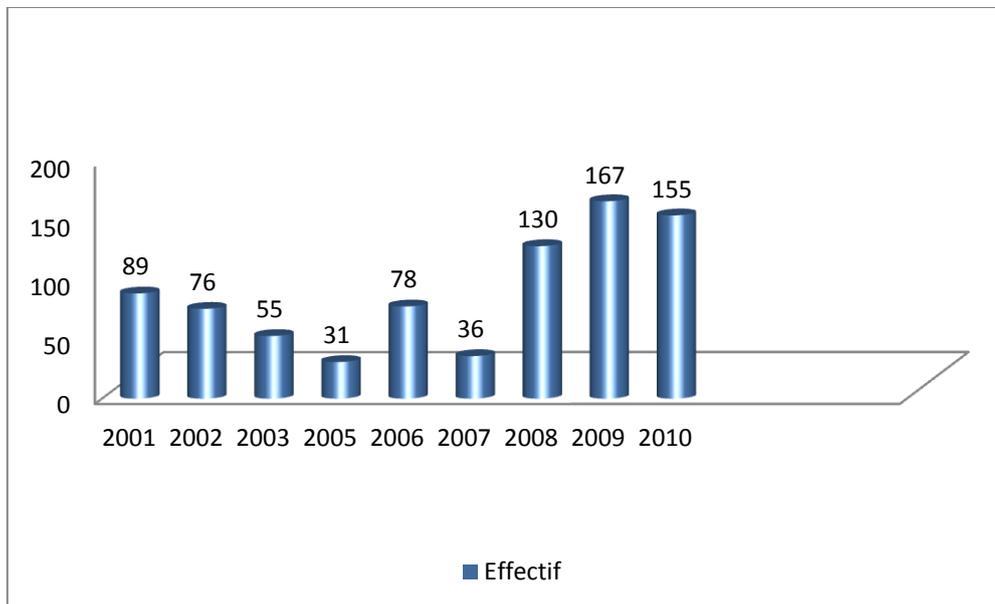


Figure 4 : répartition selon les années de consultation

Nous avons noté de 2008 à 2010 une accentuation du nombre d'examen histologique dont le plus grand nombre a été retrouvé en 2009 (20,5%).

Tableau I : prévalence selon les ethnies

Ethnies	Effectifs	Pourcentages %
Arabe	2	0,2
Bambara	245	30,1
Bobo	15	1,8
Bozo	7	0,9
Dogon	21	2,6
Français	4	0,5
Kassongué	14	1,7
Malinké	86	10,6
Maure	11	1,3
Minianka	7	0,9
Mossi	6	0,7
Peulh	191	23,4
Sarakolé	115	14,1
Senoufo	16	2
Sonrhäi	59	7,2
Tamacheick	8	1,0
Wolof	8	1,0
Total	815	100

Par ordre de fréquence les ethnies les plus représentées étaient les bambaras (29,9%), les peulhs (23,5%) et les Sarakolés (14,2%).

5-2. DONNES CLINIQUES

Tableau II: répartition selon le motif de biopsie

Motif de biopsie	Fréquence	Pourcentage
Erythrodermie	34	4,2
Tumeurs	279	34,2
Eruption papuleuse	39	4,8
Dermatose bulleuse	78	9,6
Hypochromie	155	19,
Ulcération	230	28,2
TOTAL	815	100

Les tumeurs étaient le plus grand motif de demande histologique (34,2%).

Tableau III: répartition des cas selon le site de prélèvement

Site de biopsie	Effectifs	Pourcentage %
GENITAL	21	2,58
M INF	307	37,67
M SUP	166	20,37
TETE	124	15,21
TRONC	197	24,17
Total	812	100

Les localisations prédominantes ont été les membres (inferieurs 307 cas, supérieurs 166 cas)

Tableau IV : répartition selon la durée d'évolution des lésions

Durée d'évolution	Fréquence	Pourcentage
0-5 ans	671	82,33
6-10 ans	71	8,71
11-15 ans	43	5,28
16-20 ans	11	1,35
21 ans et plus	19	2,33
Total	815	100

La durée d'évolution des lésions variait entre 1 jour et 30 ans.

Une forte proportion de sujets avait une durée comprise entre 0-5 ans (82,33%)

5-3. Données histologiques

Tableau V: répartition selon le résultat histopathologique

Résultat histologique	Effectif	Pourcentage
Cancer	218	26,8
Connectivite	26	3,2
Dermatose inflammatoire	107	13,1
Dermatose bulleuse auto immune	41	5
Dermatose infectieuse	93	11,4
Infiltrat non spécifique	37	4,5
Non conclu	97	11,9
Reprendre biopsie	40	4,9
Tumeur bénigne	81	9,9
Ulcération chronique	43	5,3
Autre	32	3,9
Total	815	100

Le cancer était la pathologie la plus fréquente 26,8%.

Tableau VI: répartition des cancers en fonction des tissus atteints.

Tissus atteints	Types histologiques	Effectif	
CANCERS EPITHELIAUX	Baso cellulaire	16	149
	Spinocellulaire	91	
	Mélanomes	34	
	Tumeur pileuse	2	
	Maladie de BOWEN	2	
	Tumeur de MALHERBE	1	
	Néoplasie du col utérin	1	
	Carcinome in situ	2	
CANCERS GLANDULAIRES	Tumeur sudorale	1	4
	Adénocarcinomes	3	
CANCERS CONJONCTIFS	Darier Ferrand	7	14
	Leiomyosarcome	6	
	Rabdomyosarcome	1	
CANCERS VASCULAIRES	Maladie de Kaposi	47	47
HEMATODERMIES	Lymphome	3	4
	Mycosis fongoïde	1	
TOTAL		218	

Les cancers épithéliaux (CSC, CBS, mélanome) et la maladie de KAPOSI ont représenté la majorité des cancers dans notre série avec respectivement 91 cas, 16 cas, 34 cas et 47 cas.

Tableau VII: répartition des tumeurs bénignes en fonction des tissus atteints.

Tissus atteints	Types histologiques	Effectifs	Pourcentage	
Tumeurs épithéliales et pilaires	Trichoépithéliome	1	13	16,1
	Papillomes	5		
	Angiokératome	1		
	Verrues	3		
	Condylome	1		
	Corne cutanée	1		
	Acanthosis	1		
Tumeurs glandulaires	Tumeur sudorale	1	17	20,9
	Hidradénome	1		
	Sébocystome	1		
	Tricho adénome	1		
	Cystadénome	1		
	Kystes	12		
Tumeurs graisseuses	Lipome	6	9	11,1
	Hamartome	2		
	Xanthome	1		
Tumeurs du tissu conjonctif	Léiomyome	3	30	37,1
	Elastome	1		
	Fibromes	5		
	Pandylome	1		
	Fibroses/ ABRICOSSOFF	7		
	Histiocytofibrome	1		
	Angio fibrome	1		
	Neurofibromatoses	5		
	Chéloïdes	6		
Tumeurs des vaisseaux	Botriomycomes	8	12	14,8
	Hémangiomes	4		
Total		81		100

Les tumeurs bénignes du tissu conjonctif étaient les plus représentées (39,3%), le kyste était le type de tumeur bénigne le plus retrouvé.

Tableau VIII: répartition des dermatoses bulleuses auto immunes selon le résultat histologique.

Résultat histologique	Effectif	Pourcentage
Dermatite herpétiforme	2	4,8
Ig A linéaire	2	4,8
Pemphigus	21	63,4
Pemphigoïde	16	39
Total	41	100

Le pemphigus était la dermatose bulleuse la plus retrouvée (63,4%).

Tableau IX : répartition des dermatoses infectieuses selon le résultat histologique.

Dermatose infectieuse	Type histologique	Effectif	Pourcentage
Mycobactériose	Lèpre	39	41,9
	Tuberculose	6	6,5
Mycose profonde	Mycétome	36	38,7
	Cryptococcose	1	1
Parasitose	Leishmaniose	5	5,4
	Bilharziose	6	6,5
Total		93	100

La lèpre et le mycétome étaient les plus fréquents avec respectivement 41,9% et 38,7%.

Tableau X: répartition des dermatoses inflammatoires selon le résultat histologique

Résultat histologique	Effectif	Pourcentage
Eczéma	31	28,9
Psoriasis	17	15,8
Lichen plan	28	26,2
Dermatose lichénoïde	4	3,8
Porokératose	1	0,9
Prurigo	4	3,8
Lichénification	2	1,9
Granulome annulaire	11	10,3
Paniculite	3	2,9
Erythème noueux	1	0,9
Mastocytose	1	0,9
Toxidermie	1	0,9
Vascularite	2	1,9
Pyoderma gangrenosum	1	0,9
Total	107	100

L'eczéma, le lichen plan et le psoriasis étaient les principales dermatoses inflammatoires dans notre série avec respectivement 28,9%, 26,2% et 15,8%.

Tableau XI: proportion des hypothèses diagnostiques en fonction du résultat l’histologie.

Hypothèse / histologie	Effectif	Pourcentage
Hypothèse confirmée	450	55,21
Hypothèse rectifiée	196	24,05
Résultat non concluant	169	20,74
Total	815	100

L’examen histologique a confirmé l’hypothèse diagnostique posée par le clinicien dans 55,21% (450 cas) et a rectifiée l’hypothèse dans 24,05% (196).

Le résultat histologique n’était pas concluant dans 20,74% des cas.

Tableau XII: proportion des résultats histologiques non concluants

Résultat conclu	Effectif	Pourcentage
Infiltrat non spécifique	36	21,3
Absence d’argument en faveur	91	53,9
Reprendre la biopsie	42	24,8
Total	169	100

L’histologie a été contributive dans 78,6% contre 21,4%.

Tableau XIII : répartition des érythrodermies en fonction du résultat histologique.

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Mycosis fongoïde	1	2,9
Non conclu	3	8,8
Porokératose	1	2,9
Dermite d'interface	1	2,9
Eczéma	18	52,9
Infiltrat non spécifique	4	11,8
Lymphome	1	2,9
Psoriasis	5	14,7
Total	34	100

L'eczéma était la principale cause de l'érythrodermie avec 18 cas sur 34 soit 52,9%.



Image 1 : carcinome baso cellulaire
Photo Pr FAYE O.



Image 2 : maladie de Kaposi ulcéré
Photo Pr FAYE O.



Image 3 : carcinome spino cellulaire
Photo Pr FAYE O.



Image 4: dermato fibrosarcome
Photo Pr FAYE O.



Image 5: psoriasis
Photo Pr FAYE O.

Image 6: lèpre lépromateuse
Photo Pr FAYE O.



Image 7 : lèpre tuberculoïde
Photo Pr FAYE O.

6- Commentaires et discussion

Ce travail nous a permis de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et histologiques des différentes pathologies diagnostiquées dans le laboratoire de dermatopathologie.

Nous allons discuter successivement :

- 1- Les aspects méthodologiques,
- 2- Les aspects sociodémographiques
- 3- Les aspects cliniques
- 4- Les aspects histologiques des pathologies observées

6-1- Discussion méthodologique :

Notre étude a été réalisée dans le service de dermatologie du CNAM qui constitue actuellement le seul centre de référence en dermatologie pour tout le pays. Ce service est équipé d'un laboratoire de dermatopathologie depuis 1991, date à partir de laquelle les patients ont commencé à bénéficier d'examen anatomo-pathologique.

D'une manière générale, tous les malades dont l'état nécessitait une biopsie, étaient régulièrement prélevés pour examen anatomo-pathologique.

Cependant, il faut noter que depuis quelques années, ce laboratoire souffre d'un manque de réactifs. Ce qui fait que durant ces dernières années, le nombre de demandes d'examen a considérablement diminué. Cela est perceptible sur les données annuelles que nous avons recueillies.

Ce travail premier du genre est une contribution à l'évaluation de l'importance de la dermatopathologie dans la pratique dermatologique au Mali et en Afrique.

6-2. Aspects sociodémographiques

Dans notre série, nous avons enregistré 815 cas d'examen histologique, ce résultat est inférieur à ceux de CISSSE L [33]: 3800 cas. Ceci témoigne l'importance de la diminution de l'examen histologique du service de dermatologie.

Le sujet jeune de sexe masculin était prédominant dans notre étude. Contrairement à l'étude de Cisse L [33] où la prédominance était féminine.

La fréquence élevée de l'examen histologique a été observée dans la tranche d'âge 21-40 ans qui correspond à l'âge de jeune adulte pendant lequel on prête beaucoup attention à l'esthétique et à la santé.

6-3. Aspects cliniques :

Le motif de biopsie :

Les principaux motifs de demande histologique étaient l'ulcération (28,2%), l'hypochromie (19, %), les tumeurs (34,2%), les dermatoses bulleuses (9,6%), les tumeurs sous cutanées (10,3 %), l'éruption papuleuse (4,8%) et l'érythrodermie (4,2%)..

Sites de prélèvement :

Les membres inférieurs étaient le site de prélèvement le plus sollicité 305 cas (38,2%). Cette prédilection des membres inférieurs s'expliquerait par la topographie préférentielle des lésions de certains cancers comme le mélanome, la maladie de kaposi et même les ulcères [9].

Evolution :

La durée d'évolution des lésions dans notre série variait de 1 jour à 30 ans, le plus grand nombre de nos patients avait une durée d'évolution comprise entre 0 et 5 ans. La longue durée d'évolution est en rapport avec l'ignorance des populations, les croyances locales faces à certaines maladies comme les cancers, la sous médication du pays et l'accès financière des services de santé.

6-4. Aspects histologiques:

Quelques affections se partageaient la majorité des cas qui ont fait l'objet d'une étude de dermatopathologie dans le service parmi lesquelles on peut citer :

6-4.1 Les cancers cutanés étaient la pathologie la plus fréquente (218 cas sur 815 soit 26,7%) en 10 ans. Cette fréquence 26,7% témoigne l'importance de cette pathologie dans les demandes d'histopathologies, contrairement à l'hypothèse considérée comme rare en Afrique noire selon les études de P. PITCHE [7], de S. DEMBELE [9] et de M. SISSOKO [31] et L. CISSE [33]. Ces pathologies restent graves en Afrique et représentent un réel problème dans les services de dermatologie à cause des difficultés de diagnostic et de prise en charge. Parmi ces pathologies les plus fréquentes étaient:

- Les épithéliomas:

Ils sont dominés par les épithéliomas spinocellulaires 91 cas sur 218 soit 41,7% des cancers contre seulement 16 cas sur 218 soit 7,3% pour les basocellulaires. La prévalence des épithéliomas spinocellulaires dans notre étude est comparable à celles de S.DEMBELE (43,4%) [9], de M. SISSOKO (38,3%) [31], de L. CISSE (38,8%) [33] et supérieur au résultat retrouvé par PITCHE (14%) [7]. Cependant selon Tuyns, 38 à 83% des cancers cutanés rencontrés en Afrique noire sont des épithéliomas spinocellulaires [11].

Ce qui est contraire à l'observation littéraire selon laquelle 80% des carcinomes sont des carcinomes basocellulaires (CBC) et 20 % sont des carcinomes spinocellulaires (CSC) [10]. Notre étude confirme la rareté **des épithéliomas basocellulaires** dans la race noire [11].

La rareté des carcinomes basocellulaires est à relier à la faible prévalence de cette tumeur chez les sujets à peau noire qui sont habituellement protégés par la mélanine [9].

Nous avons colligé 34 cas de **mélanomes** soit 15,6% des cancers. Le résultat de notre série est comparable à ceux de L. CISSE: 35 cas en 10 ans [33], de K.COULIBALY: 34 cas en 16 ans [8], de PITCHÉ: 63 cas en 20 ans [7] et inférieur à celui de M. SISSOKO: 15 cas en 2 ans [31].

- **La maladie de Bowen :**

C'est une affection peu fréquente en Afrique. Nous avons colligé 02 cas dans notre étude, L. CISSE a retrouvé 4 cas alors que cette maladie semble fréquente en Europe et aux Etats Unis [10].

- **La maladie de Kaposi :**

C'est une tumeur vasculaire, ou néoplasme dont la prévalence est en nette recrudescence ces dernières années particulièrement en Afrique au sud du Sahara avec l'expansion de l'infection à VIH/SIDA [7]. En effet elle constitue l'une des affections les plus fréquentes dans le monde, elle est l'un des critères majeurs du diagnostic de suspicion de cette affection. Elle a occupé le deuxième rang des cancers cutanés dans notre étude avec 45 cas soit 20,6% des cancers, M. SISSIKO [31] a retrouvé 28 cas en 2 ans soit 29,7%, S. Nomeny a retrouvé 51,4% en 15 ans [32] et L. CISSE a retrouvé 120 cas en 10 ans soit 31,33% [33].

- **Les hematodermies :**

Elles étaient représentées par les lymphomes cutanés épidermotropes avec 4 cas soit 1,8% des cancers cutanés.

La prévalence des lymphomes dans notre étude est inférieure à celle de l'étude de PITCHE [7], DEMBELE. S [9] et de L. CISSE [33] qui ont trouvé respectivement 7,24% ; 2,3% et 9,13%.

- **Les adénocarcinomes mammaires:**

C'est une maladie des femmes ménopausées. Dans notre étude, nous avons colligé 3 cas soit 1,4% contre 35 cas dans l'étude de L. CISSE [33] et 2 cas dans l'étude de 15 ans de P. PITCHE [7].

- **Les Dermato fibrosarcomes** ou tumeurs de Darier Ferrand :

C'est une tumeur rare. Nous avons enregistré 7 cas en 10 ans d'étude, PITCHE a retrouvé 6 cas en 15 ans [7], L. CISSE a retrouvé 5 cas [33].

Les autres cancers rencontrés: le **Liposarcome**, le **cancer du col de l'utérus**, le **leiomyosarcome** et le **rabdomyosarcome** étaient caractérisés par leur rareté dans notre étude tout comme dans les études de P. PITCHE [7], L. CISSE [33] et de DEMBELE. S [9].

6-4.2 Les dermatoses infectieuses :

Elles ont représenté 11,5% des examens histologiques dans notre étude et occupent le 3^{ème} rang après les cancers et les dermatoses inflammatoires. Cela s'explique par le fait que le CNUAM (Ex Institut Marchoux) était le seul centre spécialisé dans le diagnostic et la prise en charge de certaines dermatoses infectieuses tropicales comme les mycobactérioses (lèpre, tuberculose), les mycoses profondes (mycétomes) et les parasitoses cutanées (leishmanioses cutanées).

Nous avons colligé dans notre étude 39 cas de lèpre (41,9%), 37 cas de mycétome (38,7%), 6 cas de tuberculose cutanée (6,5%), 6 cas de bilharziose cutanée (6,5%), 5 cas de leishmaniose cutanée (5,4%) et 1 cas de cryptococcose (1%).

6-4.3 Les tumeurs bénignes

Dans notre étude, elles étaient moins nombreuses que les cancers (tumeurs malignes), la prévalence était de 9,9%. Résultat comparable à l'étude de L. CISSE 6,7% [33]. Cela s'explique par le faible moyen financier de nos patients. Ainsi toutes les tumeurs bénignes diagnostiquées cliniquement ne faisaient pas l'objet d'une étude anatomopathologique. Ces tumeurs étaient majoritairement représentées par les tumeurs bénignes du tissu conjonctif.

6-4.4 L'érythrodermie :

C'est une dermatose érythémato-squameuse généralisée, elle constitue également un motif fréquent de demande d'histopathologie. La prévalence était de 4,2% dans notre étude. Ce résultat est comparable à ceux de l'étude de L. CISSE à Bamako (3,01%) [6]. Elle motive toujours une biopsie à cause de la gravité du tableau clinique. Ce syndrome est caractérisé par ses étiologies multiples dont les plus retrouvées dans notre étude étaient l'eczéma et le psoriasis [6, 12, 13, 14].

Le psoriasis représentait 14,7% des maladies érythrodermiques dans notre étude. Ce résultat est inférieur à ceux trouvés dans les séries Tunisiennes (23,7%) par Benmously et al [12], Dakaroises par NDIAYE et al en 1979 (22%) [13] et Pakistanaïses par Sabrina et al 37,8% [14].

6-4.5 La contribution histologique

L'histologie a été contributive dans 78,4% (résultat concluant histologiquement) contre 21,6 % (résultat non concluant histologiquement). Ces cas non concluant sont le plus souvent liés à la mauvaise qualité du prélèvement mais aussi à la mauvaise qualité des techniques de coupe et de coloration de la pièce examinée.

L'histologie a permis de confirmer le diagnostic des praticiens dermatologues dans 55,27%. Cependant elle a rectifié le diagnostic des praticiens dans 24,05% des cas.

7- Conclusion et recommandations

7-1. Conclusion :

La dermatopathologie est un examen incontournable dans la pratique dermatologique en Afrique. Elle est réalisée au Mali depuis 1991, date de la création du laboratoire d'anatomo-pathologie. Elle a contribué au diagnostic dans 78,6% des cas qui sont parfois graves comme les cancers et les érythrodermies.

Elle fait face à une difficulté de maintien des activités due surtout à un manque de compétence et de réactif pour cela il y a nécessité de collaboration avec un réseau d'histo-pathologiste pour amorcer la formation continue par le partage d'information.

7-2. Recommandations :

A l'issue de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux agents de santé :

- De référer toute affection dermatologique chronique, étendue et tumorale

❖ A la population

- De consulter un agent de santé le plus vite possible devant tout problème de peau.

- D'éviter les "pharmacies par terre" et l'usage de produits inadaptés comme le baume chinois afin d'éviter la dégradation les lésions.

❖ Aux autorités sanitaires

- De mettre à la disposition du laboratoire des matériels adéquats et performants pour l'étude histologique.

- De ravitailler le laboratoire en réactifs en vue d'assurer les colorations de routine.

- D'augmenter le plateau technique du laboratoire d'histopathologie cutanée.

Références bibliographiques

- 1- **CRIBIER B.** Dermatopathology and dermatology. Ann dermatol venereol 2009 ; 136 : 99—100
- 2- **CIVATE J.** Histo-pathologie cutanée. In médecine science ; flammarion Paris 1967 : 2385-91.
- 3- **MAILLET M.** Les épithéliums de revêtement. In : MARC MAILLET Collection Histologie et histophysiologie humaine, Paris 1976 ; Tome1.
- 4- **GROSSHANS E.** Histopathologie cutanée. In : dermatologie et maladie sexuellement transmissible, Masson Paris 1999 : 7-9
- 5- **Histopathologie cutanée cytodiagnostics et biopsie cutanée, document disponible en ligne consulté le 02 février 2015 sur www.sfdermato.org**
- 6- **CISSE L.** Intérêt de l'histopathologie dans le diagnostic de l'érythrodermie au CNAM, Thèse de Med ; Bamako, fmpos 2007 N°07M18
- 7- **PITCHE P. et Al.** Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé. Méd Afr Noire 1997 ; 44.
- 8- **COULIBALY K.** Aspects épidémiologiques cliniques et histopathologiques du mélanome malin dans le Service de dermatologie du CNAM, Bamako (Mali)

Thèse de Med ; Bamako, Fmpos 2008 N°08M134
- 9- **DEMBELE S.** Aspects épidémiologiques histologiques et cliniques des tumeurs malignes (cancers) cutanées diagnostiquées dans les services d'anatomie pathologique de Bamako. Thèse Med ; Fmpos Bamako, 2008, N°08M45
- 10- **BASSET-SEGUIN N, RENAUD-VILMER C, VEROLA O.** Carcinomes spinocellulaires In : EMC Dermatologie, 2005; Paris elsevier 2005 ; 98--625-A-10.

- 11- TUYNS J.** Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde.
Méd Afr Noire 1971 ; 18 :171-6.
- 12- BENMOUSLY MLIKA RYM, et al.** Erythroderma in adults: a report of 80 cases. Int J dermatol 2005; 44: 731-5.
- 13- NDIAYE B, SISSOKO F, STROBEL M, MARCHAND J.**
Les érythrodermies de l'adulte (à propos de 77 cas à DAKAR).
Dakar Médical 1979 ; 24: 65-74.
- 14- SABRINA PAL, TAHIR SAEED.** Erythroderma : a clinico-etiological Study of 90 cases. Int J Dermatol 1998, 37:104-107
- 15- BONERANDI JJ, HESSE S H.** Erythrodermies. In SAURAT JH, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHAPELLE JM. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3eme édit Masson, Paris 1999 : 75-79
- 16- NZOUAKOU MBOUOPDA R.** Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du Psoriasis au CNAM. Thèse Med fmpos 2001 ; 01M62.
- 17- MINIAN FS.** Les Lymphomes cutanés à Bamako : relations avec le virus HTLV-1. Thèse Med ; Bamako 1994, N°33
- 18- LUIZ HENRIQUE LOCKS CORREA et al.** Epidemiology of squamous cell carcinomas among the population attended in the city of Tubarao, Brasil, between 1999 and 2009 An Bras Dermatol 2012; 87(4): 572-7
- 19- JAYALAKSHMI P, KEIN-SEONG M, MARGARET L.** Cutaneous malignant melanoma: clinical and histopathological review of cases in a Malaysian tertiary referral centre Malaysian J Pathol 2012; 34(2): 97-101
- 20- ABEDIPOUR M.** Survey of a 10-year incidence of non melanoma skin cancer in IRAN a clinicopathological study. Acta medica iranica, 1995; 33: 3-4.
- 21- CORDELL N, DUVAL-MODESTE AB, COURVILLE P, JOLY P.** Mycosis fongicoïde hypo pigmenté. Ann Dermatol venereol 2005 ; 132 : 45-57.

- 22- LEVY A, LE CLEACH L.** Lichen plan et dermatoses lichénoïdes. In :
EMC Dermatologie, 2005 ; Paris elsevier 2005 ; 98-525-A-10.
- 23- Marie Beylot-Barry.** Psoriasis. Rev prat 2010 ; 10 : 267-272
- 24- MAHESHKUMAR U et al.** A Clinico-Pathological Study of lichenoid Tissue Reactions-A Tertiary Care experience. Journal of clinical and diagnostic Research 2013; (2)312-316
- 25- GUILLAUME JC.** Carcinomes Basocellulaires. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris Masson 1999 ; 573-80.
- 26- GODEAU P, SERGE HERSON, CHARLES PIETTE J.**
Erythrodermie. In Traité de Médecine. Paris Flammarion médecine science 2004,4 : 3189-90
- 27- SIDDHARTHKHARKAR, YEDATORE S, VENKATESH, JOHN R, GROTHUSEN, LUISA ROJAS, SCHWARTZMAN J.**
Pain Physician 2012; 15:255-266
- 28- EMILE JF et al.** Aspects cliniques et physiopathologiques de l'histiocytose langheransienne. Une prolifération clonale de cellules dendritiques de langherans . La revue d'Anatomo cyto Pathologie 1997; 2 :33-43
- 29- MARQUART-ELBAZ B CRIBIER.** Maladie de Paget. In :
Encyclopédie médico-chirurgicale Paris elsevier 2005 ; 98-525-A-10.
- 30- V. BARTOS et al.** Recurrent basal cell carcinoma: A clinic pathological study and evaluation Of histomorphological findings in primary and recurrent lesion Acta Dermatoven 2011.
- 31- SISSOKO M.** Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques des cancers cutanés à Bamako. Thèse Med fmpo 2010 Bamako N° 10M97

- 32- NOMENY S.** Etude des aspects épidémiologiques et cliniques des cancers cutanés au CNAM à propos de 305 cas entre 1993 à 2002. Thèse Med Fmpos 2004 04M04.
- 33- CISSE L.** Bilan de 10 année d'activité du laboratoire d'histopathologie du service de dermatologie. Mémoire de CES 2013 Bamako.

Fiche de signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Bekaye

Nationalité : malienne

Titre de la thèse: bilan des 10 années de dermatopathologie au CNAM, Bamako (Mali)

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'intérêt : histopathologie et dermatologie.

RESUME: notre étude est une étude descriptive avec recueil rétrospective des données à partir du registre du laboratoire d'histopathologie du service de dermato vénéréologie du CNAM de 2001 à 2010.

Au cours de ce travail nous nous sommes proposé de déterminer le profil socio démographique des patients ayant subi l'examen histopathologique, de déterminer la proportion de pathologies diagnostiquées à l'histologie, de décrire l'aspect histologique de ces pathologies et de déterminer la proportion d'erreur de diagnostic clinique rectifiée par l'histopathologie.

La saisi et l'analyse ont été fait sur le logiciel Excel puis transférées sur le logiciel Epi info version 6.04 fr et nous a permis de noter :

- Une fréquence élevée de la biopsie dans la tranche d'âge 21-40 ans
- Une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio à 1,03.
- Les cancers cutanés étaient prédominante 26,8%
- L'histologie a été contributive dans 78,4% et a rectifié le diagnostic dans 24,05%

Mot clés : histopathologie, dermatologie, cancers, CNAM

FICHE D'ENQUETE

INITIAL Nom/prénom :..... Age :..... Sexe :..... Ethnie :.....

Date prélèvement :..... Provenance :.....

ATCD :.....

Motif de biopsie :..... Site de biopsie :.....

Diagnostic 1 :..... Diagnostic 2 :

Histologie conclue : Oui..... Non.....

Résultat histologique :.....

.....

Entité nosologique du résultat :.....

FICHE D'ENQUETE

INITIAL Nom/prénom :..... Age :..... Sexe :..... Ethnie :.....

Date prélèvement :..... Provenance :.....

ATCD :.....

Motif de biopsie :..... Site de biopsie :.....

Diagnostic 1 :..... Diagnostic 2 :

Histologie conclue : Oui..... Non.....

Résultat histologique :.....

.....

Entité nosologique du résultat :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !