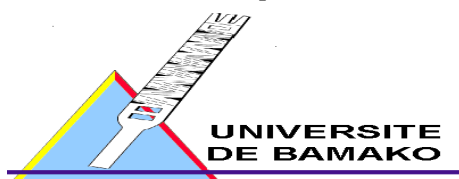


Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2010- 2011

N°...../

Thèse

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES HISTOLOGIQUES ET
CLINIQUES DES TUMEURS MALIGNES(CANCERS)
CUTANÉES DIAGNOSTIQUÉES DANS LES SERVICES
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le / /2011
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie**

Par : M^{LL}E DEMBELE SOKONA

**Pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : Pr SANGHO Hamadoun
Membre : Dr FAYE Ousmane
Co-directeur : Dr KAMATE Bakarou
Directeur de thèse : Pr TRAORE Cheick Bougadari

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
OBJECTIFS :	7
I-GENERALITES	8
II- MATERIEL ET METHODES.....	40
II.1. Cadre et lieu d'étude :	40
II.2. Type et période d'étude :	41
II.3. Population d'étude :	41
II.4. Echantillons :	41
II.5. Critères d'inclusion :	41
II.6. Critères de non inclusion :	41
II.7. Méthode de collecte des données	42
II.8. Méthode d'analyse des données	42
II.9. Considérations éthiques	42
III- RESULTATS.....	43
III.1. Aspects épidémiologiques:	43
III.2. Aspects cliniques :	47
III.3. Aspects Histologiques.....	49
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
IV.1. Méthodologies	52
IV.2. Aspects épidémiologiques.....	52
IV.2. Aspects cliniques :	53
IV.3. Aspects histologiques :	53
CONCLUSION.....	56
RECOMMANDATIONS :	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
ANNEXES	62

ABREVIATIONS

AND	:	Acide désoxyribonucléique
ALM	:	Acral lentiginus melanoma (Mélanome acral lentigineux)
AOC	:	Albinisme oculo- cutané
CBC	:	Carcinome Baso Cellulaire
CHU Point-G	:	Centre hospitalier universitaire du point-G
CNAM	:	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CO2	:	Dioxyde de carbone
CSC	:	Carcinome Spino Cellulaire
HPV	:	Human papilloma virus
INRSP	:	Institut national de Recherche en Santé Publique
JDE	:	Jonction dermo épidermique
LAM4	:	Leucémie aigue myélomonocytaire
LAM5	:	Leucémie aigue myélomonoblastique
LCE	:	Lymphome cutané épidermotrope
LMM melanoma)	:	Lentigo Mélanome Malin (Lentigenus malignant melanoma)
LS	:	Liposarcome
M ²	:	Mètre carré
%	:	Pourcentage
MB	:	Maladie de Bowen
MC	:	Métastase cutanée
MI	:	Membre inférieur
MS	:	Membre supérieur
MM	:	Mélanome Malin

Mm	:	Millimètre
Mμ	:	Millimicron
MN	:	Mélanome Nodulaire
OGE	:	Organes génitaux externes
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	:	Oto- Rhyno- laryngologie
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience humaine Acquis
SK	:	Sarcome de Kaposi
SSM Superficielle	:	(Superficial Spreading Melanoma): Mélanome à Extension Superficielle
TNM	:	Tumor, Node, Metastasis
USA	:	Etats Unis d'Amérique
UV	:	Ultraviolets
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
XP	:	Xéroderma pigmentosum

INTRODUCTION

Les cancers sont caractérisés par un dérèglement du mécanisme de contrôle de la croissance et de la multiplication cellulaire. C'est une prolifération anarchique cellulaire aboutissant le plus souvent à une tumeur. Ils peuvent se développer aux dépens de tous les tissus.

C'est une pathologie redoutable car toujours mortelle en Afrique.

L'OMS estime que 6 millions d'individus meurent chaque année dans le monde à cause des cancers cutanés [1].

En Europe, et aux Etats-Unis, les dermatologues sont confrontés quotidiennement à un accroissement des cancers cutanés [2,3]. En Afrique la situation reste mitigée [4].

Les cancers cutanés étaient réputés rares dans la race noire [3]. Depuis les travaux de Tuyns en 1971, certains se sont révélés relativement fréquents chez le noir africain [5]. Tous les types histologiques de cancers cutanés se rencontrent en Afrique mais à des proportions différentes.

Plusieurs travaux réalisés en Afrique ont montré des différences avec les cancers observés dans le pays tempérés. Au Togo, les cancers cutanés représentent 11,83% de l'ensemble des cancers [6]. Au Mali quelques études ont été faites sur les différents types de cancers cutanés. Ainsi, dans une étude réalisée en dermatologie, les cancers cutanés représentaient 8,78% des tumeurs cutanées [5]. Une fréquence de 9,90% a été rapportée en fin 2010 dans le registre des cancers au Mali.

Le but de ce travail est de décrire les cancers cutanés à Bamako (Mali).

OBJECTIFS :

1.1. Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et histologiques des tumeurs malignes cutanées au service d'Anatomie pathologique du CHU du Point G et au CNAM.

1.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects épidémiologiques dans les deux services.
- Déterminer les aspects cliniques.
- Préciser les différents aspects histologiques.

I-GENERALITES

I.1. Structure et fonction de la peau

I.1.1 Histologie de la peau :

La peau, l'organe le plus grand du corps humain (1,5 à 2m) représente environ 8% de la masse corporelle [6]. Son épaisseur varie de 1,5 à 4mm selon les régions anatomiques. La peau comporte trois couches distinctes :

- **L'épiderme :**

L'épiderme est un épithélium malpighien kératinisé, constitué de plusieurs assises cellulaires. Les cellules qui le composent comprennent 90% de kératinocytes qui prennent des aspects morphologiques différents au fur et à mesure de leur progression vers la surface (la maturation cornée) [7].

Quatre couches peuvent être individualisées en partant de la profondeur vers la surface.

- La couche basale ou assise germinatrice en rapport avec le derme qui est formée d'une seule rangée de cellules verticalement implantées sur la jonction dermo-épidermique prenant une disposition palissadique. Les cellules basales sont de types cylindriques à noyau volumineux, ovale foncé basophile occupant presque tout le corps cellulaire. Ces cellules sont réunies entre elles par quelques fibrilles. De place en place quelques cellules présentent des mitoses entre lesquelles se trouvent des cellules de MASSON encore appelé mélanocytes.
- Le corps muqueux de MALPIGHI : il est le plus épais et comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales, qui s'aplatissent peu à peu vers la surface. En profondeur elles sont polyédriques et pourvues de filaments d'attache appelés desmosomes ou épines d'union.

- La couche granuleuse est constituée d'une à quatre rangées de cellules de teinte très sombre, losangiques, aplaties parallèlement à la surface. Il n'existe pas de ponts d'union. Leur noyau est entouré de grains noirs de kératohyaline donnant aux cellules leur teinte noire [6].
- La couche cornée d'épaisseur variable suivant les régions, plus épaisse aux paumes et aux plantes. Elle est formée de cellules qui présentent une kératinisation achevée par l'absence de noyau et l'aspect éosinophile et homogène du cytoplasme.

▪ **La jonction dermo-épidermique :**

La jonction dermo-épidermique est la membrane basale associée à tout l'épithélium. Elle est la région acellulaire qui sépare le derme de l'épiderme. Elle provient à la fois des kératinocytes de la couche basale et des fibroblastes du derme. Son épaisseur varie de 1 à 2µ. Elle est traversée par les annexes de l'épiderme. La microscopie électronique montre qu'elle est formée de quatre éléments superposés qui sont, en allant vers la profondeur ; la membrane plasmique, la lamina lucida, la lamina densa et les fibrilles d'ancrages [6,8].

▪ **Le derme :**

Situé sous la membrane basale de l'épiderme, elle se définit comme un tissu conjonctif constitué de cellules peu nombreuses (les fibroblastes). Les cellules sont clairsemées en dehors de certaines circonstances pathologiques, des fibres qui en forment une charpente, le tout enrobé dans une substance fondamentale amorphe. La population cellulaire dermique est divisée en deux classes [8].

Le derme est organisé en trois couches :

- Le derme superficiel ou papillaire
- Le derme moyen
- Le derme profond

L'hypoderme fait suite au derme profond. C'est un tissu graisseux banal cloisonné par les travées conjunctivo-vasculaires qui délimitent les lobules remplis de cellules adipeuses. Par l'hypoderme qui en continuité avec le tissu sous-cutané arrivent les vaisseaux et les nerfs de la peau qui cheminent dans les cloisons fibreuses.

▪ **Les annexes :**

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

I.1.2 Les fonctions de la peau :

La peau a pour rôle de :

- Maintenir l'intégrité du corps
- Protéger contre les agressions physiques
- Absorber les rayons ultraviolets
- Métaboliser la vitamine D
- Absorber et sécréter les liquides
- Régulariser la température corporelle

Elle à également un sensoriel et cosmétique [8, 4].

I.2 Dermatoses précancéreuses :

I.2.1 Lésions pré carcinomateuses :

- **Kératose actinique ou kératose sénile :**

La kératose actinique ou solaire est la lésion pré carcinomateuse la plus fréquente. Elle est secondaire à l'exposition solaire chronique chez des sujets prédisposés notamment ceux ayant une peau blanche.

Elles se voient chez les sujets âgés exposés au grand air (paysans, marins...), sur les parties découvertes [8, 10] : face, dos des mains. Cliniquement c'est une petite tache kératosique, de couleur jaunâtre. L'hyperkératose est parfois très exubérante formant une corne cutanée. Les lésions sont souvent nombreuses, et doivent être surveillées et traitées par chirurgie, électrocoagulation, cryothérapie ou antimitotiques locaux. Elles se transforment au bout de quelques années d'évolution en carcinome basocellulaire ou spino-cellulaire [11].

- **Leucoplasie des muqueuses :**

C'est une leuco kératose se développant sur les muqueuses (buccales, labiales ou génitales) et réalisant une lésion blanche porcelaine rugueuse, épaisse donnant à la muqueuse un aspect parqueté. Au niveau de la bouche, la leucoplasie intéresse particulièrement la zone juxta commissurale. L'examen anatomopathologique s'impose pour diagnostiquer la dégénérescence ; celle-ci s'exprime par une tendance à l'ulcération. Toute leucoplasie doit être surveillée et détruite au besoin car la transformation en carcinome spino-cellulaire reste à redouter.

Les principales causes sont le tabac, le soleil et les irritations chroniques [7].

- **Maladie de BOWEN**

Elle s'observe sur n'importe quel point du tégument chez l'adulte et le sujet âgé. Sur la peau : elle réalise des lésions discoïdes lenticulaires, saillantes mais aplaties de taille variable uniques ou multiples, groupées ou disséminées. Il s'agit d'un carcinome in situ.

Sur le gland, elle réalise une érythroplasie c'est à dire une tache rouge vif persistante d'extension lente. Au niveau de la région vulvaire, la maladie de Bowen s'exprime par une tache érythroplasique ou leucoplasique ou par des lésions discoïdes classiques et doit faire rechercher un cancer profond.

L'évolution de la maladie de Bowen est lente, s'étalant sur plusieurs années et la transformation se fait vers Le carcinome spino-cellulaire.

Traitement : excision chirurgicale, laser ou électrocoagulation [10].

- **Radiodermite :**

Essentiellement dans sa forme chronique survenant plusieurs années après l'irradiation. Elle réalise une plaque scléro-atrophique pigmentée et télangiectasique sur laquelle ne tarde pas à survenir un cancer cutané. Les radiodermites professionnelles ou thérapeutiques doivent être surveillées.

- **Lichen états scléro-atrophique vulvaire :**

Donnent à la muqueuse un aspect pâle, blanchâtre lisse et atrophique s'exprimant sur le plan clinique par un prurit chronique et persistant et par une dyspareunie. Ces lésions qui peuvent être améliorées par des frictions aux corticoïdes et aux androgènes doivent être régulièrement surveillées car peuvent se transformer.

I.2.2 Terrains favorisant l'écllosion des cancers cutanés :

▪ Xéroderma pigmentosum (XP) :

Maladie héréditaire à transmission autosomique récessive, fréquente en Tunisie [11], caractérisée par une sensibilité pathologique aux ultraviolets, liée à un déficit des systèmes enzymatiques de réparation de l'ADN altéré par les rayons ultraviolets. Le XP survient dans 1/250.000 naissances dans la majeure partie du monde. Il serait fréquent au Japon, en Israël et aux Pays bas. En fait, il existe une hétérogénéité génétique et dix groupes ont été isolés. Certains groupes comportent une atteinte neurologique et d'autres non. Il se manifeste par la survenue précoce des lésions actiniques : dans les premiers jours de la vie, on note un érythème de la face avec lésions vésiculo-bulleuses des parties découvertes (coup de soleil), apparaissent ensuite des lentigines, de l'atrophie et des télangiectasies réalisant un état poïkilodermique.

Sur ce fond se greffent vers l'âge de 5-6 ans des lésions kératosiques, pseudo-angiomateuses et papillomateuses avec ectropion des paupières et photophobie marquée. Apparaissent ensuite des épithéliomas spino et basocellulaires. Le pronostic du Xéroderma pigmentosum est sombre, la mort survenant généralement dans le bas âge, avant 20 ans. Il existe une forme dite Xéroderma pigmentosum variant ou "xérodermoïde" chez le sujet plus âgé et qui s'exprime par des signes de photosensibilisation et l'apparition de cancers de façon plus tardive [12].

▪ **Albinisme :**

C'est la génodermatose la plus fréquente. Elle réalise une leucodermie généralisée se transmettant sous le mode autosomique récessif. S'associent à cette leucodermie des manifestations oculaires (iris translucide, photophobie, nystagmus, baisse de l'acuité visuelle). Il existe deux types d'albinisme :

- Albinisme oculo-cutané (A.O.C.) tyrosinase (+) dans lequel les mélanocytes conservent la possibilité de former la mélanine en présence de tyrosine,
- Albinisme oculo-cutané (l'A.O.C.) tyrosinase (-) dans lequel les mélanocytes ont perdu la capacité de synthétiser la mélanine. Les albinos sont très sensibles à la lumière solaire, inaptés au bronzage et font de multiples cancers cutanés particulièrement des carcinomes.

▪ **Epidermo-dysplasie verruciforme :**

Il s'agit de la génodermatose à transmission autosomique récessive décrite pour la première fois par LEWANDOWSKI et LUTZ en 1992. Elle est caractérisée par le développement de verrues planes, de lésions pityriasis versicolor-like, et plus tardivement de CSC sur les zones photo-exposées.

Une infection par les HPV oncogènes de type 5 ou apparentés est fréquemment associée, de même qu'un déficit de l'immunité à médiation cellulaire. Le gène a été récemment localisé sur le bras long du chromosome 17 [10].

▪ **Naevomatose basocellulaire :**

Maladie dysembryoplasique à transmission autosomique dominante.

Elle associe :

- Des naevus basocellulaire, petites tumeurs intéressant particulièrement la face,
- Des lésions palmo-plantaires à type de petites dépressions ponctiformes,
- Des kystes mandibulaires.

Les naevi se multiplient à partir de la puberté et se transforment à l'âge adulte en épithélioma basocellulaire à type d'ulcus rodens d'où l'indication de leur excision chirurgicale ou de leur destruction par électrocoagulation et curetage dès leur apparition.

▪ **Naevus sébacé du cuir chevelu :**

Petite plaque alopécique, présente à la naissance ou apparaît plus tardivement, devient plus tard rugueuse, mamelonnée. A l'âge adulte, des tumeurs bénignes ou malignes apparaissent à sa surface dans 1/3 des cas d'où l'indication de son excision chirurgicale avant l'apparition des complications [7].

▪ **Les lésions cicatricielles :**

Il s'agit de : cicatrices de brûlure, de lupus érythémateux, de lupus tuberculeux. Elles peuvent subir une transformation ou évolution maligne L'arsénicisme d'origine médicamenteuse, professionnelle, ou alimentaire ainsi que les goudrons sont à l'origine de kératoses qui se transforment après plusieurs années d'évolution en cancers cutanés (surtout spino-cellulaires).

Ulcères de jambe, ostéomyélite chronique, lichen érosif, herpès récidivant peuvent également être le lit du cancer.

I.3 Les tumeurs malignes cutanées

I.3.1 Les tumeurs malignes épithéliales :

I.3.1.1 Les carcinomes baso-cellulaires (C. B.C.) :

▪ Définition et épidémiologie :

Ce sont les tumeurs malignes cutanées les plus fréquentes. Elles se voient à partir de l'âge de 40 ans, mais on peut les rencontrer chez le sujet jeune.

Ils siègent dans 80 % des cas sur le visage : angle interne de l'œil, sillon naso-génien nez, front, tempes.

Ils sont caractérisés par leur évolution strictement locale

-sans adénopathies

-sans métastases.

Leur début est très insidieux, marqué par de très minimes lésions : croûte récidivante, simple érosion ou élévation rosée.

Aux Etats-Unis, c'est le cancer le plus fréquent et son incidence a été estimée en 1991 à plus de 200/100.000 [13]. On estime qu'une diminution de 5% de la couche d'ozone entraînerait une augmentation de 10% du nombre de carcinomes baso-cellulaires [12]. Plus de 99% des carcinomes baso-cellulaires surviennent chez les sujets à peau faiblement pigmentée [9]. Ils sont rares chez le noir. Le risque de survenue est élevé chez les sujets à peau claire, ne bronzant pas ou peu. Environ 95% des malades qui développent un CBC ont entre 40 et 79 ans. En cas de survenue précoce on doit rechercher un facteur prédisposant comme :

- Soleil (rôle évident, l'incidence est corrélée avec la latitude et la dose cumulative d'irradiation solaire) [14]
- Affection héréditaire ou le rôle des ultraviolets est prédominant (Xérodérma pigmentosum, albinisme).

D'une façon générale le CBC survient essentiellement sur les zones photo exposées et en particulier le visage.

En dehors de L'UV, d'autres facteurs carcinogènes ont été identifiés comme les rayons X, les surveillances radiologiques et surtout radioscopies répétées en particulier thoraciques [15].

Les carcinomes baso-cellulaires ont été décrits après des traumatismes cutanés tels que les cicatrices de vaccinations, des tatouages, des sites d'injections intraveineuses ou encore des ulcères.

▪ **Clinique :**

L'aspect clinique de l'épithélioma basocellulaire est fort varié et comprend des types distincts.

- **Le carcinome plan cicatriciel :**

Commence par une petite lésion papuleuse, translucide, finement télangiectasique qui s'étale progressivement et prend l'aspect d'une plaque à centre cicatriciel blanchâtre et télangiectasique ou exulcéré recouvert de petites croûtelles hémorragiques. Le bordure est infiltrée et perlée. Cette petite plaque ne s'accompagne pas d'adénopathies.

- **Le carcinome basocellulaire ulcéré :**

S'exprime par une ulcération avec ou sans bordure nette (ulcus Rodens) pouvant provoquer de gros dégâts anatomiques : atteinte des nerfs et des vaisseaux à l'origine de douleurs et d'hémorragies [13].

- **Le carcinome basocellulaire nodulaire :**

Caractérisé par un ou plusieurs petits nodules, saillants, globuleux, de teinte cireuse, translucide, ambrée, la surface est lisse et parfois parsemée de fines télangiectasies.

- **Le carcinome basocellulaire bourgeonnant et végétant :**

De teinte rouge foncé, saignant facilement, peut prêter à confusion avec l'épithélioma spino-cellulaire.

- **Les carcinomes baso-cellulaires superficiels :**

Ils siègent surtout sur le tronc (dos, abdomen), et n'ont pas tendance à l'infiltration et à l'extension en profondeur. Les éléments sont parfois nombreux.

La forme pagétoïde se présente comme une nappe rosée recouverte de squames et pouvant s'étendre sur une grande surface. Le caractère filiforme de sa bordure avec parfois un aspect tatoué ou cerné de perles facilite le diagnostic.

La forme érythémateuse ressemble au lupus érythémateux où simule un psoriasis ou un para kératose. La présence de perles sur sa bordure facilite le diagnostic.

- **Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme ou morphéiforme:**

IL se manifeste par une plaque scléreuse de couleur blanche cireux ou blanc jaunâtre sans limites nettes, parsemée parfois de petits nodules et de fines télangiectasies. Le caractère perlé de la bordure fait souvent défaut.

- **Le carcinome basocellulaire pigmenté (Tatoué) :**

Cette forme ne devant pas être individualisée puisque la plupart des épithéliomas baso-cellulaires sont en fait. On réserve cependant cette forme aux cas où la quantité de pigment est très importante et donne aux lésions un aspect noir qui fait poser un problème de diagnostic avec les mélanomes malins (diagnostic différentiel très important à faire), mais aussi de certaines verrues séborrhéiques [16,17].

▪ **Diagnostic :**

Il est aisé compte tenu de l'âge des malades, de la localisation de la tumeur au visage, de la présence des bourrelets périphériques, de télangiectasie et souvent d'ulcération. Mais il doit être confirmé par l'histologie.

- Histologie

Caractéristiques générales : les CBC ont des caractères architecturaux et cytologies assez typiques. Les cellules sont habituellement uniforme avec un noyau d'une assez grande taille et très basophile. Le cytoplasme est réduit et basophile. Les limites cellulaires sont parfois indistinctes. Les desmosomes sont moins nombreux. Les espaces intercellulaires sont augmentés. Il n'existe pas habituellement d'atypie.

Les formes histologiques :

*Carcinome basocellulaire adénoïde : les travées tumorales s'anastomosent prenant une disposition trabéculaire ou réticulée. Certaines boyaux peuvent avoir une petite lumière remplie de substance granuleuse ou colloïde ce qui accentue l'aspect pseudo hyalin ou mucoïde dans les zones entravées par les cordons épithéliomateux. Cela contribue beaucoup à l'apparence glandulaire.

*Carcinome basocellulaire pseudo kystique : il est caractérisé par l'existence, au centre des masses tumorales, de cavité plus ou moins remplie de substance hyaline et de débris cellulaires.

*Carcinome basocellulaire kératinisant : la forme kératinisante ou pileaire est formée de cellules à cytoplasme plus éosinophile à noyau allongé disposé en couches concentriques. Au centre de cette formation il existe souvent les grains de kératohyaline et parfois des véritables formations kératosiques.

*Carcinome basocellulaire à différenciation sébacée cette forme doit être différenciée des carcinomes sébacés et semble un marqueur possible du Syndrome de TORRE ;

- Evolution

Elle est lente et permet un pronostic généralement favorable. Il existe néanmoins des récurrences après le traitement. L'épithélioma basocellulaire ne s'accompagne pas d'essaimage ganglionnaire.

Les quelques cas de métastases surviennent généralement au cours des traitements chirurgicaux ou autres.

- Diagnostic différentiel :

*l'épithélioma spino-cellulaire : large cicatrice et infiltration importante des plans sous-jacents.

*Le kérato-acanthome : si présence d'un bouchon central de kératine et évolution rapide

*Le naevus cellulaire en dôme : se confond à l'épithélioma basocellulaire si la surface est lisse et brunâtre

▪ Traitement des carcinomes baso-cellulaires :

Le traitement des carcinomes baso-cellulaires tient compte de plusieurs Facteurs : âge du malade, type de la tumeur, aspect, taille, topographie... On dispose de plusieurs moyens thérapeutiques : électrocoagulation, chirurgie, cryothérapie, radiothérapie et chimiothérapie locale. La technique utilisée nécessite parfois la concertation de plusieurs spécialistes (Radiologue, Dermatologue, Anatomopathologiste...). L'excision chirurgicale est cependant la plus utilisée. Les résultats thérapeutiques sont généralement excellents.

I.3.1.2 Carcinomes spino-cellulaires :

▪ Définition et épidémiologie :

Ils e voient chez les sujets âgés (50-60 ans). Les carcinomes spino-cellulaires ont une évolution rapide, un pouvoir envahissant local, régional et général important. Les métastases se font par voie lymphatique ou sanguine [18].

Ils peuvent se localiser sur n'importe quelle zone des téguments, particulièrement sur les muqueuses (lèvre inférieure), le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, les extrémités : mains, pieds, avant-bras, poignets, organes génitaux.

Après la première description en 1775 par POA au niveau scrotal différent, autres formes cliniques ont été décrites en fonction de leur facteur de survenue. Ainsi DUBREUILH souligna en 1907 l'importance de la pigmentation comme facteur de protection contre les cancers cutanés. Le CSC représente un peu moins de 30% des cancers [12], le risque de survenue d'un carcinome spino-cellulaire est lié principalement à deux facteurs : la dose cumulative d'exposition solaire et le phototype. Chez le noir, les CSC surviennent plus volontiers sur les zones non exposées. Cela semble lié au fait que les CSC se développent plutôt sur les lésions actiniques.

L'incidence des CSC augmente avec l'âge, les hommes développent environ 3 fois plus de carcinomes spino-cellulaires que les femmes, vraisemblablement en raison des différences dans l'habillement et les activités professionnelles de plein air [19].

La survenue d'un CSC en l'absence d'élastose actinique doit faire rechercher un facteur favorisant : facteur génétique, cicatrice préexistante, radiation, arsenicisme, exposition à un carcinogène, immunodéficit chronique, infection à papillomavirus.

L'augmentation de fréquence chez l'immunodéprimé qu'il s'agisse de l'immunodépression acquise ou congénitale (sida, greffe d'organes, hémopathies, traitement immunodépresseurs) illustre l'interaction entre différents facteurs : infection à PVH, rayons ultraviolets, immunodéficit général ou local. Chacun de ces facteurs pouvant contribuer à la survenue d'un CSC. Le rôle carcinogène de la puvathérapie est actuellement bien établi [12].

▪ Clinique

Le début se fait très souvent sur une lésion cutanée préexistante qu'il convient de surveiller très attentivement et de retirer au moindre doute voire a titre préventif, il peut s'agir : d'une kératose sénile élevée kératosique grisâtre unique à base un peu érythémato-infiltrée touchant le nez, les joues, oreilles à partir de 60 ans ; d'une lésion cicatricielle, radiodermite, brûlures, lupus tuberculeux ; d'une lésion ulcérée chronique, en particulier ulcère de jambe.

L'épithélioma typique est d'aspect monomorphe et se présente sous deux variétés essentielles :

-La forme ulcéro-végétante donne une tumeur profondément enchâssée dans le derme, dure, ferme et infiltrée. Sur cette tumeur siège une ulcération au fond irrégulier et saignant, au rebord indure parsemé de petits points laiteux ou vermiothes.

-La forme végétante pure est rare. Elle est constituée uniquement par une saillie rougeâtre dure et mal limitée pouvant être étendue. Cette forme survient comme complication de lésion inflammatoire chronique.

Le bilan clinique doit alors porter : sur la recherche d'une extension ganglionnaire fréquente et précoce pour des épithéliomas des lèvres et de la muqueuse génitale.

▪ **Diagnostic :**

Il se confirme à l'examen anatomopathologique. La néoformation se compose d'un mélange de cellules épithéliales normales et de cellules atypiques. Celles-ci se situent le plus souvent à la périphérie des nodules et se caractérisent par un volume anormal la présence de noyaux irréguliers et hyper chromiques et accrus à la kératinisation individuelle. L'aspect varie selon le degré de différenciation.

Dans les formes bien différenciées les cellules tumorales évoluent vers la formation de cellules losangiques à cytoplasme acidophile abondant qui se kératinisent progressivement ou se rangent en couche concentrique autour d'un amas de kératine ou parakératosique.

A mesure que la malignité tumorale s'accroît, la tendance à la différenciation cellulaire diminue et les bourgeons prennent un aspect plus uniforme caractérisé par la présence de nombreuses cellules atypiques un nombre important de mitose et une kératinisation peu marquée ou même absente.

Il est possible d'individualiser l'épithélioma spino-cellulaire en quatre degrés de malignité :

1^{er} degré : < 25% de cellules atypiques

2^e degré : 25-50% de cellules atypiques

3^e degré : 50-75% de cellules atypiques

4^e degré : > 75% de cellules atypiques

Les bourgeons de l'épithélioma malpighien sont toujours entourés d'une stroma- réaction importante et collagène. Le stroma est particulièrement envahi par un infiltrat de lymphocytes, d'histiocytes avec parfois de plasmocytes et des polynucléaires tandis que le nombre de capillaire augmente [6].

On distingue quatre formes particulières :

- l'épithélioma pseudo glandulaire ou dyskératosique (ou adéno-acanthome de Lever) dans lequel les cellules dyskératosiques prédominent et se détachent les unes des autres formant ainsi les images pseudo glandulaires.
- l'épithélioma bowénoïde dans lequel les bourgeons à contours irréguliers se composent d'une mosaïque de cellules de tailles variées dont les noyaux sont fréquemment monstrueux hyper chromatiques ou polylobés. Il n'est pas rare qu'une cellule contienne deux ou plusieurs noyaux.
- l'épithélioma trabéculaire ; constitué de cordons épithéliaux grêles s'enfonçant profondément dans le derme et n'ayant aucun contact avec l'épiderme sus-jacent. Les cellules des noyaux néoplasiques sont tassées les unes contre les autres, de taille et de forme variable. Pour certains auteurs il s'agirait le plus souvent d'épithélioma métastatique. L'absence de contact avec l'épiderme pose parfois le problème délicat de métastase cutanée d'un cancer profond.
- l'épithélioma à cellules fusiformes : constitué de cellules allongées groupées en faisceaux qui parcourent la tumeur en des directions différentes, s'enchevêtrent ou forment des tourbillons cellulaires denses. Le diagnostic différentiel avec les sarcomes fusiformes peut être difficile voire impossible.

Diagnostic différentiel :

- l'épithélioma basocellulaire à évolution lente,
 - la kératose actinique : elle ne s'infiltré pas,
 - le kérato-acanthome,
 - le cuniculatum.
- **Traitement** : l'exérèse chirurgicale large doit être pratiquée le plus tôt possible avant les métastases. La radiothérapie est réservée au sujet âgé à état général déficient. La chimiothérapie s'adresse surtout aux formes métastatiques (métastases généralisées).

I.3.1.3 : Les autres tumeurs malignes cutanées épithéliales

▪ La maladie de Paget

Elle intéresse l'aréole mammaire mais peut se voir dans d'autres localisations ; vulve, régions périnéo-anales.

Au niveau du sein, elle se manifeste dans la région mamelonnaire par une plaque bien limitée érythémato-squameuse, croûteuse érosive par endroits avec disparition progressive du relief du mamelon. Cette lésion ne doit pas être confondue avec un eczéma.

La maladie de Paget du sein doit faire rechercher un cancer intragalactophorique. Le diagnostic est confirmé par l'examen anatomopathologique qui montre dans l'épiderme la présence de grandes cellules à cytoplasme abondant et clair (cellules de Paget). Le traitement est le plus souvent chirurgical emportant en même temps le cancer sous-jacent. Si celui-ci ne peut être retrouvé, certains se contentent d'une chimio-radiothérapie [20].

L'épithélioma intra épidermique :

C'est une tumeur rare qui s'observe principalement chez les sujets âgés. Elle est d'évolution lente mais de transformation maligne possible.

Tumeurs épithéliales annexielles : il s'agit surtout des épithéliomas sébacés et sudoripares. Ils sont rares et leur traitement est chirurgical.

I.3.1.4 Classification TNM des carcinomes cutanés :

Tableau I : Classification TNM des carcinomes cutanés

Tumeur primitive (T)	
T1	$\leq 2\text{cm}$
T2	$2 < x \leq 3\text{cm}$
T3	$> 5\text{cm}$
T4	Envahissement d'une structure profonde extra dermique (cartilage, os, muscle)
Ganglion (N)	
N0	Absence d'envahissement
N1	Présence d'envahissement
Métastase (M)	
M0	Absence de métastase cliniquement décelable
M1	Métastase à distance

Source : 5.

I.3. 2 .Tumeurs méenchymateuses malignes

- **Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand (Dermatofibrosarcome protubérant)**

Se voit chez l'adulte jeune mais aussi chez l'enfant. Il siège particulièrement dans la région péri ombilicale et sus-pubienne, mais aussi sur les épaules, le dos, plus rarement ailleurs (membres, cuir chevelu, visage). La tumeur apparaît généralement sur peau saine, parfois sur des cicatrices de traumatismes ou de brûlure. Le début se fait soit sous forme d'un petit nodule pouvant être pris pour un histiocytofibrome, avec parfois d'autres éléments satellites ; ailleurs c'est une plaque fibreuse d'aspect sclérodermique sur laquelle apparaissent des nodules. Ces nodules confluent, fusionnent et réalisent une tumeur globuleuse, saillante, polylobée, maronnée, la peau qui la recouvre est lisse, brillante, amincies, atrophique, très bien limitée, parfaitement mobile sur les plans profonds. L'évolution se fait sur plusieurs années sans métastases, sans signes fonctionnels. La tumeur finit à la longue par s'ulcérer, devenir douloureuse et hémorragique et refoule les tissus avoisinants en surface mais aussi en profondeur. Malgré l'aspect inquiétant, le fibrosarcome de Darier Ferrand garde une malignité locale, ne métastase qu'exceptionnellement.

Le traitement est chirurgical, il consiste en une excision large, allant à 3 ou 4 cm de marge de peau saine avec résection de l'aponévrose sous-jacente. Les récurrences ne sont pas exclues [6].

I.3.3. Les mélanomes

I.3.3.1. Définition et épidémiologie :

Les mélanomes sont des tumeurs malignes développées à partir des mélanocytes épidermiques ou des naevocytes accumulés à la jonction dermo-épidermique (JDE) et dans le derme formant les naevus naevocellulaires.

C'est le cancer qui a le plus grand potentiel métastasiant : quelques millimètres (mm) de tumeur peuvent être à l'origine d'un envahissement métastatique majeur.

Malgré la multiplicité des formes anatomo-cliniques, un diagnostic précoce est possible et souhaitable et doit être suspecté devant toute modification de couleur de la peau ou un naevus préexistant avec hyperpigmentation, disparition des plis cutanés et plus ou moins un prurit. C'est en effet, à ce stade de début que la guérison peut être obtenue grâce au traitement chirurgical [21]. Tout l'effort est donc actuellement centré sur la prévention.

En Tunisie, le mélanome présente un profil épidémiologique différent avec des caractéristiques anatomo-cliniques particulières.

Il est relativement rare par rapport aux carcinomes en Tunisie, très fréquent en Europe et à travers le monde. Il est favorisé par l'ensoleillement, son incidence est en nette augmentation. Exceptionnels chez l'enfant, les mélanomes se voient surtout chez les sujets entre 40 et 60 ans sans prédilection de sexe [22,23].

I.3.3.2. Signes de début précoce :

Toute tache pigmentée récemment acquise ou préexistante qui attire l'attention du patient lui même, de son entourage ou de son médecin, du fait de son changement de taille, de couleur ou de contour doit être considérée comme suspecte et enlevé avec examen anatomie pathologie : règle de l'A, B, C, D : [21,23]

A : asymétrie

B : bords irréguliers

C : Couleur polychrome inhomogène

D : diamètre élargi.

▪ Aspects anatomo-cliniques des mélanomes

- Lentigo malin ou mélanome sur mélanose précancéreuse de Dubreuil :

IL représente 5 à 10 % des cas. C'est l'apanage des personnes âgées. Il survient à partir de la cinquantaine. Il touche plus souvent la femme et apparaît électivement sur la face (région temporo-malaire) ou il est associé à des lésions actiniques (kératose et élastose). Il est exceptionnel sur le dos des mains, avant-bras ou jambe [21].

Il débute par une tache brune à type de lentigo solaire qui s'étend progressivement avec les années pour atteindre plus de 6 cm de diamètre et former une plaque aux bords irréguliers déchiquetés, de couleur polychrome variant du brun clair au noir très foncé avec des zones achromiques de régression.

Après 10 ans en moyenne, peuvent survenir chez environ 5 % des personnes, des nodules traduisant l'infiltration en profondeur. Ce sont des formations infiltrées voire nodulaires et tumorales pigmentées ou non et qui peuvent suinter ou saigner.

Il se caractérise histologiquement par une prolifération importante de mélanocytes volumineux atypiques restant cantonnés à la base épidermique ou il se dispose de manière irrégulière.

La survenue d'une invasion dermique par des mélanocytes pléomorphes, très atypiques souvent fusiformes, signe l'apparition de mélanome.

L'épiderme est atrophique et le derme est le siège d'une élastose actinique, surcharge pigmentaire : grosse motte charbonneuse.

- Le mélanome à extension Superficielle : SSM

C'est la forme la plus fréquente en Europe et USA 60-70 % (10 % en Tunisie). Il touche surtout l'adulte jeune (20-30 ans), siégeant volontiers sur les jambes des femmes ou le tronc chez l'homme [12].

La lésion est constituée par une tache mélanique dont la couleur varie du brun au noir avec des zones plus claires et des nuances du rouge au bleu. Cette formation plane ou légèrement surélevée parfois hyperkératosique à bords polycyclique s'étend horizontalement jusqu'à atteindre plusieurs Cm de diamètre [24].

Le SSM peut avoir une tendance à la régression spontanée : des plages plus claires apparaissent au sein des zones pigmentées, cette régression peut, en de rares cas, être totale.

Après la phase horizontale de croissance qui s'étale sur plusieurs mois voire plusieurs années (jusqu'à 7 ans), le SSM entame sa phase verticale d'invasion en profondeur caractérisée par un nodule qui fait saillie et qui peut suinter ou saigner.

Histologiquement, il correspond à la prolifération de cellules tumorales à cytoplasme clair et abondant rappelant la structure de la cellule de PAGET. Ces cellules pagétoïdes se disposent très rapidement en nids, envahissant et dissociant l'épiderme qui est le plus souvent acanthosique.

Après cette phase de croissance horizontale, s'observe un envahissement de derme. La composante tumorale intra épidermique latérale atteint au moins 3 crêtes épidermiques adjacentes à la tumeur invasive.

-Le mélanome nodulaire :

Il représente 15 à 30 % en Europe, 50 % en Tunisie.

Il s'observe à tout âge avec une prédilection pour l'adulte d'âge mur (50-60 ans).

Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Il siège sur le tronc, la tête et le cou, plutôt la face et les pieds en Tunisie.

Il survient le plus souvent de novo.

Il se manifeste sous la forme d'une lésion nodulaire polypoïde bleu noirâtre, de taille variable, parfois souligné par un halo pigmentaire,

5 % de MN sont dépourvus de pigmentation : MN achromique [12,21].

Sa croissance est rapide, donnant en quelques mois une lésion tumorale polypoïde. L'ulcération spontanée aggrave le pronostic.

Histologiquement, le mélanome nodulaire correspond à la sélection d'emblée d'un clone agressif de cellules mélanocytaires tumorales qui prolifèrent à la JDE et envahissent le derme en profondeur.

L'activité fonctionnelle reste très localisée au-dessus de la tumeur dermique sans former de composante latérale intra épidermique.

-Le mélanome acral lentigineux : ALM

Mélanome des extrémités, rare 2 à 8 % en Europe et USA. Plus fréquent chez la race noire et les orientaux, Japon 30 à 60 %. En Tunisie, environ 30 % des cas. Age moyen est de 50 à 60 ans. Il siège au niveau de la région palmo-plantaire, sur le lit et le pourtour de l'ongle.

Il représente 50 % des mélanomes du pied. Il débute par une macule brune noire qui forme en quelques mois ou années une plaque pigmentée de 2 à 3cm, aux bords déchiquetés avec des plages achromiques.

Plus tardivement, apparaissent sur la tache soit un nodule soit une ulcération [21].

Autour de l'ongle c'est le panaris mélanique de Hutchinson qui peut débiter par une coloration noirâtre, longitudinale de la tablette unguéale : mélanonychie.

Sur le plan histologique : il présente deux caractéristiques :

- la présence de mélanocytes atypiques à très longue dendrite
- et un épiderme papillomateux acanthosique et hyperkératosique caractéristique des extrémités.

Il comporte comme le LMM et le SSM une évolution bi phasique d'abord intra épidermique horizontale puis dermique verticale. La composante tumorale intra épidermique latérale atteignant au moins 3 crêtes épidermiques adjacentes à la tumeur invasive [17].

- Formes cliniques particulières :

* Mélanome des muqueuses : rare plus fréquent chez la race noire ou jaune, localisé sur les muqueuses buccales, nasales, œsophagiennes, trachéales et vaginales. Le diagnostic est difficile. Le pronostic est plus sombre.

* Mélanome achromique : 5 % des MN [21] sont achromiques et ressemblent à un botryomycose ou à un mal perforant quand ils siègent à la plante. Le diagnostic souvent tardif assombrit le pronostic.

* Mélanome de l'enfant : rare, confusion histologique possible avec le naevus de SPITZ. Survient sur un naevus pigmentaire congénital géant ou sur Xéroderma pigmentosum [25].

* Mélanome malin révélé par des métastases :

La lésion initiale peut passer inaperçue, soit qu'elle a été enlevée sans examen anatomopathologique, soit qu'elle était inaccessible à l'examen, soit qu'elle a régressé spontanément, et ce sont les métastases cutanées (nodules durs) ou ganglionnaires ou viscérales (foie, poumons, cerveau) qui la révèlent.

I.3.3.3. Diagnostic différentiel :

Il se pose avec les tumeurs pigmentées, particulièrement avec :

- les naevus irrités ou enflammés
- le naevus bleu
- l'épithélioma basocellulaire tatoué
- la verrue séborrhéique
- les angiomes thrombosés
- la tumeur glomique
- l'histiocytofibrome

Le mélanome malin achromique surtout au niveau du pied doit être distingué du botryomyose et de la verrue. Devant le doute, il est préférable de faire une exérèse biopsie et de confier la pièce à l'anatomopathologiste qui confirmera ou infirmera le diagnostic.

I.3.3.4. Facteurs de pronostic du mélanome

Outre, le caractère architectural de la tumeur, le degré d'atypie cellulaire et de l'activité mitotique, deux autres facteurs interviennent d'une façon déterminante dans l'appréciation pronostique du mélanome. Ils évaluent tous deux le niveau de l'envahissement cellulaire en profondeur, ce sont : les niveaux de Clark, l'indice de Breslow [7, 21, 22].

- **Niveaux de Clark** : Clark en 1969, a classé l'envahissement cellulaire du mélanome malin en 5 niveaux [21,22]:
 - le niveau I : correspond à l'envahissement épidermique
 - le niveau II : à un envahissement du sommet des papilles dermiques
 - le niveau III : à l'envahissement de tout le derme papillaire
 - le niveau IV : rupture de la barrière réticulaire et envahissement du derme réticulaire
 - le niveau V : envahissement du derme profond et de l'hypoderme

Le pronostic du mélanome malin est d'autant plus grave que l'envahissement est plus profond.

▪ **Indice de Breslow : [22]**

Il consiste à mesurer l'épaisseur de la tumeur à l'aide d'un oculaire micrométrique. La biopsie doit être exceptionnelle, totale et des coupes sériées sont nécessaires. Cet examen a l'avantage d'être facile à réaliser et donne des résultats objectifs. Une tumeur dont l'épaisseur est inférieure à 0,75mm a un bon pronostic. Une tumeur dont l'épaisseur est supérieure à 2mm est de mauvais pronostic. L'indice de Breslow donne également une idée approximative de l'envahissement ganglionnaire.

I.3.3.5 : Traitement

Le mélanome malin sans métastases cliniques doit être traité par chirurgie large. Le curage ganglionnaire systématique n'est pas pratiqué.

La mélanose de Dubreuilh doit être traitée avant que n'apparaissent les nodules et l'infiltration en profondeur, auquel cas le pronostic est excellent, ce traitement fait appel à la chirurgie avec une marge de sécurité de 2cm, ou à la radiothérapie pour les personnes âgées ne supportant pas la chirurgie. Le traitement des mélanomes malins avec métastases fait appel à la chirurgie avec curage ganglionnaire et à la chimiothérapie palliative [21]. Au total : le mélanome malin est une des tumeurs les plus méchantes de l'organisme, les plus envahissantes et les plus métastasantes. Le traitement doit être entrepris le plus rapidement possible. Il est intéressant d'insister dans ce contexte sur la prévention qui reste possible :

Toute tumeur suspecte doit être enlevée,

Surveiller les gens qui ont plusieurs naevi afin de détecter à temps une éventuelle transformation,

Les sujets à peau claire doivent éviter les expositions solaires excessives notamment pendant l'enfance et l'adolescence, Surveillance des familles des gens ayant eu des mélanomes Le pronostic est d'autant meilleur que les mélanomes sont traités aux stades initiaux [7, 21].

I.3.4. Les tumeurs malignes cutanées d'origine vasculaire :

Maladie de kaposi :

- ✓ **Introduction :** c'est une prolifération maligne du tissu conjonctif, développée aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux sanguins ainsi que de certaines cellules du derme, les fibroblastes.

Le virus herpes 8 a été décelé comme cause de la maladie de kaposi.

- ✓ **Généralité :**

Décrite pour la première fois par Kaposi en 1872 d'où le nom de la maladie [7], Cette affection touche surtout les personnes atteintes du sida, chez lesquelles elle constitue une affection très agressive aboutissant rapidement à l'extension des tumeurs.

On peut aussi la rencontrer chez les sujets immunodéprimés non atteints par le virus du sida. On distingue classiquement quatre formes de la maladie :

La maladie de Kaposi classique (forme européenne ou méditerranéenne) correspondant à la forme initialement décrite par Mr Kaposi,

La maladie de Kaposi endémique qui est la forme Africaine de l'affection,

La maladie de Kaposi survenant au cours d'une immunodépression préexistante (lymphome, Cancer, traitement immunosuppresseur, greffe rénale), La maladie de Kaposi du SIDA.

- **Maladie de kaposi classique**

Adulte âgé (Europe Centrale, pourtour méditerranéen, Juif++). Se manifeste par des lésions cutané-muqueuses et viscérales.

Atteinte cutanée :

Plaque érythémato-angiomateuse rouge violacé,

Des tuméfactions papulo-nodulaires,

Une infiltration œdémateuse souvent dure réalisant l'éléphantiasis Kaposien.

Ces lésions cutanées commencent souvent au niveau des extrémités surtout les membres inférieurs de façon plus ou moins symétrique mais peuvent débuter ailleurs : oreilles, cuir chevelu, voile de palais, langue...

Manifestations extra cutanées :

- les ganglions de façon spécifique ou non

- squelette : en regard des lésions cutanées ou à distance;

.non spécifique : géode, encoches ou érosions corticales ou

.spécifique : ostéo-condensation

- tube digestif : nodule Kaposien ® hémorragie digestive.

Histologie

Il s'agit d'une double prolifération cellulaire fusiforme et vasculaire avec extravasation d'hématies et dépôt d'hémosidérine. La prolifération cellulaire est d'origine endothéliale associée à des cellules inflammatoires (histiocytes et plasmocytes) [7, 13].

Les cavités vasculaires sont de trois types : simple fente vasculaire, capillaires néoformés ou vaisseaux adultes.

Evolution chronique sur plusieurs années.

Traitement : chirurgie, laser CO2 ou électrocoagulation si peu de nodules, chimiothérapie ou radiothérapie.

- **Maladie de kaposi africaine**

Se voit chez l'adulte et chez l'enfant. Ce sont des formes agressives, mutilantes d'évolution rapide réalisant des tumeurs nodulaires, ulcéro-végétantes avec envahissement des plans musculaires et osseux, atteintes digestives fréquentes.

Evolution rapidement fatale.

Forme particulière de l'enfant: lymphadénite avec des adénopathies généralisées.

- **Maladie de kaposi liée au sida**

De pronostic péjoratif, elle se voit dans 1/3 des cas de SIDA. Les lésions sont plus petites que dans le Kaposi classique, moins violacées, moins nodulaires, très disséminées avec atteinte muqueuse et envahissement ganglionnaire. Il est de très mauvais pronostic. Le traitement fait appel soit à la radiothérapie, soit à la mono chimiothérapie, soit à l'interféron alpha (α).il varie en fonction de la localisation et de l'étendue des lésions [13].

- **Maladie de kaposi des immunodéprimés non atteints du sida**

Apparaît surtout après une greffe de rein, un an après le début du traitement immunosuppresseur [26, 27], après un traitement prolongé (plus d'un an) par des corticoïdes oraux également après les leucémies et des cancers viscéraux.

Elle se traduit par des lésions cutanées et muqueuses typiques et par des atteintes multi viscérales en particulier digestives souvent très graves.

• **Les tumeurs rares :**

Le carcinome neuroendocrinien cutané est très rare de même que les carcinomes annexiels d'origine sudorale, pileuse et sébacée.

I.3.5. Les métastases cutanées :

Les manifestations sont rarement révélatrices des cancers extra dermatologiques. Cependant reconnaître une métastase peut avoir une grande valeur diagnostique ou pronostique au cours d'évolution d'un cancer.

- **Les métastases cutanées des tumeurs malignes viscérales :** la fréquence des métastases cutanées est estimée à 4% des cancers viscéraux. 80 à 90% des métastases cutanées sont dues à huit cancers primitifs : sein, poumon, colon, mélanome, sphère ORL, rein, ovaire et estomac. Chez l'homme, 25% des métastases cutanées sont d'origine pulmonaire. Chez la femme, plus de 50% sont secondaires à un cancer

Tableau II : Les métastases cutanées des tumeurs malignes viscérales

Cancer	Topographie préférentielle des métastases cutanées
Sein	Thorax antérieur, cuir chevelu
Poumon	Dos, cuir chevelu, doigts orteils
Tube digestif	Abdomen, ombilic
Mélanome	Tout le revêtement cutané
Rein, vessie	Abdomen, visage, extrémité, cuir chevelu, organes génitaux externes
Ovaires, utérus	Abdomen, ombilic
Prostate	Flancs, thorax, extrémités, cuir chevelu

Le diagnostic repose sur la biopsie avec examen histologique. La métastase cutanée se caractérise par la présence d'une prolifération tumorale dermique ou hypodermique faite de cellules malignes d'origine extra cutanée.

✓ **Localisations cutanées spécifiques des hémopathies malignes :**

Les localisations cutanées spécifiques sont fréquentes au cours des hémopathies malignes. Leur diagnostic est histologique. Cliniquement, ce sont des plaques infiltrées, des nodules ou des tumeurs, avec peu à peu des modifications épidermiques et parfois nécrotiques ou bulleuses. Il n'y a pas de localisations préférentielles [28]. Il s'agit essentiellement de :

-Hémopathies myéloïdes : une atteinte cutanée spécifique est retrouvée chez 10 à 50% des leucémies aiguës myélomonocytaires (LAM4) et 10 à 30% de leucémies aiguës monoblastiques (LAM5) associé à une infiltration gingivale hypertrophique dans 80% des cas.

L'atteinte cutanée est un facteur de mauvais pronostic au cours des hémopathies myéloïdes (survie moyenne égale à 3-6 mois).

-Hémopathies lymphoïdes : les atteintes cutanées spécifiques s'observent surtout pour les proliférations de phénotype T et n'ont pas de valeur pronostique ; les phénotypes B étant très rares. Les lymphocytes qui prolifèrent de ces lymphomes appartiennent à un sous groupe particulier des lymphocytes T. Ils migrent anormalement par l'affinité particulière de ces cellules lymphomateuses pour l'épiderme. Il s'agit du mycosis fongoïde et ses variantes cliniques [12] :

- ✓ Lymphomes folliculotropes
- ✓ Lymphomes syringotropes
- ✓ Lymphomes pagétoïdes

II- MATERIEL ET METHODES

II.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans les services d'anatomie pathologique du CHU du Point G et du CNAM.

- CHU du Point G est un centre hospitalier universitaire, comportant plusieurs services.

Concernant le service d'anatomie pathologique, il est dirigé par deux spécialistes en anatomie pathologique, trois DES, cinq techniciens de laboratoire dont une recrutée par l'APEJ une secrétaire et trois manœuvres.

Il collabore avec le CIRC (centre international de recherche sur le cancer).

- Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique rattaché au secrétariat Général du ministère de la Santé, créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifié par la loi N°02-009 du 4 Mars 2002 et 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. La signature d'une convention entre cette institution et l'université du Mali, lui a conféré le statut hospitalo-universitaire. Ainsi, le CNAM a pris la dénomination de CNUAM depuis l'adoption de cette convention. Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermatologie, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), SIDA, la tuberculose, le paludisme, et les autres maladies endémo-épidémiques.

L'unité de dermatologie se compose de quatre salles de consultations, un laboratoire d'anatomie pathologique, une salle réservée à la petite chirurgie et à la biopsie, un pavillon d'hospitalisation (Laviron) et trois chambres uniques. Les lames sont préparées par une technicienne de laboratoire. La lecture et l'interprétation des lames sont faites par un dermatologue spécialisé en histopathologie cutanée.

II.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les tumeurs malignes cutanées diagnostiquées de janvier 2005 à décembre 2009 soit une période de 5 ans.

II.3. Population d'étude :

Il s'agissait de toutes les personnes présentant une tumeur maligne cutanée.

II.4. Echantillons :

Nous avons fait le recrutement exhaustif de tous les cas diagnostiqués pendant notre période d'étude

II.5. Critères d'inclusion :

Toutes les tumeurs malignes histologiquement confirmées durant la période d'étude, ont été incluses.

II.6. Critères de non inclusion :

- ✓ Toutes tumeurs malignes cutanées sans confirmation histologique ;
- ✓ Les dossiers incomplets ;
- ✓ Tumeurs diagnostiquées en dehors de la période d'étude.

II.7. Méthode de collecte des données :

Le recueil des données à été fait a partir des registres d'histopathologies et les comptes rendus histologiques du service. Une fiche de recueil des données à été établi pour chaque patient. Cette fiche comporte outre l'identité du patient, les caractéristiques sociodémographiques et les comptes rendu histologiques.

II.8. Méthode d'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 14.0). Une saisie simple des textes et tableaux a été effectuée à l'aide des logiciels World et Excel(2007).

II.9. Considérations éthiques :

La collecte des données dans les archives s'est déroulée dans la confidentialité.

Les résultats issus de cette étude ne seront utilisés que dans le cadre de cette thèse, et pourront faire l'objet d'une publication.

III- RESULTATS

Sur 2956 biopsies cutanées examinées au CNAM et au service d'anatomie pathologique du CHU du Point G en 5ans ; il a été diagnostiqué 219 tumeurs malignes cutanées soit une fréquence de 8,72%.

III.1. Aspects épidémiologiques:

Tableau III : Distribution des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
0-20 ans	14	6,4
21-40 ans	72	32,9
41-60 ans	90	41,1
61-80	39	17,8
81ans et plus	4	1,8
Total	219	100

L'âge moyen des patients était de $46,3 \pm 17,3$ ans avec des extrêmes de 5 ans et 85 ans.

Les adultes âgés de 41-60 ans étaient les plus représentés.

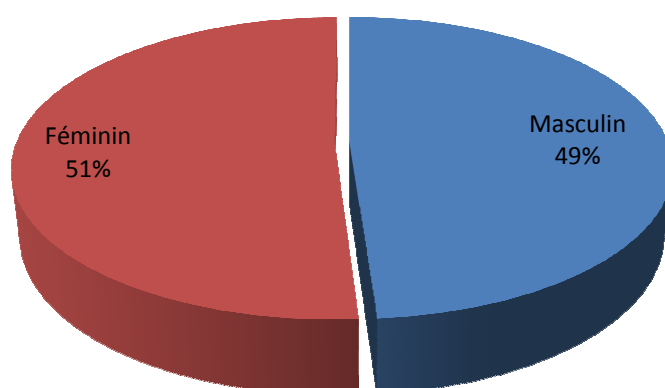


Figure 1 : Distribution des cas selon le sexe.

Le sexe féminin a été le plus représenté avec une fréquence de 51%.

Tableau IV : Distribution des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	56	25,6
peulh	44	20,1
Malinké	34	15,5
Soninké /Sarakolé	35	16,0
Sonrhäi	22	10
Sarakolé	10	4,6
Sénoufo/Minianka	8	3,7
Tamachèq/Maure	7	3,2
Bozo	6	2,7
Autres	3	1,4
Dogon	2	0,9
Bobo	2	0,9
Total	219	100

Par ordre de fréquence, les ethnies les plus représentées étaient les Bambara (25,6%), les Peulh (20,1%), les Malinké (15,5%) et les Soninké/Sarakolé (16,0%).

Tableau V : Distribution des patients selon le lieu de résidence.

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	68	31,1
Kayes	36	16,4
Mopti	30	13,7
Ségou	25	11,4
Koulikoro	21	9,6
Sikasso	14	6,4
Gao	8	3,7
Tombouctou	6	2,7
Kidal	6	2,7
Autres	5	2,3
Total	219	100

La majorité des patients provenaient du district de Bamako et des régions de Kayes et de Mopti.

III.2. Aspects cliniques :

Tableau VI : Distribution des cas selon l'aspect macroscopique de la tumeur.

Aspects macroscopiques	Fréquence	Pourcentage (%)
Ulcération	70	32
Lésion bourgeonnante	46	21
Nodules	31	14,2
Tumeur ulcéro bourgeonnante	30	13,7
Ulcère végétant	12	5,5
Papulo-nodules	11	5,0
Nodule ulcéré	8	3,7
Papules	8	3,7
Macules	3	1,4
Total	219	100

L'ulcération, la tumeur bourgeonnante et les nodules ont été les aspects cliniques les plus fréquemment observés.

Tableau VII : Distribution des cas selon le siège de la tumeur.

Siège de la tumeur	Fréquence	Pourcentage (%)
Membres inférieurs	115	52,5
Généralisé	24	10,5
Visage	22	10
Membres supérieurs	20	9,1
Tronc	12	5,5
Crâne	11	5
Cou	6	2,7
Fesses	6	2,7
OGE	3	1,4
Total	219	100

La localisation prédominante a été les membres inférieurs : 52,5%.

III.3. Aspects Histologies

Tableau VIII : Distribution selon le type histologique de la tumeur.

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
CSC	95	43,4
Mélanome	49	22,4
kaposi endémique	28	12,8
CBC	15	6,8
Kaposi + HIV	11	5
Dermatofibrosarcome	6	2,7
Lymphome	5	2,3
Liposarcome	4	1,8
Métastase cutanée	3	1,4
Chondrosarcome	2	0,9
Leiomyosarcome	1	0,5
Total	219	100

CSC : carcinome spinocellulaire

CBC : carcinome basocellulaire

Les carcinomes (CSC, CBC) et les mélanomes ont représenté la majorité des cas.

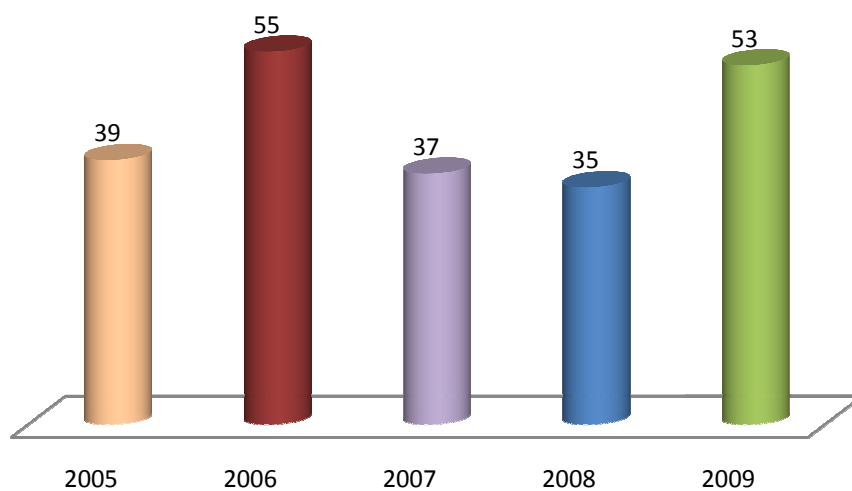


Figure 2 : Distribution des cas selon les années de diagnostic.

Le maximum des cas a été enregistré en 2006 et 2009 avec respectivement 55% et 53%.

Tableau IX : Distribution des cas selon le type histologique et le sexe.

Type histologique	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
CSC	47	48	95
Mélanome	19	30	49
kaposi endémique	18	10	28
CBC	8	7	14
Kaposi HIV+	6	5	11
Lymphome	5	0	5
Liposarcome	2	2	4
Métastase cutanée	1	2	3
Dermatofibrosarcome	1	5	6
Chondrosarcome	0	2	2
Leimyosarcome	0	1	1
Total	107	112	219

La maladie de kaposi et le lymphome sont plus fréquents chez l'homme ; tandis que la femme est plus atteinte par le mélanome le dermatofibrosarcome.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV.1. Méthodologies

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur les cancers cutanés observés dans les laboratoires d'anatomie pathologique du CHU du Point G et du CNAM.

Le recueil des données n'a pas été exhaustif du fait du manque d'informations dans les dossiers.

A cela, il faut ajouter que tous les malades cliniquement suspects n'ont pas pu bénéficier d'un examen de confirmation anatomopathologique. Bien que les deux services reçoivent la majorité des prélèvements, nos résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble des cancers cutanés vus au Mali.

Toutefois, ils apportent une contribution significative à l'étude de cette pathologie au Mali.

IV.2. Aspects épidémiologiques

Sur 2956 biopsies cutanées examinées au CNAM et au service d'anatomie pathologique du CHU du Point G en 5 ans (2005-2009). Il a été diagnostiqué 219 tumeurs malignes cutanées soit une fréquence de 8,72%. Le plus grand nombre de cas (55 cas) a été observé en 2005.

Nos résultats pourraient confirmer la rareté des cancers cutanés sur peau noire publiées par certains auteurs [29, 30].

Dans notre étude, le sex-ratio était de 1,04. Cette légère prédominance féminine est contraire à certains résultats [5, 32,35]. Cette différence pourrait être due à un biais de sélection, ou à une prédominance féminine dans la population consultante en dermatologie dans notre pays.

Les sujets de 41-60 ans étaient les plus représentés.

Ce jeune âge des malades, fait remarquable de notre étude, est à relier à la fréquence élevée des états précancéreux tels que le lupus érythémateux, ou l'ulcère de jambe dans cette tranche d'âge.

Des résultats similaires ont été observés par d'autres auteurs africains. Dans l'étude de Yakubu et celle de Barro [31, 32], les cancers cutanés étaient plus fréquents chez les sujets entre 30 et 49 ans.

IV.2. Les aspects cliniques :

L'atteinte fréquente des membres déjà rapportée par plusieurs auteurs [5, 28, 30], a également été retrouvée dans notre étude. Cette prédilection des membres s'expliquerait par la topographie préférentielle des lésions de certains cancers comme le mélanome, la maladie de kaposi et l'ulcère de Marjolin.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer l'aspect ulcéré et la grande taille des lésions chez nos malades : la longue évolution en rapport avec l'ignorance des populations, les croyances locales, la sous médicalisation du pays et enfin l'accès financier des services de santé.

IV.3. Les aspects histologiques :

La fréquence élevée des carcinomes épidermoïdes dans notre série n'est pas un fait nouveau. En effet, cette tumeur est la plus fréquemment observée dans la plupart des séries sur peau noire [3, 5, 33].

La fréquence du CSC : 43,4% de notre étude est comparable à celle de Nomeny : 45,3%(5) et de celle de Pitche : 56,86%(28). Selon Tuyns, 38 à 83% des cancers cutanés rencontrés en Afrique noire sont des carcinomes spinocellulaires [3].

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. C'est pourquoi, la plupart des malades atteints de baso étaient surtout des albinos [37, 38].

La maladie de kaposi, néoplasme dont la prévalence a augmentée progressivement avec la pandémie du VIH/SIDA, particulièrement en Afrique au subsaharienne [39, 40, 41].

En effet elle constitue l'une des affections les plus fréquentes au cours du sida dans le monde [5] et constitue l'un des critères majeurs du diagnostic de cette affection. Elle a représenté 12,6% de nos cas colligés en 5 ans. Nos résultats sont inférieurs à ceux observés dans l'étude de Barro [28] et de Nomeny [5], qui ont trouvé respectivement 51,4% en 15 ans et 30,5% en 10 ans. Cette affection était associée au sida dans 5 cas. Elle est observée surtout chez le sujet jeune entre 21 et 30 ans [5, 3, 42]. La maladie de kaposi en Afrique se caractérise par son polymorphisme clinique et sa survenue à un âge relativement précoce.

Nous avons colligé 49 cas de mélanome malin soit 22,9% des cancers cutanés. Les auteurs togolais ont colligé 4 cas (5,19%) en 14 ans [28] ; les sénégalais, 2 cas en 3 ans [29] et les béninois, 1 cas en 10 ans [30]. Cette tumeur était rencontrée chez les femmes dans notre série. HUDSON et coll. ont également montrés cette prédominance féminine [42]. Par contre, une prédominance masculine a été rapportée au Nigeria [31], au Maghreb [43] et en Afrique du sud [44].

La tranche d'âge 41 à 60 ans, la plus atteinte dans notre série était comparable aux séries européennes [45, 46]. Une étude menée en Vendée (France) a décelé deux pics de fréquence entre 40 et 50 ans et entre 70 et 75 ans avec un âge moyen de 63,9 ans. La forme ulcéro-bourgeonnante était la plus rencontrée chez nos patients et localisée surtout aux pieds (plantes des pieds).

Quelques cas de sarcomes cutanés ont été notifiés dont le chondrosarcome (0,9%), tumeur relativement rare (50 à 100 nouveaux cas chaque année en France) ; le léiomyosarcome (0,5%) et le liposarcome (1,8%).

Cependant la localisation cutanée de ces sarcomes pourrait être le reflet d'une métastase quelconque ou des métaplasies.

Il en serait de même pour les tumeurs secondaires retrouvées dans notre série.

Les lymphomes cutanés étaient des tumeurs rares dans notre série.

La rareté des lymphomes cutanés à été constaté dans notre étude : celle-ci pourrait s'expliquer par la faible prévalence dans la population ou signant d'un déficit de diagnostic (malades ne consultants pas toujours, diagnostic histologique difficile en l'absence des immunomarquages, technique indisponible au Mali).

CONCLUSION

Les tumeurs malignes cutanées restent rares au Mali. Elles frappent les deux sexes.

Les adultes sont les plus exposés. Les localisations prédominantes sont les membres.

L'ulcération est le motif de consultation le plus fréquent. Les aspects histologiques sont dominés par les carcinomes spinocellulaires, la maladie de Kaposi et le mélanome.

Etant donné les difficultés inhérentes à l'enregistrement exhaustif des cancers cutanés, les statistiques disponibles d'incidence des carcinomes baso-cellulaires et épidermoïde doivent être interprétés avec prudence.

Avec l'amélioration du plateau technique des services d'anatomie pathologique, les cancers cutanés pourraient constitués dans les années à venir, un défi majeur de santé publique.

D'autres études sur une plus grande échelle sont nécessaires pour mieux apprécier ces aspects épidémiologiques et histologiques.

RECOMMANDATIONS :

❖ Aux autorités politiques et administratives :

- Encourager la formation de spécialiste en anatomie pathologique et en dermatologie en octroyant des bourses d'étude.
- Equiper les laboratoires anatomopathologie.
- Recycler des techniciens de laboratoire.
- La décentralisation du service d'anatomopathologie par la création d'autres services dans les différents hôpitaux du district et des régions du Mali en vue de disposer de données plus représentatives sur les cancers au Mali.
- Créer les réseaux de collaboration avec des services étrangers pour la résolution des cas difficiles.

❖ Au corps médical :

- Référer tous les patients présentant une lésion cutanée suspecte vers un spécialiste.
- Fixer les pièces dans du formol à 10% avant l'envoi au service d'anatomopathologie.
- Veiller à l'enregistrement des cas pour la mise à jour du registre des cancers.
- Tenue correcte les bulletins d'analyses des patients dans le but d'éviter le manque d'information souvent rencontré.

❖ A la population :

- Consulter un médecin devant toute anomalie de la peau.
- Eviter les coups de soleil fréquents chez les enfants par l'adoption des mesures de protection (vêtements appropriés, crèmes anti solaire pour les albinos).
- Renforcer la collaboration avec les associations d'Albinismes

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bonerand. JJ, Grob. JJ.
Le mélanome et ses facteurs de risque. Epidémiologie et conséquences en matière de dépistage et de prévention. Ann, Dermatol-vénéreol. 1989 ; **116** : 411-417.
2. Camain A.
Les cancers cutanés au Sénégal, Médecine. Afrique. Noire 1971 ; **18** :451-60
3. Tuyns J.
Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde. Médecine. Afrique. Noire, 1971 ; **18** : 171-6.
4. Diarra S.
Les carcinomes spinocellulaires (CSC) au Mali ; étude descriptive de 80 cas observés au laboratoire d'histopathologie cutanées de l'institut Marchoux de 1991-1996. Thèse Méd., Bamako, 1997.
5. Nomeny.S.A.
Etude des aspects épidémiologiques et histologiques des cancers cutanés au CNAM à propos de 302 cas entre 1993-2002. Thèse Médecine, Bamako, 2004.
6. Degos R, Civatte J et Belaich S.
Dermatologie. Paris : Flammarion, 1981 ; 824-884p.
7. Saurat J.H, E Gross Hans et al.
Précis de dermatologie et de vénérologie. Paris : Masson, 1989 ; 568-574p.
8. Civatte J.
Histopathologie cutanée. Paris : Flammarion, 1982 ; 330p.
9. Brigitte D, Claire B.
Cancers cutanés épithéliaux. Paris : Revue du praticien, 2000 ; **50** : 2157-62.
10. Basset Séguin N, Renaud-vilmer C et Vérola O.
Carcinome spinocellulaire. Paris : Encycl. Méd. Chirurgicale, 2002 ; **98** : 625-30.
11. Fazaa B, Zghal M et Kamoun MR.
Xéroderma pigmentosum. Paris : Encycl. Méd. Chir., Dermatologie, 1999 ; **98** : 660-70.

12. Dubertret Louis.
Cancers cutanés. Paris : Flammarion, 1992 ; 583p.
13. Grosshans EL.
Les épithéliomas cutanés. Paris : encycl. Med, Dermatologie, 1989 ; **12** : 750-107.
14. LEVENE GM et Calman CD.
Atlas en couleurs de dermatologie. Paris : Maloine, 1978 ; 320-328p
15. Grosshans E.
Les épithéliomas. Paris : Encycl. Méd. chir. Dermatologie, 1989 ; **7** :18
16. Person J R.
Bowen's disease and arsenism from Tabacco smoke. Pubmed: 1996, **65**-6.
17. Touraine R J.
Dermatologie clinique et vénéréologie. Paris : Masson, 1984 ; 416p.
18. Levèque L, Dalac S, Domp-Martin A et al.
Mélanome chez le transplanté. Ann dermato vénéréol, 2000 ; **127** : 160-165p.
19. Guillaume JC.
Tumeurs de la peau. In : Saurât JJ et al. (Ed.). Dermatologie et Vénéréologie. Paris : Masson, 2000 ; 573-87.
20. Marquet-Elbaz C et Cribier B.
Maladie de Paget. Paris : Encycl. Méd. Chir., Dermatologie, 2003 ; **98** : 645-50.
21. Delaunay MM.
Mélanomes cutanés. Paris : Masson, 1992 ; 580-88.
22. Anonyme.
Conférence de consensus : Suivi des patients d'un mélanome Stade I. Ann. Dermato -vénéréologie, 1995 ; **122** : 241-92.
23. Caroline R P ; Philippe S.
Mélanomes malins. Paris : Revue du praticien, 1998 ; **48** :1729-35.
24. Ceylanc P, ozturk G et Alper S.
Non melanoma skin cancers between the years of 1990 and 1999 in Izmir, turkey: demographic and clinicopathological characteristics dermal 2003 Feb. **30**: 123-31.

25. Baccarelli A, Landi MT.
Risk factors of malignant skin melanoma in Italian population: review of results of a case control study. *epidemiol prev*, 2002 ; **26** : 293-9.
26. Guillet G et coll.
Maladies de Kaposi. *Ann. Dermatol. Vénéreol.*, 1980 ; 905-7.
27. Sangaré MH.
La maladie de kaposi au Mali à propos de 5 cas. Thèse de Méd, Bamako, 1985.
28. Pitche P, Tchandja S, Napo-Koura G, Bakonde P et coll.
Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé. *Médecine d'Afrique noire*, 1997 ; **44** : 15-17
29. Sene G.
Répartitions des dermatoses observées durant 3 ans (1976, 1977, 1978) dans deux services dakarois de dermatologie. Thèse Med, DAKAR, 1980.
30. Tossou A.
Pathologie dermatologique observée dans le service de dermato-vénérologie du centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. Thèse Med, Cotonou, 1992.
31. Yakubu A, Mabogunje OA.
Skin cancer in Zaria (Nigeria). *Trop Doct*, 1995; **25**: 63-7.
32. Barro-traoré F, Traoré A, Konaté I, Traoré SS et coll.
Tumeurs cutanéomuqueuses : aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Cahiers santé*, 2003 ; **13** :101-4
33. Mahé Antoine.
Dermatologie sur peau noire : Paris : Doin, 1998 ; 52p.
34. Dieng MT, Diop NN, Deme A, Sy TN, Niang So, N'Diaye B.
Squamous cell carcinoma in black patients: 80 cases. *Ann Dermatol Venerol*.2004; **131**: 1055-7.
35. Descamps V.
Carcinome épidermoïde. *Rev Prat*, 1999; **49**: 818-23

36. LARIVIERE JY.

Ulcères phagédéniques cancérisés. Méd trop, 1979 ; **39** : 285-91

37. Guillaume JC.

Carcinomes basocellulaires. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M, eds. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris: Masson, 1999 ; 573-80.

38. Mun Yao, TM and Othieno-Abinya NA.

Cutaneous basal cell carcinoma in Kenya. East Afr Med J, 1999; **76**: 97-100.

39. Caumes E.

Maladie de kaposi. In: PM Girard, katlama Ch, Pialoux G . VIH. Paris : Doin, 2001 ; 149-57.

40. Saiag Ph, Pruskowski A.

Maladie de kaposi. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson, 1999 ; 640-44.

41. Pitché P, Kombaté K, Napo-Koura G, Mijirawa M, Tchangai-Walla K.

La maladie de kaposi en consultation dermatologique à Lomé, Togo. Med Trop, 1995; **55**:246-48.

42. Kombate S.

Contribution de l'histologie à l'étude des cancers cutanés au CHU de Lomé (à propos de 525 cas). Mémoire IUT de santé.

43. Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Zouhair K, Lazrak S et coll.

Mélanome malin au Maghreb. Ann Dermatol Venereol, 2003; **130**: 2S29-2S31.

44. Saxe N, Hoffman M, Krige JE, Sayed R, King HS and Hounsell K.

Malignant melanoma in cape Town, South Africa. B J Dermatol, 1998; **138** : 998-1002.

45. Di Cesare MP, Antunes A et Truchetet F.

Mélanome. Encycl Méd Chirur, Dermatologie, 2000 ; 98-595-A-10 , 15p.

46. Thomas L.

Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques. Rev Prat, 2002 ; **52** : 797-806.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Sokona

Titre de la Thèse

Aspects épidémiologiques ; cliniques et histologiques des tumeurs malignes cutanées diagnostiquées dans les services d'anatomie pathologiques de Bamako.

Année universitaire : 2010 – 2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Anatomopathologie, Dermatologie, Santé publique.

RESUME

Nous avons mené une étude rétrospective, au cours d'une période de 5 ans afin de préciser la place des tumeurs malignes parmi les pathologies dermatologiques et de déterminer la fréquence des différents types histologiques de ces tumeurs malignes cutanées diagnostiqués dans le laboratoire anatomopathologique du CHU du Point G et le service de Dermatologie du CNAM. Au total 219 cas ont été diagnostiqués soit 8,72% avec un âge moyen de 46,3 ans et un sexe ratio égal à 1,04. Les bambaras et les peulh étaient les plus représentés (56 et 44 cas). Les principaux cancers étaient les carcinomes 110 cas dominés par les carcinomes spino cellulaires (n = 95 cas) dont le siège électif était les membres inférieurs (125cas); les mélanomes (n = 49 cas) localisés essentiellement aux pieds ; les sarcomes, la maladie de kaposi. Les femmes étaient autant représentés que les hommes (51/49 cas). La plus part des patients était des ménagères.

MOTS CLES : Tumeurs malignes cutanées/peau noire/Afrique

Questionnaire

Aspects épidémiologiques et histologiques des tumeurs malignes cutanées diagnostiquées dans les services d'anatomie pathologiques du CHU du point G et du CNAM.

Prénom :

Nom :

I. / Les données sociodémographiques :

*Sexe :M : /1.... / F : /...2. /

* Profession :

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1- Fonctionnaire : /.... / | 5- Cultivateur /.... / | 9- Autres : /..... / |
| 2- Commerçant : /.... / | 6- Ouvrier : /.... / | |
| 3- Ménagère : /.... / | 7- Elève ou Etudiant : / / | |
| 4- Berger : /.... / | 8- Marabout : /.... / | |

*Ethnie :

- | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1- Bambara /.... / | 4- Malinké : /.... / | 7- Soninké : /.... / |
| 2- Peulh : /.... / | 5- Sonhaï : /.... / | 8- Senoufo/Minianka : /.... / |
| 3- Dogon /.... / | 6- Bozo : /.... / | 9- Bobo : /.... / |
| 10- Tamacheq/Maure : /.... / | | |

* Nationalité :

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1- Malienne: /.... / | 2- Etrangère : /.... / |
|----------------------|------------------------|

* Age en année : /.... /

* Résidence :

- | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|
| 1- Kayes : /.... / | 5- Koulikoro : /.... / | 8- Sikasso : /.... / |
| 2- Ségou : /.... / | 6- Tombouctou : /.... / | 9- Mopti : /.... / |
| 3- Gao : /.... / | 7- Kidal : /.... / | 10- Bamako : /.... / |
| 4- Autres : /..... / | | |

II. / Données anatomo-pathologiques

A- Siège des lésions :

Membre inférieur (Cuisse, Genou, Jambe, Cheville, Talon, Pied, Orteil) : /.... /

Tronc (Abdomen, Thorax, Omphalique, Mamelon, Dos) : /.... /

Fesse (Plis inter fessier, Fesse) : /.... /

OGE (Aine, grandes et petites Lèvres, Glande, Vagin, Vulve) : /.... /

Extrémité céphalique (crâne ; visage ; cou)

Membre supérieur (Epaule, Avant bras, Poignet, Main, Paume, Aisselle) : /.... /

B- Les types histologiques :

CSC : /.... / CBC : /.... / Maladie de kaposi : /.... /

Mélanome : /.... / Lymphome Cutané : /.... /

Métastase cutané : /.... / Maladie de Bowen : /.... / Liposarcome : /.... /

Chondrosarcome : /.... / Dermatofibrosarcome : /.... /

Leimyosarcome : /.... / Autres :.....

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 de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre 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 leurs pères.

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 !