

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



LES DERMATOSES GÉNITALES
PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE CHU HASSAN II DE FÈS
A propos de 350 cas

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur LAKJIRI SIHAM
née le 16 Aout1983 à Al Hoceima

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : DERMATOLOGIE-VENERELOGIE

Sous la direction de :
Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Mai 2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

A mon maître

Madame le Professeur MERNISSI Fatima Zahra

*Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction,
et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui
nous a reçus en toute circonstance. Vos compétences
professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines
vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous
serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice
de la profession.*

*Veuillez, chère Maître, trouver dans ce modeste travail,
l'expression de ma haute considération, de ma sincère
reconnaissance et de mon profond respect.*

A Tous Nos Maîtres

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

Vous avez prodigués avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils. Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

PLAN :

Résumé	4
Introduction	7
Objectifs de l'étude	8
Matériels et Méthodes.....	9
1. Type de l'étude	9
2. Lieu de l'étude.....	9
3. Date de l'étude	9
4. Population étudiée.....	9
5. Méthodes	10
Résultats	15
1. L'âge.....	15
2. Le sexe.....	16
3. Etat matrimonial	16
4. Répartition selon le niveau socio-économique	16
5. Antécédents	17
6. Délai moyen de consultation	17
7. Les symptômes	17
8. Le siège et le type des lésions.....	17
9. Bilan paraclinique	18
10. Diagnostics	18
10.1. Pathologie infectieuse	21
10.2. Pathologie inflammatoire	23
10.3. Pathologie auto-immune	25
10.4. Pathologie tumorale.....	27
10.5. Autres dermatoses génitales	28
11. traitement	29
12. Evolution	29
Discussion	30
A. Rappel anatomique	30
B. Données épidémiologiques	32
1. L'âge et le sexe	32
2. Etat matrimonial	32

3. Délai moyen de consultation	33
4. Symptômes	33
5. Sièges et types de lésions.....	33
C. Diagnostics.....	34
1. Pathologie infectieuse.....	34
1.1 Pathologie virale	34
1.2 Pathologie mycosique	34
1.3 Pathologie parasitaire	35
2. Maladies inflammatoires	35
2.1 Psoriasis	35
2.2 Lichen scléreux.....	35
2.3 Lichen plan	36
2.4 Eczéma.....	36
3. Pathologie auto-immune	37
3.1 Vitiligo	37
3.2 Maladie de système	37
3.3 Dermatoses bulleuses auto-immunes	37
4. Pathologies tumorales	38
5. Autres dermatoses génitales.....	38
Conclusion	39
Référence	40

RESUME :

Introduction:

La pathologie cutanéomuqueuse des organes génitaux externes (OGE) est très variée et elle est abordée avec beaucoup de pudeur dans nos sociétés africaines, la plupart des étiologies reste de pronostic favorable. Le but de cette étude est de décrire le profil épidémiologique de cette dermatose au CHU Hassan II de FES.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au sein du service de dermatologie de CHU Hassan II de FES s'étalant sur une période de 22 mois (Janvier 2012 à Octobre 2013).

Les critères d'inclusion étaient tout patient se présentant en consultation ou en hospitalisation de dermatologie pour une symptomatologie génitale présentant des lésions au niveau des OGE.

Résultats:

Un total de 350 patients ont été inclus dans cette étude, 179 femmes (51%) et 171 hommes (49%). L'âge moyen de nos patients était de 39 ans, 69% étaient d'un niveau socio-économique faible. La plupart des patients étaient mariés (63,4 %). La localisation vulvaire était le site le plus retrouvé chez les femmes soit 61,45 %. Chez les hommes: le scrotum était atteint dans 53,5% des cas suivis par la verge dans 50,3% des cas, le pubis était atteint dans 25,4% chez les deux sexes. La localisation anale associée était retrouvée chez 14% des malades. Le symptôme le plus retrouvé était le prurit dans 51% des cas, d'autres plaintes ont été retrouvées notamment la douleur, la dyspareunie, le suintement et l'ulcération, certains patients ont eu plus d'une plainte. Les étiologies retrouvées étaient dominées par l'étiologie virale (92 cas : 26 %), suivi par le vitiligo (13 %) , l'origine fongique en 3ème classe avec un

pourcentage de 11 % , suivie par le psoriasis (8 %) , et d'autres étiologies diverses : Lichen plan et le lichen scléreux (7,7%) , l'eczéma (5 %) , les tumeurs malignes (5 %) , dermatoses bulleuses , les maladies bactériennes et parasitaires ...Seuls 5 patients avaient une sérologie VIH positive et 10 patients avaient une sérologie syphilitique positive .Biopsie a été réalisée dans seulement 17% des patients .

Discussion :

Il n'existe pas d'études complètes sur le profil des dermatoses non vénériennes d'un pays en développement comme le nôtre d'où l'intérêt de notre étude.

Avec 350 cas diagnostiqués en vingt-deux mois, notre étude montre que les dermatoses des OGE ne sont pas rares dans notre service.

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 sexuellement active autour de 30 à 40 ans.

Les dermatoses génitales d'origine virale étaient les plus retrouvés dans notre étude et cela était prédominant dans la population adulte la plus sexuellement active, cela peut être expliqué par le niveau socio-économique bas, la promiscuité et la multiplicité des partenaires sexuels.

La localisation des dermatoses génitales chez les femmes prédominent au niveau des grandes et petites lèvres dans notre série. Les lésions anales associées surviennent chez 14% des cas, cela était conforme aux résultats de la littérature d'où l'intérêt d'un examen systématique des autres muqueuses. La plupart des causes ont un pronostic favorable, mais elles ont un impact psychologique important.

Conclusion:

Cette étude souligne l'importance de diagnostiquer les dermatoses génitales et réfute l'idée fausse générale que toutes les démangeaisons génitales sont le résultat d'une infection fongique notamment candidosique.

INTRODUCTION :

La dermatologie génitale et périgénitale étudie les dermatoses des organes génitaux externes et de la région périnéale. Elle représente un difficile problème diagnostique et un challenge thérapeutique. 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.

Ces dermatoses sont abordées avec beaucoup de pudeur dans nos sociétés africaines, car ces organes génitaux externes interviennent dans la sexualité et sont particulièrement sensibles aux infections et aux atteintes psychosomatiques.

Ainsi on distingue les dermatoses génitales transmises sexuellement et ceux qui ne sont pas sexuellement transmissibles considérées comme des dermatoses non vénériennes des organes génitaux externes (1).

Ces dermatoses constituent un motif fréquent de consultation du généraliste le plus souvent, du gynécologue, d'urologue et de dermatologue.

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique des dermatoses des organes génitaux externes au service de dermatologie de CHU Hassan II de FES.

MATERIELS ET METHODES :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au service de dermatologie de CHU Hassan II de Fès.

2. Lieu de l'étude :

Notre étude a été menée au sein de CHU Hassan II, incluant tous les malades se présentant en consultation ou en hospitalisation de dermatologie.

3. Date de l'étude :

Notre étude a déroulé sur une période de 22 mois allant de Janvier 2012 à Octobre 2013.

4. Population étudiée :

- Critères d'inclusion :

Tout patient quelque soit son âge se présentant en consultation ou en hospitalisation au service de dermatologie pour une symptomatologie génitale.

- Critères d'exclusion :

Sont éliminées de ce cadre les ulcérations génitales de cause sexuellement transmissible (syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas-Favre), ainsi que les urétrites.

5. Méthodes :

Pour les patients admis dans l'étude, ont été recueillis sur une fiche d'exploitation préétablie les paramètres suivants :

- L'âge, le sexe, l'état matrimonial, le niveau socio-économique.
- 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 précisées le siège et les types des lésions, l'examen du reste des téguments est nécessaire à fin d'orienter le diagnostic
- Notre examen clinique est complété dans certaines situations par l'examen dermoscopique et examen à la lumière de Wood.
- Les examens paracliniques : sérologie HIV, sérologie TPHA/VDRL, biopsie et l'examen histopathologique de l'échantillon ont été effectués lorsque nécessaire pour confirmer le diagnostic.
- Les diagnostics confirmés.
- Les différents traitements administrés en fonction du diagnostic et l'évolution.

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel et analysées sur le logiciel SPSS Statistics version 20.

Fiche d'exploitation

- Nom-prénom:

.....

.

- Telephone:

.....

.....

- N0 dossier:

.....

.....

- Niveau socioéconomique : ☐ élevé ☐ moyen ☐ bas

- Profession.....ville.....

.....

- Malade hospitalisé ☐ oui ☐ non date d'hospitalisation
 - Malade externe ☐ oui ☐ non date de consultation

- Antécédents médicaux

o Diabète ☐ oui ☐ non
 o HTA ☐ oui ☐ non
 o Psoriasis ☐ oui ☐ non
 o Atopie ☐ oui ☐ non
 o Prises médicamenteuses ☐ oui ☐ non

§ Si oui préciser

.....

.....

§ Voie générale ☐ oui ☐ non

§ Voie topique ☐ oui ☐ non

§ Médicaments sans ordonnance ☐ oui ☐ non

§ Contraception ☐ oui ☐ non

§ radiothérapie ☐ oui ☐ non

- Antécédents sexuels

o célibataire ☐ oui ☐ non

- ☐ marié ☐ oui ☐ non
- ☐ hétérosexuel ☐ oui ☐ non
- ☐ homosexuel ☐ oui ☐ non
- ☐ bisexuel ☐ oui ☐ non
- ☐ partenaire régulier ☐ oui ☐ non
- ☐ Dernière activité sexuelle :

§ Quand.....

§ Comment (anal.....vaginal.....oral.....)

- Habitudes toxiques

- ☐ Alcoolisme ☐ oui ☐ non
- ☐ Tabac ☐ oui ☐ non

§ Si oui

quantifier.....

.....

- ☐ toxicomanie ☐ oui ☐ non

§ Si oui

préciser.....

.....

- ménopause ☐ oui ☐ non

- Symptômes :

- ☐ prurit ☐ oui ☐ non
- ☐ douleur ☐ oui ☐ non
- ☐ brulures ☐ oui ☐ non
- ☐ tuméfaction ☐ oui ☐ non
- ☐ ulcération ☐ oui ☐ non
- ☐ vésicule ☐ oui ☐ non
- ☐ Difficultés érectiles ☐ oui ☐ non
- ☐ Signes

urinaire.....

- Symptomatologie du

partenaire.....

- Examen clinique :

- ☐ Sièges
- ☐ taille
- ☐ Type de lésions :

§ macule ☐ oui ☐ non

§ papule ☐ oui ☐ non

§ érythème	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ pustule	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ érosion	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ ulcération	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ dyschromie	☐	<i>oui</i>	☐	non
• Blanche	☐	<i>oui</i>	☐	non
• pigmentation	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ desquamation	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ suintement	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ Fistulisation	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ sclérose	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ Réseau	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ atrophie	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ Télangiectasies	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ Purpura	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ squames	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ synéchie	☐	<i>oui</i>	☐	non
§ Couleur.....				
§ Autres.....				
o Ecoulement urétral	☐	<i>oui</i>	☐	non
o œdème	☐	<i>oui</i>	☐	non
o odeur	☐	<i>oui</i>	☐	non
o problème de décalottage	☐	<i>oui</i>	☐	non
o difficultés érectiles	☐	<i>oui</i>	☐	non
o Région				
anale.....				
.....				
o Buccale.....				
.....				
o Adénopathie régionale	☐	<i>oui</i>	☐	non
o Le				
reste.....				
.....				
- Examen paraclinique :				
o Sérologie				
VIH.....				
.....				

- o Sérologie syphilitique.....
.....
- o Examen microbiologique :
 - § Examen direct.....
.....
 - § Culture.....
.....
- o Examen à la lumière de wood.....
.....
.....
- o Biopsie.....
.....
.....
- o Examen dermoscopique.....
.....
- Traitement :.....
.....
.....
.....
.....
.....
- Evolution :
.....
.....
.....
.....
.....
- Résumé.....
.....
.....
.....
.....

RESULTATS :

Un total de 350 malades atteints d'une dermatose génitale étaient inclus dans cette étude.

1. L'âge : (figure 1)

Toutes les tranches d'âge étaient touchées avec une fréquence plus importante (18.3 % des cas) pour la tranche d'âge entre 30 et 40 ans.

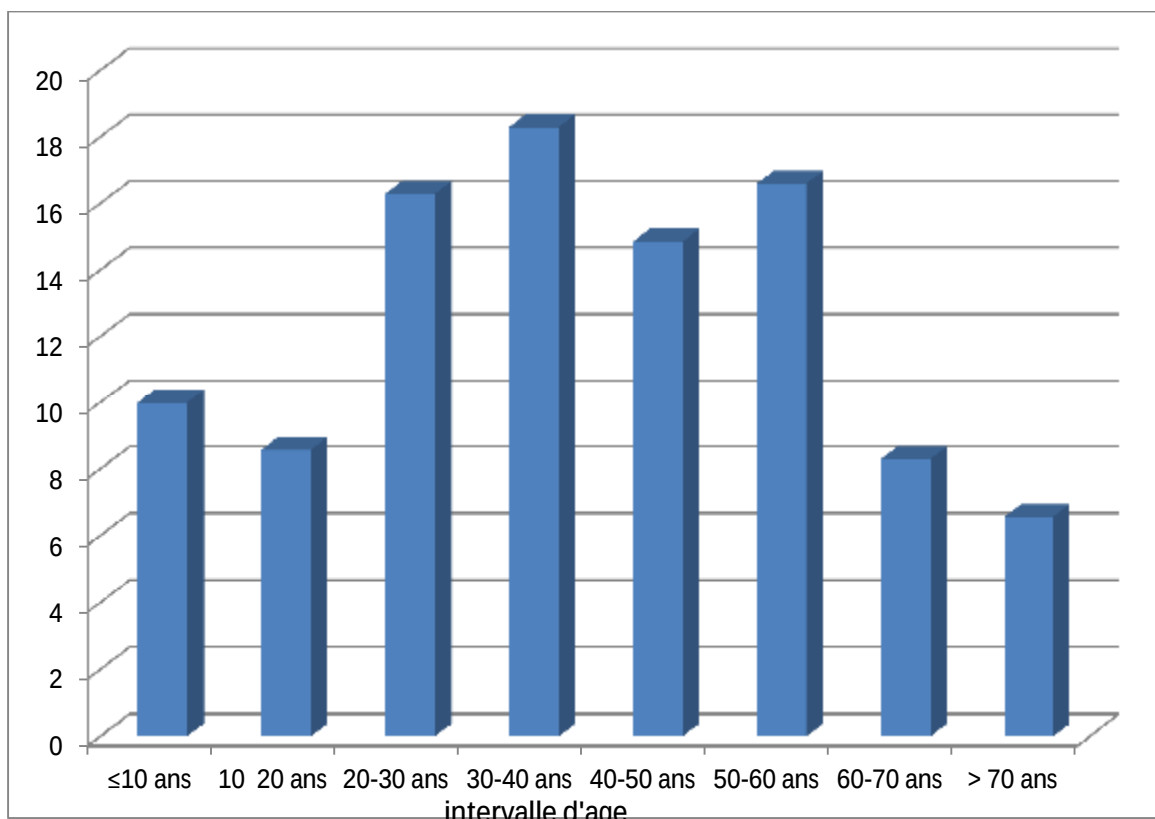


Figure 1: répartition des patients selon l'âge

2. Le sexe (figure 2) :

Notre étude incluait 179 femmes soit 51% des cas et 171 hommes avec une légère prédominance féminine : sex ratio de 1.04.

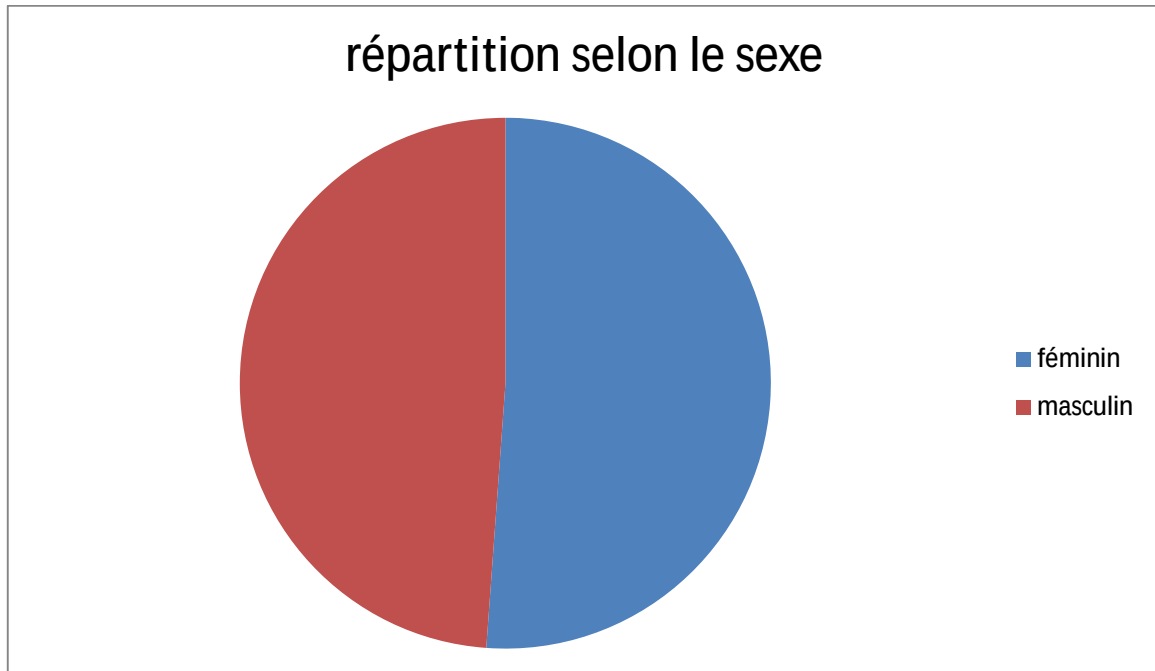


Figure 2 : répartition des patients selon le sexe

3. Etat matrimonial :

Deux cents vingt-deux (63,4 %) de patients étaient mariés et 128 patients restants étaient célibataires.

4. Répartition selon le niveau socio-économique :

Notre étude incluait 69% de patients de niveau socio-économique bas, le reste était d'un niveau socio-économique moyen. Aucun patient avait un niveau socio-économique haut.

5. Antécédents :

Les malades de notre étude avaient des antécédents d'hypertension artérielle dans 6% des cas, d'atopie dans 5% des cas, les antécédents tabagiques étaient retrouvés dans 4% des cas et d'alcoolisme dans 18% des cas.

6. 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 1 mois à 50 ans avec une moyenne de 36 mois.

7. Les symptômes :

Le symptôme le plus retrouvé était le prurit dans 51% des cas. D'autres plaintes ont été retrouvées notamment la douleur, la dyspareunie, le suintement. Certains patients ont eu plus d'une plainte et certains d'autres étaient asymptomatiques et l'atteinte des OGE était découverte lors de l'examen systématique.

8. Le siège et le type des lésions:

La localisation vulvaire était le site le plus retrouvé chez les femmes soit 61,45 % des cas. Chez les hommes, le scrotum était atteint dans 53,5% des cas suivis par la verge dans 50,3% des cas. Le pubis était atteint dans 25,4% chez les 2 sexes. La localisation anale associée était retrouvée chez 14% des malades.

Tous les types de lésions étaient retrouvés dans cette étude (érythème, dyschromie, lichénification, papule, pustule, érosion, bulle), les patients avaient souvent plus d'un type de lésion.

L'examen à la lumière de Wood nous a permis de confirmer le diagnostic de vitiligo chez 18 malades, tandis que l'examen dermoscopique n'a été effectué qu'à chez 4 malades confirmant le diagnostic de naevus, kératose séborrhéique, angiome et de gale.

9. Bilan paraclinique :

Pour confirmer le diagnostic, certains examens paracliniques étaient demandés, notamment la sérologie HIV qui était positive chez 5 patients et la sérologie TPHA/VDRL positive chez 10 patients.

La biopsie a été réalisé chez seulement 17% des malades.

10. Diagnostics :

Un total de 16 types de dermatoses différentes étaient observées dans notre étude (tableau I), dominées par la pathologie infectieuse (152 cas, soit 43,4% des cas) dont la pathologie virale était en tête de ces dermatoses avec un pourcentage de 43,4% des cas. En second lieu, on notait la présence de pathologie inflammatoire dans 21% des cas, suivies des maladies auto-immunes notamment le vitiligo (18,3%). La pathologie tumorale était plus rare car elle était retrouvée dans 5% des cas. Notre étude incluait aussi des dermatoses diverses dans 13% des cas à type de maladie de crhon, ichtyose folliculaire, pityriasis rubra-pilaire, des cas de toxidermie.

Tableau I : les diagnostics retrouvés :

pathologie	Femme (179) n (%)	Homme (171) n (%)	Total n (%)
<u>Infectieuses</u>	73 (40.78)	79 (46.19)	152 (43.4)
-Virale	41 (22.9)	51 (29.89)	92 (26)
- mycosique	22(12.30)	15 (8.8)	37 (11)
-Parasitaire	1(0.5)	10 (5.8)	11 (3.14)
-Bactérienne	9 (5)	3 (1.75)	12 (3.43)
Inflammatoire :	39 (21.78)	36 (21)	75 (21)
-Psoriasis	10 (5.6)	20 (11.7)	30 (8)
-Lichen plan	8 (4)	7 (4)	16 (4.6)
-Lichen scléreux	10 (5.6)	-	14 (4)
-Eczéma	9 (5)	9 (5.3)	18 (5)
auto-immunes :	35 (19.55)	30 (17.5)	64 (18.3)
-Vitiligo	23 (12.8)	24 (14)	47 (13)
-Maladies de système	3 (2)	3 (1.75)	6 (1.7)
-DBAI	9 (5)	3 (1.75)	11 (5)
Pathologie tumorale	12 (6.7)	9 (5.26)	17 (5)
autres	22 (12.30)	19 (11)	46 (13)

Les dermatoses génitales retrouvées chez les femmes (figure 3) étaient dominées par la pathologie virale dans 22,9% presque globalement due à l'HPV (93%), suivie par le vitiligo (12,8%), par l'origine mycosique (12,3%), puis par les autres étiologies : lichen scléreux (5,6%), pathologie tumorale (6,7%), Eczéma, DBAI, Psoriasis.

Chez les hommes (figure 4), la pathologie virale était la plus retrouvée (29,8%) avec 96% d'origine HPV, suivie par le vitiligo dans 14% des cas, le psoriasis (11,7%), la gale (5.8%), l'eczéma (5,3%), les tumeurs (5,3%), lichen plan 4,1%, puis les autres étiologies : DBAI, maladies de système.

Le détail de ces dermatoses retrouvées chez les femmes et chez les hommes est rapporté dans les figures 3 et 4.

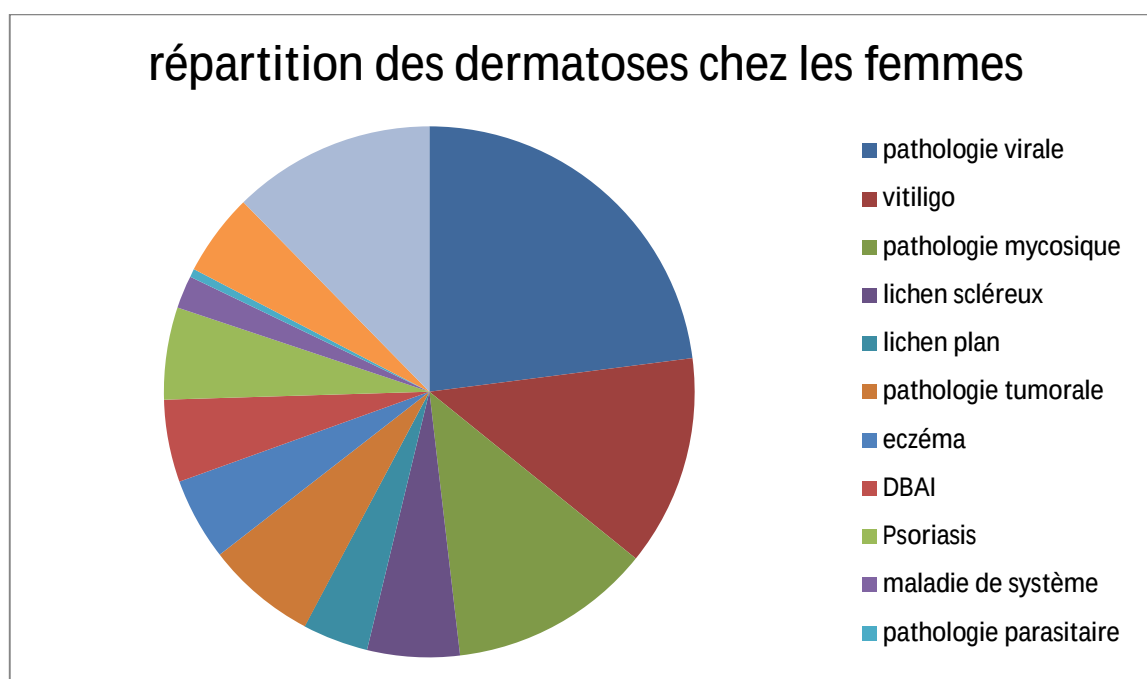


Figure 3 : répartition des dermatoses chez les femmes

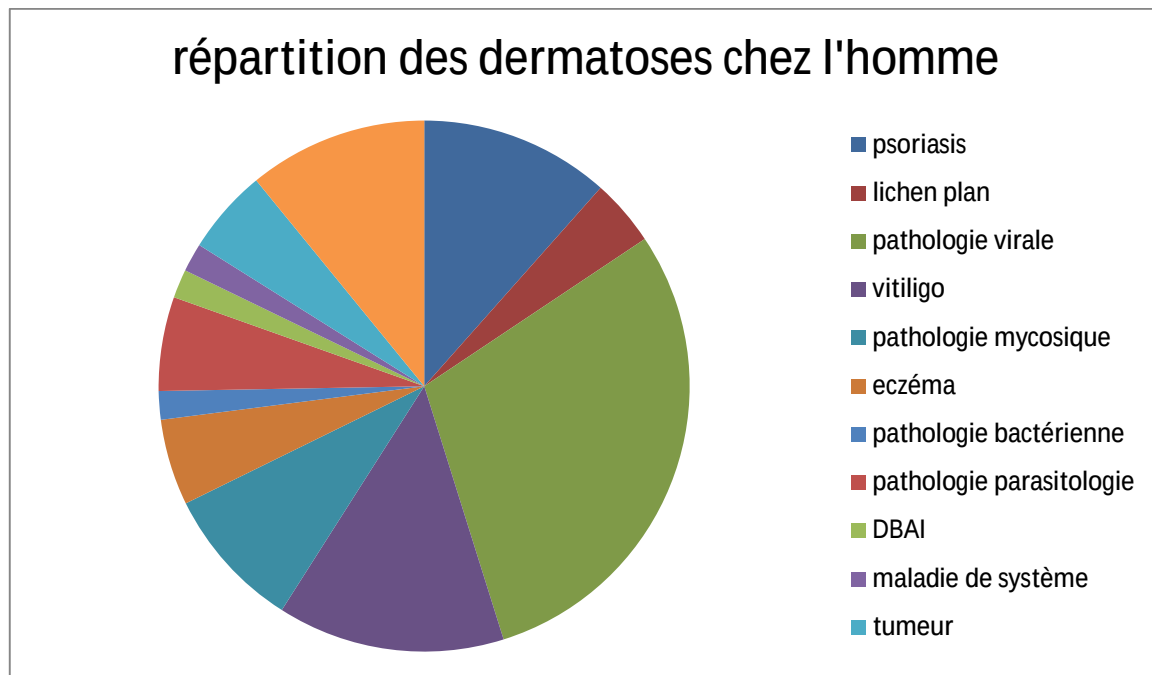


Figure 4 : les dermatoses génitales de l'homme

10.1 Pathologie infectieuse :

Cette étude a permis de colliger 152 cas de lésions génitales d'origine infectieuse, avec une prédominance masculine sex ratio de 1,8. L'âge moyen de survenue était de 36 ans avec des extrêmes allant de un an à 90 ans. La plupart des malades étaient issus d'un niveau socio-économique bas avec un pourcentage de 70% des cas. Les malades étaient mariés dans 63% des cas et les 37% restant étaient célibataires. Pour les antécédents toxiques, l'alcoolisme était retrouvé chez 24% des cas et le tabagisme chez 4% des cas. La durée d'évolution était en moyenne de 24 mois. Cinq malades avaient une sérologie HIV positive et sept autres avaient une sérologie syphilitique positive. L'infection virale était prédominante car retrouvée chez 92 patients. Parmi ces causes virale l'infection par HPV était la plus retrouvée (96%). Les infections mycosiques occupaient la seconde place dans les causes infectieuses car étaient retrouvées chez 37 patients. L'étiologie parasitaire et bactérienne étaient retrouvées respectivement chez 11 et 12 patients (figure 5).

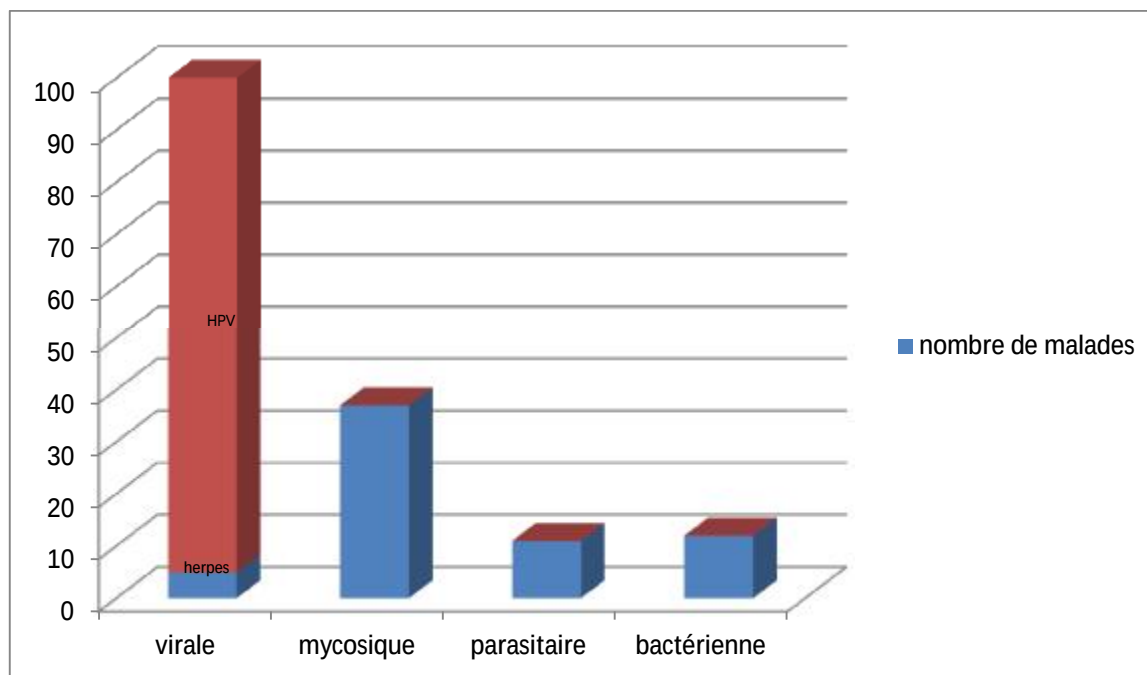


Figure 5 : les dermatoses infectieuses retrouvées dans notre série



Image 1 : condylomes génitaux



Image 2 : dermatophytie génitale avec une surinfection bactérienne chez une patiente sous

10.2 La pathologie inflammatoire :

Notre étude nous a permis de colliger 75 patients avec des lésions génitales en rapport avec des pathologies inflammatoires. Ces patients avaient un âge moyen de 39 ans et avec une légère prédominance féminine sex ratio H/F : 0,92. La durée de plaintes était de 37 mois. Chez 45% des malades, la pathologie inflammatoire au niveau des OGE était révélée lors de l'examen clinique systématique tandis qu'elle était le motif de consultation chez 55% des cas. Ces dermatoses inflammatoires étaient variées, elles étaient dominées par le psoriasis chez 30 cas suivies par le lichen plan chez 16 cas, le lichen scléreux chez 14 cas puis l'eczéma chez 18 cas (figure 6).

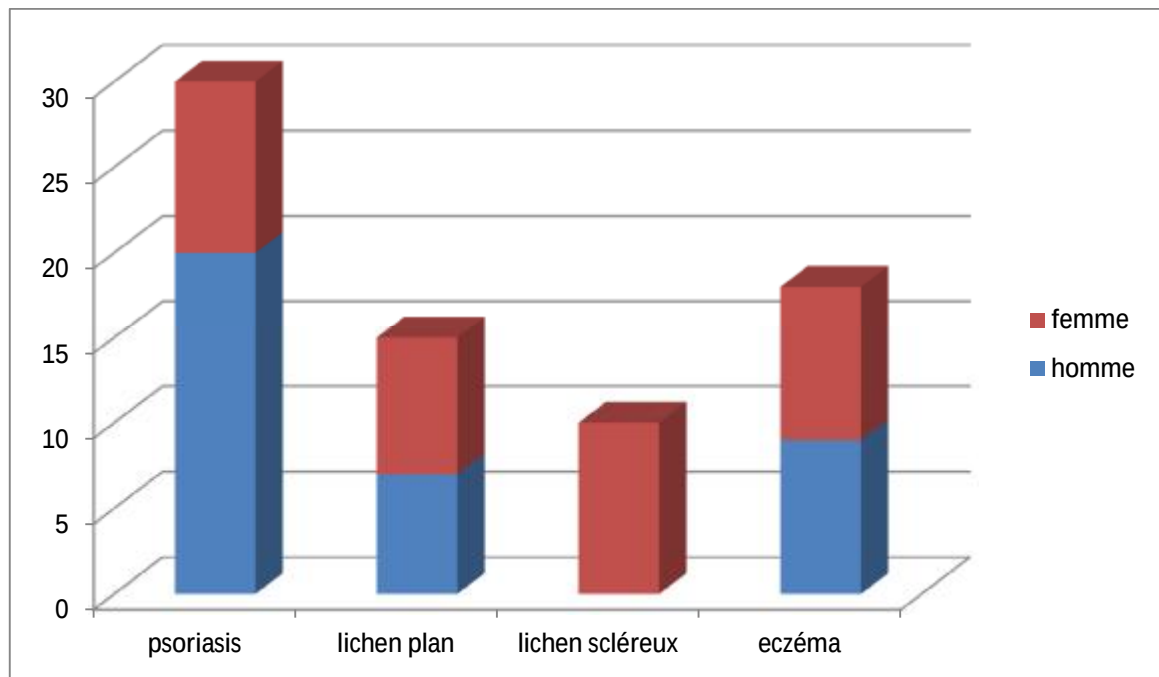


Figure 6 : répartition des dermatoses inflammatoires selon le sexe



Image 3 : lichen scléreux

10.3 Les pathologies auto-immunes :

Les maladies auto-immunes étaient retrouvées chez 64 malades, d'âge moyen de 37 ans, avec une prédominance féminine, sex ratio H/F : 0, 86. Le délai moyen de consultation était de 45 mois. La biopsie cutanée nous a permis de confirmer le diagnostic dans 17% des cas. Les diagnostics retrouvés étaient le vitiligo, les maladies de système et les dermatoses bulleuses auto-immunes (figure 7).

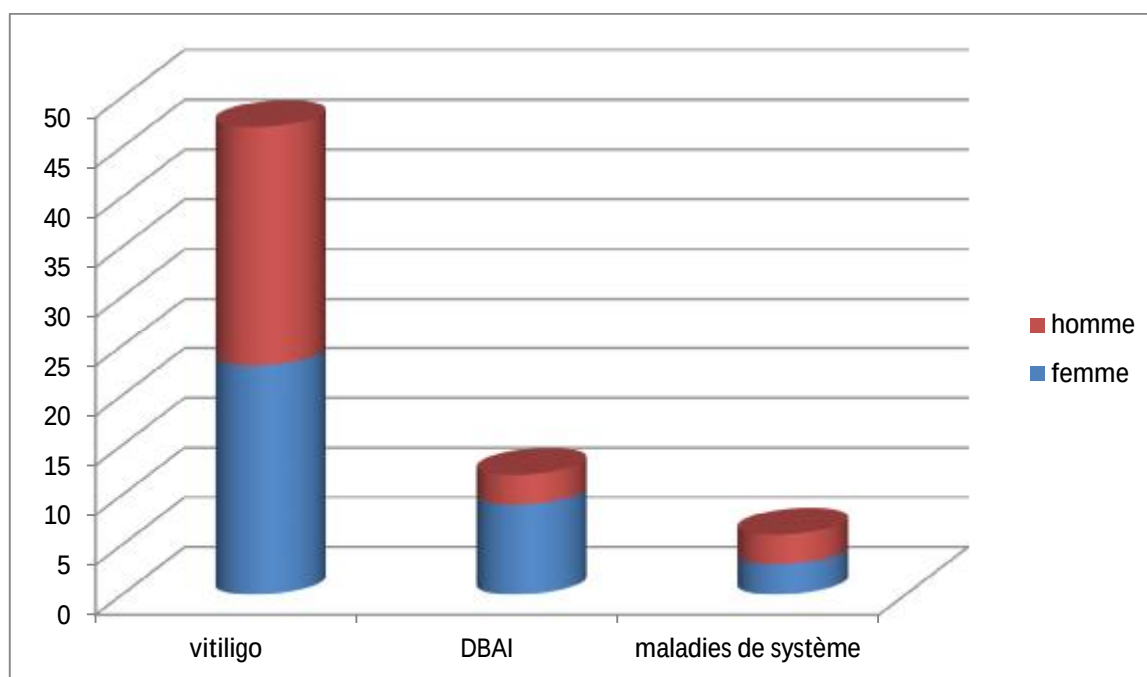


Figure 7 : répartition des maladies auto-immunes selon le sexe

ü Vitiligo:

47 patients présentant des lésions de vitiligo au niveau des OGE étaient inclus dans notre étude, avec une légère prédominance masculine 23 femmes et 24 hommes. L'âge des malades variaient de 3 ans à 83 ans avec une moyenne de 35 ans. Tous les patients avaient consulté pour des lésions achromiques au niveau des OGE évoluant sur une période allant de 1 mois à 30 ans avec un délai médian de 56 mois. Les petites et les grandes lèvres étaient impliquées chez 20 des 24 femmes. Chez l'homme les lésions étaient localisées au niveau scrotal chez 30% des hommes

et au niveau pénien chez 26% des hommes. Il y avait 7 cas de vitiligo génital focal et 40 cas de vitiligo vulgaire.

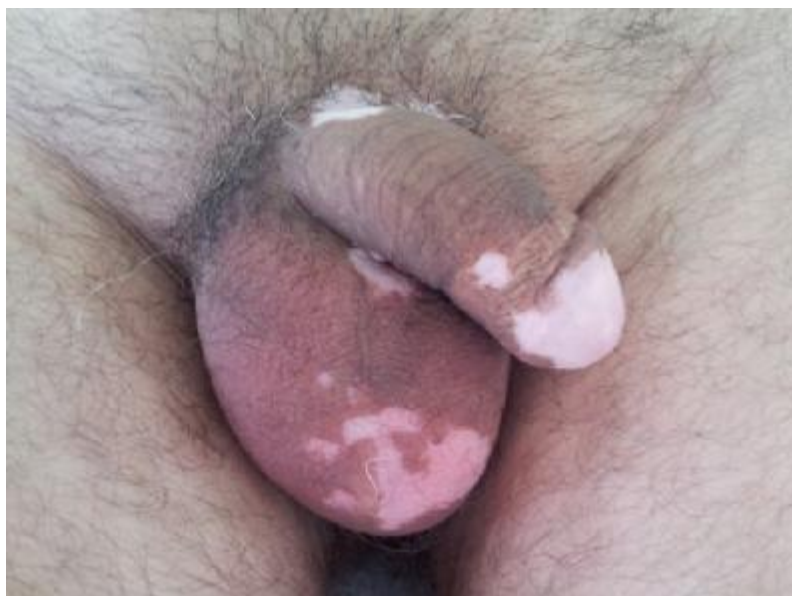


Image 4 : vitiligo génital

ü Dermatoses bulleuses auto-immunes :

16 malades présentaient des dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigus vulgaire, pemphigoïde bulleuse, dermatite herpétiforme), le Sex ratio était 0.6 avec une prédominance féminine. L'âge moyen de survenue était de 51.5 ans avec une durée d'évolution de 14 mois. Tous les patients avaient bénéficié d'une biopsie cutanée confirmant le diagnostic.

ü Les maladies de système :

Les maladies de système étaient rares dans notre étude avec seulement 6 cas d'âge moyen de 33 ans. Le Sex ration F/H était de 1,17. La durée moyenne d'évolution était de 38 mois. Il y avait 5 cas de maladie de Behçet et un cas de lupus.



Image 5 : aphtose génitale dans le cadre de la maladie de behçet

10.4 Pathologie tumorale :

20 malades présentant des lésions tumorales au niveau des OGE étaient colligés. L'âge moyen des patients variait de 5 ans à 76 ans avec une moyenne de 44 ans. On avait noté une légère prédominance féminine sex ratio H/F : 0, 75. Les malades n'avaient consulté qu'après un délai moyen de 56 mois. Ces pathologies tumorales étaient représentées par 15 tumeurs bénignes (naevus, botriomycome, kyste sébacé, angiome) et 5 tumeurs malignes (carcinome épidermoïde et mycosis fongoïde).



Image 6 : kystes scrotaux

10.5 Autres dermatoses génitales :

D'autres dermatoses génitales diverses étaient retrouvées dans notre étude chez 38 malades restant, notamment des localisations génitales des toxidermies, localisation secondaire de maladie de crhon, ichtyose folliculaire, pityriasis rubra pilaire.



Image 7 : hypertrophie vulvaire dans le cadre de la maladie de crhon

11. Traitement :

Les traitements étaient instaurés en fonction de l'étiologie, basés essentiellement sur les traitements par acide trichloroacétique (pathologie virale), les antimycosiques, les antibiotiques, les antiparasitaire, la chirurgie, des traitements immunosuppresseurs, dans certaines situations l'abstention était décidé conjointement avec le patient.

12. Evolution :

La plupart des dermatoses retrouvées dans notre série avaient un pronostic favorable. Une bonne amélioration était observée chez 233 malades, 57 malades étaient en début de traitement et il y avait 2 décès suite à l'atteinte systémique de leurs pathologies.

DISCUSSION :

Il n'existe pas d'études complètes sur le profil des dermatoses non vénériennes d'un pays en développement comme le nôtre d'où l'intérêt de notre étude.

Les dermatoses des organes génitaux externes sont des affections cutanées à localisation génitale, elles comprennent un éventail de maladies dont l'étiologie est variée. Ces dermatoses peuvent être associées à un grave traumatisme psychologique et une peur dans l'esprit des patients. Par conséquent, il est d'une immense importance de connaître ces dermatoses génitales et les diagnostiquer tôt pour soulager le patient.

A. Rappel anatomique

Partie visible des organes génitaux, les organes génitaux externes (OGE) de l'homme comprennent le pénis et le scrotum. Ils constituent l'essentiel de l'espace superficiel du périnée masculin (2).

Les organes génitaux externes de la femme comprennent les organes visibles : la vulve avec l'orifice vaginal, la vulve comprend les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'hymen

Le tableau ci-dessous (3) illustre les différents constituants de l'appareil génital chez la femme et l'homme :

Anatomie féminine	Anatomie masculine
- Gland de clitoris - Petites lèvres - Grandes lèvres - Urètre - Glandes para-urétrales de Skene - Les glandes de Bartholin - Glandes vestibulaires - Les glandes vestibulaires mineures	- Face dorsale du pénis - plis urétraux - scrotum - urètre prostatique - prostate - glandes de Cowper - l'ampoule de la verge - glandes de Littré

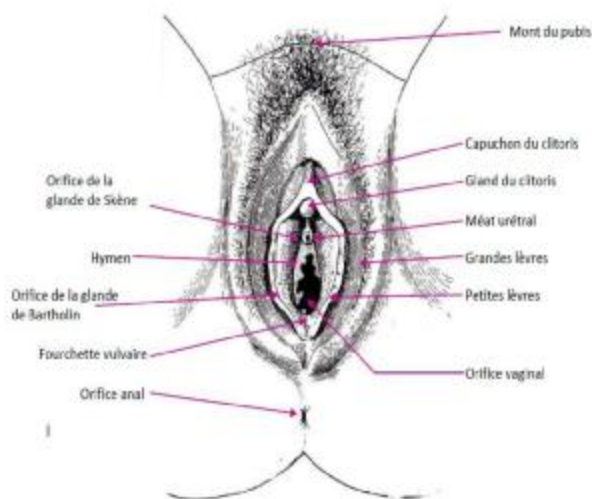


Figure 8 : OGE chez la femme

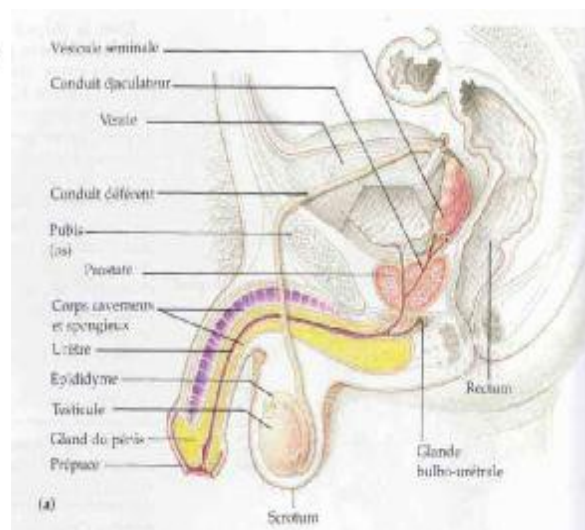


Figure 9 : OGE de l'homme

B. Données épidémiologiques :

Avec 305 cas diagnostiqués en vingt-deux mois, notre étude montre que les dermatoses des organes génitaux externes ne sont pas rares dans notre service. Cette constatation a été retrouvée également dans une étude réalisée à Conakry (4) qui avait inclus 102 malades sur une période de 5 mois.

1. L'âge et le sexe :

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 40 ans, résultats similaires ont été retrouvés dans une étude réalisée en *Guinée* (4) à propos de 102 malades. La même série avait trouvé par ailleurs des résultats différents de notre série avec une prédominance masculine et sex ratio de 1.83 contre 0.95 dans notre série.

2. Etat matrimonial :

Les mariés étaient les plus exposés avec un pourcentage de 63.4% contrairement à la série de *Guinée* (4).

3. Délais moyen de consultation :

Le retard diagnostic avec un délai de consultation allant jusqu'à 36 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 avec recours fréquent à l'automédication et aux traitements traditionnels.

4. Symptômes :

Le prurit était le symptôme le plus fréquent dans notre série car il est retrouvé chez 51% des patients ce qui rejoint la littérature (5) avec un pourcentage de 61, 7% suivie par la dyschromie dans 27,5% des cas.

5. Siège et types de lésions :

La localisation des dermatoses génitales chez les femmes prédomine au niveau des grandes et petites lèvres dans notre série ce qui rejoint l'étude indienne (5) 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.

C. Les diagnostics

1. La pathologie infectieuse:

1.1 : Pathologie virale :

Les verrues génitales sont des tumeurs génitales bénignes très répandues en raison de leur caractère transmissible. Elles sont associées à la dysplasie cervicale et le cancer (3).

Les dermatoses génitales d'origine virale étaient les plus retrouvées dans notre étude avec un pourcentage de 26% dont 96% des cas étaient d'origine HPV et cela était prédominé 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.

1.2 : Dermatoses génitales mycosiques :

Les mycoses génitales sont un motif fréquent de consultation (6), Soixante-quinze pour cent des femmes connaîtront au moins un épisode de mycose au cours de leur vie. Diagnostic clinique aisé, traitement rapide et efficace (7).

Dans notre série, les atteintes mycosiques occupent la seconde place dans les dermatoses génitales d'origine infectieuse. Elles touchent surtout les femmes avec un sex-ratio H/F de 0,7. Les atteintes mycosiques les plus retrouvées dans notre série sont représentées par l'atteinte candidosique et les dermatophyties.

1.3 : L'origine parasitaire :

L'éruption de la gale a une topographie évocatrice, particulièrement chez l'homme où il existe souvent un signe fondamental à rechercher systématiquement : le nodule scabieux. Il s'agit de lésions papuleuses, parfois excoriées, très prurigineuses siégeant dans la région génitale (fourreau, scrotum, pubien) comme c'était le cas chez les malades de notre série. Beaucoup plus rarement on trouve un chancre scabieux posant des problèmes diagnostiques avec les autres ulcérations génitales (2, 3, 8, 9).

2. Les maladies inflammatoires :

2.1. Psoriasis :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire fréquente, il présente 1 à 2 % de la population européenne, survenant sur un terrain génétiquement prédisposé (10).

La localisation génitale du psoriasis est fréquente constituant 37 % des lésions inflammatoires de la vulve (10) et elle est rarement isolée. Dans notre série, on a noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2 et une localisation pénienne fréquente dans 60% des cas, cela peut être expliqué par le phénomène de Koebner : zone soumise à la friction et à l'occlusion (11).

Le psoriasis se présente sous forme d'une ou des plaques érythémateuses, bien limitées, peu squameuses. Le diagnostic est aisé en cas d'autres localisations (2) parfois, en l'absence d'autres lésions évocatrices, une biopsie peut être utile pour confirmer le diagnostic (2).

2.2. Lichen scléreux :

Le lichen scléreux (LS) est une maladie inflammatoire chronique (12), d'évolution sclérosante, atteignant les muqueuses génitales et anales ainsi que la

peau (5). Actuellement, ce terme est utilisé pour désigner un processus cicatriciel chronique de dermatoses.

L'incidence de LS dans la population générale n'est pas connue (13). Dans notre série le LS est présent chez 5.6% des patients, ils étaient tous des femmes avec un âge moyen de 48 ans ce qui rejoint la littérature (5, 14).

On n'a pas trouvé des cas de lichen scléreux chez l'homme, ce qui n'est pas le cas dans la littérature (2) où L'atteinte génitale masculine est assez fréquente car 15 % des dermatoses péniennes dans deux séries (15, 16) sont des LS, cela pourrait être probablement expliqué par la circoncision de notre population musulmane.

2.3. Lichen plan :

Le lichen plan est une pathologie inflammatoire chronique (5, 17). Son incidence n'est pas établie, mais lynch (18) estime qu'il atteint 0,5% de la population européenne et américaine, dans notre étude il présentait 4.85% des cas avec une prédominance féminine sex-ratio 0,7. La participation péri-anale se produit dans les deux sexes (3), dans notre étude 18.5% des malades avaient une localisation anale associée.

Les lésions génitales du lichen plan, rares, sont habituellement superposables cliniquement à celles qui surviennent en d'autres points du tégument : petites papules violines, prurigineuses sur la peau ; sur les muqueuses, stries blanchâtres typiquement disposées en réseau, papules leucokératosiques associées ou non à des zones érosives (19).

2.4. Eczéma :

L'eczéma est la cause la plus fréquente de démangeaisons chroniques au niveau génitale (3, 20). Chez les hommes, l'eczéma affecte principalement le scrotum comme c'était le cas dans notre étude.

3. Les pathologies auto-immunes :

3.1. Vitiligo:

Le vitiligo est une maladie pigmentaire acquise caractérisée par la perte de mélanocytes entraînant une dépigmentation (5, 21). Environ 0,1% à 4% des personnes dans le monde sont touchées par le vitiligo. Les études indiennes rapportent la prévalence du vitiligo entre 0,46% et 8,8%(8). Sur les 47 cas de vitiligo de notre série, 7 avaient un vitiligo génital focal. La localisation des lésions au niveau des petites et grandes lèvres étaient retrouvée dans 8.7% des cas ce qui rejoint les résultats de la série indienne (5).

3.2. Les maladies de système :

Les maladies de système à localisation génitale sont représentées essentiellement par le lupus et la maladie de behçet.

Quelques cas de localisation vulvaire ont été décrits au cours de lupus sans aspect clinique spécifique : lésions leucoplasique ou érythémateuses parfois érosives (22).

Au cours de la maladie de Behçet, l'aphtose génitale (60%) est associée à l'atteinte buccale (100%) (23).

Le syndrome de Sjogren est à l'origine d'une sécheresse vulvo-vaginale.

3.3. Les 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 des OGE (2, 22), dans notre série elles étaient retrouvées chez seulement 4.5% des cas. Cependant, la possibilité de maladies bulleuses auto-immunes doit être systématiquement considérée comme un diagnostic différentiel des ulcérations

génitales, en raison de la sévérité de celles-ci et de la nécessité d'un traitement immunosuppresseur.

La pemphigoïde cicatricielle atteint les régions génitales dans 20 à 35 % des cas (2, 22), dans notre série on n'a trouvé aucun cas de pemphigoïde cicatricielle.

4. La pathologie tumorale :

Les tumeurs bénignes des OGE sont en général asymptomatiques et sont souvent de découverte fortuite lors de l'examen clinique de cette région (24).

Les tumeurs malignes des OGE, bien que peu fréquentes (2), représentent un difficile problème diagnostique et un challenge thérapeutique. Le carcinome spinocellulaire est le plus fréquent. Le diagnostic est souvent tardif car les patients consultent volontiers tardivement et les médecins n'examinent pas systématiquement cette région anatomique

5. Autres dermatoses génitales :

L'atteinte génitale de la maladie de crohn (25, 26) comprend des aspects de condylomes, fissure anale et vaginale, fistule et abcès. L'œdème d'une grande lèvre isolé ; comme c'était le cas chez une patiente de notre série; précédant éventuellement de plusieurs années la survenue d'un crohn. On recherchera à distance les classiques signes dermatologiques et généraux de la maladie de crohn. La biopsie des lésions est indispensable pour essayer de retrouver les classiques caractéristiques lésions granulomateuses. On rappelle ici que les signes cutanés peuvent précéder l'atteinte digestive patente. L'existence d'aphtes au niveau anale et/ou génital peut entrer dans le cadre de la maladie de crohn. (27, 28)

CONCLUSION :

Les dermatoses génitales constituent un motif fréquent de consultation. 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.

Cette étude souligne l'importance de diagnostiquer les dermatoses génitales et réfute l'idée fausse générale que tous les démangeaisons vulvaires est le résultat d'une infection fongique. D'où la nécessité de formations des médecins généralistes sur les dermatoses génitales et cibler la population jeune.

REFERENCES :

1. 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.
2. Chaine B, Janier M, Dermatoses génitales masculines EMC - Dermatologie-Cosmétologie, Volume 2, Issue 1, February 2005, Pages 43-63.
3. Libby Edwards. Atlas de dermatoses génitales. 2nd Revised edition (1 juillet 2010), ISBN-10: 1608310795. ISBN-13: 978-1608310791
4. Amouri I, Abbes S, Sellami H, Makni F, Sellami A, Ayadi A. Vulvovaginal candidiasis: A review. J Mycol Med. 2010 June ; 20(2) : 108-115
5. Bohbot JM. Infections gynécologiques basses. *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie, 2007, Pages 211-219*
6. Soumah M.M, Keita M, Diane B.-F, Tounkara T.M., Balde H., Camara A., Dabo, Doumbouya A., Camara A, Cisse M. Les dermatoses des organes génitaux : profils épidémiologique et clinique au service de dermatologie-MST de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry ? *Ann Dermatol Venereol.* 2012 Dec ; 139, Issue 12: B233-B234
7. 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.
8. Hashimoto K¹, Fujiwara K, Punwaney J, DiGregorio F, Bostrom P, el-Hoshy K, Aronson PJ, Schoenfeld RJ. Post-scabetic nodules : a lymphohistiocytic reaction rich in indeterminate cells. J Dermatol. 2000 Mar;27(3):181-94. J
9. Burkhart CG, Burkhart CN, Burkhart KM. An epidemiologic and therapeutic assessment of scabies. Cutis. 2000 Apr;65(4):233-40.

10. Tovell HM, Young AW Jr. Diseases of vulva : classification and incidence of 877 patients seen consecutively in vulva clinic. N Y State J Med. 1977 May;77(6):938-41.
11. Van De Kerkhof PC. New developments in the treatment of psoriasis. Skin Pharmacol Appl Skin Physiol. 2001 May-Jun;14(3):129-35.
12. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. Lancet. 1999 May 22;353(9166):1777-83.
13. Moyal-Barracco M. vulvar Lichen sclerosus. Ann Dermatol Venereol. 1997;124(6-7):479-89.
14. Pelisse M. Lichen sclerosus. Ann Dermatol Venereol. 1987;114(3):411-9.
15. Mallon E¹, Hawkins D, Dinneen M, Francics N, Fearfield L, Newson R, Bunker C. Circumcision and genital dermatoses. Arch Dermatol. 2000 Mar;136(3):350-4.
16. Hillman RJ¹, Walker MM, Harris JR, Taylor-Robinson D. Penile dermatoses: a clinical and histopathological study. Genitourin Med. 1992 Jun;68(3):166-9.
17. Burgin S. Nummular eczema and lichen simplex chronicus/prurigo nodularis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2008. p. 158-62
18. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. Dermatol Ther. 2004; 17 (1): 8-19.
19. Bunker CB, Neill SM. The genital, perianal and umbilical regions. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 7th edn. Oxford: Blackwell Science; 2004: 68.1-68.104.

20. Libby Edwards, Genital dermatology Atlas.Reitamo S, Rustin M, Ruzicka T, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone butyrate ointment in adult patients with atopic dermatitis.J Allergy Clin Immunol 2002 ; 109 :547-555
21. Bleehen SS, Anstey AV. Disorders of skin colour. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 7th edn. Oxford: Blackwell Science; 2004: 39.1- 39.68.
22. Renaud-vilmer C, Dehen L, de Belilovsky C , Caveller-balloy B. Pathologie vulvaire. Encycl Méd Chir. 98-836-2-10, 2001, 14p
23. Chate JV, Jorizzo JL. Behcet's disease and complex aphthosis. J Am Acad Dermatol. 1999 Jan;40(1):1-18; quiz 19-20.
24. Hwang L, Wilson H, Orengo I. Irregular pigmented genital macules. Arch Dermatol. 2000 Dec;136(12):1559-64.
25. Delaporte E, Viget N, Pasturel-Michon U, Catteau B, Hachulla E, Piette F. Pyostomatitis-pyodermatitis vegetans uncovering a case of Crohn disease. Ann Dermatol Venereol. 1998 May;125(5):331-4.
26. Kari JA, Shah V, Dillon MJ. Behcet's disease in UK children : a clinical features and treatment including thalidomide. Rheumatology (Oxford). 2001 Aug;40(8):933-8.
27. Palder SB, Shandling B, Bilik R, Griffith AM, Sherman P. Perianal complications of pediatric Crohn's disease. J Pediatr Surg. 1991 May;26(5):513-5.

28. Delaporte E, Viget N, Pasturel-Michon U, Catteau B, Hachulla E, Piette F. Pyostomatitis-pyodermatitis vegetans uncovering a case of crohn disease. Ann Dermatol Venereol. 1998 May;125(5):331-4.