

EPIGRAPHE

« Le médecin rend service, honore-le ; car lui aussi est créature du Seigneur. C'est du Dieu Très-Haut qu'il tient son art de guérir, comme un cadeau qu'on reçoit de la part du roi. Le médecin peut être fier de son savoir, et on l'admire autant que les gens haut placés [...].

Le Seigneur a donné aux humains le savoir pour que ceux-ci célèbrent ses merveilles. C'est de celles-ci que le pharmacien se sert pour faire des mélanges, et le médecin pour soulager les douleurs ».

Siracide 38, 1-6.

DEDICACE

A notre Père bien-aimé Benjamin Z. Baïvola et notre chère Maman Charlotte Olofio, pour nous avoir montré la bonne voie à suivre ;

A tous les « Baïvola » et les « Nutombo » ; frères, sœurs, cousins et cousines, pour vos encouragements et réconforts ;

A nos pères spirituels, frères et sœurs en Christ, pour vos soutiens spirituels et vos encouragements ;

A nos amis, collègues et compagnons de lutte, pour avoir vécu ensemble les expériences d'études dans les conditions difficiles ;

A tous ceux qui de près ou de loin, nous sont chers ; nous dédions ce travail, fruit de nos endurance et sacrifices.

AVANT – PROPOS

Etant donné que l'objectif de l'enseignement universitaire en Sciences Biomédicales est d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires dans l'exercice de la médecine ; après des enseignements théoriques et un stage professionnel, la rédaction d'un travail de fin d'études s'impose logiquement afin d'initier les apprenants à la recherche scientifique. Nous acquittant de ce devoir scientifique, le mérite revient à nos éminents enseignants qui conduisent nos premiers pas dans ce monde de recherche scientifique qui nous est nouveau.

Ainsi, nos remerciements s'adressent avant tout au Dr. KISILE MIKUO Olive, Chef de travaux et Anatomopathologiste à la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa, qui, en dépit de ses multiples occupations, a accepté de diriger ce travail.

A tous les Professeurs, les Chefs de travaux, les Assistants et les Médecins encadreurs qui ont su assumer avec abnégation leur responsabilité et consentir assez de sacrifices pour notre cause afin de nous façonner médecin, nous leur exprimons toute notre reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent également à l'équipe du Département de Biologie Médicale, plus particulièrement le Service d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de l'UNIKIN, pour leur disponibilité et collaboration lesquelles nous ont facilité la collecte des données. Nous leurs exprimons notre profonde gratitude.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre totale reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| I.1. PROBLEMATIQUE | 1 |
| I.2. OBJECTIFS..... | 2 |
| I^{ERE} PARTIE : REVUE CRITIQUE ET SYNTHETIQUE DE LA LITTERATURE | 3 |
| CHAPITRE II. RAPPEL HISTOLOGIQUE DE LA PEAU | 4 |
| II.1. EPIDERME | 5 |
| II.2. DERME..... | 5 |
| II.3. ANNEXES CUTANEEES | 6 |
| CHAPITRE III. TUMEURS CUTANEEES..... | 7 |
| III.1. TUMEURS KERATINOCYTAIRES..... | 7 |
| III.2. TUMEURS MELANOCYTAIRES | 8 |
| III.3. TUMEURS ANNEXIELLES | 9 |
| III.4. TUMEURS HEMATOLYMPHOÏDES | 11 |
| III.5. TUMEURS DU TISSU MOU..... | 12 |
| III.6. TUMEURS NERVEUSES..... | 14 |
| III.7. SYNDROMES TUMORAUX HEREDITAIRES..... | 14 |
| II^{EME} PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL : PROFIL ANATOMOCLINIQUE DES TUMEURS CUTANEEES AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA DE 2002 A 2011..... | 15 |
| CHAPITRE IV. MATERIEL ET METHODES..... | 16 |
| IV.1. MATERIEL | 16 |
| IV.2. METHODES | 16 |
| IV.3. CLASSIFICATION UTILISEE | 16 |
| IV.4. TECHNIQUES HISTOLOGIQUES..... | 17 |
| CHAPITRE V : RESULTATS | 23 |
| V.1. FREQUENCES RELATIVES DES TUMEURS CUTANEEES..... | 23 |
| V.2. FREQUENCES RELATIVES DES TYPES HISTOLOGIQUES DES TUMEURS CUTANEEES | 24 |
| V.3. FREQUENCES RELATIVES SELON LES SITES ANATOMIQUES DES TUMEURS | 26 |
| V.4. DISTRIBUTION DES TUMEURS CUTANEEES SELON L'AGE..... | 27 |
| V.5. DISTRIBUTION DES TUMEURS CUTANEEES SELON LE SEXE..... | 27 |
| CHAPITRE VI. DISCUSSION | 28 |
| VI.1. FREQUENCES RELATIVES DES TUMEURS CUTANEEES | 28 |
| VI.2. FREQUENCES RELATIVES DES TYPES HISTOLOGIQUES DES TUMEURS CUTANEEES | 28 |
| VI.3. FREQUENCES RELATIVES SELON LES SITES ANATOMIQUES DES TUMEURS CUTANEEES..... | 30 |
| VI.4. DISTRIBUTION DES TUMEURS CUTANEEES SELON L'AGE | 31 |
| VI.5. DISTRIBUTION DES TUMEURS CUTANEEES SELON LE SEXE | 31 |
| CHAPITRE VII : CONCLUSION, LIMITATIONS ET RECOMMANDATIONS..... | 32 |
| VII.1. CONCLUSION..... | 32 |
| VII.2. LIMITATIONS..... | 33 |
| VII.3. RECOMMANDATIONS..... | 34 |
| REFERENCES | 35 |
| ANNEXES..... | 37 |

RESUME

Introduction. L'émergence des maladies chroniques non transmissibles ces derniers temps, alourdit la morbidité de la population surtout des pays en développement.

Il convient d'attirer l'attention sur ces maladies parmi lesquelles les tumeurs cutanées qui doivent faire l'objet d'une stratégie de prise en charge réfléchie basée sur des données épidémiocliniques fiables et systématisées.

C'est ainsi que ce travail se veut contributif pour dresser le profil anatomoclinique et épidémiologique partiel des tumeurs cutanées aux CUK.

Objectif. L'objectif assigné est de décrire le profil anatomoclinique des tumeurs cutanées aux CUK sur une période de 10 ans et de dresser partiellement leur profil épidémiologique.

Matériel et Méthodes. Etude rétrospective de toutes les biopsies cutanées pour lesquelles le diagnostic concerne les tumeurs cutanées auprès de laboratoire d'Anatomie pathologique des CUK.

Résultat. Au total 456 cas des tumeurs cutanées ont été répertoriés sur un total de 9883 biopsies réalisées durant les dix dernières années au laboratoire d'Anapath des CUK de l'UNIKIN.

L'étude de ces cas a permis de constater que les tumeurs bénignes sont plus fréquentes que les tumeurs malignes dans une proportion de 64,2%. Le fibrolipome et le lichen plan sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes. Le carcinome spinocellulaire et l'angiosarcome de Kaposi sont les tumeurs malignes les plus observées.

Nous avons noté que les tumeurs cutanées atteignent plus les adultes de plus de 50 ans et les femmes sont plus concernées que les hommes.

Les sites préférentiels de ces tumeurs sont respectivement : tronc (48,0%), membres inférieurs (18,4%), membres supérieurs (8,7%), cuir chevelu (5,7%), bouche (5,4%), etc.

Conclusion. Cette étude révèle la prévalence des tumeurs cutanées bénignes avec une prédominance des adultes de plus de 50 ans et du sexe féminin sur le sexe masculin.

ABSTRACT

Summary

Introduction. Emergency of the non-transmissible chronic illness provokes the mortality of many people in developing countries.

It's very important to pay attention to these illnesses as skin tumours which can be strategically based on epidemioclinic data. In fact, this study is about to contribute to putting up the anatomoclinic and epidemiologic profile of skin tumours at C.U.K.

Objective. The goal is to describe the anatomoclinic profile of skin tumours at CUK on a period of 10 years and put up particularly their epidemiologic profile.

Methods. Retrospective analysis of some skin biopsies from the anatomopathological laboratory at CUK.

Results. In total 456 cases of skin tumours have been known on a total of 9883 biopsies realized in the ten last years in Anatomopathology laboratory at CUK of University of Kinshasa.

This study of those helped us to notice that the soft tumours are more attended than the stromal tumours in proportion to 64,2%. The fibrolipoma and lichen planus are the soft tumours more attended. The squamous cell carcinoma and Kaposi angiosarcoma are the stromal tumours more frequented.

We remarked that skin tumours reaches the adults of beyond fifty old years and women are more concerned than the men.

The preferential sites of these tumours are respectively the following: trunk (48,0%), inferior member (18,4%), superior member (8,7%), scalp hide (5,7%), Mouth (5,4%), etc.

Conclusion. This study reveals the prevalence of skin tumours with female sex predominance of adults of beyond fifty old years and female sex on the male sex concerned by the skin tumours.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-----------|---|
| Anapath | : Anatomie Pathologique. |
| CUK | : Cliniques Universitaires de Kinshasa. |
| EORTC | : European Organization for Research and Treatment of Cancer. |
| HGPRK | : Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa. |
| Labo | : Laboratoire. |
| MF | : Mycosis Fungoïdes. |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé. |
| RD. Congo | : République Démocratique du Congo. |
| TNM | : Tumor Node Metastasis. |
| UNIKIN | : Université de Kinshasa. |
| WHO | : World Health Organization. |

CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE

I.1. Problématique

Actuellement dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, on assiste à l'émergence des maladies chroniques d'allure épidémique. Parmi celles-ci, on peut citer les tumeurs.

L'urbanisation anarchique, la transition alimentaire et les changements désordonnés de style de vie créent des conditions optimales à l'émergence des maladies chroniques non transmissibles (1). Ces maladies ne constituent malheureusement pas une priorité sanitaire dans la plupart des pays en développement dont la RD. Congo.

Les maladies chroniques non transmissibles parmi lesquelles les cancers, constituent un poids de morbidité de plus en plus important dans les pays en voie de développement. En République Démocratique du Congo, l'absence de registre national de cancer est un handicap sérieux à l'évaluation épidémioclinique réelle de ce groupe d'affections (1).

Dans la politique nationale de santé en RD. Congo, les tumeurs ne constituent pas une priorité si bien que les tumeurs, essentiellement malignes sont comprises par le commun de mortel comme une fatalité. Cela se confirme par l'absence de programme national de prise en charge des tumeurs dans notre pays.

L'absence quasi-totale des données précises, fiables et prouvées découlant d'une étude scientifique sur le profil anatomoclinique et épidémiologique des tumeurs cutanées est remarquable et plonge les cliniciens dans une sorte de navire sans boussole dans l'exercice de leur profession. Or, la meilleure

prise en charge des tumeurs cutanées nécessite aussi la connaissance de leurs profil anatomoclinique et épidémiologique.

Ainsi, l'absence d'études pouvant aider à disposer d'informations précises, systématisées et fiables sur le profil anatomoclinique et même épidémiologique des tumeurs cutanées justifie la présente étude.

I.2. Objectifs

I.2.1. Objectif général

- Contribuer à la connaissance du profil anatomoclinique des tumeurs cutanées aux CUK sur une période de 10 ans en vue d'établir un plaidoyer pour la création d'un registre au niveau national et éventuellement servir d'études préliminaires pour d'autres études beaucoup plus approfondies et étendues.

I.2.2. Objectifs spécifiques.

- Décrire le profil anatomoclinique des tumeurs cutanées aux CUK sur une période de 10 ans.
- Dresser partiellement leur profil épidémiologique.

I.2.3. Plan du travail

Ce travail a été subdivisé en sept chapitres : le premier fait une introduction générale ; le second donne le rappel histologique de la peau ; le troisième présente les tumeurs cutanées ; le quatrième chapitre présente notre matériel et nos méthodes ; le cinquième chapitre présente nos résultats qui sont discutés au sixième chapitre. Dans le dernier chapitre, nous tirons les conclusions, soulevons les limitations de ce travail et formulons quelques recommandations.

**I^{ère} PARTIE : REVUE CRITIQUE ET SYNTHETIQUE
DE LA LITTERATURE**

CHAPITRE II. RAPPEL HISTOLOGIQUE DE LA PEAU

Le système tégumentaire (*tegumentum* = couverture) est formé de la peau et de ses annexes, c'est-à-dire les poils et les ongles ainsi qu'une série de glandes, de muscles et des nerfs.

Ce système a pour fonctions de protéger l'intégrité physique et biochimique de l'organisme, de maintenir une température corporelle constante et de fournir l'information sensorielle relative au milieu extérieur. C'est le plus visible des systèmes de l'organisme, celui qui, souvent détermine l'image de soi (2).

La peau est constituée de différents tissus qui s'unissent pour accomplir des fonctions précises. Sa surface et son poids en font le plus lourd et le plus étendu des organes du corps humain. La peau a une surface d'environ 2 m² chez l'adulte ; avec un poids de 4,5 à 5 Kg, elle représente environ 16% du poids corporel. Son épaisseur varie entre 0,5 mm sur les paupières et 4 mm sur les talons ; elle est de 1 à 2 mm sur la majeure partie du corps (2).

Sur le plan structural, la peau est formée de deux parties principales. La partie superficielle, la plus mince des deux, est composée de tissu épithélial appelé épiderme. La partie la plus profonde et la plus épaisse est composée de tissu conjonctif appelé derme. Elle surmonte la couche sous cutanée, l'hypoderme, qui n'appartient pas à la peau proprement dite. Aussi appelé fascia superficiel, l'hypoderme est composé de tissu aréolaire et de tissu adipeux. Des fibres issues du derme unissent la peau à l'hypoderme et celui-ci se rattache à son tour aux tissus et aux organes sous-jacents. L'hypoderme sert de réserve de tissu adipeux et contient de gros vaisseaux sanguins qui irriguent la peau. Cette couche (et, dans certains cas, le derme) renferme

aussi des terminaisons nerveuses appelées corpuscules lamelleux ou, corpuscules de Pacini, qui sont sensibles à la pression (2).

La peau joue un rôle sensoriel grâce à ses récepteurs nerveux microscopiques, sensibles au toucher, à la douleur et à la température (3).

II.1. Epiderme

L'épiderme correspond à un épithélium pavimenteux stratifié (4).

L'épiderme se subdivise en plusieurs couches. Dans la plupart des régions du corps, il en compte quatre : la couche basale, la couche épineuse, la couche granuleuse et la couche cornée très mince. Aux endroits exposés à une friction intense, le bout des doigts, la paume des mains et la plante des pieds, par exemple, l'épiderme comprend cinq couches : la couche basale, la couche épineuse, la couche granuleuse, la couche claire et une couche cornée épaisse (2).

II.2. Derme

La couche profonde de la peau, le derme est formé principalement de tissu conjonctif contenant des fibres collagènes et élastiques. Le derme renferme un petit nombre de cellules dont des fibroblastes, des macrophages et quelques adipocytes. Le derme possède aussi des vaisseaux sanguins, de nerfs, des glandes et de follicules pileux (2).

Le tissu collagène constitue de loin la plus importante du derme (5).

II.3. Annexes cutanées

Les annexes cutanées, soit les poils, les glandes et les ongles se développent à partir de l'épiderme embryonnaire. Elles remplissent de nombreuses fonctions importantes. Les poils et les ongles jouent un rôle de protection, tandis que les glandes sudoripares participent à la thermorégulation (2).

Les muscles lisses ou involontaires de la peau se caractérisent par la position centrale du noyau dans la cellule et par l'absence de striations dans le cytoplasme. Les muscles arrecteurs des poils, la tunique du dartos et les fibres musculaires de l'aréole mammaire en sont autant d'exemples (5).

CHAPITRE III. TUMEURS CUTANÉES

Nous avons utilisé la classification de tumeurs cutanées de l'OMS, 2003 qui est une association de la classification de l'OMS et la classification TNM.

Tableau I : Classification de tumeurs cutanées selon l'OMS (6).

III.1. Tumeurs kératinocytaires

III.1.1. Carcinome basocellulaire

- Carcinome basocellulaire superficiel
- Carcinome basocellulaire nodulaire
- Carcinome basocellulaire micronodulaire
- Carcinome basocellulaire infiltrant
- Carcinome basocellulaire fibroépithélial
- Carcinome basocellulaire avec différenciation annexielle.
- Carcinome mixte
- Carcinome basocellulaire kératinosique.
- Autres variantes.

III. 1.2. Carcinome spinocellulaire

- Carcinome spinocellulaire acantholytique
- Carcinome spinocellulaire à cellules fusiformes
- Carcinome spinocellulaire verruqueux
- Carcinome spinocellulaire pseudovasculaire
- Carcinome spinocellulaire adénoïde/Epithélioma spinocellulaire adénoïde.

III.1.3. Maladie de Bowen

- Kératose sénile Bowenoïde/Papulosis Bowenoïde.

III.1. 4. Kératose actinique

- Kératose arsenicale
- Kératose post rayonnements ultraviolets.

III. 1.5. Verrues

- Verrue vulgaire
- Verrue plantaire
- Verrue plane.

III. 1.6. Acanthomes

- Acanthome épidermolytique
- Dyskératome verruqueux
- Acanthome acantholytique
- Lentigo solaire
- Kératose séborrhéique
- Mélanoacanthome à cellules claires
- Acanthome à grandes cellules.
- Kératoacanthome lichen plan-like.

III.2. Tumeurs mélanocytaires

1. Mélanome superficiel étendu
2. Mélanome nodulaire
3. Lentigo malin
4. Lentigo sénile/Mélanome lentigineux jonctionnel
5. Mélanome desmoplastique neurotrophique et mélanome desmoplastique
6. Mélanome secondaire résultant du naevus bleu
7. Mélanome secondaire résultant du naevus congénital géant
8. Mélanome juvénile
9. Mélanome naevoïde
10. Mélanome persistant et métastase locale de mélanome.
11. Naevus mélanocytaire congénital

- Type superficiel
 - Nodule prolifératif congénital de naevus mélanocytaire.
12. Naevus bleu
- Naevus bleu commun
 - Tâche mongole
 - Naevus de Ito et naevus de Ota
 - Naevus bleu cellulaire
 - Naevus pénétrant profond
13. Naevus combiné
14. Tâches mélanotiques
15. Lentigo simple naevus mélanocytaire lentigineux
16. Naevus dysplastique
17. Naevus de Meyerson et emplacement spécifique
- Naevus jonctionnel
 - Naevus génital
 - Naevus de Meyerson.
18. Naevus mélanocytaire (récurrent) persistant
19. Naevus de Spitz
20. Naevus pigmentaire géant
21. Halonaevus.

III.3. Tumeurs annexielles

1. Tumeurs malignes avec différenciation apocrine et éccrine.
- Carcinome tubulaire
 - Carcinome annexiel microkystique
 - Tumeur à malignité mitigée/Tumeur maligne mixte
 - Porocarcinome
 - Spiradénocarcinome
 - Hidradénocarcinome
 - Carcinome mucineux
 - Carcinome papillaire digital

- Carcinome adénoïde kystique
 - Carcinome apocrine
 - Maladie de Paget et maladie de Paget extramammaire.
2. Tumeurs bénignes avec différenciation apocrine et éccrine
- Hidrocystome
 - Syringome
 - Porome
 - Syringofibroadénome
 - Hidradénome
 - Spiradénome
 - Cylindrome
 - Adénome papillaire tubulaire et tubulaire
 - Syringocystadénome papillifère
 - Hidradénome papillifère
 - Syringome chondroïde/Tumeur mixte.
3. Tumeurs malignes avec différenciation folliculaire
- Carcinome pilomatriciel
 - Tumeur proliférative tricholemmale
4. Tumeurs bénignes avec différenciation folliculaire
- Trichoblastome
 - Pilomatricome
 - Tricholemmome
 - Trichofolliculome
 - Acanthome du cuir chevelu
 - Tumeur de l'infundibulum folliculaire
 - Fibrofolliculome/Trichodiscome.
5. Tumeurs avec différenciation sébacée
- Carcinome sébacé
 - Adénome sébacé
 - Sébaceome
 - Tumeur kystique sébacée.

III.4. Tumeurs hématolymphoïdes

1. Mycosis fungoïdes (MF)
 - Réticulose pagetoïde
 - MF syringotropique
 - MF folliculotropique
 - MF granulomateuse.
2. Syndrome de sézary
3. Granulomatose lâche de la peau
4. Désordres lymphoprolifératifs des cellules T_{CD30+}
 - Papulose lymphomatoïde (LyP)
 - Lymphome anaplasique cutané primaire.
5. Lymphome du pannicule sous cutané à cellules T
6. Lymphome cutané primaire des cellules T périphériques non spécifiques.
 - Lymphome cutané des $\sigma \delta$ cellules - T
 - Lymphome cutané primitif agressif épidermotropique de cellule T Cyto-toxique CD₈₊
 - Lymphome cutané primitif des petites et moyennes cellules TCD₄₊
 - PTL primitif cutané, non spécifié
7. Lymphome/Leucémie cutanée des cellules – T adulte.
8. Lymphome des cellules – T adulte extranodal type nasal
 - Lymphome cutané hydroavacciniforme like de cellule - T
9. Lymphome cutané et extracutané primaire des cellules – T.
 - Lymphome anaplasique systémique à grandes cellules.
 - Lymphome angioimmunoblastique des cellules – T.
10. Lymphome marginal des cellules – B
11. Lymphome cutané folliculaire
12. Lymphome cutané diffuse des cellules – B
 - Lymphome diffus à grandes cellules
 - Lymphome des cellules – T/histiocytes cellules – B large

- Lymphome plasmoblastique
 - Lymphome cutané secondaire diffus à larges cellules – B.
13. Lymphome intravasculaire à larges cellules – B
14. Granulomatose lymphomatoïde
15. Lymphome cutané primaire et extracutané à cellules – B.
- Lymphome des cellules de Mantle
 - Lymphome de Burkitt
 - Leucémie lymphocytaire chronique/petit lymphome lymphocytaire.
16. Lymphome de Hodgkin
17. Lymphome lymphoblastique des cellules –NK
18. Leucémie des précurseurs lymphoblastiques – T/Lymphome et leucémie des précurseurs lymphoblastiques – B.
19. Leucémie myéloïde cutané.
20. Lymphome lymphoïde infiltrant de la peau imité.
21. Parapsoriasis
- Parapsoriasis à petites plaques
 - Parapsoriasis – type large plaque avec ou sans poïkiloderme.
22. Histiocytose des cellules de Langherans
23. Histiocytose des cellules indéterminantes
24. Histiocytose sinusal avec lymphadénopathie massive (Rosai-Dorfman)
25. Xanthogranulome juvénile
26. Réticulohistiocytoses
27. Mastocytoses.

III.5. Tumeurs du tissu mou

1. Tumeurs vasculaires.
- Hémangiome de petite enfance
 - Hémangiome de Cherry
 - Hémangiome sinusoidal

- Hémangiome gloméruloïde
 - Hémangiome microveineux
 - Hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie
 - Hémangiome des cellules spineuses
 - Angiome en touffe
 - Angiomatose bacillaire
 - Angioendothéliomatose réactive
 - Hémangiome verruqueux
 - Granulome pyogénique
 - Angiokératome
 - Hémangiome artérioveineux
 - Angiosarcome cutané.
2. Tumeurs lymphatiques
- Lymphangiome circonscrite (circumscriptum)
 - Lymphangiome progressif
 - Lymphangiomatose.
3. Tumeurs de muscles squelettiques et lisses
- Hamartome de muscle lisse
 - Leiomyome pilaire
 - Leiomyosarcome cutané
 - Hamartome mésenchymateux rhabdomyomateux.
4. Tumeurs fibreuses, fibrohistiocytaires et histiocytaires.
- Cicatrice chéloïdienne
 - Cicatrice hypertrophique
 - Dermatomyofibrome
 - Myofibrome sclérotique
 - Kyste muqueux digital
 - Fibrokératome digital
 - Fibrome pléomorphique
 - Fibroblastome de cellules géantes
 - Dermatofibrosarcome protubérant

- Dermatofibrome (histiocytome fibreux).

III.6. Tumeurs nerveuses

1. Neurome encapsulé, et nevrome traumatique.
2. Tumeurs neuroéctodermiques primitives périphériques malignes primaires/sarcome d'Ewing extrasquelettique.
3. Myxome de gaine de nerfs/Neurothekeome
4. Carcinome des cellules de Merkel
5. Tumeurs des cellules granulaires.

III.7. Syndromes tumoraux héréditaires

1. Mélanome cutané familial
2. Xeroderma pigmentosum
3. Syndrome carcinome basocellulaire naevoïde
4. Syndrome Cowden
5. Complexe carney.

II^{ème} PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL :
PROFIL ANATOMOCLINIQUE DES TUMEURS
CUTANÉES AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE
KINSHASA DE 2002 A 2011

CHAPITRE IV. MATERIEL ET METHODES

IV.1. Matériel

Le matériel de notre étude est constitué de toutes les biopsies cutanées pour lesquelles le diagnostic concerne les tumeurs cutanées.

IV.2. Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service d'Anatomie Pathologique des CUK sur une période de 10 ans.

L'analyse des cas a porté sur les paramètres anatomocliniques et épidémiologiques suivants :

1. Les fréquences relatives des tumeurs cutanées.
2. Les fréquences relatives des types histologiques des tumeurs cutanées :
 - a) Tumeurs bénignes
 - b) Tumeurs malignes.
3. Les fréquences relatives selon les sites anatomiques des tumeurs cutanées.
4. La distribution des tumeurs cutanées selon l'âge.
5. La distribution des tumeurs cutanées selon le sexe.

Les informations sur l'âge, le sexe et le site des tumeurs ont été fournies par les bons de demande d'analyse.

IV.3. Classification utilisée

Nous avons utilisé la classification des tumeurs cutanées de l'OMS, 2003.

IV.4. Techniques histologiques

Au laboratoire d'Anapath, les techniques histologiques se déroulent en 4 étapes :

1. La réception de l'échantillon ;
2. L'examen macroscopique et le prélèvement ;
3. Le traitement des tissus proprement dit ;
4. L'examen microscopique.

1) Réception de l'échantillon

Une fois au labo d'Anapath, il faut vérifier si l'échantillon se trouve bien dans un fixateur (si non il faut mettre le bon fixateur et en quantité requise).

La chronologie des actes à poser se présente comme suit :

- La tarification et le règlement de la facture.
- L'enregistrement de l'échantillon.

Le numéro qui est inscrit sur le bon de demande d'analyse doit être également inscrit sur le flacon contenant le spécimen (7).

2) Examen macroscopique

Cet examen se fait par un médecin sur une planche (en bois ou en plexiglas) posée sur une table. Il faut disposer de lame de bistouri, couteau tranchant, cassettes métalliques ou en plastic, ruban métrique, bocal contenant du fixateur.

Le but de l'examen macroscopique est de relever les lésions macroscopiques, les décrire et faire ensuite les prélèvements à cheval entre les zones saines et les zones altérées.

Cet examen comprend :

- L'examen macroscopique externe décrit la coloration, la consistance, la surface ; mesure la taille, le poids et recherche la présence de la capsule.
- L'examen macroscopique interne ou l'examen de la tranche de section diffère selon qu'il s'agit des organes pleins ou creux (7).

Pour les organes pleins, cet examen recherche la capsule, les lésions nodulaires, les lésions kystiques ou pseudo-kystiques, les lésions hémorragiques, les nécroses, la calcification ou l'ossification.

Pour les organes creux, on recherche la présence des plis, d'un ulcère, d'une induration, d'une sténose ou d'une dilatation, d'un calcul ou d'un embole, d'un thrombus, d'une plaque d'athérome qui doivent être décrit (7).

L'examen macroscopique aboutit à un diagnostic ou à un diagnostic différentiel basé sur la synthèse des éléments positifs trouvés à l'examen (7).

3) Prélèvement pour l'examen microscopique

Il doit intéresser toutes les zones malades découvertes à l'examen macroscopique. D'où la nécessité d'un bon examen macroscopique (7).

Les tranches de section doivent :

- Avoir une épaisseur comprise entre 1 et 2 mm, pour permettre une bonne pénétration de la paraffine.
- Avoir une surface régulière et une étendue compatible avec les dimensions de cassettes.
- Être orientées et la mise de tissu dans les cassettes se fait selon l'orientation souhaitée de la coupe (7).

4) Traitement des tissus

Le traitement des tissus a pour objectif d'obtenir des préparations histologiques examinables au microscope. Pour cela, les tissus doivent être enrobés dans la paraffine ou dans d'autres substances d'enrobage pour permettre une coupe en tranche variant entre 3 et 4 μm d'épaisseur (7).

Le traitement des tissus se fait en 5 étapes :

- Déshydratation, éclaircissement et imprégnation
- Inclusion ou enrobage dans la paraffine
- Coupe au microtome
- Coloration
- Montage ou luttage (7).

a) Déshydratation, éclaircissement et imprégnation

- La déshydratation a pour but d'extraire de l'eau contenue dans les tissus par les moyens des bains d'alcool (éthanol). Il existe plusieurs schémas. Le labo d'Anapath des CUK utilise le schéma à 4 bains d'alcool. Il s'agit d'une série de bains d'alcool à concentration croissante d'une durée d'une heure par bain.
 - 1^{er} bain : alcool 80°
 - 2^{ème} bain : alcool 90°
 - 3^{ème} et 4^{ème} bain : 100° (7).
- L'éclaircissement a pour but de faire partir la substance déshydratante par le moyen de bain de xylol. Le Labo d'Anapath des CUK utilise 3 bains de xylène ; un bain de 15 minutes et 2 bains de 30 minutes chacun (7).
- L'imprégnation a pour but de faire partir la substance éclaircissante (xylol) et la remplacer par la paraffine liquide (chauffée à 56°C – 60°C) qui pénètre dans tous les pertuis

du tissu. Il faut pour cela un séjour dans 2 bains de paraffine liquide (56°C – 60°C) de 12 heures à 24 heures (7).

b) Enrobage ou inclusion dans la paraffine

Le but est d'enrober (inclure) les tissus dans un bloc de paraffine qui sera coupé au microtome.

Pour cela, il faut :

- Mettre la paraffine liquide dans un moule métallique ;
- Placer l'échantillon dans le moule contenant la paraffine avec la surface à couper contre le fond du moule ;
- Refroidir sur la glace pour obtenir la solidification de la paraffine ;
- Retirer la cassette en plastic qui sera collée au bloc de la paraffine solidifiée (7).

c) Coupe au microtome

Le but est d'avoir des fins rubans des tissus permettant une bonne observation microscopique après coloration. Après avoir fixé la cassette avec son bloc au support du microtome, on réalise des coupes de 3 à 5 µm selon l'épaisseur souhaitée (7).

Les segments des rubans obtenus sont placés sur une lame couverte d'albumine mélangée à un peu d'eau. L'albumine permet de fixer le ruban sur la lame et l'eau permet l'étalement du ruban.

Ensuite il faut sécher la lame sur une plaque chauffante. Inscrive le numéro du malade sur la lame à l'aide d'un crayon diamant. Placer enfin la lame dans l'étuve pour séchage pendant 24 heures avant de la colorer (7).

d) Coloration

Le but est de créer un contraste entre le cytoplasme et le noyau pour mieux apprécier les lésions.

La coloration de routine en Anapath (hématoxyline-éosine) se réalise comme suit :

- Déparaffinage et réhydratation a pour but de faire partir d'inclusion et réhydrater le tissu.

Le déparaffinage se fait par 2 bains de xylol (xylène) 5 minutes chacun.

La réhydratation se fait par un bain d'alcool absolu (100°) pendant 2 minutes, 1 bain d'alcool à 95° pendant 5 minutes et un rinçage à l'eau courante pendant 5 minutes.

- Coloration proprement dite se fait comme suite :

- Bain d'hématoxyline de Harris pendant 2 minutes ;
- Rincer dans l'eau courante rapidement ;
- Bain d'alcool acide pendant 1 minute (pour décolorer) ;
- Bain de carbonate de lithium pendant 1 minute (pour mordancer) ;
- Rincer à l'eau courant rapidement ;
- Bain d'éosine à 0,1% pendant 2 minutes ;
- Rincer rapidement à l'eau courante.

- Déshydratation se fait de la manière suivante :

- Bain d'alcool à 95° rapidement ;
- 2 bains d'alcool absolu (100°) rapidement ;
- 2 bains de xylol rapidement (7).

e) Montage ou luttage

Le but est de couvrir la préparation pour la protéger et éviter l'interposition de l'air entre l'objectif du microscope et la préparation. Pour cela, il faut :

- Mettre quelques gouttes de colle (baume de Canada ou Eukit) sur la lame ;
- Recouvrir d'une lamelle couvre-objet ;
- Placer une étiquette de papier facilement lisible (7).

La lame est enfin prête pour l'observation microscopique.

IV.5. Analyse statistique

Les données recueillies ont été enregistrées et analysées à l'aide des logiciels SPSS, version 15, windows.

CHAPITRE V : RESULTATS

V.1. Fréquences relatives des tumeurs cutanées

Durant la période allant de 2002 à 2011, 9883 biopsies ont été enregistrées parmi lesquelles 456 tumeurs cutanées ont été décelées soit une fréquence de $(456 / 9883)$ 4,6%.

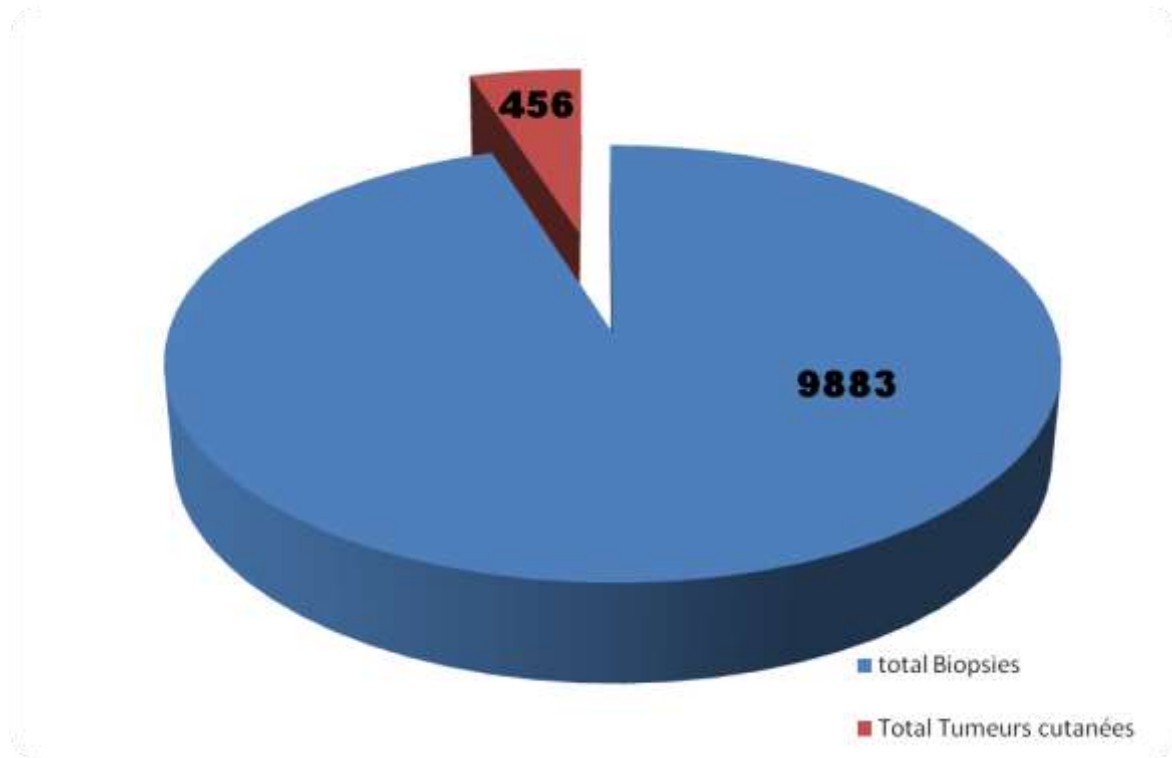


Figure1 : Répartition des tumeurs cutanées

V.2. Fréquences relatives des types histologiques des tumeurs cutanées

V.2.a. Fréquences relatives des tumeurs cutanées bénignes

| TUMEURS BENIGNES | n | % |
|--------------------------|------------|------------|
| Fibrolipome | 49 | 16,7 |
| Lichen plan | 40 | 13,6 |
| Neurofibrome | 34 | 11,6 |
| Papillome malpighien | 33 | 11,2 |
| Verrue séborrhéique | 22 | 7,5 |
| Dermatofibrome | 19 | 6,4 |
| Kyste épidermoïde | 19 | 6,4 |
| Chéloïde | 9 | 3,0 |
| Lymphangiome | 6 | 2,0 |
| Hidradénome | 6 | 2,0 |
| Naevus naevocellulaire | 4 | 1,3 |
| Kyste sudoripare | 4 | 1,3 |
| Fibromatose | 3 | 1,0 |
| Schwannome | 3 | 1,0 |
| Kératoacanthome | 3 | 1,0 |
| Trichoépithéliome | 3 | 1,0 |
| Molluscum contagiosum | 3 | 1,0 |
| Fibrohistiocyte bénin | 2 | 0,6 |
| Calcinose pseudotumorale | 2 | 0,6 |
| Leiomyome cutané | 2 | 0,6 |
| Kératose sénile | 2 | 0,6 |
| Hamartome | 2 | 0,6 |
| Polype fibroépithélial | 2 | 0,6 |
| Enchondrome | 1 | 0,3 |
| Chromoblastome | 1 | 0,3 |
| Dyskératose folliculaire | 1 | 0,3 |
| Folliculome | 1 | 0,3 |
| Myxome cutané | 1 | 0,3 |
| Tumeur d'Abrikossoff | 1 | 0,3 |
| Kyste pileaire | 1 | 0,3 |
| Total | 293 | 100 |

Il ressort de ce tableau que le fibrolipome (49 /249), soit 16,7% était la tumeur bénigne la plus fréquente de la peau suivie du lichen plan (40/249), soit 13%.

V.2.b. Fréquences relatives des tumeurs cutanées malignes

| Tumeurs Malignes | n | % |
|----------------------------------|------------|------------|
| Carcinome spinocellulaire | 63 | 38,4 |
| Angiosarcome de kaposi | 34 | 20,7 |
| Adénocarcinome | 14 | 8,5 |
| Mélanome malin | 10 | 6,0 |
| Métastase cutanée | 9 | 5,4 |
| Carcinome basocellulaire | 8 | 4,8 |
| Lymphome | 8 | 4,8 |
| Fibrosarcome | 6 | 3,6 |
| Rhabdomyosarcome | 5 | 3,0 |
| Hémangiopericytome malin | 2 | 1,2 |
| Dermatofibrosarcome | 2 | 1,2 |
| Epithélioma calcifié de Malherbe | 1 | 0,6 |
| Tumeur d'Abrikossoff maligne | 1 | 0,6 |
| Neurofibrosarcome | 1 | 0,6 |
| Total | 164 | 100 |

Ce tableau montre que le carcinome spinocellulaire (63/164), soit 38,4% était la tumeur maligne la plus fréquente de la peau suivie de l'angiocarcinome de kaposi (34/164), soit 20,7%.

V.2.c. Résumé des fréquences relatives des types histologiques des tumeurs cutanées

| Tumeurs | n | % |
|----------------|------------|------------|
| Bénignes | 293 | 64,2 |
| Malignes | 164 | 35,9 |
| Total | 456 | 100 |

Ce tableau montre que les tumeurs bénignes sont plus fréquentes avec (293/456), soit 64,2% de cas que les tumeurs malignes (164/456), soit 35,9%.

V.3. Fréquences relatives selon les sites anatomiques des tumeurs

| Site de Tumeur | n | % |
|---------------------------|------------|------------|
| Cuir chevelu | 26 | 5,7 |
| Visage | 11 | 2,4 |
| paupières et conjonctives | 19 | 4,1 |
| Bouche | 25 | 5,4 |
| Cou | 13 | 2,8 |
| Tronc | 219 | 48,0 |
| Membres supérieurs | 40 | 8,7 |
| Membres inférieurs | 84 | 18,4 |
| Périnée | 2 | 0,4 |
| Vulve | 15 | 3,2 |
| Anus | 2 | 0,4 |
| Total | 456 | 100 |

Les résultats de ce tableau montrent que les sites les plus fréquents des tumeurs cutanées sont le tronc avec (219/456), soit 48,0% suivi des membres inférieurs avec (84/456), soit 18,4%, etc.

V.4. Distribution des tumeurs cutanées selon l'âge

| Age des répondants | n | % |
|--------------------|------------|------------|
| 0-10 | 35 | 7,6 |
| 11-20 | 41 | 8,9 |
| 21-30 | 68 | 14,9 |
| 31-40 | 67 | 14,6 |
| 41-50 | 66 | 14,4 |
| >50 | 108 | 23,6 |
| Cas exclus | 71 | 15,5 |
| Total | 456 | 100 |

Il ressort de ce tableau que les tumeurs cutanées atteignent plus les personnes âgées de plus de 50 ans avec (108/456), soit 23,6%. Toutefois (71/456), soit 15,5% représentent les cas exclus.

V.5. Distribution des tumeurs cutanées selon le sexe.

| Sexe du répondant | n | % |
|-------------------|------------|------------|
| Masculin | 203 | 44,5 |
| Féminin | 241 | 52,8 |
| Non précisé | 12 | 2,6 |
| Total | 456 | 100 |

Les données de ce tableau montrent clairement que les femmes sont plus touchées par les tumeurs cutanées avec (241/456), soit 52,8% que les hommes.

CHAPITRE VI. DISCUSSION

Dans ce chapitre nous allons comparer nos résultats à ceux des autres auteurs et en discuter les similitudes et/ou les différences.

VI.1. Fréquences relatives des tumeurs cutanées

Notre étude a montré que les tumeurs cutanées représentent 4,6% de l'ensemble des biopsies réalisées (9883).

Nous n'avons pas trouvé un travail aussi globalisant que le nôtre pour procéder à une quelconque comparaison.

VI.2. Fréquences relatives des types histologiques des tumeurs cutanées

VI.2.a. Tumeurs bénignes

Les tumeurs cutanées bénignes sont les plus fréquentes avec (293/456), soit 64,2%.

Fatou Barro Traoré et al au Burkina Faso ont observé l'importance des tumeurs cutanées bénignes (96,5%) (8).

Yannick MOSSUS au Cameroun a trouvé 82,1% pour les tumeurs bénignes (9).

La différence de pourcentage proviendrait du fait que Fatou Barro Traoré et al ont travaillé sur un échantillon plus important (1024) que nous (456) cas; et Yannick MOSSUS a associé aux tumeurs bénignes les pseudotumeurs. Toutefois, la prédominance des tumeurs bénignes est constatée dans toutes ces trois études.

Notre étude a montré que les tumeurs cutanées bénignes les plus fréquentes sont le fibrolipome avec (49/293),

soit 16,7% suivi de lichen plan qui représente (40/293), soit 13,6%.

Yannick MOSSUS a trouvé que les chéloïdes type bénin étaient les plus fréquentes avec 41,7% (9).

Fatou Barro Traoré et al ont trouvé une prédominance des condylomes. La prévalence élevée des condylomes pourrait expliquer la prédominance de la tranche d'âge la plus concernée car elle est plus sexuellement active (8).

La littérature dit que le fibrome est localisé surtout dans la peau et le plus souvent, la prolifération fibreuse s'associe à celle d'autres tissus (fibrolipome par exemple). Les lipomes et le lichen plan affectent l'adulte entre 30 et 60 ans (3).

Les fréquences élevées de fibrolipome et du lichen plan dans notre étude seraient liées au fait que la plupart de nos patients sont des adultes de plus de 30 ans.

VI.2.b. Tumeurs malignes

Notre étude a montré que les tumeurs malignes représentent (164/456) soit 35,9%

L'étude de la prévalence du cancer en RD. Congo sur base des données anatomopathologiques recueillies aux CUK et à l'HGPRK réalisée par Mashinda KD, Kayembe K.P, Mapatano MA, a montré que le cancer de la peau représente 11,7% chez les sujets du sexe masculin et 8,6% pour le sexe féminin (1).

Au Cameroun, Yannick MOSSUS, en étudiant les tumeurs bénignes, les pseudotumeurs et les tumeurs malignes de la face, a trouvé 17,8% pour les tumeurs malignes (9).

Notre étude a montré que les tumeurs malignes les plus fréquentes sont le carcinome spinocellulaire avec (63/164),

soit 38,4% suivi de l'angiosarcome de Kaposi avec (34/164), soit 20,7%.

Jean Louis Bulliard et al ont trouvé que les carcinomes cutanés représentent plus d'un tiers de tous les cancers en Suisse (10).

Fatou Barro Traoré et al ont trouvé une prédominance du sarcome de kaposi suivi respectivement du carcinome spinocellulaire, dermatofibrosarcome et hidradénome nodulaire (8).

Les fréquences élevées de carcinome spinocellulaire et de l'angiosarcome de kaposi dans notre étude pourraient être expliquées par le fait que l'épiderme (épithélium), en tant que tissu de recouvrement serait beaucoup plus exposé aux facteurs carcinogènes et que le sarcome de kaposi serait lié au phénomène croissant de l'immunodépression dû au virus du Sida car le sarcome de Kaposi touche plus des sujets âgés et des sujets immunodéprimés atteints ou non du VIH/SIDA, rapporte la littérature (3).

VI.3. Fréquences relatives selon les sites anatomiques des tumeurs cutanées

Notre étude a montré que les tumeurs cutanées sont beaucoup plus localisées au niveau du tronc avec (219/456), soit 48,0% suivi des membres inférieurs qui représentent (84/456), soit 18,4%.

Jean Luc Buillard et al ont trouvé que les tumeurs avaient une forte prédominance sur le visage (les oreilles pour les carcinomes épidermoïdes) ainsi que sur le tronc pour les carcinomes basocellulaires (10).

VI.4. Distribution des tumeurs cutanées selon l'âge

Notre étude a montré que les tumeurs sont plus fréquentes chez les personnes âgées avec un pic atteint à plus de 50 ans. Cependant (71/456), soit 15,5% représentent des cas dont l'âge n'a pas été précisé par le clinicien.

Fatou Barro Traoré et al ont trouvé que la tranche d'âge de 20 à 30 ans est la plus touchée (60,6% des patients) (8).

VI.5. Distribution des tumeurs cutanées selon le sexe

Notre étude a révélé la prédominance du sexe féminin avec (241/456), soit 52,8% contre (203/456), soit 44,5% pour le sexe masculin. Cependant, (12/456), soit 2,6% représentent les patients dont le sexe n'a pas été précisé par le clinicien. Cette tendance est également décrite dans d'autres études des fréquences relatives essentiellement de cancer. Au Burkina Faso, Goumbri O M, Domangui O M, Sanou A M et en RD. Congo, Mashinda KD, Kayembe KP, Mapatano MA ont trouvé dans leurs études la prédominance féminine (11, 1).

Jean-Luc Bulliard et al ont montré que l'Australie présente les taux les plus élevés du monde pour les carcinomes épidermoïdes et touchent plus les hommes que les femmes (499/100.000 hommes et 291/100.000 femmes) (10).

CHAPITRE VII : CONCLUSION, LIMITATIONS ET RECOMMANDATIONS

VII.1. Conclusion

Notre étude basée sur des données anatomopathologiques recueillies au laboratoire de l'Anatomie Pathologique de CUK, a permis de décrire le profil anatomoclinique des tumeurs cutanées et partiellement leur profil épidémiologique.

VII.1.a. Fréquences des tumeurs cutanées

Les pathologies tumorales cutanées concernent 4,6 % (456/9883) de l'ensemble des analyses effectuées au service d'Anapath des CUK.

VII.1.b. Profil anatomoclinique des tumeurs cutanées

- 1) Les tumeurs cutanées bénignes sont plus fréquentes avec (293/456), soit 64,2%. Le fibrolipome et le lichen plan viennent en tête des tumeurs cutanées bénignes avec respectivement (49/293), soit 16,7% et (40/293), soit 13,6%.
- 2) Les tumeurs cutanées malignes représentent (164/456), soit 35,9% de l'ensemble des tumeurs cutanées. Le carcinome spinocellulaire est le plus fréquent avec (63/164), soit 38,4% suivi de l'angiosarcome de kaposi avec (34/164), soit 20,7%.
- 3) Les tumeurs cutanées sont très fréquentes au niveau du tronc avec (219/456), soit 48,0% suivi des membres inférieurs avec (84/456), soit 18,4%.
- 4) La distribution des tumeurs cutanées selon l'âge a montré que les personnes âgées de plus de 50 ans sont plus concernées avec (108/456), soit 23,6%.

Cependant un chiffre aussi important (71/456), soit 15,5% représente des cas exclus par manque de précision de l'âge des patients par le clinicien.

- 5) La distribution des tumeurs cutanées selon le sexe a montré la prédominance de sexe féminin avec (241/456), soit 52,8% par rapport au sexe masculin qui représente (203/456), soit 44,5%. Toutefois (12/456), soit 2,6% représentent les patients dont le sexe n'a pas été précisé par le clinicien.

Les tumeurs cutanées sont un réel problème de santé publique en RD. Congo et nécessitent une attention particulière dans le système des soins de santé.

VII.2. Limitations

Ce travail a permis de répertorier les tumeurs cutanées à travers les biopsies analysées au service d'Anapath des CUK, et de contribuer à la connaissance du profil des tumeurs cutanées. Cette connaissance de profil anatomoclinique des tumeurs cutanées est indispensable à toute politique sanitaire qui se veut apporter les soins de qualité à ses sujets. Cependant, ce travail ne donne que des statistiques hospitalières d'une seule formation sanitaire de la capitale, ce qui est de loin moins globalisant pour l'ensemble de territoire national. Ceci soulève la question d'études beaucoup plus élargies pour nous rapprocher le plus possible de la réalité.

Toutefois, la présente étude est entachée d'un gros biaisage de sélection. Toutes les tumeurs observées en clinique n'ont pas été biopsiées et toutes les pièces d'exérèse chirurgicale n'ont pas été envoyées au service d'Anapath.

Un grand handicap que nous avons rencontré dans ce travail, d'ailleurs inhérent à toute étude rétrospective, est celui des bons de demande d'analyse incomplètement remplis par le

clinicien. Cette lacune nous a privé de certains renseignements précieux d'ordre clinique et épidémiologique. Il convient de signaler aussi que les registres de diagnostic en lambeaux et parfois partiellement remplis nous ont fait perdre d'informations utiles pour la réalisation de ce travail.

VII.3. Recommandations

- Compte tenu de l'importance des tumeurs cutanées, la connaissance de leur incidence nationale et de l'influence du lieu avec les conditions géographiques ainsi que la recherche des facteurs étiologiques nécessitent des études multicentriques qu'il serait intéressant de mener.
- Nous suggérons aussi la création et la tenue du registre national de cancer qui permettrait l'évaluation épidémioclinique réelle de ce groupe des pathologies en vue d'une définition de stratégie adéquate de prévention et de la prise en charge.

REFERENCES

1. MASHINDA KD, KAYEMBE K.P. MAPATANO MA, faculté de médecine, UNIKIN, *Anales africaines de Médecine*, volume 5, n°3, juin 2012, 1088.
2. Gérard J. TORTORA et Sandra REYNOLDS GRABOWSKI, *Principes d'anatomie et de physiologie*, 3^{ème} édition française, De Boeck, université, 2001, 148-154.
3. Edith Ybert, Dr. Yves Juvain et Dr. Patrick Roux, *Petit Larousse de la Médecine*, Larousse, 2002, 151-683.
4. F. CABANNE et J.-L. PIONENFANT et al, *Anatomie pathologique : Principes de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'aetopathologie*, Les presses de l'Université Laval, Québec Malouine S.A. Editeur, Paris, 1986, 1193.
5. Walter F. Lever, M.D., *Histopathologie de la peau*, 4^{ème} édition, Masson et Cie, 1969, 25-32.
6. EORTC and the Department of Pathology, university Hospital, Zurich, Switzerland, *The WHO classification of skin tumours*, September 22-25, 2003, 3-5.
7. Département de Biologie médicale, Anapath, *Fascicule de travaux pratiques d'anatomie pathologique*, 2006-2007, 5-14.
8. Fatou Barro Traoré et al, *Tumeurs cutaneo-muqueuses : aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou*, Burkina-Faso (1^{er} Janvier 1992 au 31 décembre 1996), *Ethnic disease* 2006 ; 207 – 211.
9. Yannick MOSSUS, *Tumeurs et pseudotumeurs cutanées de la face à Yaoundé: épidémiologie et histopathologie*, Université de Yaoundé I, 2006.
10. Jean-Luc Bulliard et col, *Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau*, *Rev. Med. Suisse* 2009, 5 : 882-888.

11. GOUAMBRI OM., Domagni OE, Sanou AM, *Aspects épidémiologiques et histologiques des cancers au Burkina-Faso*, Journal Africain du cancer 2009, 1 : 207-211.
12. F. Penault – Llorca, D Hénin, M Devouassoux – Shishe Bora, *Tumeurs épithéliales*, Mai 2005, 1-8.
13. <http://www.anabile.webthan.com>.
14. AKOS T.D., *le Manuel du généraliste : Dermatologie*, Edition Tsunami, 2010, 15.
15. <http://www.scrabbleenimages.wordpress.com>.

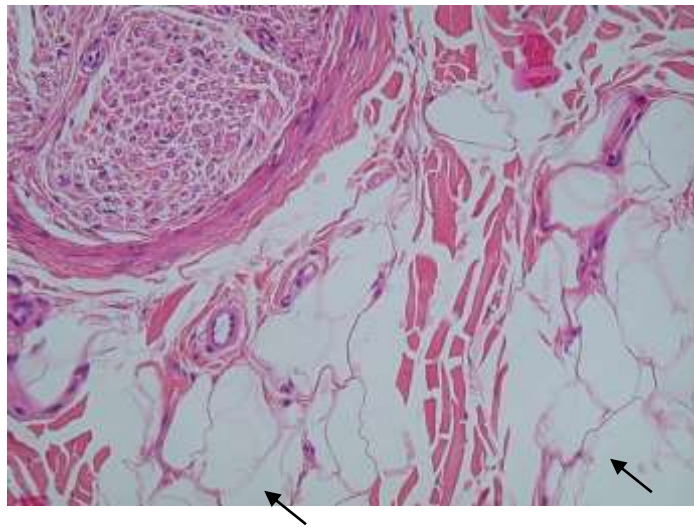
ANNEXES



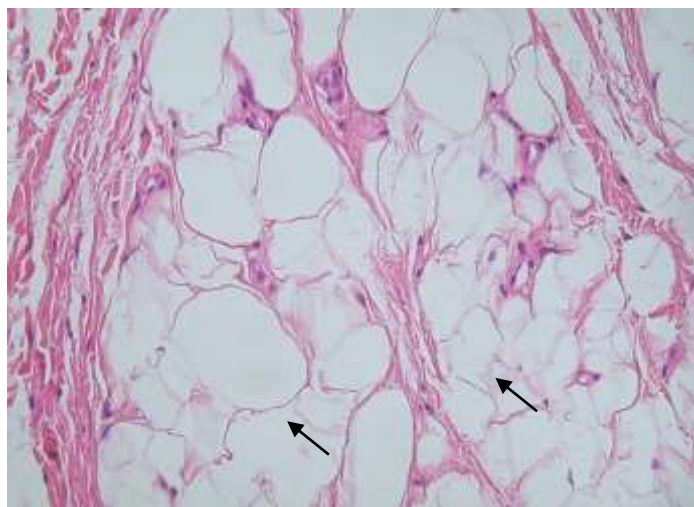
Fig. 2. Aspect macroscopique d'une chéloïde (12).



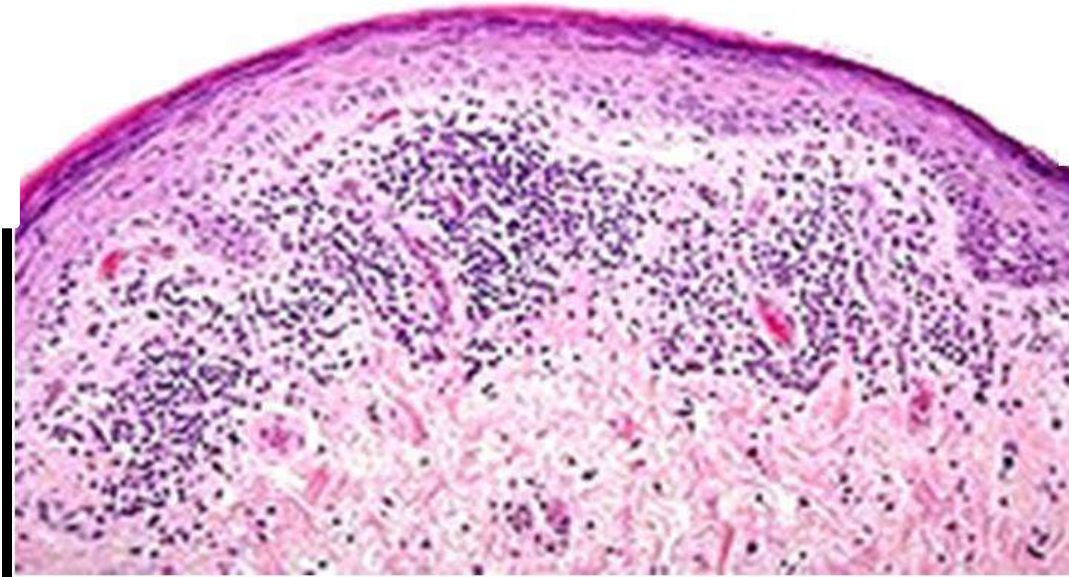
Fig. 3. Aspect macroscopique du carcinome spinocellulaire (13).



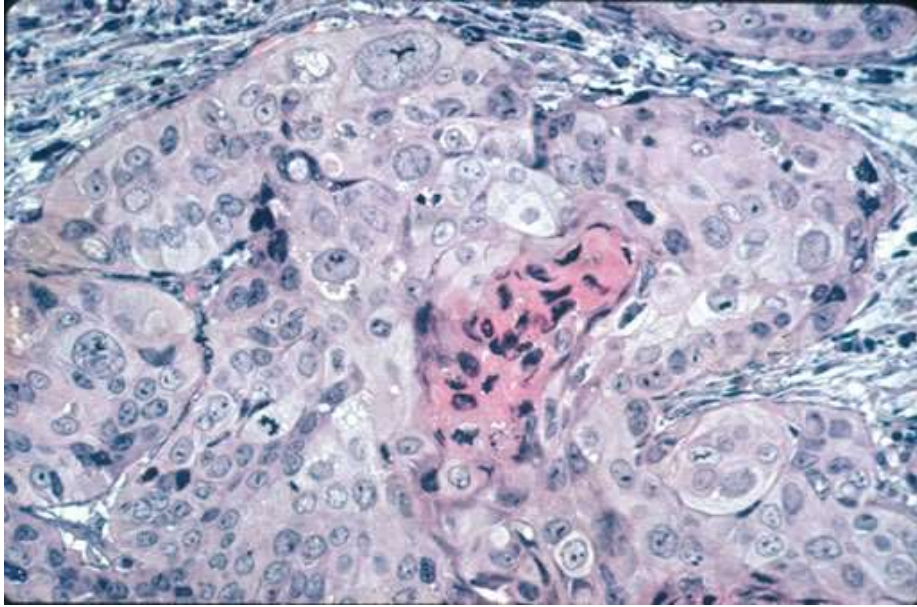
**Fig. 4. Aspect microscopique du fibrolipome (14).
(Prolifération des cellules adipeuses sans lésions notables).**



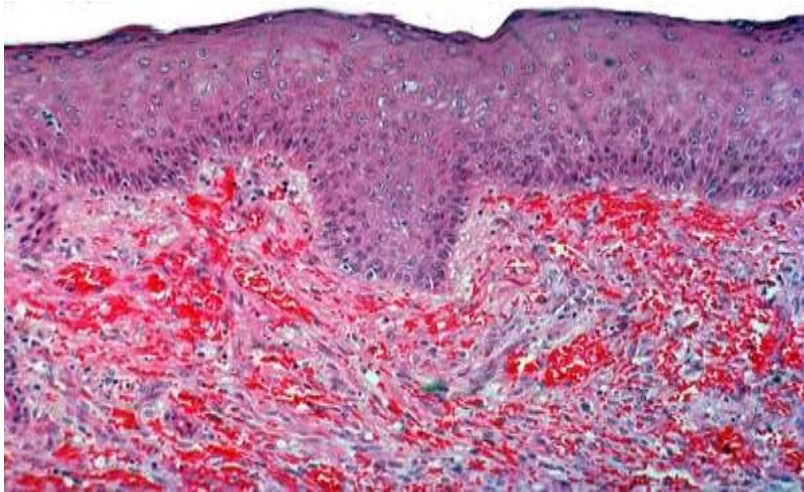
**Fig. 5. Aspect microscopique du fibrolipome (14).
(Grossissement)**



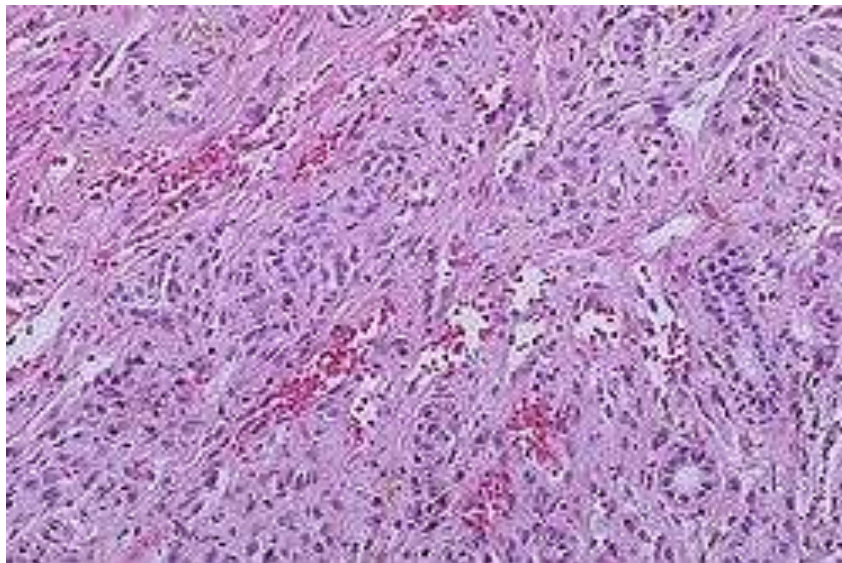
**Fig. 6. Aspect microscopique du Lichen plan (15).
(Aspect des mangés des mites).**



**Fig. 7. Aspect microscopique du carcinome spinocellulaire (15).
(Atypies cytonucléaires).**



**Fig. 9. Aspect microscopique de l'Angiosarcome de Kaposi (15).
(Extravasation vasculaire, hémorragie).**



**Fig. 10. Aspect microscopique de l'Angiosarcome de Kaposi (15).
(fentes vasculaires).**