

UNIVERSITE ABOUBEKR BELKAID TLEMEN
Institut des Sciences Médicales

THESE

Pour l'obtention du titre de
Docteur en Sciences Médicales

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES
AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES**
Dans la Wilaya de Tlemcen
1981 - 1995

Présentée et soutenue publiquement

Le 199

par **Le Dr Omar BOUDGHENE STAMBOULI**
Maître-assistant
en Dermatologie et Vénérologie

Jury

Président :	Pr I. Benkaïdali	INESSM Alger
Membres :	Pr A. Ammar Khodja	INESSM Alger
	Pr B. Bouadjar	INESSM Alger
	Pr E. Suarez-Martin	Université-Madrid
Directeur de thèse :	Pr M. Ysmail-Dahlouk	INESSM Alger

S O M M A I R E

- Dédicaces et remerciements	1
- Avant propos : la peau témoin de l'œuvre de l'homme	9
⇒ Tlemcen en quelques chiffres	10
1. Historique	
2. Géographie	
3. Population	
4. Activités économiques	
5. Couverture sanitaire	
6. Quelques indicateurs sanitaires	
⇒ Introduction	18
⇒ Objectifs	19
⇒ Méthodologie - patients et méthodes	20
⇒ Epidémiologie descriptive	21
I- Répartition globale des dermatoses	
I-A Maladies Infectieuses	
I-B Les M.S.T	
I-C Les troubles De La Différenciation Epidermique	
I-D Maladies Buleuses	
I-E Eczemas Et Dermatoses Spongiformes	
I-F Dermatoses des Etats D'hypersensibilité	
I-G Les Tumeurs De La Peau	
I-H Dermatoses Et Agents Physiques	
I-I Les Troubles De La Pigmentation Cutanée	
I-J Dermatoses Par Infiltrats cellulaires Lympho-mono-Myelocytaires	
I-K Granulomes Cutanés Non Infectieux	
I-L Dermatoses De Surcharge	
I-M Manifestations Cutanées Des Altérations Vasculaires Et Neurologiques Des Membres Inférieurs	
I-N Angiomes Et Angiodysplasie Complexe	
I-O Maladies Des Annexes	
I-P Prurits Et Prurigos	
I-Q Dermatoses Des Ages De La Vie	
I-R Affections Inclassables	

II-	Résultats et évolution des affections cutanées 1981 à 1995	67
1-	Maladies Infectieuses	
2-	Les M.S.T	
3-	Les Troubles De La Différenciation Epidermique	
4-	Maladies Bulleuses	
5-	Eczemas Et Dermatoses Spongiformes	
6-	Dermatoses Des Etats D'hypersensibilité	
7-	Les Tumeurs De La Peau	
8-	Dermatoses Et Agents Physiques	
9-	Les Troubles De La Pigmentation Cutanée	
10-	Dermatoses Par Infiltrats Cellulaires Lympho-mono-Myelocytaires	
11-	Granulomes Cutanés Non Infectieux	
12-	Dermatoses De Surcharge	
13-	Manifestations Cutanées Des Altérations Vasculaires et Neurologiques des Membres Inférieurs	
14-	Angiomes Et Angiodysplasie Complexe	
15-	Maladies Des Annexes	
16-	Prurits Et Prurigos	
17-	Dermatoses Des Ages De La Vie	
18-	Résultats Et Evolutions Par Les Graphes (1981 à 1995)	
III-	Classification des dermatoses les plus courantes par ordre de fréquence 1981 à 1995	73
1-	Psoriasis	
2-	Maladies Infectieuses	
3-	Eczemas	
4-	Maladies Des Annexes (Acné Chute de Cheveux et Pelade)	
5-	Prurits	
6-	Tumeurs	
7-	Vitiligo	
8-	Ulcère De Jambe	
9-	M.S.T	
10-	Urticaires, Lichen Plan, Aphtes	
11-	Erytheme Polymorphe	
12-	Maladie De Leiner-Moussous	
13-	Syndrome De Sweet	
14-	Sarcoïdoses	
IV-	Discussion	75
⇒	Revue analytique des dermatoses	78
1.	Les dermatoses infectieuses	

- 1.1 Les dermatoses bactériennes
 - 1.1.1. Les dermatoses bactériennes non spécifiques
 - 1.1.2. Les dermatoses staphylococciques
 - 1.1.3. les dermatoses streptococciques
 - 1.2. Les dermatoses bactériennes spécifiques
 - 1.2.1. La tuberculose
 - 1.2.2. La lèpre
 - 1.3. Les dermatoses parasitaires (La leishmaniose)
 - 1.4. Les dermatoses mycosiques
 - 1.5. La chromomycose
 - 1.6. Les M.S.T.
2. Les dermatose tumorales
 3. Les dermatoses précancéreuses
 4. Les atteintes cutanées dans les maladies d'autres organes
 - 4.a. Affections associant atteintes cutanées et atteinte neuropsychique
 - 4.b. Affections associant atteintes cutanées et atteintes rhumatismales
 - 4.c. Dermatoses liées à une déficience de la protection cutanée de 1981 à 1995 :
xérodermapigmentosum
 - 4.d. Affections associant atteintes cutanées et atteintes métaboliques
 - 4.e. Affections associant atteintes cutanées et atteintes digestives
 - 4.f. Affection associant atteintes cutanées et collagénose
 - 4.g. Dermatoses révélant ou compliquant un diabète
 - 4.h. Affection associant atteintes cutanées et atteintes hématologiques
 - 4.i. Affection associant atteintes cutanées et atteintes cardio-vasculaires
 - 4.j. Affection associant atteinte cutanées et atteintes endocriniennes
 - 4.k. Affection associant atteintes cutanées et maladies infectieuses
 5. Dermatoses neutrophiliques
 6. Dermatoses bulleuses
 7. Troubles de la différenciation épidermique
 8. Kératodermies palmoplantaires héréditaires
 9. Kératoses talonnières
 10. Les syndromes complexes avec dysplasies pilaires
 11. Puvathérapie
 12. Dermatologie de la peau noire

13. Eczémas et dermatoses spongiformes

14. Dermatoses des états d'hypersensibilité

15. Les M.S.T et sociétés

⇒Conclusion **128**

⇒Bibliographie **131**

⇒Iconographie : Dermatoses inhabituelles

Je rends grâce à Dieu le Tout Puissant et louange à Allah de m'avoir permis de faire cette étude espérant que ce travail soit inscrit chez lui comme une bonne action car le prophète Mohammed paix et salut de Dieu soient sur lui a dit : « quand l'être humain meurt, tout disparaît avec lui, sauf trois choses demeurent éternelles : une bonne œuvre, un bon fils qu'il lui prie Dieu constamment et un savoir qui profiterait à la communauté humaine ». Oh mon Dieu, fait que ce modeste travail soit utile aux gens.

D E D I C A C E

Nous dédions cette thèse à la mémoire :

De mon père Hadj Abdelkader,

Tu m'as donné la foi.

Tu m'as toujours dit et appris que pour réussir, il faut deux conditions : faire le bien et être honnête.

Qu'il nous soit donné de ne pas trahir la mémoire qui ne nous a jamais quitté et nous a toujours aidé. Qu'Allah le Tout Puissant t'accorde sa miséricorde et que tu sois parmi les gens heureux de son vaste paradis. Amine.

De ma fille Wafaa,

Tu n'as pas eu la joie de me voir arriver au termes de mes études. Mais Dieu a voulu que tu me quittes trop tôt. Il est le Savant et il est Sage. Qu'Allah t'accorde sa miséricorde et rendez-vous au paradis si Dieu le veut. Amine.

De mes frères Othmane BOUALI et Bachir BENAMAR, médecin chef de service des maladies infectieuses et de psychiatrie, Trésor de bonté, de droiture et de dévouement. Vos vies n'ont été qu'abnégations et sacrifices pour les tiens. Qu'Allah le Tout Puissant vous accorde son vaste paradis. Amine.

Nous dédions cette thèse

A ma mère,

Exemple de labeur, d'amour et d'inlassable dévouement. Le prophète Mohammed, paix et salut soit sur lui une a dit « Le paradis est sous les talons de vos mères ». Que cette thèse lui soit une obéissance pour gagner la clé du paradis.

A ma fidèle épouse,

Tu as partagé avec moi la joie et beaucoup de souffrances. Tu as toujours été à mes cotés. Tu m'as donné aussi la moitié de la foi. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance et le lien qui nous unit soit amour et miséricorde comme le dit si bien le Saint Coran.

A mes enfants, Abdelhamid, Malika, Kawther et Assia,
Véritable faisceau d'amour. Avec toute mon affection.

A mes frères Sidi Mohammed, Zoubir, Abdelhak et Hadj et leurs familles,
Vous m'avez beaucoup aidé pour suivre mes études. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance et de notre fraternel attachement.

Au Docteur Hadj Amane HADDAM,

Un exemple d'endurance et de foi. Une amitié de plusieurs siècles ne peut se mesurer avec une thèse ; mais ce travail soit simplement un plus de notre éternelle amitié.

A Hadj Mohammed TABET, mon père spirituel,
On ne peut jamais égaler son père mais simplement que ce travail soit le fruit de ces nombreux conseils.

A mes soeurs Fatiha, Yamina, Khadidja et leurs familles,
Avec toute mon affection.

A mes beaux frères Hami, Salah et Benali,
Avec toute mon affection.

A mes beaux Parents, FETHI, ABDELLAH, AHMED, YAHIA,
DJAMEL, MOURAD, SID'AHMED, ET LEURS FAMILLES
A MA BELLE MERE ZOULIKHA
Avec toute mon affection.

AU Docteur Abdelkader MERAD-BOUDIA,
Tu as construit avec moi le service de dermatologie du CHU Tlemcen. Ton esprit critique et ton sens clinique ont contribué largement à faire connaître la dermatologie tlemcennienne en Algérie et à l'étranger. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance.

AU Docteur Hadj Abdelkader BELBACHIR de Mohammadia,
Ton aide, ta générosité, ton hospitalité et ta gentillesse m'ont beaucoup touché. Tu es un homme bien et du bien. Ton omniprésence à mes réunions annuelles est un témoin d'une amitié éternelle. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance.

AU Professeur Emilio-Suarez MARTIN et sa famille,

Tes qualités humaines, ta disponibilité, ta générosité, ton aide, ton soutien signifient pour moi Hermano. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance et un plus pour une éternelle amitié.

AU Docteur F. TALEB (Directeur de l'ISM) et au Docteur A. MEZIANE (Directeur de la graduation à l'ISM),

Vous m'avez toujours facilité la tâche à l'ISM. Que cette thèse soit une preuve de reconnaissance.

A mon maître le Professeur Jean CIVATTE,

Votre enseignement à la faculté, vos présentations de cas cliniques le mercredi et vos consultations des cas difficiles le vendredi au pavillon Gougerot à l'hôpital Saint Louis, resteront toujours pour moi un modèle de clarté et de précision. Nous avons beaucoup apprécié votre vaste érudition, votre rigueur scientifique. Nous vous remercions et nous ne saurons trop vous exprimer notre profond attachement.

A mon maître, le Professeur Louis DUBERTRET,

Vous m'avez toujours bien accueilli dans votre grande clinique et nous avons vite apprécié votre rigueur scientifique. Trouvez ici le témoignage de notre admiration et nous vous assurons de notre profonde reconnaissance.

A mon personnel médical et paramédical,

Avec toute affection.

A mon maître le Professeur E.GROSSHANS,

Vous m'avez toujours aidé et conseillé. Vos examens histopathologiques ont donné un nouveau visage à la dermatologie, qui s'est enrichie d'examen en examen. Nous avons beaucoup apprécié votre vaste érudition et autre votre rigueur scientifique. Nous vous remercions et nous ne saurons trop vous exprimer notre profond attachement.

Nous dédions cette thèse

A tous ceux qui nous ont aidé dans la réalisation de ce travail et en particulier,

Mr F. MAMI PDG de la SITEL Tlemcen

Mr N. TCHOUAR INGENIEUR EN INFORMATIQUE

Mr F. BORSALI, maître-assistant et chargé de cours en mathématiques à l'université de Tlemcen.

Dr K. MEGUENNI, médecin chef de service d'épidémiologie au CHUTlemcen.

Dr C. ZERHOUNI, maître-assistante en épidémiologie au CHUTlemcen.

Pr E. GROSSHANS, directeur de la clinique dermatologique Starsbourg.

Pr Y. NORDMANN, médecin chef de service de biochimie Hôpital Louis Mourier Colombes

Pr B. DUPONT, unité de mycologie Pasteur PARIS.

Melle F. BOUALI, responsable de laboratoire de mycologie Service de dermatologie CHUTlemcen.

A

notre maître, le Professeur M. YSMAIL-DAHLOUK et directeur de thèse,

Nous vous remercions de nous avoir inspiré le sujet de notre travail et d'avoir veillé à sa réalisation. Nous avons toujours trouvé auprès de vous un accueil bienveillant et de souci de nous faire profiter de votre expérience. Nous voulons vous dire aujourd'hui notre gratitude et notre respect.

A

Monsieur le Professeur I. BENKAIDALI Président de thèse,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites d'accepter de présider le jury de notre thèse.

Nous vous assurons de notre profonde reconnaissance et trouvez ici le témoignage de notre gratitude et de notre dévouement.

A

nos juges,

Le Professeur A. AMMAR-KHODJA.

Le Professeur B. BOUADJAR.

Le Professeur E. SUAREZ-MARTIN.

C'est un grand plaisir pour nous de vous voir juger aujourd'hui notre travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre profonde reconnaissance.

AVANT - PROPOS

AVANT PROPOS

La peau témoin de l'œuvre de l'homme

La peau par le développement considérable des sciences, nous révèle régulièrement de nouvelles facettes de ses fonctions complexes et multiples. Organe de revêtement nous mettant en contact avec l'extérieur, il nous défend des agressions de l'environnement. Organe noble et non simple enveloppe, il a besoin d'être protégé. Organe majeur de nos expériences il participe à notre identité. La peau est vivante et a une personnalité. Aussi n'est elle pas seulement l'objet de soucis des dermatologues. Etudiée par l'homme de science, chantée par le poète, elle est aussi mentionnée dans les Ecritures Saintes.

L'Islam a comme référence constante le Saint-Coran. L'univers n'a pas été créé en vain, et le hasard n'existe pas. La peau parce que citée dans plusieurs versets a donc certainement une importance.

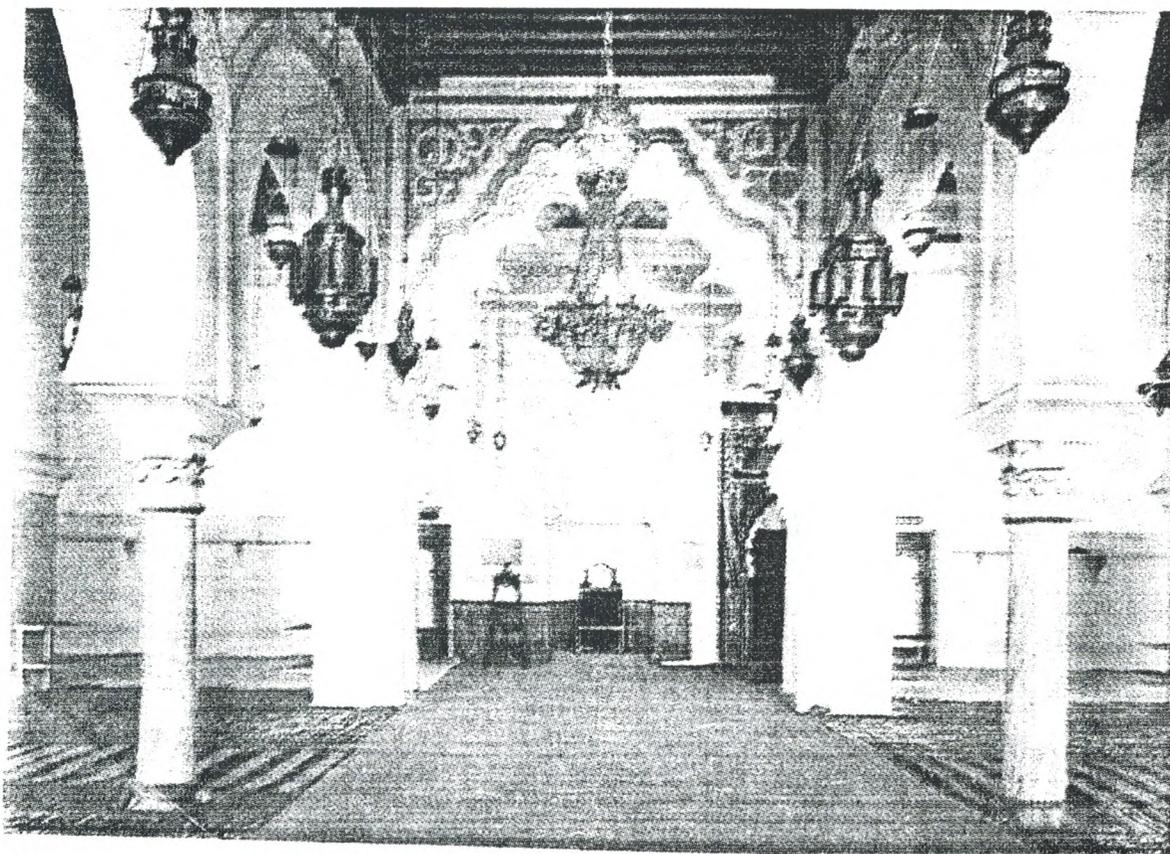
1. La peau est reconnue comme organe du sens et de la douleur. Le châtimeur du feu de l'enfer brûlera la peau de ceux qui s'écartent de la voie du Seigneur. "Chaque fois que leur peau sera consumée, Nous leur en donnerons une autre afin qu'ils goûtent au châtimeur" (sourate IV, verset 56). Ce verset nous donne peut être une idée sur le processus de renouvellement et de la greffe de la peau.

2. Une fonction mémoire et témoin de la conduite de l'homme est aussi décrite. Avec l'ouïe et la vue, la peau témoignera contre ceux qui ont combattu les lois divines, et les réprouvés demanderont pourtant à la seule peau le pourquoi de son témoignage, la privilégiant par rapport aux autres organes des sens. " Leur ouïe, leurs yeux et leur peau témoigneront contre eux de ce qu'ils œuvraient. Ils diront à leur peaux : " pourquoi avoir témoigné contre nous ?" Elles diront : C'est Dieu qui nous a fait parler". " Vous n'étiez pas à ce point cachés que n'aient témoigné contre vous ni votre ouïe, ni vos yeux, ni vos peaux (Sourate XLI, Versets 20-22). Ainsi la peau qui mémorise les agressions du milieu extérieur, comme par exemple l'excès d'exposition au soleil, et les extériorise par les signaux d'alarme comme la dermatohéliose, intériorise certainement les informations qui seront décodées dans l'Au Delà.

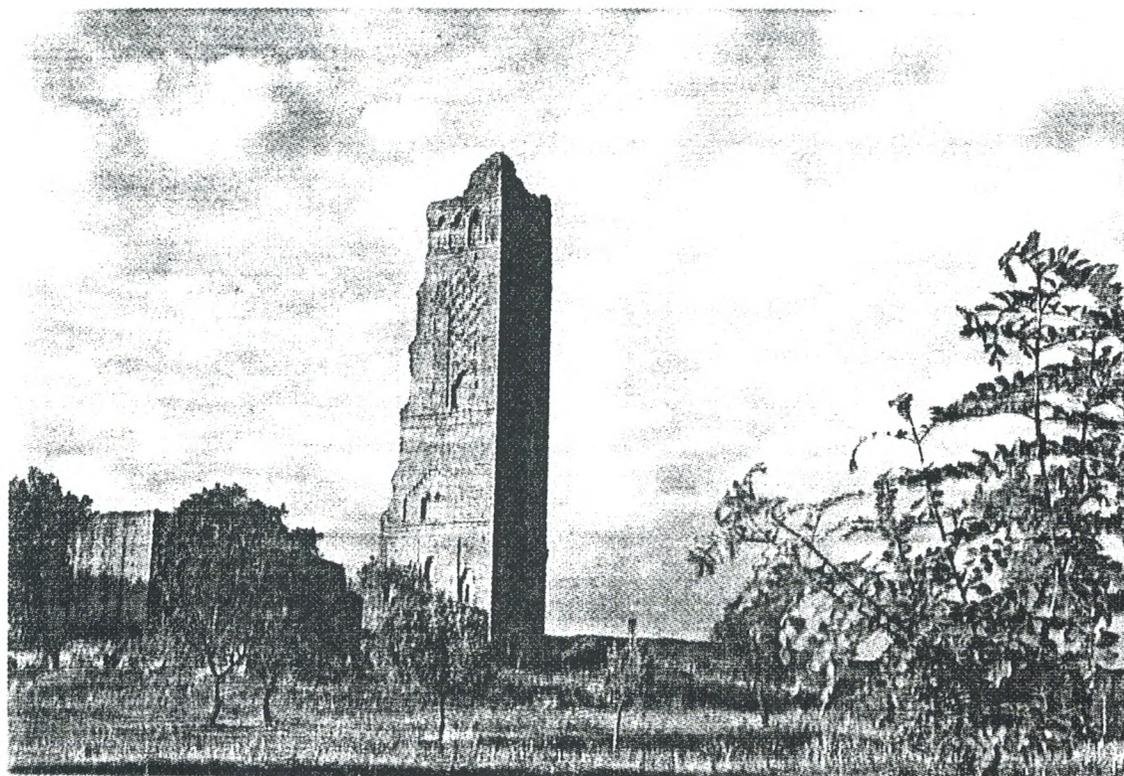
L'homme dans le droit chemin prescrit par Dieu est en état d'adoration divine dans le moindre de ses actes. Toute sa vie est prière. Il n'est donc pas étonnant de retrouver la participation de la peau dans l'invocation de Dieu. "La peau de ceux qui redoutent le seigneur en frissonne, puis leurs peaux et leurs cœurs s'adoucissent à l'invocation du nom de Dieu" (Sourate XXXIX, Verset 23)

la peau souffre, la peau témoigne, la peau prie. Elle nous est indispensable pour ce monde et pour l'Au Delà. Aussi respectons la, protégeons la, car elle est la preuve de nos conduites, pour nous ou contre nous.

TLEMCEN EN QUELQUES CHIFFRES



La Grande Mosquée de TLEMCEM



Le Minaret de MANSOURAH (Tlemcen)

TLEMCEN EN QUELQUES CHIFFRES

1. HISTORIQUE DE TLEMCEN

En raison de ses richesses naturelles, la douceur de son climat et sa situation stratégique, la région de *Tlemcen* fût depuis l'aube des temps un centre de peuplement et d'activités très important.

Les découvertes archéologiques, qui attestent de la présence de l'homme depuis les temps anciens, sont nombreuses aux environs de Maghnia, sur le littoral ainsi sont qu'à *Remchi* et à *Tlemcen*.

Vers la fin du III^e siècle avant *Jésus Christ*, Siga, capitale du royaume numide, au même titre que Cirta à l'est.

La période romaine laissa quelques rares vestiges, *Tlemcen* était appelée alors '*Pomaria*' (les vergers) reliant au sud '*Altavia*', l'actuelle *Ouled-Mimoun* et au nord '*Syrerus*' l'actuelle *Maghnia*. L'occupation romaine prit fin vers la seconde moitié du V^e siècle. A signaler le passage des vandales puis la domination *Byzantine*.

En 671 de notre ère, les arabes arrivent devant *Tlemcen*, puis commence l'islamisation progressive de la population de toute la région. Et depuis, plusieurs dynasties se succédèrent, et *Tlemcen* fût toujours la capitale convoitée de tous. Les *Zirides*, Les *Idrissides* du *Maroc*, Les *Zenata* de 1002 à 1079, les *Almoravides* de 1080 à 1143. C'est à cette époque que fût construite la grande mosquée de *Tlemcen*. Les *Almohades* qui régnèrent sur tout le *Maghreb* occupèrent la ville vers 1143. leur déclin vers la fin du XIV^e siècle vit naître la dynastie des *béni abdel oued*, et ce fût une période faste sous le règne de *Yaghmorassen* qui dura 40 ans. *Tlemcen* lui doit tout, la prospérité économique et le rayonnement intellectuel, culturel et religieux.

En 1299 Les *mérinides* de *Fès* assiégèrent la ville plus de sept ans. le camp *mérinide* se transforma progressivement en une grande cité avec palais, mosquée et jardins et de vastes remparts et devint la célèbre *Mansourah* dont quelques pans de muraille et le minaret de la mosquée restent encore debout. Les *mérinides* occupèrent la région de 1337 après un deuxième siège et il faut leur reconnaître l'embellissement de la ville et la construction de *sidi Boumèdiène* et la mosquée de *sidi el haloui*.

Abou Hammou Moussa II chasse les *mérinides* et la ville vécut une stabilité royale jusqu'au début du XVI^e siècle.

En 1517, les turcs, *Arrouj* et *Kheïreddine* appelés au secours contre la menace espagnole, s'emparèrent de la ville.

En 1555, *Tlemcen* est rattachée à la régence d'Alger.

En 1836, l'Emir *Abdelkader* pénétra dans *Tlemcen* qui l'accueillit avec un faste indescriptible et fût une forteresse de résistance contre l'envahisseur. Mais quelques années plus tard l'armée française s'installa pour plus d'un siècle d'occupation. Et l'histoire continue

Tlemcen vit naître de grands héros, brillants savants, humbles ascètes et des artistes virtuoses (*El Abili*, *Ibn Khamis*, *El Maqqari*, *Ibn Marzouk*, *Ibn Messaïeb*, *Ben triki*, *Mohamed Dib* . . . etc

Ibn Khaldoun y séjourna pendant longtemps et y écrivit une partie de sa *moqadima* « *Prolégomènes* » et son histoire universelle.

Aujourd'hui, grâce aux plans de développement et de modernisation et grâce à sa population, *Tlemcen* connaît un essor économique et culturel bien considérable avec son tissu industriel diversifié et son pôle universitaire de douze instituts d'enseignement supérieur.

Tlemcen signifierait en berbère : **Les sources**

2. Géographie

La *Wilaya* de *Tlemcen* bénéficie d'une situation géographique privilégiée et d'un climat caractéristique de type méditerranéen, avec un hiver froid et un été chaud et sec. Elle s'étend sur une superficie de **9 017, 69** Km² conformément à la nouvelle organisation territoriale du pays, pour une population estimée à **898 613** habitants au 31 décembre 1994, soit une densité de 99,65 habitants au kilomètre carré.

Elle est limitée géographiquement au nord par la mer Méditerranée, à l'ouest par le royaume du Maroc, au nord-est et à l'est par les *Wilaya* de Aïn-Temouchent et Sidi-Belabbès et au sud par la *Wilaya* de *Naâma*.

Le territoire de la *Wilaya* de *Tlemcen* est caractérisé par trois grandes zones du nord au sud :

- La zone nord est constituée de la chaîne des monts des *Traras*, s'étend tout le long du littoral de la mer Méditerranée.
- La zone centrale où peuvent être individualisées deux sous-zones distinctes, la première regroupe la plus grande partie de la superficie cultivée (plaines de *Maghnia* et de *Tlemcen*), la deuxième sous-zone est constituée par les monts de *Tlemcen*, une chaîne de montagnes calcaires orientée du sud-ouest au nord-est.
- La zone sud-est une région steppique à vocation pastorale et est partagée entre les deux daïras de *Sidi-Djillali* et une grande partie de la **daïra** de *Sebdou*.

la pluviométrie demeure très irrégulière et variable entre nord et sud de la *Wilaya* de **200** à **500** mm par année.

La *Wilaya* de *Tlemcen* regroupe actuellement et depuis le découpage administratif de 1991, vingt **daïra** et cinquante trois communes dont le chef-lieu de *Wilaya* est *Tlemcen*.

3. Population

La *Wilaya* de *Tlemcen* s'étend sur une superficie de 9017 Km² et compte une population estimée au 31 décembre 1994 à 898 613 habitants soit une densité moyenne de 99,65 habitants au kilomètre carré.

Cette population se trouve localisée en grande partie au nord de la *Wilaya*. A titre indicatif, la commune de *Tlemcen* qui ne représente que 0,45 % de la superficie totale de la *Wilaya* compte une population estimée au 31 décembre 1994 à 129 795 habitants soit 14,50 % de la population totale de la *Wilaya*. cet état de fait est dû principalement :

- A la localisation des terres fertiles au nord de la *Wilaya*

- Au développement économique qu'a connu le nord depuis l'indépendance même avant, par rapport aux zones steppiques et de montagnes.

Ce qui engendra un exode massif des populations rurales vers les chefs-lieux de daïra et surtout vers la ville de *Tlemcen*.

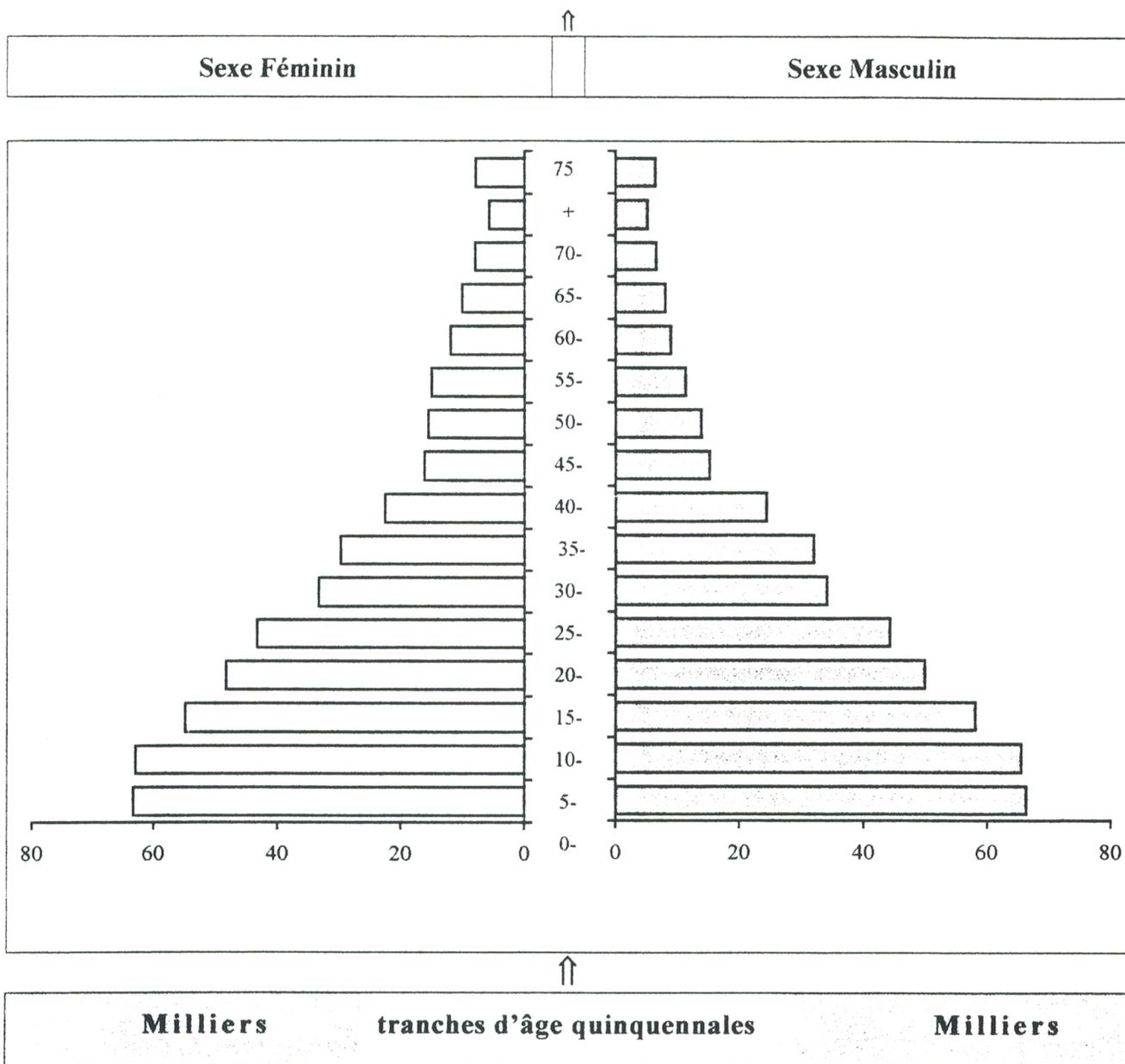
La *Wilaya de Tlemcen* comptait au dernier recensement général de la population de 1987 , 709 034 habitants avec un taux d'accroissement naturel annuel de 2,8 %

L'analyse de la structure de la population par âge montre :

- Une extrême jeunesse. Presque plus de **70%** de cette population ont moins de trente ans soit 624 356 hbts
- Les moins de vingt ans représenteraient plus de 52 %
- Le taux d'accroissement annuel est presque de 2,8 %
- La population active est estimée à 206 912 en 1994

L'amélioration du niveau de vie du citoyen s'est traduite surtout par une baisse considérable de la mortalité infanto-juvénile et une légère augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Grâce notamment à une bonne couverture sanitaire.

**Pyramides des âges
population de Tlemcen
en 1994, Estimations à partir du recensement de 1987**



Le rapport de masculinité qui est de 1.006, c'est à dire de 100.6 %, ce qui peut être exprimé en terme de *sex-ratio* de 0.503 permet donc de structurer la population en tranches d'âges quinquennales, en opérant sur la structure de référence sur laquelle a été calculée la population des deux années d'étude 1995 et 1996.

La lecture de ce tableau révèle une légère inversion du *sex-ratio* à partir de la tranche d'âge 40-44 ans. Ceci serait vraisemblablement dû à une surmortalité masculine à partir de cette tranche d'âge.

4. Activités économiques de la wilaya

Dans la *Wilaya* de *Tlemcen* l'agriculture constitue le secteur d'activité le plus important par la surface agricole utile qu'elle occupe et la diversification de la production végétale et animale qu'elle recèle.

En effet, la superficie utile représente plus de 352 271 hectares soit en pourcentage 39.0% de la superficie totale de la *Wilaya*. Par contre la superficie irriguée demeure encore faible et ne représente que 3.87% de la superficie agricole utile.

Le secteur de l'industrie dans la *Wilaya* s'articule autour de quatre branches principales :

- Le textile avec une gamme de production très limitée, soieries à *Tlemcen* et *Nedroma*, couvertures, *blue-jean* et *gabardine* à *Sebdou*.
- L'électronique avec la fabrication d'appareils et de centraux téléphoniques numériques.
- Les matériaux de construction assez bien développés. briques, marbre et céramique sanitaire.
- L'agro-alimentaire avec une prédominance des minoteries. huile d'olive, produits laitiers et conserveries.

A souligner l'existence d'une entreprise nationale de métallurgie et de transformation de métaux non ferreux au niveau de la ville de Ghazaouet, sur la Méditerranée. Cette unité produit du Zinc par électrolyse, du Cadmium et de l'acide sulfurique. Approvisionnée en partie par le minerai d'*El Abed* en blende et concentré de plomb et zinc.

La population active, après le R.G.P.H de 1987 est de 138 881 elle est estimée pour 1994 à 206 912 soit 23 % dont seulement 155 685 sont réellement occupés, soit 75%

5. Couverture sanitaire

Le niveau de couverture sanitaire demeure appréciable dans la *Wilaya* de *Tlemcen*, en effet, en termes d'infrastructure, la *Wilaya* dispose de :

- 4 hôpitaux dont un centre hospitalier et universitaire d'une capacité de 1502 lits soit un indice de 1.67 lits pour 1000 hbts (*Norme nationale* : 2 lits pour 1000 hbts)
- 17 polycliniques, soit un indice de 0.91 polyclinique pour 48 000 habitants (*Norme nationale* : 1 polyclinique pour 48 000 hbts)

- 9 centres de santé, soit un indice de 0.12 centre de santé pour 12 000 habitants. (Norme nationale : 1 centre pour 12 000 hbts)

- 201 salles de soins, soit un indice de 0.22 pour 1 000 hbts.

Les services sanitaires de la *Wilaya* sont organisés en six secteurs sanitaires. Le secteur sanitaire est l'ensemble des structures de prévention, de diagnostic, de soins et de maternité, situés dans une ou plusieurs *dairas* et s'articulant autour d'un hôpital ou une polyclinique.

La couverture sanitaire est assurée par 1267 praticiens médicaux répartis comme suit :

Catégorie	Privés en %
593 médecins généralistes,	dont 183 privés, soit 30 %
261 médecins spécialistes,	dont 112 privés, soit 43 %
233 chirurgiens-dentistes,	dont 74 privés, soit 31 %
180 pharmaciens,	dont 159 privés, soit 88 %

Soit en termes de normes :

-1 médecin pour 909 hbts .

-1 chirurgien-dentiste pour 4 000 hbts .

-1 pharmacien pour 5 000 hbts .

6. Quelques indicateurs sanitaires

Le taux brut de natalité dans la *Wilaya* de Tlemcen est de 32.6 pour 1000

Le taux brut de mortalité est autour de 6.7 pour 1000 dont plus de 50 % sont apportés par les décès infantiles; avec toutefois une légère surmortalité masculine de 109 %.

Le taux d'accroissement naturel de la population est de 26.1 pour 100 000 habitants.

Le taux d'accroissement intercensitaire est de 28 pour 1000.

Le meilleur indicateur et le plus utilisé surtout dans les pays en voie de développement (selon l'OMS) reste le taux de mortalité infantile.

Dans la *wilaya* de Tlemcen il reste toujours relativement élevé par rapport à d'autres *Wilayas* du pays malgré sa réduction de presque 50% (6) grâce au programme national de lutte contre cette mortalité, mis en place en 1984 et qui est reconduit pour un autre quinquennat; Il est autour de 45 décès pour 1000 naissances vivantes, dont le tiers est apporté par les décès néonataux, avec des disparités entre les différentes zones de la *wilaya*, urbaine et rurales surtout.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'énorme superficie de l'Algérie et sa diversité géo-climatique et ses immenses frontières, pourraient suggérer une diversité en matière de morbidité. La pathologie dermatologique pourrait obéir à cette règle.

Partant de ce postulat et comme nous ne disposons que de peu de données sur la pathologie dermatologique de la ville de Tlemcen et de sa Wilaya, nous nous proposons de consacrer cette thèse à établir le bilan des états dermatologiques dont étaient atteints les patients reçus au service de dermato-vénérologie du centre hospitalo-universitaire de Dr T. Damerджи de Tlemcen, seul service de la wilaya dont nous avons eu la lourde tâche d'ouvrir ses portes en 1981.

Le service de dermatologie vénéréologie est susceptible de fournir une image assez représentative, parce que les malades qui le fréquentaient sont nombreux (144 157) patients provenant de toutes les localités de la wilaya vus sur une période de 15 ans allant de 1981 à 1995

La première partie de cette étude sera consacrée à l'épidémiologie descriptive, étape indispensable. Elle cherche à déterminer la prévalence des principales affections cutanées et décrire les caractéristiques des populations atteintes.

La connaissance de telles données épidémiologiques pourrait constituer une base de données pour d'autres études afin de déterminer une cartographie des affections fréquentes et ou graves dans la wilaya de Tlemcen, et aussi l'établissement de registres des grandes maladies dermatologiques.

La deuxième partie consacrée à une revue analytique des dermatoses les plus prévalentes plus particulièrement celles chroniques, nécessitant un suivi régulier.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Etablir dans une première partie une évaluation globale de la pathologie dermatologique sur des patients observés au service de dermatologie.
2. Etudier les dermatoses en fonction de certaines caractéristiques de personnes, âge, sexe ... etc
3. Etablir le profil clinique, épidémiologique et les particularités de certaines pathologies fréquentes et ou inhabituelles.
4. Etudier et classer certains groupes de dermatoses selon leurs étiologies.
5. Revue analytique des principales dermatoses nécessitant des suivis réguliers et parfois des investigations approfondies.
6. Démontrer l'apport de la dermatologie dans l'investigation de certaines autres pathologies relevant d'autres organes.
7. Apporter une contribution et une orientation à l'enseignement de la dermatologie.

METHODOLOGIE - PATIENTS ET METHODES

Méthodologie - Patients et Méthodes

- Il s'agit d'une étude rétrospective sur un total de 144 157 patients ayant consulté sur une période de quinze années, s'étalant de 1981(date d'ouverture du service de dermatologie du C.H.U. de Tlemcen) à 1995.
- L'étude a été faite sur les fiches de consultation, sur les registres de consultation et sur les dossiers.
- Nous avons retenu le diagnostic inscrit (diagnostic de départ) pour les fiches de consultation et les registres. Pour les patients qui ont nécessité un suivi régulier et qui ont bénéficié d'examens complémentaires, l'étude a été faite à partir des dossiers en tenant compte des résultats des investigations(biopsies, bilan biologique, radiologique etc.).
- Nous avons relevé les mentions d'âge, de sexe et avons nous choisi 14 ans comme limite entre deux catégories d'adultes et d'enfants.
- Pour classer la pathologie, nous avons adopté le plan de la table des matières du livre de J.H Saurat et collaborateur intitulé : "**Dermatologie et Vénérologie**", Edition Masson 1990 et la méthodologie des travaux de M. Nekka, sur les aspects de la pathologie dermatologique dans une polyclinique de dermatologie d'Alger (1) et des travaux de M. Ysmail - Dahlouk et collaborateurs sur les particularités et l'évolution de pathologie dermatologique en Algérie (2).
- Le travail sera divisé en deux parties:
 - * La première partie sera consacrée à l'épidémiologie descriptive qui sera une évaluation globale des dermatoses à partir de l'ensemble des patients qui ont consulté durant les quinze années sur un total de 144 157.
 - * La deuxième partie consacrée à l'épidémiologie analytique, à partir des dossiers sur des patients suivis régulièrement, en tenant compte des bilans pratiqués et répondant à notre appel quand leur état de santé l'exige.
- Enfin, les références bibliographiques sont indexées selon l'ordre d'apparition sur le texte (nous avons adopté les recommandations de Vancouver.

EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

Epidémiologie descriptive

I - Répartition globale des dermatoses

II - Résultats et évolution des affections cutanées de 1981 à 1995.

III - Classification des dermatoses les plus courantes par ordre de fréquence (1981 -1995).

IV-- Discussion.

**RESULTATS DE L'EVALUATION GLOBALE DES DERMATOSES
(1981à 1995)**

Répartition des dermatoses selon l'année et le sexe
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

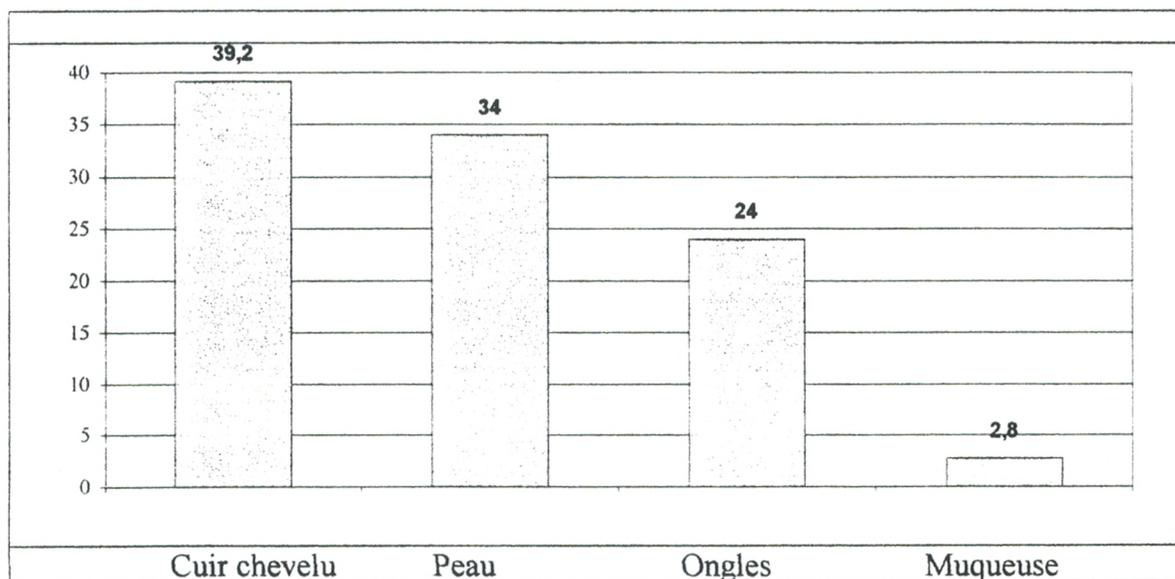
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	Pourcentage
81-85	14 738	22 452	12 677	49 867	34.6
86-90	22 665	24 690	15 646	63 001	43.7
91-95	9 775	11 679	9 835	31 289	21.7
Total	47 178	58 821	38 158	144 157	
Pourcentage	33	41	26	100	100

**Répartition des dermatoses selon leur topographie
par période et par sexe**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

Période. -	81-85		86-90		91-95		Total		T.G	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Sexe. -										
Dermatose. -										
Cheveux, Poils. -	344	574	496	685	525	704	1365	1963	3328	39
Ongles. -	120	268	324	480	395	512	839	1260	2099	24
Muqueuses. -	26	23	42	78	16	57	84	158	242	2.8
Cutanée. -	369	386	410	431	479	875	1258	1692	2950	34
Total. -	859	1251	1272	1674	1415	2148	3546	5073	8619	100

**Répartition des dermatoses selon leur topographie
par période et par sexe**

Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



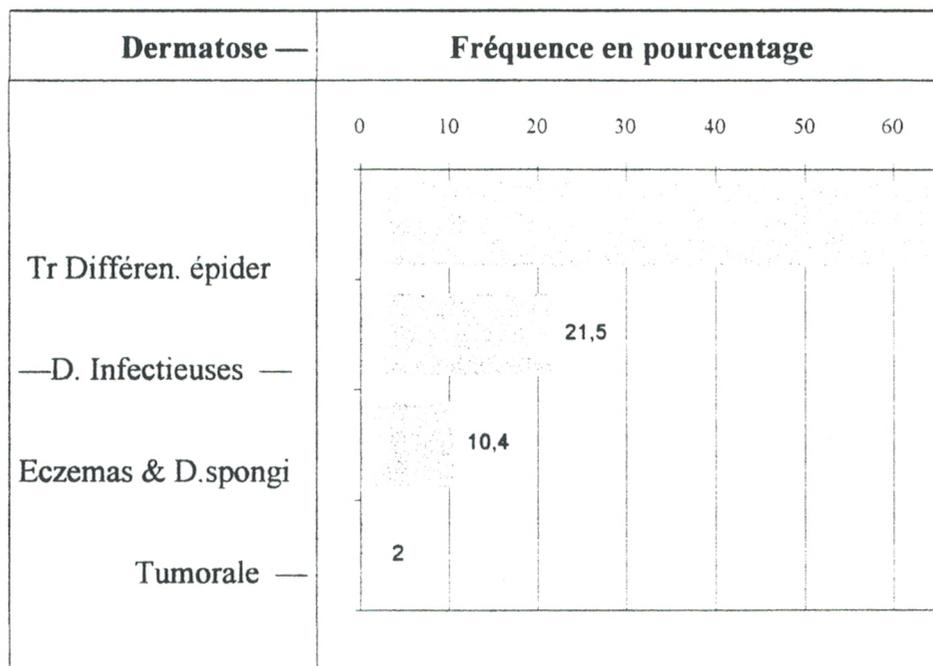
L'activité du service est dominée essentiellement par 03 grands groupes de pathologies représentées, selon leurs origines étiologiques : par les troubles de la différenciation épidermique : 66.1%, les dermatoses infectieuses : 21.5% et les Eczemas et dermatoses spongiformes: 10.4%. La pathologie tumorale n'est pas exceptionnelle et constitue 2% de notre recrutement.

Répartition en pourcentage des dermatoses selon l'étiologie
Service de dermatologie CHUTlemcen, 1981-1995

	Hommes	Femmes	Enfants	Total	%
Tr différenciation épidermi	29030	31054	19358	79442	66,1 %
Dermatoses infectieuses —	8739	7782	9306	25827	21,5 %
Eczemas et D . Spongiforme	4331	5314	2817	12462	10,4 %
Dermatoses tumorales —	1247	952	264	2463	2 %

Evaluation globale de la pathologie dermatologique

Répartition en pourcentage des dermatoses selon l'étiologie
Service de dermatologie CHUTlemcen, 1981-1995



I- REPARTITION GLOBALE DES DERMATOSES

I-A MALADIES INFECTIEUSES

A) affections bacteriennes communes (non spécifiques)

a-1 staphylococcies

a-1-1 Furoncles et anthrax

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Furoncle et anthrax	54	11	8	21	11	4	26	12	5	14	4	3	8	3	4

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Furoncle et anthrax	19	15	11	34	18	11	27	25	15	35	16	22	87	64	25

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Furoncle et anthrax	32	21	9	37	47	27	100	95	35	63	105	37	149	119	66

a-1-2 Impetigo

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Impetigo	30	29	86	37	23	201	69	36	296	20	14	52	50	8	27

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Impetigo	20	13	60	36	15	123	31	21	71	31	15	75	30	24	75

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Impetigo	51	23	95	42	46	131	35	19	70	26	35	151	19	29	76

a-1-3 Sycosis

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
sycosis	8			6			9			3	3		6		

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
sycosis	4			5			2			15			12		

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
sycosis	11		1	20			31			53			40		

a-1-4 Hidrosadénite

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hidrosadénite		2		2			1								

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hidrosadénite													1		

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hidrosadénite					1		23	24		25	32		1	1	

a-1-5 Staphylococcie maligne de la face

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Staph. maligne de la face															

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Staph. maligne de la face				3	5	2	1	2			1	1		1	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Staph. maligne de la face								1		1				1	

a-1-6 Folliculite épilante

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Folliculite épilante	11	15				2							10		

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Folliculite épilante				1	2		2	1	1				6	5	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Folliculite épilante				1	2			4		2	27	15	25	8	12

a-2 streptococcie

a-2-1 erysipèle

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erysipèle /	4	3	2	8	4	1	6	4	4	2	3		3	2	5

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erysipèle /	9	10	13	13	10	2	17	47	6	24	14		15	14	1

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erysipèle /	14	19		22	21		37	34		50	49		44	65	11

a-2-2 Fasciite nécrosante

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fasciite nécrosante	7	5	2		1	4			2	3	1	2	2	3	2

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fasciite nécrosante		1	4	2	1		4	6	3	3	2	6	4	3	7

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fasciite nécrosante	16	28	16	16	20	10	4	6	8	18	20	4	26	22	28

a-2-3 Parakératose infectieuse

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parakératose	3	10	20	9	7	32		1	9			4	60	79	33

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parakératose	16	13	44	31	17	89	11	9	18	10	7	18	15	13	20

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parakératose	17	18	32	13	26	54	37	25	74	25	24	30	38	42	31

B) affections bactériennes spécifiques (myco bactérioses)

b-1 Tuberculose toutes formes confondues

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Tuberculose	3	2		14	3	4	24	4	7	2	4			1	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Tuberculose	8	5	3	4	5	4	4	19		11	13	2	4	5	2

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Tuberculose	3	4	1	11	11	6	11	7		9	11		6	22	2

b-2 B.C. Gite

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
B.C.Gite						1									

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
B.C.Gite						1				1					

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
B.C.Gite															

b-3 Erytheme Induré de Bazin

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. Induré de Bazin															

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. Induré de Bazin															

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. Induré de Bazin	1			8	9	6								1	

b-4 Lèpre : 1 Cas

il s'agissait d'un homme de 65 ans , habitant la région de Tlemcen (hennaya) et qui n'avait jamais quitté le pays.

C) Viroses à expressions cutanées

c-1 Verrues

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Verrues	40	21	56	34	17	50	55	9	38	11	3	15	4	4	3

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Verrues	30	30	40	50	40	45	12	7	22	17	20	35	10	21	30

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Verrues	31	12	37	14	8	41	88	97	98	58	71	97	55	76	71

c-2 Molluscum contagiosum

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Molluscum contagiosum			92	2	23	75	5	3	89			16			10

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Molluscum contagiosum	2	2	103	1	2	67	1	7	35	5	4	73	12	8	64

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Molluscum contagiosum	4	5	75	3	1	42	2	10	48		6	14	6		

c-3 Herpès

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Herpès	4	13	3	11	6	13	24	9	21	5	6	3	2	2	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Herpès	6	4	3	5	3	5	10	20	4	10	6	6	10	5	8

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Herpès	6	7	9	15	28	12	40	60	40	67	74	30	47	61	13

c-4 Zona

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Zona	17	7	4	14	14	4	12	15	3	4	5		3	2	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Zona	40	11	4	13	28	10	12	7		30	22	11	35	10	5

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Zona	27	16	2	22	20	5	41	47		42	44		16	27	

c-5 Varicelle

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Varicelle	2	2	46	11	6	32	4	11	33		1	17	2		13

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Varicelle	7	1	26	15	8	25	6	9	8	9	2	20	10	7	11

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Varicelle	5	4	21	6		10			58			31			15

D) Dermatoses parasitaires

d-1 La gâle

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Gâle	30	50	70	36	25	66	60	43	103	11	9	18	15	18	30

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Gâle	96	43	116	101	61	72	113	162	203	68	165	140	68	78	113

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Gâle	41	63	54	43	37	90	39	50	86	2	8	36	94	16	28

d-2 Piqûres d'Insectes

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Piqûre d'insecte	5	5	11					1		2	3		2	5	3

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Piqûre d'insecte	4	2	3		19				2	4	8	6	16	28	63

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Piqûre d'insecte	40	12	23							40	37	42			

d-3 Leishmaniose cutanée

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Leishmaniose cutanée	9	11		1	1	2		1	4	4	3	1	10	5	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Leishmaniose cutanée	9	11	3	4	3	2	48	32	44		4		14	18	2

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Leishmaniose cutanée	8	3	1	10	4	13	7	6	16	15	3	8	10	7	13

d-4 pediculose

d-4-1 pediculose de la tête

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pediculose de la tête					2										

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pediculose de la tête							1	2		2				1	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pediculose de la tête				10		23	11	31	2	4	30	50	40	2	26

d-4-2 Phtiriose

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Phtiriose	3		3	6	3	20	8	3	4	1	2	3	1	2	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Phtiriose	1	2	3	6	9	20			1				5	2	1

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Phtiriasis							1	3							

E) Les mycoses

e-1 Onyxis

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Onyxis	39	86	13	30	43	6	14	28	4	10	49	5	13	49	7

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Onyxis	35	113	5	63	99	20	123	125	37	64	111	14	34	26	6

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Onyxis	30	88	10	43	93	3	71	82	23	157	149	82	82	90	75

e-2 Mycoses des plis et de la peau glabre

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mycose des plis et de la peau glabre	20	34	6	49	46	19	64	45	30	10	11	8	35	53	20

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mycose des plis et de la peau glabre	44	47	17	107	94	32	55	50	9	57	94	31	46	92	65

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mycose des plis et de la peau glabre	37	62	32	61	133	52	59	71	57	76	59	93	65	70	33

e-3 Les teignes

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Teignes	20	15	166	2	4	155		3	22	1	3	35	10	5	351

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Teigne	1	1	103	2	6	102	3	1	33	10	10	130	8	4	110

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Teigne	4	3	50	13	1	20	8	2	105	3		20	4	12	25

e-4 Les Muguets

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Muguet			32										1	1	2

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Muguet			3			6	2	6	34	5	2	11		1	2

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Muguet						5		11	56		6	68		3	23

e-5 Maladie Dermatophytique 3 cas (2 Hommes et 1 femme) de 1981 à 1995

e-6 Chromomycose 2 cas de 1981 à 1995

Deux observations de chromomycose chez deux femmes habitant la région de Tlemcen

F) Les fièvres éruptives

f-1 Rougeole

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rougeole	11		4	10		4			1		3	5		2	5

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rougeole		1				6		7		2		8			22

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rougeole			50	4		10			76			42	5		17

f-2 Scarlatine

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Scarlatine			4												2

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Scarlatine		3	4			9			10	10		9	12	17	6

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Scarlatine	1	2	1						1						

f-3 Rubéole

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rubéole			3			3			4			3			3

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rubéole					2	2			4		6	2			10

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Rubéole			2						5						

G) Borréliose (maladie de pick herxheimer) Acrodermatite chronique atrophiante

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mal de Pick Hexheimer															

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mal de Pick Hexheimer								1			1				

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Mal de Pick Hexheimer		1		1	1						1			1	

H) Rickettsiose (fièvre boutonuse mediterraneene)

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fièvre boutonuse mediter.		4													

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fièvre boutonuse															

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Fièvre boutonuse															

I-B Les maladies sexuellement transmissibles (MST)

Les cas recensés de 1981 à 1995

- 1) la syphilis : 384 cas
 - a- syphilis sérologique 180 cas (100 hommes , 80 femmes)
 - b- syphilis primaire 111 cas (81 hommes , 30 femmes)
 - c- syphilis secondaire 58 cas (38 hommes , 20 femmes)
 - d- syphilis tertiaire 20 cas (7 hommes et 13 femmes)
 - e- syphilis congénitale 15 cas (enfants)

- 2) Uréthrites 376 cas
Elles sont essentiellement masculines avec 375 hommes pour 1 femme

- 3) Chancre mou 144 cas
C'est une population masculine . Les premiers cas ont été recensés à partir de 1998

- 4) Les Végétations Vénériennes 97 cas
83 hommes , 13 femmes et 1 enfant

- 5) Chancre Mixte (associant syphilis primaire et chancre mou) 80 hommes .
Ces cas ont été notés qu'à partir de 1988

- 6) Infection par le V.I.H. 8 cas
 - 6 cas de SIDA (4 hommes et 2 femmes)
 - 2 séropositives (2 femmes)

I-C Troubles de la différenciation épidermique

1 Psoriasis

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Psoriasis	1701	1995	1798	2128	2352	2057	2484	2262	1973	1872	1791	1342	1648	1596	1009

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Psoriasis	2018	2057	1312	2470	2363	1753	3460	3791	2273	3468	3900	1967	3359	4157	1832

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Psoriasis	240	220	112	300	356	93	56	44	18	136	131	33	88	94	30

2 Ichtyose congénitale

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Ichtyose congénitale			1	3	2	10	3	2	5	1		2	2	2	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Ichtyose congénitale	6	13	13	1	16	23	2	15	18	8	11	7	4	15	6

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Ichtyose congénitale	1	16	12	3	10	14	16	10	8	5	5	1	8	13	10

3 Pityriasis rubrapilaire

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rubra pilaire			1	2				1							

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rubra pilaire						2	1								

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rubra pilaire															

4) Kératodermie palmo plantaire

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératodermie palmo-plantaire	21	35	11	58	10	45	1		1	1		1	11	13	15

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératodermie palmo-plantaire	12	18	20	20	25	21	25	31	16	34	11	9	39	40	22

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératodermie palmo-plantaire	6	10	8	15	11	2	39	40	22	52	81	43	56	66	35

5) Kératose pilaire

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératose pilaire	1	6	5	1	3	1							2	1	2

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératose pilaire		1	2	4	6	8				8	10	2	6	3	5

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Kératose pilaire	4	8	4	1	5	5	5	7	7	25	15	10	1	1	3

I-D Maladies Bulleuses

1) Les Maladies bulleuses auto Immunes de 1981 à 1995

Les diagnostics ont été portés par la clinique , parfois aidés par l'examen histologique, l'immunofluorescence n'étant pas disponible dans notre service

1-a) Pemphigus auto – immuns 20 cas (8hommes et 12 femmes)

1-b) Maladies bulleuses sous épidermiques auto-immunes 35 cas

- Pemphigoïde bulleuse 28 cas (13 hommes et 15 femmes)
- Dermatite herpétique 1 cas (1 enfant)
- Pemphigoïde gestationnelle 6 cas (femmes)

2) Erythème polymorphe

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème polymorphe	7	16	3	9	4	3	19	14	5	10	8	2	1	5	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème polymorphe	13	8	4	15	10	5	6	3		5	3	5	8	9	4

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème polymorphe	15	8	5	10	11	5	7	13		15	14		5	11	

La forme grave de l' Erythème polymorphe à type du syndrome de Stevens Johnson est rare puisque que l'on a enregistré que 16 cas seulement durant les 15 années.

I-E Eczemas et dermatoses spongiformes

1) Eczemas

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczéma	194	249	182	195	228	153	209	246	176	155	194	113	270	293	222

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczéma	215	269	113	262	293	198	430	521	291	341	492	190	317	400	165

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczéma	430	400	88	165	200	79	88	101	70	87	120	112	83	106	86

2) Dysidrose

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dysidrose	6	17	6	1	2	1	13	4	3	1	2	3	19	6	9

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dysidrose	43	13	3	18	17	5	6	8	1	9	10	3	20	39	1

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dysidrose	7	10	5	4	5		38	30		61	59	3	15	18	

3) Dermatoses spongiformes

3-a) pityriasis rosé de gibert

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rosé de Gibert	4	8	9	3	1		17	10	4	18	1	1	2	4	2

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rosé de Gibert	5	14	4	16	12	2	1	3	1	4	1	1	12	5	5

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Pityriasis rosé de Gibert	10	11	5	11	10	5	15	13		20	15		3	7	

3-b) eczematides

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczématides	5	13	8	2		5	20	13	8	8	7	3	5	9	4

	1986			1987			1987			1988			1989		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczématides	25	19	14	7	1	6	4	16	3	4	3	10	8	11	14

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eczématides	13	15	10	10	12	13	10	12	13	8	8	11	9	10	11

I-F Dermatoses des Etats d'Hypersensibilité

1) Collagenoses recensées de 1981 à 1995

1-1) Lupus erythemateux

1-1-a) Lupus erythemateux chronique 88cas (45 hommes et 43 femmes)

1-1-b) Lupus erythemateux systémique 15 cas (10 femmes et 5 hommes)

1-2) Sclérodermie

1-2-a) Sclerodermie cutanée 60 cas (48 femmes ,et 12 hommes)

1-2-b) Sclerodermie systemique 11 cas (10 femmes et 1 homme)

1-3) Dermatomyosite 7 cas (5 femmes et 2 hommes)

1-4) Periarterite noueuse 5 cas (4 femmes et 1 homme)

2) Urticaire + Oedeme de quincke + Dermographisme

2-a) Urticaire

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Urticaires	26	42	10	6	16	1	33	63	24	8	13	6			

	1986			1987			1987			1988			1989		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Urticaires	58	71	25	55	49	10	35	48	9	33	43	11	49	77	14

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Urticaires	62	85	24	43	117	21	17	31	8	36	36	38	20	30	10

2-b) Oedeme de quincke

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Œdème de Quincke										5					

	1986			1987			1987			1988			1989		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Œdème de Quincke															

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Œdème de Quincke															

2-c) Dermographisme

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dermographisme	3	1		1											

	1986			1987			1987			1988			1989		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dermographisme				1	1										

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Dermographisme	1														

3) Lichen plan

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Lichen plan	15	19		4	5		10	13	7	4	5	1	2	1	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Lichen plan	28	13	1	10	6	1	13	9		15	7		32	17	8

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Lichen plan	22	23	4	17	11	3	7	18		13	11		10	12	

4) Dermatoses médicamenteuses

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
D. Médicamenteuses	1	3	1	1	2										

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
D. Médicamenteuses							31	1	4				2	3	1

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
D. Médicamenteuses	16	31	10	2	6					20	15	8	10	15	10

5) Les Aphtes

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Aphtes	2	1	1	2	1		4		2						

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Aphtes				2	2		10	15	25			1	1	3	4

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Aphtes	4	20	2	6	4	8	38	46	30	78	34	48	25	15	15

Il est à noter que 37 cas de maladie de Behcet ont été recensés de 1981 à 1995.

6) Erythème noueux

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème noueux	3	11	1	11	9			6		3	7			1	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème noueux	1	4		11	10		25	26	4	15	10	11	10	11	10

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Erythème noueux	15	16	11	20	11	3	31	10	5	16	11	2	15	18	9

7) Parapsoriasis

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parapsoriasis	1	9		3		1	5			1			4	3	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parapsoriasis	7	10	2	1	1		1	1		4	1	1	2	1	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Parapsoriasis	6	1	1	8			6	18		2	1	1	2		1

C'est surtout le Parapsoriasis en gouttes et à un degré moindre le Parapsoriasis digitiforme qui sont les plus fréquents. Le Parapsoriasis en grande plaque n'a été recensé que dans 10 cas seulement.

8) Purpura

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Purpura	1	5	4					1					1		3

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Purpura		2	1	1	1		2	5	2	1	2	2	2	2	1

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Purpura	2	3	2	6	4	2	4	1		6	3		5	2	1

I-G Les tumeurs de la peau

1) Tumeurs bénignes

Total Général 2684		1981			1982			1983			1984			1985		
Total Période 249		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Papillome viral	20	1	1	1	2		2	2						8	2	1
Kystes épidermiques et sébacés	95	18	10	1		12		21	11		6	2		10	4	
Adenome sébacé	1					1										
Kérato acanthome	2				1	1										
Millium	6		4	2												
Molluscum pendulum	4		2											2		
Botriomycome	31	2	3		4	7	2	1	4	2				3	2	1
Histiocytofibrome	6	1													5	
Lipome	27	2	1		4	3		7	2		1	1		3	2	1
T.B. d'origine indéterminée	6	1	2		2	1										
Chéloïde	51	4	10	4	3	3	2	2	10	1		5		4	2	1

		1986			1987			1988			1989			1990		
Total Période 765		H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Papillome	33	11		1	2		1	3	4	1	2	1	1	2	1	3
Kystes épidermiques et sébacés	257	6	5	1	21	15	5	14	11	5	60	20	6	53	28	7
Adenome sébacé	1					1										
Kérato acanthome	0															
Millium	4					1	3									
Molluscum pendulum	10				5	5										
Botriomycome	140	9	9	4	11	13	6	12	8	6	11	14	10	7	11	9
Histiocytofibrome	4					3	1									
Lipome	74	5			9	3	1	11	11		12	9		7	3	3
T.B. d'origine indéterminée	3											1		1	1	
Chéloïde	239	10	9	7	6	17	3	6	5	3	13	20	10	53	60	17

		1991			1992			1993			1994			1995		
Total Période 1670		H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Papillome	41	9	4	1	5	2		3	1		3	2		8	3	
Kystes épidermiques et sébacés	563	76	54	8	77	45	12	60	30	5	50	25	15	56	35	15
Adenome sébacé	0															
Kérato acanthome	0															
Millium	0															
Molluscum pendulum	0															
Botriomycome	161	6	11	10	12	11	7	10	18	5	7	7	5	4	7	5
Histiocytofibrome	0															
Lipome	149	14	8	1	7	5	1	5	2	1	36	20	1	21	27	
T.B. d'origine indéterminée	0															
Chéloïde	792	23	27	16	48	52	20	52	106	57	95	122	22	68	75	19

2) Tumeurs Malignes

Total Général 583		1981			1982			1983			1984			1985		
Total Période 66		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Paget	0															
Epithelioma basocellulaire	45	5	8		5			11	9		4	3				
Epithelioma spinocellulaire	21	3	3		3	2		7	1	1	1					

		1986			1987			1988			1989			1990		
Total Période 171		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Paget	1				1											
Epithelioma basocellulaire	122	11	10		16	9	1	6	8		1	1		37	19	3
Epithelioma spinocellulaire	48	6	1		9	1		3	2	1	1	2		12	9	1

		1991			1992			1993			1994			1995		
Total Période 346		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Paget	0															
Epithelioma basocellulaire	205	2		1	3	2		20	40	3	45	42		32	15	
Epithelioma spinocellulaire	141		1	2	2	1		14	16		30	37		23	15	

Tumeurs malignes rares recensés de 1981 à 1995

- **Maladie de Kaposi 22 cas**
- **Melanome malin 19 cas**
- **Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand 10 cas**
- **Lymphome non Hodgkinien 6 cas**
- **Maladie de Hodgkin 4 cas**
- **Mycosis fongoide 3 cas**

3) Tumeurs Précancéreuses

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Kératose sénile (actinique)		10													

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Kératose sénile (actinique)				3	5		9	9						4	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Kératose sénile (actinique)					2		18	34			3		4	1	

D'autres dermatoses précancéreuses ont été notées : de 1981 à 1995

Le Xéroderma Pigmentosum qui paraît la plus fréquente (29 cas) après les Kératoses séniles.

Quelques cas de dermatoses précancéreuses sont notés beaucoup plus rarement :

Epidermodyslasie verruciforme, Naevomatose basdo-cellulaire, Maladie de Bowen, et syndrome de Torre et Muir

I-H Dermatoses et Agents Physiques

Total Général 219	1981			1982			1983			1984			1985		
Total Période 82	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Brûlure chimique et thermique 6		1	3		1			1							
Lucite 1				1											
Coup de soleil 16	1			2	1	4			3				2	3	
Engelure 54	4	2		1	4	3	5	11	2	1	5	1	7	6	2
Radiodermite 5	2						1						1	1	

	1986			1987			1988			1989			1990		
Total Période 81	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Brûlure chimique et thermique 15					3	1	3		4	1	1		1	1	
Lucite 4				2			1	1							
Coup de soleil 28	4	3			3		3	2		5	2		2	1	3
Engelure 31	5	4	3				5	4	6		4				
Radiodermite 3				1			1			1					

	1991			1992			1993			1994			1995		
Total Période 56	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Brûlure chimique et thermique 6			1			1					1	1	1	1	
Lucite 2							1			1					
Coup de soleil 7	2	2		1			1				1				
Engelure 36	2	4				6		1		1		8		6	8
Radiodermite 5		1		1					1				1	1	

A - Peau et soleil

1) Dermatoses liées à une déficience de la protection cutanée naturelle (1981 à 1995) :
Xeroderma Pigmentosum 29 cas

2) Dermatoses par photosensibilisation (1981 à 1995) :

Les Porphyrries

2-a) La Porphyrie Erythropoïétique congénitale (PEC) = maladie de Gunther

Il a été observé 5 cas dans deux branches d'une même famille avec 11 patients hétérozygotes porteurs de la tare par l'étude de l'activité U.P.G. III cosynthétase abaissée par rapport aux témoins.

2-b) La Porphyrie Variégata (P.V)

2 cas : une mère et son fils

2-c) La Porphyrie hépato-érythropoïétique (P.H.E) : 1 cas

Il est à noter que la Porphyrie cutanée tardive (PCT) n'a été observée que dans quelques cas mais non confirmée par les dosages biochimiques.

3) Les troubles du métabolisme du tryptophane de 1981 à 1995 :
Pellagre et Erythème pélagroïde 60 cas (30 hommes , 23 femmes et 7 enfants)

4) Dermatoses aggravées ou révélées par le soleil :
La poikilodermie de Rothmund – Thomson : 15 cas

B – Dermatoses Secondaires d'origine mécanique

Total Général 651	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Plaie traumatique 6				2	2			1				1			
Ecchymose 28	13	1	3										5		6
Phlyctène 1													1		
Callosité 1	1														
Cors et durillons 60	9	7	1	6	4		12	2	1	3			14	2	
Escarres 14	2	6													6

Total Période 209	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Plaie traumatique 3				2				1							
Ecchymose 35	7	2	3					1		7		6	5	4	
Phlyctène 7			1			1						4		1	
Callosité 0															
Cors et durillons 135	5	4	5	22	8	3	20	8		20	10	4	16	9	1
Escarres 29				5	6		5	6	1			2			4

Total Période 332	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Plaie traumatique 9	1	1			1		1		2				1	2	
Ecchymose 22			1	4			6			4	1		4	2	
Phlyctène 4	1				1		1				1				
Callosité 0															
Cors et durillons 136	22	14	7	19	15	1	10	11		11	9		10	5	2
Escarres 161				4			15	24	1	28	15		33	41	

I-I LES Troubles de la Pigmentation Cutanée

A - Hypomélanose Génétique circonscrite

1) Vitiligo

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Vitiligo	35	35	15	31	43	39	45	56	23	9	15	9	30	4	15

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Vitiligo	54	58	24	37	40	22	66	54	20	22	21	18	23	29	25

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Vitiligo	30	77	53	28	59	25	26	38	25	3	2	1	16	22	13

- 2) Sclérose tubéreuse de Bourneville : 3 cas dans une même famille
- 3) Xéroderma pigmentosum : 29 cas

B - Hypomélanose D'origine Endocrinienne

Hyperthyroïdie 9 cas

C – Hypermélanose Génétique Epidermique

- 1) Maladie de Von Recklinghausen : (surtout les taches café au lait) 45 cas
- 2) Lentiginose centofaciale

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Lentiginose centofaciale	1	1	4												

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Lentiginose centofaciale															

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Lentiginose centrofaciale															

D – Hypermélanose Endocrinienne

Mélasma (chlosma)

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Chloasma + melasma					7									6	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Chloasma + melasma		15						20						21	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Chloasma + melasma		24			54			71			75			82	

I-J Dermatoses par Infiltrats cellulaires lympho-mono-Myelocytaires

1) Dermatoses Neutrophiliques:

1-a) Syndrome de Sweet : 55 cas

1-b) Pustulose sous cornée de Sneddon-Wilkinson : 12 cas

1-c) Pyoderma gangrenosum : 2 cas

2) Lymphomes: 6 cas

3) Mastocytose (urticaire pigmentaire)

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Mastocytose					1										1

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Mastocytose							2	1	10						

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Mastocytose												6			

I-K Granulomes Cutanés non Infectieux

1) Sarcôidose

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Sarcôidose	1	1			3					4			1	2	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Sarcôidose		2		1	2		1	1			4		4	9	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Sarcôidose		5		1	5			7			5			3	1

2) Granulome annulaire

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Granulome annulaire															

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Granulome annulaire		1	1	2	2					1	1		1	2	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Granulome annulaire	1			1	2		1	2		3	1		3	4	

I-L Dermatoses de Surchage

- Xanthomes et Xanthomatoses 12 cas
- Amyloïdose Cutanée 8 cas
- Mucinose 3 cas

Altération des fibres élastiques (troubles du tissu Conjonctif)
Pseudo Xanthome élastique 13 cas

I-M Manifestations Cutanées des Altérations Vasculaires et Neurologiques des Membres Inférieurs

1) Ulcère de jambe

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ulcère de jambe	10	13	5	2	1	6	3				5		4	6	

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ulcère de jambe	15	4		30	9	1	39	73	2	4			10	4	2

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ulcère de jambe	14	6	2	16	1	1	72	82		144	125	30	82	61	10

2) Dermatose Dues à des Maladies de l'appareil circulatoire

Total Général 336		1981			1982			1983			1984			1985		
Total période 36		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Raynaud	3	1	2													
Acrocyanose	20				6	2	1	4			1				6	
Télangiectasie-capillarite	1	1														
Angiodermite	0															
Elephantiasis	1			1												
Varices	8	1	2	1		1		1	1						1	
Œdème	3													1	2	

		1986			1987			1988			1989			1990		
Total période 104		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Raynaud	3			1		1			1							
Acrocyanose	11	1		1	2	2			2						3	
Télangiectasie-capillarite	3				1	1	1									
Angiodermite	1					1										
Elephantiasis	3				3											
Varices	74		3		2	2		18	21	3	10	11	2	1		1
Œdème	9		1	1	3	1						1	1		1	

		1991			1992			1993			1994			1995		
Total période 196		H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Maladie de Raynaud	1	1														
Acrocyanose	4	1		1	1				1							
Télangiectasie-capillarite	0															
Angiodermite	0															
Elephantiasis	0															
Varices	189	1	1	1	28	23	10	20	11	10	15	22	5	16	22	4
Œdème	2		1		1											

I-N Angiomes et Angiodysplasie Complexe de 1981 à 1995

- **243 cas d'Angiomes toutes formes confondues**
- **66 cas chez des nourissons et des enfants : l'aspect rencontré le plus souvent est celui d'Angiome tubéreux**
- **77 cas chez des adultes avec 100 femmes et 70 hommes . L'aspect rencontré est celui d'Angiome plan**
- **Angiodysplasie complexe :**
 - . **2 cas de syndrome de Sturge-Weber-Krabbé**
 - . **2 cas de syndrome de Klippel-Trenaunay**

I-O Maladies des annexes

A) Pathologie des Glandes Sébacées

1) Acné

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
acné	189	169	15	115	135	26	159	171	29	31	32	23	44	25	5

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
acné	54	53	6	174	170	20	439	89	115	174	186	48	94	253	27

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
acné	195	271	35	196	368	57	209	177	75	227	193	122	130	266	82

2) Seborrhée

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Séborrhée	7	16	19	8	14	8	39	45	34	1	2		2	2	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Séborrhée	23	19	16	14	24	17	4	5	6	7	9	13	10	24	9

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Séborrhée	33	56	21	23	29	10	21	19	8	23	24	9	20	19	15

B) Pathologie des Glandes Eccrines

1) Hyperhidrose

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Hyperhidrose				1	2		5	2	2		2	1	1		

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Hyperhidrose	1	2	4		1	1									

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Hyperhidrose	8	14	6		1	1					1				

2) Anidrose

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Anidrose et Sécheresse de peau	5	11	4												

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Anidrose et Sécheresse de peau						2	3	2						4	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Anidrose et Sécheresse de peau	1	1			1			4		3	3			10	5

C) Maladie de l'Appareille Ungueal

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ongle incarné	8	10											6	3	1

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ongle incarné	3	2					2	3						1	

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F1	E	H	F	E	H	F	E
Ongle incarné				2	2					3	5	2	6	13	2

D) Poils-Cheveux-cuir Chevelu

Total Général 3917	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hypertrichose 3		1										2			
Agénésie pilaire 2					1									1	
Alopécie et chute de cheveux 612	53	146	31	34	57	10	42	74	23	13	16	9	42	54	8
Aplasia du cuir chevelu 2				1			1								
Pelade 410	25	53	41	31	79	26	39	33	39	8	6	10	6	5	9
Pityriasis du cuir chevelu 64	15	17	15	6	7		2							1	1
Fausse teigne amiantacée 35	5	8	20			1									1

Total Période 1492	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hypertrichose 3		1					2								
Agénésie pilaire 46	16	25						2					1	2	
Alopécie et chute de cheveux 716	51	114	21	33	99	15	50	64	16	40	43	19	32	84	35
Aplasia du cuir chevelu 4	1						1	1						1	
Pelade 600	65	54	68	64	55	42	26	20	13	20	19	29	35	44	46
Pityriasis du cuir chevelu 105	10	5	4	2	3		14	16	3	13	17	3	5	6	4
Fausse teigne amiantacée 18						2			5			2	6	2	1

Total Période 1377	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Hypertrichose 88					4		12	8		12	18	2	13	10	9
Agénésie pilaire 15					1		1	2		4	3		1	3	
Alopécie et chute de cheveux 631	45	105	26	45	123	21	21	34		50	69	10	40	38	4
Aplasia du cuir chevelu 20				1						11	1	2	3	2	
Pelade 415	40	56	47	55	57	39	15	22	23	41			15	5	
Pityriasis du cuir chevelu 166	2	10	3	9	4	1	9	4	2	9	8	6	43	32	24
Fausse teigne amiantacée 42		3	5		1	6			5			5			17

Il est à noter que 4 cas de dysplasie ectodermique dans une même famille ont été observés.

I-P Prurits et Prurigos

1) Prurits

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurit	132	130	33	48	52	20	97	86	17	23	21	12	38	45	16

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurit	73	103	18	80	30	10	60	35	15	117	58	10	48	86	10

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurit	85	83	7	67	66	6	63	65	87	103	112	65	108	98	75

2) Prurigos

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurigo	19	2	23	9	10	5	12	22	15	2	3	8	4	1	4

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurigo	13	18	20	10	23	26	22	22	18	9	27	17	5	23	10

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Prurigo	197	36	13	54	69	24	24	31	6	37	39	30	43	58	35

I-Q Dermatoses des âges de la Vie (Nourrissons et Enfants)

1) Maladie de Leiner-Moussous

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Maladie. de Leiner-Moussous.			16			27			27			13			3

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Synd. de Leiner-Moussous.			2			19			9			10			7

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Synd. de Leiner-Moussous.			17			11			43			32			37

2) Erythème Fessier du nourrisson

	1981			1982			1983			1984			1985		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. Fessier du nourrisson			9			9			15			6			

	1986			1987			1988			1989			1990		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. fessier du nourrisson			1			7			5			10			5

	1991			1992			1993			1994			1995		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
Eryth. fessier du nourrisson			3			9			45			15			10

3) Pustuloses néonatales 32 cas de 1981 à 1995

4) Pustulose de Kaposi Juliusberg 12 cas de 1981 à 1995

I-R Affections Inclassables

De 1981 à 1995

Nous avons observés durant notre étude plusieurs fiches et dossiers ou il existait tres peu de renseignements cliniques, le diagnostic n'a pas été étiqueté.

Nous étions obligés de mentionner les diagnostics rapportés sur les fiches ou dossier

- **Pustulose chez des Adultes: 97 cas (54 femmes et 43 hommes)**
- **Dermatoses réactionnelles: 77 cas (21 hommes , 34 femmes et 22 enfants)**
- **Autres (Nodules et Infiltrats Hypodermiques: 58 cas (15hommes, 25 femmes et 18 enfants)**
- **Kératose non précisée: 15 cas (4 hommes, 10 femmes et 1 enfant)**
- **Lésions atrophiques et scléreuses: 49 cas (22 hommes , 19 femmes et 8 enfants)**
- **Fistule : 140 cas (62 hommes , 53 femmes et 25 enfants)**
- **Dyschromies non précisées : 47 cas (23 hommes , 18 femmes et 6 enfants)**
-

II- Résultats et évolution des affections cutanées de 1981 à 1995.

1. Maladies infectieuses

A. Affections bactériennes communes(non spécifiques)

a.1 staphylococcies

Dans l'ensemble, l'incidence est en augmentation croissante durant les quinze années, sauf pour la staphylococcie maligne de la face qui demeure rare.

Cette augmentation de fréquence de ces affections staphylococciques semble en évolution avec l'émergence des staphylocoques dorés. D'autres auteurs ont noté aussi cette évolution (Ohana et coll. J.A.M. Acad. Dermatol. 1989; 21 : 544-6).

a.2 streptococcie

- L'incidence de l'érysipèle est en augmentation d'année en année; ce qui ressort aussi dans d'autres pays (chartier et coll. Int. J. Dermatol. 1990; 29 : 459-62) et (Crickx et coll. Ann. Dermatol. Vénéreol. 1991 ; 118 : 11-6).

- Les fasciites nécrosantes (cellulites infectieuses) semblent aussi en augmentation. Dans ces affections, les germes induiraient la libération des cytokines et l'utilisation des anti-inflammatoires de manière isolée peut elle expliquer à elle seule cette augmentation de fréquence? Certains auteurs interdisent de prescrire des anti-inflammatoires isolément(Chosidow et coll. ARCH. 1991; 127 : 1845).

- Les parakératoses infectieuses du visage surtout, restent l'apanage de l'enfant et sont en augmentation d'année en année. Elles ne doivent confondues avec le pityriasis versicolor du visage qui semble fréquent dans certains pays comme la Tunisie par exemple.

B. Affections bactériennes spécifiques (Mycobactérioses)

L'incidence de la tuberculose cutanée (toutes formes confondues) semble en augmentation. Si dans les cinq premières années (1981-1985), on a enregistré 69 cas, dans la deuxième période (1986-1990) 89 cas soit 20 cas supplémentaires et 104 cas ont été notés dans la troisième période (1991-1995).

- L'érythème induré de Bazin dont l'origine tuberculeuse est très controversée, a été noté 25 fois durant quinze ans, touchant un peu plus la femme que l'homme.

- Les complications de la vaccination par le B.C.G paraissent exceptionnelles.

- La maladie de Hansen demeure rare à Tlemcen et en Algérie.

C. Viroses à expression cutanée

Elles demeurent en augmentation sans cesse croissante durant les quinze années.

- Les verrues et les molluscum contagiosum prédominent chez l'enfant.

- L'herpès touche plus souvent l'adulte, la femme beaucoup plus que l'homme.
- Si le varicelle est la maladie éruptive de l'enfant par excellence la plus fréquente, elle n'est pas exceptionnelle chez l'adulte.
- Le zona, siégeant le plus souvent dans la région intercostale, atteint le plus souvent l'adulte et prédomine chez l'homme.

D. Dermatoses parasitaires

Dans l'ensemble, les dermatoses parasitaires demeurent fréquentes.

- La gale est la plus fréquente des affections parasitaires, atteignant le plus l'enfant. On a noté un pic de fréquence durant la deuxième période (1986-1990), restant avec une fréquence stable durant la première période (1981-1985) et la troisième période (1991-1995).
- La leishmaniose cutanée a été observé le plus souvent durant la deuxième période (1991-1995) que dans la première ou la troisième période.
- L'incidence des piqûres d'insectes semble en augmentation croissante durant les quinze années.
- Les pédiculoses de la tête atteignant surtout les enfants, sont surtout observées durant la troisième période (1991-1995). La phthiriose demeure rare.

E. Les mycoses

L'incidence des onyxis et des mycoses des plis et de la peau glabre, sont en augmentation durant les trois périodes (15 années), alors que les teignes sont en nette régression.

F. Les fièvres éruptives

La rougeole semble la plus fréquente et son incidence est en augmentation constante; la scarlatine et la rubéole diminuent de plus en plus et deviennent rares durant troisième période (1991-1995).

Conclusion

L'incidence des maladies infectieuses est en augmentation durant les quinze années. Les dermatoses infectieuses non spécifiques demeurent fréquentes. La tuberculose en augmentation croissante n'est pas en voie d'extinction. Dans les mycoses, les onyxis et les mycoses de la peau glabre et des plis augmentent d'année en année alors que les teignes ont tendance à diminuer notablement. Dans les parasitoses, la gale et la leishmaniose prédominent et des cas de plus en plus nombreux de piqûres de moustiques sont enregistrés.

Les viroses à expression cutanée demeurent fréquentes et sont en constante augmentation.

Dans les fièvres éruptives, la rougeole prédomine alors que la scarlatine et la rubéole sont en nette régression.

Enfin, quelques cas de borreliose et de fièvre boutonneuse méditerranéenne méritent d'être notés et signalés.

2. Maladies sexuellement transmissibles (M.S.T)

Les M.S.T sont rares puisqu'elles totalisent sur une période de quinze années que 1089 cas

- Syphilis : 1^{ère} M.S.T.

Dans la syphilis, on a noté la prédominance de la forme sérologique. Dans les formes symptomatiques, la syphilis primaire semble la plus fréquente, observée beaucoup plus chez l'homme que la femme.

- Uréthrites : 2^{ème} M.S.T.

Elles sont observées de façon quasi exclusive chez l'homme. L'absence d'examens bactériologiques fiables ne nous a pas permis de donner un aperçu sur les germes responsables.

- Chancre mou: 3^{ème} M.S.T.

Cette M.S.T est en augmentation croissante et elle n'a commencée à être observée qu'à partir de 1988. C'est une population strictement masculine, en majorité des célibataires. On n'a pas noté des cas de résistance à l'anti-biothérapie.

- Végétations vénériennes : 4^{ème} M.S.T.

Les V.V sont en augmentation durant la troisième période (1991-1995).

Cette M.S.T semble en augmentation aussi dans les service de dermatologie d'Oran et d'Alger totalisant respectivement 65.8% et 50% des M.S.T (F. Boukérrou, B. Bouadjar. Condylomes vénériens. Diagnostic et prise en charge).

- Chancre mixte : 5^{ème} M.S.T.

Cette association connue, mérite d'être notée à cause de la réapparition de chancre mou en Algérie en 1988.

- Infection par le VIH : 6^{ème} M.S.T.

Elle rare, mais cette rareté doit être prise avec prudence car les patients atteints de M.S.T ne consultent pas souvent à l'hôpital.

On n'a pas noté durant la période étudiée des cas d'herpès génital alors qu'en dehors de cette période, quelques cas commencent à être recensés.

3. Troubles de la différenciation épidermique

Ils représentent le motif le plus fréquent de consultation puisqu'ils totalisent plus de 70 000 cas, avec 66.1% de l'ensemble de nos patients.

Le psoriasis avec 70 139 est de très loin la pathologie la plus rencontrée, avec un pic de fréquence durant la deuxième période (1986-1990). Le nombre réduit de cas observés durant la troisième période (1991-1995) s'explique par le fait que les malades préfèrent être suivis en médecine privée.

4. Maladies bulleuses

Les maladies bulleuses totalisent 378 cas sur quinze années.

L'érythème polymorphe avec 323 cas est la maladie bulleuse la plus fréquente.

Les maladies bulleuses auto-immunes 55 cas, sont rares, représentées essentiellement par la pemphigoïde bulleuse et les pemphigus auto-immuns.

5. Eczéma et dermatoses spongiiformes

10.4% de nos patients ont consultés pour ce type de pathologie, dominée par l'eczéma avec un total de 9 791 durant les trois périodes. L'eczéma semble diminuer de fréquence durant la troisième période (1991-1995), alors que la dysidrose paraît plus fréquente.

6. Dermatoses des état d'hypersensibilité.

L'incidence de trois affections, l'urticaire, le lichenplan, et l'aphte est en augmentation croissante durant les trois périodes (soit les quinze années). Ces trois affections totalisent 2 259. Les collagénoses regroupant le lupus érythémateux, la sclérodermie, la dermatomyosite et la périartérite noueuse sont beaucoup plus rares, puisqu'elles totalisent durant quinze années que 129 cas.

7. Les tumeurs de la peau.

Les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes de l'ensembles des tumeurs, totalisant 2 684 cas en quinze années. Les tumeurs malignes regroupant les carcinomes baso-cellulaires, spino-cellulaires, maladie de Paget, maladie de Kaposi, mélanome malin, lymphome sont beaucoup plus rares, totalisant 647 cas.

Le carcinome baso-cellulaire reste la tumeur la plus fréquente avec 372 cas représentant plus de la moitié des tumeurs malignes.

8. Dermatoses et agents physiques

Ce type de pathologie représenté par les lucites, l'engelure, la radio-dermite, brûlure chimique est très rare puisque l'on a enregistré que 219 cas durant quinze années.

- Dans les affections Peau et Soleil, le xéroderma pigmentosum semble le plus fréquent avec 29 cas soit deux cas environ /an durant quinze années. La maladie de Gunther avec 05 cas n'est pas très exceptionnelle.

- Dans les troubles du métabolisme du tryptophane, les 60 cas de pellagre et de l'érythème pellagroïde méritent d'être notés.

- Dans les dermatoses aggravées ou révèle par le soleil, la poikilodermie de Rothmund-Thomson n'est pas très rare, 15 cas soit un cas /an durant les quinze années.

- Enfin, dans les dermatoses d'origine mécanique, les cors prédominent.

9. Les troubles de la pigmentation cutanée

Le vitiligo avec 1 335 cas prédomine, est observé de façon relativement égale durant les trois périodes avec une légère prédominance féminine.

Dans l'hypermélanose endocrinienne, le Chloasma avec 375 cas, est le plus fréquent.

10. Dermatoses par infiltrats cellulaires lymphomono-myelocytaires

La dermatose aiguë fébrile neutrophilique ou syndrome de Sweet prédomine avec 55 cas. La prédominance féminine est nette (7 femmes pour 1 homme), 3,6 cas par an. Les autres dermatoses neutrophiliques sont beaucoup plus rares (pustulose sous cornée de Sneddon - Wilkinson, pyoderma gangrenosum).

11. Granulomes cutanés non infectieux

L'incidence de la sarcoïdose semble en augmentation croissante durant les trois périodes. Une prédominance féminine est notée.

12. Les dermatoses de surcharge

Les dermatoses de surcharge sont très rares avec 23 cas en quinze années.

Notant aussi que dans les altérations du tissu élastique, 13 cas de pseudo-xanthome élastiques ont été observés.

13. Manifestations cutanées des altérations vasculaires et neurologiques des membres inférieurs.

Cette pathologie est dominée par l'ulcère de jambe (894 cas) l'incidence de l'ulcère de jambe est en augmentation croissante durant les quinze années avec une légère prédominance masculine.

14. Angiome et angiodyplasie complexe.

Les angiomes sont rares avec 243 cas en quinze années; aussi, avons nous noté 66 cas d'angiome tubéreux chez les nourrissons et 177 cas d'angiomes plan chez les adultes. Les angiodyplasies complexes sont très rares avec 04 cas seulement en quinze années.

15. Maladies des annexes

- La pathologie des glandes sébacées prédominent avec 6 391 cas représentées essentiellement par l'acné (5 663 cas) l'incidence de l'acné est en augmentation croissante durant les trois périodes, prédominant chez la femme.

- La pathologie touchant les Poils - Cheveux - Cuir chevelu totalisant 3 921 cas, est dominée par l'alopecie diffuse (chute des cheveux) et la pelade atteignant respectivement 1 959 et 1 425 cas. L'alopecie diffuse concerne plus souvent la femme.

16. Prurits et prurigos

- Le prurit avec 2 613 cas durant les quinze années enregistre une augmentation des cas durant les trois périodes et l'homme est relativement plus touché que la femme.
- Le prurigo avec 1 144 cas, concerne la femme durant les deux premières périodes alors que pour la troisième période, l'homme semble plus touché.

17. Dermatose des âges de la vie

Durant les quinze années, la maladie de Leiner Moussous semble plus fréquente que l'érythème fessier.

III - Classification des dermatoses les plus courantes par ordre de fréquence (1981 -1995).

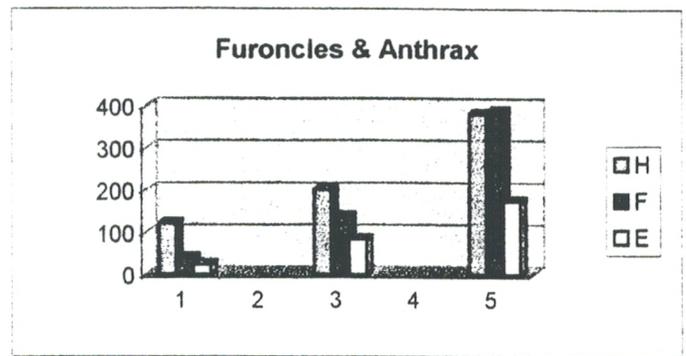
Nous nous proposons au terme de cette étude d'épidémiologie descriptive de classer par ordre de fréquence les maladies les plus courantes observées durant les quinze années.

1. Troubles de la différenciation épidermique : représentés le psoriasis.

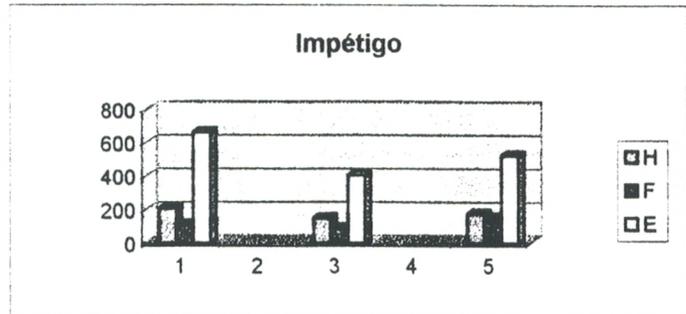
2. Maladies infectieuses : représentées par :

Résultats Et Evolutions Par Les Graphes (1981 à 1995)

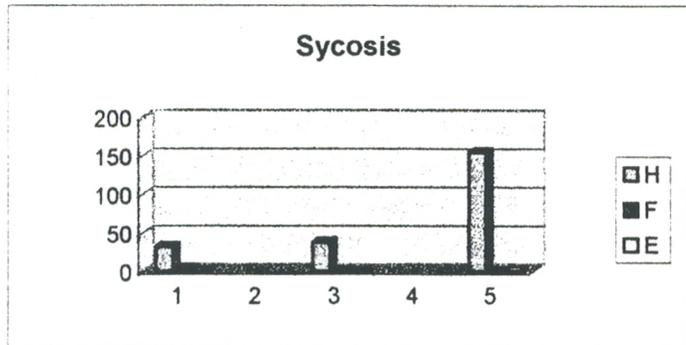
	H	F	E	Total ligne
Furoncle et anthrax	123	41	24	188
	202	138	84	424
	381	387	174	942
Total colonne	706	566	282	1554



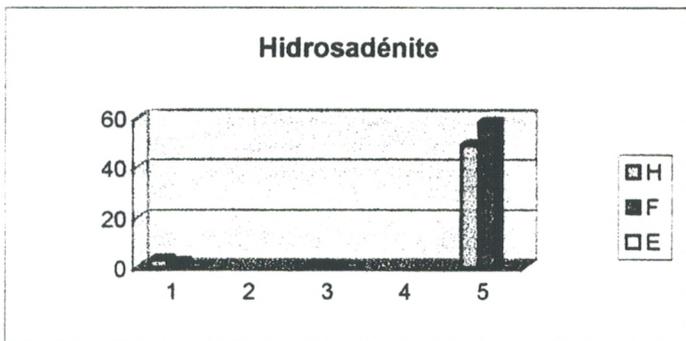
	H	F	E	Total ligne
Impetigo	206	110	662	978
	148	88	404	640
	173	152	523	848
Total colonne	527	350	1589	2466



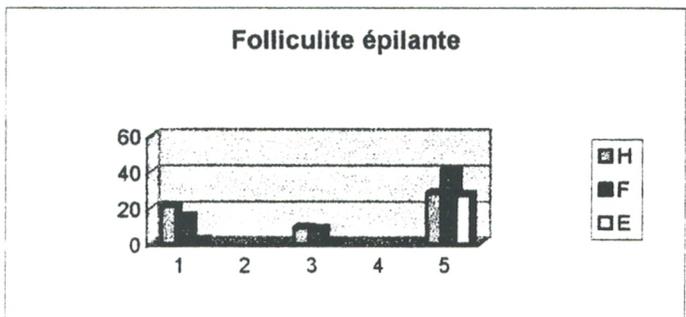
	H	F	E	Total ligne
sycosis	32	3	0	35
	38	0	0	38
	155	0	1	156
Total colonne	225	3	1	229



	H	F	E	Total ligne
Hidrosadénite	3	2	0	5
	1	0	0	1
	49	58	0	107
Total colonne	53	60	0	113

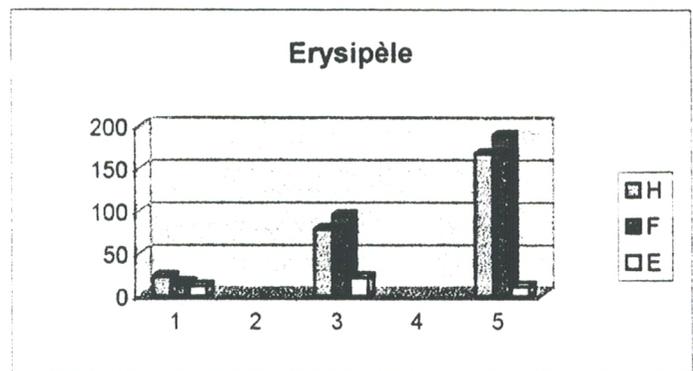


	H	F	E	Total ligne
Staph. maligne de la face	0	0	0	0
	4	9	3	16
	1	2	0	3
Total colonne	5	11	3	19

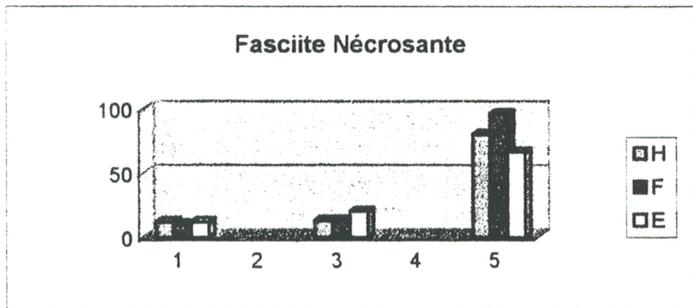


	H	F	E	Total ligne
Folliculite épilante	21	15	2	38
	9	8	1	18
	28	41	27	96
Total colonne	58	64	30	152

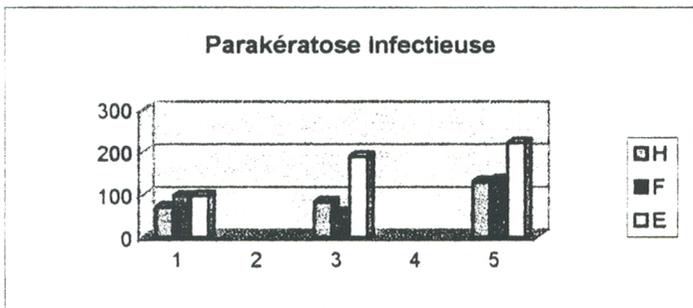
	H	F	E	Total ligne
Erysipèle	23	16	12	51
	78	95	22	195
	167	188	11	366
Total colonne	268	299	45	612



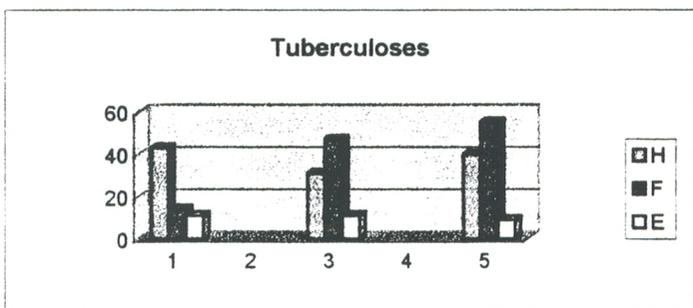
	H	F	E	Total ligne
Fasciite nécrosante	12	10	12	34
	13	13	20	46
	80	96	66	242
Total colonne	105	119	98	322



	H	F	E	Total ligne
Parakératose	72	97	98	267
	83	59	189	331
	130	135	221	486
Total colonne	285	291	508	1084



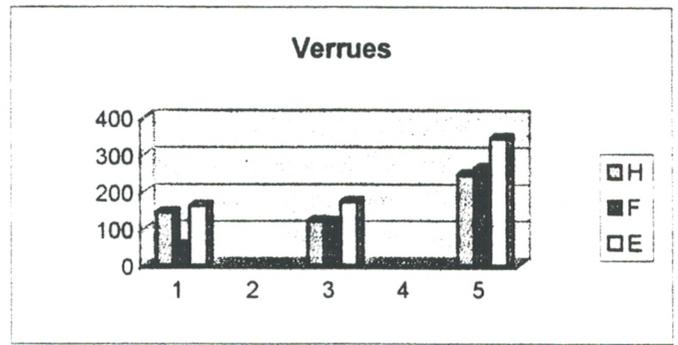
	H	F	E	Total ligne
Tuberculose	43	14	11	68
	31	47	11	89
	40	55	9	104
Total colonne	114	116	31	261



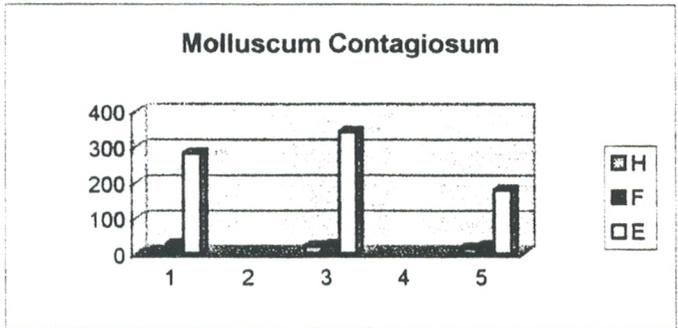
	H	F	E	Total ligne
B.C.Gite	0	0	1	1
	1	0	1	2
	0	0	0	0
Total colonne	1	0	2	3

	H	F	E	Total ligne
Eryth. Induré de Bazin	0	0	0	0
	0	0	0	0
	9	10	6	25
Total colonne	9	10	6	25

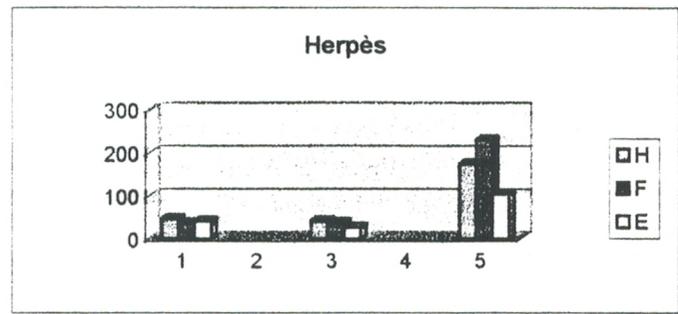
	H	F	E	Total ligne
Verrues	144	54	162	360
	119	118	172	409
	246	264	344	854
Total colonne	509	436	678	1623



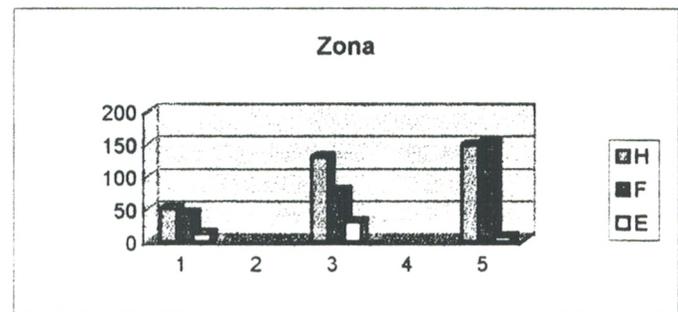
	H	F	E	Total ligne
Molluscum contagiosum	7	26	282	315
	21	23	342	386
	15	22	179	216
Total colonne	43	71	803	917



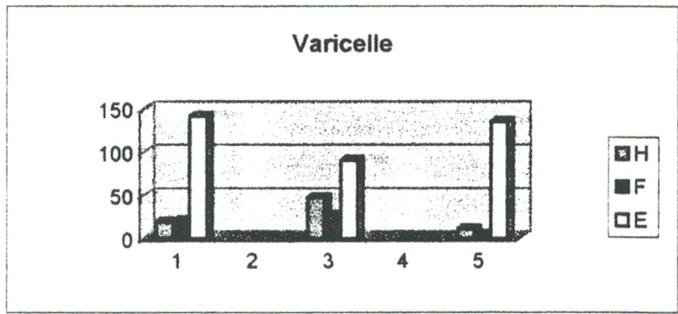
	H	F	E	Total ligne
Herpès	46	36	41	123
	41	38	26	105
	175	230	104	509
Total colonne	262	304	171	737



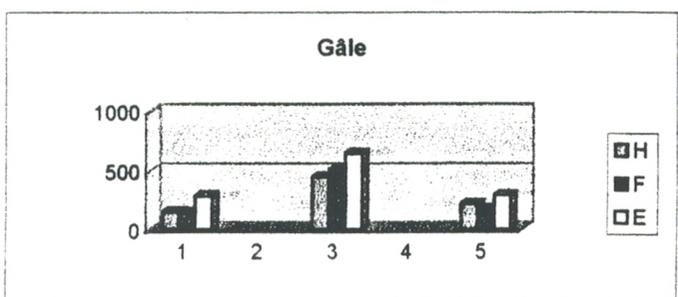
	H	F	E	Total ligne
Zona	50	43	12	105
	130	78	30	238
	148	154	7	309
Total colonne	328	275	49	652



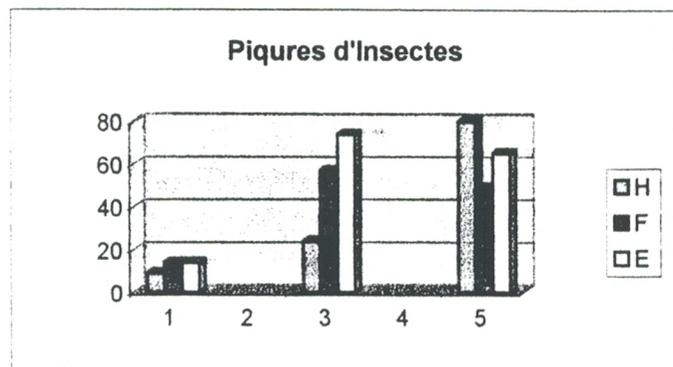
	H	F	E	Total ligne
Varicelle	19	20	141	180
	47	27	90	164
	11	4	135	150
Total colonne	77	51	366	494



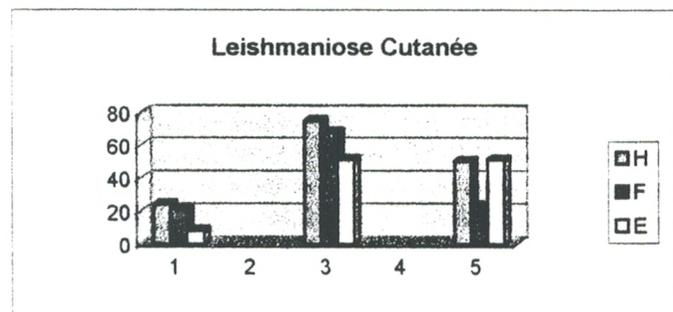
	H	F	E	Total ligne
Gâle	152	145	287	584
	446	509	644	1599
	219	174	294	687
Total colonne	817	828	1225	2870



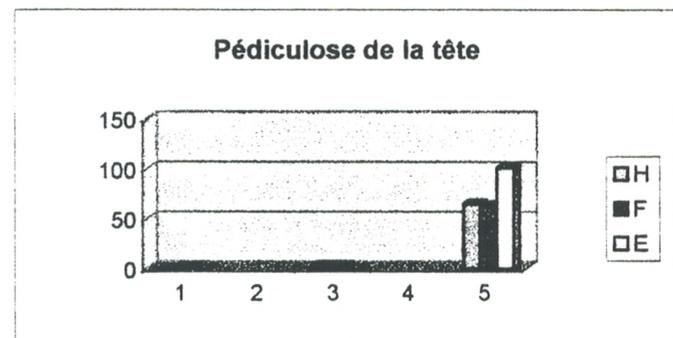
	H	F	E	Total ligne
Piqûre d'insecte	9	14	14	37
	24	57	74	155
	80	49	65	194
Total colonne	113	120	153	386



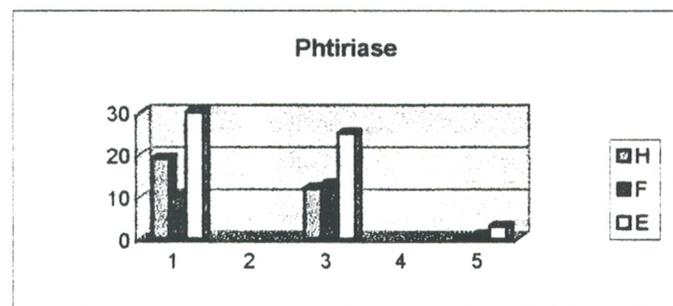
	H	F	E	Total ligne
Leishmaniose cutanée	24	21	8	53
	75	68	51	194
	50	23	51	124
Total colonne	149	112	110	371



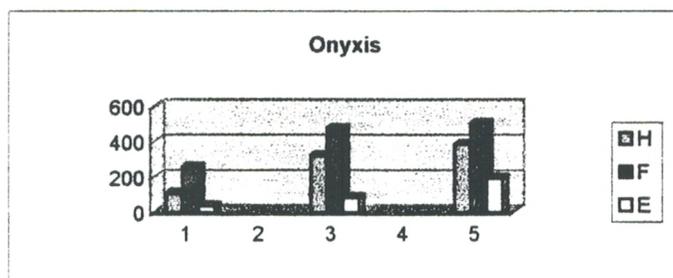
	H	F	E	Total ligne
Pediculose de la tête	0	2	0	2
	3	3	0	6
	65	63	101	229
Total colonne	68	68	101	237



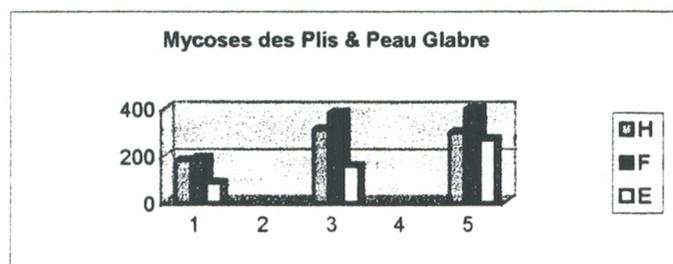
	H	F	E	Total ligne
Phtiriose	19	10	30	59
	12	13	25	50
	0	1	3	4
Total colonne	31	24	58	113



	H	F	E	Total ligne
Onyxis	106	255	35	396
	319	474	82	875
	383	502	193	1078
Total colonne	808	1231	310	2349



	H	F	E	Total ligne
Mycose des plis et de la peau	178	189	83	450
	309	377	154	840
	298	395	267	960



Total colonne 785 961 504 2250

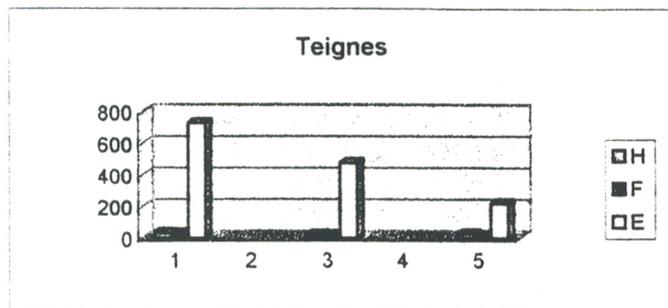
Teignes

	H	F	E	Total ligne
	33	30	729	792

24 22 478 524

32 18 220 270

Total colonne 89 70 1427 1586



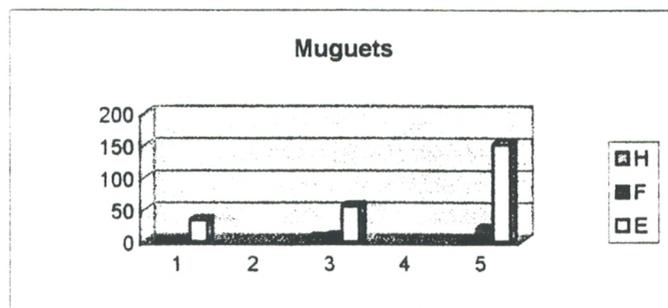
Muguet

	H	F	E	Total ligne
	1	1	34	36

7 9 56 72

0 20 152 172

Total colonne 8 30 242 280



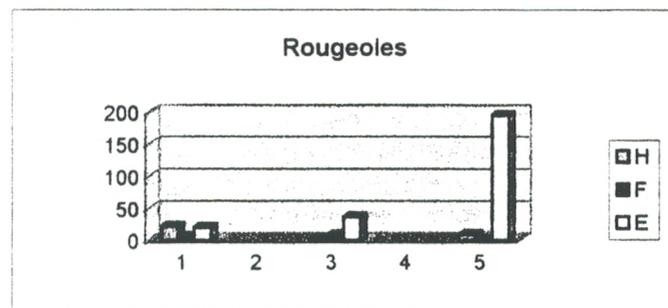
Rougeole

	H	F	E	Total ligne
	21	5	19	45

2 8 36 46

9 0 195 204

Total colonne 32 13 250 295



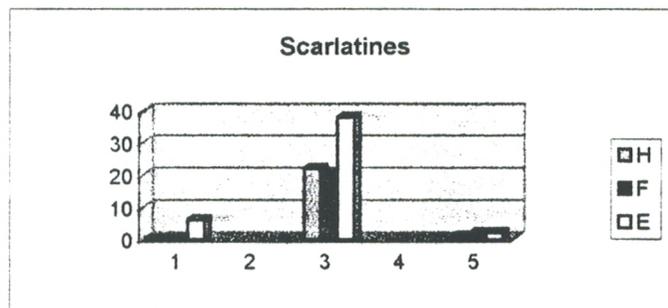
Scarlatine

	H	F	E	Total ligne
	0	0	6	6

22 20 38 80

1 2 2 5

Total colonne 23 22 46 91



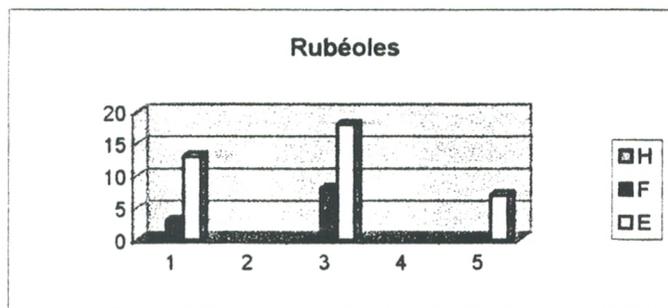
Rubéole

	H	F	E	Total ligne
	0	3	13	16

0 8 18 26

0 0 7 7

Total colonne 0 11 38 49



Mal de Pick Hexheimer

	H	F	E	Total ligne
	0	0	0	0

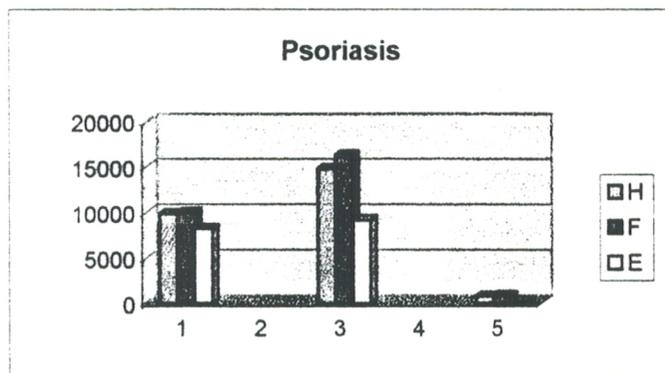
0 2 0 2

1 4 0 5

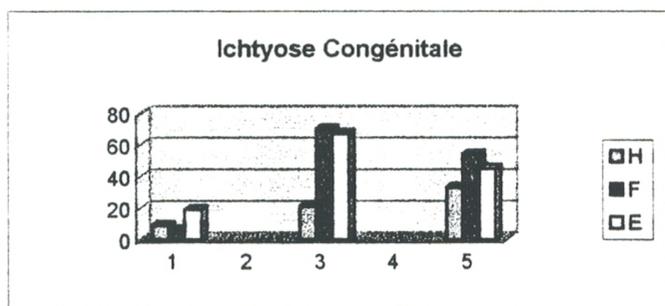
Total colonne 1 6 0 7

	H	F	E	Total ligne
Fièvre boutonneuse mediter.	0	4	0	4
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Total colonne	0	4	0	4

	H	F	E	Total ligne
Psoriasis	9833	9996	8179	28008
	14775	16268	9137	40180
	820	845	286	1951
Total colonne	25428	27109	17602	70139

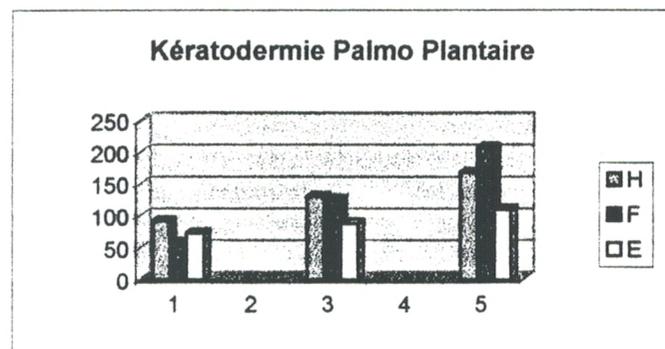


	H	F	E	Total ligne
Ichtyose congénitale	9	6	19	34
	21	70	67	158
	33	54	45	132
Total colonne	63	130	131	324

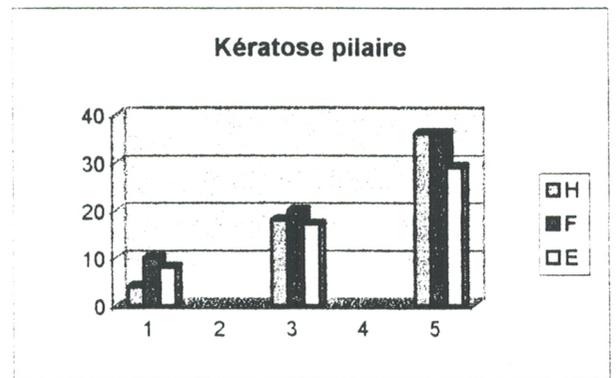


	H	F	E	Total ligne
Pityriasis rubra pilaire	2	1	1	4
	1	0	2	3
	0	0	0	0
Total colonne	3	1	3	7

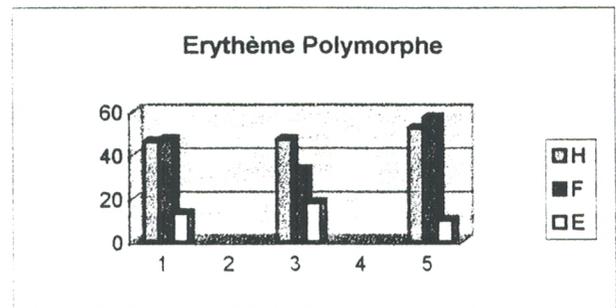
	H	F	E	Total ligne
Kératodermie palmo-plantaire	92	58	73	223
	130	125	88	343
	168	208	110	486
Total colonne	390	391	271	1052



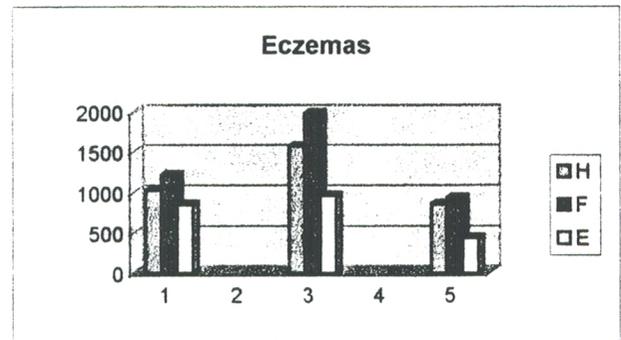
	H	F	E	Total ligne
Kératose pilaire	4	10	8	22
	18	20	17	55
	36	36	29	101
Total colonne	58	66	54	178



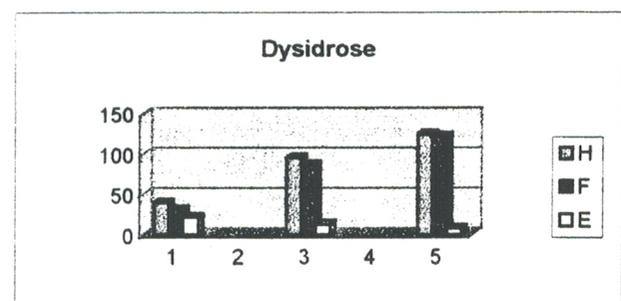
	H	F	E	Total ligne
Erythème polymorphe	46	47	13	106
	47	33	18	98
	52	57	10	119
Total colonne	145	137	41	323



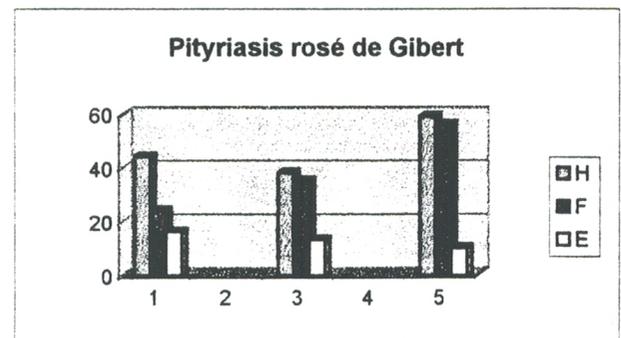
	H	F	E	Total ligne
Eczéma	1023	1210	846	3079
	1565	1975	957	4497
	853	927	435	2215
Total colonne	3441	4112	2238	9791



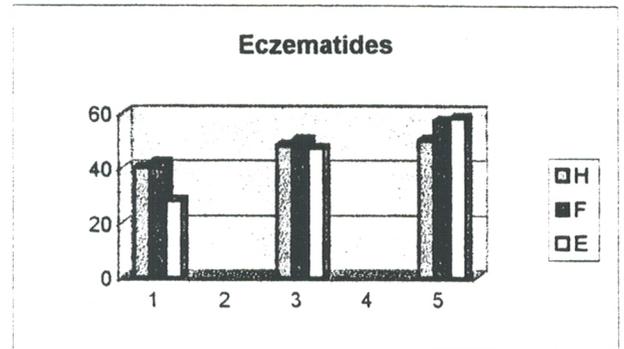
	H	F	E	Total ligne
Dysidrose	40	31	22	93
	96	87	13	196
	125	122	8	255
Total colonne	261	240	43	544



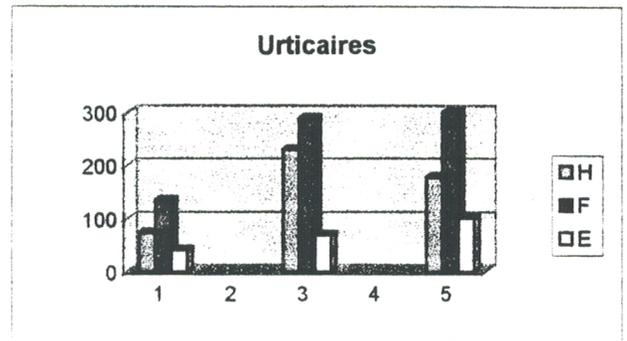
	H	F	E	Total ligne
Pityriasis rosé de Gibert	44	24	16	84
	38	35	13	86
	59	56	10	125
Total colonne	141	115	39	295



	H	F	E	Total ligne
Eczématides	40	42	28	110
	48	50	47	145
	50	57	58	165
Total colonne	138	149	133	420



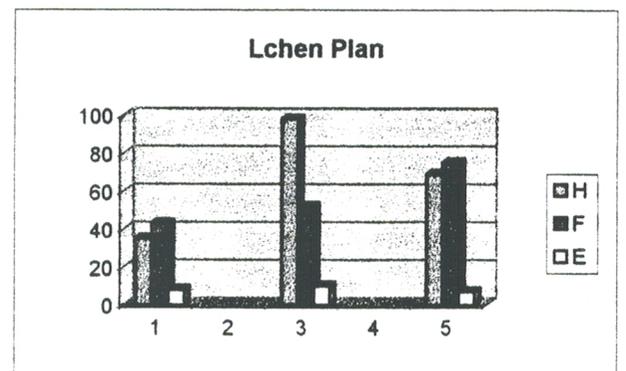
	H	F	E	Total ligne
Urticaires	73	134	41	248
	230	288	69	587
	178	299	101	578
Total colonne	481	721	211	1413



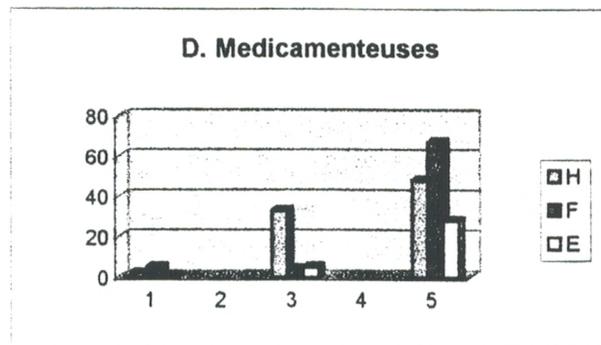
	H	F	E	Total ligne
Œdème de Quincke	5	0	0	5
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Total colonne	5	0	0	5

	H	F	E	Total ligne
Dermographe	4	1	0	5
	1	1	0	2
	1	0	0	1
Total colonne	6	2	0	8

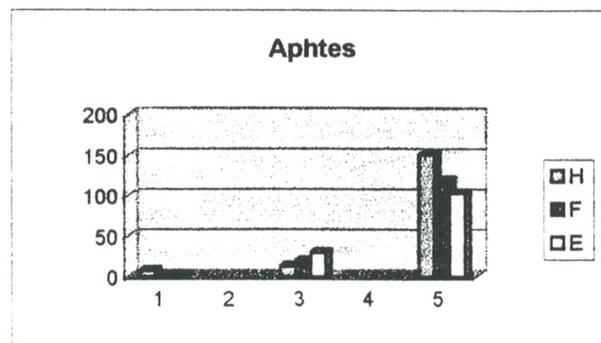
	H	F	E	Total ligne
Lichen plan	35	43	8	86
	98	52	10	160
	69	75	7	151
Total colonne	202	170	25	397



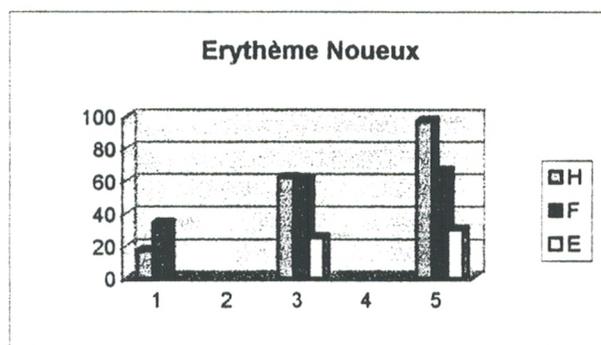
	H	F	E	Total ligne
D. Médicamenteuses	2	5	1	8
	33	4	5	42
	48	67	28	143
Total colonne	83	76	34	193



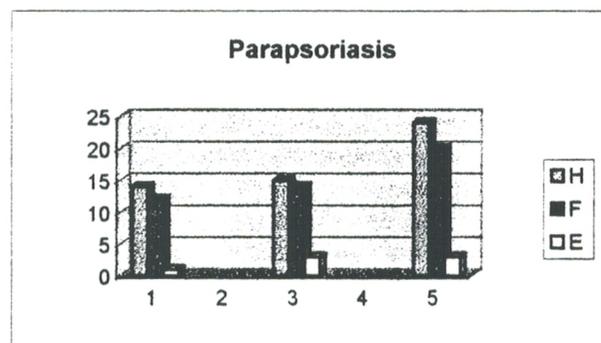
	H	F	E	Total ligne
Aphtes	8	2	3	13
	13	20	30	63
	151	119	103	373
Total colonne	172	141	136	449



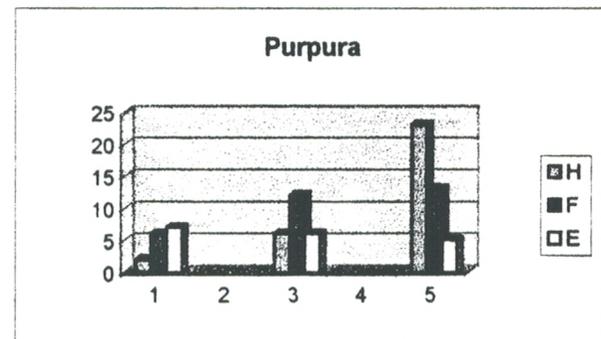
	H	F	E	Total ligne
Erythème noueux	17	34	1	52
	62	61	25	148
	97	66	30	193
Total colonne	176	161	56	393



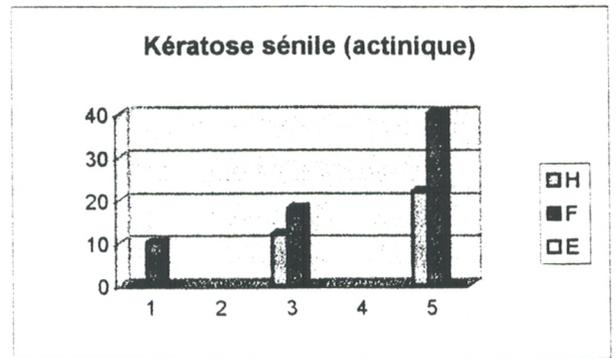
	H	F	E	Total ligne
Parapsoriasis	14	12	1	27
	15	14	3	32
	24	20	3	47
Total colonne	53	46	7	106



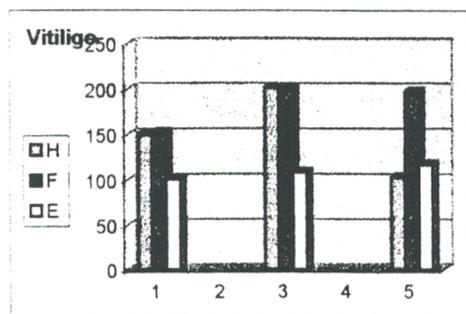
	H	F	E	Total ligne
Purpura	2	6	7	15
	6	12	6	24
	23	13	5	41
Total colonne	31	31	18	80



	H	F	E	Total ligne
Kératose sénile (actinique)	0	10	0	10
	12	18	0	30
	22	40	0	62
Total colonne	34	68	0	102



	H	F	E	Total ligne
Vitiligo	150	153	101	404
	202	202	109	513
	103	198	117	418
Total colonne	455	553	327	1335



	H	F	E	Total ligne
Lentiginose centrofaciale	1	1	4	6
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Total colonne	1	1	4	6

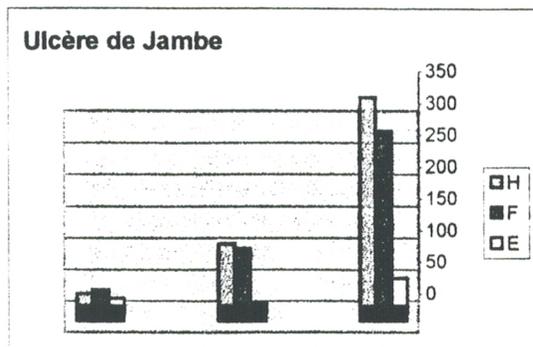
	H	F	E	Total ligne
Chloasma + melasma	0	13	0	13
	0	56	0	56
	0	306	0	306
Total colonne	0	375	0	375

	H	F	E	Total ligne
Mastocytose	0	1	1	2
	2	1	10	13
	0	0	6	6
Total colonne	2	2	17	21

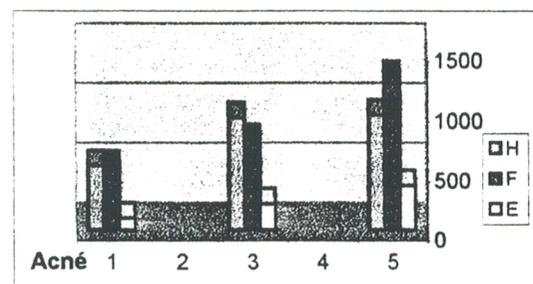
	H	F	E	Total ligne
Sarcoïdose	6	6	0	12
	6	18	0	24
	1	25	1	27
Total colonne	13	49	1	63

	H	F	E	Total ligne
Granulome annulaire	0	0	0	0
	4	6	1	11
	9	9	0	18
Total colonne	13	15	1	29

	H	F	E	Total ligne
Ulcère de jambe	19	25	11	55
	98	90	5	193
	328	275	43	646
Total colonne	445	390	59	894



	H	F	E	Total ligne
acné	538	532	98	1168
	935	751	216	1902
	957	1275	371	2603
Total colonne	2430	2558	685	5673



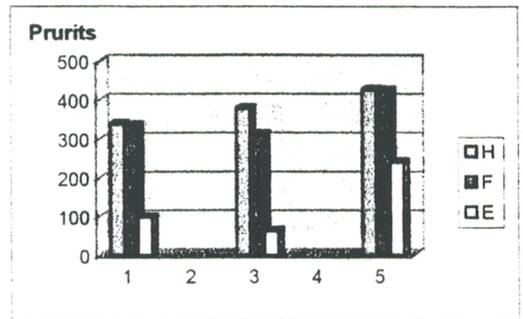
	H	F	E	Total ligne
Séborrhée	57	79	62	198
	58	81	61	200
	120	147	63	330
Total colonne	235	307	186	728

	H	F	E	Total ligne
Hyperhidrose	7	6	3	16
	1	3	5	9
	8	16	7	31
Total colonne	16	25	15	56

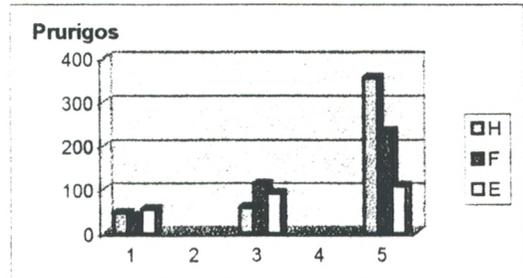
	H	F	E	Total ligne
Anidrose et Sécheresse de peau	5	11	4	20
	3	6	2	11
	4	19	5	28
Total colonne	12	36	11	59

	H	F	E	Total ligne
Ongle incarné	14	13	1	28
	5	6	0	11
	11	20	4	35
Total colonne	30	39	5	74

	H	F	E	Total ligne
Prurit	338	334	98	770
	378	312	63	753
	426	424	240	1090
Total colonne	1142	1070	401	2613



	H	F	E	Total ligne
Prurigo	46	38	55	139
	59	113	91	263
	355	233	108	696
Total colonne	460	384	254	1098



	H	F	E	Total ligne
Maladie. de Leiner-Moussous.	0	0	86	86
	0	0	47	47
	0	0	140	140
Total colonne	0	0	273	273

	H	F	E	Total ligne
Eryth. Fessier du nourrisson	0	0	39	39
	0	0	28	28
	0	0	82	82
Total colonne	0	0	149	149

2.a. Affections infectieuses non spécifiques (staphylococcie et streptococcie).

2.b. Mycoses : surtout les onyxis et les mycoses de la peau glabre et des plis.

2.c. Les viroses à expression cutanée (surtout verrues et molluscum contagiosum).

2.d. Les parasitoses essentiellement : la gâle, un degré moindre la leishmaniose .

3. Eczémas

4. Maladies des annexes : surtout la pathologie des glandes sébacées,

représentées par l'acné; ensuite la pathologie touchant les Poils - Cheveux - Cuir chevelu, représentée par l'alopecie diffuse (chute des cheveux) et la pelade.

5. Prurits plus prurigos : surtout le prurit.

6. Les tumeurs : ce sont les tumeurs bénignes surtout (essentiellement les kystes épidermiques) ensuite les tumeurs malignes (surtout le carcinome baso-cellulaire)

7. Trouble de la pigmentation : surtout le vitiligo.

8. Manifestations avec altération vasculaire : surtout l'ulcère de jambe

9. M.S.T : ce sont surtout la syphilis et les urétrites, mais l'apparition du chancre mou en 1988 et son incidence en augmentation croissante durant la troisième période (1991-1995) mérite d'être signalée.

10. Dermatoses des états d'hypersensibilité : trois affections prédominant : urticaire, lichenplan et l'aphte.

11. Bullose : érythème polymorphe.

12. Dermatose des âges de la vie : surtout maladie de Leiner Moussous.

13. Dermatoses par infiltrats cellulaire lympho-mono-myelocyttaire : essentiellement le syndrome de Sweet.

14. Granulome non infectieux : surtout sarcoïdose.

IV- Discussion.

Durant une période de quinze années s'étalant de 1981 à 1995, 144 157 patients ont consulté au service de Dermato-Vénérologie du Centre Hospitalo-Universitaire Dr. T. Damerdji Tlemcen, représentés par 41% de femmes, 33% d'hommes et 26% d'enfants (0-14 ans). Ces chiffres montrent que la femme consulte le plus souvent à Tlemcen, alors qu'à Alger, lors de la première enquête (1) de 1956 à 1965, elle consulte rarement. En effet sur 39 718 malades, 16 344 étaient représentés par les hommes, 13 627 par les enfants et seulement 9 747 par les femmes. Mais ceci est du ou peut être lié en partie aux événements de l'époque.

a. Activités du service de 1981 à 1995.

a.1. Consultation externe

Notre consultation externe enregistre 144 157 patients en quinze années, avec en moyenne 9 610/an, et 800 malades/mois. Elle constitue l'activité la plus importante.

a.2. Hospitalisation

Elle enregistre 4 150 cas (soit 3% de l'ensemble de patients); elle n'a été indiquée que pour les affections graves. Elle concerne un peu plus la femme (1915 cas) que l'homme (1 873 cas) et plus rarement les enfants (362 cas).

a.3. Autres activités

Elles sont représentées par la cryothérapie (197.3 séances/mois), la puvathérapie (145.5 séances/mois), le bloc opératoire, toutes activités confondues (556 malades/année), soit 46.3/mois. Le laboratoire de mycologie est en activité croissante d'année en année.

b. Evaluation globale de la pathologie recensée de 1981 à 1995

⇒ Elle est dominée essentiellement par quatre grands types de pathologies: troubles de la différenciation épidermique (surtout le psoriasis) 66.1%, dermatoses infectieuses 21.5%, eczémas et dermatoses spongiformes (surtout eczémas) 10.4% et la pathologie tumorale 02%.

⇒ Les dermatoses selon la topographie, le cuir chevelu avec 39.2%, semble le plus affecté, intéressant plus la femme.

Analyse de l'évaluation globale :

Si dans les troubles de différenciation épidermique (dominés par le psoriasis), l'atteinte de l'adulte prédomine, par contre, la pathologie infectieuse se voit assez souvent chez l'enfant (dominée par les dermatoses infectieuses non spécifiques et les mycoses, essentiellement les onyxis, les mycoses de la peau glabre et des plis et teignes.). Dans les eczémas (surtout) et les dermatoses spongiformes qui occupent le troisième grand groupe des motifs de consultation, la femme est plus concernée que l'homme ou l'enfant. Si la dermatite de contact (26.61%), la dermatite atopique (11.98%), et la dysidrose (05.5%) semblent rares, par contre le reste (la majorité des cas) est représenté par les formes d'eczéma indéterminé. Dans les dermatoses tumorales, les tumeurs bénignes prédominent, représentées essentiellement par les kystes épidermiques, les chéloïdes et le botriomycome (bourgeon charnu). Dans les tumeurs malignes qui sont beaucoup plus rares, représentant le ¼ environ par rapport aux tumeurs bénignes, le carcinome baso-cellulaire est de loin le plus fréquent.

Dans l'ensemble, les maladies cosmopolites (psoriasis, staphylococcie, streptococcie, mycose, virose, eczéma, acné, urticaire, lichenplan, aphte, chute des cheveux; pelade, prurit, vitiligo, l'érythème polymorphe etc.) **occupent le premier rang dans les préoccupations courantes du Dermatologue** que ce soit en Algérie(1), (2), dans les pays du Maghreb comme la Tunisie par exemple (3), en Afrique noire (4), (5), en Europe (6), (7) ou en Asie (8) etc.

Dans certains pays, d'autres affections sont liées aux facteurs environnementaux qui déterminent le développement de certains vecteurs de maladies parasitaires comme au Sénégal (9), par exemple, ou en Guyane où l'écologie forestière amazonienne conditionne à la perfection la forte présence de leishmaniose tégumentaire (10).

Dans les mycobactérioses, si la lèpre est rare, par contre l'incidence de la tuberculose semble en augmentation durant les quinze années étudiées.

Quelques affections inhabituelles en Algérie, car non décrites auparavant, ne sont pas aussi rares, méritent d'être connues, comme **le chancre mou** qui a fait sa réapparition depuis **1988**, **la chromomycose** qui a fait longtemps errer le diagnostic avec des affections plus habituelles comme la tuberculose verruqueuse ou la leishmaniose.

Dans **les dermatoses neutrophiliques**, **le syndrome de Sweet** semble le plus fréquent, avec son aspect clinique stéréotypé et à cause de ces associations connues avec les hémopathies et autres maladies, mérite d'être signalé et connu. Dans les pays de soleil comme l'Algérie, **les porphyries (comme la Maladie de Gunther)** doivent être connues et répertoriées ne serait ce que pour procéder au conseil génétique. Aussi, l'observation de nos cas de **dysplasie ectodermique** avec les anomalies inhabituelles rencontrées, nécessite peut être une réactualisation de la classification de Freire Maia dans un but de simplification. Enfin, au sein des maladies infectieuses encore trop fréquentes en Algérie et dans les pays du Maghreb, **le charbon**, cette anthroponose pouvant avoir un pronostic redoutable par certaines localisations, sur un terrain déficient ou par une atteinte viscérale, mérite toute l'attention du médecin et notamment le dermatologue.

L'avènement de l'infection **VIH**, bien que rare chez nous, impose une prudence, car l'infection par le VIH imprime des particularités à certaines dermatoses connues et détermine l'apparition de nouvelles entités cliniques assez originales.

Le type épidémiologique des dermatoses peut varier d'une population à l'autre, voire même dans la même population d'une période à l'autre.

En Algérie et dans les autres pays du Maghreb où les conditions socio-économiques sont relativement similaires, la pathologie est commune avec cependant quelques variantes.

L'Algérie avec ses gradients climatiques, ses variations géophysiques, la diversité de ses groupes ethniques ou de populations (du nord au sud et ou de l'est à l'ouest) et de ses coutumes naturelles et culturelles, la fréquence des géodermatoses (11) et de la consanguinité, peut représenter une sorte de laboratoire naturel pour évaluer les effets des facteurs génétiques et environnementaux sur le développement et le devenir de la pathologie.

REVUE ANALYTIQUE DES DERMATOSES

REVUE ANALYTIQUE DES DERMATOSES

- 1- Les Dermatoses Infectieuses**
 - 2- Les Dermatoses Tumorales**
 - 3- Les dermatoses Précancéreuses**
 - 4- Les atteintes Cutanées Dans Les Maladies D'autres Organes**
 - 5- Dermatoses Neutrophiliques**
 - 6- Dermatoses Bulleuses**
 - 7- Les Troubles De La Différenciation Epidermique**
 - 8- Kératodermies Palmoplantaires Héréditaires**
 - 9- Kératoses Talonnières**
 - 10- Les syndromes Complexes Avec Dysplasies Pilaires**
 - 11- Puvathérapie**
 - 12- Dermatologie De La Peau Noire**
 - 13- Eczemas Et Dermatoses Spongiformes**
 - 14- Dermatoses Des Etats D'hypersensibilité**
 - 15- Les M.S.T Et Société**
-

1. DERMATOSES INFECTIEUSES

Les dermatoses infectieuses occupent une place importante dans la pratique quotidienne : 21.5% des patients ayant consulté durant la période allant de 1981 à 1995. Déjà, lors de notre première étude (12), quelques années après l'ouverture du service, la pathologie infectieuse représentait le tiers de l'activité; sur 29 911 patients, 10 023 soit 33.5% présentaient une pathologie infectieuse, d'étiologie bactérienne, mycosique, bactérienne, virale ou parasitaire, habituellement de diagnostic facile et d'évolution bénigne.

A Alger, aussi bien dans la première enquête faite par Nekka (1) durant la période allant de 1956 à 1965 sur une analyse de 39 710 dossiers que dans la deuxième enquête effectuée par M. Ysmaïl Dahlouk et coll. (2) en 1992 sur 12 380 dossiers, l'activité semble dominée par la prépondérance des dermatoses infectieuses : 32.3% pour la première (1)étude et 28% pour la deuxième (2). Avec les dermatoses parasitaires représentant respectivement 15.6% (1)et 12.1% (2), l'ensemble de la pathologie infectieuse représente à elle seule 41%(2) et 48 %(1) de l'activité du service à Alger.

Dans les pays du Maghreb, avons nous noté le même profil épidémiologique de cette pathologie fréquente. En effet, au Maroc, pour A. Sekkat (13), les dermatoses infectieuses et parasitaires arrivent au premier rang dans les statistiques du centre de diagnostic : 45.8% des consultations sur 11 ans à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat, 23.6% sur 10 ans à l'hôpital Avicennes de Rabat et 29.6% sur 7 ans à l'hôpital Avéroès de Casablanca et 26.22% sur 15 ans.

Au Caire, et à Sousse (Tunisie), la pathologie infectieuse représente parfois plus de la moitié de la consultation avec respectivement 50.9% et 57% des cas (14 et 15).

Il est à préciser que ce chiffre ne reflète pas complètement la réalité, car un nombre non négligeable de patients consulte chez le médecin généraliste. A titre d'exemple, aux états unis, l'omnipraticien voit relativement plus de patients atteints de cette pathologie infectieuse que le dermatologue : 28.7% des cas dermatologiques (16). La disparité de certains chiffres peut s'expliquer parfois par l'intrication de plusieurs paramètres parmi lesquels on note les systèmes de santé qui varient d'un pays à l'autre, l'organisation des consultations qui varient d'une région à l'autre et les facteurs climatiques et géographiques et les conditions socio-économiques des populations.

Dans la pathologie infectieuse que nous avons recensée, les impétigos et les tumeurs virales (molluscum contagiosum et verrues sont très fréquentes), touchant assez souvent l'enfant d'âge préscolaire. Par contre, trois affections bénignes par elles-mêmes (teignes, gale et varicelle) atteignant surtout l'enfant d'âge scolaire, représente un problème par leur contagiosité nécessitant ainsi une éviction scolaire préjudiciable à l'enfant.

La gale se voit toute l'année atteignant les deux sexes et l'enfant scolarisé et le plus touché (54% des cas). Les gales compliquées de surinfection et d'eczématisation ne sont pas rares, totalisant 14% des cas, nous avons noté un cas de gale norvégienne chez un patient âgé de 16 ans atteint de trisomie 21. Dans les pays limitrophes, parmi les dermatoses parasitaires, la gale représente 84% au Maroc(13) et reste parmi les affections les plus courantes en Tunisie(15).

La varicelle est une maladie virale éruptive le plus souvent bénigne. Très contagieuse, survenant par petites épidémies, elle atteint surtout les enfants d'âge scolaire. L'aspect clinique était habituel et le prurit a été généralement retrouvé et est parfois de surinfections. Au service des maladies infectieuses de Tlemcen, pendant 18 ans seulement 74 cas ont été colligés dont 24 étaient des adultes (15 hommes et 9 femmes). De ces données on peut émettre quelques conclusions :

La varicelle est vue surtout par les dermatologues, car non seulement il s'agit d'une maladie éruptive mais aussi les signes généraux sont absents. De plus le prurit et la surinfection amènent souvent à consulter. Par ailleurs nous pensons qu'une proportion importante ne consulte pas, l'affection étant facilement reconnue par l'entourage "Bouchouka"

Chez l'adulte, elle n'est pas aussi rare qu'on ne le croit, il faut savoir y penser, car elle peut être confondue avec le parapsoriasis en gouttes varicelliforme de Mucha, les syphilides varicelliformes. Cette atteinte de l'adulte mérite d'être notée, car elle peut faire errer le diagnostic, enfin nous avons noté un cas de varicelle néonatale (17)

Les teignes sont toujours fréquentes. Ce chapitre sera étudié en détail par la suite.

L'examen en lumière de Wood et les examens mycologiques sont nécessaires car seuls les dermatophytes antropophiles nécessitent une éviction scolaire.

Ces affections, gale, teignes et varicelle gagneraient à être mieux appréhendées, soignées et surtout prévenues, notamment en milieu scolaire. Donc, la lutte contre ces affections doit se situer au niveau de la prévention. Nous insistons sur le rôle prépondérant de l'hygiène scolaire aidé dans sa tâche par l'enseignant, permettant ainsi le désengorgement de la consultation spécialisée.

L'essentiel des dermatoses bactériennes non spécifiques (germes banaux) est représenté par les staphylococcies et streptococcies. Ce que retrouvent aussi Nekka (1) et Ysmail Dahlouk (2) à Alger. Au Maroc, pour A. Sekkat (13), les pyodermites représentent l'essentiel des dermatoses infectieuses d'origine bactérienne avec 31%. Si la pathologie bactérienne staphylococcique est prépondérante, représentée par les furoncles, les anthrax et impétigos...etc par contre quelques cas de folliculites en touffe du cuir chevelu, infection microbienne à staphylocoque doré méritent d'être rapportés. En effet, la folliculite en touffe du cuir chevelu est rarement rapportée et est certainement sous-estimée, 17 cas publiés en 1994 (18 et 19), auxquels s'ajoutent 5 cas récemment rapportés, le notre (20) et 4 cas tunisiens (21). En 1978, Smith et Sandersson (22) individualisaient sous le terme *the tufted hair folliculitis* une affection inflammatoire du cuir chevelu à caractère purulent qui évolue vers une alopécie cicatricielle comportant des touffes de cheveux émergeant d'un même orifice, comme des cheveux de poupées. Les deux observations de Secchi et coll. (19) posent le problème de malformatif de l'affection, le phénomène de touffe étant initial et se révélant par l'infection staphylococcique, l'infection initiant un phénomène de fibrose qui engaine plusieurs cheveux.

Dans notre observation le problème infectieux semble être initial. La publication de nouveaux cas éclairera probablement sur la pathologie de ces inhabituelles folliculites du cuir chevelu. Dans tous les cas, la nécessité de lutte contre la surinfection bactérienne s'impose afin d'éviter l'évolution vers une alopécie cicatricielle définitive.

1.1. Les dermatoses bactériennes

1.1.1. Les dermatoses bactériennes non spécifiques

Les dermatoses microbiennes non spécifiques, (germes banaux) 11550 cas, soit 45% des dermatoses infectieuses sont dominées par les staphylococcies et les streptococcies.

Répartition en fréquence des dermatoses microbiennes
Service de dermatologie CHU Tlemcen, 1981 - 1995

Dermatoses —	Hommes	Femmes	Enfants	Total	%
1.- Staphylococcie —					
Furoncles + anthrax —	616	473	242	1331	11,5 %
Impétigo + Ecthyma —	196	106	953	1255	10,9 %
Sycosis —	225	0	01	226	2 %
Hidrosadénite —	53	60	0	113	1 %
Staphylococcie maligne de la face —	05	11	03	19	0,2 %
	1095	650	1199	2944	
2.- Streptococcie —					
Erysipèle —	224	272	39	535	4,6
Total —				3479	

1.1.2. Les dermatoses staphylococciques

Parmi les dermatoses microbiennes à cocci, les staphylococcies sont les plus fréquentes, dominées essentiellement par l'anthrax, furoncle et impétigo, 2944 cas soit 25.5% par rapport aux dermatoses microbiennes.

L'impétigo est la plus fréquente des dermatoses microbiennes chez l'enfant et est l'apanage de l'enfant. Le sycosis c'est surtout l'homme atteignant la barbe. L'Hidrosadénite atteint également l'homme et la femme avec une prédilection pour les aisselles. La staphylococcie maligne de la face, affection grave est rare .

1.1.3. Les dermatoses streptococciques

Les streptococcies(érysipèle), 535 cas soit 4.6% , semblent de loin moins fréquentes que les staphylococcies, atteignant aussi bien l'homme que la femme avec une localisation élective le plus souvent unilatérale au niveau de la jambe.

1.2. Les dermatoses microbiennes spécifiques

1.2.1. La tuberculose cutanée

La tuberculose cutanée reste la plus fréquente parmi les mycobactérioses. Depuis 1981 à 1995 nous avons notifié et suivi régulièrement 90 cas, avec une moyenne de 6 cas par an. Les deux sexes étaient également représentés.

Plus de 65% des cas avaient moins de 40 ans et seulement 20% des sujets étaient vaccinés par le BCG. Par contre l'IDR à la tuberculine était fortement positive dans 86% des cas.

**Répartition de fréquence
des aspects cliniques de la tuberculose cutanée**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

	Pourcentage
Lupus vulgaire —	28,8 % 26 cas
Scrofuloderme —	28,8 % 26 cas
Adénite spécifique —	13,3 % 12 cas
TBC verruqueuse —	13,3 % 12 cas
Gommes —	13,3 % 12 cas
TBC ulcéreuse —	2,2 % 2 cas
Total —	100 % 90 cas

Les aspects cliniques les plus fréquemment rencontrés sont le lupus vulgaire et le scrofuloderme.

La tuberculose n'est pas une pathologie en voie d'extinction dans les pays maghrébins (23 et 24), elle garde toujours les aspects cliniques décrits dans les grands traités de dermatologie (25) des formes historiques sont toujours décrites (26 et 27) L'IDR à la tuberculine lorsqu'elle est fortement positive est d'une grande aide.

Il est inutile d'insister sur l'importance des examens histologiques et bactériologiques qui minimisent la part du recours au traitement d'épreuve. Une atteinte extra-cutanée doit être toujours recherchée, une pathologie controversée par certains a un regain d'actualité, en l'occurrence les tuberculides c'est à dire les manifestations cutanées stériles accompagnant un foyer tuberculeux viscéral évolutif (24, 25 et 26), ces manifestations sont fréquemment décrites dans les pays occidentaux quoique assez souvent chez les sujets d'origine maghrébine (24,26 et 29).

En dehors de nos cas nous avons eus une seule observation de cette pathologie. (tuberculide)

1.2.2. La lèpre

Il s'agissait d'un homme de 65 ans, habitant la région de Tlemcen et qui n'avait jamais quitté le pays. Vu en 1984 étaient notées des achromies des mains et des jambes, des lèprides du tronc et un ectropion. Sur le plan neurologique étaient retrouvés un steppage, une hypoanesthésie en gants et en chaussettes, une hypertrophie des troncs nerveux (radial et cubital), une griffe cubito-médiane bilatérale, une amputation de plusieurs phalanges, une paralysie faciale périphérique et un mal perforant plantaires.

La recherche du bacille du Hansen retrouvait un Baar par 100 champs au niveau du frottis de biopsie de l'oreille. L'examen anatomo-pathologique d'une lèpride montrait un granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse. L'IDR à la tuberculine est positive à 20 mm alors que l'IDR à la Lèpromine est négative. Finalement est retenu le diagnostic de lèpre intermédiaire tuberculoïde B.T.

En Algérie, la lèpre n'est pas un problème de santé publique et par rapport aux pays limitrophes d'Afrique du nord (Maroc et Tunisie), les cas recensés sont nettement moins nombreux. Si dans le passé l'origine étrangère de nombreux patients et l'existence du seul foyer kabyle ont rassuré, la description de cas sporadiques devrait peut-être à faire des enquêtes de dépistage. L'ouest algérien, proche du Maroc, devrait en bénéficier. Oughanem (30) y retrouve 4 cas. De plus cette rareté peut

paraître surprenante si nous prenons en considération les 25 cas répertoriés par Rollier, cité par Kara Zaitri en 1975 (31), dans la seule province d'Oujda (Maroc), limitrophe à la région de Tlemcen. Historiquement aussi la frontière n'a jamais été un barrage aux mouvements de populations. Au Maroc, Rollier (32) estimait l'incidence annuelle à 200 cas de 1963 à 1984. Les enquêtes systématiques pratiquées de 1980 à 1987 par Sekkat et coll. (33) mettaient en évidence la prépondérance des lèpres paucibacillaires et donc de la faible contagiosité de la maladie qui touche beaucoup plus les populations berbères de l'Atlas et du Rif. En Tunisie, si auparavant on ne parlait que du seul foyer du sud, les enquêtes ultérieures ont mis en évidence la prépondérance de la lèpre dans les régions côtières du centre et du sud (34,35 et 36). La forme lépromateuse reste prépondérante chez une population âgée et la contamination est le plus souvent familiale.

La lèpre autochtone a toujours été rare en Algérie. Si l'existence d'un foyer ancien en Kabylie a toujours été reconnue, les cas sporadiques de l'ouest algérien et particulièrement dans la région de Tlemcen, méritent l'intérêt de léprologues (37). Existe-t-il un foyer en voie d'extinction à rattacher probablement au foyer marocain ? Les mouvements de population jouent-ils un rôle dans la transmission de la maladie ? Dans les autres pays du Maghreb, le recul de cette mycobactériose semble s'amorcer. La situation géographique de nos pays impose une surveillance continue à cause des échanges multiples avec les pays à plus forte endémicité lépreuse (38).

1.3. Les dermatoses parasitaires

Essentiellement la leishmaniose cutanée. Sur les 371 cas recensés, 39 cas soit 10.5% ont été contractés dans une zone supposée épargnée par cette parasitose. Les malades venaient d'un périmètre centré par Tlemcen, chef lieu de Wilaya.

Les daïrates touchées par cette parasitose : Tlemcen, Maghnia, Sebra, Hennaya, Beni-Mester, Sidi El-Abdelli, Benskrane, Ain-Youcef, Ouled-Mimoun, Beni-Senous et El-Aricha. D'autres wilayates limitrophes avec Tlemcen étaient également touchées.

Il n'existait aucune particularité quant à la répartition par sexe, âge ou par saison.

L'affection avait évolué en moyenne un peu plus de 5 mois, ce qui laisse supposer que la leishmaniose n'était pas connue par les malades et par beaucoup de médecins qui avaient largement utilisé les antibiotiques et les antiseptiques.

La lésion était unique touchant essentiellement le visage et se présentait le plus souvent sous forme de bouton d'orient ou clou de Biskra.

Depuis 1986, lorsque nous avons signalés les deux premiers cas autochtone de leishmaniose cutanée dans notre région (37), cette parasitose est devenue plus commune : 39 cas ont été contractés dans une zone supposée épargnée. La majorité de ces malades venaient d'un périmètre centré par Tlemcen, chef lieu de wilaya.

La leishmaniose cutanée en Algérie :

L'extension de la leishmaniose cutanée est actuellement bien connue dans d'autres régions. A l'ouest du pays, Ayat-Belbachir et coll. (40) ont rapporté 52 cas observés de 1985 à 1986, c'était une population jeune et mobile et la forme à type de bouton d'orient prédominait. Dans cette série était notée aussi bien les cas autochtones que les cas contractés en zone d'endémie. Au centre, Akretche et

coll. (41) décrivent un état quasi-épidémique dans la région de Tizi-ouzou. En 1982, Belazzoug (42) signale une épidémie de leishmaniose cutanée dans la région de Msila, région auparavant indemne. En 1985, Belazzoug et coll. (43) retrouvent plusieurs foyers répartis sur le centre et l'est du pays. Ils opposent la leishmaniose cutanée du nord de l'Algérie due à *leishmania infantum* à la leishmaniose cutanée du sud à *leishmania major*. A l'est Nafir et coll. (44) dans une mise au point thérapeutique décrivent de nombreux cas à Constantine et d'autres régions classiquement épargnées. Actuellement nous pouvons dire que toute l'Algérie est intéressée par la leishmaniose cutanée. Des études multidisciplinaires nous aideront sûrement pour une meilleure connaissance de l'extension de cette parasitose. En effet, existe-t-il deux leishmanioses cutanées en Algérie, une au nord sur le littoral (*infantum* variant) et une des régions steppiques (Major). Le problème de la fertilisation des terres a augmenté la multiplication des terres à rongeurs ; les réservoirs connus étant *psammomys obesus* et *Mérroues Shawi*.

La leishmaniose cutanée en Tunisie : ce pays limitrophe avec l'Algérie, connaît aussi le problème de l'extension de cette parasitose. Zahaf et coll. (45) décrivent une flambée épidémique de leishmaniose cutanée à *leishmania major* dans le sud-ouest tunisien. Nouira et coll. (46) rapportent 150 cas recensés à Sousse, centre du pays en 5 ans.

La leishmaniose cutanée au Maroc : El Mellouki et coll. (47) rapportent des flambées épidémiques de leishmaniose cutanée dans le sud marocain due à *leishmania major*.

Connue surtout pour avoir été clou de Biskra la leishmaniose cutanée est devenue nationale (48). Restant toujours de diagnostic facile et disposant d'un traitement spécifique d'utilisation simple, elle nécessite néanmoins des enquêtes sur le terrain dans un cadre multidisciplinaire.

1.4. Les dermatoses mycosiques

Dans cette étude avons nous retenu que 6428 patients atteints d'affections mycosiques; ces patients ont fait l'objet d'un suivi régulier et ont bénéficié parfois d'examen mycologiques surtout les dermatophyties.

Les candidoses et autres levures dites opportunistes ont été moins bien étudiées dans la mesure où il n'a été retrouvé que 425 observations cliniques.

Principales mycoses observées
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

Mycoses—	Eff.	Fréq. relative	% consultat.
Pityriasis versicolor —	1474	22,91	2,58
Teigne du cuir chevelu —	1094	17,01	1,92
Intertrigo inter-orteils —	1010	15,71	1,77
Onyxis —	902	14,03	1,58
Dermatophyties peau glabre —	771	11,99	1,35
Dermatophytie inguino-crurale —	723	11,24	1,27
Kerato-dermie palmo-plantaire —	17	0,26	-
Pérfolliculites de wilson —	11	0,17	-
Maladie dermatophytique —	03	0,04	-
Candidoses —	425	6,62	0,74
Total	6428	100	100

Le pityriasis est la première des epidermomycoses dans notre service, 22% des mycoses et presque 3% des consultations de notre service.

Les teignes représentent la deuxième mycose du service avec 1094 cas soit 17% et 2% des consultations de dermatologie.

Teignes du cuir chevelu : dermatophytes isolés 137 cas
Service de dermatologie CHU Tlemcen, 1981 - 1995

Teigne	Nbre	%
Teigne microsporique	70	
M.canis	68	49,6
M.audouini	01	0,7
M.nanum	01	0,7
Teigne trichophytique	57	
T.violaceum	32	23,3
T.glabrum	21	15,3
T.rubrum	04	2,9
Teigne inflammatoire	06	
M.canis	03	2,2
T.violaceum	01	0,7
T.glabrum	01	0,7
T.rubrum	01	0,7
Favus	01	
T.schoenleini	01	0,7
teigne mixte	03	
M.canis + T.violaceum	02	1,5
M.canis + T.glabrum	01	0,7
Total —		100

Dans cette étude préliminaire, les teignes du cuir chevelu sont essentiellement tondantes, un peu plus souvent microsporiques que trichophytiques, et deux dermatophytes, M. Canis et T. Violaceum avec sa variété glabrum en sont les principaux agents pathogènes. La découverte de M.Audouini paraît inhabituel en Algérie.

Discussions :

1. Pityriasis versicolore :

Cette lévurose très banale est la première des épidermomycoses dans notre service bien que le climat des Monts de Tlemcen ne soit pas aussi propice à son développement que celui des zones côtières, chaud et humide (49). A rabat (50), elle représente 44,52% des mycoses cutanées vues en milieu militaire essentiellement masculin et dans certains pays tropicaux, la moitié de la population peut être atteinte (51).

2. Les teignes :

Les teignes du cuir chevelu (TCC) sont la deuxième mycose vue en consultation et sont à un taux voisin de celui des tunisiens, 1,7% des patients pour Bensalem et col. (52). Elles sont essentiellement tondantes, un peu plus souvent microsporiques que trichophytiques, et 2 dermatophytes (M. Canis et T. Violaceum avec la variété glabrum) en sont les principaux agents pathogènes. T. rubrum est

trouvé 5 fois au total et sa pathogénicité pour le cuir chevelu, quoique rare, est ainsi affirmée en Algérie. Ces teignes prédominent chez l'enfant scolarisé, avec une préférence pour le garçon.

La première étude sur les TCC à Tlemcen, citée par Liautaud (53), est celle de Catanei en 1943. Chez 112 teigneux, seuls *Trichophyton schoenleinii* (61 fois) et *T. violaceum* (51 fois) sont isolés. La régression de *T. schoenleinii* est donc très importante, ce qui est d'ailleurs observé un peu partout au Maghreb ou en Europe. *T. violaceum* reste un agent prépondérant après *M. Canis*, nouveau venu.

En Algérie, dans le centre, les thèses de Liautaud (53) en 1977 et de Ammar-Khodja (54) en 1987, nous donnent un aperçu sur l'évolution de la TCC. Sur 4703 teignes, Liautaud (53) note la prépondérance féminine avec un maximum de fréquence entre 6 et 8 ans. Les TTT (77,7%) sont prédominantes par rapport aux TTM (11,6%), le favus est rare (6,3%) et les teignes inflammatoires sont la dernière variété rencontrée, avec 158 cas sur 4703 TCC (55). Dix ans après, Ammar-Khodja (54) note la même prédominance féminine avec un pic de fréquence à 6 ans. Sur 4553 TCC, les TTT restent majoritaires alors que les TTM (15,8%), le favus et les teignes inflammatoires sont plus rarement rencontrés. La prépondérance de *T. violaceum* avec sa variété *glabrum* (74,3% au total) est notable et *M. canis* représente 23,4% des dermatophytes isolés. *T. rubrum* est identifié 5 fois.

En grande Kabylie (Centre Algérien) et à Constantine (Est Algérien), une enquête de Liautaud (53) montre une écrasante majorité des teignes à *T. violaceum* alors qu'au Hoggar (Extrême Algérien), *T. violaceum* reste prépondérant mais *T. schoenleinii* n'y est pas négligeable.

En Afrique du nord, au Maroc, une enquête scolaire récente faite à Rabat (56) montre que la teigne prédomine chez l'enfant du sexe masculin avec un maximum de fréquence à 7 ans et que *T. violaceum* est isolé 50 fois sur 54. En Tunisie, pour Bensalem et col. (57), les deux sexes sont également représentés, avec une prédominance féminine pour les TTT et masculine pour les TTM et le favus. *T. violaceum* (58,3%) et *M. canis* (36,4%) représentent l'écrasante majorité des dermatophytes. En Egypte, Othman et col. (58), dans leur enquête faite dans un village, n'isolent que *T. violaceum* (19 fois) chez les enfants entre 5 et 12 ans. Le nombre de porteurs asymptomatiques est important (11 cas). Dans le passé, *T. schoenleinii* était prépondérant.

En Afrique noire, au Niger, pays frontalier avec l'Algérie, enquête scolaire de Develoux et col. (59) permet d'isoler 92 dermatophytes chez 69 garçons et 23 filles et *Microporum langeroni* est la principale cause de TCC (95%). Au Togo, Dupouy-Camet et col. (60), sur 122 dermatophytes isolés dans 3 villages du Nord et du Sud du pays, constatent le nombre important de porteurs asymptomatique *M. Langeronii* (trois quart des cas) et *Trichophyton soudanense* (un quart des cas et au nord seulement) y sont retrouvés.

Dans deux pays d'Outre Méditerranée, la France et l'Italie, la situation est un peu différente. En France, Badillet et col. (61) constatent à Paris un bouleversement de l'éventail des champignons. En 1983-84, les TTT représentent la moitié des teignes alors que les TTM sont à 46%. Les parasites d'origine maghrébine, *T. violaceum* (90 cas) et *T. schoenleinii* (1 cas), sont à 18% et ceux d'Afrique Noire à 57% (*M. langeronii* et *T. soudanense* essentiellement). Plusieurs vagues d'importation parasitaire ont eu lieu (62) ; avant 1910, *T. schoenleinii* est ramené par les italiens et les polonais et *T. violaceum* par les Méditerranée et les polonais. Après la deuxième guerre mondiale, *T. schoenleinii* et *T. violaceum* sont d'origine maghrébine et enfin des dernières années ont vu l'émergence de *T. soudanense* et *M. langeronii* à cause de l'immigration d'Afrique Noire. A Mantes-la-Jolie, en banlieue parisienne, Bigel et col. (63) trouvent un aspect très atypique aux TCC. Une prédominance féminine est notée et les cas du nourrisson et de l'adulte ne sont pas exceptionnels. La population des teigneux est surtout africaine (noire et maghrébine), et les dermatophytes sont *T. soudanense*, *M. audouinii* et *T. violaceum*. A Bordeaux, Maleville et col. (64) notent, à propos de 73 TCC, une prédominance féminine et un pic de fréquence à 5 ans. Les teignes sont surtout tondantes et inflammatoires. La majorité est d'origine zoophile, chez les autochtones, et les cas d'origine anthropophile se rencontrent dans la population immigrée. A Lyon, Colomb et col. (65), à propos de 6000 prélèvements mycologiques, retrouvent à peu près le même profil de la teigne qu'à Bordeaux. Dans le sud de l'Italie, en Campanie, Calabro et col. (66) ont des TCC touchant préférentiellement le

garçon de 6 à 12 ans. *M. canis* (33,7%) et *Trichophyton mentagrophytes* (16%) sont les principaux agents avec *T. rubrum* qui est trouvé dans une proportion paraissant excessive (22,6%) par rapport à sa pathogénicité habituellement rare pour le cuir chevelu. *T. violaceum* (4,4%) et *T. schoenleinii* (3,2%) ont bien régressé. Dans la région de Rome, Nini et col. (67) insistent sur la prédominance *M. canis* (95%) chez une population essentiellement féminine, âgée de 7 à 12 ans. Le recul de *T. violaceum* et *T. schoenleinii* est net aussi.

Conclusion :

Les TCC subissent les bouleversements de la condition humaine car les dermatophytes s'adaptent à l'homme (68). Apanage de l'enfant en âge scolaire, elles peuvent être vues cependant chez l'adulte ou l'enfant en bas âge, indice d'une forte prévalence dans la population générale, et les porteurs asymptomatiques ne sont pas alors rares. La part du climat et des conditions socio-économiques est importante car dans la région pauvres et chaudes les teignes anthropophiles sont fréquentes. Les teignes zoophiles sont plus souvent observés dans les pays développés ou lorsque le contact avec l'animal errant ou domestique est étroit. De même, l'urbanisation, l'amélioration des conditions de vie et les migrations de population sont certainement des facteurs qui jouent un rôle dans les changements de l'éventail des champignons.

3. Intertrigos inter-orteils

Troisième mycose de notre service, l'IIO peut être aussi d'origine bactérienne (69). Les difficultés de mise en culture et la qualité des milieux expliquent aussi la rareté de l'isolement d'un champignon. Comme pour l'onxyxis, TR (67) est le premier agent pathogène. TC isolé seul (2 fois) ou en association avec TR (1 fois) et SB sont actuellement évoqués dans l'étiologie d'in IIO ou d'un onxyxis (71, 51 et 72).

4. Onxyxis

L'origine dermatophytique est plus fréquente, particulièrement TR, et CA vient en deuxième position. Une mention particulière est à réserver à certains champignons dits opportunistes tels TC isolé 5 fois dont une en association avec RR.

Un onxyxis sur terrain particulier est observé chez 6 patients : 3 atteints de maladie dermatophytique (73) dont 2 à TV et un à TR, 2 frères porteurs d'une kératodermie de Meleda, surinfectée par CA et *Candida parapsilosis* et actuellement, l'accent est mis sur la surinfection mycosique des troubles héréditaires de la kératinisation et enfin un sidaïque avec plurionxyxis des 20 ongles à TR sur lequel insistent Deluol et col. (74).

A Alger (75), l'onxyxis dermatophytique est fréquent entre 20 et 40 ans et prédomine chez l'homme. A Rabat (76), l'onxyxis mycosique atteint préférentiellement l'homme (62%) entre 20 et 35 ans. Le pied (60%) est plus touché que la main et l'atteinte double n'est pas rare. Sur 248 souches isolées, les dermatophytes sont en première position (121 cas) suivis par les candidas (106 fois). CA (42,75%), TR (31%) et *Trichophyton Mentagrophytes* (11,70%) sont les principaux champignons. Parmi les champignons dits opportunistes, SB (2 fois), *Trichophyton Beigelii* ou TC (1 fois), *Aspergillus* (1 fois) et *Hendersonula* (1 fois) sont isolés. En Arabie Saoudite, Al Sogair et col. (77) trouvent que l'onxyxis mycosique est relativement fréquent chez l'enfant prépubère avec 17,28% des cas. Les candidas et autres levures représentent l'écrasante majorité des cas (96,78%) alors que des dermatophytes ne sont isolés que dans 3,08% de leurs cas. En France, *Candida Parapsilosis* est le champignon prédominant au niveau des ongles des pieds et des espaces interorteils pour Badillet et col. (71) qui insistent aussi sur le rôle de TC dans la pathologie des ongles des pieds. Colomb et col. (78), sur une série de 207 onxyxis, montrent la prédominance des candidas (140 cas) par rapport aux dermatophytes (67 cas). CA (64 cas) et TR (51 cas) sont plus souvent isolés et la découverte de SB (18 fois) leur fait discuter sa pathogéniosité alors que pour Grigoriu et col. (51), ce champignon peut même attaquer l'ongle sain contrairement à ce qui était admis.

Conclusion :

L'onyxis est une pathologie fréquente et sous estimée. Parmi les dermatophytes et candidas, TR et CA sont les plus fréquents mais actuellement des champignons dits saprophytes peuvent être incriminés dans cette affection, SB et TC particulièrement.

5. Dermatophyties de la peau glabre

Les DPG sont des mycoses intéressant l'adulte et l'enfant, formant une sorte de zone de transition entre les teignes (enfants) et les onyxis et les IIO (adultes).

A Alger (75), les DPG sont à leur maximums avant 16 ans et prédominant chez la femme. TR (83,36%) et TV (10,94%) représentent l'essentiel des dermatophytes isolés en dehors des teignes. Au Maroc (50), la prédominance des espèces anthropophiles est aussi retrouvée : TV (26 fois dont 4 TG), TR (8 fois), EF (5 fois), ML (4 fois), MC (18 fois) et TM (6 fois). En France (78), sur 236 souches identifiées, MC (152 fois) et TR (38 fois) sont au premier rang. Les dermatophytes zoophiles sont majoritaires, ce que note aussi Grigoriu et col. (51). Dans la région de Rome (79), les DPG prédominent chez les fillettes de 7 à 12 ans dans une étude pédiatrique. MC (79%) est le principal agent suivi par TM (9,3%).

Conclusion :

En Algérie, Les BPG touchent une population jeune et féminine. Deux espèces anthropophiles (TV et TR) occupent le terrain. Dans des pays plus développés, les dermatophytes zoophiles prédominent et, en particulier, MC.

6. Dermatophyties inguino-crurale

Cette affection a toujours souffert d'une mauvaise appellation - eczéma - et un grand nombre de malades vient en constatation au stade de dermatose compliquée par les effets secondaires et la corticothérapie locale.

A Alger (75), il est noté une grande fréquence des DIC après l'âge de 40 ans et une prédominance masculine moins nette (67,96% pour 32,03% de cas féminin) qu'à Rabat (90% d'hommes pour 10% de femmes) pour une population militaire et donc surtout masculine (50). Dans la majorité des séries publiées, il est classique d'insister sur TR, EF et T. Interdigitale. Derdabi et col. (50) ont un éventail de dermatophytes où prédominent TR, TM et EF alors que pour Colomb et col. (78) TR et EF sont les champignons prédominant.

7. Kératodermie palmo-plantaire mycosique

L'atteinte des paumes et des plantes fait actuellement partie multiples tableau parfois trompeurs que peut réaliser T.R. (70). De même, l'attention doit être attirée par la colonisation fongique des troubles héréditaires de la colonisation (80) ce qui doit inciter à préconiser des traitements spécifiques susceptibles d'améliorer l'état des patients.

8. Périfolliculite nodulaire granulomateuse jambière de WILSON

Cette affection n'est pas exceptionnelle et atteint exclusivement la femme adulte et plutôt brune.

9. Maladie dermatophytique

Ce sont les travaux de Hadida et Schousboe (81) qui ont permis de définir les caractères de la maladie dermatophytique (MD) qu'ils ont nettement séparée du granulome trichophytique de Majocchi. Les plus nombreuses observations de cette dermatophytose rare et grave sont algériennes. A Tlemcen, nous avons observés trois cas (82, 83 et 84) illustrant bien le caractère familial de la maladie.

La MD est une affection rare et une quarantaine d'observations ont été publiées. L'Algérie, où l'affection a été décrite, reste le pays où le maximum de cas ont été observés. Ainsi nous retrouvons 17 observations dont la notre (82, 83, 84, 85, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91). Le dix huitième cas rapporté par Brahmi et col. (92) a bénéficié surtout d'une étude immunologique. Mais ce sont 2 travaux regroupant 12 observations qui ont fait date dans l'étude de cette maladie : Hadida et Schousboe (81 : 7 obs.) et Liautaud (86 : 5 obs.).

La présentation de notre patient semble parfaitement illustrative du caractère chronique et généralisé de l'affection qui évolue chez lui depuis l'âge de 6 ans, caractère cependant non suffisant car retrouvé aussi dans certaines dermatophyties extensives superficielles et en particulier le syndrome

décrit par Jones (93). C'est le franchissement de la barrière cutanée, l'atteinte hypodermique et ganglionnaire dans notre cas, qui est le propre de la maladie du point de vue clinique.

Un terrain familial joue un rôle dans l'éclosion et l'évolution de cette dermatophytose. En effet notre patient né de parents cousins germains a eu un cousin atteint de MD (82). Même si l'histoire familiale n'est pas toujours rapportée, dans les 17 observations plus ou moins documentées, nous retrouvons une consanguinité parentale pour 3 des patients de Liautaud (87) et nos 3 cas (82, 83 et 84) soit dans 35% de l'ensemble. L'atteinte de plusieurs membres dans une famille est aussi un caractère marquant. Nous retrouvons ainsi 4 familles : 2 frères et une sœur dans la première (81, 87 et 88), 2 frères dans une deuxième (90), 2 frères dans une troisième (87) et deux cousins dans une quatrième (82 et 83), soit 9 cas sur 17 (54%). Un autre élément de ce terrain familial est l'existence d'une dermatophytose chronique dans la fratrie qui est trouvée 2 fois (82, 87).

Le sexe masculin est plus touché (72%) : 13 hommes pour 5 femmes en ajoutant le cas de Brahmi où seul le sexe est précisé.

L'affection a un début pédiatrique, en moyenne à l'âge de 11 ans (5 à 20 ans), sous forme d'une teigne du cuir chevelu (11 fois soit 65%) ou plus rarement d'une dermatophytie de la peau glabre (2 fois), d'une épidermomycose généralisée (2 fois) et enfin d'une lésion verruqueuse talonnière (1 fois).

Si la MD débute le plus souvent par une teigne du cuir chevelu, l'atteinte érythémato-squameuse va plus ou moins rapidement se généraliser sous forme d'une dermatophytie extensive ou d'une érythrodermie. Un prurit intense est très fréquemment observé et peut s'accompagner d'une lichénification. A un stade plus avancé apparaissent des papulo-nodules tuberculoides, des nodosités dermo-hypodermiques, des abcès sous-cutanés, des ulcérations, des végétations et des verrucosités. Une alopecie, pas toujours trichophytique, peut intéresser toutes les aires pilaires. L'onyxis est quasi constant et, en général, tous les ongles sont intéressés.

Les adénopathies sont fréquemment retrouvées, toutes les aires ganglionnaires peuvent être touchées de façon plus ou moins progressive, les aires profondes plus tardivement. Elles peuvent subir des poussées inflammatoires et fistuliser pouvant donner lieu à des ulcérations. Des atteintes musculaires et osseuses, par contiguïté ou métastatiques hématogènes, peuvent s'observer. D'autres manifestations, qu'elles soient liées ou non au processus dermatophytique spécifique, peuvent être rencontrées : atteinte splénique, hépatique, péritonite, pachypleurite, pneumonie, retard pubertaire et manifestations neurologiques diverses (comitialité, syndrome d'hypertension intracrânienne, compression médullaire...). Une atteinte cérébrale est ainsi prouvée à l'autopsie pour une malade de Hadida (81, obs.1) ou très probable pour un cas de Liautaud (87, obs.1) et un de nos cas (91).

Si cette peau très altérée est une porte d'entrée pour les infections bactériennes, des champignons peuvent coloniser à leur tour la peau et les muqueuses : découverte de *microsporum canis* (81), granulomes cutanés à dématinée (94), dermatite verruqueuse à *Hendersonula Toruloida* (87), candidose buccale (82, 81 et 87) et génitale (81).

Sur le plan histologique, les lésions peuvent réaliser au niveau épidermique une hyperacanthose, une parakératose avec des foyers de spongiose et même une nécrose kératinocytaire. Mais l'élément le plus évocateur est le granulome retrouvé dans pratiquement toutes les lésions profondes (tubercules, nodules, nodosités hypodermiques, ganglions etc...). Ce granulome est constitué de nombreuses cellules géantes contenant parfois du mycélium, de monocytes et de cellules épithélioïdes. D'autres populations cellulaires peuvent être trouvées : lymphocytes, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Une organisation folliculaire très tuberculoïde peut être constituée, centrée alors par des foyers de nécrose riches en filaments mycéliens, mais parfois le granulome peut être moins bien organisé. Des formations levuriformes et même des grains de mycétome (81, 86) peuvent être présents. Sur certaines coupes histologiques, on peut observer le parasitisme des poils et des conduits sudorifères.

Du point de vue biologique, l'hyperleucocytose quasi constante avec une éosinophilie marquée (10 à 30%) s'accompagne d'un syndrome inflammatoire (accélération de la vitesse de sédimentation,

hyperalpha2 et gammaglobulinémie, hypoalbuminémie). L'éosinophilie et l'hyperleucocytose peuvent revenir à des chiffres plus normaux en fin d'évolution ou sous traitement.

Déjà pour Hadida (81), le rôle du terrain et la réceptivité des tissus primaient sur le rôle du parasite. Les réactions immunitaires de l'hôte sont perturbées. L'immunité humorale semble peu impliquée dans ce processus (92). Le dosage des immunoglobulines sériques montre une hyper Ig E à des taux importants. Des anticorps antitrichophytiques peuvent être trouvés (81, 87). C'est l'immunité cellulaire qui est le plus souvent effondrée. Les intradermoréactions (IDR) à divers antigènes sont très souvent négatives (trichophytine, candidine, Divastra, CCB) mais l'IDR à la tuberculine peut être parfois positive. La tentative de sensibilisation au DNCB s'avère un échec. Les études de Brahmi et col. (92) leur suggèrent que l'absence d'immunité cellulaire est probablement due à l'absence d'un facteur humoral. Les lymphocytes T sont diminués alors que les B sont à un taux normal (92, 95). La production du MIF (macrophage migration inhibition factor) est diminuée (92) et les TTL (test de transformation lymphoblastique) aux antigènes et aux mitogènes sont négatifs (92, 95).

La fonction du polynucléaire neutrophile, pour Petit et col. (91) est trouvée normale chez un patient dont l'immunité cellulaire n'est pas complètement effondrée quelques mois avant son décès et chez qui la production de TNF (tumor necrosing factor) et d'interleukine 1 par les monocytes n'est pas perturbée. Chez un patient japonais à l'immunité cellulaire effondrée et qui décédera, Hironaga et col. (95) trouvent que la phagocytose des monocytes n'est pas diminuée.

La durée d'évolution de MD a pu être précisée 16 fois. Elle varie de 5 à 48 ans (moyenne : 14,5 ans). Sept malades sont décédés : le décès est imputable à la maladie 5 fois (81, 89 et 91) ; il est survenu au décours d'une intervention chirurgicale chez un patient dont la MD est très extensive (81) et enfin chez un autre malade, la cause du décès n'a pu être connue, quoique probablement en relation avec une infection à *Dématiée* (94). La guérison a pu être affirmée 3 fois seulement sous traitement à base de griséofulvine (87, 90). Quatre patients sont perdus de vue, non guéris ou aggravés (81,87). Deux malades bénéficient d'un suivi dans notre service (83, 84) et reçoivent de l'itraconazole en remplacement de la griséofulvine.

Un facteur aggravant a pu être retrouvé 3 fois : corticothérapie générale (83, 81). Pour notre patient actuel, le diabète n'a-t-il pas joué le rôle dans l'envahissement en profondeur de sa dermatophytie chronique ?

Les traitements essayés ont été multipliés et les résultats étaient décevants avant l'ère de la griséofulvine. Hadida et Schousboe (81) ont eu une très modeste réponse à l'hydroxystilbamidine par voie générale et au Thiuramyl par voie locale.

La griséofulvine associée aux traitements locaux a donné 3 guérisons (87, 90). Cependant, dans les 9 autres où elle a été donnée, elle n'a fait au maximum que retarder l'évolutivité de la maladie.

L'amphotéricine B, malheureusement donnée trop brièvement, a eu une action remarquable chez une patiente de Marill (89).

Le kétoconazole a été utilisé plus récemment (94, 82 et 85). Pour un suivi de 3 mois seulement, il a eu un effet favorable. Chez un autre malade, il a fait disparaître une dermatophytie superficielle au bout de 3 mois mais les ongles n'ont pas été stérilisés après 7 mois à raison de 400 à 600 mg/jour (94). Chez un troisième patient (82), 23 mois de kétoconazole (200 à 800 mg/jour), après une période d'amélioration transitoire tant sur le prurit que sur les lésions superficielles, stériliseront les ongles mais n'empêcheront pas l'extension du processus nodulaire puis végétant ainsi que l'apparition d'une atteinte cérébrale (82, 91). Par la suite l'itraconazole (200 à 600 mg/jour) pendant 18 mois entraîne aussi une amélioration passagère et, malgré l'adjonction de terbinafine (250 mg/jour) pendant 6 mois et d'interféron gamma-recombinant pendant 3 semaines, le patient décède (91).

Conclusion :

La MD reste une affection au pronostic réservé malgré l'apparition de nouvelles thérapeutiques antifongiques (azolés, terbinafine) ou à visé immunostimulante donnée de façon empirique car le *primum movens* du déficit immunitaire cellulaire n'a pas encore été trouvé. Cette déficience vis-à-vis

des dermatophytes et parfois même d'autres champignons, est-elle transmise sur un mode génétique autosomique récessif, intéressant alors les cytokines ou bien est-elle secondaire à l'infection dermatophytique qui survient sur un terrain prédisposé génétiquement, un excès d'antigènes trichophytiques paralysent le système immunitaire ? L'état immunitaire des patients avant le développement de leur affection n'étant pas connu, seule une étude du status immunitaire de ces rares familles à dermatophytose peut y répondre.

1.5. La chromomycose

Deux observations de chromomycose chez deux femmes de la région de Tlemcen, une à *Fonsecaea pedrosoi* et une à *cladosporium herbarum*. Les lésions de type verruqueux ou nodulaire les ont fait longtemps confondre avec des dermatoses d'aspect voisin, principalement la tuberculose verruqueuse et la leishmaniose cutanée, et c'est la découverte des corps fumagoïdes à l'examen histologique puis l'identification des agents pathogènes qui ont confirmé le diagnostic.

Discussions :

La chromomycose, mycose profonde à caractère verruqueux et végétant, est aussi caractéristique par son siège aux extrémités, jambes et pieds en particulier, et son évolution chronique n'engagent pas le pronostic vital. Dans les zones d'endémie, elle pose peu de problèmes diagnostiques, et la découverte de corps fumagoïdes à l'examen microscopique des squames-croûtes ou du pus suffit en cas d'hésitation.

Nos 2 observations sont très classiques par la localisation (jambe, pied) (96), l'aspect clinique réalisé, l'évolution lente et la découverte de corps fumagoïdes. La méconnaissance de l'affection, les difficultés de trouver les corps fumagoïdes sur les coupes histologiques et celles de la culture mycologique ont longtemps laissé errer le clinicien, et la tuberculose verruqueuse a été évoquée en premier lieu, ce qui a amené à un traitement d'épreuve, utilisé parfois en désespoir de cause (97). Une autre affection moins chronique, la leishmaniose cutanée, peut être une source de confusion avec la chromomycose dans notre pays. Enfin, des aspects voisins peuvent être réalisés par la syphilis tertiaire et le pan (sérologies de la syphilis toujours positives), et les autres mycoses profondes (blastomycose, sporotrichose...).

Au Maghreb, la chromomycose est rare, et récemment ont été rapportés 5 cas marocains (98) parmi 30 observations de mycoses profondes. En Algérie, si cette affection n'est plus rapportée depuis longtemps, des cas sont décrits dès 1927 par Montpellier et Catanei (in 99). Dans la région de Tlemcen, après l'observation de Perrin et col. (100) en 1989, nous colligeons ainsi 3 cas. Si dans cette pratique le clinicien doit avoir à l'esprit ce diagnostic, le rôle du laboratoire est une affaire de haute spécialité pour reconnaître l'agent pathogène, *Phialophora verrucosa*, *Fonsecaea pedrosoi*, *Fonsecaea compacta*, *Cladosporium carrionii* et *Rhinocladiella aquaspersa* étant le plus souvent impliqués (100, 101).

Le traitement de la chromomycose a toujours posé des problèmes. La cryothérapie, l'électrocoagulation et la chirurgie s'adressent à des lésions limitées. Après la 5 fluorocytosine, les imidazolés oraux ont été essayés et ils sont doués d'une certaine efficacité : kétoconazole, itraconazole et plus récemment saperconazole, peut être plus actif (102). Actuellement, l'association itraconazole +5 fluorocytosine (103) paraît la plus prometteuse, mais un délai de 5 ans est demandé pour pouvoir affirmer la guérison (99) dans cette dermatose souvent rebelle. La thermothérapie est préconisée par certains (104) comme thérapeutique adjuvante afin de diminuer la durée du traitement.

La chromomycose est une mycose profonde rare en dehors des zones tropicales, mais elle peut cependant se voir en dehors de ces climats, surtout en ces périodes de réchauffement et de sécheresse au Sud de la Méditerranée. Il faut insister sur la prévention des blessures des jambes et des pieds dans les zones d'endémie. Un diagnostic précoce est le pour le moment le meilleur garant d'une cure

radicale par une chirurgie radicale ou des moyens physiques, en attendant un traitement médical plus constamment efficace et moins onéreux.

1.6. Les maladies sexuellement transmissibles

**Répartition des principales M. S. T
Par âge et par sexe**

	chancre mou	urétrite	syphilis	végétations vénériennes
Age moyen —	30 ans	28	43	41,5
Masculin —	144 M	78 M	43 M	50 M
Féminin —	0 F	01 F	24 F	16 F
Effectif —	144	79	67	66
Pourcentage —	40,5 %	22,2 %	18,8 %	18,5 %

Répartition des cas de syphilis

	Stade I	Stade II	Stade III	Sérologique	Total
Masculin —	08	05	05	25	43
Féminin —	00	03	03	18	24
Total —	08	08	08	43	67
Age moyen —	35	30	70	42	

Le nombre total de cas de M.S.T est de 356 cas, soit une proportion de 47 % par rapport au total général de l'ensemble des M.S.T répertoriés (760 cas)

De cette étude analytique, avons nous retenu les patients atteints de M.S.T, patients qui ont fait l'objet d'un suivi régulier dans notre service et qui ont bénéficié d'examen paracliniques.

Chancre Mou: 144 cas.

1988: 6, 1989: 5, 1990: 7, 1991: 18, 1992:11, 1993: 33, 1994: 48 et 1995: 16.

Les hommes seulement, 129 célibataires sur 144.

- Age: moins de 30 ans en général.
- Lieu de contamination: les principe ville de l'ouest algérien (Tlemcen, Bel Abbes, Oran) et à l'étranger pour les premiers cas (Maroc, France)

Urethrites: 79 cas, 78 hommes et une femme.

- L'âge moyen est de 28 ans (Les extrêmes de 18 à 63 ans)
- Formes cliniques:
 - * Urethrites aiguës: 56 cas avec 4 fois orchépididymite.
 - * Urethrites subaiguës: 20 cas
 - * Uréthrites + cervico-vaginite: un cas
 - * Uréthrite amicrobienne: 2 cas, phobie post-urétrétique

Syphilis: 67 cas avec prédominance masculine nette: 43 hommes pour 24 femmes.

- L'âge moyen d'un patient syphilitique est de 43 ans.

Végétations vénériennes: 66 cas

- 50 hommes et 16 femmes
- l'âge moyen est 41.5 ans (les extrêmes de 24 à 28 ans)
- Un cas de tumeur de Buschke - Loewenstein anale.
- La recherche de H.P.V. par hybridation moléculaire (Dr. MEGUENNI - Institut Pasteur Alger) faite cinq fois seulement, retrouve les H.P.V 6 et 11.

Infection par le V.I.H:

- 6 cas, 4 hommes et 2 femmes
- 4 sida, 1 femme contaminée en Algérie et 3 émigrés, tous décédés.
- 2 séropositives dont une prostituée avec une syphilis secondaire

Situation de l'infection par le V.I.H au C.H.U.Tlemcen en 1991, 3 ans après le début d'un dépistage sélectif

- Service de cardiologie: 11 cas : 2 séropositifs et 4 cas de sida décédés. La contamination: 10 opérés au cœur en France avant 1985 , une épouse de patient.
- Service d'infectiologie: 3 cas: 2 séropositifs et un sida chez un émigré toxicomane.
- service d'hématologie: 3 enfants hémophiles séropositifs traités par des produits français.
- service de pneumologie: 2 cas de sida chez des émigrés toxicomane.
- Centre de transfusion sanguine: 5 cas : 3 émigrés toxicomanes séropositifs et 2 sida, 1 opéré en France et 1 émigré homosexuel.

Au total, 24 cas d'infection par le H.I.V, 9 sida et 15 séropositifs.

Discussions M.S.T:

Si les progrès en matière d'hygiène, de vaccination, de thérapeutique et d'éducation sanitaire ont permis de contrôler ou d'éradiquer un certain nombre de maladies infectieuses, il n'en est pas de même de ces ennemis de jadis et de toujours que sont les maladies sexuellement transmissibles (MST). Au contraire, elles prennent un visage nouveau et alarmant. Ne connaissant pas de frontières mais prédominant en certaines zones du globe, ces affections, par leur recrudescence et leur mode de transmission particulier, posent le problème de la lutte anti-vénérienne et de la prévention.

1. Le chancre mou:

C'est la première M.S.T de notre service malgré sa réapparition tardive en août 1988 (105)

Le Chancre mou (C.M) qui était une ulcération inhabituelle en Algérie (105), semble bien installé, touchant pratiquement toutes les principales villes de l'ouest Algérien (106).

SERRADJ et coll (107) ont recensé 72 cas de C.M. en 3 années sur 374 cas de M.S.T à Oran. Le C.M a trouvé son gîte dans prostitution féminine, clandestine et non contrôlée. Ce ci rejoint parfaitement les données de la littérature (108) (109) (110)

Une période d'incubation de moins de 15 jours est un élément précieux du diagnostic. L'ulcération est le plus souvent unique alors qu'ailleurs, elle est plutôt multiple (108) (111), touchant le sillon balano-préputial. La multiplicité des chancres est souvent due à une auto-inoculation et concerne les cuisses le pubis. L'aspect est celui d'une ulcération purulente. L'adénopathie est fréquente; elle est au stade de bubon dans les cas non traités et évolués. L'aspect typique de bacilles en chaîne de bicyclette est rarement retrouvé au microscope. Cette rareté a aussi été notée au Maroc par SEKKAT et Coll (110), puisque, sur 200 patients atteints de C.M, le bacille de Ducrey n'a été identifié que chez 30 malades seulement. Actuellement, le C.M est considéré comme un cofacteur de l'infection par le V.I.H (112). Pour le moment, sa faible incidence explique l'absence de découverte de séropositivité VIH parmi nos malades, bien que FARES et coll (113), aient notées 402 séropositifs en Algérie, résultat du dépistage du don de sang et enquêtes ponctuelles, notamment chez les prostituées.

En Côte d'Ivoire (108) et au Sénégal (109), une séropositivité par le VIH1 ou le VIH2 est découverte chez plus de la moitié des patients atteints de C.M.

Le traitement, surtout le cotrimoxazole qui nous a donné de bons résultats, ne pose pas de difficultés, alors qu'ailleurs se pose le problème de résistance à ce médicament, ce qui fait préférer l'érythromycine à Balard (114).

En Algérie le C.M, qui avait disparu des consultations pendant près de trois décennies (106), semble bien installé, car l'essentiel des contaminations s'est fait en Algérie par l'intermédiaire de la prostitution (115)

2. Les uréthrites

Elles sont rarement observées en milieu hospitalier. Elles sont quasi-exclusivement masculines. En l'absence d'examen microbiologiques, nous n'avons pas de données sur les étiologies possibles. Le rôle de chlamydia trachomatis n'est que suspecté, alors que Kadi et col. (117) le trouvent 20 fois dans une population de 44 prostituées chez qui la sérologie est nettement positive dans 95% des cas.

3. La syphilis :

Troisième MST, elle est plutôt sérologique, découverte fortuitement à l'occasion d'un bilan chez des adultes âgés. A Alger, Benkaidali (116), note aussi la prépondérance de la syphilis sérologique (293 sur 625 cas de syphilis de 1971 à 1980). Chez le sujet plus jeune, elle est symptomatique à type d'ulcération génitale chez l'homme seulement, ou à type d'éruption papuleuse, plus souvent chez l'homme que la femme. Notons qu'à Oran, la syphilis est la première MST (107).

4. Les végétations vénériennes ou condylomes acuminés :

Elles sont la quatrième MST du service, comme à Oran (107). Il y a une prédominance masculine nette ; le sex-ratio étant 3/1 et il s'agit le plus souvent d'une population d'adultes jeunes, de moins de 40 ans. Depuis 1987, il s'agit d'une pathologie qui augmente régulièrement de fréquence. Chez la femme, l'implication de certains VPH dans la genèse du cancer du col impose un examen et une surveillance adéquates.

5. Infection par VIH

Elle est encore rare mais existe et demande un programme correct de lutte contre le SIDA.

Conclusion :

les MST sont rares dans notre service (118), comme dans beaucoup d'autres services hospitaliers. Lors du symposium national sur les MST (Constantine 14-15 Décembre 1988), l'accent avait été mis sur la faible fréquence des MST en milieu hospitalier. Elles sont sous estimées, sous déclarées et aussi victimes de l'automédication. Leur rareté à l'hôpital s'explique par le fait que le malade préfère être vu en médecine privée, car les MST sont les affections que l'on cache, la femme que l'homme et assez souvent, leur origine vénérienne est niée.

Une meilleure approche épidémiologique des MST en Algérie ne peut se concevoir que par l'information, la formation, la coordination et les moyens d'investigations. La lutte anti-vénériennes pourra alors débiter réellement.

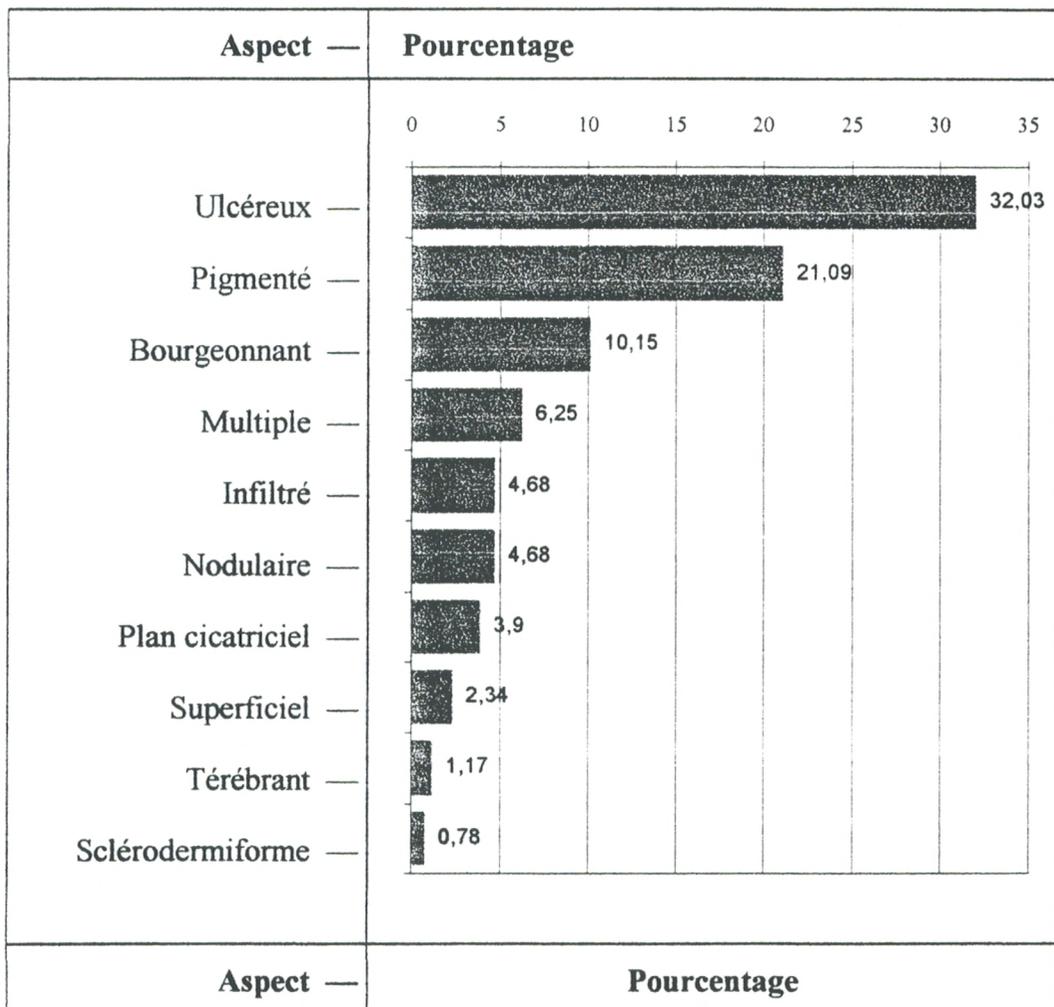
2. DERMATOSES TUMORALES

Répartition des principales tumeurs cutanées

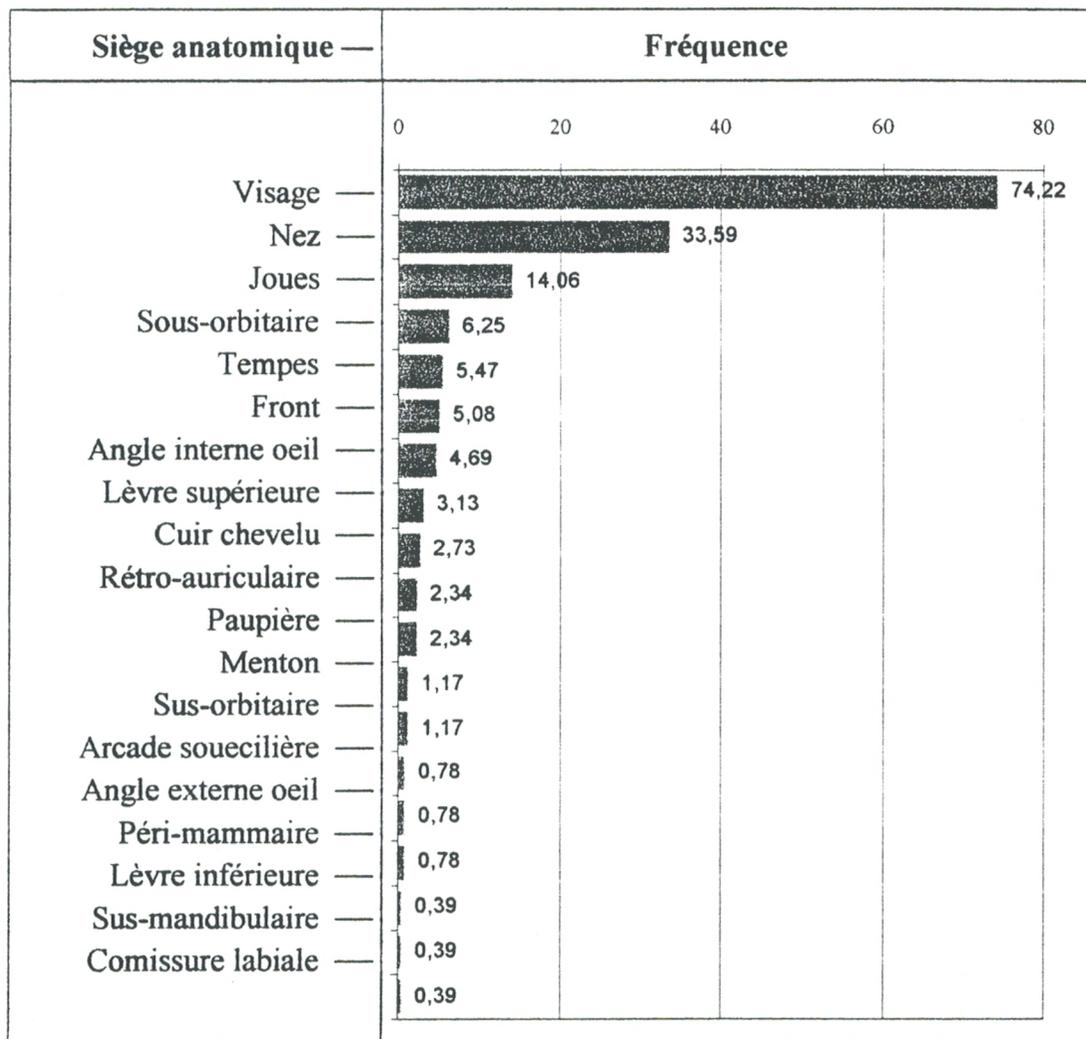
Répartition de fréquence
des principales tumeurs cutanées
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

Principales tumeurs —	Effectifs	Pourcentage
Tumeurs épithéliales bénignes —	835	36,76
kyste sébacé —	449	19,77
Carcinomes épithéliaux —	424	18,67
<i>Basocellulaire</i> —	358	15,76
<i>Spinocellulaire</i> —	63	2,77
Botriomycome —	306	13,47
Lipome, molluscum pendulum, tumeur de Malherbe —	324	14,26
Tumeurs virales —	224	9,86
Tumeurs mésoenchymateuse —	73	3,21
Maladie de kaposi —	22	0,96
Tumeur fibroblastique —	66	2,90
Darier Ferrand —	10	0,44
Mélanome malin —	19	0,83
Total —	2271	100

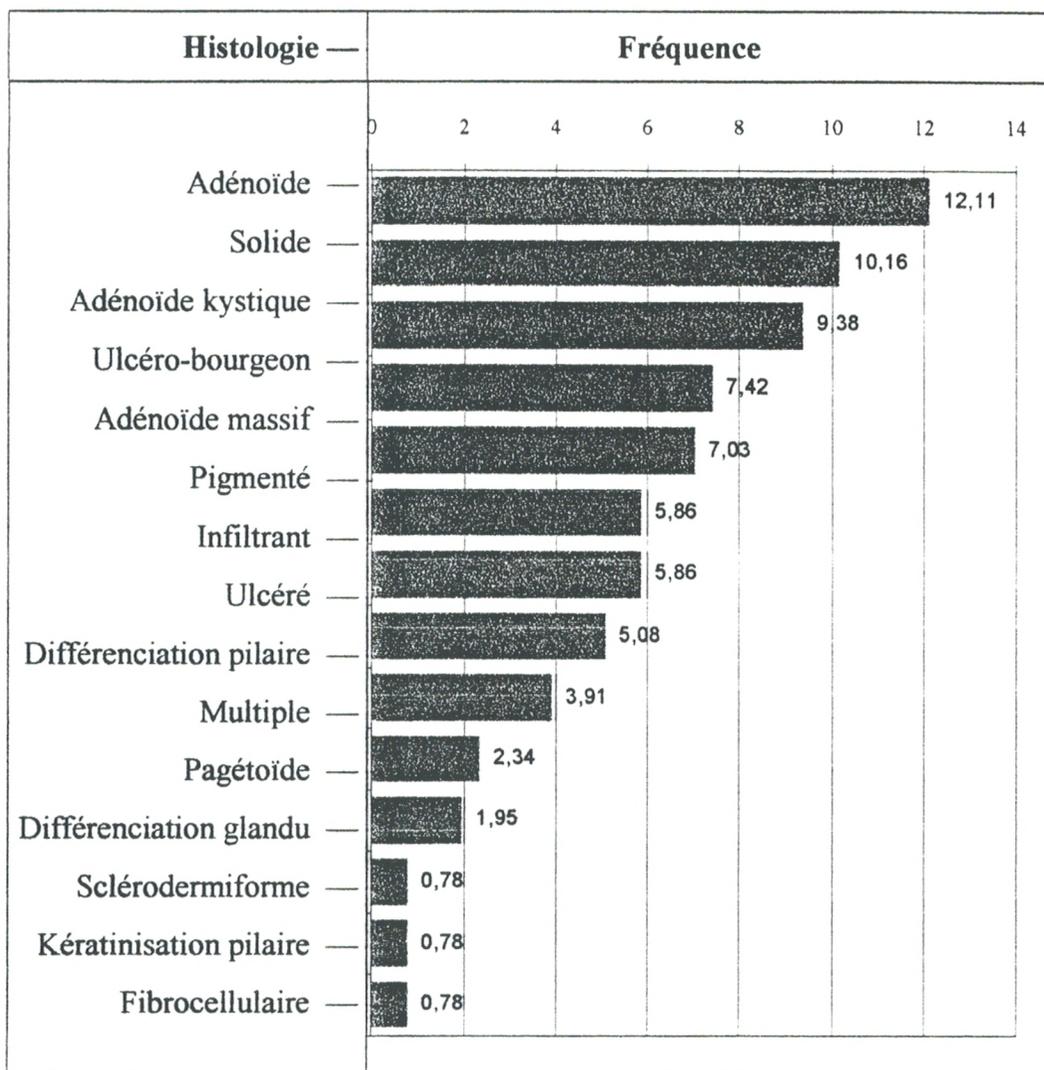
**Aspects anatomopathologiques
des épithéliomas cutanés basocellulaires**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



**Répartition Selon leur topographie
des carcinomes baso-cellulaires de la peau**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



**Répartition selon le type histologique
des carcinomes baso-cellulaires de la peau**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



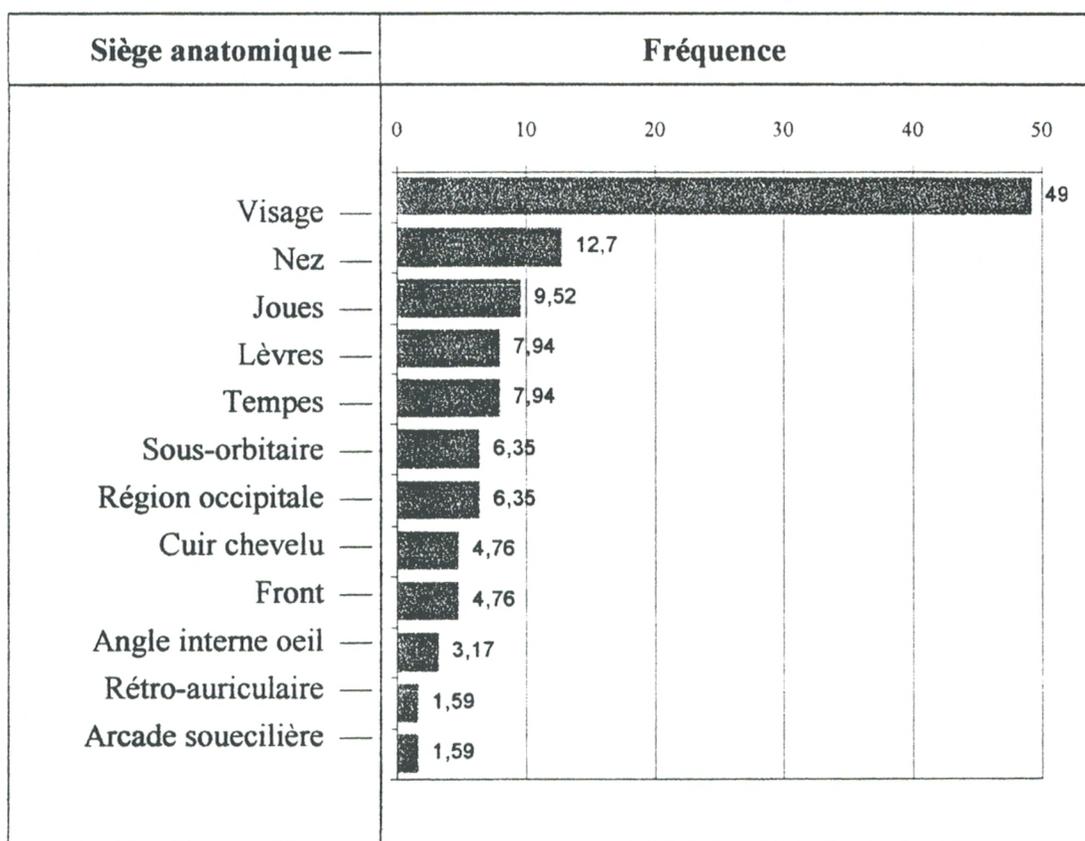
Les types histologiques les plus retrouvés sont l'adénoïde, 12.11%, le solide, l'adénoïde kystique : 9.38% et l'ulcérobourgeonnant : 7.42%

**Répartition des carcinomes cutanés
selon le Milieu**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

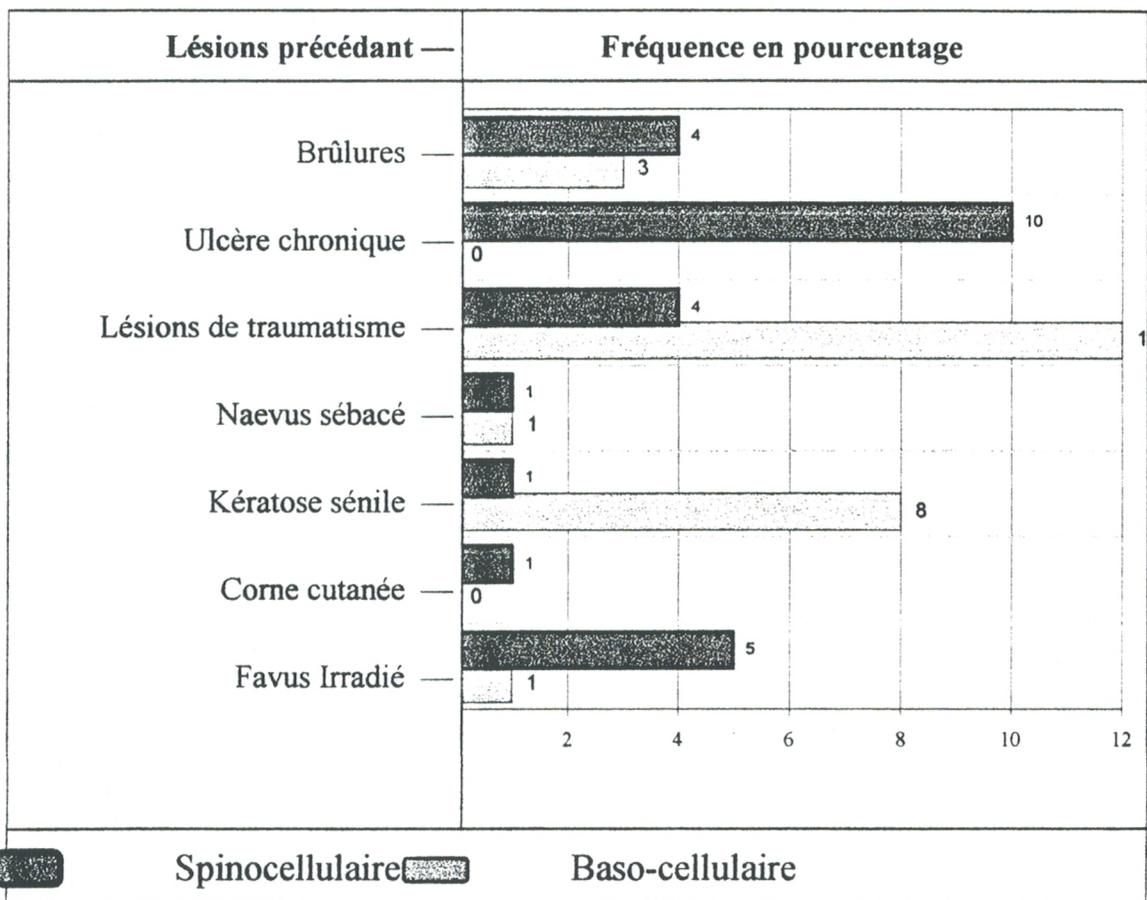
	Basocellulaire	Spinocellulaire
Urbain —	29.68	31.74
Rural —	70.31	68.25

L'habitat rural semble un facteur prédisposant aussi bien aux carcinomes basocellulaires que spinocellulaires

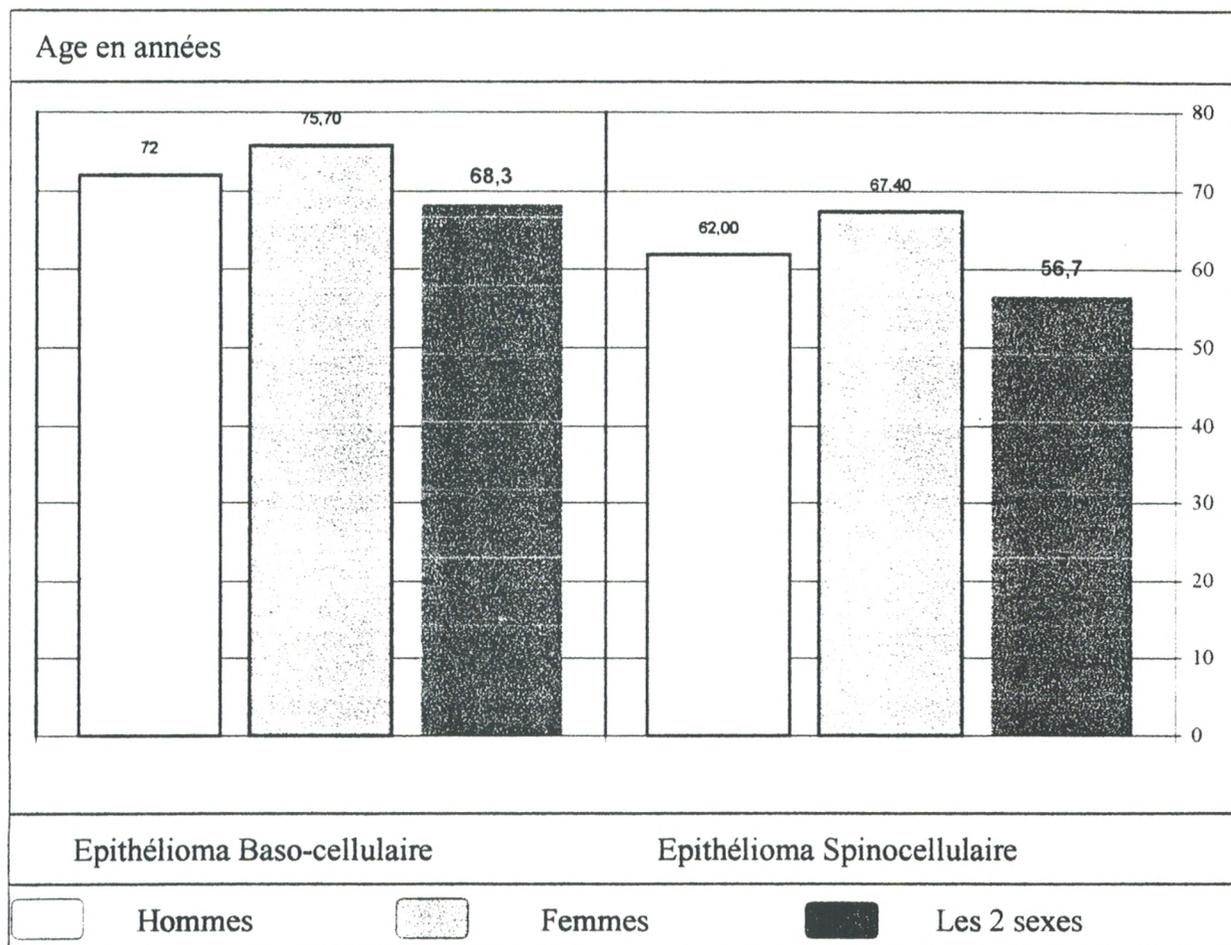
**Répartition Selon leur topographie
des carcinomes spino-cellulaires de la peau**
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



Répartition de fréquence
Lésions précédant l'apparition des carcinomes cutanés
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995



**Répartition des épithéliomas cutanés
selon la moyenne d'âge des patients dans les deux sexes
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995**



Dans les épithéliomas baso-cellulaires l'âge moyen est de 62 ans, les deux sexes confondus. Pour l'homme il est de 72 ans avec des extrêmes de 17 à 95 ans. Pour la femme 67 ans avec des extrêmes de 22 à 90 ans.

La plus grande fréquence, pour les deux sexes, se situe entre 61 et 70 ans.

Dans les épithéliomas spino-cellulaires, l'âge moyen est de 72 ans pour les deux sexes. Chez l'homme il est de 68 ans avec des extrêmes de 26 à 104 ans alors que chez la femme il est de 76 ans avec des extrêmes de 41 à 83ans.

La plus grande fréquence pour les deux sexes se situe entre 71 et 80 ans

Discussions des dermatoses tumorales

a. Les carcinomes cutanés

Parmi les divers types de tumeurs malignes que l'on peut observer sur la peau, les épithéliomas (ou carcinomes) sont de loin les plus fréquents et sont même les néoplasies les plus courantes chez l'être humain. En effet, en Algérie, l'ensemble des études confirment la fréquence des carcinomes basocellulaires (C.B.C) et spinocellulaires (C.S.C). A Alger, pour AMMAR - Khodja et coll. (119), les épithéliomas, avec 73% des cas, sont les tumeurs les plus fréquentes. A Oran, dans leurs thèses (120) (121), OULD KADI et M. MIDOUN ont noté cette prépondérance et récemment SERRADJ et

coll. (122), ont enregistré 600 cas entre 1985 et 1995. A Tlemcen, dans une première étude (123), on déjà noté cette fréquence qui est actuellement constante.

Dans les pays limitrophes, le Maroc et la Tunisie, les études montrent la fréquence des C.B.C et C.S.C (124) (125) pouvant représenter jusqu'à 76.5 % des cancers. Dans les pays du Maghreb, les C.B.C restent les plus fréquents, pouvant représenter 81 % (125) des cancers cutanés. Les C.B.C ont un aspect clinique évocateur, mais polymorphe et le fait marquant et la prédominance de la variété ulcéreuse, déjà signalée dans notre première étude (123) et a été aussi notifiée à Oran par M.MIDOUN (121). Ceci peut s'expliquer par le délai de consultation très tardif.

b. Mélanome malin

Le mélanome malin (M.M) est une tumeur rare et sûrement sous estimée dans notre région (0.14 cas/100 000/an)(126) si on se compare aux données de la littérature (3.1 à 20 cas/100 000/an)(127).

Les études réalisées semblent cependant confirmer la rareté du M.M au Maghreb(128) en dehors de sa survenue au cours du xeroderma pigmentosum. A Tlemcen, dans une première étude(126), avons nous noté en dix ans 10 cas. En Algérie, BOUADJAR et coll. (129), dans ne étude nationale multicentrique ont conclu à la rareté de cette tumeur. Au Maroc, EL-OUAZZANI et coll. (130) notent aussi la rareté (82 cas en 19 ans). A Casablanca, BENZEKRI et coll. (131), sur 4316 cancers cutanés observés de 1971 à 1991, trouvaient 3.5 % des mélanomes. BENNOUNA - BIAZ et coll. (132) ont relevé aussi la rareté des observations des M.M recensés entre janvier 1973 et octobre 1994. En Tunisie, GHARBI (133) a colligé 30 cas en 13 ans à Tunis, et FAZAA et ZEGLAOUI (134) ont noté aussi la rareté des cas de M.M.

- Le deuxième fait notable est le siège de prédilection aux membres inférieurs avec une atteinte élective plantaire et talonnière (plus de 50 %), trouvé en Algérie (125) (129), au Maroc (132) et en Tunisie (133) (134).

- La prédominance des formes nodulaires a aussi été trouvée en Algérie (126) (129) et en Tunisie(133) (134) alors qu'au Maroc (130) (131) le mélanome à extension superficielle paraît le plus fréquent. Cette prédominance des formes nodulaires pourrait être liée au retard à la consultation et au diagnostic.

Peut-on parler d'un mélanome Africain particulier observé du Cap à Alger, d'aspect nodulaire et ayant une prédominance pour les extrémités et particulièrement les plantes? La pigmentation constitutionnelle, le retard apporté au diagnostic sont peut être les deux paramètres essentiels rendant compte des particularités de ce mélanome(128)

c. Maladie de Kaposi

La maladie de Kaposi ou angiosarcome de Kaposi est une affection néoplasique multifocale a expression cutanée et viscérale, dont la cause est encore inconnue et dont l'évolution est généralement lente.

Dans l'ensemble, le tableau clinique présenté par nos patients est classique, fait de plaques et placards érythémato-angiomateux, pigmentés, parsemés, parfois de nodules ou prenant un caractère végétant et kératosique. Malgré l'absence de facteurs de risque, la sérologie anti-HIV pratiquée systématiquement revient négative. C'est essentiellement une monochimiothérapie qui est instituée : Chlorambucil 8 mg/jour qui a entraîné une régression très importante voire une disparition totale des lésions (135).

Ce pendant, quelques aspects particuliers méritent d'être notés:

- L'âge dans 2 cas, les patients sont âgés de 27 et 30 ans

- Clinique: une atteinte sclérodactylique d'une main et d'un pied est observée (136)

l'atteinte sclérodactylique au cours de la maladie de Kaposi est exceptionnelle. LEROY et coll. (137) ont rapporté une observation similaire mais localisée à la main seulement et émettent

l'hypothèse d'une perturbation de la synthèse et de la dégradation du Collagène par l'infiltration tumorale.

- Le terrain : un cas de maladie de Kaposi est survenu après traitement chirurgical d'un carcinome thyroïdien complété par une injection d'Iode radioactif (150 millicuries) et une cobalthérapie. Une brève corticothérapie est associée avant et après intervention. Nous pensons que c'est la conjonction de ces trois thérapeutiques qui a induit une immunodépression passagère qui a favorisé l'éclosion à son tour de la maladie de Kaposi. En effet 8 mois après, la maladie de Kaposi disparaît alors que l'I.D.R à la tuberculine se positive .

- 2 cas de maladie de Kaposi, dont un associé à une tuberculose pulmonaire, un diabète, une pemphigoïde bulleuse et chez l'autre patient, qui a fait une maladie de Kaposi complètement disparue après chimiothérapie, fera par la suite une tuberculose ganglionnaire inguinale.

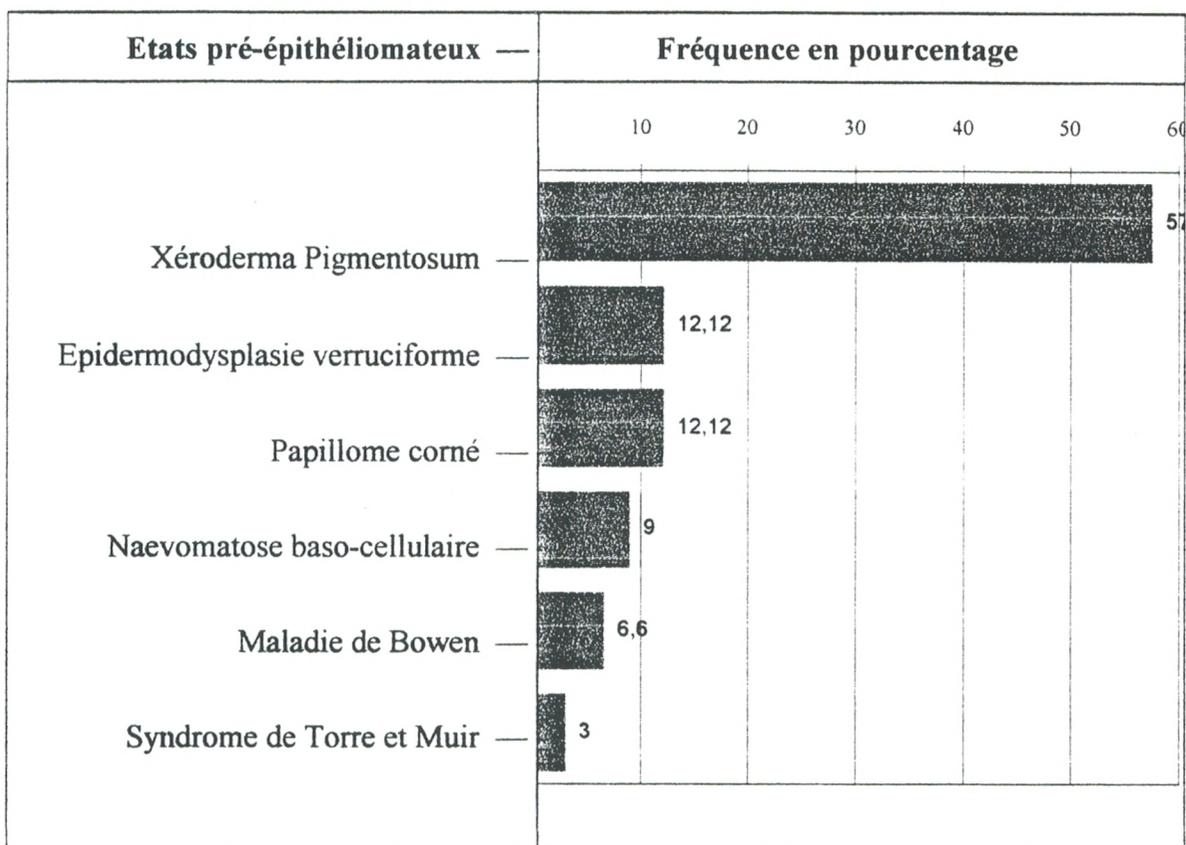
En conclusion, la maladie de Kaposi reste un cancer un peu particulier. Un bilan général s'impose, à recherche d'une localisation extracutanée ou d'une association qui accentue la gravité de la maladie. Le terrain sur lequel survient cette affection, à savoir la défaillance de l'immunité cellulaire (cancer, traitements, immunosuppressions, infection virale telle le sida) ne doit jamais être oublié

d. Les lymphomes

Ils sont beaucoup plus rares dans notre service par rapport aux études Algériennes ; mais cette rareté peut s'expliquer par le fait que cette pathologie est recrutée par le biais du service d'Hématologie du C.H.U de Tlemcen.

3. LES DERMATOSES PRECANCEREUSES

Dermatoses pré-cancéreuses
Répartition de fréquence des états pré-épithéliomateux (33 cas)
Service de dermatologie, CHU Tlemcen 1981-1995

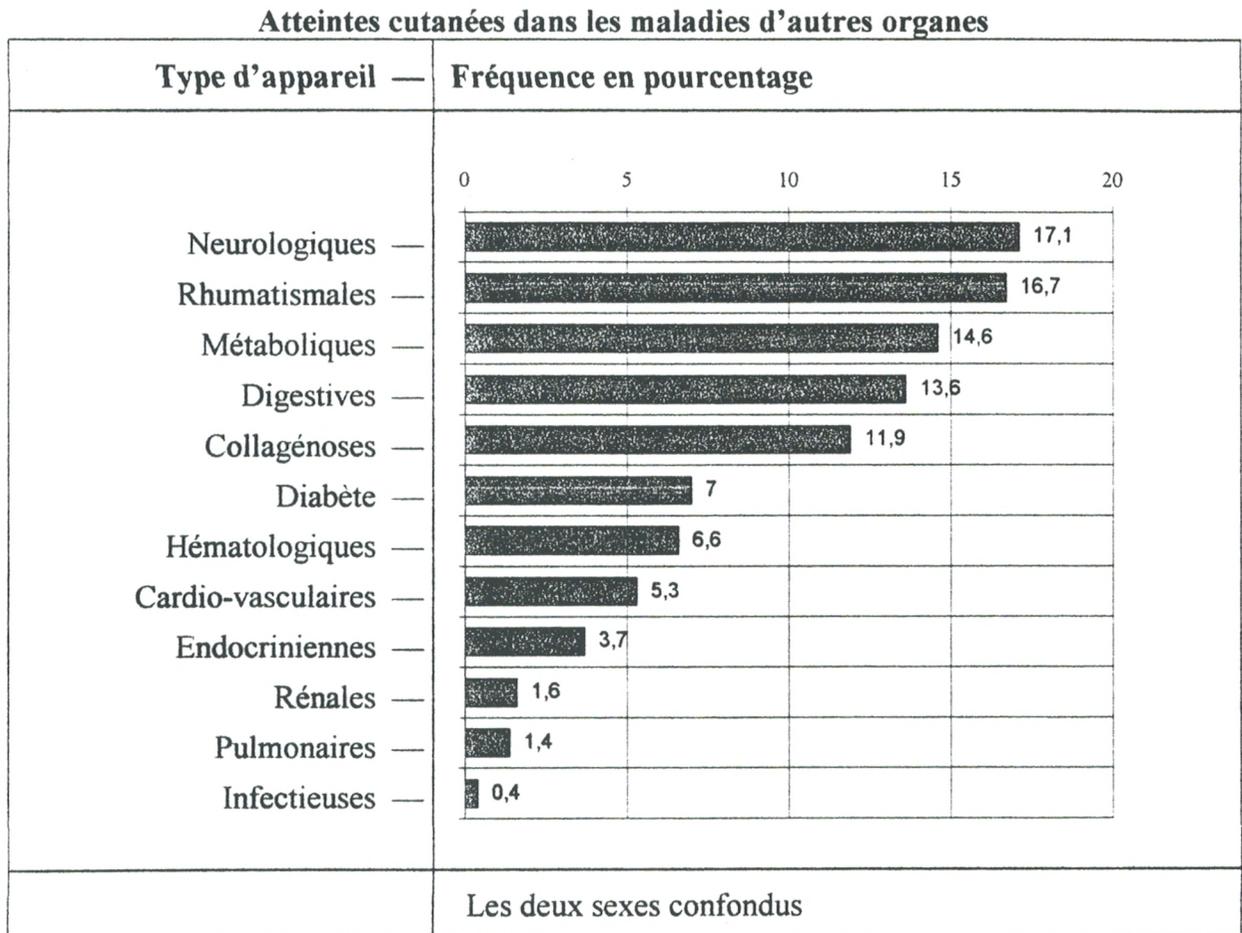


Les dermatoses précancéreuses représentent un groupe d'affection très hétérogènes, aussi bien dans leurs manifestations cliniques, dans leurs origines pouvant être génétiques ou acquises, que dans leurs potentialités évolutives. Leurs connaissances peuvent contribuer à la prévention de la lutte contre le cancer. Dans notre série, avons nous relevé quelques faits qui méritent d'être signalés.

- chez nos patients atteints d'épidermodysplasie verruciforme dont 2 ont pu bénéficier d'une étude virologique (HPV3, 5 et HPV5, 20), avons nous constaté une certaine hétérogénéité clinique (138) alors que la grande série Algérienne de 11 cas, BOUADJAR et coll. (139) ne trouvent que les deux types classiques (verruques planes et macules à type de pityriasis versicolor) et aussi une difficulté diagnostique chez le sujet de race noire(138) dans la mesure où les lésions classiques de la maladie ne sont pas retrouvées comme l'avaient souligné ANGO-PADONOU et coll. (140)
- pour 3 cas de syndrome de Gorlin ou névomatose basocellulaire, chez 2 hommes et une femme, le caractère familial de lésions cutanées n'est pas apparent (141). Deux éléments sémiologiques ont été d'une grande aide diagnostique à savoir les puits épidermiques qu'il faut rechercher minutieusement et les kystes osseux de maxillaires. Les enquêtes familiales imposent au minimum un examen clinique minutieux et une radiographie des maxillaires pour ne pas méconnaître les formes de la maladie à symptomatologie cutanée mineure, peut être même sans hamartomes, et d'apparition retardée et progressive. La prise en charge des patients avec l'utilisation des rétinoïdes pourrait empêcher l'évolution vers des épithéliomatoses basocellulaires.

• pour le cas du syndrome de Torre-Muir (142), le tableau clinique de l'affection correspond parfaitement à la définition du syndrome (143). Les multiples kératoses actiniques du visage méritent une mention particulière, dans la mesure où leur survenue, assez précoce vers la quarantaine chez une personne de phototype méditerranéen et ne présentant aucun signe de la photosénescence cutanée, pourrait être liée au syndrome.

4. ATTEINTES CUTANÉES DANS LES MALADIES D'AUTRES ORGANES



4.1. Affections associant atteintes cutanées et atteintes neuro-psychiatrique

Parmi les affections neurologiques répertoriées on note la nette prépondérance de la maladie de Von Rechlinghausen.

Répartition de fréquence
Affections associant atteintes cutanées et atteintes neuro-psychiatrique

Pathologie —	Effectif	pourcentage
Maladie de Von Recklinghausen —	45	56.2 %
Sclérose tubéreuse de Bourneville —	3	3.7 %
Syndrome de Sturge-Weber-Krabbe —	2	2.5 %
incontinentia pigmenti —	3	3.7 %
Syndrome de Melkerson-Rosenthal —	7	8.7 %
Les maux perforants —	2	2.5 %
Pathomimies —	18	22.5 %
Total —	80	100 %

4.2. Affections associant atteintes cutanées et atteintes rhumatismales

La maladie de Behçet avec ses manifestations viscérales et surtout articulaires reste la plus fréquente des affections rhumatismales répertoriées.

Répartition de fréquence
Affections associant atteintes cutanées et atteintes rhumatismales

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Maladie de Behçet —	37	45.7
Erythème noueux —	27	33.3
Rhumatisme psoriasique —	12	14.8
Polyarthrite rhumatoïde —	2	2.5
Syndrome de Mafucci —	1	1.3
Naevomatose baso-cellulaire —	1	1.3
Maladie de Still —	1	1.3
Total —	81	100

4.3. Affections associant atteintes cutanées et atteintes métaboliques

Répartition de fréquence

Affections associant atteintes cutanées et atteintes métaboliques

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Porphyrie cutanée —	19	45.2 %
Xanthomes et Xanthomatoses —	12	28.5 %
Amyloïdoses cutanées —	8	19 %
Mucinoses —	3	7.1 %
Total —	42 cas	100 %

4.4. Affections associant atteintes cutanées et atteintes digestives

L'angiosarcome de Kaposi et le pseudoxanthome élastique représente la quasi totalité des affections digestives.

Répartition de fréquence

Affections associant atteintes cutanées et atteintes digestives

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Pseudo-xanthome élastique —	13	19.7
Maladie de Kaposi —	23	34.84
Acanthosis Nigricans —	12	18.2
Etats pellagroïdes —	3	4.5
Syndrome de Weber-Christian —	3	4.5
Pyoderma gangrénosum —	2	3.0
Acrodermatitis entéropathica —	2	3.0
Maladie d'Ehler-Danlos —	1	1.5
Blue Rubber Bleb Naevus —	1	1.5
Syndrome du Glucagonome —	1	1.5
Autres affections —	5	7.6
Total —	66	100

4.5 Affections associant atteintes cutanées et atteintes hématologiques

On note la rareté des hématodermies

Répartition de fréquence . Affections associant atteintes cutanées et atteintes digestives

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Purpuras —	16	50
Lymphomes non Hodgkiniens —	6	18.8
Maladie de Hodgkin —	4	12.5
Mycosis fongoïde —	3	9.4
Anémies —	2	6.3
Panniculite histiocytique cytophagique —	1	3.1
Total —	32	100

4.6. Affections associant atteintes cutanées et atteintes Collagénoses

Le lupus erythémateux systémique semble le plus fréquent des collagénoses systémiques habituelles

Répartition de fréquence Affections associant atteintes cutanées et atteintes Collagénoses

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Vascularite —	20	34.5 %
Lupus erythémateux systémique —	15	25.9 %
Sclérodermie systémique —	11	18.9 %
Dermatomyosite —	7	12.1 %
Périartérite noueuse —	5	8.6 %
Total —	58 cas	100 %

4.7. Dermatoses révélant ou compliquant un diabète

Le prurit révèle souvent un diabète et les infections microbiennes traduisent le déséquilibre d'un diabète.

Répartition de fréquence . Dermatoses révélant ou compliquant un diabète

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Prurits chroniques —	13	38.2 %
Dermatoses microbiennes —	8	23.5 %
La nécrobiose lipoïdique —	6	17.6 %
La bullose des diabétiques —	5	14.7 %
Les ulcères de jambe —	2	5.9 %
Total —	34 cas	100 %

4.8. Affections associant atteintes cutanées et atteintes Cardio-Vasculaires

Répartition de fréquence Affections associant atteintes cutanées et atteintes Cardio-Vasculaires

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Phénomènes de Raynaud —	10	38.5 %
Livedo —	5	19.2 %
Syndrome de Sneddon —	3	11.5 %
Autres pathologies —	8	30.8 %
Total —	26 cas	100 %

4.9. Affections associant atteintes cutanées et atteintes Endocriniennes

Répartition de fréquence Affections associant atteintes cutanées et atteintes Endocriniennes

Pathologie —	Effectif	Pourcentage
Hirsutisme —	6	33.3 %
Hypothyroïdies —	5	27.8 %
Goitre d'étiologie imprécise —	4	22.2 %
Hyperthyroïdies —	3	16.2 %
Total —	18 cas	100 %

4. Discussions des atteintes cutanées et maladies d'autres organes

La dermatologie couvre un vaste champ de connaissances. La dermatologie réagit contre la médecine en « pièces détachées ». La compréhension de nombreuses maladies exige non seulement l'examen systématique des organes, mais oblige le clinicien à saisir les corrélations fonctionnelles et hormonales entre les différents systèmes. Les relations entre les affections neurologiques, métaboliques, cardio-vasculaires, digestives, rhumatismales, endocriniennes, hématologiques, et cutanées sont très étroites, étant donné la parenté embryologique avec certains appareils. Cet essai d'unification permet au clinicien de retrouver dans la dermatologie un mode de pensée qui ne le rebute pas et qui lui offre une base de confrontation multidisciplinaire. En effet, de nombreuses maladies dites générales en constante intrication avec la pathologie générale s'expriment de façon inaugurale ou préférentielle par des signes cutanés d'abord cliniques et biologiques aisés. C'est le cas des collagénoses, des vascularites, d'un certain nombre de lymphomes, de nombreuses affections viscérales et systémiques etc.

4.a. Dermatoses et affections neurologiques

4.a.1. Maladie de Von Recklinghausen

Parmi les neurocristopathies systématisées, la neurofibromatose de Von Recklinghausen est la plus fréquente. Elle représente un peu plus de la moitié des affection neurologiques et dermatoses. Riccardi (144) distingue 8 types anatomo-cliniques et génétiques de pronostics différents, classés de I à VII. L'ensemble de nos cas correspond au type I, maladie typique, se transmettant sur un mode autosomique dominant. Au Maghreb, le type I semble aussi prédominant. En effet, au Maroc, DAHBI et Coll.(145), sur une étude rétrospective de 32 ans sur les neurocristopathies, allant de 1961 à 1993, 342 cas ont été colligés au C.H.U. Ibn Rochd de Casablanca. Les neurofibromatoses ont été notées dans 318 cas (soit 93%) et N.F.1 a été la plus fréquente avec 289 cas (soit 91%). En Tunisie, AZAIZ et coll.(146) notent la même fréquence avec cependant la rareté des manifestations viscérales. On n'a pas noté de prédilection de sexe. Le conseil génétique est préconisé, tout en sachant que l'expressivité de la neurofibromatose est variable et nous nous contentons de dire à nos patients la phrase d'Oriot: « *On ne meurt pas de la neurofibromatose mais avec sa neurofibromatose* »

4.a.2. Sclérose tubéreuse de Bourneville

Trois cas d'une même famille présentent un tableau illustratif d'épiloïa à cause du tableau clinique très classique et des découvertes qui ont été faites. Sur le plan dermatologique, les principaux signes sont retrouvés. En 1989, Chalabi - Ben Abdellah et coll.(147) dans leurs études cette maladie chez l'enfant de l'ouest Algérien notent des signes cutanéomuqueux dans 95% de leurs cas (21/22) nous insistons sur l'examen cutané minutieux et particulièrement sur les mollusca pendula, signe moins évocateur(148) mais qui peut être négligé. Le bilan viscéral a une grande valeur dans la mesure où des kystes rénaux ont été découverts chez 2 de nos patients, qui pour A. MISSOUM et coll.(149), la découverte d'une maladie polykystique hépato-rénale appartiendrait à l'Epiloïa. Les signes neuropsychiatriques représentent un motif fréquent de consultation et particulièrement les crises épileptiques qui sont notées chez 50% des patients pour Turki et coll.(150), imposant la nécessité d'une prise en charge thérapeutique précoce afin d'éviter l'évolution vers la détérioration mentale, comme malheureusement dans un de nos cas(151), vers la débilité mentale retrouvée dans 75% des cas par Turki et coll.(150) et de proposer un conseil génétique difficile d'ailleurs à cause de la fréquence des mutations (148).

4.b. Dermatoses et affections rhumatismales

- Dans ce groupe, la maladie de Behcet semble la plus fréquente, représentant 45.7% des affections dermatoses et affection rhumatismales. Elle atteint un peu plus l'homme que la femme avec respectivement 59.27% et 40.74%. Les signes cutanéomuqueux sont quasiment constants. Dans les manifestations viscérales, l'atteinte articulaire prédomine (60% de nos cas) à type de mono-arthrites ou oligo-arthrites, sans destruction osseuse à la radiologie.

- Un cas de syndrome de Maffucci avec atteinte intracrânienne, tache café au lait et goitre(152). Ce cas est intéressant par la diversité sémiologique et son évolutivité à potentialité maligne. Cette dysembryoplasie mésodermique rare, associant des angiomes cutanéomuqueux à des chondromes prédominant aux extrémités. La nécessité d'une surveillance, car sa gravité est due à son potentiel évolutif vers le chondrosarcome et aussi aux difficultés thérapeutiques(153).

4.c. Dermatoses liées à une déficience de la protection cutanée (1981-1995): Xéroderma pigmentosum (X.P)

Le X.P est une génodermatose rare, transmise sur le mode récessif, liée à un défaut de la réparation de l'A.D.N.

Sa fréquence élevée a été déjà signalée par E.Hadida et coll. à Alger(154). A Oran, Boukerche et coll.(155) ont colligé récemment plus de 70 malades. Dans notre service, 40.8% atteints de dermatoses et affections métaboliques consultent pour un X.P, qui est d'ailleurs l'affection de loin la plus fréquente dans ce groupe de maladie. Cette augmentation de fréquence semble comparable à celle des autres pays du Maghreb. En Tunisie, FAZAA et coll.(156) ont recensé 165 X.P de 1973 à 1994. D'autres pays Arabes signalent sa fréquence, notamment en Lybie et en Egypte(157) (158). Dans tous ces pays, la forte consanguinité parentale n'est plus à démontrer. Nous n'avons pas noté de prédominance de sexe, ce que note aussi BOUADJAR et coll.(159).

Le X.P se présente sous des aspects classiques avec atteinte ophtalmologique assez fréquente, ce qu'a noté aussi BOUADJAR et coll.(159). Pour le moment, la meilleure prévention de cette maladie redoutable reste le conseil génétique.

4.d Affections associant atteintes cutanées et atteintes Métaboliques

4.d.1. Les porphyries

Les porphyries héréditaires sont des maladies liées chacune au déficit d'une des enzymes intervenant dans la voie métabolique de la biosynthèse de l'hème.

4.d.2. La porphyrie erythropoïétique congénitale(P.E.C)

La P.E.C ou maladie de Günther, la première connue des porphyries et parmi les plus rares, se caractérise par un déficit en uroporphyrinogène III cosynthétase (U.P.GIII cosynthétase) se traduisant par l'accumulation de porphyrines isomériques de type I et de leurs précurseurs dans le sang, les urines et les selles, responsable de la symptomatologie, en particulier cutanée à type de photosensibilité.

De multiples mariages consanguins sur plusieurs générations dans une famille de la région de Tlemcen ont abouti à l'apparition de cette affection récessive chez 5 enfants dans deux branches de la famille. Une enquête non exhaustive qui a porté sur 15 autres membres de la famille, a trouvé 11 sujets hétérozygotes porteurs de la tare par l'étude de l'activité de l'U.P.GIII cosynthétase abaissée par rapport aux témoins(160).

Chez nos patients, la symptomatologie est peu accentuée et se rapproche de celle des formes à début tardif où les signes cutanés sont moins marqués et où le pronostic semble meilleur(161) (162) (163). Les porphyries sont des affections métaboliques qui ont beaucoup bénéficié des développements de la biochimie et de la biologie. Dans les pays de soleil comme l'Algérie, elles doivent être connues et répertoriées ne serait ce que pour procéder au conseil génétique proposé et bien accepté dans la famille explorée.

4.d.3. La porphyrie Variégata(P.V)

Deux observations de P.V(chez une femme et son fils)(164) où la symptomatologie cutanée était peu accentuée avec de rares bulles, une hyperpigmentation, une hypertrichose et un vieillissement cutané précoce. Des épisodes douloureux abdominaux atypiques (déclenchés par la prise de pilule chez la mère) complètent le tableau. Le dosage biochimique des porphyrines signe le diagnostic, éliminant ainsi la porphyrie cutanée tardive(P.C.T). En effet la P.V peu s'exprimer seulement par des signes cutanés identiques à ceux de la P.C.T. Il est nécessaire de pratiquer devant tout aspect de P. C.T, un dosage des porphyrines fécales et urinaires, avec en cas d'augmentation des porphyrines fécales, une chromatographie de celles-ci, qui seule permet de différencier P.C.T et P.V.

4.d.4. La porphyrie hépato-erythropoïétique(P.H.E)

La P.H.E est une forme rare de porphyrie cutanée caractérisée cliniquement par un aspect de P.E.C et biochimiquement par un profil de P.C.T. Elle résulte d'un défaut enzymatique de l'uroporphyrinogène décarboxylase (U.P.D).

Nous avons observé un cas de P.H.E(165). Dans notre observation, le déficit de l'activité de l'U.P.D chez l'enfant et chez les parents est plus faible que celui rapporté dans la littérature, confirmant le caractère hétérogène de la P.H.E. Il est possible qu'elle soit en rapport avec une mutation différente de celles rapportées ailleurs(165).

4.e Affections associant atteintes cutanées et atteintes Digestives

Dans ce chapitre, 2 affection prédominant, la maladie Kaposi (étudiée dans le chapitre des Dermatoses tumorales) et le pseudo-xanthome élastique (P.X.E).

L'ensemble de nos cas de P.X.E correspond à des P.X.E récessifs en nous basons sur des données récentes(166).

Un cas de P.X.E est associé à un élastome perforant(167) (E.P). le P.X.E est une élastopathie déterminée génétiquement. Une dermatose perforante(D.P) peut s'y associer, entrant pour certains dans le cadre de l'E.P, mais pour d'autres, elle ne serai qu'un P.X.E perforant. Le tissu élastosique du P.X.E, à côté des manifestations cliniques habituelles qu'il peut engendrer, peut s'extérioriser sous forme d'une D.P et notamment de comédons ou d'E.P

4.f Affections associant atteintes cutanées et Collagénoses

4.f.1 Parmi les collagénoses strictement cutanées, le lupus érythémateux (cutané) chronique (L.E.C) et la sclérodermie cutanée sont les plus fréquentes. Nous recensé 88 cas de L.E.C et 60 observations de sclérodermie purement cutanée de 1981 à 1995.

4.f.2 Le L.E.C atteint surtout l'adulte, aussi bien l'homme que la femme (45 homes et 43 femmes). Les aspects cliniques rencontrés sont habituellement classiques au niveau du visage, avec cependant chez le sujet âgé, aussi bien chez l'homme (9 cas) que chez la femme (11 cas), un aspect atropho-cicatriciel du cuir chevelu, parsemé par endroits de cônes kératosiques.

4.f.3 La sclérodermie cutanée atteint surtout la femme avec 48 cas pour 12 hommes. L'adulte est le plus souvent concerné avec 42 cas(70%), l'enfant 13 cas(21.67%) et le sujet âgé beaucoup plus rarement avec 5 cas(8.33%), l'aspect clinique le plus rencontré est la morphée en plaque unique avec cependant quelques cas de sclérodermie en coup de sabre au niveau du visage et quelques cas de sclérodermie monomélique surtout au niveau du membre inférieur.

4.f.4 Les collagénoses systémiques sont rarement observées. Elles sont représentées essentiellement par le lupus érythémateux systémique et la sclérodermie systémique.

- Le profil épidémiologique de la maladie lupique malgré notre petite série nous semble relativement identique à celle d'Oran(168) ou à celle de la grande série (521 cas) de Zouhair et coll.(169) à Casablanca, à savoir la prédominance nette du L.E.C, 465 cas soit(90%) de la maladie lupique et la quasiconstance des manifestations cutanées.

- Le pronostic vital a été mis en jeux dans l'ensemble de nos cas de sclérodermie systémique, de dermatomyosite (2 cas associés avec une néoplasie) et de périartérite noueuse.

4.g Dermatoses révélant ou compliquant un diabète

Les relations entre pathologie cutanée et maladie diabétique sont multiples.

Nous avons recensé 34 cas.

Les prurits chroniques, surtout ano-génitaux (38.2%) et les infections microbiennes (23.5%) récidivantes ont révélé un diabète, lors d'un bilan de routine. Par contre la nécrobiose lipoïdique (17.6%), signe plus spécifique, a révélé un diabète. La bullose (14.7%) et l'ulcère de jambe (5.9%) traduisent des complications neurocutanées et vasculaires chez des diabétiques connus, suivant mal leur thérapeutique.

4.h Affections associant atteintes cutanées et atteintes Hématologiques

Les lymphomes sont des maladies très rares. A Oran, MIDOUN dans sa thèse(121) n'a recensé que quelques cas seulement de lymphomes cutanés à cellules « B ».

Le mycosis fongoïde (M.F) est aussi rare. Dans sa thèse, Taboudoucht (170) a colligé 12 cas de M.F à Alger de 1950 à 1972, 3 cas à Oran de 1961 à 1972 et 3 cas à Constantine de 1950 à 1972. Récemment, à Alger, AMMAR-KHODJA et coll.(171) ont noté aussi cette rareté et les lymphomes cutanés ne représentent que 8.5 de l'ensemble des tumeurs cutanées malignes, alors qu'en Tunisie, pour KAMOUN et coll.(172), les sarcomes, les lymphomes, les métastases totalisent 21.8% de l'ensemble de la pathologie tumorale maligne.

4.i Affections associant atteintes cutanées et atteintes Cardio-Vasculaires : Syndrome de Sneddon

Trois patientes présentent une symptomatologie similaire : livédo idiopathique, accidents vasculaires cérébraux, biologie lupique négative, hypertension paro-xystique et troubles neurologiques. La biopsie du livédo pratiquée chez 2 de nos patientes montrent quelques dilatations capillaro-veinulaires des papilles et du derme superficiel avec une légère augmentation d'épaisseur des parois vasculaires et une augmentation des couches péricytaires. L'aspect caractéristique d'endartérite oblitérante au niveau des artérioles du derme profond ou de l'hypoderme n'a pas été trouvé. Nos observations satisfont les critères du syndrome de Sneddon(173), malgré « les contorsions entre mailles et circonvolutions conduisant à privilégier une conception ouverte » du syndrome de Sneddon, entité aux limites encore floues et mobiles(174).

4.j Affections associant atteintes cutanées et atteintes Endocriniennes

4.j.1. Hypothyroïdie

Si les manifestations cutané-phanériennes au cours de l'hypothyroïdie, particulièrement dans les formes primitives, sont fréquentes(175) : myxœdème par infiltration diffuse de la peau donnant un faciès bouffi caractéristique, pâleur, froideur et sécheresse cutanée, état ichtyosique, baisse des sécrétions sudorales et sébacées, fragilité cutanée et unguéales, par contre les kératodermies palmo-plantaires sont rarement décrites(176). Les hormones thyroïdiennes et la T.S.H participent au bon fonctionnement des structures cutanées. Aussi, leur dysfonctionnement entraîne obligatoirement des modifications cutané-phanériennes dont la kératodermie palmo-plantaire. Le traitement substitutif par hormone thyroïdienne entraîne une amélioration considérable de la kératodermie et ce que nous avons constaté pour nos quelques cas dont un déjà publié(177). Les kératodermies palmo-plantaires posent assez souvent le problème de leur étiologie. Une kératodermie palmo-plantaire survenue dans contexte d'hypothyroïdie ne doit pas être oubliée.

4.j.2. Hyperthyroïdie

Quelques cas d'érythrodermie psoriasiforme après traitement d'une maladie de Basedow se sont présentés à notre consultation pour avis. L'origine iatrogène de cette éruption nous paraît très probable et le propranolol semble être le médicament en cause. C'est le cas pour notre premier patient(178). En effet, les bêtabloquants sont bien connus pour déclencher des éruptions psoriasiformes ou aggraver le psoriasis(179).

4.k Dermatoses et maladies Infectieuses

4.k.1. La fièvre typhoïde (F.T)

La F.T est une maladie infectieuse due à des salmonelles, de transmission hydrique posant un problème de santé publique non encore résolu en Algérie. Ne posant aucun problème diagnostique dans sa forme habituelle, il existe cependant des formes atypiques qui nécessitent alors tout l'apport de la clinique. Les taches rosées lenticulaires(T.R.L) qui réalisent une roséole prennent ainsi toute leur valeur, les formes atypiques de la F.T peuvent amener parfois le patient à consulter en dermatologie, en raison des manifestations cutanées. S'il est légitime de penser à la syphilis secondaire, en présence d'une roséole, cette salmonellose ne doit pas être oubliée, surtout si le contexte épidémiologique s'y prête. Les T.R.L étaient retrouvées dans 14.23% des cas de F.T dans une première étude(180) et 16.3% dans la seconde étude (181). Un autre signe cutané de la F.T, l'érythème à été retrouvé dans la première étude(180) doit faire partie du bilan de la F.T.

4.k.2. La brucellose

La brucellose est une anthroponose due à un bacille gram négatif du genre Brucella. Des manifestations cutanées sont rapportées dans 1.5 à 11.% des séries(182). Des signes cutanés peuvent alors apparaître et faciliter le diagnostic. Dans notre région où l'affection est fréquente depuis quelques années (1991: 50 cas, 1992: 70 cas, premier semestre 1993: 40 cas). nous avons un cas de vasculite allergique au cours de la brucellose(183). Les manifestations cutanées au cours de la brucellose sont de plusieurs types et Ariza et coll.(184) les classent en 4 groupes: éruption papulo-nodulaire disséminée (la plus fréquente), érythème noueux, le purpura extensif et l'éruption maculo-papuleuse diffuse. Des ulcères cutanés à Brucella(185) des vasculites allergiques(186) sont aussi rapportés dans la littérature.

La brucellose, facile à reconnaître dans son contexte, est une étiologie de vasculite qu'il ne faut pas oublier.

4.k.3. le charbon

Le charbon est une maladie avant tout animale, due à Bacillus anthracis, encore fréquente dans les pays en développement. Nous rapportons le cas du jeune garçon hospitalisé en Médecine Infectieuse du C.H.U.Tlemcen, pour lequel l'avis dermatologique a corrigé le retard diagnostique(187).

L'examen dermatologique retrouvait sur la jambe une plaque escarrotique, noirâtre, de 2 à 3 cm, très adhérente, entourée d'une aréole inflammatoire. Le diagnostic était posé et confirmé par l'examen bactériologique et l'examen histologique qui montrait une nécrose épidermique avec formation d'une plaque escarrotique recouvrant un derme sans infiltrat inflammatoire ni thrombose vasculaire. La pénicilline G, 5 millions d'unités/jour pendant une dizaine de jours a été efficace.

Au Maghreb, c'est essentiellement le contact avec les peaux de mouton(188) (189), utilisés traditionnellement comme tapis qui est invoqué.

Dans notre observation, la localisation à la jambe est plutôt inhabituelle, cachée au regard, expliquant le retard diagnostique, dans une région où le charbon est connu des éleveurs: « Téhal ». A El Bayadh, département limitrophe d'Aïn-Sefra, une enquête sur le terrain par une équipe de vétérinaires et de médecins trouvait en 1987 plusieurs cas de charbon chez l'homme et mouton.

Conclusion :

Au sein des maladies infectieuses encore trop fréquente dans les pays du Maghreb, le charbon, cette anthroponose pouvant avoir un pronostic redoutable par certaines localisations, sur un terrain déficient ou par une atteinte viscérale, mérite toute l'attention du médecin, et notamment le dermatologue.

5. DERMATOSES NEUTROPHILIQUES

55 cas de dermatoses neutrophiliques, la prédominance féminine est très nette, 7 femmes pour 1 homme, l'âge moyen est de 47.33 ans. Le tableau anatomo-clinique est classique dans la majorité des cas.

2 cas d'une dermatose chronique furonculoïde avec, une fois, coexistence d'image histologique de syndrome de Sweet et d'hydradénite eccrine neutrophilique(HEN), un cas de SyS pustuleux avec une histologie d'HEN et une fois coexistence d'un SyS et d'un pyoderma gangréneux.

Les pathologies associées : Une leucémie lymphoïde chronique compliquée d'ascite tuberculeuse, une tuberculose ganglionnaire et une tuberculose ulcéreuse péri-anale.

Discussions

Le syndrome de Sweet n'est pas rare(190), et en 1993, Sitjas(191) retrouvait plus de 450 cas publiés dans la littérature ; notre expérience de quinze années nous a montré que sa fréquence est sous-estimée car cette dermatose est peu ou mal connue par beaucoup de médecins. Pourtant, elle a une allure suffisante typique des points de vue clinique, histologique, évolutif et thérapeutique ; dans de rares cas, les critères diagnostiques définis par Su et Liu(192) peuvent être utilisés. C'est une affection touchant avec prédilection la femme d'âge mûr. Des cas pédiatriques n'ont été rapportés que rarement(193) (194). Elle évolue sur un mode aigu, souvent après un épisode rhinopharyngé initial. Des papulonodules, isolés ou en plaques, sur les membres, le cou, le décolleté, et plus rarement la face, ont une disposition plus ou moins photodistribuée. La couleur rouge vif ou sombre, la douleur locale, achèvent la caractérisation de ces lésions. Une atteinte muqueuse peut être associée : lésions aphtoides buccales, œil rouge(conjonctivite, épisclérite) ; l'association avec la maladie de Behcet a été décrite(195) les signes généraux sont à type de fièvre, arthralgies, parfois arthrites. La polynucléose et la neutrophilie sanguines sont habituelles, de même qu'un syndrome inflammatoire. A la phase aiguë, l'image histologique est fort évocatrice : œdème dermique superficiel avec infiltrat neutrophilique.

L'évolution est classiquement d'allure aiguë, avec une très bonne réponse aux corticoïdes généraux ; des cas de guérison spontanée sont décrits. L'intérêt du syndrome de Sweet, si ce n'est le principal, est l'association avec les hémopathies malignes, notamment avec les leucémies aiguës myéloblastiques. Dans leur revue de la littérature, Cohen et coll.(196), la retrouvent dans 20% des cas ; Clemmensen et coll.(197) considèrent le syndrome de Sweet comme un marqueur d'une pathologie maligne. La recherche d'une tumeur solide, notamment un carcinome mammaire ou génito-urinaire (198)(199)(200) peut aussi s'imposer de nombreuses publications décrivent des associations à des affections inflammatoires chroniques ou dysimmunitaires comme la polyarthrite rhumatoïde (201), le lupus sous-aigu (202), la sarcoïdose(203), le syndrome Sjögren(204), la maladie de Behcet(205), la maladie de Crohn(206) (207), la rectocolite hémorragique(208) la thyroïdite d'Hashimoto(209). Des cas d'associations avec des infections sont aussi rapportés: *Yersinia enterocolitica* (210), colibacilles(211), *Salmonella typhimurium*(212), toxoplasmose(213), vaccination par le B.C.G (214). Les trois cas de tuberculose que nous rapportons(190) méritent certainement l'intérêt pour cette association bien que la fréquence de l'incidence de la tuberculose dans les pays du Maghreb qui doit être prise en considération.

Enfin, des syndromes de Sweet après traitement par minocycline(215) (216), hydralazine(217)(218), cotrimoxazole(192), furosémide(219), et G-CSF(220) (221) ont été décrits.

Actuellement, la pathogénie du syndrome de Sweet est encore inconnue. Sweet en 1979(222) pensait à une hypersensibilité à un antigène bactérien, viral, ou tumoral. Going (223) soulève l'hypothèse que le médiateur impliqué est l'interleukine1. Classiquement, l'infiltrat dermique du syndrome de Sweet est constitué de polynucléaires neutrophiles, et ces cellules jouent un rôle central dans la pathogénie du syndrome. Delabie et coll.(224) trouve que l'infiltrat est fait de dendrocytes

dermiques. Pour Misery et coll.(225) la découverte de dendrocytes et l'absence de neutrophiles dans l'infiltrat dermique chez une patiente en agranulocytose leur permettent de suggérer que le dendrocyte dermique est la cellule-clé qui synthétiserait diverses cytokines(interleukine1, 8, G-CSF, GM-CSF) qui provoqueraient un afflux de neutrophiles. Les dermatoses neutrophiliques représentent un groupe d'affections qui se définissent par un infiltrat cutané à polynucléaires neutrophiles, dont le *primum movens* n'est pas connu(226). A côté des formes connues, (erythéma elevatum diutinum, pyoderma gangrenosum (PG), pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson, syndrome de Sweet, pustulose à IGA intra-épidermique), il existe des formes intriquées, atypiques ou complexes. Parmi nos cas de syndrome de Sweet, un fait qui nous paraît notable est le tableau de dermatose chronique furonculoïde observés chez 2 patientes obèses(227). L'image histologique était celle d'un syndrome de Sweet une fois et celle d'une hidradénite eccrine neutrophilique une autre fois. Cette parenté entre les 2 dermatoses neutrophiliques est encore accentuée dans 2 autres cas de syndrome de Sweet où, une fois, l'image histologique était celle d'une hidradénite eccrine neutrophilique(HEN) et une autre fois, celle de syndrome de Sweet avec infiltrat neutrophilique périglandulaire eccrine. L'H.E.N décrite en 1982 par Harrist et coll.(228), a besoin d'être redéfinie, car actuellement on ne la rencontre plus seulement lors de leucémies sous chimiothérapie. Moisson et coll.(229) en colligeaient 31 cas en 1992 lors d'hémopathies malignes principalement, de cancers solides, mais aussi chez des patients infectés par le V.I.H (3 cas), d'insuffisance rénale chronique (1 cas) ou en l'absence de pathologie associée; chez 80% des patients, une chimiothérapie avait été reçue, essentiellement la cytarabine et la daunorubicine. L'aspect clinique est proche de celui de syndrome de Sweet, et l'infiltrat neutrophilique est localisés dans et autour des glandes sudorales eccrines avec nécrose des cellules épithéliales eccrines. Chez un patient de sexe masculin, on a pu observer un syndrome de Sweet récidivant avec des plaques relativement fixes et, lors d'une poussée, un aspect clinique et histologique de P.G. Des P.G. typiques ou superficiels (bulleux) ont été décrits en association avec le syndrome de Sweet ; de même, des syndromes de Sweet atypiques, bulleux, posent le problème de la coexistence des deux affections, que certains préfèrent intégrer dans le concept de spectre des dermatoses neutrophiliques(230) (231).

Sur le plan thérapeutique, les corticoïdes généraux sont le traitement de référence. Cependant, d'autre médicaments ont été essayés avec succès: iodure de potassium proposé par Horio et coll.(232), colchicine utilisée par Suehisa et coll.(233). Dans notre expérience ce dernier médicament est suffisamment efficace pour qu'on utilise en première intention, d'autant plus que la tolérance de la colchicine était bonne et on n'a pas enregistré de toxicité et enfin la prise unique d'un comprimé ou d'un comprimé et demi facilement accepté et pris par le malade. Certains auteurs ont essayé les cyclines: minocyclines dans le P.G.(234), doxycycline dans le syndrome de Sweet(235), alors des cas de syndrome de Sweet(215) (216), ont été décrits après traitement par minocycline. Nous avons pu observé l'efficacité de la doxycycline chez une patiente souffrant d'une dermatose neutrophilique atypique(227). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont potentiellement une action dans le syndrome de Sweet. Dans leurs études, sur 10 cas, Jeanfils et coll.(236) montrent l'action intéressante de l'indométacine, efficace dans 90% de leur cas

6. LES DERMATOSSES BULLEUSES

parmi les affections bulleuses recensées, les dermatoses bulleuses auto-immunes représentent la moitié des cas, essentiellement la pemphigoïde bulleuse, la dermatite herpétiforme et les pemphigus.

- En comparant notre petite série de pemphigus avec celle des Tunisiens (237), nous avons noté quelques points suivants :

- 1) la rareté des cas observés (20 cas en 15 ans) alors que chez les Tunisiens, l'incidence est élevée.
- 2) l'atteinte préférentielle chez la femme (60% de nos cas) d'âge mur en moyenne, alors que chez Tunisiens la femme jeune est plus souvent concernée avec la fréquence des pemphigus superficiels.

- En ce qui concerne les toxidermies bulleuses, le Tegretol semble le médicament inducteur dans 3 cas chez les patients traités par ce médicament pour un syndrome dissociatif (schizophrénie), l'ospamox dans un cas, rovamicyne dans 2 cas, Dépakine dans un cas.

A noter qu'une pustulose exanthématique aiguë généralisée induite par ampicilline dans un cas (238) et un érythème pigmenté fixe induite par la griséofulvine dans un cas (239)

- L'érythème polymorphe bulleux à type de syndrome de Stevens-Johnson est noté 16 fois. L'origine infectieuse est suspectée mais non prouvée.

- Enfin, c'est essentiellement l'épidermolyse bulleuse acquise qui est observée dans notre série, définie par les critères classiques : histoire familiale négative, début tardif, apparition des bulles en zones traumatisées, cicatrices atrophiques etc

7. LES TROUBLES DE LA DIFFERENCIATION EPIDERMQUES

Trois affections prédominent : le psoriasis, le nævus épidermique et l'ichtyose

7.1. le psoriasis

Le psoriasis, génodermatose la plus fréquente, représente 5.8% de la consultation. Il atteint les deux sexes ; le sexe masculin est le plus concerné et l'atteinte infantile représente une proportion de 22.6 %. Les formes complexes ou compliquées (érythrodermie, arthropathie, psoriasis pustuleux) représentent 5.7% de l'ensemble du psoriasis. Ce profil épidémiologique se rapproche des études du centre de l'Algérie (240), puisque cette affection représente 3 à 6% des consultations avec une prédominance masculine, que l'atteinte infantile est de 28.78% et que les formes compliquées représentent 12.7% . par contre en Tunisie, ZERTAL et coll. (241), sur une étude de deux ans, montrent que le psoriasis représente 3% des motifs de consultation avec une nette prédominance de l'atteinte infantile, données se rapprochant des pays industrialisés (242) (243)

7.2. Le naevus épidermique

C'est essentiellement les nævus verruqueux simples que nous avons observés, gênant par le caractère inesthétique. Un cas de nævus verruqueux linéaire de tout un hémicorps chez un homme, né de parents non consanguins et indemnes évoluant depuis l'âge de 4 ans.

7.3. Ichtyoses

Parmi les ichtyoses que nous avons recensées, l'ichtyose autosomique dominante ou ichtyose vulgaire semble la plus fréquente ; quelques cas d'ichtyoses récessives liées à l'x, d'erythrodermies congénitales ichtyosiformes bulleuses et non bulleuses et quelques cas de bébé collodion.

Nous avons aussi observé 2 cas de kid syndrome avec pachydermatoglyphie, avec dans un cas un syndrome de Dandy-Walker (244). Dans nos deux observations, la kératodermie palmaire correspond bien à la description princeps et nous pensons donc qu'il faut intégrer le kid syndrome, comme cause possible de la pachydermatoglyphie.

Nous avons aussi noté, 2 cas de desquamation familiale continue (D.F.C), variété d'ichtyose héréditaire transmise sur un mode autosomique récessif. La D.F.C est surtout rapportée dans les pays du sud de la Méditerranée (245) (246). Deux types sont actuellement reconnus : type « A » et type « B ».

Les rétinoïdes oraux peuvent être indiqués dans les cas mal supportés, en période estivale surtout où la fragilité cutanée est majorée par la chaleur et sudation.

8. KERATODERMIES PALMO-PLANTAIRES HEREDIDAIRES

Les kératodermies palmo-plantaires se définissent comme des épaisissements permanents du stratum corneum. Elles peuvent être focales ou diffuses et s'associer à des localisations

hyperkératosiques à distance et à des manifestations viscérales. Nous avons observé quelques cas de kératodermie palmo-plantaires diffuses.

8.1. Acrokérato-élastoïdose de costa

2 cas observés chez deux sœurs nées de parents cousins germains non atteints. Il s'agit de lésions papuleuses lenticulaires, de couleur blanche ou de celle de la peau normale, isolées ou groupées en plaques sillonnées par les plis naturels, siégeant sur les éminences thénars, les bords latéraux des mains et des doigts et le dos des articulations interphalangiennes. Aux pieds, les lésions qui siègent sur les bords latéraux, aux creux plantaires et sur les talons, sont beaucoup plus kératosiques et prennent un aspect translucide. Une hyperhidrose n'est notée que chez une seule. L'examen histologique montre sous un épiderme acanthosique et hyperkératosique, un réseau élastique amenuisé avec des fibres plus courtes et moins épaisses au niveau du derme moyen. Il s'agit donc de deux observations typiques mais frustes d'acrokératoélastoïdose de costa. Le mode de transmission (autosomique récessif ?) paraît inhabituel par rapport aux données de la littérature (247)

8.2. Maladie de Méléda

Deux frères, nés de parents consanguins, présentent une maladie de Méléda typique. Chez un, le plus jeune, il présente en plus, aux antécédents de luxation congénitale des deux hanches et de hernie inguinale gauche, une petite taille et a eu un retard pubertaire, une hyperhidrose palmo-plantaire, des doigts d'aspect tortueux, un chevauchement des deux derniers orteils, à l'E.E.G sont retrouvées des bouffées lentes antérieures au tracé activé, et à la radiologie, une spinabifida, une gracilité relative des os longs et des doigts avec désaxation des deux derniers orteils, au niveau du crâne, une tendance à la platibasie.

A la différence des autres kératodermies diffuses héréditaires, la maladie de Méléda se transmet sur un mode récessif. Elle est facilement reconnue par son caractère transgrediens, débordant les paumes et les plantes et progrédiens, évoluant par poussées toute la vie. Elle représente un handicap majeur justifiant au long cours des rétinoides. Une surinfection fongique peut se voir et un traitement approprié peut à lui seul améliorer l'hyperkératose.

Mis à part la spinabifida occulta, anomalie relativement fréquente, les anomalies osseuses et électroencéphalographiques chez un de nos patients sont probablement à mettre sur le compte de cette maladie.

9. KERATOSES

Les kératoses talonnières

Elles sont observées fréquemment dans les pays du Maghreb et cet état représente parfois un motif de consultation (248).

Le mode de vie traditionnel joue un rôle important dans la genèse de cette kératose mécanique et caustique.

Marcher pieds nus sur un sol humide, utiliser les détergents pour laver le sol, porter des sandales en plastique, autant d'éléments favorisant. Ce qui signifie que ce sont les femmes les plus touchées. D'autres paramètres, entre autre la plante du pied débordant la semelle de la chaussure ainsi que l'obésité peuvent accentuer cette hyperpression localisée. Chez homme, cet état cutané est surtout observé l'été, avec le port des babouches, ou toute autre chaussure ouverte.

L'aspect clinique réalisé est celui d'un épaissement hyperkératosique, rêche touchant principalement le débord des talons et pouvant gagner les faces latérales externes des pieds. Par la suite, peuvent apparaître des fissures très douloureuses gênant la marche, véritable porte d'entrée pour les germes. C'est à ce stade que l'on voit surtout les femmes.

Si cet état clinique est le plus souvent évocateur, il ne faut cependant pas méconnaître une kératodermie héréditaire ou entrant dans le cadre d'une dermatose telle que psoriasis ou dermatophytie par exemple.

La thérapeutique basée sur la vaseline salicylée peut être assez décevante. On peut y adjoindre des antiseptiques et des pommades « cicatrisantes » lors de fissuration.

Cependant, parallèlement à la thérapeutique, la solution radicale à ce problème peut être trouvée : porter tout simplement des chaussures fermées et surtout enveloppant et enserrant les talons.

10. SYNDROMES COMPLEXES AVEC DYSPLASIE PILAIRE

Les dysplasies ectodermiques constituent un vaste groupement nosologique à limites imprécises donnant lieu à des syndromes innombrables et complexes s'intégrant dans des cadres malformatifs variables.

L'association d'anomalies des dérivés ectodermiques réalise de nombreux syndromes entrant dans le cadre d'une dysplasie ectodermique(D.E) et l'atteinte d'autres organes rend beaucoup plus imprécises encore les limites de ce cadre nosologique.

Quatre observations de D.E dans une famille consanguine où les anomalies rencontrées nous paraissent inhabituelles(249). Nos observations peuvent entrer dans le sous groupe 1-2-3 de la classification des dysplasies ectodermiques(d'après Freire - Maia et Pinheiro), associant anomalies pilaires, dentaires, unguéales et ne constituer qu'une variante de la D.E hidrotique de Clouston(D.E.H). Cependant, la dysplasie unguéale, signe majeur de la D.E.H, est inconstante et incomplète dans cette fratrie et se présente comme un caractère progressif ou acquis, ce qui est contre la définition de la D.E. De plus, le mode de transmission en dominance, bien illustré dès l'observation princeps de Clouston(118 cas dans une famille), n'est pas trouvé dans nos observations, comme celle d'ailleurs de BONAFE et coll.(250). L'atteinte des enfants seulement et la consanguinité parentale semblent plus en faveur d'un trait récessif. La syndactylie n'est pas un signe habituel de la D.E.H.

Nos observations un peu particulières de D.E représentent elles une autre variante de la D.E.H de Clouston ou bien méritent elles une autonomie comme le syndrome de Whiting ou la D.E avec pili torti et syndactylie ?

La classification de Freire-Maia et Pinheiro nécessite peut être une réactualisation dans un but de simplification.

11. PUVATHERAPIE

Certains de nos patients ont bénéficié de la puvathérapie.

Il s'agit de 147 psoriasis(surtout disséminé) 59 cas de vitiligo(disséminé), 29 cas pelades décalvantes totales, 11 prurits généralisés chez les hémodialysés, 9 parapsoriasis, et 5 eczémas atopiques ce qui fait un total de 260 patients.

Après avoir pris les précautions d'usage en respectant les contre-indications: cataracte, antécédents de cancer cutané etc, et après avoir fait faire pratiquer à chaque malade avant l'institution de la thérapeutique un examen ophtalmologique et faire acheter aux patients une paire de lunettes solaires qu'il portera pendant les six à huit heures suivant la séance, on a utilisé le protocole classique au rythme de trois séances par semaine avec une dose de départ déterminé d'après le phototype.

Nos résultats concordent dans l'ensemble avec les données de la littérature(251)(252).

Et si pour P. THOMAS(la puvathérapie est un bon traitement du psoriasis mais ce n'est pas le traitement du psoriasis), cette phrase ou plutôt cette idée peut être étendue à l'ensemble des affections que nous avons traitées par cette thérapeutique, telle la pelade, vitiligo, le prurit des hémodialysés(la seule pathologie traitée par U.V.B), et parapsoriasis. Dans ces affections, une prise en charge globale des patients s'impose.

Le risque carcinogène cutané est bien connu et impose des précautions aussi bien dans le traitement, le suivi régulier des malades que dans le respect des doses cumulées à ne pas dépasser(252).

Enfin nous constatons l'utilisation des appareils de bronzage utilisés dans des cabines des esthéticiennes et de certains salons de coiffure à visée esthétique. Comme l'a souligné P.THOMAS (253), le bronzage ne peut être une activité médicale, mais une surveillance médicale est justifiée en raison de son effet immunosuppresseur. Ces risques réels ou potentiels à long terme du bronzage U.V.A, nécessitent la prise rapide des mesures destinées à protéger le public (253).

12. DERMATOLOGIE DE LA PEAU NOIRE

Bien que les habitants de Tlemcen et sa région sont plutôt de race blanche, avons nous consulté un certain nombre de patients de race noire et nous avons éprouvé quelques difficultés car la sémiologie en peau noire nous est pas familière. Comme l'ont soulignés A. Basset et coll.(254), la pigmentation mélanique est l'élément dominant de l'originalité de la peau noire et en raison de la mélanodermie, toute ou une partie de la nomenclature dermatologique tel que érythème, érythrodermie, pityriasis rosé et rubra ne s'applique pas à la peau noire. Par exemple, l'érythème est noir ou violet foncé, que l'homme rouge d'Hallopeau est gris ardoisé et la difficulté de faire un diagnostic d'une rougeole ou d'une roséole pour un œil non exercé.

Aussi, avons nous pratiqué par nécessité de diagnostic quelques biopsies et avons observé par la suite de fibromes dermiques hypervascularisés. Cette tendance aux chéloïdes bien connue dans la race noire impose une prudence lors d'une biopsie.

L'énorme superficie de l'Algérie avec sa diversité géoclimatique, ses immenses frontières avec notamment les pays d'Afrique noire et avec les différents mouvements bien connus des population font l'enseignement de la sémiologie dermatologique sur peau noire et de la dermatologie tropicale devient une nécessité, voire une obligation.

13. ECZEMAS ET DERMATOSES SPONGIFORMES

Les eczemas et dermatoses spongiformes sont un motif fréquent de consultation. 10.4% de nos patients consultent pour ce type de dermatoses. Cette fréquence a été remarquée aussi à Alger, puisque trois groupes(dermatoses infectieuses, dermatoses réactionnelles, et dermatoses parasitaires) représentent les 2/3 des consultants(1)(2).

Les eczemas et dermatoses spongiformes constituent à Alger durant 1956 à 1965, 19.3% des consultants(1) et 1992(2) le chiffre est relativement le même avec 17.8%(2). Ces affections sont représentés essentiellement par l'eczéma .

L'eczéma

Toutes formes cliniques confondues dont avons nous déjà signalé sa fréquence(255), enregistre 9791 cas sur un total de 12462 dermatoses réactionnelles.

Si les formes d'eczéma indéterminé sont nombreuses, par contre la dermite de contact avec 21.61% des eczemas prédomine chez la femme adulte jeune, le plus souvent les détergents et l'eau de Javel étant les allergènes les plus incriminés. Chez l'homme, le ciment avec le chrome qu'il contient, semble l'allergène le plus en cause.

La dermatite atopique constitue 11.98% de nos consultations d'eczemas. C'est une pathologie observée essentiellement chez l'enfant. Si son diagnostic ne pose que rarement des difficultés, il

existe cependant des cas où l'intérêt des critères de Hanifin et Rajka (acta dermatol. Vénereol« Stochk » 1980, suppl. 92, 44) garde toute sa valeur. La prédisposition génétique - terrain atopique - et les facteurs environnementaux sont importants à connaître dans la prise en charge de cette affection chronique parfois angoissante pour les parents. Malgré le développement de thérapeutiques efficaces, nous assistons à l'augmentation régulière de cette affection, particulièrement dans les pays développés.

14. . DERMATOSES DES ETATS D'HYPERSENSIBILITE

14.1 Urticaires

C'est surtout sa forme chronique qui prédomine, et 1413 cas sont recensés. Si l'urticaire est une affection courante, banale, de diagnostic facile, la complexité réside dans la recherche de l'étiologie surtout quant elle passe à la chronicité. Des bilans assez lourds et coûteux peuvent être demandés sans pour autant aboutir à de résultats concluants. Cette recherche est donc souvent négative comme le soulignent différents auteurs: Y. de Prost parle de $\frac{3}{4}$ des cas(256), J. Meynadier et coll. retrouvent 52 urticaires idiopathiques sur une série de 150(257). Au cours de l'entretien, des troubles psychiques peuvent être notés : difficulté familiale ou sociale, émotivité, anxiété etc. Meynadier et coll.(257) les retrouvent dans 55% des cas, et ils en sont la cause unique dans 8% des cas. Durant plusieurs années, nous avons rencontré fréquemment cette pathologie où l'étiologie psychogène occupait une place non négligeable, et la collaboration dermatologue - psychiatre à été une expérience fructueuse de notre pratique(258). Cependant, il ne semble pas exister selon A. Aron-Brunetière et H. Loo(259) de personnalité particulière au plan psycho-pathologique, tout au plus, les urticariens auraient-ils une tendance plus prononcée à l'hyperactivité physique, une difficulté à extérioriser les émotions. Sur le plan pratique, en l'absence d'une cause évidente et avant d'entamer une investigation lourde et coûteuse, la collaboration du dermatologue avec le psychiatre peut être fructueuse. Les soins dermatologiques peuvent être complétés par une chimiothérapie psychotrope neuroleptique, antidépressive ou tranquillisante ou par une assistance psychothérapique.

14.2. Dermatoses médicamenteuses (Dermite des corticoïdes)

La corticothérapie locale est devenue une thérapeutique indispensable en dermatologie. Les dermocorticoïdes sont utilisés pour leurs propriétés anti-inflammatoire, anti-proliférative et antiprurigineuse. La recherche de cette action souvent spectaculaire liée à la méconnaissance des règles de prescription conduit malheureusement à des utilisations abusives sources d'effets secondaires multiples. Nous avons recensé 193 patients, aussi bien l'adulte, l'homme et la femme, que l'enfant, traités à tort par dermocorticoïdes. Souvent, les malades soumis à cette pratique sont vus au stade de complications. Les affections traitées à tort sont d'abord les mycoses, ce traitement transforme la sémiologie initiale et rend le diagnostic mal aisé. Il s'agit essentiellement de la dermatophytie unguino-crurale (eczéma marginé de Hebra) de la dermatophytie de la peau glabre (herpes circiné). En suite, les dermatites du siège du nourrisson; l'application prolongée des dermocorticoïdes réalise des lésions inquiétantes nodulaires, le granulome glutéal infantile. Et enfin les acnés: du fait leur action anti-inflammatoire, les dermocorticoïdes entraînent une amélioration passagère qui incite le patient à une utilisation prolongée, source de cortico-dépendance et d'effets secondaires majeurs. En dehors de ces groupes d'affections fréquemment rencontrées, l'application des dermocorticoïdes est devenue quasi-systématique devant toute lésion dermatologique de nature « allergique » expliquant ainsi l'apparition d'une pathologie nouvelle. A titre d'exemple, nous avons observé au cours de 5 années 34 cas de dermite périorale, affection de l'ère des dermocorticoïdes fluorés(260).

Cette corticothérapie locale utilisée aveuglement nous a incité à exposer aux malades toute la gamme des dermocorticoïdes afin qu'ils puissent reconnaître aisément le produit « accusé ». L'application de ces « pommades miracles », parfois dans d'une visée esthétique souvent par automédication,

conseillées par des amis, délivrées sans ordonnance dans une officine, prescrites à tort par un médecin, amène finalement le malade à consulter après des semaines, voire des mois. Pourtant la prescription des topiques doit obéir à des règles rigoureuses. Les dermocorticoïdes en font partie et sont d'ailleurs classés au tableau « A ».

Les dermocorticoïdes représentent une thérapeutique efficace, parfois irremplaçable. Plus ils sont puissants et plus leurs effets secondaires sont marqués seul le respect des règles de prescription permet d'en tirer un profit optimal sans les inconvénients.

15. M.S.T ET SOCIETE

Au même titre que les autres conduites instinctives, la sexualité est un besoin physiologique. Elle est le moyen de pérennisation de l'espèce humaine. Abordée par les diverses religions et culturel, elle a toujours obéi à des normes.

Réprimé ou valorisé dans le temps, le fait sexuel est devenu objet d'études ; parallèlement les mutations sociales et la recherche du « toujours plus » ont abouti à des dépassements et à des errements accomplis au nom de la liberté sexuelle et qui traduisent la crise du monde moderne. Nous parlerons donc des problèmes que pose actuellement la sexualité sur la plan social et sur le plan médical.

15.1. Nouveaux modes de vie, nouveaux comportements sexuels

La sexualité est un comportement répondant à notre biologie et obéissant à une éthique sociale. Dans nos sociétés traditionnelles, elle est valorisée et ne se conçoit que dans le cadre du mariage, contrat constituant la base de la famille. Le respect de ces normes ne découle pas uniquement d'un mimétisme social mais surtout de l'adhésion à des préceptes religieux. En dehors de ce contexte, la sexualité est pour le moins mal vécue, sinon pénalisée.

Mais, à une époque où l'« Economique » précède le « Culturel », ces sociétés ont vu leurs structures ébranlées par le suivisme aveugle, tant sur le plan économique que social, de modèles de sociétés dites développées. Cette acculturation a eu pour conséquence de profonds bouleversements, en particulier au niveau des comportements sexuels.

Les médias ont bien sûr un rôle majeur dans l'universalisation de cette société des loisirs, des plaisirs et de la consommation, et les attitudes permissives ont favorisé l'extension de comportements naguère marginaux tels que les toxicomanies, les déviances sexuelles. Elles ont surtout « commercialisé » le sexe.

Aussi n'est - il pas étonnant que dans les maladies sexuellement transmissibles les nouvelles catégories à risque, soient représentées par les adolescents, les toxicomanes et les déviants sexuels.

15.2. Boulimie sexuelle et péril vénérien

La liste des maladies sexuellement transmissibles est loin d'être close. Jadis limitée à quelques affections surtout bactériennes, elle s'étend maintenant à des affections parasitaires, virales dont la dernière née est le SIDA. Aussi le nombre de spécialistes concernés par ces maladies a-t-il augmenté, regroupant toute une liste allant du praticien au biologiste.

Au niveau des faits et en tant que médecins, nous ne pouvons que lier ces 2 phénomènes que sont la boulimie sexuelle et la recrudescence des M.S.T. Ce fléau, véritable péril vénérien ne respecte aucune frontière même si certains pays sont moins touchés que d'autres et un petit moment le plaisir se paie parfois chèrement par des retentissements sur la fonction sexuelle ou reproductrice. Ces retentissements sont générateurs de conflits de stérilité et pèsent lourdement de leur coût économique et social de plus en plus élevé.

Les capacités de résister à ce phénomène ne se trouvent pas au niveau des structures de santé, si efficaces soient - elles (n'est - il pas illusoire de vouloir médicaliser un comportement aussi intime que la sexualité ?) mais bien au niveau de l'individu capable de mobiliser seul toutes ses facultés face

à la lente désagrégation des valeurs morales et spirituelles, et de rompre cette terrible chaîne de transmission de la maladie. Face au vénérien, le médecin est confronté à deux attitudes : rester très technique, c'est-à-dire réparer une « mécanique » en panne, ou bien quitter cette froideur scientifique et intervenir au niveau des sociétés qui ont perdu leur auto-contrôle en leur rappelant que derrière « l'éphémère » il y a « l'immuable ».

Le sexe, après son premier défi lancé par Freud, lance un second défi sous le masque du SIDA.

15.3. Mais l'homme n'est ni âme pure ni animal ;

Sa sexualité doit se prévaloir d'un comportement harmonieux et équilibré, pulsion vitale que modère un contexte socioculturel et éthique. Cette harmonie rompue, les déséquilibre générateur de troubles, et la transgression des normes se fait souvent au détriment de la santé du groupe posant ainsi un véritable problème à la société.

A ce propos, nous rappelons cet enseignement du Saint-Coran qui dit : « *El voilà en toute droiture mon chemin ; suivez-le n'empruntez pas les sentiers déviants car ils vous écarteraient de son sentier* » (sourate ; Verset 153 Traduction du Saint-Coran par M. Hamidullah)

CONCLUSION

Conclusion

La pathologie cutanée est aussi vaste que variée. 144 157 patients ont consulté dans notre service durant quinze années sur une période s'étalant de 1981 (date d'ouverture du service) à 1995, représentés par 41% de femmes, 33% d'homme et 26% d'enfants. L'activité globale du service est dominée par quatre grandes types de pathologie : Les troubles de la différenciation épidermique (dominés essentiellement par le psoriasis) avec 66,1%, les dermatoses infectieuses (surtout des dermatoses infectieuses non spécifiques et les mycoses "Onyxis et mycoses de la peau glabre et des plis, les teignes ") avec 21.5% , les eczémas et dermatoses spongiformes (eczémas surtout) avec 10.4%, et les dermatoses tumorales (surtout les tumeurs bénignes, essentiellement les kystes épidermiques) et les tumeurs malignes (surtout carcinomes baso-cellulaires et spino-cellulaires) avec 02% .

- Dans les dermatoses selon la topographie, le cuir chevelu semble le plus touché avec 39.2% .

- Dans l'ensemble, les maladies cosmopolites occupent le premier rang dans les préoccupations courantes du dermatologue.

- Dans les myco-bactérioses, si la lèpre est rare, par contre l'incidence de la tuberculose semble en augmentation.

- La découverte de certains champignons, inhabituels en Algérie et au Maghreb, fréquents en Europe (M. Audouini), ne permet pas de porter une conclusion dans la mesure où notre étude portait sur un faible échantillonnage si l'on compare avec d'autres travaux réalisés en Algérie(54) donc la nécessité de poursuivre ce genre d'études est impératif.

- Quelques affections inhabituelles en Algérie, car non décrites auparavant, ne sont pas aussi rares, méritent d'être connues, comme le chancre mou qui a fait sa réapparition en Algérie depuis 1988, la chrommycose qui a fait longtemps errer le diagnostic avec des affections bien connues en Algérie comme la tuberculose verruqueuse ou la leishmaniose. Dans les dermatoses neutrophiliques, le syndrome de Sweet semble le plus fréquent, avec son aspect clinique stéréotypé et à cause de ces associations bien connues avec les hémopathies et autres maladies, mérite d'être signalé et connu. Dans des pays de soleil comme l'Algérie, les porphyries (comme la maladie de Gunther) doivent être connues et répertoriées ne serait-ce que pour procéder au conseil génétique. L'observation aussi de nos cas de dysplasie ectodermique avec les anomalies rencontrées inhabituelles nécessite peut être une réactualisation de la classification de Freire-Maia dans un but de simplification. Enfin, au sein des maladies infectieuses encore trop fréquentes en Algérie et dans les pays du Maghreb, le charbon, cette anthrozoönose pouvant avoir un pronostic redoutable par certaines localisations, sur un terrain déficient ou par une atteinte viscérale, mérite toute l'attention du médecin, et notamment le dermatologue.

La pathologie cutanée est aussi vaste que variée.

Les études épidémiologiques sont nécessaires pour planifier la politique de santé, donner une information bien adaptée sur les spécificités locales et nationales, et améliorer les programmes de recherche. Il est donc nécessaire d'augmenter et de réactualiser nos connaissances sur la fréquence des maladies cutanées à partir de sources déjà disponibles, espérant que notre travail et notre contribution seront un outil pour les enquêtes futures. En effet, les champs d'investigations sont de plus en plus nombreux. Les progrès de la recherche ont permis de mieux comprendre certains faits cliniques, de regrouper sous la même étiologie des affections en apparence disparates, de dépoussiérer certains concepts nosologiques. Même si la Dermato-vénérologie n'étant pas considérée comme prioritaire à l'échelle des urgences, un support logistique peut aboutir à une épidémiologie d'intervention qui pourra éventuellement déboucher sur des mesures rationnelles de prévention et ou de dépistage.

La pathologie est commune au Maghreb avec quelques variantes cependant. Donc la nécessité d'une ouverture maghrébine pour les dermatologues et la Dermatologie s'impose. Au Maghreb, il n'y a pas d'handicap de langue. C'est une force et c'est l'expression de la même culture et de la même tradition. Un travail d'uniformisation reste à faire. Aussi la situation géographique du Maghreb fait que certains pays européens sont nos voisins. Certaines de leurs idées et les nôtres se rejoignent et même se complètent. Donc les sociétés maghrébines de Dermatologie pour vivre et aussi se développer, ont besoin d'échange concrets, d'une coopération plus originale avec ces pays mieux lotis.

Enfin, comme le précise POINCARE « *on fait de la science avec des faits, comme on fait une maison avec des pierres. Mais une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison* ». Il faut donc une initiation à la démarche scientifique et une synthèse de l'information médico-scientifique ayant pour objectif l'amélioration de la pratique dermatologique et de la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

B I B L I O G R A P H I E

1. **Nekka M.** : Aspects de la pathologie dermatologique dans une polyclinique de dermatologie d'Alger. *Thèse de Doctorat en Médecine. Université d'Alger* 1974.
2. **Ysmail-Dahlouk M. , Ammar-Khodja A. , Aït Belkacem F. , Challane N. , Bouharati D. , Larbi D.**: Particularités et évolution de la pathologie dermatologique en Algérie. *Communication au VI^e congrès panafricain de dermatologie, Tunis 10-11 juin 1993.*
3. **Kamoun M.R., Kamoun F., Fazaa B., Zghal M., Mokhtari I.** : Profil de la dermatovénérologie en Tunisie. *Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.) Supplément. Volume 14, n°1, 1995, 11.*
4. **Basset A.** : Dermatoses cosmopolites en Afrique. Eczémas, Psoriasis, Lichenplan, Maladies bulleuses. *Méd. Afrique noire. Oct. 1984, 31, n°10, 513-517.*
5. **Stingl P.** : Skin diseases in Sierra-Léone. *Hautarzt, Mars 1987, 38, n°3, 146-154.*
6. **Naldi L.** : Epidémiologie des dermatoses du rivage nord de la mer méditerranée. *Nouv. Dermatol. (Suppl. 4), 51-S28, 1997.*
7. **Mesquita-Guimares J.** : Quelle est, aujourd'hui la situation dermatologique au Portugal. *Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.) Volume 14, n°1, 1995, 11.*
8. **Hoang-Xuan** : La dermatologie au Vietnam. *Nouv. Dermatol. 1994 ; 13 : 114-116.*
9. **Ndiaye B., Dieng M.T., Develoux M.** : Profil de la pathologie cutanée et vénéréologique au Sénégal. *Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.) Volume 14, n°1, 1995, 10.*
10. **Pradinaud P.** : Originalités de la dermato-véréologie en Guyane Française. *Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.) Volume 14, n°1, 1995, 11.*
11. **Bouadjar B., Lalaoui H., Mouri L., Saadoune N., Bouharati D., Ysmail-Dahlouk M.** : Profil épidémiologique, clinique et génétique des génodermatoses observées à Alger. *III^e congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 36.*
12. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O.** : Dermatologie - Alerte aux infections. *Maghreb Médical, N°174-15 Janvier 1988, page 15-18.*
13. **Sekkal A.** : Place des dermatoses infectieuses et parasitaires en dermatologie. *Nouv. Dermatol. 1989, 8, 205.*
14. **Abdel-Aal M.A., Sayed G.M., Hodeib Y.M.** : Epidemiology of skin diseases in Cacoio Egypt Vol. of Abstracts Tome II. *17th world congress of dermatology. Berlin 87 page 43.*
15. **El Hadj Salah Habib** : Etude statistique et analytique des affections cutanées. Thèse de Doctorat en Médecine 1984. *Faculté en Médecine de Soussac Tunisie.*
16. **Branch W.Y.J, Wintroub B.U.** : *J. An. : Acad. Dermatol. 9, 281-282, 1983.*

17. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Benmezroua M. :** Varicelle néo-natale. *Nouv.Dermatol.* 19974 ;13 :612.
18. **Offidani A., Cellini A., Grangiacomi M., Bossi G. :** Folliculité épilante de quinquand et cheveux en touffes. *An. Dermatol. Vénérool.*, 1994 ;121 :319-321.
19. **Secchi T., Balme B., Thomas L., Viomery P. et al. :** Folliculités en touffes du cuir-chevelu. *Ann.Dermatol.Vénérool.* 1994 ;121 :479-481.
20. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A. :** Folliculités en touffes cuir-chevelu. *Nouv.Dermatol.* 1996 ;15 :10.
21. **Jebali A., Kourda M., Benazzouna H., Dhaoui A., Doss N., Benayed M., Souissi R. :** Folliculités en touffes du cuir-chevelu. A propos de quatre cas. 2^{ème} congrès Maghrébin de Dermatologie et de Vénérologie, Tunis, 28-29 Avril 1995 poste 38.
22. **Smith N.P. , Sanderson K.V. :** Tufted folliculités of the scalp. *J.R. Soc.Med.* 1978 ;71 :606-608.
23. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O., Ould-Amrouche N., Tchouar S. :** A propos de 45 observations de tuberculose cutanée à Tlemcen (Ouest Algérien). *Bull. Soc. Path. Ex.*, 82, 1989, 341-350.
24. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Ould-Amrouche N. :** La tuberculose : toujours un problème d'actualité. *Maghreb Médical*, 1988, 181, 42-44.
25. **Degos R. :** Dermatologie. Flammarion Ed., Paris, 1981
26. **Cricks B., Sigal M., Sohier J., Touboul S., Dousset I., Coulaud J.P., Kahn M.F.&Belaich S. :** Aspects cutanés de la tuberculose. *Journées Dermatologiques de Paris*, 8-10 Mars 1984, p.44.
27. **Jomaa B., Nouria R. & Denguezli M. :** A propos d'un cas de tuberculose cutanée généralisée. *Journée Dermatologiques de Paris*, 9-12 Mars 1988, CC/41.
28. **Perrot H. :** Manifestations cutanées de la tuberculose. *Med. et Hyg.*, 1985, 43, 888-897.
29. **Zahaf A. & Sellami A. :** Aspects épidémiologiques de la tuberculose cutanée : A propos de 33 cas colligés. *XVIII^e Congrès de l'Association de Dermatologistes et Syphiligraphes de Langues Française*, Dakar, 17-20 Février 1986, 97-98.
30. **Oughanem M., Ysmail-Dahlouk M., Ait-Khaled A., Cheikh F., Discamps G. :** Profil épidémiologique de la lèpre en Algérie. *Acta. Lepr.*, 1986. 101 :175-178
31. **Kara-Zaitri M. :** Contribution à l'étude de la maladie de Hansen en Algérie. *Thèse de Doctorat en Médecine. Université d'Oran*, 1975.
32. **Rollier R., Rollier B., Lays Y., Lapostolle G. :** Evolution de l'endémie lépreuse au Maroc de 1950 à 1984. *Acta. Lepr.*, 1986. 101 :179-180
33. **Sekkat A., Sedrati O., Fikri M, et col. :** Bilan de sept années d'enquêtes systématiques de la lèpre au Maroc. *Abstracts of the 13th International Leprosy Congress. La Haye 1988. FP 107.*
34. **Jomaa B. :** La lèpre en Tunisie. *Acta Lepr.*, 1986, 101 : 141-153.

35. **Zahaf A., Abbes S.** : La lèpre dans le sud Tunisien. Etude préliminaire. *Acta. Lepr.*, 1986, 96 :83-84.
36. **Zahaf A., Meziou T.J., Languillon J.** : Réactualisation de l'épidémiologie de la lèpre en Tunisie. *Abstracts of the 13th International Leprosy Congress. La Haye 1988. FP 548.*
37. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O.** : La maladie de Hansen en Algérie. *Maghreb Médical*, 1987, 160 : 13-15.
38. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A.** : Réflexion sur la lèpre en Algérie, a propos d'un cas autochtone dans la Wilaya de Tlemcen, Algérie. *Acte Leprologica 1989, Volume 7, n°1, pages 25-27.*
39. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A. & Bouali O.** : La leishmaniose s'étend en Algérie. *Maghreb Médical*, 1986, 145, 40-42.
40. **Ayat-Belbachir D., Messaoud-Nacer K. & Cheikh F.** : Les leishmanioses cutanées à Oran. *Troisième Journée Algérienne de Dermatologie (1989). Reportage. Nouv. Dermatol.*, 1989, 679.
41. **Akretche R., Lounis M. & El Koucha A.** : La leishmaniose cutanée dans la Wilaya de Tizi-Ouzou de 1980-1986. *Première Journée Algérienne de Dermatologie (1987). Reportage. Nouv. Dermatol.*, 1989, 8, 75.
42. **Belazzoug S.** : Une épidémie de leishmaniose cutanée dans la région de M'sila (Algérie). *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1982, 75, 497-504.
43. **Belazzoug S., Ammar-Khodja A., Belkaid M. & Tabet-Derraz O.** : La leishmaniose cutané du Nord de l'algérie. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1985, 78, 615-622.
44. **Nafir M., Belaid M. & Basset A.** : Traitement des leishmanioses cutanées par des injections intralésionnelles de glucantime. *Nouv. Dermatol.*, 1984, 3, 44-48.
45. **Zahaf A., Sevestre M., Fraitag S. & Smadja A.** : Leishmaniose cutanée dans le sud Tunisien. *Nouv. Dermatol.*, 1987, 6, 545-548.
46. **Nouira R., Bensaïd M. & Jomaa B.** : Aspects épidémiologiques et cliniques de la leishmaniose cutanée dans le centre Tunisien. *XIX^e Congrès de l'association de dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Rabat, 1989. Nouv. Dermatol.*, 1989, 8 (Suppl.), 211.
47. **El Mellouki W., Derdabi D., Benhayoun T.S., Sedrati O., Oualine M. & Sekkat A.** : Etude d'un foyer de leishmaniose cutané dans le sud Marocain. *XIX^e Congrès de l'association de dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Rabat, 1989. Nouv. Dermatol.*, 1989, 8 (Suppl.), 212.
48. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A.** : l'extension de la leishmaniose cutanée en Algérie. A propos de 25 cas observés dans la Wilaya de Tlemcen (Ouest-Algérie). *Bull Soc. Path. Ex.*, 84, 1991, 63-69.
49. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Benkalfat M.R., Khedim A.** : Les teignes et autres mycoses superficielles a tlemcen (ouest algerien) : observations sur 9 années. *JAM, Volume III, n°1, Janvier-Février 1993, 45-50.*

- 50.Derdabi D., Mounir L., Mellouki LL., Sedrati O., Sekkat A. :** Les épidermomycoses en milieu militaire. *Rapports du XIXème Congrès de l'association des dermatologistes et siphiligraphes de langue française. Rabat, 12-15 mai 1989, pages 71-79.*
- 51.Grigoriu D., Delacretaz J., Borelli D. :** Traité de mycologie médicale. *Payot Lausanne Doin Editeurs Paris, 2^{ème} édition, 1986.*
- 52.Bensalem M., Chaker E., Kamoun MER. :** Evolution des teignes du cuir chevelu en Tunisie. *Bull., Soc., Fr., Mycol., Med., 1989, 18, 179-184.*
- 53.Liautaud M. :** La teigne du cuir chevelu et ses aspects particuliers en Algérie. *Thèse de Doctorat en Médecine. Université d'Alger, 1977.*
- 54.Ammar-Khodja A. :** Etude des réservoirs de dermatophytes en Algérie. *Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, Université d'Alger, 1987.*
- 55.Liautaud M., Liautaud B., Ysmail-Dahlouk M., Marill FG. :** Les teignes inflammatoires. *Revue Algérienne de Médecine, 1979, 3, 65-71.*
- 56.Sedrati D., El Mellouki W., Sekkat A., Nejmi S. :** Les teignes à Rabat. A propos d'une enquête en milieu scolaire. *Rapports du XIXème Congrès de l'association des dermatologistes et siphiligraphes de langue française. Rabat, 12-15 mai 1989, pages 81-86.*
- 57.Bensalem M., Chaker E., Kamoun MER. :** Evolution des teignes du cuir chevelu en Tunisie. *Bull., Soc., Fr., Mycol., Med., 1989, 18, 179-184.*
- 58.Othman T., Vacher C. :** Les teignes du cuir chevelu en Egypte. *Bull. Soc. Path. Ex. ; 1983, 76, 126-128.*
- 59.Develoux M., Feulhade M., Blanc L. :** Les teignes du cuir chevelu en république du Niger : Enquête scolaire dans le département de Niamey. *Bull. Soc. Fr. Mycol. Med., 1986, 15, 387-390.*
- 60.Dupouy-Camet J., Viguie C., Tourte-Schaeffer C., Faurant C., Heyer F., Lapierre J. :** Epidémiologie des teignes en milieu scolaire au nord et eu sud du Togo. *Bull. Soc. Fr. Mycol. Med., 1986, 15, 385-400.*
- 61.Badillet G., Gharfi Ch. :** Les teignes à l'hôpital Saint Louis en 1983 et 1984. *Bull. Soc. Fr. Mycol., Med., 1986, 15, 179-188.*
- 62.Badillet G. :** Dermatophytes d'importation. *Bull. Soc. Fr., Mycol., Med., 1987,16, 41-50.*
- 63.Bigel ML., De France-Pchon C., Berardi-Grassias L., Richardin F., Dubois-Roussel S., Bourgeois-Droin C., Drouhet E. :** teignes et autres dermatophytoses de 1980 à 1985 au centre hospitalier de Mantes-La-Jolie : Influence de l'immigration. *Bull., Soc., Fr., Mycol., Med., 1986, 15, 179-186.*
- 64.Maleville J., Moulinier C., Boineau D., Marc-Antoinne H., Mollard S., Guillet G., Bornes CH., Couprie B., Giap G. :** Teignes du cuir chevelu, 73 cas observés à Bordeaux. *Ann. Dermatol. Vénéreol., 1979, 106, 869-872.*
- 65.Colomb D., Battesti Mer., Cognat Th. :** Evolution des épidermomycoses et de leurs agents en région Lyonnaise. *Ann. Dermatol. Vénéreol. 1987, 114, 515-521.*

66. **Calabro G., Scalvensi M.** La forza Mt. : Epidemiologia della tinea capitis in campania frequenza delle specie di micetti isolati. *Micologia Dermatologica*, 1989, 3, 237-242.
67. **Nini G., Bianchi L., Marinaro C., Carrozzo AM., Iraci S., Camplone G.** : Studio clinico-epidermiologico sulle dermatofitosi in et à pediatica. *Micologia dermatologica*, 1989, 3, 249-255.
68. **Mestre-Deharo C., Berbis PH., Regli P., Goudart M., Privat Y.** : Incidence des dematophytes d'importation à Marseille : bilan de 3 ans d'activité d'un laboratoire hospitalier de mycologie. *Ann. Dermatol. Vénéreol.*, 1989, 116, 489-490.
69. **Agostini Ganucci cancellieri G., Vannini P., Farella V., Sberna F., Danesi A., Difonzo EM.** : Clinica od epidemiologia della tinca pedis, *Micologia Dermatologica*, 1990, 4, 35-43.
70. **Puissant A., Badillet G.** : Signes cliniques des infections à Tricophyton Rubrum. *Rev. Médecine*, 1978, 19, 633-636.
71. **Badillet G., Sene S., Barnel C.** : Le point sur les mevures isolées en dermatologie. *Journées Dermatologiques de Paris, mars 1985, Poster 75.*
72. **De Vroey CH.** : Quelques aspects épidémiologiques des mycoses superficielles. *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 1989, 116, suppl. 1, 4-6.
73. **Boudghene-stambouli O., Merad-Boudia A.** : La maldie dermatophytiques en Algérie. Nouvelle observation et revue de la littérature. *Ann. Dermatol. Vénéreol.*, 1991, 11 8, 17,-21.
74. **Deluol AM., Dompmartin D., Kerested-Jian S., Grosshans E., Basset A., Saimot Ag., Coulaud Jp.** : Onychomycoses et SIDA. *Bull. Soc. Fr. Mycol. Med.*, 1988, 17, 127-130.
75. **Ammar-Khodja A.** : Etude des réservoirs de dermatophytes en Algérie. *Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, Université d'Alger*, 1987.
76. **Sekkat A., Mounir L., Sedrati O., Derdabi D., Benhayoune TS.** : Les onychomycoses. Une étude faite sur 10 années. *Rapports du XIXème Congrès de l'association des dermatologistes et siphiligraphes de langue française. Rabat, 12-15 mai 1989, pages 59-69.*
77. **Al Sogair Sm., Al Humaidan, YM., Moawad MK.** : Onychomycosis and paronychia in eastern province of Saudi Arabia, *Clinical Dermatology in the year 2000, 22-25 mai 1990, Londres, livre des abstracts, poster 79.*
78. **Colomb D., Battesti Mer., Cognat Th.** : Evolution des épidermomycoses et de leurs agents en région Lyonnaise. *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 1987, 114, 515-521.
79. **Nini G., Bianchi L., Marinaro C., Carrozzo AM., Iraci S., Camplone G.** : Studio clinico-epidermiologico sulle dermatofitosi in et à pediatica. *Micologia dermatologica*, 1989, 3, 249-255.
80. **Cherif F., Chaker E., Sfar Z., Dziri C., Kammoun MER.** : Troubles héréditaires de la kérattinisation et mycoses. *J. Mycol. Med.*, 1991, 1, 125-130.
81. **Hadida E., Schousboe A.** : Aspects de la maladie dermatophytique. *Algérie Méd.*, 1959, 63, 303-336.

- 82. Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O. :** Maladie dermatophytique à trichotyphon violaceum. A propos d'un nouveau cas. *Ann., Dermatol., Vénérool.*, 1988, 115, 933-935.
- 83. Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O. :** Maladie dermatophytique à trichotyphon Rubrum. Un nouveau cas. *Ann., Dermatol., Vénérool.*, 1989, 116, 725-727.
- 84. Boudghene-stambouli O., Merad-Boudia A. :** La maladie dermatophytique en algérie. *Ann., Dermatol., Vénérool.*, 1991, 118, 17-21.
- 85. Boukerche T., Cheikh F., Ayat-Belbachir D. :** Maladie dermatophytique (Reportage). *Nouv. Dermatol.*, 1989, 8, 680.
- 86. Liautaud B. :** Mécanismes de défense au cours des dermatophytiques. *Thèse de Doctorat de en Sciences Médicales, Université d'Alger*, 1977.
- 87. Liautaud B., Marill F.G. :** La maladie dermatophytique. Observations algériennes récentes. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1984, 77, 637-648.
- 88. Marill F.G., Liautaud B., Mariat F. :** Dermatite verruqueuse mycosique due à un champignon dématié inhabituel. Discussion clinique et histopathologique. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1975, 68, 359-367.
- 89. Marill F.G., Liautaud B., Hamra-Krouha M.S. :** Evolution mortelle d'une maladie dermatophytique à trichophyton schonleini. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1975, 68, 450-456.
- 90. Marton K., Cherid A. :** Mycose généralisée due au trichophyton verrucosum à propos de deux cas. *Int. J. Derm.*, 1973, 12, 295-301.
- 91. Petit A., Martin S., Blanc F., Moulouguet-Michau I., Traore F., Merad-Boudia A., Boudghene-Stambouli O., Civatte J. :** Maladie dermatophytique à trichophyton violceum. (Deuxième partie). *Journées Dermatologiques de Paris, 7-10 Mars 1990. (Cas clinique n°5)*.
- 92. Brahmi Z., Liautaud B., Marill F. :** Depressed cell-mediated immunity in chronic dermatophytic infections. *Ann., Immunol. (Paris)*, 1980, 131C, 143-153.
- 93. Jones H.E., Reinhardt J., Rinaldi M.G. :** Immunologic susceptibility to chronic dermatophytosis. *Arch. Dermatol.*, 1974, 110, 312-320.
- 94. Badillet G., Blanchet-Bardon C., Puissant A. :** Dermatophytie disséminée à trichotyphon violaceum associée à des granulomes cutanés à dématiée. *Bull. Soc ; Myc. Méd.*, 1982, 11, 199-203.
- 95. Hironaga M., Okasaki N., Saiko K., Watanabe S. :** Tricophyton mentagrophytes granulomas. Unique systémic dissemination to lymph. Nodes testes, vertebral, and Brain. *Arch. Dermatol.*, 1983, 119, 482-490.
- 96. Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A. :** La chromomycose : Deux observations. *Ann. Dermatol., Vénérool.*, 1994, 121 : 37-39.

97. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O., Ould-Amrouche N., Tchouar S.** : A propos de 45 observations de tuberculose cutanée à Tlemcen (Ouest Algérien). *Bull. Soc. Path. Ex.*, 82, 1989, 341-350.
98. **Jarmouri R., Ntidam H., Afailal A., Nejjam F., Habib Eddine S., Guessous N., Lakhdar H.** : Les mycoses profondes (A propos de 30 cas). *Rapports du XIX^e Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de Langue Française, Rabat, 12-15 Mai 1989* : 39-43.
99. **Tuffanelli L., Milburn PB.** : treatment of chromoblastomycosis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1990 ; 23 : 728-32.
100. **Perrin P., Moulouguet I., Chemaly P., Marinho E., Traoré F., Badillet G., Civatte J.** : Chromomycose chez une patiente algérienne. *Journées dermatologiques de Paris, 8-11 Mars 1989, Poster 55.*
101. **Bolzinger T., Pradinaud R., Sainte-Marie D., Dupont B., Chwetzoff E.** : Traitement de quatre cas de chromomycose à *Fonsecaea pedrosoi* par l'association 5-fluorocytosine-itraconazole. *Nouv. Dermatol.* 1991 ; 10 : 462-6.
102. **Franco L., Gomez I., Restrepo A.** : Saperconazole in the treatment of systemic and subcutaneous mycoses. *Int. J. dermatol.* 1992 ; 31 : 725-9.
103. **Moulin G., Cognat Th., Ferrier E., Alligier H.** : Chromomycose : efficacité de l'association itraconazole + 5-fluorocytosine. *Journées Dermatologiques de Paris, 8-11 Mars 1989, poster 54.*
104. **Campbell IT., Reis C., Faria E., Campbell GAM.** : Chromomycose : traitement par thérapie. *Nouv. Dermatol.* 1991 ; 10 : 468-70.
105. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A.** : Une ulcération inhabituelle en Algérie : le chancre. *Bull. Soc., Path., Ex.*, 1989, 82, 199-200.
106. **Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Aissa-Mamoune A.** : La réapparition du chancre non en Algérie. *Bull. Soc., Path., Ex.*, 1992, 85, 276-278.
107. **Serradj A., Boukerche T., Cheikh F.** : Epidémiologie des M.S.T. à Oran : Enquête sur 3 années. *II^{ème} Journées régionales de la société algérienne de dermatologie. Tlemcen, 8-9 Décembre 1993.*
108. **Kanga J.M., Djeha D., Yobour P., Aka B., Morlain B., Heroin P.** : M.S.T. - SIDA. Aspects cliniques et épidémiologiques. *XIX^{ème} Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Rabat, 12-15 Mai 1989*, 93-95.
109. **Ndiaye B., Guiraud M., Kane A., Ndoye I., Coussillon E.** : M.S.T. - SIDA. *XIX^{ème} Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Rabat, 12-15 Mai 1989*, 97-101.
110. **Sekkat A., Limamy F., Sedrati O., Derdabi D., Benhayoua ST.** : le chancre mou : traitement minute. Cas cliniques et posters. *XIX^{ème} Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Rabat, 12-15 Mai 1989*, 31-33.
111. **Belaiche S.** : Le chancre mou. *Rev., Prat.*, 1976, 26, 3285-3292.

112. **Martin DH., Dicarlo RP.** : Recent changes in the epidemiology of genital ulca disease in the United States : the crach cocaine connection Sexually Transmitted Diseases, *March-April 1994*, 21, n°2 supplement, 576-577.
113. **Fares EG., Bouakaz R.** : Situation épidémiologique actuelle et future de l'infection à VIH en Algérie. *Sidalerte ; Novembre 1994*, n°3, 25-26.
114. **Belaid RC.** : Chancroid : anupdate management sexually transmitted disease. Sexually Transmitted Disease, *March, April 1994*, 21, n°2 supplement, S113.
115. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A.** : Le chancre mou en Algérie : état de cette maladie sexuellement transmissible en 1995. *Bull. Soc. Path. Ex. 1997*, 90, 2, 78-80.
116. **Benkaidali I.** : Evolution et état actuel de la Syphilis en Algérie. *Thèse de D.E.S.M. Université d'Alger 1985*.
117. **Kadi Z., Bouguemouh A., Djenane T., Allouache A., Dali S.** : Les M.S.T. à chlamydia Trachouates. Symposium national sur les M.S.T.. *Constantine 14-15 Décembre 1988*.
118. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A., Tchouar S., Benmezroua H.** : Sexually Transmitted Disease hospital environment : Observations made over nine years in the departement of dermato-Venereology of Tlemcen (Algeria). *Journal of PAN-ARAB League of Dermatologists. Vol .1 n°2 September 1990*, 57-61.
119. **Ammar-Khodja A., Touabia B., Meddour N., Bachtarzi Y., Ysmail-Dahlouk M.** : Aspects des tumeurs cutanées malignes. *Congrès Maghrébin de Dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 45*.
120. **Ould Kadi Belmosli** : Etude de 1500 tumeurs malignes observées dans l'ouest algérien de 1966 à 1969. *Thèse de Doctorat de Médecine. Université d'Oran 1969*.
121. **Midoun M.** : Epidémiologie des cancers cutanés y compris les lymphomes dans la région d'Oran. *Thèse de D.E.S.M. Université d'Oran 1986*.
122. **Serradj A., Boukerche T., Chial A., Bennacer Y., Khellil A., Belabdi L.** : Epidémiologie des car cinomes basocellulaires et spinocellulaires. *Congrès Maghrébin de Dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 9*.
123. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A. , Aissa-Mamoune A.** : Cutaneous Epithelimus. An experience of ten years in the Departement of Dermatology. University Hospital of Tlemcen (Algeria). *Second European Congress on Ambulatory Surgery Abstracts. Bruxelles 19-20 Mars 1993. Volume of Abstracts. Poster 81*.
124. **Benzekri L., Habib Eddine S., Khadir K., et al.** : Les cancers cutanés à Casablanca de 1971 à 1991. *Nouv. Dermatol. Supp. Réunion , 1993 ; 12-9*.
125. **Kamoun MR., Fazaa B., Zghal M., Zeghaoui F., Kharfi M.** : Profil de la pathologie cutanée tumorale en Tunisie. *Congrès Maghrébin de Dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 23*.
126. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A., Benmezroua M.** : Le Mélanonome malin à Tlemcen (Algérie) : Expérience de dix ans (1981 à 1990). *Nouv. Dermatol. 1993 ; 12-65*.

127. **Bonérandi JJ, Grab JJ.** : Le Mélanome malin et ses facteurs de risque. Epidémiologie et conséquences en matière de dépistage et de prévention. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1989 ; 116 : 411-417.
128. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A.** : Le mélanome malin au Maghreb. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1997 ; 124-559.
129. **Bouadjar B., Touaibia B., Larbaoui L., Ferhat A., Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., et al.** : Le mélanome malin en Algérie : Epidémiologie, clinique et thérapeutique (Etude nationale multicentrique). *Livre des résumés. 2^{ème} congrès Maghrébin de Dermatologie et Vénérologie, Tunis 28-29 Avril 1995 : C 16.*
130. **El Ouazzani T., Lakhdar H.** : Le mélanome malin : Expérience marocaine. 20^{ème} Congrès de l'association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. *Montréal : 8-11 Juin 1992. Poster I.*
131. **Benzekri L., Habib-Eddine S., Khadri K. et al.** : Les cancers cutanés à Casablanca de 1971 à 1991. *Nouv. Dermatol. Supp. Réunion 1993 ; 12-9.*
132. **Bennouna-Biaz F., Ait-Ouchranil M., Lakhdar H.** : Le mélanome malin au Maroc. *Livre des résumés. 2^{ème} Congrès Maghrébin de Dermatologie et de Vénérologie, Tunis 28-29 Avril 1995 : C 15.*
133. **Gharbi R.** : Malignant Melanoma. 17th World Congress of Dermatology, Berlin 24-29 Mai 1997. *Volume of abstracts, part II, 1987 :213.*
134. **Fazaa B., Zeghaoui F.** : Le profil du mélanome en Tunisie. Livre des résumés. 2^{ème} Congrès Maghrébin de Dermatologie et de Vénérologie, Tunis 28-29 Avril 1995 : C 17.
135. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A.** : Quelques observations de la maladie de Kaposi. In *Dermatology in Europe. Ed. Blackwell Scientific Publication. 1991 page 806-807.*
136. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A., Allal R.** : Maladie de Kaposi et sclérodactyle. A propos d'un nouveau cas. *Nouv. Dermatol.* 7, 3, 343, 1988.
137. **Leroy D., Domp martin A., Renaud A., Mandard JC., Deschamps P.** : Sclérodactylie au cours d'un sarcome de Kaposi. *Journées Dermatologiques de Paris, cas clinique n°226, Mars 1987.*
138. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A.** : Epidermodysplasie verruciforme chez un sujet de race noire avec macules hyperpigmentées des paumes. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1992 : 139-140.
139. **Bouadjar B., Meguenni S., Kourouma K., Bouguermouh A., Bouhadeb A., Ysmail-Dahlouk M., Orth G.** : Epidermodysplasie verruciforme. A propos de onze cas. 18^{ème} Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. 17-20 Février 1986. *Rapports et communication, 66-68.*
140. **Ango-Padonon F., Bourlond A., Monteiro B., Amoussou_Guenon D., Gninafou M., Yedomon H.** : Epidermodysplasie verruciforme : difficultés diagnostiques chez un sujet de race noire. *Ann. Dermatol. Vénérolog.*, 1990, 117 : 957-958.

141. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A. :** Syndrome de Gorlin : A propos de trois cas. *Nouv. Dermatol.* 1993, 12 : 158-161.
142. **Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A. :** Syndrome de Torre-Muir : Tumeurs sébacées multiples et adénocarcinome colique. *Nouv. Dermatol.*, 1992, 11 : 409-410.
143. **Vignon-Pennamen MD., Houitte O., Foldes C., Taieb M. et al. :** Syndrome de Torre-Muir. *Ann. Dermatol. Vénérol.*, 1986 ; 113 : 1030-1032.
144. **Ricardi VM. :** Dermatoses et affections neurologiques. *Curr. Prob. Cancer*, 1982, 7, 1-34.
145. **Dahbi Skali H., Habib Eddine S., Khadir K., El Ouazzani T., Lakhdar H. :** Les neurocristopathies. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 16.*
146. **Azaiz MI., Gouider R., Lasram L., Kchouk M., Mrabet A., Benosman A. :** Profil épidémioclinique de la neurofibromatose 1. A propos de 66 cas. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 17.*
147. **Chalabi-Benabdellah A., Mohammed-Brahim A. :** Sclérose tubéreuse de Bourneville chez l'enfant dans l'ouest algérien. *Rev. Neurol.* 1989, 145, 716-719.
148. **lazregue M., Prigent F., Grosshans E. :** Neurocristopathies in Dermatologie et Vénérologie. Saurat JH. Et coll. *Ed. Masson Pais*, 1990, 442-447.
149. **Missoum A., Volant A., Guillard A., Brière J., Balouet G. :** Sclérose tubéreuse de Bourneville avec maladie polykystique hépato-rénale et angiomyolipome. *Arch. Anat.Cytol. Path.*, 1980, 28, 299-302.
150. **Turki H., Tricki C., Frikha M., Bendhief H., Benjemaa B., Boudaya S., Bouassida S., Zahaf A. :** La sclérose tubéreuse de Bourneville. A propos de 30 observations. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 12.*
151. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A. :** The tuberous sclerosis of Bourneville and the neuropsychiatric signs. *Ann. Dermatol. Vénérol.*, 1998, *Supplément n°1* : 15 116.
152. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Allal R. :** Syndrome de Maffucci avec atteinte intracrânienne, tache café au lait et goitre. *Nouv. Dermatol.* 1991 ; 10 : 326-329.
153. **Kourda M., Souissi R., Benosman A., Benazzouz H., Amdouni H., Kamoun MR. :** Le syndrome de Maffucci. A propos de deux cas. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 44.*
154. **Hadida E., Marill FG., Sayag J. :** Xeroderma pigmentasum. *Ann. Dermatol. Syph.* 1963 ; 90 : 467-96.
155. **Boukerch T. et al. :** Epidémiologie du Xeroderma pigmentasum à Oran. *VII^e Journées nationales algériennes de dermatologie Alger. 1-2 Juin 1994.*

156. **Fazaa B., Zghal M., Ermani A., Zarrouk H., Benjilani S., Pierard GE., Kamoun MR.** : Les tumeurs cutanées malignes au cours du Xeroderma pigmentasum. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Livre des résumés page 8.*
157. **Khatir ML., Shafi M., Alhashami M.** : Xeroderma pigmentasum. A clinical study of 24 Libyan cases. *J. Acad. Ann. Dermatol.* 1992 ; 26 : 75-8.
158. **El Hafnaoui H., Rashhed A.** : Xeroderma pigmentasum. A comprehensive study of a further 34 cases in the United Arab Republic. *Gaz Egypt Soc. Dermatol. Venereol.* 1966 ; 1 : 189-92.
159. **Bouadjar B., Ait-Bekacemi F., Daya-Grosjean et al.** : Xeroderma pigmentasum. Etude de 40 cas algériens. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1996 ; 123 : 303-306.
160. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Ould-Amrouche N., Deybach JC., Dasilva V., Nordmann Y.** : La porphyrie erythropoietique congénitale : observation familiale. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1992 ; 119 : 365-368.
161. **Deybach JC., De-Verneuil H., Phung N., Nordmann Y., Puissant A., Boffety B.** : Congenital erythropoietic porphyria (gunther's disease) : enzymatic studies on two cases of late onset. *J. Lab. Clin. Med.* 1981, 87, 551-558.
162. **Nordmann Y., Deybach JC.** : Congenital erythropoietic porphyria. *Sémin. Dermatol.* ; 1986, 5, 106-114.
163. **Paiv RW., Welch FW., Woodroffe AJ., Handley DA., Lockwood WH.** : erythropoietic uroporphyrin of gunther first presenting at 58 years with positive family studies. *Br. Med. J.*, 1975, 3, 621-623.
164. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A.** : La porphyrie variégata. A propos de deux observations algériennes récentes. *Rev. Eur. Dermatol. MST* 1991, 3, 255-257.
165. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A.** : Porphyrie hépato-erythropoietique. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1995, 122 : 615-617.
166. **Bourgault I., Casnes A., Revuz J.** : Le pseud-Xanthome élastique. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1990, 117, 133-137.
167. **Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Moulonguet-Michau I., Aliane MA., Civatte J.** : Bendoxanthome élastique et élastome perforant. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1992, 119, 201-203.
168. **Chiali A., Bennacer Y., Hamdad K., Belmiloud A., Cheikh F., Serradj A.** : Profil épidémiologique de la maladie lupique au service de dermatologie du CHU d'Oran (Etude sur 8 ans). *III^e congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 7.*
169. **Zouhair K., Habib-Eddine S., Chekairi A., Lakhdar H.** : Manifestations cutanées de la maladie lupique. A propos de 521 cas. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 21.*
170. **Taboudoucht M.** : Les hématochromes en Algérie. *Thèse de Doctorat en Médecine. Université d'Alger* 1973.

171. Ammar-Khodja A., Touabia B., Meddour N., Bachtrzi Y., Terrak O., Yiahiaoui S., Bouadjar B., Ysmail-Dahlouk M. : Aspects des tumeurs cutanées malignes. *III^e congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 45.*
172. Kamoun MR, Fazaa B., Zghal M., Zeghaoui F., Kharfi M. : Profil en Tunisie. *III^e congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 23.*
173. Sneddon IB. : Cerebro-vascular lesions and livedo reticulim. *Br. J., Dermatol., 1965, 77, 180-185.*
174. Frances C., Piette JC. : La définition du syndrome de Sneddon : Contorsions entre mailles et circonvolutions. *Ann. Dermatol. Vénérolog., 1994, 121 : 293-296.*
175. Frances C. : Glandes endocrines. In : Saurat JH., Grossham E., Langier P., Lachapelle JM. : *Dermatologie et Vénérologie. Ed. Masson. Paris 1990 ; 759-767.*
176. Hadak E., David M., Fenerman EJ. : Palmoplantar keratoderma in association with myxoedema. *Acta. Derm. Venereol. (Stockh.) ; 66 : 354-357.*
177. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Berber N. : Kératodermie palmo-plantaire et hypothyroïde. *Nouv. Dermatol. 1992 ; 11 : 548-549.*
178. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A. : Erythrodermie psoriasiforme après traitement d'une maladie de Basedow. *Nouv. Dermatol. 1991 ; 10 : 698-699.*
179. Bonnet-Blanc JM., Roux J. : Bêtabloquants et peau. *Ann. Dermatol. 1979 ; 106 : 927-930.*
180. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Bouali O. : Les signes cutanés au cours de la fièvre typhoïde. *Nouv. Dermatol. 1988 ; 7, 1, 69.*
181. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Ould-Amrouche N. : Les manifestations dermatologiques au cours de la fièvre typhoïde. *Ann. Dermatol. Vénérolog. 1996, Vol. 123, supp. I, page 183.*
182. Gee-Lew BM., Nicholas EA., Hirose FM., Yoshimori RN., Keller MA. : Unusual stain manifestation of burcellosis. *Arch. Dermatol. 1983 ; 119 : 56-8.*
183. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Guernaout-Benchouk S. : Vasculite allergique au cours d'une burcellose. *Ann. Dermatol. Vénérolog. 1994, 121 : 240-241.*
184. Aziza J., Servitge O., Pallares R., Fernandez Viladrich P., Rufi G., Peyri J. et col. : Characteristic cutaneous lesions in patients with burcellosis. *Arch. Dermatol. 1989 ; 125 : 380-3.*
185. Christianson HB., Pankey GA., Applewhite MC. : Ulcers of skin due to burcella suis. *Arch. Dermatol. 1968 ; 98, 175-6.*
186. Adoue D., Arlet-Suan E., Bounafé JL. : Vasculite allergique révélatrice d'une burcellose. *Presse Med. 1984 ; 13, 100-3.*
187. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Belbachir A. : Une lésion escarrotique inhabituelle : Le charbon. *XI^e Journées nationales algériennes de dermatologie. Alger 3-4 Juin 1998. Livre des résumés page 53.*

188. Merle F. : Charbon (Reportage). *Nouv. Dermatol.* 1986 ; 5 : 133.
189. Hadrim N., Sayeh A., Sekkat A. : Le charbon palpébral. A propos d'une observation. *Nouv. Dermatol.* 1993 ; 12 (Supp. 2) : 55.
190. Boudghene-Stambouli O. , Merad-Boudia A. : Dermatose aigue fébrile neutrophilique : Aspect clinique, évolutif et thérapeutique. A propos de 55 observations. *Nouv. Dermatol.* 1996 ; 15 : 702-706.
191. Sitjas D, Puig L., Cuatrecasas M., Moragas J. : Acute febrile neutrophilic dermatosis ('Sweet's syndrome). *Int. J. Dermatol.* 1993 ; 32 : 261-268.
192. Su WPD., Liu EC. : Diagnostic criteria for Sweet's syndrome. *Cutis* 1986 ; 37 : 167-72.
193. Hazen PG., Kork EC., Davis BR., Carney JF. Er al. : Acute febrile neutrophilic dermatosis in children. Report of two cases in male infants. *Arch. Dermatol.* 1983 ; 119 : 998-1002.
194. Simantev A., Seddel D., Lebbé C., Rybojad M. et al. : Syndrome de Sweet de l'enfant révélant une granulomatose septique familiale. *Journées dermatologiques de Paris, mars 1993 : CC6.*
195. Mizoguchi M., Chikakane K., Goh K., Asahina Y. et al. : Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) in Behet's disease. *Br. J. Dermatol.* 1987 ; 116 : 727-734.
196. Cohen PR., Talpaz M., Kurzrock R. : Malignancy Sweet's syndrome : review of the world literature. *J. Clin. Oncol.* 1988 ; 6 : 1881-1897.
197. Clemmensen OJ., Menné P., Brandrup F., Thomsen K. et al. : Acute febrile neutrophilic dermatosis - A marker of malignancy ? *Acta. Derm. Venereol. (Stoch.)* 1989 ; 69 : 52-58.
198. Avril MF., Duvillard P., Prade M., Gerbault A. et al. : Syndrome de Sweet associé à un cancer du col utérin. *Journées dermatologiques de Paris, mars 1985 : 156-156a.*
199. Nguyen KQ., Hurst CG., Pierson OG. : Sweet's syndrome and avarian carcinoma. *Cutis* 1983 ; 32 : 152-154.
200. Shapiro L., Baraf CS., Riccheimer LL. : Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). *Report of a case. Arch. Dermatol.* 1971 ; 103 : 81-84.
201. Harary AM. : Sweet's syndrome associated with rheumatoid arthritis. *Arch. Intern. Med.* 1983 ; 143 : 1993-1995.
202. Goette DK : Sweet's syndrome in subacute cutaneous lupus erythematosus. *Arch. Dermatol.* 1985 ; 121 : 789-791.
203. Bourgeois-Droin Ch., Granier F., Trémolières F., Pouchot J. et al. : Association syndrome de Sweet et sarcoïdose : 3 observations. *Journées dermatologiques de Paris, Mars 1992 : P 80.*
204. Prystowsky SD., Fye KH., Goette KD., Daniels TE. : Acute febrile neutrophilic dermatosis associated with Sjogren's syndrome. *Arch. Dermatol.* 1978 ; 114 : 1234-1235.

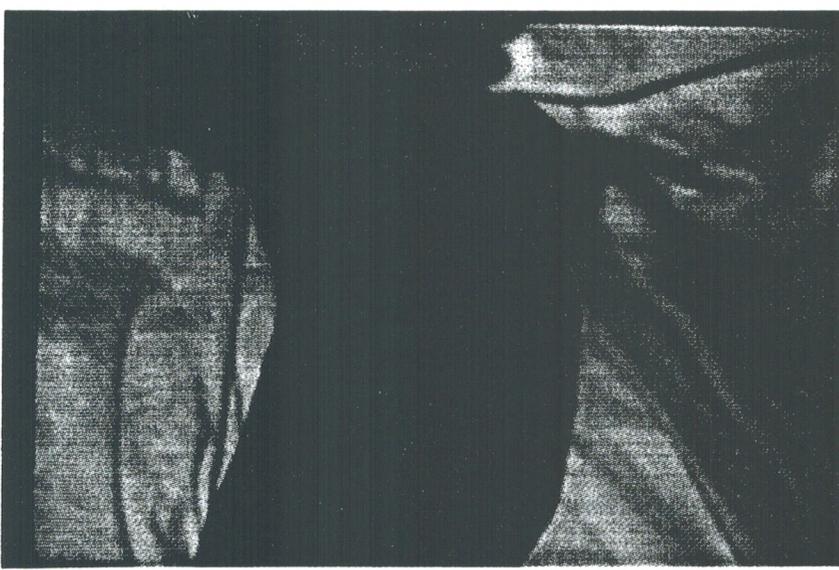
205. Mizoguchi M., Chikakane K., Goh K., Asahina Y. et al. : Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) in Behet's disease. *Br. J. Dermatol.* 1987 ; 116 : 727-734.
206. Beitner H., Nakatani T., Hammar H. : A case report of acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) and Crohn's disease. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1991 ; 71 : 360-363.
207. Becuwe C., Delaporte E., Colombel JF., Gendre JP. et al. : Sweet's syndrome associated with Crohn's disease. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1989 ; 69 : 44-45.
208. Peidrero J., Jeanmougin M., N'Dyae F., Gendre JP. et al. : Syndrome de Sweet récidivant, comtemporain de poussées de rectocolite hémorragique. *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 1985 ; 112 : 747-749.
209. Nakayama H., Shimao S., Hamamoto T., Munemura C. et al. : Neutrophilic dermatosis of the face associated with aortitis syndrome and Hashimoto's thyroiditis. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1993 ; 73 : 380-381.
210. Elsner P., Hartmann AA., Lechner W. : Sweet's syndrome associated with *Yersinia enterocolitica* infection. *Dermatologica* 1986 ; 173 : 85-89.
211. Aubinière E., Wallach D., Vignon-Pennamen MD., Cottenot F. : Syndrome de Sweet. Association à une septicémie à colibacilles. *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 1983 ; 110 : 689-690.
212. Zillikens D., Goldstein RK., Elsner P., Hartmann AA. Et al. : Sweet's syndrome associated with *Salmonella typhimurium* infection. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1991 ; 71-79.
213. Delfino M., Suppa F., de Luca F., Lembo G. : Sweet's syndrome and toxoplasmosis : a coincidental association ? *Dermatologica* 1985 ; 171 : 102-105.
214. Radeff B., Harms M. : Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) following BCG vaccination. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1986 ; 66 : 357-358.
215. Mensing H., Kowalzik L. : Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome caused by minocycline). *Dermatologica* 1991 ; 182 : 43-46.
216. Thibault MJ., Billick RC., Srolovitz H. : Minocycline-induced Sweet's syndrome. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992 ; 27 : 801-804.
217. Sequeira W., Polisky RB., Alrenga DP. : Neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) : association with a hydralazine-induced lupus syndrome. *Am. J. Med.*, 1986 ; 81 : 558-561.
218. Ramsay-Goldman R., Frane F., Solano FX., Medsger TA. : Hydralazine-induced lupus and Sweet's syndrome : report and review of the literature. *J. Rheumatol* 1990 ; 17 : 682-684.
219. Cobb MW. : Furosemide-induced eruption simulating Sweet's syndrome. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1989 ; 21 : 339-343.
220. Park JW., Mehrotra B., Barnett BO., Baron AD. et al. : The Sweet syndrome during therapy with granulocytes colony-stimulating factor. *Ann. Intern. Med.* 1992 ; 116 : 996-998.

221. **Glaspay JA., Baldwin GL., Robertson BA., Souza L. et al.** : Therapy for neutropenia in hairy cell leukemia with recombinant human granulocytes colony-stimulating factor. *Ann. Intern. Med.* 1988 ; 109 : 789-795.
222. **Sweet RD.** : Acute febrile neutrophilic dermatosis. 1978. *Br. J. Dermatol.* 1979 ; 100 : 93-99.
223. **Going JJ.** : Is the pathogenesis of Sweet's syndrome mediated by interleukine 1 ? *Br. J. Dermatol.* 1987 ; 116 : 282-283.
224. **Delabie J., De Wolf-Peeters C., Morren M., Marien K. et al.** : Histiocytes in Sweet's syndrome. *Br. J. Dermatol.* 1991 ; 124 : 348-53.
225. **Misery L., Blanc L., Perrot JL., Boucheron S. et al.** : Syndrome de Sweet au cours d'une agranulocytose. Hypothèse pathogénique. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1994 ; 121 : 414-415.
226. **Wallach D., Vignon-Pennamen MD.** : Les dermatoses neutrophiliques. *Rev. Eur. Dermatol. MST.* 1990 ; 2 : 375-383.
227. **Merad-Boudia A., Boudghène-Stambouli O.** : Dermatose neutrophilique chronique furonculoïde : 2 observations de syndrome de Sweet atypique. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1994 ; 121, suppl. 1 : 125-126.
228. **Harrist TJ., Fine JD., Berman RS., Murphy GF. et al.** : Neutrophilic eccrine hidradenitis. A distinctive type of neutrophilic dermatosis associated with myelogenous leukemia and chemotherapy. *Arch. Dermatol.* 1982 ; 118 : 263-266.
229. **Moisson VF., Aractingi S., Piquier L., Reygagne P. et al.** : Hidradénite eccrine neutrophilique. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1992 ; 119 : 605-611.
230. **Vignon-Pennamen MD., Wallach D.** : Cutaneous manifestations of neutrophilic diseases. A study of seven cases. *Dermatologica* 1991 ; 183 : 255-264.
231. **Dereure O., Guillot B., Barnéon G., Zabarino Ph. et al.** : Dermatoses aiguës à neutrophiles et hémopathies malignes : présentations d'un nouveau cas bulleux et revue de la littérature. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1988 ; 115 : 689-701.
232. **Horio T., Imamura S., Danno K., Furukawa F. et al.** : treatment of acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) with potassium iodide. *Dermatologica* 1980 ; 160 : 341-347.
233. **Surhisa S., Tagami H., Inoue F., Matsumoto K. et al.** : Colchicine in the treatment of acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome). *Br. J. Dermatol.* 1983 ; 108 : 99-101.
234. **Lynch WS., Bergfeld WF.** : Pyoderma gangrenosum responsive in minocycline hydrochloride. *Cutis* 1978 ; 535-538.
235. **Joshi RK., Atukorala DN., Abranmi A., Khamis OAL. et al.** : Successful treatment of Sweet's syndrome with doxycycline. *Br. J. Dermatol.* 1993 ; 128 : 584-586.
236. **Jeanfils S., Joly P., Sevrain S., Thomine E. et al.** : Syndrome de Sweet traité par indométacine : 10 cas. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1994 ; 121, suppl. 1 : 26-7.

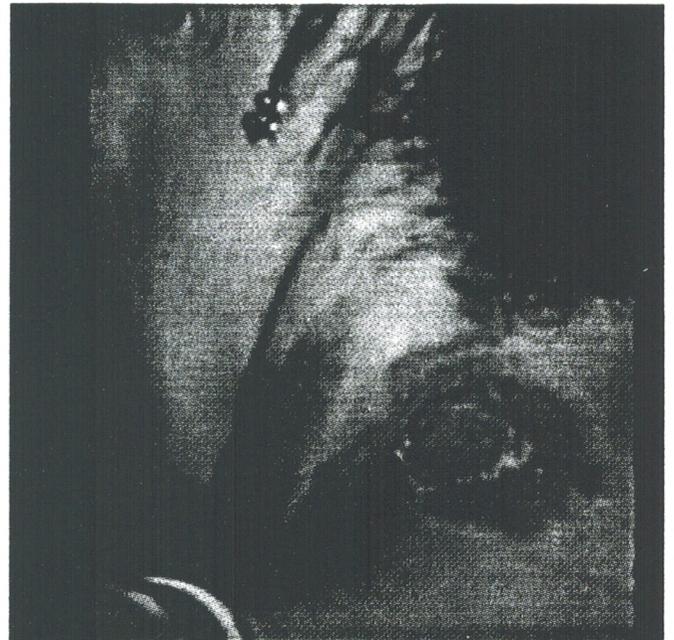
- 237. Daghfous M., Haouet H., Ghaffai M., Haouet S., Benosman A. :** Le pemphigus Tunisien. *Premier congrès de la société Maghrébine de Dermatologie et Vénérologie. Rabat 7-8-9 Avril 1994. Livre des résumés page 18.*
- 238. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Ould-Amrouche N. :** Pustulose exanthématique aiguë généralisée. A propos d'un nouveau cas. *Nouv. Dermatol.* 8, 2, 115-117, 1989.
- 239. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A. :** Fixed Drug Eruption induced by griseofulvin. *Dermatologica* 1989 ; 179 : 92-93.
- 240. Ammar-Khodja A., Bachar K., Lariba Y., Kaddour K., Meriane M., Ysmail-Dahlouk M., Houaoui MC., Hatem Y., Chikhim A., Ait-Maamar A., Benkaidali I. :** Aspects de psoriasis. Etude rétrospective portant sur 410 cas. *III^e Congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés, page 38.*
- 241. Zeratal F., Fazaa B., Zhgal M., Karfi M., Kamoun M.R. :** Profil épidémiologique de psoriasis en Tunisie. A travers une série de 416 cas. *III^e Congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés, page 25.*
- 242. Guilhou J.J. :** Psoriasis. *Encycl. Méd. Chir.* 12310. A10, A20, A30. 1992.
- 243. Fry L. :** Psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 1988 ; 119 : 445-461.
- 244. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Abdelali S. :** Kid syndrome pochy dermatologiphie et syndrome de Dandy Walker. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1994 ; 121 : 99-102.
- 245. Kurban AK., Azar HA. :** Familial continual skin peeling. *Br. J. Dermatol.* 1969 ; 81 : 191-5.
- 246. Heid E., Benharbit R., Lazrak B. :** Desquamatoses familiale continue. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1983 ; 110 : 141-3.
- 247. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A., Benkalfat MR., Khedim A. :** Acrokérato-élastoïdose de Costa. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1993, 120, 539-541.
- 248. Boudghène-Stambouli O. :** Les kératoses talonnières : pas si bénignes. *Maghreb Médical* n°184, 15 Juin 1988 page 37.
- 249. Boudghène-Stambouli O., Merad-Boudia A. :** Association dysplasie ectodermique et syndactylie. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1991, 118 : 107-110.
- 250. Bonafé JL., Larrégue M., Nougue J., Lamon P. :** Association dysplasie ectodermique-division-palatine-cheveux-chien-dents. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1979, 106 : 989-993.
- 251. Otsmane F., Belkacem O., Challane N. :** Photochimiothérapie orale. *III^e congrès Maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 Mai 1996. Livre des résumés page 52.*
- 252. Castelneam JP. :** Quand et comment arrêter la puvathérapie dans le Psoriasis. *Ann. Dermatol. Vénérolog.* 1994 ; 121 : 602-605.
- 253. Thomas P. :** Les UVA : c'est une thérapie impliquant la prescription et suivi médical. *Nouv. Dermatol.* 1996 ; 15 : 320.

- 254. Basset A., Liautaud B., Ndiaye B. :** Dermatologie de la peau noire. *Ed. Medsi. Paris 1986.*
- 255. Boudgène-Stambouli O., Merad-Boudia A.:** Contact dermatites and atopic dermatitis in the Departement of Dermato-Venereology of Tlemcen. *Schweiz. Med. Wschr. 1991 : 121 : suppl. 40/1.*
- 256. De Prost Y. :** Urticaire chronique, orientation diagnostique. *Rev. Prat. XXIX, 2297-2300, 1979.*
- 257. Meynadier et coll.:** Urticaire chronique, étude étiologique et thérapeutique de 150 cas. *Ann. Dermatol. Vénéreol. 106, 153-158, 1979.*
- 258. Boudgène-Stambouli O., Merad-Boudia A. ; Bachir B. :** Urticaire chronique : l'étiologie psychogène à ne pas négliger. *Nouv. Dermatol. 7, 1, 81-82, 1988.*
- 259. Aron-Brunetière A., Loo H. :** Psychiatrie et Dermatologie. *Encycl. Med. Chir. Paris. Psychiatrie, 37, 670B, 10, 7, 1983.*
- 260. Boudgène-Stambouli O., Merad-Boudia A. ; Bouali A. :** Prescription des dermocorticoides : primum non nocere. *Maghreb Médical n° 156, 15 Mai 1987, page 23-25.*

ICONOGRAPHIE



Le Charbon



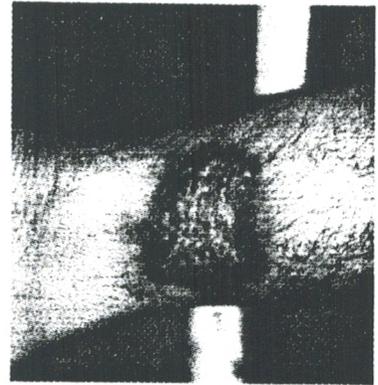
Le syndrome de Sweet



Le chancre mou



Maladie de Gunther



La Chromomycose



Dysplasie ectodermique



Kid syndrome

R é s u m é

DOCTEUR: O m a r B O U D G H E N E S T A M B O U L I
THESE De D.E.S.M : « Profil épidémiologique des affections
dermatologiques dans la Wilaya de Tlemcen 1981 - 1995 »
Université Abou Bekr Belkaid Tlemcen

Ne Disposant que peu de donnée sur la pathologie dermatologique de la ville de Tlemcen et de sa Wilaya, nous nous proposons de consacrer cette thèse à établir le bilan des états dermatologiques dont étaient atteints les patients reçus au service de dermato-vénérologie du C.H.U. Dr. T. Damerdji de Tlemcen de 1981 (date d'ouverture du service) à 1995 soit quinze années. 144 157 patients ont consulté, représentés par 41% de femmes, 33% d'hommes et 26% d'enfants (de 0 à 14 ans). L'activité globale du service est dominée essentiellement par quatre(04) grands types de pathologies : troubles de la différenciation épidermique (surtout psoriasis) 66.1% , dermatoses infectieuses (surtout non spécifique et mycoses) 21.5%, (eczéma surtout et dermatoses spongiformes), 10.4%, dermatoses tumorales (surtout tumeurs bénignes et carcinomes baso-cellulaires) 02%. Quelques affections inhabituelles en Algérie ne sont pas aussi rares: Le chancre mou, le syndrome de Sweet, la porphyrie erythropoïtique de congénitale (Maladie de Gunther), la dysplasie ectodermique, la chromomycose et le charbon. Dans les dermatoses selon la topographie le cuir chevelu semble le plus touché avec 39,2%. Dans l'ensemble les maladie cosmopolites occupe le premier rang dans les préoccupations du dermatologue.

Directeur de Thèse : Pr. M. Ysmail DAHLOUK
Mots-clés : Epidémiologie - Maladies Cutanées.
Key-Words : Epidémiology - Skin disesas.