

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T.B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020



N° _____ /

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Evaluation du poids de la prise en charge médicale des porteurs de grosses jambes au Mali

Présentée et soutenue publiquement le/...../2020 devant la
Faculté de Pharmacie

Par M. Hamidou DJIMDE

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Abdoulaye DABO

Membre : Dr Seydou Diarra

Membre : Dr Moussa KONE

Co-directeur : Dr Falaye KEITA

Directeur : Pr Cheick Bougadari Traoré

DÉDICACE :

BISMILLAHİ RAHMANİ RAHİMİ

Louange et gloire à **ALLAH le TOUT PUISSANT, le MISERICORDIEUX**, qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

Qu'Il fasse que les connaissances acquises durant ces années de dur labeur soient mises au service de l'humanité.

A notre PROPHETE MOHAMED,

Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier

A mon père, Ogobassa Djimde

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai pour toi.

Si l'opportunité était donnée à chacun de choisir son père, alors je crois que je n'aurai mieux choisi que toi. Je suis particulièrement fier et heureux d'être ton fils. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle. Tu as cultivé en nous un esprit de partage, de tolérance et de bienfaisance envers les autres.

Avec un esprit critique de philosophe, tu as su mettre à la disposition de tes enfants les moyens les plus sûrs pour y parvenir.

Que ce travail, un parmi tant d'autres, soit l'un des gages de ma reconnaissance éternelle.

Que Dieu t'accorde de longues années de vie dans la santé et la prospérité afin que tu puisses jouir pleinement des fruits de tes sacrifices. Amen !

A la mémoire de ma mère,

Disparue il y'a très longtemps et qui serait contente et fière là où qu'elle soit d'apprendre que son fils a enfin terminé ce qu'il avait commencé. Puisse le bon Dieu t'accorder le repos éternel. Amen !

A ma grande mère Yuma Doucouré,

Femme protectrice et éducatrice, femme forte et douce, trésor de richesses rationnelles et émotionnelles. Merci de m'avoir donné tout ce que vous avez et tout ce que vous êtes. Votre enfant adoptif a fait de son mieux pour ne pas vous décevoir, pour ressembler à quelque chose. Que Dieu bénisse richement vos efforts et soulage vos peines. Je vous aime énormément !

A ma patrie, le Mali

Ce pays, qui malgré la faiblesse des ressources, arrive à assurer l'éducation de ses fils. Merci chère patrie pour m'avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses qu'un homme puisse posséder et de m'en avoir facilité en m'octroyant les moyens humains, matériels et financiers.

Que la paix et la prospérité puissent te recouvrir, à tout moment.

A la mémoire de mes grands-parents :

Votre disparition a été une grande perte pour moi. A travers ce modeste travail, je vous rends un sincère hommage, vous resterez toujours vivants dans mon cœur. Puisse Allah vous accueillir dans son paradis. Amen !

A ma Tante Fatoumata Djimde

Ton amour infini, tes conseils, ton soutien moral et matériel m'ont toujours donné le courage de persévérer, reçoit ici l'expression de ma plus haute distinction.

A mes tantes, oncles, cousines et cousins

Une liste nominative serait longue. Ce travail est aussi le couronnement de vos efforts et sacrifices. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A mes amis de tous les jours Sakara Coulibaly, Mahamadou Nimaga, Lasseiny Keita, Daouda Diamoutènè, Mahamadou N'golo Diarra et Aboubacar Diallo

A travers votre amitié, j'ai compris que « l'amitié est une richesse incomparable qui humanise le monde et éloigne les frontières de la différence ». Plus que des amis, vous

aviez su être toujours présents dans les moments les plus difficiles de ma vie estudiantine. Le profond attachement qui nous unit, vos conseils, vos encouragements, votre présence et votre amour font de ce travail le vôtre. J'ai trouvé en vous des hommes honnêtes animés de bon sens et courageux. Qu'ALLAH le tout puissant sauvegarde notre amitié

A toute la promotion du professeur feu Yénimégué Albert DEMBELE

Retrouvez ici mes profonds respects.

Au Dr Abdallah Diallo de MRTC

Vous m'avez soutenu durant les derniers mois de ma thèse, les mois les plus difficiles. Vous m'avez accordé votre temps et votre savoir-faire. Sans votre aide précieuse ce travail n'aura pas vu jour. Un profond respect et un remerciement particulier pour votre bonne contribution à l'amélioration de ce travail.

Au personnel de la pharmacie Wague de Bamako :

Dr Coulibaly Araba ; Dr Mamadou Tekete ; Dr Aboubacre Tekete ; comptable Sidy Tekete, Dr Soumahila Traoré à Germaine Souko, Drissa Diarrioso, Wonthy Doucoure,

Vous êtes pour moi comme un père et l'affection dont vous faites preuve à mon égard me touche profondément. Durant ces années, votre soutien et vos conseils furent inconditionnels. Ce travail a été réalisé grâce à vous aussi, je vous en remercie. Que Dieu vous bénisse !

Remerciements

Nous tenons à remercier :

Tous les enseignants de la Faculté de Pharmacie pour la qualité de l'enseignement dispensé,

La famille Djimde à Magnambougou, particulièrement à Yacouba Djimde ; Souleymane Djimde.

A tous les étudiants de la 10ème promotion en particulier à Abdrahamane Bah et Dr Assetou Coulibaly ;

Ne pouvant malheureusement citer toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mon parcours et qui ont contribué d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, à l'accomplissement de cette thèse. Je leurs dis à tous merci d'avoir été là à cet instant précis où je les ai rencontrées et où ils m'ont apporté cette aide qui a sûrement contribué à aller au bout de ce travail.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury Professeur Abdoulaye DABO

- Professeur Titulaire de Parasitologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Directeur Général du Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) ;
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Parasitologie (SOAP).
- Secrétaire Général de la Société de Parasitologie et de Mycologie du Mali (SOPAMYM).
- Officier de l'Ordre National du Mali ;

Cher maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos étudiants, votre modestie et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez ici cher maître notre sincère reconnaissance

A notre maitre et membre du jury

Docteur Seydou Diarra

- Anthropologue ; sociologue
- Formation doctorale à l'université Paris 8 ;
- Membre de droit au groupe technique consultatif pour les vaccins et la vaccination au Mali (GTCV-Mali) ;
- Chercheur sur les politiques et systèmes de santé et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme de l'enfant de 0 à 5 ans et de la femme enceinte au Mali ;
- Assistant section d'anthropologie Médicale/Santé Département de santé Publique et spécialisés Faculté de Médecine et D'odontostomatologie ;
- Enseignant des cours d'Anthropologie médicale et de la santé aux sections d'Anthropologie et de la sociologie de la Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Education à l'Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako ;
- Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de la santé à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMPOS) ;
- Chargé de cours d'Anthropologie médicale et de la santé au cycle de master à l'institut National de Formation en Sciences de la Santé.

Cher Maître,

C'est un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretien, de partage avec vous autour de ce travail. Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations. Homme chaleureux, simple, aimant le travail ordonné, trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Docteur moussa Koné

- Diplômé Doctorat d'Etat en pharmacie en 2001
- Assistant en chimie organique à la Faculté de Pharmacie(FAPH)

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour vous exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui, après toutes ces années.

Homme de science et de culture, vos qualités humaines et professionnelles, votre amour pour la chimie organique font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et codirecteur

Docteur Falaye Keita

- Enseignant–chercheur à ICER=MRTC/FMPOS/CNRST/USTTB-Mali.
- Assistant en santé publique et gestion des risques environnementaux.
- CES de parasitologie, mycologie, malacologie, entomologie médicale et vétérinaire à l’Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD–Dakar).
- CES de santé publique et de rédaction scientifique à l’Université d’Alabama au Birmingham (UAB) aux Etats Unis d’Amérique (USA).
- CES Biosécurité et de Biosurété, membre de l’association malienne de biosécurité et de biosurété.
- Responsable de la prise en charge des grosses jambes au Mali et membre de l’association Yonkoro (=Yonpogolon plus Korolaba) des grosses jambes (Yonpogolon) et des hydrocèles(Korolaba) au Mali.
- Membre de plusieurs ordres professionnels (CNOP) et d’associations de développement communautaire (ADK, ASACOS).

Cher Maître, vous nous faites un immense honneur en acceptant de codiriger ce travail.

En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l’occasion d’apprécier vos qualités humaines et sociales.

Trouvez ici l’expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus sincères.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (D.E.R) des Sciences Fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T.T.B.
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G.
- Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP).
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.

Cher maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Vos remarquables suggestions et la qualité de votre enseignement ont contribué l'amélioration de ce travail.

Qu'Allah le tout puissant puisse vous garder longtemps en Bonne Santé.

Liste des abréviations

Gj : Grosse Jambe

FL : Filariose Lymphatique

CRFBEH : Cellule de Recherche, Formation pour le Bien Etre Humain

ICER : Centre International d'Excellence en Recherche

DEAP : Département d'Epidémiologie des Maladies Parasitaires

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et Odontostomatologie

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale

DDL : Degré de Liberté

Cp : Comprimé

ABZ : Albendazole

KMnO₄ : Permanganate de Potassium

MK : Maladie de Kaposi

ABV : Adriblastine, Bléomycine Vincristine

Mg/m² : Milligramme par mètre carré

BHCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

MRTC : Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme

PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

LCV : Laboratoire Centre Vétérinaire

UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

NIH : Institut Américaine de la Santé

IP-PARIS : Institut Polytechnique de Paris

U : Université

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition de l'échantillon selon l'âge	83
Tableau 2: La répartition de l'échantillon selon le sexe.....	84
Tableau 3: Répartition de l'échantillon selon la profession.....	86
Tableau 4: Considération sur la cause de survenue de la grosse jambe.....	91

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition selon la connaissance et le recours du malade.....	87
Figure 2: Graphique de la répartition de l'échantillon selon le poids des charges sur le revenu des malades.....	88
Figure 3: estimation du poids moyen mensuel du traitement médical en milieu hospitalier comparé à la médecine traditionnelle	89
Figure 4: Estimation du Coup thérapeutique de la prise en charge mensuelle, comparée à la prise en charge initiale de la médecine traditionnelle.....	90
Figure 5: Considérations traditionnelles des parents ou personne en charge sur l'origine de la grosse jambe	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6: Taux de guérison des cas selon le type.....	92

Table des matières

I. Introduction.....	55
II. Objectifs	56
1. Objectif général	56
2. Objectifs spécifiques.....	56
III. GENERALITES	57
3.1. Généralités sur les grosses jambes tumorales et non tumorales.....	57
3.1.1. Les grosses jambes infectieuses non tumorales	57
A. Erysipèles	57
1. Définition.....	57
2. Intérêt	57
3. Epidémiologie [2].....	57
4. Physiopathologie.....	58
5. Données cliniques.....	58
6. Autres formes cliniques	58
7. Traitement.....	59
B. La filariose lymphatique	60
1. Définition.....	60
2. Rappel du cycle biologique de <i>Wuchereria Bancrofti</i>	60
3. Epidémiologie.....	63
4. Mode de contamination :	63
5. Etiopathogenie (cycle de transmission du parasite)	63
5. Clinique	64
6. Diagnostic différentiel :	66
7. Diagnostic biologique :	66
8. Traitement :	66
9. Quelques aspects des répercussions sociales et économiques des complications de la wuchereriose.	67
C. Mycétomes :.....	68
1. Définition :.....	68
2. Intérêts :	68
3. Etiologies : [15]	68
4. Epidémiologie :	69
5. PHYSIOPATHOLOGIE :	69
6. CLINIQUE :	69
7. DIAGNOSTICS	70
D. Les complications de la filariose lymphatique et de l'érysipèle :	71

1. Lymphœdème et l'éléphantiasis :	71
3.1.2. Les grosses jambes tumorales	74
A. Kaposi ou Maladie de Kaposi (MK)	74
1. Définition	74
2. Epidémiologie	74
3. Formes épidémiologiques	75
4. Clinique :	75
5. Forme clinique : [24]	75
6. Le traitement	75
IV. METHODES ET PATIENTS	77
4.1. Cadre d'étude.....	77
4.2. Type et période d'étude.....	80
4.3. Population d'étude.....	80
4.4. Échantillonnage	80
5. Déroulement pratique des enquêtes.....	80
6. Considérations éthiques.....	81
7. Recueil et analyse des données	81
8. Les variables suivantes ont été étudiées	82
V. RESULTATS	83
VI. ICONOGRAPHIE DE LA SOUFFRANCE HUMAINE	93
VII. DISCUSSION	2
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	8
Conclusion.....	8
Recommandations	9
IX. REFERENCES	11
X. ANNEXES	14

I. Introduction

Les grosses jambes sont définies comme une augmentation anormale de la circonférence de la jambe et ou du pied. Ces grosses jambes peuvent être douloureuses ou non avec apparition de ganglions inguinaux qui peuvent se compliquer progressivement en absence d'une prise en charge adaptée.

Les grosses jambes sont toutes des pathologies d'origine de la santé publique environnementale selon leur mode de contamination, s'attrapent localement soit par la piqûre infectante d'un vecteur, d'une épineuse ou une blessure cutanée au membre dans le milieu infectieux (présence de bactéries pathogènes dans l'environnement) avec de rares cas d'origine congénitale et post traumatique

Nous avons deux grands groupes de grosses jambes:

-Les grosses jambes non tumorales (infectieuses)

-Les grosses jambes tumorales (congénitales, phlébites, Maladie de kaposi)

Les grosses jambes infectieuses en représentent le plus grand nombre dont celles d'origine filarienne (Lymphœdème, éléphantiasis) et celles bactériennes ou fongiques (les érysipèles, les cellulites, les mycétomes).

Les cas d'origine bactérienne, tel que l'érysipèle, peuvent être aiguë ou chronique (éléphantiasis).

Le lymphœdème est une grosse jambe qui peut survenir à la suite d'une infection parasitaire telle que la filariose lymphatique, d'un érysipèle mal soigné ou à la suite d'un traumatisme ou toute autre affection pouvant endommager l'intégrité du système lymphatique. Les Lymphœdèmes peuvent être secondaires (iatrogéniques ou infectieux), primitifs le plus souvent sporadiques, parfois familiaux ou peuvent faire parties des syndromes malformatifs et/ou génétiques plus complexes.

Les jambes sont considérées comme l'un des atouts importants

de la beauté de l'être humaine, qui servent à soutenir le corps et qui sont indispensables pour la locomotion. Toute pathologie y touchant entraîne un handicap psychosocial.

Le but de notre travail était d'évaluer le poids de la prise en charge médicale des porteurs de grosses jambes au Mali.

II. Objectifs

1. Objectif général

Etudier le poids de la prise en charge médicale des porteurs de grosses jambes au Mali.

2. Objectifs spécifiques

- ❖ Décrire les aspects épidémio-cliniques des grosses jambes.
- ❖ Déterminer l'impact thérapeutique sur les grosses jambes au Mali.
- ❖ Calculer le coût du traitement du malade.
- ❖ Décrire l'impact social sur le malade.

III. GENERALITES

3.1. Généralités sur les grosses jambes tumorales et non tumorales

Les grosses jambes constituent un problème de santé publique d'origines variées mais essentiellement toutes de sources environnementales ou congénitales.

3.1.1. Les grosses jambes infectieuses non tumorales

A. Erysipèles

1. Définition

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë (non nécrosante) d'origine bactérienne essentiellement streptococcique, pouvant récidiver [1].

2. Intérêt

- **Fréquence** : Il s'agit d'une maladie fréquente mais les prises en charge sont peu connue des populations et du personnel soignant au Mali ;
- **Gravité** : c'est une urgence médicale ; les pertes de substances importantes et la douleur occasionnée par la maladie sont à l'origine d'une impotence fonctionnelle. Ces lésions peuvent être le point de départ d'un choc septique pouvant emporter le malade.
- **Préjudice fonctionnel** : en raison de la limitation des mouvements du membre en rapport avec la douleur et les cicatrices rétractiles.
- **Préjudice esthétique** : en raison de la persistance des lésions cicatricielles.
- **Préjudice social** avec la méfiance des voisins du malade et dans certains cas le rejet social des malades entraînant des problèmes psychologiques importants chez ces malades.

3. Epidémiologie [2]

L'âge de survenue des cas serait les plus de 18 ans, les lésions sont localisées au niveau des membres inférieurs. L'incidence de l'érysipèle est estimée entre 10 et 100 cas pour 100 000 habitants par an [3].

4. Physiopathologie

Sa physiopathologie demeure peu connue. Il s'agit d'une toxo-infection bactérienne avec une faible densité de germes. *Streptococcus*

Pyogènes possède de nombreux facteurs de virulence comme des exoenzymes et des exotoxines variées (toxine érythrogène, exotoxine pyrogène streptococcique). Ces toxines sont responsables de l'éruption mais aussi du choc toxique. Elles se comportent comme des super antigènes provoquant une cascade de réactions inflammatoires. L'hypothèse d'une hypersensibilité au *Streptococcus pyogènes* n'est pas démontrée [3].

5. Données cliniques

Le diagnostic d'érysipèle est facile et clinique. Le début est souvent brutal.

Il associe des signes généraux, volontiers annonciateurs et des signes locaux.

5.1. Les signes généraux : fièvre, frissons, malaise, syndrome pseudo grippal.

La fièvre est habituellement élevée atteignant au moins 38,5°C, voire 39 ou 40°C [4]. Cependant, 15 % des patients hospitalisés sont apyrétiques avant tout traitement.

5.2. Les signes locaux : un placard inflammatoire infiltré (érythème chaud, douloureux et œdémateux), s'étend en quelques jours. Plus de 85 % des érysipèles siègent aux membres inférieurs, pour moins de 10 % au visage et 2 à 12% aux membres supérieurs [5]. La topographie actuelle a rendu le diagnostic moins aisé du fait de la disparition du bourrelet périphérique classiquement mais inconstamment décrit au visage. La porte d'entrée doit être recherchée. Elle peut être minime (piqûre d'insecte, intertrigo interorteils) ou plus évidente (ulcère de jambe, plaie traumatique...). Ce placard inflammatoire est généralement isolé, et il n'a pas tendance à la guérison centrale mais plutôt par les bords. Il peut exister des bulles (suivant l'importance de l'œdème), un purpura pétéchial mais pas de nécrose sauf dans le cas de l'érysipèle chronique

6. Autres formes cliniques

6.1. Formes topographiques

- Erysipèle du visage : s'accompagne d'une plaque érythémateuse, œdémateuse et inflammatoire, bien limitée en périphérie par un bourrelet. Les lésions sont parfois bilatérales en aile de papillon.
- Erysipèle du bras
- Erysipèle de l'ombilic

6.2 Formes graves

C'est la fasciite nécrosante : C'est une urgence médico-chirurgicale.

Au début le malade est agité ou au contraire prostré, le membre atteint est froid, livide et très douloureux.

7. Traitement

7.1. But : le traitement a pour but de

- Stériliser le foyer infectieux
- Eviter la complication
- Eviter les récurrences

Pour cela on dispose de moyens suivants : généraux, médicaux et chirurgicaux.

7.2. Moyens

7.2.1. Moyens médicaux

- Les antibiotiques : (Amoxicilline, pénicilline G, Pristinamycine, Benzathine pénicilline : 2,4MUI, clindamycine).

En cas d'allergie aux b-lactamines ; on donne la clindamycine 40mg/kg/j en trois prises chez l'enfant de plus de 6 ans.

Et chez l'enfant de moins 6 ans on donne la sulfaméthoxazole-triméthoprimine en trois prises par jour pendant 7 jours en fonction de l'évolution.

- Les antalgiques :(Paracétamol), les morphiniques et les antiseptiques (polyvidone iodée, Chlorhexidine à 1%, permanganate de potassium(KMnO₄)).

7.2.2. Moyens chirurgicaux : consistent à l'ablation des tissus nécrosés : c'est la phase de détersion. Des greffes de peau sont nécessaires pour accélérer la guérison des ulcérations de grande taille.

7.2.3. Moyens généraux

- Information, éducation et communication : éviter la sédentarité, une bonne hygiène de vie, éviter l'automédication.
- Repos au lit, jambe en position déclive.

B. La filariose lymphatique

1. Définition

La filariose lymphatique (FL) est une maladie parasitaire environnementale due à *Wuchereria bancrofti*, à *Brugia malayi* et à *Brugia timori*. Ces parasites sont transmis à l'homme par la piqûre infectante des moustiques du genre *Aedes*, *Culex*, *Anophèles*, *mansonina* [6]. Cette infection parasitaire peut entraîner des œdèmes divers dont les grosses jambes (lymphœdème et éléphantiasis).

2. Rappel du cycle biologique de *Wuchereria Bancrofti*

Chez l'homme l'hôte définitif (HD) : C'est lors de la piqûre infectante d'un moustique femelle hébergeant des larves infestantes au stade III que l'Homme est contaminé. « Lorsque le moustique pique, la gaine de la trompe sans pénétrer dans la peau, s'infléchit, sa partie moyenne devient béante et permet l'échappement des larves. Lorsque le moustique prend du jus sucre, les larves peuvent s'échapper et ceci explique que le vecteur se déparasite spontanément. Les larves pénètrent ainsi activement dans la peau, puis gagnent les espaces lymphatiques. Les vers adultes vivent dans les canaux lymphatiques en amont des ganglions et parfois même à l'intérieur de ceux-ci. Arrivée à la maturité sexuelle, la femelle expulse des embryons vivipares ou microfilaires. Ces microfilaires sont entraînés par la lymphe et se concentrent dans le sang circulant ou elles peuvent vivre environ 3 mois. Pendant la journée, les microfilaires se cachent dans le système artériel profond, essentiellement au niveau des artérioles pulmonaires, du cœur gauche et de l'aorte [7].

- Chez les moustiques l'hôte intermédiaire (HI) : au cours de son repas de sang, le moustique pique les sujets infectés et ingère les microfilaires (mf) de *Wuchereria bancrofti* entre 22 heures et 02 heures. Les microfilaires ainsi ingérées perdent leur gaine atteignent l'estomac du moustique, pénètrent la paroi intestinale avant de migrer vers les muscles thoraciques ou elles vont subir une première mue. Elles évoluent vers

le stade larvaire 1 (LI) en 5 à 6 jours. Du stade LI, elles passent au stade intermédiaire LII appelé «corps de saucisse » Quelques jours après, une autre mue s'effectue donnant ainsi le stade LIII (infectant). Les larves sont alors très mobiles, longues et fines. L'ensemble du cycle dure en moyenne un peu moins de quinze jours à 25°C-30°C. Cette durée est fonction de la température, de l'espèce ou de la souche [8].

Pour la schématisation la **figure1** ci-dessous montre le stade infectieux chez l'homme, et le moustique.

Les flèches montrant la direction de l'évolution biologique du parasite.

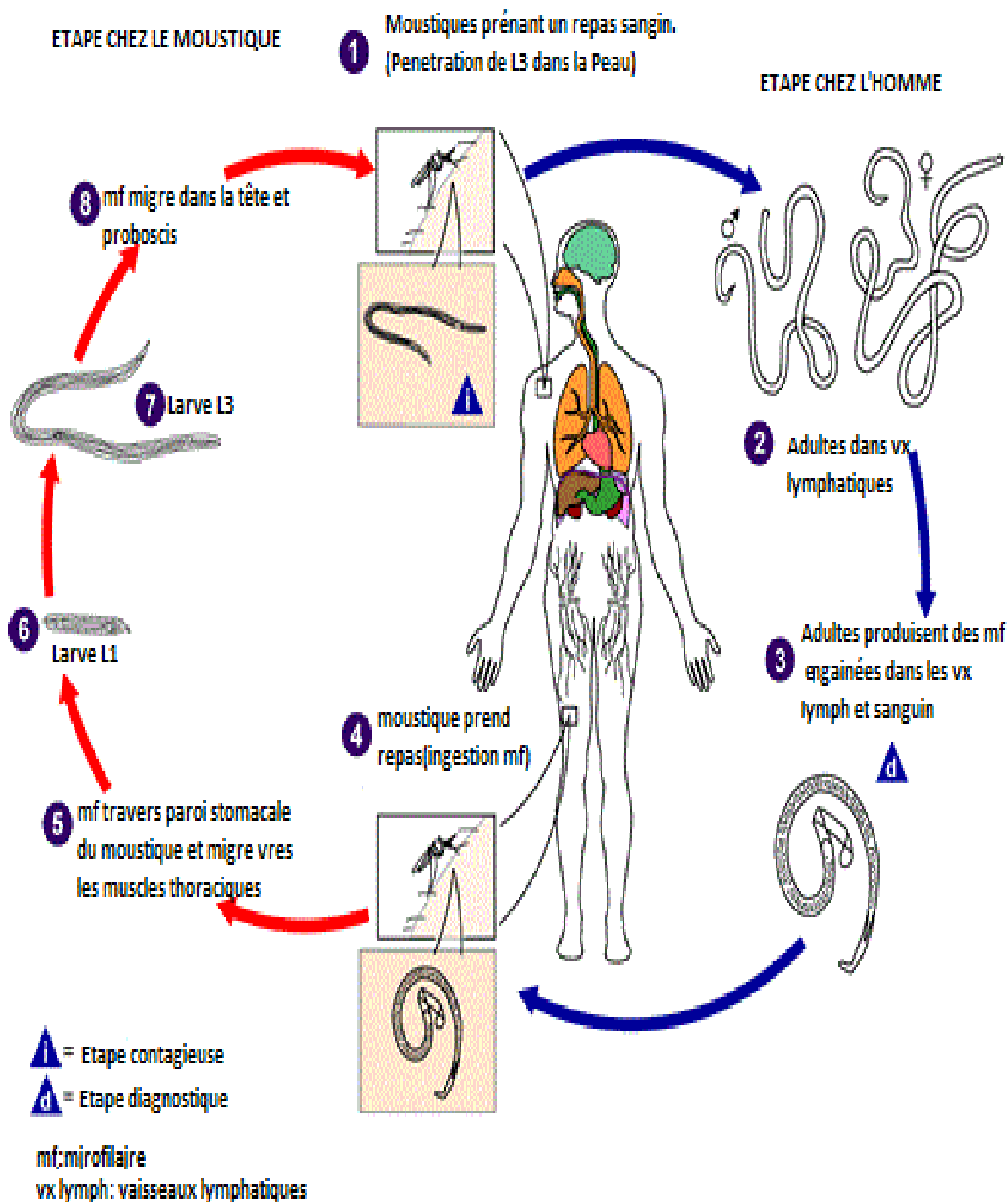


Figure1 : Cycle biologique de *Wuchereria Bancrofti* ; modifié du CDC (Center for Diseases Control) trouvé sur le site <http://www.cdc.gov/dpdx>, consulté le 17/07/2019 [9].

3. Epidémiologie

Les grosses jambes d'origine filarienne sont vraiment des maladies environnementales dans les pays tropicaux endémiques de cette parasitose.

Environ 1,39 milliard de personnes sont exposées à d'infection dans plus de 83 pays et 120 millions sont infectées dans les zones où la filariose est endémique (Asie, Afrique, Pacifique, Amérique latine, Caraïbes et en Méditerranée orientale) [10].

Trois filaires lymphatiques se rencontrent chez l'homme :

-la filaire de Bancroft

-la filaire de Malaisie

-la filaire à *Brugia malayi* est exclusivement Asiatique

4. Mode de contamination :

Le moustique s'infecte en ingérant des microfaires lors d'un repas sanguin chez une personne déjà infectée asymptomatique ou porteur de complication. Ces microfaires se transforment en larves infestantes sans se multiplier. Des piqûres répétées sont nécessaires pour transmettre la maladie.

On considère qu'il faut effectuer un séjour de plus de six mois en zone d'endémie pour que survienne une forme clinique chronique caractéristique qui témoigne de la présence de vers adultes dans l'organisme.

Lorsque les piqûres de moustiques sont peu nombreuses, seule la survenue d'une symptomatologie aiguë, témoignant de la présence de larves infestantes dans l'organisme est possible. Le faible nombre de larves infestantes rend le risque de la transformation de ces larves en adultes peu probable.

5. Etiopathogénie (cycle de transmission du parasite)

Les larves infestantes inoculées par les moustiques se transforment en vers adultes dans le système lymphatique de l'homme parasité.

La présence des vers adultes est responsable de réactions immunologiques à l'origine des manifestations cliniques qui peuvent se manifester localement ou à distance. Au pire il y a **obstruction lymphatique**, surtout à l'occasion de la mort des vers adultes,

lorsque la libération de matériel antigénique est massive et provoque une réaction inflammatoire intense. Ces réactions provoquent une perturbation tissulaire entraîne polyfistulisations des cellules qui sont responsables de l'œdème de jambe nommé grosse jambe pouvant être unilatérale ou bilatérale.

Le plus souvent les microfilaires (Bancroft) circulent dans le sang périphérique la nuit. Cette périodicité correspond au maximum d'activité du vecteur car correspond à la période d'immobilisation ou de repos de sa victime(Homme).En pratique, il est recommandé de faire le prélèvement entre 22heures00 et 2heures00 dans la nuit [11].

Dans la journée, les microfilaires restent localisées dans les capillaires pulmonaires. Le mécanisme responsable de cette périodicité n'est pas encore élucidé mais on sait qu'il dépend de l'activité du malade puisque cette périodicité est inversée chez les sujets qui ont un rythme nyctéméral inversé (veilleur de nuit) ou les sujets alités.

Plus la symptomatologie est marquée : éléphantiasis, adénite, manifestations pulmonaires...moins la recherche de microfilarémie est positive. Celle-ci est fréquemment positive chez les sujets asymptomatiques. Mais aujourd'hui le diagnostic immunologique est possible depuis les années 1999 à 2000 qui permet de tester l'Antigène Filarien Circulant à tout moment pendant les 24heures de la journée de jour comme de nuit avec exactitude selon l'OMS.

Biopsier ou ponctionner une adénopathie est contre-indiqué.

En effet, cela favorise les poussées inflammatoires, le risque de surinfection et la survenue d'un éléphantiasis.

6. Clinique

6.1. Diagnostic clinique

Par la reconnaissance des signes cliniques chroniques de la maladie qui sont l'éléphantiasis et l'hydrocèle.

6.2. Manifestations cliniques

6.2.1. Manifestations aiguës

Elles peuvent survenir moins de 3 mois après le début d'un séjour en zone d'endémie.

➤ Lymphangites superficielles

Elles sont souvent précédées de symptômes généraux avec fièvre élevée.

Comme les lymphangites banales, elles déterminent l'apparition d'un œdème inflammatoire, douloureux, au niveau d'un membre. La peau est chaude et luisante. Il existe une adénite régionale satellite. Dans les formes typiques, elles s'individualisent par leur progression centrifuge (de la racine vers l'extrémité du membre), à l'opposé des lymphangites bactériennes.

➤ **Lymphangites profondes**

Comme les lymphatiques périphériques, les troncs profonds peuvent être atteints : le syndrome fièvre-douleur thoracique ou abdominale chez un filarien traduit souvent une lymphangite aiguë profonde.

➤ **Adénites aiguës**

Elles surviennent isolément ou accompagnent les lymphangites et siègent le plus souvent aux aires inguinales et axillaires.

Les manifestations initiales peuvent être moins typiques et d'apparition plus progressive :

- sensations de tiraillements,
- de pesanteurs nocturnes au niveau de la cuisse, du cordon spermatique et du testicule,
- œdèmes localisés, fugaces, souvent sensibles et légèrement érythémateux des membres et des organes génitaux masculins ou féminins (cas œdème vulvo-vaginales ou des grandes lèvres).

6.2.2. Manifestations chroniques

➤ **L'éléphantiasis**

Il est exceptionnel et spectaculaire. Il siège le plus souvent au niveau des membres inférieurs, mais peut survenir dans tous les territoires où se sont succédé des épisodes de lymphangites aiguës. Sa formation est lente, il reste longtemps bien toléré jusqu'à constituer progressivement une infirmité monstrueuse.

➤ **Une chylurie témoigne d'une fistule lympho-urinaire**

Elle se manifeste par l'émission d'urines laiteuses ou eau de riz qui ont la particularité de coaguler plus ou moins rapidement à la différence d'une simple lipurie ou d'une pyurie.

➤ **L'hydrocèle vaginale ou scrotale est fréquente**

Il est le plus souvent constitué d'un liquide citrin que d'un liquide hématique ou chyleux ou même de l'éléphantiasis scrotal.

7. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel de l'éléphantiasis se pose avec l'érysipèle à répétition des membres Inférieurs (porte d'entrée bactérienne, jambe rouge et douloureuse) et la thrombose veineuse profonde (caractérisée par une veine rouge, dure et douloureuse au toucher) [12], celui de l'hydrocèle avec le kyste du cordon et la hernie inguinale [13].

8. Diagnostic biologique :

Par la mise en évidence du parasite dans le sang et dans les urines du malade.

➤ **Dans le sang**

Le moment du prélèvement varie avec la périodicité des microfilaires de l'espèce considérée. La périodicité dépend de l'espèce parasitaire et de la zone épidémiologie environnementale. Pour *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *Brugia timori* entre 22h à 2h du matin sauf la sous espèce de *Wuchereria bancrofti* variété pacifica qui a une périodicité diurne. Le laboratoire utilise des techniques de concentration pour mettre en évidence des microfilaires dans le cas de faibles parasitémie. La recherche parasitaire est aussi possible à tout moment en utilisant le test immunochromatographie (ICT) ou en administrant des médicaments microfilaricides (Notézine ou Ivermectine) avant le prélèvement sanguin à raison de 200ug /kg poids après 1heures.

➤ **Dans les urines**

Les microfilaires doivent être recherchées systématiquement en cas de chylurie.

9. Traitement :

Le traitement des grosses jambes d'origine filarienne comporte plusieurs composantes :

9.1. Traitement des manifestations aiguës :

- Le repos,
- Les antalgiques,
- Les anti-inflammatoires.

Deux types de filaricide :

Microfilaricides au nombre de deux molécules :

- la Notézine (diéthylcarbamazine)
- l'ivermectine à raison de 200ug par Kg poids en préventif et en curatif

Un macrofilaricide une molécule :

- Albendazole(ABZ) 400mg en association

Les deux molécules Ivermectine et l'Albendazole sont utilisés en traitement curatif et préventif dans le traitement de masse selon l'OMS.

9.2. Traitement des lésions chroniques :

Le traitement se fait selon l'aspect du tableau clinique.

Antibiotique avec acide clavulanique ou macrolides + antalgiques+ antiseptiques+ Antibiotiques pommades sur la plaie + Antifongiques locales + Pommade lubrifiante cutanée sur les parties non ulcérées + veinotonique

10. Quelques aspects des répercussions sociales et économiques des complications de la wuchereriose.

La filariose lymphatique est un lourd fardeau social, à cause de ses complications chroniques invalidantes souvent dissimulées et considérées comme honteuse. Pour les hommes, les manifestations génitales sont des handicaps graves, à cause de gêne physique et d'exclusions sociales. Pour les femmes, la maladie est assortie d'un sentiment de honte et de tabous. Les cas de divorce conjugal liés à l'apparition de ces complications deviennent fréquents dans nos sociétés. Beaucoup d'agents socio-sanitaires assistent ces malades pour des fins de soulagement psychologique faute de la maîtrise de la maladie et de schéma thérapeutique adapté. Celles qui représentent un lymphœdème sont considérées comme indésirables. Les victimes de ces cas d'hypertrophies des membres inférieurs et des organes génitaux sont rejetées par ceux-ci qui doivent les assister et peuvent entraîner des perturbations psychologiques chez ces grosses jambes (lymphœdème et éléphantiasis) dans la société. Le mariage, source essentielle de sécurité et de stabilité sociale dans de nombreuses situations devient impossible ou se brise. Sur le plan économique, la filariose lymphatique handicape physiquement de nombreux malades et les empêche de travailler normalement.

~~L'hydrocèle, l'éléphantiasis et le lymphœdème entravent l'épanouissement non~~

seulement de l'individu mais aussi et surtout le développement de toute la famille. Ces complications sont antagonistes de l'esthétique en ce sens accentuent les psychoses chez les victimes.

En Inde, les pertes liées à la pathologie sont estimées à 1500 millions de dollars.

En 1990, le nombre de personnes handicapées s'élevait à 850000.

En 2005, plus de 40 millions de personnes étaient gravement handicapées (2ième principales causes de handicap dans le monde après la maladie mentale) ou défigurées par la maladie qui ne cesse de progresser notamment à cause de l'urbanisation rapide et sauvage.

C. Mycétomes :

1. Définition :

On entend par mycétome "tout processus pathologique au cours duquel des agents étiologiques fongiques ou actino-mycosiques d'origine exogène produisent des grains" [14].

2. Intérêts :

Cible : adultes jeunes (20-40 ans) habitants du milieu rural.

Maladie invalidante (plusieurs mois d'incapacité de travail).

Complications redoutables : atteinte locorégionale (ganglion et os)

Traitement long, coûteux, médical ou médicochirurgical (amputation).

3. Etiologies : [15]

Les mycétomes peuvent être causés soit par les bactéries ou les champignons.

3.1. Bactéries

On distingue 3 formules selon Gross et Gee Felou

Les Nocardiaceae comprennent :

- *Nocardia brasiliensis* (grain jaune).
- *Nocardia astéroïde* (grain jaune).
- *Nocardia caviae* (grain jaune).

Le Streptomycetaceæ aérobies strictes comprennent :

- *Le Streptomyces somaliensis* (grain jaune).

Les thermonosporocea comprennent :

- *Actinomadura madurae* (grain blanc ou rose).
- *Actinomadura pelletieri* (grain rouge).

3.2. Champignons

L'espèce le plus fréquent de mycétome fongique est *Madurella mycetomi* (Grains noirs) qui est responsable de 50% des cas dans le monde.

4. Epidémiologie :

Les mycétomes sont des affections fréquentes dans les pays tropicaux. Les infestations mycosiques existent à l'état endémique en Inde, en Afrique tropicale (Mexique, Venezuela, Etats unis [16].

Habitats (réservoir) : saprophyte du sol et végétaux.

Contamination : traumatisme (piqûre d'épineux, bois mort contaminés).

5. Physiopathologie :

Il est caractérisé par une pseudotumeur, accompagnée en général de fustulations multiples et contenant des graines formées par des enchevêtrements de filaments ou actinomycosiques. Les espèces fongiques les plus fréquemment associées aux manifestations cliniques sont les champignons ou les actinomycètes avec les genres suivants :

- Madurella*
- Allercheria*
- Monsporium*
- Cephalosporium*
- Leptshaeria*

Les actinomycètes:

- Nocardia*
- Streptomyces* [17].

6. Clinique :

Au plan clinique il s'agit d'une maladie à évolution lente pouvant conduire à une nécrose osseuse et à une sclérose. Souvent bourgeonnantes.

Elles ont un caractère pseudoangiomateux de consistance molle ou dure faites de fistules purulentes avec une émission de grains de sérosité hématique. Elles s'accompagnent d'adénopathie d'une fébricule, la douleur et l'impotence fonctionnelle.

7. Diagnostics

Comme pour toutes les infections microbiennes, le diagnostic des mycétomes repose sur la confrontation de l'épidémiologie des examens cliniques, radiologiques et des examens de laboratoire.

7.1. Diagnostic positif

Le diagnostic repose sur l'extraction, observation, et l'identification de la nature des grains.

L'hypothèse diagnostiquée est confirmée par la culture des grains au laboratoire de mycologie ou par biopsie.

7.2. Diagnostic différentiel

Le diagnostic de certitude se pose avec les autres causes œdème de membres inférieurs ou du pied. Il s'agit :

- Maladies tumorales : Mélanomes malins, Maladie de kaposi, Carcinome spin cellulaire, Myxœdème.
- Maladie infectieuse : Osteomyélite, Lèpre, Tuberculose, Filariose de bancroft
- Maladie métabolique : Pied diabétique.

Les états inflammatoires de cette pathologie posent le problème de différenciation avec les grosses jambes chroniques et les érysipèles.

7.3. Traitement

Le traitement consiste a administré les antifongiques et ou les antibiotiques.

Les antifongiques : Ketoconazole 200mg, Terbinafine comprimé 250 mg

Les antibiotiques. : Streptomycine, l'amikacine, Ciprofloxacine, Amoxicilline-acide clavulanique.

Les antiseptiques : le permanganate de potassium (KMNO₄), Dakin Cooper 1%, Eau oxygéné.

La prophylaxie : la prophylaxie consiste à éviter les écorchures du ou des pieds.

D. Les complications de la filariose lymphatique et de l'érysipèle :

1. Lymphœdème et l'éléphantiasis :

Le lymphœdème et l'éléphantiasis sont deux aspects cliniques des complications de la filariose de Bancroft dont le premier peut persister ou évoluer en second. Ils suivent tous les mêmes processus physiopathologiques et immunologiques

L'érysipèle chronique peut également évoluer à l'éléphantiasis.

1.1. Physiopathologie du lymphœdème et ou de l'éléphantiasis :

La physiologie du corps humain a montré que tous les tissus et organes renferment la lymphe ou presque sauf la moelle osseuse, les capillaires sanguins et le système nerveux central.

L'appareil circulatoire lymphatique débute en périphérie dans le tissu conjonctif par les capillaires à l'extrémité borgne drainant le liquide interstitiel. Les capillaires conduisent le sang dans les vaisseaux lymphatiques collecteurs. Le long de ce trajet, la lymphe aboutit aux troncs principaux (canal thoracique gauche, canal thoracique droit) qui se jettent dans le système veineux.

Un drainage inadéquat (obstruction lymphatique) entraîne un œdème d'abord transitoire puis stationnaire et irréversible.

Le retour veineux peut être compromis par une apoplasie lymphatique congénitale dans les cas d'éléphantiasis et de lymphœdèmes congénitaux.

Il peut être généralement dû à une altération des collecteurs survenant après obstruction des vaisseaux lymphatiques par les parasites (cas des filaires) [18].

L'éléphantiasis du scrotum peut dépasser la tête d'un adulte. Au niveau de l'aire les dilatations lymphatiques énormes constituent un adénolymphocèle.

L'éléphantiasis de face donne au faciès l'aspect caractéristique de la léontiasis. Deux facteurs interviennent dans la constitution d'un éléphantiasis notamment la stase lymphatique due à une obstruction vasculaire ou ganglionnaire et l'inflammation locorégionales des tissus conjonctifs.

Une inflammation, un traumatisme, une destruction après chirurgie ou radiothérapie peuvent évoluer et donnent de lymphœdème.

L'évolution de ses différents phénomènes anatomiques, chimiques et mécaniques est à l'origine des aspects cliniques de grosses jambes.

Suivant la physiopathologie de ces cas, on distingue :

Des cas de lymphœdèmes primaires et d'éléphantiasis (congénitaux) qui sont les moins fréquentes ; des cas d'éléphantiasis et de lymphœdèmes secondaires ou acquis qui sont les plus fréquentes dans les pays tropicaux «Mali».

Ces types de grosses jambes se subdivisent en malins et bénins.

Les lymphœdèmes et éléphantiasis bénins sont des cas d'origines parasitaires ; les lymphœdèmes et éléphantiasis malins sont des cas d'origines mécaniques (inflammation post-thrombotique, iatrogène par compression ou fibrose retro péritonéale) ; ces types sont causés par un lymphosarcome (le rétrécissement des vaisseaux lymphatiques par une compression de masse).

Il existe plusieurs types d'éléphantiasis :

Eléphantiasis congénita hereditaria : trophœdème (de Meige) ;

Eléphantiasis familial de Milory : affection familiale et héréditaire apparaissant à la puberté due vraisemblablement à une malformation congénitale des vaisseaux lymphatiques ; Il peut être rapproché du trophœdème de Meige.

Eléphantiasis gingival : hyperplasie gingivale généralisée, caractérisée par une structure fibreuse ;

Dans certains cas, ce processus est provoqué par l'absorption régulière de médicaments à base d'hydantoïne (traitement de l'épilepsie).

Eléphantiasis grec éléphantiasis due à la lèpre ;

Eléphantiasis neuromatosa : neurofibromatose plexiforme de dimensions importantes et l'aspect macroscopique rappellent celui de l'éléphantiasis ;

Eléphantiasis palpébral : épaissement des paupières, qui peut être consécutive à une inflammation chronique ou d'origine congénitale.

Eléphantiasis Telangiotoses : forme d'éléphantiasis circonscrite et peu étendue, dans laquelle la peau apparaît plissée.

Eléphantiasis nostras, dû à une obstruction lymphatique consécutive à une lymphangite microbienne (le plus souvent streptococcique), à une adénopathie cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique ou suppurée, à l'extirpation chirurgicale des ganglions.

1.2 Diagnostic du lymphœdème

Il est essentiellement clinique basé sur

- l'interrogatoire qui va rechercher les antécédents du patient, en particulier, d'érysipèles, d'insuffisance veineuse chronique, de traumatismes mais aussi les antécédents familiaux en cas de lymphœdème primaire,
- les signes cliniques non spécifiques : le signe du godet (empreinte laissée par un doigt après application d'une pression), des angiomes plans,
- les signes cliniques spécifiques comme le signe de Stemmer-Kaposi qui est l'impossibilité de pincer la peau du dos du deuxième orteil,

1.3 Traitement du lymphœdème et de l'éléphantiasis

Schémas thérapeutiques selon le tableau clinique de la grosse jambe :

Traitement parasitaire systématique à titre curatif et préventif Ivermectine **et** albendazole. Le choix thérapeutique des lésions cliniques dépend de l'état et de l'aspect clinique du cas.

❖ Lymphœdèmes :

✓ Lymphœdèmes sans plaies, intertrigo-inter orteils :

Antibiotique + Anti -inflammatoire, Antiseptiques + Pommade lubrifiatrice cutanée + veinotonique plus contention élastique.

✓ **Lymphœdèmes avec plaies surinfectées ou non :**

Antibiotique + Antalgiques + Antiseptiques + Antibiotiques pommades sur la plaie-
Pommade lubrifiante cutanée sur les parties non ulcérées + veinotonique.

✓ **Lymphœdèmes avec plaies surinfectées ou non avec une mycose interdigitale des orteils :**

Antibiotique + Antalgiques + Antiseptiques+ Antibiotiques pommades sur la plaie +
Antifongiques locales + Pommade lubrifiante cutanée sur les parties non ulcérées +
veinotonique.

❖ **Eléphantiasis :**

✓ **Eléphantiasis sans plaie ni lésion interdigitale :**

Antibiotique + Anti-inflammatoire + Antiseptiques + Pommade lubrifiante cutanée +
veinotonique + Antiagrégants plaquettaires par voie orale.

✓ **Eléphantiasis avec plaie ni lésion interdigitale :**

Antibiotique avec acide clavulanique ou macrolides + antalgiques antiseptiques+
Antibiotiques pommades sur la plaie + Antifongiques locales + Pommade lubrifiante
cutanée sur les parties non ulcérées + veinotonique.

3.1.2. Les grosses jambes tumorales

A. Kaposi ou Maladie de Kaposi (MK)

1. Définition

La maladie Kaposi est un néoplasie vasculaire lié à l'infection de Human
Herpes Virus 8(HHV8) qui atteint généralement les tissus cutanéomuqueux, ainsi des
ganglions lymphatiques ou des organes internes comme les intestins, les poumons, le
foie [19].

2. Epidémiologie

L'incidence de la MK est fonction de l'origine géographique variant de 0,4 à 0,5% dans
les pays occidentaux, à 1,5% dans le Nord d'Italie, 3% dans le Sud et 4,1% en Arabie
Saoudite où la MK est le cancer le plus fréquent après la transplantation. La moyenne
d'âge se situe autour de 40ans et des cas pédiatriques ont été rapportés. Il existe une
prédominance masculine. Le terrain ethnique semble déterminant puis que la plupart

des cas concernent des patients d'origine méditerranéenne, israélite, arabe ou africaine [20].

La survenue de MK chez les séronégatifs trouverait un terrain favorable, chez les sujets diabétiques, âgés, par ailleurs des insuffisants cardiaques. [21]

3. Formes épidémiologiques

Cliniquement, il ya quatre formes de la maladie de kaposi qui a été décrit.

Il s'agit :

-MK classique ou méditerranéenne.

La MK classique a été décrite pour la première fois par Moritz Kaposi en 1872. [22].

Elle survient chez l'homme (15 hommes pour 1 femme) de plus de 50ans originaire du bassin méditerranéen ou d'ascendance Juive. Les lésions sont localisées aux membres inférieurs avec une atteinte lymphatique (lymphoedème),

- La MK africaine,

- La MK iatrogénique,

- La MK SIDA ou épidémique.

4. Clinique :

Cliniquement, elle se présente sous forme de plaque, papule, de nodule violine, angiomateux ou pigmentée. [23].

5. Forme clinique : [24]

5.1. La forme clinique selon la localisation du membre inférieur

➤ Atteinte cutanée

La MK méditerranéenne classique est assez monomorphe avec des lésions à types de bourgeons charnus, de nodules ou placards angiomateux, rouges violets voire bleutés, à croissance très lente situés presque exclusivement sur les membres inférieurs souvent assez symétriques, dans un contexte d'œdème parfois très important (Eléphantiasis Kaposi).

6. Le traitement

Le traitement de la MK repose sur des traitements locaux (Radiothérapie, cryothérapie, cryochirurgie), associé dans les formes évolutives à un traitement général par chimiothérapie

Les médicaments utilisés pour maîtriser le VIH pourrait contribuer à contrôler la MK.

6.1. Moyens thérapeutiques

6.1.2. Traitements locaux

Ils comprennent la radiothérapie d'intensité modérée, la cryothérapie cytotoxique (bléomycine, vinblastine). L'administration intra lésionnelle de BHCg est une autre possibilité.

Il s'agit d'un traitement qui a un intérêt esthétique indiqué dans les formes mineures ou en complément d'autres traitements. La radiothérapie a également des propriétés antalgiques et antiœdémateuses.

6.1.3. Traitements généraux

➤ Monochimiothérapie

Les drogues utilisées en monochimiothérapie sont :

- bléomycine,
- vinblastine.

➤ Polychimiothérapie

La polychimiothérapie de référence de la MK est l'ABV qui associe la doxorubicine (Adriablastine, la vincristine) et la bléomycine.

IV. METHODES ET PATIENTS

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la Cellule de Recherche Formation pour le Bien Etre Humain CRFBEH/ICERMali=MRTC-Ogobara Doumbo/DEAP/FAPH /FMOS/USTTB.

DEAP : Mission, création, fonctionnement, services collaborateurs

Le département d'épidémiologie des affections parasitaires de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (DEAP/FMPOS)

Le DEAP a été créé en 1976 par le Pr Philippe Ranque de la Faculté de Marseille. Il est devenu centre collaborateur de l'OMS en 1984.

Le DEAP est une structure de formation (parasitologie, entomologie, macologie etc....) et de recherche sur les maladies parasitaires de la FMPOS (Faculté de médecine, de pharmacie, et d'Odontostomatologie). Une formation doctorale en parasitologie-entomologie médicale est dispensée par le DEAP en collaboration avec l'Institut Pédagogique Universitaire (IPU=ex-ISFRA) pour les étudiants de la faculté des sciences, les médecins et pharmaciens qui intègrent une carrière universitaire et de recherche.

Le DEAP a une mission d'appui aux programmes nationaux et de lutte contre les grandes endémies parasitaire : Onchocercose, paludisme, schistosomiase et dracunculose. Les données épidémiologiques générées par les chercheurs du DEAP servent de base pour l'élaboration de stratégies de contrôle et l'établissement d'une cartographie nationale sur les affections parasitaires.

Le DEAP organise des cours internationaux : cours supérieur d'épidémiologie de l'OMS, cours de méthodologie de la recherche appliquée, cours internationaux de paludologie et reçoit de nombreux chercheurs internationaux.

-Le DEAP est dirigé par un Pharmacien chef du département.

-Les enseignants chercheurs sont au nombre de plus de 60.

Plusieurs internes y font leurs thèses : une cinquantaine par an.

-Les unités d'enseignement et de recherche constituent l'ossature du DEAP :

Unité de recherche sur le paludisme « Malaria Research and Traing center créée en 1992 pour plus d'appui au PNLN », unité de recherche sur les schistosomiasés et les helminthes, unité de recherche en épidémiologie, bio-statistiques, et informatique et les mollusques hôtes intermédiaires, unité de cartographie (GIS/RS). Unité MEDRU, Unité d'immunologie, Unité filariose, Target Malaria. Les unités se créent suivant les besoins et des compétences.

Collaborateurs

-Au Mali ; le Ministère de la santé, IPU=ISFRA, INSP, DE, Hôpitaux, LCV, IER, institut Marchoux

-Au plan international : NIH(USA), U-Tulane, U-Maryland, IP Paris, U-Marseille, U-Angers, U-Oxford, Institut de Médecine Tropicale (France, Belgique et Allemagne), OMS, US-AID, AIEA.

Les activités du DEAP sont financées essentiellement par les projets de recherche et de formation obtenus sur des bases compétitives internationales (OMS, AIEA, US-SAID, CEE, VIHPAL, NIH, GTZ, UNICEF, U-Mali). Le gouvernement de la République du Mali apporte un appui conséquent au DEAP depuis longtemps.

Le DEAP dispose d'un accès internet à la bibliothèque nationale des USA.

Les messageries e-mail et système fax relient les chercheurs de DEAP à un réseau de collaboration nationale, Africaine et internationale.

MRTC : Création, collaboration, mission

Le MRTC a été créé en 1992 dans le cadre d'un partenariat entre la FMPOS, les Instituts Nationaux de Santé des Etats-Unis (NIAID/NIH) avec le support d'autres partenaires comme l'Université de Rome (La Sapienza), la Fondation Rockefeller et de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). Le centre s'est agrandi en développant des collaborations avec plusieurs universités et institutions de recherche à travers le monde.

Le centre est constitué de deux principales entités :

-Le Département d'Entomologie médicale et des maladies à transmission vectorielle (DMEVE/MRTC) ;

-Le Département de parasitologie et des essais de vaccins antipaludiques (DEAP/MRTC).

Collaboration :

Le MRTC collabore avec ses partenaires pour le développement des méthodes et des stratégies appropriées de lutte contre le paludisme et les autres maladies à transmission vectorielle (les leishmanioses, les filarioses, les arboviroses). Le MRTC applique les méthodes et les techniques de pointe pour étudier ces affections.

Avec l'expansion de la collaboration entre l'Université de Bamako et le NIAID/NIH au VIH-SIDA/tuberculose (Centre de recherche SEREFO), le Centre International d'Excellence en Recherche (ICER), a été créé en 2002. L'ICER regroupe les trois centres de recherche (DEAP/MRTC, DEMEVE/MRTC et le SEREFO).

Sur le plan administratif et financier, les trois entités sont indépendantes mais collaborent étroitement. Elles sont toutes trois sous la tutelle de la FMPOS.

Les missions du MRTC sont entre autres de :

- Former les scientifiques maliens et étrangers dans le domaine de l'entomologie médicale, de la parasitologie, et de l'épidémiologie des maladies à transmission vectorielles.
- Conduire des recherches fondamentales et opérationnelles sur les maladies à transmission vectorielle dont les résultats permettent une meilleure gestion de ces maladies basée sur l'évidence.
- Tester les nouvelles stratégies de contrôle des maladies à transmission vectorielle.
- Maintenir et renforcer la formation et les capacités de recherche de la FMPOS et des autres structures de recherche.
- Fournir un appui technique aux programmes nationaux de lutte contre les maladies et à d'autres organisations impliquées dans les activités de lutte contre des maladies à transmission vectorielle.
- Contribuer à l'effort international de développement et d'essais vaccinaux contre les maladies parasitaires importantes en santé publique
- Faciliter l'établissement de réseaux de recherche sur les maladies à transmission vectorielle entre les scientifiques africains et leurs partenaires internationaux.
- Maintenir et élargir les programmes de collaboration avec le NIH et les instituts de recherche et/ou académiques d'autres pays.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective, descriptive, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018.

4.3. Population d'étude

L'étude a porté sur les personnes souffrantes de grosses jambes, reçues durant la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018.

La population d'étude était constituée d'hommes et de femmes âgés de plus de 15 ans et ayant donné leur consentement volontaire.

4.4. Échantillonnage

L'étude a concerné l'ensemble des patients porteurs de grosses jambes enregistrés durant la période indiquée.

4.4.1. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les malades consentant reçus en consultation en provenance des hôpitaux du Mali, des Cscoms, des structures cliniques, des anciens maladies au CRFBEH/ICER Mali=MRTC-Ogobara Doumbo /FAPH/DEAP /FMOS-FAPH/USTTB du Point " G" souffrant d'une grosse jambe et d'œdèmes des membres inférieurs non tumoraux et tumoraux.

4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- les malades souffrant d'œdèmes physiologiques d'origine cardiaque ;
- les œdèmes chez les femmes enceintes ;
- et les malades consultés au service en dehors de la période d'étude.

5. Déroulement pratique des enquêtes

Déroulement au CRFBEH/ICERMali/DEAP/ FMOS-FAPH /USTTB/ du point "G". Nous avons reçu des cas au niveau du CRFBEH/ICERMali/DEAP/FMOS-FAPH/USTTB,

en provenance des hôpitaux du point "G", Gabriel Touré, du CNAM, du Luxembourg, de l'Hôpital du Mali, de Kati, des cscoms, des cliniques privés (clinique pasteur) et

référés par anciens malades pour une prise en charge adéquate de toutes les régions du pays avec des fréquences élevées pour les zones de Kenieba, Kayes, Sadiola, Kolokani, Diema, Kita, Kangaba, Kadiolo, Zegoua, Sikasso, Bougouni, Kolondieba, Sadiola, Koutiala, Koury, Bankass , Niafunké entre autres.

Toutes les grosses jambes observées par les cliniciens collaborateurs et les anciens malades étaient orientées directement sur l'équipe de prise en charge des grosses jambes au niveau de la cellule de recherche et de formation pour le bien être humain(CRFBEH)/FAPH/USTTB, qui assuraient la prise en charge adéquate selon le tableau clinique spécifique. L'expertise de la conduite à tenir des cas était assurée par le Dr Falaye KEITA enseignant-chercheur CRFBEH/ICERMali / CNRST/ DEAP/ Facultés de Médecine d'odontostomatologie et de Pharmacie de l'USTTB-Mali.

Certains malades trop indigents étaient orientés et pris en charge par le service social de monsieur Joseph Camara et de l'ANAM pour ceux qui avaient eu l'immatriculation de cette structure d'assurance maladie du Mali.

Les malades prenaient le ticket de consultation ou une fiche de recommandation sociale (cas sociaux certifiés du service social, du personnel et parents de personnel) certifiée à par le service social. Les cas reçus en consultations étaient pris en charge gratuitement sur le plan clinique, parasitologie-clinique et le schéma thérapeutique était administré sans contre-parti. L'acte médical était gratuit pour tous les malades au sein de l'équipe et les ordonnances étaient délivrées aux malades qui n'étaient pas affiliés à l'ANAM. Ceux qui étaient affiliés à l'ANAM avaient leurs médicaments gratuits en se présentant avec la fiche ordonnance ANAM dans une des pharmacies agréées de l'ANAM à travers le pays.

6. Considérations éthiques

Sur le plan éthique, l'identité des malades est restée confidentielle.

La prise de photos des parties affectées était effectuée après le consentement des malades.

Un numéro d'identification était attribué à chaque malade lors de l'interrogatoire.

7. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide de fiches d'enquêtes (voir Annexe 1), saisie sur Excel et analysées sur le logiciel SPSS version 22. Les tests de chi-carré et celui de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des pourcentages. La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme seuil de significativité statistique.

Nous avons présenté nos résultats sous forme de tableaux et graphiques.

Le texte a été rédigé dans un format Word de 2013 avec transformation de certains tableaux en graphiques.

8. Les variables suivantes ont été étudiées

- ✓ Sociodémographique : âge, profession, provenance, sexe,
- ✓ Diagnostic étiologique
- ✓ Poids du traitement.

V. RESULTATS

L'étude a permis d'inclure 206 cas des grosses jambes d'origine variées. Il s'agissait de : l'lymphœdème et l'éléphantiasis filarien ; l'érysipèle, le Mycétome, le Kaposi, les grosses jambes post traumatiques ; les grosses jambes congénitales.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

5.1.1. La répartition de l'échantillon selon l'âge

Tableau 1: Répartition de l'échantillon selon l'âge

Tranche d'Age	0-15		15-30		30-45		45-60		60 et plus(82)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pathologies	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymphœdèmes	2	0,97	8	3,88	11	5,34	4	1,94	3	1,46
Eléphantiasis	1	0,5	21	10,19	26	12,62	13	6,31	5	2,42
Erysipèles	4	1,94	23	11,17	12	5,82	3	1,46	6	2,91
Gj post Traumatisme	3	1,46	6	2,91	3	1,46	2	0,97	5	2,42
Mycétomes	0	0,00	2	0,97	15	7,28	4	1,94	2	0,97
Kaposi	0	0,00	1	0,50	3	1,46	1	0,50	4	1,94
Œdèmes congénital	8	3,88	3	1,46	0	0,0	0	0,00	0	0,00
Total	18	8,73	64	31	70	34	27	13,1	25	12,13

Les tranches d'âge les plus atteintes étaient les 30-45 ans suivies des 15-30 avec respectivement 34%(70/206) et 31%(64/206). **P= 0,0001.**

5.1.2. La répartition de l'échantillon selon le sexe

Tableau 2: La répartition de l'échantillon selon le sexe

Type de pathologie	Sexe Masculin		Sexe Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lymphoedème	16	7,77	13	6,31	29	14,08
Eléphantiasis	38	18,45	29	14,08	67	32,52
Erysipèles	17	8,25	31	15,05	48	23,30
Gj post Traumatisme	11	5,34	8	3,88	19	9,22
Mycétomes	13	6,31	10	4,85	23	11,17
Kaposi	6	2,91	3	1,46	9	4,37
œdème congénitale	6	2,91	5	2,43	11	5,34
Total	107	51,94	99	48,06	206	100,00

Les grosses jambes éléphantiasis étaient les plus dominantes avec 32,52%(67/206), suivis des érysipèles 23,30%(48/206) **P=0.298**.

Les hommes étaient les plus atteints par l'éléphantiasis dans cette étude avec 18,45%(38), mais l'érysipèle était plus fréquent chez les femmes (15,05%).

5.1.3. La répartition de l'échantillon selon la provenance

Tableau 3: Répartition de l'échantillon selon la provenance

Pathologies provenance	Eléphantiasis		Lymphoedèmes		Érysipèles		Mycéto		Kaposi		Congénitales		Traumatiques
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kayes	9		3		5		6		0		0		3
	13.43		10.35		10.42		26.08		0.00		0.00		15.78
Koulikoro	7		4		3		5		1		2		3
	10.45		13.80		6.25		21.73		11.11		18.19		15.78
Sikasso	15		5		4		0		3		3		0
	22.39		17.24		8.33		0.00		33.33		27.28		0.00
Ségou	2		1	3.45	3	6.25	0	0.00	0	0.00	2	18.19	0
	2.98						0.00						0.00
Mopti	2		2	6.89	3	6.25	2	8.69	0	0.00	0	0.00	0
	2.98								0.00				0.00
Tombouctou	2		0	0.00	2	4.67	3	13.05	0	0.00	0	0.00	0
	2.98								0.00		0.00		0.00
Gao	4		1	3.45	3	6.25	4	17.40	0	0.00	0	0.00	0
	5.97								0.00		0.00		0.00
Ménaka	1		0	0.00	0	0.00	1	4.34	0	0.00	0	0.00	0
	1.50								0.00		0.00		0.00
Kidal	3		1	3.45	1	2.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2
	4.48								0.00		0.00		10.53
Bamako	7		6	20.69	21	43.75	2	8.69	2	22.22	1	9.09	9
	10.45								22.22		9.09		47.37
Pays voisins	9		4	13.80	0	0.00	0	0.00	3	33.33	3	27.28	0
	13.43								33.33		27.28		0.00
Diaspora malienne	6		2	6.89	3	6.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2
	8.95												10.53
Total	67		29		48		23		9		11		19

Les grosses jambes éléphantiasis étaient de provenance dominante de la région de Sikasso 7.3%(15/206) d'une part et 22.39%(15/67) d'autres part et il était de même

pour l'érysipèle à Bamako avec 10,2%(21/206) et d'autres part 43,75%(21/48) cas recensés dans cette étude et faible dans la région de Ménaka 0.5% (1/206). Par contre les grosses jambes environnementales de types Kaposi, traumatique et congénital étaient absentes des cas en provenance de Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka).

5.1.4. La répartition de l'échantillon selon la profession

Tableau 4: Répartition de l'échantillon selon la profession

Pathologies	Profession élèves et F		Commerçant		Cultivateur		Pêcheur		Eleveur		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Lymphœdème	7	3,40	12	5,83	8	3,88	1	0,49	1	0,49	29
Eléphantiasis	13	6,31	29	14,08	21	10,19	3	1,46	1	0,49	67
Erysipèles	8	3,88	27	13,11	10	4,85	2	0,97	1	0,49	48
Gj post Traumatisme	7	3,40	6	2,91	3	1,46	1	0,49	2	0,97	19
Mycétomes	2	0,97	7	3,40	11	5,34	0	0,00	3	1,46	23
Kaposi œdème congénitale	0	0,00	2	0,97	5	2,43	1	0,49	1	0,49	9
œdème congénitale	2	0,97	3	1,46	4	1,94	1	0,49	1	0,49	11
Total	39	18,93	86	41,75	62	30,10	9	4,37	10	4,85	206

Les commerçants étaient les plus atteints par les grosses jambes avec 41,75%(86/206), suivis des cultivateurs 30,10%(62/206). **P=0.198**

5.2. Détermination du poids du traitement

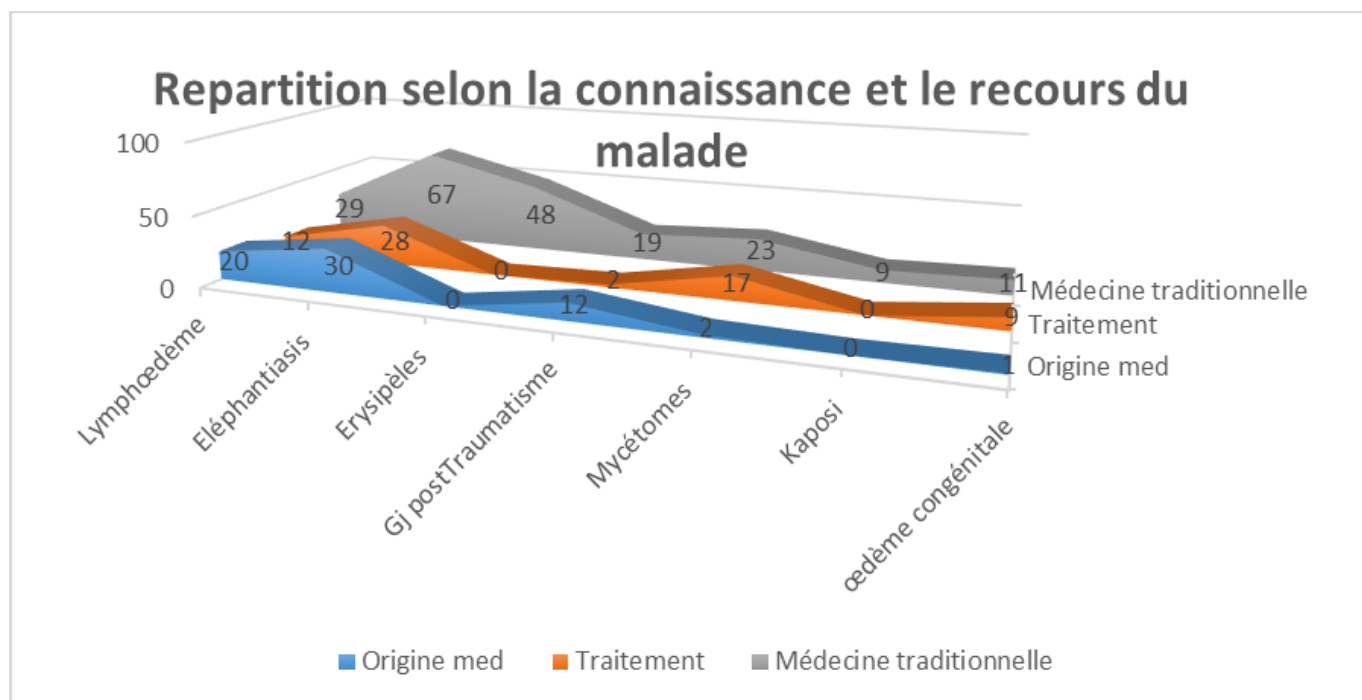


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance et le recours du malade

Dans notre étude, il ressort que tous les cas de grosses jambes ont eu recours à la médecine traditionnelle avec une croyance faible pour l'efficacité de la médecine moderne.

Répartition de l'échantillon selon le poids des charges sur le revenu des malades

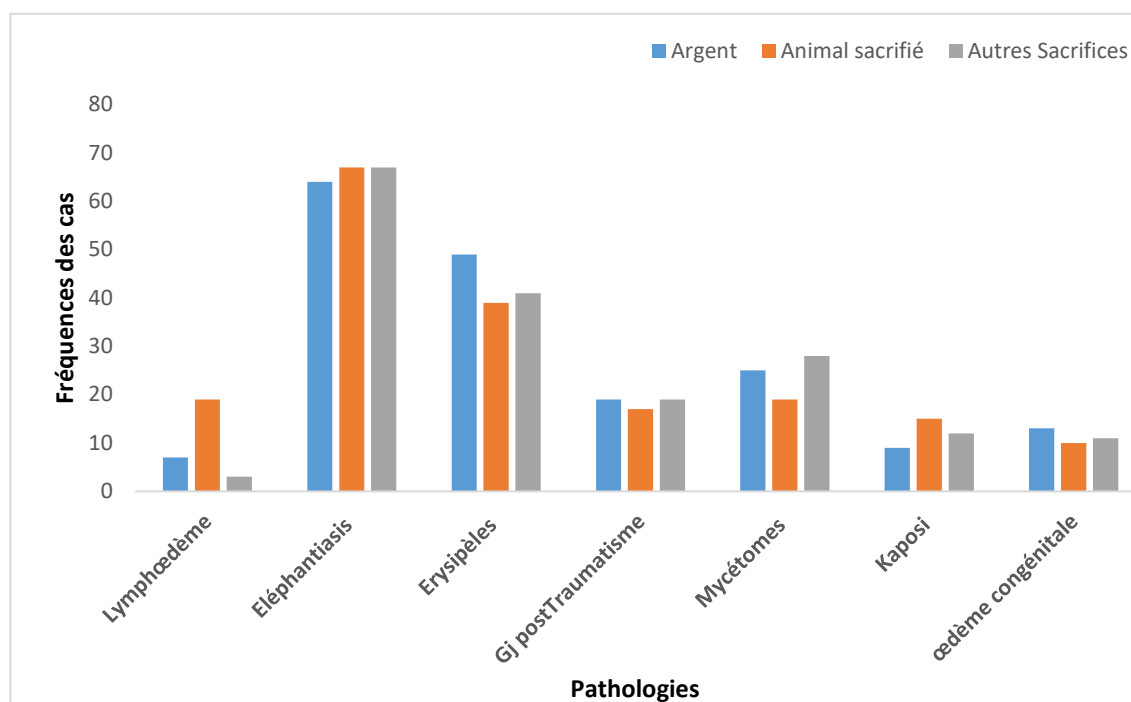


Figure 3: Graphique de la répartition de l'échantillon selon le poids des charges sur le revenu des malades

Le poids de l'éléphantiasis était plus important sur le revenu des porteurs de grosses jambes toutes dépenses confondues, suivi des érysipèles.

Tous les malades atteints de ces pathologies responsables de la survenue de grosse jambe dépensaient de l'argent et sacrifiaient en plus un animal ou d'autres choses.

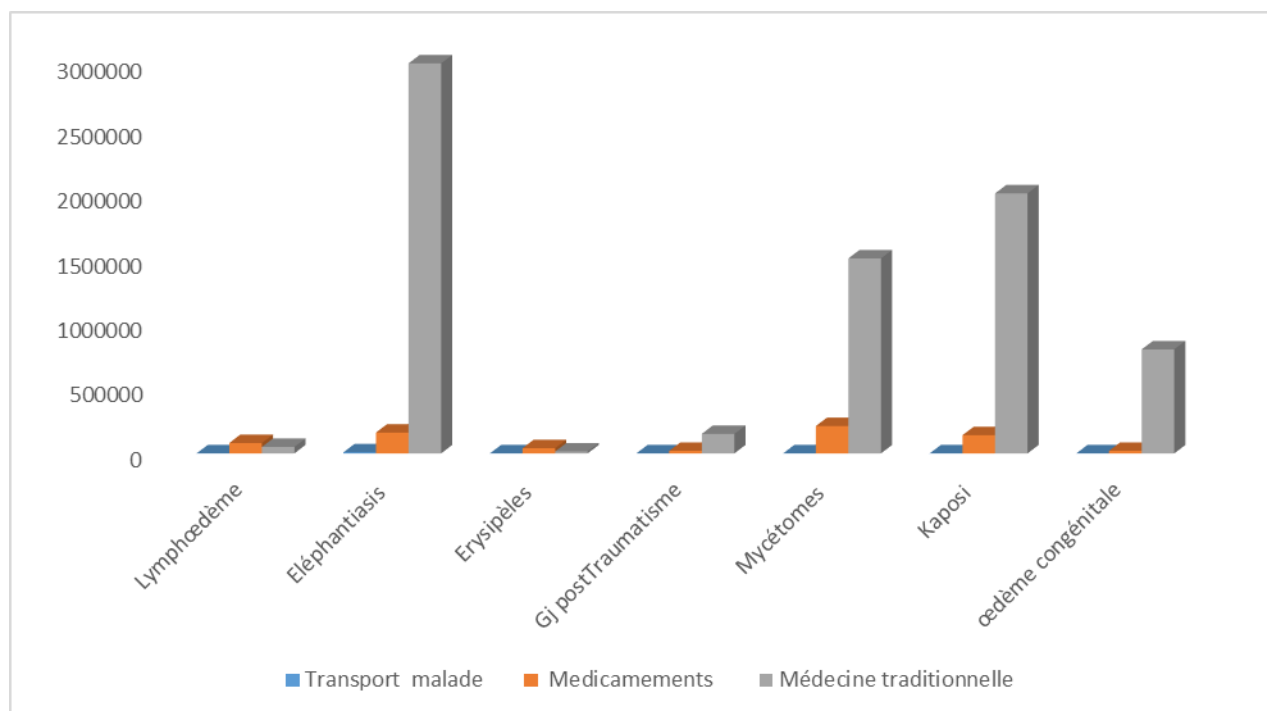


Figure 4: Le coût total de la prise en charge durant l'étude entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Le coût total de la prise en charge des malades se résume en trois parties essentielles :

Le transport,

Le traitement par la médecine moderne,

Et le traitement par la médecine traditionnelle.

Les malades ont le plus souvent recourt à la médecine traditionnelle.

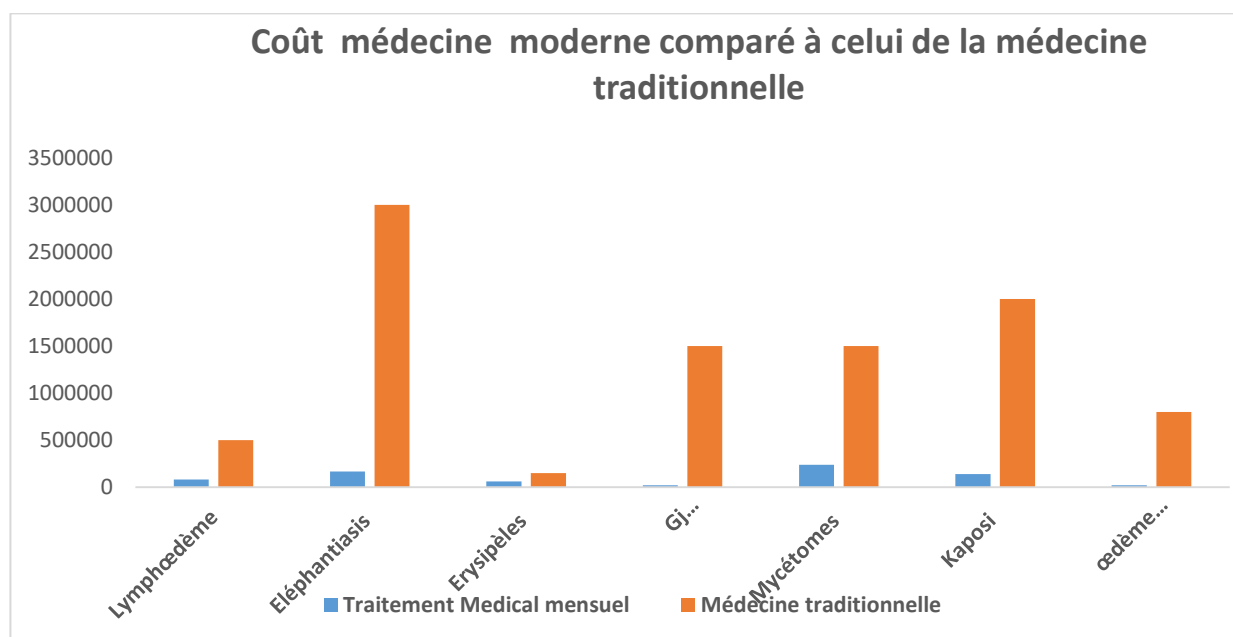


Figure 5: Coût thérapeutique de la prise en charge de la médecine moderne, comparé à la prise en charge initiale de la médecine traditionnelle

Le coût de la prise en charge des éléphantiasis était plus élevé chez les tradipraticiens plus d'un million en moyenne qu'en milieu hospitalier en moyenne 170.000 FCFA dans cette étude.

Tableau 5 : Les croyances sur la cause de survenue de la grosse jambe.

Pathologie /Connaissances	Divine		Malédiction		Mauvais sort	
	N	%	N	%	N	%
Lymphœdème	6	2,91%	11	5,34%	12	5,83%
Eléphantiasis	13	6,31%	25	12,14%	29	14,10%
Erysipèles	16	7,77%	9	4,37%	23	11,16%
Gj post-Traumatisme	8	3,88%	5	2,43%	6	2,91%
Mycétomes	5	2,43%	14	6,80%	4	1,94%
Kaposi	2	0,97%	4	1,34%	3	1,46%
œdème congénital	8	3,88%	2	0,97%	1	0,49%
	58	28,16%	70	33,98%	78	37,86%

Il ressort que 37,86% de notre population d'étude croyait plus au mauvais sort qu'à une autre cause.

5.3. Taux de guérison des cas selon le type

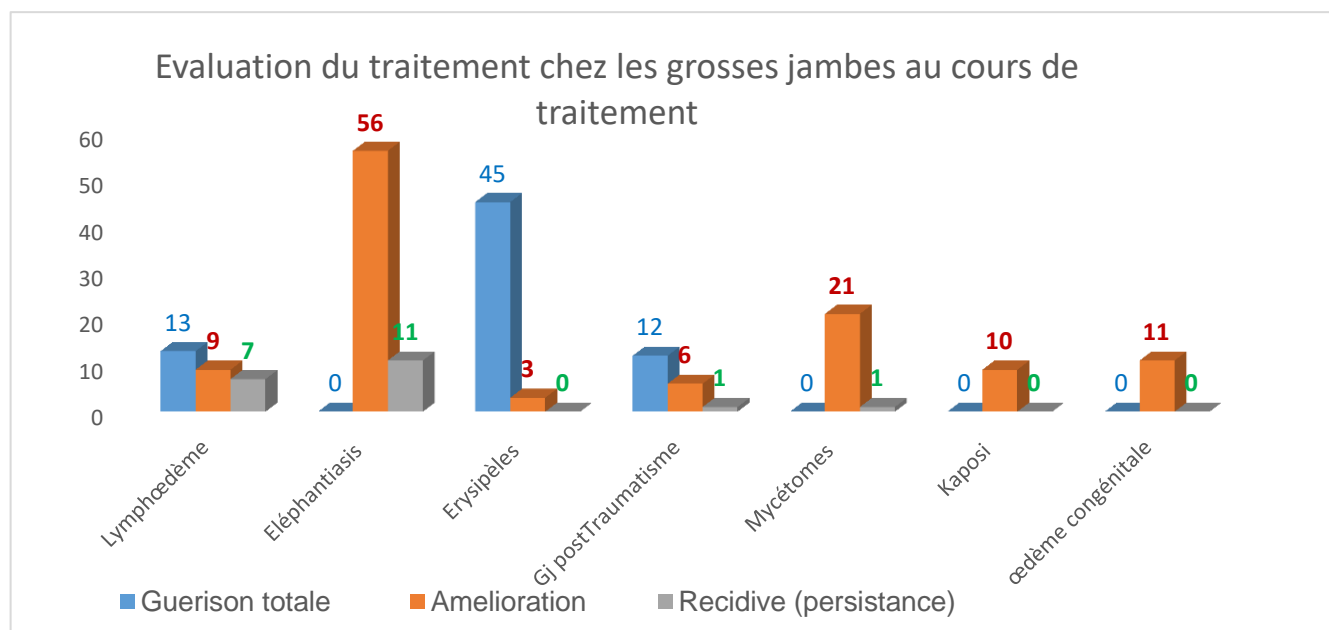


Figure 6: Taux de guérison des cas selon le type

La guérison était à 93.75% chez les érysipèles simples et très faible chez les éléphantiasis liée aux récurrences. Tous les cas ont connu une nette amélioration de la lésion fondamentale et une guérison totale des lésions dermatologiques secondaires pendant notre prise en charge.

VI. ICONOGRAPHIE DE LA SOUFRACTANCE HUMAINE

VI. Iconographie :



Image1 : Grosse jambe de type lymphoedème
(photo de Dr F. Keita)



Image2 : Eléphantiasis (photo de Dr F. Keita)



Image3 : cas d'érysipèles (photo de Dr F. Keita)



Image4 : cas de mycétome (photo de Dr F. Keita)



image5 : cas de Kaposi (photo Dr F. Keita)

Image6 : Œdème congénital (photo de Dr F. Keita)



Image 7 : Œdème post traumatique source Dr F. KEITA

Œdème congénital source Dr F. KEITA

Grosses jambes éléphantiasis avec différentes infections associées



Etape d'évolution d'un cas



Eléphantiasis ulcéré et lichennifié aspect écorce d'arbre sèche. Etape 0 ordonnance 1(ord). 1ere consultation.



Etape 1 : ord2

Etape 2 : ord3

Etape 3 : ord4



Etape 4 : ord5, dernier traitement.

Cette patiente au premier jour de consultation avec l'équipe, elle était en instance de divorce et à la 4eme étape tout est rentré dans l'ordre avec une nette amélioration des lésions cliniques et dermatologiques.
Le malade et ses parents retrouvent le sourire.
Elle retrouve son bien-être physique et social (mari, famille et travail).

VII. DISCUSSION

1. Approche méthodologique

1.1. Participation à l'étude

Cette étude s'est intéressée au coût du traitement du malade pour les aspects qui impactent le bien être du patient. Toutes les grosses jambes consentantes ont été incluses dans cette étude. Les difficultés rencontrées étaient d'ordre matériel, technique et financier. Nous avons toutes fois eu 5 cas de grosses jambes que nous avons suivies à domicile mais qui n'ont pas adhéré à cette étude pour le motif qu'ils ne veulent pas qu'ils seront exposés à d'autres personnes.

1.2. Les limite de l'étude

- ✓ Absence de l'examen complémentaire chez certains malades,
- ✓ Manque de confiance sur la confidentialité pour certains patients,
- ✓ Difficultés d'achat des médicaments.

2. Résultats

2.1. Données sociodémographiques

Nous avons observé sept types d'étiologies de grosse jambe assez fréquente dans cette étude. Nous avons inclus 82 cas dans le service de dermatologie du CNAM et 124 cas au CRFBEH/ICER/DEAP/FAPH/USTTB de janvier 2018 à décembre 2018. Les grosses jambes observées dans notre étude étaient référées en provenance de l'hôpital du Mali, de l'hôpital de Kati, de l'hôpital de Sikasso, avec une prédominance élevée du CNAM. Les malades inclus pendant cette étude provenaient de partout des régions de (Kayes, Koulikoro, Mopti, Tombouctou, Gao, Ménaka, Kidal), des pays voisins et de la diaspora. Au total 206 cas ont été observés dont toutes ces affections étaient d'origine environnementale cutanée (la peau) ou congénitales. Nous estimons que ces grosses jambes constituent un problème de santé publique environnemental dont l'origine du risque est l'ouverture cutanée.

➤ Age

Les âges des patients étaient compris entre 15 et 82 ans dans cette étude

Les tranches d'âges (15-45 ans) représentaient la population la plus active, la plus exposée aux infections des moustiques, aux microtraumatismes qui sont des portes d'entrée potentielles. Cette prédominance de l'atteinte de la population active a été rapportée par certaines auteurs [11,25, 26].

➤ Sexe

A l'exception du cas d'érysipèle qui était fréquente chez les femmes, le sexe masculin prédominait partout. Cette prédominance du sexe féminin de l'érysipèle a été rapportée auparavant par Kanouté avec 63% [27], Coulibaly au Mali avec 68% [25], en Afrique 71% [26], et au Brésil 54% [28].

Le sexe ratio global était de 1.08 .Le faible taux de prévalence observé au cours de l'étude par rapport aux études précédentes serait due à l'hétérogénéité de notre échantillon.

➤ Profession

Dans notre étude, les commerçants étaient plus touchés avec 41.75%(86/206).

Ces derniers par leurs activités quotidiennes seraient plus exposés à certaines affections comme les intertrigos interorteils, les blessures, qui représentent une part importante des portes d'entrée potentielles des germes. **P =0.198**. Il s'agit de cas d'évolution chronique qui sont liés à la pratique de certaines professions

2.2. Données cliniques

L'étiologie clinique de la pathologie la plus fréquemment rencontrée chez nos patients était la grosse jambe d'origine infectieuse (lymphœdème, éléphantiasis), bactérienne (cas d'érysipèles, Kaposi), fongiques (cas de mycétomes) et non infectieuses (traumatique et malformation congénitale).

La localisation unilatérale chez ces grosses jambes était les plus prédominants 171 cas (123cas au pied gauche) toutes grosses jambes observées sur 206. Dans cette étude nous avons observé un cas de localisation bilatérale d'œdème des

membres inférieurs et supérieurs ayant présenté des tests filariens positifs, et l'image radiologique n'a pas révélé de lésions osseuse mais l'échodopler a conclu à un lymphœdème des membres.

Dermatoses associées

Les grosses jambes éléphantiasiques étaient surinfectées par les eczémas, les mycoses 89.55% (60/67), les intertrigos interdigital 92.53%(62/67), les plaies37.31%(25/67).

Chez les lymphœdèmes, les lésions dermatologiques élémentaires étaient, les intertrigos interorteils 37.93%(11/29), les plaies 20.66%(6/29).

Les mycétomes, eczémas 17.39%(4/23), mycoses 17.39% (4/23), intertrigos interorteils et plaies (53%).

L'impact social de ces grosses jambes s'est traduit par 23 cas de licenciement lié à l'apparition de la grosse jambe chez les fonctionnaires(4), les commerçants(11) et les ouvriers(8).

Dans cette étude bien que la parasitémie et le test immunologie ne fussent pas assez significatifs, nous avons observé quatre nouveaux cas de coïnfection chez ces malades (trois cas d'érysipèles à microfilarémie positive et un cas de mycétome à microfilarémie positive). Les cas de traumatisme étaient représentés par luxation au niveau du genou de la cheville et de la hanche.

Tous les 206 cas inclus dans cette étude ont une ordonnance médicale de traitement dont certains avaient des difficultés d'achat des médicaments au départ. Mais après la deuxième journée nationale des grosses jambes du Mali, beaucoup de ces patients ont été pris en charge par l'ANAM, qui nous a encouragés dans la prise en charge et l'assistance à ces malades.

Tous nos patients (206 cas) ont reçu un traitement médical préétabli en fonction du tableau clinique de chaque patient qui a donné satisfaction à nos malades suivant l'appréciation de l'état clinique et de l'avis des patients vus au rendez-vous de deux semaines.

2.3. Données sur les perceptions ou représentations sociales des patients sur la survenue et la prise en charge des grosses jambes

Au plan de la considération sociale ou charge sociale, plus de 90% des patients porteurs de grosses jambes chroniques (lymphœdème, éléphantiasis, Erysipèles, Mycétomes, Kaposi, grosses jambes congénitales et grosses jambes poste traumatiques) sacrifiaient au moins un animal pour résoudre leur problème de santé soit après consultation ou suivant les conseils d'un proche. Seuls les porteurs d'érysipèles avaient d'abord recours aux soins médicaux puis au sacrifice l'animal ou d'autres.

Tous nos malades privilégiaient une origine traditionnelle qu'infectieuse.

Ce fardeau social au Mali dépendait du pouvoir économique du malade ou de son entourage. Ce n'est pas estimable en monnaie précis et harmonisable. Cela était en réalité lié aux considérations sociales qu'à l'étiologie, c'est une maladie dont l'origine est mal connue des populations et de beaucoup de praticiens des structures de santé du pays. L'ignorance est en grande partie responsable des facteurs de complications de ces pathologies et des croyances sociales multiformes. Une pathologie comme l'érysipèle peut être guérie en une semaine tout au plus s'il est vu par un spécialiste dans les 24 heures d'évolution. Dans l'interrogatoire sur l'origine d'apparition des pathologies nous estimons même que certains cas d'éléphantiasis seraient à l'origine des érysipèles non soignés correctement.

La grosse jambe entraîne une désorganisation sociale chez le malade, sa famille, son village et son pays car diminue la main d'œuvre active quel que soit le secteur et la personne. Elle crée des problèmes psychologiques et sociaux chez le porteur surtout si la famille ne s'intéresse pas à sa prise en charge dans toutes ces dimensions.

Nous avons eu des informations sur des cas de suicide liés à la non-assistance des proches, des cas d'élimination physique en milieu nomade ou la considération sociale attribue cette maladie à la malédiction.

Dans certains plus 46,11%(95/206) des cas étaient traités avec méfiance dans leurs environnements de vie sous diverses formes (rejet familial, mépris des voisins, des collègues, de l'employeur, des observateurs en circulation, du personnel soignant, du guérisseur, entre autres).

Nous avons observés dans cette étude 37cas (18%) de divorces sur les 206 cas essentiellement des éléphantiasis, lymphœdème, Kaposi et mycétomes.

Nous avons également observés 13 cas (6,3%) des malades n'ayant pu se marier à cause de l'apparition de cette maladie toutes origines confondues. Les considérations sociales pèsent plus sur ces malades que la pathologie source.

Ces rejets sont liés à la connaissance de l'origine dans la plupart des cas et à la peur de la contamination selon 63% des accompagnants interrogés pendant l'administration des questionnaires de cette étude.

Au niveau des malades sur les 206 malades inclus 28,16%(58/206) s'étaient résignés à une cause divine, 33,98%(70/206) attribuent à la malédiction (de qui ? divine pour certains) et 37,86%(78/206) les plus pessimistes au mauvais sort jeté par un ennemi humain. Les éléments en cause et les méthodes utilisées étaient d'un éventail très large que nous pouvons citer certaine causes (Dabali, Kolo, la boue, les excréta d'animaux « bouse de vache », les fientes de poules, Comoto, la queue de la salamandre «sourantanè en bambara», un petit serpent blanc, Kalafona, la coépouse pour les polygames).

Le mode de contamination de chacun de ces éléments incriminés était le touché. Hors au regard des résultats selon l'épidémiologie décrite des récits des malades ces grosses jambes sont d'origine de la santé publique environnementale ou congénitale. Le premier recours étaient la médecine traditionnelle (un guérisseur « Féticheur, Donso, marabout de la place ou le plus proche » les bienfaiteurs

soucieux « un ami, un parent, un voisin avec des directives variées). Ce sont l'ensemble de ces considérations qui augmentent le stress du malade porteur de grosse jambe. Toutes ces considérations pèsent lourd sur ces malades quel que soient leurs niveaux de vie et leur rang social que nous ne pouvons pas évaluer avec exactitude. Le recours à la médecine traditionnelle était de 100% pour les lymphœdèmes, les éléphantiasis et faible pour les érysipèles.

2.4. Données sur le coût du traitement et du transport

Au regard des perceptions sociales et de nos résultats d'enquêtes, le constat est clair. Le coût du traitement et du transport chez ces malades porteurs de grosses jambes se résume comme suite : la médecine traditionnelle était la charge la plus lourde sur nos malades dont les 100% de ces malades même les intellectuels victimes de ces problèmes de santé. Ce résultat ne concorde pas avec celui de Keita F au Mali qui a discuté uniquement sur le coût moyen de prise en charge des complications filariennes, des érysipèles et mycétomes dans le milieu hospitalier [11].

VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les grosses jambes chroniques sont d'origine variées dont le poids de la prise en charge dépend des croyances du malade, des parents, des voisins. Au stade d'évolution de la maladie. Il nuit à la qualité de la vie, entraîne la pauvreté individuelle, familiale, nationale et mondiale.

Recommandations

❖ aux patients et aux parents

- ✓ Comprendre que les grosses jambes à évolution chronique sont des maladies comme les autres.

Lésion sans plaie

- ✓ Porter la bande de contention dès le réveil et jusqu'au coucher,
- ✓ Ne pas s'empêcher de mener des activités de la vie de tous les jours,
- ✓ Pratiquer le lavage des membres malades, de bien sécher les espaces interdigitaux et les plis cutanés après chaque lavage,
- ✓ De surélever la jambe, de jour comme de nuit, autant que possible,
- ✓ D'éviter les sources de chaleur : coups de soleil, bain chaud, car ceux-ci sont des facteurs favorisant de la surinfection,
- ✓ De désinfecter rapidement toute plaie.

Lésion s'il y a une plaie ouverte

- ✓ Consulter un agent spécialisé pour des soins des plaies sur la grosse jambe.

❖ Aux agents de santé

- ✓ De s'intéresser à la prise en charge des grosses jambes
- ✓ De comprendre qu'une prise en charge psychologique est souvent nécessaire pour apprendre aux malades à accepter leur état.

❖ à l'état Malien

- ✓ D'introduire les modules de formation des grosses jambes dans les écoles de formation à tous les niveaux (des consultations aux soins infirmiers et aux soignants).
- ✓ Soutenir la journée nationale de soins des grosses jambes pour l'épanouissement et la mise en confiance des malades.

- ✓ D'apporter une aide aux personnes atteintes de ces maladies en facilitant l'accès aux médicaments sur toute l'étendue du territoire national par l'octroi d'ordonnance ANAM ou équivalent.
- ✓ D'apporter une aide aux porteurs des grosses jambes dans la prise en charge de la survie en les octroyant des activités génératrices de revenus (AGR).
- ✓ D'organiser des campagnes de sensibilisation sur les grosses jambes permettant aux malades à aller vers les structures de santé.

IX. REFERENCES

1. **Hugo-Persson M, Nolin K**, Erysipelas and group G streptococci. *Infection* 1987; 15: 184-7.
2. **Chistman D et al**, Erysipèle et fascite nécrosante : prise en charge. *Ann dermatol venereol* 2000 ; 127(12) :1118-1137.
3. **Erysipèle et fascite nécrosante**, prise en charge : Conférence de consensus Organisée par la Société Française de Dermatologie et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, janvier 2000 *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132:7S38-7S43.
4. **Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winckelmann RK**, *Dermatology*. Berlin: Springer Verlag; 1991, p. 174-6.
5. **Leppard BJ, Seal DV, Colman G, Hallas G**, The value of bacteriology and serology in the diagnosis of cellulitis and erysipelas. *Br J Dermatol* 1985; 112: 559-67.
6. **Gentilini M, Dufflo B**, Les Maladies parasitaires. 2ème édition Médecine Tropicale. Paris : Flammarion ; 1977.
7. **Traoré M**, Etude d'un foyer de filariose en zone de savane soudanienne au Mali [Thèse de Médecine N0 78-M-23]. FMPOS : Université de Bamako ; 1978.
8. **WWW.caducee.net : Elizabeth Faure Mai 2000.**
9. Cycle biologique de *W. bancrofti* (modifié 17/07/2019) consultable à l'URL : <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx>.
10. **Organisation Mondiale de la Santé**. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 16 aout 2018 ; No. 35, 86 : 377–388. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/wer/2011/wer8635.pdf>

- 11.Keita F**, Etude de la prise en charge de l'étiologie filarienne des grosses jambes non tumorales et des hydrocèles infectieuses au Mali .
[Thèse de Pharmacie N°22] Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, 2001_2002.
- 12.Erysipèle [en ligne] [consulté le 13/06/2018]** ; consultable à l'URL :
<http://www-sante.ujfgrenoble.fr/sante/corpus/disciplines/urgences/module2/204/leconimprim.pdf>.
- 13.Hydrocèle [en ligne] [consulté le 16/08/2018]** ; consultable à l'URL:
<http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/ressources/621.pdf>.
- 14.M. Develoux M. T Dieng A, Kane Ndiaye**, Dermatologie tropicale 25 septembre 2002 accepté le 13 Août 2003 présenté à la séance dermatologique tropicale de la SPE le 12/12/2001. Prise en charge des mycétomes en Afrique de l'ouest.
- 15.PELOUX Y. QUILICI M**, Les agents des mycétomes : Etude bactériologique et parasitologique. Médecine trop. 1979- 39 (1) 9-15.
- 16.Mycologie. Venbreuse GHEN (R)**, Van-guide pratique de mycologie médicale et vétérinaire/R venbreuse GHERU CH Veroy et M. Takaskio. Paris Masson 1978 : n°2229 ; 616-992.
- 17.Mycologie JUNOD**, Savoir interpréter l'examen parasitologique ; bactériologique 616-01 et mycologique des selles /Charles junod JUN 2^{eme} ED. paris : Maloine 1976 ; 187.
- 18. Noireau F, Apembet JD, Nzoulani A, carne B**,
Clinical manifestations of loiasis in area in the Congo. Trop. Med Parasitol 1990 Mars; 41(1): 37-9
- 19.Pantanowitz L, Mullen J, Dezube B**. Sarcome de Kaposi primaire du tissu sous cutané. Journal du monde de l'oncologie chir 2008,6-94.
- 20. Euviad S**, Pathologie cutanée après transplantation d'organe Pathologie dermatologique en médecine interne édition Arnette Juillet 1999 ;199-215.

21. Bazex J, Loche F, Bennet A,

Diabète sucré. Pathologie Dermatologique en médecine interne.

Edition Arnette Juiellet 1999 ; 199-215.

22. Szajerka T, Jablecki J, Kaposi's sarcoma revisited. AIDS Rev. 2007 Oct-

Dec; 9(4):230-6.

23. Saiag Ph, Pruskowski A, Maladie de Kaposi. Dermatologie et infection

sexuellement transmissible. Edition Masson Paris 2004 ; 709-14.

24. Pichard E, Grossetête G, Sangaré M, Kaposi's disease in western

Africa 11 cases in Mali. Méd Interne (Paris) 1987 ; 138(3) :202-6.

25. Coulibaly B. Aspect épidémio-clinique et prise en charge de l'érysipèle

dans le service de dermatologie du CNAM. Thèse méd fmpos 04m22

26. Pitche P, Tchangai Walla K. Les érysipèles de jambe en milieu

hospitalier à Lomé Togo. Bull Soc Pathol Exot 1997;90:189-191

27. Kanouté M. Etudes des facteurs de risque de l'érysipèle en consultation

dermatologique au CNAM. Thèse méd. fmpos juin 2015.

28. Okajima O, Freitas P, Zaitz C, Erysipelas a clinical study of 35

patients hospitalized at the saopaulo central hospital of irmandade

da santa casa de misericordia . an bras dermatol, rio de janeiro

2004 ; 79(3) :295-303.

X. ANNEXES

fiche d'enquête destine aux grosses jambes

Questionnaire

Etude sur le poids des grosses jambes au Mali

(Diagnostic différentiel des grosses jambes)

CARACTERISTIQUE SOCIO DEMOGRAPHIE

Identité

Date.....Numéro d'identification....

Nom.....Prénom....

Age.....Sexe.....Nationalité.....

Origine (pays, cercles):Résidence....

Profession:.....Situation matrimoniale....

Parcours géographique (zone de résidence de 6 mois au moins).....

Service premier d'accueil.....

Adresse complète du domicile du malade

Quartier.....Rue numéro.....Porte numéro.....Tel...

Email.....

Interrogatoire :

Motif de la consultation.....

TransportCoût.....

Historique de la maladie.....

Antécédent morbide....

Antécédent thérapeutique.....

Alimentation

Soins.....Coût.....

Observation clinique:.....

Les étapes du traitement.....

Etape 1 :

Etape2 :

Etape 3 :

La durée du traitement:.....

La validité du malade (l'état **d'invalidité** du malade)

Partielou Total.....

EXAMENS CLINIQUE :

Remarque=oui ; la bonne réponse est matérialisée par une croix dans le crochet :

[x]

Examens généraux (inspection, palpation, auscultation) :

I. DONNES CLINIQUES :

a. Durée d'évolution de la maladie ... **b.** Signes cliniques.....

c. Etat clinique.....

Œdème.... [.....]

Inflammation. [.....]

Erythème.... [.....]

Frisson... [.....]

Adénopathie... [.....]

C₁) Siege de la lésion.....nature de la lésion.....

Tête... [.....] Membre supérieur.... [.....]

Sexe..... [.....] Membre inférieur.... [.....]

Sein

C₂) Autres :

Nature des grains (couleur) si graine.....

Atteinte unilatérale : oui [...] v non [...]

Atteinte bilatérale : oui [...] v non [...]

Atteinte des membres inférieurs et supérieurs en même temps : oui [...] v ou non [...]

Atteintes générales du ou des membres inférieurs et des organes génitaux oui [...] v ou non [...].

Lésions cutanée (oui) pieds plantes jambes orteils scrotum verge

Signes cliniques accompagnatrices :

Fièvre : oui [...] v non [...] Douleur : oui [...] v non ; spontanée...Provoquée....

Chaleur : oui [...] v non [...]

Allergie : oui [...] v non [...] Démangeaison.....irritation.....

Hypertendue : oui [...] v non [...]

Topographique :

Croûtes nodules : oui [.....] ou non [...]

Plaie simple : oui [.....] ou non [...]

Plaies surinfectées : oui [.....] ou non [...]

Ulcérations : oui [.....] ou non [...]

Présence d'eczéma : oui [.....] ou non [...]

Dermato mycose : oui [.....] ou non [...]

Lésion évoluant vers la cuisse : oui [.....] ou non [...]

Keratodermie : oui [...] v non [...]

Autres dermatoses : oui [...] v non [...], a précisez :.....

Signe cliniques particuliers.....

Mensurations à trois niveaux :

*1/3 jambe : oui [...] v non [...] *1/3 jambe+ cuisse : oui [...] v non [...]

*2/3 jambe : oui [...] v non [...]

II. Résumé Clinique :

a. Hypothèse Diagnostiquée :

b .Examens Complémentaires :

b₁.Imagerie médicale :

Radiographie simple : présence de lésions osseuse : oui [...] v non [...]

Echographie abdominale pelvienne : résultat.....

Echodopler : résultat.....

Lymphographie : résultat.....Scanner : résultat...

b₂.Examens Laboratoires :

Histologie (biopsie ou BCE) : résultat.....

Immunologie :

Sang nocturne ou diurne.

_Test immunochromatographie (ICT) : positif [...] v négatif [...]

Cette nouvelle technique est une méthode de parasitologie.

III. Conduite à Tenir (CAT) :

Traitement

Médicaments curatifs nécessaires aux soins locaux :

.....

Médicaments curatifs et préventifs de la filariose lymphatique chez les malades.

Moyens : Ivermectine + Albendazole.

Dose posologie : 200ug/Kilogramme poids en prise unique par an.

Poids : ...nombre de comprimés (pris) :

Nombre de comprimé d'Ivermectine :

Nombre de comprimés d'albendazole :

Coût du traitement estimatif par le malade :

Poids social de la maladie :

Attitudes des populations dans l'environnement de vie sur la maladie.

Parents:.....Ami... Voisin...

Marche.....Transport....

Repas...

Historique de la maladie selon le malade ses parents et voisins....

Antécédents morbide selon les amis, les voisins et autres:....

Antécédents thérapeutiques traditionnels

Nombre d'animaux sacrifiés

Coût:.....

Nombre de biens (matériels) sacrifiés....

Coût:.....

Argent donnés aux guérisseurs traditionnels :.....

Frais approximatifs des produits traditionnels utilisés (plantes, organes) :

Considération traditionnelle et sociale sur la malade dans le milieu de vie:...

Coût calculé:

Liste des matériels utilisés aux soins

A la maison:.....

En milieu hospitalier :.....

Matériels de pansements (à toutes les étapes)

Autres matériels:....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Djimde

Prénom : Hamidou

Titre de la thèse : EVALUATION DU POIDS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PORTEURS DE GROSSES JAMBES AU MALI.

Année universitaire : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako (Mali).

Secteur d'intérêt : DEAP/MRTC

Résumé : L'objectif général de notre étude était d'évaluer le poids de la prise en charge Médicale des porteurs de grosses jambes au Mali.

Une étude transversale, prospective et descriptive a été menée sur une période de douze mois allant du 1^{er} janvier au 31decembre 2018 portant sur 206 cas

Notre population d'étude était hétérogène et majoritairement constituée d'hommes avec une prépondérance des grosses jambes éléphantiasis 51.94%

La population féminine était la moyenne représentée 48.06% et elle était beaucoup plus touchée par l'érysipèle.

La majorité de nos patients avaient recours à la médecine traditionnelle 100% avec une croyance faible pour l'efficacité de la médecine moderne.

Dans cette étude, le coût de la prise en charge des éléphantiasis était plus élevé chez les tradipraticiens plus d'un million en moyenne qu'en milieu hospitalier en moyenne 170.000 FCFA dans cette étude.

Dans cette étude bien que la parasitémie et le test immunologie ne fussent pas assez significatifs, nous avons observé quatre nouveaux cas de co-infection chez nos malades (trois cas d'érysipèles à microfilarémie positive et un cas de mycétome à microfilarémie positive).

Serment Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens, et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement,

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine,

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !