

**BURKINA FASO**  
**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR**  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA  
SANTE (UFR/SDS)/SECTION MEDECINE**

*Année Universitaire 2011 - 2012*

**Thèse N° 017**

**APPORT DE L'HISTOLOGIE CUTANEE DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES A OUAGADOUGOU**

**A propos de 501 cas colligés en 11 ans (2000 – 2010)**

**Thèse présentée et soutenue publiquement le 13 Février 2012**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**Par**

**KONSEGRE Valentin, Interne des Hôpitaux du Burkina**

**Né le 15 Septembre 1981 à Bouré (Burkina Faso)**

**Directeur de thèse :**

Pr. Ag. Fatou TRAORE - BARRO

**Co-directeur de thèse :**

Dr Assita LAMIEN - SANOU

**Président du jury :**

Pr Théodore OUEDRAOGO

**Membres du jury :**

Pr Ag. Emile BANDRE

Dr Boblewendé SAKANDE

Dr Assita LAMIEN - SANOU

Dr Patrice TAPSOBA

# DEDICACES

## **In memoriam**

A mon père, KONSEGRE Kayaba Barthélémy ; tu restes mon repère et ton souvenir ma source de réconfort. Instituteur, tu voulais que je sois comme toi, ou militaire. Aujourd'hui, j'ai choisi la profession de soignant. J'espère que ce choix te convient. Trouve à travers ce travail l'expression de ma gratitude pour tout ce que tu as été pour moi.

A ma sœur Odette, arrachée brutalement à notre affection dans la fleur de l'âge ; tu restes dans nos cœurs et dans nos pensées de tous les jours.

Que Dieu Tout-Puissant vous accueille dans sa demeure.

## **Je dédie ce travail ...**

A ma mère KAFANDO Nopoko Célestine. Les mots ne suffisent pas pour te traduire mon amour et ma reconnaissance pour ce que tu as été pour moi jusqu'à ce jour. Merci pour tout ; ce travail est le tien. Tu restes le socle de notre union, mes frères et moi. Puisse Dieu te donner longue vie parmi nous.

A mes frères et à mes sœurs Anne, Théodore, Hortense, Benoît, Constantin, Pascaline, Alexandre. Ce travail est le vôtre. Puisse Dieu nous donner de nous aimer et de rester toujours unis.

A Awa ; trouve ici l'expression de ma reconnaissance pour ton soutien et ta compréhension ; que Dieu nous aide à réaliser nos projets.

A mes parents : Ima Joseph, Zinaba Lissané, Ima Harouna, Ima Raogo André, Kaboré Denis.

A mon meilleur ami et promotionnaire Tapsoba W. Toussaint, D.E.S. de chirurgie pédiatrique. Que Dieu nous donne de rester ensemble et de renforcer notre amitié ; qu'il donne à chacun de réaliser son projet.

A mes promotionnaires internes des hôpitaux du Burkina Faso :

Ouattara Adama, Ouédraogo Emile, Kaïn D. Paul, Sawadogo Oumarou, Zongo Nayi, Méda N. D. Stanislas, Zida Adama, Ouédraogo Souleymane, Traoré Lamoussa Osara, Dao S. B. Aziz, Ouédraogo Richard, Yaogo Ahmed, Yaro Boubié, Fofana Souleymane, Sangaré Ibrahim.

# REMERCIEMENTS

## **Merci...**

Au Pr Bobilwindé Robert SOUDRE

Au Pr Olga Mélanie LOMPO épouse GOUMBRI

Au Pr Agrégé Fatou TRAORE épouse BARRO, pour sa disponibilité à diriger ce travail, malgré ses multiples occupations. Que Dieu vous bénisse et vous comble au delà de vos attentes.

Au Dr Assita Mélanie LAMIEN épouse SANOU, pour sa disponibilité à codiriger ce travail, malgré ses multiples occupations. Que Dieu vous bénisse et vous comble au delà de vos attentes

Au Dr Patrice TAPSOBA, dermatologue au CHU-YO, pour son soutien inestimable à la réalisation de ce travail ; merci, cher aîné, pour vos précieux conseils. Que Dieu vous bénisse

Au Dr Boblewendé SAKANDE

Au Dr Norbert RAMDE

Au Dr Franck IDO

A tous les agents du service d'anatomocytopathologie et de médecine légale du CHU-YO, en particulier le surveillant d'unité technique

A tous les agents du service de Dermatologie du CHU-YO

A tous les agents des polycliniques SANDOF et PHILADELPHIE

**A NOS MAITRES ET  
JUGES**

**A notre Maître et Juge, monsieur le Professeur Agrégé**

**Théodore OUEDRAOGO**

Vous êtes : Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie Humaine et

Organogénèse à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Ancien Interne des Hôpitaux de Dakar

Officier supérieur de l'armée burkinabè

Chirurgien chef de la Polyclinique Notre Dame de La Paix

Président de la société Burkinabè de Chirurgie (SOBUCHIR)

Cher maître, nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de ce modeste travail, malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos encadrements théoriques dans notre cursus de formation, notamment en 1<sup>ère</sup> et en 2<sup>ème</sup> année de Médecine. Vos grandes qualités scientifiques et pédagogiques, votre dévouement pour la formation des étudiants sont unanimement loués et font de vous un maître admiré et respecté, qui fait la fierté de notre UFR. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre profonde admiration et nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de thèse, madame le Professeur Agrégé  
Fatou TRAORE – BARRO**

Vous êtes : Dermatologue – Vénérologue

Maître de Conférence Agrégé de Dermatologie et Vénérologie  
à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Chef du service de Médecine et Spécialités Médicales de l'Hôpital  
National Blaise Compaoré

Cher Maître, vous avez été pour nous un guide exemplaire dans la réalisation de ce travail. Vos qualités humaines, vos compétences scientifiques, votre rigueur et votre amour du travail bien fait, font de vous un maître respecté. Votre disponibilité nous a permis de mener à terme ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Juge, monsieur le Professeur Emile BANDRE**

Vous êtes : Maître de Conférence Agrégé de Chirurgie Pédiatrique

à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Ancien Interne des Hôpitaux de Ouagadougou

Chef de service adjoint de l'unité de Chirurgie Pédiatrique du CHU-

Pédiatrique Charles De Gaulle

Chers maître, nous sommes très honorés de vous compter dans le jury de notre thèse. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos encadrements théoriques et pratiques au cours de notre cursus de formation. Votre rigueur au travail, votre sérieux et vos qualités humaines suscitent en nous un désir d'identification, et font de vous un maître admiré et respecté. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre respectueuse considération et nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Co-Directeur de thèse, madame le Docteur**

**Assita Mélanie LAMIEN - SANOU**

Vous êtes : Anatomopathologiste

Maitre – Assistante en Anatomie Pathologique à l’UFR/SDS de  
l’Université de Ouagadougou

Chef de service adjoint du service d’Anatomocytopathologie et  
de Médecine Légale du CHU-YO

Cher maître, c’est avec plaisir que nous continuons de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au quotidien. Vos grandes qualités scientifiques et humaines, votre humilité forcent le respect et l’admiration. A vos cotés, vous nous avez toujours considéré comme votre petit frère; c’est un immense privilège que nous travaillerons à toujours mériter. L’occasion nous est enfin offerte de vous exprimer, cher maître, chère sœur, notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge, monsieur le Docteur Boblewendé SAKANDE**

Vous êtes : Anatomopathologiste

Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan

Directeur Général de la Polyclinique Philadelphie

Secrétaire Général de la Société Burkinabè de Pathologie

(SOBUPATH)

Cher maître, nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons toujours été émerveillés par votre simplicité, votre rigueur au travail et votre amour pour la science, à chaque fois que nous avons le privilège de vous rencontrer ; c'est sans hésiter que vous nous avez ouvert les portes de votre laboratoire pour la réalisation de ce travail, et accepté de siéger dans le jury de notre thèse. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre respectueuse considération et nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Juge, monsieur le Docteur**

**Patrice TAPSOBA**

Vous êtes : Dermatologue - Vénérologue au service de Dermatologie

Vénérologie du CHU –YO

Secrétaire à l'information de l'association Burkinabè Raoul Follereau

Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury. Vous avez énormément contribué à l'aboutissement de ce travail. Vos qualités humaines, votre simplicité et votre disponibilité font de vous un médecin praticien exemplaire. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

## **AVERTISSEMENT**

**« Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé a arrêté que les opinions dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur accorder aucune approbation ni aucune improbation.»**

# **ABREVIATIONS ET SIGLES**

## LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGGLES

<b>Anapath</b>	: Anatomie pathologique
<b>B.A.A.R.</b>	: Bacilles Acido-Alcool-Résistants
<b>Bobo</b>	: Bobo Dioulasso
<b>C</b>	: Celsius
<b>C3</b>	: Fraction 3 du Complément
<b>CHU-YO</b>	: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
<b>D.E.S.</b>	: Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>E.G.F.</b>	: Epidermal Growth Factor
<b>I.F.</b>	: Immuno-Fluorescence
<b>I.F.D.</b>	: Immuno-Fluorescence Directe
<b>IgA</b>	: Immunoglobuline A
<b>IgG</b>	: Immunoglobuline G
<b>IgM</b>	: Immunoglobuline M
<b>M.I.</b>	: Membre Inférieur
<b>M.S.</b>	: Membre Supérieur
<b>O.G.E.</b>	: Organes Génitaux Externes
<b>O.M.S.</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>Ouaga</b>	: Ouagadougou
<b>P.A.S.</b>	: Periodic Acid of Schiff
<b>P.C.R.</b>	: Polymerase Chain Reaction
<b>P.V./V.I.H.</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>Rem. Infl.</b>	: Remaniement Inflammatoire
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

### **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau I** : répartition des prélèvements envoyés à l'étranger
- Tableau II** : répartition des prélèvements examinés à Ouagadougou
- Tableau III** : répartition des cas selon la tranche d'âge
- Tableau IV** : répartition des cas selon la nature des lésions élémentaires
- Tableau V** : répartition des cas selon la durée d'évolution des lésions
- Tableau VI** : distribution des hypothèses diagnostiques évoquées
- Tableau VII** : répartition des cas selon l'unité d'anatomie pathologique
- Tableau VIII** : répartition des cas selon la taille du prélèvement
- Tableau IX** : répartition des cas selon le type d'affection
- Tableau X** : répartition des dermatoses inflammatoires non spécifiques
- Tableau XI** : répartition des dermatoses inflammatoires spécifiques
- Tableau XII** : répartition des dermatoses parasitaires
- Tableau XIII** : répartition des tumeurs bénignes
- Tableau XIV** : répartition des tumeurs malignes

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : coupe histologique de la peau normale
- Figure 2** : coupe histologique de la peau normale centrée sur le derme
- Figure 3** : aspect histologique d'un lichen plan
- Figure 4** : aspect clinique d'une leishmaniose cutanée
- Figure 5** : aspect histologique d'une leishmaniose cutanée
- Figure 6** : aspect histologique d'une verrue plane
- Figure 7** : aspect clinique d'un épithélioma spinocellulaire
- Figure 8** : aspect histologique d'un épithélioma spinocellulaire
- Figure 9** : aspect clinique d'une maladie de Kaposi
- Figure 10** : aspect histologique d'une maladie de Kaposi
- Figure 11** : répartition des cas selon l'étendue des lésions
- Figure 12** : répartition des cas selon le siège des lésions
- Figure 13** : distribution de la concordance entre diagnostic  
histologique et diagnostic clinique
- Figure 14** : aspect clinique d'une lésion bulleuse
- Figure 15** : photographie d'une biopsie cutanée
- Figure 16** : photographie de la même biopsie coupée en deux
- Figure 17** : photomicrographie de l'aspect histologique de la lésion
- Figure 18** : photomicrographie de l'aspect histologique de la lésion  
au fort grossissement

# **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

<b>DEDICACES.....</b>	<b>viii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>x</b>
<b>A NOS MAITRES ET JUGES .....</b>	<b>xii</b>
<b>ABREVIATIONS ET SIGLES.....</b>	<b>xx</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....</b>	<b>xxii</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>xxv</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS .....</b>	<b>4</b>
<b>1- EMBRYOLOGIE ET HISTOLOGIE DE LA PEAU NORMALE.....</b>	<b>5</b>
<b>1-1- Embryologie.....</b>	<b>5</b>
<b>1-2- Histologie.....</b>	<b>6</b>
<b>2- LA PATHOLOGIE DERMATOLOGIQUE .....</b>	<b>14</b>
<b>2-1- Généralités .....</b>	<b>14</b>
<b>2-2- Classification histologique des affections dermatologiques .....</b>	<b>15</b>
<b>2-3- Classification selon le processus lésionnel .....</b>	<b>21</b>
<b>3- L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE .....</b>	<b>28</b>
<b>3-1 - Les lésions élémentaires anatomopathologiques de la peau .....</b>	<b>28</b>
<b>3-2- Notions de techniques histologiques .....</b>	<b>31</b>
<b>3-3- Les résultats d'examen anatomopathologique .....</b>	<b>35</b>
<b>4- LA BIOPSIE CUTANEE .....</b>	<b>36</b>
<b>4-1- Les indications .....</b>	<b>36</b>
<b>4-2- Le patient .....</b>	<b>36</b>
<b>4-3- Le moment et le siège de la biopsie .....</b>	<b>37</b>
<b>4-4- La procédure de biopsie .....</b>	<b>38</b>

4-5- La désinfection .....	41
4-6- Le prélèvement obtenu .....	42
4-7- Le bulletin de demande d'examen anatomopathologique .....	42
4-8- Les artefacts et les sources d'erreurs dans les biopsies cutanées ...	43
<b>5- LE DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE DE QUELQUES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES COURANTES .....</b>	<b>44</b>
5-1- Le lichen plan.....	44
5-2- La leishmaniose cutanée .....	46
5-3- La verrue.....	48
5-4- L'épithélioma spinocellulaire.....	50
5-5- La maladie de Kaposi .....	52
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....</b>	<b>54</b>
<b>1- OBJECTIFS .....</b>	<b>55</b>
1-1- OBJECTIF GENERAL.....	56
1-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	56
<b>2- METHODOLOGIE .....</b>	<b>57</b>
2-1- Cadre d'étude .....	58
2-2- Type et période d'étude.....	64
2-3- Population d'étude.....	64
2-4- Critères d'inclusion et de non inclusion .....	64
2-5- Matériel et méthode d'étude .....	65
2-6- Variables d'étude.....	65
2-7- Analyse des données .....	66
2-8- Considérations éthiques et déontologiques.....	66
<b>3- RESULTATS.....</b>	<b>67</b>

<b>3-1-DONNEES GLOBALES .....</b>	<b>68</b>
<b>3-2- ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....</b>	<b>70</b>
<b>3-3- LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES .....</b>	<b>72</b>
<b>3-4- LES ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES .....</b>	<b>76</b>
<b>3-5- LA PRESENTATION DES BULLETINS ET LA CONCORDANCE DIAGNOSTIQUE .....</b>	<b>87</b>
<b>4- DISCUSSION.....</b>	<b>89</b>
<b>4-1- LES LIMITES ET LES CONTRAINTES DE L'ETUDE.....</b>	<b>90</b>
<b>4-2- LA FREQUENCE DES BIOPSIES .....</b>	<b>92</b>
<b>4-3- LES ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES .....</b>	<b>93</b>
<b>4-4- LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES .....</b>	<b>94</b>
<b>4- 5- LES ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES .....</b>	<b>96</b>
<b>4-6- LA PRESENTATION DES BULLETINS ET LA CONCORDANCE.....</b>	<b>108</b>
<b>DIAGNOSTIQUE .....</b>	<b>108</b>
<b>5- CONCLUSION .....</b>	<b>111</b>
<b>6- ICONOGRAPHIE .....</b>	<b>116</b>
<b>7- REFERENCES.....</b>	<b>120</b>
<b>8- ANNEXES.....</b>	<b>126</b>
<b>9- SUGGESTIONS.....</b>	<b>130</b>

# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION – ENONCE DU PROBLEME

Le dermatologue conserve un privilège, presque unique dans la médecine moderne, celui de pouvoir souvent établir un diagnostic sans avoir recours à l'arsenal d'une technologie sophistiquée. Il demande souvent un examen histopathologique [35]. L'intérêt de l'histologie dans le diagnostic des affections dermatologiques est indiscutable; en effet, le diagnostic positif de dermatose pustuleuse par exemple, implique la discussion de maladies infectieuses et inflammatoires variées qui vont du psoriasis aux entéropathies chroniques et aux maladies à complexes immuns. C'est dire que la reconnaissance d'une lésion élémentaire - son corolaire étant de « mettre une étiquette » sur la dermatose - doit être considérée comme une démarche préalable, indispensable et indiscutable mais pour autant incomplète.

La biopsie cutanée est une exploration simple, qui permet le diagnostic de certitude de pathologies cutanées variées, allant des tumeurs aux inflammations d'origine infectieuse ou immunologique. Mais pour réussir cela, le clinicien et le pathologiste deviennent des partenaires : le clinicien, d'une part, doit choisir les lésions les plus représentatives, utiliser une technique de biopsie adéquate et réaliser une biopsie de qualité et le pathologiste, d'autre part, se doit d'identifier correctement les lésions présentes et d'interpréter adéquatement les observations à la lumière d'une anamnèse clinique précise ; toute défaillance à cette collaboration entraîne des résultats plus ou moins non désirables [20].

Qu'en est-il au Burkina Faso ?

Dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), la demande en soins de la peau est importante et les pathologies sont dominées par les affections inflammatoires et infectieuses [40]. Mais dans la conduite de la prise en charge des patients, la biopsie cutanée n'est pas couramment réalisée ; en effet, dans la plupart des études menées sur les affections dermatologiques dans notre pays [17, 39, 40], il y avait peu de

données histologiques. Par ailleurs, une étude menée en 2008 sur les motifs d'hospitalisation dans le service de Dermatologie du CHU-YO relevait comme difficultés, que bon nombre de résultats d'examens anatomo-pathologiques, censés apporter la certitude diagnostique, s'étaient avérés peu contributifs [40].

Dans les trois laboratoires d'anatomie pathologique que comptait le Burkina Faso pendant la période de notre étude (tous situés dans la ville de Ouagadougou), et où exerçaient quatre médecins anatomopathologistes, la plupart des biopsies cutanées provenaient des services cliniques de dermatologie. Ces laboratoires disposaient d'un équipement permettant la réalisation d'examen histologique standard ; les techniques spéciales de diagnostic telles que l'immunohistochimie et la biologie moléculaire n'étaient pas disponibles.

Ce contexte suscite des interrogations quant à la contribution réelle du diagnostic histologique dans la prise en charge des affections dermatologiques dans notre pays. La réponse à ces interrogations impose nécessairement la connaissance de certains facteurs, qu'aucune étude, à ce jour, ne s'est attelée à identifier. Il s'agit d'une part du niveau de la demande d'examen anatomopathologique, des principales indications des biopsies, la qualité des prélèvements, leurs aspects histopathologiques, leur apport dans le diagnostic des dermatoses, et d'autre part, l'état de la concordance entre diagnostic clinique et diagnostic histologique. C'est ce qui justifiait la réalisation de ce travail, qui avait pour but de faire le point sur la question du diagnostic anatomopathologique en dermatologie au Burkina Faso, afin de dégager des voies et moyens permettant d'améliorer la contribution de l'examen anatomopathologique dans la prise en charge des affections dermatologiques dans notre pays.

# **PREMIERE PARTIE :**

## **RAPPELS**

# **1- EMBRYOLOGIE ET HISTOLOGIE DE LA PEAU NORMALE**

**[8, 11, 24]**

## **1-1- Embryologie**

La peau comprend l'épiderme qui provient du feuillet embryonnaire superficiel (ectoderme), et est donc de nature épithéliale ; le derme, auquel on rattache l'hypoderme, dérivent tous deux du feuillet embryonnaire moyen (mésoderme ou mésenchyme) et sont de nature conjonctive. Epiderme et derme s'articulent suivant une surface hérissée de saillies plus ou moins coniques qui constituent la jonction dermo-épidermique. Celle-ci est traversée par les annexes de l'épiderme, qui sont en grande partie situées dans le derme et proviennent de l'ectoderme. Le revêtement cutané est en continuité avec les muqueuses buccales et génitales par l'intermédiaire de demi-muqueuses qui assurent la transition.

### **1-1-1- L'épiderme et ses annexes**

Durant les premières semaines de la vie fœtale, l'épiderme est constitué d'une seule assise cellulaire ; entre la 5<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> semaine, celle-ci se dédouble en une nappe interne, le stratum germinativum, formé de cellules cuboïdes et en une nappe superficielle, le périderme, formé de grandes cellules rondes. Au cours du 3<sup>e</sup> mois, une nouvelle couche cellulaire s'intercale entre les deux premières, le stratum intermedium ; ces éléments sont de grandes dimensions et leur cytoplasme apparaît clair en raison de leur charge en glycogène. Au 4<sup>e</sup> mois, le stratum intermedium s'épaissit, comporte plusieurs assises et, alors que les ponts intercellulaires deviennent visibles, se différencie en assise épineuse ou corps muqueux. Les grains de kératohyaline apparaissent à la fin du 4<sup>e</sup> mois et, ultérieurement, les cellules du périderme se kératinisent. Le stratum germinativum embryonnaire évolue pour donner le germe épithélial primaire et

le germe des glandes sudoripares éccrines. Le germe épithélial primaire donne naissance aux cellules basales, les poils, les glandes sébacées et les glandes apocrines, tandis que le germe des glandes sudoripares donne les glandes sudoripares éccrines.

### **1-1-2- Le derme et l'hypoderme**

Le derme d'embryon de 2 mois est constitué de cellules mésenchymateuses étroitement tassées et enrobées de substance fondamentale. Au cours du 3<sup>e</sup> mois les fibres conjonctives apparaissent sous forme d'un réseau délicat de fibres argyrophiles (fibres de réticuline). Au fur et à mesure que ces cellules augmentent en nombre et en épaisseur, elles se disposent en faisceaux qui ne sont plus argyrophiles mais se colorent par les méthodes du collagène. En même temps, les cellules se transforment en fibroblastes. Les fibres élastiques apparaissent bien plus tard que les fibres collagènes, vers le 6<sup>e</sup> mois ; la plupart sont formées après la naissance.

Le tissu adipeux sous-cutané (hypoderme) se développe progressivement à partir des cellules mésenchymateuses durant la seconde moitié de la vie fœtale.

## **1-2- Histologie**

### **1-2-1- L'épiderme**

C'est un épithélium malpighien kératinisé : il est composé de plusieurs assises cellulaires qui prennent des aspects morphologiques différents au fur et à mesure de leur progression vers la surface et de leur maturation cornée ; la kératinisation ne s'achève que dans la zone toute superficielle. Ces cellules épithéliales, appelées kératinocytes(ou kérocytes) sont réparties en quatre couches nettement différenciées par leur structure histologique :

- La couche basale, n'est formée que d'une seule rangée de cellules dites basales. Celles-ci sont cylindriques, possèdent un gros noyau foncé et ont une disposition palissadique perpendiculaire à la surface dermique. Par endroit on voit quelques mitoses ainsi que des cellules claires correspondant aux mélanocytes.
- Le corps muqueux de Malpighi comporte plusieurs assises stratifiées de cellules plus ou moins polyédriques, de 10 à 15 micromètres de diamètre avec des nucléoles bien visibles, disposés en mosaïque, qui tendent à s'aplatir et à devenir horizontales en même temps qu'elles se rapprochent de la surface et que leur noyau s'estompe.
- La couche granuleuse comprend une à quatre rangées de cellules aplaties, dont le noyau foncé est entouré de grains noirs, dits grains de kérato-hyaline, qui donnent aux cellules granuleuses leur teinte très foncée. Cette couche fait défaut sur les muqueuses, à moins de kératinisation pathologique ; elle disparaît habituellement dans les zones où la maturation cornée de la peau est viciée (parakératose). Des cellules claires se voient au-dessus de la couche granuleuse sur l'épiderme palmaire ou plantaire : c'est la classique couche claire ou stratum lucidum.
- La couche cornée est celle dont l'épaisseur varie le plus suivant les régions : elle est particulièrement épaisse aux paumes et aux plantes. Elle est formée de cellules éosinophiles et homogènes qui ont subi une maturation cornée complète, comme en témoigne la disparition de leur noyau. Ces cellules sont plus ou moins tassées les unes contre les autres, formant des lamelles superposées, desséchées, qui perdent ensuite leur cohésion et s'exfolient.

### **1-2-2- La jonction dermo-épidermique**

Sur les coupes histologiques, la zone de jonction dermo-épidermique apparaît sous la forme d'une ligne ondulée. L'épiderme est, en effet, découpé en festons à sa partie inférieure, réalisant les bourgeons ou crêtes. La zone de jonction ne possède pas une véritable membrane de séparation ; en microscopie optique, la membrane basale n'apparaît qu'avec des colorations spéciales qui mettent en évidence un feutrage de fibres réticuliniques, et, surtout, un matériel polysaccharidique réalisant une bande rouge avec la coloration par le PAS, épaisse de 1 à 2 micromètres. Elle est traversée par les annexes de l'épiderme.

### **1-2-3- Le derme**

Le derme est composé de fibres, surtout collagènes, enrobées dans une substance fondamentale amorphe. Les cellules, d'origine dermique ou sanguine, sont normalement peu nombreuses et clairsemées. Les annexes de la peau sont situées à l'intérieur du derme dans lequel cheminent également des vaisseaux et des nerfs. Le derme comprend assez schématiquement :

- Le derme superficiel, ou derme papillaire, dont les papilles coniques, en doigts de gant, alternent avec les bourgeons ou crêtes de l'épiderme; de texture assez lâche, il est relativement riche en cellules et en capillaires ;
- Le derme moyen, ou chorion, plus dense, avec un feutrage de faisceaux collagènes à direction oblique ou horizontale ;
- Le derme profond, composé de gros trousseaux collagènes horizontaux pénétrant dans le tissu graisseux de l'hypoderme.

Les cellules conjonctives proprement dites, qui sont en petit nombre dans les conditions normales, sont des fibroblastes à noyau ovalaire, clair, à cytoplasme éosinophile mal délimité.

#### **1-2-4- L'hypoderme**

L'hypoderme est un tissu graisseux situé entre le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Il est cloisonné par des travées conjonctivo-élastiques qui délimitent les lobules remplis de cellules adipeuses. Il contient les glandes sudoripares et les racines des follicules pileux. Il est parcouru par des vaisseaux plus volumineux que ceux du derme, localisés dans les cloisons ou septa.

#### **1-2-5- Les annexes épidermiques**

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

##### **1-2-5-1- L'appareil pilo-sébacé**

**Les poils**, implantés dans une cavité appelée follicule, sont de taille variable (duvet, poil, cheveu), et s'enfoncent selon une direction assez oblique dans le derme, voire jusque dans l'hypoderme lorsqu'ils sont volumineux. Le follicule pileux s'ouvre à la surface par l'ostium folliculaire. Un muscle arrecteur est annexé au follicule pileux.

**Les glandes sébacées**, habituellement annexées aux poils (follicule pilo-sébacé), se développent surtout après la puberté et sont particulièrement abondantes au visage. Il n'en existe ni aux paumes ni aux plantes. Elles sont plus superficielles que les glandes sudorales et siègent dans le derme moyen. Ce sont des glandes en grappes, pleines, sans lumière centrale, formées de cellules très claires centrées par un petit noyau très foncé, groupées en lobules cernés par une membrane homologue de celle qui sépare le derme de l'épiderme. Les glandes sébacées s'abouchent dans un follicule pileux, que celui-ci contiennent ou non un poil. Les glandes de Meibomius de la paupière représentent une variété spéciale de glandes sébacées. Elles n'ont aucun rapport avec les cils.

### 1-2-5-2- Les ongles

**Les ongles** comprennent une zone cachée ou racine et une portion visible ou corps ou limbe. La racine logée dans un profond repli épidermique, correspond à la matrice. Cette dernière se prolonge sur la portion visible par la lunule. Le limbe corné, constitué par de la kératine dure, repose sur le lit de l'ongle qui est formé, comme la matrice, d'un épithélium malpighien dépourvu de couche granuleuse.

### 1-2-5-3- Les glandes sudorales

Les glandes sudorales sont deux types qui correspondent à une origine, à des localisations et à des fonctions différentes.

**Les glandes sudorales eccrines**, de beaucoup les plus nombreuses, se trouvent sur l'ensemble du tégument et sont particulièrement abondantes aux paumes et aux plantes, aux aisselles, au front et à la poitrine. Ce sont des glandes en tube à lumière centrale assez réduite. Leur partie sécrétrice, située dans le derme profond et l'hypoderme, est constituée par un tube plusieurs fois enroulé sur lui-même (glomérule), dont la lumière centrale est bordée par une rangée de cellules sécrétrices ou principales, cylindriques, elles-mêmes entourées par une assise externe faite de cellules myoépithéliales aplaties et peu visibles. Le canal excréteur de ces glandes est bordé par deux assises de petites cellules foncées et suit un trajet sinueux à travers le derme. Il traverse en spirale l'épiderme tout en conservant ses propres cellules bordantes distinctes des cellules malpighiennes, et s'abouche à la surface par un pore.

**Les glandes sudorales apocrines** sont anatomiquement et embryologiquement liées aux glandes sébacées et aux poils ; elles sont particulièrement fréquentes dans les zones ano-génito-périnéale, inguinale, axillaire et mamelonnaire. Elles diffèrent des glandes eccrines par le plus grand diamètre de leur lumière et le caractère éosinophile de leur assise bordante. Le

tube excréteur ne s'abouche pas directement à la surface de l'épiderme, mais s'ouvre en général dans un follicule pilo-sébacé, ou tout au moins dans son voisinage immédiat : Il n'y a donc pas de pore apocrine

### **1-2-6- Les vaisseaux et les nerfs**

**Les vaisseaux sanguins** sont abondants dans le derme et dans l'hypoderme mais ils ne pénètrent pas l'épiderme. Ils sont de faible calibre, ne prenant une relative importance que dans l'hypoderme. Ce sont des artères reconnaissables à leur lumière arrondie et à leur paroi musculaire bordée par une limitante élastique interne, des veines à lumière plus allongée et à paroi moins épaisse, et surtout des capillaires. Il est rare de rencontrer sur les coupes des glomus, qui représentent des anastomoses artério-veineuses directes court-circuitant la circulation périphérique capillaire (extrémité des doigts et lit de l'ongle).

**Le lymphatique** est constitué par la fusion d'innombrables fentes lymphatiques qui se trouvent entre les cellules malpighiennes et entre les faisceaux conjonctifs dermiques.

**Le système nerveux cutané** comprend, d'une part des nerfs cérébro-spinaux, centripètes et sensitifs, qui assurent la fonction sensorielle de la peau, et d'autre part, des filets sympathiques, centrifuges, qui sont surtout vaso-moteurs et sécrétoires. Ils ne sont visibles avec les colorations de routine que lorsqu'ils atteignent un certain calibre. Les corpuscules tactiles sont des petits organes qui constituent les origines des fibres nerveuses cérébro-spinales et improprement appelés terminaisons sensitives et qui sont destinés à percevoir les incitations sensorielles. Les seuls visibles sur les colorations de routine sont les corpuscules de Wagner-Meissner, en forme d'olive, occupant presque toute une papille dermique, en particulier à la pulpe des doigts, et surtout les corpuscules de Vater-Pacini, encore plus volumineux, reconnaissables à leurs lamelles

conjonctives nucléées enroulées en bulbe d'oignon et situées dans l'hypoderme des paumes et des plantes, des pulpes des doigts, des organes génitaux.

Les corpuscules de Krause et ceux de Ruffini ont une structure fibrillaire qui n'apparaît qu'avec des colorations spéciales.

### **1-2-7- Le système de défense de la peau**

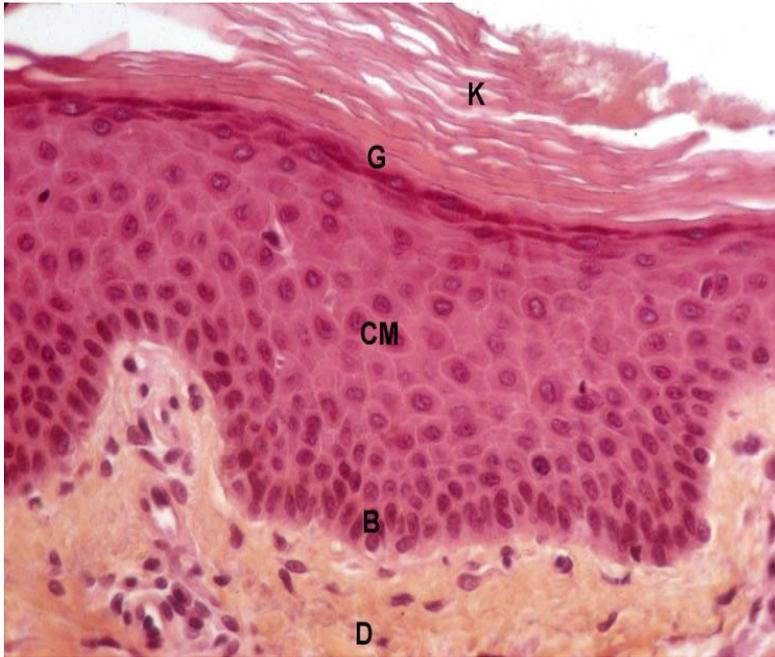
La cellule de Langerhans a été individualisée par cet auteur dès 1868. Habituellement observés au niveau de la quatrième couche de l'épiderme (figure 1), elle est en fait mobile, voyageant entre l'épiderme, le derme et les ganglions lymphatiques, et est douée de propriété de phagocytose et a un comportement voisin de celui du macrophage ; les histiocytes également présents en petit nombre dans le derme, ne sont pas distinguables des fibroblastes dans des conditions physiologiques. Il existe quelques lymphocytes et un petit nombre de mastocytes.

### **1-2-8- Le système pigmentaire et la mélanine**

Dans l'étude histologique de la peau normale, seule le pigment mélanique est intéressant alors que les autres pigments et avant tout ceux qui sont d'origine sanguine, ont un intérêt presque exclusivement pathologique.

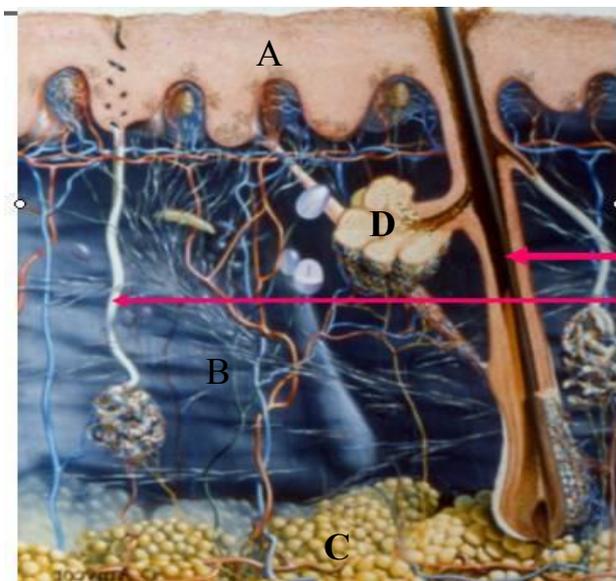
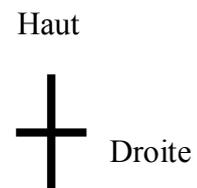
Le pigment mélanique ou mélanine, prend sur les coupes histologiques une teinte qui va du jaune chamois au brun plus ou moins foncé. Les techniques d'imprégnation argentique le montrent avec plus de netteté, aussi bien dans les mélanocytes que dans les éléments qui s'en sont chargés.

La production de la mélanine est assurée par les mélanocytes, ou cellules claires de Masson, qui reposent sur la membrane basale épidermique.



**Figure 1 :** coupe histologique de la peau normale.  
 K = Kératine, G = couche granuleuse, CM =  
 couche malpighienne, B = couche basale, D =  
 derme

Source : d'après Burkitt H.G.



Follicule pileux  
 Glande sudorale

**Figure 2 :** Coupe histologique de la peau normale, montrant les follicules pilo-sébacés et les glandes sudorales.

A : épiderme ; B : derme ; C : hypoderme ; D : Glande sébacée

Source : [40]

## **2- LA PATHOLOGIE DERMATOLOGIQUE [9, 11]**

### **2-1- Généralités**

L'histopathologie cutanée est une branche assez spéciale de l'anatomie pathologique. La grande variété des dermatoses, associée à la singulière facilité des prélèvements biopsiques, a multiplié les tableaux anatomocliniques. La nomenclature dermatologique est donc très vaste ; mais parmi les nombreuses affections cutanées, il en est certaines qui n'ont aucune structure histologique spécifique et d'autres qui ne peuvent être identifiées que grâce à une confrontation de leur aspect microscopique avec les notions cliniques. Les notions cliniques sont parfois indispensables pour permettre à l'histologiste de mettre en œuvre des techniques spéciales sans lesquelles il ne pourrait poser de diagnostic. Seules seront étudiées les dermatoses dans lesquelles l'étude histologique est de quelque utilité au diagnostic. Leur relativement grand nombre rend délicate toute classification. Celle qui a été adoptée respecte la classique, bien que souvent fragile, distinction entre lésions tumorales et lésions non tumorales, et essaie de concilier, quand cela est possible, l'altération histologique prédominante et la lésion élémentaire clinique : elle paraît peut-être de ce fait moins artificielle à l'anatomopathologiste qu'au dermatologue.

## **2-2- Classification histologique des affections dermatologiques [11]**

### **Lésions inflammatoires spécifiques**

Tuberculose cutanée et tuberculide

Mycobactériose atypique

Lèpre

Syphilis

Mycoses : mycoses superficielles ; mycoses profondes

Protothécose

Botryomycose

Leishmanioses cutanées

Granulome inguinal ou donovanose

Rhinosclérome

### **Lésions non tumorales à prédominance épidermique**

- Lésions érythémato-squameuses

Psoriasis

Eczématides ou para kératoses

- Lésions vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses

Eczéma

Impétigo

Pemphigus

- Dermatoses virales non tumorales

Herpès, zona, varicelle

Nodule des trayeurs, Orf

- Papules folliculaires

Maladie de Darrier

Pityriasis rubra pilaire

Kératose pilaire

- Kératoses

### **Lésions non tumorales à prédominance dermique**

- Vasculites

- Infiltrats et nodules

Localisations cutanées de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann

Granulome par corps étranger

Granulome éosinophile ou granulome facial

Syndrome de Wells ou cellulite à éosinophiles

Folliculite à éosinophile

Granulome annulaire

- Dermatoses de surcharge

Lipidoses

Amylose cutanée

Mucinose cutanée

Calcinose cutanée

Goutte

Ochronose

Thésaurismose cutanée à la polyvinyl-pyrrolidone

- Sclérose

Sclérodermies

- Atrophie
- Modifications prédominantes du tissu élastique

Elastopathie

### **Lésions non tumorales dermo-épidermiques**

- Lésions érythémato-squameuses

Lupus érythémateux

Parapsoriasis (pityriasis lichénoïde)

- Lésions papuleuses

Lichen plan

Prurigos et lichénification

- Lésions atrophiques et scléro-atrophiques

Lichen scléreux, scléro-lichen

Lésions cutanées des dermatomyosites. Etat poïkilodermique

Radiodermites

- Lésions bulleuses

Erythème polymorphe bulleux

Dermatite herpétiforme

Pemphigoïde bulleuse

Porphyrie cutanée

Toxidermie bulleuse

Epidermolyse bulleuse

Syndrome du glucagonome

- Lésions végétantes, ulcéro-végétantes et ulcéro-nécrotiques

Pyodermite végétante

Toxidermie végétante

Pyoderma gangrenosum

Granulome malin centro-facial

### **Lésions non tumorales à prédominance hypodermiques**

- Hypodermites
- Périartérite noueuse

### **Processus hyperplasiques et tumoraux bénins de nature épithéliale**

- Tumeurs épithéliales bénignes et kystes

Lésions papillomateuses et acanthosiques

Nodule douloureux de l'oreille

Kératose séborrhéique

Viroses cutanées « tumorales »

- Tumeurs bénignes et hyperplasies annexielles

Kystes épidermiques et sébacés

Tumeurs pilaires bénignes

Tumeurs bénignes et hyperplasies sébacées

Tumeurs bénignes et hyperplasie sudorale

## **Lésions pré-épithéliomateuses**

Lésions kératosiques pré-épithéliomateuses

Maladie de Bowen

Tumeur fibro-épithéliale pré-maligne de Pinkus

Epithélioma intra-épidermique

Nœvus basocellulaire

## **Lésions pseudo-épithéliomateuses**

Kérato-acanthome

## **Tumeurs épithéliales malignes**

Epithéliomas baso-cellulaires

Epithéliomas spinocellulaires

Epithéliomas métatypiques

Epithéliomas annexiels

Epithéliomas secondaires de la peau

## **Processus hyperplasiques et tumoraux bénins de nature**

### **mésenchymateuse ou mésodermique et pseudo-sarcomes**

Fibrome

Histiocytofibrome

Proliférations histiocytaires bénignes disséminées

Chéloïdes

Xanthomes

Tumeurs musculaires bénignes

Tumeurs vasculaires bénignes

Tumeurs bénignes du tissu adipeux

Myxomes

Chondromes

Ostéomes cutanés

Tumeurs à cellules granuleuses d'Abrikossoff

### **Tumeurs mésenchymateuses malignes ou sarcomes**

Dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand

Sarcomes cutanés vrais

Maladie de Kaposi

### **Hématodermies**

Mycosis fongoïde

Autres lymphomes cutanés malins

Localisations cutanées de la maladie de Hodgkin

Localisations cutanées des leucémies

Localisations cutanées de la maladie de Kahler

Localisations cutanées des métaplasies myéloïdes

Proliférations histiocytaires malignes

## **Pseudo-lymphomes**

Granulome par piqure d'insecte

Lymphocytome cutané bénin

Papulose lymphomatoïde

Actino-réticulose

Lymphadénopathie angio-immunoblastique

## **Tumeurs du système nerveux cutané**

Neurofibrome et Maladie de Von Recklinghausen

## **Tumeurs du système pigmentaire**

Naevus

Mélanomes

### **2-3- Classification selon le processus lésionnel [9]**

Le nombre des maladies est pratiquement illimité, car elles résultent de combinaisons multiples entre divers facteurs, notamment la nature de l'agresseur, la topographie de son impact et les capacités réactionnelles de l'organisme. Il est donc illusoire d'envisager une classification exhaustive. Mais si l'on prend comme fil conducteur la morphologie des lésions et leurs modalités évolutives, on constate que les processus morbides peuvent, en fait, se réduire à un nombre relativement restreint de schémas fondamentaux. Ceux-ci font l'objet de l'anatomie pathologique générale. Ainsi, les affections sont regroupées en grands processus pathologiques comprenant : les affections inflammatoires spécifiques (d'origine parasitaire, bactérienne spécifique ou à corps étranger) et non spécifiques (d'origine immunologique ou à germe banal) ; les affections

tumorales bénignes et malignes ; les affections métaboliques ; les affections circulatoires et les affections malformatives.

Cette classification est plus adaptée pour l'analyse et l'interprétation des données dans notre étude.

- **Pathologies inflammatoires spécifiques**

Botryomycose

Dermatoses virales non tumorales : herpès, zona, varicelle

Granulome inguinal ou donovanose

Granulome par corps étranger

Leishmanioses cutanées

Lèpre

Localisations cutanées de la maladie de Besnier-Boeck-Schauman (sarcoïdose)

Mycoses : mycoses superficielles ; mycoses profondes

Protothécose

Rhinosclérome

Syphilis

Tuberculose cutanée et tuberculide; mycobactériose atypique

- **Pathologies inflammatoires non spécifiques**

Abcès cutané

Lésions atrophiques et scléro-atrophiques

Lichen scléro-atrophique

Lésions bulleuses

Dermatite herpétiforme

Epidermolyse bulleuse

Erythème polymorphe bulleux

Pemphigoïde bulleuse

Toxidermie bulleuse

Lésions bulleuses, pustuleuses et vésiculeuses

Eczéma

Impétigo

Pemphigus

Lésions cutanées des dermatomyosites. Etat poïkilodermique

Lésions érythémato-squameuses

Eczématides ou para kératoses

Lupus érythémateux

Parapsoriasis

Psoriasis

Hypodermites

Kératoses

Infiltrats et nodules

Folliculite à éosinophile

Granulome annulaire

Granulome éosinophile ou granulome facial

Syndrome de Wells ou cellulite à éosinophiles

Lésions papuleuses

Lichen plan

Prurigos et lichénification

Lésions papuleuses folliculaires

Kératose pilaire

Maladie de Darrier

Pityriasis rubra pilaire

Périartérite noueuse

Pseudolymphome

Granulome par pique d'insecte

Lymphadénopathie angio-immunoblastique

Papulose lymphomatoïde

Sclérose

Sclérodermies

Radiodermites

Vasculites

Lésions végétantes, ulcéro-végétantes et ulcéro-nécrotiques

Granulome malin centro-facial

Pyoderma gangrenosum

Pyodermite végétante

Toxidermie végétante

- **Pathologies métaboliques**

Elastopathie

Porphyrie cutanée

Dermatoses de surcharge

- Amylose cutanée

- Calcinose cutanée

- Goutte

- Lipidoses

- Mucinose cutanée

- Ochronose

- Thésaurismose cutanée à la polyvinyl-pyrrolidone

- **Pathologies tumorales bénignes**

Tumeurs bénignes annexielles et kystes

- Kystes épidermiques et sébacés

- Tumeurs pilaires bénignes

- Tumeurs bénignes et hyperplasies sébacées

- Tumeurs bénignes et hyperplasie sudorale

Tumeurs bénignes épithéliales

- Kérato-acanthome

- Lésions papillomateuses et acanthosiques

- Nodule douloureux de l'oreille

- Verrue séborrhéique

Viroses cutanées tumorales: molluscum contagiosum, condylomes

## Tumeurs bénignes mésenchymateuses

Chéloïdes

Chondromes

Fibrome

Histiocytofibrome

Lymphocytome cutané bénin

Myxomes

Naevus

Neurofibrome et Maladie de Von Recklinghausen

Ostéomes cutanés

Proliférations histiocytaires bénignes disséminées

Tumeurs à cellules granuleuses d'Abrikossoff

Tumeurs bénignes du tissu adipeux

Tumeurs musculaires bénignes

Tumeurs vasculaires bénignes

Xanthomes

## Tumeurs pré-cancéreuses

Lésions kératosiques pré-épithéliomateuses

Maladie de Bowen

Nœvus basocellulaire

Tumeur fibro-épithéliale pré-maligne de Pinkus

- **Pathologies tumorales malignes**

Tumeurs épithéliales malignes

Cancers secondaires de la peau

Epithéliomas annexiels

Epithéliomas baso-cellulaires

Epithéliomas métatypiques

Epithéliomas spinocellulaires

Hématodermies

Lymphomes cutanés

Localisations cutanées de la maladie de Hodgkin

Localisations cutanées de la maladie de Kahler

Localisations cutanées des leucémies

Mycosis fongoïde

Proliférations histiocytaires malignes

Mélanomes

Tumeurs mésenchymateuses malignes ou sarcomes

Dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand

Maladie de Kaposi

Sarcomes cutanés vrais

### 3- L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE [11, 35]

#### 3-1 - Les lésions élémentaires anatomopathologiques de la peau

##### 3-1-1- Aspects macroscopiques

La lésion élémentaire traduit au plan morphologique le processus lésionnel et permet souvent, par le seul examen clinique de suspecter le mécanisme. On a coutume de distinguer les lésions élémentaires primitives, qui correspondent assez directement au processus lésionnel initial, des lésions élémentaires secondaires qui représentent l'évolution de ce processus initial.

##### 3-1-1-1- Les lésions élémentaires primaires

**La macule ou tache:** lésion sans relief ni infiltration ; c'est une modification de la couleur de la peau.

**La papule:** élevation saillante et circonscrite, solide, ne contenant pas de liquide, de diamètre inférieur à 1 centimètre.

**Le nodule:** grosse papule saillante, circonscrite, ronde, sans liquide, de diamètre supérieur à 1 centimètre.

**La vésicule:** soulèvement circonscrit contenant une sérosité claire, de quelques millimètres dans l'épiderme ou le derme superficiel.

**La bulle:** soulèvement circonscrit contenant un liquide clair, séropurulent ou hémorragique, de 1 à 2 centimètres de diamètre.

**La pustule:** soulèvement circonscrit contenant du pus.

##### 3-1-1-2- Les lésions élémentaires secondaires

**La squame:** lamelles de couche cornée de la peau se détachant de l'épiderme.

**La croûte:** coagulation d'exsudat à la surface de la peau (concrétions).

**L'excoriation:** érosion, solution de continuité épidermique; guérit sans cicatrice.

**L'ulcération:** perte de substance intéressant le derme ; donne une cicatrice séquellaire.

**L'atrophie:** peau amincie qui se plisse anormalement ; parfois laisse voir le réseau vasculaire sous-cutané.

**Fissures, rhagades :** érosions linéaires épidermiques et dermiques superficielles.

**La sclérose:** épaissement et induration de la peau ; elle devient impossible à pincer.

### **3-1-2-Aspects microscopiques**

Les principales altérations épidermiques qui peuvent modifier l'évolution normale de la cellule malpighienne sont :

- **l'exocytose** ou migration de cellules (inflammatoires à type de polynucléaires) dermiques à travers l'épiderme ;
- **l'exosérose** ou œdème intercellulaire ou spongiose ;
- **l'œdème** intracellulaire ou altération cavitaire ou dégénérescence hydropique ;
- **l'acantholyse** ou disparition des ponts intercellulaires ;
- la **nécrose** avec aspect rétréci, dense et très foncé du noyau (pycnose) qui disparaît ensuite tandis que la cellule prend une teinte rose pâle homogène. La plupart de ces altérations peuvent aboutir à la création de cavités intra-épidermiques (vésicules ou bulles). La maturation cornée peut être viciée selon deux processus pathologiques ;

- **la parakératose**, caractérisée par la conservation des noyaux des cellules de la couche cornée, avec disparition de la granuleuse (agranulose) ;
- **l'hyperkératose** est un simple épaissement de la couche cornée ; elle est parakératosique si les cellules cornées (cornéocytes) conservent leur noyau, ortokératosique dans le cas contraire ;
- **l'acanthose**, ou hyperacanthose, est l'augmentation du nombre des assises malpighiennes ; elle est généralement accompagnée de **papillomatose**, ou allongement des papilles dermiques et des bourgeons interpapillaires de l'épiderme, avec éventuellement une modification de forme des bourgeons ;
- **l'hypergranulose** désigne l'augmentation de la couche granuleuse ;
- **la dyskératose** ou kératinisation individuelle, anormalement précoce, de cellules malpighiennes qui s'isolent des autres ;
- **la poïkilocaryose** est un ensemble lésionnel représenté par l'inégalité de taille, de forme et de colorabilité des noyaux des cellules malpighiennes, avec la perte de l'orientation habituelle des éléments cellulaires et augmentation du nombre des mitoses.

**Les altérations des glandes annexes** de la peau sont surtout de type tumoral ou pseudo-tumoral. Il existe cependant une pathologie sudorale rétentionnelle intervenant dans certaines dermatoses. De plus, il est important de se rappeler la part que peut prendre le tissu épithélial annexiel, en particulier des canaux sudorifères, dans la régénération épidermique. Ceci explique la formation de **kystes épidermiques** et de foyers malpighiens profonds dans des régions traumatisées ou altérées par un processus pathologique, inflammatoire ou tumoral : en effet, les glandes sudorales du voisinage, et surtout leur canal

excréteur intradermique, peuvent se dédifférencier et subir une métaplasie malpighienne.

La charpente conjonctive dermique peut subir des remaniements visibles avec les colorations de routine : œdème, homogénéisation, altération fibrinoïde, nécrose, sénescence du collagène qui acquiert les affinités tinctoriales de l'élastine, hyperplasie du collagène qui aboutit à une sclérose pouvant enkystée des lésions anciennes, néoformation réticulinique dans certaines réactions inflammatoires ou tumeurs lymphocytaires.

Au niveau de l'hypoderme le tissu adipeux répond d'une façon assez univoque aux agressions, quelle qu'en soit l'étiologie.

### **3-2- Notions de techniques histologiques**

#### **3-2-1- La technique standard**

Cette technique de la préparation de la lame d'histologie aboutit à la coloration de routine par l'hématéine-éosine-safran pour l'examen au microscope ordinaire; elle suffit dans la grande majorité des cas au diagnostic histologique des affections dermatologiques. Cette technique se déroule selon plusieurs étapes :

- **la fixation** : sauf si l'on envisage l'emploi d'autres techniques, le fragment prélevé devra être fixé immédiatement ; la fixation permet la conservation morphologique des structures tissulaires et cellulaires. Le fixateur utilisé dans ce cas est le formaldéhyde (ou formol dilué à 10%) ou le picroformol de Bouin. Quel que soit le fixateur utilisé, il importe que la fixation soit précoce, avec un volume de fixateur suffisant (au moins 10 fois le volume de la pièce) dans un récipient de taille suffisante pour ne pas déformer le prélèvement.

- **l'enregistrement du prélèvement** : Il consiste en la notification de l'identité complète du malade, du prescripteur, du type de prélèvement, des renseignements cliniques, et à l'attribution d'un numéro d'ordre identifiant.

- **l'examen macroscopique** : c'est un temps très important de l'examen anatomopathologique et consiste en un examen à l'œil nu, soigneux, des altérations tissulaires. Elle s'appuie sur une bonne connaissance de l'anatomie et des renseignements cliniques corrects. Ce temps macroscopique comprend la prise du poids, une mensuration de la taille du prélèvement, une description macroscopique des lésions, des prélèvements en zone lésionnelle et en zone saine ; ces prélèvements sont destinés à la préparation d'une lame pour l'examen au microscope. Dans le cas spécifique des biopsies cutanées, le prélèvement doit être obligatoirement coupé au bistouri (en deux au moins), pour permettre d'avoir des surfaces planes centrées sur la lésion, condition indispensable pour une bonne description des lésions. Pour cela le prélèvement doit avoir une taille suffisante.

- **l'inclusion** en paraffine à 56 -60 degrés Celsius permet de rigidifier le prélèvement avant sa coupe microscopique au microtome.

- **la coupe** au microtome permet de réaliser des rubans très fins (3 à 6 microns) à partir du prélèvement. Cette finesse permet aux rayons lumineux de traverser le prélèvement et d'éviter ainsi les superpositions cellulaires. Ces rubans fins sont déposés puis étalés sur une lame porte-objet, pour être colorés.

- **la coloration** de routine à l'hématéine éosine safran donne un aspect tri chromique au tissu : les noyaux sont colorés en bleu par l'hématéine, le cytoplasme en rose par l'éosine et le tissu conjonctif fibreux collagène en jaune par le safran.

Les lames ainsi colorées sont destinées à la lecture au microscope ordinaire.

### 3-2-2- Les autres techniques

Tous les prélèvements sont d'abord examinés après traitement selon la technique standard. Cette technique est suffisante pour le diagnostic histologique de la plupart des dermatoses. Mais, selon la complexité des lésions et la nature de l'affection, des colorations spéciales peuvent être effectuées pour compléter l'examen standard.

Ainsi :

- le réseau élastique nécessite, pour être mis en évidence, l'emploi de colorations par l'orcéine ou par la fushine ;
- les mastocytes sont identifiées par le caractère métachromatique de leurs granulations intra-cytoplasmiques que teinte en rouge pourpre le bleu de toluidine ;
- les corps gras seront mis en évidence sur les préparations fixées de préférence au formol, coupées en congélations et colorées par le rouge Soudan ou par l'huile rouge ;
- le glycogène et les mucoprotéines contenant des mucopolysaccharides neutres, la hyaline et la fibrinoïde sont colorées en rouge pourpre par la fushine basique ou réactif de Schiff : les éléments ainsi colorés sont dits PAS positifs (PAS = Periodic Acid Schiff). Cette méthode donne une teinte rose au conjonctif dermique, marque une ligne plus foncée à la jonction dermo-épidermique ainsi qu'autour des annexes de la peau et trace des plaques rouges qui correspondent au glycogène intra-épidermique ;
- la substance amyloïde se colore électivement avec le rouge-Congo, coloration rendue encore plus spécifique par l'étude en lumière polarisée et est, par métachromasie, décelable grâce au violet de Paris (cristal violet, vert de méthyle) qui prend une teinte rouge : une autre technique utilise la fluorescence

en lumière ultraviolette par la thioflavine T. La microscopie électronique apporte la confirmation ;

- des germes peuvent être mis en évidence sur les coupes histologiques : bactéries par la coloration de Gram, bacilles de Koch et de Hansen par celle de Ziehl, tréponèmes par des imprégnations argentiques (Fontana) ; il en est de même des champignons (coloration de Grocott) et de certains parasites comme la leishmaniose (coloration de Giemsa) ;

- les techniques d'immunofluorescence (IF) utilisent des immuns sérums animaux préalablement marqués à un fluorochrome (isothiocyanate de fluorescéine) pour mettre en évidence, d'une part, dans la peau et les muqueuses, un dépôt d'immunoglobulines et de complément (IF directe), et d'autre part, dans le sang du malade, des anticorps « anti-peau » (IF indirecte). L'IF directe nécessite une biopsie cutanée en peau malade et/ou en peau saine, immédiatement congelée dans l'azote liquide ou plongée dans un fixateur spécial. Pour l'IF indirect, 10ml de sang sont recueillis sur tube sec et stocké à au moins -20°C. Les substrats utilisés comportent un épithélium de type malpighien. La lecture se fait grâce à un microscope équipé d'une source de rayons ultraviolets (lampe à vapeur de mercure) permettant une fluorescence en lumière réfléchie ;

- la technique des immunoperoxydases (immunohistochimie) est une technique immunologique qui permet de mettre en évidence, dans les tissus ou les cellules, des substances très variées (immunoglobulines, protéines diverses, hormones...), grâce à des antigènes appropriés associés à la peroxydase ; plusieurs modalités techniques sont utilisées (directe, indirecte, utilisation d'un immun complexe peroxydase-antiperoxydase). La peroxydase forme, en présence de peroxyde d'hydrogène et de diaminobenzidine, un polymère insoluble coloré en brun ; l'avantage de cette technique réside dans sa

sensibilité, la bonne qualité et la persistance des images, sa possibilité d'utilisation sur bloc inclus en paraffine et en microscopie électronique.

### **3-3- Les résultats d'examen anatomopathologique**

Le compte-rendu comporte l'identification du malade, la nature du prélèvement, un descriptif des lésions observées, et une conclusion.

L'identification comprend :

- nom de la structure sanitaire et/ou du médecin demandeur ;
- identification de la structure anatomo cyto pathologique ;
- numéro d'identification de l'examen ;
- identité du patient ;
- date de prélèvement et de réception.

Le descriptif comporte une description macroscopique suffisamment claire pour pouvoir se représenter la pièce (poids et taille du prélèvement ; description des lésions à l'œil nu) ; une description microscopique comprenant les éléments microscopiques utiles au diagnostic et au pronostic ; les résultats des techniques complémentaires doivent être précisés.

La conclusion doit être assez explicite pour être compréhensible pour tout pathologiste ou clinicien. Il peut arriver que le clinicien, devant certains cas de diagnostics discordants, ait à interpréter les renseignements fournis par l'anatomopathologiste : aussi doit-il connaître non seulement les possibilités, mais également les limites de l'histopathologie cutanée.

## **4- LA BIOPSIE CUTANEE [7, 11, 27]**

### **4-1- Les indications**

Le but principal d'une biopsie cutanée est d'atteindre une certitude diagnostique en face d'une situation clinique peu claire. Dans bon nombre de tableaux cliniques inclassables à l'œil mais suspects de néoplasie, la biopsie cutanée est la meilleure technique de diagnostic et de traitement à la fois. Pour de nombreuses maladies cutanées inflammatoires, l'examen histologique est très utile et apporte souvent le diagnostic alors que l'aspect clinique permet seulement d'évoquer des hypothèses diagnostiques. Ainsi, l'examen histologique permet d'affiner les diagnostics différentiels et de confirmer ou infirmer les suspicions cliniques. De plus, l'échantillon cutané prélevé peut être assigné à d'autres méthodes diagnostiques telles que l'immunofluorescence directe (IFD), la microscopie électronique, l'immunohistochimie, la culture ou la PCR (polymerase chain reaction). Parfois, chez les patients inquiets qui ont par exemple été traités sans succès sur une longue période, la biopsie cutanée est légitime et indiquée. La biopsie cutanée peut encore être indiquée pour le contrôle du traitement et de l'évolution, ainsi que pour des besoins de documentation scientifique. Finalement, il faut savoir qu'en cas de persistance d'une discordance non convaincante après une première biopsie cutanée, une seconde, voire une troisième biopsie cutanée ne représentent en général pas un problème de surcharge pour le patient.

### **4-2- Le patient**

Le patient collabore en général d'autant mieux qu'il est bien informé. Avant le geste, on le renseignera donc en détails sur l'indication à la biopsie de peau, la technique de prélèvement et la guérison de la plaie. Cette information devrait inclure les risques, même s'ils sont rares, tels que saignement, infection, cicatrice disgracieuse ou chéloïde, dyschromie (leucodermie, mélanodermie). Il ne faut

pas sous-évaluer le risque de déhiscence cutanée au niveau de la cicatrice aux localisations de grande mobilité mécanique. On peut en règle générale se contenter d'un consentement tacite à la biopsie. Une anamnèse allergologique permettra d'être fixé sur une éventuelle intolérance au latex, aux anesthésiques locaux, aux désinfectants, aux antibiotiques topiques ou aux pansements adhésifs. L'anticoagulation par voie orale, les coagulopathies, une thrombocytopénie ou une immunosuppression constituent des contre-indications relatives à la biopsie cutanée. Il convient également d'être prudent chez les diabétiques atteints d'une angiopathie avancée en raison du retard de cicatrisation des plaies qui l'accompagne. La proximité de structures anatomiques sensibles telles que les vaisseaux d'une certaine dimension, les nerfs ou les capsules articulaires devrait être évitée et constitue parfois une contre-indication relative. Chez les patients à risque – valve cardiaque artificielle, endoprothèse articulaire, vice cardiaque, immunosuppression – la prophylaxie antibiotique péri-opératoire n'est pas absolument nécessaire. Dans ces situations, certains auteurs recommandent au contraire une prophylaxie antibiotique pré-opératoire, c'est-à-dire l'administration d'un antibiotique adéquat deux heures avant la biopsie.

#### **4-3- Le moment et le siège de la biopsie**

Les dermatoses inflammatoires passent par diverses phases selon une séquence typique pour la maladie. Ainsi, le moment adéquat pour la biopsie de peau se limite uniquement à l'efflorescence présente au commencement. En principe, on prélèvera l'efflorescence la plus jeune (efflorescence primaire). Dans les lésions cutanées anciennes, on trouve régulièrement des modifications qui ne contribuent que peu au diagnostic. Mais en pratique, la réalité est la plupart du temps bien différente car, en règle générale, le patient ne consulte pas au bon moment et les efflorescences ont souvent déjà subi des modifications en raison d'une automédication et/ou d'ordre irritatif. Dans certaines dermatoses bulleuses (pemphigoïde bulleuse, dermatite herpétiforme, etc.), les lésions initiales corres-

pondent fréquemment à une lésion urticarienne et/ou érythémateuse. Histologiquement, cette phase urticarienne se révèle le plus souvent comme une spongiose avec des éosinophiles dans l'épiderme («spongiose éosinophile») et le derme superficiel. Cette spongiose avec éosinophiles se rencontre entre autres aussi dans l'eczéma de contact allergique, dans diverses formes d'exanthèmes médicamenteux, dans les ectoparasitoses etc. ; ainsi dans les dermatoses bulleuses, on ne peut poser un diagnostic plus spécifique que lorsque la formation de bulles est manifeste. Si le matériel de biopsie est prélevé plus tard, c'est-à-dire lorsque le tableau clinique est essentiellement conditionné par des érosions et des ulcérations, il existe d'autres composantes inflammatoires, une colonisation bactérienne et des modifications réparatrices déjà présentes. Les efflorescences annulaires telles que le granulome annulaire, les mycoses cutanées, le pityriasis rosé, l'érythème (chronique) migrant, l'érythème annulaire centrifuge, le lupus érythémateux cutané, les porokératoses, devraient être biopsiées en périphérie de la lésion. Parfois, le diagnostic définitif n'est possible que grâce à la combinaison de paramètres cliniques et pathologiques. Autant que possible, il faudrait biopsier des lésions représentatives au tronc ou à la racine des membres.

#### **4-4- La procédure de biopsie**

Avant d'envisager un prélèvement de peau, il faudrait être familier avec les connaissances de base de l'histologie de la peau et de la dermatopathologie. En particulier, il faudrait bien avoir à l'esprit à quel «étage» de la peau se déroule le processus morbide et à quel endroit du tégument il se situe. En effet, selon la localisation, il existe des différences d'épaisseur de la couche cornée, de l'épiderme ou même du derme. C'est en particulier le cas des biopsies régulièrement trop superficielles de la paume de la main et de la plante du pied, où la couche cornée est d'une épaisseur beaucoup supérieure à celle des autres parties du corps. Les biopsies du cuir chevelu lors d'une investigation d'une alopecie posent un problème semblable ; il est ici important que la biopsie

atteigne en profondeur le tissu graisseux sous-cutané, de sorte que l'on puisse examiner le follicule pileux dans toute sa profondeur. Il s'agit de prêter également attention aux lignes de tension de la peau. En principe, l'axe d'incision devrait suivre ces lignes de tension, de sorte que l'ulcération ne présente aucune béance et que les points d'adaptation des bords puissent se faire sans tension. Le prélèvement de peau peut se faire par différentes méthodes dont le curetage, la biopsie par carottage, la biopsie au scalpel en quartier d'orange, l'excision aux ciseaux...

#### **4-4-1- Le curetage**

Le curetage correspond à un raclage au moyen d'une curette affûtée. En gynécologie, le curetage est un procédé diagnostique et thérapeutique très important au niveau de l'utérus (col utérin, endomètre). Pour des raisons techniques, ce procédé relègue la question diagnostique au deuxième plan.

En dermatologie, le procédé est utilisé en première ligne pour l'ablation de lésions superficielles (épidermiques) telles que les kératoses séborrhéiques, les naevi épidermiques, les verrues vulgaires, les mollusca contagiosa, les kératoses solaires (actiniques) etc.

Après cryo-anesthésie préalable (spray de chlorure d'éthyle, azote liquide) ou anesthésie locale, on procédera à l'ablation de la lésion en exerçant la pression la plus faible possible, après avoir mis la peau sous tension en la maintenant écartée entre le pouce et l'index de l'autre main. En cas de pression trop forte avec la curette, le danger de léser les tissus en profondeur est élevé, donc le risque de cicatrice. Il y a un avantage à tenir la curette comme un éplucheur à légumes, car la technique « en pelures de pomme de terre » permet une bonne immobilisation de la lésion, une meilleure stabilité ainsi qu'une bonne flexibilité et une bonne mobilité de la main qui conduit l'instrument.

Les néoplasies mélanocytaires, surtout en cas de suspicion de mélanome, et les lésions dont le diagnostic n'est pas évident, suspectes de dégénérescence tumorale constituent une contre-indication à l'ablation par curetage. Il faut noter que cette procédure de prélèvement est peu utilisée en dermatologie.

#### **4-4-2- La biopsie par carottage (poinçonnage à l'emporte-pièce, punch-biopsie)**

A l'une de ses extrémités, le carotteur est muni d'un couteau métallique cylindrique, dont le diamètre varie entre 2 et 8 mm. On ne devrait utiliser qu'exceptionnellement les carotteurs de 2 mm de diamètre. L'examen histologique de biopsies par carottage d'un diamètre de 3 mm ou inférieur est d'interprétation difficile, voire insuffisante. Plusieurs auteurs recommandent de prélever des carottes d'au moins 6 mm.

La seule indication est la biopsie de lésions au visage, une localisation délicate du point de vue esthétique.

Après anesthésie locale, on pratique la biopsie, la peau étant étirée entre deux doigts, perpendiculairement aux sillons cutanés. Le prélèvement est effectué par des mouvements de rotation en pression axiale et laisse place à une plaie opératoire de surface elliptique. Le cylindre de peau prélevé devrait être retiré directement avec les ciseaux, éventuellement à l'aide de l'aiguille d'injection, afin d'éviter des artéfacts par écrasement. Le défaut cutané peut être refermé sans problème par un point de suture, mais on peut aussi, sans suturer, simplement couvrir directement la plaie par un pansement protecteur.

### **4-4-3- La biopsie au scalpel en quartier d'orange**

C'est la biopsie à l'aide d'une lame de bistouri.

La principale indication est celle de l'ablation complète de tumeurs bénignes ou malignes. Les panniculites, les alopecies, les lésions sclérosantes ou atrophiantes, les vasculites des gros vaisseaux situés en profondeur (vasculite nodulaire, panartérite noueuse, thrombophlébite) et quelques maladies ulcéreuses telles que le pyoderma gangrenosum, sont des affections où la biopsie en quartier d'orange est d'une très grande utilité diagnostique.

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

### **4-4-4- L'excision aux ciseaux**

C'est le procédé de choix pour les lésions cutanées superficielles pédiculées telles que le molluscum pendulum. Une anesthésie locale n'est utile que dans de rares cas. La section doit se faire à la base, aussi près de la peau que possible.

### **4-5- La désinfection**

Dans la plupart des cas, une désinfection à l'alcool est suffisante. Elle permet de réduire la flore cutanée de 75% en moins d'une minute. L'éthanol est surtout efficace contre les germes Gram positifs. Les solutions de polyvidone iodée ont un spectre antibactérien aussi bien gram positif que gram-négatif. Leur entrée en action est cependant plus lente que celle de l'alcool et la polyvidone

iodée colore la peau. La chlorhexidine est aussi efficace contre les gram-positifs et les gram-négatifs. Son action est d'entrée rapide et dure plusieurs heures.

#### **4-6- Le prélèvement obtenu**

Une biopsie à visée diagnostique n'est pas une exérèse. Elle ne doit être ni trop petite (difficulté de l'examen anatomo-pathologique), ni trop grande (en moyenne 1,5 x 0,5 centimètres à 2 x 0,5 centimètres). Le prélèvement obtenu devrait être soigneusement manipulé avec la pincette ou l'aiguille à injection, de manière à éviter les artefacts par écrasement. En routine, l'échantillon prélevé est placé dans un récipient transparent contenant un fixateur sous forme d'une solution de formol à 10%, ce qui sert également de milieu de transport. La transparence du récipient permet de contrôler la présence du matériel prélevé conformément à la demande d'examen. Le rapport volume de formol/ volume de la biopsie devrait être de 20/1, car la fixation «utilise» le formol. En règle générale, on ne place dans un récipient qu'un seul échantillon de biopsie. Des échantillons bien marqués (fils) de manière différenciée peuvent faire exception. Il va sans dire que les récipients de transport doivent être étiquetés avec les données permettant d'identifier correctement le patient.

#### **4-7- Le bulletin de demande d'examen anatomopathologique**

En plus de l'âge et du sexe du patient ainsi que de l'endroit du prélèvement, il doit être mentionné sur le formulaire de demande d'examen la description macroscopique de la lésion, les symptômes d'accompagnement, les facteurs déclenchant, l'hypothèse diagnostique ou le diagnostic différentiel, ainsi que les traitements locaux et/ou systémiques entrepris. Dans certaines situations, il faudrait également mentionner le résultat de biopsies antérieures. Cela est particulièrement important pour les récidives de lésions incomplètement excisées

ou pour les néoplasies. Une photographie de l'efflorescence cutanée adressée au pathologiste en annexe à la demande d'examen peut être d'une aide précieuse

#### **4-8- Les artefacts et les sources d'erreurs dans les biopsies cutanées**

Une désinfection trop vigoureuse de la peau peut entraîner la perte (par desquamation) d'informations importantes au niveau de la couche cornée. Les spores et le mycélium d'un champignon (mycose cutanée) peuvent manquer, la parakératose du psoriasis vulgaire ou les granulocytes neutrophiles et les bactéries lors d'un impétigo peuvent avoir disparu sous l'effet d'une désinfection inconsidérée. Une injection trop rapide de l'anesthésique local, même avec un dermojet, peut provoquer des petites disjonctions dans le derme et même dans l'épiderme. Une vigoureuse compression mécanique avec la pincette (artefact de pincette) au moment de retirer un fragment de biopsie produit des altérations du chorion. Selon la localisation dans le derme, les artefacts de pincette imitent histologiquement une sclérodémie localisée ou un molluscum pendulum. Lorsqu'une pression est exercée directement sur la zone de jonction dermo-épidermique, c'est-à-dire dans la région de la membrane basale, il est possible qu'il se produise un décollement de l'épiderme. Histologiquement, on constate alors une bulle sous-épidermique. Les biopsies effectuées au mauvais moment ou au mauvais endroit sont les prélèvements d'efflorescences secondaires, de bulles âgées de plus de 24 heures, de tissu nécrotique ou du fond d'un ulcère sans épiderme adjacent.

## **5- LE DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE DE QUELQUES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES COURANTES [8, 11, 12, 24]**

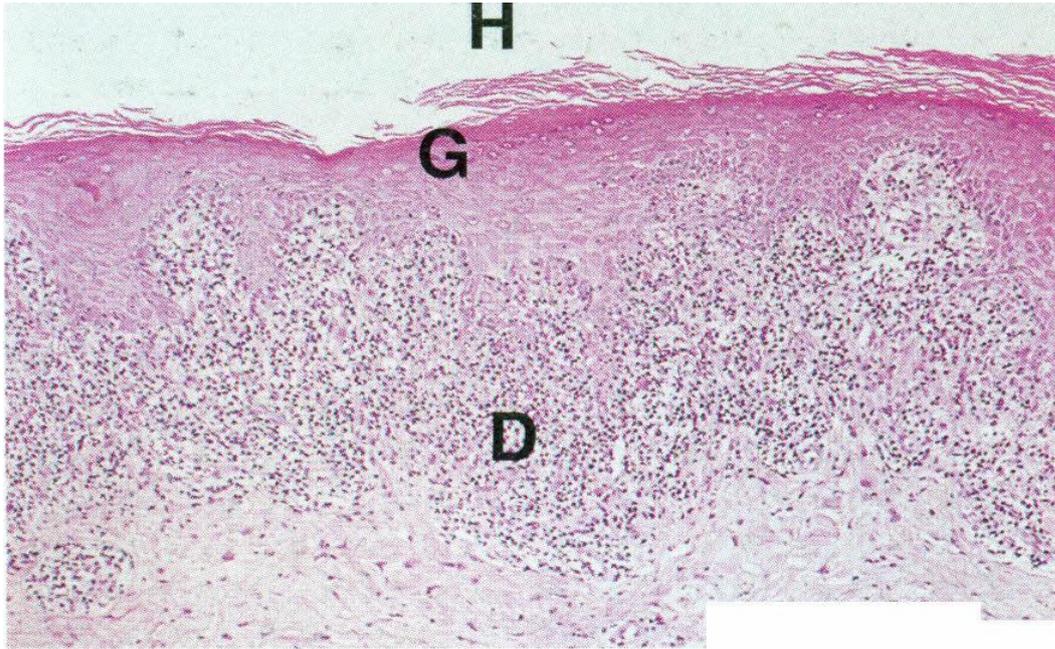
### **5-1- Le lichen plan**

Le lichen plan est une pathologie ubiquitaire sans prédominance ethnique dont la prévalence varie, selon les études, entre 0,9 et 1,2 % de la population générale. Il survient dans deux tiers des cas entre 30 et 60 ans et est rare aux âges extrêmes de la vie. Le sex ratio est de 1 ; toutefois, certaines études trouvent une prédominance féminine du lichen plan.

La lésion élémentaire est une papule ferme, polygonale, brillante, de coloration rouge rosée, devenant violine à mesure que les lésions évoluent. Elle est parcourue en surface par des lignes blanc grisâtre caractéristiques appelées stries de Wickham. La taille des papules est habituellement uniforme chez un même patient, variant de quelques millimètres à un ou plusieurs centimètres. Les lésions peuvent être confluentes, réalisant parfois des placards linéaires ou annulaires, ou isolées, voire disséminées à l'ensemble du tégument. Des lésions linéaires peuvent apparaître le long de marques de grattage ou sur des cicatrices, réalisant le phénomène de Koebner. Le lichen plan touche toutes les parties du corps ; certaines régions sont préférentiellement atteintes : les faces antérieures des poignets, les lombes et les chevilles. Le prurit est quasi constant. En cours d'évolution, la papule s'affaisse, puis disparaît habituellement en quelques mois laissant place à une pigmentation résiduelle dont la couleur varie du rose au bleu, voire au noir, et qui peut persister des mois ou des années. On estime que 30 à 77 % des malades ayant un lichen plan cutané ont une atteinte muqueuse associée.

La papule typique de lichen plan correspond à une atteinte dermoépidermique, associant une hyperkératose orthokératosique, une hypergranulose (correspondant cliniquement à la strie de Wickham), une

hyperacanthose, surmontant de larges papilles en coupoles ou en dôme (figure 3). La dégénérescence vacuolaire de la couche basale de l'épithélium, traduite par la présence de corps cytoïdes associés à une incontinence pigmentaire, est caractéristique. Les corps cytoïdes ou corps hyalins de Civatte sont des inclusions éosinophiles, composées d'agrégats de filaments de kératine, provenant de kératinocytes apoptotiques. Leur présence en grand nombre ou regroupés en amas est évocatrice de lichen plan. Un infiltrat lymphohistiocytaire en bande du derme superficiel vient au contact de la basale qu'il pénètre par places, avec un certain degré de spongieuse. L'infiltrat est parfois séparé de l'épiderme par une déhiscence dermoépidermique, ébauche de bulle. L'examen en immunofluorescence directe est un outil diagnostique intéressant. Les corps cytoïdes prennent une fluorescence non spécifique, d'aspect globuleux, au sommet des papilles dermiques avec des antisérums dirigés principalement contre les IgM, mais aussi contre les IgG, IgA et le C3.



**Figure 3:** aspect histologique d'un lichen plan

L'épiderme est le siège d'une hyperkératose orthokératosique (H) avec épaissement de la couche granuleuse (G) ; la basale est érodée avec un aspect grignoté, du fait de l'infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire du derme superficiel

Source : d'après Burkitt H.G.

### 5-2- La leishmaniose cutanée

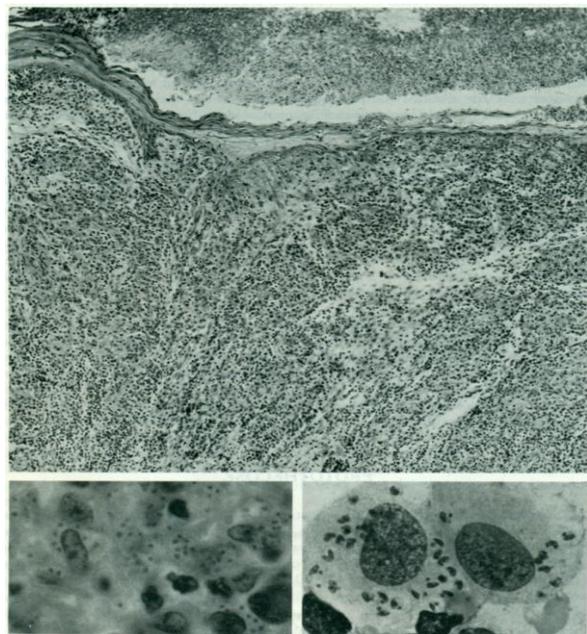
Elle est due à un protozoaire flagellé du genre leishmania et transmise par la pique d'une mouche du genre phlébotome (*phlebotomus papatasi*). La lésion initiale siège sur les régions découvertes. Elle débute par une papule qui augmente de taille, se transforme en nodule et s'ulcère (figure 4); la guérison survient généralement en 6 mois à un an au prix d'une cicatrice disgracieuse. Il peut y avoir plusieurs lésions semblables.

**Histologie** : l'image histologique est un infiltrat inflammatoire ; l'infiltrat de la lésion initiale contient quelques plasmocytes, des lymphocytes et surtout de volumineux histiocytes bourrés de leishmanies. Les parasites s'observent

principalement dans le cytoplasme des histiocytes qui renferment parfois de très nombreux éléments (figure 5); souvent il y en a aussi dans l'espace extracellulaire. Au fur et à mesure du vieillissement des lésions, l'infiltrat prend un aspect tuberculoïde; les histiocytes deviennent rares ainsi que les leishmanies. Dans tous les cas, la découverte de corps de Leishman est le seul moyen de faire le diagnostic. Cette recherche, plus simple à l'examen cytologique est également possible sur coupe. Le protozoaire apparait comme une formation arrondie de 2 à 4 micromètres de diamètre, sans capsule, avec un volumineux noyau basophile, auquel est accolé un paranucleus ou blépharoplaste visible sur l'hématéine-éosine; il est mieux vu sur une coloration de Giemsa où le noyau est coloré en rouge. Ils doivent être distingués des bactéries, des agents du rhinosclérome et du granulome inguinal. Le marquage immunohistochimique est nécessaire pour la précision de l'espèce de leishmanie.



**Figure 4** : aspect clinique d'une leishmaniose cutanée.  
Source : Dermato-Vénéro/CHU-YO



**Figure 5** : aspect histologique d'une leishmaniose cutanée.  
Source : D'après J. Civatt

### 5-3- La verrue

Les verrues vulgaires, les verrues planes, les verrues plantaires et les condylomes acuminés sont dus au même virus, le papilloma virus.

**Les verrues vulgaires** forment des élevures papillomateuses et hyperkératosiques, de forme arrondie, de consistance ferme. Elles peuvent se développer sur n'importe quelle partie du revêtement cutané, mais aussi sur les muqueuses.

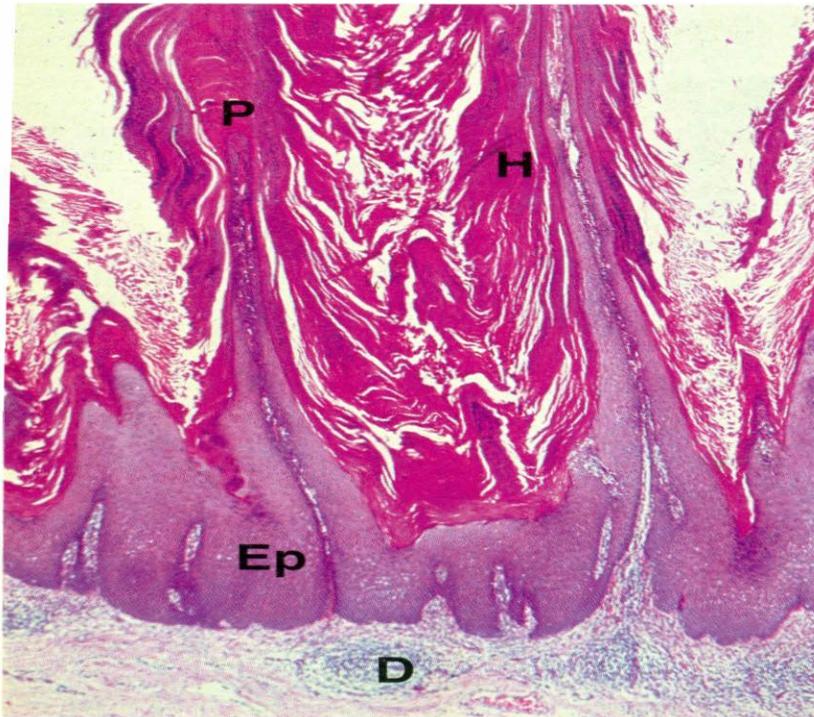
L'aspect histologique se caractérise par une hyperacanthose, une hyperpapillomatose, une hyperkératose (figure 6) et, en certains points par une parakératose. La présence de grandes cellules vacuolisées dans la partie supérieure du corps muqueux et dans la couche granuleuse permet d'opposer les verrues vulgaires aux autres papillomes ; cependant, ces éléments peuvent faire défaut dans les lésions anciennes.

**Les verrues planes** sont de petites élevures papuleuses à surface lisse, de coloration jaune brunâtre ; elles peuvent aussi avoir la teinte de la peau normale. Elles atteignent électivement la face et le dos de la main. Rarement, les verrues planes réalisent une éruption profuse, étendue à la face, au dos des mains, au tronc et aux extrémités : c'est l'épidermodysplasie verruciforme ou maladie de Lewandowsky-Lutz.

Sur le plan histologique les verrues planes comportent une hyperkératose et une hyperacanthose (figure 6) mais à l'opposée des verrues vulgaires, elles ne comportent ni papillomatose ni parakératose. La vacuolisation des cellules épidermiques est beaucoup plus importante.

**Les verrues plantaires** se développent sur des surfaces plantaires et sont bien souvent recouvertes d'épaisse callosité. L'élimination de celle-ci fait apparaître le tissu pathologique, mollasse, granuleux, blanchâtre ou brunâtre.

Leurs structures histologiques se rapprochent de celle des verrues vulgaires. La couche cornée est cependant beaucoup plus épaisse et souvent, nettement parakératosique.



**Figure 6** : aspect histologique d'une verrue plane.

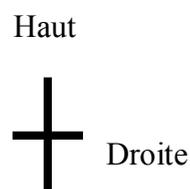
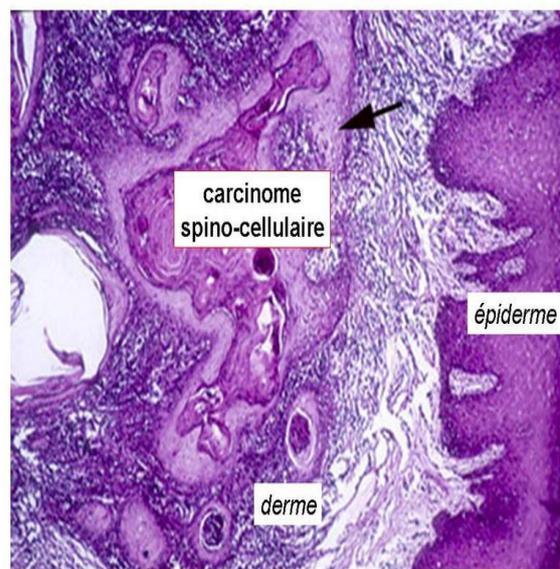
L'épiderme (Ep) est irrégulièrement épaissi et recouvert d'une épaisse couche d'hyperkératose (H). Il existe de véritables flèches de parakératose (P) en regard des papilles épidermiques hypertrophiées, et un infiltrat de lymphocytes dans le derme (D). Source : d'après Burkitt H.G.

#### 5-4- L'épithélioma spinocellulaire

Les épithéliomas spinocellulaires se présentent généralement comme des ulcères peu profonds, circonscrits par un large rebord saillant et induré. Ils comportent souvent une croûte épaisse qui recouvre un tissu rougeâtre et granuleux (figure 7); ils peuvent aussi prendre l'aspect de tumeurs surélevées, verruqueuses, non ulcérées, et peuvent apparaître à n'importe quel point du revêtement cutané. Ils sont plus fréquents sur les surfaces exposées à la lumière.

Les épithéliomas spinocellulaires représentent un véritable cancer de l'épithélium de surface. Des cordons épithéliaux irréguliers pénètrent plus ou moins profondément dans le derme (figure 8); ils sont constitués en proportion

variable d'éléments en voie de kératinisation, d'éléments kératinisés et d'éléments indifférenciés ou anaplasiques. L'anisocytose et le polymorphisme des cellules néoplasiques, les dimensions et la colorabilité excessives du noyau, la disparition des ponts d'union, la dyskératose et la présence de mitoses nombreuses traduisent le caractère anarchique de la prolifération tumorale. La différenciation kératinisante est variable d'un cas à l'autre et entraîne souvent la formation de globes cornés : des cellules épithéliales aplaties, imbriquées en lamelles concentriques, murissent progressivement de la surface vers le centre, les cellules centrales étant ou non complètement kératinisées.



**Figure 7:** aspect clinique évoquant un épithélioma spinocellulaire.

Source : Dermato-Vénéréo/ CHU-YO

**Figure 8:** aspect histologique d'un épithélioma spinocellulaire.

Source : epathology.com

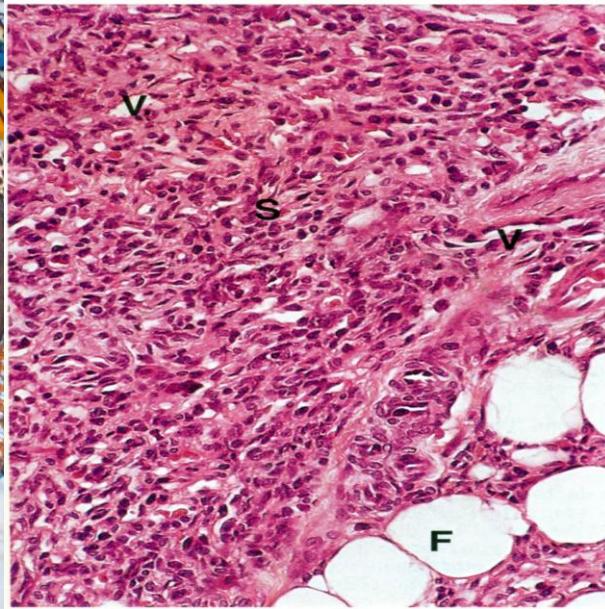
## **5-5- La maladie de Kaposi**

La maladie de Kaposi se caractérise par le développement, d'habitude sur la partie inférieure des jambes, de plaques et de nodules angiomateux brun foncé qui peuvent s'ulcérer (figure 9). Un lymphœdème concomitant s'observe fréquemment.

Histologie : les lésions précoces sont comparables à un tissu de granulation et les lésions anciennes sont de type angiomateux ; dans les lésions précoces les vaisseaux dermiques sont dilatés et plus nombreux que normalement. Ils possèdent des cellules endothéliales volumineuses et turgescentes (figure 10). Un infiltrat diffus d'importance variable tend à se condenser autour d'eux. Il existe des espaces vasculaires, des amas de cellules endothéliales représentant des ébauches vasculaires ; il existe enfin des collections de globules rouges extravasés et des dépôts d'hémosidérine. Ainsi, l'image histologique n'est pas nécessairement spécifique ; néanmoins, l'existence de volumineuses cellules endothéliales, la dispersion de globules rouges dans le milieu interstitiel et la présence de dépôts d'hémosidérine dans un tissu de granulation doivent toujours faire discuter la possibilité d'une maladie de Kaposi.



**Figure 9:** aspect clinique d'une maladie de Kaposi de la peau.  
Nodules angiomateux  
Source : Dermato-Vénéréo/CHU-YO



**Figure 10:** aspect histologique d'une maladie de Kaposi.  
Nappes de cellules stromales (S) turgescents, entremêlées à des espaces vasculaires (V) en forme de fentes. Source : d'après Burkitt H.G.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**

## **1- OBJECTIFS**

## **1- OBJECTIFS**

### **1-1- OBJECTIF GENERAL**

Etudier l'apport de l'examen anatomopathologique dans la prise en charge des affections dermatologiques à Ouagadougou.

### **1-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- 1- Déterminer la fréquence des biopsies cutanées réalisées dans le service de Dermatologie du CHU-YO et examinées à Ouagadougou, de Janvier 2000 à Décembre 2010.
- 2- Décrire le profil socio-démographique des patients ayant bénéficié de ces biopsies de Janvier 2000 à Décembre 2010.
- 3- Identifier les principales indications des biopsies cutanées réalisées de Janvier 2000 à Décembre 2010.
- 4- Décrire les aspects anatomopathologiques des principales affections dermatologiques ayant bénéficié d'une biopsie, de Janvier 2000 à Décembre 2010.
- 5- Déterminer la concordance entre le diagnostic histologique et le diagnostic clinique des affections dermatologiques ayant bénéficié d'une biopsie de Janvier 2000 à Décembre 2010.

## **2- METHODOLOGIE**

## **2- METHODOLOGIE**

### **2-1- Cadre d'étude**

Les unités d'anatomie pathologique du Burkina Faso (une unité publique et deux unités privées, toutes situées dans la ville de Ouagadougou), et le service de Dermatologie du CHU-YO ont servi de cadre à notre étude.

Le système sanitaire du Burkina Faso est subdivisé en trois niveaux :

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons : le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) qui est la porte d'entrée du système. Cette structure réfère à l'échelon supérieur qui est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). Il existe 63 districts sanitaires au Burkina Faso.
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il en existe neuf (09) pour les 13 régions sanitaires du Burkina Faso ; les CHR de Manga et de Ziniaré sont en cours de construction et porteront le nombre à 11.
- Le troisième niveau est représenté par le centre hospitalier universitaire (CHU). C'est le dernier niveau de référence. Il en existe quatre (04) :
  - le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou (CHU-YO) ;
  - le centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) également à Ouagadougou ;
  - le centre hospitalier universitaire Souro Sanou à Bobo Dioulasso (CHUSS) ;
  - et le centre hospitalier national Blaise Compaoré à Ouagadougou.

Toutes ces structures sanitaires sollicitent les trois (3) unités d'anatomie pathologique que compte le pays.

## **2-1-1- Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado**

### **Ouédraogo (CHU-YO)**

Situé à Ouagadougou la capitale, cette structure accueille les malades de la ville et ceux évacués des autres formations sanitaires, principalement celles des régions du plateau central, de l'Est, du Nord, et du Centre-sud.

Le CHU-YO comprend plusieurs services :

- les services de médecine et de spécialités médicales dont la Dermatologie (concernée par notre étude), l'hépto-gastro-entérologie, la médecine interne, la cardiologie, les maladies infectieuses, la pneumo-phtisiologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la neurologie, la néphrologie, les urgences médicales ;
- les services médico-techniques : le service d'anatomocytopathologique et de médecine légale, le service de radiologie et d'imagerie médicale, le service de la pharmacie hospitalière, les laboratoires de biochimie, d'immunologie, de bactériologie-virologie et d'hématologie ;
- le service de gynécologie et d'obstétrique ;
- le service d'anesthésie et de réanimation ;
- les services de chirurgie et de spécialités chirurgicales dont la traumatologie, la chirurgie générale et digestive, les urgences chirurgicales, l'urologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie et la neurochirurgie.

## **2-1-2- Les unités d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou**

Le service d'Anatomocytopathologie et de Médecine Légale du CHU-YO est le premier et le seul laboratoire public du pays. Il est fonctionnel depuis 1983. A coté de ce service public de référence, deux unités privées ont vu le jour en 1998 et en 2000. Il s'agissait d'unités abritées respectivement par les polycliniques SANDOF et PHILADELPHIE, toutes situées dans la ville de Ouagadougou.

Ces trois unités se partagent les demandes d'examen anatomopathologique provenant de toutes les structures sanitaires publiques et privées du pays; elles sont équipées pour la réalisation d'examen anatomopathologique standard ; en outre, certaines techniques de coloration spéciale sont réalisées selon l'orientation clinique et l'aspect histologique du prélèvement à la technique standard (Grocott, Ziehl-Neelsen, PAS, rouge Sirius etc.). Par ailleurs, certaines techniques spéciales importantes notamment le marquage immunohistochimique, l'examen extemporané, ne sont pas réalisables sur place.

Le nombre de pathologistes dans le pays a augmenté progressivement de 1 en 1983 à 4 en 2004, puis 6 depuis Janvier 2011. Ils ont une compétence transversale et collaborent avec toutes les spécialités médicales et chirurgicales ; il n'y a donc pas de pathologistes spécialisés en dermatologie dans notre contexte de travail.

### **2-1-2-1- Le service d'Anatomocytopathologie et de Médecine Légale du CHU-YO**

Situé au sein de l'hôpital, il est dirigé par le Professeur Olga Mélanie LOMPO épouse GOUMBRI. Il assure en son sein la formation de médecins en

Diplôme d'Etude Spécialisée d'Anatomie Pathologique. En Janvier 2011, 2 étudiants de la première promotion de cette école ont présenté leur mémoire de fin de formation, renforçant le nombre de pathologistes à 6.

Le service comprend :

- 03 bureaux pour médecin
- 01 bureau pour secrétaire
- 01 salle de réception
- 01 salle de coupe macroscopique
- 01 salle de technique
- 01 salle de prélèvement cytologique
- 01 salle de D.E.S.
- des toilettes

Le personnel est composé de :

- 06 médecins : 3 pathologistes, 1 légiste, 2 D.E.S.
- 04 techniciens de laboratoire
- 01 secrétaire
- 01 technicienne de surface

**2-1-2-2- L'unité d'anatomie pathologique de la  
polyclinique SANDOF**

Elle est dirigée par le Professeur B. R. SOUDRE

Elle comprend :

- une salle de réception et de technique,
- une salle de prélèvement cytologique,

- une salle de lecture.

Le personnel est composé de 3 pathologistes et 2 techniciens de laboratoire.

### **2-1-2-3- L'unité d'anatomie pathologique de la polyclinique PHILADELPHIE**

Elle est dirigée par le Dr B. SAKANDE.

Elle comprend :

- une salle de réception et de technique,
- une salle de prélèvement cytologique,
- une salle de lecture.

Le personnel est composé d'un pathologiste et de deux techniciens de laboratoire

### **2-1-3- Le service de Dermatologie -Vénérologie du CHU-YO**

Premier service spécialisé dans les pathologies dermatologiques au Burkina, il a vu le jour en 1991 avec deux dermatologues ; il admet les patients provenant de tous les horizons. En plus des consultations de pathologies dermatologiques, le service assure la prise en charge des infections sexuellement transmises et des Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH). Il constitue, avec les services de Médecine Interne (Hôpital du Jour), de Pneumologie, de Maladies Infectieuses, de Pédiatrie et de Gynécologie, les services de prise en charge des PVVIH au CHU-YO. Comme équipement technique, le service dispose d'un appareil d'électrocoagulation, d'une lampe de Wood et du matériel pour la petite chirurgie. Les bilans anatomopathologiques, infectieux, immunologiques, demandés dans le service sont effectués au sein du CHU, et souvent dans les laboratoires privés ou

acheminés à l'étranger. Les biopsies sont réalisables tous les jours selon le nombre de patients concernés ; ces prélèvements sont examinés sur place à Ouagadougou, ou envoyés à l'étranger (France et Sénégal).

Le service est constitué de :

- 4 salles d'hospitalisation comportant au total 14 lits
- Quatre bureaux de médecins
- une salle faisant office de consultation, de staff et de cours.
- Une salle qui sert à la fois de salle d'accueil, de pansement, de prélèvements, de rangement de fichiers.
- un bureau pour surveillant d'unité de soins
- un secrétariat
- une salle de garde des infirmiers
- une salle pour les internes
- des toilettes du personnel

Le personnel est composé de :

- Neuf médecins comprenant :
  - Deux Professeurs Titulaires en dermatologie ;
  - Un professeur agrégé en dermatologie
  - Une assistante en dermatologie ;
  - Un dermatologue vénérologue praticien hospitalier ;
  - Trois promotions de médecins en spécialisation (D.E.S. de dermatologie) comprenant au total 7 personnes.

- Neufs infirmiers :
  - cinq infirmiers diplômés d'état ;
  - quatre infirmiers brevetés.
- Cinq techniciens et techniciennes de surface
- Une secrétaire
- Les étudiants stagiaires et infirmiers (en moyenne 120 par an).

## **2-2- Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective, conduite dans la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2000 au 31 Décembre 2010, soit sur 11 ans.

## **2-3- Population d'étude**

L'étude a concerné tous les patients ayant consulté dans le service de Dermatologie du CHU-YO pendant la période d'étude, et ayant une preuve histologique de leur dermatose, établie à Ouagadougou. Il s'est donc agi d'un recensement de tous les cas répondant à ces critères.

## **2-4- Critères d'inclusion et de non inclusion**

A été inclus tout patient admis dans le service de Dermatologie du CHU-YO au cours de la période d'étude, et ayant bénéficié d'une biopsie cutanée ou muqueuse dont l'examen anatomopathologique avait été fait dans l'un des trois laboratoires d'anatomie pathologique que comptait la ville de Ouagadougou.

Ont été exclus de l'étude les cas de biopsies non contributives (parce que mal conservées...), les cas ayant fait l'objet d'un diagnostic dans au moins deux laboratoires différents au même moment, pendant la période d'étude (doublons), et les cas de biopsies examinées à l'étranger.

## **2-5- Matériel et méthode d'étude**

- La collecte des données s'est faite sur la base des informations disponibles ; cela, à partir des registres de résultats des laboratoires d'anatomie pathologique de Ouagadougou, des dossiers cliniques des patients et des registres de résultats d'examen Anatomopathologique du service de Dermatologie. Une fiche de collecte individuelle a été établie pour chaque cas (annexe).
- Les prélèvements (cutanés ou muqueux), réalisés au bistouri ou au punch, étaient traités selon la technique standard et examinés au microscope ordinaire. Selon la lésion, certains prélèvements ont nécessité des colorations spécifiques complémentaires (colorations de Grocott, Giemsa, PAS, Ziehl-Neelsen).

## **2-6- Variables d'étude**

Pour chaque cas de biopsie cutanée, les informations suivantes ont été recherchées et notées :

- les données sociodémographiques : sexe, âge, résidence, profession, statut matrimonial, profession du conjoint.
- les renseignements cliniques (indications de la biopsie) : l'étendue de la lésion (localisée ou généralisée), le siège, la nature et la durée d'évolution de la lésion, l'hypothèse diagnostique (ou les hypothèses diagnostiques) évoquée.
- les aspects anatomopathologiques : le laboratoire de diagnostic, la taille de la biopsie, le diagnostic histologique, la date du diagnostic.
- la concordance entre diagnostic histologique et diagnostic clinique : les deux diagnostics étaient dits concordants si le diagnostic histologique est similaire à l'hypothèse diagnostique (ou à l'une des

hypothèses diagnostiques) formulée par le clinicien. Ils étaient non concordants dans les autres cas.

### **2-7- Analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur ordinateur à l'aide des logiciels EPI-INFO dans sa version 3.3., et Excel 2007.

### **2-8- Considérations éthiques et déontologiques**

Notre étude s'est faite dans le strict respect de la confidentialité des informations recueillies.

## **3- RESULTATS**

### 3- RESULTATS

#### 3-1-DONNEES GLOBALES

##### 3-1-1- L'échantillon

De Janvier 2000 à Décembre 2010 (11 ans), 952 biopsies ont été réalisées dans le service de Dermatologie du CHU-YO. Parmi ces biopsies, 522 ont été examinées dans les unités d'anatomie pathologique de Ouagadougou, et 430 biopsies dans des unités de pays étrangers (France et Sénégal). Le tableau I montre la répartition des cas de biopsies examinées à l'étranger selon l'année.

**Tableau I** : répartition des prélèvements envoyés à l'étranger selon l'année.

<b>Année d'expédition</b>	<b>Effectif</b>
2000	65
2001	44
2002	37
2003	45
2004	59
2005	95
2006	41
2007	3
2008	21
2009	20
<b>Total</b>	<b>430</b>

Les données pour l'année 2010 n'étaient pas disponibles.

Parmi les 522 cas examinés dans les laboratoires de Ouagadougou, 21 avaient été enregistrés à la même période dans deux laboratoires privés. Ces 21 cas n'ont pas été pris en compte dans notre étude ; il en était de même pour les cas examinés à l'étranger. Il en résultait **501 cas**, constituant notre échantillon. Le tableau II nous montre la répartition des prélèvements examinés à Ouagadougou selon l'année.

**Tableau II** : répartition des prélèvements examinés à Ouagadougou selon l'année.

<b>Année du diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
2000	18	3,60
2001	9	1,80
2002	7	1,40
2003	38	7,58
2004	54	10,78
2005	78	15,57
2006	109	21,76
2007	67	13,37
2008	48	9,58
2009	41	8,18
2010	32	6,38
<b>Total</b>	<b>501</b>	<b>100,00</b>

### **3-1-2- La fréquence**

Durant la période de notre étude, 501 biopsies provenant du service de Dermatologie du CHU-YO ont été examinées dans les 3 laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou, soit en moyenne 45,54 biopsies par an.

Pendant la même période, 42 400 patients (dont 23250 anciens et 19150 nouveaux) avaient consulté dans le service de Dermatologie, selon les données du Service d'Information Médicale (SIM) du CHU-YO. Il en résultait que 1 patient sur 84 avait bénéficié d'un examen anatomopathologique à Ouagadougou.

## **3-2- ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

### **3-2-1- Le sexe**

Notre échantillon était composé de 252 femmes (50,3 %) et de 249 hommes (49,7 %), soit un sex-ratio de 0,98.

### **3-2-2- L'âge**

L'âge des patients avait été précisé dans 442 cas. L'âge moyen était de 36,67 ans, avec des extrêmes de 21 jours et 95 ans. Le tableau III présente la répartition des cas selon la tranche d'âge.

**Tableau III** : répartition des 442 cas selon la tranche d'âge

---

<b>Tranche d'âge (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0 - 4	7	1,58
5 - 9	13	2,94
10 - 14	18	4,07
15 - 19	20	4,52
20 - 24	50	11,31
25 - 29	56	12,66
30 - 34	56	12,66
35 - 39	57	12,89
40 - 44	35	7,92
45 - 49	32	7,24
50 - 54	28	6,34
55 - 59	15	3,40
60 - 64	15	3,40
65 - 69	15	3,40
70 - 74	12	2,72
75 - 99	13	2,95
<b>Total</b>	<b>442</b>	<b>100,00</b>

---

La tranche de 20 à 39 ans était la plus concernée avec 219 cas (49,52 %).

### 3-3- LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les bulletins de demande d'examen anatomopathologique comportaient des renseignements cliniques dans 261 cas, soit 52,09 % des cas.

#### 3-3-1- La nature des lésions élémentaires

La nature des lésions élémentaires a été précisée dans 192 cas. Le tableau IV nous montre la répartition des 192 cas selon la nature des lésions élémentaires ayant motivé la biopsie.

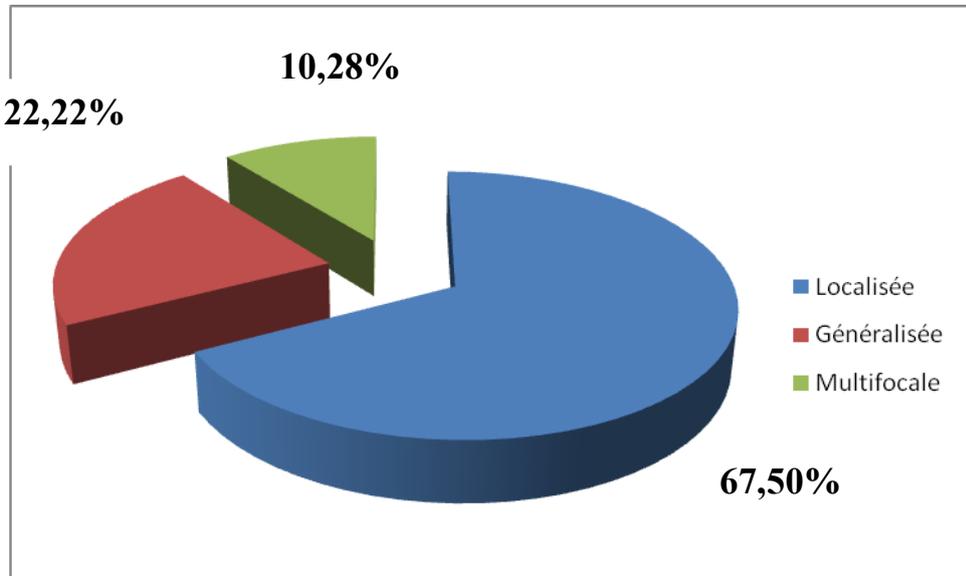
**Tableau IV** : répartition des 192 cas selon la nature des lésions élémentaires

<b>Lésions élémentaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Macule	56	29,16
Papule	33	17,18
Nodule	25	13,03
Bulle	24	12,50
Ulcération	19	9,89
Tumeur	12	6,25
Vésicule	3	1,57
Lésions associées*	20	10,42
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100,00</b>

\* maculopapuleuses = 7 ; papulonodulaires = 6 ; vésiculobulleuses = 4 ; ulcéro-nodulaires = 3

### 3-3-2- L'étendue des lésions

L'étendue des lésions était précisée dans 159 cas. La figure 11 montre la répartition des cas selon l'étendue des lésions.

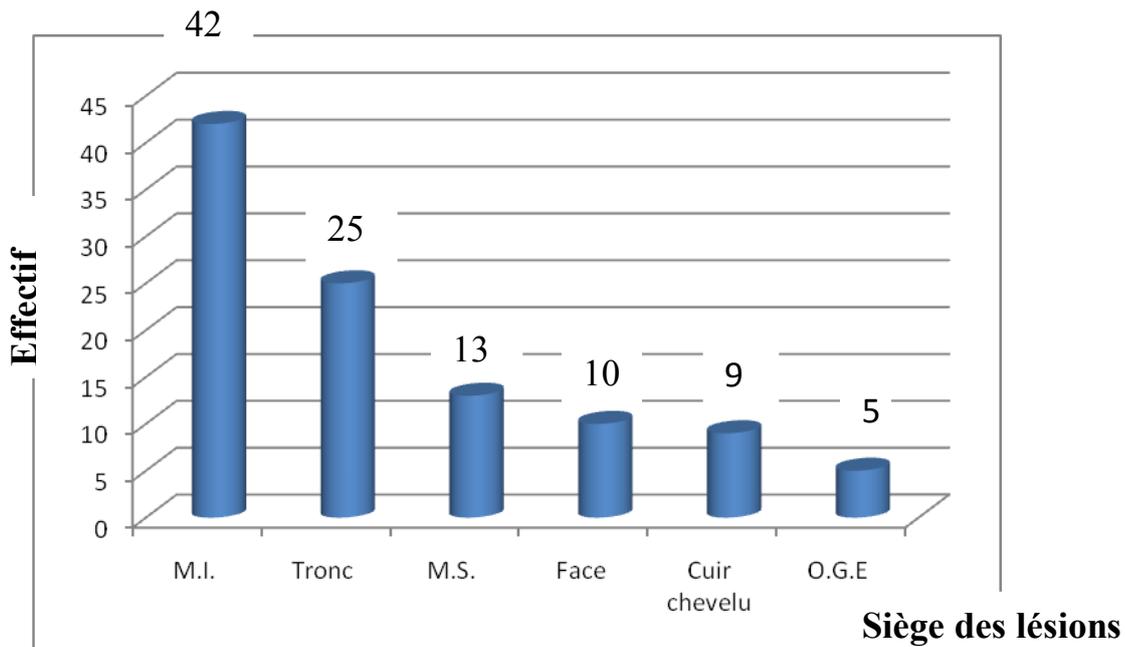


**Figure 11** : répartition des 159 cas selon l'étendue des lésions.

### 3-3-3- Le siège des lésions

Le siège des lésions localisées avait été précisé dans 104 cas.

La figure 12 présente la répartition des 104 cas selon le siège des lésions.



**Figure 12** : répartition des cas selon le siège des lésions (n=104)

Les lésions siégeaient le plus souvent aux membres avec 52,88 % des cas.

### 3-3-4- La durée d'évolution de la maladie

Le temps qui sépare le début de la maladie et la réalisation de la biopsie avait été précisé dans 71 cas. La durée moyenne était de 4 ans, avec des extrêmes de 2 jours et 24 ans. Le tableau V présente la répartition des cas selon la durée d'évolution de la maladie au moment de la biopsie.

**Tableau V** : répartition des cas selon le temps qui sépare le début de la maladie et la réalisation de la biopsie (n=71)

<b>Durée d'évolution (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
< 1	28	39,44
[1 – 5]	31	43,66
> 5	12	16,90
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,00</b>

Il ressortait que dans 60,56 % des cas, la maladie évoluait depuis plus d'un an au moment du prélèvement.

### **3-3-5- Les hypothèses diagnostiques évoquées**

Elles étaient précisées dans 170 cas (soit 33,93 % des cas).

Ces hypothèses pouvaient se regrouper, selon le processus lésionnel, en 4 types d'affections comme le montre le tableau VI :

**Tableau VI**: répartition des hypothèses diagnostiques selon le type d'affection

<b>Type d'affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Affections inflammatoires non spécifiques	103	60,58
Affections tumorales bénignes	28	16,48
Affections inflammatoires spécifiques	26	15,29
Affections tumorales malignes	13	7,65
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100,00</b>

### 3-4- LES ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES

#### 3-4-1- Les unités d'examen anatomopathologique

L'unité d'anatomie pathologique du CHU-YO et deux (2) unités privées s'étaient partagé l'examen des biopsies cutanées réalisées au cours de la période de notre étude. Le tableau VII montre la répartition des cas selon l'unité d'anatomie pathologique ayant réalisé l'examen.

**Tableau VII:** répartition des 501 cas selon le laboratoire d'anatomie pathologique

<b>Unités d'Anapath</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Publique (CHU-YO)	236	47,10
Privées	265	52,90
<b>Total</b>	<b>501</b>	<b>100,00</b>

#### 3-4-2- La taille du prélèvement

Elle a été précisée dans 175 cas. Les mensurations de la taille des biopsies étaient faites après fixation. La taille variait de 0,3 à 4 centimètres dans le grand axe du prélèvement. Le tableau VIII montre la répartition des cas selon le grand axe du prélèvement en centimètres (cm).

**Tableau VIII** : répartition des cas selon la taille du prélèvement (n=175)

<b>Taille du prélèvement (cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0,0 - 0,5	16	9,14
0,5 - 1,0	54	30,86
1,0 - 1,5	59	33,71
1,5 - 2,0	39	22,29
2,0 - 4,0	7	4,00
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100,00</b>

Environ 40% des biopsies avaient une taille variant de 0 à 1 cm.

### **3-4- 3- Les types d'affections**

Les diagnostics histologiques des prélèvements reçus pouvaient être regroupés, selon le processus lésionnel, en quatre (4) types d'affections, à savoir les affections inflammatoires non spécifiques, inflammatoires spécifiques, tumorales bénignes et tumorales malignes comme le montre le tableau IX.

**Tableau IX:** répartition des cas selon le type d'affection

<b>Type d'affections</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Inflammatoires non spécifiques	290	57,88
Tumorales bénignes	100	19,96
Inflammatoires spécifiques	61	12,18
Tumorales malignes	35	6,98
Peau normale	4	0,80
Autres*	11	2,20
<b>Total</b>	<b>501</b>	<b>100,00</b>

\*corne cutanée (2); grain de milium (2); vitiligo (4); cors du pied (3)

#### **3-4-4- Les dermatoses inflammatoires non spécifiques**

Elles étaient les plus fréquemment rencontrées dans notre série avec 290 cas, soit 57,88%. Le tableau X montre la répartition des cas selon l'affection.

**Tableau X** : répartition des 290 cas de dermatoses inflammatoires non spécifiques selon l'affection

<b>Nom de l'affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Lichen	47	16,20
Psoriasis	34	11,72
Eczéma	33	11,37
Dermatite	30	10,34
Pemphigus	29	10,00
Eczématide	20	6,89
Sclérodermie	17	5,86
Lupus	14	4,82
Pemphigoïde	13	4,48
Rem. Infl. non spécifique	12	4,13
Abcès	9	3,10
Lichénification	5	1,72
Pityriasis rosé de Gibert	5	1,72
Erythème polymorphe	4	1,37
Stuccokératose	4	1,37
Para psoriasis	4	1,37
Dermatite herpétiforme	3	1,03
Erythème noueux	3	1,03
Prurigo	2	0,68
Granulome annulaire	2	0,68
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>100,00</b>

- Le lichen représentait 9,38 % de l'ensemble des affections dermatologiques de notre série ; le lichen plan était le plus fréquent (32 cas). Le lichen a concerné 27 hommes et 20 femmes. L'âge était précisé chez 43 patients. La moyenne était de 35,11 ans avec des extrêmes de 16 et 64 ans.

- Le psoriasis a représenté 6,78 % de l'ensemble des affections dermatologiques. Il a concerné 23 hommes et 11 femmes. L'âge était précisé chez 30 patients ; la moyenne était de 30,06 ans avec des extrêmes de 6 et 79 ans.

- Les eczémas ont constitué 6,68 % de l'ensemble des affections dermatologiques. Les eczémas ont concerné 17 hommes et 16 femmes. L'âge était précisé chez 29 patients. La moyenne était de 38,96 ans avec des extrêmes de 4 et 74 ans.

### **3-4-5- Les dermatoses inflammatoires spécifiques**

Les dermatoses inflammatoires spécifiques ont représenté 12,17 % de l'ensemble des affections dans notre série. Elles étaient réparties comme le montre le tableau XI, selon l'affection.

**Tableau XI** : répartition des cas de dermatoses inflammatoires spécifiques selon l'affection

<b>Nom de l'affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Leishmaniose	23	37,70
Cysticercose	10	16,40
Tuberculose	7	11,49
Mycose	5	8,21
Corps étranger	4	6,56
Lèpre	2	3,27
Parasitose non identifiée	2	3,27
Virose non identifiée	2	3,27
Herpès	2	3,27
Varicelle	1	1,64
Bilharziose	1	1,64
Filariose	1	1,64
Histoplasmose	1	1,64
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

Les dermatoses inflammatoires spécifiques ont été dominées par les parasitoses et les bactérioses.

#### **3-4-5-1- Les dermatoses parasitaires**

Les dermatoses parasitaires ont représenté 7,38 % des affections dermatologiques en général. Le tableau XII montre la répartition des dermatoses parasitaires selon l'affection.

**Tableau XII:** répartition des cas de dermatoses parasitaires selon l'affection

<b>Nom de l'affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Leishmaniose	23	62,16
Cysticercose	10	27,03
Parasitose non identifiée	2	5,41
Bilharziose	1	2,70
Filariose	1	2,70
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

- La leishmaniose a concerné 12 hommes et 11 femmes. L'âge était précisé chez 17 patients. La moyenne était de 38 ans, avec des extrêmes de deux et 84 ans. Nous avons noté trois cas de leishmaniose cutanée généralisée, cinq cas localisés dont trois aux membres. Leur aspect clinique était des lésions associées dans quatre cas, sous forme d'ulcérations dans trois cas et maculeux dans deux cas.
- Quant à la cysticercose elle a concerné huit hommes et deux femmes. L'âge était précisé chez neuf patients. La moyenne était de 38 ans, avec des extrêmes de huit et 59 ans. La lésion était localisée au tronc dans deux cas, multifocale dans deux cas. L'aspect clinique se présentait sous forme de nodules dans cinq cas, et de macules dans un cas.

### **3-4-5-2- Les dermatoses bactériennes spécifiques**

Elles ont représenté 1,8 % de l'ensemble des affections dermatologiques dans notre série. Les dermatoses bactériennes spécifiques ont été représentées par la tuberculose et la lèpre.

- La tuberculose a concerné quatre femmes et trois hommes. L'âge moyen était de 39,71 ans avec des extrêmes de 13 ans et 84 ans. Le siège était précisé dans deux cas et était facial dans les deux cas. La tuberculose se présentait cliniquement sous forme d'ulcérations dans trois cas, tumorale et nodulaire dans un cas chacune.
- Quant à la lèpre, elle a concerné deux femmes âgées de 23 et 39 ans. L'aspect clinique était précisé dans un seul cas et était maculeux. Le siège n'a pas été précisé.

### **3-4-6- Les affections tumorales bénignes**

Elles ont représenté 74,07 % des dermatoses tumorales, et 19,96 % de l'ensemble des affections dermatologiques de notre série. Le tableau XIII présente la répartition des tumeurs bénignes selon l'affection.

**Tableau XIII** : répartition des tumeurs bénignes selon l'affection

<b>Nom de l'affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Verrues	27	27
Kystes	19	19
Neurofibromes	10	10
Naevi	10	10
Lipomes	6	6
Angiomes capillaires	5	5
Chéloïdes	5	5
Condylomes acuminés	2	2
Histiocytofibromes	2	2
Mollusca contagiosa	2	2
Lymphangiomes	2	2
Maladie de Bowen	2	2
Autres*	8	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* xanthofibrome = 2 ; Adénome apocrine = 1 ; Angiohistiocyttoxanhome = 1 ; léiomyome = 1 ; lymphocytome bénin = 1 ; Molluscum pendulum = 2

- Les verrues ont concerné 16 hommes et 11 femmes. L'âge moyen était de 32,23 ans avec des extrêmes de neuf et 73 ans. L'aspect clinique était essentiellement tumoral (deux cas) et maculeux (deux cas).

- Les kystes représentaient 14,07% des tumeurs en général et étaient composés de 12 cas de kystes épidermiques, six cas de kystes sébacés et un cas de nature non précisée. Ces kystes ont concerné 10 hommes et neuf femmes. L'âge moyen était de 27,78 ans avec des extrêmes de sept et 55 ans. L'aspect clinique était essentiellement nodulaire (quatre cas) et papuleux (deux cas).

- Les neurofibromes ont concerné six hommes et trois femmes. L'âge moyen était de 24,55 ans avec des extrêmes de neuf et 41 ans. L'aspect clinique était tumoral (un cas) et papuleux (un cas).

### **3-4-7- Les affections tumorales malignes**

Nous avons répertorié 35 cas de tumeurs malignes cutanées dans notre série, soit une fréquence moyenne annuelle de 3,2 cas; ces cas de tumeurs malignes ont représenté 25,92 % de l'ensemble des affections tumorales, soit 6,98 % de l'ensemble des affections dermatologiques dans notre série. Elles ont concerné 19 hommes (54,3 %) et 16 femmes (45,7 %).

**Tableau XIV** : répartition des tumeurs malignes cutanées selon le type histologique

<b>Type histologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Epithélioma spinocellulaire	12	34,28
Maladie de Kaposi	10	28,57
Mélanome	4	11,43
Adénocarcinome sébacé	3	8,57
Carcinome basocellulaire	3	8,57
Dermatofibrosarcome	1	2,86
Mycosis fongoïde	1	2,86
Lymphome diffus	1	2,86
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

- Les épithéliomas spinocellulaires, avec 34,28 % des cas de tumeurs malignes, ont concerné huit hommes et quatre femmes. L'âge moyen était de 49,66 ans avec des extrêmes de 31 et 76 ans. Ils se présentaient cliniquement sous forme d'ulcération (deux cas), de tumeur (un cas) et de nodule (un cas).

- La maladie de Kaposi a concerné sept hommes et trois femmes. L'âge moyen était de 41,75 ans avec des extrêmes de 14 et 80 ans. L'aspect clinique était des lésions élémentaires associées (un cas), papuleux (un cas) et nodulaire (un cas).

- Les mélanomes ont concerné trois femmes et un homme. L'âge moyen était de 53,25 ans avec des extrêmes de 39 et 82 ans. Ils se présentaient cliniquement sous forme d'ulcération (deux cas) et de nodule (un cas).

### **3-5- LA PRESENTATION DES BULLETINS ET LA CONCORDANCE DIAGNOSTIQUE**

#### **3-5-1- La présentation des bulletins d'examen**

##### **anatomopathologique**

Les bulletins d'examen anatomopathologique étaient accompagnés de renseignements cliniques dans 261 cas, soit 52,09 % des cas. Parmi ces cas, nous avons noté 170 cas (soit 33,93 %) dans lesquels une hypothèse diagnostique (ou des hypothèses diagnostiques) avait été formulée par le clinicien.

#### **3-5-2- La présentation des résultats d'examen**

##### **anatomopathologique**

Dans l'identité du patient, le sexe a été précisé dans tous les cas et l'âge dans 442 cas. Dans notre série, tous les résultats comportaient une description des lésions ; mais certains étaient sans diagnostic précis. Ces cas étaient au nombre de 12, soit 2,4 % de notre échantillon. Parmi ces 12 cas, les renseignements cliniques étaient précisés dans 5 cas.

### **3-5-3- La concordance entre diagnostic clinique et histologique**

Elle a pu être précisée dans 170 cas ; ce sont les cas dans lesquels une hypothèse diagnostique (ou des hypothèses diagnostiques) avait été formulée par le dermatologue dans les renseignements cliniques.

Dans 74,71 % des cas, le diagnostic histologique concordait avec l'hypothèse diagnostique évoquée par le dermatologue.

## **4- DISCUSSION**

## **4-1- LES LIMITES ET LES CONTRAINTES DE L'ETUDE**

### **4-1-1- Biais de sélection**

Ce biais est en rapport avec l'accessibilité financière à l'examen (coût du prélèvement associé à celui de l'examen anatomopathologique) ; en effet, les problèmes économiques limitent parfois l'accès des populations à des soins spécialisés. Ce facteur élimine les patients qui auraient surmonté les difficultés d'accès à la consultation et qui n'auraient pas pu supporter le coût de l'examen anatomopathologique.

### **4-1-2- Biais d'information ou d'observation**

Ce biais émane de deux facteurs principaux :

- ✓ Le caractère rétrospectif de l'étude à l'origine de certaines insuffisances; il s'agissait,
  - au niveau des laboratoires d'anatomie pathologique, de certains résultats d'examen sommairement ou non consignés dans les registres (renseignements cliniques non précisés ; données macroscopiques non précisées; résultats non datés etc.).
  - au niveau du service de Dermatologie, de certains registres non retrouvés parce que détruits par des intempéries ou n'ayant pas pu résister à l'usure du temps. Ainsi, la collecte des données cliniques en rapport avec le statut matrimonial, le statut socioéconomique, la provenance, n'a pu être effectuée.
- ✓ Le sous équipement des laboratoires d'anatomie pathologique : certaines techniques d'examen anatomopathologique approfondies n'existaient pas sur place ; ces techniques sont souvent

indispensables, surtout pour le diagnostic de certaines dermatoses inflammatoires ou tumorales malignes. Il s'agissait essentiellement des techniques d'immunofluorescence et l'immunohistochimie.

#### **4-1-3- Les contraintes de l'étude**

Elles se résumaient essentiellement à la pauvreté des ressources bibliographiques sur notre thème d'étude; peu d'études traitaient de la contribution de l'examen anatomopathologique en dermatologie. Aussi, peu de séries anatomopathologiques traitaient de toutes les affections dermatologiques à la fois.

Néanmoins, cette étude nous a permis de déterminer la fréquence des biopsies réalisées dans le service de Dermatologie du CHU-YO et examinées dans les laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou de 2000 à 2010, de déterminer l'âge et le sexe des patients concernés, de décrire les principales indications de ces biopsies et leurs aspects anatomopathologiques et, enfin, de déterminer la concordance entre diagnostic histologique et diagnostic clinique.

Ces résultats nous permettent de faire des commentaires.

## 4-2- LA FREQUENCE DES BIOPSIES

Pendant la période de notre étude, 501 biopsies réalisées dans le service de Dermatologie ont été examinées dans les laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou, soit en moyenne 46 biopsies par an.

La fréquence de réalisation des biopsies était faible, au regard du statut hospitalo-universitaire du service; en effet, en considérant le nombre des patients ayant fréquenté le service pendant la même période, un sur 84 avait bénéficié d'une biopsie examinée à Ouagadougou. Ce résultat pourrait être expliqué par plusieurs facteurs, notamment le nombre élevé des prélèvements envoyés à l'étranger ; durant la période de notre étude, le service a envoyé 430 biopsies en France et au Sénégal pour examen anatomopathologique. Il faudrait aussi souligner le recours non systématique à la biopsie par les dermatologues. En effet, selon une étude menée par Barro-Traoré [3] sur les tumeurs cutanéomuqueuses, seulement 10 % des cas avaient bénéficié d'une biopsie ; cette étude soulignait que dans de nombreux cas, le diagnostic clinique était suffisamment fiable au regard des lésions, et ne nécessitait pas une confirmation histologique. Par ailleurs, d'autres raisons étaient à mentionner à savoir l'accessibilité financière à l'examen et l'absence de techniques spéciales d'examen anatomopathologique.

## **4-3- LES ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

### **4-3-1- Le sexe**

Notre étude trouvait une légère prédominance féminine avec 50,3 %, soit un sex-ratio de 0,98. Cette tendance pourrait être mise en parallèle avec le profil du sexe des patients ayant fréquenté le service au cours de notre période d'étude ; Traoré [40], dans une étude rétrospective sur les motifs d'hospitalisation en dermatologie à Ouagadougou, trouvait également une légère prédominance féminine avec 53,17 % soit un sex ratio de 0,88.

Cela pourrait se comprendre car il ressortait que les femmes représentaient environ 52 % de la population au Burkina Faso, selon les données du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH/2006). Aussi, les femmes auraient-elles une meilleure fréquentation des services de santé que les hommes.

### **4-3-2- L'âge**

Les affections dermatologiques ont concerné tous les groupes d'âge dans notre série, avec une moyenne de 36,67 ans. La tranche d'âge de 20 à 39 ans était la plus concernée avec 49,52 % (tableau III). Ce chiffre pourrait être en rapport avec la jeunesse de la population au Burkina Faso. L'étude de Traoré [40] trouvait une moyenne d'âge supérieure à la nôtre avec 40,69 ans. Cette différence pourrait être imputable au libellé de son étude qui portait sur les patients hospitalisés ; en effet, l'âge avancé pourrait constituer un facteur en faveur de la décision d'hospitaliser. Il faut aussi noter la taille plus réduite de l'échantillon dans cette étude (284 cas).

## **4-4- LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

### **4-4-1- La nature des lésions élémentaires**

Lors de la réalisation de la biopsie dans notre série, la lésion élémentaire était le plus souvent (29,16 %) sans relief cutané (macule). Cela pourrait s'expliquer d'une part, par l'influence de la fréquence du psoriasis dans notre série, qui se présente cliniquement comme une plaque érythémato-squameuse [35] ; d'autre part, il faut souligner le recours au traitement traditionnel par les patients, l'automédication et la longue durée d'évolution, qui pourraient entraîner des remaniements du tableau clinique.

### **4-4-2- La durée d'évolution des lésions au moment de la biopsie**

La durée de l'évolution de la maladie allait de 2 jours à 24 ans, avec une moyenne de 4 ans dans notre série (tableau V). Il existait donc un retard dans la réalisation des biopsies. Cela n'est pas sans conséquences sur la qualité d'interprétation des lésions; en effet, les lésions ayant subi des remaniements spontanés, dus à l'automédication ou d'ordre irritatif, pourraient connaître une altération de leur aspect morphologique et être à l'origine de diagnostic histologique erroné [7]. Cela est d'autant plus important que les affections dermatologiques étaient dominées par les inflammations dans notre série ; selon la littérature [7], les dermatoses inflammatoires passent par diverses phases selon une séquence typique à chaque maladie, et le moment adéquat pour la biopsie se limite uniquement à l'efflorescence cutanée présente au commencement. A défaut de voir le malade au stade de début, le clinicien doit savoir choisir les lésions d'apparition récente devant des lésions d'âge différent.

Cette durée d'évolution longue avant la biopsie pourrait être en rapport avec le retard à la consultation des patients. Dans notre contexte, ce retard

pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'ignorance des patients, le siège prédominant des lésions aux membres, suscitant peu d'inquiétude (52,88%), les raisons socio-économiques et culturelles ; certains patients préfèrent consulter d'abord les guérisseurs traditionnels, tandis que d'autres manquent de moyens financiers pour leur prise en charge. Au retard à la consultation, il faut associer le recours non systématique à la biopsie par les dermatologues. En effet, un bon nombre de cas de biopsies sont motivées à la suite d'échecs de traitements basés sur la présomption diagnostique.

#### **4-4-3- Les hypothèses diagnostiques évoquées**

Tous les types d'affections cutanées étaient rencontrés. Les affections inflammatoires non spécifiques étaient les motifs les plus fréquents de demande d'examen anatomopathologique, avec 60,58 % des cas. Cela pourrait être en rapport avec le profil clinique des patients ayant fréquenté le service de Dermatologie pendant notre période d'étude ; les dermatoses inflammatoires constitueraient les motifs les plus fréquents de consultation en pratique dermatologique courante. Cela est partagé par l'étude de Traoré [40] selon laquelle les dermatoses infectieuses et inflammatoires étaient les motifs les plus fréquents d'admission.

Les affections inflammatoires seraient de diagnostic clinique facile si elles se manifestaient dans leur forme typique et/ou si elles étaient vues précocement ; en conséquence, le retard à la consultation, l'automédication et le traitement traditionnel dans notre contexte, pourraient être à l'origine de modification de l'histoire et du tableau clinique de ces dermatoses, obligeant parfois les cliniciens à recourir à l'examen histologique. Rappelons qu'à ce stade de dermatose inflammatoire évoluée, le diagnostic histologique est également difficile.

## **4- 5- LES ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

### **4- 5-1- Les unités d'anatomie pathologique**

Les laboratoires privés ont reçu le plus de biopsies avec 51,9% des cas. Bonané-Tiéba et coll. [6], dans une étude sur les affections mammaires, trouvaient la même tendance, avec un chiffre plus élevé (79,23% des cas en privés). Le laboratoire d'anatomie pathologique du CHU-YO ayant le même niveau d'équipement technique que les laboratoires privés, ce constat pourrait être expliqué par une meilleure disponibilité des laboratoires privés.

### **4- 5-2- La taille du prélèvement**

Dans notre série, la taille du prélèvement cutané variait de 0,3 à 4 centimètres de grand diamètre ; 40% des prélèvements avaient un grand diamètre inférieur à 1 centimètre, dont environ 10 % inférieur à 0,5 centimètre (tableau VIII). Selon la littérature, la taille moyenne requise pour une biopsie cutanée de bonne qualité est de 1,5 à 2 centimètres de grand diamètre [27]. Il en ressortait que le nombre de biopsies de taille non suffisante était élevé. Cette tendance pourrait être imputable d'une part au procédé de biopsie ; en effet les punchs ramènent d'habitude des fragments de taille peu importante. D'autre part, il faut souligner le rôle de la méthode de fixation des prélèvements; en effet, dans les laboratoires d'examen anatomopathologique, les mensurations de la taille du prélèvement se font après la fixation. Or, les fixateurs utilisés (formol, microformol de Bouin) sont responsables d'une rétraction importante de la biopsie, si bien que celle-ci peut perdre entre 30 et 50 % de sa taille initiale [27]. Il s'avère donc important de tenir compte de ce facteur lors de la réalisation des prélèvements, car la taille du prélèvement est importante dans la précision du diagnostic histologique. Lors du temps macroscopique de l'examen, la biopsie doit être coupée au bistouri (en deux au moins), pour permettre d'avoir des tranches planes, centrées sur la lésion et identifiables à

l'inclusion ; ce geste est difficile et souvent impossible sur des prélèvements de taille non suffisante.

#### **4- 5- 3- Les affections inflammatoires non spécifiques**

Les dermatoses inflammatoires non spécifiques étaient les plus fréquentes dans notre série avec 57,88 % des cas. Ces affections constituaient le motif le plus fréquent de demande d'examen anatomopathologique (plus fréquentes des hypothèses diagnostiques; tableau VI). Cette prédominance dans notre série anatomopathologique pourrait être en rapport avec le retard à la consultation, l'automédication et le traitement traditionnel, toutes choses entraînant des modifications de certains tableaux cliniques, à l'origine du recours à la biopsie.

Ces affections inflammatoires non spécifiques étaient dominées par le lichen.

- **Le lichen plan et les dermatoses lichénoïdes**

Le lichen était la dermatose la plus fréquemment diagnostiquée avec 9,38 % des affections dermatologiques de notre série, et dominé par le lichen plan (32 cas). Cette fréquence était supérieure à celle rapportée par Tchangai-Walla et coll. au Togo [38] qui, dans une série clinique, trouvaient une fréquence de 1,4 %. Dans notre série anatomopathologique, la fréquence du lichen semble être surestimée. Cette surestimation pourrait s'expliquer d'une part par la situation en ville du cadre d'étude. En effet, le lichen est une affection plus fréquente chez les citadins que chez les ruraux [38]. D'autre part, la fréquence des formes cliniques atypiques et le retard à la consultation pourraient constituer un facteur augmentant le nombre de cas de lichen dans notre série. En effet, le diagnostic clinique du lichen est habituellement aisé ; mais dans les formes atypiques, c'est l'histologie qui établit le diagnostic [11].

#### **4- 5- 4- Les dermatoses parasitaires**

Les dermatoses parasitaires représentaient 7,38 % des affections dermatologiques en général dans notre série. Selon une série anatomopathologique menée en 5 ans à Ouagadougou sur les parasitoses tissulaires par Kabré [21] au Burkina Faso, la localisation cutanée était la plus fréquente après celle digestive. Les parasitoses connaissent un regain d'intérêt dans la pathologie dermatologique, car feraient partie des affections opportunistes de la pandémie du VIH-SIDA. Elles étaient dominées dans notre série par la leishmaniose suivie de la cysticercose. Cette tendance était comparable à celle de l'étude de Kabré [21].

- **La leishmaniose**

##### **Fréquence**

La leishmaniose était la dermatose parasitaire la plus fréquemment rencontrée dans notre série avec 23 cas. En 1961, Larivière [23] décrivait le Burkina Faso comme un des principaux foyers de leishmaniose cutanée de l'Afrique de l'Ouest. L'étude de Kabré [21] rapportait 26 cas en 5 ans. Dans notre série, la fréquence de la leishmaniose semblait être sous-estimée ; en effet, une étude clinique menée par Traoré et coll. [41] avait permis de recenser 1845 cas de leishmaniose dans la ville de Ouagadougou en 3 ans. Le faible taux de fréquentation des services de santé dans notre contexte, le diagnostic clinique facile et le caractère bénin de cette affection pourraient expliquer la sous-estimation de sa fréquence dans les séries anatomopathologiques.

##### **Age**

Dans notre série, l'âge moyen était de 38 ans, avec des extrêmes de deux (2) et 84 ans. La leishmaniose affectait toutes les tranches d'âge. L'âge moyen dans notre série était supérieur à celui trouvé par Kabré [21] qui était de 33,6 ans. Cette différence pourrait être en rapport avec le cadre de cette étude; en

effet la série anatomopathologique de Kabré concernait tous les cas de leishmaniose histologiquement diagnostiqués, tandis que la notre s'intéressait uniquement aux cas issus du service de dermatologie du CHU-YO. Dans ce service, où la leishmaniose est bien connue et constituait la première maladie parasitaire [40], l'indication de la biopsie pourrait être influencée entre autres par la chronicité de l'ulcère et la hantise d'un cancer chez une personne d'âge avancé.

### **Sexe**

La leishmaniose concernait 12 hommes et 11 femmes. Il ne semble pas y avoir de profil particulier sur le sexe des patients ayant bénéficié d'une preuve histologique de leur leishmaniose cutanée dans notre série. Ce constat est partagé par Masmoudi et coll. [26] qui avaient noté une parité de sexe. Dedet et coll. [13] au Sénégal ainsi que Uzun et coll. [44] en Turquie, avaient obtenu respectivement 58,3 % et 59 % d'hommes.

### **Aspect clinique**

Dans notre série, l'atteinte était le plus souvent localisée aux membres (55,55 % des cas), et le tableau clinique était dominé par des lésions élémentaires associées, suivies des ulcérations. Cela est trouvé dans la littérature, selon laquelle la forme localisée est la plus fréquente [35]; la lésion constituée apparaît dans les parties découvertes comme une ulcération peu douloureuse, arrondie, dont le nombre varie de 1 à 10, bien limitée, à centre crouteux souvent hémorragique [35]. La localisation prédominante aux membres est partagée par d'autres auteurs africains [13, 41].

- **La cysticercose**

### **Fréquence**

Dix cas de cysticercose cutanée ont été répertoriés, faisant de la cysticercose la deuxième parasitose cutanée dans notre série. Les conditions d'hygiène défectueuses et les habitudes de consommation de viande de porc mal cuite et sans contrôle vétérinaire rigoureux seraient à l'origine de cette situation. Selon la littérature, les localisations de la cysticercose les plus fréquemment rencontrées sont le système nerveux central (60 à 90 % des cas), l'œil, les muscles et la peau; c'est une maladie de répartition mondiale, mais prédominant dans les pays où les sols agricoles sont contaminés par les matières fécales, et où le porc est très apprécié [12]. La fréquence de cette affection dans notre série serait en deçà de la réalité, vue le bas niveau d'hygiène et de protection du péril fécal dans notre contexte. Sakandé et coll. [34] rapportaient, à travers une série anatomopathologique, 18 cas de cysticercose colligés en 5 ans, toutes localisations confondues.

### **Age**

L'âge moyen des patients était de 38 ans avec des extrêmes de 8 et 59 ans. La cysticercose est observée à tout âge y compris chez les nourrissons [12]. La prédominance de la cysticercose dans la tranche d'âge trouvée dans notre série pourrait se justifier par le fait que cette frange de la population est la plus active ; elle serait donc plus employée, avec des habitudes alimentaires le plus souvent ambulatoires hors des ménages dans notre contexte, donc, la plus exposée aux risques de contamination.

### **Sexe**

Dans notre série, nous notons une prédominance masculine nette de l'affection avec huit hommes contre deux femmes. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par Dumas et coll. au Togo [15] et Kim en Corée

du Sud [22]. La cysticerose atteint les deux sexes sans distinction selon la littérature [12]. Michel et coll. [28] à Madagascar ne notaient pas de différence significative entre les deux sexes. La prédominance chez l'homme de la maladie dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les hommes, plus employés et plus mobiles que les femmes dans notre contexte, seraient plus exposés aux risques de contamination (consommation en ambulatoire de grillades et de cuissons à base de viande de porc ou de chien sans contrôle vétérinaire rigoureux).

### **Aspect clinique**

Dans notre série, les lésions cutanées étaient localisées (deux cas) ou généralisées (deux cas) ; les formes localisées siégeaient le plus souvent au tronc. Ces lésions se présentaient surtout sous forme de nodules (cinq cas) ou de macule (un cas). Ces données sont superposables à celles de la littérature [11]. La localisation cutanée de la cysticerose peut être associée à d'autres localisations. Ainsi, Sawadogo au Burkina [36], dans son étude à propos de 35 cas de neurocysticerose, avait rapporté 5 cas de localisation cutanée associée. Barro-Traoré et coll. [2] avaient rapporté six cas de cysticerose sous cutanée disséminée avec des manifestations neurologiques chez trois patients. Il en ressort que tout nodule sous cutané doit faire évoquer une cysticerose et bénéficier d'une biopsie-exérèse pour examen anatomopathologique. Ceci permettrait d'une part, d'éviter la dissémination qui peut être source de complications graves telles que l'atteinte neurologique et, d'autre part, de confirmer le diagnostic des autres localisations moins accessibles à la biopsie.

#### **4- 5- 5- Les dermatoses bactériennes spécifiques**

Elles étaient dominées par les mycobactérioses dont la tuberculose et la lèpre. Les mycobatérioses connaissent un regain d'intérêt du fait de la pandémie du VIH-sida ; en effet, la pandémie du VIH-sida a entraîné une explosion du nombre de cas de tuberculose, même dans les pays ayant mis en place un bon programme de lutte antituberculeuse depuis plusieurs années [42]. Le diagnostic histologique des mycobactérioses est basé sur l'observation d'une lésion inflammatoire granulomateuse et gigantocellulaire (cellule géante de Langhans ou cellule de Virchow), associée à la mise en évidence de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) dans le tissu, au moyen de la coloration de Ziehl-Nielsen ; dans le cas de la tuberculose, la présence d'un granulome épithéliogigantocellulaire avec couronne de lymphocytes et nécrose caséuse peut être suffisante pour conclure au diagnostic.

La fréquence des mycobactérioses cutanées pourrait être sousestimée dans notre série, car la lésion histologique (granulome) n'est pas toujours typique ; or, la coloration au Ziehl-Nielsen permettant la mise en évidence des germes n'est pas systématiquement réalisée, cette coloration étant orientée par l'aspect du granulome et les renseignements cliniques.

- **La tuberculose**

La tuberculose cutanée représentait 1,4 % des affections dermatologiques dans notre série. Dans une série anatomopathologique réalisée par Barry à Ouagadougou sur les tuberculoses extra pulmonaires [5], 253 cas avaient été répertoriés, avec 5 cas de tuberculose cutanée, soit 2 %. La tuberculose cutanée due à *Mycobacterium tuberculosis* (ou beaucoup plus rarement *M. bovis* ou *M. avium*), continue à sévir dans les régions déshéritées [35]. Dans une série anatomopathologique, Ravolamanana R.L. et coll. à Madagascar [32] ont colligé, en cinq ans, 64 cas de tuberculose extra pulmonaire avec 4,70 % de localisation

cutanée. L'aspect clinique était le plus souvent des ulcérations dans notre série. Toute ulcération trainante doit faire l'objet d'une biopsie.

- **La lèpre**

Nous avons noté deux cas de lèpre, correspondant à 0,4% de l'ensemble des affections dermatologiques. Cette maladie était peu fréquente dans notre série. La lèpre est une maladie cutanéomuqueuse, neurologique et polyviscérale dont le diagnostic précoce est dermatologique ; l'examen histopathologique peut constituer un apport important dans le diagnostic de la lèpre dans ces différentes formes. La relative rareté de cette maladie dans notre série pourrait être en rapport avec plusieurs facteurs. En effet, l'élimination de la lèpre se définit comme la réduction du nombre de cas à un niveau inférieur à un cas pour 10.000 habitants aux niveaux mondial, régional et national [14]. Depuis plus d'une dizaine d'années, ce niveau d'élimination serait atteint; en effet, selon le Service de Dermatologie Léprologie Vénérologie du Centre Raoul Follereau de Ouagadougou, le nombre de cas de lèpre au Burkina Faso est passé de 942 en 2000 à 359 en 2009, et seulement 281 nouveaux cas ont été dépistés en 2010 à travers tout le pays. A cette raison, il faudrait ajouter le problème d'orientation (patients orientés au Centre Raoul Follereau), et le fait que les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'exigent plus la biopsie pour le diagnostic de lèpre; la clinique seule suffit. Selon l'OMS, la lèpre ne constitue plus actuellement un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays [14]; en Guyane Française par exemple, 90 nouveaux cas ont été dépistés en 10 ans (1997 -2006), correspondant à une incidence moyenne de 0,53 cas/10 000 habitants/an, donc inférieure à 1/10000 [14].

Mais cela ne doit pas faire baisser les activités de lutte contre cette maladie, car l'éradication est encore loin d'être atteinte.

#### **4- 5-6- Les affections tumorales malignes**

- **La fréquence**

Durant la période d'étude, nous avons colligé 35 cas de tumeurs malignes cutanées, soit une fréquence moyenne de 3 cas par an. Cette fréquence était loin de refléter la prévalence réelle des cancers cutanés dans notre population d'étude ; en effet, Barro-Traoré et coll. [4], dans une étude sur les tumeurs malignes cutanées dans le service de Dermatologie du CHU-YO, avaient colligé 175 cas en 15 ans, soit une fréquence globale de 12 cas par an. Cela pourrait s'expliquer par la faible fréquence de réalisation des biopsies ; cette étude précisait que certains cas de maladies de Kaposi avaient été retenus sans confirmation histologique. Le diagnostic d'une tumeur maligne doit toujours se faire sur la base de l'histologie, mais dans le cas de la maladie de Kaposi, le diagnostic clinique est souvent évident.

Elles ont représenté 6,98 % de l'ensemble des affections dermatologiques dans notre série, et 25,92 % de l'ensemble des tumeurs. Cette fréquence est supérieure à celles rapportées par les séries cliniques. En effet, Sène [37] au Sénégal trouvait une fréquence de 4 %, et Barro-Traoré au Burkina [3], 3,5 %. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les séries anatomopathologiques auraient tendance à surestimer la part occupée par les cancers dans les tumeurs en général, les lésions suspectes de malignité constituant les indications les plus fréquentes d'examen anatomopathologique.

Les carcinomes représentaient les tumeurs malignes les plus fréquentes dans notre série avec 51,42 % des cas de tumeurs malignes (tableau XIV). Ce chiffre est comparable à ceux trouvés dans d'autres séries anatomopathologiques réalisées dans la sous-région ; c'est le cas de Napo-Koura et coll. au Togo [29] qui trouvaient 55,6 % des cas et de Lompo/Goumbri et coll. [25] au Burkina qui trouvaient 62,30 % des cas. Par ailleurs, ce constat est différent de celui d'autres séries cliniques africaines ; en effet, Barro-Traoré au Burkina [4] et Pitché au

Togo [31] trouvaient une prédominance de la maladie de Kaposi avec respectivement une fréquence de 51,4 % et 57,97 % des cas de tumeurs malignes de la peau. Ces résultats étaient renchérissés par Saka [33]; selon cet auteur, le cancer cutané le plus fréquent en Afrique subsaharienne était la maladie de Kaposi, qui survient principalement chez les patients infectés par le VIH. Cette tendance dans les séries anatomopathologiques pourrait s'expliquer par le recours moins fréquent à la biopsie, du fait du diagnostic clinique facile de la maladie de Kaposi cutanée ; à cela, il faudrait ajouter l'amélioration du dépistage et de la prise en charge du VIH-sida dans notre pays.

- **Les carcinomes**

Ils étaient dominés par les carcinomes spinocellulaires (34,28 %).

Ce résultat est comparable à celui trouvé par Lompo/Goumbri [25]. Nous avons noté seulement trois cas de carcinomes basocellulaires et trois cas d'adénocarcinome sébacé dans notre série. Cela confirmait la particularité d'une fréquence élevée d'épithéliomas spinocellulaires chez le sujet noir africain, contrairement aux données européennes qui rapportent une prédominance de carcinomes basocellulaires [43]. Classiquement, les albinos, les patients atteints de xeroderma pigmentosum et de radiodermites sont les sujets les plus exposés à ce cancer dans la race noire [43]. En Afrique noire, en dehors de ces facteurs, les ulcères phagédéniques chroniques jouent un rôle très important dans la survenue des carcinomes spinocellulaires [18].

L'âge moyen dans notre série était de 49,66 ans, avec des extrêmes de 31 et 76 ans. Ce chiffre est comparable à celui trouvé par Lompo/Goumbri et coll. [25] et aux données de la littérature [10].

- **Les tumeurs malignes conjonctives**

Elles étaient représentées par la maladie de Kaposi et le dermatofibrosarcome de Darrier- Ferrand.

## **La maladie de Kaposi**

Elle représentait 28,54 % des cas de tumeurs malignes dans notre série. La maladie de Kaposi est une tumeur rare décrite par Moritz Kaposi comme une maladie bénigne du sujet âgé ; quatre formes cliniques sont actuellement reconnues: la forme classique, la forme endémique africaine, la forme iatrogène du sujet transplanté et la forme épidémique associée au VIH-SIDA [16]. La fréquence de cette affection dans notre série serait en rapport avec l'infection à VIH ; en effet, la maladie de Kaposi représente la pathologie tumorale la plus fréquente au cours du SIDA [1]. Le statut sérologique pour le VIH des patients n'a pu être précisé dans notre étude, du fait de son caractère rétrospectif. Cela nous aurait permis de confirmer cette assertion.

Nous avons noté une prédominance masculine avec sept hommes et 3 femmes, soit un sex-ratio de 2,33. Cette tendance est comparable à celle notée par Asma et coll. en Tunisie [1] et Napo-Koura et coll. au Togo [29] qui rapportaient respectivement un sex-ratio de 3,4 et 12,33.

## **Le dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand**

Il était peu fréquent dans notre série (un seul cas, soit 2,85 % des cas de cancer). Pitché au Togo [31] rapportait une fréquence plus élevée dans son étude (8,69 %). Le dermatofibrosarcome est une tumeur à malignité locale assez rare selon la littérature [11]. En plus de sa rareté, la faiblesse de la fréquence de cette tumeur dans notre série s'expliquerait par un problème d'orientation des malades; en effet, du fait de l'évolution progressive et sans phénomènes douloureux de cette tumeur [11], les patients consulteraient le plus souvent à un stade avancé, avec un volume important, suscitant une orientation en chirurgie.

- **Les mélanomes**

Les mélanomes avaient une fréquence de 11,42 % des cas de cancers avec un âge moyen de 53,25 ans. Cette tendance était comparable à celle de l'étude de Napo-Koura [29] qui notait une fréquence de 12,3 % avec un âge moyen de 53 ans. Ces mélanomes ont concerné trois femmes et un homme. Napo-Koura notait un sex-ratio de 1. Dans la série de Pitché [31] tous les cas de mélanome étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 52 ans. Il ne semble pas y avoir de différence statistiquement significative concernant le sexe et la survenue du mélanome. Il était localisé aux membres inférieurs ; ce constat est partagé par Napo-Koura [29] et Pitché au Togo [31].

#### **4- 5-7- Les affections tumorales bénignes**

Les tumeurs bénignes représentaient 19,96 % de l'ensemble des affections dermatologiques dans notre série, et 74,07 % de l'ensemble des tumeurs. Cette tendance était comparable à celle trouvée par Barro-Traoré et coll. [3] qui, dans leur étude sur les tumeurs cutanéomuqueuses, notaient une proportion importante de tumeurs bénignes avec 96,5 % des cas. Dans notre série, ces tumeurs bénignes étaient dominées par ordre de fréquence décroissant par les verrues (27 cas), les kystes (19 cas), les neurofibromes (10 cas) et les naevi (10 cas), (tableau XIII). Cette tendance était aussi observée dans la série clinique de Barro-Traoré et coll. [3], qui notait également une prédominance des verrues ; mais à la différence de notre série, les condylomes, les mollusca contagiosa et les chéloïdes occupaient respectivement une place importante après les verrues dans cette série clinique. Cette différence pourrait être en rapport avec la nature clinique de cette étude. Dans notre série, il n'y avait que deux cas de condylome, deux cas de molluscum contagiosum et cinq cas de chéloïde.

## **4-6- LA PRESENTATION DES BULLETINS ET LA CONCORDANCE**

### **DIAGNOSTIQUE**

#### **4-6-1- Les bulletins de demande d'examen**

##### **anatomopathologique et les résultats**

- Le dermatologue et le pathologiste connaissent l'importance du contenu du bulletin de demande d'examen dans le diagnostic histologique, surtout les renseignements cliniques ; en plus de l'âge et du sexe du patient, du siège du prélèvement, le clinicien doit mentionner sur le formulaire de demande d'examen la description macroscopique de la lésion, les symptômes d'accompagnement, les facteurs déclenchant, l'hypothèse diagnostique, ainsi que les traitements locaux et/ou systémiques entrepris [7].

Dans notre série, ces renseignements étaient présents seulement dans 261 cas (soit 52,09 %), dont 170 cas avec hypothèse diagnostique (33,93 %). Ces données traduisaient une insuffisance de la qualité des bulletins de demande d'examen anatomopathologique. Cela pourrait être imputable d'une part à des bulletins de demande d'examen de contenu incomplet (bulletins formulés sans renseignements cliniques par le clinicien), mais d'autre part aux biais d'observation ci-dessus évoqués (renseignements cliniques non consignés dans le résultat d'examen anatomopathologique).

- Dans notre série, 12 résultats d'examen anatomopathologique (2,4%) étaient sans diagnostic histologique précis. Dans ces cas de figure, le pathologiste, dans l'interprétation des lésions, n'a pas pu réunir des éléments morphologiques lui permettant de se prononcer sur un diagnostic. Dans notre cas, cette situation pourrait être favorisée d'une part par l'insuffisance d'histopathologistes cutanés, et d'autre part par la qualité de la biopsie (taille non suffisante, lésion évoluée) et l'absence de renseignements cliniques. En

effet, parmi ces 12 cas, seulement cinq cas étaient accompagnés de renseignements cliniques. A ces insuffisances, il faudrait ajouter l'absence de technique d'immunofluorescence ou d'immunohistochimie. Une bonne initiation à la compréhension du descriptif du compte-rendu d'examen anatomopathologique pourrait contribuer à résoudre ce problème, car permettrait une meilleure utilisation des résultats d'histologie dans la prise en charge, malgré l'absence de diagnostic précis.

#### **4-6-2- De la concordance diagnostique**

Dans notre série, 74,71 % des résultats d'examen anatomopathologique concordaient avec l'hypothèse diagnostique (ou l'une des hypothèses diagnostiques) formulée par le clinicien. La part des diagnostics discordants était de 25,29 %. Les cas de discordance non convaincante entre diagnostic clinique et histopathologique seraient assez fréquents en pratique dermatologique courante, surtout dans la prise en charge des affections inflammatoires non spécifiques. Dans notre série, la prédominance des affections inflammatoires et le stade évolué des lésions lors des biopsies étaient des facteurs de discordance diagnostique non convaincante; en effet, plusieurs affections inflammatoires peuvent avoir le même aspect histologique à l'examen standard [7]. Devant une situation de discordance non convaincante, une deuxième, voire une troisième biopsie est conseillée. Mais il est important que le clinicien ne se contente pas de la conclusion diagnostique du pathologiste ; le descriptif du résultat d'examen anatomopathologique devrait être confronté aux données cliniques par le clinicien. Pour cela, une amélioration du contenu des résultats d'examen anatomopathologique, à travers une description détaillée en termes simples des lésions observées, compréhensible par le clinicien, s'avère nécessaire.

En définitive, l'obtention d'un résultat contributif à la prise en charge optimale du patient implique la responsabilité des trois acteurs dans notre

contexte : le patient pour une consultation précoce, le dermatologue pour une biopsie précoce accompagnée de renseignements cliniques suffisants, puis une familiarité avec les termes du compte-rendu d'examen anatomopathologique, et le pathologiste pour une interprétation, adéquate et détaillée des lésions, basée sur une bonne expérience.

## **5- CONCLUSION**

## **5- CONCLUSION**

Le service de Dermatologie du CHU-YO a souvent recours à la biopsie devant tous les types de dermatoses, avec une prédominance des dermatoses inflammatoires non spécifiques. Les dermatoses inflammatoires sont parfois d'aspect histopathologique complexe, et leur diagnostic constitue souvent un challenge pour le pathologiste, surtout dans notre contexte marqué par le retard à la consultation (peu de biopsies réalisées au bon moment), l'automédication et l'absence de technique spéciale de diagnostic histologique. Cette étude a permis de mettre en évidence la nécessité pour les deux spécialités (dermatologues et pathologistes), de renforcer leur collaboration, condition indispensable pour l'amélioration de la contribution de l'examen anatomopathologique dans la prise en charge des affections dermatologiques.

Des travaux plus approfondis (prospectifs), s'intéressant entre autres à la procédure de biopsie, aux techniques histologiques appliquées aux prélèvements et aux aspects cliniques seraient souhaitables; ils permettraient de préciser davantage les apports et les limites de l'examen anatomopathologique en dermatologie dans notre contexte.

## **6-ICONOGRAPHIE**



**Figure 14** : aspect clinique d'une lésion bulleuse.  
 Soulèvements épidermiques circonscrits à contenu clair, intéressant l'avant-bras droit.  
 Source : Dermatologie CHU -YO

Haut  
 +  
 Droite



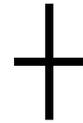
**Figure 15**: photographie d'une biopsie cutanée de 1,3 cm, centrée par une bulle  
 Source: Anapath CHU -YO



**Figure 16** : la biopsie dans la figure précédente coupée en deux, passant par la bulle  
 Source : Anapath CHU-YO



Haut

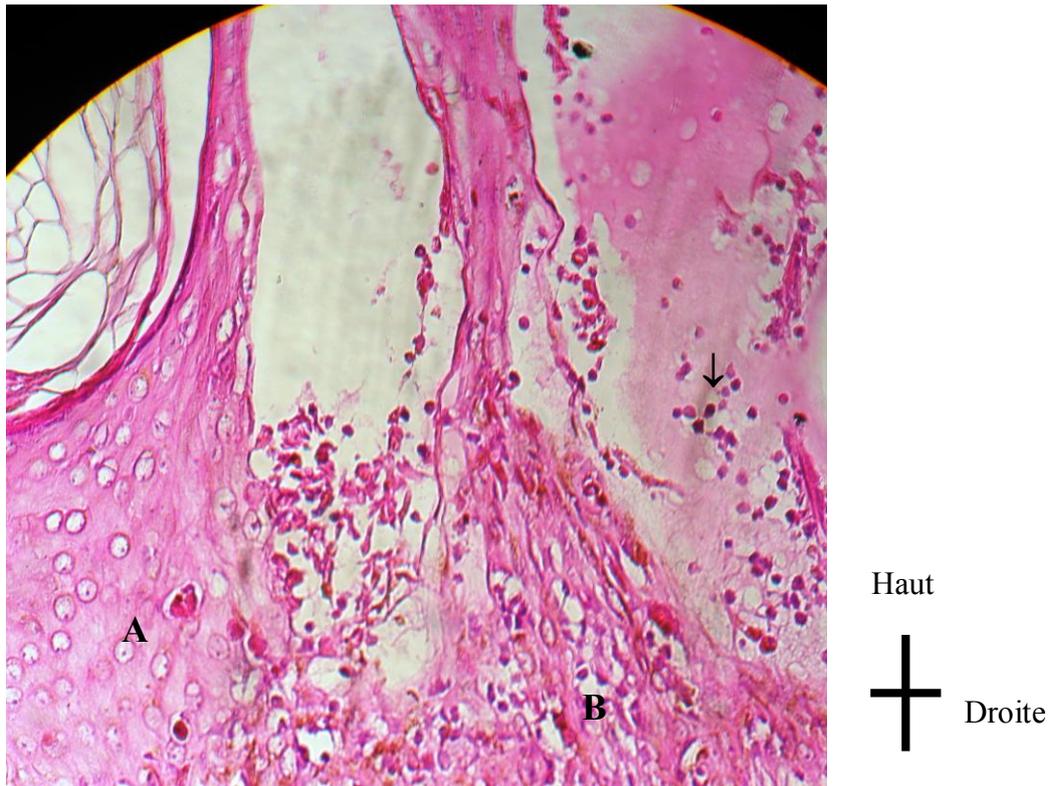


Droite

**Figure 17** : aspect histologique de la lésion.

Elle est constituée d'un décollement dermo-épidermique formant des bulles ; il s'agit d'un pemphigus. A : épiderme ; B : derme ; C : une formation bulleuse.

Source : Anapath CHU -YO



**Figure 18 :** aspect histologique d'un pemphigus (plus fort grossissement de la figure 14) ; on observe les cellules inflammatoires dans le derme (B) et dans la lumière du soulèvement bulleux (flèche) ; A, épiderme.

Source : Anapath CHU-YO

## **7- REFERENCES**

## 7- REFERENCES

- 1- **Asma Sioud Dhrif, Kilani Badreddine, Ammari Lamia, Kanoun Fakher , Tiouri H, Ben Chaaben Taoufik.** Maladie de kaposi associée au sida : Etude de 22 cas. Tunisie Médicale 2007 ; 85 (6) : 494 - 9
- 2- **Barro-Traoré F, Ouédraogo M S, Sanou-Lamien A, Lompo-Gombri O, Bassolé A M, Sawadogo S et coll.** Cysticercose sous-cutanée généralisée : à propos de six cas au Burkina Faso. Bull Soc Path Exot 2008; 1: 17 - 9
- 3- **Barro-Traoré F, Traoré A, Konaté I, Traoré S S, Sawadogo N O, Sanou I et coll.** Tumeurs cutanéomuqueuses : aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina, Faso. Cahiers d'études et de recherche francophone/Santé 2003 ; 13 (2) : 101 – 4
- 4- **Barro-Traoré F, Traoré SS, Ilboudo L, Gombri/lompo O, Traoré A, Niamba P et coll.** Tumeurs malignes cutanées dans le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques et cliniques. Annales de l'Université de Ouagadougou 2007 ; 5 : 35 - 49
- 5- **Barry A M** Les aspects anatomopathologiques des tuberculoses extra-pulmonaires diagnostiquées à Ouagadougou. Thèse de Doctorat en Médecine numéro 93/2009, Université de Ouagadougou
- 6- **Bonané-Thieba B, Lompo-Gombri O M, Konségré V, Sawadogo J, Lamien-Sanou A, Soudré R B.** Aspects épidémiologiques et histopathologiques des affections mammaires à Ouagadougou. JAC 2010 ; 2 : 146 - 50

- 7- **Bruno P.** La biopsie cutanée et la pathologie dermatologique à l'usage des cliniciens. Forum Med Suisse 2003: 240 - 51
- 8- **Burkitt H G, Stevens A, Lowe J S, Young B.** Wheater Anatomie Pathologique. Paris : Arnette 1997
- 9- **Cabanne P, Bonenfant J L.** Anatomie pathologique ; principes de pathologie générale et spéciale. Paris : Maloine, 1980
- 10- **Carlotti A.** et A. Dallot Tumeurs cutanées et affections dermatologiques, dans : François Daniel, Gilles Bouvenot. Pathologie médicale : dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, toxicologie. Paris : Masson, 2010 : 29
- 11- **Civatte J.** Histopathologie cutanée. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Flammarion Médecine-Science, 1982
- 12- **Cotran R S, Kumar V, Robbins S L.** Anatomie Pathologique. 4<sup>ème</sup> éd. Padou : Piccin 1996
- 13- **Dedet J P, Marchand J P, Strobel M .** Ecologie d'un foyer de leishmaniose cutanée dans la région de Thiès (Sénégal Afrique de l'ouest) : 2 particularités épidémiologiques et cliniques de la maladie humaine. Bull Soc Pathol Exot 1982 ; 75 : 568 – 76
- 14- **Domergue V, Clyti E, Sainte-Marie D, Huber F, Marty C, Couppié P et coll.** La lèpre en Guyane Française : étude rétrospective de 1997 à 2006. Med Trop 2008; 68 : 33 – 7
- 15- **Dumas M J, Grunitzky K, Belo M , Dabis F, Beniao M, Bouteille B et coll.** Cysticercose et neurocysticercose : enquête épidémiologique dans le Nord du Togo. Bull Soc Path Exot 1990 ; 83 : 263-74

- 16- Eugênia Maria Damásion N Ohé, Milvia M S S Enokihara, Maria Helena V De Q Padilha and al.** Fatal outcome in classic Kaposi's sarcoma. *An Bras Dermatol* 2010 ; 85 (3) : 12
- 17-Gouba A.** Etude rétrospective de la leishmaniose cutanée dans la ville de Ouagadougou de 1999 à 2005. Thèse de Doctorat en Pharmacie n° 067/2007, Université de Ouagadougou
- 18-Halder R M, Bang K M.** Skin cancer in blacks in the United States. *Dermatol Clin* 1988 ; 6: 397 - 405
- 19-Hiro Goto, José Angelo, Lauletta Lindosoand.** Current diagnosis and treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Expert Reviews* 2010; 8 (4) : 419 - 33
- 20- Julie A Yager, Brian P Wilcock.** La biopsie cutanée : Révélations et limites. *Can Vet J* 1988 ; 29
- 21- Kabré W M N** Aspects anatomopathologiques des parasitoses tissulaires diagnostiquées à Ouagadougou. Thèse de Doctorat en Médecine numéro 83 / 2010, Université de Ouagadougou
- 22- Kim SK, Wang KC, Paek SH, Hong KS, Cho BK.** Outcomes of medical treatment of neurocysticercosis: A study of 65 cases in Cheju Island, Korea *Surg Neurol* 1999; 52: 563-4
- 23- Larivière M, Kramerr A.** Chronique de la leishmaniose cutanée en Afrique Occidentale, problème du vecteur. *Bull Soc Path Exot* 1961 ; 54 : 1031-1046.
- 24- Lever WF** Histopathologie de la peau; 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson et Cie 1968
- 25- Goumbri/Lompo O M, Domagni O E, Sanou A M, Konségré V, Soudré R B .** Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers au Burkina. *J Afr Cancer* 2009 ; 1(4) : 207 - 11

- 26- Masmoudi A, Kitar A, Rebai M.** The cutaneous leishmaniasis of the face in Gafsa area, Tunisia. Bull Soc Pathol Exot 2005; 98 : 374 - 9
- 27- Mechler C et Gaulier A.** Réalisation des biopsies cutanées. Développement et santé 1997; n° 129
- 28- Michel P, Raharison H, Guyon P, Holvoet L, Genin C.** Epidémiologie de la cysticercose à Madagascar. Bull Soc Path Exot 1996 ; 86 : 62 - 7
- 29- Napo-Koura G, Pitché P, Tchangai-Walla K, James K, Kpodzro K.** Les cancers cutanés au Togo. Bull Cancer 1997; 84 : 207 - 11
- 30- Ouattara S.** Apport de la biopsie pleurale dans le diagnostic des pleurésies à Ouagadougou. Thèse de Doctorat en Médecine numéro 84 /2009, Université de Ouagadougou
- 31- Pitché P, Tchamamdja S, Napo-Koura G, Bakondé P,** Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé (Togo). Med Afrique Noire 1997 ; 44 : 15 - 7
- 32- Ravolamanana RL, Rabenjamina FR, Ralison A.** Les formes extra pulmonaires de la tuberculose en milieu hospitalier à Mahajanga (Madagascar). Archives Institut Pasteur 2000 ; 66 : 13 - 7
- 33- Saka B, Kombaté K, Mouhouari-Touré A, Akakpo S, Souley Z, Pitché P et coll.** Les cancers cutanés en Afrique subsaharienne. Nouv Dermatol 2010; 29 : 270 – 3
- 34- Sakandé B, Traoré SS, Kaboré J, Ouattara T, Soudré RB.** Human parasitic diseases in Burkina Faso: a histopathological approach. Bull Soc Pathol Exot 1998; 91: 17 - 20
- 35- Saurat J-H, Laugier P, Grosshans E, Lachapelle JM.** Dermatologie et vénéréologie. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 1990

- 36- Sawadogo A A.** Aspects sociodémographiques, cliniques et tomomodensitométriques de la neurocysticercose au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo à propos de 35 cas. Thèse de Doctorat en Médecine n°046/2007, Université de Ouagadougou.
- 37- Sène G.** Répartition des dermatoses observées durant trois ans (1976, 1977, 1978) dans deux services dakarois de dermato-vénéréologie. Thèse de Doctorat en Médecine 1980, Université Cheick Anta Diop de Dakar.
- 38- Tchangai-Walla K, Grunitzky K, Tatagan K, Agbétra A.** Le lichen plan au Togo: A propos de 114 cas observés au service de dermatologie du CHU de Lomé. Revue Médicale de Côte d'Ivoire 1987 ; 1: 24 - 8
- 39- Traoré A, Barro-Traoré F, Rouamba R, Traoré KL, Bassolé A, Niamba P et coll.** Les mycoses superficielles en consultation dermatologique dans la ville de Ouagadougou, aspects épidémiologiques, cliniques et mycologique. Ann Dermatol Vénéréol 2007 ; 134 : 36
- 40- Traoré F.** Etude rétrospective des motifs d'hospitalisation au service de Dermatologie du CHU YO. Thèse de Doctorat en Médecine numéro 074 /2008, Université de Ouagadougou
- 41- Traore K S, Sawadogo N O, Guiguemdé R T.** Etude préliminaire de la leishmaniose cutanée dans la ville de Ouagadougou de 1996-1998, Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 : 52 - 5
- 42- Trébucq A.** La lutte contre la tuberculose dans le monde : résultats et défis. Med Trop 2004; 64: 587 - 94
- 43- Tuins A J.** Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde. Med Afr Nre 1971 ; 18 : 171 - 6
- 44- Uzun S.** Cutaneous leishmaniasis: evaluation of 3074 cases in the Cukurova region of Turkey. Br J Dermatol 1999; 2 : 347 – 50
- 45- [www.epathology.com](http://www.epathology.com)**

## **8- ANNEXES**

## **1- MATERIEL POUR REALISER UNE BIOPSIE CUTANEE AU BISTOURI**

Il s'agit d'un matériel de petite chirurgie classique, stérile, normalement contenu dans une boîte métallique, stérilisée après usage. Ce matériel est identique à celui qui sert à faire des points de sutures pour les plaies cutanées :

- bistouri : le mieux est celui à lame interchangeable ;
- pinces à dissection à petites griffes : il est important d'avoir une pince à dissection avec des petites griffes pour ne pas abîmer le prélèvement au moment de l'exérèse et ne pas l'écraser ;
- porte-aiguilles ordinaire pour la suture ;
- fil 3 x "0" ou 5 x "0", et aiguille courbe ;
- anesthésique local : xylocaïne à 1 % adrénalinée sauf s'il s'agit d'anesthésie des extrémités (doigt, nez, orteil et chez des sujets qui ont des antécédents de maladie cardio-vasculaire), à ce moment là, utiliser une xylocaïne simple ;
- seringue pour anesthésie locale, de 2 à 5 ml ;
- aiguille fine mesurant de 0,5 à 0,3 mm de diamètre par exemple ;
- si possible, l'opérateur aura intérêt à se procurer des gants à usage unique. Il est bon de disposer d'un petit champ opératoire et si l'on n'en possède pas, deux compresses stériles étalées de chaque côté de la zone à prélever seront aussi utiles.

**2- BULLETIN DE DEMANDE D'EXAMEN  
ANATOMOPATHOLOGIQUE EN DERMATOLOGIE**

Nom de la structure sanitaire demandeuse:.....

Nom du médecin demandeur :.....Téléphone.....

Nom du patient :.....Prénom(s) :.....

Age :.....Sexe :.....Profession :.....Résidence :.....

Nature du prélèvement : Biopsie / \_\_ / Pièce opératoire / \_\_ / Cytologie / \_\_ /

Procédure de la biopsie : Punch / \_\_ / Bistouri / \_\_ /

Siège du prélèvement :.....

Résumé de l'histoire de la maladie :

.....  
.....

Résumé de l'examen clinique :

.....  
.....

Hypothèse(s) diagnostique(s) :.....

Traitement en cours :.....

Résultats de biopsie antérieure:.....

Date du prélèvement :.....

### 3- FICHE DE COLLECTE

N° d'enregistrement:.....

#### CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe M / \_\_\_ / F / \_\_\_ /

Age :.....ans Provenance : Ouaga/\_\_\_/ Bobo/\_\_\_/ Autre.....

Profession : Cultivateur /\_\_\_/ Fonctionnaire /\_\_\_/ Particulier /\_\_\_/ Sans emploi /\_\_\_/ Profession du conjoint :.....

Statut matrimonial : marié /\_\_\_/ Célibataire /\_\_\_/ Divorcé /\_\_\_/ Veuf /\_\_\_/

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Présents /\_\_\_/ Absents /\_\_\_/ Date de la biopsie :...../...../.....

Service demandeur : Dermato CHUYO/\_\_\_/ Dermato privée /\_\_\_/ Autres :.....

Nature de la lésion: Généralisée /\_\_\_/ Localisée :.....

Macules /\_\_\_/ Vésicules /\_\_\_/ Papules /\_\_\_/ Bulles /\_\_\_/ Nodule /\_\_\_/ Pustule /\_\_\_/

Tumeur /\_\_\_/ Ulcérations/Plaies /\_\_\_/

Durée d'évolution :.....Jrs.....mois/.....ans

Technique de prélèvement : Punch /\_\_\_/ Bistouri /\_\_\_/

Siège du prélèvement :.....

Labo d'Anapath : CHU YO/\_\_\_/ PHILAD/\_\_\_/ SANDOF/\_\_\_/ Autres :.....

#### ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES BIOPSIES CUTANÉES

##### Macroscopie

Nombre de biopsies :..... Taille.....cm de grand diamètre

##### Technique

Fixation : Formol /\_\_\_/ Bouin /\_\_\_/ Coloration : Hématéine Eosine Safran /\_\_\_/

Autre coloration utilisée : .....

Technique spéciale : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ Si Oui préciser :

Immunohistochimie /\_\_\_/ Autre :.....

##### Diagnostic histologique :

➤ Date du diagnostic histologique : .....

➤ Qualité de la biopsie

Tuniques de la peau présentes : Epiderme/\_\_\_/ Derme /\_\_\_/ Hypoderme /\_\_\_/

Biopsie à cheval entre peau saine et lésion /\_\_\_/

Biopsie constituée uniquement de la lésion /\_\_\_/

➤ Conclusion du diagnostic histologique:.....

.....

➤ Le pathologiste n'a pas conclu: /\_\_\_/

DIAGNOSTIC CLINIQUE :1.....

2..... 3.....

CORRELATION CLINIQUE ET HISTOLOGIE : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/

## **9- SUGGESTIONS**

## **9- SUGGESTIONS**

### **Au Ministre de la santé**

- Octroyer des bourses pour la formation de pathologistes et de dermatologues, avec possibilités de spécialisation en dermato pathologie.
- Travailler à l'amélioration de l'accessibilité des soins spécialisés en dermatologie.
- Rendre plus accessible le coût de l'examen anatomopathologique à travers une subvention conséquente.

### **Au Directeur Général du CHU-YO et ceux des laboratoires privés**

- Renforcer l'équipement du service de Dermatologie du CHU-YO en augmentant ses capacités d'accueil, permettant d'avoir une salle de biopsie, munie de matériel de microchirurgie suffisant pour la réalisation des prélèvements.
- Améliorer l'équipement des laboratoires d'anatomie pathologique, avec surtout la fourniture de matériel nécessaire pour l'exploration immuno histochimique.

### **Aux dermatologues et les autres cliniciens du Burkina Faso**

- Créer un cadre de formation continue sur les procédures de biopsie, permettant d'améliorer la qualité des prélèvements.
- Réaliser tôt des biopsies de taille suffisante sur des lésions jeunes (primaires).
- Réserver l'établissement des bulletins de demande d'examen Anapath aux médecins traitants titulaires.

- Améliorer le contenu du bulletin de demande d'examen anatomopathologique en fournissant toujours des renseignements cliniques suffisants.

### **Aux pathologistes du Burkina Faso**

- Créer un cadre de formation continue sur la pathologie dermatologique.
- Créer un cadre de concertation entre dermatologues et pathologistes.
- Améliorer le contenu des résultats d'examen anatomopathologique, à travers une description détaillée des lésions observées, dans des termes simples compréhensibles par les cliniciens.

### **A la population du Burkina Faso**

Consulter tôt les services de santé.

## RESUME

L'intérêt de l'histopathologie en dermatologie est indiscutable. Notre étude avait pour but de dresser l'état des lieux de 11 ans de partenariat (2000 – 2010) entre le service de Dermatologie du CHU-YO et les laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou, afin d'améliorer l'apport de l'examen anatomopathologique dans la prise en charge des dermatoses.

Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective ayant porté sur 501 biopsies réalisées dans le service de Dermatologie du CHU-YO pendant cette période, quelle que soit la provenance du patient, et examinées par l'un quelconque des laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou.

Les résultats obtenus pouvaient se résumer de la manière suivante :

- durant les 11 ans, 952 biopsies ont été réalisées. Cinq cent-un (501) biopsies étaient examinées à Ouagadougou, soit environ 46 biopsies par an, et environ 1 biopsie sur 84 patients reçus; le restant des biopsies a été examiné dans des laboratoires étrangers (France et Sénégal)
- au plan sociodémographique, il y avait 50,3 % de femmes, soit un sex ratio de 0,98; l'âge moyen était de 36,67 ans et la tranche de 20 à 39 ans était la plus concernée
- les renseignements cliniques étaient fournis dans 52,09 % des cas. Les lésions cutanées évoluaient depuis en moyenne 4 ans au moment de la biopsie ; les macules et le psoriasis étaient respectivement les lésions élémentaires et l'hypothèse diagnostique les plus fréquentes
- au plan anatomopathologique, environ 40 % des prélèvements étaient de taille non suffisante ; les affections inflammatoires non spécifiques étaient les plus fréquentes (57,88 %) et étaient dominées par le lichen
- dans 74,71 % des cas, le diagnostic clinique et le diagnostic histologique étaient concordants

La complexité de l'aspect histologique des dermatoses inflammatoires, associée au retard à consultation, au traitement traditionnel et à l'absence de technique spéciale imposent, dans notre contexte, plus qu'avec les autres spécialités, une collaboration étroite entre les pathologistes et les dermatologues, pour une meilleure contribution de l'histopathologie dans la prise en charge des malades. Des efforts sont à faire de la part des groupes socioprofessionnels de la santé et des patients, pour corriger les insuffisances mises en relief par notre étude.

**Mots clés :** Histopathologie – Dermatologie - Biopsie – Ouagadougou

## **SUMMARY**

Histo pathology is important in Dermatology. The purpose of our study was to draw up the inventory of the 11 years of partnership (2000 – 2010) between the Dermatology department of CHU-YO and the laboratories of pathological anatomy of Ouagadougou.

It was about a retrospective descriptive study having carried on 501 biopsies carried out in the Dermatology department of CHU-YO for this period, whatever the source of the patient, and examined by any of the laboratories of pathological anatomy of Ouagadougou.

The results obtained could be summarized in the following way:

- during the 11 years, 952 biopsies were carried out. 501 biopsies were examined in Ouagadougou, that meant approximately 46 biopsies a year, and 1 biopsy out of 84 patients; the remainder of the biopsies was examined in foreign laboratories.
- in the sociodemographic level, it there had 50,3 % of women, with a sex ratio of 0,98; the average age was 36,67 years and the section from 20 to 39 years was most concerned
- clinical informations were provided in 52,09 % of the cases. The cutaneous lesions have been evolved for on average 4 years at the time of the biopsy; the maculae and the psoriasis were respectively the elementary lesions and the most frequent assumption diagnostic
- in the pathology level, 40 % of the biopsies were nonsufficient size; the non specific affections inflammatory were most frequent (57,88 %) and lichen was the most frequent disease
- in 74,71 % of the cases, the clinical diagnosis and the histological diagnosis were concordant

The complexity of the histological aspect of the inflammatory dermatosis, associated the delay consultation, the traditional treatment and the lack of special technique, impose, more than with the other specialities, a close cooperation between Anapath and the Dermatology departments, for a better contribution of the histopathology to take care of the patients. Efforts are to be made on behalf of the socio-professional groups of health and the patients, to correct the insufficiencies highlighted by our study.

**Key words:** Histopathology – Dermatology - Biopsy - Ouagadougou