



Les lésions élémentaires en dermatologie

Dr A.Serradj

L'examen d'un patient porteur d'une dermatose

- La peau est un organe différent des autres :
 - C'est un organe visible
 - C'est un organe d'échange
 - C'est un organe affiché
- La peau est un organe accessible à l'examen clinique et aux explorations para cliniques simples (prélèvement, biopsie).
- L'observation de la peau, des muqueuses et des phanères fait partie de tout examen clinique

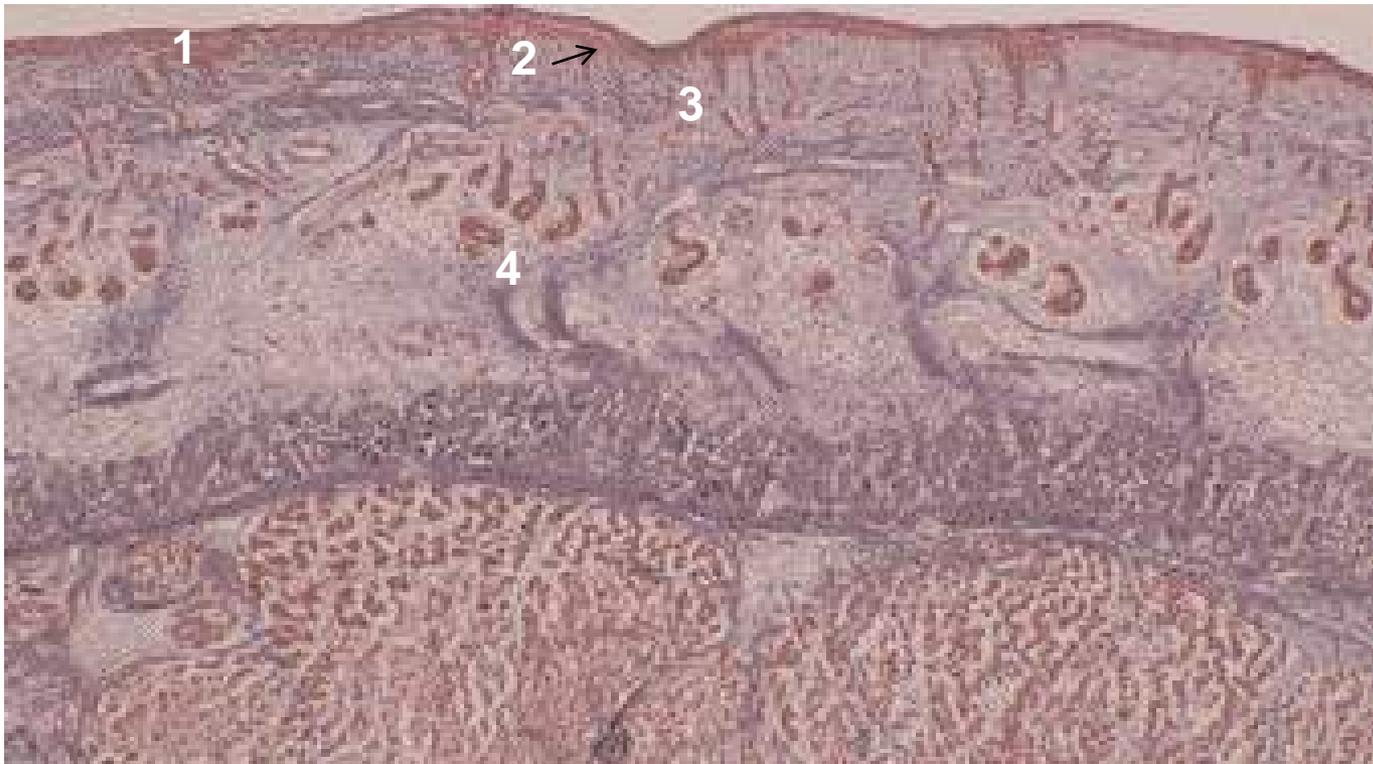


I. Rappel histologique de la peau normale:

- L'architecture générale de la peau est toujours la même malgré de notables variations topographiques.

■ La peau se compose de :

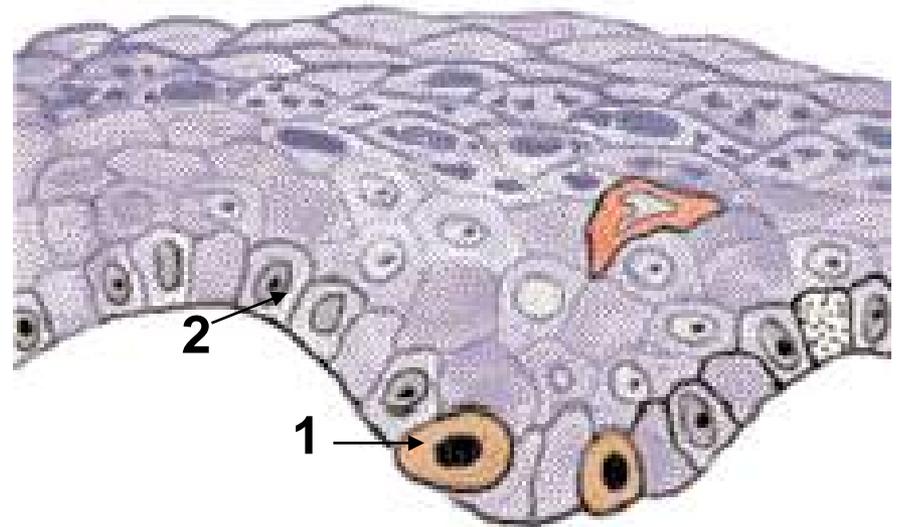
- 1 = épiderme
- 2 = jonction dermo-épidermique
- 3 = derme
- 4 = hypoderme



- **L'épiderme:** la couche la plus superficielle : Epithélium malpighien pluristratifié , constitué de :
 - 1 = couche basale
 - 2 = couche spinieuse
 - 3 = couche granuleuse
 - 4 = couche corneée



- **La couche basale :**
rangée unique de
cellules cubiques (2)
implantées
perpendiculairement
sur la membrane
basale entre lesquelles
on note l'existence de
quelques cellules
claires : Mélanocytes
(1).



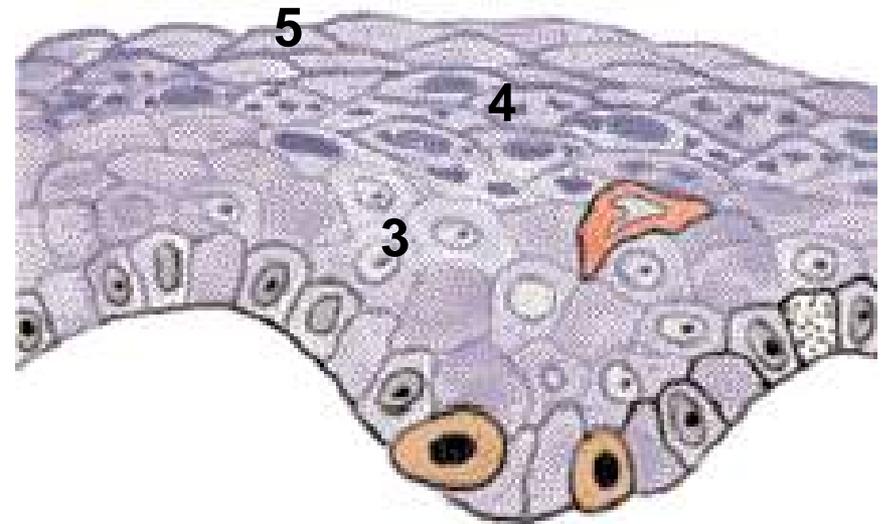
❑ Couche malpighienne:

faite de 5-6 couches de cellules polyédriques superposées (3).

❑ Couche granuleuse :

faite de 5-6 couches de cellules aplaties (4).

❑ Couche cornée : faite de 4-8 couches de cellules lamelleuses totalement anucléés (5).



■ **DERME** : (1) formé de :

- Cellules peu nombreuses et clairsemées *
- Fibres formant la charpente**
- Substance fondamentale.

* Cellules : fibroblastes, histiocytes et mastocytes

** Fibres : collagènes – élastiques – réticuliniques



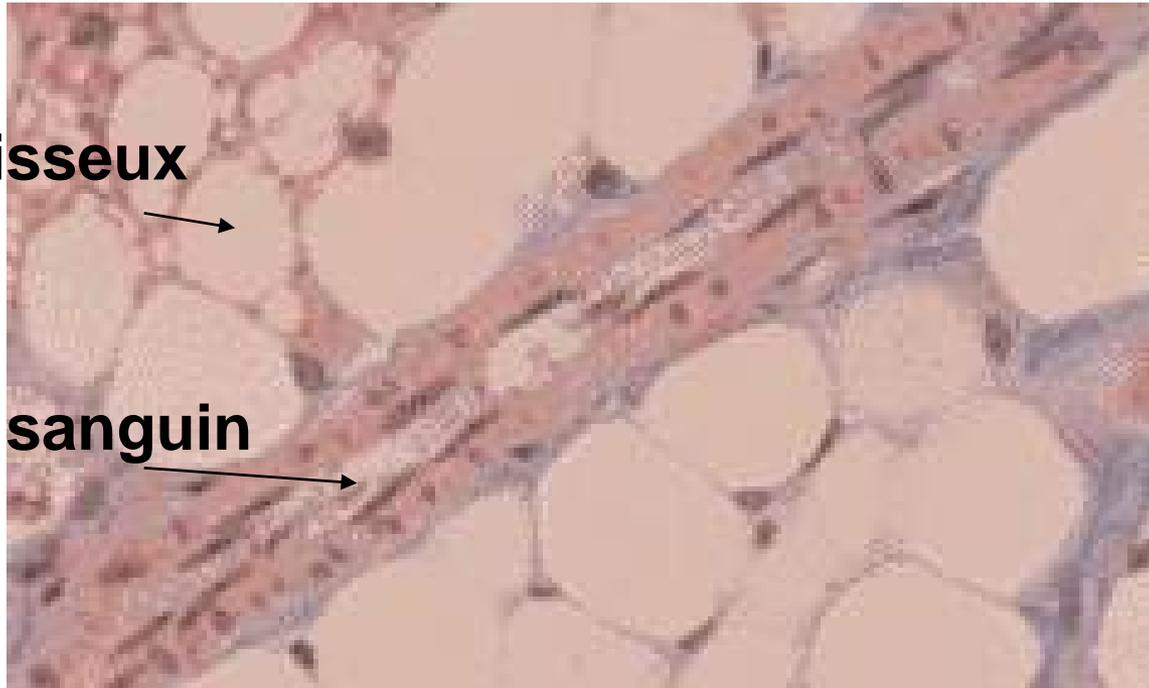
■ HYPODERME :

Tissu gras, cloisonné par des travées conjonctivo – vasculaires qui délimitent des lobules remplis de cellules adipeuses.

Lobules gras



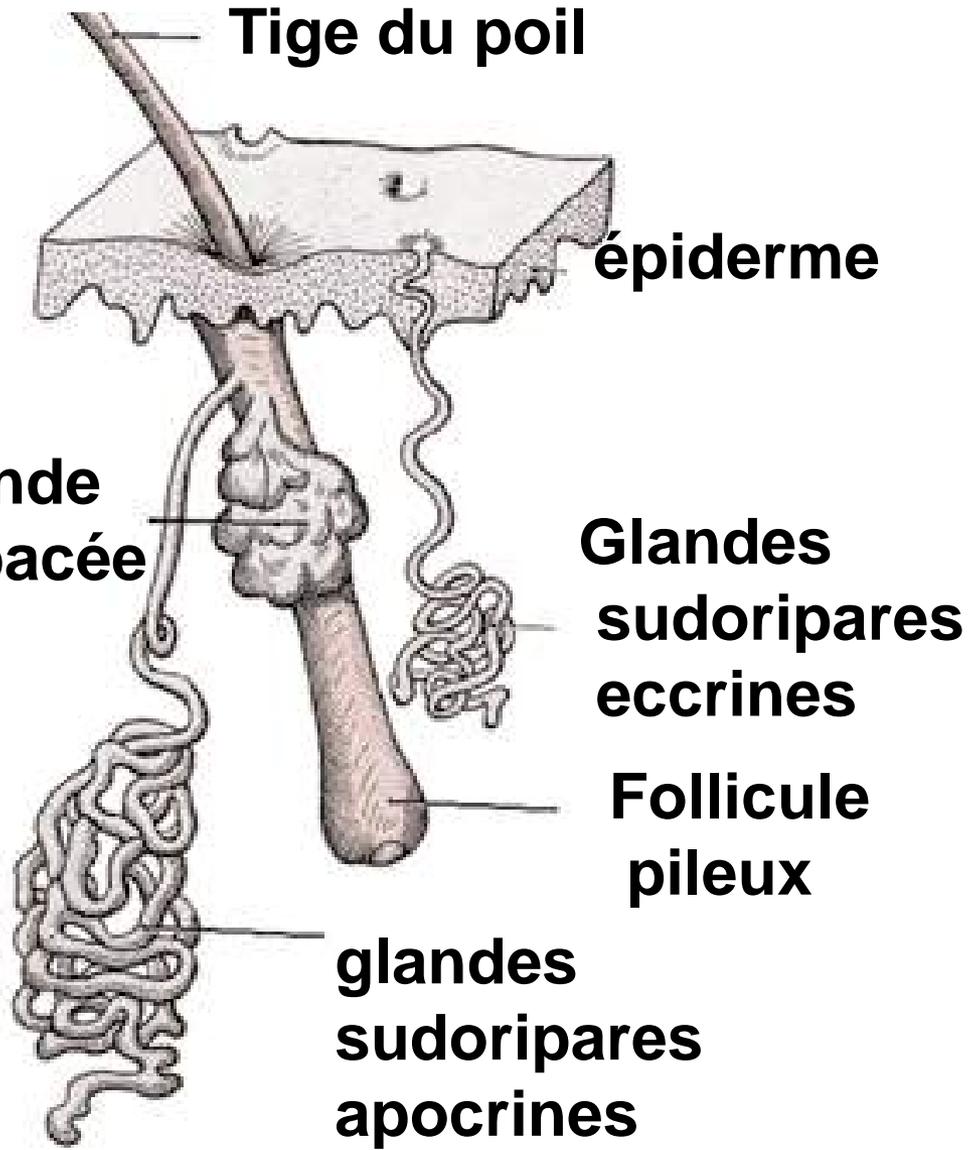
Vaisseaux sanguins

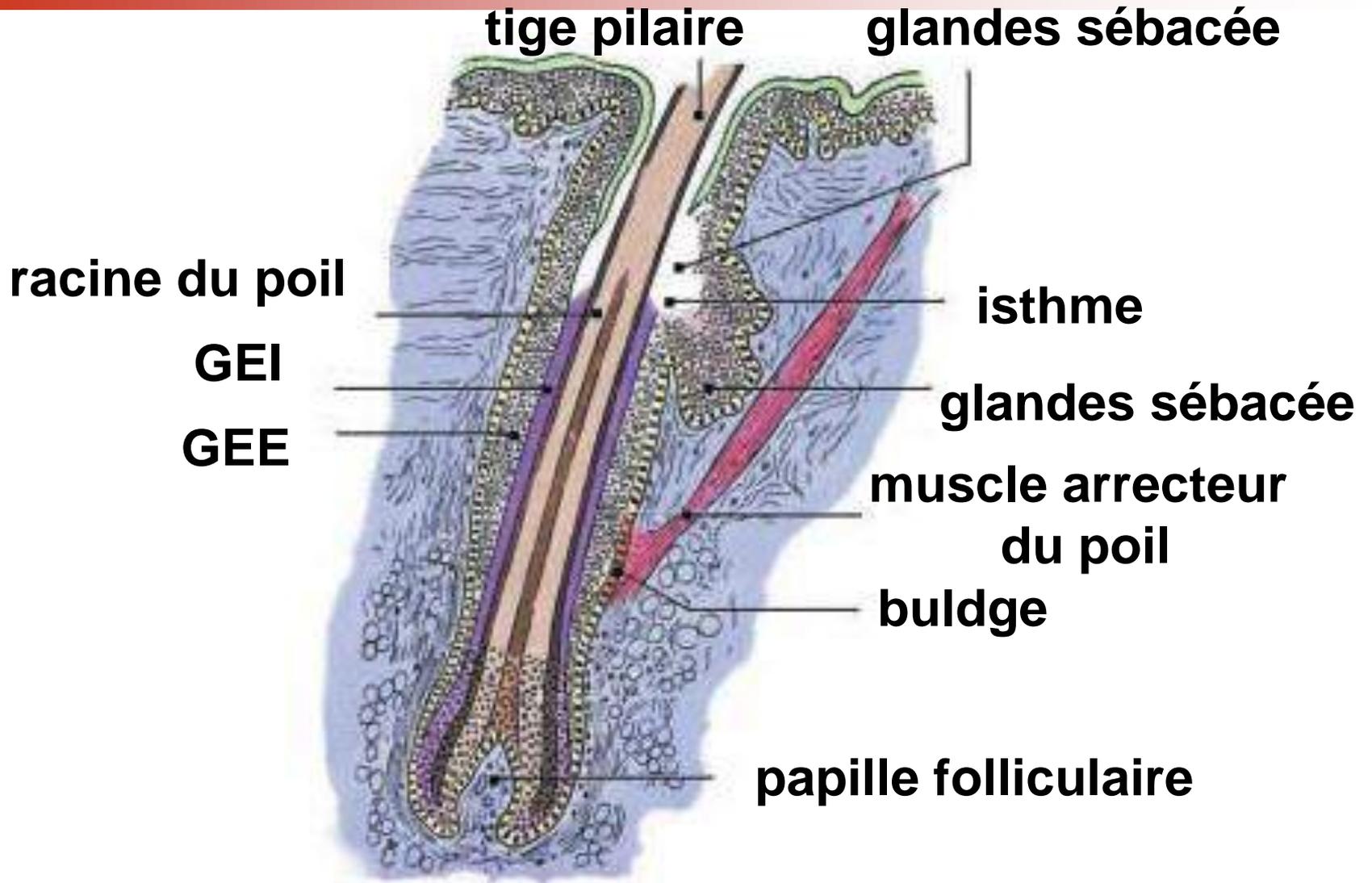


■ ANNEXES:

Logées en grande partie dans le derme:

- glandes sudoripares.
- glandes sébacées.
- phanères.





Follicule pilo-sébacé



MEDISTROPHE

- Les maladies dermatologiques sont nombreuses et très répandues. Elles peuvent être le témoin et parfois le mode de révélation d'affections générales.
- La découverte de signes cutanés, facilement accessibles à l'examen sémiologique et à la biopsie, peut épargner au malade d'autres explorations

Le recueil des données

- Basé sur le déroulement habituel d'une consultation , le recueil des symptômes comporte les étapes successives suivantes:
 - 1- l'interrogatoire du patient (ou de l'entourage chez l'enfant)
 - 2- l'examen des lésions
 - 3- l'enquête anamnésitique plus orientée
 - 4- l'examen complet du patient



1- l'interrogatoire de base:

L'interrogatoire tente de préciser 2 points principaux:

- - *L'histoire récente et les motifs* de la consultation.

L'aspect initial rapporté par le patient, est en général imprécis et il ne faut pas attendre du malade une description sémiologique fine et encore moins un diagnostic. Par contre, le point de départ des lésions, les circonstances de la survenue, la notion d'épidémie sont des notions utiles.

- - *Les modalités évolutives de l'éruption* leur caractère aiguë ou chronique, les thérapeutiques appliquées, seront systématiquement demandées



■ - l'examen des lésions:

Le médecin doit s'imposer des conditions d'examen rigoureuses: Le patient, détendu, doit être examiné dans un endroit correctement éclairé; l'ensemble du revêtement cutané est analysé : cheveux, ongles, muqueuses, régions ano-génitales, ombilic, plis rétro-auriculaires, paumes et plantes.



Quelle lésion analyser ?

- La lésion élémentaire primitive correspond au processus lésionnel initial
- La lésion élémentaire secondaire représente un stade évolutif d'une lésion primitive.

- Des gestes simples permettent de mieux définir une lésion élémentaire :
- La vitropression pratiquée avec un verre de montre ou une lamelle permet de collaber les capillaires de la peau et différencie une macule érythémateuse qui disparaît à la vitropression d'une macule purpurique qui ne disparaît pas.
- Le curetage: d'intérêt limité permet de distinguer le type de squames pityriasiformes (fines) et psoriasiformes (squames épaisses).
- Le curetage permet de détacher les croûtes.



- 
- Plusieurs éléments peuvent définir une lésion cutanée: l'inspection apprécie
 - La forme des lésions
 - La disposition des lésions: Elles peuvent rester isolées, distinctes, ou bien au contraire se grouper en bande (zoniforme) en bouquet (herpétiforme) en filet (réticulé) en arc de cercle (arciforme).
 - Certaines dermatoses - comme le psoriasis - ont tendance à se produire sur des zones de peau traumatisée, le long d'une strie ou grattage ou bien d'une cicatrice d'appendicite. Ce phénomène est appelé phénomène de Koebner.
 - La topographie, la distribution et l'étendue sont des éléments très utiles à préciser.

II. Les lésions élémentaires:

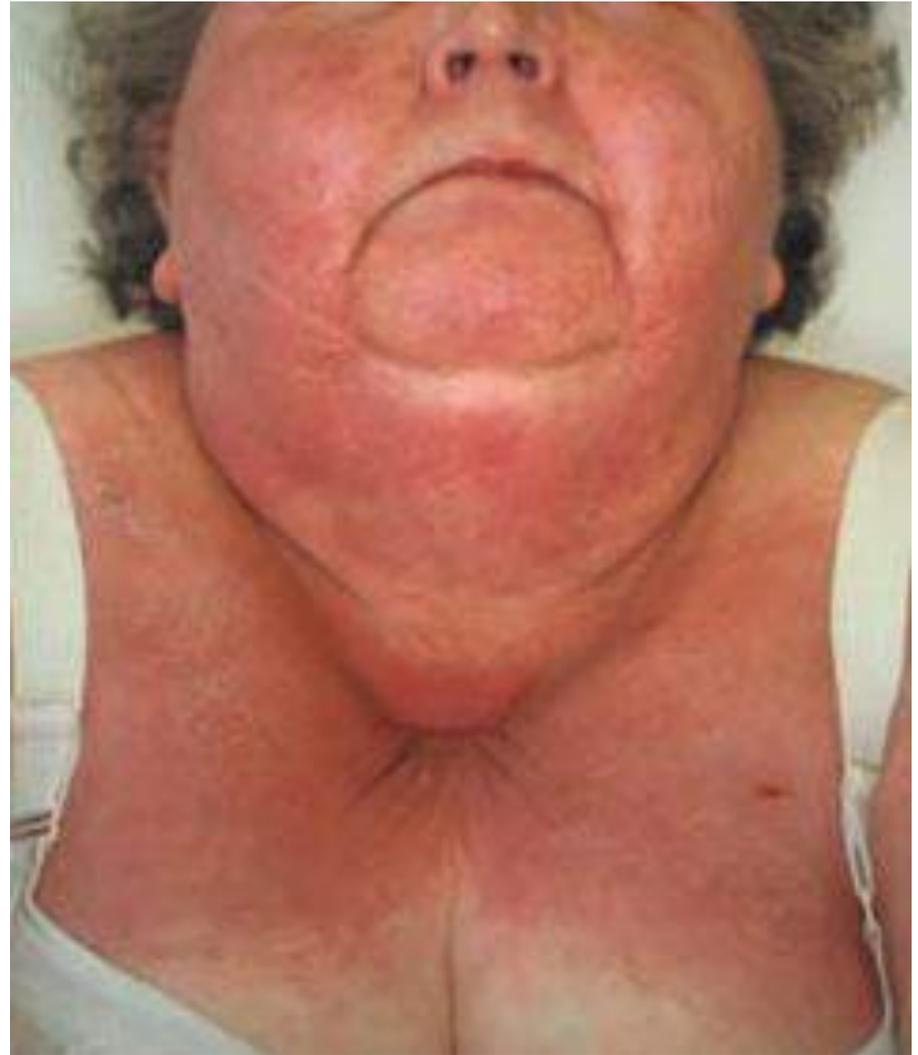
A- LES LESIONS PRIMAIRES:

1-MACULE OU TACHE:

- Simple modification de la coloration de la peau sans altération épidermique et sans infiltration palpable.

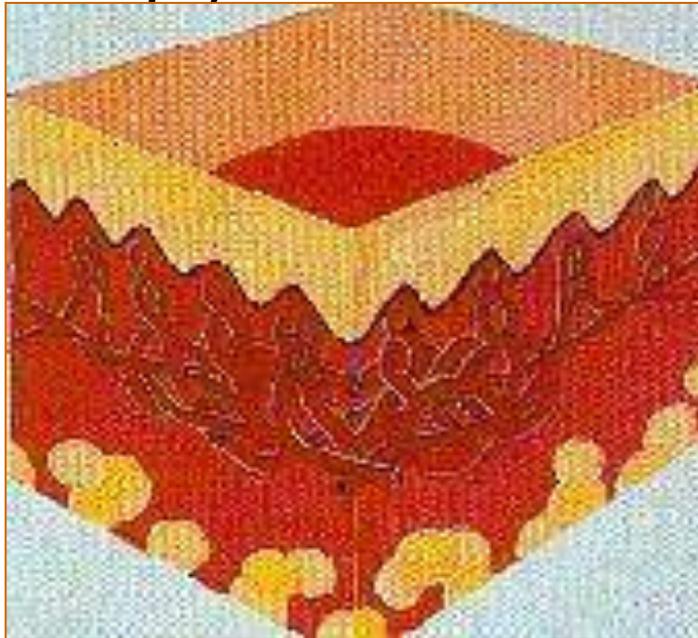
A- Macule rouge:

1-**Erythème** = rougeur congestive de la peau s'effaçant à la vitropression



2-Macule vasculaire = correspond à une dilatation vasculaire anormale par sa taille et sa permanence , et /ou à un excès du nombre des capillaires dermiques :

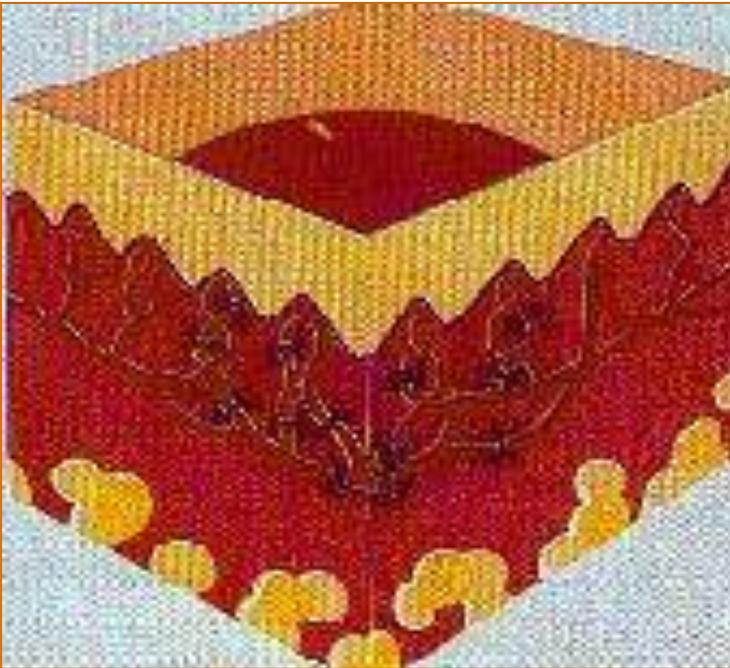
-la télangiectasie : lésion formant un trait fin, tortueux souvent en arborisation ou en réseau (visage).



-L'angiome plan : lésion congénitale, de taille variable, chronique tout au long de la vie.



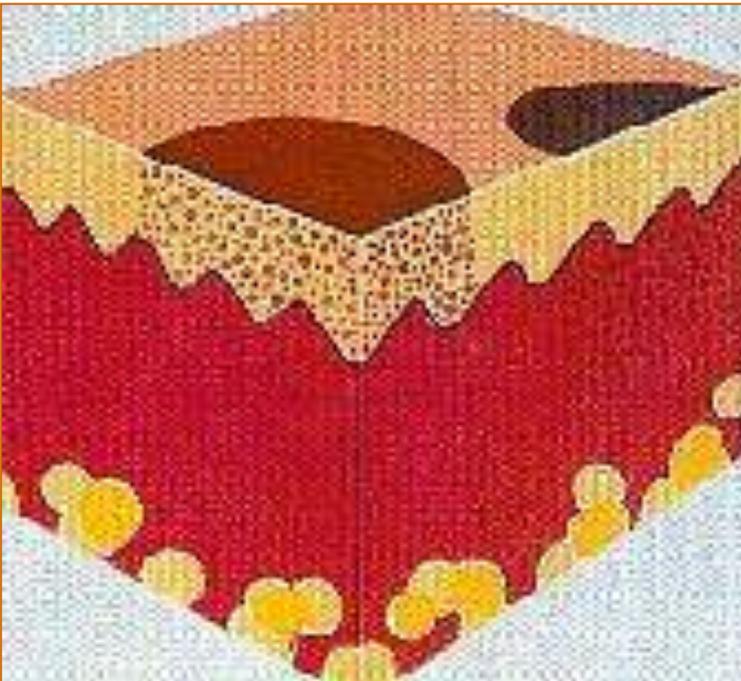
3-Purpura : tache rouge punctiforme ou lenticulaire ne s'effaçant pas à la vitro pression, due à une extravasation de globules rouges dans le derme.



B- Macules pigmentaires:

Dues à une accumulation de pigment dans l'épiderme ou dans le derme; peuvent être :

- Localisées (ex tâche café au lait, chloasma)
- généralisées (mélano-dermie).

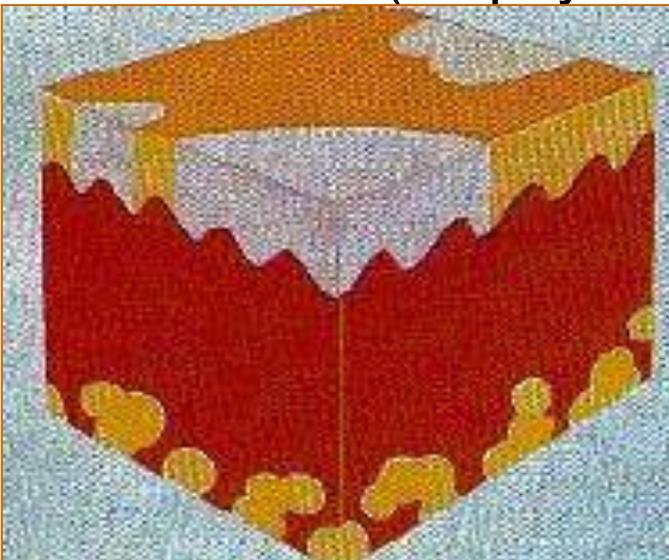


C- *Macules achromiques:*

Sont dues à une diminution (macule hypochromique) ou à une absence (macule achromique) de mélanocytes dans l'épiderme et/ou de sécrétion de mélanine par ceux-ci.

Les hypochromies et achromie peuvent être :

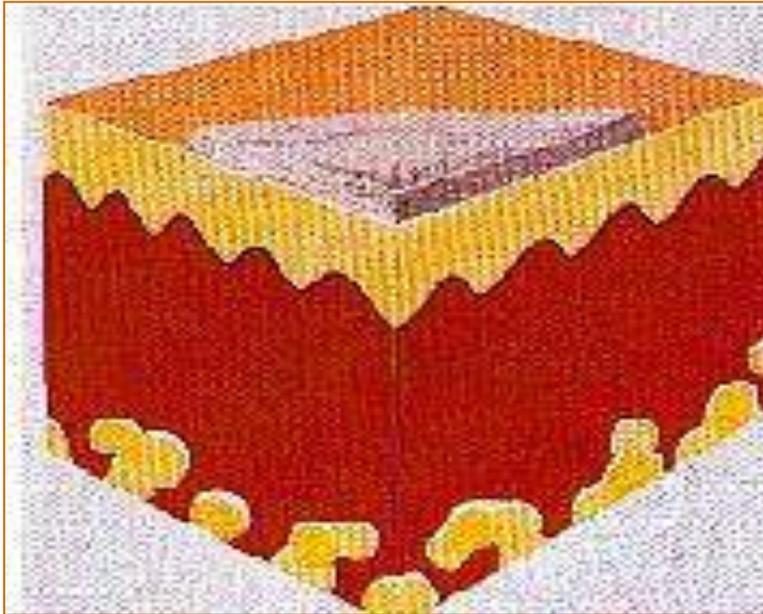
- primitives, acquises ou héréditaires, diffuses(albinisme) ou localisées.
- secondaires (ex pityriasis versicolore).



2 – PAPULE:

- Élevures de la peau , solides de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une grosse lentille .

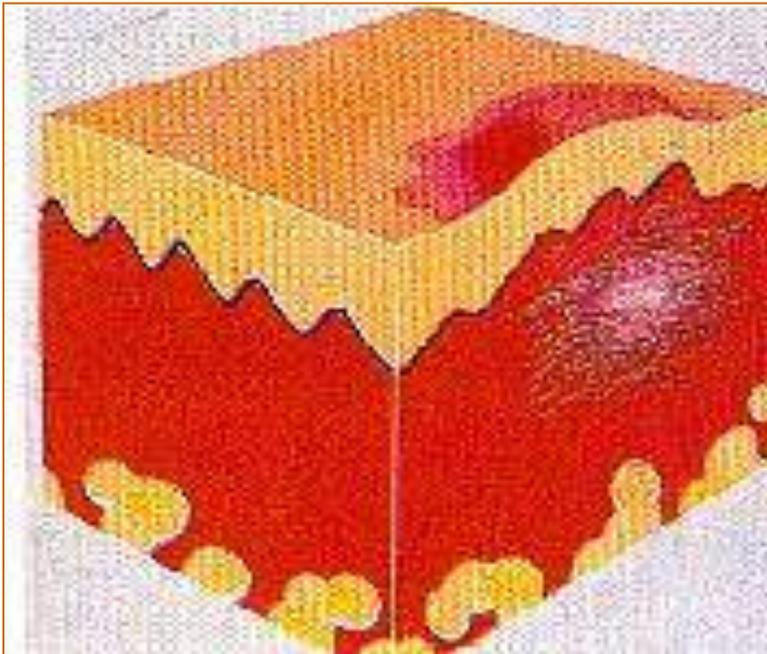
a- *Papules épidermiques*: elle est due à ,une hyperplasie de l'épiderme, souvent sèche et kératosique, de taille variable (Ex: verrue plane).



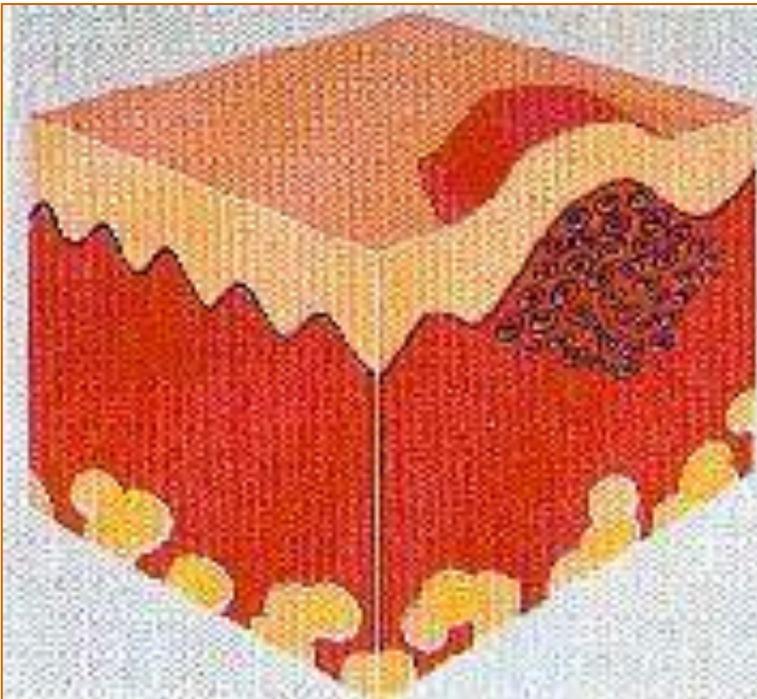
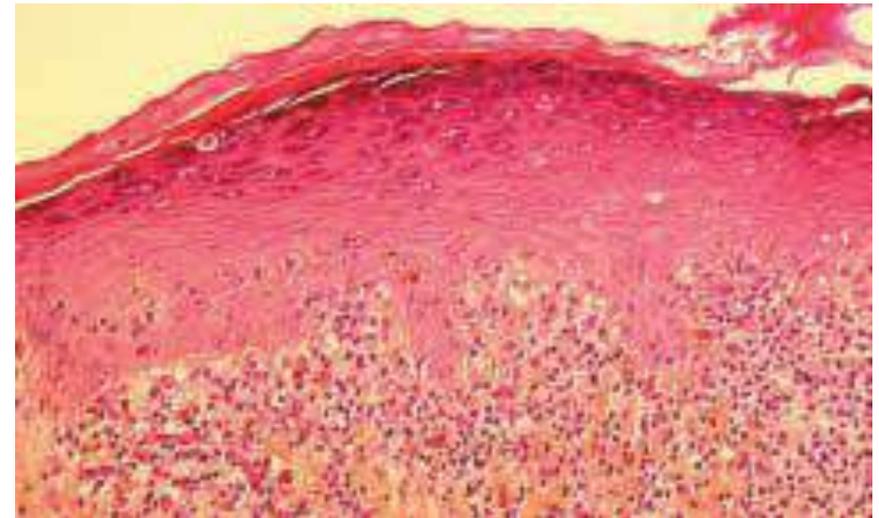
b- Papules dermiques :

Pouvant être :

- oedémateuses : séro exsudation dermique (ex : urticaire)



- cellulaires : infiltration du derme par des cellules inflammatoires (lichen plan.)



c – Papules folliculaires : correspondent à une atteinte du follicule pileux.

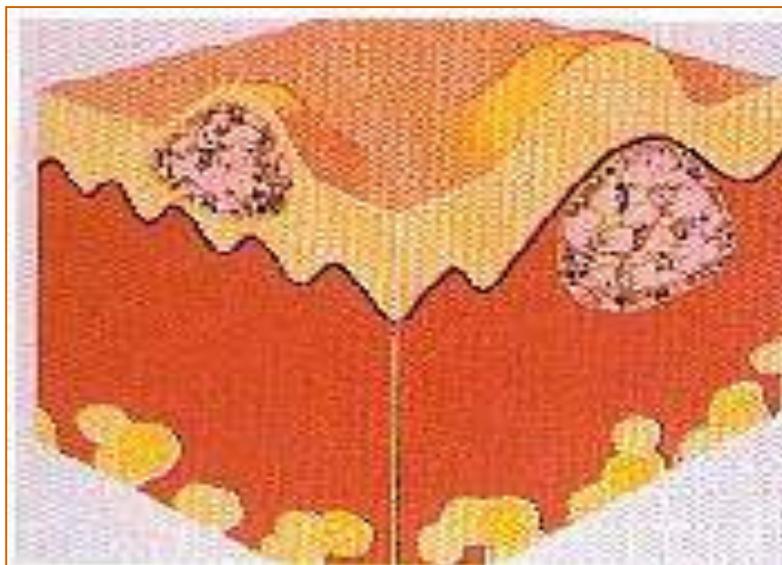




d- Papule miliaire : elle est rare, en rapport avec une atteinte des glandes et canaux sudoraux

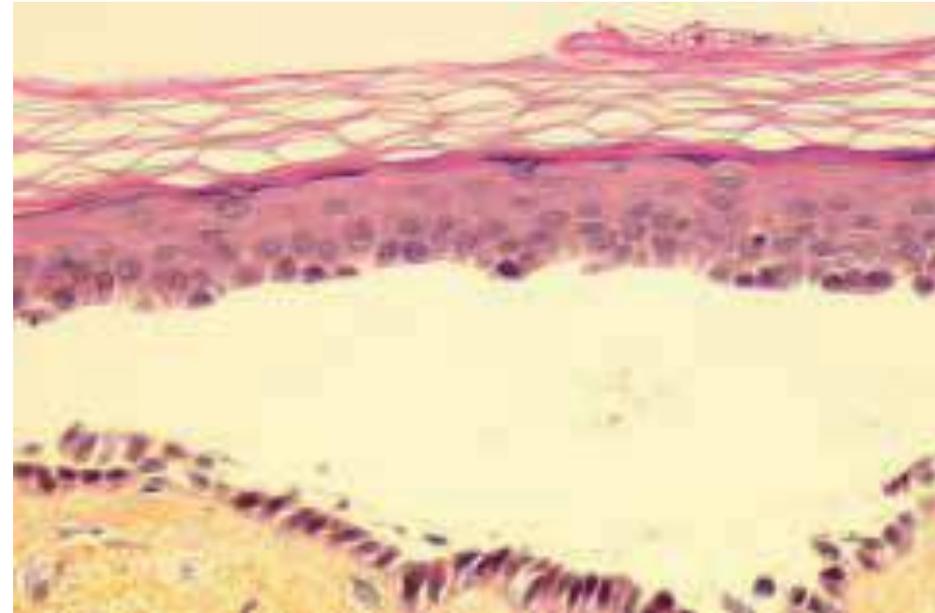
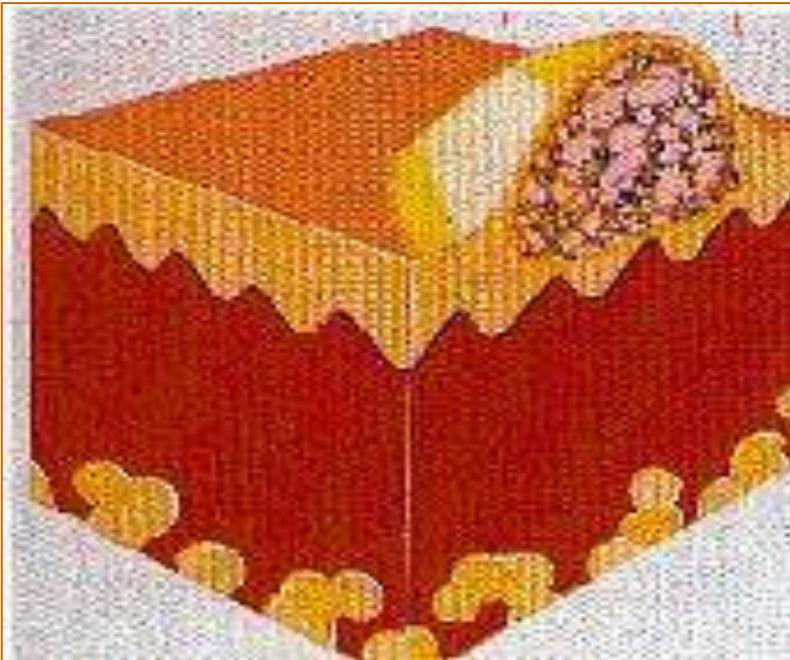
3 – VESICULE :

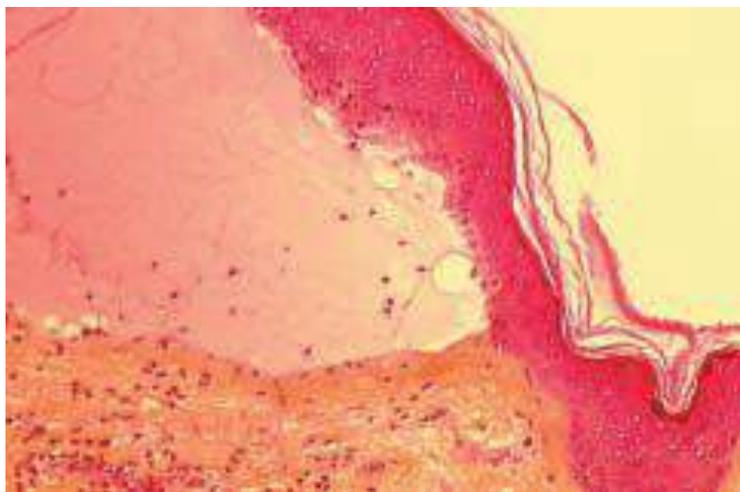
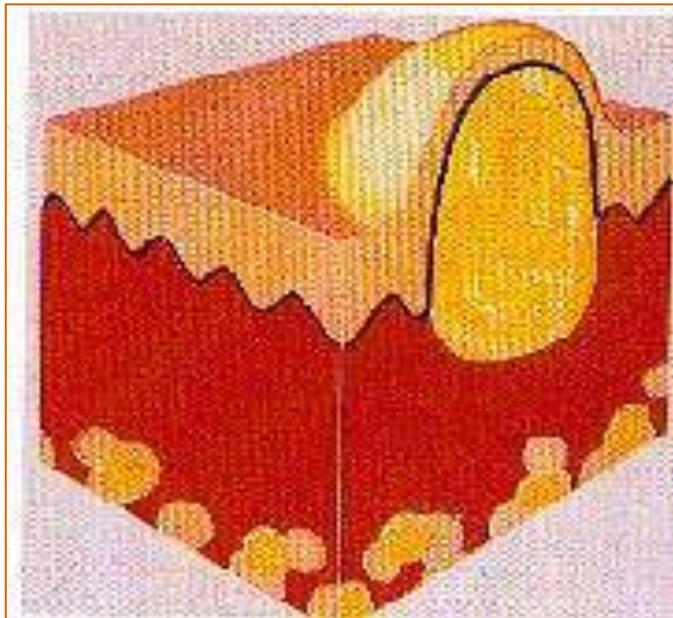
- Elle réalise des lésions en relief, translucides ; de petite taille (1 à 2 mm de diamètre) contenant une sérosité claire, situé en peau saine(ex:varicelle) ou en peau érythémateuse(ex :eczema) .



4 – BULLE :

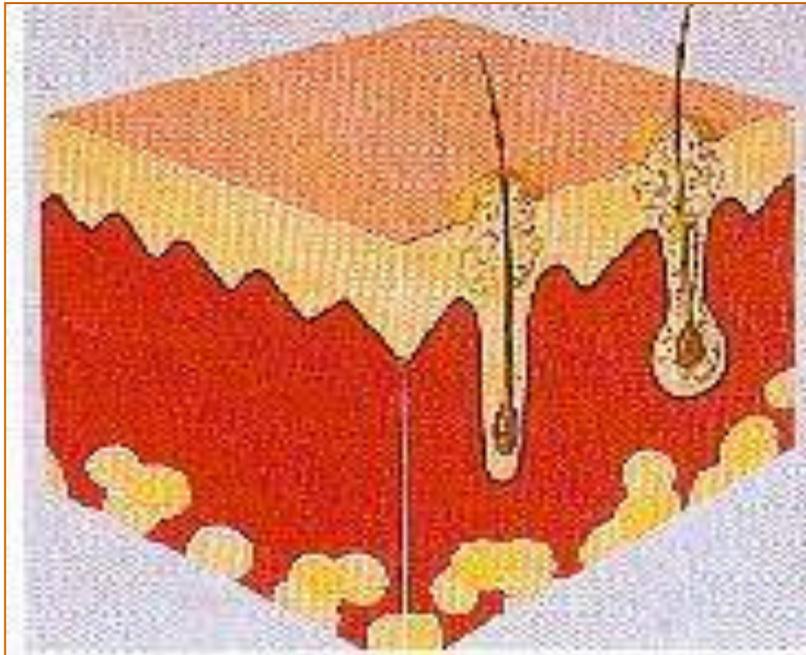
- Grosse vésicule = soulèvement assez volumineux mais circonscrit, renfermant un liquide clair quelques fois hémorragique ou louche.

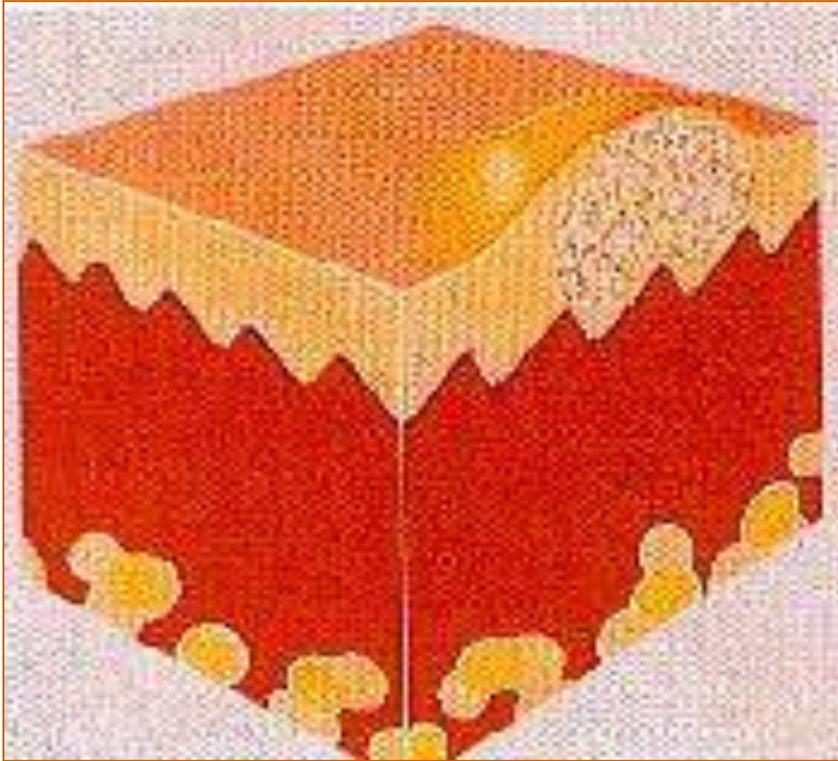




5 – PUSTULE :

- Lésion en relief de quelques mm ou cm, de contenu d'emblée purulent de coloration blanc laiteux ou jaunâtre.





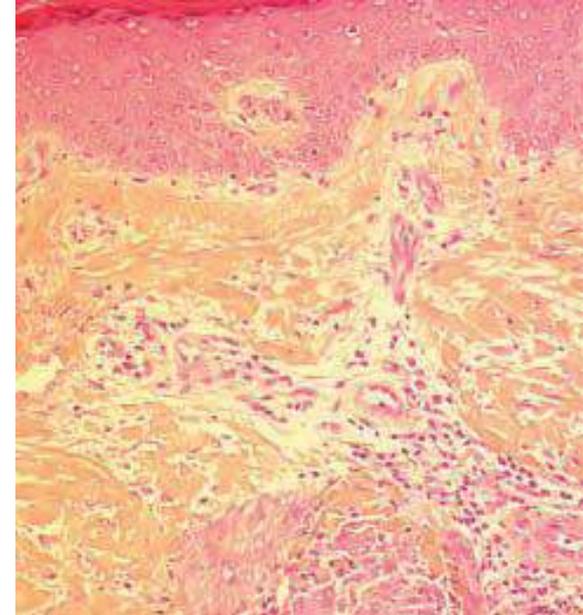
6 – TUBERCULES :

- Infiltrats dermiques à évolution lente et destructrice.
- Ils se différencient des papules par le fait qu'ils pénètrent profondément le derme et par leur volume plus important.
- Après guérison ils laissent une cicatrice.



7 – NODULES OU NOUURES :

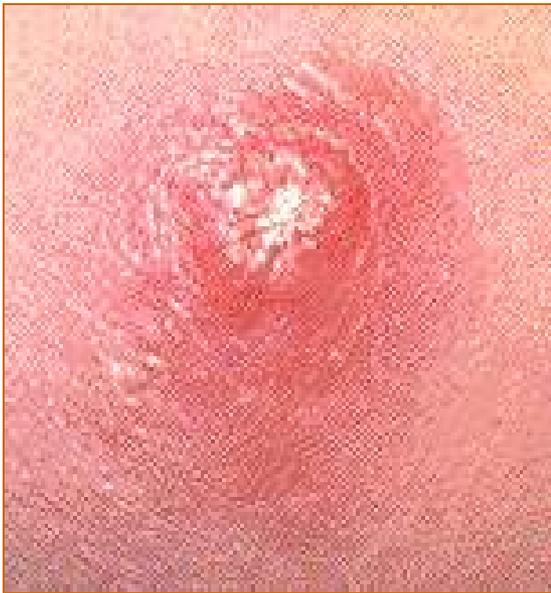
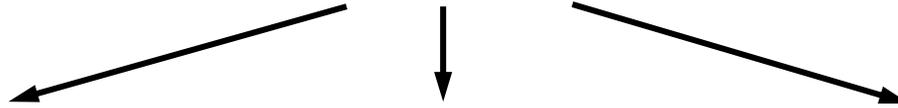
- Infiltration dermo hypodermique
- La peau qui les recouvre est soit normale soit érythémateuse.
- D'évolution aiguë (6 à 8 semaines), sub aiguë(3 à 6 mois) ou chronique(supérieur à 6 mois)



Nodule au cours de la sarcoïdose.

- 
- Les nodosités d'évolution sub aiguë ou chronique qui se ramollissent constituent les gommages.

Gomme



Nodulaire(Fluctuation)



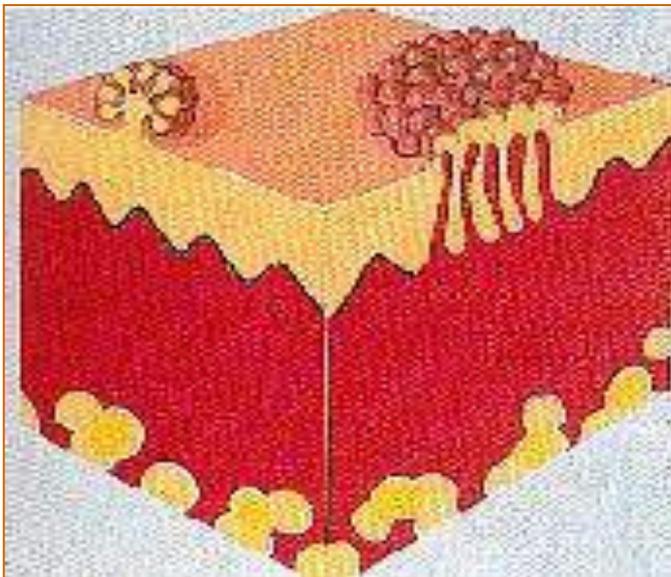
Ulcéreuse



Cicatricielle

8 – VEGETATIONS:

- Excroissances d'allure filiforme, digités ou lobulés ramifiés en chou-fleur de consistance molle.
- Fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels.



9 – VERRUCOSITES:

- La verrucosité résulte de l'association au processus végétant d'une kératose épidermique qui donne à la lésion un aspect corné jaune grisâtre.



B –LES LESIONS SECONDAIRES

1-SQUAMES:

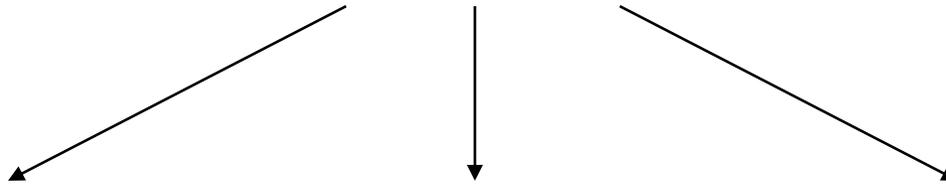
- Ce sont des lésions visibles, spontanément ou après grattage doux à la curette.
- Suivant l'épaisseur et l'aspect des squames, on distingue :
 - Squames ichtyosiformes** : de taille et de forme polygonales (écailles de poisson) ex :ichtyoses héréditaires.



Squames ichtyosiformes

- 
- Squames pityriasiformes** : fines blanchâtres poussiéreuses (ex pityriasis versicolore)
 - Squames scarlatiniformes** : en grands lambeaux (ex scarlatine)
 - Squames psoriasiformes**: blanches, brillantes, épaisses, de taille variable (souvent larges) et adhérentes ; le grattage progressif avec une curette montre un effritement en lamelles (signe de la bougie) ; elles sont caractéristiques du psoriasis.

Squames



Scarlatiniforme



Pityriasiforme



Psoriasiforme

2-CROUTES:

- Lésions secondaires à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent, qui correspondent à un stade évolutif de lésions primitives différentes: bulles, vésicules ou pustules.



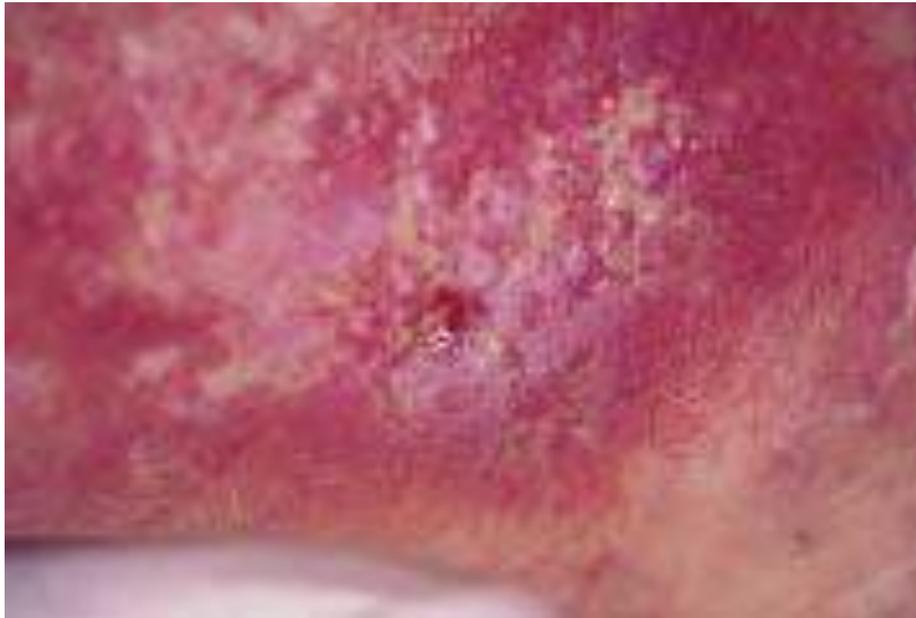
3-CICATRICE:

- Correspond à l'aboutissement d'un processus de réparation impliquant surtout le derme après une perte de substance ou une inflammation cutanée.



4- ATROPHIE, SCLEROSE:

- **Atrophie:** Elle est liée à l'amincissement de la peau par diminution ou disparition de tout ou une partie de ses parties constitutives.
Elle réalise une lésion en cupule déprimée plus ou moins profonde, lisse et nacrée.



- *Sclérose*: Lésion visible et surtout palpable. Elle est caractérisée par un épaissement et une perte de l'élasticité cutanée (sclérodermie)



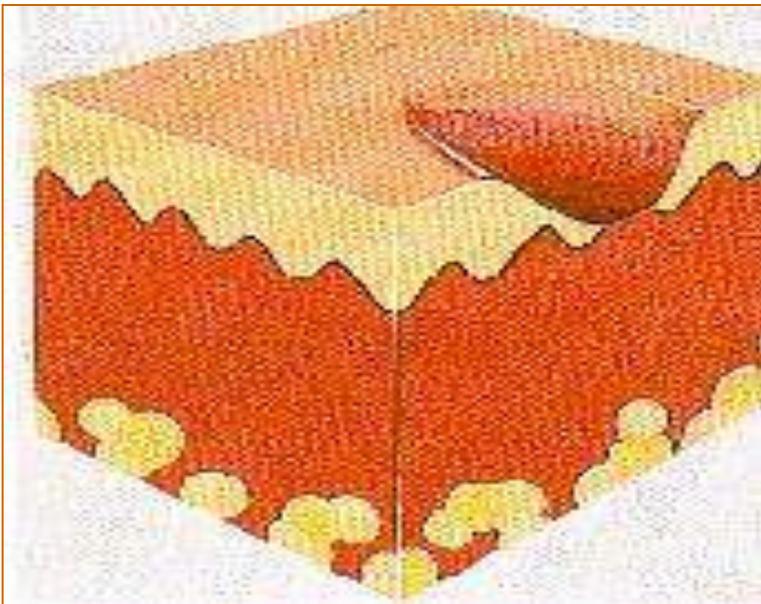


5- PERTES DE SUBSTANCE:

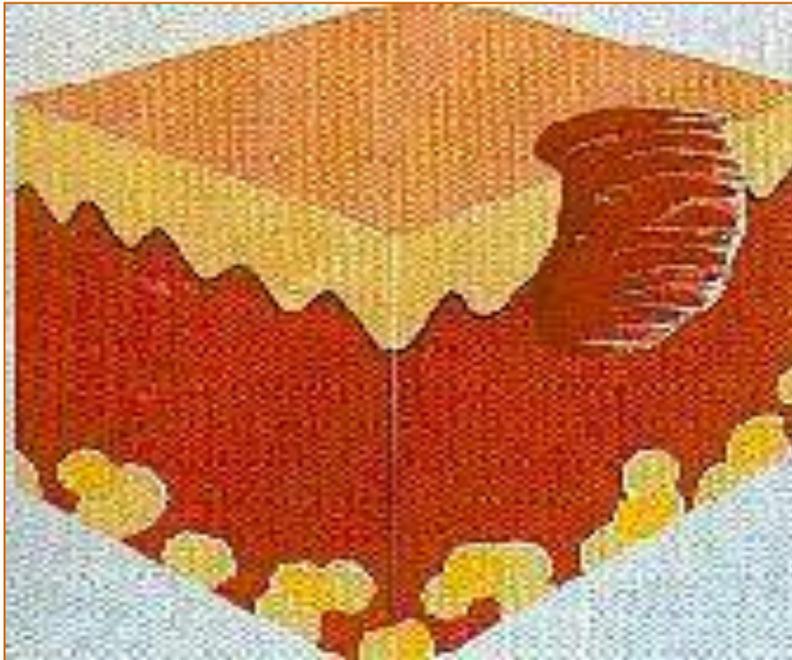
- Les pertes de substance cutanées sont des lésions visibles et palpables. Selon leur profondeur, on distingue :

- ***L'érosion*** (ou exulcération) : perte de substance superficielle à fond plat, bien limitée, guérissant sans séquelle cicatricielle.

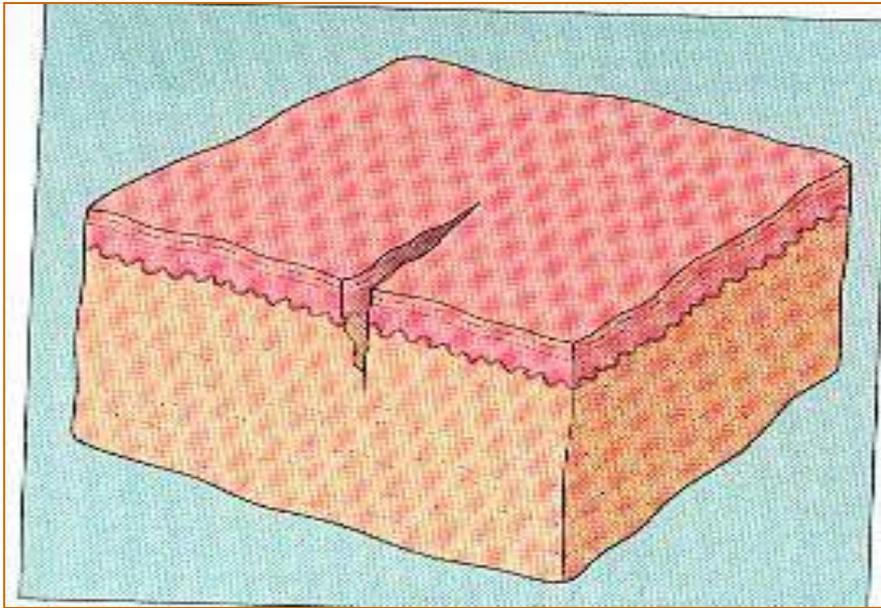
Elle intéresse l'épiderme et le sommet des papilles dermiques ; le fond est humide et suintant, ou recouvert d'une croûte secondaire.



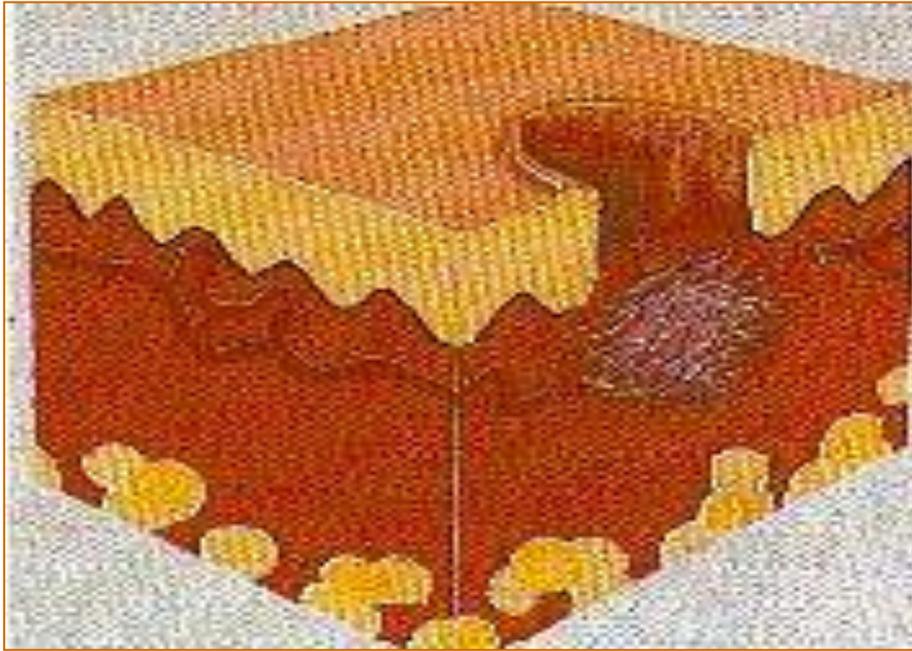
- ***L'ulcération*** : perte de substance plus profonde, atteignant le derme, voire l'hypoderme, à bords plus ou moins réguliers, guérissant en laissant une cicatrice séquellaire ; sa surface peut être rouge, ou jaunâtre (fond fibrineux), ou croûteuse.



- ***La fissure*** est une érosion ou une ulcération linéaire.



- **La gangrène** est une nécrose tissulaire noirâtre d'origine vasculaire ou infectieuse. Elle s'ulcère secondairement. La nécrose est précédée par un érythème avec cyanose dont la particularité est d'être froid à la palpation.



- ***L'escarre*** est une nécrose secondairement ulcérée au point de pression (ischémie d'appui). Elle peut dépasser l'épaisseur de la peau et atteindre les muscles, les tendons, les os et articulations.





Merci!!!