

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Ibn Khaldoun –Tiaret–
Faculté Sciences de la Nature et de la Vie
Département Sciences de la Nature et de la Vie



Mémoire de fin d'études
En vue de l'obtention du diplôme de Master académique
Domaine : Sciences de la Nature et de la Vie
Filière : Sciences biologiques
Spécialité : Infectiologie

Présenté par :

DJERADA Mériem
GUESSAB Wafa

Thème

**Etude des Infections Cutané-Muqueuses chez l'Homme dans
la Région de TIARET**

Soutenu publiquement le 22 Septembre 2021

Jury:

Président: M^{me}. BOUMEZRAG Assia
Encadrant: M^{me}. SMAIL Fadhéla
Co-encadrant: M^{me}. CHIKHAOUI Mira
Examineur: M^{me}. MAHOUZ Fatima

Grade

MCA- Université de Tiaret
MCA- Université de Tiaret
MCA- Université de Tiaret
MCA- Université de Tiaret

Année universitaire 2020-2021

Résumé

Notre travail a porté sur une étude rétrospective et un questionnaire réalisés au niveau de différentes structures hospitalières dans la wilaya de Tiaret ; l'hôpital de Youcef Damardji et les polycliniques de l'établissement public de santé de proximité (EPSP de la wilaya de Tiaret : Volani, Zaaroura, Ferhat et Karman) ainsi qu'une clinique de dermatologie privée, sur une période de 04 mois allant du 07 février jusqu'au 23 mai 2021 et regroupant 396 patients dont un échantillon collecté par une enquête, et un échantillon de 58 patients obtenu lors d'un questionnaire réalisé. Notre étude a pour but d'établir la prévalence des infections cutanéomuqueuses chez l'homme.

Au terme de cette étude, les résultats obtenus ont montré que les infections de la peau étaient plus fréquemment observées par rapport aux atteintes des muqueuses avec une prédominance des infections bactériennes et mycosiques à des taux respectifs de 34,48% et 27,58%. Les femmes étaient les plus touchées essentiellement avec des prévalences 46,15 %.

La teigne et l'atteinte unguéale (onychomycose) étaient cliniquement les plus rencontrées avec une fréquence de 8,62%.

Les infections cutanées plus fréquentes que les muqueuses, peuvent aboutir à des complications et le devenir des lésions profondes et même parfois des ulcérations impliquant les différentes zones du corps humain.

Les infections cutanéomuqueuses regroupent de nombreuses formes cliniques. Leur classification et leur dénomination reposent sur l'origine étiologique, le type et la profondeur du tissu infecté.

Mots clés : Infection, lésions, muqueuse, peau

Summary

Our work involved a retrospective study and a questionnaire carried out at the level of different hospital structures in the wilaya of Tiaret: Youcef Damardji hospital and the polyclinics of the local public health establishment (LPHE of the wilaya of Tiaret: Volani, Zaaroura, Ferhat and Karman) as well as a private dermatology clinic, over a period of 04 months from 07 February to 23 May 2021 and gathering 396 patients including a sample collected by a survey, and a sample of 58 patients from a completed questionnaire. The purpose of this study is to establish the prevalence of mucocutaneous infections in humans.

At the end of this study, the results obtained showed that skin infections were more frequently observed compared to mucosal lesions with a predominance of bacterial and mycosic infections at respectively 34.48% and 27.58%. Women were the most affected mainly with 46,15 % prevalences.

Ringworm and nail involvement (onychomycosis) were the most clinically encountered with a frequency of 8.62%.

Skin infections more frequent than mucous membranes, can lead to implicating different areas of the human body.

Skin-mucous infections include many clinical forms. Their classification and naming is based on the etiological origin, type and depth of infected tissue.

Keywords : infection, lesions, mucous membrane, skin.

ملخص

ركز عملنا على دراسة بأثر رجعي واستبيان تم إجراؤه على مستوى هياكل المستشفيات المختلفة في ولاية تيارت، مستشفى يوسف دمرجي والعيادات متعددة الخدمات التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لولاية تيارت: فولاني، زعرورة، كارمان، فرحات، بالإضافة إلى عيادة خاصة للأمراض الجلدية، على مدى فترة 4 أشهر من 7 فيفري حتى 23 ماي 2021 وتضم 396 مريضاً أين هناك عينة تم جمعها بواسطة استقصاء وعينة من 58 مريضاً تم الحصول عليها من خلال استبيان تم إجراؤه. تهدف دراستنا إلى تحديد مدى انتشار التهابات الجلد والأغشية المخاطية لدى الإنسان.

في نهاية هذه الدراسة، أظهرت النتائج التي تم الحصول عليها أن التهابات الجلد لوحظت بشكل متكرر أكثر مقارنة بأضرار الغشاء المخاطي مع غلبة الالتهابات البكتيرية والفطرية بمعدلات كل منها 34،48% و 27،58%. كانت النساء الأكثر تضرراً بشكلٍ رئيسي مع انتشار 46،15%.

كانت الإصابة بالسعفة وإصابة الأظافر (فطار الأظافر) هي الأكثر شيوعاً من الناحية السريرية بمعدل تكرار بلغ 8،62%. يمكن أن تؤدي التهابات الجلد وهي أكثر شيوعاً من الأغشية المخاطية – إلى مضاعفات وتصبح آفات عميقة وأحياناً تقرحات تصيب مناطق مختلفة من جسم الإنسان.

تشمل التهابات الجلد والأغشية المخاطية العديد من الأشكال السريرية، يعتمد تصنيفها وتسميتها على أصل المسببات المرضية ونوع وعمق الأنسجة المصابة.

الكلمات المفتاحية: عدوى، آفات، غشاء مخاطي، جلد

Remerciements

Une thèse ou un mémoire, bien entendu, c'est un travail de longue haleine, un défi que l'on se donne à soi-même. Mais c'est surtout une formidable histoire de relations, de rencontres et d'amitié ; par le fruit des nombreux contacts qu'on a eu l'occasion de créer avec nombre de personnes passionnées dans leur projet et dans leurs spécialités.

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux qui nous a donné la force, le courage et la volonté pour élaborer ce travail.

En second lieu, nous tenons à remercier notre encadreur madame SMAIL Fadhéla pour ses conseils judicieux et sa bienveillance durant l'élaboration de ce projet.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury madame BOUMEZRAG Assia Maitre de Conférences A à l'université Ibn khaldoun – Tiaret - ainsi qu'à madame MAHOUZ Fatima Maitre de Conférences A et CHIKHAOUI Mira Maitre de Conférences A à l'université Ibn khaldoun – Tiaret - pour l'intérêt qu'elles ont porté à notre recherche en acceptant avec grande sympathie d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Nos sincères remerciements vont également à Pr DOUKANI Koula professeur à l'Université Ibn Khaldoun – Tiaret, Faculté Sciences de la Nature et de la Vie pour sa disponibilité, son aide constante ses remarques, ses suggestions et ses encouragements qui ont permis d'apporter des améliorations à la qualité de ce rapport ainsi pour le travail énorme qu'elle effectue pour nous créer les conditions les plus favorables pour le déroulement de nos études. Qu'elle soit assurée de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

Nous tenons à exprimer nos sincère gratitude à Dr. BELHOUARI Mohammed médecin en dermatologie et vénérologie, et surtout à Dr. ZERROUKI Khadidja médecin spécialiste en infectiologie, à Dr MEDJAHDI Chakib médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie, à M^{me}.BOUSSAHA Amel, M^{me}.CHAIB Nacera, M^{me}. BOUGHEDDOU Zerroukia et M^{me}.BOURADA Assia pour leur patience, leurs informations et conseils et pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements à tous les enseignants et enseignantes qui ont contribué à notre formation.

Nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à ...

Aux deux personnes les plus dévouées et généreuses de ma vie, qui ont toujours été à mes côtés pour me protéger, me guider et m'encourager

A ma mère qui m'a donné la vie, qui s'est sacrifiée pour mon confort et ma réussite, la lumière qui éclaire mon chemin, c'est grâce à votre prière que je suis là.

A mon père, mon âme et ma moitié, qui a été avec moi, pas à pas dans ma vie, dans ma tristesse et ma joie, la main qui a essuyé mes larmes, et m'a toujours fourni ce que j'avais besoin et envie sans maugréer.

A ma tante Houria, ma seconde mère ;

A mes chers frères Mohamed et Oussama et mes chères sœurs Naima et Houria, qui ont été présents dans tous les moments pour moi, les mots ne suffisent jamais pour exprimer à quel point je suis reconnaissante de vous avoir.

A mes neveux : Abed, Nasro, Ibrahim et Is'hak, le sourire et la joie de notre vie.

Que Dieu les garde et les protège.

A mes chers amis, Wafa, Racha, Amina, Bakhta, Souad, Rim, Imad, Kheira, Rokaya, Soumia, Khalida et Torkia.

Que Dieu préserve à jamais notre amitié et notre fraternité.

A tous les membres de ma promotion,

Sans oublier deux grands messieurs CHAIB Bouderbala et BENAÏSSA Toufik et tous les professeurs que ce soit du primaire, moyen, secondaire ou de l'enseignement supérieur.

Et enfin, à toute personne qui m'a aidé pendant mon parcours que ce soit scolaire ou dans ma vie en général pour atteindre cet objectif.

Mérim

Dédicace

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, l'amour, le respect, et la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...

... Louange à Allah tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

Je dédie ce mémoire à

A mes très chers parents ... je vous aime beaucoup !

A ma mère JOULIA qui m'a donné la vie, le symbole de tendresse, qui s'est sacrifiée pour mon bonheur et ma réussite, et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi ; Vous m'avez comblé avec votre tendresse et affection tout au long de mon parcours. Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présentes à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté. Qu'Allah le tout puissant vous préserve, vous accorde santé, bonheur, qui étudie de l'esprit et vous protège de tout mal.

A mon père MOULAY, l'école de mon enfance, ce travail est le fruit de ses sacrifices qu'il a consentis pour mon éducation et ma formation, et qui a veillé tout au long de ma vie à m'encourager, à me donner l'aide et à me protéger. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Que Dieu le garde et le protège.

A mon cher petit frère et mon confident WALID qui a été présent dans tous mes moments d'examen par son soutien moral et ses belles surprises sucrées les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour toi.

A ma sœur chérie SALIHA pour son soutien et ses encouragements durant toute ma vie.

A mes belles sœurs ; A mes frères OMAR, ABDALLAH et HICHAM

Ma très chère copine MERIEM ma fidèle compagnie dans les moments les plus délicats au cours de la préparation de ce mémoire. A mes amis.

A tous les membres de ma famille, petits et grands, veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

Wafa

Liste des abréviations

B19V : *Parvovirus B19*

CMV : *Cytomégalovirus*

DHBN : Dermo Hypodermite Bactérienne Nécrosante

DHBNN : Dermo Hypodermite Bactérienne Non Nécrosante

EBV : *Epstein Barr Virus*

HAV : Virus de l'hépatite A

HBV : Virus de l'hépatite B

HHV : *Herpès virus Humain*

HIV : *Virus de l'immunodéficience humaine*

HPV : *Papilloma virus humain*

HSV : *Herpès simplex virus*

LC : Leishmaniose cutanée

LCM : Leishmaniose cutanéomuqueuse

LV : Leishmaniose viscérale

MC : *Molluscum contagiosum*

MO : muqueuse olfactive

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Otorhinolaryngologie

OSN : Neurones Sensoriels Olfactifs

PRG : pityriasis rosé de Gibert

S.aureus : *Staphylococcus aureus*

S.pyogenes : *Streptococcus pyogenes*

VZV : *Virus Varicelle-Zona*

Liste des figures

Figure 1 . Peau et tissu sous - cutané (ou hypoderme)	4
Figure 2 . Annexes épithéliales de la peau : poil et follicule pilo sébacé.	6
Figure 3 . Ongle .A .Vue dorsale B. Section longitudinale de l'extrémité distale d'un doigt (ou d'un orteil)	8
Figure 4 . Anatomie de la conjonctive kératinisée	9
Figure 5 . (A) Représentation de la localisation de l'épithélium olfactif. (B) schéma d'une coupe de la muqueuse olfactive.....	11
Figure 6 . Représentation schématique des structures anatomiques de la cavité buccale.....	11
Figure 7 . Anatomie de l'appareil génital féminin.....	12
Figure 8 . Les muqueuses du col utérin	14
Figure 9 . Appareil génital de l'homme.	16
Figure 10 . Impétigo crouteux	19
Figure 11 . Impétigo bulleux enfant.....	19
Figure 12 . Impétiginisation.....	19
Figure 13 . Ecthyma.....	19
Figure 14 . Lymphangite.....	19
Figure 15 . Folliculite de la face	20
Figure 16 . Furoncle du genou.....	20
Figure 17 . Anthrax	21
Figure 18 . Erysipèle de la jambe. Erysipèle bulleux.....	23
Figure 19 . Fasciste nécrosante	24
Figure 20 . Gangrène gazeuse de la main	25
Figure 21 . Ulcère phagédénique	26
Figure 22 . Candidose du pli fessier.....	27
Figure 23 . Onyxis candidosique	27
Figure 24 . Pityriasis versicolor du visage	28
Figure 25 . Lésions de la Leishmaniose cutanée localisée	29
Figure 26 .Nodule ulcérocroûteux de la phase d'état.....	29
Figure 27 . Plaque infiltrée avec quelques ulcérations.....	30
Figure 28 . Papules satellites au cours de la leishmaniose à L.major	30
Figure 29 . Différents types de lésions cutanées lors de la leishmaniose.	30
Figure 30 . (A) Sillons de la gale du premier espace interdigital de la main droite, (B) Sillon de sarcopte après test à l'encre de Chine	31
Figure 31 . Aspect clinique caractéristique de vésicules perlées.....	31
Figure 32 . Lésions hyperkératosiques de la gale	31
Figure 33 . Les différents types de lésions dues à la gale du nourrisson et du jeune enfant	32
Figure 34 .Verrues vulgaires	35
Figure 35 . Myrmécie chez l'enfant	35
Figure 36 . Verrues mosaïques Verrues planes d'une joue évoluant depuis environ 3 mois.....	35
Figure 37 . Verrues planes d'une joue évoluant depuis environ 3 mois.....	35

Figure 38. Verrue sous- et péri-unguéale, favorisée par l'onychophagie.....	36
Figure 39. Verrues profuses chez un boucher.....	36
Figure 40. Verrue filiforme	36
Figure 41. Epidermodysplasie verruciforme.....	36
Figure 42. Représentation typique des molluscums contagiosums.	37
Figure 43. Herpès récurrent digital	37
Figure 44. Vésicules en « gouttes de rosée » : début de varicelle.....	38
Figure 45. Aspect typique du zona : érythème distribué aux dermatomes, et vésiculation.....	38
Figure 46. Vésicule ombiliquée de varicelle.....	38
Figure 47. Vésicules et croûte au cours du zona au niveau du visage chez un nourrisson.....	38
Figure 48. Plaques muqueuses (« plaques fauchées »).....	39
Figure 49. Candidose buccale. Muguet.....	40
Figure 50. Observation en lampe à fente d'un ver immobile au niveau sous-conjonctival.	42
Figure 51. Conjonctivite folliculaire.....	42
Figure 52. Symblépharon.....	42
Figure 53. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction de l'origine étiologique.....	47
Figure 54. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction des lésions d'origine infectieuse et non infectieuse.....	48
Figure 55. Répartition des cas de lésions cutanées en fonction du sexe.	48
Figure 56. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuse en fonction de l'âge.	49
Figure 57. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction de la saison.....	49
Figure 58. Taux de de différents types de lésions cutanéomuqueuses en fonction de leur étiologie.	50
Figure 59. Taux des différentes formes de lésions cutanéomuqueuses	51
Figure 60. Taux des lésions cutanéomuqueuses en fonction du sexe.	51
Figure 61. Taux des lésions cutanéomuqueuse en fonction de l'âge.....	52
Figure 62. Taux des lésions cutanéomuqueuses en fonction de la saison.....	52
Figure 63. Taux des lésions cutanéomuqueuses en fonction du siège.	53
Figure 64. Taux des lésions cutanéomuqueuses en fonction de l'origine étiologique.	54
Figure 65. Taux des symptômes en cas de lésions cutanéomuqueuses.	56

Liste des tableaux

Tableau 1. Agents pathogènes responsables des infections cutanées bactériennes localisées (mycobactéries et IST exclues)	17
Tableau 2. Les formes cliniques d'impétigo	19
Tableau 3. Infection des tissus mous : non nécrosantes versus nécrosantes	23
Tableau 4. Etiologies des éruptions maculo-papuleuses virales	33
Tableau 5. Etiologies des éruptions vésiculeuses virales	34
Tableau 6. Etiologies des nodules et tumeurs cutanéomuqueuses viro-induites	34
Tableau 7. Caractéristiques de différents types de verrues avec images.	35
Tableau 8. Caractéristiques de différents types de verrues avec images.	36
Tableau 9. Formes communes et leurs évolutions de la varicelle et du zona	38
Tableau 10. Représentation des formes cliniques de la conjonctive virale	42
Tableau 11. Répartition des cas des de lésions cutanéomuqueuses selon l'origine étiologique.....	47
Tableau 12. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses selon le siège.....	53
Tableau 13. Répartition des lésions cutanéomuqueuses selon les symptômes.	55

Sommaire

Résumé	
Remerciements	
Dédicace	
Liste des abréviations	i
Liste des figures	ii
Liste des tableaux	iv
Introduction	1
I Rappels sur la structure de la peau et des muqueuses	Erreur ! Signet non défini.
I.1 La peau	3
I.1.1 Le derme	4
I.1.2 L'épiderme.....	4
I.1.3 Tissu sous-cutané, ou hypoderme.....	5
I.1.4 Annexes épithéliales de la peau.....	5
I.1.4.1 Phanères et glandes cutanées	5
I.1.4.2 Poils et follicules pilo-sébacés	5
I.1.4.3 Types de poils	7
I.1.4.4 Glandes sudorifères.....	7
I.1.4.5 Ongles	7
I.1.5 Vascularisation et innervation de la peau	8
I.1.5.1 Vascularisation :.....	8
I.1.5.2 Innervation :	8
I.2 Les muqueuses	9
I.2.1 La muqueuse oculaire	9
I.2.1.1 La conjonctive.....	9
I.2.1.2 La flore commensale conjonctivale	9
I.2.2 La muqueuse nasale.....	10
I.2.3 La muqueuse buccale.....	11
I.2.4 La muqueuse génitale	12
I.2.4.1 La muqueuse génitale féminine	12

1.1 La trompe.....	12
1.2 L'utérus.....	12
1.3 Le vagin	13
I.2.4.2 L'appareil génital masculin.....	14
2.1 Les testicules.....	14
2.2 Les voies excrétrices.....	14
2.3 Voies excrétrices intra-testiculaires	14
2.3.1 Tubes droits	14
2.3.2 Rete testis	14
2.3.3 Canaux efférents.....	14
2.3.4 Epididyme	15
2.3.5 Canal déférent.....	15
2.4 Urètre	15
2.4.1- Urètre prostatique	15
2.4.2-Urètre membraneux	15
2.4.3- Urètre spongieux	15
2.5 Des glandes annexes du tractus génital male.....	15
2.5.1- Vésicules séminales	15
2.5.2- Prostate.....	15
2.5.3- Glande de Cowper.....	16
II Les infections cutanéomuqueuses.....	Erreur ! Signet non défini.
II.1 Les lésions de la peau.....	17
II.1.1 les infections bactériennes.....	17
II.1.1.1 Impétigo.....	18
II.1.1.2 Folliculite.....	20
II.1.1.3 Furoncle	20
II.1.1.3-a Anthrax	21
II.1.1.3-b Furonculose	21
II.1.1.3-c Abscès cutané	21
II.1.1.3-d Staphylococcie maligne de la face	21
II.1.1.4 - Le panaris	22
II.1.1.5 L'hydrosadénite.....	22
II.1.1.6 Les dermo-hypodermes bactériennes (DHB)	22

II.1.1.6-a L'érysipèle	23
II.1.1.7 Les myonécrose et gangrènes gazeuses	24
II.1.1.8 Ulcérations cutanées bactériennes	25
II.1.2 Les infections mycosiques.....	26
II.1.2.2 Malassezioses	27
II.1.2.3 Dermatophytes.....	28
II.1.2.4 Les teignes	28
II.1.3 Les infections parasitaires	28
II.1.3.1 La leishmaniose cutanée	29
II.1.3.2 La gale	30
II.1.4 Les infections virales.....	32
II.1.4.1 Eruptions induites par agents virales	32
4.1.1 Les lésions maculeuses ou maculo-papuleuses	32
4.1.2 Les lésions vésiculeuses ou pustuleuses	32
4.1.3 Les tumeurs cutanées ou muqueuses et les nodules	32
II.1.4.2 Les dermatoses virales tumorales bénignes	35
II.1.4.2.1 Verrue et condylome	35
4.2.1.1 Agent pathogène	35
4.2.1.2 Formes cliniques	35
4.2.1-a Verrues cutanées	35
4.2.1-b Condylome	36
4.2.1-c Molluscum contagiosum	37
4.2.1. c.1 Agent causal.....	37
4.2.1. c.2 Formes cliniques	37
II.1.4.3-Dermatoses virales vésiculeuses	37
4.3.1 Infection à herpes virus.....	37
4.3.2 Varicelle – zona	38
II. Les lésions des muqueuses.....	39
II.1 Les infections bactériennes	39
II.1.1 La muqueuse buccale.....	39
II.1.2 La muqueuse génitale	39
II.1.3 Conjonctive bactérienne	40
1.3-a Conjonctivite du nouveau-né à Chlamydia	40

1.3-b Conjonctivite du nouveau-né à gonocoque	40
II.2 Les infections mycosiques.....	40
II.2.1 Les candidoses buccales	40
II.2.1.1 Le muguet	40
II.2.1.2 La perlèche.....	41
II.2.1.3 La langue noire villeuse	41
II.2.2 Les candidoses vaginales.....	41
II.2.2.1 La vulvo-vaginite	41
II.2.2.2 Balanite et balano–posthite	41
II.3 Les infections parasitaires	41
II.3.1 Les infections de la muqueuse oculaire	41
II.3.1.1 La loase	41
II.4 Les infections virales.....	42
II.4.1 Muqueuse oculaire.....	42
4.1.1 Conjonctives virales	42
II.4.2 Infections de la muqueuse nasale	43
II.4.2.1 Rhinopharyngites	43
III Matériel et Méthodes.....	Erreur ! Signet non défini.
III.1 Objectifs de l'étude.....	44
III.2 Type, lieu et période d'étude.....	44
III.3 Population d'étude	44
III.4 Déroulement de l'étude.....	44
III.5 Variables étudiées.....	45
Résultats et Discussion.....	Erreur ! Signet non défini.
IV.1 Résultats	47
IV.1.1 Résultats de l'étude rétrospective des lésions cutanéomuqueuses dans la région de Tiaret	47
IV.1.2 Résultats de l'enquête personnelle.....	50
IV.2 Discussion	57
Conclusion.....	60

Références bibliographiques	61
Annexes	69

Introduction

Introduction

La peau et les muqueuses étant des revêtements couvrant l'organisme sont toujours exposées aux différentes agressions. Parmi ces dernières, on distingue celles qui sont causées par des agents pathogènes dont les parasites, les bactéries, les champignons et les virus qui par leur parasitisme peuvent entraîner des éruptions gênantes voire dangereuses sur la santé. De ce fait, les médecins dermatologues ainsi que les responsables de la santé sont chargés d'élaborer des protocoles d'une meilleure prise en charge des infections cutanéomuqueuses de même à développer des bases de données de ce type d'affections pour la bonne pratique dans le futur.

Les dermatoses bactériennes sont le plus souvent d'origine streptococcique ou staphylococcique mais elles peuvent être dues à de très nombreux autres genres et espèces. Les pyodermites sont les plus communes des dermatoses infectieuses en milieu tropical (Anonyme, 2016).

Les infections cutanées regroupent de nombreuses formes cliniques. Leur classification et leur dénomination reposent sur le type et la profondeur du tissu infecté (épiderme, derme, hypoderme) (Leclercq, 2019).

Les infections de la couche cornée de l'épiderme, des muqueuses et des phanères (ongles, cheveux et poils), par des champignons sont fréquentes, bénignes, n'entraînant ni fièvre ni anomalie biologique, leur diagnostic orienté par la clinique est confirmé par le prélèvement mycologique avec examen direct et culture. Exceptionnellement, elles peuvent être la porte d'entrée de mycose systémique chez les sujets fortement immunodéprimés (Anonyme, 2016).

En Algérie, les mycoses superficielles sont fréquemment diagnostiquées. Chekiri-Talbi et Denning (2017) confirmaient que les infections fongiques profondes sont moins souvent observées. Peu de données sur ces affections en Algérie sont rapportées dans la littérature.

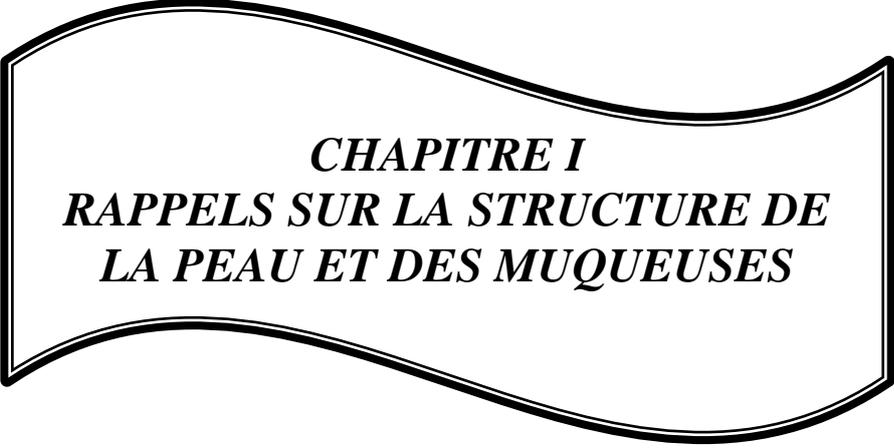
De ce fait, le présent travail a été réalisé afin d'évaluer la fréquence des lésions de la peau et des muqueuses en considérant leur origine étiologique, ainsi que d'apprécier le taux de chacune des lésions diagnostiquées dans quelques établissements hospitaliers de la région de Tiaret. L'objectif de ce travail est donc une description de cas de différentes formes cliniques des lésions cutanéomuqueuses.

Notre travail est structuré 2 parties distinctes :

- Une partie bibliographique comportant deux chapitres dont le premier concernait des rappels sur la structure et le rôle de la peau et des différentes muqueuses et le second chapitre traitait quelques pathologies de la peau et des muqueuses.
- Une partie expérimentale comprenant :
 - L'étude rétrospective d'une cohorte de patients de la ville de Tiaret en consultation de médecine à l'hôpital Youcef Damardji et les EPSPs ainsi que dans une clinique privée de dermatologie de la wilaya de Tiaret, consultant pour des infections cutanéomuqueuses chez l'homme.
 - Une enquête auprès de quelques patients au niveau de la région de Tiaret, venant consulter chez des médecins généralistes, à cause d'une atteinte de la peau ou d'une ou de plusieurs muqueuses.

Dans les deux cas, nous avons décrit la présentation clinique, les différentes causes étiologiques, les facteurs de risque, la prise en charge par le médecin traitant et l'évolution des lésions.

Etude bibliographique



CHAPITRE I
RAPPELS SUR LA STRUCTURE DE
LA PEAU ET DES MUQUEUSES

I.1 La peau

Méliessopoulos et Levacher (2012) expliquent que la peau ou le tégument (du latin *tegumentum*, couverture) est responsable de la première image que nous offrons au monde. C'est l'organe le plus grand du corps humain, pesant 4 kg et représentant une surface de 2 m². L'épaisseur de la peau est de 2 mm en moyenne. D'après Méliessopoulos et Levacher (2012) et Bouchbacher, (2007), la peau assure 4 fonctions vitales : une fonction de protéger l'organisme des agressions extérieures, physiques, chimiques et infectieuses, une fonction de sensibilité, une activité métabolique, et un rôle de thermorégulation.

Selon Delmas et al (2008), la peau est la couche cutanée composée de 2 parties : l'épiderme et le derme (fig.1). Méliessopoulos et Levacher (2012) ont ajouté qu'elle est constituée de 3 tissus superposés : le tissu le plus externe est l'épiderme (du grec « *épi* », dessus, et « *derma* », la peau), le tissu intermédiaire est le derme et le tissu le plus profond est l'hypoderme (du grec « *hypo* ». Delmas et al. (2008) ont décrit qu'au niveau des orifices du corps, elle est en continuité avec les muqueuses nasales, orales, anorectales, génitales et urinaires par l'intermédiaire de zones appelées semi muqueuses, par exemple, la fente palpébrale, est en relation avec la conjonctive. L'épiderme est d'origine embryologique ectodermique, tandis que le derme est mésodermique ; les interactions ectomésodermiques sont fondamentales pour la différenciation de la peau et des annexes cutanées. Au niveau des régions palm plantaires, en particulier au niveau de la pulpe des doigts et des orteils, les crêtes de la peau sont caractérisées par des dessins dénommés dermatoglyphes ou bien empreintes digitales identifiées comme médico-légales et qui sont d'une diversité spécifique à un individu donné, Une région cutanée particulière est l'aréole, zone circulaire, pigmentée, autour du mamelon.

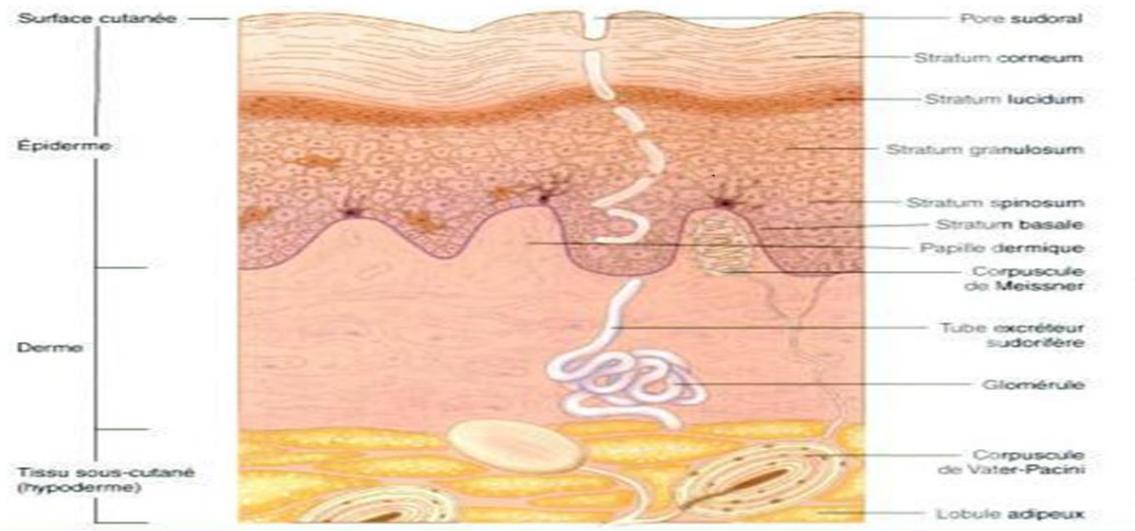


Figure 1 . Peau et tissu sous - cutané (ou hypoderme) (Delmas et al, 2008)

D'une manière évidente, Méliopoulos et Levacher (2012) ont démontré que :

I.1.1 Le derme

Est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale dans laquelle baignent des fibroblastes, des fibres de collagène et des fibres élastiques, est traversé par un grand nombre de vaisseaux et il joue un rôle nutritif. En dessous du derme se trouve une couche de tissu adipeux formant l'hypoderme.

I.1.2 L'épiderme

Selon Delmas et al (2008) et Bouchbacher (2007) ont approuvé que l'épiderme soit un épithélium pluristratifié kératinisé. Son épaisseur varie entre 40 μm et 1 à 6 mm selon sa localisation anatomique. Les kératinocytes constituent 90 à 95 % de la population épidermique. Les autres cellules présentes sont des cellules de Langerhans, des mélanocytes et des cellules de Merkel. Les kératinocytes prolifèrent dans l'assise basale puis se différencient progressivement pour former les différentes couches de l'épiderme en migrant depuis la profondeur vers la surface. Il est composé de plusieurs couches cellulaires :

- La **couche basale** est constituée de kératinocytes à large noyau cylindriques ou cubiques, en division.

- La **couche spinieuse** est composée de 5 à 15 assises de kératinocytes volumineux et polygonaux.

- La **couche granuleuse** comporte 1 à 3 assises de kératinocytes aplatis et fusiformes disposés en parallèle à la surface cutanée. Ils contiennent des granulations basophiles ; ou l'**assemblage** de protéines riches en histidine et de filaments de kératine.

- La **couche cornée** est la couche la plus superficielle de l'épiderme. Elle est composée de 5 à 10 assises kératinocytaires anucléées et aplaties dénommées les cornéocytes.

I.1.3 Tissu sous-cutané, ou hypoderme

Delmas et al (2008) ont expliquées la composition de la couche sous-cutanée qui présente trois constituants agencés de manière variable selon les régions du corps et les individus (fig1) :

- le pannicule adipeux (corps adipeux de l' hypoderme), constitué par des lobules graisseux composés par les adipocytes ;
- les septums fibreux inter lobulaires ;
- des éléments musculaires (muscles peauciers), principalement au niveau de l'extrémité céphalique mais aussi au niveau de la paume de la main (muscle court palmaire) ;du scrotum et des grandes lèvres ;en fin des fibres musculaires sont situées au niveau de l'aréole dont la contraction à la suite d'un stimulus (froid, stimulation tactile..) est responsable d'un durcissement mamelonnaire dénommé télotisme.

L'hypoderme est d'épaisseur variable selon les régions du corps : pour des raisons mécaniques d'amortissement, il est épais au niveau des coussinets tactiles de la pulpe des doigts et des orteils, de la région glutéale et de la plante du pied, principalement au niveau du talon. La peau des paupières, du pavillon de l'oreille, des petites lèvres et du scrotum ne possède pas de graisse sous-cutanée.

I.1.4 Annexes épithéliales de la peau

I.1.4.1 Phanères et glandes cutanées

Mélessopoulos & Levacher (2012) ont prouvés décisivement des **annexes cutanées** comprenant des glandes et des phanères (du mot grec« *phaneros* » qui signifie apparent, sont les poils et les ongles. Il existe deux sortes de glandes : les glandes sudoripares qui excrètent la sueur et les glandes sébacées qui excrètent le sébum. Delmas et al (2008) qui ont distingués aussi 2 grandes types de peau :

I.1.4.2 Poils et follicules pilo-sébacés

- la peau de base, présentant des poils de types variables,
- la peau glabre, totalement dépourvue de poils, constituant le revêtement des lèvres, des paumes de la main et des plantes du pied, du gland du pénis et du clitoris.

- Le nombre de poils chez l'adulte varie entre 50000 et 5 millions selon les individus. Chaque poil correspond à un follicule pileux auquel est annexée une glande sébacée (fig.2).

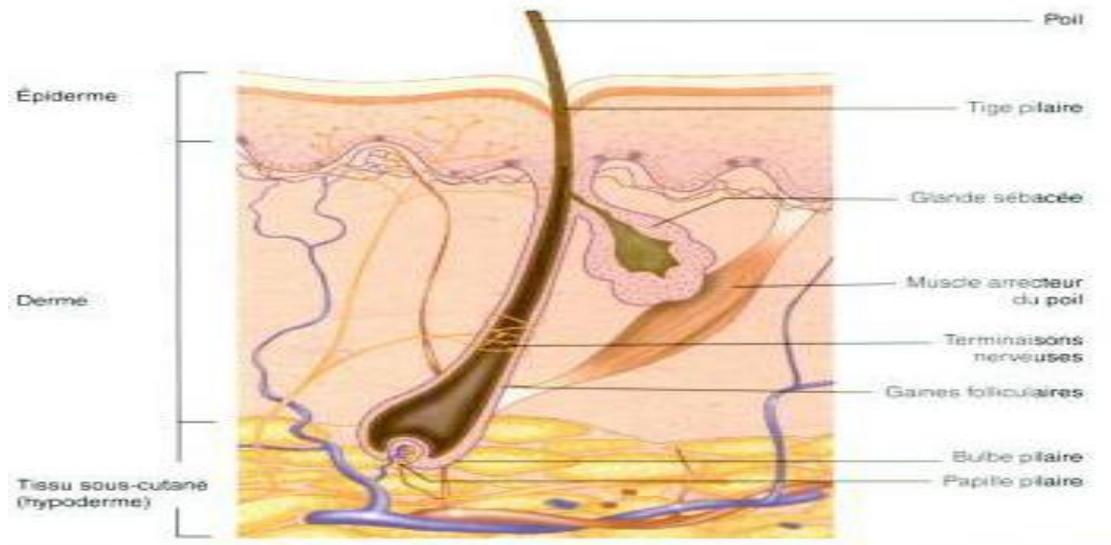


Figure 2 . Annexes épithéliales de la peau : poil et follicule pilo sébacé. (Delmas et al , 2008).

a. Bulbe : A sa partie profonde, le follicule pileux est renflé et forme le bulbe, constitué de la matrice pileuse (responsable de la croissance du poil), creusée à sa partie inférieure de la papille pileuse (tissu conjonctif et vaisseaux)

b. Gains folliculaires : Il s'agit d'un cylindre formé par l'emboîtement de couches cellulaires concentriques (gaine folliculaire externe et gaine folliculaire interne).

c. Tige pileux : La tige pileuse correspond au poil et est composée de trois couches :

c-1 .la cuticule superficielle (lamelles cornées empilées comme des tuiles)

c-2. Le cortex, ou écorce, composé de cellules nucléées ;

c-3 La moelle constituée de grandes cellules plus lâches très riches en kératines, souvent disjointes par de petites bulles de gaz.

d. Glande sébacée : Chaque poil est pourvu d'une glande multilobée à sécrétion holocrine. Les cellules se désintègrent progressivement au voisinage du canal excréteur et y libèrent leur contenu. La sécrétion est dénommée sébum.

e. Muscle arrecteur du poil : Le muscle arrecteur du poil est un faisceau de fibres musculaires lisses allant de la partie moyenne du follicule pileux au derme. Il est absent au niveau des cils,

des sourcils, des poils, du nez et de l'oreille, et de barbe. Leur fonction est l'érection du poil et a compression et l'évacuation des glandes sébacées. Ils sont innervés par des fibres sympathiques.

f. Disque pileaire (« Hoarscheibe ») : Situé à l'arrière du poil, constitue un organe tactile particulièrement riche en cellules de Merkel.

I.1.4.3 Types de poils

Il existe différents types de poils :

- les poils terminaux : longs et solides, qui sont pigmentés ; pourvu de médulla ;
- les duvets : fins, souples, peu pigmentés et dépourvus de médulla ;
- les poils intermédiaires : La pilosité est très variable selon les individus, le sexe, les diverses populations géographiques, les régions du corps et selon l'influence de la puberté, Ils ont distingués plusieurs catégories spécifiques de poils : poils constants présents chez homme et la femme dès la naissance : cheveux ; sourcils ; cils ; vibrisses
- Les poils apparaissant à la puberté (caractère sexuel secondaire) : les constants dans les deux sexes et caractéristiques du sexe masculin

I.1.4.4 Glandes sudorifères

Les glandes sudorifères sont présentes sur toute la surface corporelle. Elles sécrètent la sueur et ont un rôle essentiel dans la thermorégulation et l'équilibre hydro électrolytique ; on peut distinguer : les glandes encrines et les glandes apocrines.

a- Glandes sudorifères encrines : sont présentes sur tout le revêtement cutané. Elles présentent une portion sécrétoire profonde et un tubule excréteur.

b- Glandes sudorifères apocrines : sont de plus grande taille et leur sécrétion se fait par décapitation apicale de la cellule. Elles ne sont présentées qu'au niveau de la fosse axillaire ; la région aréolaire ; la région ombilicale ; la région périnéale.

I.1.4.5 Ongles

Les ongles sont au nombre de vingt ; ce sont des spécialisations épidermiques kératinisées au niveau de la face dorsale de la phalange distale des doigts et des orteils. La croissance est d'environ 1mm par semaine pour les doigts et 0,3 à 0.5 mm par semaine pour les orteils ; non coupés, ils peuvent atteindre jusqu'à plusieurs dizaines de centimètres de longueur. Ils présentent trois parties : le corps, la matrice et le lit (fig3.).

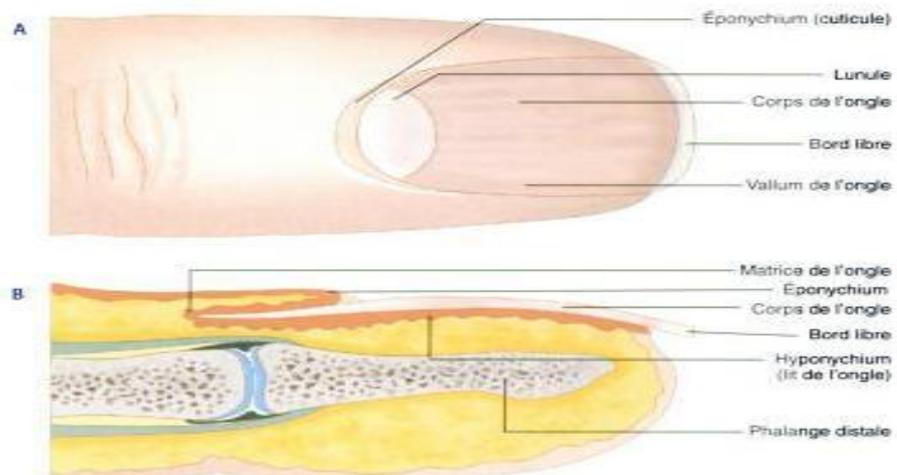


Figure 3 . Ongle .A .Vue dorsale B. Section longitudinale de l'extrémité distale d'un doigt (ou d'un orteil)
(Delmas et al , 2008)

I.1.5 Vascolarisation et innervation de la peau : D'après Delmas et al (2008)

I.1.5.1 Vascolarisation :

Les capillaires sont présents dans tout le derme, plus visible dans les papilles dermiques.

I.1.5.2 Innervation :

L'innervation centrifuge de la peau assure la vasomotricité, le contrôle de la sécrétion sudorale et l'érection du poil. La peau de la pulpe des doigts est là plus richement innervée avec environ 2300 terminaisons nerveuses par cm. Les nerfs sensitifs ont des terminaisons isolées (fig1.).

- a. **Corpuscules de Meissner** : ils occupent la hauteur des papilles dermiques. Ils sont de petite taille et ovoïdes, constitués par repliement horizontal de cellules de Schwann entre lesquelles passe en spirale un axone.
- b. **Corpuscules de Vater-Pacini** : Ils siègent dans l'hypoderme des régions palm plantaires et génitales. De grande taille, ils sont visibles à l'œil nu. Ils présentent une structure caractéristique en lamelles concentriques en « bulbe d'oignon »,
- c. **Corpuscules génitaux** : Ils sont situés au niveau du gland, des petites lèvres et du clitoris.
- d. **Organes cutané-muqueux** : Ils sont situés au pourtour des orifices digestifs : lèvres et région péri-anale.

I.2 Les muqueuses

I.2.1 La muqueuse oculaire

I.2.1.1 La conjonctive

La conjonctive est une muqueuse transparente qui recouvre la plupart de la surface de l'œil (Fenolland, 2017), très vascularisée. L'absence de la couche cornée qui fait la différence avec l'épiderme, donne une particularité à la conjonctive la possibilité d'absorber les liquides qu'on dépose sur elle. Cela permet aux traitements par collyres de faire leurs actions avec une grande efficacité, elle est organisée en trois parties (Anonyme, 2018) qui sont illustrées respectivement dans la figure.4 ci-dessous.

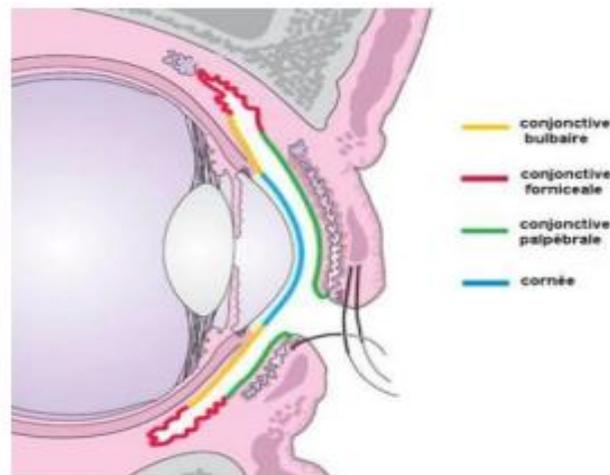


Figure 4 . Anatomie de la conjonctive kératinisée (Creunet, 2019)

I.2.1.2 La flore commensale conjonctivale

D'après Thibaut (2018) ; certains bactéries et champignons sont présents sur la conjonctive physiologiquement .Ils sont non pathogènes et par compétition, ils constituent une barrière empêchant l'implantation des agents pathogènes.

La répartition de cette flore est soumise sous certains critères, parmi eux : l'âge et le port de lentilles de contact.

- Pour l'adulte sain non porteur de lentilles, les cocci à Gram positif sont présent avec un rapport de 90 à 96%, ils sont représentés principalement par les staphylocoques, essentiellement *Staphylococcus epidermis*, puis les *Staphylococcus aureus*, les streptocoques les entérocoques, les bacilles à Gram négatif appartiennent souvent aux germes de tractus

oto-rhino-laryngologie (*Haemophilus*) et les entérobactéries. Les bacilles à Gram positif sont fréquemment des *propionibacterium acnes* et des corynébactéries, des levures et des champignons filamenteux sont possibles à faire partie de cette flore.

- Pour l'enfant de moins de 6 ans, la flore conjonctivale est proche de celle de la flore ORL. Certains streptocoques, en particulier *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* sont retrouvées.

I.2.2 La muqueuse nasale

C'est une muqueuse de type respiratoire située plus en arrière, reposant sur un épithélium kératinisé qui recouvre la cavité nasale proche des narines (Fig.8) (Delierre, 2020). La MO est un épithélium pseudostratifié cilié, tapissant la partie postérieure de la cavité nasale au sein de l'os maxillaire (Chelminsk, 2015). Cette muqueuse est formée d'une monocouche avec une abondance en cellules caliciformes et un chorion (lamina propria) qui renferme des glandes séro-muqueuses, des formations lymphoïdes plus ou moins développées en fonction de la qualité de l'air inspiré (Croce, 2006).

La muqueuse tapissant les fosses nasales est très vascularisée, donnant sa couleur rose, riche en glandes à mucus à un rôle de maintenir constamment son humidité, également de réchauffer, humidifier et filtrer de manière partielle l'air inspiré (Delierre, 2020).

A la différence de la muqueuse rose, la muqueuse jaune avec son rôle sensoriel, est pauvre en vaisseaux et glandes, mais elle renferme des terminaisons nerveuses des nerfs olfactifs (Croce, 2006).

En organisation classique, cette muqueuse est renforcée par une lame basale et une sous-muqueuse avec une spécificité qui conditionne son organisation cellulaire : les OSN (Neurones Sensoriels Olfactif) sont les seuls neurones en contact direct avec l'environnement. (Chelminsk, 2015)

L'épithélium respiratoire contient les cellules à mucus responsables à la sécrétion de mucus en une couche.

L'épithélium olfactif, la sécrétion de mucus est conférée par les glandes de Bowman, cet épithélium est constitué de trois types de cellules : les neurorécepteurs olfactifs, les cellules basales et les cellules de soutien (Aimé, 2010) . (Fig.5)

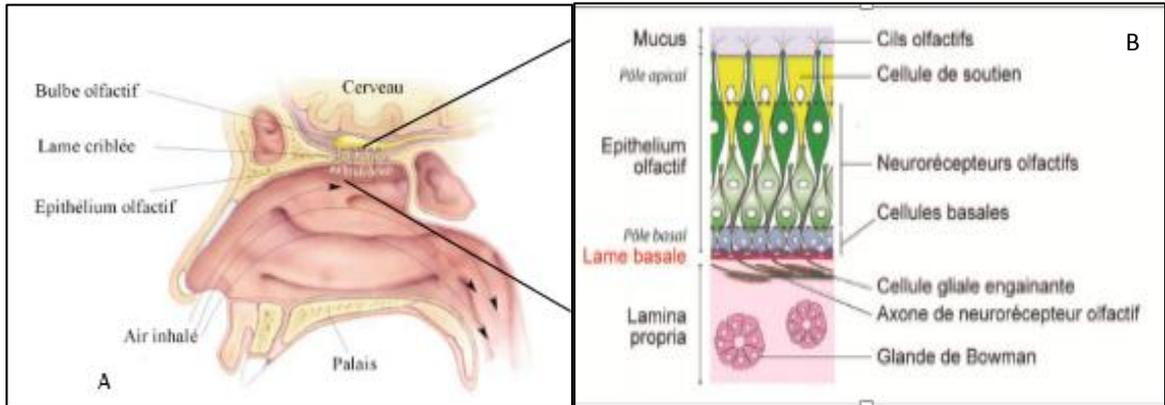


Figure 5. (A) Représentation de la localisation de l'épithélium olfactif. (B) schéma d'une coupe de la muqueuse olfactive. (Croce, 2006) ; (Aimé, 2010)

I.2.3 La muqueuse buccale

La muqueuse de la cavité buccale est une muqueuse directement ci-inclus à l'os ou au muscles sous-jacent, et qui est délimitée en avant en continuité avec le tissu cutané formé par le versant externe des lèvres, en arrière avec la muqueuse oro-pharyngée, latéralement avec le revêtement interne des joues, en haut avec le plafond de la cavité buccale en délimitant le palais dur, en bas avec le plancher de la bouche qu'elle tapisse et la base de la langue.

Cette muqueuse recouvre aussi l'os alvéolaire (muqueuse gingivale), la muqueuse dorsale de la langue est dite spécialisée, elle est couverte de papilles filiformes et fungiformes. (Claeys, 2017).

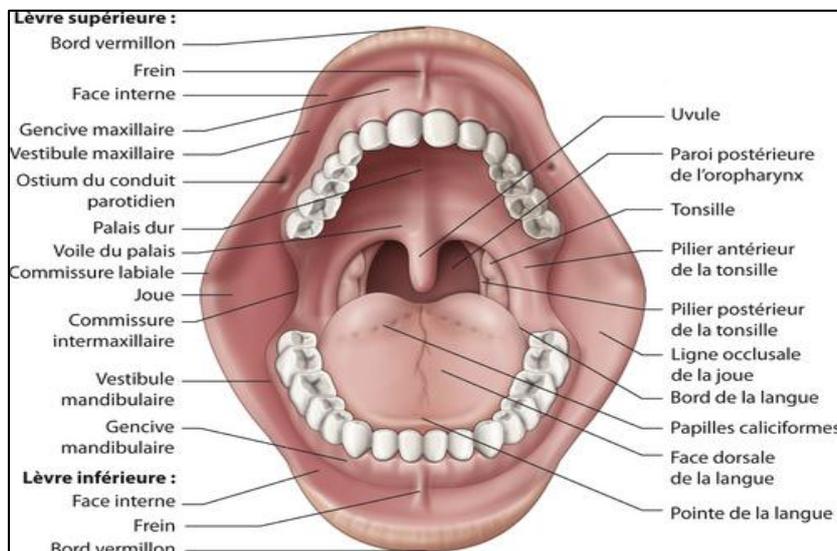


Figure 6. Représentation schématique des structures anatomiques de la cavité buccale (Fricain, 2017).

I.2.4 La muqueuse génitale

I.2.4.1 La muqueuse génitale féminine

Principalement l'appareil génital féminin est constitué de deux types d'organes : les organes génitaux internes représentés par les ovaires et les voies génitales situés à l'intérieur de la cavité pelvienne. En premier lieu on reconnaît les ovaires, situés de part et d'autre de l'utérus. Ensuite les organes génitaux internes qui sont constitués par les voies génitales. Au sein des voies génitales, Sadik (2020) retrouve les trompes utérines appelées aussi les trompes de Fallope, l'utérus et le vagin. Pour les organes génitaux externes situés à l'extérieur du vagin.

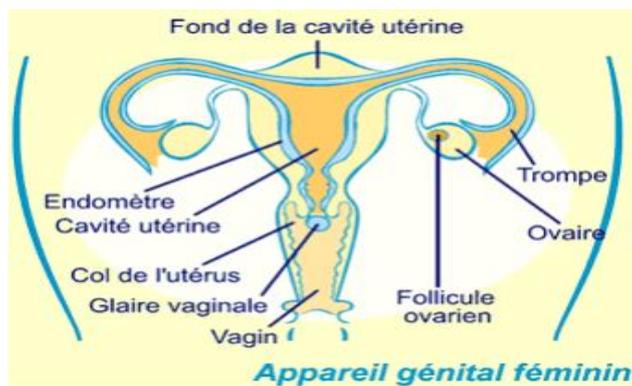


Figure 7. Anatomie de l'appareil génital féminin. (Benchimol, 2014)

En général, La structure histologique chez l'appareil génital féminin englobe : la trompe, l'utérus et le vagin.

1.1 La trompe

La paroi de la trompe est composée des 4 tuniques suivantes (Chups, 2015)

1.1.1- la muqueuse : la plus interne, bordant la lumière, organisée en replis longitudinaux et constituée par un épithélium cylindrique simple par principe est formé de cellules ciliées reposant sur un chorion, tissu conjonctif lâche très vascularisé, créant l'axe central des replis de la muqueuse.

1.1.2- la musculieuse : entourant la muqueuse, composée de 2 couches de fibres musculaires lisses circulaire interne et longitudinale externe.

1.1.3- la sous séreuse : couche conjonctivo-élastique très vascularisée.

1.1.4- la séreuse : la plus externe, conjonctive mince, non vascularisée, joué un rôle de transport des gamètes et de l'embryon,

1.2 L'utérus

La paroi de l'utérus est constituée de 3 tuniques

1.2.1-la séreuse : la plus externe.

1.2.2- le myomètre : tunique la plus épaisse de la paroi. Composé de fibres musculaires lisses groupées en faisceaux et organisés en 4 couches ayant une orientation différente. La quantité de muscle lisse décroît au niveau de l'isthme et disparaît presque complètement au niveau du col, rôle important pendant la grossesse et l'accouchement.

1.2.3- la muqueuse utérine : la plus interne, de 2 types : Au niveau du corps et de l'isthme : l'endomètre, constitué d'un épithélium cylindrique simple, composé de cellules ciliées et sécrétantes, et d'un chorion riche en fibroblastes et en vaisseaux. Les invaginations de l'épithélium dans le chorion forment des glandes tubulaires simples, de la puberté à la ménopause, sous l'influence des hormones ovariennes, la zone fonctionnelle de l'endomètre subit des changements cycliques: desquamation ,régénération de l'épithélium et du chorion à partir de la couche résiduelle jusqu'à l'ovulation, puis transformation caractérisée par des glandes endométriales plus tortueuses sécrétant du glycogène et le développement important des artères qui deviennent spiralées. Au niveau du col : dans la partie endocervicale : épithélium cylindrique simple composé de cellules ciliées et de cellules muco-sécrétantes, reposant sur un chorion contenant de nombreuses glandes tubulaires à sécrétion muqueuse. Le produit de sécrétion de l'épithélium et des glandes correspond à la glaire cervicale. Dans la partie exocervicale : épithélium de type pavimenteux stratifié non kératinisé. La zone de jonction est la zone de transition, entre ces 2 types de muqueuse. Les frottis cervicaux permettent la détection précoce de lésions cervicales et notamment de cancers qui se développent à partir de l'épithélium exocervicale et surtout à la jonction avec l'épithélium endocervicale.

1.3 Le vagin

La paroi du vagin est constituée de 3 tuniques (MarieRamirez) :

1.3.1- l'adventice : la plus externe, tissu conjonctif très mince, riche en fibres élastiques, très vascularisé.

1.3.2- la musculuse : constituée de fibres musculaires lisses groupées en faisceaux organisés en 2 couches : circulaire interne et longitudinale externe. Rôle mécanique important lors de l'accouchement.

1.3.3- la muqueuse : la plus interne, bordant la cavité vaginale, formée d'un épithélium de type pavimenteux stratifié non kératinisé organisé en trois couches principales : basale, moyenne et

superficielle, reposant sur un chorion, tissu conjonctif lâche riche en fibres élastiques et en leucocytes, très vascularisé.

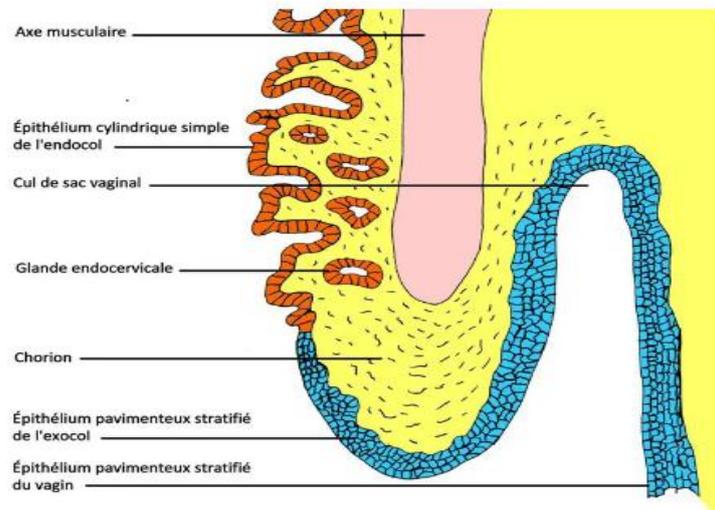


Figure 8. Les muqueuses du col utérin (Fraperie, 2016)

I.2.4.2 L'appareil génital masculin

Kohler (2011) par principe a démontré qu'il est composé :

2.1 Les testicules

Se développent dans la paroi dorsale de la cavité péritonéale, et ont deux fonctions : exocrine par formation des spermatozoïdes assurée par les tubes séminifères et endocrine assurant la synthèse d'hormones androgènes par le tissu interstitiel.

2.2 Les voies excrétrices

2.3 Voies excrétrices intra-testiculaires

2.3.1 Tubes droits

Courts canaux de 1 à 2 mm de long qui font suite aux tubes séminifères : un tube droit reçoit 5 à 6 tubes séminifères, tapissés par un épithélium cubique et pauvre en organites.

2.3.2 Rete testis

Appelé réseau de Haller : cavités communicantes entre elles tapissées par un épithélium cubique bas dont le pôle apical présente des microvillosités. Le calibre de ces cavités est irrégulier.

2.3.3 Canaux efférents

Canaux enroulés en une hélice de plus en plus large pour les aspects histologiques a un épithélium prismatique avec cellules ciliées, cellules sécrétoires riches en grains de sécrétion

apicaux et présentant des microvillosités apicales et cellules basales, le chorion un tissu conjonctif lâche contenant des fibres musculaires lisses circulaires.

2.3.4 Epididyme

Long canal (5 à 7 m chez l'Homme) pelotonné sur lui-même. Trois parties : tête, corps et queue. Zone de jonction avec cônes efférents : segment : segment initial .pour son aspect histologique un épithélium prismatic simple avec cellules basales dans partie profonde de l'épithélium et cellules prismatiques présentant au niveau du pôle apical des stéréocils et le chorion.

2.3.5 Canal déférent

Tube rectiligne qui fait suite à l'épididyme. Paroi épaisse (2 à 3 mm de diamètre x 45 cm) Lumière festonnée. Sa structure histologique : Epithélium prismatic pseudo stratifié avec cellules prismatiques possédant des stéréocils et quelques grains de sécrétion au pôle apical et cellules basale, le chorion lâche riche en fibres élastiques Musculeuse est très développée : couche interne longitudinale, couche moyenne circulaire très épaisse et couche externe longitudinale, adventice de tissu conjonctif fibreux, jonction avec prostate. Le canal déférent se poursuit ensuite par le canal éjaculateur.

2.4 Urètre : Trois parties qui se succèdent du col de la vessie au méat urinaire

2.4.1- Urètre prostatique : épithélium de type vésical au sein de la prostate.

2.4.2-Urètre membraneux : de l'extrémité de la prostate à l'origine du pénis Epithélium pseudo stratifié cylindrique.

2.4.3- Urètre spongieux : au niveau du pénis Epithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

2.5 Des glandes annexes du tractus génital male

2.5.1- Vésicules séminales

Sa structure histologique repose sur : épithélium prismatic à cellules hautes d'allure et cellules basales, chorion conjonctif riche en fibres élastiques et une couche mince de cellules musculaires lisses.

2.5.2- Prostate

La cavité glandulaire à lumière variable et irrégulière contenant formations ovoïdes de nature glycoprotéique, épithélium simple prismatic.

2.5.3- Glande de Cowper

L'épithélium des éléments sécréteurs cubique formé de cellules à mucus Epithélium des canaux excréteurs cubique.

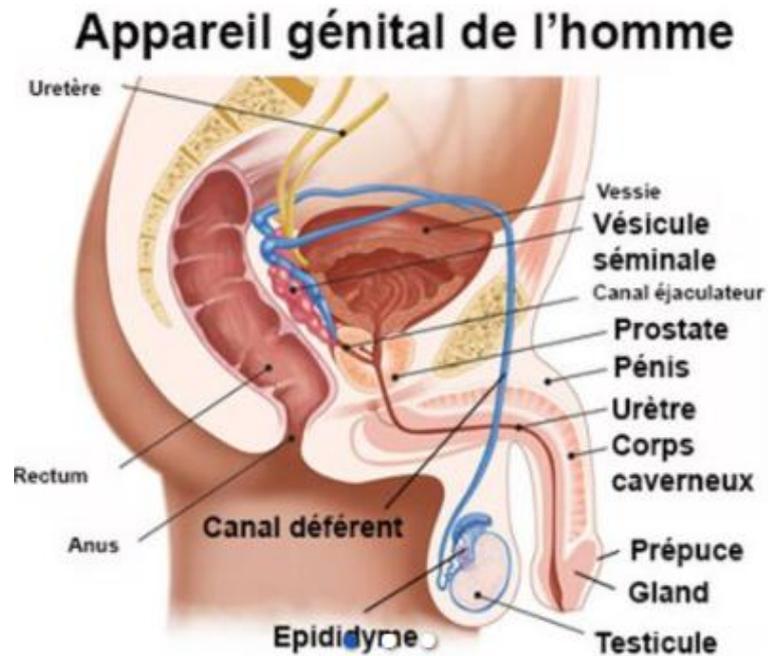
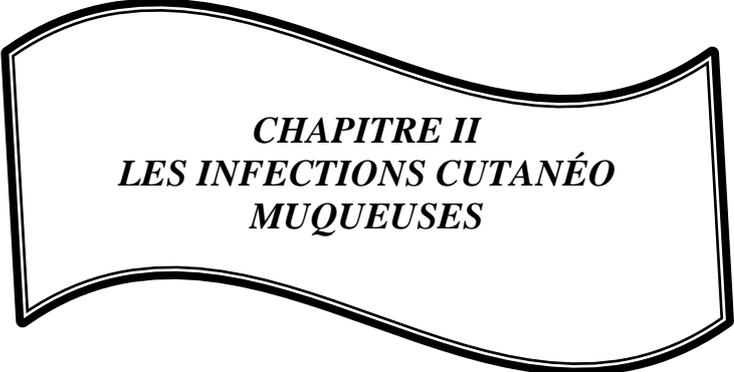


Figure 9. Appareil génital de l'homme. (Anonyme, 2021)



***CHAPITRE II
LES INFECTIONS CUTANÉO
MUQUEUSES***

II.1 Les lésions de la peau

Essentiellement, la peau est une importante barrière contre les infections opportunistes virale, bactérienne, mycosique et parasitaire. D'après Leclercq (2019) les infections cutanées regroupent de nombreuses formes cliniques. Leur classification et leur dénomination reposent sur le type et la profondeur du tissu infecté (épiderme, derme, hypoderme).

II.1.1 les infections bactériennes

Leclercq (2019) affirmait que les sujets présentant des infections bactériennes responsables de signes cutanés peuvent avoir une atteinte cutanée liée à la multiplication bactérienne tissulaire et toxinique par production d'une toxine ; Ils ont distingué les infections cutanées primaires, sur peau saine, des infections cutanées secondaires, survenant sur peau lésée (surinfections). L'étiologie des dermatoses bactériennes, d'après Anonyme (2016), est le plus souvent d'origine streptococcique ou staphylococcique (tableau I).

Tableau 1. Agents pathogènes responsables des infections cutanées bactériennes localisées (mycobactéries et IST exclues) (Anonyme, 2016)

Infections cutanées	Bactérie(s) responsable(s)
Impétigo	Streptocoques du groupe A et /ou <i>S.aureus</i>
Folliculite superficielle Folliculite profonde	<i>S.aureus</i> +++ ; BGN dont colibacilles (modifications flore cutanée) ; <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (nosocomial)
Furoncle , anthrax, sycosis	<i>S.aureus</i>
Ecthyma	Streptocoques du groupe A ; <i>S.aureus</i>
Erysipèle	Streptocoques du groupe A
Dermohypodermite bactérienne Fasciste nécrosante	Streptocoques (A, B, C, anaérobies), <i>S.aureus</i> , BGN (immunodéprimés, enfants)
Gangrène gazeuse	Anaérobies, <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Bacteroides sp</i> , <i>Peptostreptococcus</i> ...

II.1.1.1 Impétigo

Des études expérimentales expliquaient que l'impétigo est une infection bactérienne cutanée, superficielle épidermique, contagieuse et la possibilité de récurrence, alors que c'est une maladie non immunisante (Anonyme, 2016).

Selon Anonyme (2020), le plus souvent son origine est staphylococcique à 70% ou streptococcique à 30%, parfois une double association.

Le tableau suivant résume les différentes formes de l'impétigo

Tableau 2. Les formes cliniques d'impétigo

<p>1.1-a Impétigo commun (croûteux) : le plus fréquent chez l'enfant Les lésions ont un aspect« mélicérique »et ont une localisation péri-orificielles (narines, bouche, anus). (fig10)</p>	 <p>Figure 10. Impétigo croûteux. (Anonyme, 2016).</p>
<p>1.1-b Impétigo bulleux : forme caractéristique du nouveau-né et nourrisson. Les lésions sont de grandes bulles entourées d'un érythème, se rompant en laissant des érosions arrondies (fig.11)</p>	 <p>Figure 11. Impétigo bulleux enfant. (Anonyme, 2016).</p>
<p>1.1-c Impétiginisation : forme la plus fréquente chez l'adulte. C'est une complication d'une dermatose sous-jacente, le plus souvent prurigineuse (surinfection secondaire au grattage et apparition de croûtes mélicériques). Il est impératif de rechercher la dermatose primitive (ectoparasites, eczéma,...) afin de prévoir un traitement spécifique. (fig12)</p>	 <p>Figure 12. Impétiginisation. (Anonyme, 2016).</p>
<p>1.1-c Ecthyma : forme nécrotique, creusante, recouverte d'une croûte noire et entourée d'un halo inflammatoire, habituellement localisé aux membres inférieurs. Il régresse lentement en laissant des cicatrices. (fig13)</p>	 <p>Figure13. Ecthyma (Anonyme, 2016)</p>
<p>1.1-d Lymphangite : selon (Anonyme, 2016) ont considérée comme une inflammation des canaux lymphatiques, très habituellement d'origine streptococcique. Elle complique une lésion cutanée (impétigo, ecthyma...) située dans le territoire de drainage lymphatique et se manifeste par un cordon érythémateux et douloureux allant de la périphérie d'un membre vers la racine, parfois associé à de la fièvre et à une adénite localisée fig.14 le traitement est une antibiothérapie antistreptococcique.</p>	 <p>Figure14. Lymphangite (Anonyme, 2016)</p>

II.1.1.2 Folliculite

Anonyme (2016) ont considérés comme des infections des follicules pilo-sébacés.

L'origine étiologique est la plus souvent staphylococcique ; favorisée par certains facteurs tel que : macération, frottements et rasage.



Figure 15. Folliculite de la face (Anonyme, 2016)

II.1.1.3 Furoncle

D'après Anonyme (2016), le furoncle est une infection folliculaire, profonde, nécrosante, d'origine staphylococcique, parfois sécréteur d'une toxine s'appelle la leucocidine de Paneton- Valentine (PVL).



Figure 16. Furoncle du genou. (Anonyme, 2016)

D'après ces dernières recherches étudiées, ont réalisées plusieurs formes cliniques ou bien la survenue des complications possibles :

II.1.1.3-a Anthrax

L'anthrax est un agglomérat de plusieurs furoncles ; il se manifeste par une tuméfaction étendue très inflammatoire, parsemée de nombreuses pustules en pomme d'arrosoir (Anonyme,2016).



Figure 17. Anthrax (Anonyme, 2016)

II.1.1.3-b Furonculose

D'après Anonyme (2016), La furunculose est caractérisée par la survenue chronique et récidivante de furoncles. Elle implique la recherche de facteurs favorisants généraux (diabète +++, VIH) et locaux, d'un portage chronique cutané et muqueux (narines, anus) de *S. aureus* chez le patient voire dans son entourage familial proche. La dissémination des germes se fait par auto ou hétéro-inoculation à partir des mains. Le traitement est long et relève d'une antiseptie de la peau, du lavage des mains et de la décontamination des gîtes microbiens.

II.1.1.3-c Abscess cutané

Anonyme (2016) disaient : « L'abcès est une tuméfaction sous-cutanée inflammatoire marquée par l'apparition d'une douleur intense, pulsatile et insomnante. Le traitement est avant tout chirurgical, complété par une antibiothérapie anti staphylococcique », ont distinguées 2 types des abcès fréquentes : les abcès « chauds » sous-cutanés et les abcès « froids » sous-cutanés.

II.1.1.3-d Staphylococcie maligne de la face (rare mais grave)

Leclercq (2019) a affirmé que le furoncle de la face se compliquant, en général après manipulation d'une thrombophlébite septique et Dermohypodermite aiguë du visage avec signes généraux marqués, risque de thrombophlébite du sinus caverneux, de bactériémie

et d'atteinte neurologique ; ces complications exceptionnelles par bactériémie localisation plus ou moins secondaire .

II.1.1.4 - Le panaris

Est une infection du doigt suite à une inoculation septique, au niveau de la pulpe ou à type de péri-onyxis (infection du bourrelet unguéal), d'origine due aux staphylocoques. Selon Leclercq (2019), le diagnostic est clinique, si l'infection n'est pas traitée elle peut disséminer au niveau local un **phlegmon** comme une inflammation du tissu conjonctif suite à la diffusion de l'infection au sein des gaines tendineuses ou systémique par apport de prélèvement bactériologique n'est pas utile sauf en cas de suspicion d'infection nosocomiale nécessitant un traitement chirurgical afin d'éviter son extension (phlegmon des gaines) et des séquelles.

II.1.1.5 L'hydrosadénite

Est une infection de glandes sudorales axillaires ou génitales pubiennes.

II.1.1.6 Les dermo-hypodermites bactériennes (DHB)

Anonyme (2016) ont démontrées que ces infections bactériennes, dites aussi des tissus mous, intéressent la peau profonde Dermohypodermite, les fascias et les muscles. La gravité varie largement selon le type d'atteinte, le germe et sa virulence, l'hôte et le terrain. Ils ont inversé les Dermohypodermite « non nécrosantes » : érysipèles et cellulites communes, guérissant avec un traitement antibiotique simple, et celles plus rares mais plus graves dites « nécrosantes » : cellulites, fascistes. Cependant Leclercq (2019) dit : « toute DHB peut devenir nécrosante (DHBN) ou toucher l'aponévrose (fasciste nécrosante) » myonécrose qui engage le pronostic vital et relèvent d'une méthode médico-chirurgicale ; la porte d'entrée peut être une abrasion cutanée minime (intertrigo, piqûre d'insecte) ou une effraction davantage nette comme une plaie chirurgicale plus rarement, le germe peut gagner les tissus par bactériémie. Ces différents types d'atteinte peuvent se chevaucher ou réussir, Parmi les infections nécrosantes les caractères distinctifs par toutes sortes de précis sont déroulés dans ce tableau :

Tableau 3. Infection des tissus mous : non nécrosantes versus nécrosantes. (Anonyme, 2016)

Tableau 2. Infection des tissus mous : non nécrosantes versus nécrosantes		
	Infections non nécrosantes Erysipèle, cellulite simple	Infections nécrosantes Cellulite, fasciite, gangrène gazeuse
Fièvre	variable	présente ou hypothermie
Syndrome toxique (tachycardie, choc)	absent	marqué
Douleur	au palper seulement	sévère
Sensibilité cutanée	vive	hypoesthésie
Chaleur du membre	nette	absente : peau froide
Couleur de la peau	rouge	blafarde à bronze
Nécrose	absente	présente
Œdème	marqué (peau d'orange)	variable
Bulles	absentes ou superficielles, contenu clair	variables
Crépitation	absente	présente (gangrène)
Progression locale	lente (en jours)	rapide (en heures)
Chirurgie	non indiquée	urgente, large, décisive

II.1.1.6-a L'érysipèle

(Anonyme, 2016) ont assuré fermement que l'érysipèle est une Dermohypodermite Bactérienne Non Nécrosante (DHBNN) localisée, une maladie aiguë fréquente et couramment d'évolution favorable (fig. 18) dont l'origine étiologique est due à streptocoques pyogènes bêta-hémolytique, le plus souvent du groupe A.



Figure 18. Erysipèle de jambe. Erysipèle bulleux (Anonyme 2016)

II.1.1.6-b La fasciite nécrosante

Selon Leclercq (2019), est une dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) avec atteinte de l'aponévrose superficielle et atteinte plus ou moins profonde des fascias intermusculaires et des muscles. Par addition (Anonyme, 2020) au contraire à l'érysipèle ou

une prolifération intense avec nécrose qui évolue de l'hypoderme vers la surface sous forme de lésions profondes et sévères pour rendre visible à l'examen cutané ; immédiatement les urgences médico-chirurgicales, elle est rarement moins fréquente que l'érysipèle et mortelle pour les cas graves. En général, elle est favorisée dans le diabète, artériopathie et le mauvais état général et suspect par la prise d'AINS sans netteté saillante.

Origine étiologique : D'une manière qui doit être notée les DHBN et fascistes nécrosantes, *S. pyogenes* est l'agent le plus fréquent, mais d'autres bactéries, peuvent seules ou en association selon la porte d'entrée, le terrain et la localisation. Alors il est distingué quelques catégories importantes (Leclercq, 2019) :

- *S. pyogenes* est majoritaire dans les DHBN et fascistes des membres ; d'autres bactéries comme les streptocoques bêta-hémolytiques des groupes C, G et B, *S. aureus*, les anaérobies peuvent également être retrouvées.

-Les DHBN touchant l'abdomen et la région périnéale (gangrène de Fournier) sont dues à une infection mixte par des bactéries anaérobies et aérobie (entérobactéries, streptocoques, *S. aureus*, entérocoques).



Figure 19. Fasciste nécrosante (Anonyme, 2016)

II.1.1.7 Les myonécrose et gangrènes gazeuses

Elles entrent dans le cadre des fascistes nécrosantes et sont caractérisées par l'atteinte primitive du muscle. Elles sont fréquemment associées à une atteinte de l'hypoderme et des fascias. Anonyme (2016) additionnait que la présence d'une crépitation sous-cutanée à la

palpation, ou d'images aréiques sous-cutanées à la radio (fig.20) témoigne de la présence de gaz et donc d'une infection par des germes anaérobies.



Figure 20. Gangrène gazeuse de la main : présence des gaz à la radiographie (Anonyme, 2016)

Origine étiologique : Anonyme (2016) affirmait que le principal agent de la gangrène gazeuse ou myonécrose traumatique est représenté par des bactéries anaérobies du genre *Clostridium perfringens*, bacille anaérobie sporulé, Gram positif, tellurique et ubiquitaire. Leclercq (2019) montrait que certaines infections spécifiques sont consécutives à une morsure ou bien griffure animale sont souvent dues à *Pasteurella multocida* s'appellant pasteurellose. Leur incubation en quelques heures puis la plaie devient inflammatoire et très douloureuse avec écoulement de pus et lymphangite. Ce dernier est un petit bacille Gram négatif présent dans la flore commensale buccale des chiens et chats. Les infections après morsure humaine sont assez souvent dues à *Eikenella corrodens*, un bacille Gram négatif appartenant à la flore buccale de l'homme. Finalement, Leclercq (2019) a conclu que toute lésion cutanée (plaie traumatique, brûlure, incision chirurgicale, escarre, ulcère) ou dermatose aiguë ou chronique (eczéma, ectoparasites...) peut se surinfecter et donner lieu à une infection cutanée secondaire.

II.1.1.8 Ulcérations cutanées bactériennes

L'ulcère phagédénique est un risque évolutif des plaies chroniques mal soignées. Siégeant surtout aux membres inférieurs cet ulcère chronique, suintant, à fond sale, à bords surélevés, s'infecte et menace d'entraîner des complications sévères : cellulite, gangrène, ostéites et ostéo-arthrites, bactériémies (fig21).



Figure 21. Ulcère phagédénique (Anonyme, 2016)

II.1.2 Les infections mycosiques

Selon (L'intelligence médicale au service du soin), les mycoses superficielles, qui comprennent les atteintes de la peau, des ongles, des cheveux et des muqueuses, font partie des infections dermatologiques les plus fréquentes. Elles sont d'évolution bénigne chez la majorité des sujets, Anonyme (2016) qui ont fait ses preuves sur les patients atteints de cancers solides, les diabétiques mal équilibrés et les patients infectés par le VIH (Lando, 2006) sont à risque de candidose, ainsi que l'antibiothérapie à large spectre et prolongée, les traitements immunosuppresseurs (corticothérapie à forte dose, chimiothérapie anti cancéreuse) et la radiothérapie de la face peuvent les favoriser.

Origine étiologique : Louaguenouni, Kafi, & Zai (2018) confirmaient que Les candidoses sont des affections cosmopolites, en majorité opportunistes, provoquées par des levures du genre *Candida* qui regroupe des levures non pigmentées, non capsulées, à bourgeonnement multilatéral, productrices ou non de mycélium et pseudo mycélium. De nombreuses espèces ont un rôle pathogène reconnu chez l'homme. La plus fréquente est *Candida albicans*, commensal des cavités naturelles. D'autres espèces se retrouvent en commensal : *Candida glabrata*, *C.krusei*, *C.tropicalis* sur les muqueuses que sur la peau saine. Celui des facteurs favorisants pour la survenue et le développement des candidoses à *C.albicans* passe de l'état saprophyte à l'état parasitaire, des facteurs locaux tels que : humidité, macération, altération de la barrière cutanée ou muqueuse ; des facteurs généraux : immunosuppression, diabète, grossesse, les médicaments (antibiotiques, corticoïdes). A côté des facteurs de risque liés à l'hôte, les *Candida* ont la possibilité d'exprimer des facteurs de virulence pour favoriser la colonisation et l'invasion.

Le plus souvent la contamination est d'origine endogène que cavité buccale, vagin, voies urinaires : fréquentes chez la femme enceinte, par voie sexuelle ; et contamination exogène : air, matériel ouillés (pose de cathéter).



Figure 22. Candidose du pli fessier (Anonyme, 2016)



Figure 23. Onyxis candidosique (Anonyme, 2016)

II.1.2.2 Malassezioses

Origine étiologique

Les Malassezioses sont dues à des levures appartenant au genre *Malassezia*, la plus répandue est *Malassezia furfur*, agent du pityriasis versicolor. Les *Malassezia* sont des levures lipophiles qui vivent en commensales sur le revêtement cutané de l'homme, plus fréquentes dans les zones riches en glandes sébacées mais aussi dans les cavités naturelles. En particulier *M. furfur* deviennent pathogènes sous l'influence de divers facteurs favorisants comme la peau grasse, la chaleur et l'humidité.



Figure 24. Pityriasis versicolor du visage (Anonyme,2016)

II.1.2.3 Dermatophytes

Les dermatophytes sont des champignons agents de mycoses superficielles, bien adaptés à la vie parasitaire, se développant au dépend de la kératine humaine et animale. Les dermatophytes prennent des aspects cliniques très variés, d'où l'importance du prélèvement mycologique avant la mise en œuvre d'un traitement spécifique.

Origine étiologique : Anonyme (2020) ont limitées par 3 genre : *Microsporum sp*, *Epidermophyton sp*, *Trichophyton sp*.

II.1.2.4 Les teignes

Louaguenouni, Kafi, & Zai (2018) ont démontrés que ce type de lésions correspond à une atteinte du cuir chevelu pour les teignes d'une part, et à une atteinte des poils de barbe ou de moustache pour les sycosis d'autre part et traduisent l'envahissement des cheveux ou des poils à partir de leur segment supra bulbaire, l'activité du bulbe demeure généralement intacte. L'atteinte des poils et des cheveux se fait à partir de la couche cornée de l'épiderme. Les filaments de certains dermatophytes envahissent secondairement le follicule et se propagent, de manière descendante, vers le bulbe.

II.1.3 Les infections parasitaires

L'exposition continue à l'environnement rend la peau une porte d'entrée pour nombreux parasites. Les infestations par des parasites sont liées au mode de pénétration et au cycle de développement du parasite ainsi qu'à l'état immunitaire de l'hôte. Les parasitoses cutanées les plus fréquentes sont la Leishmaniose cutanée et la gale.

II.1.3.1 La leishmaniose cutanée

La leishmaniose est une anthroponose, c'est une infection parasitaire causée par un parasite protozoaire flagellé appartenant au genre *Leishmania* qui se multiplie dans les cellules du système de phagocyte mononucléé. (Fonocades et al, 2008). Cette maladie infectieuse est transmise par le biais d'une pique d'un insecte femelle infecté : un insecte vecteur diptère hématophage, appartenant au genre *Phlebotomus* dans l'ancien monde et au genre *Lutzomyia* dans le nouveau monde.

Selon leur tropisme, ce parasite est responsable de plusieurs formes cliniques dont il y aura l'évolution sous différentes manifestations incluant LV, LC, LCM. (Mokni, 2019) (Allal-Ikhlef, 2018) ; (Djezzar-Mihoubi, 2006).



Figure 25. Lésions de la Leishmaniose cutanée localisée chez la même personne (A) LCL de l'Ancien Monde située sur le tronc, (B) LCL de l'Ancien Monde située sur le bras droit. Djezzar-Mihoubi, 2006).



Figure 26. Nodule ulcérocroûteux de la phase d'état. (Mokni, 2019)



Figure 27. Plaque infiltrée avec quelques ulcérations. (Mokni, 2019)



Figure 28. Papules satellites au cours de la leishmaniose à *L.major*. (Mokni, 2019).



Figure 29. Différents types de lésions cutanées lors de la leishmaniose. (Djezzar-Mihoubi, 2006)

II.1.3.2 La gale

La gale ou scabiose est une ectoparasitose cutanée humaine bénigne avec prévalence de plus de 300 millions de cas par an. Cet infestation est très contagieuse, très prurigineuse et

d'expression dermatologique, elle est liée à la colonisation de la couche cornée de l'épiderme par un acarien, *Sarcoptes scabiei*. La sous-espèce spécifique de l'homme est le *Sarcoptes scabiei var hominis*. Elle peut être responsable d'épidémies longues, difficiles à contenir. (Anonyme, 2016), (Oustric, 2014), (Gaspard & al, 2012).

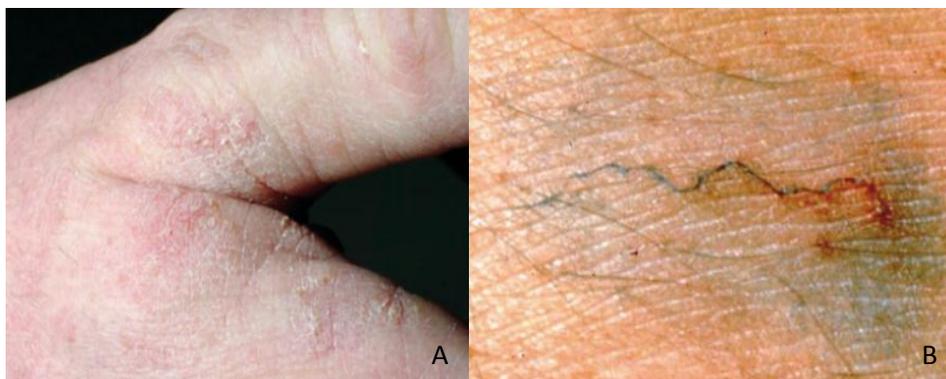


Figure 30. (A) Sillons de la gale du premier espace interdigital de la main droite, (B) Sillon de sarcopte après test à l'encre de Chine (Gaspard & al, 2012)



Figure 31. Aspect clinique caractéristique vésicules perlées (Oustric, 2014)



Figure 32. Lésions hyperkératosiques de la gale au niveau : (A) de la paume de la main (Tilhac, 2018), (B) du coude du membre droit, (C) des cuisses (Lorier-Roy, 2019)

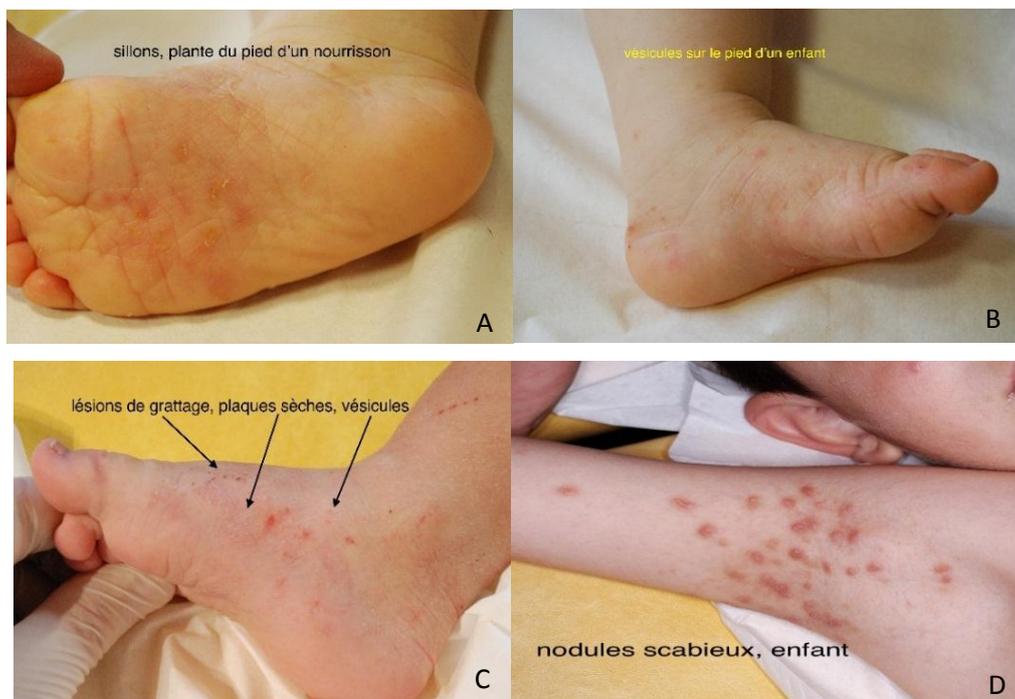


Figure 33. Les différents types de lésions dues à la gale des du nourrisson et du jeune enfant. (Lorier-Roy, 2019)

II.1.4 Les infections virales

II.1.4.1 Eruptions induites par agents virales

Certains virus affectent le tissu cutané induisant de différents types de lésions (Pasquier & al, 2013).

4.1.1 Les lésions maculeuses ou maculo-papuleuses

Résultant de la réponse immunitaire de l'hôte à l'infection en accumulant des dépôts des complexes immuns dans les capillaires. Ces lésions sont rouges en relief (papules) ou non (macules) appelées également rash ou érythèmes, peu spécifiques dépourvues ou contenant peu de virus. Elles surviennent au cours de la rougeole et la rubéole.

4.1.2 Les lésions vésiculeuses ou pustuleuses

Elles sont le résultat du relâchement de l'épiderme comprenant un liquide clair ou purulent, très riches en virus et pouvant devenir ulcérées.

4.1.3 Les tumeurs cutanées ou muqueuses et les nodules

Correspondent à une prolifération bénigne ou maligne de l'épiderme associée à une infection virale.

Ces lésions peuvent être dues à une diversité de virus par infections cutanées virales primaires ainsi que secondaires, les tableaux suivants désignent un récapitulatif de différentes étiologies correspond aux types de lésions susmentionnées.

Tableau 4. Etiologies des éruptions maculo-papuleuses virales (Pasquier & al, 2013).

Syndrome	Signes cliniques	Etiologies
Erythème morbilliforme	Catarrhe oculo-respiratoire, fièvre, toux, signes de Koplick, exanthème maculo-papuleux rouge avec intervalles de la peau saine, débutant au visage	Virus de la rougeole (1 ^{re} maladie infantile)
	Exanthème diffus prédominant au niveau du thorax, pharyngite ou angine fébrile, adénopathies cervicales (favorisé par l'ampicilline)	EBV (mononucléose infectieuse), CMV, HHV-6, HHV-7, HIV, B1 9V, virus de la rubéole, adénovirus
	Rhino-pharyngite fébrile, adénopathies	Entérovirus B (4 ^e maladie infantile)
	Exanthème des joues, fièvre modérée, puis érythème rosé en plaques prédominant sur le tronc	B19V (mégalérythème épidémique : (5 ^e maladie infantile)
Erythème rubéoliforme ou roséoliforme	Classiquement petites macules rose pale, fugaces, mais souvent polymorphes, adénopathies cervicales	Virus de rubéole (3 ^e maladie infantile)
Erythème roséoliforme	Fièvre isolée élevée suivie d'un exanthème prédominant au niveau du tronc	HHV-6 (exanthème subit du nourrisson ou 6 ^e maladie infantile), EBV, Entérovirus, B1 9V
Syndrome de Gianotti-Crosti	Acrodermite papuleuse infantile, éruption aiguë d'aspect roséoliforme, lésions parfois confluentes ou purpuriques, polyadénopathies	EBV, HBV, HAV, CMV, HHV-6, Entérovirus, Adénovirus, HIV

Tableau 5. Etiologies des éruptions vésiculeuses virales (Pasquier & al, 2013).

Syndrome	Signes cliniques	Etiologies
Herpès cingivo-stomatite	Bouquets cutanéomuqueux de vésicules, adénopathies satellites, brûlure, possibles récurrences	HSV-1 et 2 (HHV-1 et HHV-2)
Varicelle	Eruption vésiculeuse généralisée avec fièvre modérée et prurit, les vésicules se troublent et forment des croûtes et éventuellement des cicatrices de grattage	VZV (HHV-3)
Zona	Récurrence localisée unilatérale, précédée de brûlure, évolution des vésicules comme dans la varicelle	VZV (HHV-3)
Herpangine	Oropharyngite avec vésicules claires	Entérovirus A ou B
Syndrome main-pied-bouche	Oropharyngite avec vésicules claires associées à une éruption vésiculeuse palmaire et plantaire	Entérovirus A ou B
Eruptions pustuleuses localisées	Pustule (s) localisée (s) principalement au niveau des mains	Virus cowpox, virus Orf, virus de la vaccine, virus pseudocowpox, virus de la stomatite papuleuse bovine, virus tanapox
Eruptions pustuleuses généralisées	Lésions maculeuses évoluant vers des papules, vésicules puis pustules et croûtes, altération importante de l'état général	Virus monkeypox Virus de la variole

Tableau 6. Etiologies des nodules et tumeurs cutanéomuqueuses viro-induites (Pasquier & al, 2013).

Syndromes	Etiologies fréquentes
Papillomatoses Condylomes Cancers	HPV
Nodule de trayeurs et echantyma contagieux	Virus cowpox, pseudocowpox, stomatite papuleuse bovine et Orf
Maladie de Kaposi	HHV-8
Petites excroissances cutanées	Virus de <i>molluscum contagiosum</i>

II.1.4.2 Les dermatoses virales tumorales bénignes

II.1.4.2.1 Verrue et condylome

4.2.1.1 Agent pathogène

Le virus du Papillome Humain (HPV) est responsable de l'apparition des lésions hyperprolifératives bénignes telles que des verrues, des papillomes ou des condylomes, certains types induisent des lésions malignes, comme le cancer du col de l'utérus. Parmi les caractéristiques des virus d'HPV est leur tropisme tissulaire et on distingue alors des types d'HPV à tropisme cutané et ceux à tropisme muqueux.

4.2.1.2 Formes cliniques

4.2.1-a Verrues cutanées

Tableau 7. Caractéristiques de différents types de verrues avec images. (KHABBA, 2019)

<p>Verrues vulgaires ou communes HPV cutanés de types 1, 2, 3, 4, 27 et 57 Localisation sur mains et pieds (+++), 1à +ieurs mm Lésion : couleur chair, +/- plane ou surélevé, papule ferme</p>	 <p>Figure 34. Verrues vulgaires (HPV-2). (Khabba, 2019)</p>
<p>Verrues plantaires La myrmécie à HPV-1 : unique (+ souvent), entouré d'anneau hyperkératosique recouvrant partiellement la surface avec point noirâtre</p>	 <p>Figure 35. Myrmécie chez l'enfant. (Khabba, 2019)</p>
<p>Les verrues mosaïques à HPV-2 : localisation : plantes aussi mains et en région périunguéale, forme de placards hyperkératosiques (lésions multiples, superficielles, non douloureuses).</p>	 <p>Figure 36. Verrues mosaïques. (Khabba, 2019)</p>
<p>Verrues planes Localisation : visage, mains ou avant-bras (des adolescents) Papules petites à surface lisse, érythémateuse ou couleur chair</p>	 <p>Figure 37. Verrues planes d'une joue évoluant depuis environ 3 mois. (Khabba, 2019)</p>

Suite du tableau 7. Caractéristiques de différents types de verrues avec images. (KHABBA, 2019)

<p>Verrues périunguérales ou sous-unguérales Localisation : pourtour unguéal, douloureuses</p>  <p>Figure 38. Verrue sous- et péri-unguérale, favorisée par l'onychophagie. (Khabba, 2019)</p>	<p>Verrues du boucher Dues à HPV-7, sur mains, forme verrues profuses</p>  <p>Figure 39. Verrues profuses chez un boucher. (Khabba, 2019)</p>
<p>Verrues filiformes ou multidigitées Dues à HPV-2, Localisation : région céphalique : au niveau des zones de rasage, chez hommes +++</p>  <p>Figure 40. Verrue filiforme. (Khabba, 2019)</p>	<p>Epidermodysplasie verruciforme profusion de verrues planes, macules</p>  <p>Figure 41. Epidermodysplasie verruciforme (Khabba, 2019)</p>

4.2.1-b Condylome

Tableau 8. Caractéristiques de différents types de verrues avec images. (Khabba, 2019)

Forme clinique	caractéristiques
Condylomes acuminés	liées aux HPV 6 et 11, exophytique, uniques /multiples, rosés /grisâtres, +/- pédiculés, localisés /disséminés. Localisation : ano-génitale (+++), lèvre, vagin et col utérin.
Condylomes papuleux	papules rosées ou pigmentées, lisses ou kératosiques, isolées ou en nappe qui blanchâtres à l'acide acétique à 5 %. Localisation : le versant cutané des organes génitaux externes ou sur le gland.
Condylomes plans	macules rosées ou rouges, parfois invisibles
Condylomes géants « de buschke-lowenstein »	prolifération verruqueuse géante de la région ano-génitale avec risque évolutif (envahissement local, la transformation maligne)

4.2.1-c *Molluscum contagiosum* (Khabba, 2019)

4.2.1. c.1 Agent causal

Le molluscum contagiosum (MC) est une tumeur cutanée bénigne due à une infection virale par un virus appartenant à la famille *Poxvirus*, de la sous famille *Chordopoxvirine*. : Le *Molluscipoxvirus*. L'infection est strictement humaine directe ou par les matériaux souillés. Elle est principalement cutanée et rarement muqueuse.

4.2.1. c.2 Formes cliniques

Il se caractérise par des papules petites, de couleur chair, ferme, hémisphérique et ombiliquée au centre, prend plusieurs formes : géant, tumorale, furonculoïde ou d'aspect de folliculites avec différents sites : céphalique, tronc, membres inférieurs, membres supérieurs, zone génitale.



Figure 42. Représentation typique des *molluscums contagiosum* (Khabba, 2019)

II.1.4.3-Dermatoses virales vésiculeuses

4.3.1 Infection à herpes virus

Les herpès simplex virus (HSV), réservoir exclusivement humain et à transmission interhumaine, il se trouve en deux types : HSV1 et HSV.



Figure 43. Herpès récurrent digital (Khabba, 2019)

4.3.2 Varicelle – zona

Le virus de la varicelle et du zona (VZV) est une maladie très contagieuse, se manifeste par une éruption vésiculeuse aiguë polymorphe, plus ou moins extensive, évoluant par poussées successives. Le virus est strictement humain, se transmet par voie aérienne. La physiopathologie de l'infection par le VZV se déroule en trois phases : la primo-infection (varicelle), la latence et la réactivation (zona). (Khabba, 2019) (Arco, 2016).

Tableau 9. Formes communes et leurs évolutions de la varicelle et du zona (Khabba, 2019); (Arco, 2016)

Varicelle	Zona
<p>Varicelle commune</p> <p>1. Fébricule, asthénie, éruption scarlatiniforme</p> <p>2. exanthème (macules rosées, papules prurigineuse, vésicules superficielles). visage + cuir chevelu, tronc et membres puis paumes et plantes</p>  <p>Figure 44. vésicules en « gouttes de rosée » : début de varicelle. (Khabba, 2019) ; (Arco, 2016)</p>	<p>Forme habituelle</p> <p>éruption de vésicules, érythème avant vésicules en bouquets pouvant être fusionnées formant des bulles.</p>  <p>Figure 45. Aspect typique du zona : érythème distribué aux dermatomes, et vésiculation (Khabba, 2019)</p>
<p>Evolution</p> <p>Vésicule ombiliqué, croûte brunâtre (tombe sans laissant des traces ou cicatrice atrophique)</p>  <p>Figure 46. Vésicule ombiliquée de varicelle. (Khabba, 2019)</p>	<p>Evolution</p> <p>Vésicules devenant pustules puis ulcération avec formation de croûtes</p>  <p>Figure 47. vésicules et croûte au cours du zona au niveau du visage chez un nourrisson. (Khabba, 2019)</p>

II. Les lésions des muqueuses

II.1 Les infections bactériennes

L'origine étiologique : la syphilis reste l'agent le plus fréquente, elle est due à un spirochète : *Treponema pallidum*, bactérie mobile non cultivable dont le réservoir est humain.

II.1.1 La muqueuse buccale

Ont été identifiées des lésions de 3 stades de la maladie ; primaire qu'il s'agit d'un chancre buccal labial, unique, induré, accompagné d'adénopathie sans éruption. secondaire à type de plaques fauchées du dos de la langue, de papules périlabiales, les lésions sont douloureuses et multiples avec éruption. Pour tertiaire ulcère creusant, sont plus rares.



Figure 48. Plaques muqueuses (« plaques fauchées ») (Anonyme, 2016)

II.1.2 La muqueuse génitale

D'après Anonyme (2016), après pénétration par les muqueuses génitales les tréponèmes gagnent immédiatement tout l'organisme. Transmission vénérienne par un chancre génital ; par transfusion de sang d'un patient atteint de syphilis primo-secondaire ; transplacentaire : syphilis congénitale. (Collège National des Enseignants de Dermatologie, 2011). Pour les lésions de syphilides génitales et périnéales : elles sont : indolores et non prurigineuses ; en général multiples, molles, papuleuses ou érosives, très contagieuses. (jesus-cardenas) La maladie se manifeste d'abord par un chancre au niveau des organes génitaux, puis par des atteintes des nerfs et des viscères, parfois plusieurs années après la contamination.

II.1.3 Conjonctive bactérienne

1.3-a Conjonctivite du nouveau-né à *Chlamydia*

Fréquemment due à *Chlamydia trachomatis*, elle commence plus tardivement accompagnée d'un renflement des paupières qui prennent un aspect inflammatoire, et un écoulement purulent important.

1.3-b Conjonctivite du nouveau-né à gonocoque

Liée à *Neisseria gonorrhoeae*, elle représente une gravité en raison de la possibilité d'entraîner la cécité par opacification cornéenne. Elle débute rapidement par une allure très inflammatoire et très purulente accompagnée d'un écoulement jaunâtre ou verdâtre avec un important œdème palpébral. (Roat, 2019) (Idi, 2001).

II.2 Les infections mycosiques

Parmi les infections mycosiques les plus fréquentes qui atteignent différents parties de muqueuse buccale et génitales, l'effet ce qui cause ces affections le genre de *Candida albicans*.

II.2.1 Les candidoses buccales

Selon Louaguenouni, Kafi, & Zai (2018) et Bentahar (2018), elles sont particulièrement fréquentes aux âges extrêmes de la vie et chez les sujets immunodéprimés, et même pour les jeunes enfants.

II.2.1.1 Le muguet

Caractérisé par un enduit blanchâtre, d'aspect crémeux parfois pseudomembraneux, localisé au niveau de la langue, des gencives, de la face interne des joues, mais aussi du voile du palais, de la luette et sur les parois du pharynx. Il provoque une pharyngite et s'accompagne souvent de signes de fonctionnels suivants : dysphagie, douleur et gout métallique.



Figure 49. Candidose buccale- Muguet (Anonyme, 2016)

II.2.1.2 La perlèche

Est une fissuration au niveau des commissures labiales. Elle est bilatérale et le fond croûteux gêne l'ouverture de la bouche et associée une candidose de la cavité buccale.

II.2.1.3 La langue noire villose

La langue est noire ou marron avec un allongement des papilles linguales, ce qui explique le caractère villos. L'origine secondairement candidosique.

II.2.2 Les candidoses vaginales

II.2.2.1 La vulvo-vaginite

Selon Louaguenouni, Kafi, & Zai (2018), ces infections prédominent chez la femme jeune et d'âge moyen, notamment pendant la grossesse. Elle est érythémateuse et œdémateuse avec prurit, puis apparaît un enduit blanchâtre, des leucorrhées souvent abondantes blanc jaunâtre, qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale et sont responsables d'un prurit intense ou d'une dyspareunie, (Anonyme, 2020) favorisée par diabète, grossesse et antibiothérapie systémique. Traité par nystatine ou fluconazole dans des formes récidivantes (Anonyme, 2016).

II.2.2.2 Balanite et balano–posthite

Est une inflammation du gland et du prépuce ; caractérisée par un enduit blanchâtre dans le sillon balano-préputial, prurit. Par diagnostic le prélèvement local pour examen direct et culture. Traité localement par un dérivé azoté.

II.3 Les infections parasitaires

II.3.1 Les infections de la muqueuse oculaire

II.3.1.1 La loase

C'est une parasitose cutanéodermique liée à la filaire adulte (un ver rond, blanchâtre, de 3 à 7 cm de long) produisant les microfilaries transmises par un taon, le chrysops. Les microfilaries devenant des vers adultes dans les tissus sous-cutanés avec un tropisme pour les annexes de l'œil notamment la conjonctive bulbaire et tarsale. Les formes adultes migrent dans les tissus sous-cutanés et sous la conjonctive de l'œil, alors que les microfilaries circulent dans le sang. (Pearson, 2020)

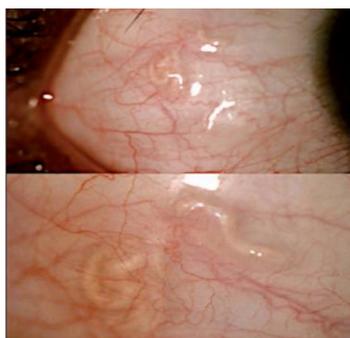


Figure 50. Observation en lampe à fente d'un ver immobile au niveau sous-conjonctival (Chehaibou1, 2016)

II.4 Les infections virales

II.4.1 Muqueuse oculaire

4.1.1 Conjonctives virales

Tableau 10. Représentation des formes cliniques de la conjonctive virale (Gargasson, 2014)

Conjonctivite folliculaire	Fièvre pharyngoconjonctivale	Kératoconjonctivite épidémique
<p>Secondairement papillaire et chronique, infiltrats sous-épithéliaux, rougeur, gêne, prurit discret,</p>  <p>Figure 51. Conjonctivite folliculaire. (Gargasson, 2014)</p>	<p>1. signes généraux : altération de l'état général importante, fièvre élevée, pharyngite et myalgies,</p> <p>2. signes oculaires : conjonctivite folliculaire bilatérale (simple), sécrétions muqueuses, un œdème des paupières, une adénopathie prétragienne, fines pétéchies sur la conjonctive bulbaire (parfois)</p>	<p>atteinte unilatérale, atteinte de 2^e œil (2-6 j après), douleur, photophobie, baisse d'acuité visuelle,</p> <p>au niveau conjonctival : chémosis, hémorragie, pseudo-membranes, formation rapide de cicatrice fibreuse ou un symblépharon.</p>  <p>Figure 52. Symblépharon. (Gargasson, 2014)</p>

II.4.2 Infections de la muqueuse nasale

Parmi les infections les plus fréquentes d'origine virales on trouve les rhinopharyngites.

II.4.2.1 Rhinopharyngites

La rhinopharyngite désigne une inflammation modérée des voies aériennes supérieures d'origine infectieuse. (Couloigner, et al., 2020) ont déterminé les signes habituels en citant : l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'éternuement, la douleur pharyngée et la toux, dont l'origine est quasiment toujours virale : rhinovirus, coronavirus, Myxovirus influenzae et para-influenzae, virus respiratoire syncytial, adénovirus, entérovirus (Anonyme, 2016).

Etude expérimentale



CHAPITRE III
MATÉRIEL ET MÉTHODES

III.1 Objectifs de l'étude

- Connaître et différencier les formes cliniques des infections cutanéomuqueuses selon leur origine étiologique
- Connaître les méthodes diagnostiques et les principes de traitement et de prévention de ces infections.

III.2 Type, lieu et période d'étude

Notre travail a été essentiellement une étude descriptive portant sur des données rétrospectives réalisées au niveau de différentes structures hospitalières dans la région de Tiaret comme l'hôpital de Youcef Damardji et les polycliniques du centre-ville (Volani, Zaâroura, Ferhat et Karman) ; ainsi que le dermatologue privé (Belhouari Mohammed). Sur une période de 04 mois allant du 07 février jusqu'au 23 mai 2020.

III.3 Population d'étude

Notre échantillon était constitué de tout patient vu en consultation dans le service durant la période de collecte des données, la population sujette à cette enquête est représentée par des patients de différentes tranches d'âge. Nous avons établi un questionnaire à 58 patients dont 26 femmes, 19 hommes et 13 enfants. Une enquête rétrospective a été réalisée sur 396 patients composée de 192 femmes, 90 hommes et 114 enfants.

III.4 Déroulement de l'étude

Cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Le choix d'un sujet du mémoire,
- Elaboration du protocole de mémoire avec proposition d'un questionnaire qui a été corrigé et approuvé par la directrice de mémoire,
- Remplissage des questionnaires à partir des registres de consultation et des fiches d'observation des malades.
- Elaboration de la base de données,
- Traitement des résultats on utilisant des méthodes statistiques à l'aide de programme de l'excel.

III.5 Variables étudiées

Au cours de notre enquête et pour la collecte des renseignements dans un contexte clinique et éthique, nous avons étudié différentes variables qui se regroupaient :

- L'état civil du patient qui contient : Nom et prénom, Age, sexe, adresse et profession, statut vaccinal, le délai de déclaration et de consultation, les lieux de déplacement.
- La clinique : type et origine de lésions, siège et la description clinique de la lésion, les symptômes
- Les données para cliniques : Le type de prélèvement réalisé biologique effectué (frottis, biopsie, sérologie), diagnostic différentiel, traitement complet et reçu.

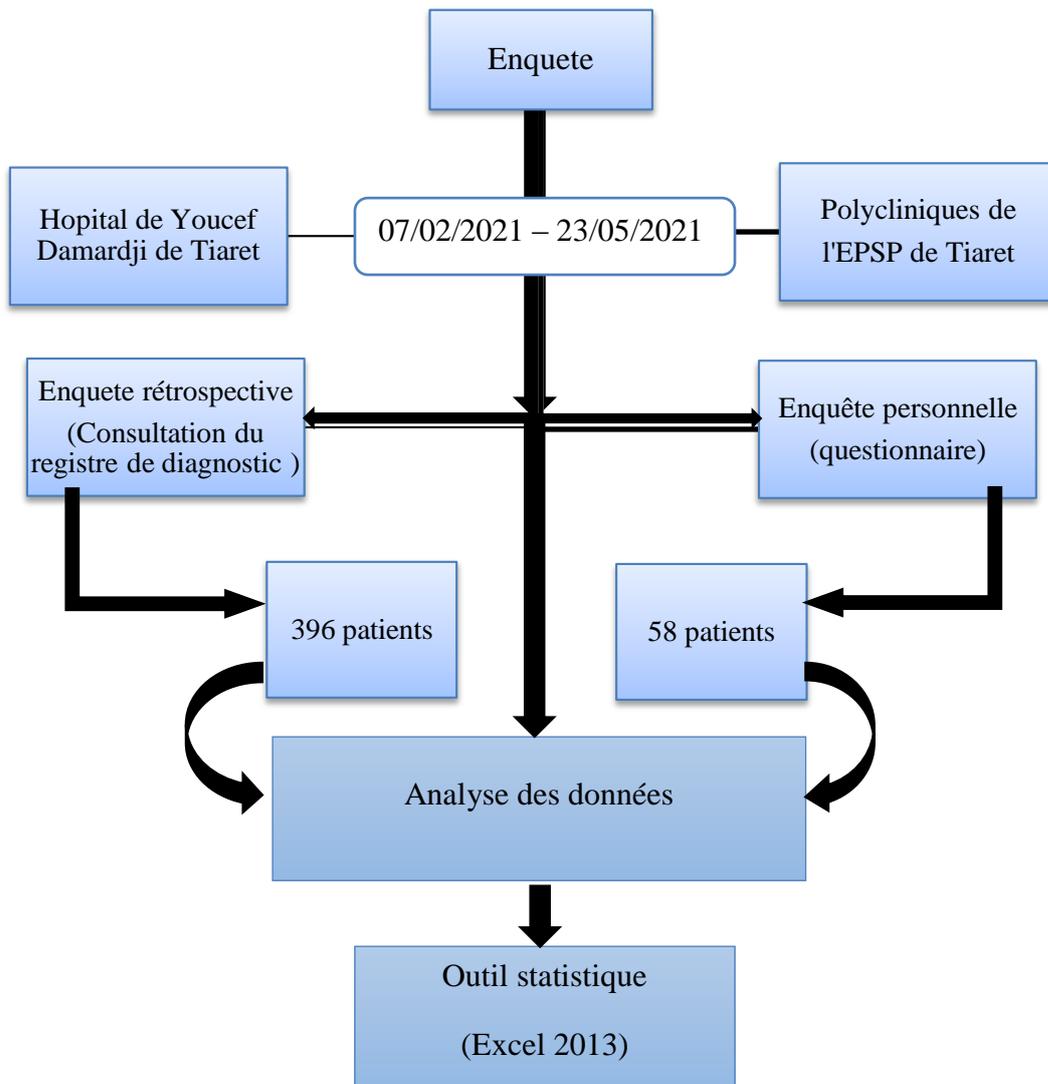
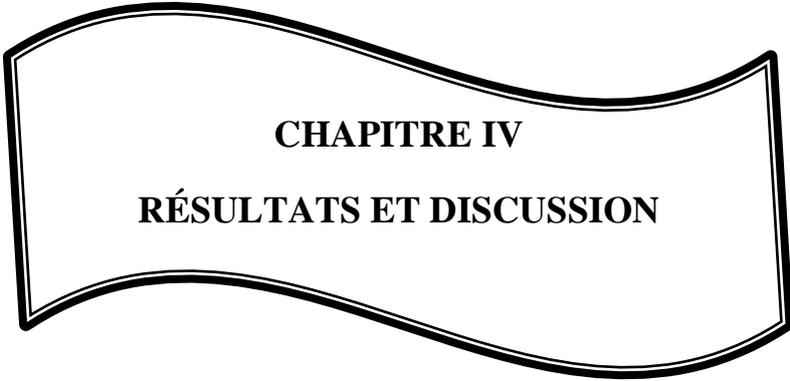


Schéma récapitulatif du protocole de l'enquête.



CHAPITRE IV

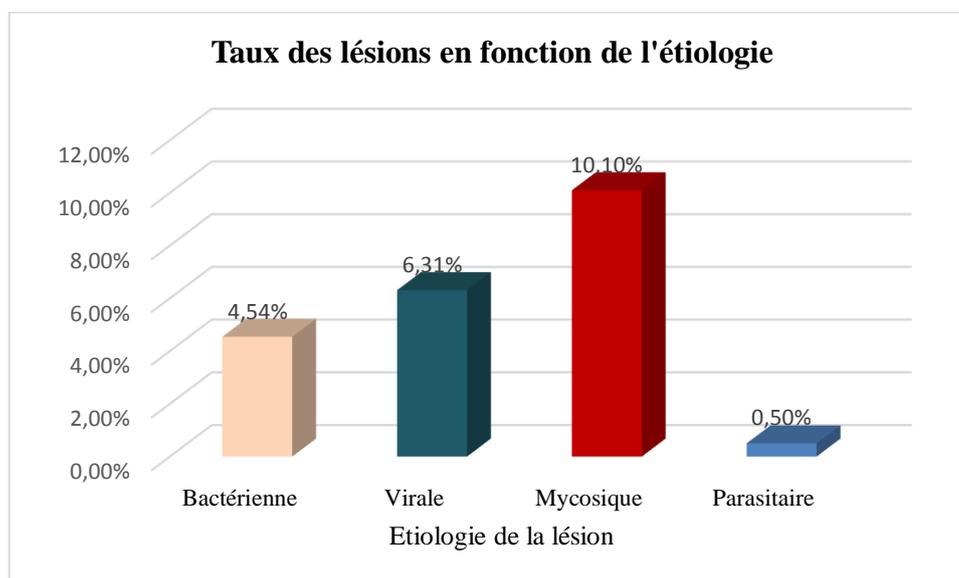
RÉSULTATS ET DISCUSSION

IV.1 Résultats

IV.1.1 Résultats de l'étude rétrospective des lésions cutanéomuqueuses dans la région de Tiaret

Tableau 11. Répartition des cas des de lésions cutanéomuqueuses selon l'origine étiologique

Etiologie de la lésion	Nombre	Taux
Bactérienne	18	4,54%
Virale	25	6,31%
Mycosique	40	10,10%
Parasitaire	2	0,50%
Etiologie infectieuse	85	21,45%
Etiologie non-infectieuse	311	78,53%

**Figure 53.** Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction de l'origine étiologique.

D'après la Figure 53, les lésions cutanéomuqueuses d'origine fongique ont été les plus élevées en représentant un taux égal à 10,10%. Un taux de 6,31% a été enregistré pour les lésions d'origine virale, tandis que le taux des lésions d'origine bactérienne enregistre 4,54%. En outre, le taux des lésions d'origine parasitaire a été estimé de 0,50% en enregistrant le taux le plus faible des lésions.

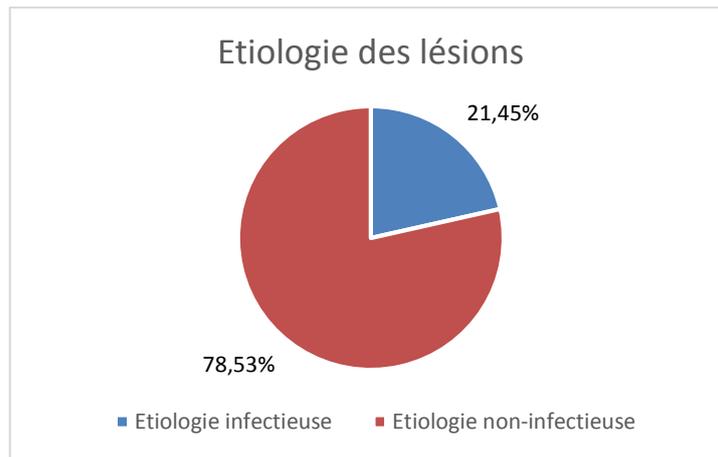


Figure 54. Répartition des cas de lésions cutané-muqueuses en fonction des lésions d'origine infectieuse et non infectieuse

Nous enregistrons selon la figure 54, un taux des lésions d'origine infectieuse très inférieur égal à 21,45 % par rapport à ceci qui concerne les lésions d'origine non infectieuse qui prédominent avec un taux de 78,53 %.

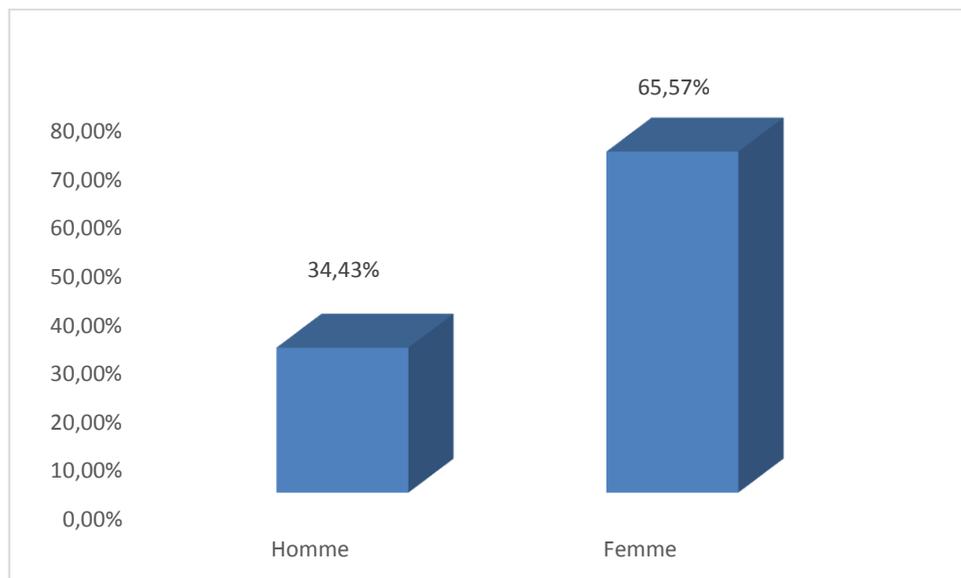


Figure 55. Répartition des cas de lésions cutanées en fonction du sexe.

La figure 55 montre que le taux de femmes présentant des lésions cutané-muqueuses est plus important (65,57 % %) que celui des hommes (34,43 %).

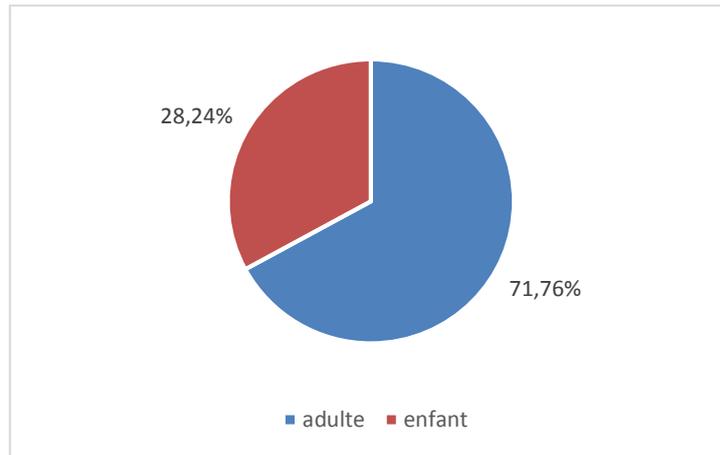


Figure 56. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction de l'âge.

Le taux d'infection cutanée est supérieurement élevé chez l'adulte (71,76 %) que chez l'enfant (28,24 %).

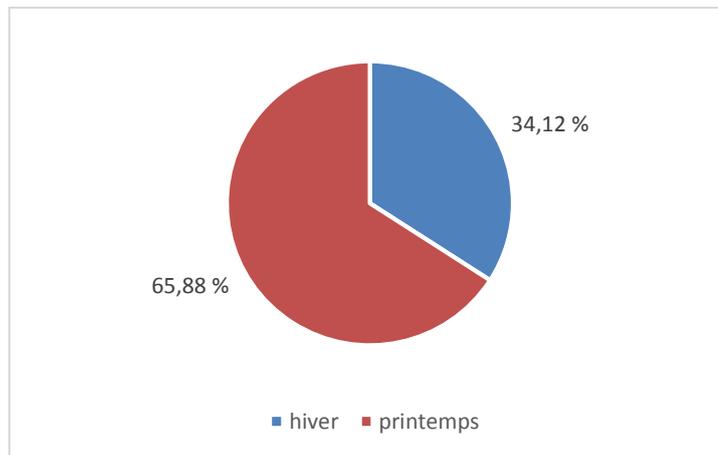


Figure 57. Répartition des cas de lésions cutanéomuqueuses en fonction de la saison.

Selon la figure 57, nous remarquons que le taux des lésions cutanéomuqueuses pendant la saison hivernale est inférieur à celui de la saison du printemps (65,88% vs 34,12%).

IV.1.2 Résultats de l'enquête personnelle

IV.1.2.1 Résultats de l'interrogatoire auprès des patients présentant des lésions cutanéomuqueuses dans la région de Tiaret

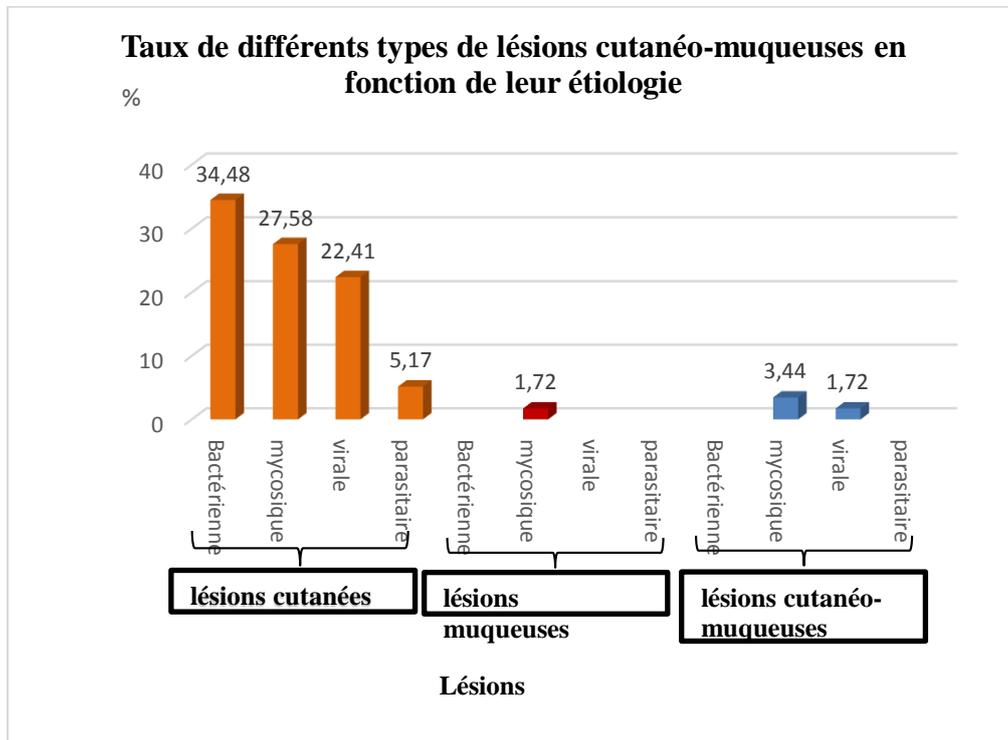


Figure 58. Taux de de différents types de lésions cutanéomuqueuses en fonction de leur étiologie.

Les résultats illustrés dans la figure 58 montrent que les lésions cutanées sont les plus fréquentes par rapport aux lésions cutanéomuqueuses et les lésions muqueuses. Parmi les causes rencontrées en cas des lésions cutanées, nous avons trouvées que les infections bactériennes sont les plus fréquents en enregistrant un taux de 34,48%, alors que les lésions mycosiques enregistrent un taux de 27,58%. En cas de lésions cutanéomuqueuses les lésions mycosiques enregistrent un taux de 3,44% et les lésions virales enregistrent un taux de 1,72%. La totalité des lésions muqueuses enregistrées dans notre étude ont été d'origine mycosique (1,72%).

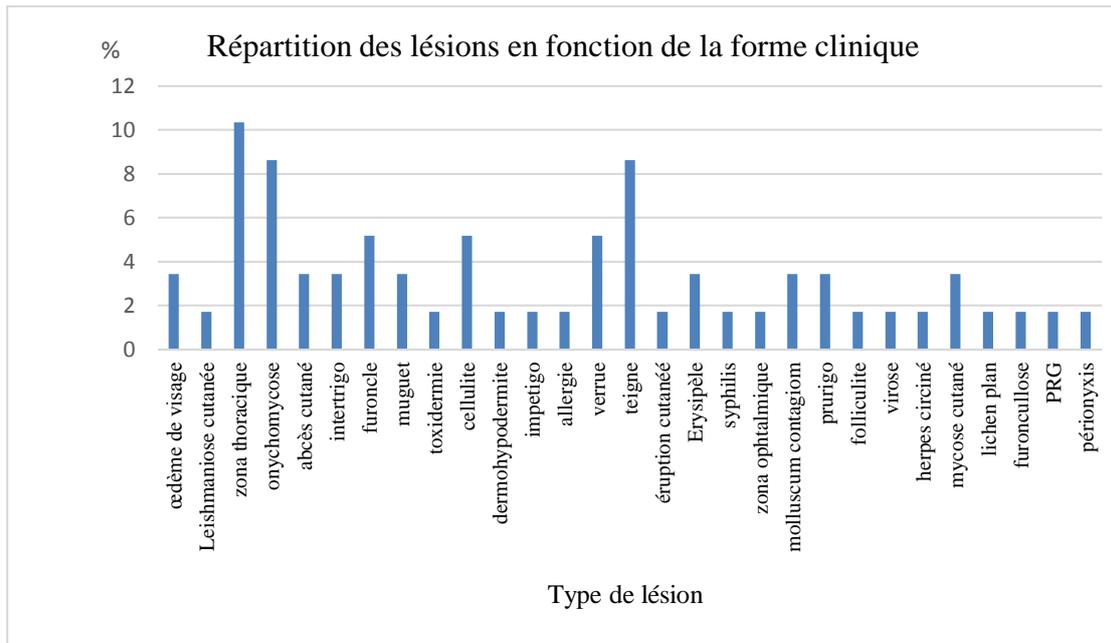


Figure 59. Taux des différentes formes des lésions cutanéomuqueuses.

La figure 59 montre que le zona thoracique, la teigne et les onychomycoses marquent les taux les plus élevés des lésions cutanéomuqueuses. Par contre les lésions qui enregistrent les taux les plus faibles sont : la leishmaniose cutanée, le PRG et l'impétigo.

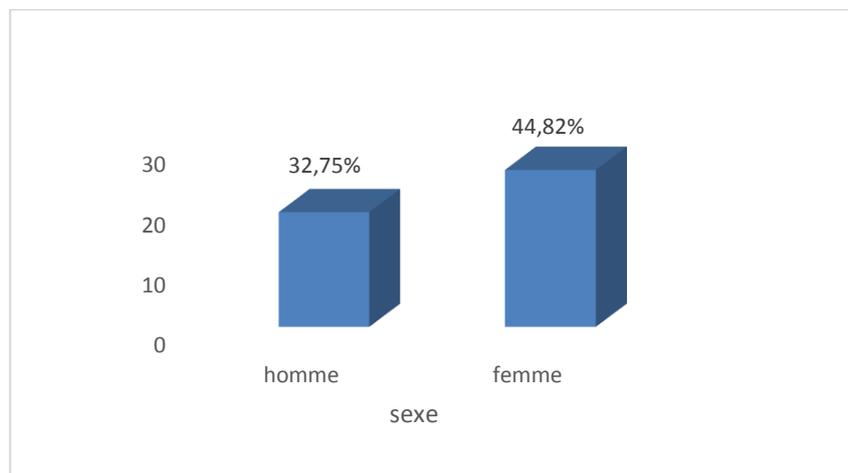


Figure 60. Taux des lésions cutanéomuqueuses en fonction du sexe.

La figure 60 montre que le taux de femmes qui présentaient des lésions cutanéomuqueuses est plus important (44,82%) que celui des hommes (32,75%).

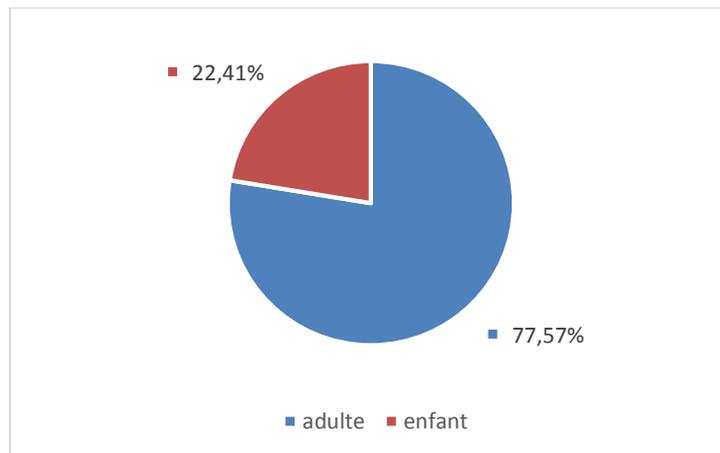


Figure 61. Taux des lésions cutané-muqueuse en fonction de l'âge

Le taux d'infections cutanées est supérieurement élevé chez les adultes (77,57%) que chez les enfants (22,41%).

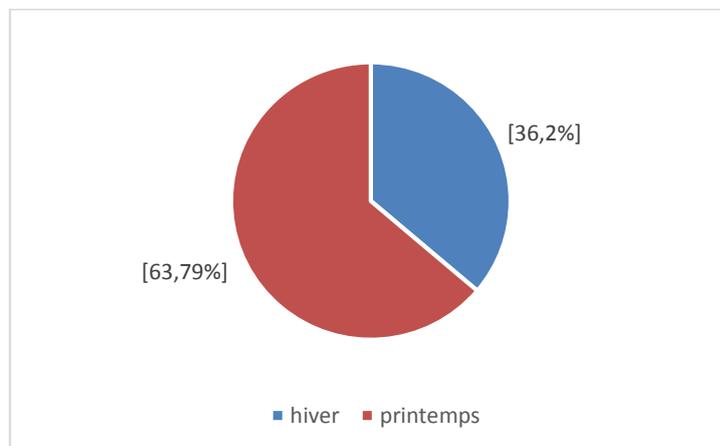
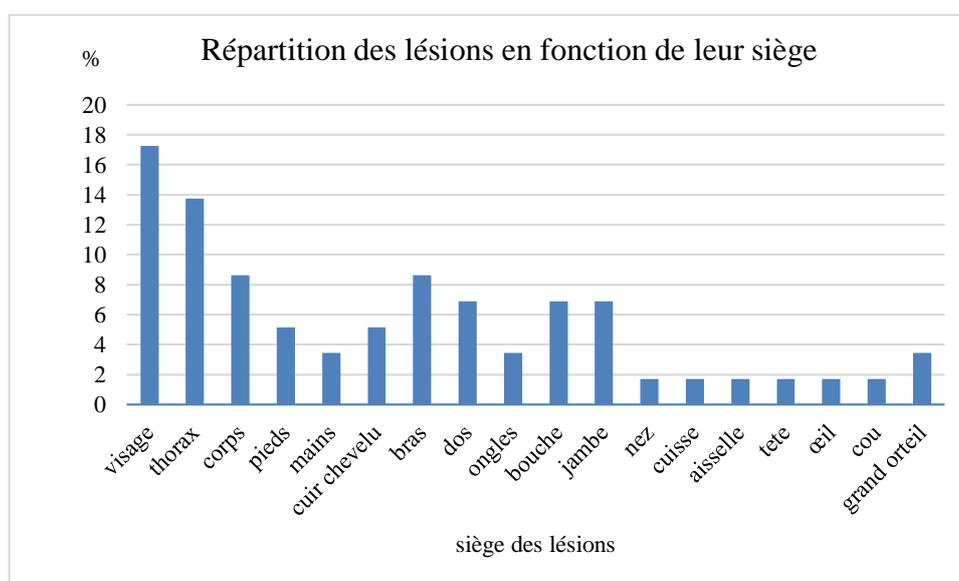


Figure 62. Taux des lésions cutané-muqueuses en fonction de saison.

De manière informelle, la figure 62 montre que le taux des lésions cutané-muqueuses pendant la saison hivernale a été plus élevé (63,79%) par rapport à celui de la saison du printemps (36,2%).

Tableau 12. Répartition des cas de lésions cutané-muqueuses selon le siège

Siège	N° de lésion	Taux
Visage	10	17,24%
Thorax	8	13,73%
Corps	5	8,62%
Pieds	3	5,17%
Mains	2	3,44%
Cuir Chevelu	3	5,17%
Bras	5	8,62%
Dos	4	6,89%
Ongles	2	3,44%
Bouche	4	6,89%
Jambe	4	6,89%
Nez	1	1,72%
Cuisse	1	1,72%
Aisselle	1	1,72%
Tete	1	1,72%
Œil	1	1,72%
Cou	1	1,72%
Grand Orteil	2	3,44%

**Figure 63.** Taux des lésions cutané muqueuses en fonction du siège.

La figure 63 montre que le siège le plus atteint par les lésions cutané-muqueuses se localise au niveau du visage (17,24%), puis par ordre décroissant le thorax (13,73%), le corps, les bras, le dos, la bouche et les jambes sont moyennement touchées. Tandis que le taux le plus bas a été localisé au niveau des membres, du grand orteil, nez, cuisse, aisselle, tête, œil et cou.

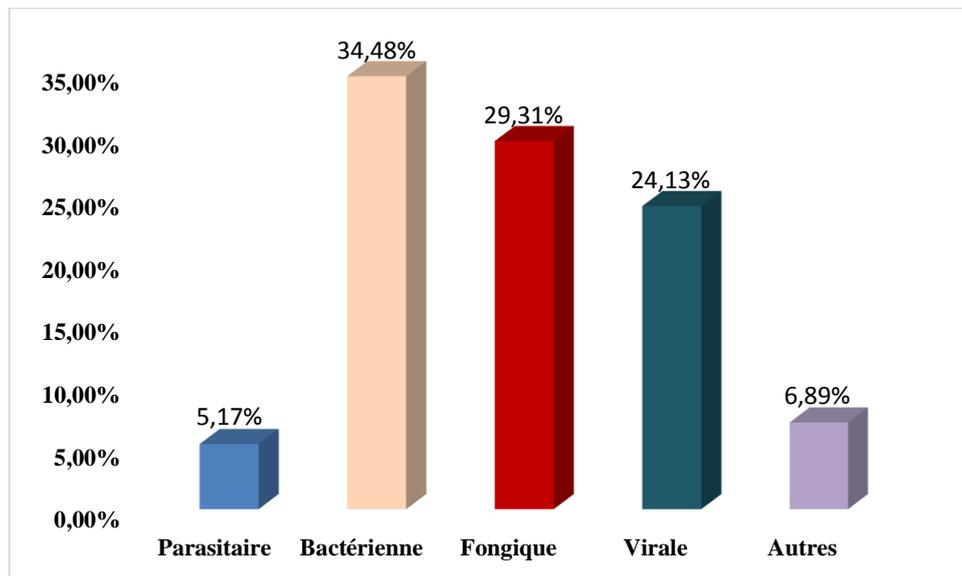


Figure 64. Taux des lésions cutané-muqueuses en fonction de l'origine étiologique.

Selon la figure 64, nous observons trois groupes de microorganismes de nature bactérienne, fongique et virale représentés chez les patients présentant des lésions cutané muqueuses (inclus dans notre enquête) par des taux respectifs de 34,48%, 29,31% et 24,13%. Par contre, les lésions d'origine parasitaire ont été enregistrées à des taux plus faibles (5%). L'étiologie de 7% des lésions n'a pas été identifiée dans la présente étude.

Tableau 13. Répartition des lésions cutané-muqueuses selon les symptômes.

	Etiologie	N°	Taux
Démangeaisons	Virale	22	37,93%
	Bactérienne		
	Fongique		
Fièvre	Virale	15	25,86%
	Bactérienne		
	Fongique		
Rougeur	Virale	11	18,96%
	Fongique		
	Bactérienne		
	Allergique		
Douleur	Bactérienne	13	22,41%
Eruption cutanée	Virale	3	5,17%
	Parasitaire		
Vésicule	Virale	4	6,89%
Prurit	Bactérienne	6	10,34%
	Parasitaire		
	Allergique		
Erythème	Bactérienne	1	1,72%
Pustules	Virale	5	8,62%
	Bactérienne		
	Fongique		
	Parasitaire		
Jaunissement	Fongique	3	5,17%
Œdème	Bactérienne	2	3,44%
Ecoulement	Allergique	2	3,44%
Plaques Squameuses	Fongique	4	6,89%
Excroissances De La Peau	Virale	2	3,44%
Papules	Bactérienne	1	1,72%
Petits Boutons Clairs+ Centre Noir	Virale	2	3,44%

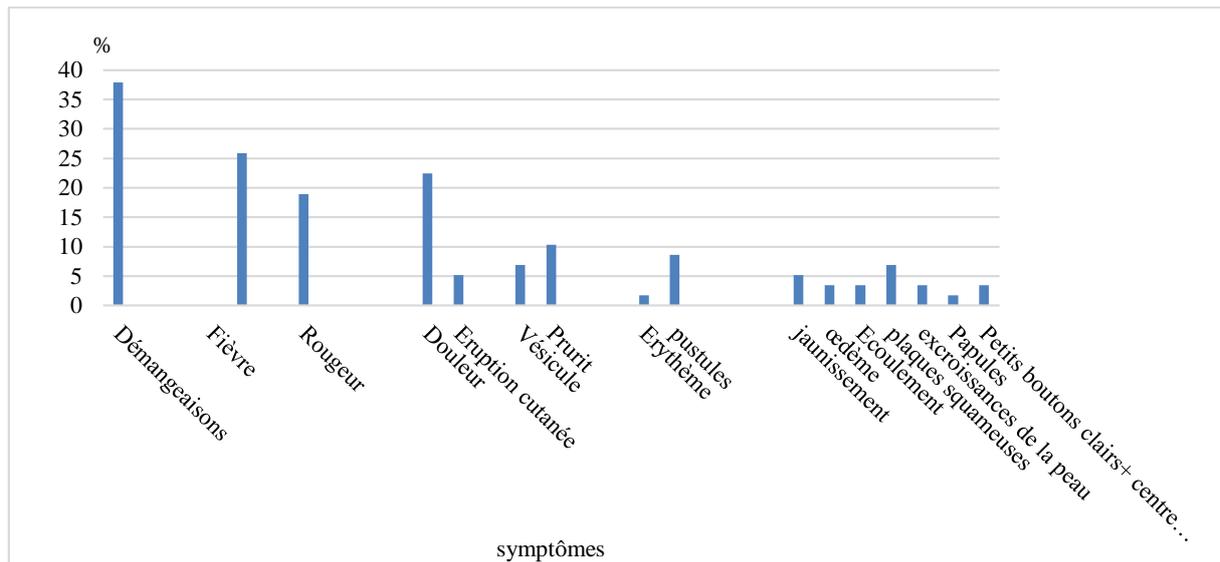


Figure 65. Taux des symptômes en cas des lésions cutanéomuqueuses.

Les résultats de la figure 65, montrent que les symptômes les plus dominants en cas de lésions sont les démangeaisons, la fièvre, la rougeur et la douleur, les symptômes qui enregistrent un taux plus ou moins faible en cas des lésions cutanéomuqueuses sont les prurits, papules, œdème et écoulement. Les symptômes chez les patients varient selon l'origine de l'infection.

IV.2 Discussion

Notre étude effectuée au niveau de l'hôpital de YOUCEF DAMARDJI, les polycliniques de l'EPSP (Etablissement de Santé Populaire de Proximité) et chez le dermatologue privé « BELHOUARI Mohamed » durant une période de quatre mois, du 11/01 jusqu'au 23 Mai 2021 et incluant 454 patients a pour but d'étudier les différentes formes cliniques des infections cutané muqueuses au niveau de la région de Tiaret ainsi que d'identifier les différentes causes responsables de ces infections cutané muqueuses et également de reconnaître les différentes méthodes de diagnostic, principes du traitement et les moyens de lutte contre ces infections.

Il faut noter que les fiches d'interrogatoire que nous avons établi ne sont pas toujours bien remplies et ceci est dû au fait que les patients ne sont pas obligatoirement disponibles pour répondre aux questions posées. Cependant, d'un point de vue statistique, la fiche des renseignements que nous avons réalisés pour l'enquête est marquée par un manque d'informations par exemple : les antécédents, les maladies associées, l'adresse exacte... que nous n'avons pas pu détailler. Ce qui traduit les limites et l'état défectueux des services de santé publique en matière de renseignements et d'information.

Dans notre étude, les femmes adultes sont les plus touchées (46,15%) suivies par les hommes (27,97%) et enfin les enfants (25,87%).

Puisque la durée de l'étude n'inclut pas toutes les saisons de l'année, Il n'était pas possible de discuter les chiffres liés à la répartition des lésions en fonction des saisons.

Nos résultats montrent qu'il y avait une augmentation du nombre de cas vers la fin de l'hiver alors qu'un taux plus élevé était marqué durant le printemps.

Cela peut être dû aux conditions climatiques durant la période de notre étude qui fournissent les conditions nécessaires au développement des champignons (chaleur et humidité) et représentent également un espace approprié pour la croissance bactérienne (température), de même l'humidité, la température basse et l'ensoleillement minimal et donc la réduction de l'exposition des virus aux rayons UV favorisent l'atteinte aux infections cutanées d'étiologie virale .Ce qui a été déterminé par l'étude Jarraya (2016) en Tunisie

La majorité des cas d'infections que nous avons observées concerne les adultes.

Cela peut être expliqué par le fait que le vieillissement et les modifications immunitaires augmentent le risque des infections cutanées, ce qui est en parfait accord avec le travail d'Hervé Maillard (2012).

Les résultats que nous avons obtenu classent la teigne, l'onychomycose, le furoncle, l'intertrigo, la verrue, le zona, la folliculite, le *molluscum contagiosum* et l'érysipèle parmi les plus fréquentes des lésions cutanées et muqueuses.

Parmi les infections mycosiques, les teignes et l'onychomycose sont dominantes. Des études rapportent la fréquence de la survenue de l'onychomycose chez l'homme comme les études d'Alessandrini (2015) et Chabasse (2003) alors que les études d'Anane (2008) et Afène (2011) montre la prédominance féminine pour l'atteinte par l'onychomycose. Notre étude montre une atteinte des femmes avec un taux de 57% contre 14,28% chez l'homme, ce qui rejoint l'étude d'Anane (2008) et les atteintes sont principalement chez les sujets adultes avec localisation au niveau du grand orteil (Anane, 2007). Les symptômes les plus observés sont de types jaunissement et épaissement des ongles avec une douleur au toucher ce qui a été rapporté par l'étude de Scrivener (2011).

Nos résultats sont compatibles avec ceux rapportés dans les études de Chekiri-Talbi et al (2017) et Adou-Bryn et al (2004) qui ont constaté que la teigne est une maladie courante chez les enfants (86,66%) atteignant le cuir chevelu. Les lésions que nous avons aperçues lors de notre étude se présentent cliniquement sous forme de plaques d'alopecies squameuses ou non, parfois croûteuses ce qui est rencontré également dans l'étude réalisée par Ouakrim et al. (2013).

Les cas atteints par l'intertrigo que nous avons repérés sont réservés essentiellement aux sujets adultes (87,5%) avec prédominance féminine (50% contre 37,5% chez les sujets masculins). Les lésions que nous avons enregistrées couvrent les zones sous-mammaires, inter fessières et inter digitales, elles s'accompagnent de signes de démangeaisons, rougeur, une sensation de brûlure, parfois squameuses.

Ces résultats sont comparables avec ceux obtenus par les études menées par Everink et al. (2020), Akoua et al. (2019) et Ndiaye et al. (2016).

En ce qui concerne les infections bactériennes, nous avons enregistré une diversité de formes cliniques dont les plus dominants du point de vue taux d'infections sont le furoncle, la folliculite et l'érysipèle.

Nous avons recensé 80% de sujets atteints de furoncle qui sont principalement des jeunes et adultes alors que Goetz et al. (2012) déclarent que le furoncle apparaît surtout chez les jeunes. Les lésions que nous avons trouvées prenaient un aspect inflammatoire et sont caractérisées par un durcissement douloureux associé à une sensation de chaleur et parfois une

fièvre qui survenait. Ces lésions siégeaient au dos, au nez, au pied et à l'aisselle. Ces résultats sont compatibles avec les données de Cedef (2012) et anonyme (2005).

Tous les cas infectés d'une folliculite que nous avons collectés sont des adultes avec un taux de 57,14% chez le sexe masculin et 42,85% chez les femmes. Les lésions inflammatoires présentaient des papules avec des croûtes siégeant au visage et au dos, ce qui rejoint les données traitées par Cedef (2012) et Fouchard (2003).

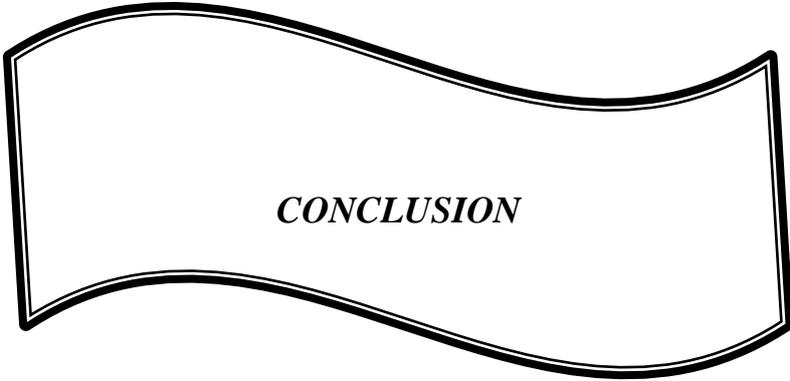
Une atteinte par l'érysipèle concerne les patients âgés au niveau des jambes (75%) et sur le visage (25%). Cliniquement, les signes sont essentiellement inflammatoires associés à des frissons, de la fièvre et une douleur avec un épaissement de la jambe. Les résultats obtenus au cours de notre étude sont conciliables avec les travaux établis par Fouchard (2003).

Les infections d'étiologie virale que nous avons enregistrées sont essentiellement de type : verrue, *molluscum contagiosum* et zona.

Les verrues représentent une égalité par rapport au taux d'infection égale à 37,5% chez les deux sexes et un pourcentage de 25% chez les enfants. Elles sont localisées au niveau du visage, des mains, et du dos. Elles prenaient la forme des excroissances ou des surélévations de la peau ou des papules de couleur claire, non douloureuses accompagnées de démangeaisons, ce qui est cohérent avec l'étude élaborée par Penso-Assathiany (2020).

Le *molluscum contagiosum* est une affection infantile mais peut également affecter les adolescents et les adultes selon Leung, et al (2017). Nos résultats qui ont représenté un taux élevé de 50% chez les enfants et de 25% chez les deux sexes avec divers sites de localisation tels que le dos et le cou et des lésions qui sont typiquement sous forme de papules claires avec point central, lisses parfois associées de prurit sont comparatives avec l'étude de (Meza-Romero, et al., 2019).

Selon OMS (2014) et Mick et al (2010), l'incidence du zona augmente avec l'âge souvent après 50 ans, elle est un peu plus élevée chez les femmes. Sur le plan clinique, le zona se manifeste par une éruption vésiculeuse unilatérale souvent douloureuse correspond à un dermatome unique. Ceci est en accord avec nos résultats qui montrent l'atteinte des sujets âgés de 58 ans et plus sauf un cas âgé de 40 ans présentant des lésions de type vésiculeux rougeâtre, douloureuses, des pustules non bombées s'accompagnant de démangeaisons et parfois de la fièvre.



CONCLUSION

Conclusion

Les infections cutanéomuqueuses constituent un motif fréquent de consultation médicale, surtout pour les femmes, leur incidence ne cesse d'augmenter. Les principaux agents étiologiques causant ces infections sont bactériens et mycosiques. A travers notre travail, nous avons essayé d'établir une étude rétrospective des différentes infections cutanéomuqueuses, une classification selon les formes cliniques et leur origine étiologique, au sein de différentes structures hospitalières dans la wilaya de TIARET.

Au terme de l'analyse de nos résultats, nous constatons que :

Les femmes sont les plus exposées aux infections cutanéomuqueuses que les hommes avec 46,15 %.

L'atteinte par les infections cutanéomuqueuses est supérieurement élevée chez l'adulte que chez l'enfant.

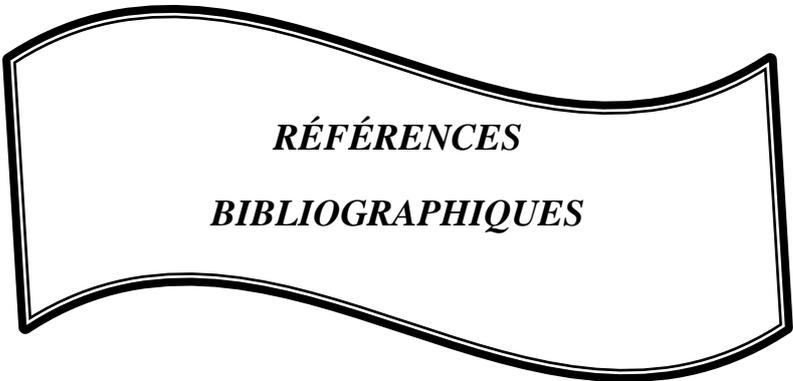
Dans les lésions cutanées, l'atteinte bactérienne est représentée majoritairement par 34,48%, versus 1,72% pour l'atteinte mycosique dans les lésions muqueuses, en outre l'association cutanéomuqueuse qui est due à des germes de nature mycosique et virale est enregistrée à des fréquences respectives de 3,44% et 1,72%.

Les symptômes les plus fréquents en cas de lésions cutanéomuqueuses sont les démangeaisons, la fièvre, la rougeur et la douleur.

Le zona thoracique, la teigne et les onychomycoses montrent une grande variété dans les lésions cutanéomuqueuses.

Nous pouvons ainsi dire que nos résultats sont dans leur ensemble, identiques à ceux de la littérature. Cependant le manque de certaines informations dont nous avons besoin dans le registre des renseignements, l'absence des laboratoires pour les prélèvements et même pour l'identification des germes responsables des infections cutanéomuqueuses, se heurte à certaines difficultés rencontrées au cours de notre étude, et à partir de là, nous avons abouti à établir quelques recommandations qui permettront une meilleure prise en charge des infections cutanéomuqueuses :

La création de nouveaux laboratoires pour les prélèvements cutanés, de même pour l'analyse et l'identification des germes en cause. Ainsi une meilleure prise en charge grâce à des connaissances adaptées et actualisées chez les médecins permettrait probablement de diminuer le nombre de ces infections et d'éviter la survenue de complications secondaires potentiellement graves.



RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. **Afène S.N., E.B. Ngoungou, M. Mabika Mamfoumbi, M.K. Bouyou Akotet, I.M. Avome Mba, M. Kombila.** (2011). Les Onychomycoses au Gabon : Aspects Cliniques et Mycologiques *Journal of medical mycology*. 4 (21), 248-255.
2. **Aimé Pascaline.** (2010). Etude de la Modulation de la Détection Olfactive par les Etats Alimentaires et Métaboliques. Thèse De Doctorat En Médecine. Ecole Doctorale, Université Claude Bernard Lyon, France.
3. **Akoua Valérie Bedia-Tanoh, Pulchérie Christiane Marie Kiki-Barro, Konaté Abibatou, Etien Angora Kpongbo, Fulgence Kassi Kondo, Henriette Bosson-Vanga, Jean Sebastien Miezan Asouhoun, Vincent Djohan, William Yavo, Ignace Hervé Menan Eby.** (2019). Aspects Cliniques et Etiologiques des Intertrigos D'origine Fongique à Abidjan (Côte d'Ivoire) . *The Pan African Medical Journal*. 198 (33), 1-8.
4. **Allal-Ikhlef Amina Bouchra.** (2018). Contribution à L'Etude du Role Vecteur des Phlébotomes dans un Foyer à Leishmanioses à Draa El Mizan (Kabylie, Algérie). Thèse De Doctorat En Science . Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Université Ahmed Ben Bella, Oran, Algérie.
5. **Amandine Bortot.** (2010). Les Pathologies ORL et le Conseil en Officine :Rhinite, Otite, Maux de gorge, Toux . Thèse De Doctorat En Pharmacie . Faculté de Pharmacie, Université Henri Poincare - NANCY 1, France .
6. **Anane S, Aoun K, Zallagua N, Bouratbine A .** (2007). Onychomycoses chez les Sujets Agés. *Ann Dermatol Venereol*. 743-747.
7. **Anane S, Chtourou O, Chedi A.** (2008). Onychomycoses dans la Région de Tunis. *Ann Dermatol Venereol*. 733-736.
8. **Anonyme.** (2010). *Appareil Génital de l'Homme*. [En ligne] Adresse URL: <https://www.docteurcliv.com/>. Consulté le 4 Avril 2021.
9. **Anonyme.** (2017). *Conjonctive*. [En ligne] Adresse URL: <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/>. Consulté le 21 Mars 2021.

10. **Anonyme.** (2020). *ECN-PILLY-Infectiologie*. Alinéa Plus-CMIT, 324.
11. **Anonyme.** (2016). *ePILLY trop Maladies Infectieuses Tropicales*. 25e Ed. Paris. Alinéa Plus. 382-383.
12. **Anonyme.** (2005).Infections Cutané-Muqueuses Bactériennes et Mycosiques :Impétigo, Folliculite/Furoncle, Erysipèle. *Ann Dermatol Venereol*. 132 (10), 38-43.
13. **Anonyme.** (2018). *Maladies et Chirurgies des Yeux*. [En ligne] Adresse URL: <https://www.cosmo-ophtalmologie.com/>. Consulté le 23 Mars 2021.
14. **Arco CLAIRE del.** (2016). Le Virus Varicelle Zona et ses thérapeutiques. Thèse De Doctorat En Pharmacie. U.F.R des Sciences Pharmaceutiques, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen. Bordeaux; France .
15. **B. Kantelip E. Frouin.** (2015). Le Concept de Surface Oculaire. In Pierre-Jean Pisella Christophe Baudouin Thanh Hoang-Xuan. *Société Française d'Ophtalmologie*. Elsevier Masson.3- 58.
16. **Balas Daniel.** (2010). *Histologie Morphofonctionnelle des Epitheliums*. [En ligne] Adresse URL: <http://www.db-gersite.com/>. Consulté le 08 Mars 2021.
17. **Benchimol.** (2014). *Anatomie Fonctionnelle de l'appareil Génital Féminin*. [En ligne] Adresse URL: <https://www.docteur-benchimol.com/>. Consulté le 15 Avril 2021
18. **Bentahar Cherifa Faiza Tabeti.** (2018). Lichen Plan Buccal Lichénoïdes Buccales et Dégénérescence Maligne: Etude des Facteurs Pronostiques au Service de Pathologie et de Chirurgie Buccales CHU Oran. Thèse De Doctorat En Medecine. Faculté de Médecine d'Oran, Université d'Oran Ahmed Ben Bella, Algérie.
19. **Bouchbacher Marielle.** (2007). Mécanismes de Reconnaissance des Signaux de Danger par les Cellules Dendritiques de la Peau et des Muqueuses : Application à L'Etude de L'Infection par le VIH dans un Modèle de Muqueuse Vaginale Humaine Intégrant des Cellules de Langerhans. Thèse De Doctorat En Immunologie. Université Claude Bernard - Lyon I, France.
20. **Cedef.** (2012). Infections Cutané-Muqueuses Bactériennes . *Ann Dermatol Venereol*. 139 (11), 32-39.

21. **Chabasse D.** (2003). Peut-on chiffrer la fréquence des onychomycoses? *Ann Dermatol Venereol.* 130 (12) 1222-30.
22. **Chekiri-Talbi M. et Denning D.W.** (2017). Estimation des Infections Fongiques en Algérie. *Journal de mycologie médicale.* 07 p.
23. **Chelminsk Yan.** (2015) Interactions Olfacto-Alimentaires: Etude Fonctionnelle de la Plasticité du Système Olfactif chez Deux Modèles Murins de L'obésité. Thèse De Doctorat En Sciences de la Vie et de la Santé. Université Paris-Saclay, Paris, France.
24. **Christophe Pasquier, Stéphane Bertagnoli, Daniel Dunia, Jacques Izopet .** (2013). *Virologie Humaine et Zoonoses :Cours et Fiches de Synthèse* .Paris. Dunod. 272.
25. **Chups Jessieu.**(2003). *Gynécologie.* [En ligne] Adresse URL : <https://www.chups.jessieu.fr/>. Consulté le 05 Avril 2021.
26. **Claeys Simon.** (2017) Repercussions de la Senescence des Tissus et de L'Immunité sur les Pathologies de la Muqueuse Buccale chez la Personne Agée. Thèse de Doctorat en Chirurgie Dentaire. Faculté de Chirurgie Dentaire, Université du Droit et de la Santé de Lille 2, Lille, France.
27. **Collège National des Enseignants de Dermatologie.** (2010). *Item 95 : Maladies Sexuellement Transmissibles: Syphilis Primaire et Secondaire* [En ligne] Adresse URL: <http://campus.cerimes.fr/>. Consulté le 08 Avril 2021.
28. **Cornut Pierre-Loïc.** (2020). *La Conjonctive.* [En ligne] Adresse URL: <https://www.polevision.fr/>. Consulté le 21 Mars 2021.
29. **Couloigner V. et Abbeele T. Van Den.** (2004). Rhinopharyngites de L'Enfant: Common Cold in Children. *EMC-Oto-rhino-laryngologie.* 93-112.
30. **Creunet claire.** (2019). La Prise En Charge De La Keratoconjonctivite à Adenovirus à L'officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université de Picardie Jules Verne, Amiens , France.
31. **Croce Céline.** (2006). Etude Numérique et Expérimentale de l'Écoulement Nasal dans des Géométries Réalistes. Thèse de Doctorat en Biomécanique. Université Paris XII – Val de Marne - Paris, France.

32. **Delierre Anthime.** (2020). Influence des Résultats de la Rhinomanométrie Antérieure dans les Choix Thérapeutiques Face à une Obstruction Nasale Chronique Muqueuse ou Architecturale. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine Henri Warembourg, Université de Lille, Lille, France.
33. **Delmas Vincent & Dominique Brémond-Gignac.** (2008). *Anatomie Générale.* Elsevier Masson. 323.
34. **Demoersman. J & Leborgne. S.** (2003). *Dermatologie Buccale: l'Enseignement de Pathologies de la Muqueuse Buccale.* [En ligne] Adresse URL: <http://campus.cerimes.fr/>. Consulté le 10 Mars 2021.
35. **Djezzar-Mihoubi Ilhem.** (2006). Etude Des Leishmanioses Diagnostiquées Au Centre Hospitalo-Universitaire Ben Baddis de Constantine. Thèse de Doctorat en Microbiologie. - Constantine. Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Université Mentouri Constantine, Algérie.
36. **Everink Irma H.J, Jan Kottner, Jolanda C M van Haastregt, Ruud Halfens, Jos M G A Schols.** (2021). Skin Areas, Clinical Severity, Duration and Risk Factors of Intertrigo: A Secondary Data Analysis. *J Viabilité des tissus.* 30 (1). 102–107.
37. **Fenolland J.-R.** (2017). Conjonctive. *EMC Ophtalmologie.* Elsevier. 6p
38. **Fiche informative.** (2016). *Impetigo.* [En ligne] Adresses URL: <https://www.wiv-isp.be/>. Consulté le 15 Avril 2021.
39. **Fouchard Nathalie.** (2003) *Infections Cutanées Bactériennes.* AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine. Paris. Elsevier SAS, Dermatologie.
40. **Fraperie Pascal.** (2016). *Généralités sur l'Appareil Génital Féminin: Anatomie et Physiologie de l'Appareil Génital Féminin.* [En ligne] Adresse URL: <https://microbiologiemedicale.fr/>. Consulté le 04 Avril 2021.
41. **Fricain J.-C.** (2017). *Chirurgie des Muqueuses Buccales.* [En ligne] Adresse URL : <https://clemedicine.com/>. Consulté le 5 Avril 2021.
42. **Gargasson Benoit** (2014.) L'Identification de la Prise en Charge Thérapeutique des Conjonctivites Aigües En Médecine Générale: Enquête Auprès des Médecins Généralistes de

L'indre. Thèse De Doctorat En Médecine. Faculté de Médecine, Université de Limoges. - Limoges, France.

43. **Goetz Paul et Ghedira Kamel.** (2012). *Phytothérapie Anti-Infectieuse*. Paris. Springer. 382.

44. **Halima Douiou.**(2017).Répercussions des Hémopathies Malignes Pédiatriques et de Leurs Traitements Sur La Sphère Orale. Thèse De Doctorat En Chirurgie Dentaire. Faculté de Chirurgie Dentaire, Université du Droit et de la Santé de Lille 2, Lille, France

45. **Huart Caroline, Le Bras Karl, de Toeuf Caroline, Deggouj Naïma, Rombaux, Philippe..** (2020). Plaintes ORL liées au COVID-19. *Louvain med.*139 (05-06), 324-329.

46. **Idi Abdou .** (2001). Les Infections Oculaires Au Centre Hospitalier National Yalgado Ouagadougou Aspects Bactériologiques Et Epidémiologiques : Thèse de doctorat en Pharmacie. Université Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso.

47. **Ismaël Chehaibou1 , Cristina Georgeon, Vincent Borderie.** (2016). Filariose Oculaire à Loa loa. *Les Cahiers d'Ophtalmologie.* 205, 29-30.

48. **Jarraya Mounir** (2016). Bioclimatologie des Infections Cutanées Mycosiques à Sfax (Centre-Est de la Tunisie).*Echo Geo.*2016 (38).

49. **jesus-cardenas.** (2019). *La Syphilis Symptômes et Traitement.* [En ligne] Adresse URL : <https://www.doctissimo.fr/>. Consulté le 08 Avril 2021.

50. **Khabba Chaimae Ait.** (2019). Viroses à Expression Cutanée. Thèse De Doctorat En Médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V - Rabat, Rabat, Maroc.

51. **Kohler Chantal.**(2010). L'Appareil Génital Masculin. [En ligne] Adresse URL: <http://campus.cerimes.fr/>. Consulté le 04 Avril 2021.

52. **Gaspard Lionel, Laurence Toutous-Trellu, Emmanuel Laffite, Mélanie Michaud, Nicole Eicher, Odile Lacour.** (2012).la gale en 2012. *Revue Médicale Suisse.* 2012 (8), 718-725.

53. **Lajarthe Sophie.** (2011). La Gale Sarcoptique Humaine. Thèse de Doctorat en Pharmacie. Faculté de Pharmacie, Université de Limoges, Limoges, France.

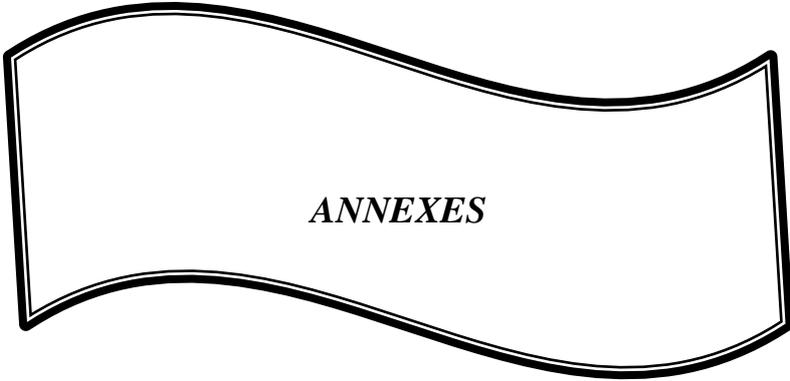
54. **Leclercq Loic.** (2019). *Diagnostic Bactériologique des Infections Cutanées.* [En ligne] Adresse URL: <https://www.sfm-microbiologie.org/>. Consulté le 15 Avril 2021.
55. **Leung Alexandre KC, Barankin Benjamin et Hon Kam.** (2017). Molluscum Contagiosum : An Update. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 11 (1), 22-31.
56. **L'intelligence médicale au service du soin .Vidal.** (2020). *Les Symptomes et les Complications de l'Impetigo.* [En ligne] Adresse URL: <https://www.vidal.fr/>. Consulté le 12 Avril 2021.
57. **Lorier-Roy Elisabeth.** (2019). *la Gale.* [En ligne] Adresse URL: <https://dermato-info.fr/>. Consulté le 21 Mars 2021.
58. **Louaguenouni Younes, Kafi Rafik et Zai Aghiles.** (2018) . Les Mycoses Superficielles Diagnostiquées au Laboratoire de Parasitologie-Mycologie du CHU De Tizi-Ouzou. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculte de Médecine, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, Algérie .
59. **Lando M.J, JN Mboua, M Tardy, N Noumsi, V Nzeuseu, C Kouanfack.**(2004). Affections Cutaneo-Muqueuses au cours de l'Infection a VIH/SIDA. *Clinics in Mother and Child Health.* 1 (3), 158-165.
60. **Marie Ramirez Jean.** (2019) *Vagin.* [En ligne] Adresse URL: <https://doc-pedagogie.umontpellier.fr/>. Consulté le 06 Avril 2021.
61. **Maillard Hervé.** (2012). Les Infections Cutanées des Sujets Agés. *Soins Gériatrie.* 16 (92), 34-36
62. **Mélessopoulos Alexandre et Levacher Christine.** (2012). *La Peau -Structure et Physiologie.* 2^{ème} Ed. Paris. TEC& DOC lavoisier. 288.
63. **Meza-Romero Rodrigo, Navarrete-Dechent Cristián et Downey Camila.** (2019) Molluscum contagiosum : An Update and Review of New Perspectives in Etiology, Diagnosis and Treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 12, 373-381.
64. **Mick G. J.-L. Gallais, F. Simon, S. Pinchinat, K. Bloch, M. Beillat, L. Serradell, T. Derrough.** (2010). Évaluation de l'Incidence du Zona, de la Proportion des Douleurs Post-Zostériennes, et des Coûts Associés dans la Population Française de 50 Ans ou Plus. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.* 2010. (58), 393-401.

65. **Mischler Benjamin.** (2017). Prise en Charge de la Leishmaniose Cutanée : Intérêt de Nouvelles Formulations de Paromomycine Topique. Thèse de Doctorat en Pharmacie. U.F.R. de Médecine et de Pharmacie de Rouen, Rouan, France.
66. **Mokni M.** (2019). Cutaneous Leishmaniasis. *Ann Dermatol Venereol.* 146 (3), 232-246.
67. **Ndiaye M. M. Taleb, B.A. Diatta, A. Diop, M. Diallo, S. Diadie, N.B. Seck, S. Diallo, M.T. Ndiaye, S.O. Niang, F. Ly, A. Kane, M.T. Dieng .** (2017). Les Etiologies des Intertrigos chez l'Adulte : Etude Prospective de 103 Cas. *Journal de Mycologie Medical.* 27 (1), 28-32.
68. **OMS.** (2014). *Vaccins Contre la Varicelle et le Zona : Note de Synthèse de l'OMS, juin 2014.* Genève, OMS 265-288.
69. **Ouakrim A.** (2013) Teignes: Aspects Cliniques, Epidémiologiques, Thérapeutiques et Evolutifs. Expérience du Service de Dermatologie au CHU Mohammed VI, Marrakech. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.
70. **Oustric Elodie** (2014). La Gale Sarcoptique Humaine : Maladie, Epidémiologie, Diagnostic, Traitements et Prise en Charge à l'Officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie. Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Université Toulouse III Paul Sabatier - Toulouse, France.
71. **Pearson Richard D.** (2020). *Loase.* [En ligne] Adresse URL: <https://www.msdmanuals.com/>. Consulté le 21 Avril 2021.
72. **Penso-Assathiany.** (2020). Verrues, un Article de l'EMC Savoirs et Soins Infirmiers . *EMC: Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* 14 (3), 1-4.
73. **Roat Melvin I.** (2019). *Conjonctivite Infectieuse.* [En ligne] Adresse URL: <https://www.msdmanuals.com/>. Consulté le 12 Mars 2021.
74. **Sadik Asma.** (2020). Vaginoses et Vaginites au Dernier Trimestre de Grossesse. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.
75. **Santallier Martine.** (2008). La Conjonctive. In M Santallier, J & A Péchereau. Ed A & J Péchereau. *Anatomie pour les Ecoles d'Orthoptie.* v1.0. Nantes. 75-78.

76. **Scrivener J.N (Yannis)**. (2011). Onychomycoses : Epidémiologie et Clinique. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2011 41 (432), 35-41.

77. **Thibaut Marc**. (2018). Etude de la Prise en Charge de la Conjonctivite Aigüe en Médecine Générale: Enquête auprès des Médecins Généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime. Thèse de Doctorat en Médecine Générale. Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen, Université de Rouen, Normandie, France.

78. **Tilhac Jean-Christophe**. (2018). Épidémiologie et Traitement de la Gale. Thèse de Doctorat en Pharmacie. Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, France.



ANNEXES

Annexe 2. Répartition des infections cutanées enregistrées du 07/02 à 09/05/2021

Lésions	Nombre	Taux
Mycose	6	1,51%
Onychomycose	9	2,27%
Teigne	10	2,52%
Erysipéle	2	0,50%
Erythème polymorphe	4	1,01%
Intertrigo	6	1,51%
Vesiculeuse	2	0,50%
Folliculite	7	1,76%
Gale	3	0,75%
Furoncle	5	1,26%
Zona	1	0,25%
Impetigo	1	0,25%
Verrue	5	1,26%
Perlèche	1	0,25%
Perionyxis	1	0,25%
Prurit	5	1,26%
Molluscum contagiosum	6	1,51%
PRG (pityriasis rosé de Gibert)	3	0,75%
PV (pityriasis versicolor)	4	1,01%
Herpes circiné	3	0,75%
VC (vésiculites cutanées)	1	0,25%
	85	21,38%

**Annexe 3. Modèles des traitements prescrits en fonction du diagnostic des formes cliniques
au niveau de l'EPSP Farhet et Volani**

Maladie	Traitement	Posologie
Zona	Neurovit	3b 1 cp 3 fois / j
	Xamadol	1 cp : 2 fois /j
	Hexamédine solution	1 app /j
Impétigo	Bétadine solution	1 à 2 app /j
	Fucidine cp 250 mg	2 cp : 2 fois/ j
Herpès circine	Mycoster crème	2 app /j
Folliculite	VAVO shampoing	1 fois/ sem
	Héxomédine solution	2 fois /j
Intertrigo	Lamidaz crème	1 fois /j
	Locoide crème	1 app 2 fois /j
	Tirlor cp 10 mg	1 cp /j
Ptyriasis versicolor	Vavo crème	1app /j
Ptyriasis rosé de Gilbert (PRG)	Vitamine C 500 mg cp	1 cp le matin
	Primalan cp 5 mg	1 cp le soir
	Saforelle savon	1 app /j
	Vitamag	amp/j
Mycose	Mycoster crème ou phanazol crème	2 app /j 1 app : 2 fois /j
	Verrue	Duofilm lotion appliquer sur la verrue sans déborder sur la peau saine environ 6-12 semaines, une interruption précoce du TRT peut entrainer des rechutes, tous les 2 ou 3 jours, frotter doucement la surface des verrues avant l'application avec une lime en carton ou une pierre ponce en évitant de faire saigner et de manière à supprimer la partie superficielle rugueuse de la verrue (si saignement produit, arrêter le TRT pdt 3 j)
	Azote liquide (utilisé dans un milieu hospitalier)	1 foi / sem
Prurit	Zyrtec gouttes	5 gouttes /j (enfant) 10 gouttes/j (adulte)
Prurigo	Vavo shampoing	3 fois / sem
	Locapred crème	1 app /j
	Tirlor cp 10 mg	1 cp /j
	Héxamidine solution	1 app /j
Teigne	Lamidaz crème	1 app /j
	Alcool iodé	1 app /j
Onychomycose	Lamidaz crème	1 app /j
	Duflucan gel 150 mg	1 fois / sem
	Loceryl vernis	1 app /j
Muguet	Daktarin gel buccal	1 app : 2 fois /j
	Doliprane cp 500 mg ou suppositoire selon l'age et le poids de l'enfant	1 cp : 3 fois /j 1 supp : 3 fois /j
	Eludril bain de bouche	1 app : 2 fois /j (adulte)
Furoncle	Héxamédine solution	1 app : 2 fois /j
	Fucidine cp 250 mg	2 cp : 2 fois /j
	Fucidine pommade	1 app : 2 fois/j
Cellulite	Amoxicilline cp 1g ou Lexin cp 1 g	1 cp 2 fois/j 1 cp 2 fois /j
	Erysipèle	Amoxicilline 1g ou Josacine cp 500 mg (allergie à l'Amoxicilline)
	Doliprane cp 500 mg	1 cp : 3 fois /j

