



HAL
open science

Bilan d'activité opératoire (janvier-mai 2017) du service de Dermatologie de l'Hôpital Nord du CHU de Marseille

Doris Klein

► To cite this version:

Doris Klein. Bilan d'activité opératoire (janvier-mai 2017) du service de Dermatologie de l'Hôpital Nord du CHU de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01871835

HAL Id: dumas-01871835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01871835v1>

Submitted on 11 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Bilan d'activité opératoire (janvier-mai 2017) du service de
Dermatologie de l'Hôpital Nord du CHU de Marseille.**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 6 Octobre 2017

Par Madame Doris KLEIN

Née le 17 février 1987 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de DERMATOLOGIE & VÉNÉRÉOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERBIS Philippe

Président

Monsieur le Professeur CASANOVA Dominique

Assesseur

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Monsieur le Docteur FOLETTI Jean-Marc

Assesseur

Monsieur le Docteur BERTRAND Baptiste

Assesseur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Bilan d'activité opératoire (janvier-mai 2017) du service de
Dermatologie de l'Hôpital Nord du CHU de Marseille.**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 6 Octobre 2017

Par Madame Doris KLEIN

Née le 17 février 1987 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de DERMATOLOGIE & VÉNÉRÉOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERBIS Philippe

Président

Monsieur le Professeur CASANOVA Dominique

Assesseur

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Monsieur le Docteur FOLETTI Jean-Marc

Assesseur

Monsieur le Docteur BERTRAND Baptiste

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

MM FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

EBBO Mikael (MCU-PH)

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

A mon Maître et Président du Jury,
Monsieur le Professeur Philippe BERBIS.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury.

Votre pédagogie et votre approche auprès de vos patients m'ont beaucoup appris au cours de mon internat et c'est un privilège de pouvoir poursuivre mon parcours professionnel au sein de votre service. Je vous suis très reconnaissante de l'aide que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce travail.

C'est un honneur de compter parmi l'une de vos élèves et j'espère être à la hauteur de la confiance que vous m'accordez.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute mon estime et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Dominique CASANOVA.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger dans ce jury.

Je ne vous remercierais jamais assez de l'accueil que vous m'avez offert dans votre service auquel je reste très attachée.

Je vous adresse ma profonde reconnaissance pour tout l'enseignement chirurgical que vous m'avez transmis.

Veillez recevoir ici l'expression de toute ma considération et de mon grand respect.

A Monsieur le Professeur Roland SAMBUC.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.
Veuillez recevoir ma profonde gratitude pour votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à la Dermatologie.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc FOLETTI.

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Je tenais à te remercier particulièrement pour tout ce que tu m'as enseigné depuis mon externat sur les bancs d'Hippocrate où tes conseils avisés m'ont permis d'exercer aujourd'hui la dermatologie jusqu'au bloc du mardi où tu m'as initié à la chirurgie cutanée.

Merci pour ta disponibilité et ton écoute bienveillante.

Trouve ici l'expression de mon grand respect.

A Monsieur le Docteur Baptiste BERTRAND.

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury et de ta présence aujourd'hui.

Je te remercie infiniment pour tout l'enseignement chirurgical que tu m'as apporté cette année.

Je te remercie également de ta disponibilité hors du commun et du temps que tu accordes à la chirurgie cutanée.

C'est un privilège et un bonheur de pouvoir travailler à tes côtés, par tes connaissances et tes magnifiques qualités humaines tu es un modèle pour moi.

Ces quelques mots ne suffiront pas pour t'exprimer toute ma reconnaissance et mon amitié.

Trouve à travers ce travail l'expression de toute mon estime et de mon grand respect.

A nos Maîtres et Professeurs dans les hôpitaux :

Madame le Professeur Marie-Aleth RICHARD

Monsieur le Professeur Jean-Jacques GROB

Monsieur le Professeur Fabrice BARLESI

Monsieur le Professeur Patrice VIENS

Madame le Professeur Lucile ANDRAC

Monsieur le Professeur Antoine ROCH

Madame le Professeur Sandrine GUIIS

Au Docteur Marie-Christine KOEPPPEL.

Je tenais à vous remercier pour la manière consciencieuse et la rigueur avec laquelle vous avez participé à la réalisation de ce travail.

Je vous remercie également pour tout ce que vous m'avez apporté tant sur le plan professionnel qu'humain au cours de mon cursus.

Au Docteur Damien BACCONNIER.

Un immense merci pour tout ce que tu m'as appris. Merci de ton écoute, pour tes conseils mais aussi pour ta sympathie.

Au Docteur Nathalie BONNET et Au Docteur Oliver DEVANT

Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail et de tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces 3 semestres.

Au Docteur Marjorie BACIUCHKA.

C'est avec toi que j'ai fait mes débuts en tant qu'interne, tu as été comme une mère. Avec toute mon amitié merci.

Au Docteur Cécile PHILANDRIANOS.

Merci pour tout ce que tu m'as apporté lors de mon passage en chirurgie. Je te souhaite énormément de bonheur avec ton nouveau petit Ange.

Au Docteur Sébastien PASCAL.

Je te serai éternellement reconnaissante de m'avoir pris sous ton aile durant mon semestre en chirurgie et de ton infini patience lors de mes débuts au bloc. Ça a été vraiment une chance et un bonheur d'être TON interne. A la fois doué, mais humble et d'une extrême gentillesse tu es un exemple pour moi.

Je tiens à te témoigner mon amitié sincère et toute mon estime.

Au Docteur Thomas COLSON.

Un immense merci pour tout ce que tu m'as appris et de ta gentillesse sans limite. Tu as été un CCA formidable et tu vas beaucoup manquer au service CASANOVA.

Je suis très heureuse de pouvoir te compter parmi mes futurs confrères Aixois, même si à ce qui paraît on est un peu pénibles je suis sûre que tu vas vite t'acclimater.

Avec toute mon amitié.

A nos Maîtres dans les hôpitaux

Au Docteur Caroline GAUDY

Au Docteur Sandrine MONESTIER

Au Docteur Sylvie HESSE

Au Docteur Stéphanie MALLET

Au Docteur Anne-Marie COLLET VILLETTE

Au Docteur Renaud LAURANS

Au Docteur Brigitte LAGRANGE

Au Docteur Michèle SANCHEZ

Au Docteur Nausicaa MALISSEN

Au Docteur Cécilia HUYNH

Au Docteur Safia ABED

Au Docteur Alexandra NUCCIO

Au Docteur Stéphane BRUNEAU

Au Docteur Liliane LIMET

Au Docteur Khaled BENNOURINE

Au Docteur Didier SAMSON

Au Docteur Gwenaëlle GRAVIS

Au Docteur Nicolas MACAGNO

Au Docteur Jean-Pascal BUONO

Au Docteur Jean-Philippe DALES

A Marine ALESSANDRINI

Pour ton aide précieuse dans l'élaboration des statistiques.

A Christine et Sherazade

Sans vous le bloc de dermato ne serait pas le même.

C'est un régal de travailler avec vous, vous êtes toujours enthousiastes à toute nouvelle idée et votre organisation est inébranlable.

Vous êtes soucieuse des patients et de nous par vos petites attentions.

Merci pour toute votre contribution qui a permis la réalisation de ce travail, un énorme merci pour tout les filles

A mon père,

J'avais 17 ans je ne planifiais pas forcément pour plus tard, sans porter grande attention à cette prof d'anglais, j'organisais la prochaine soirée chez ma copine Lili, avec ce sentiment d'insouciance légèreté.

Puis tout à défilé,

J'ai préféré foncer sans me retourner ni m'arrêter, ignorant cette blessure et méprisant la douleur qu'elle me provoquait, pensant qu'au fil des années elle s'atténuerait

Mais parce que tu m'as transmis ta force et tes plus belles valeurs,

Parce que tu m'as couvert d'amour,

Parce que je ne pouvais rêver meilleur père,

Aujourd'hui je vais m'arrêter un instant pour repenser à tous ces moments magnifiques et te remercier de tout le bonheur que tu m'as apporté.

Demain ce train infernal de la vie va reprendre son cours et m'aider à surmonter ton absence

Je vais tenter d'être à la hauteur de tes espérances

Et un jour je me retournerai et mon amour pour toi aura traversé toutes ces années.

A ma mère,

Parce que malgré ces tumultes tu t'es accroché,

Parce que tu as déployé toutes tes ressources pour m'encourager durant toutes ces années,

Parce que dans tes yeux je pouvais lire que tu y croyais,

Parce que tu as toujours fait en sorte que la vie soit belle et que j'accède à mes rêves irréels,

Parce que ton amour est inconditionnel,

C'est grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui

Je te l'ai certainement pas dit assez merci.

A ma sœur,

Malgré l'océan qui nous sépare, le fuseau horaire sur lequel tu te trouves, c'est toujours sur toi que je m'appuie. Tu es ma meilleure complice, ma confidente, mon alliée.

On a traversé tant de choses pour en arriver là toutes les deux aujourd'hui j'ai un peu du mal à réaliser. Ça y est on va pouvoir encore plus profiter et je suis pressée de tout ce qui nous attend dans les prochaines années. Je ne te le dirai jamais assez jtm très très fort et à jamais.

A Jelissa, ma deuxième sœur

Ça y est je vais devenir médecin, Anna est à New York et toi tu viens de réussir ton concours, ce n'est pas vraiment ce qu'on avait prévu dans les scénarios de nos multiples courts métrages mais notre lien est resté comme on avait pu l'imaginer.

A ma mémère d'amour,
A ma mamie Josette,

J'espère maintenant que l'internat est fini pouvoir enfin profiter plus de vous, vous me manquez.

A mes deux grands-pères,

Que j'embrasse fort et pour lesquels j'ai une belle pensée

A mes oncles et tantes, cousins et cousines

On se voit vraiment pas assez mais il n'empêche que je vous aime très fort

A Didier, Doris, Roro et Soso

Pour m'avoir accueilli si naturellement dans votre famille.

A pépé Dédé, la petite moumoute et Chonchon

A Marie-Noëlle et Frédéric pour votre présence depuis tant d'années

A Fanny, pour la confiance que tu m'accordes

A ma Coco d'amour,

10 ans que l'on se connaît, et on a en a vécu des fous rires, du bonheur, des voyages, parfois quelques frayeurs et quelques peines. Tu es mon pilier, ma meilleure amie, ma sœur. Même si à l'heure où je t'écris tu es partie explorée l'autre bout de la planète tu es au plus près de moi en ce jour particulier
Pressée de te voir à Sydney <3

A Manon,

Ma chérie, mon doublon, mon ange gardien, tu as été ma plus belle rencontre de l'internat. Je ne peux pas résumer en quelques lignes tout ce que tu m'as apporté. Tu es souvent exigeante et critique envers toi-même et tu ne te rends pas vraiment compte à quel point tu es une belle personne. Tu changes le monde ma ptite Manon, en tout cas tu as changé mon monde. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie Lilloise et je sais qu'on n'a pas fini de réaliser tous nos projets.

A mon lapinou,

Mon frerot, on n'a pas besoin de beaucoup de mots ni de temps pour se comprendre. Malgré la distance depuis quelques années on en est pas rester moins lié. Cet été ton retour a été une véritable vague de bonheur. Je suis pressée que tu reviennes définitivement dans le sud et qu'on puisse créer notre cabinet tel qu'on l'a rêvé.
Je t'adore mon lapinou.

A mes couz Stach et Keuti

Même si bien souvent vous faillissez dans les épreuves des couz et que bientôt on se fera tous appeler cousines par votre faute si vous ne vous ressaisissez pas un peu, vous êtes mes couz, et je ne vous remplacerai pour personne.

A mes anticouz Hugo et Dudu,

Malgré votre anticouzinnade, vos moustaches délirantes, vos essais coiffure souvent ratées je vous adore et vous me régalez. Merci pour votre présence fondamentale toutes ces années.

A Rémi,

On s'est suivi depuis la P1 et on est maintenant sur le point de terminer notre internat ensemble ça y ai la boucle est bouclée. C'était juste parfait de t'avoir comme binôme toutes ces années.

A ma Cléclé d'amour et Oliv

Je vous souhaite tout le bonheur du monde avec votre futur bébé. Je vous adore les cocos.

A mes amis : mon JP, Soso, Ju paillot, Emilie, Natouf, Romane, Toto, Yass, Hicham, julie, fred, h loise, JC, Tom, Dadou, vous êtes ma seconde famille.

Aux velauxiens : papi, alex, toinou, Guez, flo, tof et mag

A Jubox

 a avait mal débuté entre nous comme quoi parfois même moi je me trompe lol, tu es devenue une véritable amie. Merci encore pour ton aide précieuse de dernière minute

A Camille, Chloé, Justine et Caro

Depuis nos débuts à Montfavet on s' st suivi souvent de près parfois de loin, vous êtes mes piliers et ça valait vraiment le cou de passer un an en psy pour vous rencontrer, je vous aime les copines

A Alice, Sonia et Clémence

Pour ce semestre à Avignon qui restera gravé. Press e de vous revoir un peu les filles.

A ma Lili et Lena, mes amies depuis le lycée

A ma Ninou,

Plus de 20ans qu'on se connait et je compte bien te garder pour moi encore quelques dizaines d'années

A tous les amis de Vince qui sont devenus de véritables amis également et qui m'ont permis de bien décompresser :

Papaz merci pour ta présence et de nous faire encore une fois vibrer au son de ta musique envoiante, Cissou pour être mon seul vrai adversaire à la pétanque, Mano et L a avec toute mon affinité, Laurent pour nous faire vivre un roman vivant que va-t-il encore t'arriver ce soir, à Benou le frate, Yannou et Fifou malgré vos quelques difficultés à la contr e,   Roro et son bolide,   François et Sarah pour votre sympathie, Medh ouch pour me permettre de gagner tous mes têtes à tête à la pétanque, et William pour ta gentillesse

A mes CCA et Assistantes de dermato,

A mes CCA adorées, Emilie et Yasmine pour votre bonne humeur à tout épreuve et vos chorégraphies déchainées.

A quand la prochaine soirée ?

Astrid, tu as mis la barre très haute et ça va être très difficile de prendre ta suite. Je te souhaite énormément de bonheur pour la suite et espère te revoir dès ton retour d'Amérique Latine.

Steph, merci pour ton écoute et ta douceur, tu m'as énormément apporté. Je te souhaite beaucoup de réussite et de bonheur dans ta nouvelle vie, tu vas nous manquer.

Jess, merci pour ton dynamisme, de ta bonne humeur, tu es une CCA en or et un modèle pour moi. Je suis ravie d'être ta co-assistante l'an prochain. Merci pour ton aide si précieuse.

Manu, tu as été une super co-interne et maintenant une formidable CCA. Merci pour tout ce que tu m'as apportée je suis ravie de faire équipe avec toi l'an prochain.

Caro, merci pour avoir été une super CCA lors de mes débuts en dermato

A mes Co-internes,

A Laurène, mon binôme, ma Yvette, ça a été tellement un bonheur d'être ta cointerne que je serai presque prête à rempiler pour un semestre

Tu es devenue très rapidement une amie

A mes cointernes de dermato ce semestre :Ma ptite Margaux, Youri, Sarah, Amélie, Gauthier, Wilfried merci pour votre bonne humeur et de m'avoir permis de préparer ma thèse dans de très bonnes conditions. Je vous souhaite à tous plein de bonheur dans les différentes directions que vous avez choisi.

A mes anciens cointernes : Claire, Audrey, Quentin, Laura, Gladys, Hélène, Léa, Gabriel pour ces très bons souvenirs partagés

Aux autres internes de dermato avec qui je n'ai pas encore eu la chance de bosser : Alexis, Maxime G, Paola, Mika, Marie, Maxime A, Jiliana, Madeleine, Antoine

A mes cointernes de plastie,

Merci de m'avoir fait une place si facilement et naturellement dans votre équipe

Maxime tu as été LE Co-interne idéal, t'es devenu un super ami Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta petite Paloma, reste comme tu es surtout et prépare-toi pour la méga association dans 5 ans

Juju pour m'avoir supporté pendant 6 mois. Merci d'avoir été un co-interne si parfait

Coco betteix même si tu m'as appelé MEUF pendant 6 mois et que tu m'as proposé un bodylift au bout de 2 jours lol je t'adore

Floflo merci de tout ce que tu m'as appris je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta nouvelle vie à 3 plus que qqs mois et tu pourras à nouveau surfer sur la vague

Julia, je te souhaite beaucoup de belles choses pour la suite

Emeric, mon viking préféré

Abdi pour ta simplicité et ta gentillesse.

A la team avignonnaise

Aux équipes des services hospitaliers,

A mes 2 IBODE préférées Karine et MPI alias Jean-Pierre, je vous adore les filles merci pour ces 6 mois inoubliables.

A Antoinette, Martine, Isa, Coco, Eric, Samira, Jackie pour votre accueil et votre gentillesse.

A mes secrétaires préférées : Bernadette, Hélène, Anne So, Annie Claude et Nath.

A Angèle, Lisa et Christiane mes alliées de la consultation.

A toute l'équipe du service de Dermatologie Nord.

A toute l'équipe du service de plastie des consultations vous avez été adorables.

A Christine, Pascale, Sandra, et Christine bis du secrétariat de plastie.

A toute l'équipe du service du 6^{ème} nord de plastie.

A JP, Christine, et Patrick.

A Vincent,

Depuis notre rencontre en P1 où par ton intuition tu m'as dit d'apprendre LE texte de sciences humaines qui est sorti le jour J à aujourd'hui où tu me ramènes sur terre quand absorbé par ma biblio je m'oublie, c'est grâce à toi que j'ai pu arriver jusqu'ici.

Tu m'as toujours encouragé et prouvé ta fierté. Tu es ma meilleure arme, mon plus bel atout.

Pendant ces longues nuits passées à travailler à la maison de retraite, à réviser le concours c'est en pensant à notre bel avenir et tous nos projets que j'ai eu la force d'y parvenir.

On a évolué et muri ensemble et même si tu m'as souvent donné du fil à retordre je ne connais personne qui ai un cœur aussi immense que le tien.

J'ai hâte de réaliser tous nos projets comme on a pu se l'imaginer pour les 50 prochaines années.

Avec tout mon amour, merci d'être ce que tu es.

Table des matières

Résumé	1
Summary	2
1 Introduction	3
2 Matériels et méthodes	5
1 Design de l'étude	5
2 Recueil de données	5
3 Environnement de l'acte opératoire	6
4 Analyse statistique	6
3 Résultats	7
1 Analyse descriptive de la population	7
2 Nombre d'actes.....	8
3 Délai de prise en charge	9
4 Topographie des lésions	10
5 Taille de la pièce opératoire	12
6 Type de fermeture	12
7 Biopsie préalable	13
8 Catégories cliniques des lésions	13
9 Types anatomopathologiques des lésions	14
9 Concordance diagnostique	16
10 Marges histologiques.....	17
11 Orientation des pièces	20
12 Complications	20
4 Discussion	25
5 Conclusion	29
Références bibliographiques	31
Annexes	33

Résumé

Introduction : Du fait de l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés, l'activité chirurgicale des dermatologues a augmenté de manière significative ces dernières années.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser de manière prospective sur 5 mois l'activité du département de Dermatologie chirurgicale du Centre Hospitalier et Universitaire Nord de Marseille. L'objectif secondaire était d'étudier l'incidence d'éventuelles complications post opératoires afin d'évaluer la sûreté des gestes d'exérèse en milieu dermatologique ambulatoire et d'identifier d'éventuels facteurs de complications.

Matériels et Méthodes : Tous les patients pour lesquels un acte d'exérèse était effectué entre le 1/01/2017 et le 31/05/2017 étaient inclus. Un questionnaire recueillant leurs principales données démographiques et informations médicales était systématiquement rempli avant l'intervention ainsi qu'une fiche de suivi de complication post opératoire. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel PASW statistics version 17.0.2 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Résultats : 868 actes d'exérèse ont été réalisés sur la période d'étude chez 636 patients. Le sex-ratio était proche de 1 et l'âge moyen était de 56,9 ans (écart-type 18,7). Le nombre de comorbidités moyen par patient était de 1,92 avec un écart-type de 1,75. Le délai de prise en charge était relativement long avec un délai moyen de 32,6 jours (écart-type 28,7). La majorité de notre activité (61,8%) concernait des lésions suspectes de malignité au diagnostic. Les lésions n'étaient documentées histologiquement avant exérèse que dans 10,2% des cas. La prédictibilité diagnostique était très satisfaisante avec une concordance entre le diagnostic évoqué et le résultat anatomopathologique dans 82,2% des cas. Le taux d'exérèse en marges saines était également excellent avec un taux moyen de 95,3% et les marges d'exérèse étaient adaptées au sous-type anatomopathologique dans 87,8% des cas. Le taux de complication globale était faible d'environ 2,3%.

Conclusion : Cette étude confirme l'activité importante du département de Dermatologie Chirurgicale au sein d'un service de CHU Français en 2017. De par sa bonne reconnaissance des lésions cutanées et de leurs limites le dermatologue offre une prise en charge optimale avec une faible morbidité aux patients nécessitant une chirurgie cutanée. Le versant chirurgical de la dermatologie mérite d'être encore développé et organisé dans les années à venir.

Mots-clés : dermatologie ; chirurgie ; complication

Summary

Introduction: Due to the rise in number of skin cancers, the surgical activity of dermatologists increased significantly in the last few years.

The main goal of this study was to analyze in a forecasting manner over 5 months the activity of the surgical Dermatology department of the University Hospital “Centre Hospitalier et Universitaire Nord de Marseille”.

The secondary goal was to study the impact of potential post-operative complications in order to evaluate the safety of exeresis procedures in a dermatologic ambulatory setting and to identify potential complicating factors.

Material and methods: Every patient on whom an exeresis procedure was performed between January 1st, 2017 and May 31st, 2017 were included. A questionnaire gathering their main demographic data and medical information was systematically filled out before the intervention, as well as a post-operative follow-up form. The statistical analysis was accomplished using the software PASW statistics edition 17.0.2 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Results: 868 exeresis procedures were performed during the study period on 636 patients. The sex-ratio was close to 1 and the average age was 56.9 (standard deviation 18.7). The average number of comorbidities per patient was 1.92 with a standard deviation of 1.75. The time before receiving treatment was relatively long with an average wait of 32.6 days (standard deviation 28.7). The majority of our activity (61.8%) was regarding lesions suspicious of malignancy at the diagnosis. The lesions were histologically documented before exeresis only in 10.2% of cases.

The diagnosis predictability was very satisfying with a consistency between the diagnosis invoked and the anatomopathologic result in 82.2% of cases. The exeresis rate in sound margins was also excellent with an average rate of 95.3% and the exeresis margins were adapted to the anatomopathologic subtype in 87.8% of the cases. The global complication rate was low of about 2.3%.

Conclusion: This study confirms the important activity of the Surgical Dermatology department within a service of a French University Hospital in 2017. Due to their good recognition of skin lesions and of their limits, dermatologists offer an optimal care with low morbidity to patients requiring skin surgery. The surgical aspect of dermatology deserves to be further developed and organized in the years to com.

Keywords : dermatology ; surgery ; complication

1 Introduction

L'activité chirurgicale des dermatologues a beaucoup évolué au cours des dernières années.

En effet, du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés, la demande en chirurgie cutanée ne cesse d'augmenter.

Les différents registres européens sont unanimes : l'incidence des carcinomes cutanés est en augmentation constante ces dernières années et les données prédictives laissent présager la poursuite de cette augmentation pour les années à venir.

Ainsi, en Ecosse un registre effectué sur 12 ans révélait une augmentation annuelle des carcinomes de 1,4 à 3,5%(1), le registre danois démontrait lors d'une étude sur 30 ans une augmentation du taux d'incidence de 3,1 et 4,6% par an pour les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes respectivement(2), enfin une étude allemande basée sur les données de 11 registres de cancers sur 13 ans rapportait une augmentation annuelle de 3,3 et 11,6% des carcinomes basocellulaires et épidermoïdes(3). Une étude récente Allemande (4) prévoit également un doublement du taux d'incidence des carcinomes cutanés d'ici 2030.

Pour les mélanomes, l'incidence augmente également d'environ 3 à 7% chaque année et double tous les 10 ans environ avec principalement une augmentation de l'incidence des mélanomes de faible épaisseur.

On peut expliquer cette évolution du fait de l'amélioration de la prévention secondaire avec l'augmentation des campagnes de dépistage et des méthodes diagnostiques permettant une détection plus précoce. L'augmentation de la mortalité et de l'incidence des mélanomes de Breslow plus épais est en revanche moins franche(5). Malgré tout, cette augmentation crée également un surcroît de demande en chirurgie cutanée.

Le traitement chirurgical demeure le plus souvent le traitement de référence et de première intention des cancers cutanés. En effet il offre une prise en charge curative et permet une documentation histologique des lésions.

Le dermatologue occupe une place centrale dans le traitement des tumeurs cutanées. Il est en première ligne du diagnostic de ces tumeurs et est donc amené à les prendre en charge le plus souvent chirurgicalement une fois le diagnostic évoqué.

Les chirurgiens plasticiens et maxillo-faciaux sont également de plus en plus sollicités par la demande en chirurgie cutanée mais également par les autres champs de leur discipline.

Devant cette demande croissante et exponentielle il leur est donc difficile de répondre de manière exhaustive au besoin actuel en chirurgie cutanée. Il semble nécessaire de préserver leur

temps d'expertise pour des cas spécifiques nécessitant des exérèses dans des localisations difficiles ou des reconstructions plus complexes.

L'incidence constamment croissante des cancers cutanés et le nombre décroissant de praticiens qualifiés pour les traiter font de la prise en charge chirurgicale de ces tumeurs un enjeu de santé publique majeur.

La chirurgie cutanée se situe au croisement de plusieurs spécialités. Le rôle du dermatologue n'est pas clairement établi et les pratiques sont disparates. Les actes chirurgicaux réalisés par les dermatologues sont extrêmement variables allant de l'exérèse simple à la réalisation de gestes de reconstruction plus complexes. Cette variabilité dépend de l'expérience et de la formation du praticien, des habitudes des services ainsi que de la proximité des services de chirurgies. Aucune formation en chirurgie cutanée n'est obligatoire pendant le cursus d'un dermatologue. Devant l'augmentation de l'intérêt et du besoin en chirurgie cutanée, le groupe chirurgical de la Société Française de Dermatologie organise depuis plusieurs années différents événements (séminaires obligatoires pour les internes, DIU, journées annuelles du groupe) permettant une formation à la dermatologie instrumentale pour les dermatologues intéressés. Par ailleurs, les autorités ne se positionnent que peu sur la législation des pratiques en dermatologie chirurgicale ne délimitant pas clairement les frontières des actes réalisables par les dermatologues de ceux devant être pratiqués par un chirurgien. Ce manque de réglementation ne définissant pas clairement les limites chirurgicales du dermatologue ne permet pas une pratique sereine de la chirurgie dermatologique et peut freiner certains praticiens ou au contraire les amener à pratiquer des actes trop complexes.

De plus, le versant chirurgical de la dermatologie est encore mal connu des autres spécialités. Le dermatologue est pourtant d'une aide cruciale du fait de l'excellente reconnaissance des lésions cutanées ainsi que de la bonne lecture de leurs limites permettant une résection carcinologique le plus souvent en un temps et de manière ambulatoire. Cette démarche n'est légitime qu'à la condition que le praticien connaisse ses propres limites et oriente le patient en chirurgie dans les cas les plus compliqués.

Il existe peu d'études rapportant l'activité en dermatologie chirurgicale dans la littérature.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser de manière prospective l'activité de notre département de dermatologie chirurgicale sur 5 mois afin d'évaluer son importance ainsi que la qualité des actes d'exérèses réalisés, de valoriser notre pratique auprès des autorités et de la faire connaître des autres spécialités.

L'objectif secondaire était d'étudier l'incidence d'éventuelles complications post opératoires afin d'évaluer la sûreté des gestes d'exérèses de chirurgie cutanée réalisés au sein d'une unité de dermatologie chirurgicale et d'identifier d'éventuels facteurs de complications.

2 Matériels et méthodes

1 Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective monocentrique observationnelle réalisée sur 5 mois portant sur tous les patients ayant bénéficié d'un acte d'exérèse chirurgicale du 1/01/2017 au 31/05/2017 au sein du département de chirurgie cutanée du service de Dermatologie et Vénérologie du Centre Hospitalier Nord de Marseille.

Les actes réalisés hors du département de dermatologie chirurgicale du service n'étaient pas analysés.

Les actes d'exérèses réalisés par les chirurgiens au sein de notre unité durant la période d'inclusion étaient étudiés.

Les actes de biopsies n'étaient pas inclus.

2 Recueil de données

Un questionnaire était rempli à la consultation pré opératoire afin de recueillir les comorbidités des patients, les différents traitements en cours, les éventuelles allergies et les principales caractéristiques démographiques des patients (annexe 1).

Seules les comorbidités significatives et pertinentes pour l'environnement de l'acte opératoire étaient notifiées

Cette fiche était remplie pour tout acte chirurgical réalisé au sein du bloc de dermatologie.

Un compte rendu opératoire résumant les caractéristiques de la lésion, le type d'anesthésie réalisée, le type de reconstruction était également rempli après chaque acte le jour de l'intervention.

Les éventuelles complications peropératoires étaient relevées par les opérateurs par le biais d'une fiche de complications peropératoires dédiée le cas échéant (annexe 2).

Tous les patients étaient revus en consultation post opératoire 4 à 6 semaines après l'intervention.

A cette occasion les résultats anatomopathologiques étaient rendus au patient et une nouvelle fiche résumant toutes les éventuelles complications (anesthésiques, hémorragiques, infectieuses ou encore cicatricielles) était alors systématiquement remplies par le médecin en charge du patient (annexe 3).

Les résultats anatomopathologiques recueillis étaient issus des 2 services d'anatomopathologie des Centres Hospitaliers Universitaires Nord et Timone de Marseille.

Les patients pour lesquels la fiche d'information préopératoire était manquante étaient inclus afin d'avoir une analyse exhaustive sur l'ensemble des actes d'exérèses.

3 Environnement de l'acte opératoire

Tous les actes opératoires étaient effectués dans un environnement aseptique selon les recommandations et mesures du CLIN de notre établissement.

Une douche avec antiseptique était effectuée la veille au soir et le matin avant l'intervention par le patient.

Tous les actes ont été effectués sous Anesthésie locale simple sans sédation.

Aucune prémédication n'était prescrite au patient.

Les patients sous traitements anticoagulants et traitements antiagrégants plaquettaires poursuivaient leur traitement. Un bilan sanguin avec mesure du TP et de l'INR était demandé pour les patients sous anticoagulants. L'acte n'était pas effectué en cas d'INR supérieur à 3 pour les patients sous anti-vitamine K.

Une prophylaxie antibiotique était administrée uniquement chez les patients à risque élevé d'endocardite infectieuse. (Patient porteur de valve prothétique ou Antécédent endocardite infectieuse ou cardiopathie congénitales cyanogènes)

Aucune antibiothérapie systématique post opératoire n'était prescrite.

4 Analyse statistique

Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée : les paramètres quantitatifs ont été présentés sous la forme de moyennes et écarts-types, ou médianes avec intervalles interquartile ou accompagnées des valeurs extrêmes minimales et maximales, les paramètres qualitatifs en termes d'effectifs et proportions.

L'activité du service a été décrite en fonction du nombre d'actes effectués sur la période du 01/01/2017 au 31/05/2017.

Des analyses comparatives ont été réalisées à l'aide des tests de khi2 ou exact de Fisher pour les paramètres qualitatifs et avec un test d'analyse de variance ANOVA accompagné de test post hoc (test de Tukey) pour les paramètres quantitatifs.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel PASW statistics version 17.0.2 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Tous les tests étaient bilatéraux et le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

3 Résultats

1 Analyse descriptive de la population

Au total 636 patients ont été inclus, 342 hommes (53,8%) et 294 femmes (46,2%) soit un sexe ratio proche de 1.

L'âge moyen était de 56,9 ans avec un écart type de 18,7 (15 ans - 94 ans).

18,4% de la population étudiée était âgée de plus de 75 ans.

La majorité des patients pris en charge étaient autonomes. En effet, 92% des patients présentaient un statut OMS à 0, et seulement 8% des patients un statut OMS de 1 et plus. Seulement 1 patient était OMS 3 et 1 OMS 4. (annexe 4)

La grande majorité des patients (98,4%) vivaient à domicile contre 1,6% en institution.

94,9% des patients se déplaçaient sans aide, 2,4% à l'aide d'une canne ou d'un déambulateur, 2,2% à l'aide d'un fauteuil roulant et 0,5% étaient alités en permanence.

Les patients de notre étude étaient donc des patients dans l'ensemble avec un niveau d'autonomie élevé et pour la plupart ambulatoires.

Sur le plan des comorbidités cardiovasculaires 29,9% des patients étaient hypertendus.

14,7 % des patients présentaient au moins un antécédent cardio-vasculaire (cardiopathie ischémique, valvulaire ou rythmique, patients porteurs de pacemaker ou patients ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral).

2% des patients présentaient une valvulopathie cardiaque et 1,3% un pacemaker.

Concernant la prise de traitements anticoagulants ou antiagrégants : 4,9% des patients étaient sous traitement anticoagulant (1,8% sous anti-vitamine K, 0,5% sous héparine, et 2,5% sous nouveaux anticoagulants) et 13,8% des patients étaient sous traitements antiagrégants plaquettaires (dont 1,3% sous bi anti agrégation plaquettaire).

8,2% de la population étudiée était diabétique et 5,6% des patients immunodéprimés.

Seulement 1,8% des patients présentaient des troubles cognitifs.

On notait chez 23,7% des patients un antécédent de cancer cutané (13,8% carcinomes, 8,4% de mélanome, 0,2% de dermato fibrosarcome, 0,4% de tumeur de Merkel, 0,2% de carcinome annexiel, 0,2% de tumeur glomique et 0,7% de patients ayant à la fois un antécédent de carcinome et de mélanome).

Enfin 1,6% des patients présentaient une allergie au latex.

Le nombre de comorbidités moyen par patient était de 1,92 avec un écart type de 1,75.

Le nombre maximal de comorbidités par patient était de 8.

Tableau 1 : nombre de comorbidités par patients

	Effectifs	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0	130	24,5	24,5
1	129	24,3	48,9
2	100	18,9	67,7
3	82	15,5	83,2
4	40	7,5	90,8
5	26	4,9	95,7
6	10	1,9	97,5
7	11	2,1	99,6
8	2	0,4	100,0

Données manquantes : 106

2 Nombre d'actes

Le nombre d'actes d'exérèses effectués sur la période d'étude était de 868 et le nombre de biopsies était de 474.

Pour rappel, les données concernant les biopsies n'ont pas été traitées dans cette étude.

73,1% des patients ont subi un acte d'exérèse unique durant la période d'étude et 26,9% des patients ont bénéficié de plusieurs actes d'exérèses comprenant soit des actes multiples effectués le même jour ou des actes effectués lors de différents passages au sein du service.

Le nombre maximum d'actes d'exérèses effectués par patient sur la période était de 6 actes.

9,9% des patients ont été admis à plusieurs reprises au bloc de dermatologie pendant la période d'étude.

52,8% des patients avaient déjà bénéficié d'un acte de chirurgie cutanée au cours de leurs vies.

Dans 84,4% des cas le geste était réalisé par un dermatologue et dans 15,6% des cas par un chirurgien intervenant dans notre service.

Tableau 2 : Total des actes d'exérèses sur la période par patients

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	465	73,1	73,1
2	133	20,9	94
3	24	3,8	97,8
4	8	1,3	99,1
5	5	0,8	99,8
6	1	0,2	100

Tableau 3 : Nombre d'admissions par patients au cours de l'étude

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	573	90,1	90,1
2	58	9,1	99,2
3	4	0,6	99,8
4	1	0,2	100

3 Délai de prise en charge

Le délai moyen de prise en charge entre la consultation préopératoire et le geste opératoire était de 32,6 jours avec un écart type de 28,7.

Le délai maximum de prise en charge était de 329 jours pour une lésion non suspecte et de 214 jours pour une lésion suspecte.

Nous avons classé les lésions en 4 catégories : lésion pigmentée suspecte (catégorie 1), lésion pigmentée non suspecte (catégorie 2), lésion non pigmentée suspecte (catégorie 3) et lésion non pigmentée non suspecte (catégorie 4) en fonction de la suspicion diagnostic.

Le délai moyen en fonction des catégories était alors de :

- 24,9 jours avec un écart type de 22,3 pour les lésions pigmentées suspectes,
- 39,8 jours avec un écart type de 39,5 pour les lésions pigmentées non suspectes,
- 32,4 jours avec écart type de 22,9 pour les lésions non pigmentées suspectes,
- Et 36,3 jours avec un écart type de 31,4 pour les lésions non pigmentées non suspectes

Le délai de prise en charge était significativement différent avec $p < 0,05$ entre la catégorie lésions pigmentées suspectes et chacune des 3 autres catégories de lésions.

Entre la catégorie 1 et 2 la différence moyenne était de -14,94, $p = 0,00$.

Entre la catégorie 1 et 3 la différence moyenne était de -7,51, $p = 0,037$.

Et entre la catégorie 1 et 4 la différence moyenne était de -11,49, $p = 0,001$.

Le nombre de données manquantes concernant le délai de prise en charge était de 171.

4 Topographie des lésions

Les topographies des lésions pris en charge étaient réparties de la façon suivante : cf. Figure 1.

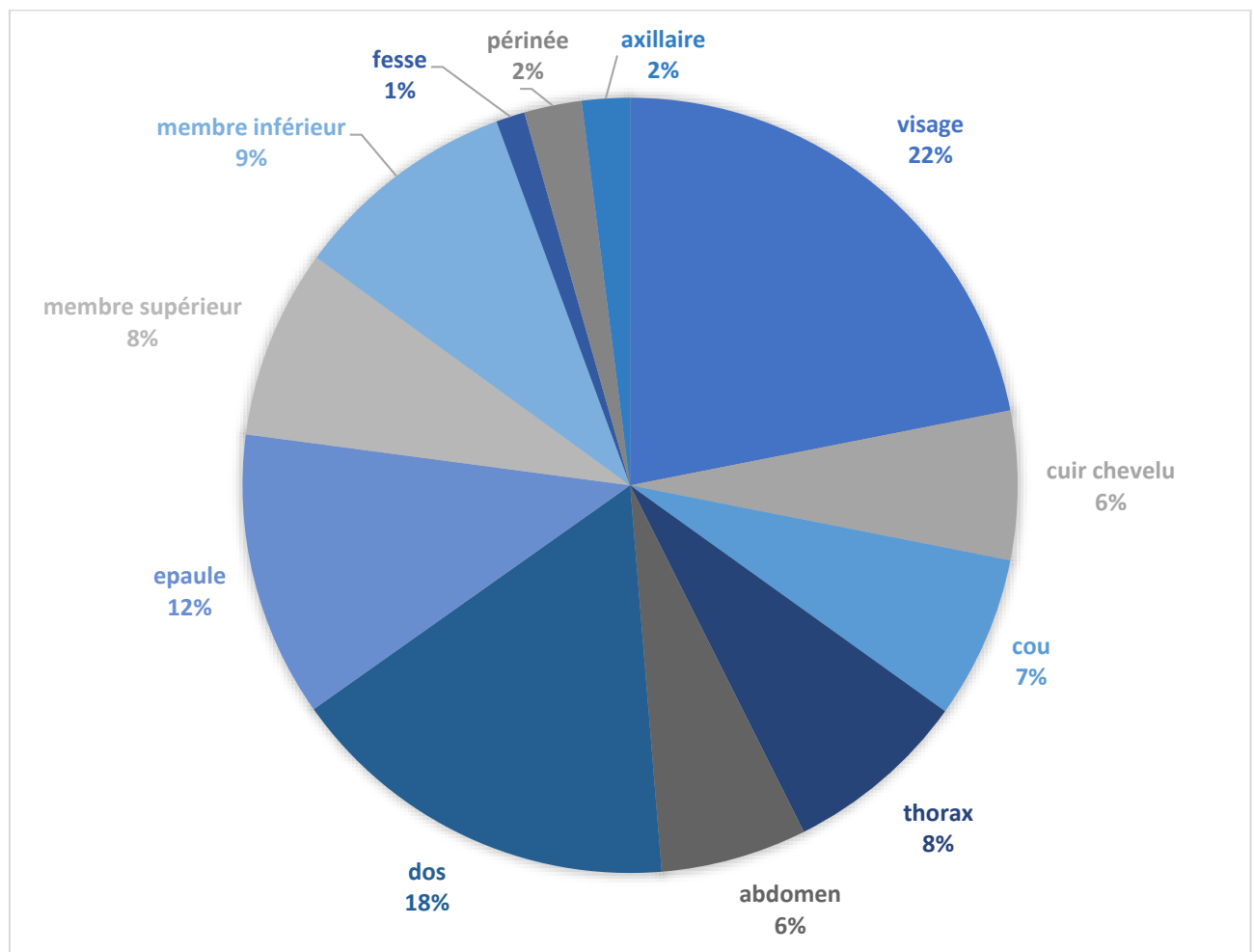


Figure 1 Répartition topographique des lésions

Les lésions du visage concernaient 21,9% des actes d'exérèses et étaient réparties de la manière suivante : 21,7% de lésions en région frontale, 18,5% en région temporale, 16,4% en région auriculaire, 14,8% au niveau nasal et 14,3% au niveau jugal (cf. figure 2).

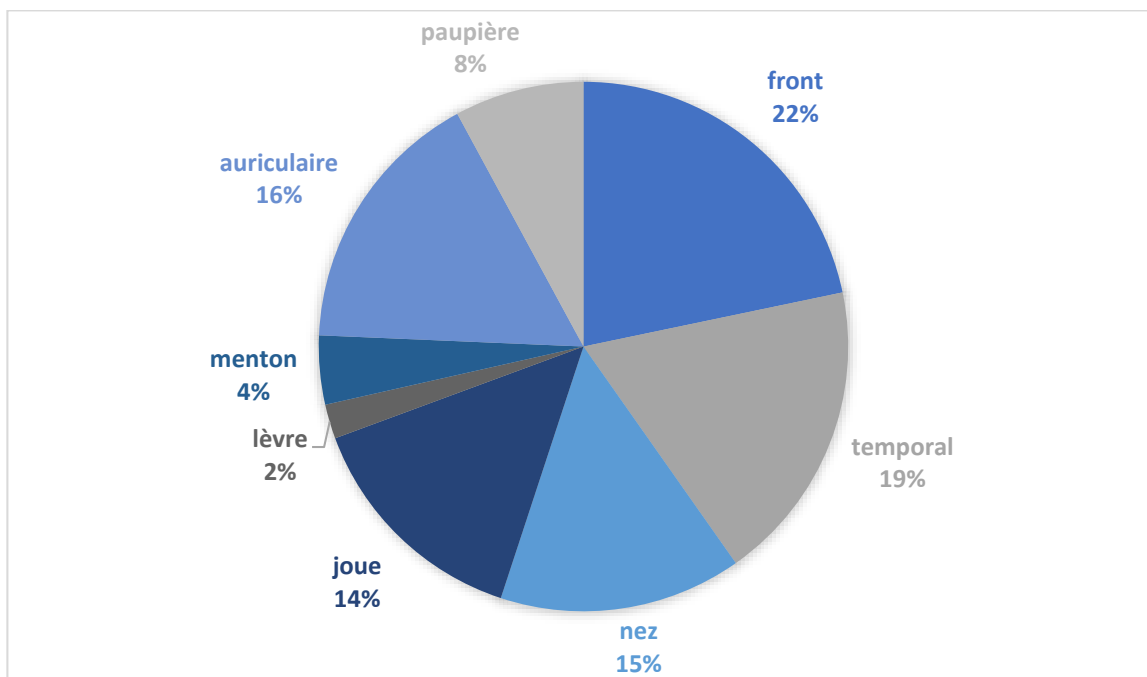


Figure 2 : Répartition topographique des lésions du visage

Les lésions malignes localisées au niveau du visage concernaient pour la grande majorité des carcinomes basocellulaires dans près de 2/3 des cas suivis des carcinomes épidermoïdes.

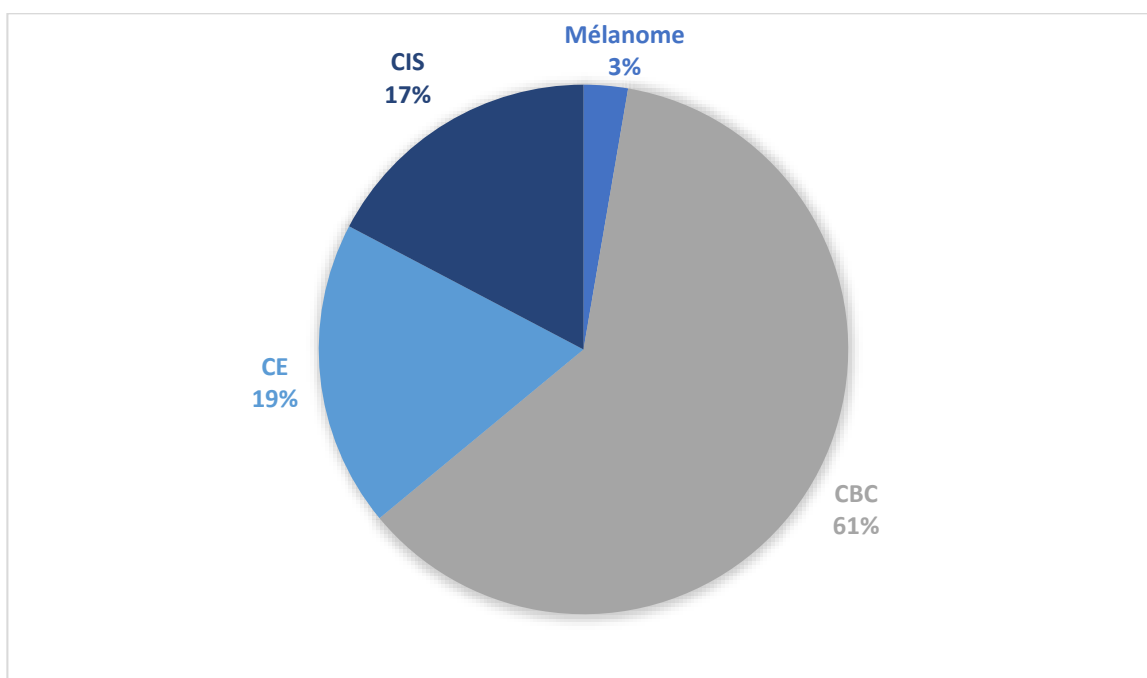


Figure 3 : Répartition des sous types anatomopathologiques des tumeurs malignes du visage

5 Taille de la pièce opératoire

La taille des pièces opératoires étaient calculées en fonction du compte rendu anatomopathologique.

Dans 67,3% des cas la taille de la pièce était inférieure à 2 cm², dans 23,4% des cas elle était comprise entre 2,01 et 5 cm², dans 7,5% des cas elle était comprise entre 5,01 et 10 cm² et elle était supérieure à 10 cm² dans 1,8% des cas.

Notre activité concernait donc principalement des pièces opératoires de petite taille.

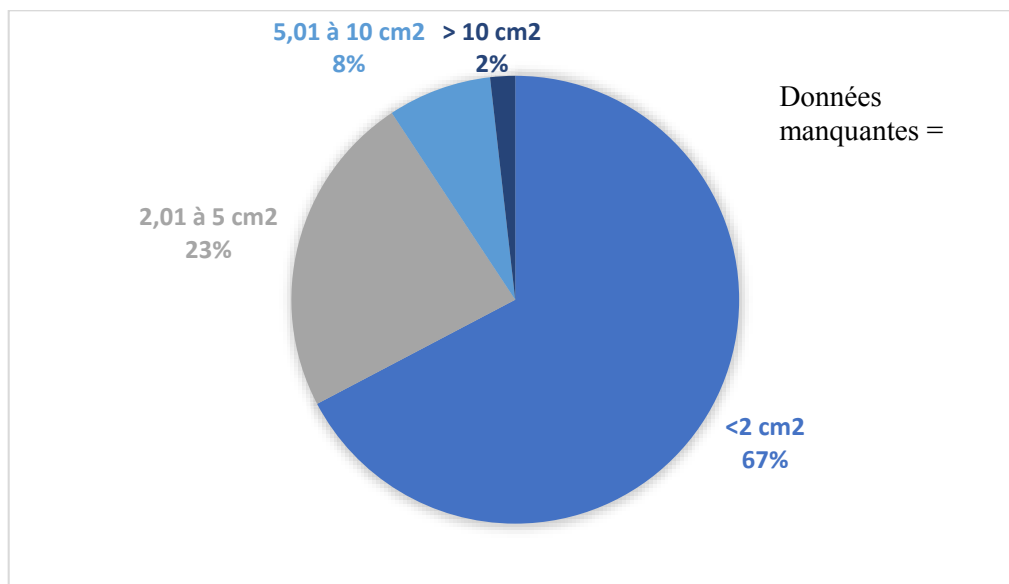


Figure 4 : Taille des pièces opératoires

6 Type de fermeture

Dans 95,7% des cas la perte de substance était fermée par suture directe, dans 0,7% par lambeau local et dans 3,6% des cas la perte de substance était laissée en cicatrisation dirigée.

Au cours de la période d'étude aucune greffe de peau n'a été réalisée.

Les fils utilisés pour la fermeture étaient principalement du flexocrin (41,6%) et du monocryl (32,7%). Une fermeture en 2 plans utilisant un fil résorbable pour le plan sous cutané et un fil non résorbable pour le plan superficiel concernait 18,6% des procédures.

7 Biopsie préalable

Dans 89,8 % des cas il s'agissait d'une exérèse initiale sans biopsie préalable.

Dans 10,2% des cas la lésion avait été documentée histologiquement au préalable.

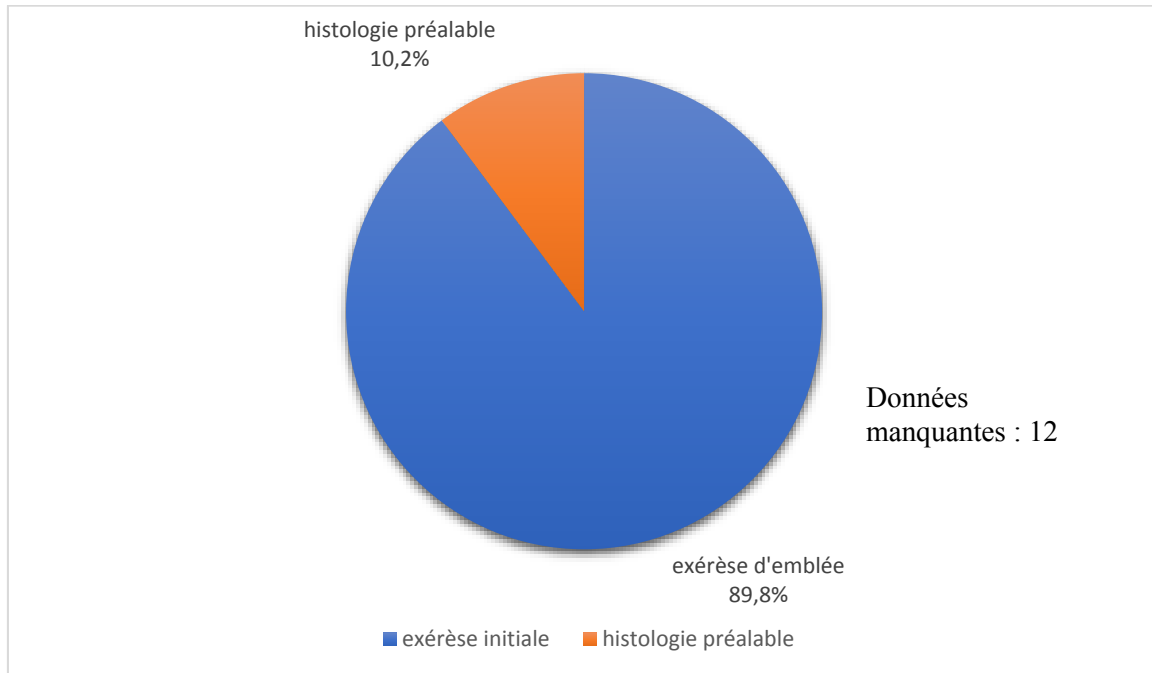


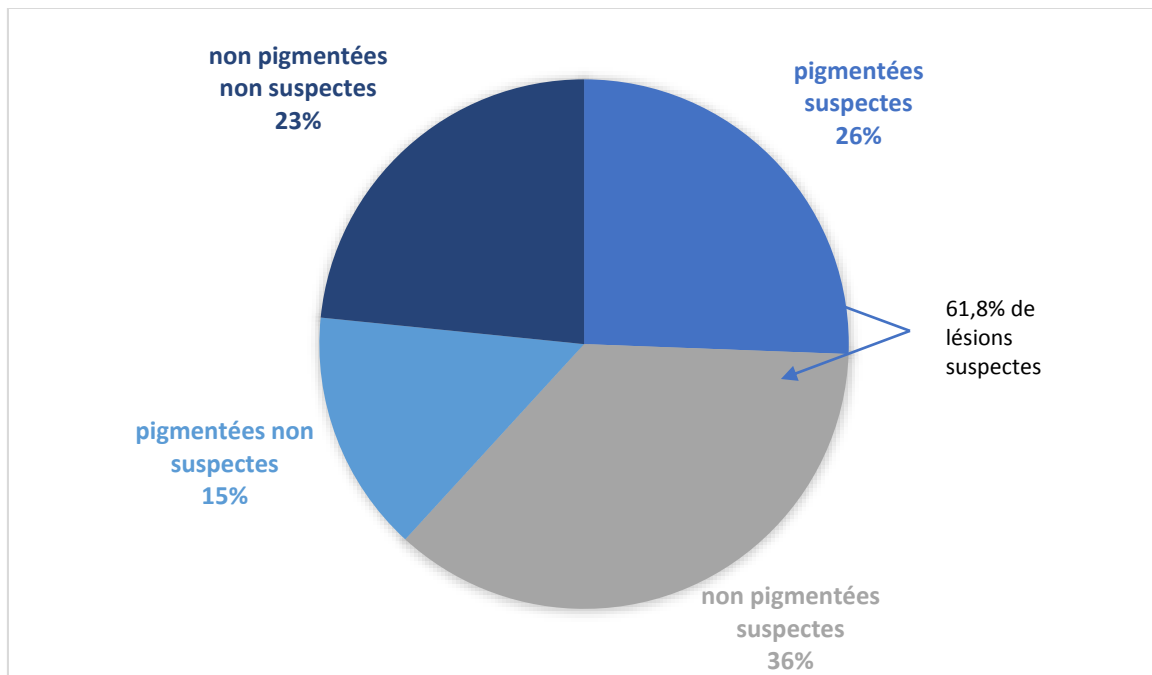
Figure 5 : Documentation histologique préalable des lésions

8 Catégories cliniques des lésions

Sur les 868 actes d'exérèses la suspicion diagnostique ou la prise en charge d'une lésion déjà documentée histologiquement portait sur :

- une lésion pigmentée suspecte dans 25,6% des cas,
- une lésion pigmentée non suspecte dans 14,8% des cas,
- une lésion non pigmentée suspecte dans 36,2% des cas
- une lésion non pigmentée non suspecte dans 23,4% des cas.

Dans 61,8% des cas l'exérèse portait donc sur une lésion suspecte de malignité.



Données manquantes = 3

Figure 6 : Catégories des lésions selon la suspicion clinique

9 Types anatomopathologiques des lésions

La répartition des sous types anatomopathologiques après examen histologique était la suivante :

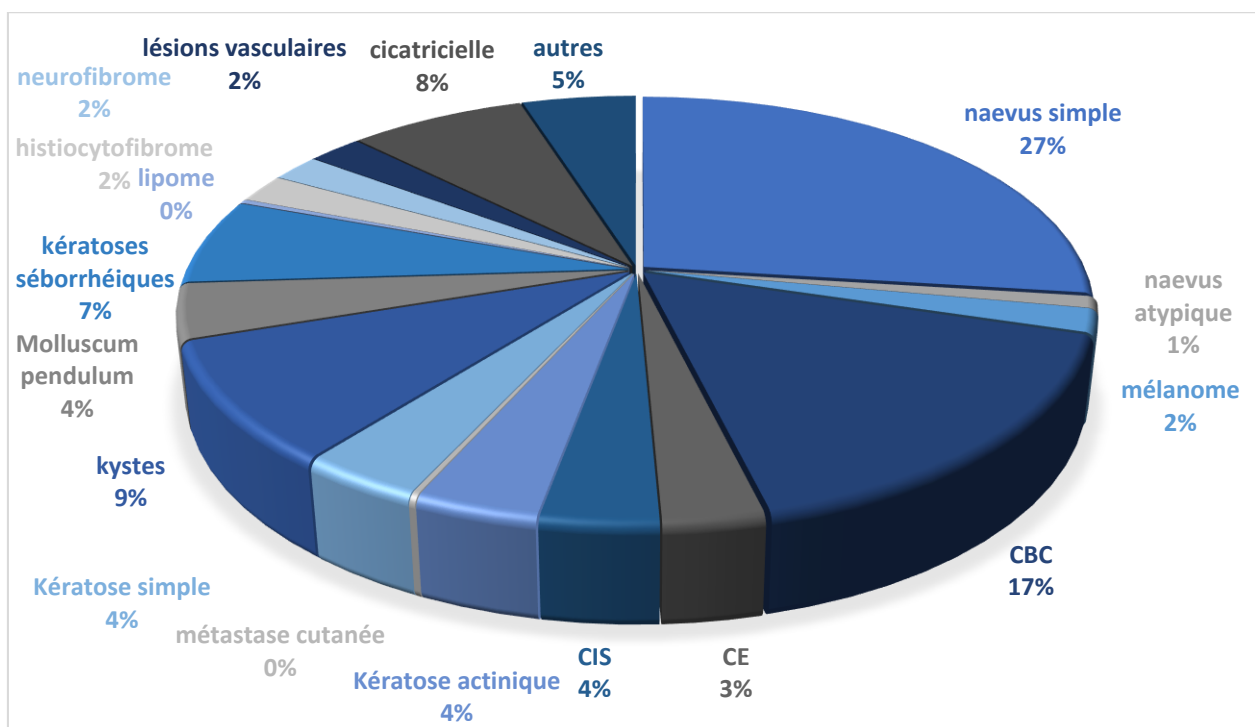


Figure 7 : Répartition des sous types anatomopathologiques

Les actes d'exérèses réalisés pendant l'étude ont ainsi porté dans près d'un tiers des cas (29,9%) sur des lésions malignes ou dysplasiques (kératoses actiniques, nævus atypiques) et dans 29,8% des cas sur des lésions mélanocytaires (bénignes ou malignes).

Dans 6,1% des cas ils concernaient une reprise d'exérèse d'une tumeur maligne.

On observait une prédominance des mélanomes au niveau dorsal, et des carcinomes basocellulaires et épidermoïdes au niveau du visage.

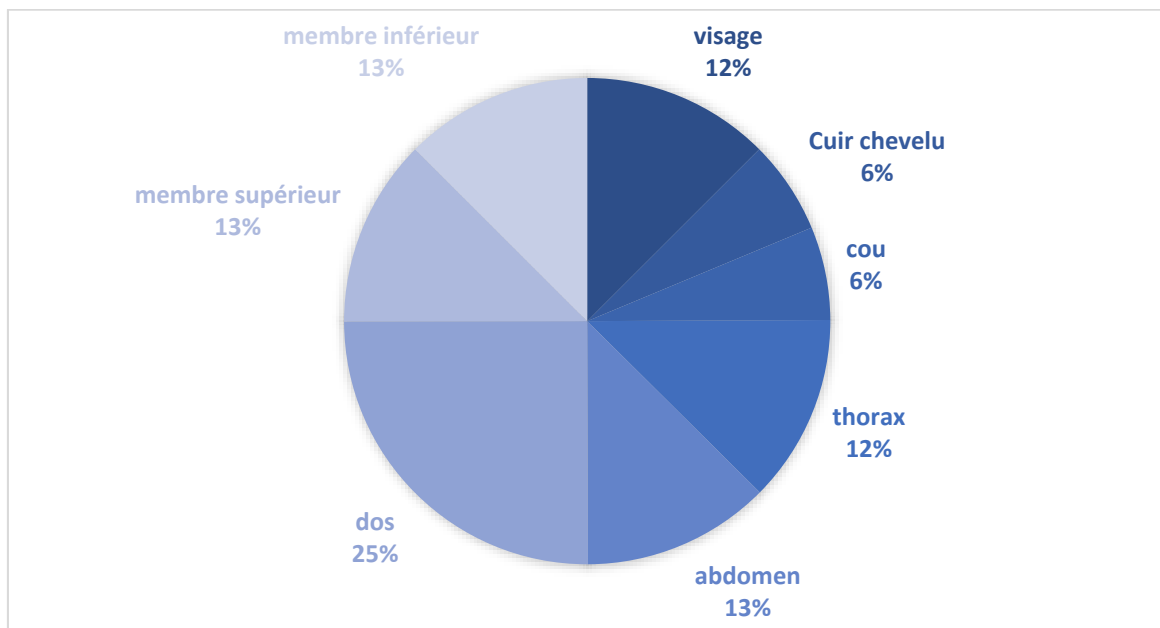


Figure 8 : Répartition topographique des mélanomes

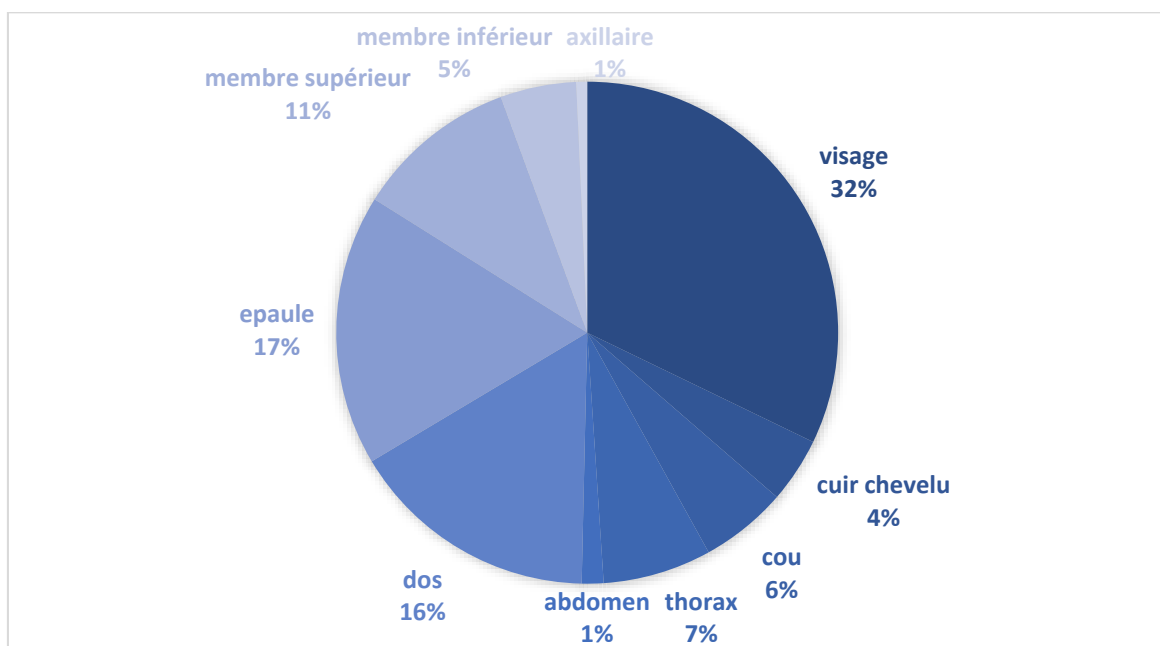


Figure 9 : Répartition topographique des carcinomes basocellulaires

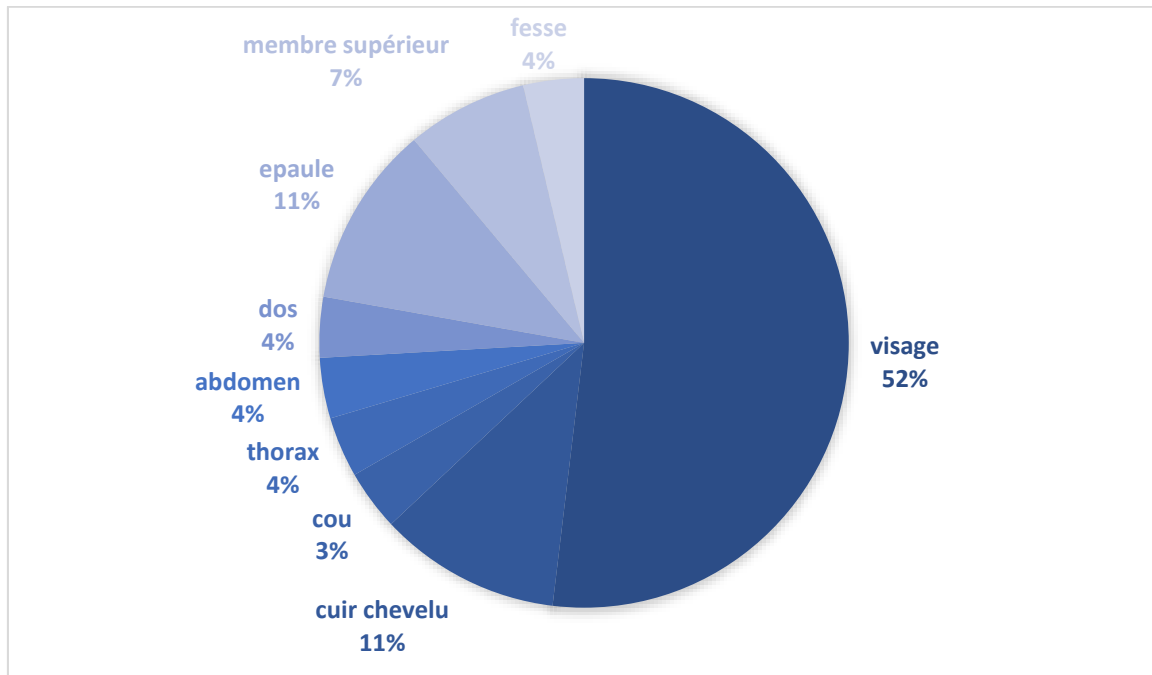


Figure 10 : Répartition topographique des carcinomes épidermoïdes

9 Concordance diagnostique

Le résultat anatomopathologique était concordant dans 83,8% des cas avec la suspicion diagnostique inscrit sur le compte rendu opératoire ou encore sur le bon anatomopathologique. En ne tenant pas compte des lésions documentées au préalable histologiquement la concordance diagnostique était de 82,2% des cas.

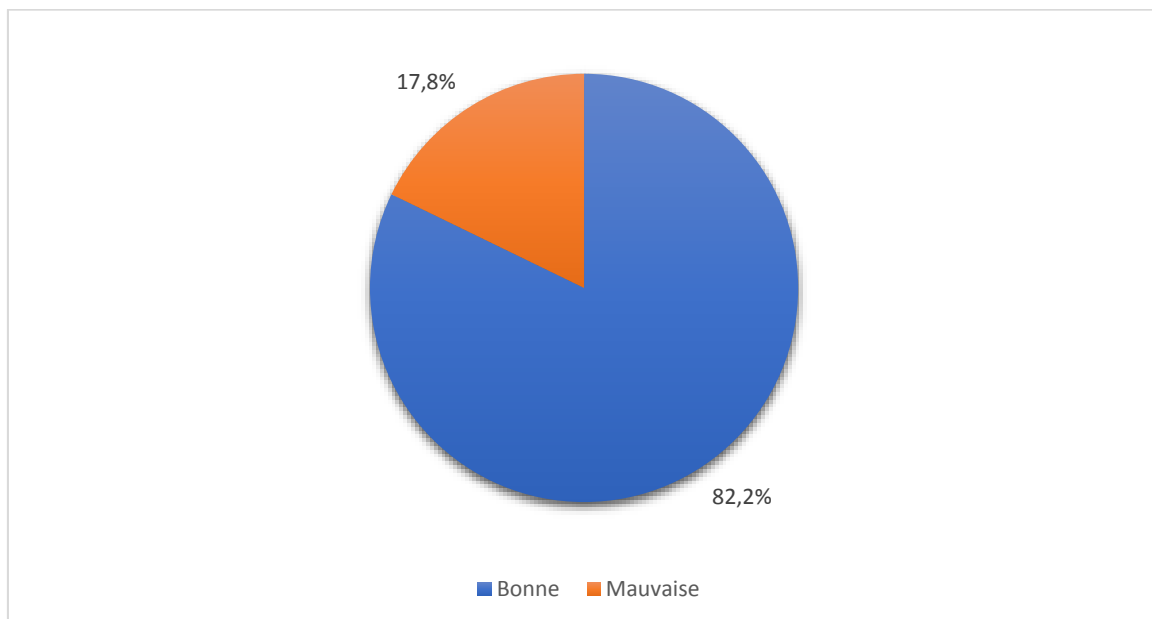


Figure 11 : Pourcentage de concordance histologique avec le diagnostic évoqué

On considérait pour les lésions pigmentées suspectes que le résultat était concordant si l'examen anatomopathologique mettait en évidence une lésion mélanocytaire. Lors de l'exérèse d'une lésion pigmentée suspecte il s'agissait au final d'un mélanome dans 8,6% des cas.

10 Marges histologiques

Les marges d'exérèses passaient en tissu sain dans 95,3% des cas confirmant l'excellente lecture et délimitation des lésions par les praticiens de notre service.

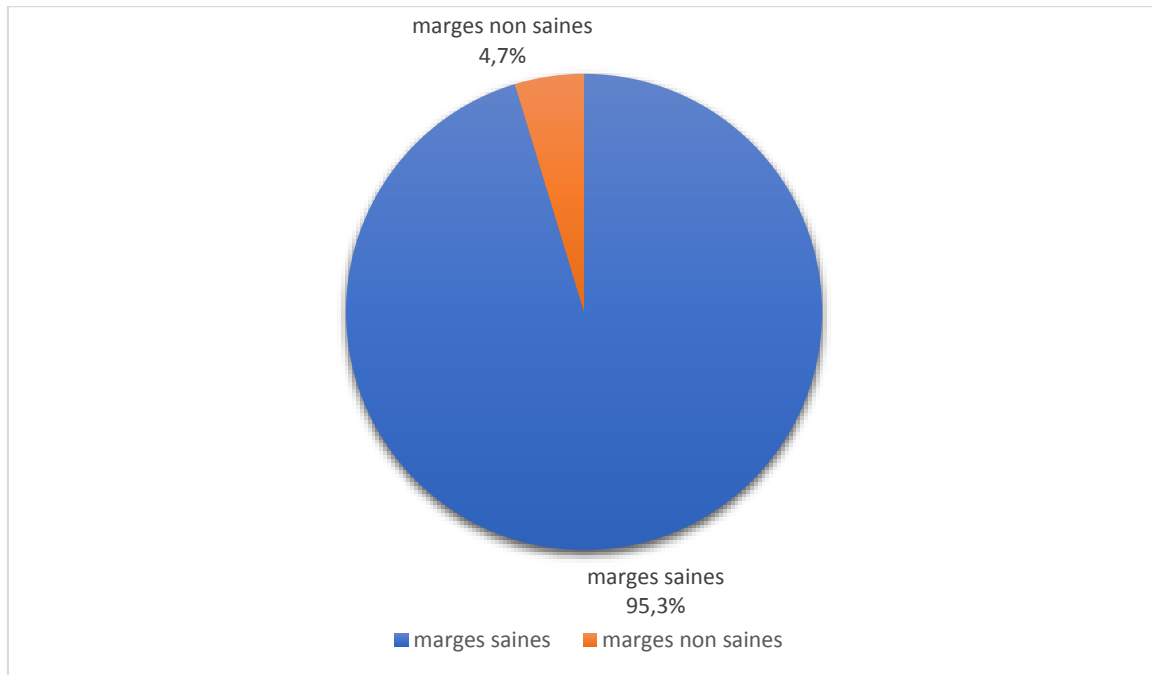


Figure 12 : Pourcentage d'exérèses en limites saines

Une analyse des marges histologiques en fonction des recommandations actuelles pour la pratique (6)(7)(8) des différents sous types histologiques était ensuite effectuée.

On considérait l'existence d'une éventuelle rétraction sur lame pouvant aller jusqu'à 1 mm pour les marges latérales et par conséquent on tolérait des marges à -1mm des recommandations officielles latéralement.

Les marges histologiques étaient adaptées au sous-type anatomopathologique dans 87,8% des cas, dans 11,2% des cas les marges étaient insuffisantes et dans 0,3% des cas elles étaient trop importantes (plus de 5 mm des recommandations).

Etant donné la rançon cicatricielle d'une exérèse avec des marges latérales à 1 cm en cas de lésion pigmentée suspecte, ces lésions sont souvent retirées avec des marges minimales dans un premier temps quand le diagnostic est incertain. En excluant les lésions correspondant à des

mélanomes (lésion pigmentée suspecte n'étant pas pris en charge d'emblée avec 1 cm de marges) les marges étaient alors adaptées dans 88,4% des cas.

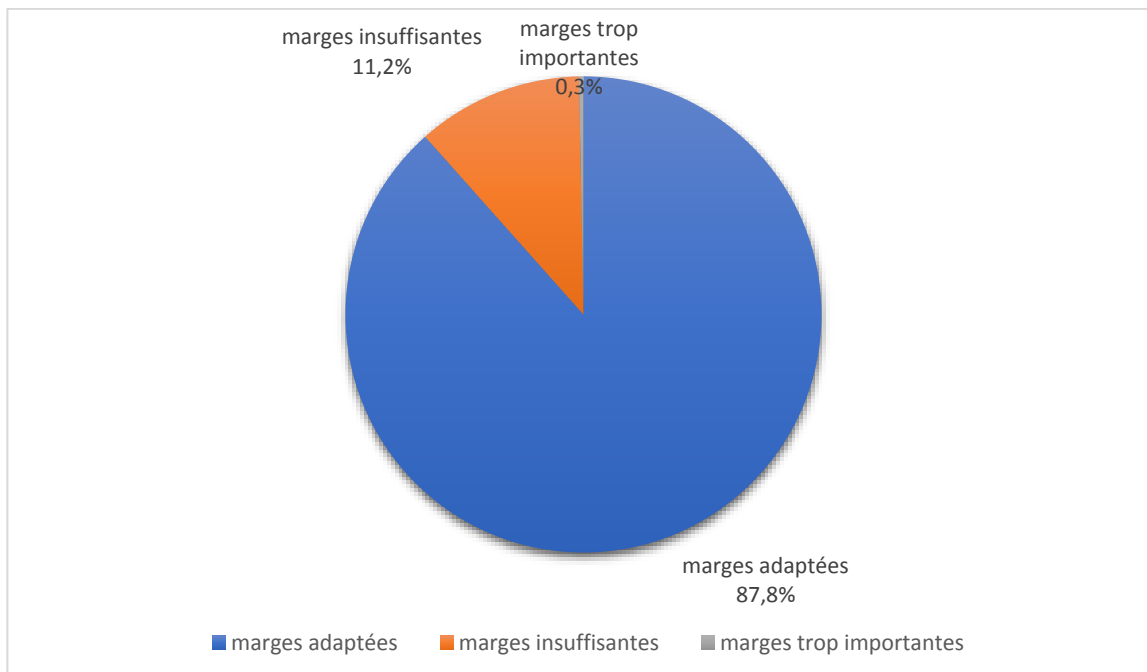


Figure 13 : Pourcentage de marges adaptées avec lésions pigmentées suspectes

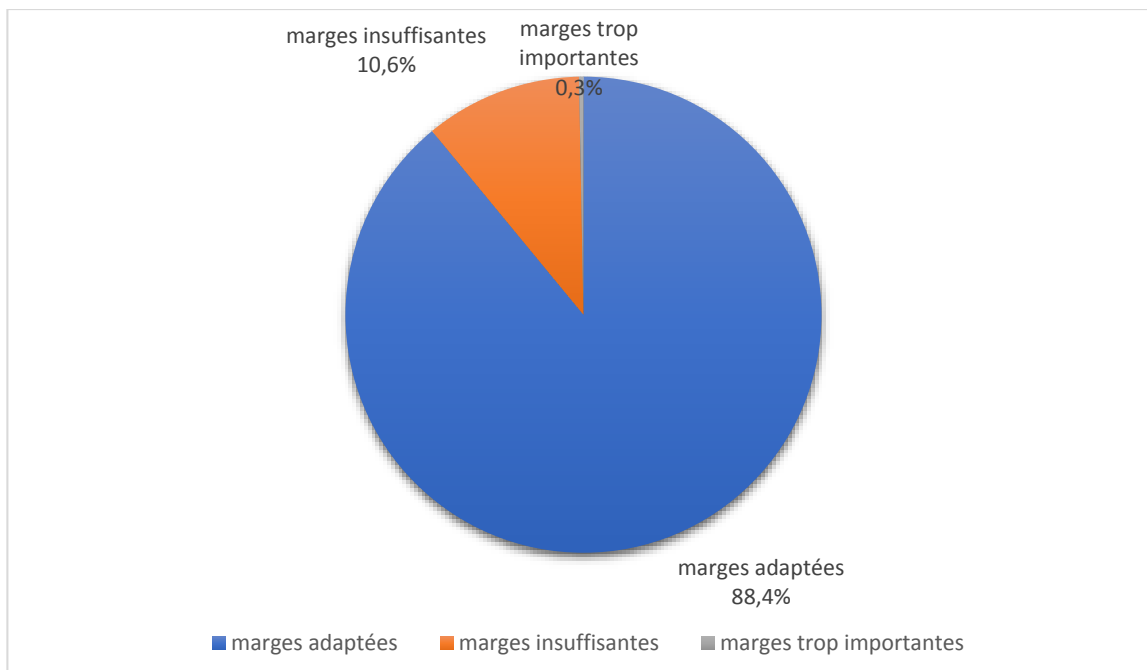


Figure 14 : Pourcentage de marges adaptées en excluant les lésions pigmentées suspectes

En cas de reprise, il existait un reliquat tumoral dans seulement 13% des cas.

La pièce d'exérèse initiale était en marges saines dans 75% des lésions pour lesquelles une reprise était effectuée.

Parmi les lésions dont l'exérèse initiale était en marges non saines seulement 23% d'entre elles présentaient un reliquat tumoral sur la pièce opératoire de reprise.

Parmi les lésions en marges saines initialement on observait un reliquat tumoral sur la pièce de reprise dans 5% des cas.

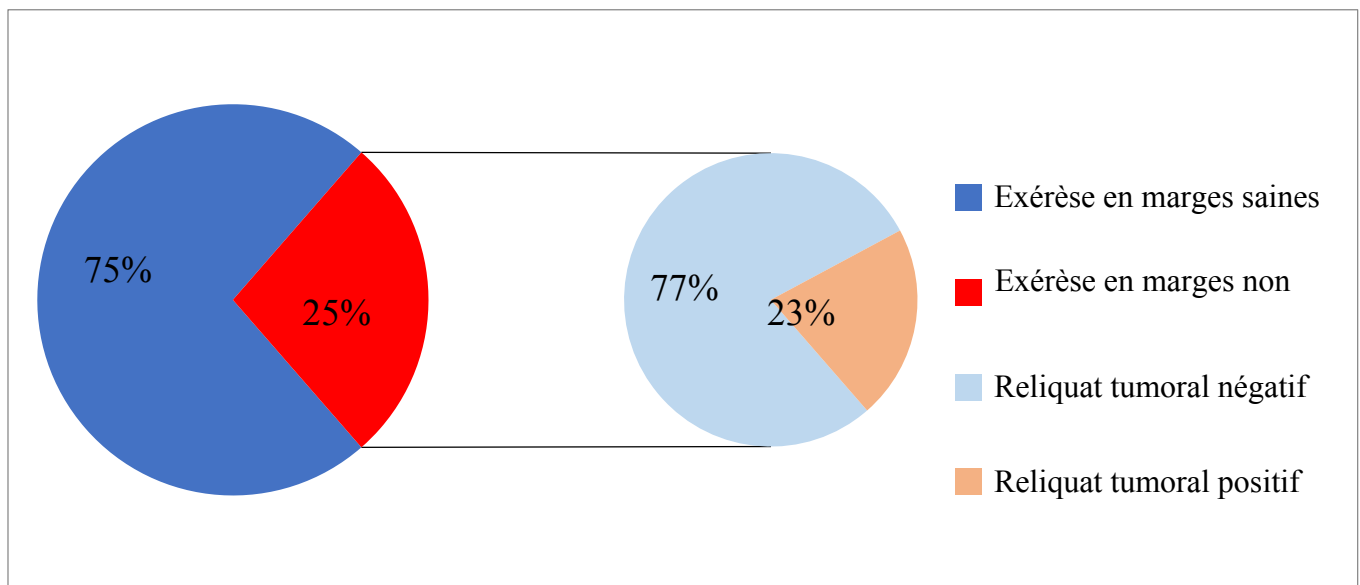


Figure 15 : Reliquat tumoral pour les lésions dont l'exérèse initiale était incomplète

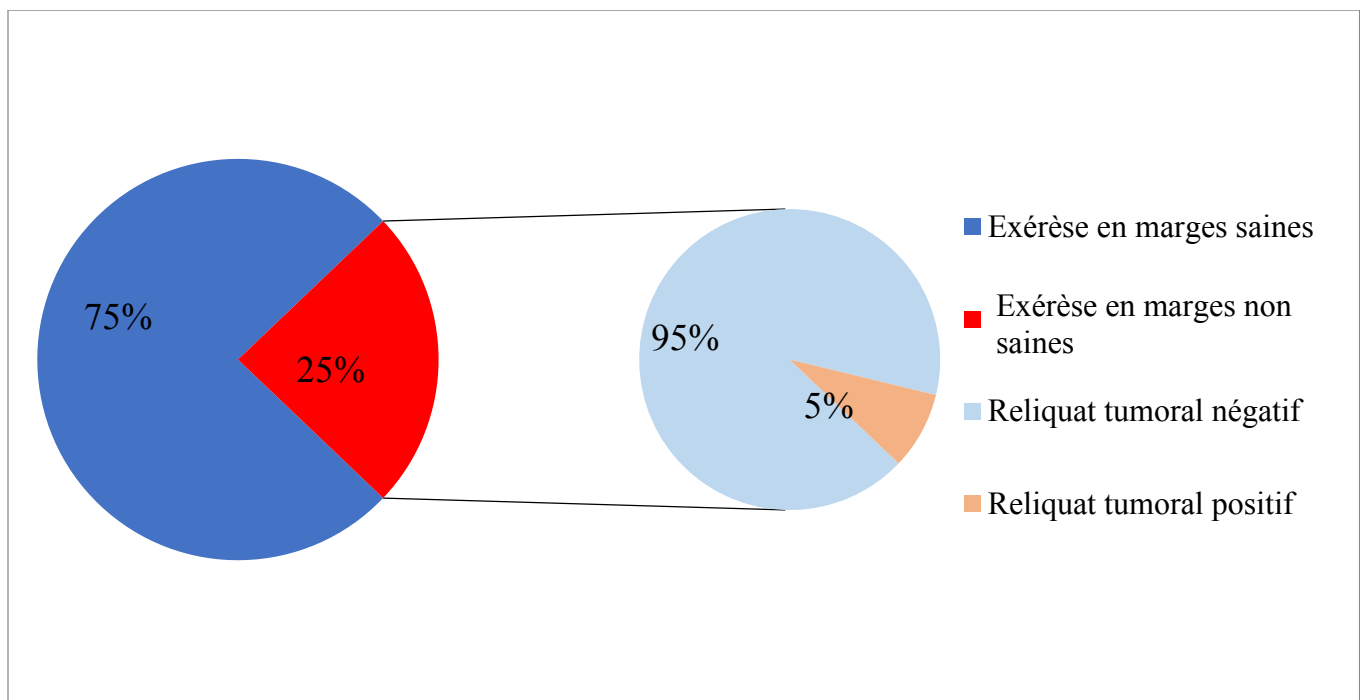


Figure 16 : Reliquat tumoral pour les lésions dont l'exérèse initiale était en marges saines

11 Orientation des pièces

La pièce d'exérèse avait été orientée dans 16,9% des cas.

Dans les cas où la pièce était orientée, il s'agissait de l'exérèse initiale d'une lésion maligne dans 68,8% des cas ($p < 0,001$).

Les pièces avec marges d'exérèses non adaptées au sous type histologique de la lésion étaient orientées dans 21,2% des cas.

12 Complications

Le taux de complications globale de notre étude était de 2,3%, soit 20 actes compliqués.

On rapportait : 4 malaises vagues, 3 complications hémorragiques (2 précoces et 1 tardive), 5 complications infectieuses, 7 cicatricielles (3 désunions, 2 cicatrices hypertrophiques et 2 retards de cicatrisation) et 2 autres types de complications (1 lipothymie et 1 déficit sensitif dans le territoire d'exérèse).

A noter qu'un patient a présenté à la fois une complication infectieuse et une complication cicatricielle sur le même acte.

Aucune complication sévère n'a été déclarée et aucune hospitalisation n'a été nécessaire pendant la durée de l'étude.

Tableau 4 : Complications

	Effectifs	Pourcentages
Aucune	848	97,7
Malaise vagal	4	0,5
Hémorragiques	3	0,3
Infectieuses	5	0,6
Cicatricielles	7	0,7
Autres	2	0,2

Les malaises vagues (n=4) étaient tous survenus chez des patients de sexe masculin. Pour ces quatre patients la lésion enlevée était suspecte de malignité. Tous ces patients avaient déjà eu par le passé un acte de chirurgie cutanée ; l'appréhension éventuelle liée à la méconnaissance de l'acte par le patient n'était à priori pas influente.

Dans 3 cas sur 4 la taille de la pièce opératoire était comprise entre 2,01 et 5 cm² et dans le dernier cas elle mesurait moins de 2 cm².

Chez un des 4 patients une fermeture par lambeau cutané local avait été pratiquée.

Pour les complications hémorragiques (n=3), 1 patient était sous anticoagulants et 1 patient était sous antiagrégants plaquettaires. Dans les 2 cas il s'agissait d'hémorragies précoces. Le dernier patient avait présenté un saignement post opératoire tardif au niveau de la cicatrice et ne prenait pas de traitement modifiant l'hémostase.

La taille des pièces opératoires était pour 2 actes comprise entre 2,01 et 5 cm² et pour un acte compris entre 5,01 et 10 cm².

Dans un cas la fermeture de la perte de substance avait été effectuée par lambeau local et dans un cas avait été laissée en cicatrisation dirigée.

1 lésion était localisée au niveau frontal, 1 au niveau du cuir chevelu et 1 au niveau de la face antérieure du tibia.

Dans les 3 cas l'exérèse concernait une lésion maligne et était complète.

Pour les complications infectieuses(n=5) il s'agissait de 5 patients de sexe masculin. Dans 3 cas la pièce opératoire mesurait entre 5 et 10 cm². Dans tous les cas la perte de substance avait bénéficié d'une fermeture par suture direct. On notait qu'un patient était diabétique.

Dans tous les cas l'infection avait bien évolué sous antibiothérapie locale ou générale probabiliste.

Pour les désunions cicatricielles (n=3). L'exérèse avait concerné une lésion dorsale dans 2 cas et une lésion scapulaire dans un cas. Dans un cas la fermeture avait été effectuée en 2 plans par monocryl et flexocrin et dans les 2 autres par monocryl seul.

Les tailles des pièces d'exérèse étaient variables : moins de 2 cm² (n=1), entre 2 et 5 cm² (n=1) et entre 5 et 10 cm² (n=1)

Les 2 cas de cicatrices hypertrophiques (n=2) étaient situés au niveau du visage.

Les 2 retards de cicatrisation (n=2) concernaient 2 lésions malignes (1 CBC et 1 CE) situées sur le visage mesurant 2,01 à 5 cm².

La fermeture avait été réalisée dans les 2 cas par suture direct au flexocrin.

Le groupe non compliqué présentait un âge moyen de 56,15 ans avec un écart type de 18,9 contre une moyenne d'âge de 64,7 ans avec un écart type de 17,7 pour le groupe compliqué.

La différence d'âge entre les 2 groupes était statistiquement significative (p= 0,046) mais ce résultat était à prendre avec précaution étant donné le très faible nombre de complication (seulement 20 actes compliqués).

16 patients sur 20 étaient de sexe masculin dans le groupe ayant présenté une complication, soit 80% des cas.

Le nombre de comorbidités moyen par patients dans le groupe complications était de 2,5 contre 1,85 dans le groupe d'actes non compliqués (néanmoins le calcul est basé sur les actes et non sur les patients donc certains profils de patients ayant bénéficié d'actes multiples ont été pris en compte plusieurs fois).

Le taux de complications hémorragiques chez les patients sous traitements antiagrégants ou anticoagulants était de 1,4% contre 0,2 % pour les patients non traités ($p = 0,084$), différence non significative.

Aucune complication infectieuse n'avait eu lieu chez les patients traités par immunosuppresseurs.

Le taux de complication infectieuse n'était pas significativement augmenté chez les patients diabétiques.

La taille des pièces opératoires dans le groupe ayant présenté une complication était répartie comme suit.

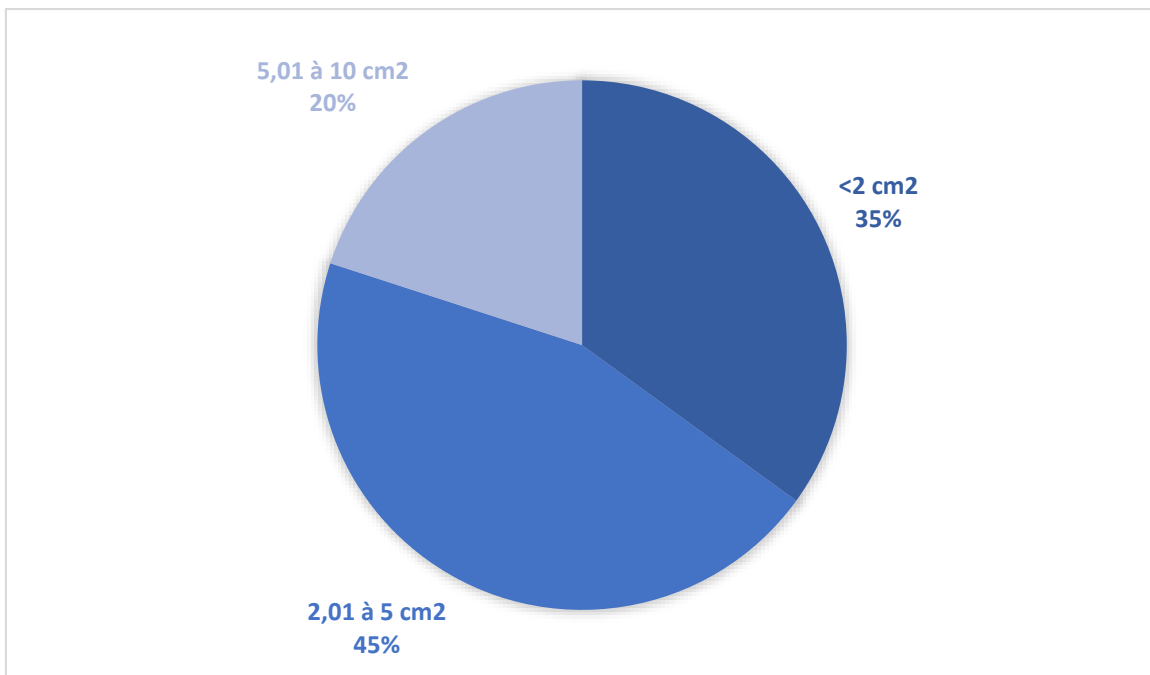


Figure 17 : Taille des pièces opératoires pour les actes compliqués

Toutes complications confondues, le taux de complication pour les pièces opératoires mesurant moins de 2 cm² était de 1,2%, de 4,5% pour les lésions de 2,01 à 5 cm² et de 6,2% pour les lésions de 5,01 à 10 cm². Il n'était pas survenu de complications au cours de l'étude pour les lésions de plus de 10 cm².

Dans le groupe complication la lésion était maligne dans 60% des cas et bénigne dans 40% des cas. Le taux de complication pour les actes d'exérèses intéressant les lésions bénignes était de 1,2% contre 5,5% pour les actes intéressant des lésions malignes ($p < 0,01$).

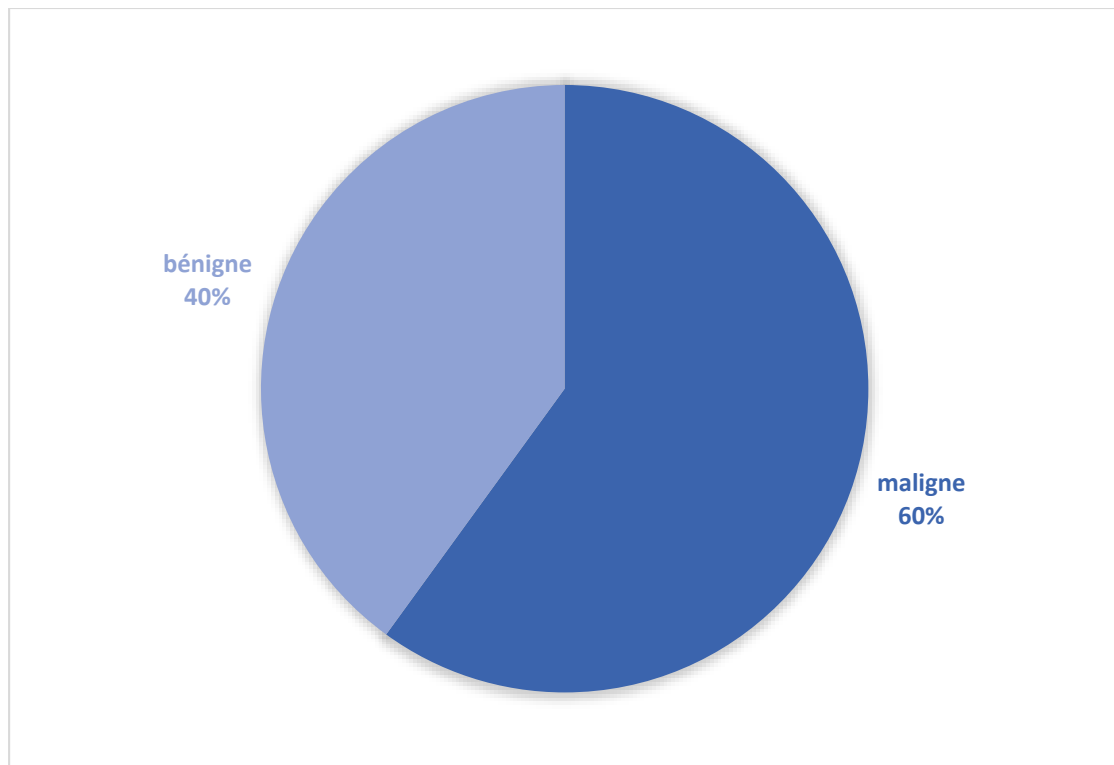


Figure 18 : Groupe anatomopathologique des actes compliqués

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concernait la résection en marges saines.

Enfin, la répartition topographique des lésions compliquées était la suivante :

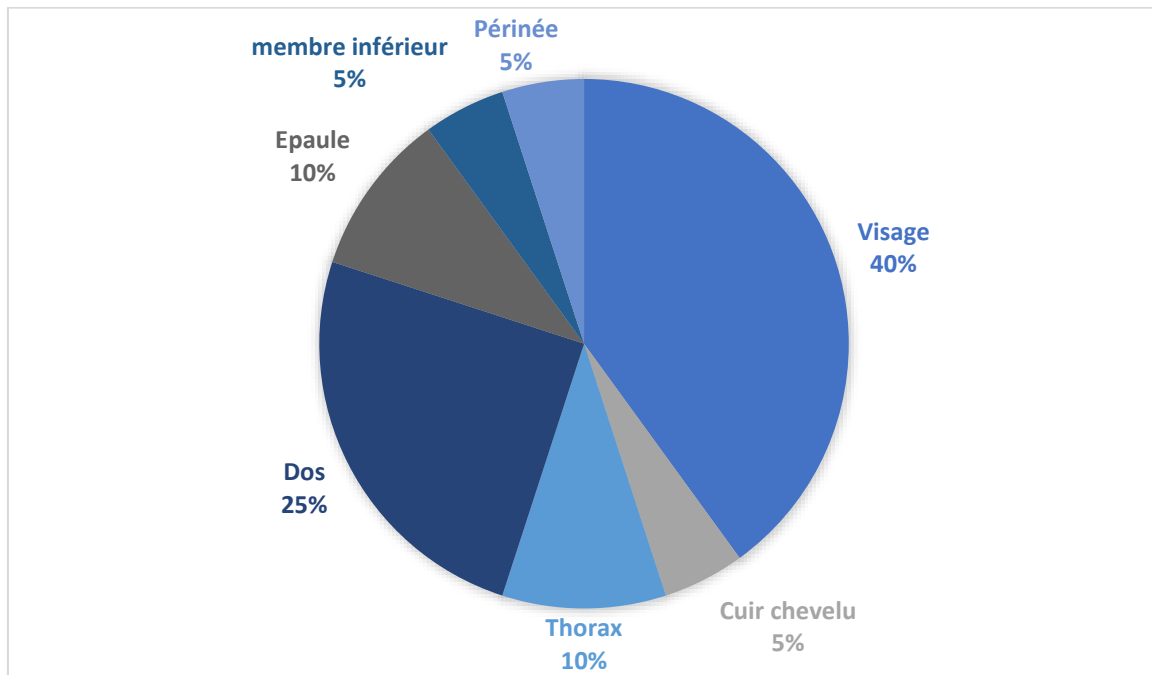


Figure 19 : Répartition topographique des actes d'exérèses compliqués

Le taux de complication n'était pas plus élevé en cas de geste réalisé par un dermatologue en comparaison de ceux réalisés par les chirurgiens effectuant des vacations dans notre service. 15 actes compliqués avaient été réalisés par un dermatologue contre 5 par un chirurgien mais le nombre d'actes effectués par les dermatologues étaient plus importants que ceux réalisés par les chirurgiens (84,4% versus 15,6%).

4 Discussion

Il s'agit à notre connaissance, de la première étude Française étudiant de manière prospective et exhaustive sur plusieurs mois l'activité du secteur de Dermatologie chirurgicale d'un Centre Hospitalier Universitaire.

Cette étude a permis de mettre en évidence la très forte activité du département de Dermatologie chirurgicale de notre service avec 1342 actes effectués sur 5 mois (868 actes d'exérèses et 474 biopsies) et permet de donner un aperçu de la forte demande en chirurgie cutanée qui ne cesse d'augmenter ces dernières années.

En 2009, une étude prospective française (9) réalisée sur 1 mois avait recensé l'activité de 22 services de dermatologie de CHU, de 4 services de dermatologie de Centres Hospitaliers et de 41 dermatologues libéraux membres du groupe chirurgical de la Société Française de Dermatologie. 2308 actes avaient été effectués en 1 mois.

Il est difficile de comparer notre étude à cette série mais on remarque tout de même que notre activité sur une période de 5 mois était équivalente à environ 1/3 de l'activité de 26 services (le nôtre compris) et 41 dermatologues libéraux en 1 mois. Ces données suggèrent une augmentation très probable de l'activité de dermatologie chirurgicale en France au cours des 8 dernières années notamment au sein des services hospitaliers.

Au niveau Européen une évolution de l'activité chirurgicale des dermatologues a également été constatée au cours des dernières années.

En Allemagne, Kunte et al (10) décrivaient une augmentation de 113% entre 1971 et 2006.

Aux Etats-Unis l'activité chirurgicale des dermatologues semblait être également très importante. Shaffer et al (11) recensaient 1 446 000 actes de chirurgie cutanée réalisés par des dermatologues entre 1998 et 1999.

La population de notre étude était d'âge moyen avec une moyenne d'âge de 56,9 ans et majoritairement autonome.

En effet, les indices de dépendance tels qu'un statut OMS élevé, une institutionnalisation, des déplacements avec aide ou encore des troubles cognitifs étaient peu fréquents dans notre étude. Ce sous-groupe, qui du fait en général d'une moyenne d'âge plus élevée est plus à risque de présenter des cancers cutanés. Jusqu'à maintenant les personnes très âgées étaient peu prises en charge en dermatologie chirurgicale car récusées souvent d'emblée sur le simple fait de leur âge. Plusieurs études (12)(13) ont montré que l'âge n'étaient pas forcément associé à un risque

plus élevé de complications. Chez ces patients, la décision d'une abstention thérapeutique peut parfois avoir des conséquences sur leur qualité de vie (douleurs, saignements...) mais peut rendre également la prise en charge difficile en cas de survie prolongée, elle doit donc être réfléchi au cas par cas. En effet, nous avons tous connu un patient pour lequel la prise en charge a été difficile du fait qu'elle ait été négligée à un stade précoce en raison de son âge. Ces nouvelles considérations peuvent encore majorer l'activité en chirurgie cutanée.

On observait par ailleurs une certaine chronicité des patients pris en charge. En effet, près de 10% des patients avaient été admis dans le service à plusieurs reprises sur 5 mois et 52,8% des patients avaient déjà bénéficié d'un acte en chirurgie cutanée au cours de leur vie.

Le délai de prise en charge moyen était de 32,6 jours et réduit à 24,9 jours pour les lésions pigmentées suspectes. Le délai de rendez-vous chez un dermatologue étant de plus en plus long, même si la prise en charge des carcinomes à cinétiques lentes peuvent paraître convenable, celle de tumeurs plus agressives (mélanomes, carcinomes épidermoïdes à croissance rapide) apparaît problématique. Des consultations semi-urgentes dédiées et une augmentation des plages horaires disponibles au bloc de dermatologie pourraient aider à diminuer ce délai et optimiser la prise en charge.

Les actes effectués concernaient dans 2/3 des cas des pièces opératoires de petite taille (<2 cm²) et une exérèse - suture directe était réalisée dans 95,7% des cas.

Notre activité portait sur des lésions suspectes de malignité dans 61,8% des cas au diagnostic. Après examen anatomopathologique 29,9% des lésions étaient malignes ou dysplasiques et près de 7% des actes intéressaient une reprise de lésion maligne. Les lésions suspectes au diagnostic qui se révélaient être au final des lésions anatomopathologiquement bénignes étaient principalement des lésions pigmentées. Ceci est expliqué par l'enjeu pronostique lié au diagnostic précoce du mélanome.

Notre étude a confirmé l'excellente prédictibilité diagnostique et lecture des lésions par les dermatologues avec un taux d'exérèse avec des marges adaptées de 87,8% et une concordance entre le diagnostic évoqué et le résultat histologique dans 82,2% des cas. Cela constitue tout l'intérêt de la prise en charge en dermatologie chirurgicale et permet un traitement le plus souvent en un temps limitant la pénibilité de multiples interventions pour le patient et le coût sociétale de ces pathologies.

Une étude Américaine(14) ayant porté sur 1459 exérèses de CBC dont 243 cas avaient bénéficié d'une résection incomplète retrouvait un taux d'exérèse complète significativement plus élevé lorsque l'acte était pratiqué par un dermatologue en comparaison à ceux des chirurgiens ORL et à moindre degré des plasticiens. Les lésions en résection incomplète étaient principalement situées au niveau du visage et du cou. Dans les cas d'exérèses incomplètes le risque de récurrence à 5 ans était de 31 à 35%.

Concernant les complications, dans notre étude on retrouvait un taux de complications faible de 2,3% et aucune de ces complications n'était sévère et n'a entraîné une hospitalisation.

Ce faible taux confirme les données actuelles de la littérature, en 2005 Amici et al (15) rapportait un taux de complications globales de 6% et dans seulement 0,6% des cas un traitement antibiotique ou une reprise chirurgicale avait été nécessaire. La complication la plus souvent rapportée était de type hémorragique. Les complications hémorragiques étaient significativement plus fréquentes chez les patients de sexe masculins, lors de la prise d'un traitement anticoagulant, antiagrégant ou immunosuppresseur, lors des procédures dont la durée excédait 24 minutes, et lors de reconstruction par lambeaux ou greffes. Les complications infectieuses étaient significativement associées au sexe masculin, à la prise d'anticoagulants ou d'immunosuppresseurs, à des procédures longues et une reconstruction par greffe ou lambeaux. Après analyse multivariée, les complications hémorragiques et anesthésiques apparaissaient comme un facteur de risque indépendant de complications infectieuses.

L'analyse du risque hémorragique doit prendre en considération le terrain du patient, son âge et son sexe, la localisation anatomique de la lésion, et la nature du geste chirurgical envisagé. Pour un résultat équivalent il faut privilégier le geste nécessitant le moins de décollement.

Plusieurs séries ont étudiés le risque de complications hémorragiques sous traitements antiagrégants plaquettaires en dermatologie chirurgicale. Le sur-risque associé était variable selon les études.

Bartlett (16) a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les complications hémorragiques dans le groupe des patients opérés sous aspirine par rapport au groupe témoin. De même Danino (17), a confirmé que l'arrêt de l'acide acétylsalicylique ou du clopidogrel ne présentait pas d'intérêt pour des exérèses chirurgicales en termes de complications hémorragiques et de qualité de cicatrisation. Kramer et al (18) n'ont pas retrouvé d'augmentation des complications hémorragiques lors de chirurgie d'exérèse cutanée chez 228 patients sous aspirine et 32 sous clopidogrel comparativement au groupe témoin. En revanche,

Dhiwakar (19) a montré dans une étude rétrospective que l'aspirine augmentait de manière significative le risque hémorragique dans les plasties de la face et du cou.

Le risque de complications hémorragiques sous anticoagulants est lui aussi discuté.

La plupart des auteurs (20)(21)montrent que le taux de complications hémorragiques sous AVK est faible et n'est pas minoré par leur interruption courte.

Cependant, plusieurs observations (22)rapportent de graves complications thrombotiques lors de l'arrêt périopératoire des antiagrégants ou anticoagulants. Devant la gravité de ces potentielles complications les recommandations actuelles (23) vont dans le sens d'une poursuite de ces thérapeutiques lors de procédures de dermatologie chirurgicale.

Une étude rétrospective (24) ayant porté sur 241 patients âgés de plus de 75 ans décrivait un taux de complications significativement plus élevé chez les patients de sexe masculin, chez les patients dont l'exérèse avait porté sur un carcinome épidermoïde ou mélanome et en cas de marges d'exérèses insuffisantes.

Ces données sont donc concordantes avec les données de notre étude.

5 Conclusion

La prise en charge des cancers cutanés est actuellement un véritable problème de santé publique. Leur traitement fait recours principalement à la chirurgie cutanée qui permet un traitement curatif dans la majorité des cas et une documentation histologique des lésions.

Face à cette forte demande la dermatologie chirurgicale est en plein essor actuellement et l'activité chirurgicale des dermatologues tend à se renforcer.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser de manière prospective sur 5 mois (janvier 2017 - mai 2017) l'activité au sein du département de chirurgie cutanée du Centre Hospitalier et Universitaire Nord de Marseille afin de la faire connaître des autorités ainsi que des autres spécialités. Notre objectif secondaire était d'évaluer la sécurité de cette chirurgie en milieu dermatologique ambulatoire et de déterminer d'éventuels facteurs de complications associés.

Cette étude a confirmé la forte activité de notre département de chirurgie avec 1342 actes dont 868 actes d'exérèses sur 5 mois. Le délai moyen de prise en charge était de 32,6 jours (écart type 28,7). Ce délai était significativement réduit lors de la prise en charge d'une lésion pigmentée suspecte avec un délai moyen de 24,9 jours (écart type 22,3).

La moyenne d'âge des patients étudiés était de 56,9 ans (écart type 18,7) et le sex-ratio était proche de 1.

Dans un peu plus de 2/3 des cas, les actes réalisés portaient sur des pièces opératoires de petite taille (<2 cm²). La reconstruction par suture directe était effectuée dans 95,7% des cas.

La majorité de notre activité (61,8%) concernait des lésions suspectes de malignité cliniquement.

Notre étude a également confirmé l'excellente prédictibilité diagnostique avec une concordance diagnostique dans 82,2% des cas. Par ailleurs, la prise en charge chirurgicale initiale des lésions était dans la plupart des cas optimale d'emblée au regard des recommandations, avec une exérèse en marges saines d'emblée dans 95,3% des cas et avec des marges adaptées aux recommandations de bonnes pratiques dans 87,8% des cas.

Le taux de complications était faible (2,3%) confirmant les données actuelles de la littérature. Devant le très faible nombre de cas de complications (20 actes), il est difficile d'en tirer des conclusions sur les facteurs de complications. Il semblerait que le sexe masculin, l'âge élevé, une lésion histologiquement maligne ou encore de grande taille jouent un rôle dans la survenue de complications. Des études portant sur un plus grand nombre d'actes compliqués sont nécessaires pour confirmer ces données.

Ces éléments sont encourageants et permettent de confirmer l'importance de l'implication des dermatologues en chirurgie cutanée. Une grande partie des actes peut être réalisée dans des conditions optimales par les dermatologues en chirurgie ambulatoire.

L'augmentation constante de l'incidence des cancers cutanés induit inéluctablement un allongement du délai de prise en charge.

On peut considérer comme non optimal le délai moyen de 32,6 jours malgré une mobilisation de l'ensemble des personnels soignants.

Le renforcement des structures de chirurgie dermatologique apparaît donc comme hautement souhaitable.

Références bibliographiques :

1. Brewster DH, Bhatti LA, Inglis JHC, Nairn ER, Doherty VR. Recent trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in the East of Scotland, 1992-2003. *Br J Dermatol*. 2007 Jun;156(6):1295–300.
2. Birch-Johansen F, Jensen A, Mortensen L, Olesen AB, Kjær SK. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancer in Denmark 1978-2007: Rapid incidence increase among young Danish women. *Int J Cancer*. 2010 Nov 1;127(9):2190–8.
3. Rudolph C, Schnoor M, Eisemann N, Katalinic A. Incidence trends of nonmelanoma skin cancer in Germany from 1998 to 2010. *J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG*. 2015 Aug;13(8):788–97.
4. Leiter U, Keim U, Eigentler T, Katalinic A, Holleczek B, Martus P, et al. Incidence, Mortality, and Trends of Nonmelanoma Skin Cancer in Germany. *J Invest Dermatol*. 2017 Sep;137(9):1860–7.
5. Nikolaou V, Stratigos A j. Emerging trends in the epidemiology of melanoma. *Br J Dermatol*. 2014 Jan 1;170(1):11–9.
6. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations. 2009 Sep 15
7. Petit T, Wechsler J, Dandurand M, Guillot B, Martel P. Recommandations de l'ANAES pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire.
8. Guillot B, Dalac S, Denis MG, Dupuy A, Emile J-F, Fouchardière ADL, et al. Actualisation des recommandations de prise en charge du mélanome stades I à III.
9. Thuny C, Bacconnier D, Berbis J, Auquier P, Egasse D, Amici J-M, et al. [Evaluation of the activity of skin tumor's excision in dermatology (France, 2009)]. *Ann Dermatol Venereol*. 2011 Feb;138(2):100–6.
10. Kunte C, Pfützner W, Kerschenlohr K, Konz B. Dermatology – a surgical discipline – as exemplified by surgical procedures at the Hospital of Munich Thalkirchner Strasse. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Jul 1;6(7):555–61.
11. Shaffer CL, Feldman SR, Fleischer AB, Huether MJ, Chen GJ. The cutaneous surgery experience of multiple specialties in the Medicare population. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Jun 1;52(6):1045–8.
12. Pascual JC, Belinchón I, Ramos JM. Cutaneous surgery complications in individuals aged 80 and older versus younger than 80 after excision of nonmelanoma skin cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Jan;63(1):188–90.
13. Pascual JC, Belinchón I, Ramos JM, Blanes M, Betlloch I. Skin Tumors in Patients Aged 90 Years and Older. *Dermatol Surg*. 2004 Jul 1;30(7):1017–20.

14. Fleischer AB, Feldman SR, Barlow JO, Zheng B, Hahn HB, Chuang T-Y, et al. The specialty of the treating physician affects the likelihood of tumor-free resection margins for basal cell carcinoma: Results from a multi-institutional retrospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Feb 1;44(2, Part 1):224–30.
15. Amici JM, Rogues AM, Lasheras A, Gachie JP, Guillot P, Beylot C, et al. A prospective study of the incidence of complications associated with dermatological surgery. *Br J Dermatol*. 2005 Nov;153(5):967–71.
16. Bartlett GR. Does aspirin affect the outcome of minor cutaneous surgery? *Br J Plast Surg*. 1999 Apr 1;52(3):214–6.
17. Danino A, Duvernay A, Dautriche R, Duvernay-Debin R, Cottin Y, Dalac S. L'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire est-il nécessaire avant une chirurgie cutanée carcinologique ? *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2007 Oct 1;134(10, Part 1):731–4.
18. Kramer E, Hadad E, Westreich M, Shalom A. Lack of Complications in Skin Surgery of Patients Receiving Clopidogrel as Compared with Patients Taking Aspirin, Warfarin, and Controls. *Am Surg*. 2010 Jan 1;76(1):11–4.
19. Dhiwakar M, Khan NA, McClymont LG. Surgical Resection of Cutaneous Head and Neck Lesions: Does Aspirin Use Increase Hemorrhagic Risk? *Arch Otolaryngol Neck Surg*. 2006 Nov 1;132(11):1237–41.
20. Ah-Weng A, Natarajan S, Velangi S, Langtry J a. a. Preoperative monitoring of warfarin in cutaneous surgery. *Br J Dermatol*. 2003 Aug 1;149(2):386–9.
21. Alcalay J. Cutaneous Surgery in Patients Receiving Warfarin Therapy. *Dermatol Surg*. 2001 Aug 1;27(8):756–8.
22. Kovich O, Otley CC. Thrombotic complications related to discontinuation of warfarin and aspirin therapy perioperatively for cutaneous operation. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Feb 1;48(2):233–7.
23. Palamaras I, Semkova K. Perioperative management of and recommendations for antithrombotic medications in dermatological surgery. *Br J Dermatol*. 2015 Mar;172(3):597–605.
24. Bouhassira J, Bosc R, Greta L, Hersant B, Niddam J, Zehou O, et al. Factors associated with postoperative complications in elderly patients with skin cancer: A retrospective study of 241 patients. *J Geriatr Oncol*. 2016 Jan;7(1):10–4.

**Annexe 1 :
Centre Hospitalo-universitaire de Marseille Hôpital Nord
Service de Dermatologie - Professeur Philippe BERBIS**

Demande d'intervention dans le secteur de Chirurgie Dermatologique

Nom : Epouse : Poids :
 Prénom : Numéro de Tel : Taille :
 Date de naissance : Date de la Demande :

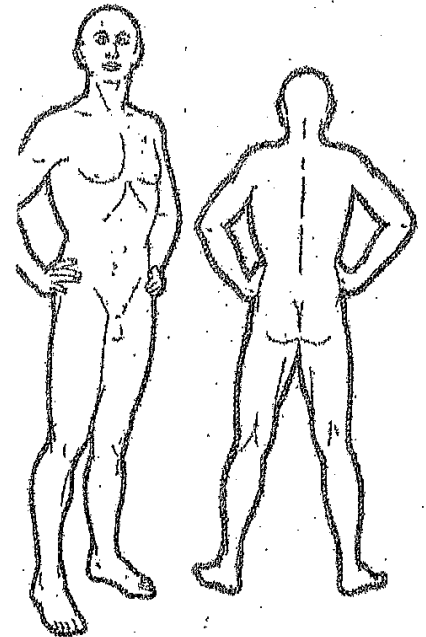
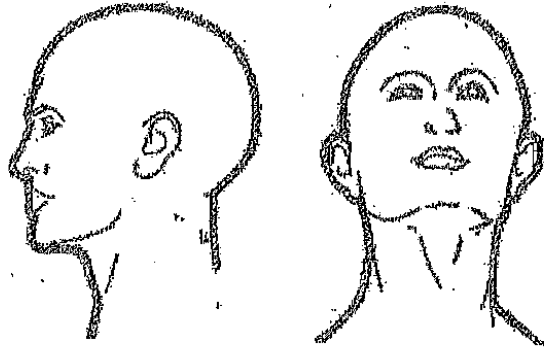
Médecin Consultant :

Bloc ambulatoire de dermatologie HDJ Hospitalisation CASE

Siège de la lésion (à remplir précisément)

Lésion N°1 : Biopsie-Exérèse avec marges :

Lésion N°2 : Biopsie-Exérèse avec marges :



Diagnostiques évoqués :

Lésion N°1 :

Lésion N° 2 :

	IFD	Coloration (préciser)	Biologie Moléculaire	Laboratoire Pr. RAOULT (préciser)
Lésion N°1				
Lésion N°2				

Allergies latex : OUI NON
 Autres allergies : OUI NON si oui préciser :

Comorbidités :

Tabac : OUI NON

Pacemaker : OUI NON
 Valvulopathie ou prothèse cardiaque : OUI NON
 Si oui, Antibio prophylaxie prescrite : OUI NON

Immunodépression : OUI NON Hépatite B Hépatite C

Traitement en cours :

Antiagrégants : OUI NON
 Anticoagulants : OUI NON

Shampooing et douche antiseptiques prescrits OUI NON

Patient mineur : OUI NON si oui autorisation de soins à remplir

Mode de vie : à domicile en institution

Déplacement : debout canne/déambulateur fauteuil brancard

Statut OMS : 0(activité normale) 1(activité diminuée, ambulatoire) 2(alité < 50%) 3(alité >50%) 4(alité permanence)

Troubles cognitifs : OUI NON Personne accompagnante : OUI NON

Annexe 2 :

Identité patient

Type de complication :

.....
.....
.....

Traitement effectué, surveillance particulière mis en place:

.....
.....
.....
.....

Annexe 3 :

Identité patient

Fiche complications au décours acte chirurgical du :/...../.....

	OUI	NON
Complications hémorragiques		
Complications infectieuses		
Désunion cicatrice		
Cicatrice hypertrophique, chéloïde		
Autres : préciser		

Annexe 4

Echelle OMS

- 0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction.
- 1 Activité physique diminuée mais malade ambulateur et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue.
- 2 Malade ambulateur et capable de prendre soin de lui-même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50 % de son temps de veille.
- 3 Capable seulement de quelques soins, alité ou en chaise de plus de 50 % de son temps de veille.
- 4 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : Du fait de l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés, l'activité chirurgicale des dermatologues a augmenté de manière significative ces dernières années.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser de manière prospective sur 5 mois l'activité du département de Dermatologie chirurgicale du Centre Hospitalier et Universitaire Nord de Marseille. L'objectif secondaire était d'étudier l'incidence d'éventuelles complications post opératoires afin d'évaluer la sûreté des gestes d'exérèse en milieu dermatologique ambulatoire et d'identifier d'éventuels facteurs de complications.

Matériels et Méthodes : Tous les patients pour lesquels un acte d'exérèse était effectué entre le 1/01/2017 et le 31/05/2017 étaient inclus. Un questionnaire recueillant leurs principales données démographiques et informations médicales était systématiquement rempli avant l'intervention ainsi qu'une fiche de suivi de complication post opératoire. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel PASW statistics version 17.0.2 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Résultats : 868 actes d'exérèse ont été réalisés sur la période d'étude chez 636 patients. Le sex-ratio était proche de 1 et l'âge moyen était de 56,9 ans (écart-type 18,7). Le nombre de comorbidités moyen par patient était de 1,92 avec un écart-type de 1,75. Le délai de prise en charge était relativement long avec un délai moyen de 32,6 jours (écart-type 28,7). La majorité de notre activité (61,8%) concernait des lésions suspectes de malignité au diagnostic. Les lésions n'étaient documentées histologiquement avant exérèse que dans 10,2% des cas. La prédictibilité diagnostique était très satisfaisante avec une concordance entre le diagnostic évoqué et le résultat anatomopathologique dans 82,2% des cas. Le taux d'exérèse en marges saines était également excellent avec un taux moyen de 95,3% et les marges d'exérèse étaient adaptées au sous-type anatomopathologique dans 87,8% des cas. Le taux de complication globale était faible d'environ 2,3%.

Conclusion : Cette étude confirme l'activité importante du département de Dermatologie Chirurgicale au sein d'un service de CHU Français en 2017. De par sa bonne reconnaissance des lésions cutanées et de leurs limites le dermatologue offre une prise en charge optimale avec une faible morbidité aux patients nécessitant une chirurgie cutanée. Le versant chirurgical de la dermatologie mérite d'être encore développé et organisé dans les années à venir.

Mots-clés : dermatologie ; chirurgie ; complication

Summary

Introduction: Due to the rise in number of skin cancers, the surgical activity of dermatologists increased significantly in the last few years.

The main goal of this study was to analyze in a forecasting manner over 5 months the activity of the surgical Dermatology department of the University Hospital "Centre Hospitalier et Universitaire Nord de Marseille".

The secondary goal was to study the impact of potential post-operative complications in order to evaluate the safety of exeresis procedures in a dermatologic ambulatory setting and to identify potential complicating factors.

Material and methods: Every patient on whom an exeresis procedure was performed between January 1st, 2017 and May 31st, 2017 were included. A questionnaire gathering their main demographic data and medical information was systematically filled out before the intervention, as well as a post-operative follow-up form. The statistical analysis was accomplished using the software PASW statistics edition 17.0.2 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Results: 868 exeresis procedures were performed during the study period on 636 patients. The sex-ratio was close to 1 and the average age was 56.9 (standard deviation 18.7). The average number of comorbidities per patient was 1.92 with a standard deviation of 1.75. The time before receiving treatment was relatively long with an average wait of 32.6 days (standard deviation 28.7). The majority of our activity (61.8%) was regarding lesions suspicious of malignancy at the diagnosis. The lesions were histologically documented before exeresis only in 10.2% of cases. The diagnosis predictability was very satisfying with a consistency between the diagnosis invoked and the anatomopathologic result in 82.2% of cases. The exeresis rate in sound margins was also excellent with an average rate of 95.3% and the exeresis margins were adapted to the anatomopathologic subtype in 87.8% of the cases. The global complication rate was low of about 2.3%.

Conclusion: This study confirms the important activity of the Surgical Dermatology department within a service of a French University Hospital in 2017. Due to their good recognition of skin lesions and of their limits, dermatologists offer an optimal care with low morbidity to patients requiring skin surgery. The surgical aspect of dermatology deserves to be further developed and organized in the years to com.

Keywords : dermatology ; surgery ; complication