

LES LÉSIONS PIGMENTÉES DE LA VULVE

MEMOIRE PRESENTE PAR :

DOCTEUR KALMI NOURA

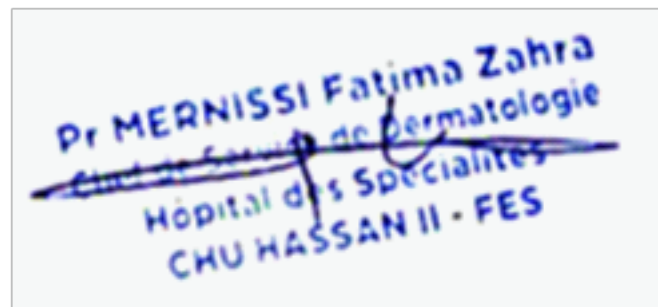
Née le 19 /06/ 1992 A MEKNES (MAROC)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : DERMATOLOGIE

SOUS LA DIRECTION DE : PROFESSEUR HANANE BAYBAY

PROFESSEUR MERNISSI FATIMA ZAHRA



Session Octobre 2024

REMERCIEMENTS

A Mon Maître

Madame la Professeure Mernissi Fatima Zohra

Nous avons eu le grand privilège de travailler sous votre direction. Vous avez été pour nous bien plus qu'un conseiller et un guide, nous accueillant toujours avec empathie et bienveillance. Votre désir de nous voir exceller et de n'accepter pour nous que l'excellence a été une source constante de motivation. Vos compétences professionnelles, alliées à vos qualités humaines exceptionnelles, vous avez valorisé le respect de tous. Vous incarnez pour nous un modèle de rigueur, d'intégrité et d'excellence dans l'exercice de la profession. Votre encouragement et votre soutien indéfectibles nous ont inspirés chaque jour à donner le meilleur de nous-mêmes. Veuillez, cher Maître, trouver dans ce travail l'expression de notre profonde considération, notre sincère reconnaissance, et notre respect.

A mon maître

Madame la Professeure BAYBAY Hanane

Tout au long de cette formation, vos qualités humaines et votre dévouement envers les patients nous ont profondément marqués. Vous étiez toujours disponible, attentive et désireuse de nous offrir la meilleure formation possible.

Votre encouragement constant, votre bienveillance et votre capacité à nous guider avec tant de générosité et de patience nous ont inspirés chaque jour. Vous avez su créer un environnement d'apprentissage rassurant et stimulant.

Merci de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire. Grâce à vous, j'ai adoré le créneau de vulvologie, grâce à votre patience et à votre générosité infinie. Nous souhaitons vous rendre un hommage appuyé et exprimer notre sincère gratitude. Nous vous remercions de tout cœur pour votre soutien indéfectible et votre présence réconfortante.

A Mon maître

Madame la professeure ELLOUDI Sara

Durant notre formation, vous avez été notre mentor, toujours à l'écoute des patients, calme et d'une minutie exemplaire. Ne cessant de nous prodiguer vos précieux conseils pour nous orienter dans l'apprentissage de la Dermatologie et

Vénérologie, vous avez été une source d'inspiration constante. Nous vous remercions sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour nous. Vous êtes un modèle de rigueur, d'intégrité et d'excellence, et nous sommes honorés.

A Mon maître

Madame la professeure SOUGHY Meryem

Nous avons eu le privilège de vous côtoyer pendant une assez longue période, qui a été extrêmement enrichissante en échanges et en apprentissages. Votre enthousiasme et votre activité nous ont grandement inspirés. Merci pour vos précieux conseils. Nous vous souhaitons un succès continu et grandissant.

A Mon maître

Madame la professeure Zakia Douhi

Tout au long de notre formation, vous avez été bien plus qu'un mentor pour nous. Toujours calme et extrêmement méticuleuse, vous avez fait preuve d'une douceur infinie. Votre encouragement constant a été une source d'inspiration inestimable. Comme une grande sœur, vous nous avez guidés avec bienveillance et générosité, prodiguant vos précieux conseils pour nous orienter dans l'apprentissage de la Dermatologie et Vénérologie. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre soutien indéfectible et votre présence rassurante.

A tous nos enseignants :

À tous nos enseignants, véritables phares dans notre parcours, nous adressons nos plus sincères remerciements. Votre dévouement et votre expertise ont éclairé notre chemin et continueront à le faire. Nous espérons être dignes de la confiance que vous avez généreusement placée en nous.

A Toute l'équipe du Service de Dermatologie et Vénérologie

Enfin, je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers chaque membre de cette grande famille, nos vénérés anciens du service, tous les résidents et internes, ainsi que l'équipe paramédicale dévouée du service de Dermatologie et Vénérologie. Votre soutien indéfectible et votre collaboration précieuse ont été inestimables pour moi. Je vous serai éternellement reconnaissante.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGN	: <i>Atypical genital nevus</i> ou naevus atypique de type génital
DPN	: Deep penetrating nevus ou naevus à pénétrance profonde
HIV	: Virus de l'immunodéficience humaine
HPV	: Human papilloma virus ou papilloma virus
HSIL	: <i>high-grade squamous intraepithelial lesions</i> ou lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade
ISSVD	: <i>International Society for the Study of Vulvovaginal Disease</i>
KS	: Kératose séborrhéique
LPV	: Lésion pigmentée de la vulve
MB	: Maladie de Bowen
MBp	: Maladie de Bowen pigmenté
MST	: Maladie sexuellement transmissible
PDT	: Thérapie photodynamique
VIN	: Néoplasie intraépithéliale vulvaire
VINu	: Néoplasie intraépithéliale vulvaire usuelle

PLAN

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
PLAN	7
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	11
INTRODUCTION.....	12
I. Rappels anatomiques et histologiques de la vulve.....	15
A. Anatomie de la vulve	15
B. Histologie de la vulve	18
II. Généralités–Classification	20
III. Objectif de l'étude	21
A. Objectif principal	21
IV. Matériels et méthodes	22
A. Type de l'étude	22
B. Lieu et date de l'étude.....	22
C. Critères d'inclusion	22
D. Critères d'exclusion	22
E. Méthode de l'étude	22
F. Analyse statistique	24
RÉSULTATS	25
I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes	26
A. L'âge	26
B. État matrimonial	27
C. Antécédents.....	27
II. Diagnostic positif.....	28
A. Motif de consultation	28
B. Délai moyen de consultation	28
C. Le siège, la taille et le type des lésions :	28
D. La dermoscopie.....	30
E. Bilan paraclinique	30
III. Diagnostic étiologique.....	31
A. Pathologies d'origine mélanocytaire	33
1. Hyperpigmentation épithéliale	33
a. Mélanose	34
b. Lentigo	34

2. Hyperplasie mélanocytaire	37
a. Nævi	37
b. Mélanome.....	38
B. Pathologies d'origine non mélanocytaire	38
1. Lésions HPV induites	38
a. Condylomes pigmentés.....	38
b. La néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN).....	39
2. Lésions vasculaires	41
3. Autres	43
IV. Caractéristiques dermoscopiques	45
A. Dermoscopie des pathologies d'origine mélanocytaire.....	46
1. Mélanose	46
2. Lentigo	47
3. Naevus	47
B. Démoscopie des pathologies d'origine non mélanocytaire	49
1. Démoscopie des pathologies HPV induites.....	49
a. Condylomes pigmentés.....	49
b. Néoplasie intra-épithélial (VIN) HPV induite	50
2. Dermoscopie des pathologies vasculaires	51
3. Autres.....	53
V. Traitement	54
VI. Evolution	56
DISCUSSION	57
I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes	59
A. L'âge	59
B. État matrimonial	59
C. Motif de consultation	59
D. Délais moyen de consultation.....	60
E. Le siège, la taille et le type des lésions	60
II. Diagnostic étiologique.....	61
A. Pathologies d'origine mélanocytaire	61
1. Hyperpigmentation épithéliale : mélanose bénigne	61
2. Hyperplasie mélanocytaire	64

a. Nævi	64
b. Mélanome.....	66
B. Pathologies HPV induites	67
1. Condylomes pigmentés	67
2. Néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN) HPV induite.....	68
C. Pathologies vasculaires	70
a. Angiokératome	70
b. Les varices vulvaires.....	71
c. La maladie de kaposi	72
d. Hémangiomes infantile vulvaire.....	72
D. Autres	73
III. Caractéristiques dermoscopiques	74
A. Origine mélanocytaire	75
1. Mélanose/lentigo	75
2. Naevus	76
3. Mélanome.....	77
B. Origine non mélanocytaire	78
1. Pathologies HPV induite	78
a. Condylomes pigmentés.....	78
b. La maladie de Bowen pigmenté	79
2. Pathologies vasculaires	80
3. Autres	81
LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVE	82
CONCLUSION	83
RESUMÉ	86
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHIE	94

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. Anatomie de la vulve en position gynécologique.	17
Figure 2. Histologie normale de la vulve.	19
Figure 3. Classification des lésions pigmentées vulvaires.	20
Figure 4. Répartition des malades par tranches d'âge.	26
Figure 5. Répartition des antécédents chez nos malades.	27
Figure 6. Type de lésions retrouvées dans notre étude.	29
Figure 7. Apport de la dermoscopie dans notre étude.	30
Figure 8. Répartition des lésions examinées par dermoscopie dans notre étude	45
Figure 9. Répartition des patrons dermoscopiques objectivés dans les pathologies mélanocytaires.	49
Figure 10. Variantes du patron circulaire (a) : (b) Patron en écailles de poisson (c) Patron en hyff.	75
Tableau 1. Les diagnostics retrouvés dans notre série.	32

INTRODUCTION

La dermatologie génitale étudie les dermatoses des organes génitaux externes. La vulve reste l'une des régions les plus couvertes du corps, Contrairement à d'autres régions cutanées, son accès est compliqué, et semble vraiment être un organe pelvien oublié.(1) Les lésions pigmentées vulvaires (LPV) est un chapitre majeur de la dermatopathologie vulvaire car elles représentent 9 % des motifs de consultation (2)

En général, en l'absence de symptômes, les femmes n'examinent pas leur vulve. Rock et al. avaient noté que 84% des patientes ayant une LPV ignoraient qu'elles en avaient une (3). De plus, l'examen vulvaire semble souvent négligé par les gynécologues au profit de l'examen du col utérin. Certains dermatologues reconnaissent qu'au cours de leur examen des naevus pour le dépistage du mélanome, ils ne pratiquent pas forcément un examen de la région génitale. On peut donc inférer que des LPV peuvent être méconnues des patientes elles-mêmes, de leur gynécologue et de leur dermatologue, ce qui peut conduire au retard diagnostique.

Il existe très peu de données épidémiologiques récentes sur les LPV, et il n'existe pas de recommandations officielles sur la prise en charge de ces lésions, notamment quelle lésion prélever pour examen anatomopathologique.

La dermoscopie 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, mais son utilisation au niveau de la muqueuse génitale notamment dans le diagnostic des LPV reste limitée, avec peu d'études publiées et par conséquent des connaissances limitées. Très peu d'études formelles

concernant ce sujet 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, d'où l'idée de la réalisation de notre travail afin de connaître d'abord le profil épidémiologique clinique et évolutif de nos malades pour une meilleure approche thérapeutique, et aussi rapporter une nouvelle étude descriptive sur la dermoscopie des lésions pigmentées de la muqueuse génitale féminine, vu son manque dans la littérature.

I. Rappels anatomiques et histologiques de la vulve

A. Anatomie de la vulve :

La vulve est la partie externe des organes génitaux féminins. Cette région représente 1 à 2% de la surface corporelle. Elle est composée du mont de Vénus, des grandes lèvres, les petites lèvres, du clitoris, du méat urinaire, du vestibule, de la fourchette et du périnée, ainsi que des glandes vestibulaires et para-urétrales (4,5).

Elle est une saillie ovoïde à grand axe sagittal située entre le mont de Vénus en avant et l'anus en arrière.

Le mont de Vénus (ou pénil, mons pubis en anglais) est la zone de peau située en avant de la symphyse pubienne, au-dessus de l'os pubien.

Cette saillie présente une fente médiane appelée fente vulvaire qui est bordée latéralement par deux replis cutanés : les grandes lèvres. Il s'agit des limitantes latérales de la région vulvaire. Leur face externe est de couleur légèrement à très foncée, avec des poils. Leur face interne, rosée et lisse, a un revêtement glabre dans sa partie profonde et parsemée de quelques poils dans la partie marginale. Les grandes lèvres se réunissent en avant et en arrière pour former les commissures antérieure et postérieure.

En dedans des grandes lèvres se trouvent deux autres replis minces de coloration plus rosée : les petites lèvres. Elles se rejoignent en arrière, ce qui constitue la fourchette, et en avant pour former le capuchon du clitoris. Entre les formations labiales s'ouvrent : l'urètre (ostium externe de l'urètre) en avant, les glandes de Skène de chaque côté de l'ostium, le vagin en arrière dont l'orifice inférieur est partiellement obturé par l'hymen chez la vierge, les canaux excréteurs des glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures)

au tiers moyen et inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres. A la partie postérieure du périnée s'ouvre le canal anal.

Le périnée a une autre définition que celle d'une zone spécifique dans la vulve : celle signifiant la région de paroi inférieure du pelvis, une région située entre les racines des membres inférieurs, la symphyse pubienne et le sacrum. Nous utiliserons le mot de périnée pour parler de la région entre la commissure postérieure et l'anus, ce qui est communément employé dans le jargon dermatologique.

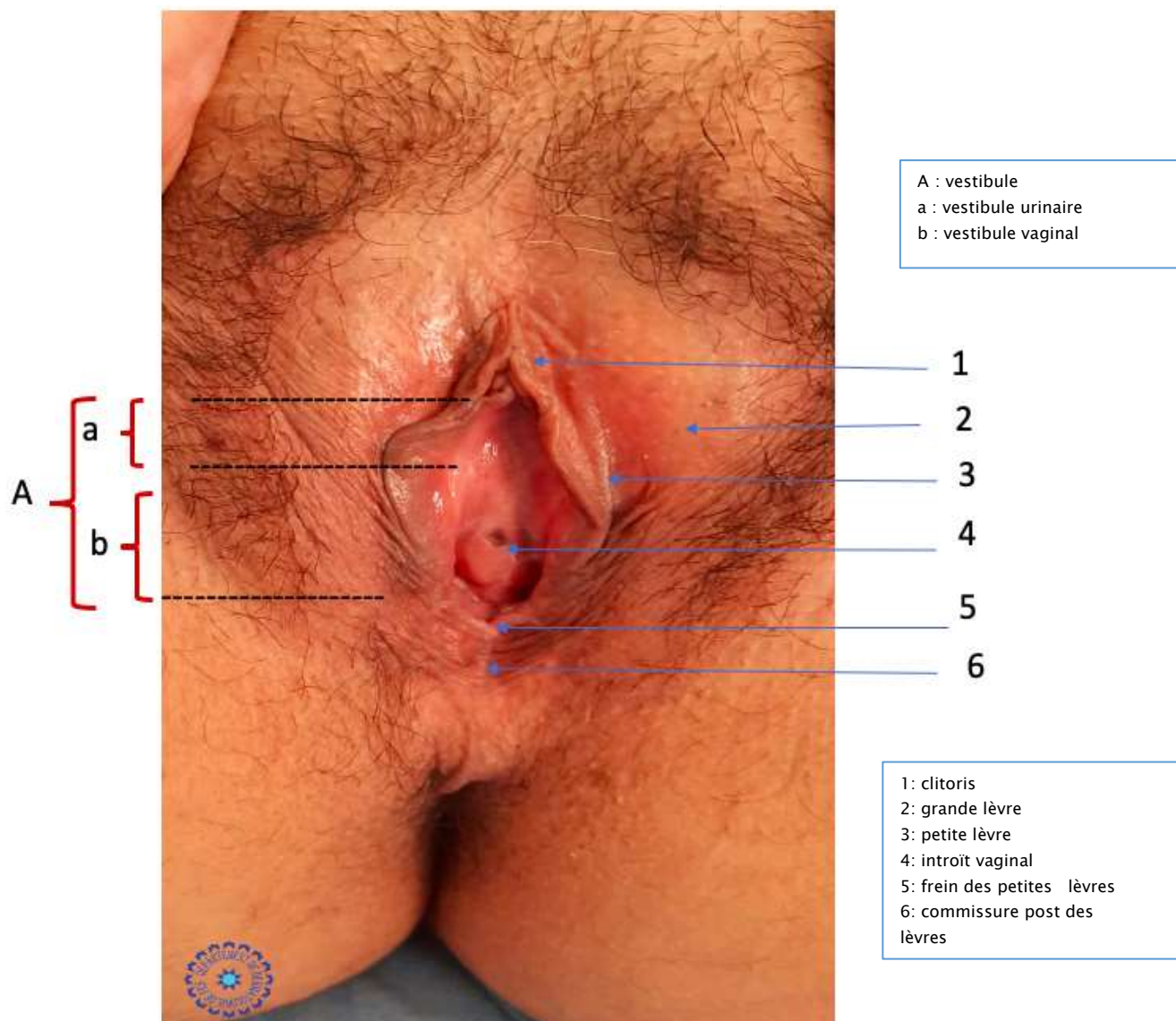


Figure 1. Anatomie de la vulve en position gynécologique.

B. Histologie de la vulve :

La vulve est une zone de transition entre les conduits urétral et vaginal et la peau, sur une faible surface, l'histologie est variée selon les secteurs.

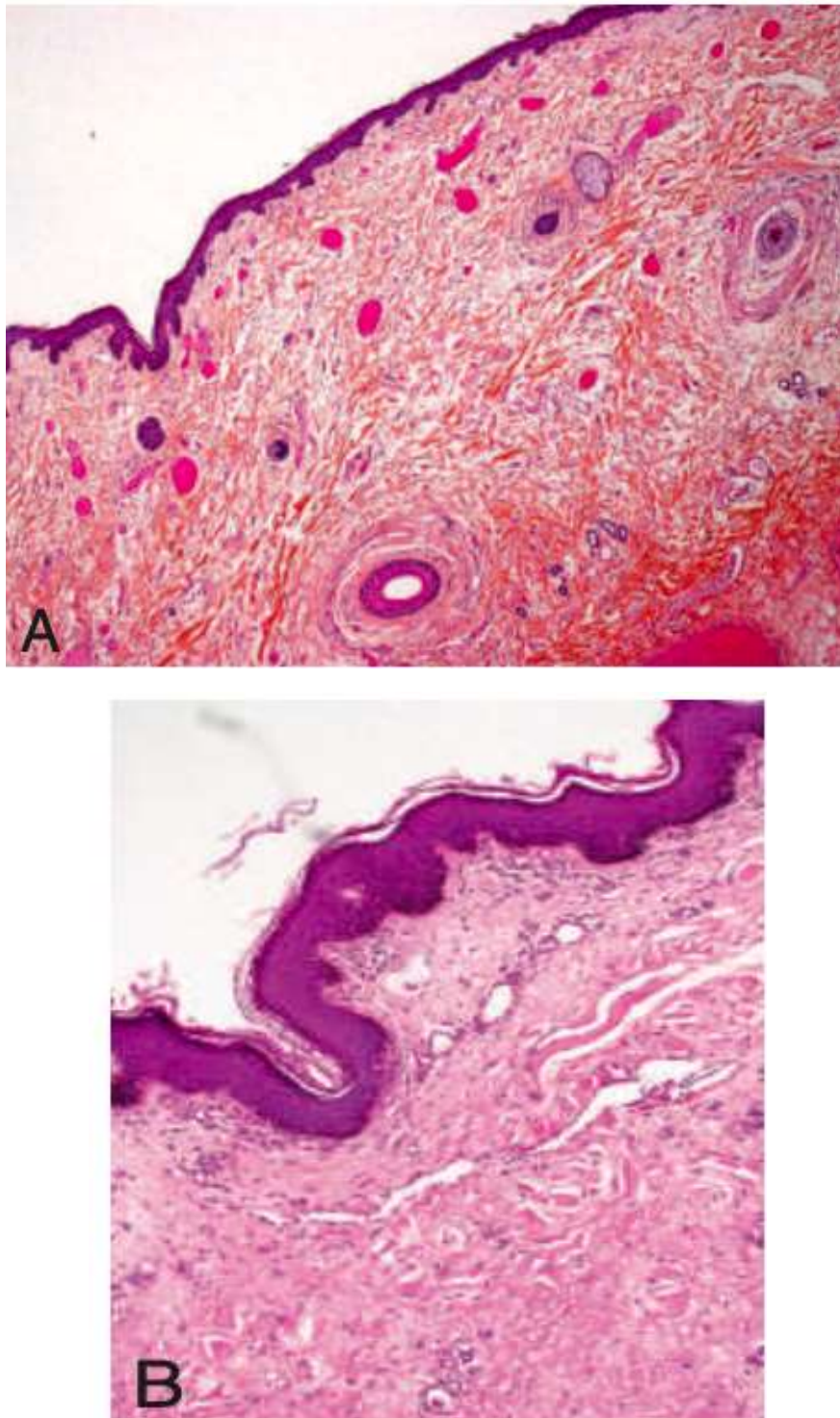
Les grandes lèvres sont revêtues d'un épithélium malpighien kératinisé et souvent pigmenté, identique à l'épiderme. Le derme est riche en follicules pileux, avec des glandes sébacées, sudoripares eccrines et apocrines. Il existe un tissu adipeux sous-cutané et un muscle dartoïque.

Les petites lèvres sont constituées d'un épithélium pavimenteux stratifié faiblement kératinisé. Le derme est richement vascularisé et innervé ; il contient un nombre variable de glandes sébacées non connectées à un follicule pileux qui sont appelées grains de Fordyce. Il y a dans la littérature des divergences concernant la structure histologique des petites lèvres. De nombreux auteurs anglo-saxons considèrent les petites lèvres comme étant muqueuses (6,7). Les auteurs français leur attribuent une structure cutanée (8). S'agissant d'une zone de transition entre la structure cutanée des grandes lèvres et la muqueuse vestibulaire/vaginale, elles devraient être considérées comme des demi-muqueuses, comme l'est la lèvre rouge de la bouche, jonction entre la peau (lèvre blanche) et la muqueuse orale.

Le vestibule est tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé et où la positivité de la coloration de PAS montre la forte charge en glycogène. Les différentes glandes vestibulaires (glandes de Bartholin, péri-urétrales de Skène, vestibulaires mineures) y débouchent.

Le mont de Vénus comporte une épaisse couche de tissu adipeux ainsi que des follicules pileux qui se développent à partir de la puberté.

Le périnée est formé par un épiderme kératinisé, avec dans l'hypoderme des glandes apocrines.



A. Face externe de la grande lèvre. Présence d'annexes sudorales et pilo- sébacées.

B. Face interne de la grande lèvre

Figure 2. Histologie normale de la vulve.

II. Généralités–Classification :

Les lésions pigmentées vulvaires englobent une grande variété de troubles pouvant avoir une origine mélanocytaire, résultant soit d'une hyperplasie mélanocytaire ou d'une hyperpigmentation épithéliale sans hyperplasie mélanocytaire importante, ou bien provenant d'une origine non mélanocytaire (9). Il convient de souligner que cette classification est d'ordre histologique, et à notre connaissance, aucune autre classification n'a été abordée dans la littérature consultée. Une étude récemment publiée par TOMO et al. (10) a proposé une classification de ces lésions basée sur leur aspect histologique, comme suit :

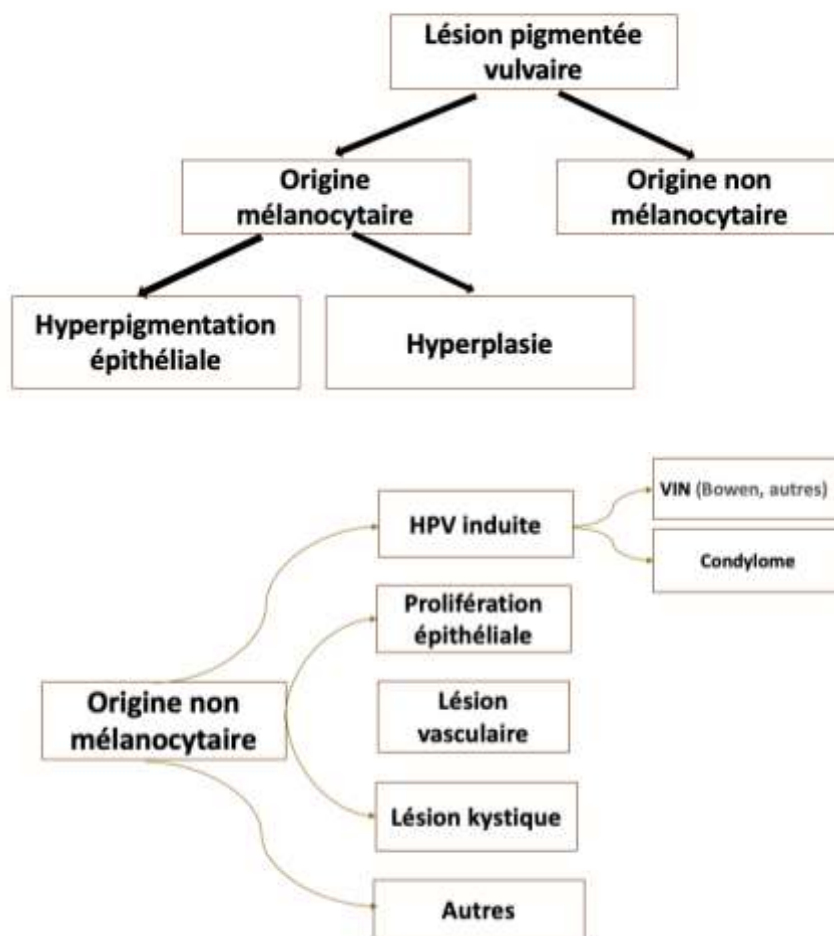


Figure 3. Classification des lésions pigmentées vulvaires

III. Objectif de l'étude :

A. Objectif principal :

Décrire le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des lésions pigmentées génitales chez notre population consultant soit au service de dermatologie ou dans les autres services notamment le service de gynécologie de CHU Hassan II de FES ,chez qui les lésions pigmentées vulvaires constituaient le motif de consultation ou étaient découvertes lors d'un examen systématique .

IV. Matériels et méthodes :

A. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de série de cas rétro-prospective des lésions pigmentées génitales féminines.

B. Lieu et date de l'étude

Étude menée du janvier 2018 au janvier 2024, au sein du CHU Hassan II de Fès.

C. Critères d'inclusion

Toutes les patientes, quel que soit leur âge consultant, au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès ou dans les autres services du CHU notamment de gynécologie en raison d'une lésion pigmentée de la région génitale ou pour autre pathologies chez qui l'examen avait objectivé une lésion pigmenté vulvaire.

D. 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 :

Épidémiologiques :

- L'âge, l'état matrimonial
- Mode de recrutement
- ATCD :gynéco-obstétrique ,dermatologiques..
- ATCD de pathologies vulvaires : traumatique ,inflammatoire, oncologiques ..

- Le motif de consultation pigmentation génital ou non
- Durée d'évolution ,délai moyen de consultation, les signes fonctionnels.

Cliniques :

- Un examen clinique précis, incluant l'évaluation du phototype, ainsi qu'un examen minutieux de la région génitale et péri-génitale, permettant de préciser le type de lésions (lésion élémentaire), leur caractère uni ou multifocal, ainsi que leur unilatéralité ou bilatéralité. La localisation sur la vulve a été divisée en 4 catégories : grandes lèvres, petites lèvres, clitoris et fourchette.
- L'examen du reste des téguments notamment des autres muqueuses et l'appareil unguéal était nécessaire à fin d'orienter le diagnostic
- Notre examen clinique est complété chez la plupart des patientes par l'examen dermoscopique . Les images dermoscopiques ont été capturées avec un dermoscope Dermlite 4. Toutes les images dermoscopiques ont été évaluées selon les schémas dermoscopiques décrits dans la littérature.

Paracliniques :

Les examens paracliniques en fonction des données cliniques : sérologie (HIV, TPHA/VDRL..) ; biopsie et l'examen histopathologique.

Thérapeutique et évolutives :

Les différents traitements administrés en fonction du diagnostic et l'évolution.

F. Analyse statistique :

Les photos étaient prises après consentement des malades.

La saisie des données recueillies sur des fiches d'exploitation (Annexe 1), préalablement imprimées .

L'analyse statistique a été effectuée au service d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire, à l'aide du logiciel SPSS 21.0.

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

RÉSULTATS

Nous avons colligé 100 patientes atteintes de dermatose pigmentée génitale ,avec 128 lésions génitales objectivées. Chez 14 malades on a pu retrouver deux types de diagnostic.

Le recrutement des patientes à travers la consultation était (67 %), au cours de l'hospitalisation (11%), par le biais des avis sollicités dans d'autres services notamment en gynécologie (22%).

I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes

A. L'âge : (Figure 1)

L'âge moyen était de 45,51 ans, avec des extrêmes allant de 1 à 82 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 41 et 60 ans, représentant 45 % des cas, suivie de celle entre 16 et 40 ans, concernant 29 % des cas. Les enfants représentaient 8 % de nos patientes

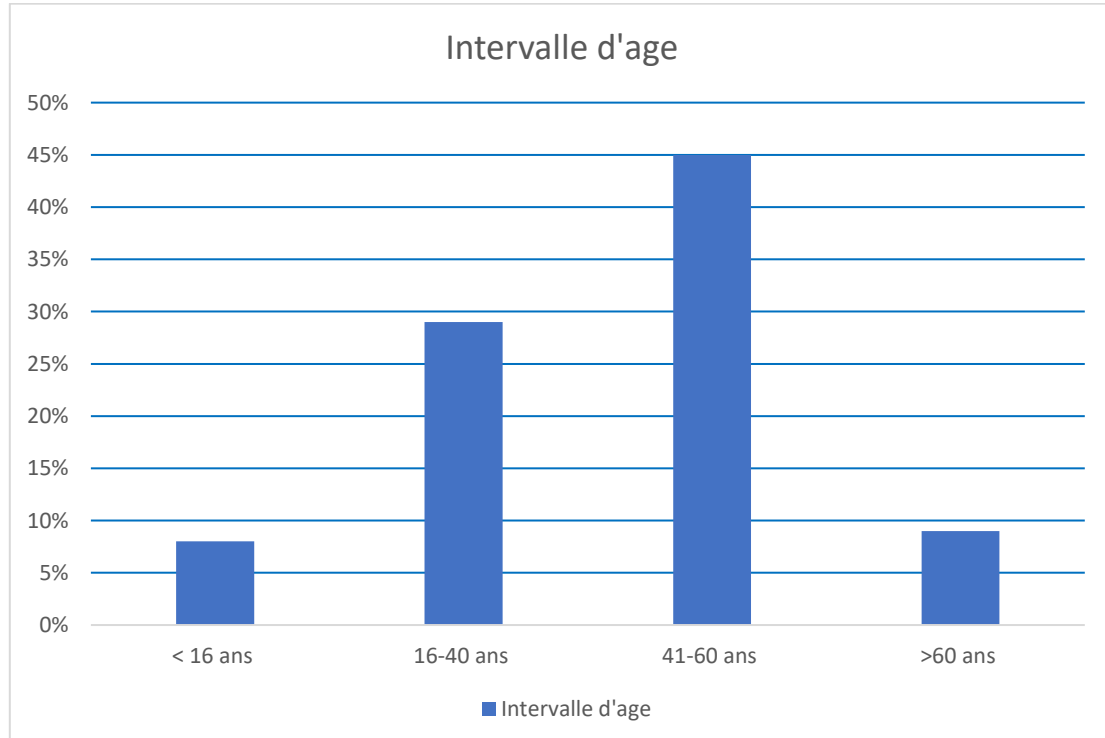


Figure 4. Répartition des malades par tranches d'âge

B. État matrimonial :

Soixante-sept de nos patientes étaient mariées, soit 67 %, tandis que les vingt-trois restantes étaient célibataires. De plus, 62 % de nos malades ont déclaré avoir une vie sexuelle active.

C. Antécédents : (Figure 2)

Les malades de notre étude avaient des antécédents d'hypertension artérielle dans 8 % des cas, de diabète dans 6 % des cas, d'affection dermatologique connue dans 40 % des cas, d'affection néoplasique cutanée dans 8 % des cas, et de maladies sexuellement transmissibles (MST) dans 5 % des cas.

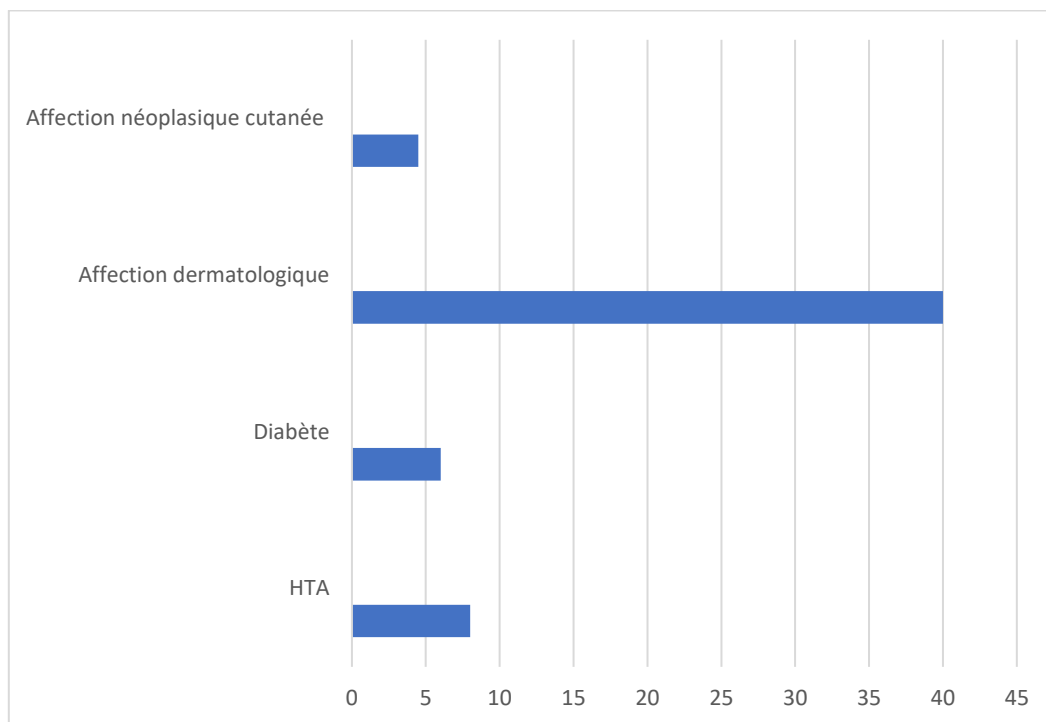


Figure 5. Répartition des antécédents chez nos malades

L'antécédent d'un traumatisme vulvaire a été rapporté par 2 % des patientes (épisiotomie), une chimiothérapie par 1%, tandis qu'une pathologie vulvaire, en particulier inflammatoire (lichen scléro-atrophique), était présente chez 24 %.

II. Diagnostic positif

A. Motif de consultation

Les lésions pigmentées vulvaires étaient un motif de consultation chez 31 % des patientes, tandis que 69 % ignoraient qu'elles en avaient une, leur découverte étant fortuite lors d'un examen systématique. Les lésions étaient asymptomatiques chez 66 % d'entre elles, prurigineuses chez 27 %, douloureuses chez 4 %, associées à une sensation de pesanteur chez 2 %, à un écoulement liquide ou à un saignement au moindre traumatisme chez 3%.

B. Délai moyen de consultation :

Le délai moyen de consultation, défini comme la durée d'évolution des symptômes avant la consultation, était difficilement identifiable. Parmi les 30 % des patientes pour lesquelles les LPV étaient un motif de consultation, ce délai variait de 2 mois à 30 ans, avec une moyenne de 32 mois.

C. Le siège, la taille et le type des lésions :

Les grandes lèvres étaient le site le plus touché, représentant 57 % des cas, suivies des petites lèvres avec 36 %, le clitoris avec 8 %, la fourchette postérieure avec 6 % et le vestibule avec 4 %.

L'atteinte était bilatérale dans 41 % des cas et multifocale dans 60 % des cas.

Les lésions mesuraient moins de 6 mm dans 48% des cas

Les macules étaient les lésions élémentaires les plus observées dans notre étude, représentant 62 %. Elles étaient suivies des lésions papuleuses avec 20 %, des plaques avec 12 %, des nodules avec 4 % et des tumeurs avec 2% (Figure 3). Il est à noter que trois patientes présentaient plus d'un type de lésion.

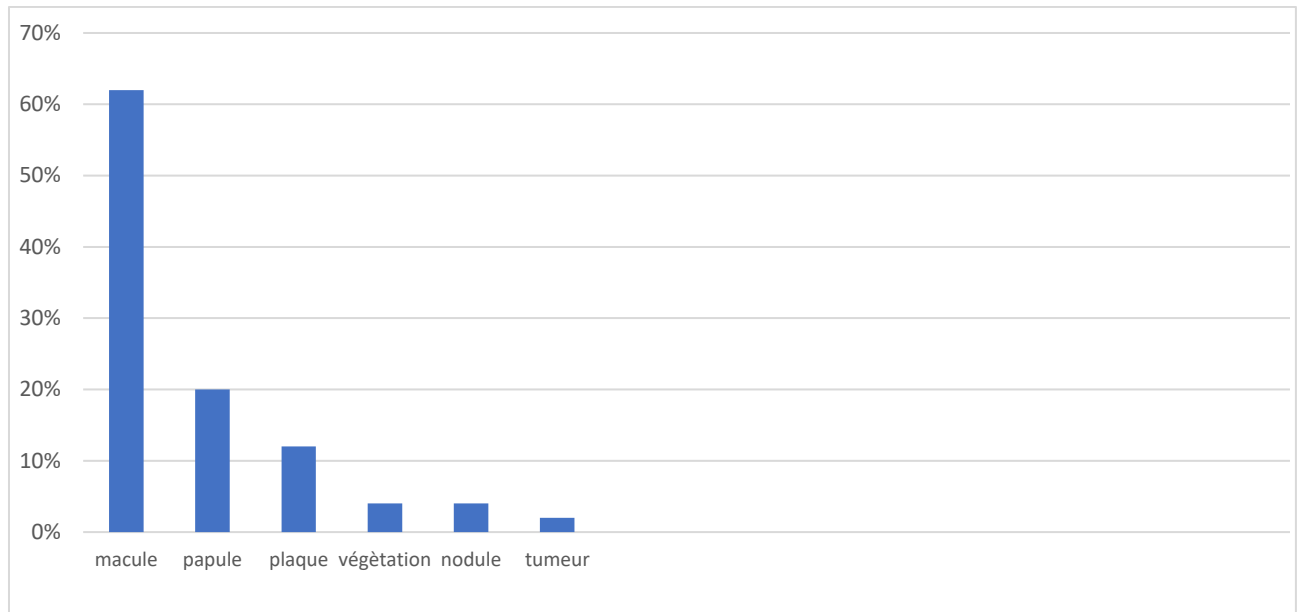


Figure 6. Type de lésions retrouvées dans notre étude

D. La dermoscopie

Dans notre étude 73 patientes ont été examinées par la dermoscopie, portant ainsi sur 93 lésions soit 73% .

La dermoscopie a permis d'orienter le diagnostic positif chez 80% des cas, de guider les sites de biopsies chez 14% et de suivre l'évolution des malades dans 18% des cas.

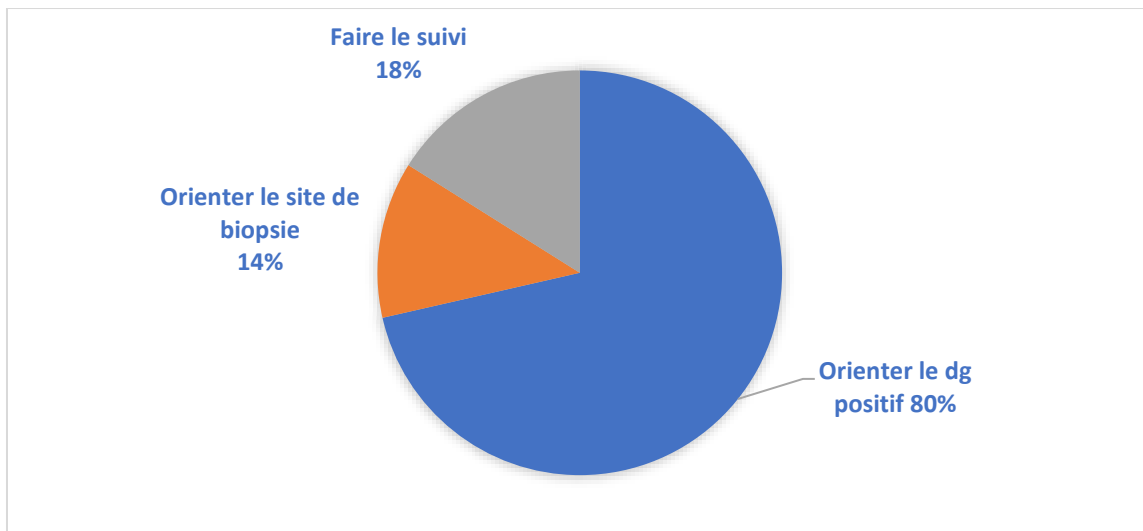


Figure 7. Apport de la dermoscopie dans notre étude

E. Bilan paraclinique :

Pour confirmer le diagnostic, certains examens paracliniques étaient demandés, notamment la biopsie cutanée réalisée chez 17 % des malades, les sérologies virale et syphilitique (16%), ainsi que l'échographie doppler dans les cas de pathologies vasculaires (4%).

III. Diagnostic étiologique:

Les étiologies identifiées étaient principalement dominées par les lésions pigmentées dues à une hyperpigmentation épithéliale (mélanose, lentigo) dans 53 des cas, soit 41,4 %. Parmi celles-ci, 24 cas (18,75 %) étaient d'origine post-inflammatoire, 18 cas (14,06 %) étaient sans cause évidente, 7 cas (5,46 %) étaient physiologiques, 2 cas (1,56 %) étaient post-traumatiques, 1 cas (1,56 %) étaient post-chimiothérapie, et 1 cas (0,78 %) entraient dans le cadre d'un syndrome de Laugier.

En second lieu, la pathologie induite par le virus du papillome humain (HPV) était présente chez 40 cas, soit 31,25% (comprenant 35 cas de condylomes (27,34%) et 5 cas de VIN (3,9%)). Les lésions résultant d'une hyperplasie mélanocytaire (nævi) étaient observées chez 16 cas (12,5%), suivies des pathologies vasculaires chez 8 cas (6,25%)

Notre étude incluait également les lésions pigmentées résultant d'une prolifération épithéliale, notamment 8 cas de kératoses séborrhéiques (6,25 %) et d'autres causes de pigmentation vulvaire, telles que 2 cas d'acanthosis nigricans (1,56 %) et seul cas de kystes mucoïde (0,78). (Tableau 1)

Pathologie	Lésions (128)N (%)
Origine mélanocytaire :	69 (53,9)
*Hyperpigmentation épithéliale (mélanose/lentigo)	53 (41,4)
– Post-inflammatoire	24 (18,75)
– Sans cause évidente	18 (14,06)
– Physiologique	7 (5,46)
– Post traumatique	2 (1,56)
– Post chimiothérapie	1 (0,78)
– Sd Laugier	1 (0,78)
* Hyperplasie mélanocytaire	16 (12,5)
Bénigne = nævi	16 (12,5)
Maligne = mélanome	0 (0)
Origine non mélanocytaire	59 (40,09)
*Lésions HPV induites	40 (31,25)
Condylomes	35 (27,34)
VIN	5 (3,9)
*Lésions vasculaires	8 (6,25)
Varices vulvaires	2 (1,56)
Angiokératome	3 (2,34)
Hémangiomes	2 (1,56)
Maladie de kaposi	1 (0,78)
*Autres	11 (8,59)
Kératoses séborrhéiques	8 (6,25)
Acanthosis nigricans	2 (1,56)
Kyste mucoïde	1 (0,78)

Tableau 1. Les diagnostics retrouvés dans notre série

A. Pathologies d'origine mélanocytaire :

1. Hyperpigmentation épithéliale :

Notre étude nous a permis de recueillir 53 cas (41,4%) d'hyperpigmentations épithéliales, dont 45 cas (35,15 %) de mélanose et 8 cas (6,25%) de lentigo.

L'âge moyen des patientes était de 49 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 18 à 87 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions était difficilement estimable. Les mélanoses/lentigo n'étaient un motif de consultation que chez 12 % des cas, et pour le reste, leur identification a été objectivée lors de l'examen systématique.

Toutes les patientes présentaient des lésions maculaires. Les lésions étaient rattachées à une origine physiologique dans 7 cas (13,20%), dont 5 cas (9,43%) survenant au cours de la grossesse. Elles étaient post-inflammatoires sur des lésions de lichen scléreux dans 24 cas (45,28%), post-traumatiques sur les cicatrices d'épisiotomie dans 2 cas (3,7%), post-chimiothérapie à base de carboplatine paclitaxel dans 1 cas (1,88%), cette patiente présentait en plus une pigmentation palmo-plantaire, unguéale et cutanée. La mélanose vulvaire était associée à un syndrome de Laugier chez un seul cas, et elle était sans cause apparente chez 18 cas (33,96%).

Les lésions étaient asymptomatiques chez toutes les patientes. Cependant, chez celles chez qui les mélanoses étaient associées au lichen scléreux, elles étaient également liées à un prurit d'intensité variable.

a. Mélanose :

Les 46 cas de mélanoses dans notre série se manifestaient par des macules brunâtres multifocales, dont la taille dépassait les 6 mm chez toutes les patientes. Elles se localisaient au niveau du vestibule dans 40 % des cas, des petites lèvres dans 30 % des cas, et au niveau de la face interne des grandes lèvres dans 40 % des cas.

b. Lentigo :

Les lentigos se caractérisaient par une macule brune bien délimitée, dont la taille n'excédait pas 6 mm. Ils étaient unifocaux et unilatéraux dans tous les cas, se localisant au niveau de la face interne des grandes lèvres pour 4 cas, au vestibule pour 3 cas, et au niveau du clitoris pour un cas.



Lentigo vulvaire



Pigmentation physiologique :
Macules, symétriques, homogènes,
à limites floues



**Mélanose sur cicatrice
d'épisiotomie**



**Mélanose sur lichen scléro-
atrophique**



Mélanose vulvaire au cours d'un syndrome de Laugier avec une pigmentation unguéal et de la muqueuse buccale



Mélanose vulvaire post chimiothérapie avec une pigmentation unguéal palmoplantaire et cutanée

2. Hyperplasie mélanocytaire :

a. Nævi :

Notre étude nous a permis de recueillir 16 cas (12,5%) de nævi vulvaires. Les patientes avaient un âge moyen de 30 ans et des extrêmes d'âge allant de 6 à 55 ans. Quatorze patientes ont rapporté l'apparition des lésions depuis l'enfance.

Une patiente a signalé l'apparition de la lésion depuis l'enfance, avec une récente augmentation de la taille et de l'épaisseur. La biopsie exérèse réalisée était en faveur d'un naevus bleu à pénétrance profonde. Une autre patiente présentait une papule bleue et n'avait pas de certitude quant à la date d'apparition de la lésion, mais l'histologie a confirmé le diagnostic d'un naevus bleu.

Toutes les lésions étaient asymptomatiques, unifocales et unilatérales chez toutes nos patientes. Leurs tailles étaient inférieures à 6 mm dans 14 cas, et supérieures à 6 mm chez deux cas, dont l'un est le naevus bleu à pénétrance profonde. Le deuxième cas concerne une fille de 6 ans chez qui la décision était de la garder sous surveillance clinique et dermoscopique.

Les lésions étaient préférentiellement localisées au niveau des grandes lèvres chez 7 cas, au vestibule chez 6 cas, et au niveau des petites lèvres chez 3 cas. Leur aspect était maculaire chez 8 cas, papuleux chez 6 cas et tubéreux chez 2 cas.

Parmi les 16 nævi, nous avons recueilli 3 nævi bleus, dont un était à pénétrance profonde.



Naevus maculeux



Naevus papuleux :
Naevus bleu a pénétrance profonde



Naevus tubéreux

b. Mélanome:

Aucun cas de mélanome n'a été objectivé dans notre série .

B. Pathologies d'origine non mélanocytaire :

1. Lésions HPV induites :

a. Condylomes pigmentés

Cette étude a permis de recueillir 35 cas de condylomes pigmentés. L'âge moyen de survenue était de 26 ans, avec des extrêmes allant de 1 an à 68 ans. Les patientes étaient mariées dans 77 % des cas, avec une vie sexuelle active, tandis que les 23 % restantes étaient célibataires. Une patiente présentait une sérologie VIH positive, et deux autres avaient une sérologie syphilitique positive.

La durée d'évolution était en moyenne courte.

Les lésions constituaient un motif de consultation chez 80% des cas , alors que chez 20 % , leur découverte était fortuite. Elles étaient asymptomatiques dans 83,3% des cas , tandis qu'elles étaient associées à un prurit chez 33,33% des cas. Elles étaient multifocales chez 75% cas, et leurs tailles dépassaient les 6 mm chez 66,6% cas.

La localisation la plus fréquente était la grande lèvre (78%). Les lésions étaient localisées au niveau de la fourchette dans (17%) et au niveau du vestibule dans 5% des cas. Elles étaient papuleuses dans 50% des cas, papillomateuses dans 40% des cas et en plaque dans 10% des cas.



Condylome papillomateux



Condylome en plaque



Condylomes papuleux

b. La néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN)

Cinq cas de VIN pigmentée HPV induites ont été recueillis, comprenant 4 cas de maladie de Bowen (MB) et un cas de VIN confluent chez une patiente séropositive pour le VIH. L'âge moyen des patientes présentant la MB était de 58 ans, tandis que la patiente présentant le VIN confluent était plus jeune, âgée de 23 ans. Les patientes ont consulté après un délai moyen de 23 mois. Toutes les lésions étaient symptomatiques, prurigineuses chez 4 cas et douloureuses chez 3 cas.

Pour la VIN confluent, les lésions étaient multifocales et localisées au niveau des petites et grandes lèvres. Elles étaient polymorphes, se présentant en plaques, papillomateuses et ulcérées. En ce qui concerne la MB, les lésions étaient en plaque chez tous les cas, ulcérées chez un seul cas. Elles étaient localisées au niveau de la fourchette postérieure chez 2 cas et au niveau de la petite lèvre chez 2 cas.



VIN confluent



Maladie de Bowen :
Plaques leucoplasiques et pigmentées
de la fourchette postérieure



Maladie de Bowen :
Plaques leucoplasiques et pigmentées
de la petite lèvre droite



Maladie de Bowen :
Plaques ulcérées à bordure
pigmentée

2. Lésions vasculaires :

Dans notre étude, nous avons également recueilli 8 cas de lésions pigmentées d'origine vasculaire, comprenant 3 cas d'angiokératomes, 2 cas de varices vulvaires, 2 cas d'hémangiomes et un cas de maladie de Kaposi.

Les angiokératomes étaient préférentiellement localisés au niveau des faces internes des petites lèvres. Chez 2 cas, ils étaient associés à un lichen scléreux et étaient tous asymptomatiques.

Les varices vulvaires étaient associées à la grossesse dans les deux cas et étaient accompagnées d'une sensation de pesanteur.

Concernant les 2 cas d'hémangiomes, ils ont été observés chez deux fillettes âgées respectivement de 6 et 4 ans. Ils se présentaient sous la forme de petites tumeurs localisées au niveau des grandes lèvres. Ils étaient asymptomatiques chez une patiente et associés à des saignements dus à un traumatisme chez l'autre.

Quant à la maladie de Kaposi, le nodule se localisait au niveau de la petite lèvre d'une patiente de 67 ans, immunocompétente déjà connue et suivie pour la maladie de Kaposi pauci-lésionnelle. La lésion était légèrement prurigineuse et associée à un inconfort.



Varices vulvaire



Kaposi vulvaire



Hémangiome



Angiokératome

3. Autres :

Notre étude incluait des lésions pigmentées résultant d'une prolifération épithéliale bénigne, notamment 8 cas de kératoses séborrhéiques (KS) et aussi autres causes de pigmentation vulvaire, telles que l'acanthosis nigricans (2 cas) et un cas de kyste mucoïde.

Concernant les KS, l'âge moyen de leur survenue était de 43 ans. Elles étaient toutes asymptomatiques, unique chez une patiente et multiples chez les autres. Toutes les lésions étaient en plaques bien circonscrites et localisées au niveau du versant cutané des grandes lèvres.

Pour l'acanthosis nigricans, les lésions étaient asymptomatiques, non précédées par une dermatose ou un prurit. Elles étaient associées, chez une patiente, à l'obésité et au diabète, et chez l'autre, à une prise prolongée de corticostéroïdes. Leur aspect était symétrique, de couleur veloutée avec accentuation des plis.

Quant à la patiente présentant le kyste mucoïde, âgée de 59 ans, elle rapportait l'apparition de la lésion 6 mois avant sa consultation. La lésion était localisée au niveau vestibulaire et se présentait sous la forme d'un petit nodule bleuâtre, légèrement douloureux, avec un écoulement de liquide séreux, selon la patiente.



Kératose séborrhéique



Acanthosis nigricans



Kyste mucoïde

IV. Caractéristiques dermoscopiques

Parmi les 128 cas, 93 cas soit 73% ont bénéficié d'un examen dermoscopique, comprenant 25 cas de mélanose, 8 cas de lentigo, 14 cas de nævus, 26 cas de condylomes, 5 cas de Néoplasie Intra-Épithéliale Vulvaire HPV induite (VINu), 8 cas de kératoses séborrhéiques (KS), 2 cas d'angiokératomes, 2 cas d'hémangiomes, 1 cas de maladie de kaposi ,1 cas de varices vulvaires et 1 cas de kyste mucoïde. Cependant, aucun cas d'acanthosis nigricans n'a fait l'objet d'un examen dermoscopique.

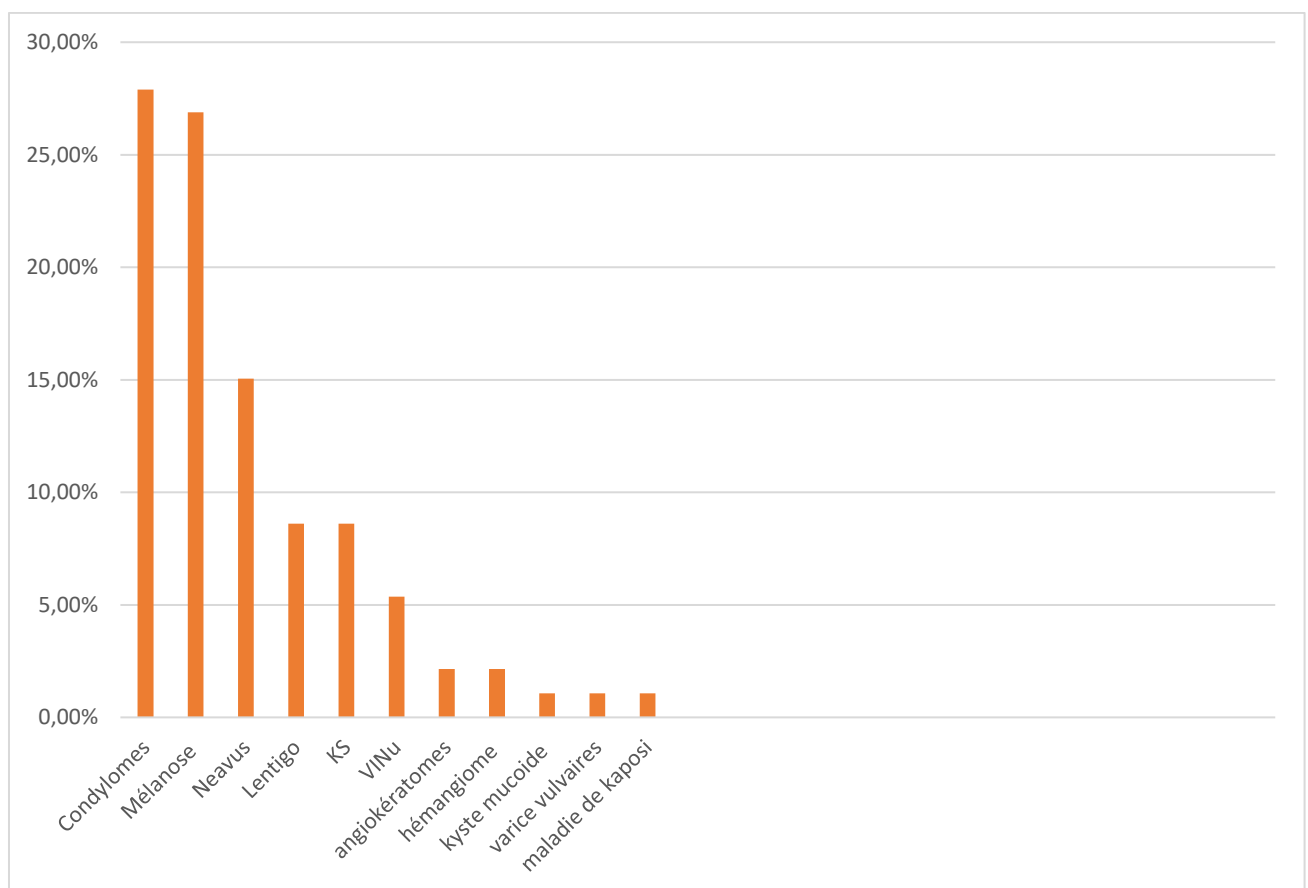


Figure 8. Répartition des lésions examinées par dermoscopie dans notre étude

A. Dermoscopie des pathologies d'origine mélanocytaire

1. Mélanose :

Parmi les 25 cas de mélanose vulvaire ayant bénéficié d'un examen dermoscopique, une seule patiente présentait un patron multicomposé en dermoscopie, caractérisé par un patron homogène et parallèle avec des points et globules périphériques irréguliers, ainsi qu'un voile bleu-blanc. En raison du patron suspect de malignité, la patiente a bénéficiée d'une biopsie, dont le résultat est revenu en faveur d'une mélanose.

Pour le reste des patientes, le patron parallèle était présent chez 14 cas (56%) , homogène chez 6 cas (24%) et circulaire (ring-like-) chez 4 cas (16%) .



Dermoscopie d'une mélanose vulvaire montrant un patron parallèle



Dermoscopie d'une mélanose vulvaire montrant un patron homogène



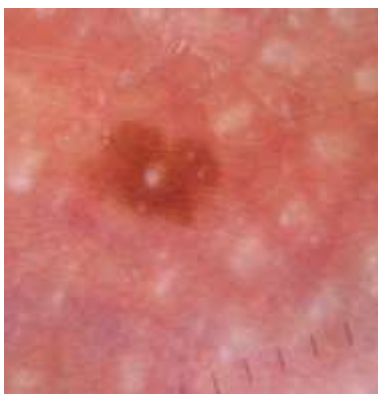
Dermoscopie d'une mélanose vulvaire montrant un patron circulaire



Dérmoscopie d'une mélanose montrant un patron multi-composé , Des globules irréguliers périphérique (flèche verts),voile bleu blanc (étoile bleu)

2. Lentigo :

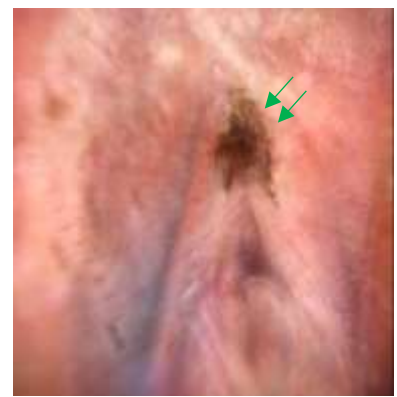
Parmi les 8 cas de lentigo, le patron parallèle était présent chez 5 cas (62,5%) , homogène chez 2 cas (25%), et chez une patiente , la dermoscopie avait montré un patron bi-composé fait d'un patron en hyph central et en points irréguliers périphériques. Vue l'apparition récente de la lésion et l'âge avancé de la patiente, cette dernière a bénéficié d'une biopsie exérèse, dont le résultat est revenu en faveur d'un lentigo.



Dermoscopie d'un lentigo vulvaire montrant un patron parallèle



Dermoscopie d'un lentigo vulvaire montrant un patron homogène



Dermoscopie d'un lentigo vulvaire montrant un patron bicomposé : en hyph central et en point périphérique (flèche verte)

3. Naevus :

Dans notre série, et concernant les 14 nævi ayant bénéficié d'un examen dermoscopique, le patron homogène était présent dans 6 cas (42,8%), dont il était de couleur brun chez 5 cas et bleu chez 1 cas .Le patron globulaire était présent dans 4 cas (28,57%) et un patron bicomposé homogène central et réticulaire-like chez un cas. Notamment, chez une adolescente présentant une augmentation en taille et en épaisseur d'une lésion datant de l'enfance, la dermoscopie montrait un fond bleu-noir, un voile bleu-blanc et des chrysalides. La biopsie exérèse est revenue en faveur d'un nævus bleu à pénétrance profonde (DPN)



Dermoscopie d'un naevus vulvaire montrant un patron globulaire



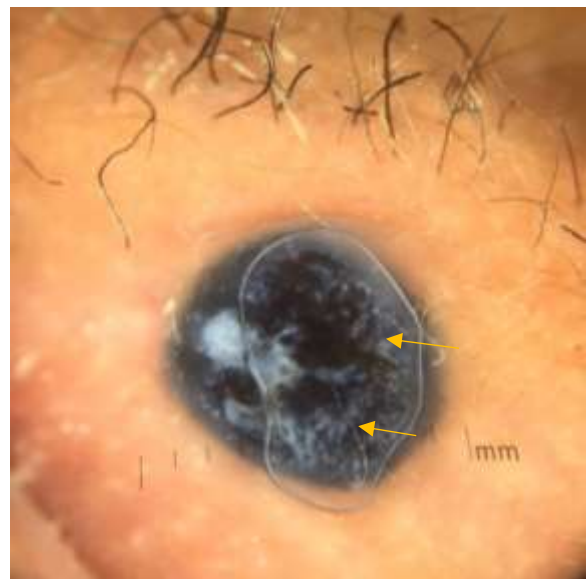
Dermoscopie d'un naevus vulvaire montrant un patron brun homogène



Dermoscopie d'un naevus vulvaire montrant un patron bleu homogène



Dermoscopie d'un naevus vulvaire montrant un patron bicomposé : homogène central et réticulaire-like périphérique (flèches jaunes)



Dermoscopie d'un naevus vulvaire (DPN) montrant un fond bleu-noir, un voile bleu-blanc et des chrysalides (flèches jaunes)

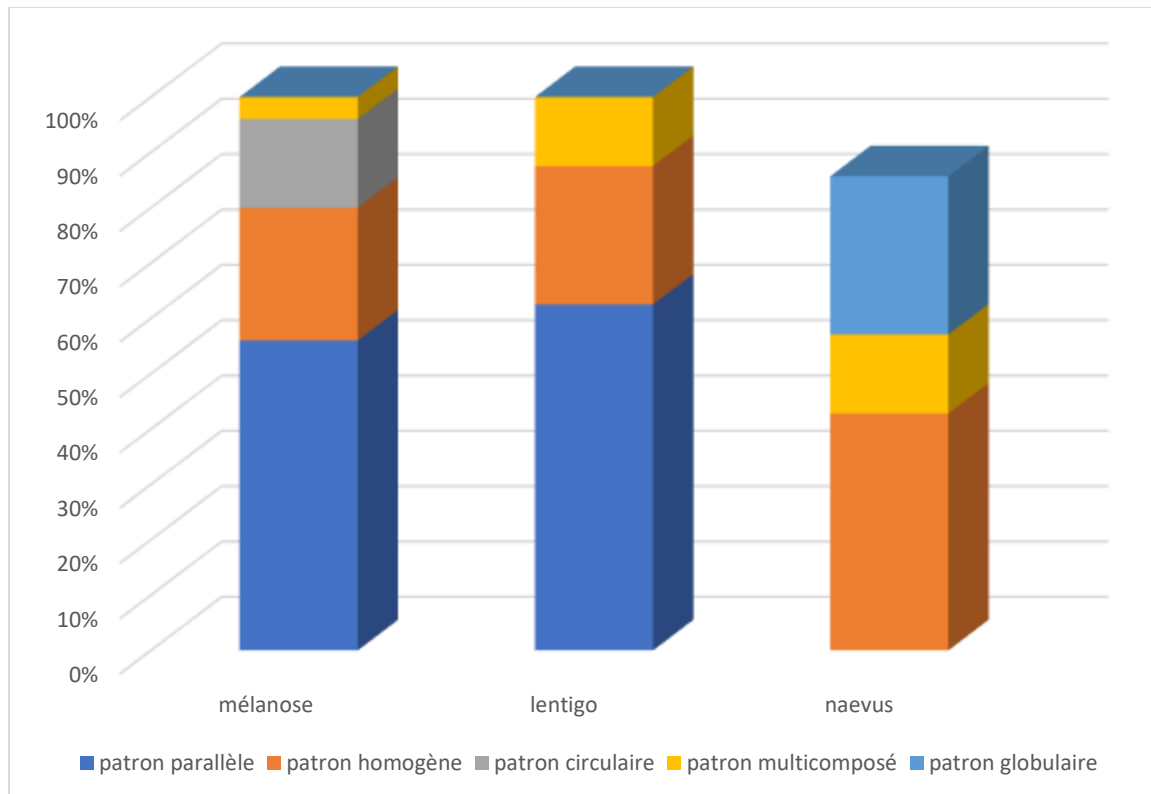


Figure 9. Répartition des patrons dermoscopiques objectivés dans les pathologies mélanocytaires

B. Démoscopie des pathologies d'origine non mélanocytaire

1. Démoscopie des pathologies HPV induites

a. Condylomes pigmentés

Au cours de notre étude, un examen dermoscopique a été réalisé chez 26 cas, dont deux patientes ont présenté des lésions avec un patron cérébriforme en dermoscopie et ont bénéficié d'une biopsie par crainte d'une néoplasie intra-épithéliale, confirmant ensuite le diagnostic de condylome.

Le patron digitiforme (finger-like) était présent chez 60% cas, boutonneux chez 30% cas, en mosaïque chez 14% des cas et un patron mixte chez 7% des cas. Le patron vasculaire était présent chez 78% des cas, représenté par des vaisseaux filiformes, des vaisseaux en épingles à cheveux, glomérulaire et en point.



Dermoscopie d'un condylome montrant un patron digitiforme avec des vaisseaux filiforme et en épingle à cheveux au sein (flèches jaunes)



Dermoscopie d'un condylome montrant un patron boutonneux avec des vaisseaux golomérulaires au sein (flèches jaunes)

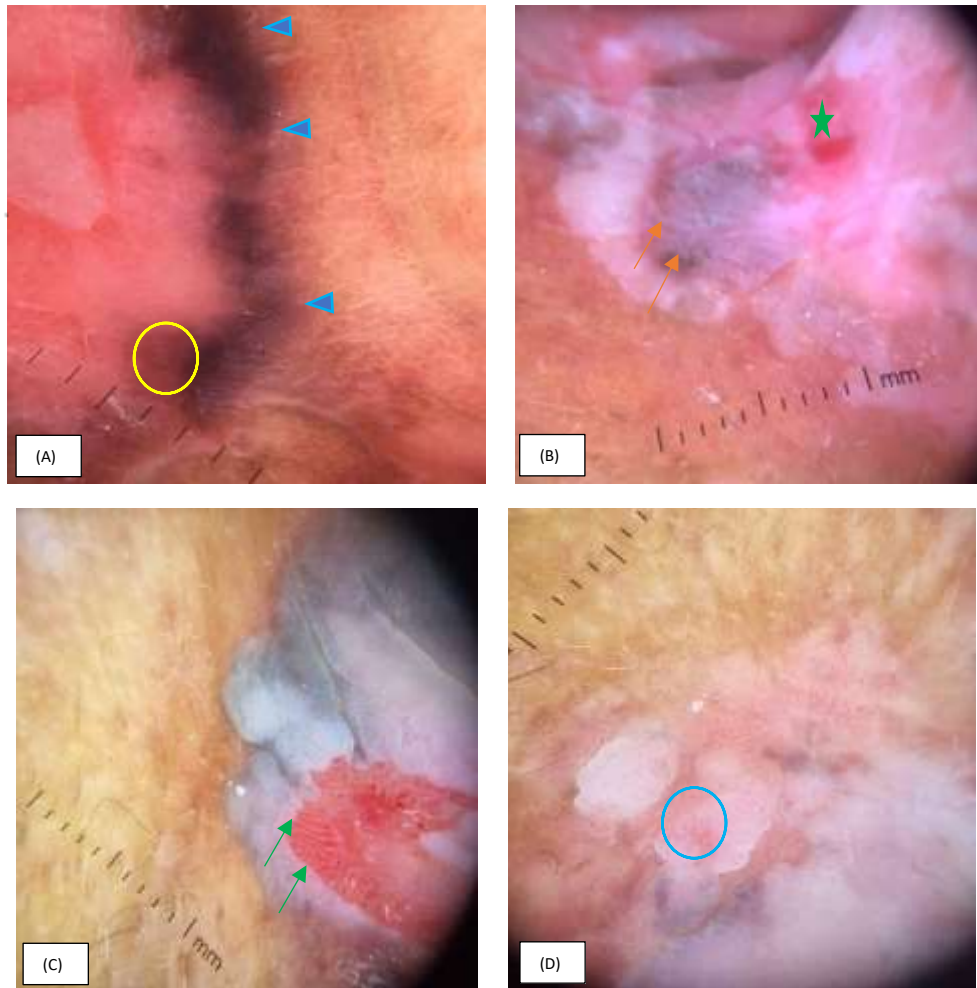


Dermoscopie d'un condylome montrant un patron cérébriforme

b. Néoplasie intra-épithélial (VIN) HPV induite

Concernant les 5 cas de VIN HPV induite, toutes les patientes présentant la maladie de Bowen ont bénéficié d'un examen dermoscopique, soit 4 cas, à l'exception de la patiente présentant la VIN confluyente qui n'a pas eu recours à cet examen.

Pour la maladie de Bowen, la dermoscopie a révélé un fond érythémateux dans tous les cas (100%), des zones brunes-grises homogènes dans 4 cas (100%), des zones blanches sans structures dans 3 cas (75%), une vascularisation glomérulaire dans 3 cas (75%), des vaisseaux polymorphes dans 1 cas, un patron cérébriforme dans 2 cas (50%), des érosions dans 2 cas (25%), et des points bruns dans 1 cas (25%).



Dermoscopie de la maladie de Bowen montrant :

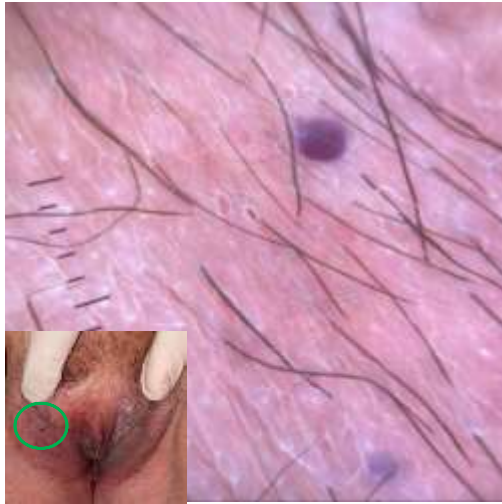
- (a) Aires bruns sans structures (triangles bleu), globules brun (cercle jaune)
- (b) Patron cérébriforme (flèches oranges), érosion (étoile verte)
- (c) Vasularisation polymorphe (flèches vertes) ,aires brun sans structures
- (d) Vaisseaux glomérulaires de disposition linéaires (cercle bleu), aires blanches sans structures

2. Dermoscopie des pathologies vasculaires

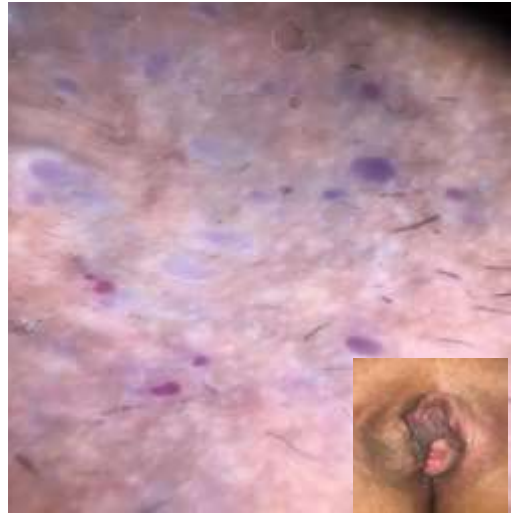
Parmi les 8 cas de lésions vasculaires colligées dans notre étude, 6 ont fait l'objet d'un examen dermoscopique, répartis en 2 hémangiomes infantiles, 2 cas d'angiokératomes, 1 cas de varices vulvaires, et 1 cas de maladie de Kaposi.

La dermoscopie des hémangiomes a révélé des lagunes vasculaires et des septas fibreux, celle des angiokératomes et des varices vulvaires a montré des lacunes bleu-rouge, tandis que la dermoscopie de la maladie de Kaposi a

mis en évidence un aspect papillomateux avec des zones blanches sur un fond de couleur pourpre.



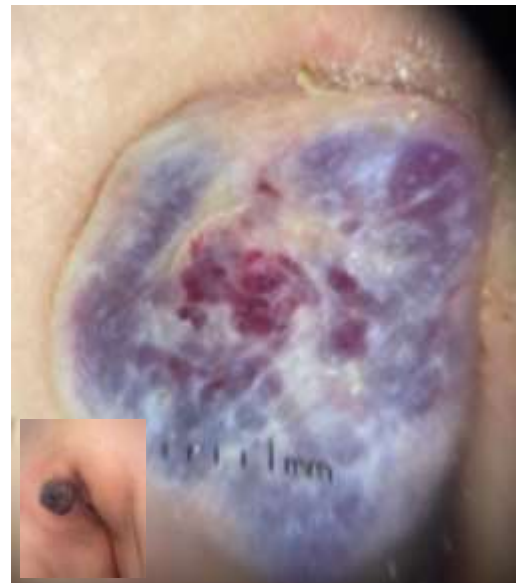
Dermoscopie d'un angiokératome vulvaire montrant une lagune bleu-violette



Dermoscopie d'une varice vulvaire montrant des lagunes bleu-rouge



Dermoscopie de la maladie de kaposi vulvaire montrant un patron papillomateux, et des aires blanches sur un fond rouge violacé



Dermoscopie d'un hémangiome montrant des lagunes rouge et violacées séparées par des séptas

3. Autres

La dermoscopie des 8 kératoses séborrhéiques des peaux vulvaires pileuses de notre étude avait montré, dans tous les cas, une bonne délimitation périphérique, un patron papillomateux chez 7 cas, des pseudo-comédons dans 6 cas, des pseudo-kystes cornés chez 1 cas, et des vaisseaux linéaires tortueux dans 2 cas.



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



Dermoscopie d'une KS montrant pseudo-comédons (flèches jaunes).

La dermoscopie du kyste mucoïde, quant à elle, avait montré un patron bleu homogène par effet Tyndall.



Dermoscopie d'un kyste mucoïde montrant une patron bleu homogène par effet tyndall

V. Traitement :

Sur la totalité des patientes vues, 30 ont été traitées.

Une abstention thérapeutique avec surveillance a été préconisée et décidée conjointement avec les patientes présentant des lentigos, mélanoses, nævus vulvaires, KS , ou angiokératomes.

Pour les patientes désireuses, un traitement par shaving a été réalisé chez une des patientes présentant des KS multiples. Également, une exérèse d'un nævus à but esthétique a été réalisée chez une patiente.

À des fins diagnostiques, 4 biopsies excisionnelles ont été réalisées, dont 2 chez des patientes présentant un nævus suspect de malignité. La troisième patiente présentait un lentigo avec un patron composé en dermoscopie, et la dernière concernait la patiente présentant le kyste mucoïde

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

➤ Pathologies HPV induites :

Les condylomes génitaux ont été traités par acide trichloracétique.

Trois des patientes présentant la maladie de Bowen ont été adressées en gynécologie pour une excision. La quatrième a bénéficié de séances de photothérapie dynamique (PDT) en plus d'un traitement par imiquimod.

Pour la patiente HIV positif présentant une VIN confluente, elle est décédée d'un néoplasme du cavum quelques semaines après la biopsie.

➤ Pathologie vasculaire :

Les enfants présentant des hémangiomes ont été traités par β -bloquants, pour les patientes avec des varices, des conseils ont été donnés pour éviter la position accroupie et debout prolongée, avec un suivi à distance

après l'accouchement, et pour la patiente présentant la maladie de kaposi ,le traitement est toujours en cours ,en fonction des résultats du nouveau bilan de systématisation de sa pathologie.

➤ Autres :

Un traitement par rétinoïdes topiques a été prescrit pour les patientes souffrant d'acanthosis nigricans. Des conseils ont également été donnés, et les patientes ont été adressées en endocrinologie pour une prise en charge appropriée.

VI. Evolution :

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

- ▲ On a noté une récurrence clinique chez la patiente présentant la 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 patientes opérées, aucune n'a présentée de récurrence.
- ▲ Condylomes : la majorité de nos patientes a présenté une amélioration après 3 mois de traitement, tandis que deux patientes sont toujours sous traitement
- ▲ Pathologie vasculaire : Une nette amélioration a été observée chez une des patientes présentant un hémangiome vulvaire. En ce qui concerne les varices vulvaires, nous n'avons pas encore suffisamment de recul.
- ▲ Acanthosis nigricans : Nous n'avons pas encore suffisamment de recul.

DISCUSSION

Les dermatoses vulvaires ne figurent pas malheureusement parmi les priorités dans aucune des initiatives de santé des femmes. Ces affections sont souvent négligées dans la formation médicale, à tous les niveaux et dans toutes les spécialités. De plus, les femmes elles-mêmes ont souvent une connaissance limitée, voire inexistante, en matière d'éducation génitale. Nombre d'entre elles ont été éduquées dans le respect des tabous culturels entourant les organes génitaux féminins (11). En conséquence, de nombreuses femmes souffrent de symptômes non diagnostiqués, en particulier celles qui sont sexuellement actives et qui peuvent attribuer leurs symptômes à tort à une maladie sexuellement transmissible .

La région vulvaire peut être le siège de diverses pathologies, dont les lésions pigmentées. Ces dernières touchent environ 8 à 12 % des femmes et restent souvent méconnues (2,3,12). Leur diagnostic étiologique peut inclure des proliférations mélanocytaires bénignes et malignes, comme les naevus et les mélanomes .Les proliférations non mélanocytaires, comme le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire, les tumeurs vasculaires, la kératose séborrhéique et les condylomes acuminés, peuvent également se présenter sous forme de lésions vulvaires pigmentées.(13,14) D'autres entités non hyperprolifératives marquées par une pigmentation de la basale comprennent la mélanose, l'hyperpigmentation post-inflammatoire et la pigmentation physiologique. (13,14) En raison du chevauchement des caractéristiques cliniques et histologiques entre les processus malins et bénins, les lésions pigmentées de la vulve représentent souvent un défi diagnostique. En conséquence, elles peuvent être source d'anxiété tant pour la patiente que pour le médecin, entraînant des examens inutiles.

Bien que rare, le mélanome vulvaire est souvent diagnostiqué tardivement et présente un mauvais pronostic ; une identification et une intervention précoces peuvent améliorer la santé des patientes.

I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes

A. L'âge:

L'analyse des résultats de notre série montrait la survenue de lésions pigmentées génitales dans toutes les tranches d'âge, y compris chez les enfants, avec un âge moyen de 45,51 ans et des extrêmes allant de 1 à 82 ans. Des résultats similaires ont également été retrouvés dans l'étude de S. Ronger-Savle et al (9), portant sur 68 cas, où l'âge moyen était de 42 ans, avec des extrêmes entre 14 et 81 ans.

B. État matrimonial :

Les personnes mariées étaient les plus exposées, avec un pourcentage de 67%, similaire à la série indienne (15) où 80 % des patientes étaient mariées. Cependant, cette dernière s'est intéressée aux dermatoses vulvaires non vénériennes et non seulement à celles pigmentées .

C. Motif de consultation

Les lésions étaient asymptomatiques chez 66 % des cas, prurigineuses chez 27 %, notamment chez les patientes présentant des condylomes ou une maladie de Bowen, douloureuses chez 4 %, soit les patientes présentant la maladie de Bowen. Elles étaient associées à une sensation de pesanteur chez 2 % des cas, observée chez les patientes ayant des varices vulvaires, et à un écoulement liquide ou à un saignement au moindre traumatisme chez 3 %, respectivement chez les patientes ayant le kyste mucoïde ou l'hémangiome ,

ce qui rejoint la littérature (10,16,17)

D. Délais moyen de consultation :

Dans notre série, parmi les 30 % des patientes pour lesquelles les lésions pigmentées vulvaires étaient un motif de consultation, le délai de consultation variait de 2 mois à 30 ans, avec une moyenne de 32 mois.

Une des difficultés est de dater l'apparition de la lésion et de connaître son évolution dans le temps, en particulier chez la femme pour qui l'auto-examen de la vulve n'est ni facile ni une « habitude ». Ainsi, la grande majorité des patientes ignore la présence de leur lésion pigmentée vulvaire, dans 84 % des cas de la série de Rock et al (3), pour ceci le raisonnement face à une lésion pigmentée génitale sera donc principalement basé sur son aspect actuel, sans pouvoir prendre en compte son « histoire ».

Malgré l'importance potentielle d'un diagnostic précoce de certaines pathologies, notamment le mélanome génital, une enquête a révélé que seulement 4 % des dermatologues examinent la région vulvaire lors des examens annuels des patientes (18)

E. Le siège, la taille et le type des lésions :

La localisation des lésions pigmentées génitales chez les femmes prédominent au niveau des grandes lèvres (57%) suivies des petites lèvres (36%) dans notre série ce qui rejoint les résultats de l'étude française de A.C. Biron-Schneider Et al (19) à propos de 206 lésions objectivé chez 82 patientes avec un pourcentage de 58,25% (120 cas) au niveau des grandes lèvres et 25,72% (53 cas) au niveau des petites lèvres.

Les macules étaient les lésions élémentaires les plus observées dans notre étude, représentant 62 %. Ceci peut s'expliquer par la prédominance des

mélanoses, tout comme dans l'étude française de C. David et al et A.C. Biron-Schneider et al (19,20).

Les lésions mesuraient moins de 6 mm dans 48 % des cas, ce qui rejoint les résultats de l'étude de S. Ronger-Savle et al (9) avec un pourcentage de 54%. L'atteinte était bilatérale dans 41 % des cas et multifocale dans 60 % des cas.

II. Diagnostic étiologique:

Les étiologies identifiées dans notre série étaient principalement dominées par les lésions pigmentées dues à une hyperpigmentation épithéliale dans 53 cas, soit 41,4 %. En second lieu, la pathologie induite par le virus du papillome humain (HPV) était présente chez 40 cas, soit 31,25 %. Les nævi étaient observés chez 16 cas (12,5 %). Ces résultats concordent avec l'étude de S. Ronger-Savle et al (9), qui a rapporté un pourcentage de 63 % pour les lésions par pigmentation épithéliale (29 % lentigo, 18 % mélanose et 11 % pigmentation post-inflammatoire). Cependant, dans cette série, les naevus prédominaient sur les lésions HPV induites, avec un pourcentage de 24 % par rapport à 4 % pour les VIN HPV induites.

A. Pathologies d'origine mélanocytaire :

1. Hyperpigmentation épithéliale : mélanose bénigne

Les mélanoses bénignes sont définies histologiquement par la présence d'un excès de mélanine sans que les mélanocytes épithéliaux ou dermiques soient en nombre augmenté. Cet excès se traduit soit par une hyperpigmentation de la couche basale de l'épiderme, soit par une hyperpigmentation du chorion à cause de la présence de mélanine, libre dans

l'interstitium ou s'accumulant dans le cytoplasme de mélanophages, soit encore de ces deux phénomènes associés. Les mélanoses bénignes sont fréquentes sur les muqueuses orales et génitales. Certaines peuvent être secondaires, résultant d'une inflammation ou d'un traumatisme, tandis que d'autres sont idiopathiques, sans cause apparente.

La littérature est difficile à analyser car les acceptions du terme de mélanose sont diverses et recourent celles de lentigine et lentigo.

La mélanose bénigne représente la majorité des lésions pigmentées vulvaires (de 33 % à 57 %).

Certains la nomment macule mélanique, ou encore, de manière impropre, «mélanotique ». Elle est asymptomatique et généralement découverte de manière fortuite. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 47 ans. Les lésions sont toujours maculaires, mais peuvent se présenter sous différentes formes, allant d'une macule unique bien délimitée de taille réduite appelé par certains auteurs lentigo à des placards maculaires et/ou des lésions multiples, qui peuvent parfois être mal délimitées (10) avec des intensités de pigmentation variables. Différentes nuances de brun, du très clair au très foncé, de gris ou de bleu-noir pouvant être observées. La teinte peut être unique, homogène ou au contraire hétérogène. (21)

La mélanose bénigne peut être post-traumatique, post-inflammatoire le plus souvent post lichen scléreux (22) ou parfois avec le lichen plan ou idiopathique. Après un traumatisme, le plus souvent l'accouchement, la cicatrisation d'éraillures obstétricales à l'expulsion ou de l'épisiotomie, peut laisser un foyer de mélanose séquellaire.

La mélanose bénigne peut se manifester dans des contextes particuliers, comme la maladie de Laugier, une pathologie acquise sans cause génétique identifiée à ce jour. Elle se caractérise par une mélanose bénigne au niveau de la cavité buccale, des organes génitaux et des ongles (23), comme observé chez une patiente de notre série et rapporté dans l'étude d'A.C. Biron-Schneider et al (19).

La mélanose bénigne peut également être associée à des conditions génétiques telles que le complexe de Carney, le syndrome LEOPARD ou le syndrome de Peutz-Jeghers. Ces syndromes doivent être envisagés lorsque la mélanose muqueuse est identifiée chez un enfant ou une jeune femme. En l'absence de cause apparente, qu'elle soit post-traumatique, post-inflammatoire, ou dans un contexte clinique évocateur de Laugier ou d'une pathologie génétique, on parle alors de mélanose bénigne idiopathique.

Notre étude a permis de recueillir 53 cas (41,4 %) de mélanose bénigne. L'âge moyen des patientes était de 49 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 87 ans. Toutes les patientes présentaient des lésions maculaires, ce qui concorde avec la série italienne de Vincenzo De Giorgi et al (24), où 129 femmes présentant une mélanose vulvaire ont été incluses. Dans cette série, l'âge moyen des patientes était de 46 ans, et les lésions étaient également toutes maculaires et prédominait au niveau de des petites lèvres et la région vestibulaire. Cependant, les lésions étaient plus souvent unifocales, contrairement à notre série où les lésions étaient plus multifocales. Cette différence peut être expliquée par le pourcentage important (45,28 %) de mélanoses sur lichen parmi toutes les mélanoses dans notre série.

Dans notre étude les lésions étaient rattachées dans 7 cas (13,20 %) à une origine physiologique, dont 5 cas associés à une grossesse. Elle est le plus souvent symétrique, homogène, d'intensité variable en fonction du phototype, à limites floues et asymptomatique. Elle devient plus visible lorsqu'elle s'associe à une asymétrie des petites lèvres et peut apparaître ou s'accentuer sous une influence hormonale, notamment lors de la grossesse ou lors des traitements pour l'infertilité. La pigmentation gravidique est quasi-constante (90 %).(10)

La mélanose peut également avoir une origine médicamenteuse, notamment post-chimiothérapie, comme dans le cas de l'une de nos patientes, ou être due à une pathologie endocrinienne sous-jacente, notamment la maladie d'Addison.(21)

2. Hyperplasie mélanocytaire :

a. Nævi :

Le nævus commun ou nævus naevocellulaire peut se situer sur les zones pileuses ou les zones muqueuses de la vulve. Selon les données de la littérature, un ou plusieurs naevus seraient présents sur la vulve chez 2 à 2,6% des femmes consultant en dermatologie et représenteraient entre 19 et 30,5% des lésions pigmentées vulvaires (LPV).(2,3,12,26,27) Dans l'étude d'A.C. Biron-Schneider et al (19) et l'étude de S. Ronger-Savle et al (9), les naevus représentaient respectivement 19,4% et 24% des cas, ce qui concorde avec les résultats de notre étude où les naevus représentaient 12,5% des cas.

Les naevus sont souvent de petite taille (moins de 6 mm de diamètre), bien limités, avec des bords réguliers. Ils peuvent être, comme sur le reste du tégument, soit plats, soit papuleux, soit tubéreux. Leur teinte est variable,

allant du rose au brun foncé–noir ou, rarement, au bleu. Dans leur forme commune, leur aspect histologique est semblable à celui des naevus communs de la peau. Les naevus vulvaires peuvent apparaître dès l'enfance. Une analyse des dossiers de 1159 patients a révélé une prévalence des naevus génitaux d'environ 3,3% chez les filles de moins de 18 ans, ce qui concorde avec les résultats de notre série où les naevus ont été rapportés depuis l'enfance chez 87,5% des patientes.(25) Siège dans n'importe quel secteur de la vulve, préférentiellement sur les grandes et petites lèvres, mais aussi sur le pubis, le périnée ainsi que dans la région clitoridienne. Dans la série de Gleason et al (28), les naevus étaient le plus souvent unifocal et unilatéraux et siégeaient le plus fréquemment sur une zone pileuse de la vulve, ce qui concorde également avec nos résultats.

Dans notre étude, aucun cas de nævus atypique de type génital (AGN) n'a été observé. Comparativement aux naevus vulvaires courants, les AGN sont plus fréquemment localisés sur les petites lèvres et présentent une répartition égale entre les zones muqueuses et pileuses.(25) Chez les enfants de moins de 10 ans, les AGN ont une forte prédilection pour les sites muqueux.(25) Les AGN peuvent présenter des caractéristiques cliniques alarmantes, telles qu'une pigmentation foncée, des bords irréguliers et une grande taille. Initialement, les AGN ont été diagnostiqués comme des mélanomes. (28) Dans deux séries totalisant près de 100 AGN suivis sur une période de 15 à 16 ans, aucune transformation maligne n'a été observée.(28,29) Dans la série de Gleason et al,(28) aucun des AGN ayant subi une exérèse initiale complète n'a récidivé après un suivi médian de 3,5 ans. Il est donc actuellement admis que le nævus atypique de type génital n'est ni un mélanome ni un précurseur de mélanome.

b. Mélanome

Dans notre étude, aucun cas de mélanome n'a été observé.

Le mélanome vulvaire est rare, survenant chaque année chez 1 à 2 femmes pour 1 000 000 et représentant, selon les publications, entre 2 et 10% des lésions malignes vulvaires.(30) Il constitue 1 à 7% de tous les mélanomes, sachant que la vulve ne représente que 1 à 2% de la surface corporelle.(31,32) Les femmes ménopausées sont généralement plus touchées par les mélanomes vulvaires que les femmes en pré-ménopause.(33)

La majorité des mélanomes vulvaires (87%) siègent en peau non pileuse: 49% en zone muqueuse ou « demi-muqueuse » finement kératinisée et 38% à la jonction peau pileuse/peau non pileuse des grandes lèvres, seulement 13% siègent en zone cutanéopileuse. (34) En zone non pileuse, la face interne des grandes lèvres est la localisation la plus fréquente, suivie par les petites lèvres, la région clitoridienne et moins fréquente est l'atteinte médiane de la vulve (zone péri-urétrale, vestibule et fourchette).(34) Il est souvent symptomatique, avec des manifestations telles que des saignements, un prurit, une douleur, une irritation ou un inconfort.(35)

Morphologiquement, les mélanomes sont de plus grande taille et irréguliers par rapport aux naevus bénins et sont plus atypiques que les naevus dysplasiques. Les mélanomes mesurent généralement plus de 7 mm de diamètre, présentent une pigmentation panachée et des bordures irrégulières ou mal délimitées. Les couleurs bleues, noires ou grises sont particulièrement évocatrices d'un mélanome.(13) De petite taille, le mélanome peut alors revêtir un aspect faussement rassurant.(21) Les mélanomes nodulaires sont moins fréquents que les mélanomes superficiels et se présentent sous forme de

nodules noirs qui présentent souvent moins de panachures de pigmentation et d'asymétrie.

Bien que les mélanomes achromiques soient rares sur la peau, environ un quart de tous les mélanomes vulvaires sont achromiques. Les mélanomes de la peau kératinisée sont presque toujours solitaires, mais les mélanomes vulvaires sont souvent multifocaux.(36,37) En raison de sa localisation, le mélanome vulvaire est souvent diagnostiqué tardivement, ce qui explique son mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans d'environ 75,5%, 38,7% et 22,1% pour les maladies localisées, régionales et métastatiques, respectivement.(38)

B. Pathologies HPV induites :

1. Condylomes pigmentés :

L'infection au papillomavirus humain (HPV) est la MST la plus répandue dans le monde, avec une prévalence de 1 à 5 %.(39) En Europe, on estime que l'incidence annuelle des condylomes anogénitaux se situe entre 0,13 % et 0,16% de la population.(40)

Les lésions sont le plus souvent asymptomatiques, multifocales, et prédominent sur les zones traumatisées (au cours des rapports sexuels ou du rasage), (21) ce qui concorde avec notre série. Elles peuvent être de couleur peau normale, blanchâtres, rosées ou pigmentées. Dans la littérature, il est difficile de trouver l'incidence des condylomes vulvaires, et encore moins celle des condylomes vulvaires pigmentés. Dans les séries de LPV de Rock, Pelin Cengiz et Ferrari, il n'y avait aucun condylome.(3,26,33) Friedrich décrit 18,6% de condylomes vulvaires, mais on ne sait pas la proportion de cas pigmentés.(2) La couleur brune se produit régulièrement chez les sujets de

phototype foncé.(13) Les condylomes peuvent être de taille variable (1 à 5 mm), exophytiques, kératosiques, souvent multiples, parfois confluentes en plaques. Les lésions peuvent être papillomateuses, papuleuses ou micropapuleuses, voire seulement maculeuses (condylomes plans), peu visibles. Des dispositions linéaires ou annulaires sont possibles. (21) Morphologiquement, les condylomes pigmentées chez les phototypes foncés peuvent être plates, papillomateuses ou papuleuses; seule la variante filiforme est moins susceptible d'être hyperpigmentée,(13) ce qui concorde également avec nos résultats.

2. Néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN) HPV induite

Les VIN sont des précurseurs des carcinome épidermoïdes invasifs. Le type le plus fréquent (95%) est la VIN de type « classique » ou VIN liée à l'HPV ou HSIL (lésion de haut grade, High Grade Squamous Intraepithelial lesion) selon les dernières recommandations de l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Diseases). La classification en VIN grade 1, 2 ou 3 n'est plus de mise depuis 2004 (41,42,43).

La VIN liée à l'HPV est due essentiellement aux HPV 16, 18 et 33 (HPV de haut risque). Ce ne sont pas les mêmes HPV qui occasionnent les condylomes, appelés maintenant LSIL, lésions de bas grade (44,45) et la VIN liée à l'HPV ne résulte pas d'une progression néoplasique d'un condylome (46-47). Cependant ces deux lésions peuvent coexister dans le cadre d'une co-infection par différents types d'HPV (48). Cette VIN est favorisée par les facteurs de risque de persistance de l'infection à HPV, le tabagisme ou l'immunodépression (49).

À une image histologique monomorphe de dysplasie sévère étagée sur toute la hauteur de l'épithélium, correspondent des aspects cliniques et évolutifs très différents : contrairement aux Anglo-Saxons qui subdivisent ces VIN HPV induites en deux groupes : VIN basaloïdes et VIN condylomateux, les francophones préfèrent garder les termes cliniques de maladie de Bowen, de papulose bowenoïde, et même isoler une variante à type de VIN confluent. (50)

Cliniquement, les VIN HPV induites sont le plus souvent multifocaux. Leur aspect est polymorphe, parfois maculeux, plus fréquemment papuleux ou en plaque, monochrome, de couleur variable allant du blanc au gris, du brun au noir, du rose au rouge, ou parfois couleur « peau normale » ou polychrome. (21) Elles peuvent concerner les régions cutanéopileuses (grandes lèvres, fourchette, commissure antérieure), cutanées finement kératinisées (petites lèvres) ou encore muqueuses (vestibule). Dans les formes confluentes favorisées par l'immunodépression (infection VIH, lymphopénie CD4 idiopathique) comme c'est le cas de notre patiente HIV positif, toute la vulve peut être atteinte ainsi que la région périnéo-anale. (21,50)

La maladie de Bowen, quant à elle, est plus volontiers monofocale, réalisant une plaque d'extension lente et centrifuge, de couleur variable : rouge, blanche (leucoplasique), rouge et blanche (érythroleucoplasique) ou encore pigmentée. (21) Elle est plus fréquente chez les sujets au-delà de 50 ans, (21) ce qui correspond aux résultats observés chez nos patientes.

C. Pathologies vasculaires :

Bien que leur teinte soit plutôt bleue ou bleu-noir, les lésions vasculaires vulvaires peuvent parfois être confondues cliniquement avec une lésion mélanocytaire.

a. Angiokératome :

Les angiokératomes génitaux sont des lésions fréquentes, surtout chez le sexe masculin, dont la prévalence augmente avec l'âge.(51) Leur incidence serait maximale lors de la 3e décade.(52) Une étude menée chez 213 patientes « caucasiens » (127 hommes et 86 femmes), consultant pour un contrôle de nævus et acceptant un examen systématique de la région génitale, montre que la présence d'au moins un angiokératome est significativement associée à un âge supérieur à 50 ans. (53) Dans cette étude, la prévalence des angiokératomes est de 37 % chez les hommes et de 19,8 % chez les femmes.(53)

Les angiokératomes de la vulve sont généralement asymptomatiques, mais peuvent parfois causer une gêne esthétique, surtout lorsqu'ils surviennent chez des patientes jeunes. Rarement, ils peuvent être douloureux en cas de thrombose ou à l'origine d'un saignement minime.(53,54) Ils se présentent sous la forme de papules de taille variable, érythémateuses ou violacées, caviar-like, discrètement kératosiques sur les grandes lèvres chez la femme,(55) ce qui correspond à l'apparence observée chez toutes nos patientes. Les lésions sont habituellement bilatérales, mais peuvent parfois être unilatérales, (56) comme c'est le cas chez nos patientes. En cas de thrombose, ils peuvent prendre l'aspect d'une papule noire.

b. Les varices vulvaires

Les varicosités vulvaires, ou varices de la vulve, (57) sont des veines dilatées dans les grandes et les petites lèvres. On estime qu'elles surviennent chez 22 à 34 % des femmes présentant des varices du bassin et chez 18 à 22% des femmes enceintes, (58) comme c'est le cas de nos patientes. Pendant la période post-partum, les veines périnéales peuvent persister et grossir avec le temps chez 4 à 8 % des patientes. (58,59) Les varicosités vulvaires sont associées à des événements thromboemboliques veineux, tant pendant la grossesse qu'en dehors de celle-ci, ainsi qu'à une dyspareunie superficielle et à une vulvodynie. Elles peuvent également causer des problèmes psycho-émotionnels et familiaux. Il est difficile d'estimer de manière fiable la prévalence de cette pathologie, car les varicosités vulvaires restent souvent non diagnostiquées en raison de la localisation atypique des varices, de la réticence des femmes à consulter et, dans certains cas, de l'absence de toute gêne. (60) Les varices vulvaires sont occasionnellement observées en pratique dermatologique. Elles se manifestent par des lésions angiomateuses violacées parfois pigmentées, lobulées, molles et dépressibles, siégeant au niveau des grandes lèvres, parfois sans signes de stase ni varices des membres inférieurs. (61) Leur diagnostic nécessite une évaluation de l'état des veines intrapelviennes et, en cas de grossesse, une observation et un examen plus approfondis pendant la période post-partum. (60)

c. La maladie de kaposi

Dans l'ensemble, le sarcome de Kaposi (SK) des organes génitaux externes est une constatation très rare, plus fréquente chez les hommes, en particulier au niveau du pénis. Environ 50 cas ont été rapportés dans la littérature anglophone. (62) Cependant, il est extrêmement rare chez les femmes, avec seulement 10 cas signalés à notre connaissance, tous impliquant la vulve.(63–65) La plupart des cas de SK des organes génitaux externes sont liés à une infection par le VIH. En fait, à notre connaissance, seuls 15 cas bien documentés de SK primitif du pénis chez des patients séronégatifs ont été rapportés (66), alors qu'il n'existe qu'un seul cas de SK vulvaire non associé à l'infection par le VIH, (65) comme c'est le cas chez notre patiente. Le SK vulvaire est le plus souvent mono-lésionnel, se présentant cliniquement sous forme de papule ou de nodules angiomateux. Parfois, la couleur est rougeâtre à brunâtre et peut être confondue avec un mélanome malin. (67) Ces lésions sont le plus souvent non spécifiques, voire d'un abcès. Dans certains cas, le SK vulvaire peut également être pluri lésionnel.(63)

d. Hémangiomes infantile vulvaire

Les hémangiomes sont les tumeurs bénignes les plus courantes de l'enfance, et le sous-type le plus fréquent est l'hémangiome infantile (IH), représentant 70 % du total. (68) Bien qu'elles soient fréquentes, les localisations génitales sont rares. Les hémangiomes infantiles sont classés par profondeur en trois types principaux : superficiel, situé au niveau du derme superficiel, généralement de couleur rouge, parfois violacée ; profond, situé dans le derme profond et le tissu sous-cutané, généralement de couleur bleue ; et combiné, avec la présence de composants superficiels et profonds.(68) Les

hémangiomes sont généralement des lésions cliniquement asymptomatiques qui sont parfois découvertes lors de l'examen clinique, bien qu'elles puissent parfois s'ulcérer et entraîner des saignements abondants (68).

D. Autres :

a. Kératose séborrhéique :

La kératose séborrhéique (KS) est la plus courante parmi les tumeurs bénignes cutanées. Elle peut apparaître dès la vingtaine mais est plus fréquente chez les sujets de plus de 40 ans, ce qui correspond à notre série. Sa cause reste inconnue. Sur le plan clinique, elle se présente comme une lésion bien délimitée et surélevée, de forme ronde ou ovale, avec une couleur variant entre la couleur chair, le brun, le gris-brun ou le noir, parfois recouverte d'une squame grise. Sa surface peut être lisse, mamelonnée ou verruqueuse, donnant l'impression d'être "posée" sur la peau. Sa taille peut aller de 1 mm à plusieurs centimètres, et elle a tendance à augmenter lentement avec l'âge. Elle peut parfois apparaître sous forme de lésions multiples.

La KS se manifeste principalement dans les zones exposées au soleil, notamment sur le visage et le tronc, mais elle peut également affecter les plis cutanés. Dans les grandes séries de cas de kératoses séborrhéiques publiées, un certain pourcentage de localisations génitales a été rapporté. Par exemple, Stern et al. ont observé 2% des 527 cas de KS dans la région génitale, bien que la localisation ne soit pas précisée de manière détaillée. (69) La présence d'une KS sur la grande lèvre, où l'épithélium est similaire à celui de l'épiderme, peut sembler moins surprenante. En revanche, son apparition sur la petite lèvre, le vestibule ou la région clitoridienne est plus inhabituelle, même s'il existe des

cas décrits de kératoses séborrhéiques au niveau des ongles ou de la conjonctive oculaire.

Il n'existe pas de publication distinguant précisément les kératoses séborrhéiques dans les différents secteurs vulvaires (petite lèvre, grande lèvre, vestibule, région clitoridienne). Le principal diagnostic différentiel est le condylome, qui présente, contrairement à la kératose séborrhéique, de petits foyers de parakératose, moins de kystes cornéens et surtout un effet cytopathogène HPV se traduisant par la présence de kératinocytes kératinisés dans la partie superficielle de l'épiderme. Certains pensent que toute lésion à l'aspect de kératose séborrhéique des régions génitales est due à l'HPV, mais cela n'a pas été rigoureusement confirmé ou infirmé. (10)

III. Caractéristiques dermoscopiques

La dermoscopie, technique non invasive, est devenue un élément fondamental dans l'évaluation des lésions cutanées et muqueuses, qu'elles soient pigmentées ou non, tout en améliorant la précision du diagnostic. Cependant, l'examen et l'évaluation des lésions muqueuses peuvent être difficiles à réaliser. Tout d'abord, en particulier chez les femmes, la lésion peut se trouver à un endroit difficile à examiner et la patiente peut se sentir gênée ; deuxièmement, l'étirement de la muqueuse pendant l'examen peut modifier les résultats dermoscopiques ; et troisièmement, les lentilles de contact doivent être protégées afin d'éviter le risque d'infection. (70,71).

Les lésions pigmentées représentent un large éventail d'affections, bénignes ou malignes, infectieuses, post-inflammatoires ou autre.(13) En dermoscopie, elles présentent différents patrons dont la terminologie est

quelque peu confuse, notamment le patron homogène ou sans structure, le patron globulaire, le patron parallèle et ses variantes ,le patron annulaire et ses variantes également : le patron en écailles de poisson ou en hyff , qui sont probablement dus à des problèmes techniques externes liés à l'examen des lésions à l'aide du dermoscope ou à des techniques de prise de photos.(72)

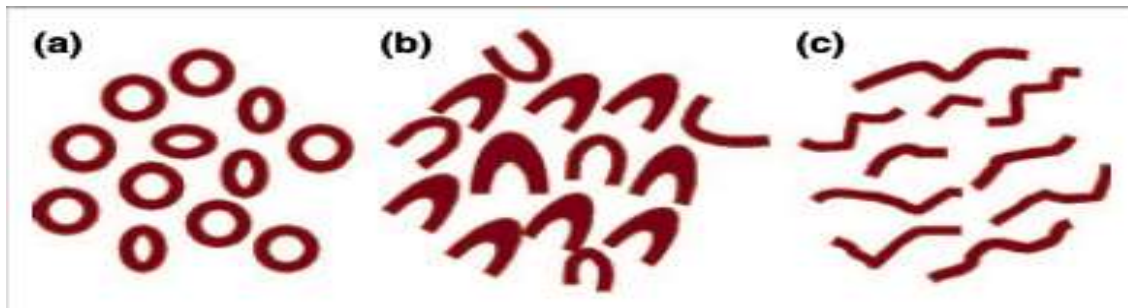


Figure 10. Variantes du patron circulaire (a) : (b) Patron en écailles de poisson (c) Patron en hyff. (72)

Il est également possible d'identifier des caractéristiques dermoscopiques spécifiques d'étiologies telles que les pseudo-kystes et les pseudo-comédons.

A. Origine mélanocytaire

1. Mélanose/lentigo

Dermoscopiquement, la mélanose vulvaire se présente par un patron homogène ou hétérogène avec des nuances du brunes ou noires, le plus souvent sans couleurs rouge, gris ou bleu, et généralement sans structures dermoscopiques mélanocytaires typiques.(24) Différents patrons ont été décrits dans la littérature, notamment des patrons sans structure, parallèles, réticulaires, pavimenteux, annulaire et globulaires.

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 (9) 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 56% des cas de mélanose, et 62,5% des cas de lentigo, suivie de patron homogène dans les 2 pathologies, le patron ring-like a été objectivé dans 16% de mélanose et aucun cas de lentigo.

2. Naevus

Les naevus vulvaires se présentent dermoscopiquement par des patrons similaires à leurs homologues cutanés.(73) Les patrons les plus courants sont les globulaires et homogènes.(9,73) Les naevus communs présentent généralement un patron unique ou bi-composé, rarement un patron multi-composé, contrairement aux naevus mélanocytaires atypiques de type génital qui présentent un patron multi-composé pouvant imiter un mélanome malin. Le voile blanc-bleu et les points irréguliers peuvent également être observés dans les naevus mélanocytaires atypiques de type génital. (33) Nos résultats sont cohérents avec la littérature, montrant une prédominance des patrons globulaires et homogènes.(33,73)

Dans la série de Ronger-Savle et al (9) sur la dermoscopie des lésions pigmentées de la vulve, les aspects retrouvés chez 16 cas de naevus étaient dominés par un patron homogène et globulaire dans 44% des cas, le patron composé n'était présent que chez 6% des cas et le polycirculaire dans 6% des cas également .

Dans notre série, comme dans la littérature, on a constaté, une prédominance du patron homogène et globulaire avec 42,8% et 28,57% des cas respectivement .

3. Mélanome

Par ailleurs, en présence d'un motif à plusieurs composantes, il faut envisager un mélanome, surtout s'il est associé à une hétérochromie, à des couleurs blanches, grises, bleues ou rouges, à des points et globules irréguliers répartis de manière asymétrique. Des vaisseaux irréguliers et atypiques, ont également été décrits [16,17].

Contrairement au mélanome cutané classique qui présente typiquement un patron multicomposé, le mélanome muqueux est généralement dépourvu de structure. En termes de couleurs, le brun et/ou le noir sont presque toujours présents, mais le bleu, le gris, le blanc ou des zones rouges laiteuses coexistent fréquemment (74) un réseau inversé avec de fines lignes blanchâtres, des points et globules irréguliers répartis de manière asymétrique, des vaisseaux irréguliers et atypiques, ont également été décrits dans la littérature (74-76).

Dans la série de Ronger-Savle et al (9) sur la dermoscopie des lésions pigmentées de la vulve, les aspects retrouvés chez 5 cas de mélanome étaient dominés par un patron multicomposé dans 60% des cas, suivie du patron

réticulaire-like irrégulier et du patron poly-circulaires irréguliers dans 20% des cas chacun.



Mélanome vulvaire montrant les couleurs grise, blanche avec un pseudo réseau blanchâtre irrégulier et des vaisseaux irréguliers polymorphes (9)

B. Origine non mélanocytaire

1. Pathologies HPV induite

a. Condylomes pigmentés

Les aspects dermoscopiques et les caractéristiques vasculaires des condylomes génitaux reflètent leurs étapes de vie. avec un patron en mosaïque pour les condylomes plans et un patron fingerlike pour ceux pleinement développés, d'autres patrons ont été décrits comme le un patron « knoblike » et des combinaisons de patrons, dont un patron fingerlike –knoblike est le plus courant (77). Une vascularisation est souvent observée, faite de vaisseaux glomérulaires, en épingle à cheveux , en point et glomérulaires , en pointillés

avec un halo blanchâtre (77).

La dermoscopie des condylomes pigmentés est peu détaillée dans la littérature. Une étude comparant la dermoscopie des condylomes pigmentés, des kératoses séborrhéiques (KS) (78) et de la papulose bowénoïde de la région génitale a montré que les condylomes sont généralement moins pigmentés par rapport aux KS. Ils se présentent souvent avec différents patrons en fonction de l'ancienneté des lésions, avec un patron vasculaire beaucoup plus important et des vaisseaux entourés d'un halo blanchâtre. Dans notre étude, nous avons observé une prédominance du patron "fingerlike" dans 53,33% des cas. Ceci peut s'expliquer par le fait que nos patientes consultent souvent à des stades avancés de leur maladie, où les lésions sont plus développées.

b. La maladie de Bowen pigmenté :

La dermoscopie de la MBp a été décrite dans deux études indépendantes. Dans une étude portant sur 951 cas, Cameron et al. (79) ont rapporté les caractéristiques dermoscopiques de 52 cas de MB pigmenté. Dans ces cas de MBp, les éléments suivants ont été observés : des patrons sans structure (48 % des cas), une combinaison de patrons sans structure et de patrons en pointillés (35 %) et d'autres patrons (cercles, points) (17 %). Ils ont également mentionné qu'un résultat dermoscopique caractéristique de la MBp était la présence de points bruns ou gris disposés linéairement (21 %). En ce qui concerne les résultats vasculaires, deux types de vaisseaux ont été décrits : des vaisseaux glomérulaires (44 %) et des vaisseaux en pointillés (15 %). Cependant, aucune étude détaillée n'a examiné les caractéristiques dermoscopiques de la MBp génitale.

Une revue de la littérature a été réalisée par Nahira et al. (80) portant sur 10 cas de MBp et a montré des résultats similaires à notre étude concernant la présence d'aires brunes homogènes, observées dans 80% des cas par rapport à 100% dans nos cas, ainsi que la présence de vaisseaux glomérulaires, notés dans 80% des cas par rapport à 75% dans nos cas. Cependant, le patron cérébriforme était majoritaire dans notre étude, observé dans 50% des cas par rapport à 10% dans l'étude de Nahira et al. De plus, les globules bruns de disposition linéaire étaient moins fréquents dans notre étude, à 25% par rapport à 60% dans l'étude de Nahira et al.

2. Pathologies vasculaires :

La dermoscopie des angiokératomes muqueux est peu décrite dans la littérature. Tout comme leurs équivalents cutanés sur le plan dermoscopique, ils se manifestent par des lacunes rouges ou sombres qui sont plus spécifiques, un voile blanc recouvrant partiellement la lésion correspondant à l'orthokératose, et un érythème périphérique en halo, ce qui est le cas de nos deux angiokératomes .(81 ,82)

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 (82), 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.

La dermoscopie des hémangiome infantile retrouve généralement des lagunes vasculaires associées à des septas fibreux blanchâtres (83), aspects aussi objectivés chez nos malades.

Le sarcome de Kaposi vulvaire est peu rapporté dans la littérature, et sa dermoscopie est encore moins documentée. Un article récent a rapporté 2 cas de Kaposi muqueux : l'un lingual et l'autre pénien, présentant un fond bleu rougeâtre, et un motif papillomateux, un motif arc-en-ciel .(84) Ce qui a été observé dans notre cas est similaire, à l'exception du motif arc-en-ciel.

3. Autres :

La kératose séborrhéique:

Les kératoses séborrhéiques, des lésions bénignes inhabituelles de la région génitale, se présentent sur le plan dermoscopique par un patron papillomateux et cérébriforme, partagé avec la maladie de Bowen et le VIN pigmenté. (9) Cependant, on y trouve également des pseudo-kystes et des pseudo-comédons. Il n'existe pas d'étude étendue concernant les kératoses séborrhéiques vulvaires. Ronge-Salve et al. (9) ont rapporté un patron cérébriforme pour les kératoses séborrhéiques dans leur étude. Fatma Pelin Cengiz et al. (33) ont observé dans leur étude intéressant les lésions pigmentées génitales portant sur 4 cas de kératoses séborrhéiques un patron papillomateux dans 50% des cas, des pseudo-comédons dans 50% des cas et des pseudo-kystes dans 25% des cas. Comparativement aux résultats de notre étude, les pseudo-comédons étaient majoritaires dans 75% des cas, en raison de la localisation de la plupart des lésions au niveau des zones pileuses non soumises à la macération.

LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVE

La taille de l'échantillon nous a limitées pour la comparaison des différentes lésions pigmentées, ce qui a réduit la puissance statistique et la capacité d'élaborer un algorithme diagnostique.

De plus, la durée de l'étude nous a empêché de détecter des changements dans les aspects cliniques ou dermoscopiques des lésions à long terme.

Notre étude étant monocentrique, il serait bénéfique d'entreprendre d'autres recherches avec des échantillons plus conséquents, notamment par une étude multicentrique et avec des confirmations histologiques pour tous les cas, afin d'obtenir des résultats plus concluants.

CONCLUSION

Notre étude incluait 100 patientes atteintes de dermatose pigmentée génitale, identifiant 128 lésions. Sur le plan épidémiologique, l'âge moyen était de 45 ans, les patientes étaient majoritairement mariées et sexuellement actives, dont environ la moitié présentaient des ATCD d'affections dermatologiques vulvaires. Sur le plan clinique, la plupart des lésions étaient asymptomatiques et découvertes fortuitement, avec une prédominance au niveau des grandes lèvres, principalement sous forme de macules. La majorité des lésions étaient multifocales, bilatérales et mesuraient moins de 6 mm dans environ la moitié des cas. Les mélanoses bénignes étaient les lésions les plus fréquentes, suivies des lésions induites par le HPV, des nævi, et des lésions vasculaires .

L'examen dermoscopique était réalisée dans environ les deux tiers des cas, elle a révélé des patrons prédominants parallèles et homogènes pour les mélanoses et les lentigos, brun homogène et globulaire pour les nævi, digitiforme et boutonneux pour les condylomes, et cérébriforme avec pseudo-comédons et pseudo-kystes pour les KS. Des aires brunes et blanches homogènes, des vaisseaux glomérulaires et un patron cérébriforme ont été observés, associés dans un quart des cas à des globules bruns disposés linéairement pour la maladie de Bowen, des lagunes vasculaires et des septas fibreux dans les hémangiomes, des lacunes bleu-rouge dans les angiokératomes et des varices, et un patron papillomateux avec des zones blanches sur un fond de couleur pourpre dans la maladie de Kaposi.

Le diagnostic s'est basé principalement sur l'examen clinique et dermoscopique, avec une biopsie cutanée demandée dans les cas suspects de malignité ou en cas de doute diagnostique. Les sérologies virales et

syphilitique étaient effectuées chez les patientes suspecte d'une MST, et une échographie Doppler était réalisée pour les pathologies vasculaires.

Un tiers des patientes ont été traitées. La surveillance active était décidée pour les mélanoses bénignes, nævi, KS ou angiokératomes. Un shaving a été réalisé pour une patiente avec des KS multiples, une exérèse esthétique pour un nævus, et des biopsies-exérèses pour quatre patientes à but diagnostic. Les traitements restants étaient instaurés en fonction de l'étiologie spécifique des lésions. La plupart des dermatoses avaient un pronostic favorable après un suivi d'au moins 3 mois.

RESUMÉ

Introduction :

Les lésions pigmentées vulvaires (LPV) représentent 9 % des motifs de consultation. Cependant, il existe très peu de données épidémiologiques récentes à leur sujet. Actuellement, il n'y a pas de recommandations officielles orientant la prise en charge diagnostique de ces lésions. L'objectif de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des lésions pigmentées génitales féminines.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de série de cas rétro-prospective sur les lésions pigmentées génitales féminines, menée au sein du CHU Hassan II de Fès, de janvier 2018 à janvier 2024. Nous avons inclus toutes les patientes, quel que soit leur âge, consultant au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès ou dans les autres services du CHU, notamment en gynécologie, en raison d'une lésion pigmentée de la région génitale ou pour d'autres pathologies chez qui l'examen avait objectivé une lésion pigmentée vulvaire. Nous avons exclu les patientes perdues de vue après la première consultation.

Les photos étaient prises après consentement des malades.

La saisie des données recueillies sur des fiches d'exploitation, préalablement imprimées, a été réalisée à l'aide du logiciel Excel, suivie d'une analyse épidémiologique descriptive.

Résultats :

Nous avons colligé 100 patientes atteintes de dermatose pigmentée génitale ,avec 128 lésions génitales objectivées .L'âge moyen de nos patientes était de 45,5 ans, Soixante-sept de nos patientes étaient mariées, l'ATCD le

plus retrouvé chez nos patientes été le lichen scléro-atrophique dans 24 % des cas . 69 % des cas ignoraient qu'elles en avaient une LPV, leur découverte étant fortuite lors d'un examen systématique. Les grandes lèvres étaient le site le plus touché, représentant 57 % des cas, les lésions étaient multifocales dans 60% des cas et bilatérales dans 41% des cas .Leurs taille était inférieure à 6mm dans 48% des cas .Les macules étaient les lésions élémentaires les plus observées dans notre étude, représentant 62 %. L'histologie était réservée pour les cas suspects de malignité ou en cas de doute diagnostique. Dans notre série l'examen histologique n'a été réalisée que chez 17% des patientes.

La lésion la plus fréquente était la mélanose bénigne dans 41,4 % des cas. Parmi celles-ci, 18,75 % étaient post-inflammatoires (post lichen scléro-atrophique), 14,06 % sans cause évidente, 5,46 % physiologiques, 1,56 % post traumatique ,0,78 % post-chimiothérapie, et entraient dans le cadre d'un syndrome de Laugier respectivement . Les lésions avec prolifération mélanocytaire (nævi) représentaient 12,5 % des cas, tandis que celles induites par le HPV (condylomes et néoplasies intra-épithéliales (VIN)) constituaient 31,25 %. Les lésions vasculaires représentaient 6,25 % de la série, avec d'autres causes telles que le KS à 6,25 %, l'acanthose nigricans à 1,56 % et les kystes mucoides à 0,78 %.

L'examen dermoscopique a été réalisé dans 73 % des cas. Parmi les mélanoses et les lentigos, le patron parallèle était le plus fréquent, observé dans 56 % des cas. Pour les nævi, les patrons prédominants étaient le patron brun homogène dans 42 ,8 % des cas et le patron globulaire dans 28,57 % des cas. Pour ce qui est des condylomes, le patron digitiforme était présent dans 60 % des cas, suivi du patron boutonneux à 30 %, en mosaïque à 14 %, composé

à 7 %, et vasculaire à 78 %.

Concernant les KS, le patron cérébriforme était présent dans 87,5 % des cas, les pseudo-comédons dans 75 % des cas, les pseudo-kystes dans 12,5 % des cas, et le patron vasculaire n'était présent que dans 25 % des cas .

La dermoscopie de la maladie de Bowen a objectivé des aires brun-homogènes dans 100% des cas ,des aires blanches sans structures dans 75% des cas , un patron cérébriforme dans 50% des cas, des globules brun dans 25% des cas ,une vascularisation glomérulaire dans 50% des cas, et des vaisseaux polymorphes dans 25% des cas .

La dermoscopie des hémangiomes a révélé des lagunes vasculaires et des septas fibreux, celle des angiokératomes et des varices vulvaires a montré des lacunes bleu-rouge, tandis que la dermoscopie de la maladie de Kaposi a mis en évidence un patron papillomateux avec des zones blanches sur un fond de couleur pourpre.

Discussion :

Nos résultats épidémiologiques et cliniques concordants avec les séries de la littérature concernant l'âge, le statut matrimonial, le siège et la focalité des lésions, ainsi que la fréquence des mélanoses bénignes et le plus souvent l'absence de signes fonctionnels, entraînent le retard diagnostic et la découverte fortuite des lésions. Ces observations ont également été rapportées dans la série de S. Ronger-Savle et al. (9), la série indienne (15), et l'étude de AC Biron-Schneider Et al (19) .

Sur le plan dermoscopique, nous avons également constaté, après comparaison avec les séries de la littérature, une concordance des résultats avec la prédominance des patrons parallèles et homogènes dans les mélanoses

bénignes, ainsi que des patrons homogènes et globulaires dans les nævus. Nous avons cependant observé une fréquence plus élevée des pseudo-comédons dans les KS de notre série par rapport à la littérature, ce qui pourrait s'expliquer par la prédominance de nos lésions au niveau de la région cutanée non soumise à la macération. De même, en ce qui concerne la maladie de Bowen, une concordance avec les rapports de cas de la littérature a également été constatée .

Par rapport aux lésions vasculaires, malgré le nombre limité de nos cas, nos résultats dermoscopiques concordent également avec ceux de la littérature

Conclusion :

Le diagnostic des lésions pigmentées vulvaires est basé le plus souvent sur le couple clinique-dermoscopie , cependant ,parfois le diagnostic peut être difficile justifiant le recours à un examen histologique.

Notre étude a montré que la plupart des LPV sont bénignes, principalement représentées par les mélanoses bénignes. Cependant, il est crucial de rester vigilant face à tout patron multicomposé, ainsi qu'en présence de couleurs rouge, blanche ou bleue, qui peuvent indiquer un mélanome. De même, il est important de prendre garde à tout patron cérébriforme, qui peut suggérer une VIN en l'absence de pseudo-kystes et pseudo-comédons, ou en présence de globules bruns-gris de disposition linéaire, d'aires brunes ou blanches sans structures, et de vaisseaux glomérulaires.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'exploitation :

Age : ☐ <16 ans ☐ 41–60ans ☐ >60 ans

Statue matrimoniale : ☐ mariée ☐ célibataire

Mode de recrutement : ☐ avis ☐ consultation ☐ hospitalisation

ATCD : ☐ Gynéco-obstétricaux ☐ dermatologique ☐ autres

ATCD pathologie vulvaire : ☐ traumatique ☐ inflammatoire ☐ tumoral

☐ Autres

Motif de consultation : ☐ oui ☐ Fortuite (examen systématique)

Durée d'évolution :

Signes fonctionnels : ☐ asymptomatique ☐ prurit ☐ Douleur ☐ autres

Clinique

Lésion élémentaire : ☐ macule ☐ papule ☐ plaque ☐ nodule ☐ tumeur

Diamètre : ☐ >6mm. ☐ <6mm

Localisation : ☐ grandes lèvres ☐ petites lèvres ☐ vestibule ☐ clitoris

☐ Fourchette

Multifocalité : ☐ unifocal ☐ multifocal

Bilatéralité : ☐ unilatéral. ☐ Bilatéral

Autres signes cliniques associée :

Dermoscopie :

Faite ☐ oui ☐ Non

Si oui :

Patron pigmentaire : ☐ homogène ☐ parallèle ☐ réticulaire ☐ circulaire

☐ globulaire ☐ cobleston-like ☐ Papillomateux ☐ Cérébriforme. ☐ Bi

ou multicomposé

Autres structures dermoscopiques ☐pseudo-kystes ☐pseudo-comédons

☐autres

Patron vasculaire ☐en point ☐Linéaire ☐glomérulaire ☐autres

Reste de l'examen :

Autres muqueuses

Unguéal

Examens paracliniques

Biopsie : ☐Oui ☐Non

Autres examens complémentaires :

Diagnostic retenue :

Origine mélanocytaire ☐oui ☐non

Si origine mélanocytaire ☐par hyperplasie ☐par pigmentation épithéliale

Si origine non mélanocytaire ☐lésion HPV induite ☐lésion vasculaire

☐autres

Traitement

Evolution

BIBLIOGRAPHIE

1. Ewing TL. Paget's disease of the vulva treated by combined surgery and laser. *Gynecol Oncol.* 1991;43(2):137–140. doi:10.1016/0090-8258(91)90059-e
2. Friedrich EG Jr, Burch K, Bahr JP. The vulvar clinic: an eight-year appraisal. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135(8):1036–1040. doi:10.1016/0002-9378(79)90732-4
3. Rock B, Hood AF, Rock JA. Prospective study of vulvar nevi. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(1):104–106. doi:10.1016/0190-9622(90)70017-c
4. Oberlin, Grégoire. Précis d'anatomie, tome 3 : Splanchnologie thorax, abdomen, bassin. sixième édition. Librairie Alpha; 1962.
5. Anatomie du périnée féminin. Univ Médicale Virtuelle Francoph –UVMaF. 1 déc 2011;20.
6. Chung AF, Woodruff JM, Lewis JL. Malignant melanoma of the vulva: A report of 44 cases. *Obstet Gynecol.* juin 1975;45(6):638-46.
7. Histologie par T. S. LEESON / C.R. LEESON: Bon Couverture rigide (1980) | Librairie Thot [Internet]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/Histologie-T-S-LEESON-C.R-Masson/21767820228/bd>
8. Joseph Poirier, Isabelle Cohen, Jean-Francois Bernaudin. Histologie humaine t.5 ; appareil urinaire, appareil génital féminin, appareil génital masculin – Joseph Poirier, Isabelle Cohen, Jean-Francois Bernaudin – Maloine – Grand format – Place des Libraires [Internet]. [cité 17 mai 2020].
9. Ronger-Savle S, Julien V, Duru G, Raudrant D, Dalle S, Thomas L. Features of pigmented vulval lesions on dermoscopy. *Br J Dermatol.* 2011;164(1):54–61. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.10043.x

10. Lisner, Tomo, and Françoise Plantier. "Diagnostic des lésions pigmentées de la vulve." *Annales de Pathologie*. Vol. 42. No. 1. Elsevier Masson, 2022.
11. 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>
12. David C, Cambazard F, Biron AC, Couzan C, Chazelle M, Tognetti L, et al. Épidémiologie des lésions pigmentées génitales féminines : étude EvE sur 1400 patientes. *Ann Dermatol Vénereol* 2019;146:A233.
13. Edwards L. Pigmented vulvar lesions. *Dermatol Ther* 2010;23: 449-57.
14. Venkatesan A. Pigmented lesions of the vulva. *Dermatol Clin* 2010;28:795-805.
15. 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>
16. Leslie SW, Sajjad H, Kumar S. Verrues génitales. [Mise à jour le 30 mai 2023]. Dans : StatPearls [Internet]. Île au Trésor (FL) : StatPearls Publishing ; 2024 janvier-. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441884/>
17. KALMI.N,BAYBAY.H,FAJRI.Z,et al. Dermoscopie de 6 cas de maladie de Bowen vulvaire. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie-FMC*, 2023, vol. 3, no 8, p. A300.
18. Krathen MS, Liu C, Loo DS. Vulvar melanoma: a missed opportunity for

- early intervention? J Am Acad Dermatol 2012;66:697–8.
19. Biron–Schneider, A. C., David, C., Perrot, J., Couzan, C., Couty, E., Chazelle, M., & Cambazard, F. (2018, December). Incidence des lésions pigmentées génitales féminines. In *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* (Vol. 145, No. 12, pp. S140–S141). Elsevier Masson.
 20. David, C., Cambazard, F., Biron, A. C., Couzan, C., Chazelle, M., Tognetti, L., ... & Perrot, J. L. (2019, December). Épidémiologie des lésions pigmentées génitales féminines: étude EvE sur 1400 patientes. In *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* (Vol. 146, No. 12, p. A233). Elsevier Masson.
 21. Dauendorffer, J. N., & Ly, S. (2021). *Dermatologie génitale: masculines et féminines*. Elsevier Health Sciences.
 22. El Shabrawi–Caelen L, Soyer HP, Schaeppi H, et al. Genital lentigines and melanocytic nevi with superimposed lichen sclerosus: a diagnostic challenge. J Am Acad Dermatol. 2004;50(5):690–694. doi:10.1016/j.jaad.2003.09.034
 23. Moore RT, Chae KAM, Rhodes AR. Laugier and Hunziker pigmentation: a lentiginous proliferation of melanocytes. J Am Acad Dermatol 2004;50:S70—4.
 24. De Giorgi V, Gori A, Salvati L, et al. Clinical and Dermoscopic Features of Vulvar Melanosis Over the Last 20 Years. JAMA Dermatol. 2020;156(11):1185–1191. doi:10.1001/jamadermatol.2020.2528
 25. Murzaku EC, Penn LA, Hale CS, Pomeranz MK, Polsky D. Vulvar nevi, melanosis, and melanoma: an epidemiologic, clinical, and histopathologic review. J Am Acad Dermatol. 2014;71(6):1241–1249.

doi:10.1016/j.jaad.2014.08.019

26. Ferrari A, Zalaudek I, Argenziano G, Buccini P, De Simone P, Silipo V, et al. Dermoscopy of Pigmented Lesions of the Vulva: A Retrospective Morphological Study. *Dermatology* 2011;222(2):157-66.
27. Rock B. Pigmented lesions of the vulva. *Dermatol Clin.* avr 1992;10(2):361-70.
28. Clark WH, Hood AF, Tucker MA, Jampel RM. Atypical melanocytic nevi of the genital type with a discussion of reciprocal parenchymal-stromal interactions in the biology of neoplasia. *Hum Pathol* 1998 ;29:S1-24.
29. Gleason BC, Hirsch MS, Nucci MR, Schmidt BA, Zembowicz A, Mihm MC, et al. Atypical Genital Nevi: A Clinicopathologic Analysis of 56 Cases. *Am J Surg Pathol.* janv2008;32(1):51-7.
30. Lotem M, Anteby S, Peretz T, Ingber A, Avinoach I, Prus D. Mucosal melanoma of the female genital tract is a multifocal disorder. *Gynecol Oncol.* janv 2003;88(1):45-50.
31. Dunton CJ, Berd D. Vulvar melanoma, biologically different from other cutaneous melanomas. *Lancet Lond Engl.* 11 déc 1999;354(9195):2013-4.
32. Ragnarsson-Olding BK. Spatial density of primary malignant melanoma in sun-shielded body sites: A potential guide to melanoma genesis. *Acta Oncol Stockh Swed.* avr 2011;50(3):323-8.
33. Cengiz FP, Emiroglu N, Wellenhof RH. Dermoscopic and clinical features of pigmented skin lesions of the genital area. *An Bras Dermatol.* 2015;90(2):178-183.
34. Ragnarsson-Olding BK. Primary malignant melanoma of the vulva – an

- aggressive tumor for modeling the genesis of non-UV light-associated melanomas. *Acta Oncol* 2004 ;43:421–35.
35. VE Sugiyama , JK Chan , JY Shin et al. Mélanome vulvaire : une analyse multivariée de 644 patients *Obstet Gynecol* , 110 (2007) , pages 296 à 301
 36. De Simone P, Silipo V, Buccini P, et al. Vulvar melanoma: a report of 10 cases and review of the literature. *Melanoma Res* 2008: 18: 127–133.
 37. Wechter ME, Gruber SB, Haefner HK, et al. Vulvar melanoma: a report of 20 cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2004: 50: 554–562.
 38. VE Sugiyama , JK Chan , JY Shin et al. Mélanome vulvaire : une analyse multivariée de 644 patients *Obstet Gynecol* , 110 (2007) , pages 296 à 301
 39. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis* 2013 ;13:39.
 40. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine* 2012 ;30(Suppl 5):F12–23.
 41. Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, Preti M, Bohl TG, et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *Obstet Gynecol.* févr 2016;127(2):264-8.
 42. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med.* nov

- 2005;50(11):807-10.
43. Bogliatto F, Bohl T, Reutter J, Sideri M, Bornstein J. LAST terminology applied to the vulva: the challenge of VIN continues. *J Low Genit Tract Dis.* avr 2015;19(2):e47-48.
 44. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med.* 5 mai 1997;102(5A):3-8.
 45. 116. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine.* 30 mars 2006;24 Suppl 1:S1-15.
 46. van der Avoort I a. M, Shirango H, Hoevenaars BM, Grefte JMM, de Hullu JA, de Wilde PCM, et al. Vulvar squamous cell carcinoma is a multifactorial disease following two separate and independent pathways. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol.* janv 2006;25(1):22-9.
 47. Maniar KP, Ronnett BM, Vang R, Yemelyanova A. Coexisting high-grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum: independent lesions due to different HPV types occurring in immunocompromised patients. *Am J Surg Pathol.* janv 2013;37(1):53-60.
 48. Park J, Sun D, Genest DR, Trivijitsilp P, Suh I, Crum CP. Coexistence of low and high grade squamous intraepithelial lesions of the cervix: morphologic progression or multiple papillomaviruses? *Gynecol Oncol.* sept 1998;70(3):386-91.
 49. Committee on Gynecologic Practice of American College Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 509: Management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol.* nov 2011;118(5):1192-4.
 50. M. PELISSE .dermatologie-pratique.com/journal/article/neoplasies-intraepitheliales-de-la-vulve.2011

51. Spann CR, Owen LG, Hodge SJ. The labial melanotic macule. Arch Dermatol. août 1987;123(8):1029-31.
52. Rudolph RI. Vulvar melanosis. J Am Acad Dermatol. nov 1990;23(5):982-4.
53. Jih DM, Elder DE, Elenitsas R. A histopathologic evaluation of vulvar melanosis. Arch Dermatol. juill 1999;135(7):857-8.
54. Patterson J. Weedon's Skin Pathology 4th Edition. 2015.
55. Heller DS, Wallach R. Vulvar Disease : A Clinicopathological Approach.
56. Ribé A. Melanocytic lesions of the genital area with attention given to atypical genital nevi. J Cutan Pathol. nov 2008;35 Suppl 2:24-7.
57. Saveliev VS, Pokrovsky AV, Zatyevakhin II, Kirienko AI. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskikh zabolevanii ven. Phlébologie. 2013 ; 7 : 18–20.
58. Fassiadis N. Traitement du syndrome de congestion pelvienne provoquant des varices pelviennes et vulvaires. Int Angiol. 2006 ; 25 : 1–3.
59. Bell D, Kane PB, Liang S, Conway C, Tornos C. Varices vulvaires : une entité rare en pathologie chirurgicale. Int J Gynecol Pathol. 2007 ; 26 : 99–101.
60. Gavrilov SG. Vulvar varicosities: diagnosis, treatment, and prevention. Int J Womens Health. 2017;9:463–475. Published 2017 Jun 28.
61. Radouane, N., Hali, F., & Benchikhi, H. (2012, December). Varices vulvaires: une entité rarement vue en pratique dermatologique. In Annales de Dermatologie et de Vénéréologie (Vol. 139, No. 12, pp. B231–B232). Elsevier Masson
62. Kim KH, Choi JI, Ryu KH, Kang IH, Leng YH, Lee JW, Lee JW, Kim YJ, Lee JK. Primary Classic Kaposi's Sarcoma of the Penis in an HIV–Negative Patient.

- Korean J Urol. 2010 Nov;51(11):803–6. doi: 10.4111/kju.2010.51.11.803. Epub 2010 Nov 17. PMID: 21165204; PMCID: PMC2991581.
63. van Bogaert LJ. Lésions anogénitales : sarcome de Kaposi et ses imitations. SIDA ISRN. 2012 ; 2012 :486425.
 64. Agarossi A, Vago L, Lazzarin A, Casolati E, Muggiasca ML, Tambussi G et al. Sarcome vulvaire de Kaposi. Un rapport de cas. Ann Oncol. 1991 ; 2 : 609–610
 65. Errichetti E, Stinco G, Pegolo E, Patrone P. Primary Classic Kaposi's Sarcoma Confined to the Vulva in an HIV–Negative Patient. Ann Dermatol. 2015 Jun;27(3):336–7. doi: 10.5021/ad.2015.27.3.336. Epub 2015 May 29. PMID: 26082598; PMCID: PMC4466294.
 66. Kampantais S, Gourvas V, Ioannidis S. Sarcome de Kaposi Penile chez un homme séronégatif HHV–8 positif. Hippocratie. 2013 ; 17 :96
 67. Hengge UR, Ruzicka T, Tying S et al. (2002) Update on Kaposi's sarcoma and other HHV–8 associated diseases. Part 1: epidemiology, environmental predispositions, clinical manifestations, and therapy. Lancet Infect Dis 2:281–292
 68. Merlino L, Volpicelli AI, Anglana F, D'Ovidio G, Dominoni M, Pasquali MF, Gardella B, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. Pediatric Hemangiomas in the Female Genital Tract: A Literature Review. Diseases. 2024 Feb 28;12(3):48. doi: 10.3390/diseases12030048. PMID: 38534972; PMCID: PMC10969121.
 69. Stern RS, Boudreaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care for seborrheic keratoses. A pilot study of an

- approach to quality assurance for cutaneous surgery. *JAMA*. 2 janv 1991;265(1):74-7.
70. Hofmann-Wellenhof R. Special criteria for special locations 2: scalp, mucosal, and milk line. *Dermatol Clin*. 2013;314:625–ix.
 71. Cinotti E, Campoli M, Pataia G, Ouerdane Y, Thuret G, Gain P, et al . How transparent film applied on dermatologic imaging devices in order to prevent infections affects image quality?. *Skin Res Technol*. 2019;252:229–33.
 72. Lin J, Koga H, Takata M, Saida T. Dermoscopy of pigmented lesions on mucocutaneous junction and mucous membrane. *Br J Dermatol*. 2009;1616:1255–61.
 73. Kamat D, Vinay K. Dermatoscopy of nonvenereal genital dermatoses: A brief review. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2019;401:13–9.
 74. Maatouk I, Apalla Z, Errichetti E, Lallas A. Dermoscopy for venereologists: an update on patterns of tumors, inflammatory and infectious diseases of the genitalia, and tips for differential diagnosis. *Int J Dermatol*. 2021 Oct;60(10):1211–1218. doi: 10.1111/ijd.15333. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33448049
 75. De Pascalis A, Perrot JL, Tognetti L, Rubegni P, Cinotti E. Review of dermoscopy and reflectance confocal microscopy features of the mucosal melanoma. *Diagnostics (Basel)*. 2021;111:91.
 76. Vaccari S, Barisani A, Salvini C, Pirola S, Preti EP, Pennacchioli E, et al. Thin vulvar melanoma: a challenging diagnosis. Dermoscopic features of a case series. *Clin Exp Dermatol*. 2020;452:187–93.
 77. Paštar Z, Lipozenčić J. Significance of dermatoscopy in genital

- dermatoses. Clinics in Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2014 Mar;32(2):315–8.
78. Seong SH, Jung JH, Kwon DI, et al. Dermoscopic findings of genital keratotic lesions: Bowenoid papulosis, seborrheic keratosis, and condyloma acuminatum. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2021;36:102448. doi:10.1016/j.pdpdt.2021.102448
 79. Cameron A, Rosendahl C, Tschandl P, Riedl E, Kittler H. Dermatoscopy of pigmented Bowen's disease. J Am Acad Dermatol. 2010;62(4):597–604. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.008
 80. Narahira A, Yanagi T, Kitamura S, Hata H, Shimizu H. Dermoscopic features of genital pigmented Bowen's disease: Report of a case and review of the published work. J Dermatol. 2019;46(10):e390–e391. doi:10.1111/1346-8138.14938
 81. Viswan P, Behera B, Sethy M, Dash S, Palit A, Ayyanar P. Dermoscopic Analysis of Vascular Malformations and Tumors Based Upon Dominant Vascular Dermoscopic Features: A Retrospective Analysis From a Tertiary Care Center of East India. Cureus. 2022;14(6):e26292. Published 2022 Jun 24. doi:10.7759/cureus.26292
 82. Jesus PMR, Martins AM, Chiacchio ND, Aranda CS. Genital angiokeratoma in a woman with Fabry disease: the dermatologist's role. An Bras Dermatol. 2018;93(3):426–428. doi:10.1590/abd1806-4841.20187128
 83. Zaballos P, Llambrich A, Del Pozo LJ, et al. Dermoscopy of Targetoid Hemosiderotic Hemangioma: A Morphological Study of 35 Cases. Dermatology. 2015;231(4):339–344. doi:10.1159/000439301
 84. Cillo F, De Lucia M, Patrì A, Peduto T, Fabbrocini G, Cantelli M. Kaposi's

sarcoma on oral and genital mucosa: In vivo reflectance confocal microscopy features. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(3):e421–e423. doi:10.1111/jdv.18676