

UNIVERSITE DU MALI

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
BAMAKO**

ANNEE : 1996

N°: 111 /

**EVALUATION D'ARBRES DECISIONNELS
POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
DE DERMATOSES COURANTES ET DE
LA LEPRE A L'INSTITUT MARCHOUX**

THESE

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE DECEMBRE 1996
DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Par : M. Sambou DABO

**POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président : Professeur Abdou A. TOURE
Membres : Professeur Somita KEITA
Docteur Habibatou KONARE
Directeur de Thèse: Docteur Alexandre TIENDREBEOGO

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996-1997

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroënterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
---------------------	------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Sory I. KABA	Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO	Santé Publique
--------------------	----------------

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I. DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACE

Je dédie ce travail à:

– Feue ma grand mère : Absatou Sakiliba

J'ai grandi dans tes bras. Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Reçois à titre posthume ce travail comme la consécration de tes prévisions pour un avenir prometteur de ton petit fils.

– Feu mon père : Moustaph Dabo

Tu nous as donné la vie et nous as enseigné l'humilité, le courage et l'amour du prochain. Les mots me manquent pour t'exprimer toute mon admiration et ma fierté. Je dédie ce travail à ta mémoire. Puisse Allah t'accorder son paradis.

– Feue ma soeur Fanta Dabo

Tu me manques. Dieu dans sa toute puissance en a décidé ainsi. Reposes en paix.

– A mes mères : Mariam Sakiliba et Mary Sylla

Votre courage, votre générosité et l'amour que vous avez pour vos enfants constituent un modèle. Puisse Allah vous accorder longue vie.

– A mes frères et soeurs

Ce travail est aussi le vôtre.

– A toute la famille Dabo

Puisse ce travail resserrer davantage nos liens.

– A mademoiselle Massitan Koné

En reconnaissance de la douce affection que tu n'as cessé de me porter pendant ces longues années d'étude. Tu as fait de moi l'homme le plus comblé du monde.

– A mes amis : Adama Traoré, Abdramane Koné, Alou Haïdara, Alassane Touré, Fousseni Sangaré, Issa Coulibaly, Mamadou Diakité, Toumani Traoré.

Que je puisse nomme de peur d'en oublier. Mais je sais qu'ils sauront se reconnaître. Toute ma sympathie.

– A mes collègues : Hamadoun Guindo, Abdramane Zerbo, Bendiougou Traoré, Boubacar S. Traoré, Lanseny Keïta, Ousmane Maïga, Fatou Sylla. Ce travail est le vôtre.

– A tous les étudiants de la promotion.

En souvenir des belles années passées ensemble.

*

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

- . au docteur Faye Ousmane
Pour m'avoir donné l'appui et le réconfort des aînés.
- . aux Chefs d'Unité et Adjoints de l'Institut Marchoux : Drs Issa Traoré, Abdoulaye Mady Diallo, Ibrahima Coulibaly, Samba Sow, Abdoulaye Fomba, Idrissou Touré.
- . aux docteurs Idrissa Cissé, Thiam Awa N'Diaye
- . au Dr Bouyagui Traoré
Pour ses conseils qui m'ont été d'un apport inestimable
- . Dr Mamadou Diop
- . à Monsieur Fanto Traoré
- . à tout le personnel de la Dermatologie : Siaka Sanogo, Sanata Koné, Alexis Tiéno, Djénébou Traoré, Guimba Camara
- . à Amadou Touré, Aly Touré.

*

AUX MEMBRES DU JURY

A notre Président du Jury :

Professeur Abdou Alassane TOURE
Professeur agrégé en Ortho-Traumatologie
Chef de Service d'Ortho-Traumatologie
à l'Hôpital Gabriel Touré
Directeur du Centre de Spécialisation des
Techniciens de Santé
Professeur à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de Bamako

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury et ce malgré vos multiples préoccupations. En vous remerciant très sincèrement permettez-nous de souligner ici vos qualités pédagogiques, votre disponibilité et votre aimabilité.

Veillez trouver ici, Cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement.

Au :

Professeur Somita KEITA
Professeur Agrégé en Dermatologie
et Vénérologie
Chef de Service de Dermatologie-Léprologie
à l'Institut Marchoux
Chargé de cours à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de Bamako

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de faire partie du jury de notre thèse. Votre sympathie, votre sens du travail bien fait n'ont d'égale que vos grandes qualités de pédagogue.

Recevez ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

Au :

Docteur Habibatou Diawara
Adjointe Chef d'Unité
Dermatologie-Léprologie
à l'Institut Marchoux

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger au jury de notre thèse. Votre aimabilité, votre courage et votre sens inné du travail bien fait ont forcé notre admiration.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de tout le respect dû à votre personne.

A notre Directeur de thèse :

Docteur Alexandre TIENDREBEOGO
Epidémiologiste
Chef d'Unité Epidémiologie-Formation
à l'Institut Marchoux

Vous avez initié ce travail et vous l'avez dirigé avec la plus grande disponibilité. Vous constituez pour moi un modèle de simplicité, de courtoisie et de cordialité. Pendant ces mois de travail, j'ai pu apprécier, Cher maître, vos dimensions sociales inestimables. Si ce travail est une réussite, il le doit à votre compétence et à votre savoir faire.

Veillez accepter ici, l'expression de mes sincères remerciements et de ma très profonde gratitude.

* * *

*

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN :	Acide désoxyribonucléique
ARN :	Acide ribonucléique
BAAR :	Bacille acido-alcool-resistant
BB:	Borderline borderline
BE:	Bureau des Entrées
BH.:	Bacille de Hansen
BL.:	Lèpre borderline lépromateuse
BT.:	Lèpre borderline tuberculoïde
CAT:	Conduite à tenir
CMI:	Concentration minimale inhibitrice
Clo:	Clofazimine
DCI:	Dénomination commune internationale
DDS:	Diamino-4 Diphenyl Sulfone ou disulone
E.N.L.:	Erythème noueux lépreux
I:	Indéterminée
I.B.:	Indice bacillaire
IgA :	Immunoglobulines A
IgM:	Immunoglobulines M
IM.:	Indice morphologique
I.Mx:	Institut Marchoux
LL:	Lèpre lépromateuse
<i>M.leprae</i> :	<i>Mycobacterium leprae</i>
MST:	Maladies sexuellement transmissibles
O.C.C.G.E.:	Organisation pour la Coopération et la Coordination dans la lutte contre les Grandes Endémies
O.M.S.:	Organisation Mondiale de la Santé
PB:	Paucibacillaire
PCC:	Pourcentage de classification correcte
P.C.T.:	Polychimiothérapie
R.M.P.:	Rifampicine
RR:	Réaction reverse
SIDA:	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH:	Virus de l'immunodéficience humaine
VPN :	Valeur prédictive négative
VPP:	Valeur prédictive positive
VZV :	Virus zona varicelle.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
GENERALITES SUR LES DERMATOSES COURANTES	3
I. GALE	3
II. PYODERMITES	9
III. DERMATOPHYTIES DE LA PEAU GLABRE	14
IV. DERMATOSES VIRALES	19
A. VARICELLE	19
B. ZONA	23
V. LEPRE	27
IIè EVALUATION D'ARBRES DECISIONNELS POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE DERMATOSES ET DE LA LEPRE	34
I. OBJECTIFS	34
II. METHODOLOGIE	34
2.1. Cadre de l'étude	34
2.2. Echantillonnage	35
2.3. Recrutement de cas	35
2.4. Collecte des données	36
2.5. Analyse des données	36
III. RESULTATS	38
3.1. Description des sujets de l'étude	38
3.2. Affections diagnostiquées avec les arbres décisionnels	42
3.3. Affections diagnostiquées et traitées à l'Institut Marchoux	47
3.4. Evaluation de la conformité diagnostique	48
3.5. Evaluation de la conformité thérapeutique	48
3.6. Evaluation de l'efficacité thérapeutique	53
3.7. Evaluation de l'efficacité globale des arbres décisionnels	55
3.8. Analyse des erreurs de diagnostic	55
3.9. Valeur prédictive et pourcentage de classification correcte avec les arbres	56

IV. COMMENTAIRES & DISCUSSION	65
4.1. Sur la méthodologie	65
4.2. Sur l'efficacité des Arbres décisionnels	67
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS	70
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	75
RESUME	87

INTRODUCTION

Au Mali, les affections dermatologiques courantes représentent le cinquième motif de consultation en médecine générale après le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques et les parasitoses intestinales²⁷.

Véritable problème de santé publique, ces affections dermatologiques en milieu tropical sont de loin dominées par les dermatoses infectieuses parasitaires (la gale), bactériennes (les pyodermites), mycosiques (les dermatophyties) et virales (herpès, varicelle, zona)^{27,58}.

Cette fréquence élevée serait en rapport avec les conditions climatiques du milieu tropical, la promiscuité, le manque d'hygiène, les mauvaises conditions socio-économiques et récemment l'infection à VIH^{27,54,58}. En outre, les enfants de 0-14 ans seraient particulièrement atteints^{27,58}.

Ces affections peuvent avoir quelquefois un caractère épidémique (gale, varicelle). Un retentissement viscéral (complications rénales des streptococcies cutanées provoquées par certaines souches néphritigènes) est également possible²⁷ d'où la nécessité d'un diagnostic précoce avec un traitement simple et peu coûteux.

A côté de ces affections, la lèpre constitue encore un autre problème de santé publique dans les pays en voie de développement. L'atteinte nerveuse qu'elle occasionne fait toute la gravité de la maladie du fait des infirmités qui en découlent avec son corollaire de rejet social. Ces infirmités ont une incidence néfaste sur les capacités de travail et constituent un sérieux frein au développement socio-économique des collectivités rurales touchées. De ce fait, un diagnostic précoce et un traitement adéquat par la polychimiothérapie s'imposent. Dans ces conditions là, le gain réalisé sur les actions de réhabilitation, de réinsertion et de chirurgie de la lèpre serait énorme redistribué au profit des programmes de prévention comme le disait Max Nebout.

C'est ainsi que devant :

- la fréquence de ces affections au Mali²⁷
- leur caractère quelquefois épidémique
- la gravité de certaines d'entre elles
- le besoin de formation du personnel de santé au Mali²⁷

il nous a paru intéressant d'évaluer des arbres de décision dans le diagnostic et le traitement de quelques dermatoses courantes. En ce qui concerne la lèpre, il s'agira essentiellement de tester la valeur diagnostique de notre dispositif dans la mesure où son traitement est maintenant bien codifié par l'OMS.

Notre travail comporte deux parties :

- Généralités sur la lèpre et les dermatoses courantes
- Notre étude : test de l'efficacité des arbres de décisions.

Première Partie :

**GENERALITES SUR LES
DERMATOSES COURANTES
ET LA LEPRE**

I – GALE

1.1. Définition

La gale est une ectoparasitose contagieuse due à un acarien appelé *Sarcoptes scabiei hominis*^{2,15,23,27,34,35,57}.

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Agent pathogène :

Sarcoptes scabiei hominis est un parasite de l'homme. En dehors de la sous population de *S.s. hominis* étroitement adapté à l'homme, il en existe de nombreuses autres espèces adaptées aux animaux (chat, chien, porc). Leur transmission à l'homme est exceptionnelle^{23,56}.

1.2.2 Le réservoir de germe :

L'homme est le seul réservoir potentiel de germe. La femelle creuse des sillons dans la couche cornée de la peau. Les sillons servent de loges aux parasites. 5 à 10 parasites peuvent se retrouver dans un sillon^{23,34,56}. La durée du cycle parasitaire est de l'ordre de 20 jours. Sa durée de vie sans parasitisme n'excède pas 1 à 2 jours^{2,23,56}.

1.2.3 Le mode de contamination :

La contamination est inter-humaine. Elle se fait soit :

directement : par contact le plus souvent inter-humain (promiscuité) et les contacts intimes (MST).

indirectement : par l'intermédiaire du linge et de la literie infestée (qui semble rare)^{2,22}.

Historiquement, la gale survenait par épidémies cycliques séparées par des périodes calmes de 30 à 40 ans. Actuellement, elle constitue une affection endémo-épidémique sur tout le continent africain, mais également en Amérique du Sud et en Asie¹⁹.

1.2.4 Les facteurs favorisants :

La Gale est favorisée par la promiscuité, la diminution ou l'absence d'hygiène. Aussi, la misère physiologique, les états d'immunodépression congénitale ou acquise, constituent des terrains propices au développement de la gale ^{1,58}.

1.3. La clinique

1.3.1 Le type de description : la gale de l'Adulte

Le prurit est le maître symptôme, survenant surtout la nuit perturbant le sommeil du patient et cela après la période d'incubation (en moyenne 3 semaines en cas de primo-infection, 1 à 3 jours en cas de reinfestation) ^{2,19,23}. Ce prurit est prononcé chez le sujet nerveux, il épargne le visage.

On constate quelques fois, une éruption érythémateuse et urticarienne ^{23,30,56}. Les lésions cutanées apparaissent plus tard en 5 à 6 jours. Elles peuvent être non spécifiques et sont constituées par de sero papules ou de vésicules perlées, prurigineuses ; de petite taille vite érodées par le grattage. Dans les 2 sexes, les lésions se trouvent au niveau des coudes, fesses, genoux, plis interdigitaux des mains et des poignets. Chez la femme, c'est surtout les mamelons et chez l'homme, le gland et/ou le scrotum ^{5,23,30,34,56}.

Le signe pathognomonique à rechercher est le sillon qui réalise une ligne sinueuse, filiforme, de quelques millimètres de long, correspondant au trajet de l'acarien femelle ⁵⁸. On le recherchera dans les régions où la peau est fine entre les doigts, la face antérieure des poignets, la verge et le scrotum. Après nettoyage de ces zones, l'application d'une goutte d'encre de chine permet de mieux visualiser les sillons ²³.

Les lésions spécifiques (sillons) et non spécifiques (séropapules et papules) sont de haute valeur sémiologique et constituent souvent les seuls signes visibles de la gale. Leurs topographies sont cependant hautement évocatrices ⁵⁶.

1.3.2. Autres formes

– gale du sujet propre :

elle est fruste, le prurit est discret et seules quelques papules ou vésicules sont observées ⁵⁶.

– gale de l'enfant et du nourrisson :

se caractérise par l'apparition de seropapules au niveau des régions palmo-plantaires, poignets et chevilles, en plus des régions de l'adulte. Chez le jeune enfant, le sillon est à rechercher en tous points du corps notamment sur les chevilles, talons, paumes des mains et plantes des pieds^{23,30,56}.

– gale de l'immunodéprimé

l'affection est profuse et a une tendance érythrodermique. Elle peut réaliser un aspect particulier dit la gale norvégienne qui reste une curiosité dermatologique et d'observation rare. Elle se manifeste par des lésions croûteuses grisâtres, dures, d'aspect poreux et épais^{2,23,27,30,34,56}.

1.4. Evolution

1.4.1. Sans traitement : en l'absence de traitement, la guérison spontanée est exceptionnelle²⁹.

1.4.2. Sous traitement : sous traitement l'évolution est favorable et on obtient la sédation du prurit et la disparition de l'éruption cutanée. Certains signes peuvent persister :

– le prurit post scabieux qui n'a rien d'inquiétant et doit disparaître au bout de quelques jours. Au delà de ce délai, il faut penser à une recontamination ou à une autre étiologie notamment l'acarophobie^{23,24}.

– les nodules post scabieux : ce sont des réactions inflammatoires d'hypersensibilité rouges ou cuivrées, localisées au voisinage des aisselles (enfants) et ubiquitaires chez l'adulte. Ils sont à prédominance lymphohistiocytaire, ne contenant pas de parasites vivants. Ils s'affaiblissent progressivement et finissent par disparaître sans traitement. Parfois, une corticothérapie locale s'avère nécessaire^{2,23,34,56}.

1.4.3 Les complications :

Dans le tiers-monde et particulièrement en Afrique noire, beaucoup d'auteurs (Svartman et coll., 1972 ; Whittle et coll., 1973 ; Marchand et coll., 1975) ont attiré l'attention sur la fréquence élevée des complications graves liées surtout à la surinfection qui obligent à ne plus considérer la gale comme une parasitose vulgaire. Ces complications sont :

- l'Impétigo¹ ;
- des glomérulonéphrites post-streptococciques^{27,34,56} ;
- l'eczématisation des lésions due à un traitement mal adapté⁵⁸.

1.5. Le traitement

1.5.1 Les buts :

- Traiter le sujet malade ;
- Traiter les sujets contacts ;
- Désinfecter l'environnement.

1.5.2 Les moyens :

Il s'agit des moyens spécifiques et adjuvants :

a. Les Moyens spécifiques :

- le Benzoate de Benzyle (*Ascabiol*) :

Il se présente en lotion dans les flacons de 125ml contenant 12,5 g de Benzoate de Benzyle et 2,5 g de sulfurame par flacon. Comme excipient, nous avons 12,5 g par flacon d'alcool éthylique, de polysorbate et de l'eau purifiée.

Il est plus économique à diluer de moitié.

- le Clofenotane (*Benzochloryl*) :

Il se présente en solution pour usage externe dans des flacons de 125ml dont la composition est la suivante : le clofenotane 8,4 g par flacon ; l'excipient phtalate d'éthyle.

- les Pyrethrines (*Spregal*) :

Ils se présentent en solution pour application locale dans les flacons pressurisés de 160g. La composition est la suivante : Esdepallethrine 1,008g/flacon ; Butoxyde de pipéronyle 8,064g/flacon ; le gaz pulseur : propane/butane ; l'excipient est l'alcool éthylique à 95%.

D'un traitement simple moins efficace que le Benzoate de Benzyle. Il consiste en une pulvérisation sur tout le corps sauf la tête, et laisser pendant 12 heures^{23,56}.

- l'Ivermectine (*Mectisan*) :

Il se présente en comprimés sécables blancs dans les boîtes de 2, 10 et 100 sous film thermosoudé (en aluminium). La composition est la suivante : ivermectine 6mg/comprimé ; excipient la cellulose microcristalline, l'amidon prégelatinisé et le conservateur qui est le butylhydroxyanisole.

C'est un microfilaricide avec un effet peu macrofilaricide. En prise unique à la dose $150\mu\text{g}/\text{kg}$ chez les personnes âgées de 5 ans et plus ^{17,26,34}.

la désinfection des linges et de la literie par :

- le Lindane ou Hexachlorocyclohexane (*Aphitiria*)

Il se présente sous forme de poudre pour application locale. Ce sont des flacons poudreux de 180g dont la composition est la suivante : lindane (DCI) ou Isomère Y de l'hexachlorocyclohexane ou H CH 0,72 g/flacon, l'excipient est le talc.

- la Pyrethriñoïde (*Apar*) : elle se présente sous forme de flacon de 200ml en spray contenant de la pyrethriñoïde.

A pulvériser sur les linges et la literie.

b. Le traitement adjuvant :

Les antihistaminiques pour calmer le prurit.

1.5.3 Les indications et les modalités de traitement :

a. La gale non surinfectée :

On utilise l'un des acaricides pour traiter le sujet malade, et les sujets contacts.

Il consiste en une application unique sur tout le corps, à l'exception de la tête. En insistant sur les parties qui démangent le plus. Laisser le produit en place pendant 12 heures chez l'enfant de moins de 2 ans et 24 heures chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans ^{16,23,56}.

La désinfection des linges et literies par la poudre *Aphitiria* et laisser le produit en contact pendant 72 heures ^{10,23,56}.

b. La gale surinfectée non eczématisée :

- On traite la surinfection par des antiseptiques locaux associé ou non à une antibiothérapie générale

- Le traitement spécifique antiscabieux s'effectuera comme celui d'une gale simple ^{16,23,56}.

c. La gale eczématisée :

Le traitement se fait par des bains de permanganate associés au traitement antiscabieux. Enfin on traitera l'eczématisation par des topiques à base de corticoïdes dont la concentration est fonction du degré d'eczématisation²³.

1.5.4 Les effets secondaires :

Ils sont rares. Il peut s'agir de :

- Dermite d'irritation provoquée par les acaricides ;
- Eczématisation après l'application répétée des acaricides ;
- Neurotoxicité due à l'alcool éthylique contenu dans les acaricides ;
- Troubles respiratoires dus aux poudres utilisées (H CH).

II – PYODERMITES

2.1. Définition

Les pyodermites regroupent plusieurs entités anatomo-cliniques. Elles peuvent être :

- La Pyodermite superficielle : Impétigo, dont une variété profonde Ecthyma
- La Pyodermite localisée au niveau des follicules pilo-sébacés : Furoncles, folliculites et anthrax.
- La Pyodermite profonde : de localisation dermo-épidermique (érysipèle) ou dermo-hypodermique (cellulite)^{2,4,27,34,35,45}.

2.2. Epidémiologie

2.2.1 Agents pathogènes :

Selon des études récentes aux Etats-Unis., le Staphylocoque est retrouvé seul dans 70 à 95% des Impétigo. Il appartient au groupe phagique II type 71, capable de sécréter une toxine exfoliante. Dans d'autres cas, Staphylocoque et Streptocoque sont associés^{4,35,43,45,57}.

2.2.2 Le terrain :

Les pyodermites primitives sont les plus fréquentes et apparaissent sur peau saine ou après une effraction cutanée.

La cible préférentielle c'est le nourrisson et les enfants d'environ 10 ans^{4,34,35,45}. Cependant, on note de plus en plus de cas chez les adultes immuno-déprimés et les diabétiques⁵⁶.

Les pyodermites secondaires surviennent sur des traumatismes négligés et sur des dermatoses prurigineuses pré-existantes^{34,45}.

2.2.3 Le mode de contagion :

La contamination se fait à partir des porteurs sains ou des gîtes propres du malade (plis, région périnéale, orifices naturels). Cette contamination évolue par petites épidémies dans les crèches, les écoles ou les familles ^{34,35}.

2.2.4 Les facteurs favorisants :

Les pyodermites sont favorisées par la chaleur, l'hygiène corporelle défectueuse, traumatismes mal soignés, frottement par habits serrés ^{2,45}.

2.3. Clinique

a. L'impétigo :

Type de description : Impétigo bulleux de l'enfant

Il évolue en deux temps.

– la phase bulleuse :

Il s'agit de bulles sont de grande taille flasques à contenu initialement clair et secondairement trouble. Elles surviennent sur peau saine ou sur une base érythémateuse. Leur rupture entraîne un suintement aboutissant à la phase croûteuse ^{43,57}.

– la phase croûteuse :

Les bulles sont rompues laissent des érosions post-bulleuses reconnaissables par leur forme parfaitement ronde, sur lesquelles se constituent secondairement des croûtes d'aspect mélicérique caractéristiques.

La localisation est évocatrice : visage souvent peri-orificiel, le cou, le cuir chevelu, les plis axillaires et inguinaux, parfois ubiquitaire.

On note souvent des adénopathies satellites et un décalage thermique ^{34,43,57}.

b. Autres pyodermites :

– Impétigo circiné : sans bulle véritable, prédominant aux joues. Les vésicules ou bulles se regroupent et présentent une zone de «guérison centrale» donnant un aspect circiné ⁴³.

– Ecthyma : C'est la forme ulcéreuse de l'Impétigo. Il se présente sous la forme d'une ulcération creusante aux bords abruptes, à fond sanieux souvent recouvert par une croûte noirâtre. Il est habituellement localisé aux membres inférieurs et se voit surtout en région tropicale. La lésion unique parfois a une évolution traînante et sa guérison laisse une cicatrice indélébile.

On peut retrouver comme germes le Staphylocoque, le Streptocoque et les colibacilles^{34,43}.

2.4. Le diagnostic

a. Le diagnostic positif

Il est surtout clinique et évoqué en face d'une lésion bulleuse flasque avec croûte mélicérique. Ce n'est que secondairement ou dans un but de recherche que l'on a recours à l'antibiogramme.

b. Le diagnostic différentiel : devant un impétigo, il faut éliminer :

+ Les dermatoses bulleuses :

– maladies bulleuses auto-immunes qui sont faites de bulles à Nikolski positif et la confirmation est apportée par la biopsie et l'immunofluorescence.

– pustuloses amicrobiennes : en plus des lésions pustuleuses, on rencontre des lésions caractéristiques érythémato-squameuses aux sommets^{43,57}.

– epidermolyse bulleuse congénitale : se particularise par son caractère congénital. Les bulles sont de tailles différentes, flasques, de localisation ubiquitaire mais surtout au niveau des zones de friction. La biopsie confirme le diagnostic.

+ dermatophytie de la peau glabre :

c'est une lésion annulaire à bordure active et à guérison centrale de localisation ubiquitaire. Le germe en cause est identifié après prélèvement mycologique.

+ les autres ulcérations cutanées :

– ulcère variqueux : d'aspect inflammatoire et suintant avec adénopathies satellites. L'identification d'un terrain d'insuffisance veineuse pose le diagnostic.

2.5. L'évolution

Favorable

L'évolution favorable est obtenue sous traitement avec ou sans cicatrice. Les récurrences sont fréquentes à partir du portage chronique dans l'entourage.

Les complications

Elles surviennent en l'absence de traitement.

- A type de pyodermites profondes, de septicémie, de glomérulo-néphrites post streptococciques ont été observés ^{15,34,43}.
- le Syndrome toxique : dû à la toxine exfoliante sécrétée par les Staphylocoques dorés, habituellement du groupe phagique II. Il peut compliquer l'Impétigo d'origine Staphylococcique. Deux tableaux cliniques sont individualisés.

* Epidermolyse Staphylococcique aiguë (encore appelée Syndrome Staphylococcique des enfants ébouillantés ou Staphylococcal Scalded Skin Syndrome « SSSS ») dont la prise en charge nécessite la mise en route d'une véritable réanimation.

* Dans la forme abortive, la scarlatine staphylococcique. La guérison est obtenue rapidement avec ou sans traitement ^{43,45}.

2.6. Le traitement

2.6.1 Les buts :

- traiter les malades
- prise de mesures épidémiologiques.

2.6.2 Les moyens, les indications et les modalités thérapeutiques :

Ils associent un traitement local nécessaire et suffisant dans les formes superficielles, à un traitement général adapté aux germes en cause.

Local : Il consiste à une désinfection et une détersion des lésions par des antiseptiques :

- Le permanganate de potassium est dilué au 1/10000 ou au 1/20000. Il se présente en comprimés de 0,50g de couleur violette dans les boîtes de 20 comprimés. Il existe en sachets également et chaque sachet contient 0,25g de permanganate.

Les effets secondaires : risque caustique avec des concentrations élevées.

- La Polyvidone iodée diluée de moitié ou pure.

Les grands bains ont l'avantage de désinfecter tout le tégument et le cuir chevelu ¹⁰.

Il est indiqué dans les pyodermites constituées de quelques lésions.

Général : dans les folliculites profuses, l'ecthyma, la cellulite, l'antibiothérapie aura l'avantage d'éradiquer les foyers extracutanés ou les gîtes de portage chronique, responsables de réinfection et de contamination de l'entourage. L'on a recours le plus souvent et de façon empirique aux antibiotiques suivants :

- Macrolides: dose 50mg/Kg/j
- Synergistine: dose 2g/j
- Pénicilline retard: 50mg/kg

Ce traitement est indiqué dans les pyodermites constituées de plusieurs éléments. En cas de résistance, on fait un antibiogramme.

Mesures épidémiologiques : le respect des règles d'hygiène classiques :

- Lavage des mains;
- Nettoyage des ongles;

complétera le traitement ⁵⁸.

Si possible durant le traitement, éviction scolaire.

III – DERMATOPHYTIES de la peau glabre

3.1. Définition

C'est l'atteinte de la peau glabre par les dermatophytes.

3.2. Epidémiologie

3.2.1. Agent pathogène

Les Dermatophytes sont des champignons pathogènes pour l'homme et les animaux. On distingue trois genres :

- Trichophyton (T)
- Epidermophyton (E)
- Microsporum (M)

3.2.2. Réservoir de germe

Suivant leur habitat d'élection, les dermatophytes sont classés en :

- Anthropophiles dont la transmission se fait d'homme à homme
- Zoophiles de transmission animal à homme
- Géophiles de transmission de la terre à homme

En règle générale, les champignons Zoophiles et Géophiles sont mal adaptés à l'homme. Ils provoquent chez lui des réactions inflammatoires⁵².

Tableau des espèces de dermatophytes, les plus fréquemment rencontrées.

<i>Anthropophiles</i>	<i>Zoophiles</i>	<i>Geophiles</i>
<i>E. Floccosum</i>		
<i>M. Langeronii</i> <i>M. Audouini</i>	<i>M. Canis</i> <i>M. nanum</i> <i>M. persicolor</i>	<i>M. gypseum</i> <i>M. fulvum</i>
<i>T. violaceum</i> <i>T. soudanense</i> <i>T. tonsurans</i> <i>T. rosaceum</i> <i>T. rubrum</i> <i>T. interdigitale</i>	<i>T. mentagrophytes</i> <i>T. verrucosum</i> <i>T. ochraceum</i>	

Le groupe épidermophyton touche uniquement la peau glabre, le groupe trichophyton touche aussi bien la peau glabre que les phanères, le groupe microsporum affecte la peau et le cuir chevelu mais respecte les ongles^{23,52}.

3.2.3. Mode de transmission

La transmission se fait de l'animal à l'homme ou d'humain à humain directement ou par objet souillé interposé.

3.2.4. Mécanisme de l'infection

Parasite exclusif de la kératine, le dermatophyte une fois inoculé par dépôt de spores sur la couche cornée donne naissance à des filaments mycéliens. L'envahissement de la couche cornée par ces filaments déclenche une réaction inflammatoire qui tend à expulser le parasite (en particulier apport de facteurs sériques d'inhibition tels la transferine). Le parasite se déplace alors vers la périphérie de la lésion. Pour ces raisons, sauf localisation particulière, modification par une surinfection ou un traitement l'épidermophytie se caractérise cliniquement par son aspect circiné et son extension centrifuge avec renforcement marginal des signes inflammatoires²³.

3.3. Clinique

Cliniquement, la dermatophytie de la peau glabre a l'aspect d'une tache superficielle, plus ou moins érythémateuse à limites nettes, souvent prurigineuse, bordée de vésicules ou de squames, avec tendance à la guérison centrale. Certaines lésions guérissent spontanément, tandis que d'autres peuvent prendre un aspect en cocarde par repullulation fongique dans la partie centrale du médaillon, ou un aspect polycyclique par conférence de plusieurs lésions élémentaires⁵².

3.4. Diagnostic

3.4.1 Diagnostic positif : le diagnostic positif se fait par :

3.4.1.1 La clinique : lésions arrondies ou circinées avec bordure microvésiculeuse et extension centrifuge.

3.4.1.2 Le prélèvement mycologique qui se fait à la périphérie de la lésion sur sa bordure évolutive laquelle correspond à la zone de vitalité du champignon.

- l'examen direct : qui met en évidence des filaments septés et ramifiés dans les squames.
- les cultures permettent une identification de l'espèce en cause.

3.4.1.3. la biopsie cutanée peut quelques fois être utile et révéler le diagnostic de façon inattendue²³.

3.4.2. Le diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel se fait avec :

- un eczéma nummulaire : placards prurigineux arrondis bien limités et desquamants.

- un pityriasis de Rosé de Gilbert (PRG) : présence d'un médaillon unique sur le tronc ou l'abdomen ovalaire à bord net et squameux en périphérie, bistre en son centre. La lésion est non prurigineuse au début. Secondairement, apparaissent des médaillons analogues prédominant sur le tronc, l'abdomen et la racine des membres. En quelques semaines toutes les lésions disparaissent.

- un psoriasis : placard érythémato-squameux pouvant siéger sur n'importe quelle partie du corps et résultant de facteurs multiples.

3.5. Traitement

3.5.1 Les moyens :

3.5.1.1 La griséofulvine

- Mode d'action :

La griséofulvine est seulement fongistatique. Elle doit être administrée jusqu'à ce que la structure keratinienne infectée ait été éradiquée par desquamation. Elle inhibe la synthèse d'acides nucléiques et bloque la métaphase.

– Métabolisme :

C'est un point important en pratique en raison de l'absorption digestive médiocre, lente et prolongée. Les formes micronisées puis ultramicronisées incorporées au polyéthylène glycol permettent d'obtenir des concentrations sanguines identiques pour des doses plus faibles. L'absorption est augmentée si le produit est administré lors d'un repas, même si celui-ci contrairement à une opinion répandue n'est pas particulièrement riche en graisse. La griséofulvine est excrétée dans la sueur mais un flux sudoral trop important réduit la concentration dans le stratum corneum⁵².

– Indications :

Toutes les dermatophyties, en raison d'un effet inflammatoire sans doute proche de celui de la colchicine, la griséofulvine a été essayée dans la sclérodermie, le lichen plan, sans cependant se révéler supérieure à d'autres traitements⁵³.

– Contre-Indications :

La griséofulvine est contre-indiquée lors des porphyries, de la grossesse et du lupus érythémateux systémique. Elle réduit l'activité des antivitamines. Les phénobarbital réduit l'absorption de la griséofulvine. Une interférence est possible avec les anticonceptionnels.

– Effet secondaire :

Ils sont en général bénin : nausées et diarrhées, céphalées, troubles visionnels et psychiques rares. Les patients traités par prises de griséofulvine doivent se protéger du soleil en raison de pouvoir photosensibilisant du produit. Quelques réactions cutanées de types toxidermie ont été observées.

– Posologies, formes commercialisées

La dose quotidienne est de 15 à 25mg/kg de forme micromisée et de 5-10mg/kg de forme ultramicromisée à administrer pendant un repas. Chez l'enfant, la dose de 15mg/kg/24h en une prise est conseillée.

La durée du traitement dépend du type de dermatophytie et du siège de l'infection et varie ainsi de 4 semaines pour les espèces zoophiles à 12 semaines pour les espèces anthropophiles comme le trichophyton rubrum.

L'absence de réponse à la griséofulvine peut être due au développement d'une résistance (surtout pour T. rubrum), à une absorption insuffisante, à une interaction médicamenteuse ou souvent à une mauvaise adhésion au traitement⁵³.

3.5.1.2 Kétoconazole

– Mode d'action

Le kétoconazole est fongistatique et agit par inhibition de la biosynthèse de l'ergostérol membranaire des levures et des champignons.

– Spectre d'action

Il agit sur les dermatophytes, levures (*Candida albicans*, *Malessezia furfur*), les mycoses profondes à l'exception toutefois de la maladie de Lobo, des aspergilloses, des mycétomes et de la sporotrichose.

– Indications

Le kétoconazole est indiqué dans les surinfections dermatophytiques ayant résisté à un traitement local et/ou systémique à base de griséofulvine. Il ne paraît pas opportun de le préconiser en tant que traitement de première intention des candidoses systémiques ou cutanéomuqueuses chroniques. La prévention de ces affections en cas d'immunodépression est par contre une bonne indication.

– Contre-Indications

Atteinte hépatique, grossesse.

– Effets secondaires :

Le plus important est la toxicité hépatique, se manifestant surtout dans les traitements au long cours et en cas d'administration antérieure de griséofulvine. Une augmentation supérieure à deux fois le taux normal des transaminases implique l'arrêt du traitement. La surveillance des fonctions hépatiques devra être bimensuelle au cours des trois premiers mois de traitement. Des atteintes hépatiques symptomatiques surviennent chez 75% des cas dans ce délai.

L'effet anti-androgénique n'a pas de retentissement clinique aux doses thérapeutiques usuelles⁵².

3.5.2. Indications

3.5.2.1 Dermatophytie de la peau glabre localisée
griséofulvine en application locale.

3.5.2.2 Dermatophytie de la peau glabre étendue
griséofulvine en application locale et griséofulvine par voie générale
kétoconazole.

IV – DERMATOSES VIRALES

A. VARICELLE

1. Définition

La varicelle est une maladie très contagieuse causée par l'herpès virus varicelle (virus zona varicelle).

2. Epidémiologie

2.1. Agent pathogène : l'agent pathogène est le virus varicelle zona (VZV). C'est un virus à ADN.

2.2. Réservoir de virus : l'homme est le seul réservoir de virus.

2.3. Mode de contamination

La contamination se fait essentiellement par les voies aériennes supérieures et plus exceptionnellement par contact avec le liquide des vésicules. La grande contagiosité de la varicelle explique qu'elle atteint surtout l'enfant entre 2-10 ans. Les formes de l'adulte sont très rares mais souvent plus sévères⁵⁴, surtout sur terrain immunodéprimé.

3. Clinique

L'incubation est de 14 jours avec des extrêmes de 10-20 jours. La phase d'invasion est souvent inapparente, elle est très courte (24 heures) marquée par une fièvre à 38°C, un malaise général et parfois une éruption scarlatiniforme. La période d'état débute par une éruption faite de macules rosées, arrondies, bien limitées se recouvrant très rapidement quelques heures de vésicule à liquide clair posée sur la peau comme « une goutte de rosée ».

Après 24 à 48 heures, le contenu vésiculaire se trouble, devient jaunâtre, la vésicule se plisse en son centre et une croûte apparaît : c'est l'ombilication centrale. Du 2^e au 4^e jour, la sérosité de la vésicule se dessèche et est remplacée par une croûte qui tombera vers le 8^e jour laissant une cicatrice rosée, puis blanche qui disparaîtra en quelques mois.

L'ensemble du revêtement cutané peut être touché mais c'est surtout le tronc et la face qui sont atteints, ce qui pourrait expliquer la survenue ultérieure d'un zona dans ces territoires. Le cuir chevelu est souvent touché de façon précoce. Les muqueuses sont également intéressées par l'éruption surtout la cavité buccale mais aussi les muqueuses génitales et oculaire. Des formes atteignant uniquement les zones photo-exposées ont été rapportées ⁶. Le nombre des éléments est très variable de quelques uns à plusieurs centaines. Plusieurs poussées successives, séparées de 2 à 3 jours sont responsables de la coexistence d'éléments d'âge différent. Le prurit est souvent très prononcé occasionnant des lésions de grattage responsables de cicatrices définitives. Le syndrome général est réduit avec discret décalage thermique, micropolyadenopathies. La numération formule sanguine montre une leucopenie modérée avec lymphomonocytose relative. La guérison survient au bout de 8 à 10 jours.

Formes cliniques :

On distingue des formes frustes, limitées à quelques éléments très souvent méconnues et donc facteurs de propagation de la maladie. On isole également des formes bulleuses, voire ecchymotique avec ecchymose à la base des vésicules ⁵⁴.

4. Evolution

4.1. Favorable

La varicelle est une maladie bénigne, d'évolution généralement favorable.

4.2. Complications

4.2.1 la surinfection est la plus fréquente. Elle est due généralement au staphylocoque doré et/ou au streptocoque. Le plus souvent bénigne, elle peut quelques fois entraîner une cellulite ou une septicémie.

4.2.2 la laryngite est liée à l'oedème provoqué par la présence de vésicules dans le larynx.

4.2.3 l'atteinte oculaire peut entraîner une kerato conjonctivite ou une kératite tardive responsable de la taie coméenne.

4.2.4. les complications pulmonaires se voient surtout chez l'adulte ou dans les formes malignes. Il s'agit d'une pneumopathie varicelleuse qui s'observe chez 0,25 à 4% des cas de varicelle de l'adulte et serait favorisée par l'intoxication tabagique. L'évolution est souvent rapidement favorable mais des formes graves avec détresse respiratoire nécessitant une réanimation sont possibles ⁵⁴.

4.2.5 les complications nerveuses : elles touchent particulièrement l'enfant entre 2-4 ans et surviennent entre le 3^e et le 10^e jour d'évolution. Ce sont

- l'ataxie cérébelleuse la plus fréquente 0,25-3 cas sur 1.000 varicelles de l'enfant de moins de 15 ans

- les encéphalites aiguës diffuses
- les méningites lymphocytaires
- une myélite transverse
- des névrites et des polyradiculonévrites.

Leur pronostic est généralement excellent. Le syndrome de Reye : encéphalopathie aiguë souvent mortelle peut se voir dans 5 pour 20.000 cas de varicelle. Il peut se rencontrer après d'autres maladies virales comme la grippe et serait peut être en relation avec la prise d'aspirine^{44,48}.

- d'autres complications ont été rapportées : purpura thrombopenique aigu post varicelleux de bon pronostic, des complications articulaires, rénales (néphrite), hépatiques, cardiaques (myocardite), pancréatite et orchite.

5. Diagnostic

5.1 Diagnostic positif

Il est essentiellement clinique. Dans les formes difficiles, on peut s'aider du cytodiagnostics de Tzanck qui rattache l'infection à un herpès virus²¹.

La biopsie cutanée est rarement nécessaire. On peut également mettre en évidence l'augmentation du taux des anticorps. La réponse anticorps est de type primaire avec apparition d'IgG, d'IgA, d'IgM.

Enfin, le virus peut être isolé des lésions par culture.

5.2. Diagnostic différentiel : devant une éruption varicelleuse il faut éliminer :

- une dermatite herpétiforme qui est une maladie auto-immune
- un prurigo strophulus : les lésions concernent les zones découvertes
- un zona généralisé qui est fréquent surtout chez l'immunodéprimé.

6. Traitement

6.1 Moyens : on dispose

6.1.1 Les moyens spécifiques : c'est l'aciclovir

6.1.2 Les moyens adjuvants :

- les antiseptiques locaux
- les antipyrétiques
- l'aciclovir
- l'immunoglobuline VZV

- les antihistaminiques
- les antibiotiques.

6.2 Les Indications

6.2.1 Les formes bénignes :

- éviction scolaire jusqu'à la cicatrisation des croûtes environ 15 jours
- les antiseptiques locaux
- les antipyrétiques
- les antihistaminiques.

6.2.2 Dans les formes graves

En plus des mesures sus-citées un traitement spécifique à l'aciclovir s'impose et d'immunoglobulines anti VZV à la dose de 0,3ml/kg en intramusculaire ⁵⁴.

6.2.3 En cas de surinfection une antibiothérapie par voie générale s'impose.

B. ZONA

4.1. Définition

C'est une ganglio-radculite postérieure aiguë due à la réactivation du virus Varicelle-Zona resté latent dans les neurones des ganglions nerveux. On a toutefois pu observer des zonas lors d'une première exposition exogène au virus. Sa fréquence élevée au cours de l'infection à VIH en fait un sujet d'actualité ⁵⁴.

2. Epidémiologie

2.1 Agent pathogène

L'agent pathogène est le virus varicelle zona (VZV). C'est un virus à ADN faisant partie du groupe herpès virus.

2.2. Réservoir de virus

L'homme est le seul réservoir de virus.

2.2 Mode de contamination

La théorie de Hope-Simpson correspond à la réactivation du VZV avec cheminement du virus le long d'un trajet nerveux pour atteindre un territoire cutané métamérique. Cette réactivation n'a pas de facteur déclenchant bien que l'on puisse incriminer une cause locale telle une radiothérapie, un traumatisme, une tumeur, une crise d'angor (zona D1-D4), une pneumopathie (zona D4-D5), une colique hépatique (zona D12-L2) ou une cause générale (infection à VIH).

3. Clinique

3.1. Forme typique : zona intercostal

C'est la forme la plus fréquente (50% des cas) ⁵². Il débute 3 ou 4 jours par une douleur thoracique, radculaire, unilatérale à type de brûlure avec syndrome infectieux discret et adénopathies axillaires sensibles. Puis survient l'éruption unilatérale, en bande s'arrêtant à la ligne médiane. Des placards érythémateux se couvrent en quelques heures de vésicules à liquide clair, groupées en bouquet, confluant parfois en bulles polycycliques. Quelques éléments aberrants peuvent survenir du côté opposé. Après 2 à 3 jours les vésicules se troublent, se flétrissent puis se dessèchent en croûtelles qui tombent une dizaine de jours plus tard. Le syndrome neurologique

associe des douleurs avec accès paroxystiques modérées chez l'enfant et le jeune mais souvent intolérables, lancinantes chez le sujet âgé, à une hypo ou anesthésie du territoire atteint. Les troubles sudoraux et vasomoteurs, l'abolition du réflexe pilomoteur sont rares. Il existe souvent une réaction méningée latente. La guérison survient en 2 à 4 semaines. Les cicatrices achromiques avec halo pigmenté et souvent anesthésiques permettent un diagnostic rétrospectif. Les douleurs régressent aussi mais peuvent cependant parfois persister longtemps de façon intense.

Le zona confère l'immunité et les récurrences sont exceptionnelles en dehors du Sida ⁵².

3.2 Formes cliniques

Les formes cliniques diffèrent selon :

3.2.1 Le type de l'éruption

- érythémateuse pure : sans vésicule associée
- hémorragique : avec des vésicules hémorragiques
- nécrotique : avec nécrose cutanée à l'image d'une brûlure du 2^e degré.

3.2.2 L'étendue

- les zones bilatéraux ou étagés sont très rares
- le zona généralisé est peu fréquent et retrouvé seulement chez l'immuno-déprimés) ⁵². Après une éruption radiculaire, la généralisation d'allure varicelleuse se fait en quelques jours accompagnée d'une fièvre souvent élevée et parfois de localisations viscérales. Elle traduit une viremie ; cependant celle-ci serait présente dans tous les zones même non généralisés.

3.2.3 La topographie

- les formes rachidiennes sont plus les fréquentes avec à côté des zones dorso-lombaires, les zones cervico-occipitales, cervico-sus-claviculaires, cervico-brachiales, lombo-sciatiques. Ces derniers étant révélés par l'infection à VIH ^{52,54}.
- les formes crâniennes sont plus rares
- zona ophtalmique (ganglion de Gasser) chez l'adulte et le vieillard et dont la gravité est liée aux complications oculaires.

zona par atteinte du ganglion geniculé intéresse le nerf de Wrisberg, branche sensitive du facial dont le territoire cutané se réduit à la zone de Ramsay–Hunt (conduit auditif externe, conque de l'oreille). A l'éruption discrète s'associe une vive otalgie, une adénopathie prétragienne, une anesthésie des 2/3 antérieurs de l'hémilangue et parfois une paralysie périphérique et des troubles cochléo-vestibulaires.

– zona bucco-pharyngé : sont souvent associés à l'atteinte ophtalmologique, les zona pharyngo-laryngés sont exceptionnels.

3.2.4. Le terrain

– chez le nourrisson : quelques cas ont été rapportés chez les nourrissons dont les mères avaient présenté une varicelle pendant la grossesse

– chez la femme enceinte le zona ne comporte pas en principe de risque foetal

– chez l'enfant : dans l'enfance le zona n'est pas exceptionnel et n'implique pas forcément une immunodépression

– chez le sujet âgé : le zona est marqué par l'intensité des douleurs résiduelles

– chez l'immunodéprimé : le zona est fréquent et grave, volontiers hémorragique, gangrèneux ou généralisé ⁵².

4. Diagnostic

4.1 Diagnostic positif

Il est clinique. Le virus peut être éventuellement recherché dans les vésicules.

La biopsie rarement faite montre l'effet cytopathogène du groupe herpès-virus

^{52,54}

5. Evolution

5.1 Evolution favorable : l'évolution est favorable dans les formes simples. On note une rémission de la douleur et du prurit sous traitement.

5.2. Complications

Les complications neurologiques sont les plus fréquentes ⁵⁴ :

– dans le zona rachidien paralysie radiculaire régressive

– dans le zona sacré troubles rétentionnels urinaire et rectaux

– dans le zona céphalique : ophtalmoplégie partielle ou complet régressive, paralysie faciale ou vélopalatine. L'atteinte de plusieurs nerfs réalise un tableau de polioencéphalite subaiguë

– la méningite lymphocytaire est fréquente, les polyradiculonévrites, les myélites et les encéphalomyélites sont exceptionnelles⁵².

6. Traitement

6.1. Moyens

- antiseptiques locaux
- antalgiques habituels (dérivés salicylés, paracetamol) sont généralement suffisants sinon il faut recourir à des analgésiques plus puissants ou à des benzodiazépines
- les antiviraux tel que l'aciclovir.

6.2. Indications

6.2.1 Zona simple localisé

Le traitement comporte des antiseptiques locaux, un traitement antalgique, une antibiothérapie en cas de surinfection.

6.2.2 Zona ophtalmique et zona grave de l'immunodéprimé

En plus du schéma thérapeutique utilisé dans le zona simple, un traitement spécifique antiviral à l'aciclovir s'impose.

- zona ophtalmique : l'aciclovir diminuerait les complications visuelles⁸.

Le traitement doit être précoce dans 48–72 heures après les premiers signes à des doses de 600–500mg 5 fois par jour par voie orale 10–15 jours⁵⁴.

- zona chez l'immunodéprimé

l'aciclovir peut être utilisé, que le zona soit localisé ou généralisé à la dose de 10mg/kg en IV toutes les 8 heures pendant 7–10 jours. Certains préconisent aussi par voie orale à la dose de 500mg, 5 fois par jour⁵⁴.

V – LEPRE

5.1. Définition

La lèpre est une maladie infectieuse due à un bacille appelé «*Mycobacterium leprae*» ou bacille de Hansen. Sa gravité vient du fait qu'elle provoque des infirmités de degrés variables ³⁶.

5.2. Epidémiologie

La lèpre représente un problème de santé publique dans les pays sous-développés principalement en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Amérique Latine. On estimait en 1994 à 2.427.000 le nombre de cas de lèpre dans le monde contre 11.525.000 en 1993. En Afrique ces chiffres étaient de 283.000 en 1994 contre 3.500.000 en 1993 ⁵¹.

5.2.1. Agent pathogène

Mycobacterium leprae est un parasite intra-cellulaire obligatoire qui possède une affinité pour la peau et les nerfs.

Le bacille viable se présente sous forme de bâtonnet immobile, rectiligne, uniformément bien coloré. Sous traitement, *M.leprae* dégénère, il se fragmente, devient granuleux, perd dès lors sa capacité de se multiplier. Le rapport du nombre de bacilles bien colorés dans le champ par le nombre total de bacilles vu représente l'indice morphologique ^{32,38}.

Le temps de croissance de *M.leprae* est de 12 à 13 jours ^{20,34,40}.

En dehors de l'homme, il ne se multiplie que chez un nombre limité d'animaux : le tatou à 9 bandes, la souris blanche (dans le coussinet plantaire) ^{20,26,36}.

Intérêt de la bacilloscopie :

C'est de mettre en évidence le bacille à partir des frottis cutanés (suc dermique) et du mucus nasal selon une technique bien standardisée ³². La densité de bacille de Hansen sur le frottis ou indice bactériologique (IB) est exprimée selon l'échelle logarithmique de Ridley cotée en nombre de croix (+) de 0 à 6 ^{32,50}.

La bacilloscopie a pour but de mettre en évidence les bacilles. Elle permet :

- dans le cadre des programmes de lutte contre la lèpre de catégoriser les malades en paucibacillaires (PB) et en multibacillaires (MB) et de poser l'indication thérapeutique, de suivre l'évolution de l'IB chez le malade en traitement et sous surveillance après traitement.

– dans tous les cas, de dépister une rechute uniquement quand il s'agit d'une rechute chez un multibacillaire et souvent de la différencier d'une réaction d'inversion.

Pathogène de l'infection lépreuse

Lorsqu'un sujet entre en contact avec *M. leprae* l'évolution ultérieure est fonction des défenses de l'organisme. Si cette immunité de type cellulaire est importante le malade réussit à tuer et à éliminer les germes et l'infection reste subclinique, ou bien il se développe une lèpre indéterminée qui peut guérir spontanément ou évoluée vers une forme tuberculoïde. Dans cette dernière, les lésions restent bien délimitées et peu nombreuses. L'inflammation y prend un caractère granulomateux à cellules épithélioïdes entourés d'un grand nombre de lymphocytes ; elle est située immédiatement sous l'épithélium et envahi les nerfs dermiques et les troncs nerveux avec un nombre de bacilles limités de l'ordre de 10^3 à 10^4 ⁴⁰. C'est la forme paucibacillaire (type tuberculoïde) de l'infection. Si par contre, l'hôte n'oppose aucune résistance, une forme multibacillaire (type lépromateux) se développe dans le tissu de l'organisme^{31,40} principalement la muqueuse nasale dont ils seront éliminés massivement par les sécrétions. C'est une forme hautement bacillifère. Un gramme de tissu lépromateux peut contenir jusqu'à 700 millions de bacilles^{24,40}. Les formes lépromateuses et tuberculoïdes sont appelées formes polaires de l'infection. Mais, il existe toute une gamme de forme intermédiaire (borderline). En outre, dans les formes interpolaires, borderline (BB) le degré de défense immunologique peut varier au cours de l'évolution de la maladie. Cette évolution peut se faire soit vers le pôle lépromateux (réaction de dégradation immunitaire) soit vers le pôle tuberculoïde (réaction d'inversion). Ces réactions encore appelées réactions de type 1 présentent des caractères cliniques et histologiques bien définis. A côté de ces réactions, on distingue les réactions de type 2 essentiellement représentées par l'érythème noueux lépreux (ENL) qu'on assimile à un phénomène d'Arthus (conflit antigène, anticorps). Les atteintes nerveuses habituellement localisées au niveau de la peau et des troncs nerveux périphériques peuvent être dues à plusieurs mécanismes :

- elle peut être une conséquence de l'évolution naturelle de la maladie en l'absence de tout traitement
- ou être la complication aussi bien des réactions de type 1 (dégradation et inversion) que celles de type 2 (ENL).

3. Aspects cliniques de la lèpre

Définition d'un cas de lèpre :

L'OMS définit comme cas de lèpre tout patient présentant les signes cliniques de la maladie avec ou sans confirmation bactériologique du diagnostic et qui a besoin de recevoir une polychimiothérapie ^{36,38}.

Signes cardinaux

4 signes cardinaux sont décrits dans la lèpre :

– les signes cutanés :

La lèpre tuberculoïde et la lèpre indéterminée se caractérisent essentiellement sur une peau foncée par une lésion hypochromique maculeuse et/ou infiltrée accompagnée de déficit sensoriel. Sur une peau blanche, les lésions sont érythémateuses ou d'aspect cuivré. Les lésions de la lèpre lépromateuse présentent une ou plusieurs caractéristiques : infiltration diffuse, macules, papules et nodules. Le plus souvent ces lésions sont associées chez un même malade et présentent un caractère symétrique.

– déficit sensitif

Une hypo ou anesthésie peut s'observer au niveau des lésions cutanées ou du territoire cutané innervé par un nerf périphérique.

– hypertrophie des nerfs

Elle s'observe dans les localisations nerveuses électives ^{31,36}. En outre, les branches cutanées atteintes peuvent être hypertrophiées et plus ou moins douloureuses.

– la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants dans les frottis cutanés.

Le diagnostic est établi en présence d'au moins deux des signes cutané-nerveux ou par la présence de BH à la bacilloscopie.

4. Diagnostic et classification

4.1. Diagnostic

On dispose de très peu de moyens pour le diagnostic de la lèpre. Les critères cliniques constituent l'essentiel de ces moyens. Dans la forme multibacillaire, un examen bactériologique confirme le diagnostic. La réaction à la lépromine n'a aucun intérêt pour le diagnostic. Elle constitue un indicateur de la résistance du patient à la lèpre et n'indique pas une infection lépreuse passée ou présente. Dans des cas où le diagnostic est douteux, une histologie s'avère nécessaire même si son interprétation peut être délicate.

Le diagnostic peut être posé lorsqu'on observe soit le dernier signe cardinal indiqué plus haut, soit deux ou moins des trois premiers.

4.2. Classification

4.2.1. Plusieurs classifications ont été utilisées dans la lèpre, mais la plus utilisée reste celle de Ridley et Jopling.

Cette classification distingue les groupes suivants : lésions indéterminées (I) du premier et du deuxième stade, lèpre tuberculoïde (TT) ; lèpre borderline tuberculoïde (BT) ; lèpre borderline proprement dite (BB) ; lèpre borderline lépromateuse (BL) et lèpre lépromateuse (LL) ⁴⁹.

4.2.2. Classification en vue des programmes de lutte

En 1982 pour des raisons de simplification de protocoles thérapeutiques, l'OMS répartit les patients en deux groupes ⁵⁹. Cette classification est modifiée en 1987 ³⁸.

- un patient est dit multibacillaire s'il présente au moins une croix à l'examen bacilloscopique ($IB \geq 1+$)
- un patient est dit paucibacillaire quand il y a absence de bacilles acido-alcool-résistants à la bacilloscopie ($IB=0$).

5. Traitement

Depuis les années 1950 jusqu'à la fin des années 1970, le traitement reposait essentiellement sur la diamino-diphényl sulfone (DDS) en monothérapie ^{7,28,46}. Après plus d'un quart de siècle, on s'est rendu compte des limites d'un tel traitement à savoir la pharmacorésistance, la médiocrité de l'observance thérapeutique et les taux

d'abandon fréquemment élevés⁵⁹. En 1981, l'OMS a recommandé la polychimiothérapie (PCT) associant la dapsonne (DDS), la rifampicine (RMP) et la clofazimine (CLO) dans le traitement de la lèpre⁶⁰.

Les Médicaments de la PCT

A l'heure actuelle 3 médicaments sont utilisés pour leur activité anti-bacillaire^{13,36}.

a) Disulone (diamino-diphényl-sulfone, DDS ou dapsonne)

Administrée aux doses de 100mg/j chez l'adulte et 1 à 2mg par kg de poids corporel par jour chez l'enfant, la DDS est un inhibiteur de la synthèse des folates chez *M.leprae* et a une activité faiblement bactéricide sur *M.leprae*. Son absorption per os est rapide et sa demi-vie (1/2 vie) sérique est de 28 heures.

La concentration minimale inhibitrice (CMI) de la dapsonne est très basse, de l'ordre de 3mg/ml : après ingestion d'une dose de 100mg, le taux sérique maximum dépasse 500 fois la CMI et les taux mesurables résiduels peuvent être encore détectés 10 jours plus tard³⁶. La diffusion est complète dans tous les compartiments de l'organisme et l'élimination se fait dans les urines. La toxicité est réduite aux doses habituelles, cependant on peut observer dans de rares cas une hépatite, une erythrodermie exfoliatrice ou avec psychose^{13,36}. Elle est contre-indiquée chez les personnes porteuses de tares hépatiques et rénales.

b) Rifampicine (RMP)

Médicament essentiel pour le traitement de la lèpre, la rifampicine (RMP) est un antibiotique semi-synthétique bactéricide, à large spectre disponible sous forme de gélules de 150 à 300mg. Elle agit par inhibition de l'ARN polymérase ADN dépendant et a une CMI de 0,3mg/litre. Après administration de 600 à 1500mg, les bacilles sont incapables de se multiplier, ce qui indique que 99% d'entre eux sont tués par cet antibiotique³⁶. La dose quotidienne recommandée est de 4-8mg/kg de poids corporel. Cependant, en cas d'administration intermittente cette dose est portée à 12-15mg/kg de poids corporel chez l'enfant comme chez l'adulte¹³. En outre, il a été montré que l'administration quotidienne de 600mg de rifampicine n'est pas plus efficace que l'administration mensuelle de 600mg de RMP. La prise mensuelle de la RMP permet non seulement de réduire le coût du traitement mais aussi la fréquence et la gravité de ses effets secondaires^{36,378}. Les effets secondaires associés à la RMP sont rares. On

observe entre autres des troubles digestifs, une anémie hémolytique, des hépatites surtout en cas d'association aux thionamides^{7,13}. La cytolysé hépatique représente la seule contre-indication formelle de la RMP¹³.

c) Clofazimine (B663 ou Lamprène^R)

C'est un colorant Imino-phenazinique substitué disponible sous forme de gélules de 50 à 100mg. Elle a une activité bactériostatique sur *M.leprae*. En outre, elle possède une activité anti-inflammatoire dont le mécanisme d'action est encore méconnu. C'est lorsqu'elle est administrée quotidiennement ou 3 fois par semaine qu'elle est plus active³⁸. Outre la pigmentation brunâtre quasi-constante et la xérose cutanée, la clofazimine entraîne cliniquement une pseudo-maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique. Ces troubles semblent résulter de l'accumulation de la clofazimine dans la muqueuse intestinale et sont réversibles à la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement¹³.

Polychimiothérapie et lutte antilépreuse

Les schémas suivants sont utilisés :

- Lèpre paucibacillaire

Adulte

- . Rifampicine : 600 mg / mois
 - . DDS : 100 mg / jour
- pendant 6 mois.

Enfant : on donne la moitié de la dose soit

- . RMP : 300mg/mois
- . DDS 50mg/jour

- Lèpre multibacillaire

Adulte

- . Rifampicine : 600 mg / mois
- . Clofazimine : 300 mg / mois
- . DDS : 100 mg / jour
- . Clofazimine : 50 mg / jour.

Enfant : on administre la moitié de la dose soit

Adulte

- . Rifampicine : 300 mg / mois
- . Clofazimine : 150 mg / mois
- . DDS : 50 mg / jour
- . Clofazimine : 50 mg / tous les deux jours.

Résultats de la polychimiothérapie

Les nouveaux schémas préconisés en 1981 par le groupe d'étude OMS sur la chimiothérapie de la lèpre se sont largement imposés dans tous les programmes de lutte antilépreuse. La plupart des pays d'endémie ont accepté et introduit ces schémas³⁸.

L'évolution de la PCT a connu un essor favorable pour plusieurs raisons :

- les schémas sont facilement acceptés et bien tolérés par les intéressés³⁸.
- l'observance au traitement est bonne.

On peut considérer que le traitement est régulier si pendant une période quelconque le patient a reçu une polychimiothérapie associée au moins les 2/3 des mois correspondants^{37,38}.

Deuxième Partie :

**EVALUATION D'ARBRES DECISIONNELS
POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
DE DERMATOSES COURANTES ET
DE LA LEPRE**

I. OBJECTIFS

1.1. Objectif général

L'objectif général de notre étude était de tester l'efficacité d'arbres décisionnels élaborés à l'Institut Marchoux pour le diagnostic et le traitement de dermatoses courantes et de la lèpre par le personnel de santé du niveau périphérique.

1.2. Objectifs spécifiques

- Evaluer l'efficacité diagnostique des arbres décisionnels élaborés à l'Institut Marchoux à l'intention du personnel de santé du niveau périphérique (infirmier)
- Evaluer l'efficacité thérapeutique de ces arbres
- Recommander la vulgarisation des arbres décisionnels dont l'efficacité globale (diagnostique et thérapeutique) atteindrait 90%
- Améliorer les arbres dont l'efficacité globale serait < 90% en vue de les proposer au personnel de santé du niveau périphérique.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. Le cadre de l'étude : l'Institut Marchoux de Bamako

L'étude a été menée à l'Institut Marchoux, situé à Djicoroni-Para en Commune IV du district de Bamako. L'institut est un organe de l'O.C.C.G.E. (Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies). Il a pour vocation :

- la recherche appliquée à la lutte contre la lèpre et les affections dermatologiques
- la formation du personnel et des étudiants en dermato-léprologie
- l'appui aux états de l'O.C.C.G.E. dans la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre la lèpre.

L'Institut Marchoux est composé d'une Direction et de six unités de recherche qui sont : la Dermatologie, la Léprologie, la Chirurgie-Rehabilitation, la Biologie, l'Animalerie Expérimentale, l'Epidémiologie-Formation.

L'étude s'est déroulée de janvier à juin 1996 principalement au bureau des entrées, service chargé du tri et de l'orientation de tous les malades consultant à l'Institut Marchoux et dans les services cliniques de dermatologie et de léprologie.

2.2. L'échantillonnage

Pour tester l'efficacité des 5 arbres décisionnels portant sur la gale, les pyodermites, les dermatophyties, les viroses cutanées et la lèpre, nous nous proposons de recruter 20 cas de chaque affection et de comparer notre diagnostic et conduite à tenir à ceux proposés par les praticiens de l'Institut Marchoux. Ce faisant nous avons retenu un échantillon total de 100 patients à recruter entre janvier et juin 1996.

2.3. Recrutement des cas

Notre étude a concerné les patients consultant à l'IMx. Le recrutement des cas s'est fait au bureau des entrées (B.E.). Chaque patient recruté dans l'étude a suivi les étapes suivantes :

- au B.E. interrogatoire et examen clinique dermatologique réalisés par nous mêmes selon la démarche diagnostique préconisée par les arbres décisionnels (voir les différents arbres de décision en annexe 1,2,3,4 et 5).
- au B.E. et dans les unités de dermatologie et de léprologie : examen des patients par les praticiens de l'Institut Marchoux (médecins généralistes, dermatologues et léprologues), prescription de traitement en fonction du diagnostic clinique et/ou biologique et suivi du patient après la prise du traitement prescrit.

Nous avons relancé à domicile les patients qui ne se sont pas présentés pour le suivi post-thérapeutique.

2.4. Collecte des données

Les données pour l'étude ont été recueillies à l'aide de deux types de fiches que nous avons élaborés (voir annexe 6 et 7).

- la première fiche comporte 4 parties (annexe 6) :

La 1ère partie porte sur l'identification du patient et notamment une adresse précise permettant de relancer le patient à son domicile lors du suivi post-thérapeutique

La 2è partie porte sur le diagnostic fait par les médecins de l'IMx et la conduite à tenir proposée (traitement et mesures d'accompagnement).

La 3è partie porte sur le résultat du traitement prescrit à l'IMx. Cette partie était notée en 4 items à savoir guérison, amélioration, échec et non revu

La 4ème partie portait sur la nature de ou des arbre(s) décisionnel(s) que nous avons utilisé(s) pour le diagnostic au BE et la CAT préconisée par cet arbre décisionnel (traitement et mesures d'accompagnement). Cette dernière partie de la 1ère fiche était disposée en bas de page de manière à être cachée lorsqu'on rabattait le bas de la page. Cette 1ère fiche était remplie au B.E. pour la partie portant sur l'identification des patients et pour la 4è partie portant sur le diagnostic et le traitement préconisé par le ou les arbre(s) décisionnel(s) utilisé(s). Après avoir rabattu le bas de la page et l'avoir agrafé le malade était envoyé en consultation de dermatologie ou de léprologie pour être pris en charge. Ce faisant les médecins de l'IMx posent leur diagnostic et prescrivent le traitement à l'insu du diagnostic et des CAT que nous avons retenu à l'aide des arbres de décision.

La 2è fiche est un document servant au suivi du patient. Elle était remise au patient qui devait la ramener pour la visite de suivi après le traitement. Le médecin ayant fait la prescription thérapeutique devait porter les résultats du traitement selon les 4 items que nous avons retenu à savoir :

- guérison
- amélioration
- échec
- non suivi.

2.5. Analyse des données recueillies

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel Epi-Info où certaines des variables étudiées ont été codifiées de la manière suivante :

– l'âge a été codé en 3 tranches :

0 – 14 ans : enfant

15 – 44 ans : adulte jeune

45 ans et plus : sujets âgés.

Les origines des patients étaient regroupées en 3 classes. Les patients de la commune IV de Bamako d'une part, les patients des autres communes de Bamako et enfin les sujets résidant hors de Bamako.

Pour l'évaluation de l'efficacité des arbres décisionnels, nous avons retenu 3 critères :

1. La conformité diagnostique : le diagnostic fait avec les arbres décisionnels est conforme au diagnostic posé par les praticiens de l'IMx en dermatologie et en léprologie.

2. La conformité thérapeutique : la conduite à tenir des arbres décisionnels est conforme au traitement prescrit par les praticiens de l'IMx.

3. Efficacité thérapeutique : pour les patients pour lesquels la conduite à tenir de l'arbre décisionnel était conforme au traitement prescrit un bon résultat est constaté lors du suivi (guérison ou amélioration).

4. Efficacité globale : à partir de ces 3 critères l'efficacité globale est calculée avec la formule suivante :

$$EG : CD \times CT \times ET$$

EG: Efficacité globale d'un arbre décisionnel exprimée en pourcentage pour le diagnostic et le traitement des cas

CD: Conformité du diagnostic entre l'arbre décisionnel utilisé et le diagnostic posé à l'Institut Marchoux

CT: Conformité du traitement préconisé par l'arbre décisionnel et celui prescrit par le médecin traitant à l'Institut Marchoux en cas de conformité diagnostique

ET: Efficacité thérapeutique ou pourcentage de bons résultats (guérison ou amélioration clinique après la prescription des médicaments) en cas de conformité thérapeutique.

III. RESULTATS

3.1. Description des sujets de l'étude

– selon le sexe : nous avons recruté 102 patients de janvier à juin 1996. Parmi ces sujets le sexe féminin était plus représenté avec 54 cas soit 53% (voir tableau 1 et graphique 1)

– selon l'âge : l'âge moyen des sujets recrutés était de 19 ans avec un déviation standard de 13,5. Les sujets de sexe masculin (21,5 ans en moyenne) apparaissaient plus âgés que les femmes dont la moyenne d'âge était de 17 ans. Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative. En répartissant les sujets en 3 tranches d'âge, nous avons constaté que les sujets de la tranche adulte jeune (15–44 ans) était les plus nombreux avec 58 cas suivi par les enfants (40 cas) et par les sujets âgés (plus de 45 ans) au nombre de 4 (voir tableau 1 et graphique 1).

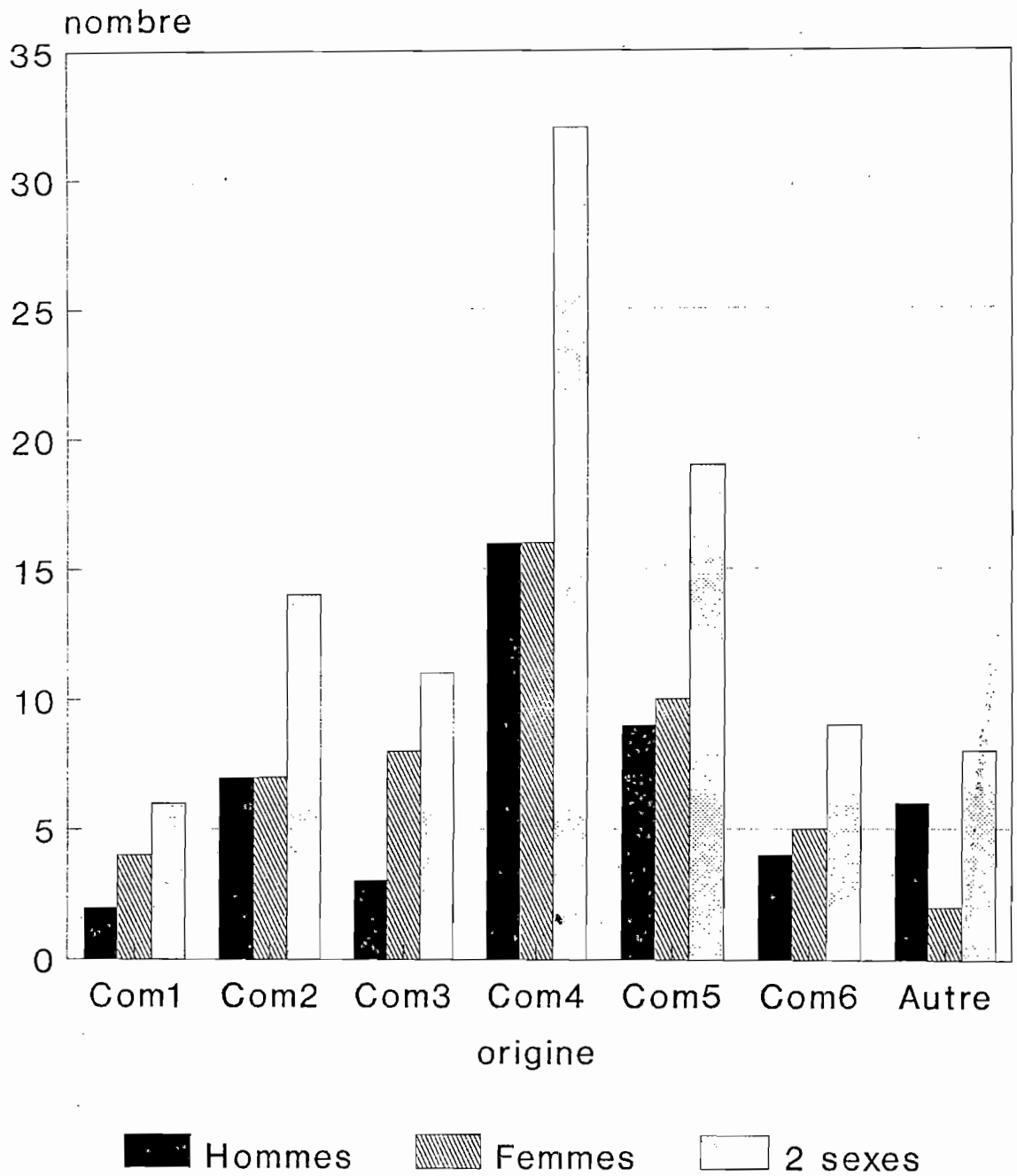
– selon l'origine : pour les patients résidant à Bamako, la majorité de nos cas venait de la commune IV du district de Bamako (32 patients soit 31% des cas) où est situé l'IMx ayant servi de cadre à notre étude (voir graphique 2). Les cas non résidant à Bamako ne représentaient que 8% de nos patients.

– selon le mois de recrutement : la majorité de nos patients a été recrutée au cours des 2 premiers mois de suivi soit 27 cas en janvier et 27 en février (voir tableau 1).

Tableau 1 : Description des sujets de l'étude

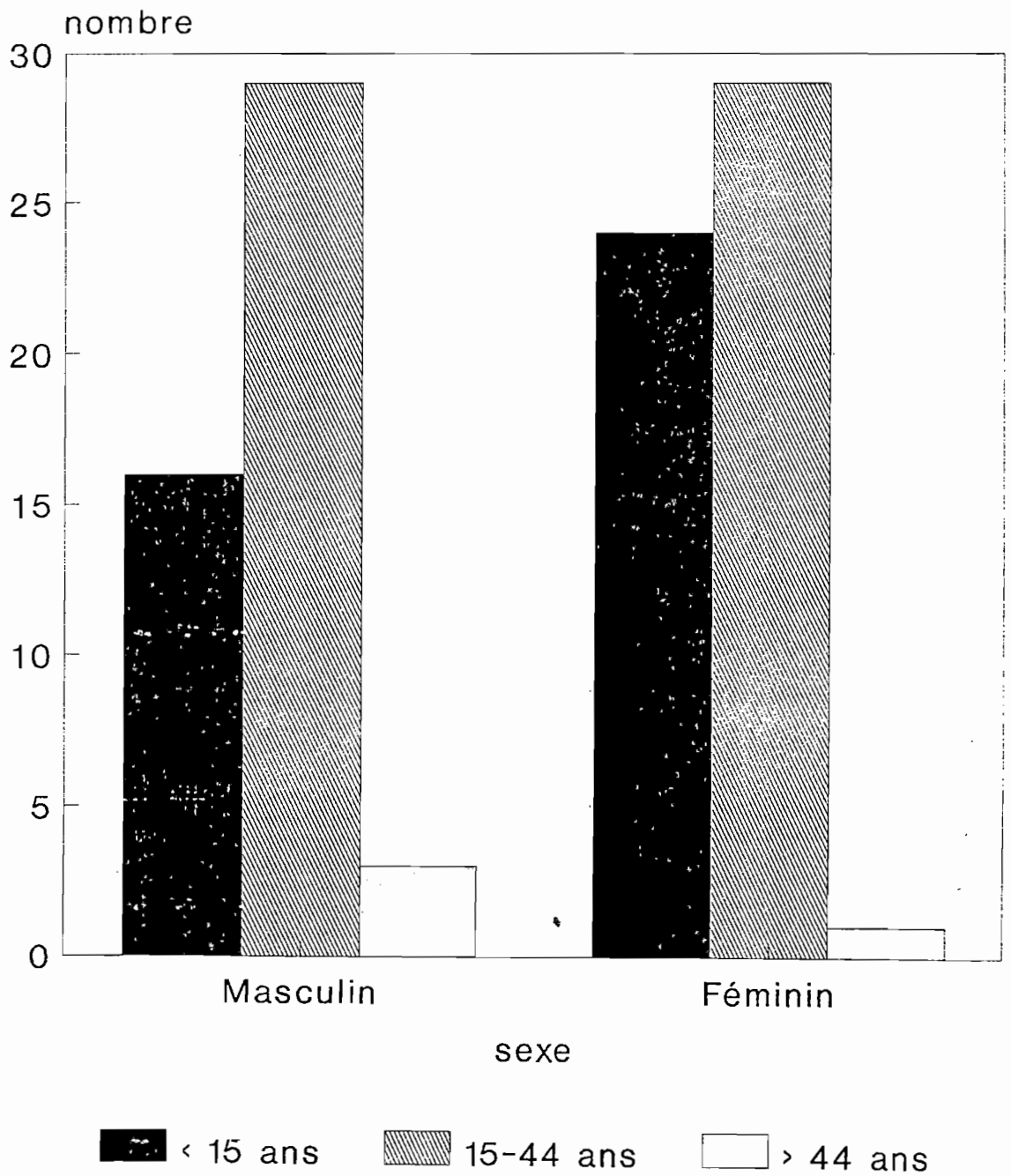
		Sexe		Age			Origine			Mois de recrutement						TOTAL
		M	F	Enfants 0-14	A. Jeune 15-44	Vieux + 44	Com. 4	A. Com. Bko	Hors Bko	Janvier	Fevrier	Mars	Avril	Mai	Juin	
Sexe	M	48	-	16	29	3	16	30	2	13	11	10	6	6	2	48
	F	-	54	24	29	1	16	32	6	14	16	5	6	12	1	54
Age	< 15	16	24	40	-	-	18	22	0	10	13	6	6	5	0	40
	15-44	29	29	-	58	-	13	38	7	15	14	9	5	12	3	58
	> 44	3	1	-	-	4	1	2	1	2	0	0	1	1	0	4
Origine	Com. 4	16	16	18	13	1	32	-	-	6	12	3	6	5	0	32
	A. Com. Bko	30	32	22	38	7	-	62	-	20	15	11	3	11	2	62
	Hors Bko	2	6	0	7	1	-	-	8	1	0	1	3	2	1	8
TOTAL		48	54	40	58	4	32	62	8	27	27	15	12	18	3	102

Répartition des sujets selon le sexe et l'origine



Graphique 1

Répartition des sujets selon le sexe et la tranche d'âge



Graphique 2

3.2. Affections diagnostiquées selon les arbres décisionnels

Tableau 2 : Distribution selon le sexe

Affections	Sexe	Féminin	Masculin	Total	%
Gale		11	13	24	23,5
Pyodermite		6	2	8	8
Dermatophytie		21	11	32	31,4
Varicelle		7	8	15	14,7
Zona		4	9	13	12,7
Lèpre		5	5	10	9,8
TOTAL		54	48	102	100

– distribution selon le sexe :

Les cas de dermatophytie de la peau glabre ont été les plus nombreux dans notre série avec 32 cas. Ils ont été suivis par les viroses cutanées éruptives (28 cas) et la gale a été classée en 3^è position (voir tableau 1). En répartissant ces cas selon le sexe, nous n'avons pas trouvé une différence de proportion qui soit statistiquement significative et la valeur de $p:0,22$ (voir graphique 3).

– distribution selon l'âge

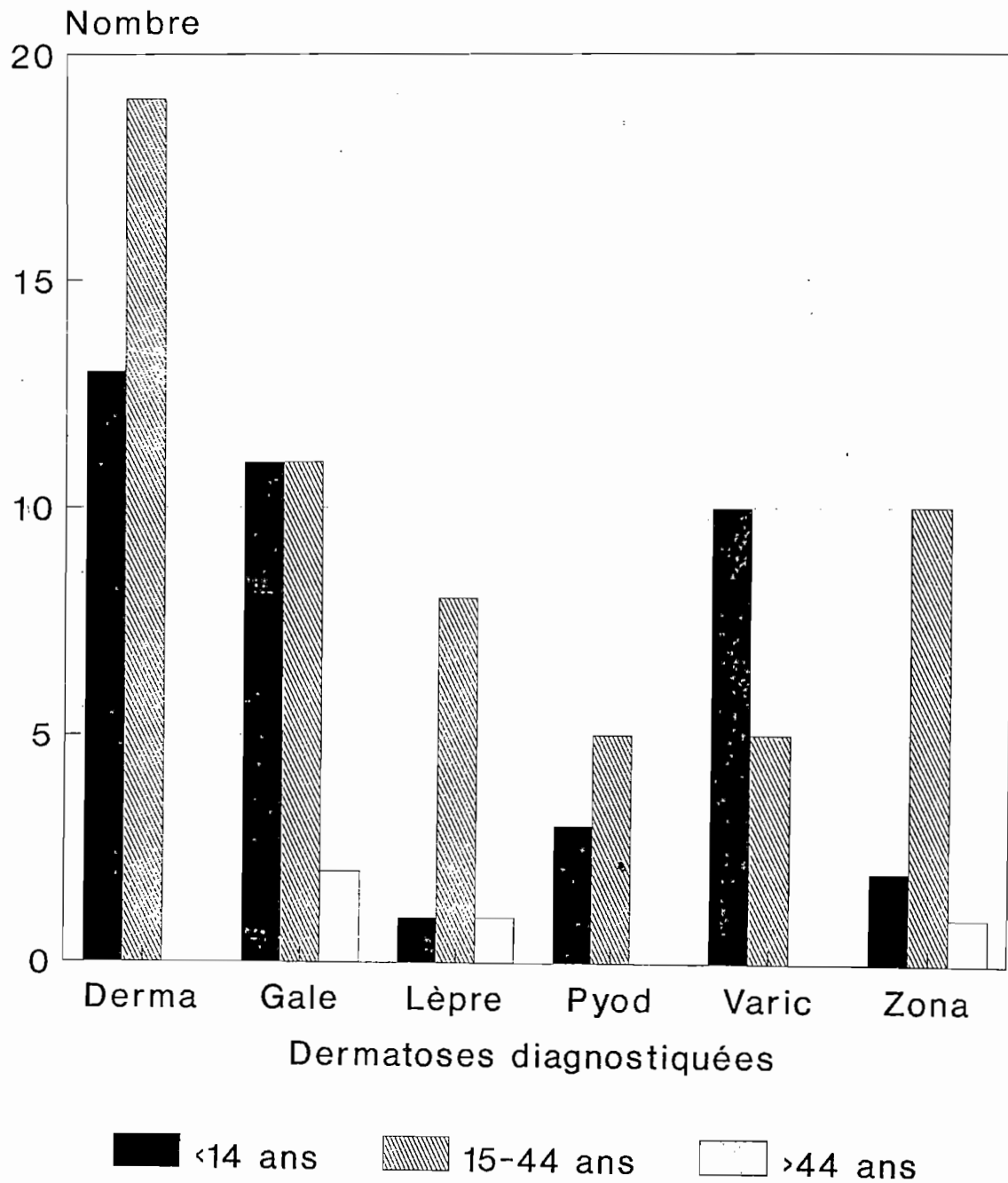
L'âge moyen des patients montre que la varicelle est essentiellement une maladie infantile (moyenne d'âge = 11 ans) tandis que la lèpre touche surtout l'adulte jeune (voir tableau 3), avec une moyenne d'âge des patients (33 ans) supérieure à celle des autres affections.

Tableau 3

Affections	nombre	Age moyen	Déviati on standard
Gale	24	18	14,85
Pyodermite	8	16	10,7
Dermatophytie	32	17	11,28
Varicelle	15	11	9,82
Zona	13	27	13,49
Lèpre	10	33	12,33

kruskal wallis : 18,78 $p:0,002$

Distribution des dermatoses reconnues à l'aide des arbres de décision



Graphique 3

– distribution selon l'origine :

Nos patients ont été recrutés dans les différentes communes de Bamako et hors de Bamako. La majorité des patients non résidant à Bamako sont des cas de lèpre (50%) (voir tableau 4 et graphique 4).

Tableau 4

Diagnostic des arbres	Résidence			
	Bamako	Commune 4	Hors Bamako	TOTAL
Gale	13	10	1	24
Pyodermite	5	1	2	8
Dermatophytie	25	7	0	32
Varicelle	7	7	1	15
Zona	9	4	0	13
Lèpre	3	3	4	10
TOTAL	62	32	8	102

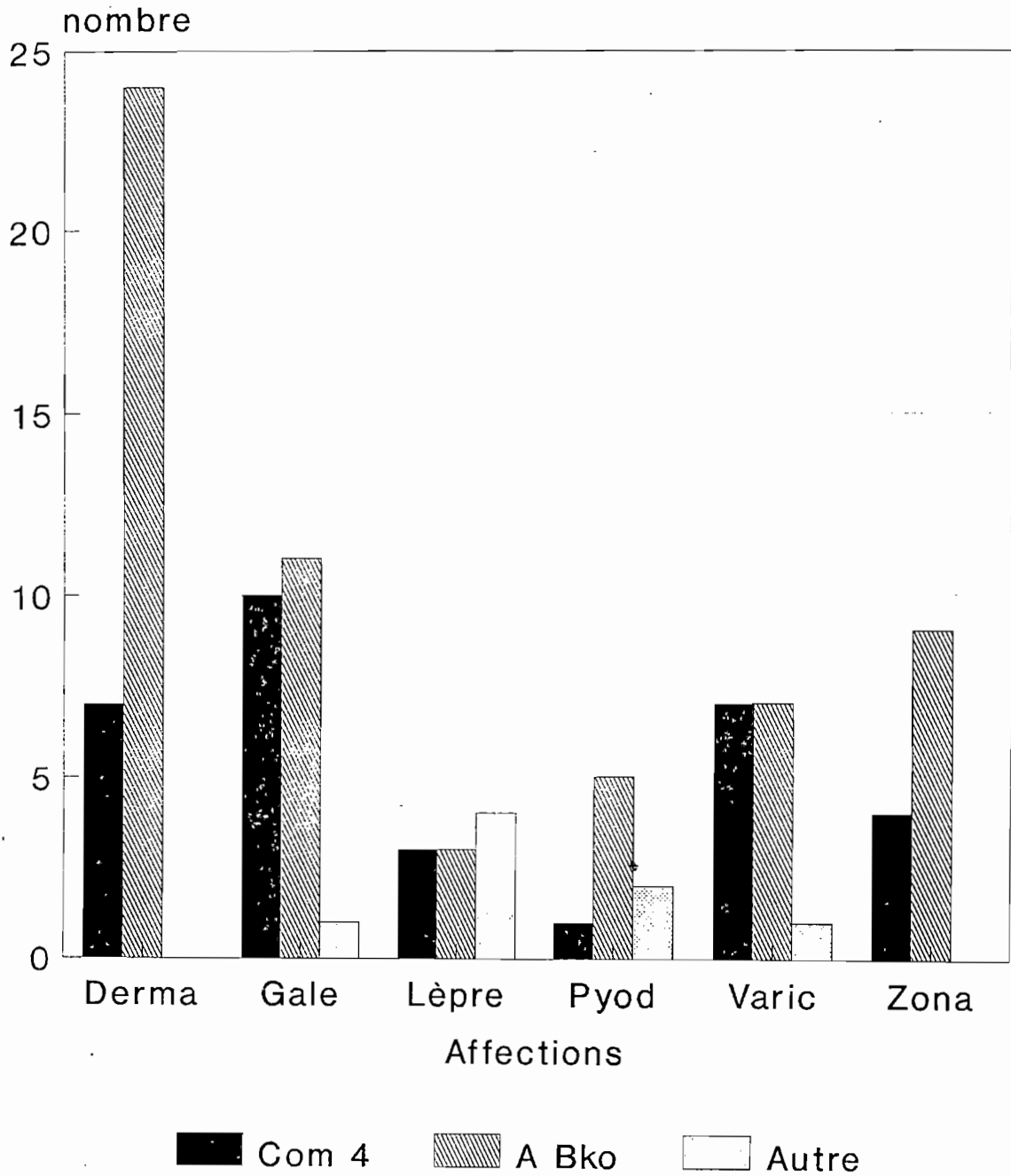
– selon le mois de recrutement :

Les différentes affections ont été dépistées au cours de tous les mois de l'étude à l'exception des cas de pyodermites qui n'ont pas été observés aux mois de février, mars et juin et les dermatophyties n'ont pas été observées au mois de juin (voir tableau 5 et graphique 5).

Tableau 5

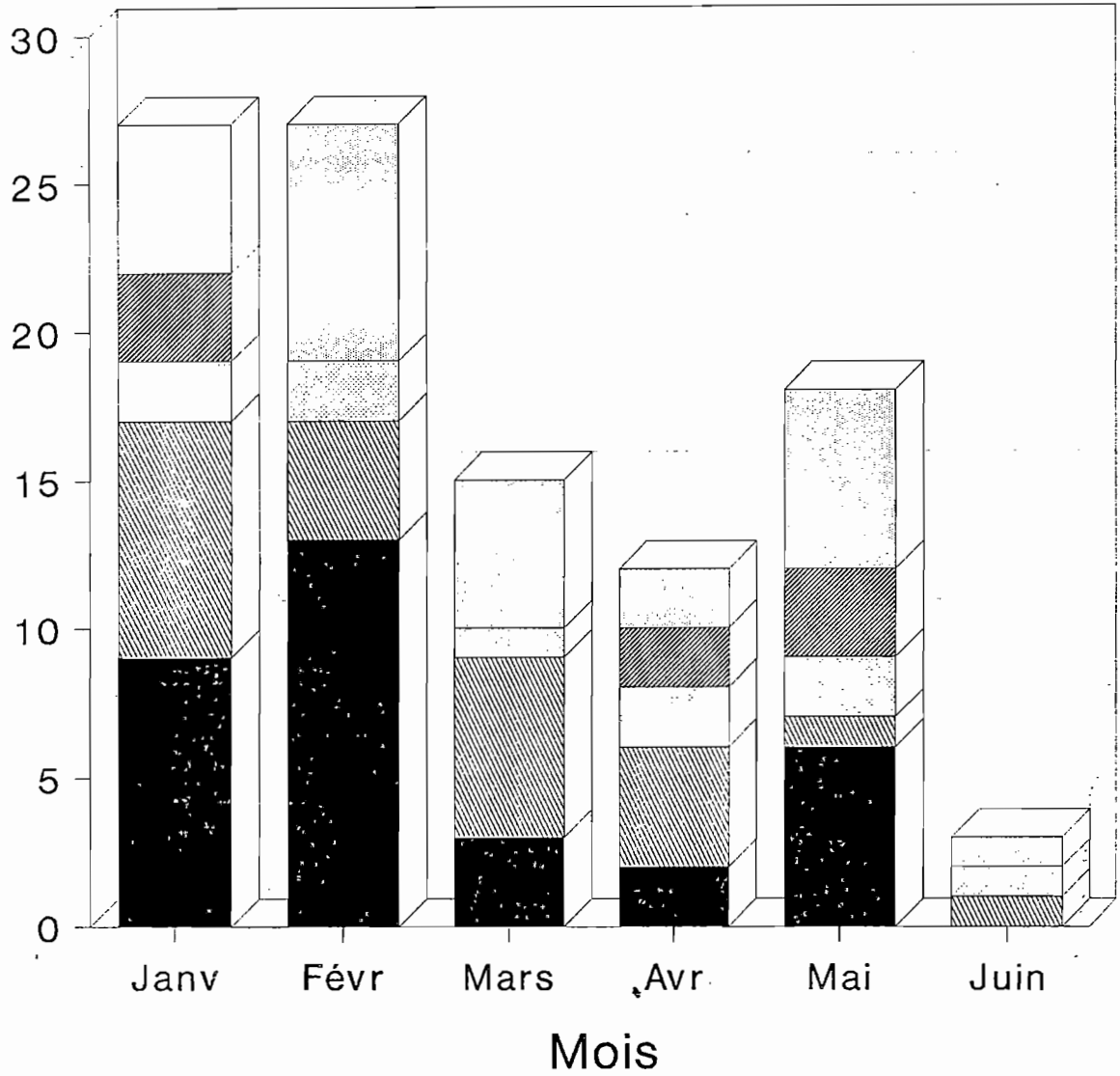
Affections	Mois						TOTAL
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	
Gale	8	4	6	4	1	1	24
Pyodermite	3	0	0	2	3	0	8
Dermatophytie	9	13	3	1	6	0	32
Viroses	5	8	5	3	6	1	28
Lèpre	2	2	1	2	2	1	10
TOTAL	27	27	15	12	18	3	102

Répartition des affections reconnues par arbre décisionnel selon l'origine



Graphique 4

Distribution des affections suivant le mois de dépistage



Graphique 5

3.3. Affections diagnostiquées et traitement à l'IMx

Après examen en dermatologie ou léprologie, nous avons retrouvé les affections diagnostiquées par les arbres décisionnels chez 91 patients. Pour 11 patients d'autres diagnostics ont été obtenus après examen clinique ou biologique. Il s'agissait de :

- pityriasis rosé de Gilbert 3 cas
- lichen 2 cas
- eczéma 2 cas
- psoriasis 1 cas
- vitiligo 1 cas
- naevus 1 cas
- prurigo 1 cas.

Les autres affections ont été classées dans une rubrique autres maladies diagnostiquées.

- selon le sexe : la répartition des différentes affections diagnostiquées à l'IMx selon le sexe des patients ne montre pas de différence statistiquement significative (voir tableau 6).

Tableau 6

Affections	Sexe		TOTAL
	Masculin	Féminin	
Gale	12	11	23
Pyodermite	2	6	8
Dermatophytie	8	18	26
Varicelle	8	6	14
Zona	9	4	13
Lèpre	4	3	7
Autres	5	6	11
TOTAL	48	54	102

- selon l'âge :

La répartition de ces affections après examen dermatologique suivant les 3 tranches d'âge ne montre pas de différence statistiquement significative (voir graphique 6). Par contre, la moyenne d'âge des sujets par affection montre une différence statistiquement significative avec le test de comparaison de kruskall-wallis à 17,79 et la valeur de $p:0,006$ (voir tableau 7).

Tableau 7

Affections	nombre	Age moyen	Déviatiion standard
Gale	23	18	15,14
Pyodermite	8	16	10,7
Dermatophytie	26	19	10,61
Varicelle	14	12	9,67
Zona	13	27	13,49
Lèpre	7	35	12,57
Autres	11	15	14,01

kruskall wallis : 17,79 p:0,006

Comme pour les affections diagnostiquées avec les arbres décisionnels, la varicelle apparaît comme une maladie infantile (moyenne d'âge des patients 12 ans) et la lèpre comme une maladie de la trentaine (moyenne d'âge 35 ans).

3.4. Evaluation de la conformité diagnostique

La conformité du diagnostic posé à l'aide des arbres décisionnels et celui établi après examen des patients à l'IMx varie en pourcentage de 100% pour le zona et les pyodermites, à 70% pour la lèpre (voir tableau 8 et graphique 7).

La lèpre apparaît comme l'affection dont le diagnostic a été le plus difficile à établir.

3.5. Evaluation de la conformité thérapeutique

Pour la conformité du traitement, nous n'avons retenu que les patients pour lesquels le diagnostic posé à l'aide de l'arbre décisionnel et celui posé à l'IMx était conforme.

La conformité du traitement préconisé par les arbres et celui prescrit à l'IMx pour les malades de notre étude est de 96% pour les dermatophyties de la peau glabre et de 100% pour la gale, les pyodermites, les viroses cutanées et la lèpre (voir tableau 9 et graphique 8).

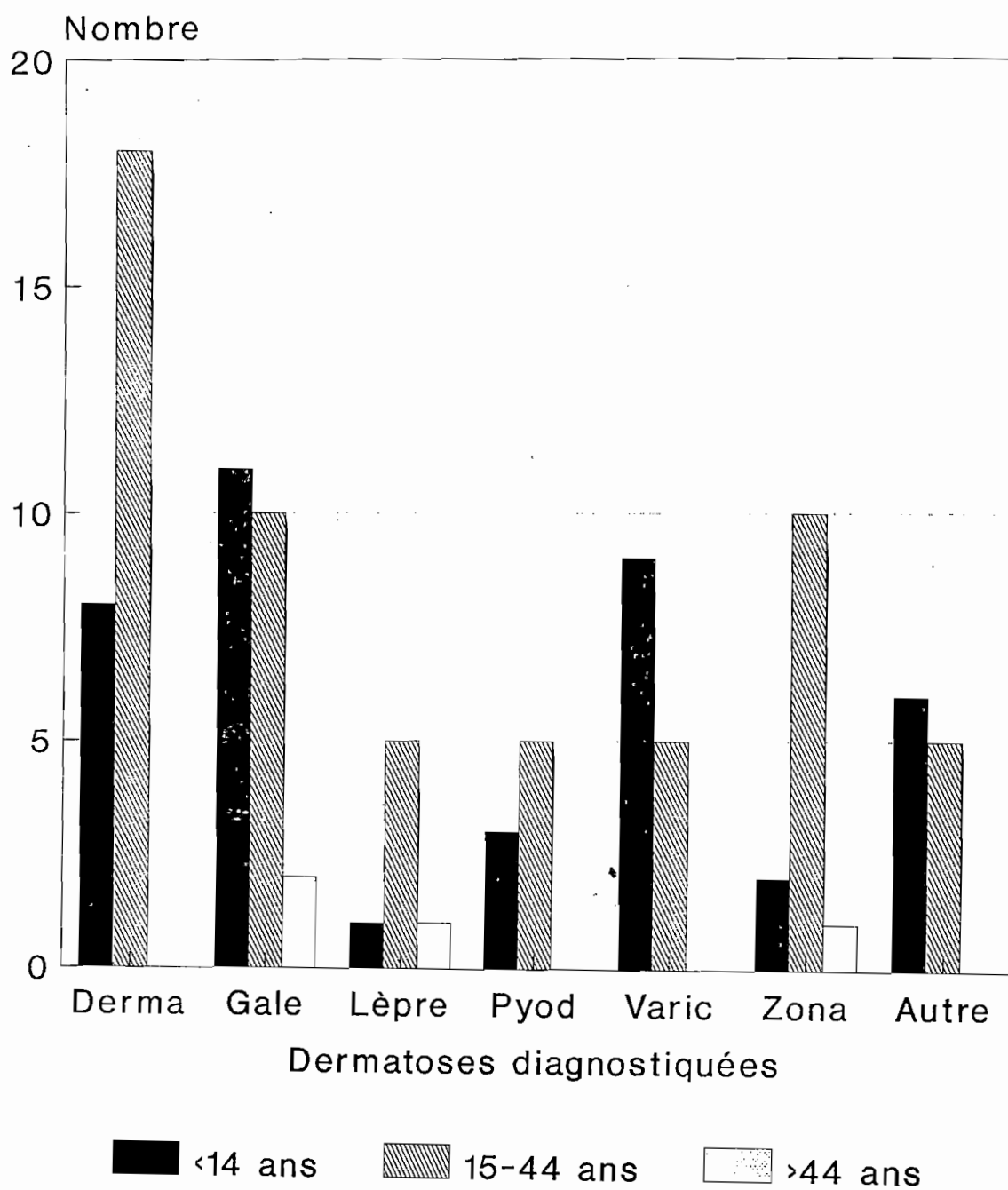
Tableau 8

Affections	Affections diagnostiquées avec arbres décisionnels	Affections diagnostiquées à l'Institut Marchoux	% conformité
Gale	24	23	96
Pyodermite	8	8	100
Dermatophytie	32	25	78
Varicelle	15	14	93
Zona	13	13	100
Lèpre	10	7	70
TOTAL	102	90	88

Tableau 9

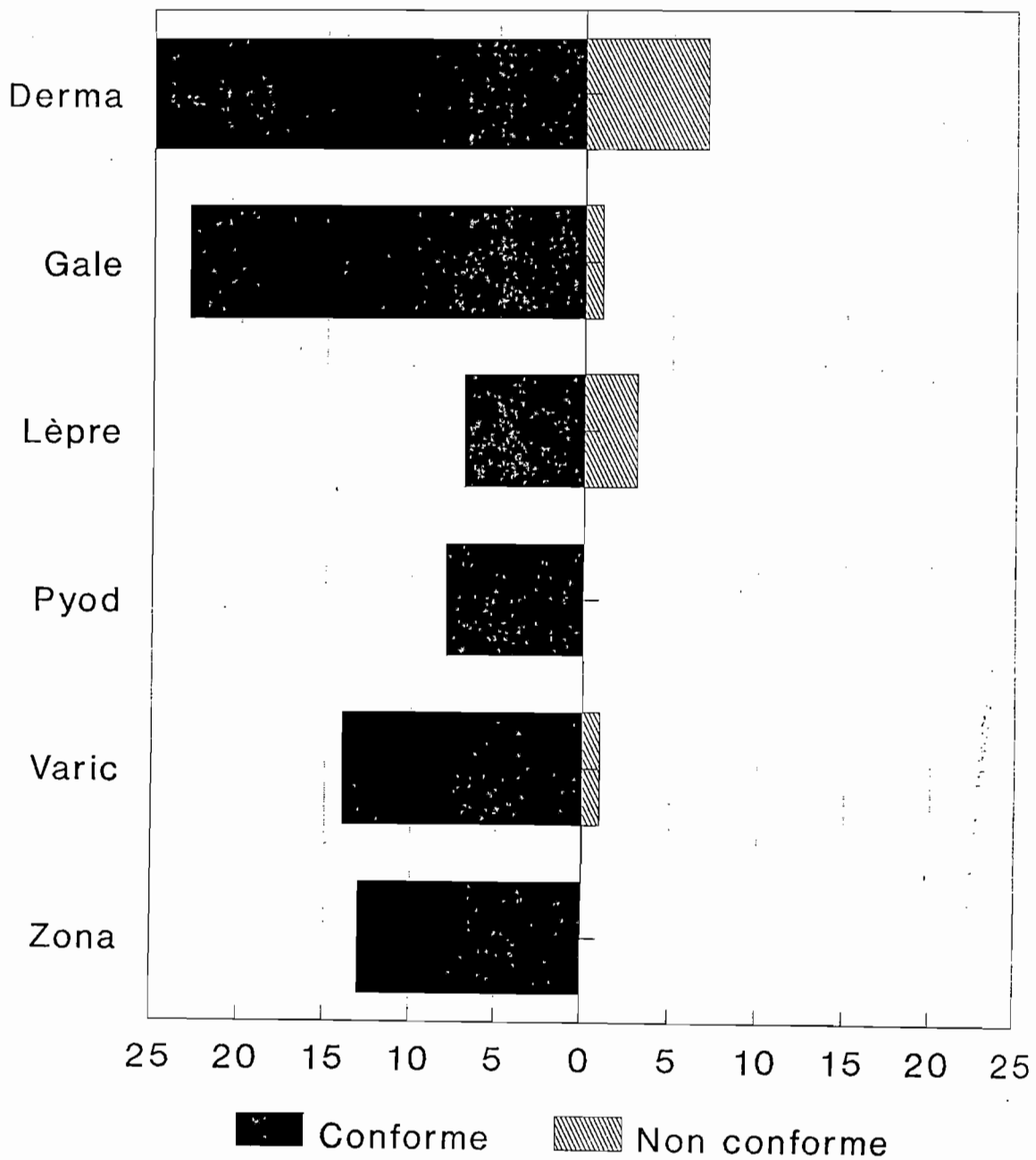
Affections	Traitement préconisé avec arbres décisionnels	Traitement préconisé après examen dermatologique	% conformité
Gale	23	23	100
Pyodermite	8	8	100
Dermatophytie	25	24	96
Varicelle	14	14	100
Zona	13	13	100
Lèpre	7	7	100

Distribution des dermatoses reconnues après examen dermatologique



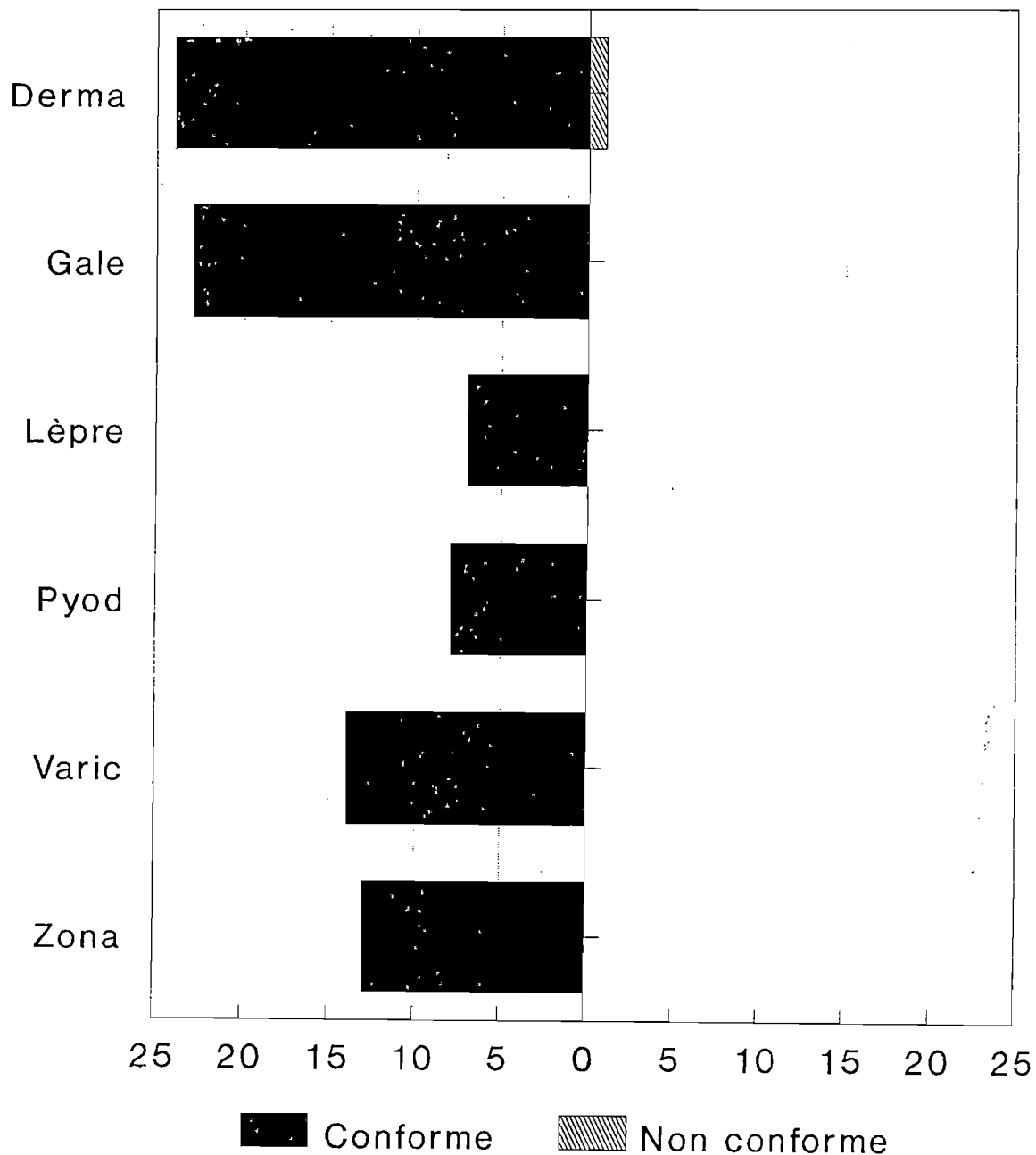
Graphique 6

Conformité des diagnostics posés avec les arbres de décision et l'ex. dermato



Graphique 7

Conformité des traitements proposés avec les arbres de décision et l'ex. dermat



Graphique 8

3.6. Evaluation de l'efficacité thérapeutique

Pour évaluer l'efficacité thérapeutique des arbres décisionnels, nous n'avons retenu que les sujets chez lesquels le traitement prescrit par les arbres de décision était conforme à celui préconisé par l'examen dermatologique à l'IMx.

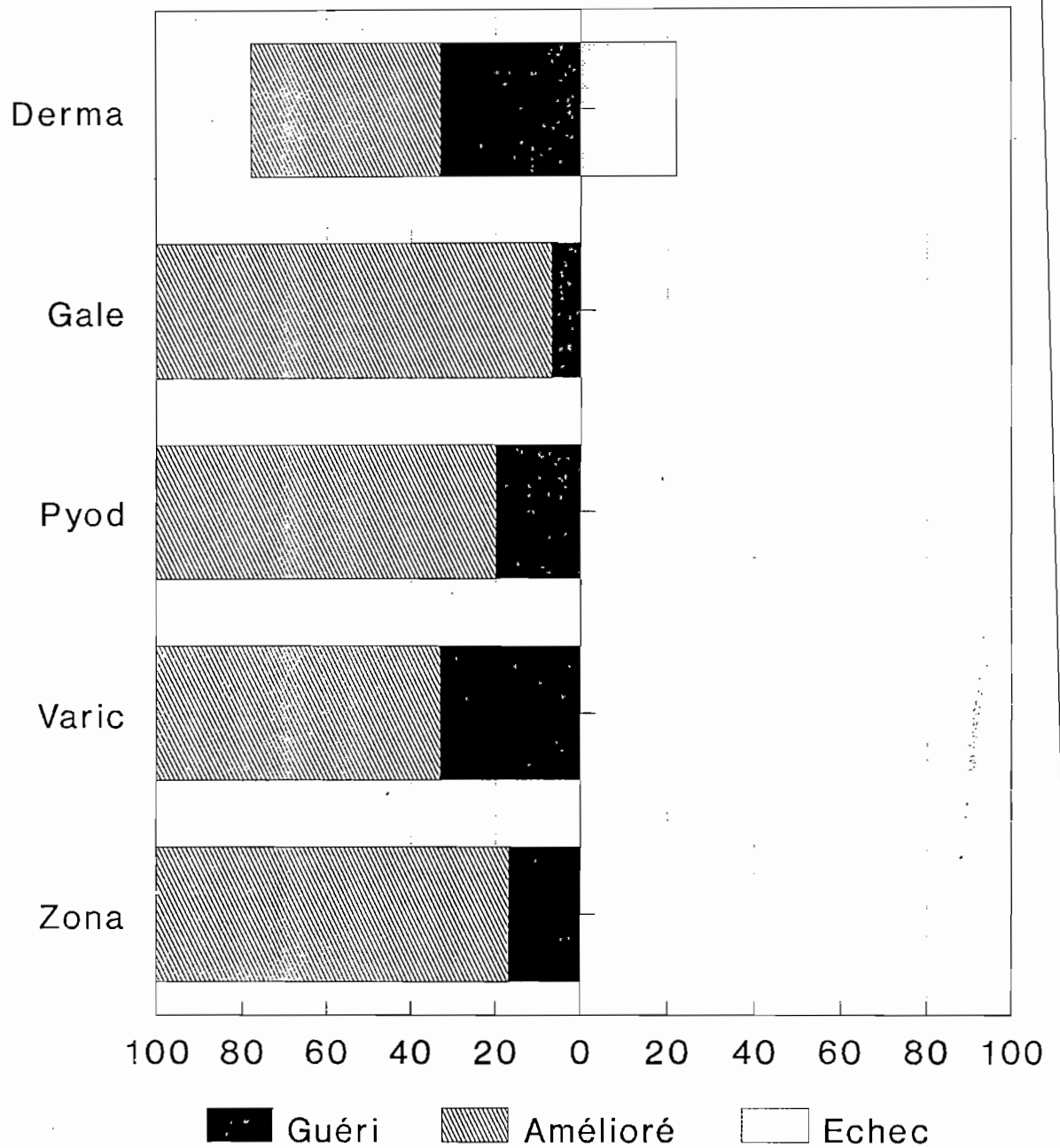
En suivant cette méthode, l'efficacité du traitement calculé en pourcentage de bons résultats est de 100% pour la gale, les pyodermites, les viroses cutanées éruptives et de 80% pour les dermatophyties. Concernant les cas de lèpre, compte tenu de la longueur du traitement, nous n'avons pas suivi ces patients pour évaluer la proportion de bons résultats à la fin du traitement (voir tableau 10 et graphique 9). Mais pour ces cas, les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS qui sont aussi ceux de l'arbre décisionnel sont très efficaces.

L'association de deux ou trois antibiotiques selon la forme bacillaire de la lèpre a réduit le risque de résistance du BH à la polychimiothérapie à moins d'un cas sur 10^{13} . Bien que n'ayant pas réalisé le suivi des cas de lèpre, on peut donc accepter que l'efficacité thérapeutique est de 100% pour ces malades qui sont traités avec les schémas recommandés par l'OMS.

Tableau 10

Affections	nombre cas	Amélioré	Guéri	Echec	Non suivi	% bon résultat
Gale	23	13	1	0	9	100
Pyodermite	8	4	1	0	3	100
Dermatophytie	25	5	3	2	15	80
Varicelle	14	4	2	0	8	100
Zona	13	5	1	0	7	100
Lèpre	7	-	-	-	7	-
Total	90	31	8	2	49	95

Résultats des traitements institués pour les cas à traitement conforme



Graphique 9

3.7. Efficacité globale des arbres décisionnels

En combinant conformité diagnostique, conformité thérapeutique et efficacité thérapeutique nous avons obtenu l'efficacité globale de chaque arbre décisionnel. Cette efficacité globale varie de 60% pour les dermatophyties à 100% pour les pyodermites et le zona (voir tableau 11 et figures 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7) l'efficacité globale pour les différents arbres utilisés est de 80%.

Tableau 11

Affections	Conformité % diagnostic	Conformité % thérapeutique	Efficacité % thérapeutique	Efficacité Globale
Gale	96	100	100	96
Pyodermite	100	100	100	100
Dermatophytie	78	96	80	60
Varicelle	93	100	100	93
Zona	100	100	100	100
Lèpre	70	100	100	70
Total	88	99	95	80

3.8. Examen des erreurs de diagnostic

Parmi les 5 arbres décisionnels, les erreurs de diagnostic ont été plus nombreuses pour les dermatophyties (7 cas) suivi par la lèpre (3 cas), la gale (1 cas) et les viroses cutanées (1 cas) (voir tableau 12).

Tableau 12

	Gale	Dermatophytie	Viroses cutanées	Lèpre	TOTAL
PRG		3			3
Lichen		2			2
Eczéma		1		1	2
Naevus				1	1
Vitiligo				1	1
PV	1				1
Psoriasis		1			1
Prurigo			1		1
Total	1	7	1	3	12

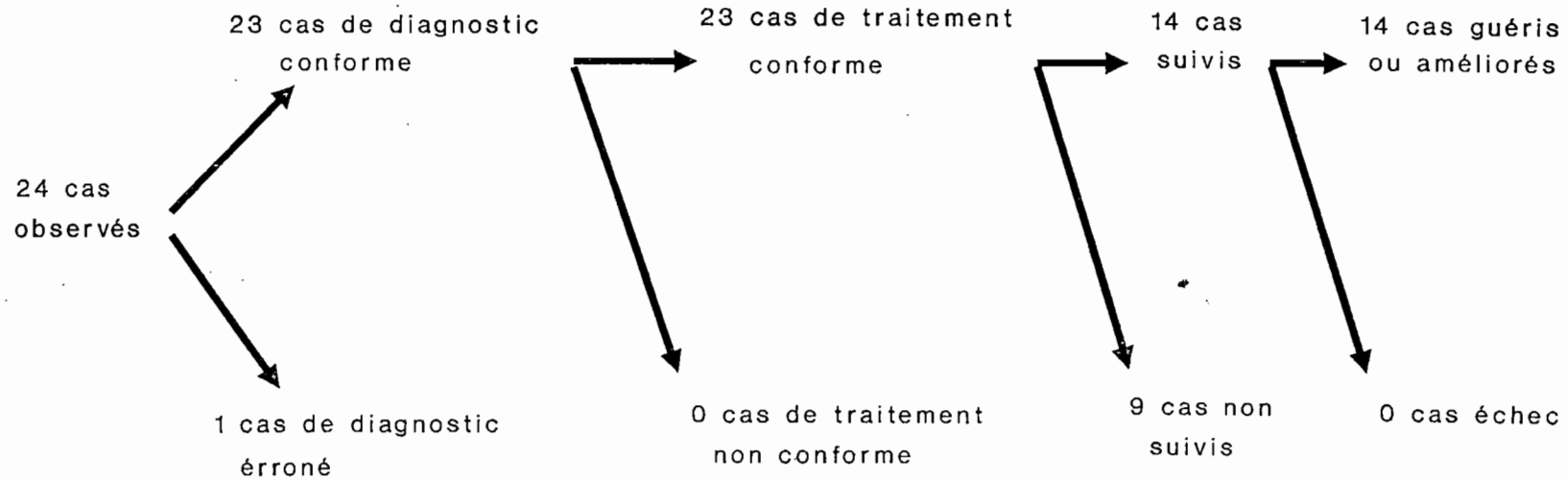
3.9. Valeur prédictive et pourcentage de classification correcte

- La valeur prédictive positive (VPP) des arbres étudiés équivalant à la conformité diagnostique varie de 100% à 70% comme nous l'avons montré précédemment.

- La valeur prédictive négative (VPN) des arbres décisionnels atteint 100% à l'exception de l'arbre sur les dermatophyties (96%). En effet, 1 cas de dermatophytie a été retrouvé parmi les cas de gale diagnostiqués en utilisant les arbres.

- Le pourcentage de classification correcte (PCC) des arbres étudiés est toujours supérieur à 90%, (voir tableau 13 : valeur prédictive et pourcentage de classification correcte des arbres étudiés).

Arbre de décision "GALE"



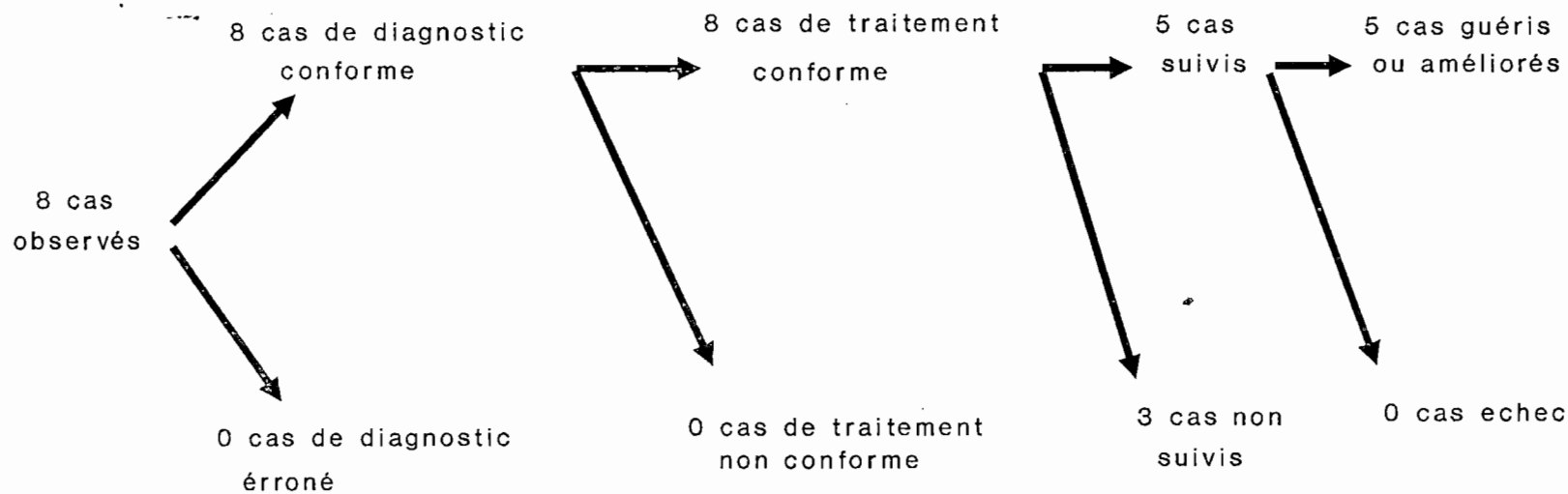
C.D.: conformité diagnostique = 23/24 (96%)

C.T.: conformité thérapeutique = 23/23 (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique = 14/14 (100%)

Efficacité globale = $23/24 \times 23/23 \times 14/14 = 96\%$

Arbre de décision "PYODERMITE"



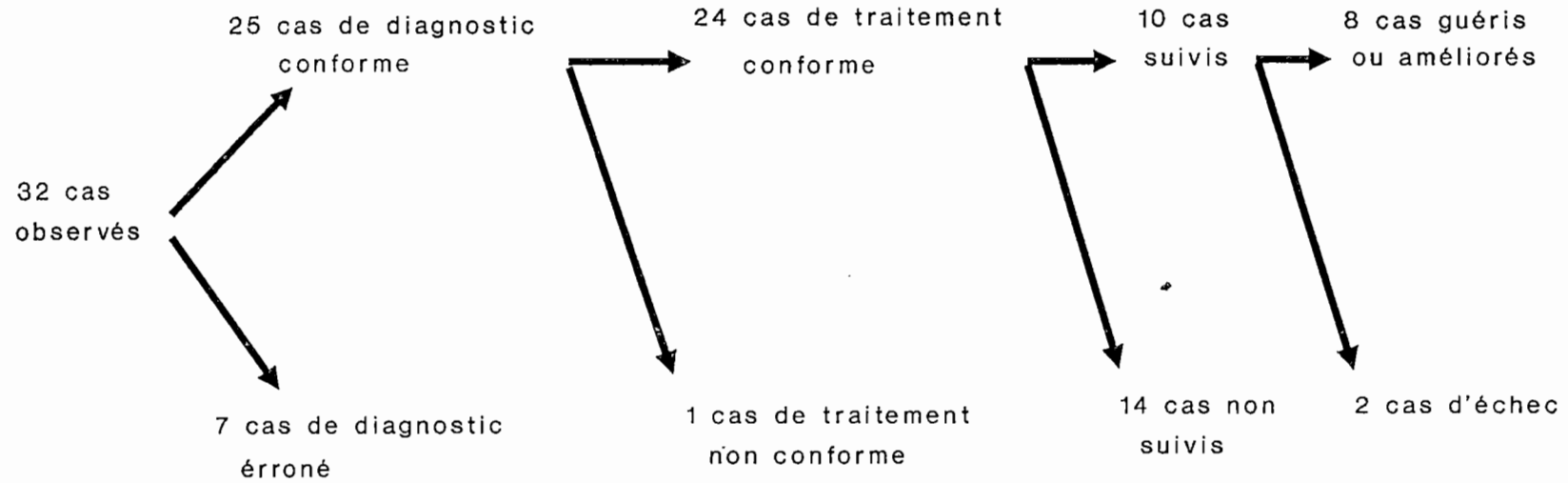
C.D.: conformité diagnostique = 8/8 (100%)

C.T.: conformité thérapeutique = 8/8 (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique = 5/5 (100%)

Efficacité globale = $8/8 \times 8/8 \times 8/8 = 100\%$

Arbre de décision "DERMATOPHYTIE"



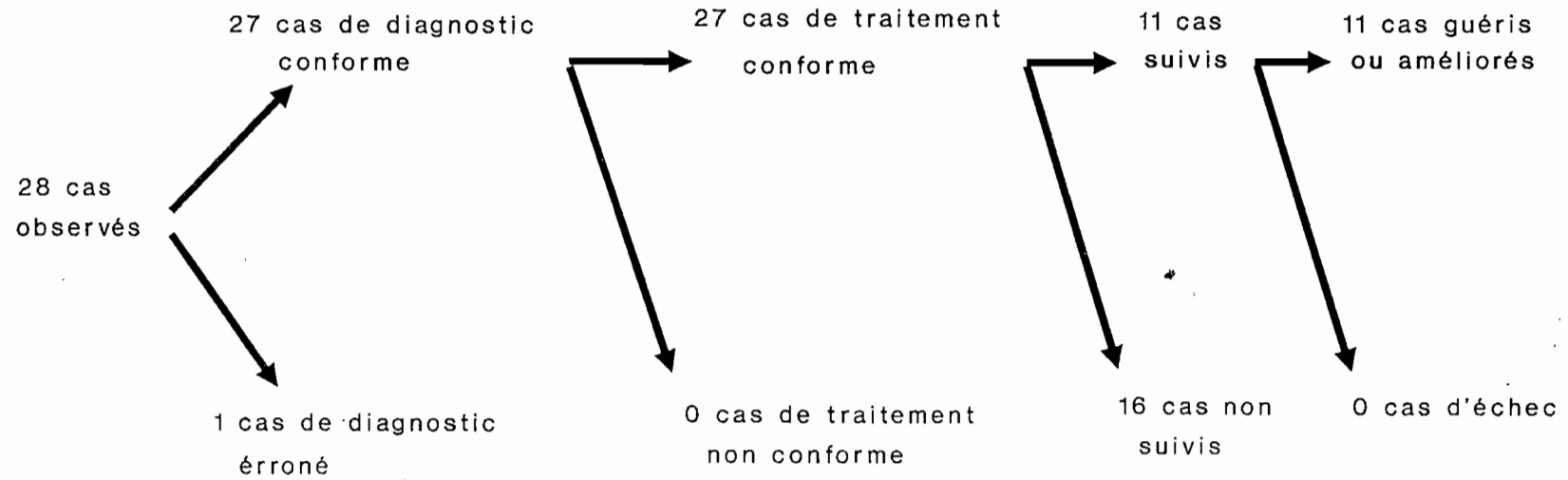
C.D.: conformité diagnostique = $25/32$ (78%)

C.T.: conformité thérapeutique = $24/25$ (96%)

E.T.: efficacité thérapeutique = $8/10$ (80%)

Efficacité globale = $25/32 \times 24/25 \times 8/10 = 60\%$

Arbre de décision "VIROSES CUTANÉES"



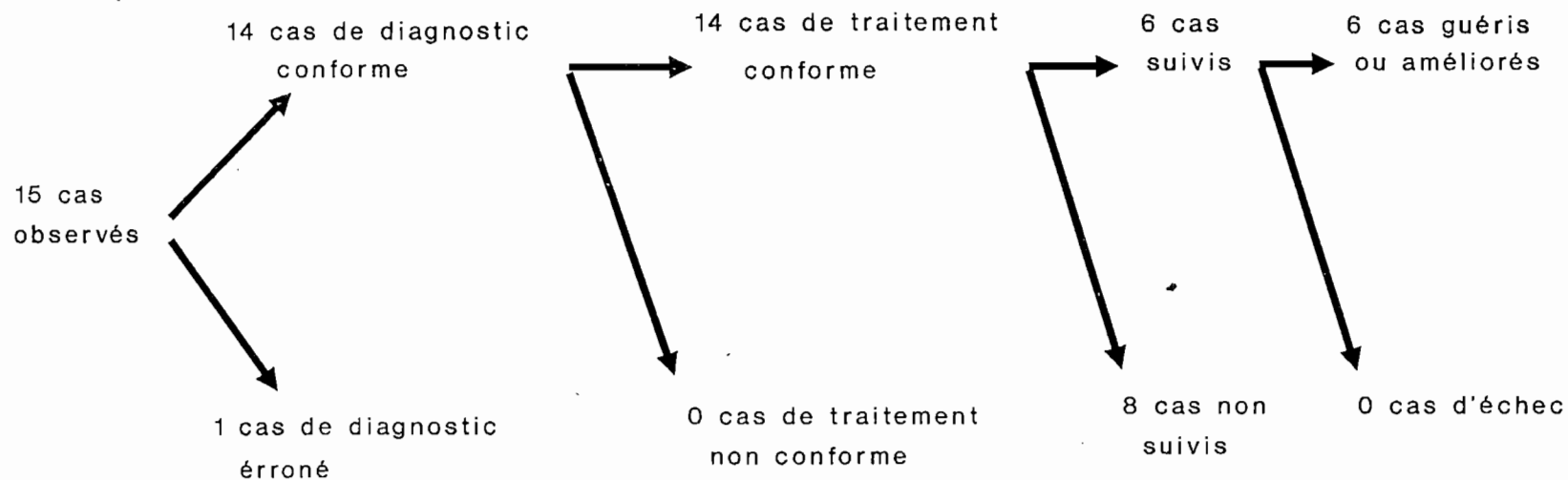
C.D.: conformité diagnostique = 27/28 (96%)

C.T.: conformité thérapeutique = 27/27 (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique = 11/11 (80%)

Efficacité globale = $27/28 \times 27/27 \times 11/11 = 96\%$

Arbre de décision "VIROSES CUTANÉES" pour la VARICELLE



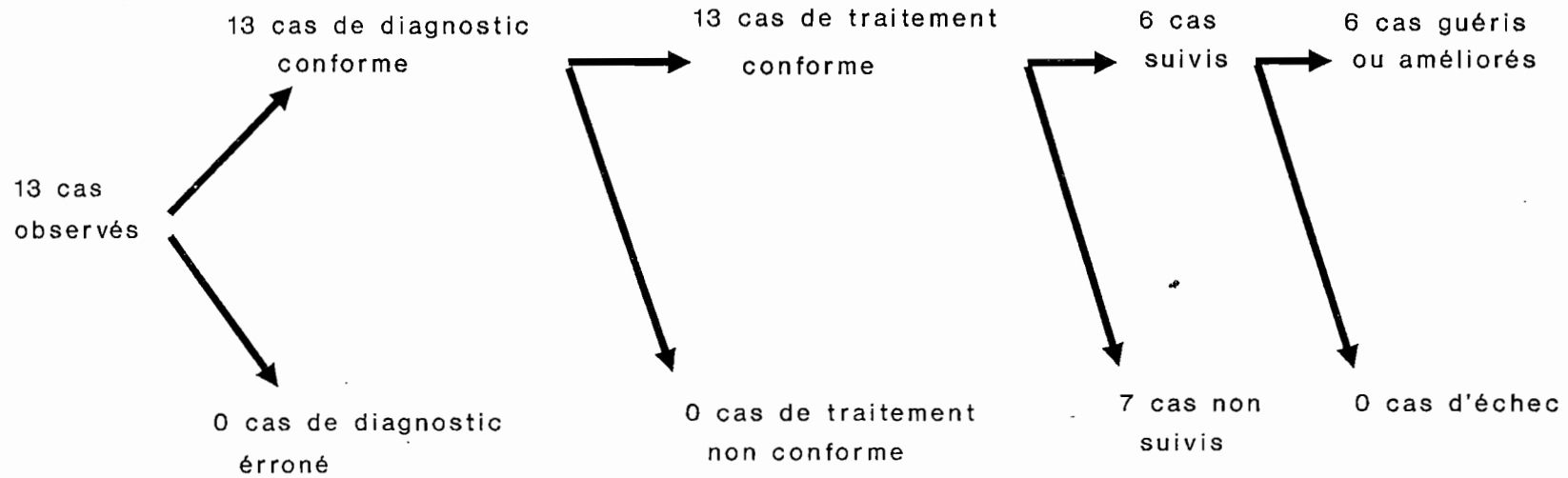
C.D.: conformité diagnostique = 14/15 (93%)

C.T.: conformité thérapeutique = 14/14 (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique = 6/6 (100%)

Efficacité globale = $14/15 \times 14/14 \times 6/6 = 93\%$

Arbre de décision "VIROSES CUTANÉES" pour le ZONA



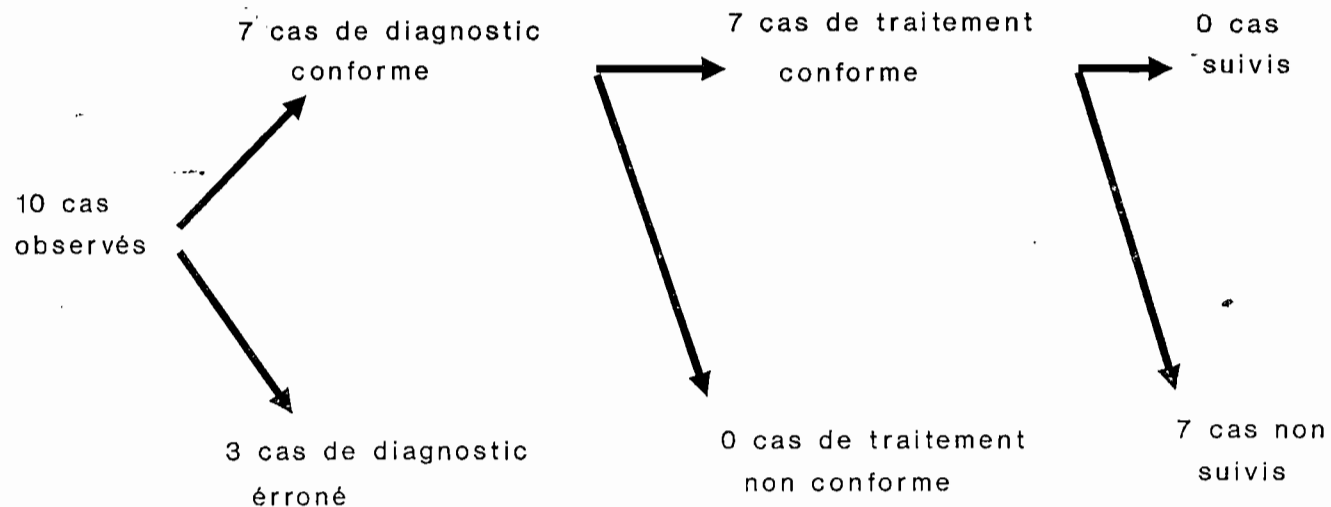
C.D.: conformité diagnostique = 13/13 (100%)

C.T.: conformité thérapeutique = 13/13 (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique = 6/6 (100%)

Efficacité globale = $13/13 \times 13/13 \times 6/6 = 100\%$

Arbre de décision "LEPRE"



C.D.: conformité diagnostique = $7/10$ (70%)

C.T.: conformité thérapeutique = $7/7$ (100%)

E.T.: efficacité thérapeutique estimée à 100%

Efficacité globale = $7/10 \times 27/27 \times 100\% = 70\%$

Tableau 13

**Valeurs prédictives positive et négative et pourcentage
de classification correcte des arbres décisionnels étudiés**

GALE

		Diagnostic I. Marchoux		
		+	-	Total
Diagnostic arbre	+	23	1	24
	-	0	78	78
	Total	23	79	102

V.P.P. = $23/24 = 96\%$

V.P.N. = $78/78 = 100\%$

P.C.C. = $101/102 = 99\%$

PYODERMITE

		Diagnostic I. Marchoux		
		+	-	Total
Diagnostic arbre	+	8	0	8
	-	0	94	94
	Total	8	94	102

V.P.P. = $8/8 = 100\%$

V.P.N. = $94/94 = 100\%$

P.C.C. = $101/102 = 100\%$

DERMATOPHYTIE

		Diagnostic I. Marchoux		
		+	-	Total
Diagnostic arbre	+	25	7	32
	-	1	69	70
	Total	26	76	102

V.P.P. = $25/32 = 78\%$

V.P.N. = $69/70 = 96\%$

P.C.C. = $94/102 = 92\%$

VIROSE CUTANEE

		Diagnostic I. Marchoux		
		+	-	Total
Diagnostic arbre	+	27	1	28
	-	0	74	74
	Total	27	75	102

V.P.P. = $27/28 = 96\%$

V.P.N. = $74/74 = 100\%$

P.C.C. = $101/102 = 99\%$

LEPRE

		Diagnostic I. Marchoux		
		+	-	Total
Diagnostic arbre	+	7	3	10
	-	0	92	92
	Total	7	95	102

V.P.P. = $7/10 = 70\%$

V.P.N. = $92/92 = 100\%$

P.C.C. = $99/102 = 97\%$

V.P.P. = valeur prédictive positive : diagnostic posé avec les arbres et confirmé à l'I.Mx

V.P.N. = valeur prédictive négative : diagnostic écarté avec les arbres et infirmé à l'I.Mx

P.C.C. = pourcentage de classification correcte : diagnostics confirmés et infirmés sur l'ensemble des cas.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. Sur la Méthodologie

– La taille de l'échantillon :

Dans le protocole de l'étude, nous avons envisagé le recrutement de 20 cas pour chaque arbre décisionnel à tester. Nous devons donc recruter 100 patients. L'effectif total des cas recrutés atteint bien la taille voulue mais compte tenu de la rareté de certaines affections, nous n'avons pas pu atteindre les 20 cas pour tous les arbres décisionnels. Ainsi, nous avons recruté seulement 10 cas pour la lèpre et 8 cas pour les pyodermites. Concernant les pyodermites le faible recrutement n'est pas lié à leur rareté mais plutôt à leur association avec d'autres dermatoses. Nous avons observé plusieurs cas de gale, de dermatophytie ou de virose surinfectée. Ces pyodermites secondaires n'ont pas été retenues dans l'étude. Tenant compte du faible recrutement pour ces deux affections (lèpre et pyodermites), nous avons recruté des cas supplémentaires de gale, de dermatophytie de la peau glabre et des viroses cutanées (varicelle et zona) (voir tableau 13).

Tableau 13

Affections	nombre prévu	nombre recruté	% recruté	nombre à suivre	nombre suivi	% suivi
Gale	20	24	120	23	14	61
Pyodermites	20	8	40	8	5	62,5
Dermatophytie de la peau glabre	20	32	160	24	10	41,6
Viroses cutanées	20	28	140	27	11	40,7
Lèpre	20	10	50	7	0	0
TOTAL	100	102	102	89	102	45

– Fréquence des affections

La fréquence des affections que nous avons étudiées ne reflète pas l'épidémiologie générale des dermatoses courantes. Cette différence est due à notre méthode de recrutement et au fait que nous avons arrêté un nombre fixe de cas à recruter pour chaque pathologie.

L'arbre décisionnel sur les viroses cutanées a été conçu pour le diagnostic et le traitement de 3 affections : la varicelle, le zona et l'herpès. Nous n'avons observé aucun cas d'herpès pendant la durée de notre étude. Nous expliquons ce fait par la fréquente bénignité de l'herpès qui souvent n'oblige pas le sujet à consulter. D'autre part les éruptions herpétiques sont souvent liées à des accès de fièvre qui sont traitées par auto-médication comme des accès palustres. Ceci expliquerait également la non observation de cas d'herpès dans notre série.

On peut cependant affirmer que les cas de lèpre sont beaucoup plus rares que les autres dermatoses étudiées et que les pyodermites sont souvent secondaires à d'autres dermatoses.

- recueil des données

Dans le mode de recueil des données, nous avons introduit un biais en utilisant nous-mêmes (étudiant en médecine) les arbres décisionnels destinés au personnel infirmier des centres de santé périphériques. Notre implication a pu biaiser les résultats obtenus dans le sens d'une meilleure efficacité des arbres décisionnels. Ce biais peut être corrigé si les infirmiers bénéficient d'une formation préalable pour l'utilisation des arbres décisionnels.

Un second biais est lié à la proportion élevée des malades non suivis (60%) (voir tableau 13). Nous avons tenté de réduire ce nombre en relançant à domicile des patients résidant à Bamako, mais ces relances ont souvent été sans succès pour des raisons diverses (sujets absents, adresse non conforme, changement de domicile etc...).

Les résultats du traitement pour les cas non suivis peuvent biaiser nos résultats dans un sens ou l'autre. Nos résultats demeurent donc exploitables si l'on suppose que le biais dans le sens d'amélioration des résultats est annulé par celui en sens inverse.

Nous recommandons cependant, pour une étude similaire ultérieure de recruter un échantillon de malades plus grand.

4.2. Sur l'efficacité des arbres décisionnels

- Les arbres décisionnels dont l'efficacité globale atteint 90%

Trois des arbres décisionnels que nous avons étudiés ont une efficacité globale > 90%. Il s'agit de la gale 96% ; des pyodermites 100% et des viroses cutanées 96%. Ces arbres décisionnels sont aussi efficaces pour le diagnostic que pour le traitement des affections retenues (gale, pyodermites, varicelle, zona). Ces affections pourraient donc être prises en charge dans les centres de santé périphériques à l'aide de ces arbres décisionnels. Nous recommandons donc que ces arbres décisionnels soient vulgarisés à travers des formations de courte durée en faveur des infirmiers travaillant au niveau périphérique du système de santé.

- Les arbres décisionnels dont l'efficacité globale est < 90%

Deux arbres décisionnels étudiés ont montré une l'efficacité globale < 90%. Il s'agit des dermatophyties (60% d'efficacité globale) et de la lèpre (70% d'efficacité globale).

Concernant la lèpre : l'inefficacité de l'arbre décisionnel proposé porte sur le volet diagnostic. Cette partie de l'arbre pourrait être amélioré si au cours de la formation préalable à leur utilisation un accent particulier était mis sur les étapes de l'examen clinique d'un suspect de lèpre. En effet, quand on examine les erreurs de diagnostic que nous avons obtenues, le diagnostic différentiel entre une lésion lépreuse et un eczéma, un naevus, un vitiligo peut être fait grâce à l'interrogatoire (congenitalité pour le naevus) et surtout le test de sensibilité réalisé sur les lésions cutanées. La conservation d'une bonne sensibilité au niveau des lésions aurait permis donc d'écarter le diagnostic de lèpre. En outre, le respect de la présence des signes cardinaux pour le diagnostic de lèpre aurait également permis d'éviter les erreurs diagnostiques sur la lèpre de notre étude. Nous recommandons donc pour le diagnostic de la lèpre que l'examen pratique des cas de lèpre soit réalisé pendant la formation des agents afin de les rendre capables de réaliser un bon test de sensibilité cutanée et de palper correctement les troncs nerveux superficiels (voir annexe).

- Concernant les dermatophyties de la peau glabre, nous avons observé un grand nombre de diagnostic différentiel : 3 cas de PRG, 2 lichen, 1 eczéma, 1 psoriasis.

L'étiologie du PRG est encore mal connue. Certains auteurs évoquent une cause mycosique⁹. Dans cette éventualité les 3 cas de diagnostic de PRG ne constituent pas des erreurs diagnostiques et la conformité diagnostique de l'arbre décisionnel aurait été meilleure (87,5%) au lieu de 78% trouvé dans notre étude.

Les cas d'eczéma retrouvés dans le diagnostic différentiel peuvent être secondaires à une dermatophytie car nous avons observé plusieurs cas d'application de topique sur les dermatophyties provoquant l'eczématisation de la lésion. Les dermatophyties eczématisées constituent même une forme clinique de cette affection. En considérant cet aspect l'arbre décisionnel sur les dermatophyties aurait gagné en efficacité sur le diagnostic.

- Enfin, concernant les deux diagnostics différentiels : lichen et psoriasis. Ces affections nécessitent une prise en charge par un spécialiste et dans la démarche thérapeutique préconisée par l'arbre décisionnel en cas d'échec thérapeutique. Après traitement antifongique les sujets doivent être adressés à un centre de référence. Pour ces deux cas de diagnostic différentiel difficile, ces patients auraient bénéficié d'une référence vers un centre de dermatologie pour leur prise en charge.

Tenant compte de toutes ces réserves, l'arbre décisionnel pour les dermatophyties de la peau glabre demeure à notre avis utile pour le personnel des centres de santé périphériques.

Nous recommandons donc que cet arbre décisionnel soit diffusé au profit du personnel para-médical.

CONCLUSION

Notre étude a porté sur l'évaluation de l'efficacité d'arbre décisionnel pour le diagnostic et le traitement de certaines dermatoses courantes (gale, pyodermites, dermatophytie de la peau glabre, varicelle et zona) et de la lèpre.

A l'issue de cette étude, sur les cinq arbres décisionnels que nous avons testés trois ont atteint une efficacité globale supérieure à 90%. Il s'agit de ceux portant sur pyodermites, les viroses cutanées (varicelle et zona). Les arbres décisionnels sur les dermatophyties et la lèpre ont respectivement une efficacité globale de 60% et 70% compte tenu des biais que nous avons discuté dans les commentaires, nous pensons qu'ils demeurent efficaces et qu'ils peuvent être vulgarisés.

En ce qui concerne l'arbre de décision de la lèpre, il n'a été testé que dans sa partie portant sur le diagnostic, le traitement de la lèpre étant déjà codifié par l'OMS. Vu l'efficacité diagnostique de cet arbre 70%, nous pensons qu'il peut être proposé aux infirmiers préalablement formés sur l'examen clinique des patients de la lèpre.

La valeur prédictive négative et le pourcentage de classification correcte des affections diagnostiquées avec les arbres décisionnels étudiés sont toujours supérieurs à 90%. Ces scores soutiennent l'efficacité des arbres proposés et nous formulons les recommandations suivantes en vue de l'utilisation de ces outils.

RECOMMANDATIONS

Considérant l'efficacité globale des arbres de décisions que nous avons testée nous recommandons :

1. la formation préalable du personnel para-médical pour le diagnostic de la lèpre. Cette formation doit mettre l'accent sur l'examen clinique des cas suspects de lèpre.
2. la multiplication des arbres de décisions et leur mise à la disposition des agents de santé travaillant au niveau du système de santé périphérique
3. une IEC pour la santé pour inciter la population à consulter au stade de début des maladies dermatologiques et de la lèpre.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ACHEAMPONG J.W., WHITTLE H.C., OBASI E.O., HARMAN R.R.M., ADDY HA, PARRY E.H.O., ADJEI OHENE. Scabies and streptococcal skin infection in Ghana. *Tropical Doctor*, 1988 ; **18** : 151-152
2. BASSET A., MALEVILLE J., BASSET M., LIAULAUD B. Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. *Edit Pradel* , 1988 : 31 - 37
3. BECK-BLEUMINK M., BERHE D. Occurrence of reactions their diagnosis and management in leprosy patient treated with multidrug therapy, experience in the leprosy and rehabilitation and training (ALERT). *Int. J. lepr.* , 1992 ; **60** : 173-184
4. BELCHER D.W., AFOAKWA S.N., OSEI TUTU E., WURAPA F.K., OSEI L. Endemic pyoderma in Ghana : a survey in rural villages. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1977 , **71** (3) : 204-209
5. BOUREE P. La gale ou scabiose. Aide mémoire de parasitologie et de pathologie tropicale. Paris, Flammarion Medecines Sciences, 1983 : 137
6. BOY D. As, NELDER K.H., ZEMTSOV A. SHIHABA B. Phocolocalized varicella. *J. Am. Acad. Dermatol.* , 1992 ; **26** : 772-774
7. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.C. and GROSSET J.H. Hepatotoxicity of the daily combinaison of 5mg/kg prothionamide + 10mg/kg rifampicin. *Int. J. lepr.* , 1985 ; **53** : 15-18
8. COBO M. Reduction of the ocular complication of herpes zoster ophtalmicus by oral aciclovir. *Am. J. Med.*, 1988 ; **85** 2A : 90-93
9. DEGOS R. Dermatologie. Editions Flammarion, 1983 : 140-143
10. DARDE M.L. L'épidémiologie des dermatophyties. *Annale de Dermatologie - Vénérologie*, 1992, **19** : 99-100
11. ENDERS G. Varicella zoster virus infection in pregnancy. *Proj Med Virol*, 1984 ; **29** : 166-196
12. FAERGEMANN et coll. Seminars in Dermatol., 1983 ; **2** : 262
13. FLAGEUL B. Maladie de Hansen. EMC, Paris (France) thérapeutique, 1992 : 25-038 - E - 10 - 8p.
14. GENTILINI M., DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Dermátologie. Ed. Flammarion, 1984 ; chap. 15 : 560-561

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ACHEAMPONG J.W., WHITTLE H.C., OBASI E.O., HARMAN R.R.M., ADDY HA, PARRY E.H.O., ADJEI OHENE. Scabies and streptococcal skin infection in Ghana. *Tropical Doctor*, 1988 ; **18** : 151-152
2. BASSET A., MALEVILLE J., BASSET M., LIAULAUD B. Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. *Edit Pradel* , 1988 : 31 - 37
3. BECK-BLEUMINK M., BERHE D. Occurrence of reactions their diagnosis and management in leprosy patient treated with multidrug therapy, experience in the leprosy and rehabilitation and training (ALERT). *Int. J. lepr.* , 1992 ; **60** : 173-184
4. BELCHER D.W., AFOAKWA S.N., OSEI TUTU E., WURAPA F.K., OSEI L. Endemic pyoderma in Ghana : a survey in rural villages. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1977 , **71** (3) : 204-209
5. BOUREE P. La gale ou scabiose. Aide mémoire de parasitologie et de pathologie tropicale. Paris, Flammarion Medecines Sciences, 1983 : 137
6. BOY D. As, NELDER K.H., ZEMTSOV A. SHIHABA B. Phocolocalized varicella. *J. Am. Acad. Dermatol.* , 1992 ; **26** : 772-774
7. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.C. and GROSSET J.H. Hepatotoxicity of the daily combinaison of 5mg/kg prothionamide + 10mg/kg rifampicin. *Int. J. lepr.* , 1985 ; **53** : 15-18
8. COBO M. Reduction of the ocular complication of herpes zoster ophtalmicus by oral aciclovir. *Am. J. Med.*, 1988 ; **85** 2A : 90-93
9. DEGOS R. Dermatologie. Editions Flammarion, 1983 : 140-143
10. DARDE M.L. L'épidémiologie des dermatophyties. *Annale de Dermatologie - Vénérologie*, 1992, **19** : 99-100
11. ENDERS G. Varicella zoster virus infection in pregnancy. *Proj Med Virol*, 1984 ; **29** : 166-196
12. FAERGEMANN et coll. Seminars in Dermatol., 1983 ; **2** : 262
13. FLAGEUL B. Maladie de Hansen. EMC, Paris (France) thérapeutique, 1992 : 25-038 - E - 10 - 8p.
14. GENTILINI M., DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Dermatologie. Ed. Flammarion, 1984 ; chap. 15 : 560-561

15. GENTILINI M., DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Troisième Partie. Maladies mycosiques. Ed. Flammarion, 1986 : 248-249
16. GLAZIOU P., CARTEL J.L., ALZIEU P., BRIOT C., MOULIA-PELAT J.P., MARTIN P.M. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1993 ; **44** (4) : 331-332 .
17. GOLDBERG L.H., KAUFMAN R., KURTZ T.O. et al. Long term suppression of recurrent genital herpes with acyclovir A 5 - year benchroark. *Arch Dermatol.* , 1993 ; **129** : 582-587
18. GOLVAN Y. J. Elément de parasitologie médicale. Flammarion ; 1983 : 199-201
19. GROSSHANS E. La gale. *Rev. Prat. (Paris)*, 1991 ; **41** (20) : 1257 - 60
20. GROSSET J., GUELPA-LAURAS C.C. et LECOEUR A. Données actuelles sur la bactériologie de la lèpre. *Acta Leprol.* , 1982 ; **86-87** : 35-45
21. GROSSMAN M.C., SILVERS D.N. The tzanck smear can dermatologists occurately interpret-it. *J. Am. Acad. Derm.* , 1982 ; **27** : 403-405
22. HARRIS M., NAKO D., HOPKINS T., POWELL D.M., KENNY C., CARROLL C., CARROL K. Skin infections in Tanna, Vannater in 1989. *P.N.G. Med. J.* ; 1992 ; **35** (2): 137-143
23. HEID E. Parasites et arthropodes. *Dermatologie et Vénérologie*. Saurat J.H. (Paris) 2è ed. Masson, 1990 : 150 pages
24. HUANG C.L.H. The transmission of leprosy in man. *Int. J. Lepr.*, 1980 ; **48** (Editorials) : 309-318
25. KAR S.K., MAMIA J., PATNAIK S. The use of ivermectin for scabies. *National Medical Journal of India*, 1994 ; **7** (1) : 15-16
26. KRICHHEIMER W.F., STORRS E.E. Attempts to establish the armadillo as a model for the study of leprosy. *Int. J. Lepr.*, 1971 ; **63** : 693
27. KONATE M. Aspects épidémiologiques de quelques dermatoses courantes en milieu rural dans la 2è région du Mali. Thèse Médecine, 1994
28. KURTZ M., DECLERQ E.E., VELLUT C.M. Rate and time distribution of relapse in multidrug leprosy. *Int. J. Lepr.*, 1989 ; **57** (3) : 599-606
29. KOUEKE P. et KUABAN C. La gale acarienne : aspects cliniques et épidémiologiques à Yaoundé. *Afrique Médicale*, 1981 ; **20** (187) : 79 - 84
30. LAFFONT A. et DURIEUX F. Encyclopédie médico-chirurgicale éditée sur fascicules mobiles, 1929, I 12018 A 10 : 1-3

31. LANGUILLON J. Précis de Léprologie. Masson, 1986 ; 2è ed. 389 pages
32. LEIKER D.L., McDOUGALL A.C. Les examens microscopiques dans la lèpre. Association Française Raoul Follereau, 1986 : 35 p.
33. MACOTELO RUIZ E., PENA GONZALEZ G. The treatment of scabies with oral ivermectin. *Spanish Gaceta Medica de Mexico*, 1993 ; **129** (3) : 201-5
34. MAHE A. et coll. Dermatoses en milieu tropical. *L'Enfant en milieu tropical*, 1994 N°214-215
35. N'DIAYE H.T. Prévalence des affections dermatologiques dans le district de Bamako. Juillet 1994
36. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Epidémiologie de la lèpre. Guide de la lutte antilépreuse. 2è ed. 1989 : 131 pages
37. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Situation de la lèpre dans le monde et couverture polychimiothérapie. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 22 mai 1992, N°21 : 153-160
38. ORGANISATION MONDIALE DE SANTE. Comité OMS d'experts de la lèpre. Sixième rapport. Séries de rapports techniques N°768, 1988 : 56 pages
39. PANNIKAR V., JESUDAN K., VIJAYA KUMARAN P., CHRISTIAN M.M. Relapse or late reversal reaction ? *Int. J. Lepr.*, 1989 ; **57** (2) : 526-528
40. PATTYN S.R., DOCK X.P., CAP J.A. La lèpre: microbiologie, diagnostic, traitement et lutte. Ed. Masson, Paris, 1981, 112 pages
41. PATTYN S.R., GROENEN B, GROSSETTE G., HUSSER J.A., JANSSENS L. The incubation time of relapses after treatment of multibacillary leprosy with rifampin containing regimen. *Em. J. Epidemiol.*, 1988, **4** (2) : 231-234
42. PATTYN S.R., GROENEN B., JANSSENS L., DEVERCHIN J. and GHYS P. Combined regimen of one year duration in the treatment of multibacillary leprosy. II combined regimens with rifampicin administered during 6 months. *Lepr. Rev.*, 1989 ; **60** : 118-123
43. PIETTE F., DELAPORTE E. L'impétigo. *Rev. Prat. (Paris)*, 1993 ; **43** (86) : 748 - 750
44. PREBLUT S.R. Varicella : complications and costs. *Pediatrics.*, 1986 , **78** (suppl.) : 728-735
45. PRIVAT Y. Epidémiologie et complication des pyodermites. *Ann. Dermatologie - Vénérologie*, 1991 ; 118 Supplément I : 9

46. QUAGLIATO R., BECHELLI L.M. and MARQUES R.M. Bacterial negativity and reactivation (relapse) of lepromatous out patients under sulfone treatment. *Int. J. Lepr*, 1970, **38** : 250-263
47. RATNAM A.V., JAYARAYUK. Skin diseases in Zambia. *Brit. J. Derm.*, 1979., **101** : 449-453
48. REMINGTON P.L., ROWLEY D. M.C., GEE H., HALL W.N., MONTQ As. Decreasing trends in Reye syndrome and aspirine rise in Michigan, 1979 to 1984. *Pediatrics*, 1986 ; **77** : 93-98
49. RIDLEY D.S. and JOPLING W.H. Classification of leprosy according to immunity. A five group system. *Int. J. Lepr*, 1966, **34** : 255-273
50. RIDLEY D.S. and HILSON G.R.F. A logarithmic index of bacilli in biopsies 1. method. *Int. J. Lepr*, 1967, **35** (2) : 184-186
51. SANSARRICQ H. La lèpre. Ellipses. AUPELF-UREF, 1995 : 384 pages.
52. SAURAT J.M., GROSSHANS E., LANGIER P., LACHAPPELLE J.M., *Dermato-Vénérologie*. Masson, 2èd., 1991 : 911 p.
53. SEHGEL V.N. et coll. *Dermatologica*, 1980, 161, 22
54. SCHMUTZ J.L. et BARBAUD A. *Dermatoses virales : herpès, varicelle, dermatoses à poxivirus et entorivirus*. Ed. techniques. EMC. Paris (France) *Dermatologie* ; 1995 ; 12 - 430 A- 10 : 10 pages.
55. SISSOKO K. Evaluation à long terme du schéma thérapeutique J24 chez 282 lépreux multibacillaires ayant précédemment reçu la DDS. Thèse de Médecine, 1995.
56. TOUNKARA C. Aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques de la gale à *Sarcoptes scabiei hominis* à Bamako. *Thèse Med.*, Bamako 1994.
57. TOURAINÉ R. et REVUS J. Les infections streptococciques. *Dermatologie clinique et Vénérologie*. Masson, 1982 : 74-75.
58. TRAORE B. *Dermatoses infectieuses courantes à l'Institut Marchoux : aspects épidémiologiques et approches diagnostique et thérapeutique*. Thèse de Médecine, 1996
59. WATERS M.F.R. RIDLEY D.S and RIDLEY M.J. Clinical problems in the initiation of multidrug therapy. *Lepr. Rev.*, 1986 ; **57** (suppl.) : 92-100
60. WHO Study Group. Chemotherapy of leprosy for control programmes. Technical report series, 1982 ; N°675.

ANNEXES

Liste des annexes

1a	Définition et conduite à tenir	Gale
1b	Arbre décisionnel	Gale
2a	Définition et conduite à tenir	pyodermites
2b	Arbre décisionnel	pyodermites
3a	Définition et conduite à tenir	dermatophyties
3b	Arbre décisionnel	dermatophyties
4a	Définition et conduite à tenir	viroses cutanées éruptives
4b	Arbre décisionnel	viroses cutanées éruptives
5a	Définition et conduite à tenir	lèpre
5b	Arbre décisionnel	lèpre
6	Fiche d'observation des patients	
7	Fiche de suivi.	

Annexe 1a

GALE

Définition

Dermatose parasitaire due au sarcopte et se manifestant par des papules ou vésicules, très prurigineuses siégeant au niveau de: main fesse organes génitaux coude pied et genou
Très contagieuse, la gale atteint souvent plusieurs membres dans la même famille et le prurit est exacerbé la nuit.

La gale peut également se surinfecter et se présenter comme une simple pyodermite. A ce moment, c'est le siège des lésions et la notion d'autres cas familiaux qui orientent le diagnostic.

Conduite à tenir

Etablir le diagnostic sur le siège des lésions

l'importance du prurit nocturne

la notion d'autres cas familiaux

La présence d'un sillon (trajet du parasite)

Rechercher le signes d'une surinfection: pus et croûtes

Traiter la gale par:

Toilette corporelle avec eau et savon

Application sur tout le corps (sauf la tête) en insistant sur les lésions qui démangent, de benzoate de benzyl

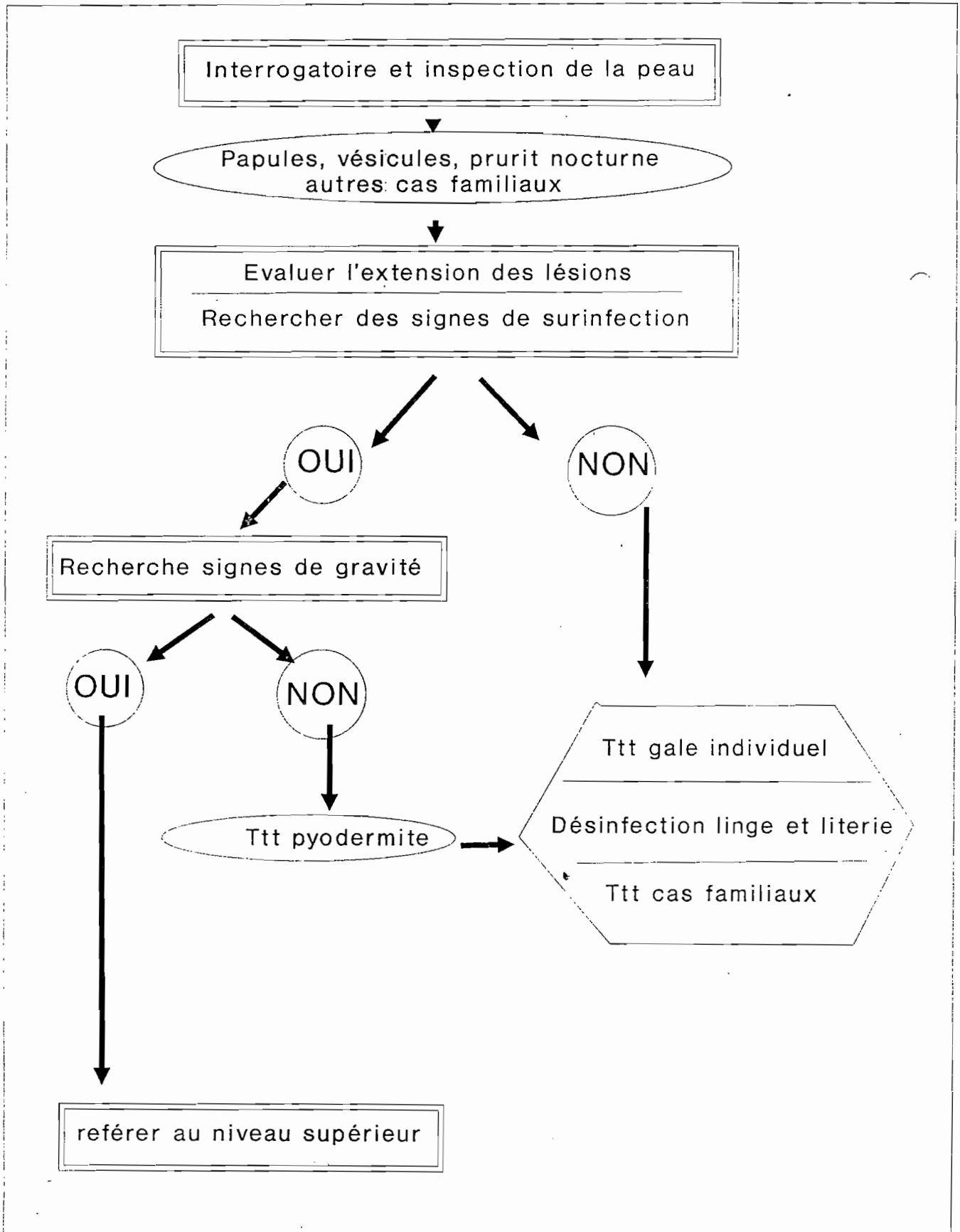
Laisser le produit en place 12h pour enfant, 24h pour adulte

Saupoudrer linge et literie pendant 24h avec du lindane

Traiter simultanément les autres cas familiaux

En cas de surinfection, traiter d'abord la pyodermite avant de traiter la gale

Annexe 1b



Annexe 2a

PYODERMITE

Définition

Dermatose microbienne due à des streptocoques et/ou à des staphylocoques et relativement fréquente chez l'enfant

Trois stades cliniques:

1. stade de bulles, très éphémère
2. stade de pustules, boutons à contenu trouble ou purulent siégeant surtout au visage, autour des orifices naturels et sur les mains et les membres
3. stade de croûtes, après ouverture des pustules, donnant une couleur jaune de miel (méllicérique) à la lésion

Conduite à tenir

Identifier les lésions, leur stade et leur localisation

Rechercher des signes de gravité:

Fièvre, Mauvais état général, Oedèmes et surtout Oligurie (diminution de la quantité des urines) ou lymphangite

Si signes de gravité présents, référer au niveau supérieur

Si signes de gravité absents,

Rechercher une cause associée (gale surtout)

Si pas de cause associée: traiter avec

Antiseptique local

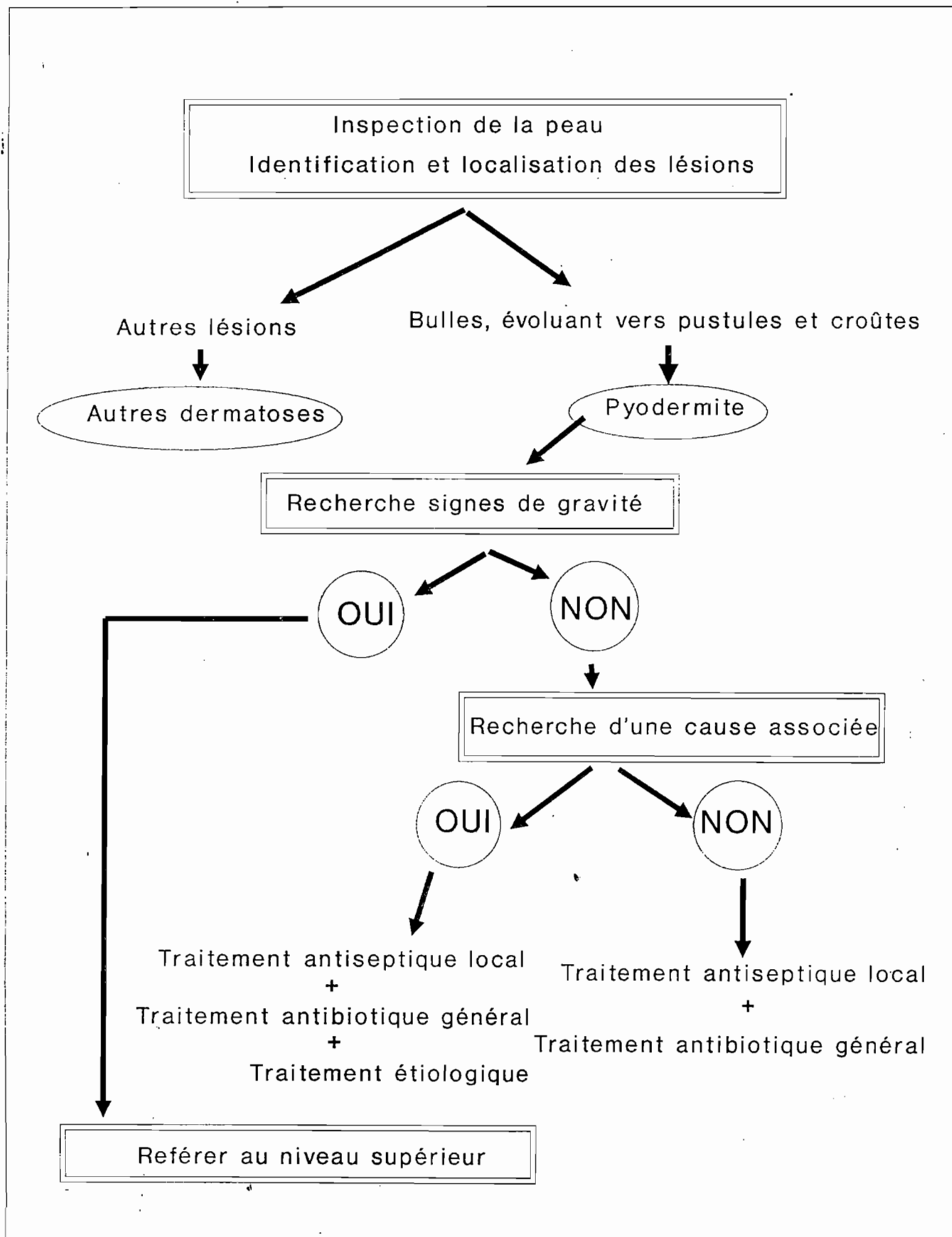
Antibiotique par voie générale:

Pénicilline ou Erythromycine

Si cause associée: traitement de la cause après

traitement de la pyodermite

Annexe 2b



Annexe 3a

DERMATOPHYTIE de la peau glabre

Définition

Atteinte de la peau en dehors du cuir chevelu par des dermatophytes (champignons microscopiques)

Se traduisant par des lésions arrondies de couleur variable avec un bordure faite de vésicules (petits boutons) et accompagnées de prurit

Des squames peuvent apparaître après grattage des lésions

Ces lésions ne provoquent pas de trouble de la sensibilité cutanée.

Les formes qui évoluent longtemps peuvent se surinfecter

Conduite à tenir

Distinguer avec une lèpre par le test de sensibilité

Rechercher des signes de surinfection : pus, croûtes, fièvre

Traiter avec un antifongique:

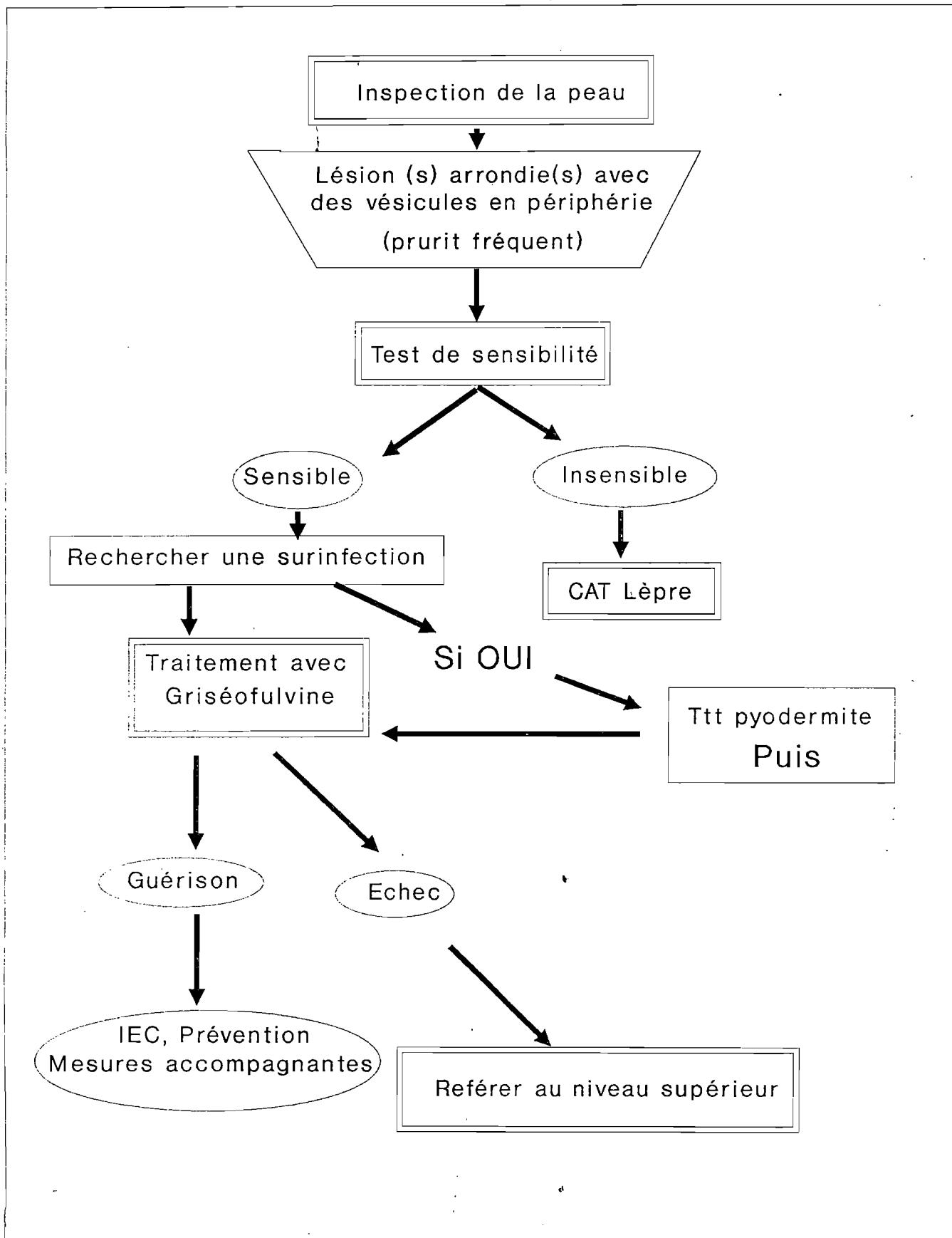
Griséofulvine en pommade pendant au moins 15 jours

En cas de surinfection, traiter d'abord la pyodermite et ensuite la dermatophytie

Préconiser les mesures accompagnantes:

Faire bouillir le linge de corps ou repasser au fer chaud
Couper les ongles, les nettoyer et y appliquer la pommade

Annexe 3b



Annexe 4a

VIROSES CUTANÉES

Dermatoses éruptives virales

Définitions

Dermatoses marquées par une éruption (apparition soudaine) de vésicules de taille, nombre, siège et évolution variables selon l'affection:

1. Herpès: vésicules atteignant la peau et les muqueuses, surtout au niveau de la bouche, et aire génitale (rarement) l'évolution est spontanément régressive, mais une récurrence peut survenir sur les mêmes sièges, précédée de sensation de brûlures, cuissons ou prurit
2. Varicelle: éruption progressive (une à une) de vésicules, du visage vers le tronc et les membres, avec évolution en phases caractéristiques: ombilication, dessiccation croûteuse et guérison sans cicatrices si lésions non surinfectées
L'éruption s'accompagne de fièvre et de prurit
3. Zona: éruption vésiculeuse, unilatérale et métamérique atteignant le tronc (intercostal), le cou, les lombes et le visage où l'atteinte oculaire est grave
L'éruption est précédée de picotements ou de brûlures et s'accompagne de douleurs nerveuses (névralgies)
les lésions évoluent comme dans la varicelle en laissant des cicatrices achromiques entourées d'une bordure pigmentée
un déficit nerveux peut accompagner la lésion

Conduite à tenir

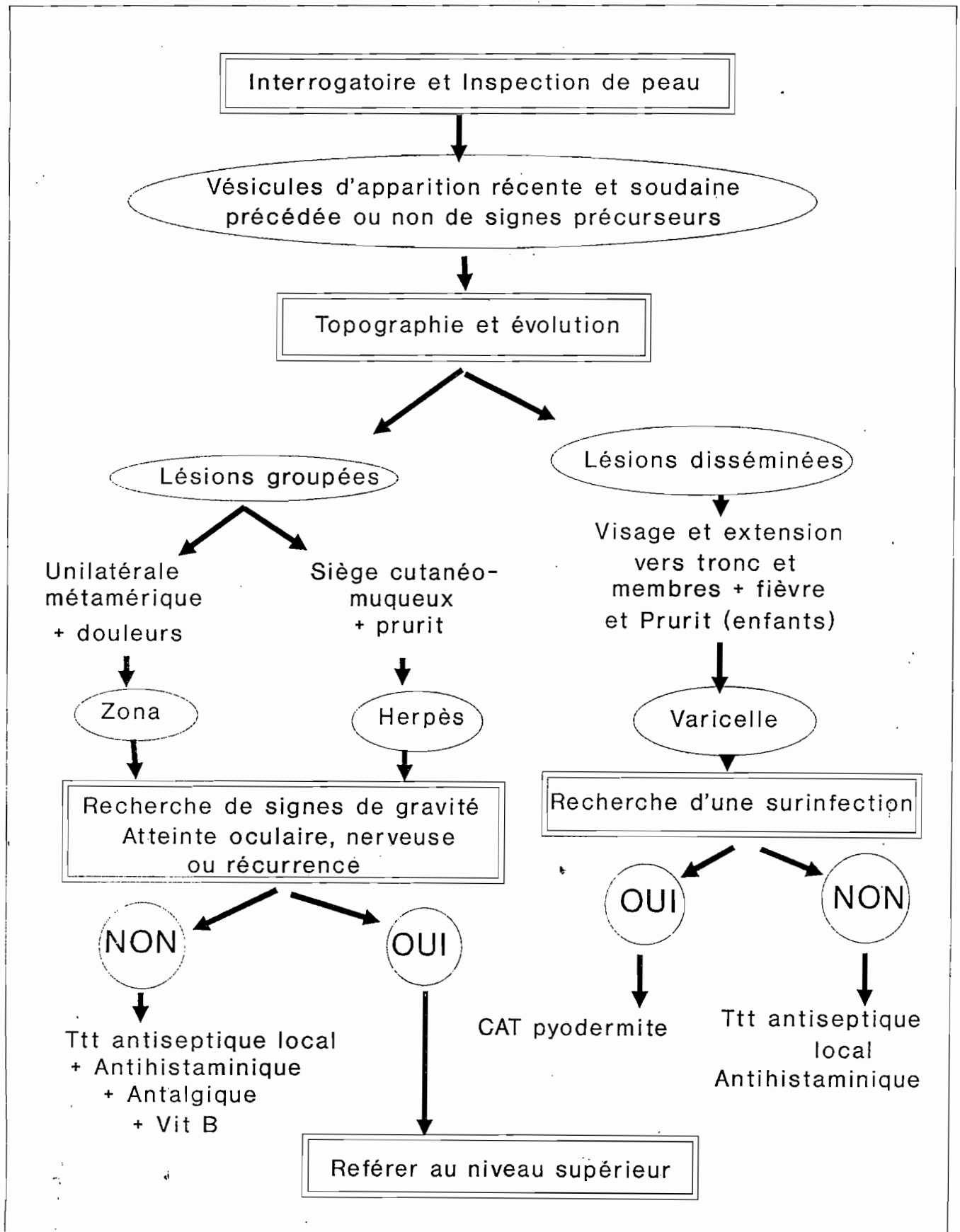
Antiseptique localement pour éviter la surinfection

Antihistaminique pour diminuer le prurit (herpès varicelle)

Antalgique et vitamines B pour les douleurs dans le zona

Si récurrence ou extension référer au niveau supérieur

Annexe 4b



Annexe 5a

LEPRE

Définition

Un cas de lèpre est une personne ayant un ou plusieurs des signes suivants et nécessitant une chimiothérapie

- Lésion cutanée claire ou rouge avec perte de sensibilité
- Atteinte d'un nerf traduite par un gros nerf, une perte de sensibilité ou une faiblesse musculaire au niveau de la main, du pied ou de l'oeil

- Un prélèvement de peau positif pour la recherche de BAAR

Conduite à tenir

Etablir le diagnostic et classer (voir arbre de décision)

Traiter avec les schémas recommandés par l'OMS

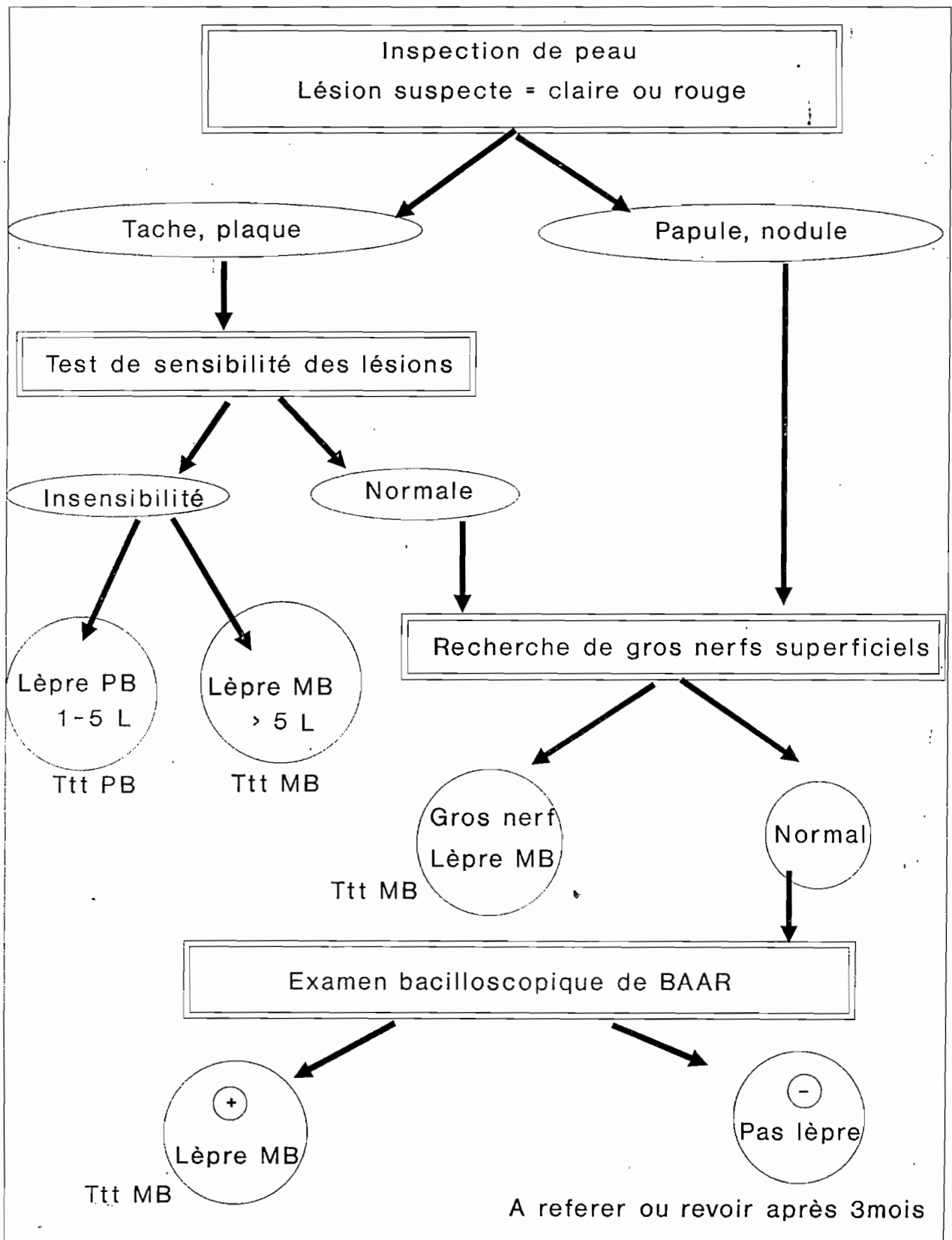
- lèpre PB : 6 mois de Rifampicine et dapsonne en plaquette à prendre en une période maximale de 9 mois
- lèpre MB: 24 mois de Rifampicine, lamprène et dapsonne à prendre en une période maximale de 36 mois

Surveiller pendant le traitement pour dépister les réactions lépreuses et les névrites

Donner des conseils pour prévenir et/ou éviter l'aggravation d'invalidités au niveau des mains, pieds et yeux

Réamiser l'IEC pour le dépistage d'autres cas de lèpre

Annexe 5b



Annexe 7

FICHE d'étude d'arbres décisionnels pour les dermatoses courantes et la lèpre

FICHE de SUIVI à REMETTRE AU PATIENT**1ère partie: Identification du patient**

Fiche n°:	Date:	Service:
NOM:	Prénom(s):	
Année de naissance:	Age:	Sexe:

2ème Partie**Résultat du traitement préconisé à l'IMx:**

Guérison	<input type="checkbox"/>
Amélioration	<input type="checkbox"/>
Echec	<input type="checkbox"/>
Non suivi	<input type="checkbox"/>

FICHE d'étude d'arbres décisionnels pour les dermatoses courantes et la lèpre

FICHE de SUIVI à REMETTRE AU PATIENT**1ère partie: Identification du patient**

Fiche n°:	Date:	SERVICE:
NOM:	Prénom(s):	
Année de naissance:	Age:	Sexe:

2ème Partie**Résultat du traitement préconisé à l'IMx:**

Guérison	<input type="checkbox"/>
Amélioration	<input type="checkbox"/>
Echec	<input type="checkbox"/>
Non suivi	<input type="checkbox"/>

NOM : DABO

PRENOM : Sambou

TITRE DE LA THESE : Evaluation d'arbres décisionnels pour le diagnostic et le traitement de dermatoses courantes et de la lèpre.

ANNEE : 1996 - 1997

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Dermatologie

RESUME :

Notre étude a porté sur l'évaluation de cinq arbres de décision pour la prise en charge de certaines dermatoses courantes et de la lèpre

Elle s'est déroulée de janvier à juin 1996 à l'Institut Marchoux avec un échantillon de 102 patients.

Sur les cinq arbres décisionnels testés, 3 ont eu une efficacité globale (conformité diagnostique, conformité thérapeutique et efficacité thérapeutique) supérieure à 90%. Il s'agit de ceux portant sur : la gale (96%), les pyodermites (100%) et les dermatoses virales éruptives (varicelle 93%, zona 100%). 2 ont eu une efficacité globale inférieure à 90%. Il s'agit des arbres décisionnels de la lèpre (70%) et des dermatophyties de la peau glabre (60%).

En dépit des nombreux biais discutés dans la thèse et du faible nombre de cas recrutés pour certaines affections, nous pensons que ces arbres peuvent être proposés pour utilisation au personnel des centres de santé périphériques préalablement formés.

Mots clés : Arbres décisionnels, gale, pyodermites, dermatophyties, varicelle, zona, lèpre.

EVALUATION D'ARBRES DECISIONNELS POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE DERMATOSE COURANTES ET DE LA LÈPRE

RESUME

Notre étude a porté sur l'évaluation de cinq arbres de décision pour la prise en charge de certaines dermatoses courantes et de la lèpre

Elle s'est déroulée de janvier à juin 1996 à l'Institut Marchoux avec un échantillon de 102 patients.

Sur les cinq arbres décisionnels testés, 3 ont eu une efficacité globale (conformité diagnostique, conformité thérapeutique et efficacité thérapeutique) supérieure à 90%. Il s'agit de ceux portant sur : la gale (96%), les pyodermites (100%) et les dermatoses virales éruptives (varicelle 93%, zona 100%). 2 ont eu une efficacité globale inférieure à 90%. Il s'agit des arbres décisionnels de la lèpre (70%) et des dermatophyties de la peau glabre (60%).

En dépit des nombreux biais discutés dans la thèse et du faible nombre de cas recrutés pour certaines affections, nous pensons que ces arbres peuvent être proposés pour utilisation au personnel des centres de santé périphériques préalablement formés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre des moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*