



DERMATOSES GENITALES FEMININES

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur MOUNIA BENNANI

Née le 08/08/1990 à Fès

Pour l'Obtention du Diplôme de Spécialité en Médecine

Option : Dermatologie

Sous la Direction de Professeur Mernissi Fatima Zahra

Et professeur HANANE BAYBAY

Pr. MERNISSI Fz
Chef de Service de Dermatologie
CHU Hassan II Fès
Fes 30000

Session Juillet 2020

Préambule

C'est avec une grande émotion et un profond respect, que nous avons l'honneur aujourd'hui d'écrire ce modeste mot, afin de rendre hommage à nos maîtres qui ont guidé nos pas au cours de notre formation en dermatologie et vénéréologie.

Tout au long de cette formation, nous étions impressionnés par les qualités humaines de chacun de nos maîtres et de leur acharnement à sauver des vies et à apaiser la souffrance des malades, et nous fumes aussitôt séduits par cette spécialité riche, surtout en sentiments humains. Elle demande non seulement des connaissances scientifiques multidisciplinaires, mais aussi beaucoup de social et d'aide psychologique à nos malades et leurs familles.

Pour tous nos enseignants, à qui nous devons beaucoup et qui continueront certainement à illuminer notre chemin, nous espérons être à la hauteur de la confiance qu'ils ont bien voulu placer en nous.

Et c'est pourquoi nous vous resterons, chers maîtres, à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours dévoués.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	9
RAPPEL ANATOMIQUE.....	14
I. Définition	15
II. Anatomie descriptive	15
III. Objectif de l'étude	26
IV. Patients et méthodes	26
RESULTATS	28
I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes	29
a. L'âge	29
b. Etat matrimonial	30
c. Répartition selon le niveau socio-économique	30
d. Antécédents	30
II. Diagnostic positif	31
a. Motif de consultation.....	31
b. Délai moyen de consultation.....	31
c. Le siège et le type des lésions.....	31
d. Lumière de Wood.....	32
e. La dermoscopie	33
f. Bilan paraclinique	33
III. Diagnostic étiologique	34
a. Pathologie inflammatoire	37
b. Pathologie tumorale	39
c. Pathologie infectieuse.....	40
d. Pathologies pigmentaires (Hyperpigmentation vulvaire).....	42
e. Les pathologies auto-immunes.....	43

f. Pathologie vasculaire	45
g. Autres dermatoses génitales	46
IV. Caractéristiques dermoscopiques	47
a. Dermoscopie de la Pathologie Inflammatoire.....	48
b. Pathologie tumorale	54
c. Pathologie infectieuse.....	61
d. Pathologie pigmentaires	64
e. Pathologie auto-immune	66
f. Pathologie vasculaire	69
g. Autres	70
V. Traitement	72
VI. Evolution	74
I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes	77
1. L'âge.....	77
2. Etat matrimonial	77
3. Motif de consultation.....	77
4. Délais moyen de consultation	77
5. Le siège et le type des lésions.....	78
II. Diagnostics étiologiques.....	79
1. Pathologie inflammatoire	79
i. Lichen scléreux.....	79
ii. Psoriasis	80
iii. Lichen plan	80
iv. Eczéma	81
v. Hidradénite Suppurative.....	81
2. La pathologie tumorale	82
i. Tumeur maligne	82

ii. Tumeur bénigne	84
3. Pathologie infectieuse.....	84
i. Pathologie virale	84
ii. Pathologie bactérienne	85
iii. Pathologie mycosique	85
4. Pathologie pigmentaire	86
5. Pathologie auto-immune	87
i. Vitiligo	87
ii. Dermatoses bulleuses auto-immunes	88
iii. Maladie de Behçet.....	88
6. Pathologie vasculaire	88
7. Autres dermatoses génitales.....	89
III. Caractéristiques dermoscopiques	90
1. Pathologie inflammatoire	90
i. Lichen scléreux.....	90
ii. Psoriasis.....	91
iii. Lichen plan.....	92
iv. Eczéma.....	93
2. Pathologie tumorale	93
i. Tumeur maligne	93
ii. Tumeur bénigne	95
3. Pathologie infectieuse.....	97
4. Pathologie pigmentaires	98
5. Pathologie auto-immune	99
6. Pathologie vasculaire	101
7. Autres dermatoses génitales.....	101
CONCLUSION	103

REFERENCES	110
ANNEXE	123

LISTE DES ABREVIATIONS

n : Nombre

%: Pourcentage

CHU : Centre hospitalier universitaire

OGE : Organes génitaux externes

ISSVD: International Society for the Study of Vulvovaginal Disease

MC : La microscopie confocale par réflectance

HTA : Hypertension artérielle

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

DBAI : Dermatose bulleuse auto-immune

DPN : Deep Penetrating Nevus

VIN : Néoplasies intraépithéliales de la vulve

KS : kératose séborrhéique

HPV : Papillomavirus Humain

VZV : Virus varicelle-zona

HSV : Herpès simplex virus

EBV : Epstein-Barr virus

SA : Semaine d'aménorrhée

CE : Carcinome épidermoïde

PV : Pemphigus végétant

MF : Mycosis fongoïde

LSV : Lichen scléreux vulvaire

WS : Stries de Wickham

PDT : Photothérapie dynamique

LS : Le lichen scléreux

LP : Lichen plan

HSIL : Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

IST : Les infections sexuellement transmissibles

LPV : Le lichen plan vulvaire

INTRODUCTION

La dermatologie génitale étudie les dermatoses des organes génitaux externes. Elle représente des conditions très complexes et de diagnostic parfois très difficile (1). La vulve reste l'une des régions les plus couvertes du corps et semble vraiment être un organe pelvien oublié (2), elle est difficile à examiner par la patiente, contrairement à d'autres zones de la peau, et par rapport à une zone comme le cuir chevelu ou le dos, il est difficile de demander à un membre de la famille ou à un ami d'aider(3).

Ces dermatoses sont abordées avec beaucoup de pudeur dans nos sociétés africaines, Les plaintes vulvaires sont généralement une discussion inconfortable non seulement pour la patiente mais aussi pour le fournisseur de soins de santé (4) car ces organes génitaux externes interviennent dans la sexualité et sont particulièrement sensibles aux infections et aux atteintes psychosomatiques, ainsi le consentement éclairé est une condition préalable à tous les examens, investigations et traitements de la zone génitale (5)

La majorité de ces patientes sont principalement vus par des gynécologues, obstétriciens, ou médecins de famille et finalement référées à des dermatologues pour avis d'experts. Parfois ce processus augmente le retentissement de ces dermatoses sur la qualité de vie et psychique et rend ces patientes plus vulnérables, de plus, toute lésion des organes génitaux est considérée à tort comme sexuellement transmissibles, et peut être alors associée à un acte de promiscuité et provoquer beaucoup de détresse mentale et d'anxiété jusqu'à ce qu'elle soit diagnostiquée, et des fois, en raison de l'embarras et des séquelles psychologiques qui y sont associés, les femmes ne recherchent pas de soins médicaux (4).

Par conséquent, il est extrêmement important de diagnostiquer ces dermatoses vénériennes ou non afin de soulager les patients de l'anxiété, de l'embarras et de la peur associée.

Ainsi plusieurs affections peuvent toucher les organes génitaux externes (OGE), qu'il s'agisse d'une affection de cause externe, qui, lorsqu'elle est infectieuse, peut-être ou non sexuellement transmissible, ou bien d'un processus tumoral, ou encore de la localisation génitale d'une dermatose ou d'une affection générale (6).

Ainsi on distingue les dermatoses génitales transmises sexuellement et ceux qui ne sont pas sexuellement transmissibles considérées comme des dermatoses non vénériennes des organes, classées par « International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) » (7).

Les dermatoses vénériennes comprennent l'herpès, la syphilis, le chancre mou, la donovanose et la maladie de nicolas favre (8). Pour Les dermatoses non vénériennes, elles peuvent être classées en cinq types en fonction de la pathogenèse (9), qui sont les pathologies inflammatoires, infectieuses, tumorales, auto-immunes, et vasculaires.

Les troubles cutanés inflammatoires sont dominés par le psoriasis, l'eczéma, le lichen plan et le lichen scléreux, l'origine auto-immune par le vitiligo, maladie de Behçet, syndrome de Reiter, et les néoplasmes bénins et malins (maladie de Paget extramammaire, maladie de Bowen, carcinome épidermoïde) (1). Étant donné que ces groupes comprennent une grande variété de troubles, dont les symptômes et les présentations clinique peuvent parfois être similaires, l'identification et l'établissement de la nature de la maladie est une étape parfois difficile qui peut représenter un défi diagnostique pour les cliniciens

Bien qu'un examen histopathologique puisse aider à faire la lumière sur cette grande variété de diagnostics différentiels, la dermoscopie pourrait être incluse dans le cadre de l'inspection clinique des maladies génitales et ainsi devenir une aide au diagnostic non invasive pour soutenir le diagnostic et éviter des investigations invasives inutile (10)

La dermoscopie en tant que technique non invasive, a été initialement introduite en tant que partie intégrante de l'évaluation clinique des lésions pigmentées et des tumeurs cutanées car elle améliore la précision du diagnostic. Depuis lors, l'applicabilité de la dermoscopie a été étendue à de nombreux troubles dermatologiques généraux, y compris les tumeurs non pigmentées, les maladies inflammatoires de la peau ; les anomalies des cheveux et des ongles, infections cutanées et infestations (11).

Mais son utilisation au niveau de la muqueuse génitale reste limitée, avec peu d'études publiées et par conséquent des connaissances limitées, elle a néanmoins montré son intérêt dans plusieurs situation clinique, d'où l'importance de la rendre d'usage courant

Des aspects et des caractéristiques dermoscopiques spécifiques ont été décrits pour plusieurs troubles génitaux.

Par exemple en enregistrant des photographies dermoscopiques, le cours des pathologies inflammatoires peut être surveillé. Ceci est particulièrement utile pour les troubles qui peuvent évoluer vers le cancer ou entraîner des changements anatomiques, en particulier dans les phases précoces sans changements cliniques pathognomoniques. La réponse au traitement peut également être évaluée objectivement(10).

En outre, un certain nombre de variantes ou de lésions génitales physiologiques doivent être reconnues et différenciées des autres troubles, tels que les kystes, les syringomes, les papillomatose physiologiques vestibulaire, les kératoses séborrhéiques, les grains de fordyce et l'hyperpigmentation, La dermoscopie est alors un bon outil diagnostics pour différencier entre ces différentes dermatoses en définissant des aspects spécifiques (10).

La microscopie confocale par réflectance (MC) *in vivo* est une technique d'imagerie cutanée non invasive qui produit des coupes optiques horizontales, avec une résolution proche de la microscopie optique sur des coupes histologiques classiques (12) peu d'étude concernant son utilisation au niveau de la muqueuse génitale ont été publiées , et celles-ci se sont spécialement intéressées aux lésions pigmentaires de la vulve afin de différencier entre un mélanome et une lésion mélanocytaire bénigne, ceci est expliqué par le fait que la MC permet surtout l'étude des lésions mélanocytaires du fait de l'indice de réflectance élevé de la mélanine qui apparaît hyper-reflétante (blanche, brillante) (13)

La plupart des pathologies reste de pronostic favorable. Cependant, certaines altèrent la qualité de vie surtout chez la population jeune pouvant être source de problèmes conjugaux.

RAPPEL ANATOMIQUE

I. Définition :

La vulve est un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée [5]. C'est l'organe sexuel externe de l'appareil génital féminin, constituée principalement des grandes et des petites lèvres enserrant l'entrée du vagin, de clitoris et des organes érectiles, de vestibule qui contient le méat urétral, l'orifice externe du vagin et les glandes vulvaires.

II. Anatomie descriptive : (14,15)

La vulve se présente sous forme d'une saillie ovoïde avec une fente médiane (fente vulvaire) qui la divise en deux replis cutanés latéraux appelés les grandes lèvres. En écartant ces dernières, on découvre deux nouveaux replis, ce sont les petites lèvres (les nymphes), qui se réunissent en avant et en arrière. [14]

Entre les deux petites lèvres apparaît un espace ovalaire nommé le vestibule vulvaire qui est limité en avant par le clitoris, et en arrière par la fourchette vulvaire.

- Le vestibule vulvaire : est divisé schématiquement en deux parties :
 - partie antérieure nommée le vestibule de l'urètre, dans lequel on distingue la papille de l'urètre (ou la Carina urétrale du vagin) avec à son sommet le méat urétral (ou l'ostium urétral) qui fait partie de l'appareil urinaire ; de chaque côté du méat urétral s'ouvrent les orifices des glandes urétrales (ou para-urétrales de Skene).
 - partie postérieure nommée le vestibule du vagin, dans lequel on distingue l'orifice inférieur du vagin (ou introït) qui est normalement, obturée de façon incomplète chez la vierge par une membrane, c'est l'hymen ; cet orifice vaginal est bordé par les vestiges de l'hymen (les caroncules hymenéales chez la femme déflorée).

Dans le sillon qui sépare l'orifice vaginal des petites lèvres (sillon labio-hyménéal ou nympho-hyménéal) s'ouvrent les orifices des canaux des glandes de Bartholin qui sécrètent un liquide contribuant à la lubrification du vestibule vulvaire lors des rapports sexuels.

❖ Le mont du pubis :

(Anciennement appelé mont de Vénus) C'est un relief triangulaire, à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne, recouvert de poils et constitué par un amas cellulo-adipeux plus ou moins prononcé parcouru par les fuseaux du ligament suspenseur du clitoris, de la membrane fibro-élastique des grandes lèvres et du ligament rond de l'utérus.

❖ Les deux grandes lèvres :

Ce sont deux replis cutanés allongés, s'étendant entre le mont du pubis en avant et au périnée en arrière. Sur un plan traversant le petit axe des grandes lèvres du haut vers le bas, les grandes lèvres sont triangulaires avec un bord supérieur large et adhérent aux tissus profonds avoisinants, et un bord inférieur libre et étroit ; leur face externe (en dehors) est séparée de la racine de cuisse par le sillon génito-crural, et leur face interne (en dedans) est séparée de la petite lèvre homolatérale (du même côté) par le sillon inter labial.

Chez l'adulte les grandes lèvres mesurent 7 à 8cm de longueur, 2 à 3cm d'épaisseur et 1,5 à 2cm de hauteur.

Du point de vue histologique, les grandes lèvres sont formées de :

- Revêtement cutané à minces couches kératinisées ce qui explique l'augmentation de l'évaporation cutanée à ce niveau, comparée à celle de la peau de l'avant-bras.

Ce revêtement cutané est pourvu aussi des glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et des glandes sébacées (sécrétant une substance grasseuse) ; enfin, à la puberté, des poils couvrent la face externe de chaque grande lèvre ; la face interne reste glabre.

La face externe de la grande lèvre est plus pigmentée que la face interne qui habituellement plus lisse et rosée.

- Sous la peau il existe une mince couche de fibres musculaires lisses appelée le dartos labial.
- Ensuite, on trouve une couche de tissu cellulaire grasseux, riche en fibre élastique (le corps adipeux labial – organe semi-érectile).
- le sac de Sappey, il s'agit d'un sac allongé d'avant en arrière, limité par une membrane fibro-élastique et contenant un tissu cellulo-grasseux et la portion terminale du ligament rond (qui prend son départ près de la corne de corps de l'utérus et qui traverse le canal inguinal) ; donc la membrane fibro-élastique qui limite ce sac, elle communique avec le canal inguinal, et elle s'unit à la paroi abdominale (au niveau du mont de Vénus) en continuant avec le ligament suspenseur du clitoris et enfin, il s'unit aux branches ischio-pubiennes.

❖ Les deux petites lèvres (ou les nymphes) :

Ce sont des replis cutanés limitant le vestibule, situés en dedans des grandes lèvres et séparées de ces dernières par le sillon inter labial ; elles sont aplaties, de 3 mm d'épaisseur, leur bord supérieur adhérent avoisine le bulbe vestibulaire ; leur bord inférieur et libre.

L'extrémité antérieure des petites lèvres se divise en deux replis :

- un repli antérieur qui coiffe avec le repli provenant de la petite lèvre homolatérale le clitoris pour former le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) ;
- Et un repli postérieur qui se fixe, avec le repli provenant de la petite lèvre homolatérale, en arrière sur la face inférieure du clitoris pour former le frein du clitoris.

Les extrémités postérieures des petites lèvres s'unissent en arrière de l'orifice vaginale pour former la fourchette vulvaire ; la zone qui sépare la fourchette vulvaire de l'orifice vaginale est appelée la fossette naviculaire.

Chez l'adulte, elles font souvent saillies en dehors de la fente vulvaire mais après la ménopause, elles tendent à s'atrophier et se cacher entre les grandes lèvres.

Histologiquement, les petites lèvres sont formées :

- D'un revêtement malpighien épais, à couches kératinées minces, pigmentées, il est dépourvu de glandes sébacées et de follicules pileux, donc les petites lèvres restent glabres, sans poils.
- Le revêtement cutanéomuqueux, recouvre une couche de tissu fibroélastique porteur de glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et richement vascularisé et innervé

❖ Le clitoris :

C'est un organe charnu, érectile et très sensible, situé au niveau la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres ; il est l'équivalent des corps caverneux chez l'homme.

Il prend racine à partir des deux corps caverneux qui s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et les muscles ischio-caverneux puis ils s'étendent en avant, en haut

et en dedans pour former les piliers du clitoris. Le corps du clitoris se forme de la fusion des deux piliers du clitoris sur la ligne médiane ;

Le corps de clitoris s'infléchit en bas et en arrière pour former le genou du clitoris (ou le coude de clitoris) et il se termine par le gland du clitoris qui mesure de 6 à 7 mm et qui apparaît à l'extrémité antérieure des petites lèvres.

Le corps du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) et fixé en bas et en arrière par le frein du clitoris.

Le clitoris est fixé aussi au niveau de son coude, à la symphyse pubienne par un ligament fibreux connu sous le nom du ligament suspenseur du clitoris, provenant de la ligne blanche de l'abdomen et de la symphyse.

Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées à paroi musclée ; ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses ; le gland de clitoris est renflé, de forme conique mousse ; il est constitué de tissu spongieux érectile, provenant des bulbes vestibulaires ; il est très riche en extrémités nerveuses, ce qui le rend très sensible.

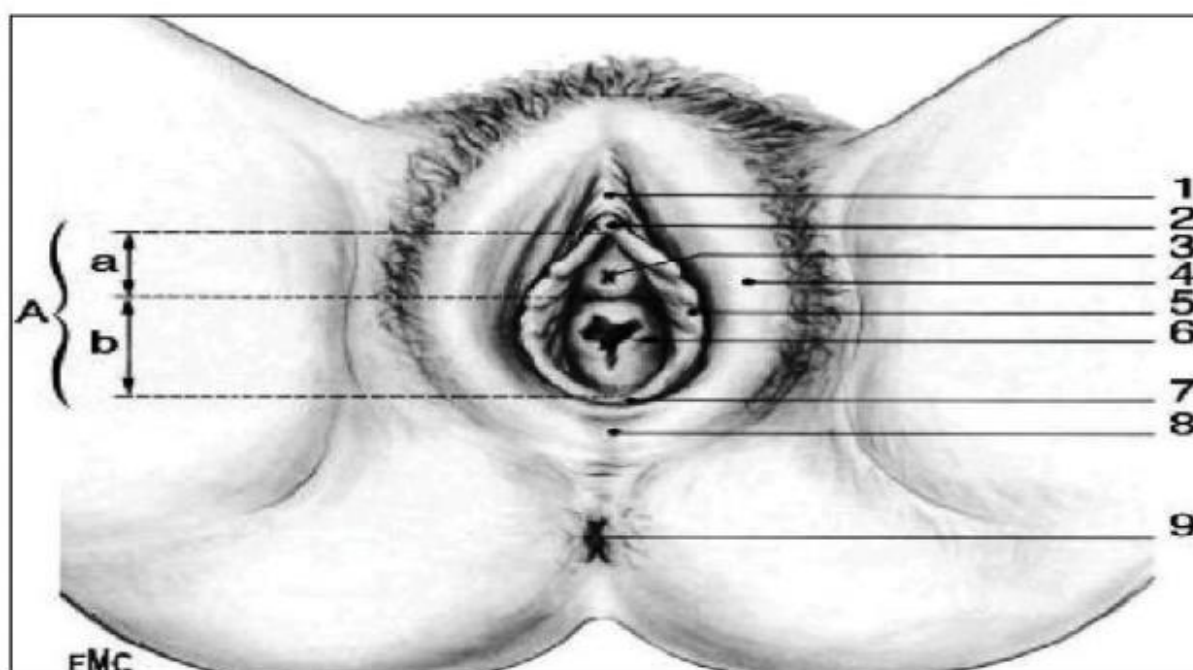
❖ Bulbes vestibulaires :

Ce sont deux organes érectiles placés de part et d'autre des orifices de l'urètre et du vagin. Ce sont le correspondant au bulbe n et au corps spongieux, on leur distingue deux faces, deux bords et deux extrémités :

- La face externe convexe est recouverte par le muscle bulbo-caverneux. la face interne est contiguës en arrière à la glande de Bartholin.
- Le bord supérieur est en rapport avec le plan moyen du périnée. Le bord inférieur longe le bord adhérent des petites lèvres.

- L'extrémité postérieure, s'arrête à peu près en regard de la partie moyenne de l'orifice vaginal.
- l'extrémité antérieure se rétrécit et communique avec le bulbe du côté opposé et avec les veines du clitoris par le réseau intermédiaire de Kobett.

La figure ci-dessous (15) illustre les différents constituants de l'appareil génital chez la femme:



A : Vestibule.

a : vestibule urinaire.

b : vestibule du vagin.

1. prépuce du clitoris.

2. gland du clitoris.

3. ostium externe de l'urètre.

4. grande lèvre.

5. petite lèvre.

6. introit vaginal.

7. frein des lèvres.

8. commissure postérieure des lèvres.

9. anus.

Anatomie de la vulve : Vue position gynécologique (15)

➤ Les glandes vulvaires (15)

❖ Les glandes vestibulaires mineures :

Ce sont les glandes sébacées (sur les grandes lèvres) et les glandes sudoripares qui sont disséminées sur les grandes et les petites lèvres ; les glandes urétrales (de Skene) : les canaux excréteurs des glandes s'ouvrent de la part et d'autres de la papille urétrale, au niveau du vestibule de l'urètre ; les glandes elles-mêmes se trouvent de part et d'autres de l'urètre, dans la tunique musculieuse urétrale, à une profondeur allant de 5 mm à 5 cm.

Ces glandes urétrales sont considérées comme les homologues de la prostate chez les hommes.

❖ Les deux glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures) :

Ce sont deux glandes mucipares (sécrétant un mucus limpide, transparent et alcalin, qui joue un rôle de lubrifiant lors des rapports sexuels) ; elles sont situées à l'intérieur des grandes lèvres, au niveau de la jonction de leur tiers inférieur au tiers moyen ; de taille de 1,5 cm ; leurs canaux excréteurs ont une longueur de 1 à 2 cm, ils s'ouvrent au niveau du vestibule du vagin, à l'union du tiers moyen – tiers supérieur du sillon vestibulaire, nympho-hyménéal (labio-hyménéal), à 5 h et à 7h. Ce sont des glandes hormonodépendantes ; elles restent rudimentaires pendant l'enfance, et elles s'atrophient à la ménopause ; donc, c'est durant la vie génitale active que ces glandes prennent leur taille et leur fonctionnement normaux, puis durant cette période apparaissent leurs pathologies (kystes, abcès...)

➤ **Variantes anatomiques physiologiques :**

❖ **Grains de Fordyce :**

Il s'agit de petites glandes, sous forme des papules fermes ou de petits kystes, jaunes et superficielles et que l'on peut voir sur la partie libre et la face interne des petites lèvres ; leur mise en évidence est facilitée par la mise en tension de la peau et la muqueuse superficielle.

❖ **Papillomatose physiologique de la vulve:**

Il s'agit de petites papilles, ou des digitations filiformes "en doigt de gant, prenant une couleur rosée, identique à la muqueuse adjacente ; de consistance molle ; elles sont localisées dans la région vestibulaire : sur la face interne des petites lèvres, le zone péri urétrales, les caroncules hyménéales ; il s'agit d'une distribution diffuse, le plus souvent bilatérale et symétrique ; elles ne prennent pas la couleur blanche avec le test à l'acide acétique, ou elles présentent un faible blanchiment diffus non spécifique.

➤ **Modifications vulvaires avec l'âge et les variations hormonales (16):**

❖ **Nouveau-né et enfant**

Après la naissance, le nouveau-né femelle présente des signes d'effet hormonal maternel. Les seins de peuvent être agrandis, les grandes lèvres sont dodues et les petites lèvres sont développées. La muqueuse vaginale est riche en glycogène. La sécrétion vaginale blanche physiologique peut être visible, ainsi que certains saignements peuvent résulter du sevrage hormonal.

Quatre semaines après la naissance, l'effet des subventions aux hormones maternelles apparaissent : l'épithélium vaginal s'amincit, le glycogène diminue et le pH vaginal devient neutre ou alcalin. L'hymen qui est une membrane élastique épaisse à la naissance devient mince, fragile et translucide. La peau au-dessus du pubis et

des grandes lèvres devient également plus mince, et ces structures perdent une partie de la graisse sous-cutanée présente à la naissance. Les petites lèvres sont petites et, en raison du manque d'œstrogènes, peuvent adhérer les unes aux autres au début de la petite enfance. Cette situation se résout généralement spontanément, mais si un traitement est nécessaire, l'œstrogène topique favorise la séparation des lèvres.

Des follicules pileux vulvaires et des glands sébacés sont probablement présents à la naissance; cependant, ils mûrissent à la puberté lorsque les glandes surrénales sont activées.

❖ La puberté

La puberté commence entre 8 et 11 ans en général. Pendant ce temps, les ovaires et les glandes surrénales augmentent la production d'hormones sexuelles. L'adrénarche, la maturation des glandes surrénales et la sécrétion d'androgène, commence environ 2 ans avant le gonadarche – maturation de l'axe hypophyso-gonadique et production d'hormones stéroïdes ovariennes. La maturation gonadique se produit au cours des 2 années précédant la ménarche.

Les changements physiques observés au cours de ces années sont la croissance accélérée, l'apparition des poils pubiens et axillaires, le développement des seins et le début des menstruations.

En plus du développement clairement apparent des poils pubiens, il y a des changements plus subtils influencés par les hormones sexuelles se produisant dans la vulve et le vagin.

Les grandes lèvres et le mons du pubis deviennent plus pulpeux en raison de l'augmentation de la graisse dermique. L'augmentation de la pigmentation donne à la vulve un teint légèrement plus foncé. Le clitoris est plus proéminent et les petites lèvres, le vestibule, le vagin et le col de l'utérus augmentent tous de taille. Les glandes

vestibulaires et périurétrales commencent à sécréter. L'épithélium vaginal, qui ne contenait que des couches cellulaires basales et parabasales au stade prépubère, commence à proliférer, formant des couches cellulaires intermédiaires et superficielles. La concentration intracellulaire de glycogène augmente et son métabolisme par les lactobacilles fait que le liquide vaginal devient acide.

La menstruation apparaît environ 4 ans après le début de ces changements. L'âge moyen de la ménarche dans le monde se situe entre 12 et 13 ans, les différences entre les races sont mineures.

❖ Grossesse

Pendant la grossesse, les changements de pigmentation approfondissent encore la coloration de la vulve.

Le flux sanguin dans la circulation pelvienne est multiplié par 2 à 5. Le tissu conjonctif de la vulve, du vagin et du périnée se détend et les fibres musculaires de la paroi vaginale augmentent en taille. Des varices peuvent apparaître sur la vulve.

❖ Ménopause

La menstruation cesse à un âge médian de 50 ans dans les sociétés occidentales industrialisées, après quelques années de péri ménopause. Les changements post ménopausiques dans les voies génitales et urinaires sont en partie le résultat d'une diminution des niveaux d'œstrogène.

Les poils pubiens deviennent gris et clairsemés, les grandes lèvres perdent de la graisse sous-cutanée et les petites lèvres diminuent de taille. Les couches épithéliales vaginales sont réduites en nombre, ce qui la rend mince et pâle. Les rugae typiques disparaissent. Les sécrétions diminuent et la muqueuse vaginale devient sèche et plus irritable. Le manque d'œstrogène épuise le glycogène intracellulaire vaginal, entraînant une réduction des bactéries lactobacilles,

provoquant une augmentation du pH vaginal. La perte de tonus musculaire peut entraîner un prolapsus pelvien et une incontinence urinaire

❖ Epidémiologie

Cependant, bien que les pathologies vulvaires soient courantes, relativement peu d'études épidémiologiques sont disponibles dans les pays sous-développés

Bien que la littérature soit saturée de rapports de cas de ces dermatoses, très peu d'études formelles ont été rapportées, tant au Maroc qu'à l'étranger. Après une revue de littérature à la recherche d'études similaires, aucune études marocaine n'a été trouvée, cependant quelques études faites par des dermatologues, et n'incluant par l'étude dermoscopique ont été réalisées (tableau 4), aucune étude faite par les gynécologues n'a été retrouvée.

Etudes	Année	Pays	Nombre de cas
Fischer and Rogers (17)	2000	Australie	130
Gokdemir et al (18)	2005	Turquie	310
Pathak et al(19)	2011	Népal	105
Garima Singh(4)	2014	Inde	70
Suleman Elfaituri S(8)	2014	Lybie	200

Tableau 4: études sur les dermatoses génitales féminines dans la littérature

L'approche des patientes souffrant de pathologies vulvaires varie d'un pays à l'autre, d'où l'idée de réaliser notre étude, afin de connaître d'abord le profil épidémiologique clinique et évolutif de nos malades pour une meilleures approche thérapeutique, et aussi rapporter une nouvelle étude descriptive sur la dermoscopie de la muqueuse génitale féminine, vu son manque dans la littérature.

III. Objectif de l'étude :

- Objectif principal :
 - Décrire le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des dermatoses génitales chez notre population consultant en dermatologie
- Objectifs secondaires :
 - Décrire de nouveaux aspects dermoscopiques pour certaines pathologies

IV. Patients et méthodes :

A. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude d'observation descriptive de série de cas rétro-prospective des dermatoses génitales féminines.

B. Durée de l'étude :

Etude menée du 01/01/2018 au 07/03/2020.

C. Lieu de l'étude :

Etude menée au sein du service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès.

D. Population étudiée :

Critères d'inclusion :

Toutes les patientes, quel que soit leur âge présentant une dermatose génitale:

- Physiologiques ou pathologiques
- Consultant, ou hospitalisées au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès ou dans les autres services du CHU dans le cadre des avis.

Critères d'exclusion :

Les patientes perdues de vue après la première consultation.

E. Méthode de l'étude :

Pour les patientes admises dans l'étude, ont été recueillis sur une fiche d'exploitation préétablie les paramètres suivants « Annexe 1 » :

- L'âge, l'état matrimonial, le niveau socio-économique.
- Le motif de consultation génital ou non
- Les antécédents personnels et familiaux, le délai moyen de consultation
- (La durée d'évolution avant la consultation), les signes fonctionnels.
- Par un examen clinique minutieux de la région génitale et de la région péri-génitale, ils étaient précisés le siège et les types des lésions, l'examen du reste des téguments est nécessaire afin d'orienter le diagnostic
- Notre examen clinique est complété dans certaines situations par l'examen dermoscopique et l'examen à la lumière de Wood.
- Les examens paracliniques en fonction des données cliniques : sérologie HIV, sérologie TPHA/VDRL, biopsie et l'examen histopathologique.
- Les diagnostics retenus.
- Les différents traitements administrés en fonction du diagnostic et l'évolution. Pour ces cas le traitement doit être accompli et une évolution d'au moins 3 mois.
- A noter que la catégorie de pathologie pigmentaire regroupe les dermatoses génitales pigmentées « maculeuses »

L'autorisation du comité d'éthique locale a été obtenue.

Les photos étaient prises après consentement des malades. La saisie des données a été faite sur le logiciel Excel, et analysées via le logiciel SPSS 21.0.

Les paramètres étudiés étaient d'ordre descriptif (épidémiologiques, cliniques, dermoscopiques, histologiques, thérapeutique et évolutifs)

RESULTATS

Nous avons colligé 143 patientes atteintes de dermatose génitale après exclusion de 14 patientes ne répondant pas aux critères d'inclusion de notre étude.

Un total de 173 lésions génitales était objectivé, en effet, on a pu retrouver deux types de diagnostics différents chez la même patiente chez 30 malades.

I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes

Mode de recrutement :

Le recrutement des patientes à travers la consultation était (56 %), au cours de l'hospitalisation (12%), ou par le biais des avis sollicités dans d'autres services (32%).

a. L'âge : (Figure 1)

L'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes d'âge de 3 mois à 84 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 40 et 60 ans dans 43 % des cas, suivi par celle comprise entre 16 et 40 ans dans 37% des cas, 12% de nos malades étaient des enfants.

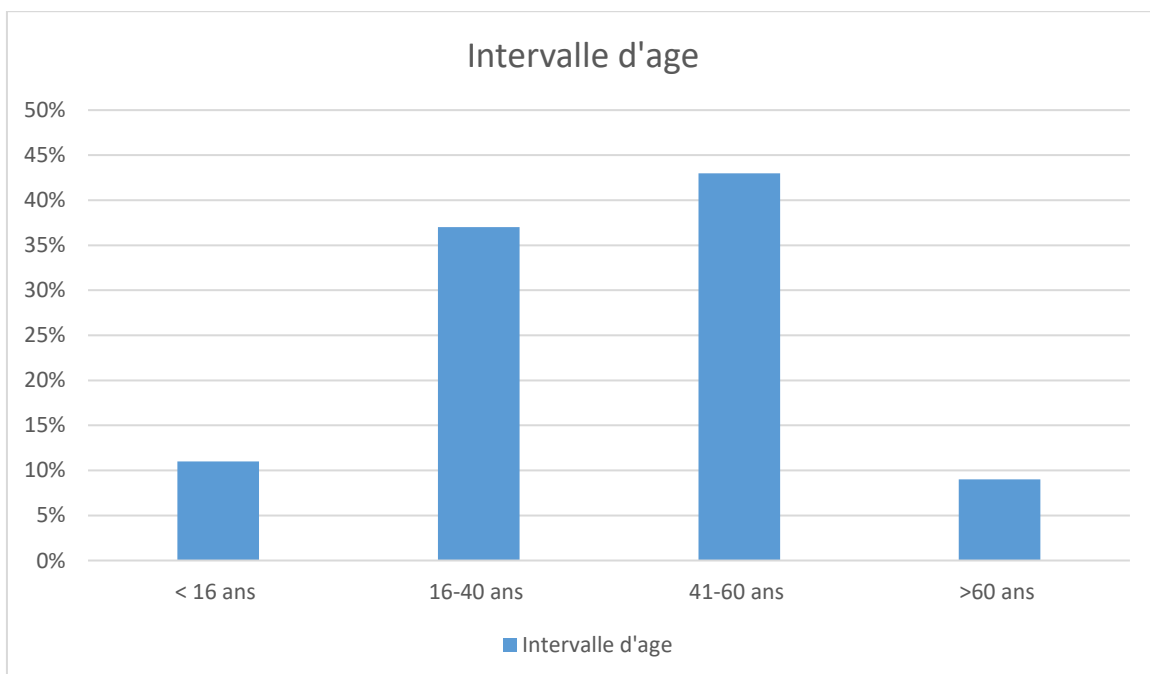


Figure 1: Répartition des patientes selon l'âge

b. Etat matrimonial :

Quatre-vingt-dix-huit de nos patientes étaient mariées (68,5 %) 27 célibataires (18.5%) 11 veuves (7.7%) et 7 divorcées (5.38 %), et 72% de nos malades ont déclaré avoir une vie sexuelle active.

c. Répartition selon le niveau socio-économique :

Notre étude incluait 69% de patients de niveau socio-économique bas, une seule était de niveau socio-économique élevé, et le reste était d'un niveau socio-économique moyen.

d. Antécédents : (Figure 2)

Les patientes de notre étude avaient des antécédents d'hypertension artérielle dans 6% des cas, diabète dans 4% des cas, affection dermatologique connue dans 5 % des cas, affection néoplasique cutanée dans 5% des cas (4 mélanomes, 3 carcinomes épidermoïdes vulvaires), affection néoplasique non cutanée dans 3,5% des cas, prise médicamenteuse récente dans 2% des cas, application de topique dans 2% des cas, maladies sexuellement transmissibles (MST) dans 1.4% des cas (2 cas de syphilis)

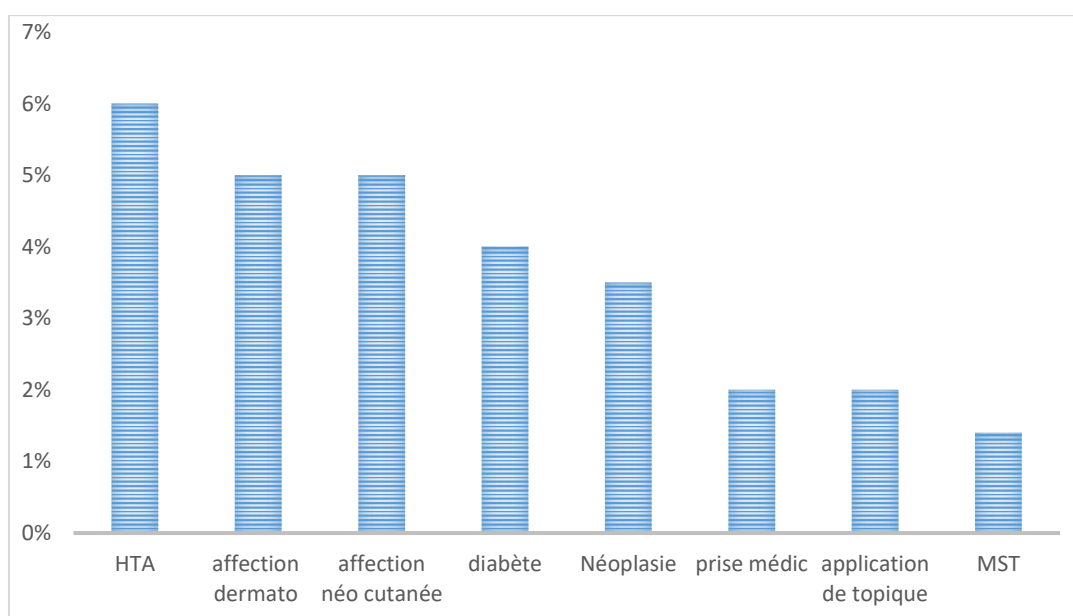


Figure 2 : Répartition des antécédents chez nos malades

II. Diagnostic positif

a. Motif de consultation

Le motif de consultation était représenté essentiellement par le prurit dans 30% des cas, suivi par la douleur dans 20% des cas, la perception d'une masse ou d'une lésion cutanée dans 15% des cas, l'écoulement vaginale et le saignement dans 8% des cas chacun, le picotement dans 6% des cas, et la sensation de pesanteur dans 1.5% des cas. Dans 8.5 % des cas les malades avaient plus d'un motif de consultation, et 20% des malades étaient asymptomatiques et les lésions étaient découvertes lors de l'examen systématique.

b. Délai moyen de consultation :

Le délai moyen de consultation qui est défini comme étant la durée d'évolution des symptômes avant la consultation variait de 4 jours à 12 ans avec une moyenne de 24 mois

c. Le siège et le type des lésions :

Les grandes lèvres étaient le site le plus touché soit 40.5% des cas, suivies des petites lèvres 29.5%, le vestibule 19%, le pubis 13%, le périnée 9.2% des cas, clitoris 8%, les commissures 6.3% et le raphé dans 4%. L'atteinte était multifocale dans 17% des cas.

Les types de lésions retrouvés dans cette étude étaient : lichénification, papule, pustule, bulle, érosion, ulcération, tumeur, végétation, œdème, sclérose, atrophie (Figure 3), 24% des patientes avaient plus d'un type de lésion élémentaire.

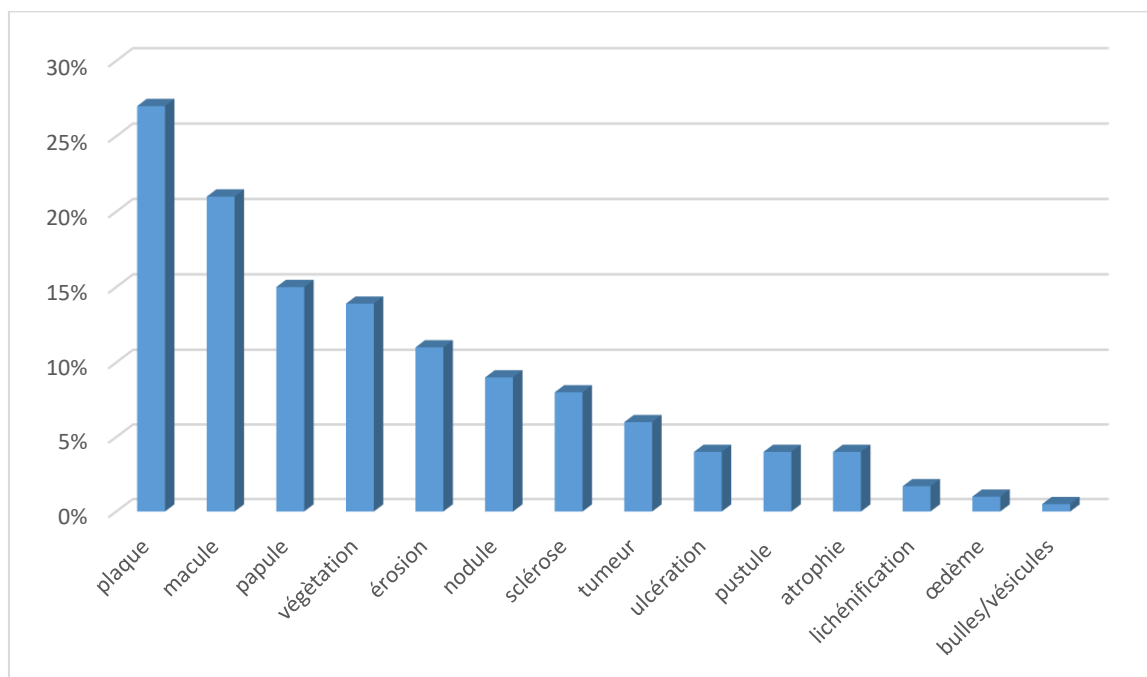


Figure 3 : Type de lésions retrouvées dans notre étude

d. Lumière de Wood

L'examen à la lumière de Wood nous a permis de confirmer le diagnostic de tous les cas de vitiligo soit dans 5.8 % des cas

e. La dermoscopie

Dans notre étude 126 lésions ont été examinées par la dermoscopie, soit 73% des cas. La dermoscopie a permis d'orienter le diagnostic positif dans 50% des cas, d'orienter les sites de biopsies dans 23% des cas et de faire le suivi des malades dans 18% des cas.

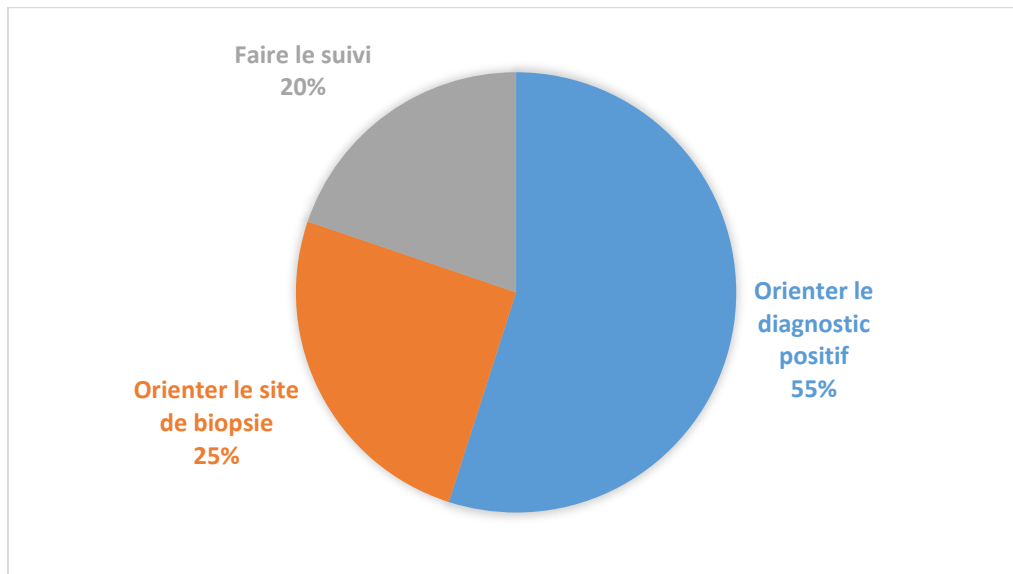


Figure 4 : Apport de la dermoscopie dans notre étude

f. Bilan paraclinique :

Pour confirmer le diagnostic, certains examens paracliniques étaient demandés, notamment la biopsie cutanée réalisée chez 33 % des malades, les sérologies virales (VIH et Hépatite B) et syphilitique (13.3%), le cytodiagnostics de Tzanck (1.73%) et l'échographie Doppler dans quelques pathologies vasculaires (1.73%).

III. Diagnostic étiologique:

En général :

Les étiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies inflammatoires dans 41 cas soit 23.7% des cas, dont Le lichen scléro-atrophique vulvaire venait en tête de file avec un pourcentage de 10.4 % des cas.

En second lieu, on notait la présence de la pathologie tumorale dans 35 cas soit 20.23% des cas, avec 11 tumeurs malignes (6.35%) et 24 tumeurs bénignes (13.9%) suivies des pathologies infectieuses et pigmentaires dans 16.8% et 14,45 % des cas respectivement. L'origine auto-immune était notée dans 10.4 % des cas.

La pathologie vasculaire était plus rare car elle était retrouvée dans 2.9 % des cas. Notre étude incluait aussi des dermatoses diverses dans 11.5 % des cas, à type de papillomatose vestibulaire physiologique (7%), maladie de crohn (1.7%), des cas de toxidermie (1.7%). grains de fordyce (0.6%), radiodermite aigue (0.6%),

En hospitalier, les type de pathologie étaient les DBAI, les toxidermies, les tumeurs malignes qui nécessitaient un bilan d'extension, et certaines pathologies inflammatoires ou infectieuses. Alors qu'en consultation, les troubles pigmentaires, et les pathologies inflammatoires non systémiques, étaient prédominantes. (Tableau 1)

Tableau I : les diagnostics retrouvés dans notre série :

Pathologie	lésions (173) n (%)
*Inflammatoire :	41 (23.7)
– Lichen scléreux	18 (10.40)
– Lichen plan	9 (5.20)
– Psoriasis	8 (4.62)
–Eczéma	5 (2.9)
–Maladie de Verneuil	1 (0.6)
*Tumorale	35 (20.23)
Maligne	11 (6.35)
–Carcinome épidermoïde	4 (2.3)
–Mycosis fongoïde	1 (0.6)
–Maladie de Bowen	4 (2.3)
–VIN différenciée	2 (1.15)
Bénigne	24 (13.9)
–Hidradénome papillifère	3 (1.73)
–Polype endocervical géant	1 (0.6)
–Naevius	15 (8.67)
–Kératose séborrhéique	5 (2.9)
*Infectieuses	29 (16.8)
–Virale	22 (12.7)
–mycosique	3 (1.73)
–Bactérienne	4 (2.3)
*Pigmentaire	25 (14.45)
–Mélanose	15 (8.7)
–Lentigo	10 (5.8)
*Auto-immunes :	18 (10.40)
–Vitiligo	10 (5.8)
– DBAI	5 (2.9)
– Behçet	3 (1.73)
*Vasculaire	5 (2.9)
*Autres	20 (11.5)

Cas particulier : chez l'enfant :

Un total de 16 enfants de sexe féminin avait une dermatose qui touchait l'appareil génital, leur âge moyen était de 7ans et 6 mois avec des extrêmes allant de 3 mois à 15 ans. Les dermatoses génitales retrouvées chez les enfants (figure 3) étaient dominées par la pathologie inflammatoire, notamment en premier le lichen scléro-atrophique vulvaire dans 5 cas soit 31.25 % des cas, suivie du psoriasis dans 12.5%.

La pathologie infectieuse a été retrouvé dans 31.25 des cas, la pathologie vasculaire dans 18.75% des cas, et un cas de tumeur bénigne à type de « Deep Penetrating Nevus »

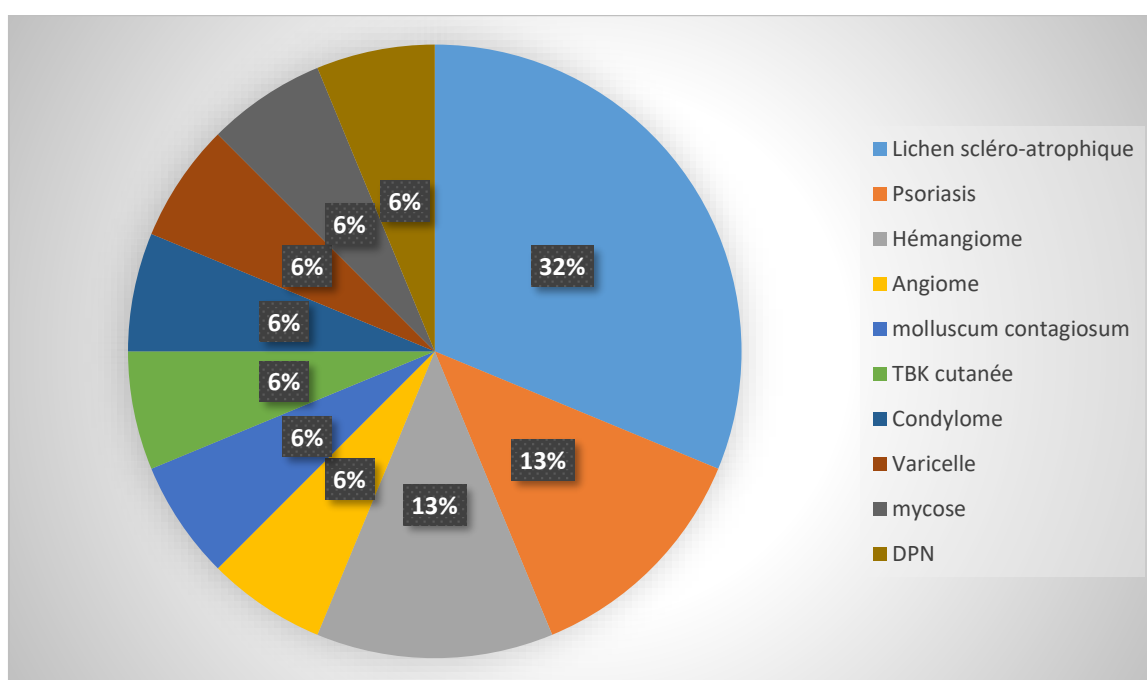


Figure 5: Répartition des dermatoses chez les enfants

a. Pathologie inflammatoire :

Notre étude nous a permis de colliger 41 cas de lésions génitales d'origine inflammatoire. Ces patientes avaient un âge moyen de 35 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 9 ans à 75 ans, La durée moyenne des plaintes était de 13 mois. Cette atteinte génitale était le motif de consultation initiale chez toutes ces malades, sauf une seule patiente qui était suivie pour une pemphigoïde bulleuse et chez qui un lichen plan érosif vulvaire a été découvert fortuitement lors d'un examen systémique. Ces dermatoses inflammatoires étaient variées, elles étaient dominées par le lichen scléreux chez 18 cas suivies par le lichen plan chez 9 cas, le psoriasis dans 8 cas, l'eczéma chez 5 cas, et en dernier, un cas de maladie de Verneuil (figure 4).

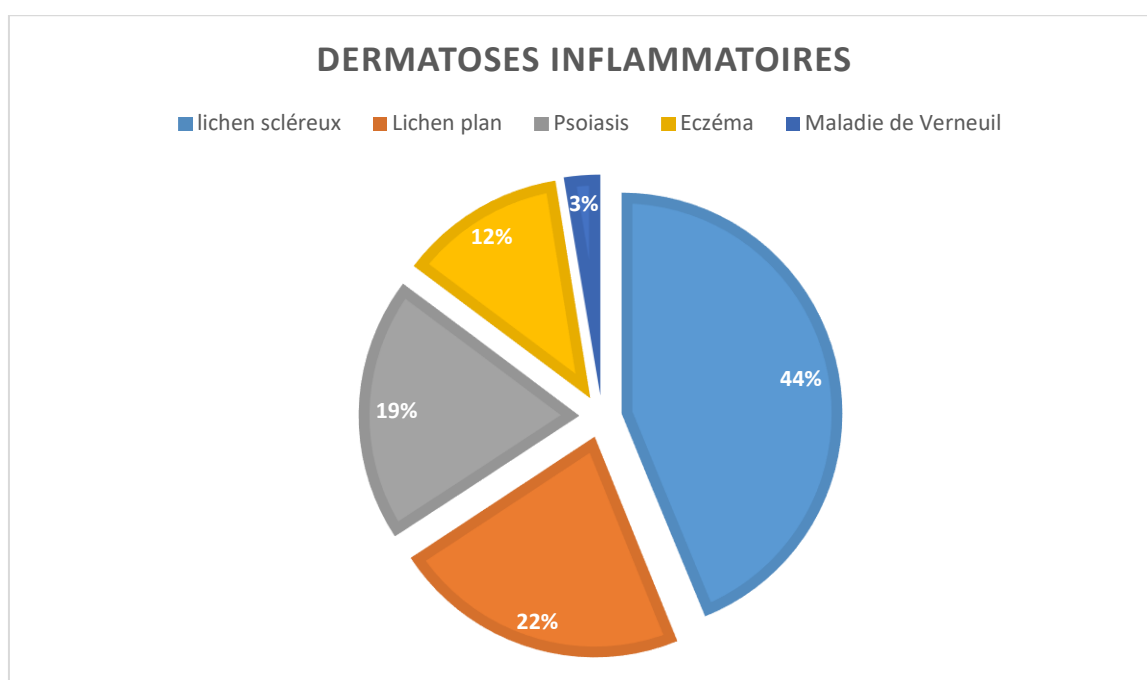


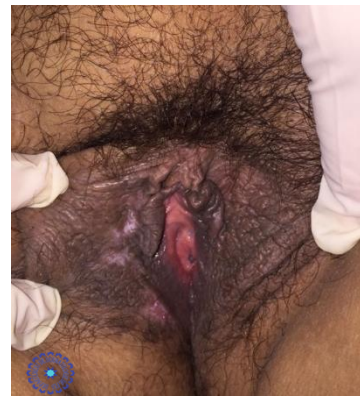
Figure 6 : répartition des différentes dermatoses inflammatoires



Psoriasis génital



Eczéma



Lichen plan érosif



Lichen scléreux chez l'enfant
stade de début



Lichen scléreux au stade
œdémateux



Lichen scléreux avec début
d'effacement des petites lèvres qui
sont légèrement œdématisées sans
atteinte du clitoris



Lichen scléreux chez l'adulte
stade évolutif d'effacement
des petites lèvres avec
encapuchonnèment du clitoris



Maladie de Verneuil

b. Pathologie tumorale :

Les lésions tumorales au niveau des génital étaient au nombre de 35. L'âge moyen des patients variait de 15 ans à 84 ans avec une moyenne de 44 ans. Les malades n'avaient consulté qu'après un délai moyen de 30 mois. Ces pathologies tumorales étaient représentées par 24 tumeurs bénignes (15 Naevius, 5 kératoses séborrhéiques, 3 Hidradénomes papillifères, 1 polype endocervical géant,) et 11 tumeurs malignes (4 Bowens vulvaires, 3 VINs différenciées, 3 carcinomes épidermoïdes, 1 mycosis fongoïde)



Carcinome épidermoïde vulvaire



Maladie de Bowen vulvaire



Hidradénome papillifère vulvaire



Neavus Vulvaire « DPN »

c. Pathologie infectieuse :

Cette étude a permis de colliger 29 cas de lésions génitales d'origine infectieuse. L'âge moyen de survenue était de 25 ans avec des extrêmes allant de 6 mois à 75 ans. La durée d'évolution était en moyenne courte. La plupart des malades étaient issus d'un niveau socio-économique bas avec un pourcentage de 70% des cas. Les malades étaient mariées dans 75% des cas avec une vie sexuelle active et les 25% restantes étaient célibataires.

Une malade avait une sérologie HIV positive et 2 autres avaient une sérologie syphilitique positive. L'infection virale était prédominante car retrouvée chez 22 patientes. Parmi ces causes virales l'infection par HPV était retrouvée dans 15 cas soit 68%, D'autres infections virales telles que les infections à VZV (2cas), HSV (2cas), poxvirus (2cas) et EBV (1 cas) et ont été aussi retrouvées

Les infections bactériennes occupaient la seconde place dans les causes infectieuses car étaient retrouvées chez 4 patientes. L'étiologie mycosique était retrouvée 3 patientes.

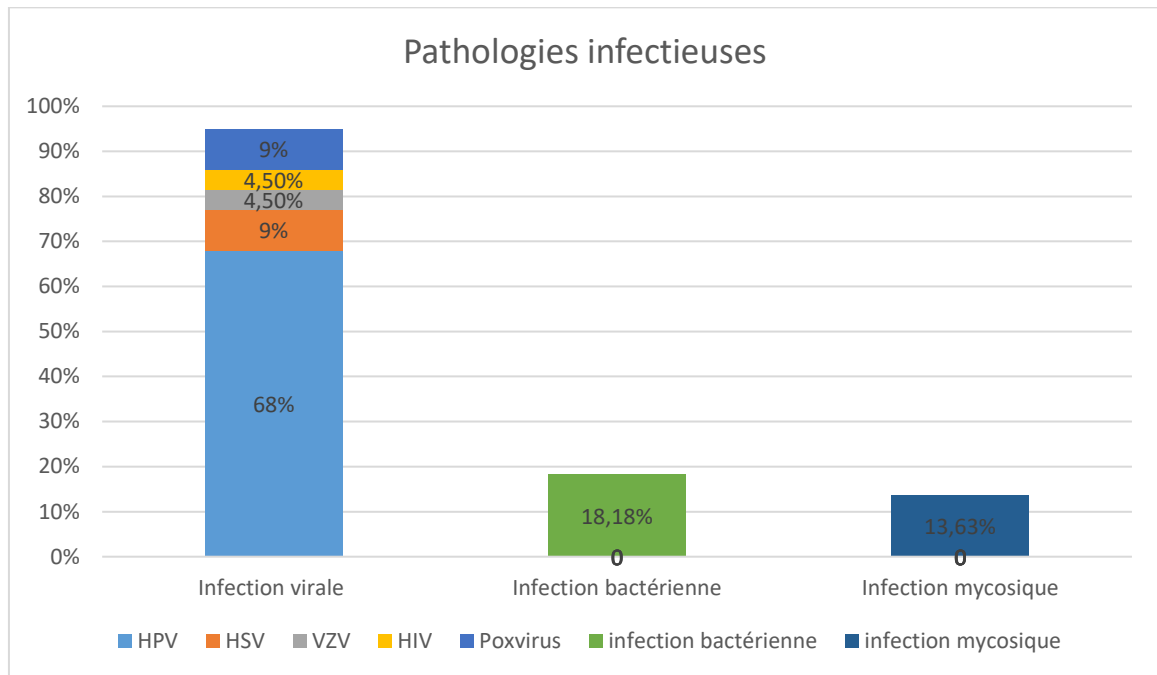


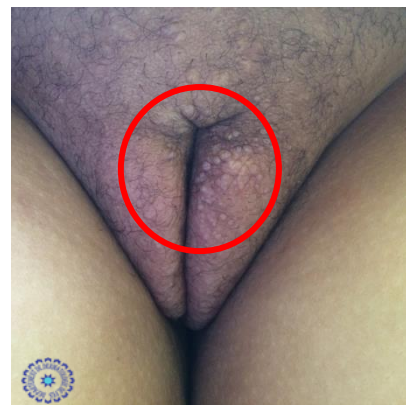
Figure 7 : Les dermatoses infectieuses retrouvées dans notre série



Condylomes génitaux



Herpès génital



Molluscum contagiosum



Erysipèle vulvaire



Dermatophytie génitale



Ulcère de Lipsutz

d. Pathologies pigmentaires (Hyperpigmentation vulvaire) :

On en a colligé 25 cas, les étiologies étaient divisées en deux, les mélanoses vulvaire 15 cas et les lentigos dans 10 cas.

Ces lésion étaient multifocales dans 20% des cas, et étaient souvent non objectivées par les malades et de découverte fortuite à l'examen clinique dans 72% cas.



Mélanose vulvaire



Lentigo génital

e. Les pathologies auto-immunes

Les maladies auto-immunes étaient retrouvées chez 18 malades, d'âge moyen de 37 ans, Le délai moyen de consultation était de 30.4 mois. La biopsie cutanée a permis de confirmer le diagnostic dans 28 % des cas. Les diagnostics retrouvés étaient le vitiligo dans 10 cas (55.5%), les dermatoses bulleuses auto-immunes dans 5 cas (27.77%), et la maladie de Behçet dans 3 cas (16.66%).

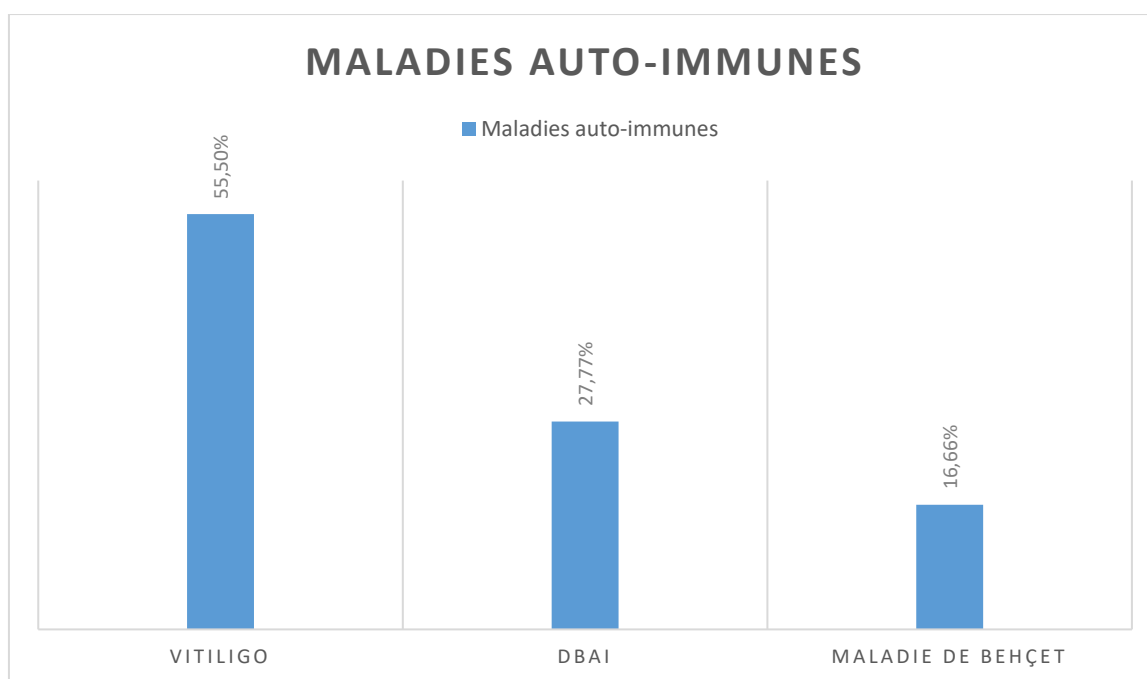


Figure 8 : répartition des maladies auto-immunes dans notre série

○ Vitiligo:

Dix patientes présentaient des lésions de vitiligo génital étaient incluses dans notre étude. L'âge des malades variaient de 3 ans à 63 ans avec une moyenne de 35 ans. 20% de nos malades avaient consulté pour leurs lésions achromiques génitales 60% avaient d'autres lésions sur le corps, et 20% étaient des réactions vitiligineuses découverte fortuitement chez 2 patientes suivies pour mélanome cutané.

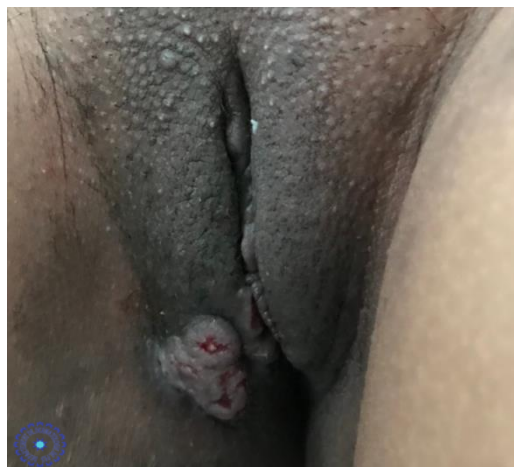
La durée moyenne d'évolution des lésions variait de 2 mois à 60 mois avec un délai moyen de 27 mois. L'examen à la lumière de Wood objectivait une accentuation de contraste et parfois même une révélation des lésions infra cliniques et a permis de retenir le diagnostic positif dans tous les cas.



Vitiligo vulvaire

- Dermatoses bulleuses auto-immunes :

Cinq malades présentaient des dermatoses bulleuses auto-immunes, répartis en 3 cas de pemphigus végétant et 2 cas de pemphigus vulgaire, l'âge moyen de survenue était de 40 ans avec une durée d'évolution de 5 mois. Toutes les patientes avaient bénéficié d'une biopsie cutanée confirmant le diagnostic.



Pemphigus végétant vulvaire

- La maladie de Behçet

La maladie de Behçet était rare dans notre étude avec seulement 3 cas d'âge moyen de 34 ans. Les lésions à type d'aphtes génitaux étaient le motif principal de consultation chez 2 malades.



Aphtoses génitales dans le cadre d'une maladie de Behçet

f. Pathologie vasculaire

La pathologie vasculaire était présente dans notre étude dans 5 cas, avec 3 cas chez l'enfant dont 2 hémangiomes infantiles et un angiome vulvaire, chez la femme adulte on a noté un cas d'angiome hémi-corporel avec atteinte et hypertrophie des structures vulvaires, ainsi qu'un cas de varices vulvaire chez une femme enceinte de 29 SA



Hémangiome de la
grande lèvre



Angiome vulvaire



Varices vulvaires

g. Autres dermatoses génitales :

D'autres dermatoses génitales diverses étaient retrouvées dans notre étude chez les 20 malades restantes, notamment des papillomatoses physiologiques vulvaire dans 13 cas (7%), des localisations génitales des toxidermies et des maladies de crohn 3 cas (1.7%) chacun, une radiodermite aigue et des grains de fordyce 1 cas (0.6%) chacun.



Hypertrophie vulvaire dans le cadre de la
maladie de crohn

IV. Caractéristiques dermoscopiques

Les 126 lésions examinées par la dermoscopie dans notre étude sont réparties en mélanoses vulvaires et condylomes génitaux dans 11.9% des cas chacun , pappillomatose physiologique et neavus dans 9.5% des cas chacun, lichen scléreux, ou lentigos dans 7.94% chacun , psoriasis dans 6.35% des cas, 4.76% pour chacun du vitiligo et du lichen plan vulvaire, kératoses séborrhéiques dans 3.97% des cas, maladie de Bowen dans 3.17% des cas , eczéma vulvaire, carcinome épidermoïde vulvaire, d'hidradénome papillifère vulvaire dans 2.38% des cas , molluscum contagiosum génitaux, VIN différenciée , hémangiome infantile vulvaire, angiome , pemphigus végétant dans 1.58% des cas et en dernier 0.8% des cas pour le mycosis fongoïde , polype endocervical géant, varices vulvaires , grains de frodyce

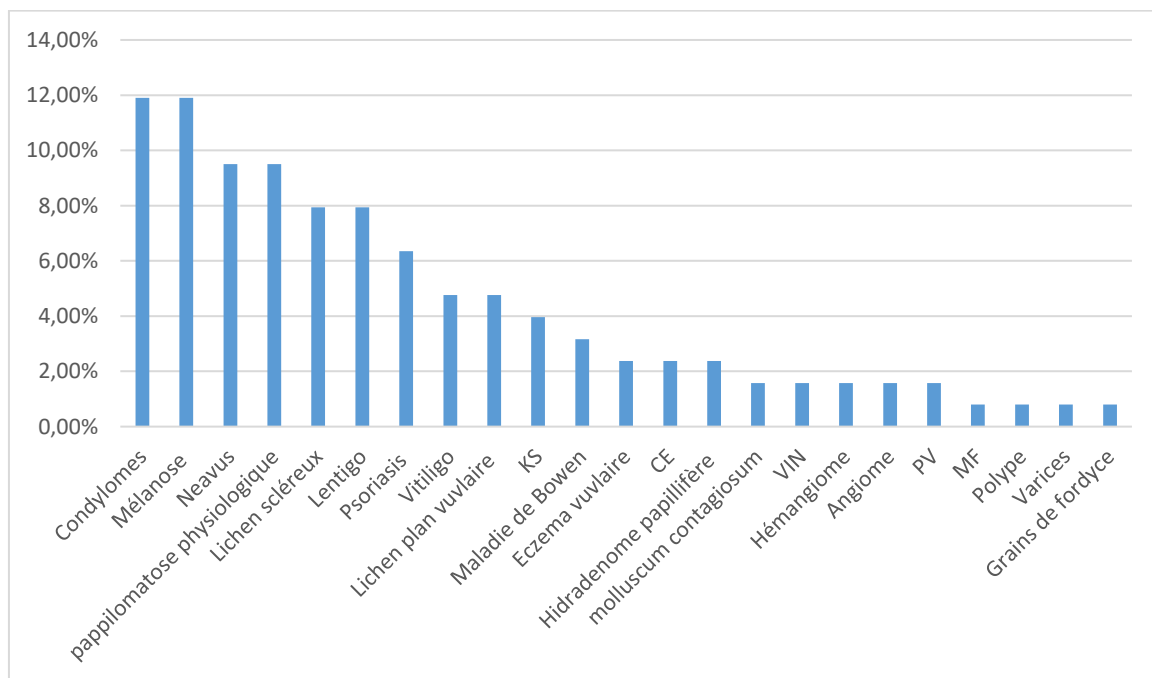


Figure 9 : répartition des lésions examinées par dermoscopie dans notre étude

a. Dermoscopie de la Pathologie Inflammatoire

Dans notre série 27 cas des dermatoses ayant bénéficié d'une dermoscopie était d'étiologie inflammatoire soit 21,4% répartis en 10 cas de lichen scléreux soit 37% des cas, 8 cas de psoriasis soit 29.6%, 6 cas de lichen plan soit 22.22% et 3 cas d'eczéma soit 11.11%

Une histologie a été réalisé dans 10 cas soit 37% des cas.

i. Lichen plan scléreux

Dans notre série, on a pu colliger 18 cas de lichen scléreux vulvaire, dont 10 cas ont été examinés par dermoscopie (55.55%) et 4 cas ont été confirmés histologiquement

En dermoscopie, les lésions du LSV présentait des vaisseaux linéaires dans 80% des cas, des vaisseaux en points chez 2 jeunes filles au stade précoce de la maladie soit dans 20% des cas, ces vaisseaux étaient sans arrangement particulier dans 100% des cas.

Des aires sans structures blanchâtres (80%) à blanc-jaunâtre (20%) à rose-blanchâtre (20%) sur un fond blanchâtre diffus (100%), étaient une caractéristique dermoscopique constante, observable également en cas d'absence de dépigmentation clinique. Des points et globules bruns ont été objectivés dans 30% des cas et des globules et points purpuriques dans 20 % des cas et les squames dans 20% des cas au niveau du versant cutané de la vulve

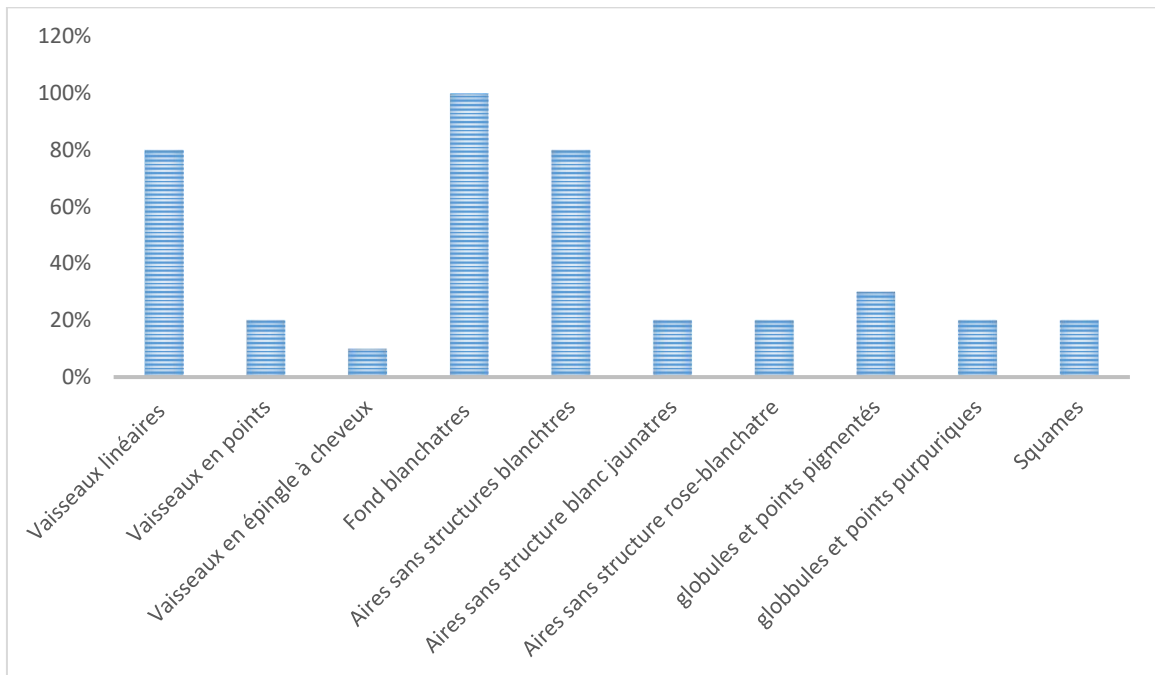
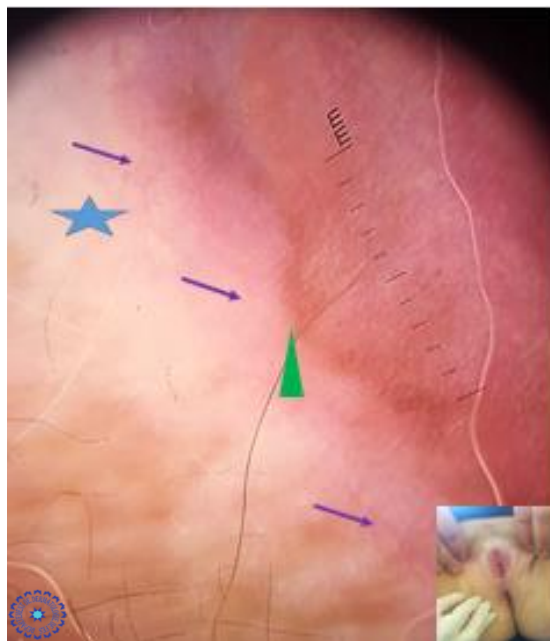


Figure 10: signes dermoscopiques du lichen scléreux chez nos patientes



Dermoscopie du lichen scléreux montrant sur un fond blanchâtre, des aires blanchâtres sans structures (étoile), vaisseaux linéaires à disposition irrégulière (flèches) points bruns (triangle)

ii. Psoriasis génital

Notre étude a permis de colligé 8 cas de psoriasis génital, qui ont tous bénéficié d'une dermoscopie dont 3 ont bénéficié d'une biopsie cutanée avec étude anatomo-pathologique.

La dermoscopie a objectivé chez nos malades, la présence d'un fond érythémateux dans 100 % des cas, une vascularisation en points dans 100% des cas, et la distribution des vaisseaux était homogène dans 100% des cas soit dans les 8 cas colligés.

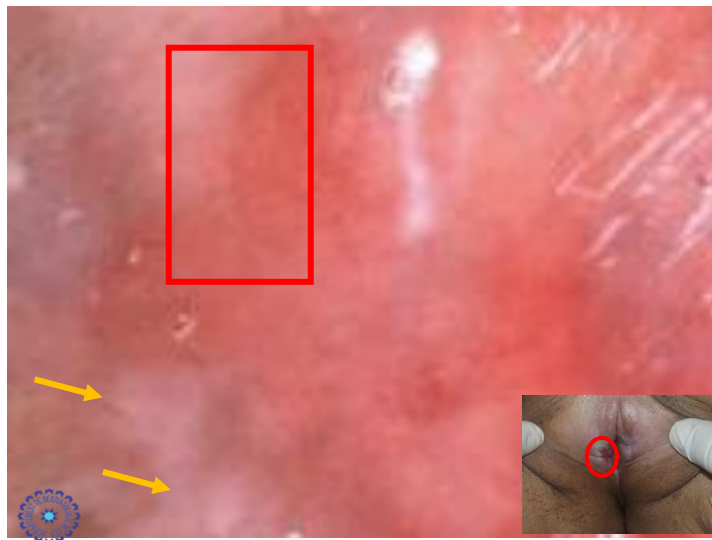


Dermoscopie du psoriasis génital montrant, un fond érythémateux, ainsi que des vaisseaux en points à disposition homogène.

iii. Lichen plan vulvaire

Dans notre série, on a colligé 9 cas de lichen plan vulvaire La dermoscopie a été réalisée dans 6 cas (66.66%) et l'histologie dans 3 cas.

la dermoscopie a objectivé, un fond rouge intense dans 100% des cas, des vaisseaux irréguliers linéaires épais et tortueux dans 100% des cas, y compris des épingles à cheveux (66%), ces vaisseaux étaient disposés de manière diffuse dans 83% des cas, et à disposition parallèle à la périphérie dans 50% des cas, les stries périphériques de Wickham (WS) était objectivé dans 50% des cas.

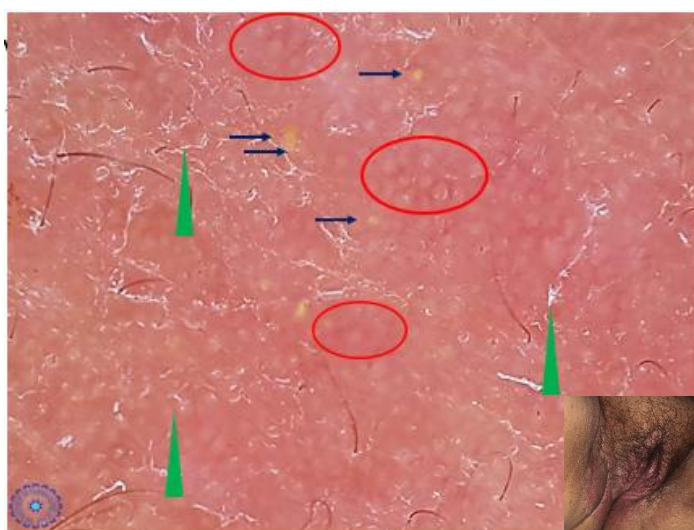


Dermoscopie du lichen plan érosif montrant, un fond rouge intense des vaisseaux linéaires irréguliers (rectangle), stries périphériques de Wickham (flèches).

iv. Eczéma génital

Dans notre étude, on a colligé 5 cas d'eczéma, et la dermoscopie a été réalisée chez 3 d'entre elles soit 60% des cas, aucune malade n'a bénéficié de biopsie cutanée.

Les caractéristiques retrouvées sont un fond légèrement érythémateux dans 100% des cas, des vaisseaux en points à distribution en patchy dans 100% des cas, des squames blanches dans 66% des cas, squames jaunâtres dans 33% des cas, des croutes jaunâtres dans 66% des cas.



Dermoscopie de l'eczéma vulvaire montrant sur un fond légèrement érythémateux, des vaisseaux en points en patchy (cercles), squames blanches (triangles) croutes jaunâtres (flèches).

Tableau 2 : Critères dermoscopiques des pathologies inflammatoires dans notre série

<i>Pathologie</i>	Les aspects dermoscopiques retrouvés	
<i>Inflammatoire</i>	Vasculaires	Non vasculaires
<i>Lichen scléreux</i> <i>10 cas</i>	Polymorphe (linéaire++, et point) Pas d'arrangement spécifique Points, globules	Fond blanchâtre aires sans structure blanchâtres blanc-jaunâtres, rose blanchâtres Points / globules bruns Squames
<i>Psoriasis</i> <i>8 cas</i>	Vaisseaux en points Disposition homogène et régulière	Fond rouge Pas de squames
<i>Lichen plan</i> <i>6 cas</i>	Vaisseaux linéaires épais et irréguliers, y compris les vaisseaux en épingle à cheveux Pas de vaisseaux en points Disposition diffuse tout au long de la lésion Disposition radiale ou parallèle à la périphérie des lésions	Stries de Wickham Fond rouge terne ou intense
<i>Eczéma</i> <i>3 cas</i>	Vaisseaux en points Disposition irrégulière, en patchy	Fond légèrement érythémateux Squames blanches /jaunâtres Croutes jaunâtres

b. Pathologie tumorale

Parmi les 126 lésions examinées dermoscopiquement dans notre série, 31 lésions sont d'origine tumorale (24.6%), dont 10 sont de nature maligne (32%) et 21 lésions de nature bénigne (68%)

On a eu recours à l'histologie dans les 10 lésions tumorales, et 12 lésions bénignes, soit dans 68% des cas

i. Origine maligne

Dix lésions d'origine tumorale maligne ont bénéficié d'un examen dermoscopique dans notre étude, réparties en 4 maladies de Bowen (40%), 3 carcinomes épidermoïdes vulvaires (30 %), 2 VIN (20%) et 1 mycosis fongoïde (10%)

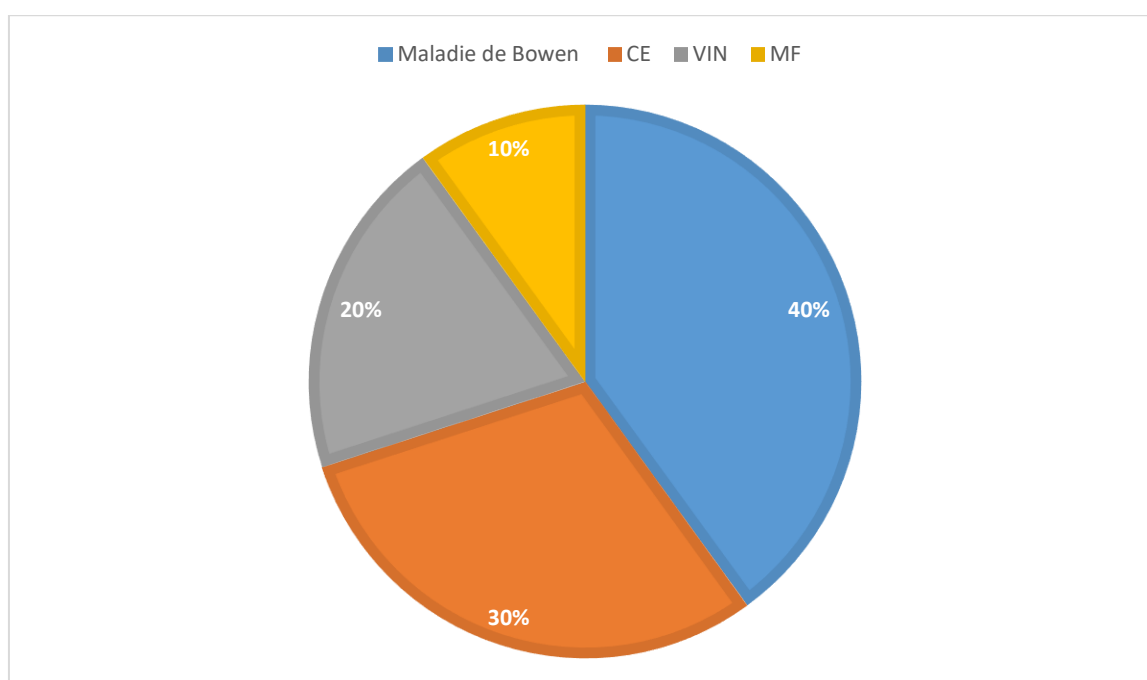
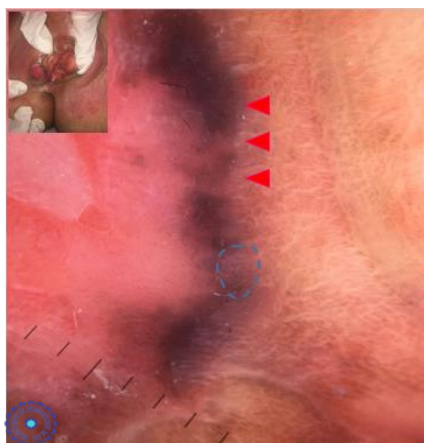
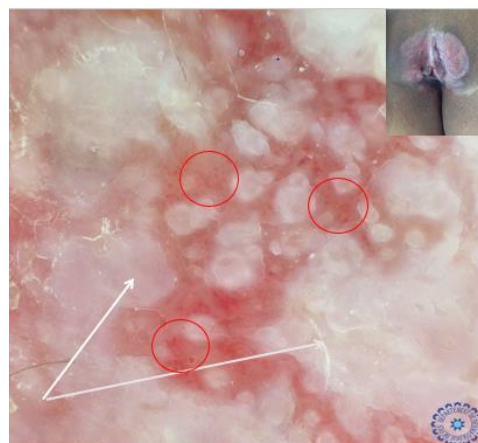


Figure 11 : Lésions tumorales malignes examinées par dermoscopie dans notre étude

- Dans la maladie de Bowen, la dermoscopie a objectivé un fond érythémateux dans 100% des cas, une vascularisation glomérulaire dans 100% des cas, des airs blanchâtres sans structures dans 2/4 cas (50%), aires pigmentées sans structures ainsi que des points et globules brun dans ¼ cas (25%) et un aspect papillomateux dans ¼ des cas (50 %)



Dermoscopie d'une maladie de Bowen vulvaire montrant des aires pigmentées sans structures (triangles rouges), points bruns (cercles)



Dermoscopie d'une maladie de Bowen vulvaire montrant des aires blanches sans structures (flèches)

- Concernant le carcinome épidermoïde, la dermoscopie a objectivé la présence de vaisseaux linéaires irréguliers dans 2/3 des cas (66.66%), en épingle à cheveux dans 2/3 des cas (66.66%) , vaisseaux arboisants dans 1 cas (33.33%), aires blanches sans structures dans 2/3 cas (66.66%) , globules blancs 2/3 cas (66.66%),kératines jaunâtres 1/3cas (33.33%) et des rosettes dans 2/3 des cas (66.66%)

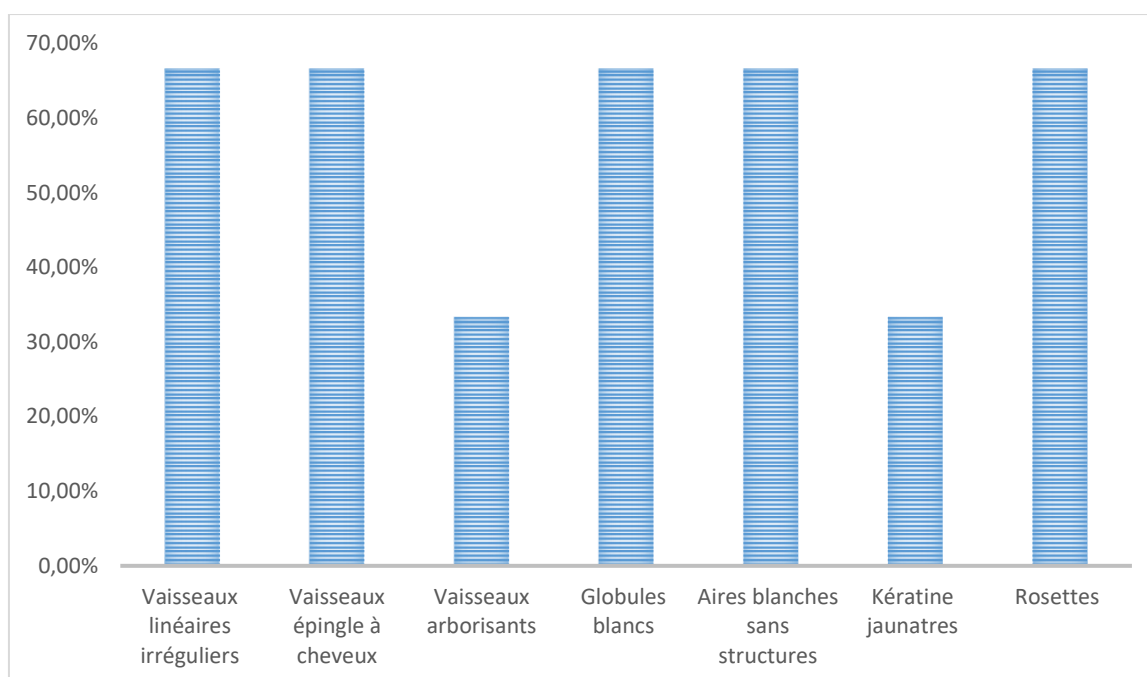
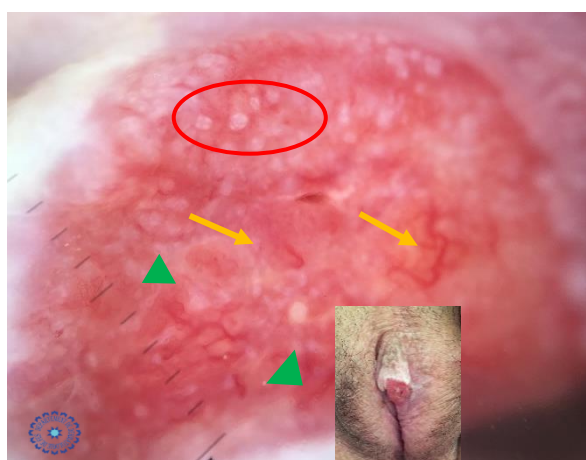


Figure 12 : Signes dermoscopiques du CE épidermoïdes dans notre série



Dermoscopie du Carcinome épidermoïde montrant des vaisseaux arborisants (flèches), globules blancs (triangles), rosettes (cercles)

- La dermoscopie des 2 cas de VIN différenciée a révélé la présence d'un fond blanchâtre uniforme avec des zones rosées, des vaisseaux linéaires courts et des vaisseaux en points



Dermoscopie d'une VIN différenciée montrant un fond blanchâtre uniforme avec des zones rosées, des vaisseaux en point (cercles) et des vaisseaux linéaires courts (triangles).

- Concernant le seul cas de mycosis fongoïde recensé dans notre série, sa dermoscopie a révélé la présence d'aires jaunes-orangées disposées en patchy, des vaisseaux spermatozoïdes -like ainsi que des vaisseaux en points en patchy, et des globules purpurique.



Dermoscopie d'un mycosis fongoïde vulvaire montrant des aires jaunes orangées disposées en patchy, des globules purpuriques (triangles), des vaisseaux spermatozoïdes-like (flèches), des vaisseaux en points en patchy (cercles).

ii. Origine bénigne

Les Vingt et une lésions tumorales bénignes été examinées dermoscopiquement sont 12 neavus (57%), 5 kératoses séborrhéiques (23.8%), 3 hidradénomes papillifères (14.28%) et 1 polype endocervicale géant (4.8%)

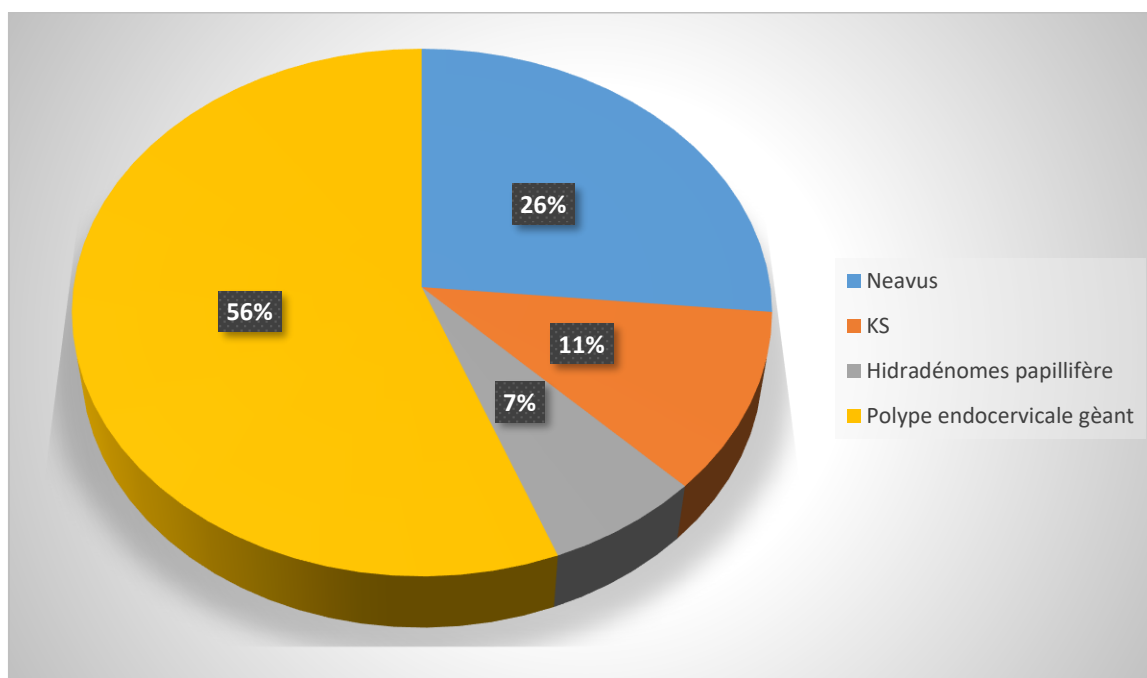


Figure 13 : Lésions tumorales bénignes examinées par dermoscopie dans notre étude

- La dermoscopie des neavus a objectivé dans notre série un patron globulaire dans 7 cas (58%), un patron bleu homogène dans 2 cas (17%), patron composé dans 3 cas (25%), et un voile bleu blanc dans 1 cas (8.33%).



Image dermoscopique d'un neavus vulvaire montrant un patron bleu homogène avec un voile bleu-blanc

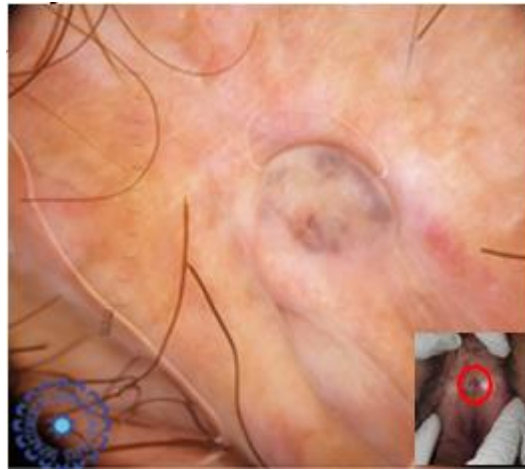
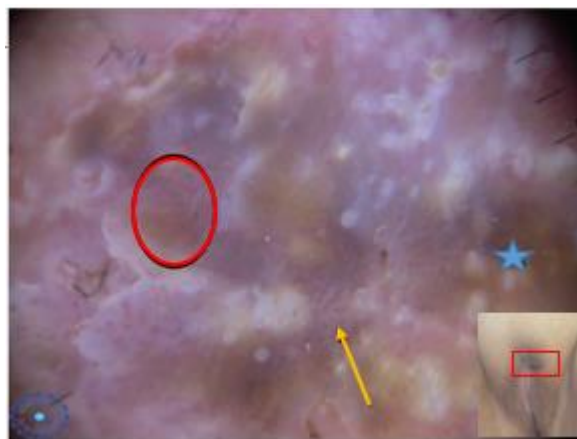


Image dermoscopique d'un neavus vulvaire montrant un patron globulaire

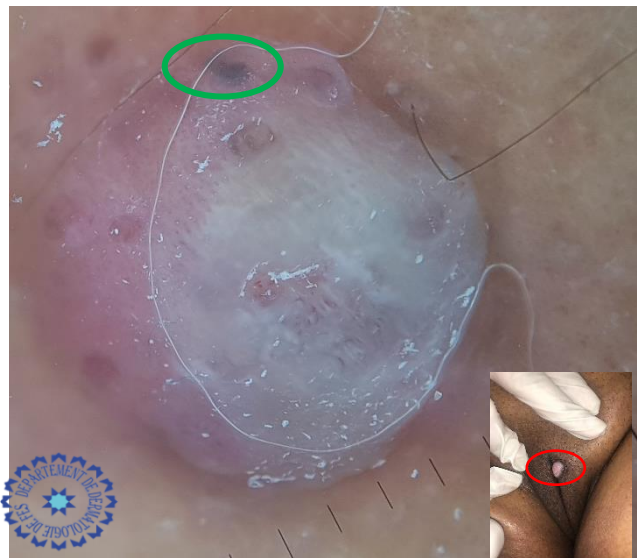
- La dermoscopie des kératoses séborrhéiques des peaux vulvaires pileuses, a montré dans tous les cas une bonne délimitation périphérique ainsi que des pseudo-kyste cornés, un aspect digitiforme dans 3/5 cas (60%), et des vaisseaux linéaires irréguliers dans 2/5 cas (40%).



Dermoscopie d'une kératose séborrhéique de la grande lèvre montrant un aspect digitiformes (flèche), pseudo-kystes cornés (étoile) et des vaisseaux linéaires tortueux (cercle).

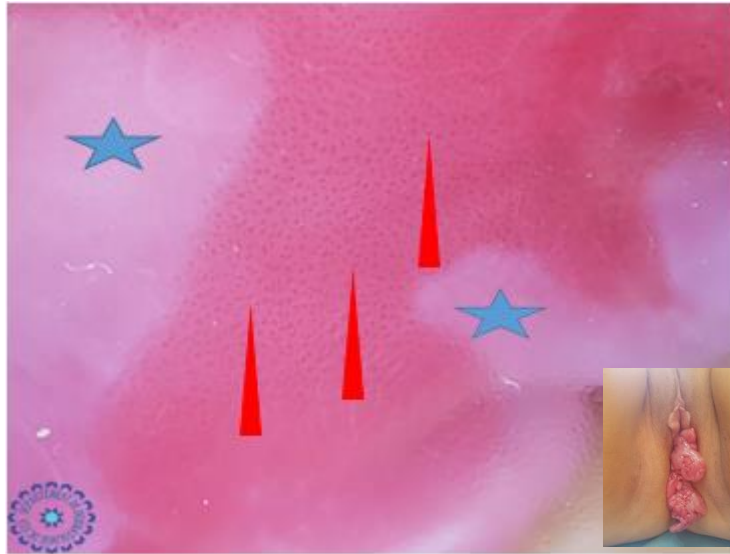
- Trois cas d'hidradénome papillaire ont été colligés dans notre série, et ont tous les trois bénéficié d'une dermoscopie, objectivant des aires homogènes rosâtres diffuses ainsi que des structures blanchâtres dans les 3 cas, ces dernières étaient isolées dans 1 cas, associées à des vaisseaux linéaires irréguliers dans 1 cas, et à des vaisseaux en épingle à cheveux et en points ainsi que des globules bleus dans le troisième cas.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'hidradénome papillaire dans les 3 cas.



Dermoscopie d'un hidradénome papillifère vulvaire montrant une aire homogène rosâtre, des structures blanchâtres parallèles (crysallides), des vaisseaux en épingle à cheveux, des vaisseaux en points, et un globule bleu (cercle vert)

- La dermoscopie d'un polype endocervical géant retrouvé dans notre série a objectivé un fond érythémateux, avec des zones blanches sans structures en patchy et une vascularisation en points diffuse et homogène.



Dermoscopie d'un polype endocervical géant montrant un fond érythémateux, des aires blanches sans structures (étoiles) et des vaisseaux en points (triangles)

c. Pathologie infectieuse

Dans notre série, on a réalisé une dermoscopie pour 17 lésions d'origine infectieuse, toutes les lésions étaient d'étiologie virale, dominées par 15 cas de condylomes génitaux soit 88% des cas et 2 cas de molluscum contagiosum génitaux dans 12% des cas.

- La dermoscopie des condylomes génitaux dans notre série a révélé des aspects et des structures vasculaires distinctifs.

Ainsi dans notre série, on a objectivé 8 aspects Fingerlike (53.33%), 4 aspects en mosaïque (26.66%) et 3 aspects « Knoblike » (20%)

Pour la vascularisation, plusieurs types de vaisseaux ont été retrouvés, dominés par les vaisseaux glomérulaires dans 46 % des cas, suivies des vaisseaux en épingles

à cheveux dans 33.33 % des cas, les vaisseaux en points dans 12.5% des cas, et dans 8.33% des cas, on n'a pas noté de vascularisation particulière.

Autres signes dermoscopiques ont été aussi retrouvés comme l'hyperkératose et la pigmentation dans 40% des cas chacune.

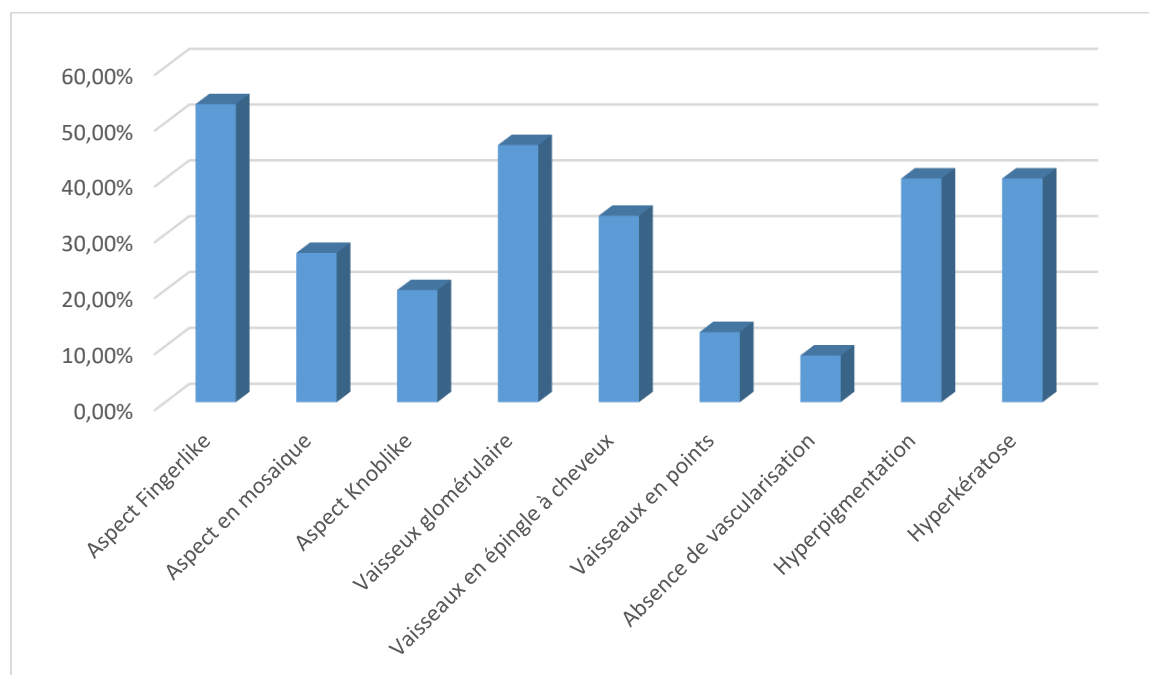
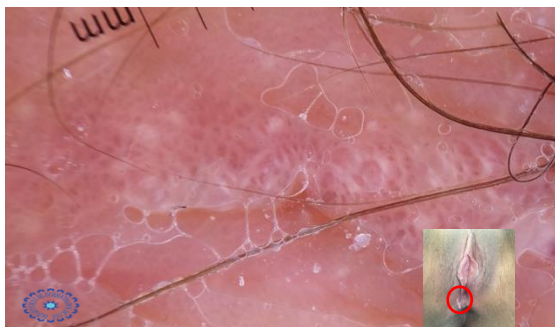


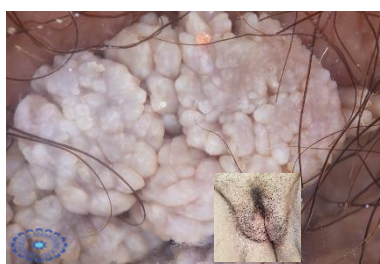
Figure 14 : Signes dermoscopiques des condylomes génitaux retrouvés dans notre série



Aspect en mosaïque avec une vascularisation glomérulaire

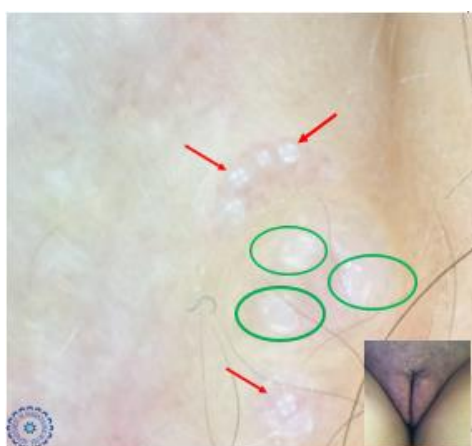


Aspect en fingerlike avec des vaisseaux en épingle à cheveux (triangles)



Aspect en Knoblike

- Deux cas de molluscum contagiosum génitaux ont été colligés dans notre série et tous les deux ont bénéficié d'un examen dermoscopique objectivant des zones centrales amorphes, zones amorphes polylobées, érosions centrales, vaisseaux en couronne, et des rosettes.



Zone blanche amorphe polylobée (cercle)
rosettes (flèches)



Erosion centrale avec vascularisation en couronne

d. Pathologie pigmentaires :

Dans notre série, toutes les 25 lésions pigmentées maculaires ont été examinées dermoscopiquement, répartis en 15 cas de mélanose et 10 lentigo.

L'histologie a permis de confirmer le diagnostic dans 7 cas soit 28% des cas

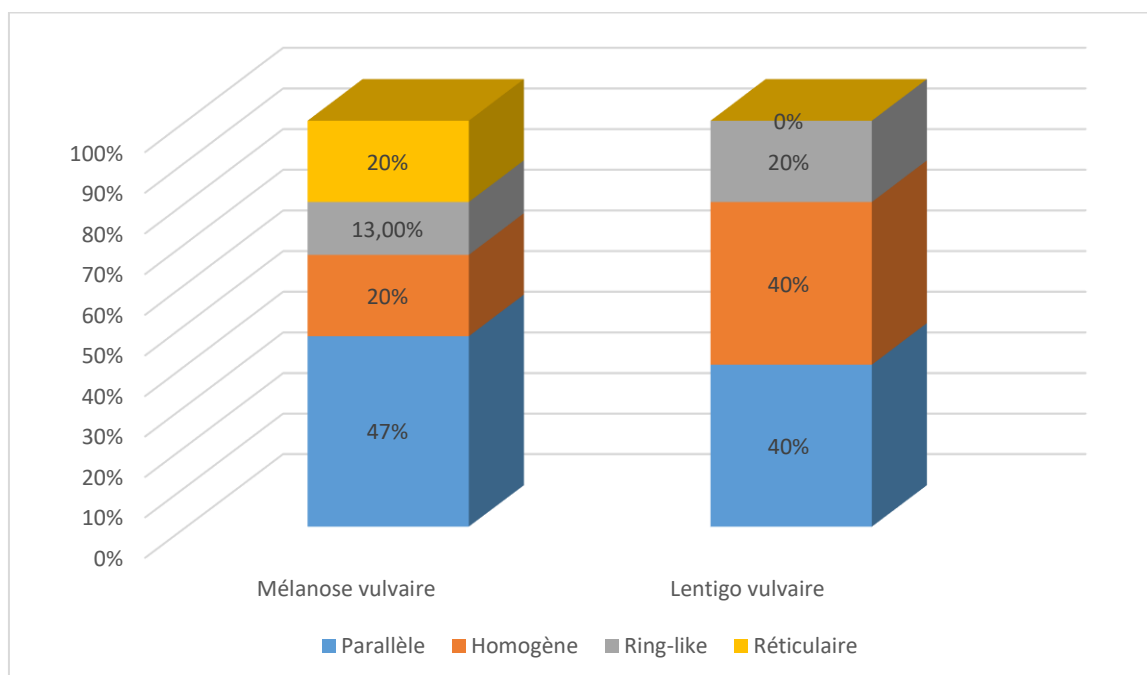
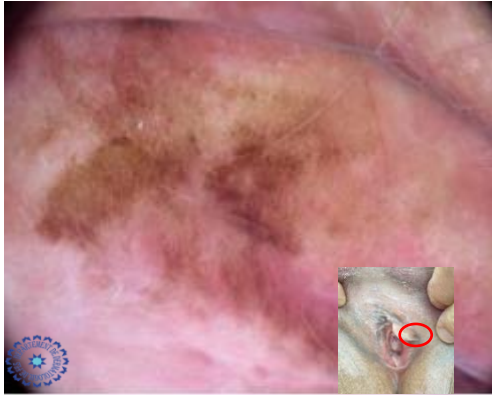


Figure 15 : répartition des patrons dermoscopiques objectivés dans les lésions génitales pigmentées dans notre série



Dermoscopie d'une mélanose vulvaire montrant un patron parallèle



Dermoscopie d'un lentigo vulvaire montrant un patron parallèle



Dermoscopie d'une mélanose vulvaire montrant un patron réticulaire



Dermoscopie d'un lentigo montrant un aspect homogène

e. Pathologie auto-immune :

Huit patientes parmi les 18 présentant une pathologie auto-immune ont bénéficié d'une dermoscopie dans notre étude réparties en 6 cas de vitiligo et 2 cas de pemphigus végétant

Le diagnostic de vitiligo a été confirmé par examen à la lumière de Wood dans tous les cas, et l'histologie a été réalisée chez les 2 cas de pemphigus végétant

- La dermoscopie des 6 cas de vitiligo examinés a objectivé la présence d'aires blanches sans structures dans 100% des cas ,une leucotrichie dans 83.33%, une dépigmentation péri-pilaire dans 46.66% et une pigmentation péri-pilaire dans 33.33%, des limites floues dans 66.66% des cas, une bonne démarcation dans 33.33% des cas ,un érythème péri-lésionnel dans 50% des cas, des lésions satellites dans 33.33% des cas et l'apparence Topiaca sago (globules blancs folliculaires) dans 33.33%

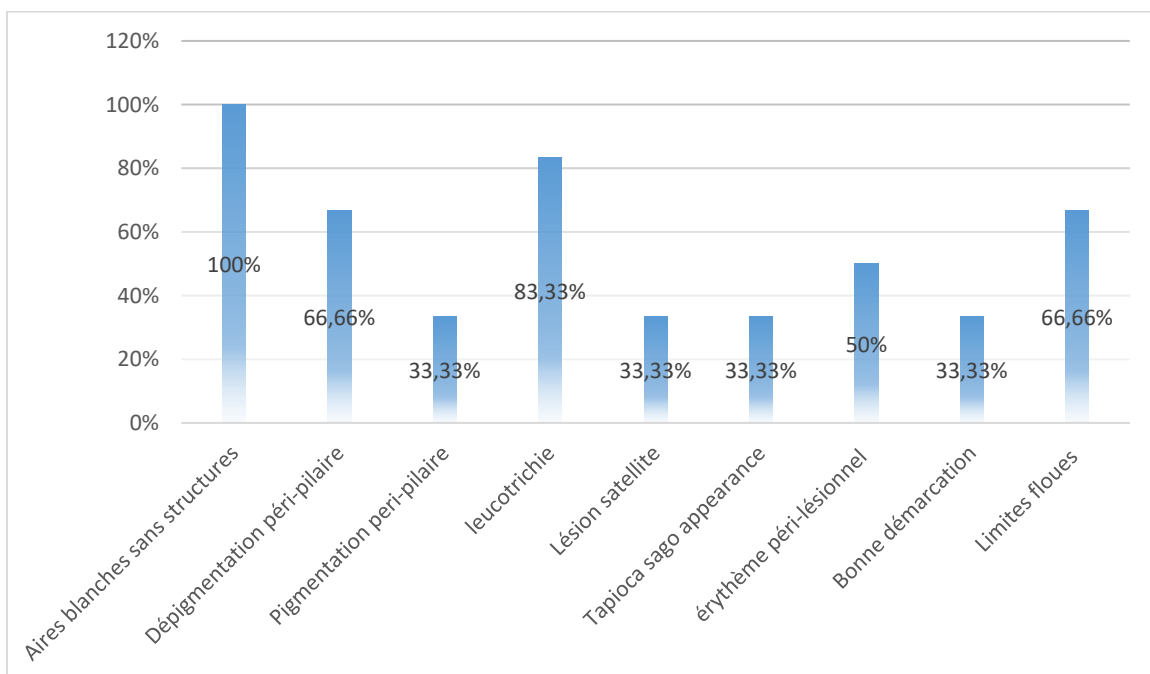


Figure 16 : Signes dermoscopiques du vitiligo retrouvés dans notre série

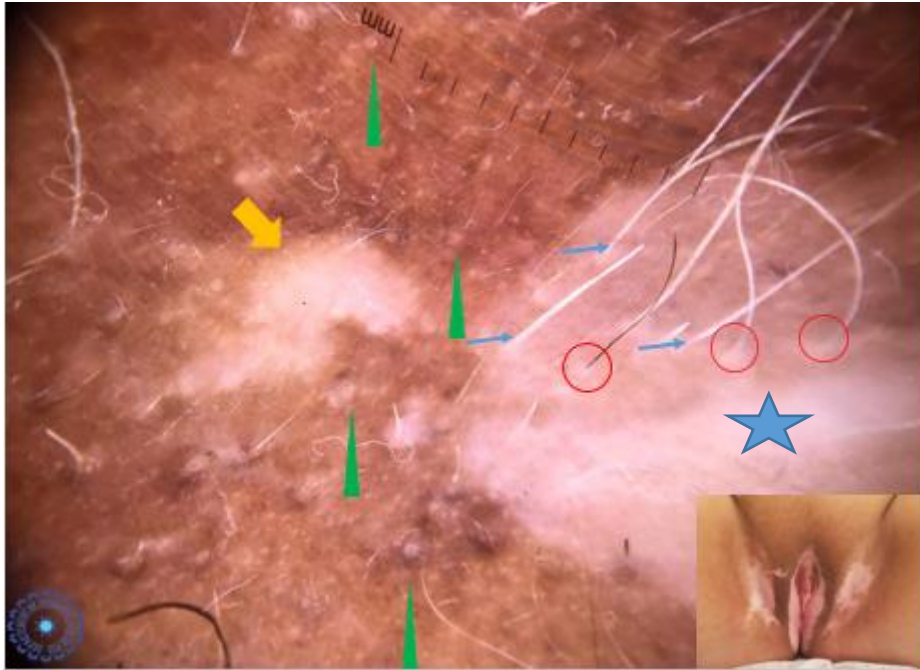


Image dermoscopique montrant une aire blanche sans structure (étoile)
une lésion satellite (flèche jaune) leucotrichie (flèche bleue)
dépigmentation péri-pilaire (cercle), globules blancs folliculaires
« Tapioca sago appearance » (triangle)

- Deux cas de pemphigus végétant ont été examinés dermoscopiquement dans notre étude, les signes retrouvés dans le premier cas sont la présence de nodule végétant centrés par une érosion centrale entourée de lignes blanches brillantes à disposition radiaire, et des globules blancs, et dans le deuxième cas on a objectivé la présence d'un fond blanchâtre, avec des rosettes diffuses et des vaisseaux linéaires irréguliers par endroit

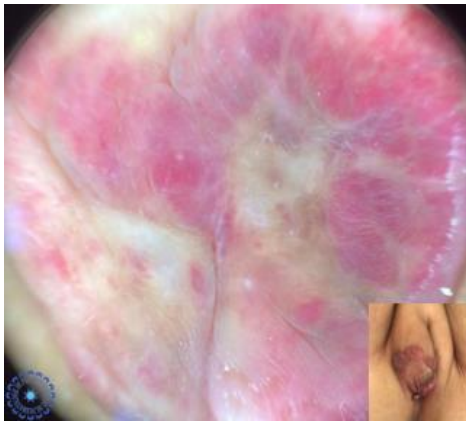


Dermoscopie du premier cas de pemphigus végétant montrant présence de nodule végétant centrés par une érosion centrale (étoile) entourée de lignes blanches brillantes à disposition radiaire (flèches), et des globules blancs(triangle)

f. Pathologie vasculaire

Toutes les dermatoses génitales vasculaires colligées dans notre étude ont bénéficié de dermoscopie soit 5 cas, répartis en hémangiome infantiles, 2 angiomes vulvaires, et 1 cas de varices vulvaires

La dermoscopie des hémangiome a montré des lagunes vasculaires et des septas fibreux, celle des angiomes a montré un fond érythémateux avec des vaisseaux télangiectasiques et arborisants, et la dermoscopie des varices vulvaires a montré des lagunes vasculaires et des lac bleu-rouge.



Dermoscopie d'un hémangiome vulvaire montrant des lagunes vasculaires séparées par des septas fibreux



Dermoscopie d'un angiome vulvaire montrant un fond érythémateux avec des vaisseaux télangiectasiques et arborisants



Dermoscopie des varices vulvaires montrant des lagunes vasculaires ainsi que des lac bleuâtres.

g. Autres

Dans notre série 12 cas de papillomatose physiologique vulvaire ont été examinés dermoscopiquement permettant alors de retenir ce diagnostic, les aspects dermoscopiques sont énumérés dans le tableau 3 et ont été retrouvés dans tous les cas

Tableau 3 : Caractéristiques dermoscopiques des papillomatoses physiologiques retrouvées dans notre série

Critères dermoscopiques	Papillomatose physiologique
Distribution	Symétrique, linéaire, régulière
couleur	Rose, ressemble à la muqueuse adjacente
Extrémité	Arrondie, cylindrique
Base	bases respectives séparées
Vascularisation	canaux vasculaires irréguliers au niveau des papilles



Image dermoscopique de papillomatose physiologique vulvaire montrant des petites papilles à extrémités arrondies bases séparées, ayant la même couleur de la muqueuse sous-jacente avec une vascularisation linéaire irrégulière en leurs centres

La dermoscopie du seul cas de grains de fordyce de notre série a montré des globules jaunâtres bien définis avec un matériel ovoïde blanc laiteux au centre, légèrement transparent

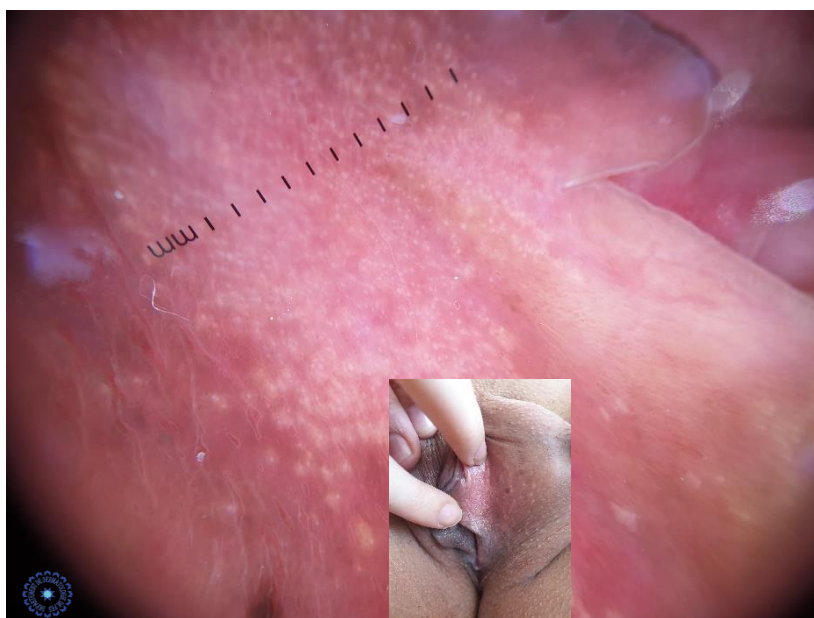


Image dermoscopique de grains de fordyce vulvaire

V. Traitement :

Sur la totalité des patientes vues, 108 ont été traitées. Une abstention thérapeutique a été préconisée et décidée conjointement avec les patientes présentant des pathologies pigmentaires, des variations physiologiques comme les papillomatoses physiologiques et les grains de Fordyce, des tumeurs bénignes à type de névus et de kératoses séborrhéiques, et deux patientes avec un vitiligo.

Pour le reste des malades, les traitements étaient instaurés en fonction de l'étiologie :

- Pathologie inflammatoire : le traitement était basé essentiellement sur les dermocorticoïdes
- Pathologie tumorale : 48% de nos malades ont bénéficié d'une chirurgie dont une 2 étaient déjà traitées par PDT 48% ont préféré une abstention thérapeutique et pour la malade atteinte de mycosis fongique, elle a été mise sous dermocorticoïdes.
- Pathologie infectieuse: toutes nos malades atteintes de condylomes génitaux étaient mises sous acide trichloracétique, les 2 patientes atteintes d'herpes étaient traitées par de l'acyclovir, les antimycosiques pour les lésions d'origine mycosique, et les antibiotiques pour les 3 cas d'érysipèle avec traitement des portes d'entrées
- Pathologie auto-immune: la colchicine pour la maladie de Behçet, les traitements immunosuppresseurs pour les pemphigus, et les dermocorticoïdes pour les patientes présentant un vitiligo génital et demandeuses de traitement.

- Pathologie vasculaire : une abstention thérapeutique a été préconisée pour les cas d'angiomes, les nourrissons présentant des hémangiomes était mise sous B-bloquants et pour la patiente avec des varices, nous lui avons conseillé d'éviter la position accroupie et debout prolongées, et la contrôler à distance après son accouchement.
- Autres : un arrêt des traitements inducteurs avec une déclaration à la pharmacovigilance a été entretenu pour les patientes présentant des toxidermies, avec leur mise sous émollients et dermocorticoïdes. Et pour les patientes avec maladies de crohn un traitement par dermocorticoïde conjointement avec le traitement de leur atteinte intestinale a été préconisé.

VI. Evolution :

Après un recul d'au moins 3 mois, la plupart des dermatoses retrouvées dans notre série avaient un pronostic favorable.

- Pathologie inflammatoire : Toutes nos patientes avaient une bonne réponse thérapeutique, avec soit amélioration complète (psoriasis, eczéma) soit atténuation de symptômes
- Pathologie tumorale : on a noté une récurrence clinique chez notre malade présentant une maladie de Bowen et ayant été traitée par PDT, la patiente fut alors adressée en gynécologie pour prise en charge chirurgicale. Pour le reste des malades opérées aucune n'a présentée de récurrence, on n'a pas encore de recul des 2 patientes avec des VIN différenciées, ni la patiente avec un MF
- Pathologie infectieuse : toutes nos malades ont présenté une amélioration après 3 mois de traitement, à l'exception de la petite fille avec des molluscums contagiosums qui a été perdue de vue, et on a noté un décès chez la jeune patiente avec une primo-infection VIH.
- Pathologie auto-immune : toutes les patientes avec un recul de 3 mois ou plus ont présenté une amélioration
- Pathologie vasculaire : une nette amélioration a été objectivée chez toutes nos malades traitées
- Autres : toutes les patientes traitées ont présenté une amélioration complète de leurs pathologies.

DISCUSSION

Les dermatoses vulvaires ne sont malheureusement pas une priorité dans aucune des initiatives de santé des femmes. Ces maladies passent par les mailles de la formation médicale à tous les niveaux et dans toutes les spécialités. Les femmes elles-mêmes ont peu ou pas d'éducation génitale(4).

En raison de ces facteurs, les femmes souffrent de symptômes non diagnostiqués, en particulier les femmes sexuellement actives qui considèrent que leurs symptômes sont dus à une maladie sexuellement transmissible.

Les dermatoses vulvaires peuvent se présenter de plusieurs façons, allant d'asymptomatiques à des pathologies chroniques et peuvent gravement affecter la qualité de vie de la femme. La nature multifactorielle des symptômes et l'expression physique similaire de ces maladies sur la vulve compliquent l'évaluation et la gestion des dermatoses génitales (5).

De ce fait nous avons décidé de mener notre étude, afin de connaître le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des dermatoses génitales de nos malades, mais aussi de nous familiariser avec le dermoscopie de la muqueuse génitale, qui est souvent non réalisée, ou difficilement interprétée par les dermatologues, pour mieux la maîtriser et pourquoi pas décrire de nouveaux aspects dermoscopiques pour certaines pathologies.

I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes

1. L'âge :

L'analyse des résultats de notre série montrait la survenue de dermatoses génitales chez toutes les tranches d'âge y compris les nourrissons avec une prédominance chez la population la plus sexuellement active autour de 30 à 60 ans

Des résultats similaires ont été retrouvés dans deux études réalisées en Inde (4) (9) à propos de 75 et 355 malades respectivement.

2. Etat matrimonial :

Les mariées étaient les plus exposées avec un pourcentage de 63.4% comme pour la série indienne (9) ou 80% des patientes étaient mariées

3. Motif de consultation

Le prurit était le motif plus fréquent dans notre série car il est retrouvé dans 40% des cas, suivi par la douleur dans 20% des cas, et 20% des patientes étaient asymptomatiques ce qui rejoint la littérature (4) avec un pourcentage de 60 % pour le prurit suivi les lésions cutanées asymptomatiques dans 22.85% des cas et la douleur dans 11.42% des cas

4. Délais moyen de consultation :

Le retard diagnostic avec un délai de consultation allant jusqu'à 24 mois peut être expliqué par le bas niveau socioculturel de la plupart des patients (69%) qui ne consultent pas devant la gêne essentiellement modérée de certaines pathologies ainsi que La pudeur des femmes âgées qui les conduisent à repousser le moment de se faire examiner et alors le recours fréquent à l'automédication et aux traitements traditionnels.

Ce délai prolongé a été aussi retrouvé dans la littérature, notamment dans une série indienne (4) ou la durée d'évolution des symptômes était arrivée jusqu'à 8 ans.

5. Le siège et le type des lésions :

La localisation des dermatoses génitales chez les femmes prédomine au niveau des grandes lèvres (40.5%) suivies des petites lèvres (29.5%) dans notre série ce qui rejoint l'étude indienne (20) à propos de 120 patients avec un pourcentage de 92% au niveau des grandes lèvres et 48% au niveau des petites lèvres.

Le polymorphisme de lésions cliniques retrouvées chez les patients est en rapport avec la variété des étiologies retrouvées.

Dans notre série comme dans la série indienne de Singh et al, la plaque étaient le type de lésion élémentaire prédominant.

II. Diagnostics étiologiques

1. Pathologie inflammatoire

i. Lichen scléreux

Le lichen scléreux (LS) est une maladie inflammatoire chronique (21), d'évolution sclérosante, atteignant les muqueuses génitales et anales ainsi que la peau (5). Aux premiers stades de la maladie, le diagnostic peut être difficile.

Chez les femmes, il peut entraîner une fusion labiale progressive, une déchirure des tissus, une sténose de l'orifice vaginal et un encapuchonnement du clitoris. Un risque accru de cancer génital est également reconnu (22). Le LS est une maladie très pénible, en fait la plupart des patientes se plaignent des symptômes, et principalement le prurit, (23–24), ceci a été aussi objectivé dans notre série, ou le signe le plus fréquemment associé au lichen scléreux était le prurit dans 94% des cas

L'incidence de LS dans la population générale n'est pas connue (25). Dans notre série le LS était la dermatose la plus fréquente, retrouvée chez 10.4% des cas, ce qui a aussi été objectivé dans l'étude rétrospective menée par Cheung et al (26) , avec une prédominance du lichen scléreux dans 39% des cas De même, Fischer et al (17) ont mené une étude prospective sur 141 patientes présentant des plaintes vulvaires et les dermatoses vulvaires les plus courantes notées étaient le lichen scléreux (13%), la candidose vulvo-vaginale (10%), la vulvodynie (9%) et le psoriasis (5%) (19). Ceci n'a pas été le cas dans la série indienne de Singh et al(4) ou le LS venait en deuxième lieu après les infections cutanées bactériennes, la raison de cette variation pourrait être due au groupe d'âge des patientes inclus dans leur étude (4) qui comprenait principalement des femmes en âge de procréation (entre 20 et 40 ans) , alors qu'il a été mentionné dans la littérature médicale que le LSV a deux âges de présentation

maximaux: pré pubertaire et post-ménopausique, ce qu'on a aussi pu remarquer dans notre étude : avec un premier pic entre 9 et 14ans et un deuxième entre 40 et 60ans, avec un âge moyen de 46 ans ce qui rejoint les données de la littérature (25).

ii. Psoriasis :

Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire chronique avec une prévalence dans la population générale d'environ 2% à 3% (26). D'après les données de la littérature, l'atteinte de la région génitale survient chez 30% à 60% des patients atteints de psoriasis (28). Souvent, le psoriasis génital fait partie d'un psoriasis en plaques plus généralisé ou d'un psoriasis inverse, bien qu'une présentation isolée du psoriasis sur les organes génitaux externes puisse survenir chez 2% à 5% des patientes psoriasiques (29). Le psoriasis affectant la région génitale peut être associé à une morbidité psychosexuelle considérable, l'inconfort et l'embarras, et peuvent considérablement altérer la qualité de vie. (26, 27,28)

Cliniquement : Le psoriasis génital se présente souvent sous la forme de plaques bien délimitées, brillamment érythémateuses et ne présente généralement pas de squames typiques, en raison de la macération et de la friction. Cela peut conduire à une mauvaise orientation diagnostic, en absence d'une atteinte cutanée associée, une biopsie peut être utile pour confirmer le diagnostic dans ces cas (10)

Dans notre série le psoriasis génital n'était pas fréquent avec un pourcentage de 4.62% des malades dont 75 % avaient un psoriasis cutané associé et 2.5% avaient une atteinte exclusivement génitale, ce qui rejoint les données de la littérature.

iii. Lichen plan :

Le lichen plan est une maladie inflammatoire muco-cutanée chronique d'origine inconnue (30). Son incidence n'est pas établie, mais lynch (31) estime qu'il atteint 0,5% de la population européenne et américaine, dans notre étude il présentait 5.2%

des cas et dans les séries indiennes de Singh et al (4) et de Nyati et al (9) il présentait 2.85% et 1.12% des cas respectivement.

Chez les femmes, le LP affectant la muqueuse de la vulve est une variante clinique distincte (32), et consiste en un érythème vitré qui peut facilement saigner au toucher ; des érosions peuvent fréquemment se développer, et dans un cas typique de LP vulvaire, l'érythème est entouré d'une bordure blanche hyperkératosique en dentelle, avec ou sans stries de Wickham (WS) dans la peau environnante(10). Les patients se plaignent principalement de brûlures et de douleur et le traitement peut être extrêmement difficile (30, 31,32).

iv. Eczéma :

Le principal symptôme est le prurit, l'eczéma est une réaction inflammatoire caractérisée histologiquement par une spongiose, une acanthose variable et un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire cutané superficiel. Des facteurs exogènes et endogènes peuvent être impliqués dans l'étiologie (5).

Différents types de dermatite peuvent affecter la zone vulvaire ; la dermatite de contact irritante est le type d'eczéma le plus courant pour affecter la vulve. L'épithélium vulvaire est moins efficace comme barrière que la peau ailleurs. Le lavage fréquent, les savons, les remèdes maison, les parfums et le port de vêtements serrés ou de serviettes peuvent aggraver la dermatite (8).

Dans notre série l'eczéma représentait 2.9% des cas avec une origine exogène due à une application de topiques précisée par les patientes dans 2 cas soit 1.15% des cas.

v. Hidradénite Suppurative

L'hidradénite suppurée se produit généralement au début de l'âge adulte avec une baisse progressive de la prévalence, mais les femmes matures peuvent également

être touchées. La prévalence chez les femmes passe de 4,53% dans la trentaine à 0,75% dans les 70^{aines} (33)

Cliniquement, l'hidradénite suppurative est caractérisée par des comédons inflammatoires chroniques, des nodules et des kystes et, à des stades ultérieurs, des abcès profonds, des voies sinusales, des ulcérations et des cicatrices. Il existe une prédilection pour la peau intertrigineuse, en particulier les organes génitaux, l'aine et les fesses. L'hidradénite suppurative est associée à une morbidité importante, car elle peut entraîner une douleur et un fardeau psychosocial importants. Il existe un risque important de blessures non cicatrisantes et de développement d'un cancer de la peau (34).

Dans notre série on a pu colliger un seul cas d'hidradénite suppurative chez une jeune de 28 ans avec des nodules et kystes siégeant au niveau du pubis.

2. La pathologie tumorale :

i. Tumeur maligne

Les tumeurs génitales malignes, bien que peu fréquentes, représentent un problème diagnostique et un challenge thérapeutique. Le carcinome spinocellulaire est le plus fréquent. Le diagnostic est souvent tardif car les patientes consultent volontiers tardivement et les médecins n'examinent pas systématiquement cette région anatomique.

Cette tumeur vulvaire apparait souvent après la cinquième décennie de vie chez les femmes, et environ 60% apparaissent après la ménopause, entre 50 et 80 ans (35).

SCC se développe souvent à partir d'une lésion pré-néoplasique, Soit HPV dépendante ou HPV indépendante avec des lésions de VIN différenciées et une dystrophie inflammatoire chronique vulvaire ou LSV (36).

Malgré la forte prévalence de LSV chez les personnes âgées, entre 3 et 7% des CE vulvovaginaux en découlent, à l'inverse, parmi celles qui souffrent de CE, plus de 30% des femmes ont également été atteintes de LSV (37).

Il est souvent associé à un prurit. Moins fréquemment, ils peuvent présenter des saignements vulvaires, des écoulements, une dysurie et des douleurs (35)

Dans notre étude on a colligé 4 cas de carcinome épidermoïde vulvaire, âgées entre 68 et 84 ans avec un âge moyen de 75ans, toutes ménopausées, 75% des malades (3/4 des patientes) présentaient un prurit, et 50% des malades avaient un lichen scléreux associé non suivi, nos données quoique limitées rejoignent celles de la littérature.

Les VINs sont des affections précancéreuses vulvaires rares caractérisées par des modifications dysplasiques de l'épithélium pavimenteux (5)

Dont il existe deux types : à savoir :

- VIN HPV induites (HSIL) causées par une infection persistante par le (HPV) à haut risque. Leur incidence est d'environ 5 pour 100 000 femmes par an et augmente, avec le pic le plus élevé vers la 5^{ème} décennie (37). Une des raisons de l'augmentation de l'incidence peut être l'augmentation des infections anogénitales à l'HPV et / ou un meilleur diagnostic par l'utilisation plus libérale de la biopsie vulvaire. Elles sont classées en trois entités cliniques : la maladie de Bowen vulvaire, la papulose bowénoïde et les VIN confluentes (39)
- VIN non HPV induites (VIN différenciées), concernent essentiellement la femme plus âgée (75 ans) et sont le plus souvent unifocales (39) et plus rare que les VINs HPV induites (moins de 5% des lésions de VIN) mais avec un

potentiel malin supérieur (40), leur étiologie n'est pas bien élucidée mais elles sont associées en règle à un LSV et plus rarement au lichen plan (5).

Dans notre étude 6 cas de VIN ont été recensés, avec une prédominance des VINs HPV induites (4 cas maladies de Bowen contre 2 cas de VIN différenciées)

L'âge moyen des patientes avec maladie de Bowen était de 50 ans avec un âge moyen plus élevé pour les patientes ayant des VIN différenciées (72 ans)

Et dans un cas de VIN différenciée on a noté la présence d'un LSV associé.

ii. Tumeur bénigne

Les tumeurs bénignes génitale sont en général asymptomatiques et sont souvent de découverte fortuite lors de l'examen clinique de cette région (41). Une variété de tumeurs bénignes, en particulier épidermiques et annexielles, peuvent affecter la région vulvo-vaginale.

Dans notre série 34% des lésions asymptomatiques étaient des tumeurs bénignes dominées par des naevus vulvaires et des kératoses séborrhéiques.

Les données épidémiologiques sont rares, mais il semble que la prévalence des tumeurs bénignes augmente avec l'âge (38).

3. Pathologie infectieuse:

i. Pathologie virale :

Les verrues génitales sont des tumeurs génitales bénignes très répandues en raison de leur caractère transmissible. Elles sont parfois associées à la dysplasie cervicale et plus rarement au cancer (42).

Les dermatoses génitales d'origine virale représentaient 12.7% des cas dans notre étude dont 68% des cas étaient d'origine HPV et cela était prédominant chez la population adulte la plus sexuellement active, ce qui pourrait être expliqué par le

niveau socio-économique bas, la promiscuité et la multiplicité des partenaires sexuels.

Le Molluscum contagiosum vulvaire est très fréquent chez les filles prépubères, mais cela fait généralement partie d'une éruption étendue. Chez l'adulte, le molluscum vulvaire est une maladie sexuellement transmissible [43]

Dans notre étude, on en a colligé 2 cas, le premier chez une fille de 8 ans présentant une éruption de molluscum contagiosum avec atteinte vulvaire sur un terrain de dermatite atopique , et le deuxième cas , chez une patiente de 34 ans, présentant une atteinte vulvaire isolée un bilan des ISTs négatif .

ii. Pathologie bactérienne

Les infections bactériennes à type de folliculite, furoncle ou de vulvite streptococcique, sont un motif fréquent de consultation (4,9), contrairement à notre série ou on a pu colliger que 4 cas de dermatoses génitale d'origine bactérienne, représentés par 3 cas d'érysipèle grave chez 3 femmes immunodéprimées sous chimio-radiothérapie pour des carcinomes épidermoïdes vulvaires et un cas de tuberculose scrofuloderme chez une petite fille de 8 ans

Cette faible incidence dans notre série peut être expliqué par la vulgarisation des antibiotiques dans la population et leur accessibilité auprès des pharmaciens, ainsi que les consultations chez les généralistes et les centre de santé qui gèrent les infections bactériennes banales, et n'adressent aux hôpitaux que les cas nécessitant des prises en charge spécialisées ou une hospitalisation.

iii. Pathologie mycosique :

Les mycoses génitales étaient le motif le plus fréquent de consultation dans 2 séries indiennes (4,9), Soixante-quinze pour cent des femmes connaîtront au moins

un épisode de mycose au cours de leur vie. Le diagnostic clinique est aisé, le traitement est rapide et efficace (44).

Dans notre série, elles ne représentaient pas un diagnostic fréquent puisqu'elle a occupé la troisième place dans les dermatoses génitales d'origine infectieuse avec 3 malades soit 1.73% de nos malades.

La raison de ces variations dans la littérature pourrait être attribuable aux variations des groupes d'âge des patientes dans les différentes études, mais aussi, comme pour les antibiotiques, les antimycosiques sont d'usage fréquent par la population générale, ne nécessite aucune prescription médicale, et sont souvent utilisés par les patientes au moindre signe cutané. En plus, ce type de lésions est facilement diagnostiqué et traité par les omnipraticiens et les gynécologues, ne nécessitant pas le recours à un avis spécialisé en dermatologie.

4. Pathologie pigmentaire

L'incidence de ces lésions dans la littérature est relativement inconnue, oscillante entre 0,01 % et 20 % (45), elles sont rarement incluses dans les études sur les pathologies vulvaires. La plus grande série de la littérature, datant des années 1970, portait sur 1043 femmes examinées sur une période de 8 ans et trouvait des lésions pigmentées dans 10,5 % des cas. Il s'agissait d'une analyse monocentrique réalisée dans une clinique américaine spécialisée en vulvologie, donc avec un biais de recrutement (46).

Dans notre série les lésions pigmentées présentaient 14.45% des cas, dont 72% non objectivées par les malades et de découverte fortuite à l'examen clinique, malgré le fait que certaines patientes avaient déjà eu des suivis gynécologiques réguliers pour d'autres pathologies, expliquant alors leur incidence faible dans la littérature, et

montrant l'intérêt d'un examen systématique des organes génitaux par un dermatologue.

Une analyse histologique de ces lésions doit être faite au moindre doute, voire systématique, sur toute lésion unique ou asymétrique paraît essentielle afin d'éliminer un éventuel mélanome vulvaire.

L'association de mélanose vulvaire et la malignité est peu probable mais n'a pas été écarté à ce stade (45), en l'état actuel de nos connaissances, il est licite de proposer une surveillance clinique avec l'aide de photographies des lésions à type de mélanose ou lentiginose vulvaire même si l'examen histologique initial est rassurant (47)

5. Pathologie auto-immune

i. Vitiligo:

Le vitiligo est un trouble pigmentaire acquis caractérisé par une perte de mélanocytes entraînant une dépigmentation [48]. Environ 0,5 à 1% de la population mondiale est touchée par le vitiligo [49]. Des études indiennes indiquent une prévalence du vitiligo entre 0,46 à 8,8% (9). Dans notre série, nous avons colligé 10 cas de vitiligo, dont 4 avaient un vitiligo génital focal, et six avaient un vitiligo vulgaire avec atteinte génitale, l'âge moyen de nos malades était de 35 ans, et la durée moyenne d'évolution des lésions variait de 2 à 60 mois avec un délai moyen de 27 mois. Dans la série indienne de Nyati et al (9) 20 cas de vitiligo ont été colligés dont 16 avaient un vitiligo génital focal, 4 avaient un vitiligo vulgaire, L'âge moyen était de 47 ans. La durée des plaintes variait d'un mois à dix ans avec une période médiane de 4,8 ans.

ii. Dermatoses bulleuses auto-immunes :

Les maladies bulleuses auto-immunes sont caractérisées par des lésions cutanées et muqueuses, parfois la localisation limitée aux muqueuses génitales rend le diagnostic difficile.

Les dermatoses bulleuses se localisent rarement au niveau de la muqueuse génitale (50), dans notre série, elles étaient retrouvées chez seulement 2.9% des cas, ceci a été aussi le cas d'une série indienne (4) ou un seul cas de pemphigus génitale a été colligé sur une série de 70 malades soit 1.42% des cas

Cependant, la possibilité de maladies bulleuses auto-immunes doit être systématiquement considérée comme un diagnostic différentiel des ulcérations génitales subaiguës ou chroniques, en raison de la sévérité de celles-ci et de la nécessité d'un traitement immunosuppresseur.

iii. Maladie de Behçet

La maladie de Behçet est le plus souvent diagnostiquée entre la deuxième et la quatrième décennie de la vie (38). Au cours de la maladie de Behçet, l'aphtose génitale (60%) est associée à l'atteinte buccale (100%) (51)

Dans notre série, on a colligé 3 cas de maladie Behçet, âgées de 27, 30 et 42 ans comme décrit dans la littérature, l'atteinte génitale constituait le principal motif de consultation chez les 3 patientes.

6. Pathologie vasculaire :

Les dermatoses vasculaires génitales féminines sont inhabituelles. Dans notre série, elles ne consistaient que 2.9% des cas, même constatation a été faite dans la série indienne de Nyati et al (9) ou les pathologies vasculaires n'étaient objectivées que chez 0.56% des cas

Dans notre série, ces tumeurs vasculaires étaient présentées par 2 cas d'hémangiomes infantiles, qui est la tumeur des tissus mous la plus courante chez les nourrissons et les enfants et disparaît habituellement, spontanément à l'âge de 7 à 10 ans, mais sa localisation au niveau génital reste très rarement rapportée (52), 2 cas d'angiomes plans, dont un était hémicorporel droit avec une hypertrophie vulvaire secondaire chez une patiente de 58 ans, et un cas de varice vulvaire chez une patiente enceinte de 29 SA.

Les varices vulvaires sont un trouble angoissant qui survient chez 10% des femmes enceintes. Il peut produire une gêne pelvienne, une pression vulvaire, une sensation de prolapsus et peut s'étendre dans le vagin, et devient plus évident en position accroupie. L'examen Doppler couleur confirme le diagnostic [53].

7. Autres dermatoses génitales :

D'autres dermatoses génitales diverses étaient retrouvées dans notre étude chez 20 malades restants, notamment des localisations génitales des toxidermies et de maladie de Crohn, des papillomatoses physiologiques vestibulaires, un cas de radiodermite aiguë, et un cas de grains de Fordyce vulvaire.

III. Caractéristiques dermoscopiques

1. Pathologie inflammatoire

i. Lichen scléreux

- À ce jour, seules quelques études ont spécifiquement abordé les caractéristiques dermoscopiques du LS, avec des résultats assez similaires (54,55), dont une incluait aussi des cas de lichen extra-vulvaire (54)
- Ces études ont montré que le LSV présente des aspects dermoscopiques caractéristiques qui peuvent aider au diagnostic clinique, et qu'ils sont influencés par la localisation et la durée de la maladie, mais pas par le stade clinique
- Les signes dermoscopiques décrits dans la série de Borghi et al (55) sont :
 - Un fond blanchâtre, associés à des zones sans structure, disposées en patchy, de couleur variant du blanc au blanc-jaunâtre au rosé-laiteux-au blanchâtre lilacé, et au blanc-jaunâtre, ont été objectivés chez toutes les malades, mais celles qui n'avaient pas d'hypopigmentation clinique.
 - Des vaisseaux épars, sans arrangement particulier, principalement linéaires, irréguliers, retrouvés chez presque tous les malades, et moins fréquemment en épingles à cheveux. Les vaisseaux en points ont été observés principalement au stade précoce de la maladie.
 - Des points bleu gris, des globules purpuriques, les squames et pseudo-comédons étaient objectivés au niveau des lésions des versants cutanés de la vulve.

- Dans notre série, on a aussi objectivé la présence d'un fond blanchâtre associée à des aires sans structures dans tous les cas, avec la prédominance des vaisseaux linéaires chez 80% de nos malades, tandis que les vaisseaux en points étaient retrouvés chez 2 jeunes filles au stade précoce de la maladie, et dans tous nos cas, ces vaisseaux n'avaient pas d'arrangement particulier.
- On a aussi noté la présence de points et globules bruns ainsi que purpuriques. Les squames ont été retrouvées au niveau des versants cutanés de la vulve et les pseudo-comédons n'ont pas été objectivés chez nos malades.

ii. Psoriasis

Sur le plan dermoscopique, le psoriasis génital se présente par une combinaison typique de morphologie vasculaire et d'agencement faits de vaisseaux en points à disposition homogène sur un fond rouge pâle, sans squames associées.

Dans une étude sur la dermoscopie des formes topographiques du psoriasis (56), tous le cas de psoriasis génital présentaient les caractéristiques dermoscopiques vasculaires suscitées (Tableau 5)

Tableau 5 : Aspect des vaisseaux dans le psoriasis génital et leurs distributions (56)

Dermoscopic criteria	Dermoscopic variables	Genital (n = 11)
Type of vessels	dotted	11 (100)
	linear	0 (0)
Pattern of vessels	regular	11 (100)
	patchy	0 (0)
	peripheral	0 (0)
	in rings	0 (0)
Scale color	white	0 (0)
	yellow	0 (0)
Scale distribution	patchy	0 (0)
	peripheral	0 (0)
	diffuse	0 (0)
	central	0 (0)

Nos résultats rejoignent ceux décrits dans la littérature, puisque les vaisseaux en points à distribution régulière sur un fond érythémateux étaient objectivés chez tous nos malades psoriasiques.

iii. Lichen plan

Le lichen plan vulvaire (LPV) peut représenter un défi diagnostique imitant d'autres maladies vulvaires inflammatoires ou tumorales.

À ce jour, un seul article a décrit les caractéristiques dermoscopiques du LPV dans une série de 10 femmes (57). Des aspects dermoscopiques assez caractéristiques ont été signalés, combinant principalement :

- Des vaisseaux linéaires épais et irréguliers, y compris des vaisseaux en épingle à cheveux et parfois des vaisseaux spermatozoïdes-like, disposés de manière diffuse dans les lésions du LP, il convient de noter que les vaisseaux en points n'ont été vus chez aucune patiente.

- Des stries de Wickham (WS) périphériques présentant différents modèles morphologiques, même combinés.
- Un fond rouge intense
- Plus rarement des globules et points pigmentés.

Dans notre série, les signes dermoscopiques étaient identiques à ceux rapportés dans la littérature, avec la présence d'un fond rouge intense associé à des vaisseaux irréguliers linéaires épais et tortueux dans tous les cas. Les stries périphériques de Wickham (WS) étaient objectivées dans 50% des cas.

iv. Eczéma

Les caractéristiques dermoscopiques décrits dans l'eczéma sont des vaisseaux en points à distribution irrégulière, des croûtes / squames jaunâtres, parfois des squames blanchâtres (58), ces aspects ont été aussi retrouvés chez nos malades, avec une prédominance du fond légèrement érythémateux et des vaisseaux en points à distribution en patchy.

2. Pathologie tumorale

i. Tumeur maligne

o Maladie de Bowen

Les aspects dermoscopiques de la maladie de Bowen englobent (59):

Des vaisseaux glomérulaires regroupés à disposition linéaire ou en patchy, associés à des dépôts blanchâtres de kératine donnant un aspect de «barbe à papa» disséminés sur toute la lésion, ainsi qu'une bordure hyper-kératosique.

Pour les maladies de Bowen pigmentées les signes dermoscopiques retrouvées en plus de ceux suscités sont les aires pigmentées sans structures brune ou bleu-grises, à disposition périphérique, ainsi que des globules bruns à disposition linéaire.

Dans notre série, la vascularisation glomérulaire a été retrouvée dans tous les cas, les aires blanchâtres sans structures dans 2/4 des cas (50%), et les aires pigmentées sans structures ainsi que des points et globules brun dans notre seul cas de maladie de Bowen pigmentée.

- **Carcinome épidermoïde :**

Contrairement au CE cutané, la dermoscopie du CE vulvaire a été rarement décrite (60). Lazaridou et al (61) ont rapporté la dermoscopie du CE vulvaire en dérivant plusieurs composants avec une asymétrie des structures et des couleurs, vaisseaux polymorphes à prédominance linéaire, et des cercles et globules blancs.

Dans notre série, les structures vasculaires (linéaires irrégulières, en épingle à cheveux, et vaisseaux en tronc d'arbre) étaient objectivées associées à des aires blanches sans structures, des globules blancs et de la kératine jaunâtres dans un cas.

- **VIN différenciées :**

Comme la plupart des patientes atteintes de VIN ont tendance à consulter chez des gynécologues, les caractéristiques dermoscopiques de cette pathologie sont rarement décrites.

Barisani et al (62) ont décrits la dermoscopie de VIN différenciée comme suit : la présence d'un fond blanchâtre, des zones rosées et de nombreux vaisseaux sinueux et courts serpentins, uniformément répartis sur les plaques, les mêmes aspects ont été retrouvés dans notre série.

- **Mycosis fongoïde**

A notre connaissance, la dermoscopie du MF génital n'a pas encore été décrite dans la littérature, mais la dermoscopie du MF cutané a déjà été étudié à travers une série de 32 malades (63), et les signes retrouvés sont (tableau 6) :

Tableau 6 : Caractéristiques dermoscopiques observées dans le mycosis fongoïde en plaque (63)

Dermoscopic features	Mycosis fungoides (n = 32)
Fine short linear vessels	30/32 (93.8%)
Dotted vessels	18/32 (56.3%)
Spermatozoa-like structures	16/32 (50.0%)
Orange-yellowish patchy areas	29/32 (90.6%)
White scales	6/32 (18.8%)
Yellow scales	0

Chez notre patiente, la dermoscopie a révélé la présence d'aires jaunes-orangées disposées en patchy, des vaisseaux spermatozoïdes -like ainsi que des vaisseaux en points en patchy, et des globules purpurique.

On a expliqué cette similitude avec la démoscopie du MF cutané en plaque par le fait que les lésions de notre malade étaient localisées au niveau du versant cutané de la vulve.

ii. Tumeur bénigne

○ Neavus

La dermoscopie des neavus vulvaires a été fréquemment décrite dans la littérature, Ronger-Savle et al (64) l'ont étudiée à travers une série de 16 cas, et ils ont objectivé la présence d'un patron globulaire et un patron homogène dans 44% des cas chacun, un patron parallèle, composé et poly-circulaire dans 6% des cas chacun.

Dans notre série, comme dans la littérature, on a objectivé une prédominance du patron globulaire dans 58% des cas, tandis-que le patron homogène n'a été objectivé que dans 17% des cas, on a aussi objectivé un voile bleu blanc dans 1 cas de DPN chez une jeune adolescente.

○ Kératose séborrhéique

La kératose séborrhéique vulvaire comme son homologue cutané, se caractérise dermoscopiquement par une bonne délimitation périphérique, la présence d'un motif cérébriforme ou digitiforme alors que les pseudo-comédons, qui sont des invaginations remplies de kératine, ne sont pas visibles dans la kératose séborrhéique génitale en raison de la friction constante, les pseudo-kystes sont généralement observés, et parfois des vaisseaux sanguins linéaires ou en boucle [65,66], ces aspects ont aussi été objectivés dans notre série et les pseudo-comédons n'ont été vus chez aucune de nos malades.

○ Hidradénome papillifère

Cette tumeur bénigne est commune pour être une grande simulatrice, tant sur le plan clinique que sur le plan dermoscopique

Dans une série incluant 28 hidradénomes papillifères (67), les caractéristiques dermoscopiques les plus fréquentes étaient :

- Une zone homogène couvrant partiellement ou totalement la lésion retrouvée dans 96,4% des cas, dont la couleur était rosâtre dans 46,4% des cas, bleuâtre dans 28,6%, rouge-bleu dans 14,3 %, et brunâtre dans 10,7%
- Des structures blanches ont été trouvées dans 89,3% des cas
- Dans 82,1% des cas, des structures vasculaires ont également été observées, notamment des télangiectasies, des vaisseaux arborisants (39,3%) et des vaisseaux atypiques polymorphes (28,6%).

La dermoscopie de nos 3 cas d'hidradénome papillaire a montré des aires homogènes rosâtres diffuses ainsi que des structures blanchâtres, les vaisseaux étaient à type de vaisseaux d'épingle à cheveux et de points dans un cas et linéaires irréguliers dans un deuxième cas.

○ Polype endocervicale géant

Cette pathologie reste très rare dans la littérature, seulement une dizaine de cas ont été décrits, et tous par des gynécologues, ce qui explique l'absence de description dermoscopique ultérieure

Dans notre série, on a colligé un seul cas de polype géant, examiné dermoscopiquement, et on a objectivé des vaisseaux en points diffus sur un fond érythémateux, ainsi que des aires blanches sans structures.

3. Pathologie infectieuse

○ Condylome génitaux

- Les aspects dermoscopiques et les caractéristiques vasculaires des condylomes génitaux reflètent leurs étapes de vie avec un motif en mosaïque pour les condylomes plans et un motif en fingerlike pour ceux pleinement développés, d'autres motifs ont été décrits comme un motif en « knoblike » et des combinaisons de motifs, dont un motif en fingerlike / knoblike est le plus courant (68).
- Une vascularisation est souvent observée, faite de vaisseaux glomérulaires, en épingle à cheveux / en point et glomérulaires / en pointillés avec un halo blanchâtre (68).
- Dans une série de 68 condylomes génitaux (69), les aspects retrouvés étaient dominés par un motif non spécifique dans 15 cas (24,6%), suivi par un motif en fingerlike dans 7 cas (11,5%), un motif en mosaïque dans 6 cas (9,8%) et un motif en forme de knoblike dans 3 cas (4,9%) cas.
- Parmi les caractéristiques vasculaires, les vaisseaux glomérulaires, en épingle à cheveux / en points et glomérulaires / en points étaient les

résultats les plus fréquemment observés dans 22 (36,0%), 15 (24,6%) et 10 (16,4%) des 61 cas, respectivement.

- Dans notre étude, on a constaté une prédominance du motif fingerlike dans 53.33% des cas, ceci peut être expliqué par le fait que nos malades consultent souvent à des stades avancés de leurs maladies ou les lésions sont plus développées.

- **Molluscum contagiosum**

Le molluscum contagiosum se présente dermoscopiquement avec un motif polylobulaire blanc-jaune au centre avec parfois un orifice central et une couronne environnante de vaisseaux qui ne traversent pas le centre des lobules. Outre les vaisseaux en couronne, une vascularisation radiaire, punctiforme ou mixte avec la combinaison de motifs vasculaires peut être présente (68).

Récemment la présence de Rosettes a été décrite dans la dermoscopie des molluscums contagiosums, ce qui a aussi été décrit chez une de nos malades. (70)

4. Pathologie pigmentaires

La dermoscopie des lésions pigmentées bénignes de la vulve a été largement étudiées dans la littérature dans le but de savoir quêter un mélanome muqueux.

Dans la série de Ronger-Savle et al (64) sur la dermoscopie des lésions pigmentées de la vulve, les aspects retrouvés chez 20 cas de lentigo étaient dominés par un patron parallèle dans 50% des cas, homogène dans 25% des cas, réticulaire dans 15% des cas, ring-like et poly-circulaire dans 10% des cas chacun.

Et l'analyse de 12 cas de mélanose a objectivé un patron parallèle dans 67% des cas, ring-like dans 25% des cas, homogène et poly-circulaire dans 8% des cas chacun.

Dans notre série, comme dans la littérature, on a constaté, une prédominance du patron parallèle avec 47% des cas de mélanose, et 40% des cas de lentigo, suivie

de patron homogène dans les 2 pathologies, le patron réticulaire a été objectivé dans 20% des mélanoses et aucun cas de lentigo.

5. Pathologie auto-immune

- Vitiligo

La dermoscopie du vitiligo a été récemment décrite dans une dizaine d'articles, dans le but d'évaluer la stabilité ou l'activité de la maladie, ainsi que la réponse thérapeutique, mais aucun de ces derniers n'a décrit les aspects dermoscopiques de la localisation muqueuse du vitiligo notamment le vitiligo vulvaire.

Les signes dermoscopiques fréquemment décrits dans le vitiligo cutané selon une étude récente incluant soixante patients atteints de vitiligo stable, progressif ou repigmentant sont (71) : la dépigmentation périfolliculaire (DFP) qui était prédictive d'une maladie active, la pigmentation périfolliculaire (PFP) était caractéristique d'un vitiligo stable. L'aspect Starburst (étoile), le réseau de pigments altéré et l'apparence de la queue de comète ont également été notés, et ceux-ci étaient typiques du vitiligo progressif. Une nouvelle caractéristique dermoscopique, l'apparence de « tapioca sagou » en globules blancs a été observée dans la peau adjacente à la lésion de vitiligo même en l'absence de lésions visibles à l'œil nu uniquement chez les patients atteints de vitiligo progressif.

Une autre étude (72) a étudié la sensibilité et la spécificité des signes dermoscopiques en fonction de la stabilité ou l'activité de la maladie (tableau 7)

Tableau 7 : Paramètres de stabilité du Vitiligo (72)

Dermatoscopic parameters	Sensitivity	Specificity
Border (sharp)	94.1%	100%
Pigment network (absent/reticulate)	92.9%	96.8%
Perilesional hyperpigmentation	89.2%	85.4%
Perifollicular pigmentation	66.5%	81.4%
Absence of satellite lesion	99.6%	34%
Absence of micro-Koebner	100%	11.9%

Dans notre série, on s'est référé à ces études dermoscopiques, et on a pu objectiver les mêmes signes, tant sur le versant cutané que muqueux de la vulve. Le diagnostic de vitiligo a été retenu dans tous les cas en utilisant la lumière de Wood, et la dermoscopie nous a permis d'apprécier la stabilité de la maladie vulvaire chez 3 de nos malades.

- **Pemphigus végétant**

A ce jour, la dermoscopie du pemphigus végétant n'a pas encore été rapporté dans la littérature, dans notre série ; on a examiné 2 cas de pemphigus végétant, et on a trouvé un aspect différent chez chaque malade, ceci peut être expliqué par la présentation clinique différente entre les 2 malades, dont l'une avait des nodules exophytiques des grandes lèvres et l'autre des plaques hyperkératosiques épaisses prenant tout le périnée et la vulve.

6. Pathologie vasculaire :

La dermoscopie des hémangiomes infantiles retrouve généralement des lagunes vasculaires associées à des septas fibreux blanchâtres (73), aspects aussi objectivés chez nos malades.

Concernant les varices vulvaires, leur aspects dermoscopiques n'a pas encore été rapporté dans la littérature, mais chez notre patiente, on a objectivé les mêmes signes décrits dans les angiokératomes de Fordyce (74), on a expliqué ceci par le fait que les grains de Fordyce correspondent à une dilatation vasculaire au niveau des papilles dermiques, ce qui est semblable aux varices.

7. Autres dermatoses génitales

La dermoscopie nous a permis de diagnostiquer tous les cas de papillomatose vestibulaire qui présentait (7%) de notre série, ces petites projections physiologiques sont considérées comme rares, ceci est peut-être expliqué par leur méconnaissance par les cliniciens et leur prise pour des condylomes vulvaires. L'utilisation et la bonne connaissance des signes dermoscopiques, pourrait améliorer la sensibilité diagnostique et montrer peut-être que cette variante physiologique n'est pas aussi rare que ce qui est rapporté (75).

Tableau 8 : critères dermoscopique distinctifs entre les pappillomatoses physiologiques vestibulaires et les condylomes acuminés vestibulaires (75)

Critères dermoscopiques	Papillomatose physiologique	Condylome acuminé
Distribution	Symétrique, linéaire, régulière	Irrégulière
couleur	Rose, ressemble à la muqueuse adjacente	Rose, blanc, et rouge pouvant s'associer
Extrémité	Arrondie, cylindrique	Effilée, plus large
Base	bases respectives séparées	Projections superficielles coalescents en une base commune
Vascularisation	canaux vasculaires irréguliers dans les papilles cylindriques.	Hémorragies filiformes, ou en point, vaisseaux en épingles à cheveux, glomérulaires

CONCLUSION

Les dermatoses génitales constituent un motif fréquent de consultation particulièrement en gynécologie. Une bonne connaissance de ces dermatoses reste nécessaire pour une meilleure prise en charge des malades. Et elles méritent une attention particulière car pouvant être très invalidantes et susceptibles d'entraîner des troubles psychologiques graves et des conséquences non négligeables sur la sexualité. L'objectif de notre étude était donc de décrire le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des dermatoses génitales chez notre population consultant au service de dermatologie de CHU Hassan II de FES, ainsi que de rapporter de nouveaux aspects dermoscopiques pour certaines dermatoses vulvaires

Cette étude souligne l'importance de diagnostiquer les dermatoses génitales et réfute l'idée fausse générale que toutes les démangeaisons vulvaires est le résultat d'une infection fongique, ou toutes dermatoses vulvaires chez les femmes sexuellement actives sont sexuellement transmissibles, elle souligne également que les dermatoses vulvaires ne se limitent pas aux maladies sexuellement transmissibles. D'où la nécessité de formations des médecins généralistes et les gynécologues sur les dermatoses génitales.

Notre étude nous a permis, de montrer qu'un examen clinique chez les femmes de tout âge doit inclure systématiquement l'examen de l'appareil génital externe , mêmes devant des patientes asymptomatiques, nous avons aussi pu déterminer que les dermatoses les plus observées dans notre contexte sont d'origine inflammatoire, ceci peut être expliqué par la catégorie d'âge prédominante dans notre contexte qui est surtout faite des femmes entre 40 et 60 ans contrairement aux séries indiennes qui ont plutôt une prédominance de pathologie infectieuse et une tranche d'âge entre 20 et 40 ans

Aussi nous avons pu rapporter de nouveaux aspects dermoscopique non encore décrits dans la littérature notamment pour pemphigus végétant, le polype endocervical géant.

RESUME

Dermatoses génitales féminines

Résumé du mémoire de fin d'études

Dr Bennani Mounia

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Les dermatoses génitales féminines constituent un groupe important d'affections dermatologiques de plus en plus vues par les dermatologues. Certaines peuvent avoir des apparences similaires et représenter un défi diagnostique pour les cliniciens d'autant plus que les publications concernant cette pathologie restent restreintes. Un bon examen clinique ainsi qu'une dermoscopie pourraient améliorer potentiellement le diagnostic différentiel des dermatoses génitales en objectivant des aspects spécifiques.

Objectifs

- Objectif principal :
 - Décrire le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des dermatoses génitales chez notre population consultant au service de dermatologie de CHU Hassan II de FES.
- Objectifs secondaires :
 - Décrire de nouveaux aspects dermoscopiques pour certaines pathologies

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétro-prospective, descriptive menée au service de dermatologie de Fès incluant toutes les patientes, consultant pour une pathologie

vulvaire entre Janvier 2018 et Mars 2020, avec réalisation de dermoscopie selon la pathologie.

Les photos étaient prises après consentement des malades. La saisie des données a été faite par Excel, et l'analyse statistique via le logiciel SPSS 21.0.

Les paramètres étudiés étaient d'ordre descriptif (épidémiologiques, cliniques, dermoscopiques, thérapeutique).

Résultats :

On a colligé 173 lésions vulvaires chez 143 patientes, 30 patientes avaient deux types de diagnostic et 126 étaient examinées dermoscopiquement, l'âge moyen de nos malades était de 41 ans avec des extrêmes d'âge de 3 mois à 84.

Les dermatoses vulvaires analysées dans notre série étaient inflammatoire (23.7%), tumorale (20.23%), infectieuse (16.8%), hyper-pigmentaires (14.45%), auto-immune (10.4%) vasculaire (2.9%) et autres dans 11.5% des cas

Dans notre série le diagnostic a été essentiellement basé sur la clinique dans 51 cas (herpes, lichen scléro-atrophique, eczéma)

La dermoscopie a permis d'orienter le diagnostic positif dans 55% cas, et l'histologie dans 33 % des cas, les résultats histologiques étaient concordants à nos diagnostics cliniques et dermoscopiques dans 85% des cas

La dermoscopie a permis d'orienter les sites de biopsies dans 25% des cas et de faire le suivi des malades dans 20% des cas

La description de nouveaux aspects dermoscopiques non encore rapportés dans littératures a été faite dans 9.3% des cas (vitiligo génital, varices vulvaires, mycosis fongöide génital, polype endocervical géant).

Conclusion

Les dermatoses génitales féminines sont des affections à cheval entre les dermatologues et les gynécologues, ce qui rend leur connaissance moyennement maîtrisée par ces deux groupes de spécialistes.

La dermoscopie augmente la sensibilité et la spécificité diagnostic et permet de guider la biopsie en cas de recours à l'histologie.

Par notre travail, nous soulignons le fait que le dermatologue a son mot de dire dans le diagnostic positif des dermatoses vulvaires afin d'optimiser la prise en charge de ces affections en collaboration avec nos confrères gynécologues.

Signature du Résident

Signature du Chef De Service

REFERENCES

- [1]. Priya BT, Muthupandian V, Alagar K, Kannan R. A retrospective study on the incidence of non-venereal genital dermatoses in patients attending STI clinic at a tertiary care centre. International Journal of Research in Dermatology [Internet]. Medip Academy; 2017 May 22;3(2):254. Available from: <http://dx.doi.org/10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20172207>
- [2]. Noller KL. Vulva: Obstetrics & Gynecology [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2004 Nov;104(5, Part 1):913-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000146916.08064.fe>
- [3]. Stewart KMA. Vulvar dermatoses: A practical approach to evaluation and management. JCOM. 2012;19(5):205-20.
- [4]. Singh G, Rathore BS, Bhardwaj A, Sharma C. Non venereal benign dermatoses of vulva in sexually active women: a clinical study. International Journal of Research in Dermatology [Internet]. Medip Academy; 2016 Aug 12;2(2):25. Available from: <http://dx.doi.org/10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20162419>
- [5]. Van der Meijden WJ, Boffa MJ, ter Harmsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]. Wiley; 2017 Feb 6;31(6):925-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14096>
- [6]. Khaitan BK. Non-venereal diseases of genitalia. In: Sharma VK, editor. Sexually Transmitted Diseases and AIDS. 1st edn. New Delhi: Viva books Pvt Ltd. 2003:413-421

- [7]. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Bogliatto F, Micheletti L, Scurry J (2007) 2006 ISSVD Classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. J Reprod Med 52(1): 3–9.
- [8]. Elfaituri SS. Vulvar Dermatoses in Libyan Adult Patients. Clinical Dermatology Open Access Journal [Internet]. Medwin Publishers; 2019;4(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.23880/cdoaj-16000168>
- [9]. Agarwal AN P. Pattern of non-venereal dermatoses of female external genitalia in Rajasthan. Asian Pacific Journal of Health Sciences [Internet]. Marwah Infotech; 2016 Jul;3(3):249–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.21276/apjhs.2016.3.3.39>
- [10]. Borghi A, Virgili A, Corazza M. Dermoscopy of Inflammatory Genital Diseases. Dermatologic Clinics [Internet]. Elsevier BV; 2018 Oct;36(4):451–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2018.05.013>
- [11]. Oakley A. Dermatoscopic features of vulval lesions in 97 women. Australasian Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2015 Mar 5;57(1):48–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12298>
- [12]. Cinotti E, Couzan C, Perrot JL, Labeille B, Bahadoran P, Wantz M, et al. Premiers nævus vulvaires diagnostiqués par microscopie confocale. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie [Internet]. Elsevier BV; 2014 Dec;141(12):S326. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2014.09.232>
- [13]. Debarbieux S, Perrot J–L, Erfan N, Labeille B, Cinotti E, Depaepe L, et al. Étude par microscopie confocale in vivo des macules mélaniques muqueuses : 40 observations. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie

- [Internet]. Elsevier BV; 2012 Dec;139(12):B221. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2012.10.381>
- [14]. KAMINA P. Anatomie opératoire. En Gynécologie et Obstétrique ; éd ; Maloine, 219–223
- [15]. XAVIER D, RICHER P. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Encycl Méd Chir Gynécologie, 2003, 10–A–10
- [16]. COHEN SACHER B. The Normal Vulva, Vulvar Examination, and Evaluation Tools. Clinical Obstetrics and Gynecology [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2015 Sep;58(3):442–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/grf.0000000000000123>
- [17]. Fischer G, Rogers M. Vulvar diseases in children: A clinical audit of 130 cases. Pediatric Dermatol. 2000;17(1):1–6.
- [18]. Gokdemir G, Baksu B, Baksu A, Davas I, Koslu A. Features of patients with vulvar dermatoses in dermatologic and gynecologic practice in Turkey: Is there a need for an interdisciplinary approach? J Obstet Gynecol Res. 2005;31:427–31.
- [19]. Pathak D, Agrawal S, Dhali TK. Prevalence of and risk factors for vulvar disease in Nepal: a hospital– based study. Intern J Dermatol. 2011;50:161–7.
- [20]. Bohbot JM. Infections gynécologiques basses. *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie, 2007, Pages 211–219*
- [21]. Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and Treatment of Lichen Sclerosus. American Journal of Clinical Dermatology [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2012 Dec 14;14(1):27–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-012-0006-4>

- [22]. Cooper SM, Gao X-H, Powell JJ, Wojnarowska F. Does Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus Influence Its Prognosis? Archives of Dermatology [Internet]. American Medical Association (AMA); 2004 Jun 1;140(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.140.6.702>
- [23]. Virgili A, Borghi A, Toni G, Minghetti S, Corazza M. Prospective Clinical and Epidemiologic Study of Vulvar Lichen Sclerosus: Analysis of Prevalence and Severity of Clinical Features, together with Historical and Demographic Associations. Dermatology [Internet]. S. Karger AG; 2014;228(2):145–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000356163>
- [24]. Lansdorp CA, van den Hondel KE, Korfage IJ, van Gestel MJ, van der Meijden WI. Quality of life in Dutch women with lichen sclerosus. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2013 Mar 7;168(4):787–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.12137>
- [25]. Vulvar Lichen Sclerosus. Definitions [Internet]. Qeios; 2020 Feb 7; Available from: <http://dx.doi.org/10.32388/ny41wu>
- [26]. Cheung ST, Gach JE, Lewis FM. A retrospective study of the referral patterns to a vulval clinic: highlighting educational needs in this subspecialty. Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. Informa UK Limited; 2006 Jan;26(5):435–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/01443610600747140>
- [27]. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]. Wiley; 2016 Aug 30;31(2):205–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13854>

- [28]. Cather JC, Ryan C, Meeuwis K, Potts Bleakman AJ, Naegeli AN, Edson-Heredia E, et al. Patients' Perspectives on the Impact of Genital Psoriasis: A Qualitative Study. *Dermatology and Therapy* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2017 Oct 26;7(4):447-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-017-0204-3>
- [29]. Meeuwis K, Hullu J, Massuger L, Kerkhof P, Rossum M. Genital Psoriasis: A Systematic Literature Review on this Hidden Skin Disease. *Acta Dermato Venereologica* [Internet]. *Acta Dermato-Venereologica*; 2011;91(1):5-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0988>
- [30]. Le Cleach L, Chosidow O. Lichen Planus. *New England Journal of Medicine* [Internet]. Massachusetts Medical Society; 2012 Feb 23;366(8):723-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp1103641>
- [31]. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatologic Therapy* [Internet]. Wiley; 2004 Jan;17(1):8-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1396-0296.2004.04002.x>
- [32]. Belfiore P, Di Fede O, Cabibi D, Campisi G, Amarù GS, De Cantis S, et al. Prevalence of vulval lichen planus in a cohort of women with oral lichen planus: an interdisciplinary study. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 2006 Nov;155(5):994-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07480.x>
- [33]. Revuz JE, Canoui-Poitaine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: Results from two case-control studies. *Journal of the American Academy*

- of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2008 Oct;59(4):596–601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.06.020>
- [34]. Pascoe VL, Kimball AB. Hidradenitis Suppurativa. JAMA Dermatology [Internet]. American Medical Association (AMA); 2014 Dec 1;150(12):1263. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.1871>
- [35]. Chokoeva AA, Tchernev G, Castelli E, Orlando E, Verma SB, Grebe M, et al. Vulvar cancer: a review for dermatologists. Wiener Medizinische Wochenschrift [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2015 Apr;165(7–8):164–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10354-015-0354-9>
- [36]. Alkatout I, Günther V, Schubert M, Weigel M, Garbrecht N, Jonat W, et al. Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. International Journal of Women's Health [Internet]. Informa UK Limited; 2015 Mar;305. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s68979>
- [37]. Gutierrez-Pascual M, Vicente-Martin FJ, Lopez-Estebarez JL. Lichen sclerosus and squamous cell carcinoma. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103:21–28
- [38]. Matthews N, Wong V, Brooks J, Kroumpouzou G. Genital diseases in the mature woman. Clinics in Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2018 Mar;36(2):208–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.10.012>
- [39]. Benchimol Y, Mergui J-L. Lésions néoplasiques et préneoplasiques vulvaires (Paget, Bowen, lichen). Pelvi-périnéologie [Internet]. Springer-

- Verlag; 491–500. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/2-287-27807-9_53
- [40]. Roma AA, Hart WR. Progression of Simplex (Differentiated) Vulvar Intraepithelial Neoplasia to Invasive Squamous Cell Carcinoma. International Journal of Gynecological Pathology [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2007 Jul;26(3):248–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pgp.0000236944.36593.d0>
- [41]. Hwang L. Irregular, Pigmented Genital Macules. Archives of Dermatology [Internet]. American Medical Association (AMA); 2000 Dec 1;136(12):1559–b–1564. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.136.12.1559-b>
- [42]. Libby Edwards. Atlas de dermatoses génitales. 2nd Revised edition (1 juillet 2010), ISBN–10: 1608310795. ISBN–13: 978–1608310791
- [43]. Fischer GO. Vulval disease in pre–pubertal girls. Australasian Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2001 Nov;42(4):225–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0960.2001.00526.x>
- [44]. Singh N, Thappa DM, Jaisankar TJ, Habeebullah S. Pattern of non–venereal dermatoses of female external genitalia in South India. Dermatol Online J. 2008 Jan 15;14(1):1.
- [45]. Venkatesan A. Pigmented Lesions of the Vulva. Dermatologic Clinics [Internet]. Elsevier BV; 2010 Oct;28(4):795–805. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2010.08.007>
- [46]. Friedrich EG, Burch K, Bahr JP. The Vulvar Clinic: An eight–year appraisal. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. Elsevier BV; 1979

- Dec;135(8):1036–40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(79\)90732-4](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(79)90732-4)
- [47]. Renaud–Vilmer C, Cavelier–Balloy B. Lésions pigmentées vulvaires. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* [Internet]. Elsevier BV; 2006 Aug;133(8–9):717–23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0151-9638\(06\)71000-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0151-9638(06)71000-6)
- [48]. Bleehen SS, Anstey AV. Disorder of skin colour. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editor's. *Rook's textbook of Dermatology*. 7th edn. Oxford: Blackwell Science; 2004: 39.1– 39.68.
- [49]. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CCE, et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell & Melanoma Research* [Internet]. Wiley; 2012 Apr 17;25(3):E1–E13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-148x.2012.00997.x>
- [50]. Renaud–vilmer C, Dehen L, de BelilovskyC , Caveller–balloy B. Pathologie vulvaire. *Encycl Méd Chir*. 98–836–2–10, 2001, 14p
- [51]. Davatchi F, Chams–Davatchi C, Shams H, et al. Adult Behçet's disease in Iran: analysis of 6075 , dpatients. *Int J Rheum Dis*. 2016; 19:95–103
- [52]. Mares AJ, Ben–Aderet N, Cohen W. Capillary hemangioma of the uterine cervix: An unusual cause of vaginal bleeding in a child. *Journal of Pediatric Surgery* [Internet]. Elsevier BV; 1976 Feb;11(1):105–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468\(76\)90183-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468(76)90183-4)
- [53]. Jindal S, Tambe S, Dedhia A, Jerajani H. Vulvovaginal varicosities: An uncommon sight in a dermatology clinic. *Indian Journal of Dermatology*

- [Internet]. Medknow; 2014;59(2):210. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.127757>
- [54]. Larre Borges A, Tiodorovic-Zivkovic D, Lallas A, Moscarella E, Gurgitano S, Capurro M, et al. Clinical, dermoscopic and histopathologic features of genital and extragenital lichen sclerosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. Wiley; 2012 May 31;27(11):1433-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04595.x>
- [55]. Borghi A, Corazza M, Minghetti S, Bianchini E, Virgili A. Dermoscopic Features of Vulvar Lichen Sclerosus in the Setting of a Prospective Cohort of Patients: New Observations. *Dermatology* [Internet]. S. Karger AG; 2015 Nov 18;232(1):71-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000439198>
- [56]. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Sotiriou E, Di Lernia V, Moscarella E, et al. Dermoscopic Pattern of Psoriatic Lesions on Specific Body Sites. *Dermatology* [Internet]. S. Karger AG; 2014;228(3):250-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000357914>
- [57]. Borghi A, Corazza M, Minghetti S, Virgili A. Preliminary study on dermoscopic features of vulvar lichen planus: new insights for diagnosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. Wiley; 2015 Mar 13;30(6):1063-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13112>
- [58]. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview. *Dermatology and Therapy* [Internet]. Springer Science and

- Business Media LLC; 2016 Sep 9;6(4):471–507. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-016-0141-6>
- [59]. Daniela Gutiérrez–Mendoza, Roberto Narro–Llorente, Marcia Karam–Orantes Dermoscopy Clues in Pigmented Bowen's Disease Journal Article published 2010 in Dermatology Research and Practice volume 2010 on pages 1 to 9
- [60]. Warszawik–Hendzel O, Olszewska M, Maj M, Rakowska A, Czuwara J, Rudnicka L. Non–invasive diagnostic techniques in the diagnosis of squamous cell carcinoma. Journal of Dermatological Case Reports [Internet]. Specjalisci Dermatolodzy; 2015 Dec 31;9(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.3315/jdcr.2015.1221>
- [61]. Lazaridou E, Fotiadou C, Giannopoulou C, Ioannides D. Persistent erythematous lesion of the vulva: a diagnostic and treatment challenge. J Drugs Dermatol 2012; 11: 110–12
- [62]. Chafe W, Richards A, Morgan L, Wilkinson E. Unrecognized invasive carcinoma in vulvar intraepithelial neoplasia (VIN). Gynecologic Oncology [Internet]. Elsevier BV; 1988 Jan;29(1):132. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0090-8258\(88\)90174-6](http://dx.doi.org/10.1016/0090-8258(88)90174-6)
- [63]. Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, Tzellos T, Karatolias A, Sotiriou E, et al. Dermoscopy of early stage mycosis fungoides. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]. Wiley; 2012 Mar 9;27(5):617–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04499.x>
- [64]. Ronger–Savle S, Julien V, Duru G, Raudrant D, Dalle S, Thomas L. Features of pigmented vulval lesions on dermoscopy. British Journal of Dermatology

- [Internet]. Wiley; 2010 Nov 12;164(1):54–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10043.x>
- [65]. Thappa D, Nath A, Kumari R, Basu D, Rajesh G. Giant seborrheic keratosis of the genitalia. Indian Journal of Dermatology [Internet]. Medknow; 2012;57(4):310. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.97681>
- [66]. Lin J, Koga H, Takata M, Saida T. Dermoscopy of pigmented lesions on mucocutaneous junction and mucous membrane. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2009 Dec;161(6):1255–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09251.x>
- [67]. Serrano P, Lallas A, del Pozo LJ, Karaarslan I, Medina C, Thomas L, et al. Dermoscopy of Nodular Hidradenoma, a Great Masquerader: A Morphological Study of 28 Cases. Dermatology [Internet]. S. Karger AG; 2015 Nov 26;232(1):78–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000441218>
- [68]. Paštar Z, Lipozenčić J. Significance of dermoscopy in genital dermatoses. Clinics in Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2014 Mar;32(2):315–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.08.016>
- [69]. Dong H, Shu D, Campbell TM, Fröhlich J, Soyer P, Hofmann–Wellenhof R. Dermoscopy of genital warts. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2011 May;64(5):859–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.03.028>
- [70]. Mukherjee S, Malakar S. Rosette: An additional in vivo dermoscopic finding in molluscum contagiosum. Indian Journal of Paediatric Dermatology

- [Internet]. Medknow; 2019;20(4):349. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/ijpd.ijpd_89_17
- [71]. Kumar Jha A, Sonthalia S, Lallas A, Chaudhary RKP. Dermoscopy in vitiligo: diagnosis and beyond. International Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2017 Oct 26;57(1):50–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.13795>
- [72]. Nirmal, Balakrishnan, Belavendra Antonisamy, C. Dincy Peter, Leni George, Anu George, and Gauri Dinesh. "Cross-sectional study of dermatoscopic findings in relation to activity in vitiligo: BPLeFoSK criteria for stability." *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery* 12, no. 1 (2019): 36
- [73]. Zaballos P, Llambrich A, del Pozo LJ, Landi C, Pizarro A, Vera A, et al. Dermoscopy of Targetoid Hemosiderotic Hemangioma: A Morphological Study of 35 Cases. Dermatology [Internet]. S. Karger AG; 2015;231(4):339–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000439301>
- [74]. Jesus PMR de, Martins AM, Chiacchio ND, Aranda CS. Genital angiokeratoma in a woman with Fabry disease: the dermatologist's role. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2018 Jun;93(3):426–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187128>
- [75]. Kim S–H, Seo S–H, Ko H–C, Kwon K–S, Kim M–B. The use of dermatoscopy to differentiate vestibular papillae, a normal variant of the female external genitalia, from condyloma acuminata. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2009 Feb;60(2):353–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.08.031>

ANNEXE

DERMATOSES GENITALE FEMININE

Etude rétro-prospective

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Nom, prénom :			Tel :	
Age :			IP :	
Sexe :	F	M		
Statut matrimonial :	Célibataire		Marié	
Profession :				
Origine :				
Habitat :	Urbain :	Rural		
Mode de recrutement :	Avis	Consultation	Hospitalisation	
<u>ATCD :</u>				
<u>TOXIQUE :</u>				
Tabac	Alcool	Cannabis		
<u>GO :</u>				
Ménarche :				
Nombre de geste :		parité :		
Ménopause :	oui	non		
Si oui : AGE de la ménopause :				
<u>Rapports sexuels</u>				
Protégés :		Non protégés :		
Age du premier rapport :				
Nombre de partenaire :				

Date du dernier rapport :

MST :

Oui : Non

Sérologies : faites non faites

Si oui → résultats

TRAUMATIQUE :

Traumatisme physique (brûlure, pratique sexuelle ...)
chimique (caustique...)

Maladies auto-immune : (vitiligo , dermatose bulleuse, behcet ...)

Oui non

Si oui → laquelle

Néoplasique

Cutanée :

Oui non

Autres néoplasie :

ATCD THERAPEUTIQUE

Prise medicamenteuse : traitement topique

Radiotherapie chimiotherapie

Si oui : la durée :

INFLAMMATOIRE :

Psoriasis : lichen : Verneuil : morphée :

TARES :

Diabete immunodepression

Autres :

ATCD ALLERGIQUE :

Cosmetique	allergie medicamenteuse	allergie alimentaire
Atopie	aliment aphtogene	lubrifiant

AUTRES :

Carence nutritionnelle	anemie	stress
Autre		

CLINIQUE :

Date de debut :

1 ^{ère} poussée	Récidive
--------------------------	----------

Signes fonctionnels :

Prurit	Brulure
Picotement	douleur
leucrhée	fièvre
saignement	
Autres	

Examen dermatologique :

○ Clinique

Trouble pigmentaire

Erytheme

Papule

Nodule

Pustule

Ulcération :

Végétation :

Induration

Atrophie

Tumeur

Lichénification

Vésicule/Bulle

○ **Dermoscopie :**

Reste de l'Examen dermatologie :

• **Autre muqueuse :**

- buccale :
- Conjonctive :
- Anale :

• **Peau :**

• **Phanères :**

- Cuir chevelu :
- Ongle

Reste de l'examen somatique :

EXAMEN PARACLINIQUE :

• **Prélèvement :**

- Mycologique :
- Bactériologique :

• **Cytodiagnostic de tzanck :**

• **Histologie :**

• **Bilan radiologique :**

• **Serologie syphilis :**

• **Serologie HIV :**

- Autres :

DIAGNOSTIC RETENU :

PRISE EN CHARGE :

- Abstention
- Physique
- Médicale
- Chirurgicale

EVOLUTION :

SUIVI :