



INFOCHIR/RHCA

ATLAS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

<http://info-chir.org/atlas.html>

CHAPITRE II : PEAU ET TISSU SOUS-CUTANÉ

CONTRIBUTEURS

Louis-Franck TÉLÉMAQUE, MD
Jacques Maurice JEUDY, MD
Pascale JEAN-BAPTISTE, DDS
Carl Renan FAYETTE, DMD
Margareth DÉGAND, MD
Sterman TOUSSAINT, MD
Edouard BONTEMPS, MD
Jean-Fritz JACQUES, MD
Emmanuel RÉGIS, MD
Eunice DÉRIVOIS, MD
Wilfine DUPONT, MD
Michel DODARD, MD
Maurice Daghuil, MD
Grenson JEUNE, MD
Djhonn St CYR, MD
David NOËL, MD

Mis à jour janvier 2025

CHAPITRE II : PEAU ET TISSU SOUS CUTANÉ

2.1 KYSTES

2.1.1 : ÉPIDERMIQUES (KYSTES À INCLUSION INFUNDIBULAIRE)

2.1.1.1 : KYSTE SÉBACÉ



2.1.1.1.1 Kyste sébacé : Il est le plus fréquent des kystes épidermiques se formant secondairement à l'obstruction du canal excréteur d'une glande sébacée, provoquant l'accumulation de sébum sous la peau. Il se présente sous la forme d'une masse arrondie, dure, indolore, centrée par un orifice noirâtre. En cas d'infection, les signes de Celse apparaissent. L'infection peut se propager à la peau (érysipèle). La palpation est douloureuse. À la pression, il peut sortir le sébum et du pus. Le traitement est d'abord conservateur, localement, pour évacuer des résidus de sébum. Une antibiothérapie, une incision et une excision, par énucléation extra capsulaire sous anesthésie locale, peuvent être nécessaires. <https://www.esthetique.paris/chirurgie-dermatologique/chirurgie-kystes/>



2.1.1.1.2 Acné nodulaire kystique ou conglobata : Il s'agit d'une forme sévère d'acné, combinant une variété de comédons, de nodules et de kystes qui peuvent fusionner et s'étaler sur le visage, le dos, les fesses. Il y aurait à la base un problème d'équilibre hormonal lié au stress, à la contraception et à l'alimentation.

Le traitement spécialisé en dermatologie préconise des mesures conservatrices locales (nettoyage), une cure d'antibiotiques, l'application d'onguents à base de zinc et d'isotrétinoïne.

<https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-beau/l%E2%80%99acn%C3%A9>



2.1.1.1.3 Maladie de Verneuil : hidrosadénite suppurée – acné inversa : Une inflammation de follicules pileux aux aisselles, à l'aîne, à la marge anale provoque une accumulation douloureuse de pus sous la peau. La cause est inconnue. Différentes bactéries sont retrouvées dans les abcès qui peuvent être assez étendus et récidivants. Ces collections drainent le pus par des tractus sinusaux. Les formes varient de légères à sévères, modulant le traitement qui recommande une prise en charge locale (nettoyage soigneux), l'application de pommades à base de corticoïdes et antibiotiques. En cas d'échec, il faut associer la prise orale d'antibiotiques, d'hormones, de médication réductrice de l'inflammation. Une excision de la zone concernée et une greffe de peau peuvent s'avérer nécessaires.

https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/acn%C3%A9-et-pathologies-apparent%C3%A9es/hidrad%C3%A9nrite-suppur%C3%A9e#Traitement_v963811_fr

2.1.1.3 CONGÉNITAUX

2.1.1.3.1 ÉPIDERMOÏDES (KYSTES D'INCLUSION ÉPIDERMIQUE)



2.1.1.3.1.1 Épidermoïdes : Ces kystes, d'origine embryonnaire en rapport avec des défauts de fermeture du premier et du deuxième arc branchial, sont consécutifs à un emplacement anormal de tissu de l'ectoderme. Ils sont de présentation variable cliniquement, peuvent se localiser en rétro-auriculaire, aux oreilles, au cou, au thorax. Ils ont un pertuis par lequel peut sortir un matériel blanc crémeux et malodorant. Discrets, ils sont cependant sujets à grossir, à s'infecter et à s'abcéder. S'ils atteignent un volume important et s'ils sont proches de structures vitales, ils peuvent provoquer des signes fonctionnels.

À la sonde et au scanner, si indiqués, on objective une masse bien limitée, hypodense.

L'exérèse chirurgicale complète est de règle suivie d'une analyse anapathologique systématique de la paroi kystique.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7046120/>

2.1.1.3.2 DE LA QUEUE DU SOURCIL



2.1.1.3.2.1 De la queue du sourcil : Ce kyste dermoïde se développe au niveau de la queue du sourcil au contact de la table osseuse fronto-orbitaire. Silencieux, il peut représenter une gêne cosmétique.

L'exérèse complète chirurgicale est recommandée suivie de l'examen anapathologique de la pièce.

<https://drbuisson.com/kyste-queue-du-sourcil/#:~:text=Les%20kystes%20de%20la%20queue,ou%20un%20peu%20plus%20haut.>

2.1.1.3.3 : SINUS, KYSTE PILONIDAL OU SACRO COCCYGIEN



2.1.1.3.2 : Kyste Pilonidal : Le kyste pilonidal (ou sinus sacro-coccygien) est une pathologie bénigne rencontrée au niveau du sillon interfessier en rapport avec la pénétration de poils dans le derme au niveau d'une fossette. Un trajet fistuleux se forme développant un granulome inflammatoire, pseudo kyste qui peut s'infecter et s'abcéder.

L'obésité, le sillon interfessier profond et la pilosité favorisent la formation kystique surtout chez les hommes.

L'abcès et la fistule, dans leurs formes aiguës et chroniques, doivent être différenciés d'une origine anale.

Sous couvert d'antibiotiques, les abcès sont incisés et drainés. En dehors de la phase aiguë, le traitement par laser des trajets fistuleux et l'excision ouverte avec ou sans fermeture immédiate de la plaie offrent des solutions adéquates au problème.

<https://www.snfcpc.org/informations-maladies/fistules-anales-suppurations/le-kyste-pilonidal/>

2.2 TUMEURS BÉNIGNES

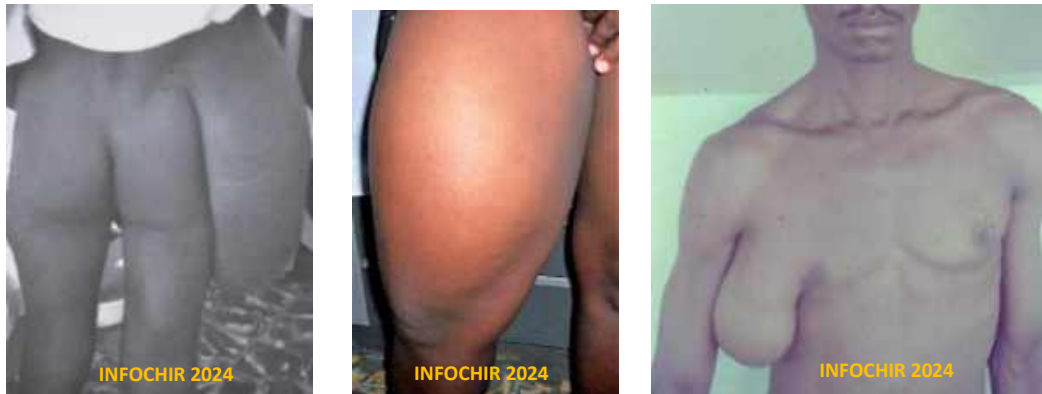
2.2.1 LIPOME



2.2.1.1 Lipomes : Les lipomes sont des tumeurs bénignes faites de tissu adipeux. On invoque parfois le traumatisme, des facteurs génétiques, l'âge, l'obésité, des troubles métaboliques comme facteurs de risque. Ils sont de différents types selon la nature des tissus qu'ils contiennent : sous-cutanés, profonds, angioliipomes, fibrolipomes, pléomorphes, hibernomes.

À l'examen, ce sont des nodules arrondis, ovales, indolores, de taille variable qui se développent partout. En cas de doute, on réclame une sonographie, un TDM et on pratique une biopsie.

<https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-de-la-peau/lipome-causes-traitements>



2.2.1.2 Lipome géant : Un lipome solitaire est géant quand sa taille dépasse 10 cm et son poids est plus de 1kg. Ils siègent souvent au niveau de la hanche, de la cuisse et du tronc. Ces tuméfactions évoluent à bas bruit pendant de nombreuses années causant progressivement une compression de structures vasculo-nerveuses et une gêne fonctionnelle et sociale. L'exploration paraclinique comprend une sono, un scan et un IRM pour statuer sur le caractère hypoéchogène et homogène de la masse. Une biopsie première est recommandée pour éliminer un liposarcome de bas grade. L'exérèse chirurgicale complète est préférée à la liposuction.

<https://smacot.ma/revue/Archives/rmacot-76-10.pdf>



2.2.1.3 Lipomatose : Dans La lipomatose, des lipomes multiples se développent en même temps à divers endroits du corps. On évoque une origine génétique (lipomatose multiple familiale, lipomatose mésomatique, etc...) ou acquise (maladie de Launois-Bensaude, maladie de Dercum, etc...).

Le traitement est chirurgical.

<https://www.em-consulte.com/article/612542/resume/maladies-du-tissu-adipeux-lipomes-lipomatoses-lipo#:~:text=Les%20lipomes%20sont%20les%20tumeur s,nombreux%2C%20on%20parle%20de%20lipomatose.>

2.2.2 HÉMANGIOME INFANTILE



2.2.2.1 Hémangiome : Affection bénigne, circonscrite d'origine vasculaire, l'hémangiome est d'aspect, de taille et de localisation variables. Selon la profondeur : superficiel, il est écarlate ; sous cutané, il prend une couleur bleutée ; plus profond, il combine les caractéristiques des deux. La prolifération transitoire de cellules endothéliales, de cause inconnue, formant des capillaires, évolue en trois phases : prolifération jusqu'à un an, involution pendant plusieurs années et disparition.

Le diagnostic est clinique rarement complété par un échodoppler.

Le traitement est individualisé en fonction de l'emplacement. La plupart des lésions superficielles disparaissant spontanément, le traitement médical et chirurgical est réservé en cas de complications.

https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/tumeurs-excroissances-et-l%C3%A9sions-vasculaires-cutan%C3%A9es-b%C3%A9nignes/h%C3%A9mangiomes-infantiles#Diagnostic_v8370267_fr

2.2.5 MOLLUSCUM PENDULUM (ACROCHORDONS, FIBROMES MOUS)



2.2.5.1 Molluscum pendulum : Un molluscum pendulum ou acrochordon ou polype fibroépithélial est une tumeur cutanée bénigne et fréquente, en forme d'excroissance pédiculée. On le rencontre généralement au niveau du cou, des aisselles ou de l'aîne. Les diabétiques peuvent en présenter de nombreux. Il grossit avec le temps et peut présenter des accidents de torsion pédiculaire, de saignement. Selon leur grosseur, ils peuvent être cautérisés ou excisés.

2.4 : TUMEURS MALIGNES

2.4.4 : MALADIE DE PAGET DU SEIN



2.4.4.1 Maladie de Paget : La maladie de Paget du sein est un cancer du sein qui apparaît sous forme d'une ulcération unilatérale, au niveau du mamelon et de l'aréole. Elle affecte davantage les femmes nullipares de plus de 50 ans.

On admet que des cellules épithéliales d'un adénocarcinome ductal du sein émigrent en surface à partir des canaux galactophores. Cependant, on évoquerait aussi la mutation de cellules de l'épiderme du mamelon.

La malade présente une petite plaque persistante eczématiforme ou psoriasiforme qui peut devenir croûteuse et qui provoque une gêne locale et des saignements. Le mamelon s'érode ou se rétracte avec un épaissement de l'aréole qui prend un aspect de peau d'orange.

La biopsie de rigueur précise le diagnostic. Une phase d'évaluation systémique clinique et paraclinique précède le traitement. Ce dernier s'adresse au cancer du sein associé ou sous-jacent et peut consister soit en une excision large du complexe mamelon-aréolaire, soit en une mastectomie. La chirurgie est associée à la radiothérapie, à la chimiothérapie ou l'hormonothérapie, aux thérapies ciblées dépendamment des caractéristiques de la tumeur.

<https://radiotherapie-hartmann.fr/actualites/cancer-sein/la-maladie-de-paget-du-mamelon/> ELSAN

2.4.5.1 RHABDOMYOSARCOME DE L'ADULTE



2.4.5.1 A : Rhabdomyosarcome : Les rhabdomyosarcomes (RMS) sont des tumeurs malignes qui se développent à partir du tissu musculaire squelettique normal. Ils peuvent se développer presque dans n'importe quelle partie du corps humain. Ils sont à histologie pléomorphe le plus souvent sans facteur de risque connu.

Les symptômes associés aux RMS sont très variables selon la localisation de la tumeur. Les tumeurs qui se développent dans les jambes ou les bras font généralement partie des types de RMS les plus agressifs, pouvant passer de la taille d'une bille à un ballon de football en quelques semaines. Ils envahissent les tissus provoquant gêne, lourdeur, compression et impotence fonctionnelle.

Ferrari A, Dileo P, Casanova M, et al. Rhabdomyosarcoma in adults: A retrospective analysis of 171 patients treated at a single institution. Cancer 2003; 98:571-580



2.4.5.1 B : Rhabdomyosarcome : Il s'agit d'une tumeur de haut grade et de mauvais pronostic (Furlong et al.). Les facteurs affectant le pronostic dépendent de l'emplacement, des caractéristiques microscopiques, de la taille, de l'absence ou de la présence de métastases, du nombre de cellules cancéreuses encore présentes à la suite de la chirurgie initiale, de l'âge du patient au moment du diagnostic. Les RMS ont un risque d'extension loco-régionale et à distance.

Instituto Nazionale Tumori, Milan, Italie, 190 patients âgés de 18 ans ou plus sur une période de 25 ans



2.4.5.1 C : Rhabdomyosarcome : Il métastase rapidement. Les modalités de traitement sont pluridisciplinaires. Une fois le diagnostic obtenu par biopsie, suivant la taille et l'emplacement de la tumeur initiale, elle peut être réséquée (contrôle local). La qualité de la résection détermine le groupe clinique (staging) qui va orienter les indications de réintervention, de combinaison de radiothérapie et chimiothérapie (contrôle systémique).

La radiothérapie est administrée au niveau de la zone d'exérèse avant la chimiothérapie. La liste des médicaments utilisés est importante provoquant des effets secondaires ou globaux lourds. Même après exérèse en apparence complète, quand la localisation le permet, le taux de récurrence est élevé. Le pronostic reste mauvais laissant la place à de nouvelles thérapies.

Leonard H. Wexler, Rhabdomyosarcome Traduit en français par Simon Baconnier, PhD et Elodie Espeset

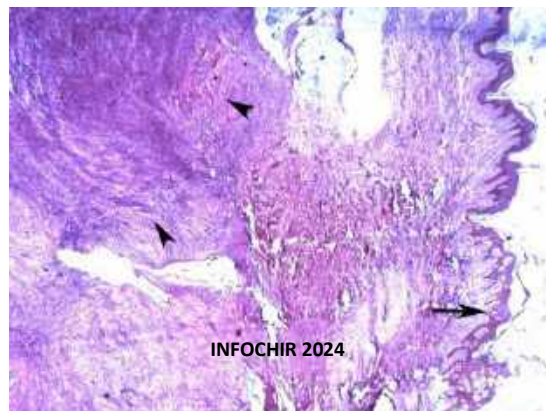
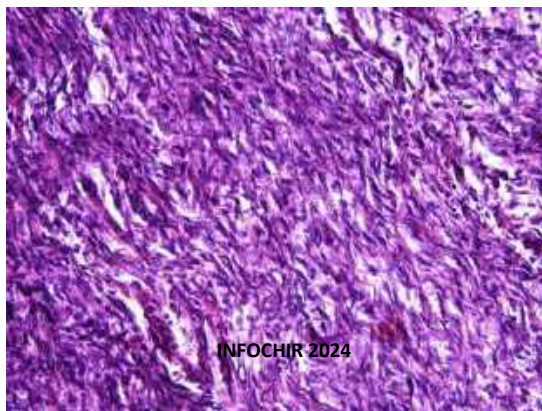
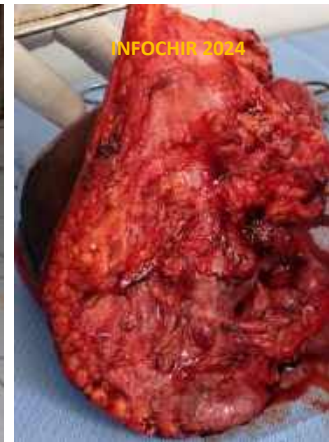
2.4.5.2

DERMATO FIBROSARCOME PROTUBÉRANT DE DARIER ET FERRAND



2.4.5.2 A : Dermato fibrosarcoma de Darrier Ferrand : Le dermato fibrosarcome protubérant (DFSP) est une tumeur cutanée rare qui se développe à partir des tissus mous. Sa cause de survenue est inconnue, mais on la relie à un traumatisme local, une cicatrice chirurgicale ou à une brûlure. Le DFSP se présente surtout chez les adultes, se localisant au tronc, aux membres et au cou. La tumeur se développe lentement, d'une papule anodine qui va évoluer en une large plaque indurée, composée de nodules multiples fermes et irréguliers. La masse protubère, devient énorme et peut s'ulcérer et saigner. Le/la malade souffre de sa présence et de ses complications évolutives. Une envahissement aux tissus sous-cutanés profonds est observé.

Beatriz Llombart, MD, Carlos Serra-Guillén, MD, Carlos Monteagudo, MD, PhD, José Antonio López Guerrero, PhD and Onofre Sanmartín, MD. Dermatofibrosarcoma protuberans: a comprehensive review and update on diagnosis and management Seminars in Diagnostic Pathology Volume 30, Issue 1, Pages 13-28. (Feb 2013) DOI: 10.1053/j.semmp.2012.01.002.



2.4.5.2 B Dermato fibrosarcome de Darier et Ferrand : Au début, le diagnostic différentiel se fera avec un dermato fibrome, un neurofibrome, une folliculite chéloïdienne, un mélanome malin. Des métastases à distance surviennent dans moins de 5 % des cas.

Une biopsie est essentielle au diagnostic définitif du DFSP. À l'examen ana pathologique, on peut objectiver une prolifération cellulaire dense, fusiforme, occupant le derme et envoyant de fins prolongements très profonds pouvant atteindre parfois l'hypoderme tout en respectant l'épiderme. L'atypie nucléaire permet de conclure à une tumeur fasciculée à cellules géantes de type léiomyome probable, présentant une malignité de bas grade ou de grade intermédiaire. L'étude immunohistochimique, révélant la présence de cellules fusiformes, oriente le diagnostic vers celui du DFSP.

Nedelcu I, Costache DO, Costache RS, Nedelcu D, et al. Darier-Ferrand Dermatofibrosarcoma Protuberans with Peculiar Aspect. BMMR. 2006;9(1):44–49. [Google Scholar]].



2.4.5.2 C Dermato fibrosarcome de Darier et Ferrand : La technique gold-standard est la « chirurgie micrographique de Mohs ». La résection tumorale se base sur l'analyse histopathologique extemporanée des marges de résection, permettant ainsi une conservation tissulaire optimale, tout en emportant tous les tissus infiltrés. L'appel se fera au chirurgien plastique pour couvrir les déficits. Cette technique est idéale pour les masses de la tête et du cou.

Dans les pays à ressources limitées, la chirurgie d'exérèse large est recommandée avec une marge de résection de 2 à 3 cm au-delà des limites de la tumeur en superficie et du fascia en profondeur. Le DFSP a un risque de récurrence local élevé.

La radiothérapie est utilisée comme adjuvant au traitement chirurgical. La chimiothérapie, essentiellement l'imatinib ou autre inhibiteur de la tyrosine kinase, est réservée pour les tumeurs métastatiques ou récidivantes.

Au total, le pronostic est conditionné par une malignité surtout locale. Son fort potentiel de récurrence, malgré des exérèses chirurgicales souvent larges, transforme cette lésion en une entité difficilement contrôlable sur le plan clinique.

Paradisi A1, Abeni D, Rusciani A, Cigna E, Wolter M, Scuderi N, Rusciani L, Kaufmann R, Podda M. Dermatofibrosarcoma protuberans : wide local excision vs. Mohs micrographic surgery. Department of Dermatology, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy. doi: 10.1016/j.ctrv.2008.06.002. Epub 2008 Aug

2.4.6 : LYMPHOMES

2.4.6.1 : LYMPHOME DE BURKITT CHEZ L'ENFANT



2.4.6.1.1 : Lymphome de Burkitt chez l'enfant : Le lymphome de Burkitt chez l'enfant est un sous-type de lymphome non hodgkinien (LNH) à lymphocytes B matures. Dans sa forme dite « endémique », il affecte des garçons de 6 ans et des jeunes adultes d'origine africaine. Le virus d'Epstein-Barr (VEB) est un facteur de risque connu.

La maladie se présente sous forme de tumeur à la mâchoire ou au massif facial qui évolue très rapidement. La région peut devenir œdémateuse et douloureuse. La maladie se propage à la moelle osseuse, au sang et au système nerveux.

La sonographie, le scanner orientent le diagnostic qui sera confirmé par la biopsie.

Le traitement est une chimiothérapie intensive utilisant une association d'agents chimio thérapeutiques dont le rituximab est le médicament ciblé. On peut faire aussi la prophylaxie du système nerveux central en injectant du méthotrexate dans le liquide céphalo rachidien.

<https://www.ellye.fr/burkitt>

2.4.6.3 : LYMPHOME DE HODGKIN (MALADIE DE HODGKIN)



2.4.6.3.1 A Lymphome de Hodgkin : Le lymphome de Hodgkin, cancer du système lymphatique, résulte de la transformation des cellules immunitaires lymphocytaires de type B en des cellules bi-nuclées de Reed-Sternberg. Elles grossissent, prolifèrent dans les ganglions lymphatiques.

On pense que la prédisposition génétique et des associations environnementales peuvent jouer un rôle dans le développement de la maladie, favorisant le déficit progressif de l'immunité cellulaire.

Les malades présentent une adénopathie cervicale, axillaire, inguinale indolore qui s'installe lentement et sans douleur et une lymphadénopathie semblable à celles qui peut se voir dans de nombreuses infections virales. Cependant, plus tardivement, on note une perte de poids, une fièvre de Pel-Ebstein, une fatigue, des sueurs nocturnes, une perte de l'appétit. Ces symptômes suggèrent la présence d'adénopathies profondes et une atteinte viscérale. La maladie s'aggrave encore lors du développement de masses tumorales compressives.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/lymphomes/lymphome-d-hodgkin>



2.4.6.3.1 B Lymphome de Hodgkin : Une biopsie d'un ganglion lymphatique périphérique permet d'objectiver les cellules de Reed-Stenberg. La radio du thorax, la TDM du thorax et abdomino-pelvienne, le PET scan sont nécessaires pour faciliter le *stading* (Lugano) de la maladie. Les ganglions médiastinaux sont biopsiés par médiastinoscopie ou par thoracoscopie.

Le traitement se fait par une polychimiothérapie avec ou sans radiothérapie, par chimio immunothérapie selon les caractéristiques de la maladie. Une autogreffe est nécessaire dans certains cas. Un suivi après traitement est instauré pour découvrir toute rechute.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/lymphomes/lymphome-d-hodgkin>

2.4.7 : MÉLANOME

2.4.7.1 MÉLANOME ACRAL



2.4.7.1.1 A : Mélanome acral : Le mélanome est un processus néoplasique produit par la transformation maligne des mélanocytes normaux. Le mélanome acral est un type de mélanome qui se développe au niveau des paumes, les plantes et les ongles. On invoque des facteurs favorisants (histoire familiale, nævi, bronzage, certains gènes). Le mélanome se présente sous la forme d'une lésion Asymétrique (A), à Bords irréguliers (B), de Coloration (C) inhomogène variable allant du brun au noir, d'un Diamètre supérieur à 6mm ou une augmentation de diamètre d'un naevus préexistant (D), et par l'Extension ou l'évolution permanente de la lésion (E). (ABCDE) Il est important de rechercher les ganglions inguinaux ou axillaires. La lésion augmente lentement de taille pendant parfois pendant des années pour s'infiltrer, prendre du volume et développer des nodules.

Abrégés Dermatologie, connaissances et pratiques/CEDEF, 2eme Ed, p 208, 209, 211.



2.4.7.1.1 B : Mélanome acral Au stade **invasif**, les cellules cancéreuses migrent par les voies lymphatiques et sanguines dans les ganglions de l'aîne et dans les poumons, le foie, les os, le cerveau, etc.

Un bilan paraclinique permettant de statuer sur le stade doit être effectué pour orienter le traitement et le pronostic. Le traitement curatif est l'exérèse chirurgicale respectant les marges de résection selon les critères de Breslow.

Le traitement adjuvant utilise soit un antinéoplasique comme l'Interféron alpha 2b, soit un vaccin comme le GM2 ganglioside, le M-Vax, le Canvaxine Melacine, ou la combinaison des deux. Le vaccin basé sur la GM2 ganglioside est souvent associé au bacille de Calmette Guérin BCG chez les patients au stade III.

Pour les métastases, La FDA a approuvé une combinaison de 2 molécules : La dacarbazine et l'interleukine 2. Toutefois une récente attention a été portée sur la Dacarbazine^R et le Cisplatine^R associés à l'interleukine 2 ou interféron alpha. D'autres agents cytotoxiques comme le Tamoxifen^R ont aussi été utilisés. Le pronostic est très réservé.

Improved survival in stage III melanoma patients with GM2 antibodies: a randomized trial of adjuvant vaccination with GM2 ganglioside. J Clin Oncol 1994;12:1036-1044 Livingston PO, Wong GY, Adluri S, et al.

2.5 : LYMPHOEDÈME

2.5.1 : LYMPHOEDÈME



2.5.1.1 : Lymphœdème : Le plus souvent au niveau des membres inférieurs s'observe un gonflement, probablement en rapport avec une stase lymphatique qui favorise l'accumulation de la lymphe en sous-cutané.

La position debout ou assise prolongée, une anomalie congénitale des vaisseaux lymphatiques, une gêne ou une atteinte ou une ablation de ganglions lymphatiques peuvent être liées au lymphœdème.

L'activité physique, quand cela est possible pour pallier les effets de la sédentarité, le drainage lymphatique manuel (massages), les bandages compressifs et les bas élastiques peuvent apporter une solution au problème.

<https://www.chuv.ch/fr/angiologie/ang-home/patients-et-famille/maladies-et-affections/maladies-des-lymphatiques/lymphoedeme>

2.5.2 : LYMPHŒDÈME DU BRAS POST CHIRURGICAL (GROS BRAS)



2.5.2.1 Lymphœdème du bras post chirurgical : Il s'agit d'une augmentation de volume du bras secondaire à une atteinte du système de drainage lymphatique survenant après l'ablation chirurgicale des ganglions de l'aisselle ou après radiothérapie.

Le risque de développer le lymphœdème est variable, dépendamment du **nombre de ganglions** enlevés lors de la chirurgie et de l'**intensité de l'irradiation thoraco axillaire**. Le lymphœdème peut être précoce ou tardif. Cliniquement, le bras enfle lentement, devient lourd et difficile à bouger altérant la qualité de la vie. La peau se durcit par accumulation de cellules graisseuses la rendant fragile à l'infection (érysipèle).

La prise en charge de base consiste en une **physiothérapie** décongestive complexe combinant le port de bandages peu élastiques, des exercices physiques, des séances de drainage manuel et des soins de la peau. Un support psychologique est nécessaire.

De plus, un ensemble de traitements nouveaux est disponible pour améliorer la morbidité de la pathologie.

<https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/lymphedema>

2.5.3 LYMPHOEDÈME PARASITAIRE - FILARIOSE



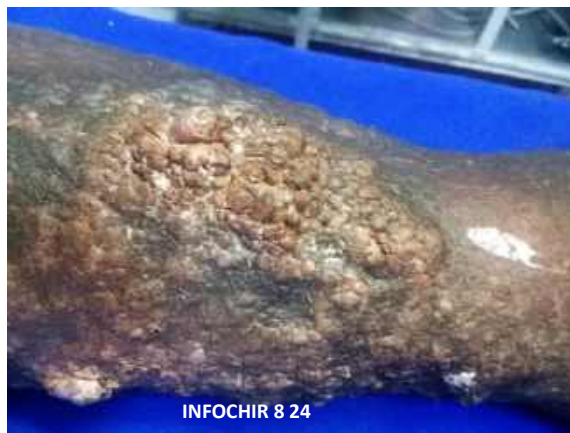
2.5.3.1 A Lymphœdème parasitaire, étiopathogénie : Il s'agit d'une complication évolutive de l'infection par un nématode (ver) parasite le *Wuchereria Bancrofti* qui est responsable de 90 % de la filariose lymphatique dans le monde. Un arthropode hématophage du genre *Culex*, anophèle ou aède pique et injecte le parasite lors d'un repas sanguin. La microfilaire se dirige alors vers le système lymphatique où elle va grandir pour devenir un ver adulte (macrofilaire) au bout de 6 à 12 mois. Une seule macrofilaire va rejeter dans le sang des milliers de microfilaires. L'infestation est telle qu'il se forme des niches de vers, visibles par ultrason et qui entravent la circulation lymphatique. Il s'ensuit une dilatation des vaisseaux lymphatiques, compromettant la fonction d'épuration du système lymphatique.

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/infections/infections->



2.5.3.1 B lymphœdème parasitaire, clinique : Une fois l'infection établie après 10 à 15 ans, les vers élisent domicile dans certaines régions du corps (bras, jambes, seins, reins, vulve et scrotum) provoquant un lymphœdème qui va évoluer en différents stades. Au début, il s'agit d'un simple lymphœdème découlant de l'entrave à la circulation lymphatique. La zone touchée augmente de volume mais ne prend pas le godet. La peau devient fragile. Toute écorchure ou éraflure cutanée facilite l'irruption de microbes exogènes lesquels vont déclencher une crise aiguë d'adéno-lymphangite. Le/la malade présente de la fièvre, des ganglions lymphatiques enflés, une douleur dans les membres et à l'aine. Si l'infection devient chronique, l'œdème peut devenir permanent et défigurant.

https://www.researchgate.net/figure/Evolution-du-lymphoedeme-filarien-Les-parasites-adultes-entraiment-une-dilatation_fig2_328015685



2.5.3.1 C Lymphœdème parasitaire chronique lichénifié : À des stades plus tardifs de chronicité, secondairement aux blocages lymphatiques par les filaires adultes vivantes ou mortes et aux blocages infectieux, la peau et les tissus sous-cutanés présentent des plis et des gonflements permanents. Les tissus s'épaississent, se durcissent (lichénification), présentent des nodosités, des végétations, des pustules résultats d'épisodes d'infections fongiques et bactériennes. Le/la malade présente de la douleur, des démangeaisons locales et de la gêne à la mobilisation du membre.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis>



2.5.3.1 D lymphœdème parasitaire géant - éléphantiasis : Le stade ultime est l'hypertrophie géante scléro-fibreuse des tissus sous-cutanées (pachydermie) qui aboutit à des difformités « monstrueuses » très handicapantes.

Le périmètre de marche des malades est très réduit. Les soins d'hygiène sont limités. Le poids, l'effet de masse et l'inconfort s'ajoutent aux effets de la maladie.

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=elephantiasis>



2.5.3.1 E lymphœdème parasitaire, paraclinique : La filaire se détecte au microscope. Le diagnostic repose sur l'identification des larves appelées microfilaries. La prise de sang a lieu la nuit (entre 10 h pm et 2 h du matin) dans les zones à périodicité nocturne. Durant cette période, les microfilaries gagnent, en effet, la circulation périphérique permettant ainsi le diagnostic. On peut aussi utiliser l'échographie qui permet de visualiser les vers adultes qui se déplacent dans les vaisseaux lymphatiques élargis : danse filarienne.

Il faut mentionner aussi les tests de détection rapide, de nature qualitative, permettant d'identifier soit l'antigène (par exemple, celui du *Wuchereria*) soit l'anticorps. Un prélèvement de sang est alors effectué par piqûre au bout du doigt, ceci à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Quant à l'anticorps, il témoigne de la résistance de l'organisme contre le parasite.





2.5.3.1 G : lymphœdème parasitaire, traitement : Le traitement médical conservateur est complexe. Il se compose d'une chimioprévention et de l'administration de masse de médicaments (albendazole (400 mg) seul ou associé à l'ivermectine (200 µg/kg) ou/et au citrate de diéthylcarbamazine (6 mg/kg) avec des indications bien précises).

Cependant, les malades nécessitent en plus, des soins généraux qui doivent être adressés aux épisodes d'adénolymphangite, au traitement de l'infection chronique et à un soin cutané méticuleux et quotidien.

Les parties gonflées peuvent diminuer de volume par une surélévation du membre et par des bandages élastiques compressifs.

La chirurgie est réservée aux cas d'éléphantiasis sévère du scrotum et aux grosses déformations des membres.

<https://www.cehjournal.org/article/elimination-de-lonchocercose-et-de-la-filariose-lymphatique/>

2.5.4 : LYMPHŒDÈME DU SEIN – PEAU D'ORANGE



2.5.4.1 Lymphœdème du sein – peau d'orange : La « peau d'orange » se rencontre dans le cancer inflammatoire du sein et les cancers très avancés, secondairement au blocage des vaisseaux lymphatiques de la peau du sein. Dans cette sorte de lymphœdème secondaire, les pores sont accentués, la peau a un aspect capitonné au niveau d'un sein chaud, rouge, douloureux, qui a augmenté rapidement de volume et qui a des changements au niveau du mamelon. À l'examen, on peut déceler ou pas de masse intra mammaire. La région axillaire est examinée à la recherche d'adénopathies.

Le diagnostic paraclinique et le traitement sont conformes au protocole de prise en charge des cancers du sein aux stades 3b et 4.

<https://www.healthline.com/health/breast-cancer/peau-d-orange#diagnosis>

2.6 CICATRICES ANORMALES

2.6.1 AÏNHUM (dactylose spontanée)



2.6.1.1 Aïnhum : La dactylose spontanée vraie, de cause inconnue, est associée à une bande de constriction progressive qui se développe autour de la portion proximale du 5^e orteil chez des sujets d'ascendance africaine. Cela aboutit à une amputation spontanée de l'orteil. L'aïnhum peut être associé à des kératodermies acrales.

On note localement une bande kératosique qui sépare les tissus et qui peut affecter l'os sous-jacent. Le traitement est chirurgical et consiste en une plastie en Z ou une amputation.

https://www.researchgate.net/publication/309218427_Ainhum_aspects_cliniques_radiographiques_et_therapeutiques_a_propos_de_3_cas

2.6.2 BRIDES AMNIOTIQUES



2.6.2.1 Bride amniotique : La bride amniotique constrictive fait partie d'un ensemble de malformations congénitales qui peut affecter les membres, le crâne et la face ainsi que le thorax et l'abdomen. La constriction fibreuse peut être en rapport avec la rupture précoce de l'amnios ou avoir une origine vasculaire.

La maladie peut être découverte au cours de la grossesse sur la base de constrictions unilatérales au niveau de membres ou de malformations asymétriques au niveau du tronc.

À l'examen clinique, au niveau d'un membre, on peut trouver un sillon cutané de striction unilatérale qui enserre les tissus et coupe la circulation pouvant provoquer un lymphœdème et une ischémie distale.

La résection anténatale d'une bride associée à une stricture isolée d'un membre par foëtoscopie est recommandée ainsi qu'une plastie en Z du sillon de constriction après la naissance.

<https://shs.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2018-2-page-120?lang=fr>



2.6.3.1 : cicatrices hypertrophiques : On incrimine une *surproduction de collagène dans la peau* comme cause de ces cicatrices. Au cours du processus de guérison d'une plaie, à la phase de reconstruction, le tissu fibreux se densifie et accroît le volume de la plaie.

La cicatrice est dure, parfois gênante et mais est circonscrite à la plaie.

On peut essayer l'application de crèmes, de pansements compressifs mais on a recours à la chirurgie pour enlever l'excès de tissus fibreux dans la plaie. La récurrence est possible.

Une autre option est d'utiliser une projection d'un type de laser CO2 pour brûler l'excès de tissus fibreux.

<https://www.crpce.com/peau/cicatrices/cicatrices-hypertrophiques>

2.6.4

BRIDES RÉTRACTILES POST BRÛLURES



2.6.4.1 A Brides rétractiles post brûlures : Elles font partie des séquelles cutanées majeures du traumatisme cutané thermique, à côté des cicatrices hypertrophiques, des chéloïdes, des palmures et de la greffe néoplasique ou « ulcère de Marjolin ».

Elles affectent souvent des victimes jeunes qui ont été brûlées à domicile. Les facteurs qui influencent sur la survenue et la gravité de ces brides sont : l'agent responsable, la localisation, le degré et l'étendue de la brûlure, le terrain chéloïdien du sujet, le besoin de position antalgique, la qualité de la prise en charge, la durée d'obtention de l'épidermisation, la qualité des interventions et de la physiothérapie effectuées sur le siège de la brûlure et la nutrition.

Ces séquelles redoutables s'installent lentement, exposant le/la malade à des troubles fonctionnels (dus aux douleurs, au prurit, aux raideurs, à la gêne, à l'hyperesthésie cutanées, à la fragilité cicatricielle) et esthétiques (dyschromies, rétraction, déformation, luxation articulaire).

N. Chafiki, J. Fassi Fihri, et E.H. Boukind; Les Séquelles de brûlures: Épidémiologie et traitements ; Ann Burns Fire Disasters. 2007 Sep 30; 20(3): 129–136. Published online 2007 sept. 30. French.



2.6.4.1 B Brides rétractiles post brûlures : L'arsenal thérapeutique chirurgical comprend les autoplasties locales, les greffes de peau totale, les lambeaux cutanés ou fascio-cutanés et le derme artificiel.

Cependant, la chirurgie ne remplace pas « une bonne prise en charge initiale de brûlure avec un programme efficace de prévention des séquelles ». (Joiucdar S et al. 2001). « Les interventions de reconstruction et de réparation n'interviennent qu'APRÈS la maturation des cicatrices en faisant appel aux techniques de base de la chirurgie plastique » (Zilliox, 2019), exception faite pour le recouvrement ou la libération d'un organe noble, par exemple les rétractions palpébrales ; et les ectropions qui peuvent apparaître très rapidement au cours du premier mois.

Xilliox Remy, Séquelles post brûlures, Info CHIR/RHCA no 28, page 15, juillet 2019

2.7 : INFECTION

2.7.1 BACTÉRIENNE

2.7.1.1 CELLULITE



2.7.1.1 Cellulite : La cellulite bactérienne est une inflammation cutanée sévère, secondaire à une effraction de la peau. Le *S. pyogenes* et le *S. aureus* sont plus souvent incriminés comme agents pathogènes. La porte d'entrée peut être de cause diverse (morsures d'animaux, abrasions, plaies, mycoses, lymphœdème, etc).

La région présente les signes de Celse et peut s'associer à une lymphangite. Des pustules peuvent se former ainsi qu'une nécrose de la peau libérant une décharge sero-purulente. Le/la malade ressent de la fièvre, des frissons et une altération de l'état général. Le diagnostic clinique peut être confirmé par une hémoculture ou une culture de tissus au besoin.

L'antibiothérapie est ajustée selon la cause, le degré de gravité de la cellulite, les facteurs de risque d'aggravation et de récurrence.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-cutan%C3%A9es-bact%C3%A9riennes/cellulite>

2.7.1.2 LYMPHANGITE



2.7.1.2.1 Lymphangite : Dans la lymphangite, une infection à streptocoques ou à mycobactéries se développe dans les canaux lymphatiques des membres, du sein, etc. Elle est souvent précédée par une plaie cutanée qui se complique de cellulite. La région présente des signes d'inflammation, peut présenter un lymphœdème et des stries érythémateuses sous-cutanées qui s'orientent vers la racine de l'organe où on palpe des adénopathies douloureuses.

Du point de vue systémique, la lymphangite s'accompagne d'une altération plus ou moins accentuée de l'état général, dépendamment de la gravité, mais avec fièvre, frissons et tachycardie. La lymphangite peut suppurer et la peau en regard peut s'ulcérer et se nécroser. La maladie en général répond bien au traitement antistreptococcique ou antimycosique en même temps que la cellulite ou le lymphœdème sont pris en charge. En cas d'ulcération et de nécrose, les plaies sont débridées. La granulation est encouragée pour supporter une greffe de peau mince ou pour permettre une cicatrisation par deuxième intention.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-cutan%C3%A9es-bact%C3%A9riennes/lymphangite>

2.7.1.4: ANGINE DE LUDWIG (angina ludovici)



2.7.1.4 A Angine de Ludwig : À point de départ odontogène, une infection grave des espaces sous-maxillaires par des streptocoques ou des staphylocoques entraîne une cellulite extensive des tissus qui peut atteindre le cou. Le/la malade présente un tableau septique avec une induration des tissus mous sus, sous-hyoïdiens et du cou, un trismus, une dysphagie, un stridor. On peut observer des fistules et une nécrose cutanée extensive.

msdmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/pathologies-de-la-cavité-orale-et-du-pharynx/



2.7.1.4 B Angine de Ludwig : La clinique est suffisamment évocatrice pour prescrire le maintien de la perméabilité des voies respiratoires, une antibiothérapie à forte dose active sur les bactéries anaérobies et aérobies, une incision/débridement et drainage large. La plaie guérit par seconde intention ou par greffage.

https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-du-nez-de-la-gorge-et-de-l%E2%80%99oreille/troubles-de-la-bouche-et-de-la-gorge/infection-de-l-espace-sous-maxillaire

2.7.1.5 BOTRYOMYCOME



2.7.1.5.1 A Botryomycome : Le Botryomycome encore appelé **granulome télangiectasique pyogénique** est une tumeur, vasculaire inflammatoire bourgeonnante bénigne, saignant facilement, de couleur rouge vif, qui apparaît à la suite d'une petite plaie. Il se rencontre souvent sur les doigts, les ongles (ongle incarné), les lèvres, la langue, le cuir chevelu, la gencive, le coude. C'est une affection qui est due à une infection par des staphylocoques réunis en grappe et apparaissant sous forme de kyste. Il apparaît parfois sur une plaie irritée ou après un traumatisme. On trouverait une association avec l'augmentation de l'expression de certains facteurs (p-ATF2, pSTAT3, p53).

J. De WIT, On the pathogenesis of granuloma pyogenicum, Faculté de médecine, Campus des sciences médicales, Rue de Damas – Beyrouth.



2.7.1.5.1 B Botryomycome : L'image histologique est celle d'un bourgeon charnu qui, n'étant qu'en partie épidermisé, est recouvert d'un exsudat fibrino-leucocytaire et qui comporte une prolifération de capillaires néoformés dans un stroma plus ou moins œdémateux et infiltré de cellules inflammatoires (hémangiome hyperplasique).

Le diagnostic différentiel est à faire avec le mélanome. Il est possible d'assister à des récives localement surtout quand le traitement est insuffisant.

Le traitement est chirurgical (ablation) ; mais sa destruction est également possible par électrocoagulation, cryothérapie ou laser au gaz carbonique.

Wauters O, Sabatiello M, Le Botryoycome, Service de DermatologieCHU de Sart Tilman, Liege 2009

2.7.1.6 : ABCÈS CHAUDS - COLLECTIONS

2.7.1.6.1 ABCÈS CHAUD CUTANÉ



2.7.1.6.1.1 Absès chaud cutané : Il s'agit d'une collection de pus de la peau résultante d'une pullulation bactérienne locale, à partir des germes de la flore cutanée (staphylocoque, streptocoque). On recherche un antécédant d'effraction de la peau, avec ou sans corps étranger, des conditions d'hygiène douteuse, un système immunitaire affaibli, le diabète.

La collection se présente sous forme d'une masse avec des signes de Celse, qui grossit et développe une cellulite en périphérie. La peau en regard se tend, se flétrit et peut se rompre spontanément en libérant du pus. Une adénopathie régionale peut être notée.

Des localisations telles au niveau du visage, du cou, de la main, du sein, en péri anal ou près de gros vaisseaux méritent une attention particulière.

Sous anesthésie locale ou sous sédation dépendamment de l'indication, l'abcès est incisé et vidé, avec ou sans exploration au doigt, avec ou sans lame de drainage. Une antibiothérapie contre le SARM peut être nécessaire.

<https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CG/francais/abces-cutane-18484448.html>

2.7.1.6.2 ABCÈS CHAUD CHEZ LE DIABÉTIQUE



2.7.1.6.2.1 A Abscès chaud chez le diabétique : Les patients diabétiques développent souvent des infections bactériennes et fongiques aiguës de la peau. L'hyperglycémie élevée, non contrôlée, les altérations de l'immunité, sont citées parmi les causes de ces infections.

Elles s'installent parfois sans raison apparente. Les cellulites deviennent rapidement des abcès et nécessitent une prise en charge urgente avant la dégradation de l'état général.

Le traitement doit être agressif. Après prélèvement pour analyse bactériologique et antibiothérapie, les abcès sont drainés et débridés chirurgicalement. Il est à noter que ces infections peuvent être sévères et guérissent lentement.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6620065/>



2.7.1.6.2.1 B Abscès diabétique géant : Dans des circonstances particulières, surtout dans des zones aux ressources limitées, des malades diabétiques ne bénéficient pas en urgence de soins qui nécessitent leur état. Des infections mineures de la peau ont le temps de passer du stade de cellulite, à ceux d'abcès et de phlegmons de grande envergure. Les collections dissèquent les plans sous cutanés et peuvent nécroser de grandes surfaces en superficie et en profondeur.

Les malades peuvent être en acidocétose diabétique sévère et doivent bénéficier d'une réanimation vigoureuse comprenant une antibiothérapie systématique ajustée en fonction de l'antibiogramme, en même temps que les abcès et phlegmons doivent être drainés et débridés largement.

Le pronostic peut être réservé selon la gravité de la situation.

2.7.1.6.3 : ABCÈS FESSIER



2.7.1.6.3.1 Abscès fessier : Des conditions d'hygiène corporelle déficiente, de décubitus, de traumatisme fessier (injections, plaies par arme blanche ou par balle) et des furoncles peuvent altérer la peau et favoriser la progression et la diffusion d'un processus infectieux qui aura tendance à s'abcéder plus rapidement chez un patient immunodéprimé (diabète, cancer) et grabataire.

Le patient souffre de douleurs insomniantes au niveau de la fesse qui présente une peau tendue et luisante. Un orifice d'écoulement spontané peut être noté. Le/la malade est septique et l'état général est altéré. Localement, il faut craindre une fasciite nécrosante.

Le traitement de réanimation est complété par une prise en charge chirurgicale faite d'incisions, d'évacuation du pus, de nécrosectomie et de méchage sous anesthésie locale ou générale.

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/abces-de-la-fesse>

2.7.1.6.4 : ABCÈS SUPERFICIEL PÉRINÉAL



2.7.1.6.4.1 Abscès superficiel périnéal : L'abcès superficiel périnéal provient de l'infection des tissus périanaux et vulvaires. L'hygiène douteuse, les plaies, le diabète, l'immuno-déficience, les fistules anales, les cancers anorectaux perforés et nécrosés favorisent la dissémination de l'infection aux tissus périnéaux et fessiers.

L'abcès se manifeste par des douleurs importantes du périnée associées à un état septique et altéré. La zone périnéale est tuméfiée. Les collections purulentes gagnent les fesses.

Un examen approfondi des tissus périnéaux et un scan abdomino-pelvien peuvent objectiver la présence et l'extension de lésions infectieuses, tumorales, nécrotiques, source de l'abcès.

La lésion primaire est investiguée et prise en charge. Le/la malade est réanimée. Des incisions sont réalisées au niveau des zones de fluctuation suivies du vidage des poches d'abcès, de nécrosectomie et de drainage au Penrose ou par méchage.

Le pronostic dépend de la nature de la lésion initiale.

2.7.1.6.5 : ABCÈS FACIAL (MAXILLAIRE)



2.7.1.5.5 Abscess infectieux de la joue : Un abcès endodontique d'origine molaire, négligé, peut évoluer vers une cellulite diffuse gravissime.

Cette situation se rencontre chez les sujets en santé précaire (PV-VIH, diabète, toxicomanie, cardiopathie, éthylisme, immunodépression) et en situation socio-économique défavorable.

À ce stade, les malades présentent un état général très altéré avec de la fièvre, de la dysphagie et un trismus. Une cellulite d'abord séreuse se développe en regard de l'affection dentaire, puis devient suppuré pour se fistuliser à la peau.

Sous couverture antibiotique, la prise en charge locale doit être associée à un drainage spécifique de la collection maxillaire.

<https://www.dentaire365.fr/wp-content/uploads/2017/06/cli-d180.pdf>

2.7.2 : TUBERCULEUX - SCROFULODERMES - ABCÈS FROID

2.7.2.1 LYMPHADÉNITE TUBERCULEUSE OU ÉCROUELLES



2.7.2.1.1 A Lymphadénite tuberculeuse : C'est une lésion tuberculeuse qui affecte les ganglions lymphatiques de différentes parties de l'organisme et fait partie du syndrome de tuberculose primo-secondaire. Dans le cas de la localisation cervicale et sus-claviculaire, elle est due à la propagation des germes à partir d'un foyer intrathoracique. Les ganglions atteints se gonflent progressivement et se présentent sous forme de nodules sous-cutanés indolores et fermes qui, dans leur évolution, peuvent atteindre la peau sus-jacente, pour former des cratères ulcéreux et des fistules de drainage. Le diagnostic clinique est renforcé par les trousses du test cutané à la tuberculine, du cliché du thorax, de l'analyse microscopique et la culture des prélèvements. Cependant, des résultats négatifs n'excluent pas la tuberculose. Dans ces cas, il faut envisager la biopsie et l'étude histopathologique, entre autres. Le traitement anti-TB doit être institué selon le protocole établi.

Rasmané Béogo, Noraogo Emile Birba, Toua Antoine Coulibaly, Ibraïma Traoré et Kampadilemba Ouoba ; Présentations de l'adénite tuberculeuse de la tête et du cou au CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; Pan Afr Med J. 2013; 15: 131; Published online 2013 août 10. French. DOI : 10.11604/pamj.2013.15.131.2919; PMID : PMC3852509 ; PMID: 24319521



2.7.2.1.1 B Lymphadénite tuberculeuse évoluée : À ce stade, les amas ganglionnaires se transforment en une grosse masse inflammatoire et douloureuse. Un abcès froid se forme qui tend la peau sus-jacente, la dévitalise pour se rompre. Dans ces cas, l'abcès froid peut se surinfecter. En plus du traitement anti-bacillaire, la prise en charge consiste en l'administration d'antibiotiques associées au drainage et au débridement chirurgical.

2.7.2.2 TUBERCULOSE CUTANÉE



2.7.2.2.1 Tuberculose cutanée est un abcès froid qui est secondaire à une extension à distance d'un foyer tuberculeux situé à proximité. Les ulcères cutanés communiquent avec le foyer principal par des voies sinusales.

Il faut rechercher les autres atteintes et instituer le traitement anti-bacillaire. La guérison spontanée est souvent obtenue.

H. Benchikhi, S. Chiheb Tuberculose cutanée - -Doi : 10.1016/So246-0319(14)63602-5; Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, 6, rue Lahssen-Elaarjoun, Casablanca, Maroc ; 24/11/14 ; [98-360-A-10]

2.7.2.3 TUBERCULOSE MAMMAIRE



2.7.2.3.1 A Tuberculose mammaire : Elle découle de la contamination de la glande mammaire par le Mycobacterium tuberculosis chez la femme en période d'activité génitale. Le diagnostic de mastite tuberculeuse doit être suspecté devant des abcès mammaires récidivants notamment chez des femmes vivant en zones d'endémie. La lésion initiale, appelée tubercule, subira en son centre une nécrose caséuse. La TM a été classifiée en trois catégories : nodulocaséuse (indolore), disséminée (simulant un cancer) et sclérosante (abcès mammaire).



2.7.2.3.1 B Tuberculose mammaire : Le diagnostic positif est établi par les critères histologiques de la biopsie d'un nodule ferme ou fistulisé du sein qui objectivent la présence de follicules épithélogiganto cellulaires entourant des plages de fibrose et de nécrose caséuse.

Le traitement médical consiste en une polychimiothérapie anti-TB. Il est associé à la chirurgie, si nécessaire, qui consistera en l'incision et/ou excision des abcès et mastites résiduelles résistantes au traitement.

Tariq Bouhout, Badr Serji, Ebo Usman Egyir, Benyounes El amri,¹ Imad Bouhout,¹ Mehdi Soufi,¹ Mohammed Bouziane et Tijani El harroudi; Tuberculose mammaire: à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2017; 28: 183. Published online 2017 oct. 27. French. DOI : 10.11604/pamj.2017.28.183.10742; PMID: 2959988.

2.7.2.4 TUBERCULOSE DU GANGLION DE L'ESPACE SUS STERNAL



2.7.2.4.1 Tumeur caséuse de l'espace supra sternal : L'espace supra sternal contient normalement du tissu cellulo-graisseux, la jonction transversale des veines jugulaires antérieures et un ganglion lymphatique. Ce ganglion peut être le siège d'une tuberculose extra pulmonaire seule ou avec d'autres localisations. Une masse indolore se forme, croît progressivement sans fistulisation. Elle atteint un volume variable jusqu'à son exérèse qui constitue le traitement local.

2.7.3 : VIRALE

2.7.3.1 CONDYLOMES ANO GÉNITAUX EXTERNES



2.7.3.1.1 Condylomes : Ce sont des verrues génitales externes bénignes, appelées aussi papillomes viraux. Ces excroissances cutanées sont liées à l'infection de la peau par un virus appelé « human papillomavirus » (HPV 6, 11). Sexuellement transmissibles, ces lésions se trouvent sur le prépuce, le pénis, le scrotum, la région anale chez l'homme et sur la vulve, le périnée, la région anale chez la femme.

On en distingue trois types (acuminés, papuleux et plans) qui peuvent être associées à des condylomes au niveau du col utérin et du canal anal. Leur présence évidente nécessite un frottis cervico-vaginal, une urétroscopie et une anoscopie.

La prise en charge associe l'application sur les condylomes de podophyllotoxine à 25 %, d'acide trichloracétique à 80 % et de 5-fluorouracile à leur exérèse chirurgicale et/ou à la cryothérapie, au laser CO et à l'électrocoagulation. Un vaccin prévient la survenue de la maladie. La récurrence après traitement est élevée. Il faut rechercher systématiquement d'autres MST.

<https://www.dermatonet.com/fiche-dermatonet-verrues-condylomes.htm>

2.7.3.2 CONDYLOMES ACUMINÉS



2.7.3.2.1 Condylomes acuminés : Ces condylomes se présentent sous forme de végétations vénériennes, exophytiques, en « crêtes de coq », papules charnues de couleur peau qui peuvent avoir une apparence de chou-fleur. Ils se retrouvent au niveau de la vulve, en intra vaginal, au niveau du col chez la femme ; autour de l'anus, dans le canal anal chez l'homme.

L'anoscopie et le frottis cervical sont indispensables comme complément d'examen.

Il est à craindre que ces lésions augmentent en nombre et en taille et peuvent évoluer vers le carcinome épidermoïde, présentant alors des saignements, des ulcérations. Leur développement important, couvrant toute la zone ano-génitale, doit faire penser à la tumeur de Buske Löwenstein. Le traitement utilise une combinaison d'application locale de nombreuses pommades avec à la destruction physique systématique des lésions visibles et l'excision chirurgicale.

<https://www.revuegenesis.fr/condylomes-acumines-prise-en-charge-et-options-therapeutiques/>

2.7.3.3 TUMEUR DE BUSKE LÖWENSTEIN



2.7.3.3.1 Tumeur de Buske Löwenstein : La tumeur de Buske Löwenstein ou Condylome Acuminé Géant (CAG) est une prolifération pseudo-épithéliomateuse, du groupe des carcinomes verruqueux, causée par le Papilloma Virus Humain (PVH 6, 11), sexuellement transmissible et qui se développe surtout au niveau des zones ano-génitales.

Ces lésions sont fréquentes chez les homosexuels et les immunodéprimés. De volumineuses végétations en chou-fleur, suintantes, mal odorantes se développent sur le gland et la région périnéo-anale chez l'homme ou des grandes lèvres, le périnée et l'anus chez la femme. La forme laryngée se voit chez les enfants après contamination au cours de l'accouchement et chez l'adulte après contact orogénital. Ces lésions s'accompagnent de prurit intense, source d'hémorragie et d'infection, peuvent s'ulcérer et se fistuliser.

Le bilan lésionnel doit être complété par un examen clinique approfondi, une sérologie et une imagerie appropriée.

L'application d'acide bichloroacétique ou de podophylline à 25 % sur les lésions est associée à leur exérèse chirurgicale large. Elles peuvent être aussi traitées par électrodessiccation et cryochirurgie. Le taux de récurrence est élevé et l'évolution vers un carcinome spinocellulaire est observée.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000344010600026X>

2.7.3.4 SARCOME DE KAPOSI ÉPIDÉMIQUE



2.7.3.4.1 Sarcome de Kaposi épidémique : C'est une des formes de sarcome de Kaposi qui est liée à l'infection par le VIH dans une population où l'HHV8 est très endémique. L'infection est favorisée par les contacts sexuels et se transmet de la mère à l'enfant et d'un enfant à un autre.

Les personnes atteintes présentent des tumeurs sous forme de tache, de nodules disséminées, au niveau de la peau, des ganglions et des viscères.

Des examens de routine dans le cadre du VIH sont effectués de même qu'une biopsie des lésions.

Un traitement antirétroviral seul ou appuyé par d'autres médicaments est nécessaire pour stabiliser la maladie dont le pronostic est très réservé.

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutan%C3%A9s/cancers-de-la-peau/sarcome-de-kaposi>

2.7.4 : PARASITAIRES

2.7.4.1 TUNGOSE OU PUCE-CHIQUE



2.7.4.1.1 A Tungose : La tungose est une ectoparasitose tropicale due à la pénétration dans la peau de la femelle gravide d'un phlébotome nommé *Tunga Penetrans*. Elle pond et meurt *in situ*, pour laisser un tissu ulcéré, susceptible d'être surinfecté par d'autres agents pathogènes, entraînant la formation de pustules, d'ulcérations, de lymphangites, de gangrènes gazeuses, de tétanos et de septicémie. Les facteurs de risque sont des habitats pauvres, des moyens socioéconomiques précaires, un manque d'eau potable. L'homme et les animaux sont les hôtes habituels, mais le réservoir est essentiellement constitué par les animaux.



2.7.4.1.1 B Tungose : Le traitement consiste à l'extraction mécanique et aseptique des parasites. Dans les formes compliquées, on peut avoir recours à des bains de pieds au lindane dilué, à des antiseptiques locaux, des anti parasitaires et même à une antibiothérapie en cas d'infection secondaire. La prophylaxie repose sur le port de chaussures fermées et une bonne hygiène des pieds, le cimentage des maisons ou plus simplement l'aspersion des sols de malathion.

Shesly Jean-Louis ; Problématique de la prise en charge de la tungose en Haïti. RHCA no 6, p 11-13, 2012.

2.7.4.2 : MYASE CUTANÉE



2.7.4.2.1 A Myase cutanée : Des larves de mouches de type diptères infestent des plaies ouvertes chez les personnes dont les conditions de vie favorisent le manque de soins généraux et aussi au niveau de leurs plaies.

Les larves croissent dans les tissus nécrosés et envahissent les tissus sains provoquant du prurit, des douleurs locales et des perceptions de présence locale. La plaie est gonflée, sanieuse, émet un écoulement séro-sanguinolent. Les larves peuvent être visibles dans les parties ouvertes de la plaie.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-parasitaires-cutan%C3%A9es/myiase-cutan%C3%A9e>



2.7.4.2.1 B Myase cutanée : Le traitement inclut une prise en charge générale du sujet, les soins appropriés de la plaie et une éradication de la myase. Des méthodes d’occlusion de la plaie forcent les larves à se rapprocher de la surface ce qui favorise leur extraction manuelle. Les larves mortes doivent être enlevées dans la profondeur des tissus. L’invermectine par voie orale peut être administrée en dose unique.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-parasitaires-cutan%C3%A9es/myiase-cutan%C3%A9e>

2.7.5 : FONGIQUE – ACTINOMYCOSIQUE

2.7.5.1 : MYCÉTOME OU PIED DE MADURA



2.7.5.1.1 Mycétome : Le pied de Madura est une maladie infectieuse chronique du pied par envahissement destructeur de toutes ses structures. On invoque une inoculation de champignons ou de bactéries dans les tissus à partir d’une plaie banale.

Les jeunes adultes en situation socio-économique précaire, dans les pays en développement, marchant les pieds nus en seraient les plus affectés.

Le pied devient difforme et présente une masse perforée de multiples fistules laissant s’écouler des écoulements contenant des grains. Le caractère indolore de la maladie permet son évolution lente et sournoise aboutissant à une destruction complète du pied. Une flambée d’infection peut provoquer une septicémie.

La clinique est évidente mais la biopsie permet d’examiner et de cultiver les grains pour confirmer le diagnostic. Par l’imagerie, on évaluera l’étendue des destructions pour orienter le traitement médical et la chirurgie. Le risque d’amputation est élevé.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mycetoma>

À SUIVRE