

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

.....
DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

.....
ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE
(E. N. M. P.)
B A M A K O

ANNEE : 1996

N°: 55 /

**DERMATOSES INFECTIEUSES
COURANTES A L'INSTITUT MARCHOUX:
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
APPROCHES DIAGNOSTIQUE ET
THERAPEUTIQUE**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE JUILLET 1996
DEVANT L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI

Par : M^r Bouyagui TRAORE

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

J U R Y

Président :	Professeur	Amadou	DIALLO
Membres :	Docteur	Hamar A.	TRAORE
	Docteur	Habibatou	KONARE
Directeur de Thèse:	Docteur	Somita	KEITA

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

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	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
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

3. MAITRE DE CONFERENCES

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

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
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 Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

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

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

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamamdou M. KEITA

Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Gastro-Enterologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO

Pédiatrie
Pneumo-Phthysologie
Cardiologie
Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Med. Interne
Gastroenterologie
Derma-to-Leprologie
Medecine Interne
Psychiatrie
Gastroenterologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D. KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matière Médicale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)
Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

4. ASSISTANT

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 AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Sory I. KABA

Santé Publique
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 Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton 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
Docteur Amadou MARIKO
Docteur Baidi KEITA
Docteur Antoine Niantao
Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I.MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Almahdy DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B.SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I.SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
HGT
C.T. MSSPA
HGT
HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D. BA
Pr M.BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
PATHOLOGIE INFECTIEUSE
PHYSIOLOGIE

DEDICACE

Je dédie ce travail à:

– Ma Mère : M^{me} TRAORE Hatouma CISSE

Femme généreuse pleine de vie, tu nous as toujours apporté ton aide inconditionnelle. Ta compréhension et ton soutien efficace de tous les instants nous ont permis d'atteindre notre objectif.

A présent, tu représentes pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité.

Puisse Dieu te prêter longue vie pour goûter aux fruits de ce travail.

– A feu mon Père : N'Golo TRAORE

Tu ne nous as pas seulement donné que la vie, mais tu nous as aussi enseigné le courage et l'amour du prochain. Tes sages conseils continueront à éclairer mon chemin.

Je dédie cette thèse à votre mémoire et que votre bienveillante attention guide mes pas dans l'exercice de cette profession. Puisse ton âme reposer en paix.

– Mes frères et soeurs :

Vous avez toujours été ma raison d'être, l'objet de mes préoccupations. Vous savez combien grande est mon affection pour vous.

Que ce travail vous invite à la persévérance car le chemin de la réussite est long et plein d'embûches.

– Aux familles Traoré, Guindo et Bâ :

Je leur dis mille fois merci pour le soutien et la sympathie incomparables qu'elles ont toujours nourris à mon égard.

– A M^{elle} Bintou DIALLO :

En reconnaissance de la tendre affection que vous n'avez cessé de me porter tout au long de ces années d'études.

- A mes collègues internes de Marchoux : Mamadou Diop, Drissa Traoré, Madina Konaté, Binta Touré.

Ce travail est le vôtre.

- A mes amis : Adama I. Guindo, Mahamoud Konaté, Abdoul K. Traoré, Modibo Timbo, Salif Doumbia, Abass Diakité, Moussa Kanouté.

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

- A tous les étudiantes et étudiants de ma promotion :

En souvenir des belles années que nous avons passé ensemble. Qu'ils gardent tout ma profonde sympathie.

* * * * *

* * *

*

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont aux :

. Dr Konaré Habibatou Diawara
pour ses sages conseils.

. Dr Fomba Abdoulaye

. Tous les médecins C.E.S. Dermato-Léprologie

. Dr Mahé Antoine

. Dr Cissé Idrissa

. Mr Fanto Traoré

. Aux majors Yousseuf Maïga
 Siaka Sanogo
 Guimba Camara

. Aux infirmiers et aides-soignants :

 M^{me} Traoré Djénébou

 M^{me} Dabo Sanata

 M^r Touré Amadou

. A la secrétaire Mme Sira Samaké

. Au personnel de l'Institut Marchoux

. A M^r Hamadoun Traoré pour la réalisation de ce travail.

* * * * *

* * *

*

AUX MEMBRES DU JURY

A notre Président du Jury :

Monsieur le Professeur Amadou DIALLO
Chef de D.E.R. des Sciences Fondamentales
Professeur de Biologie Animale à l'ENMP

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, et cela malgré vos multiples préoccupations. Vous êtes sans doute de ceux qui, dans cette école réalisent dans la plus stricte discrétion, des oeuvres de très grande portée. Votre simplicité, votre intelligence et votre enseignement font l'admiration de tous vos étudiants. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Au :

Docteur Hamar A. TRAORE
Assistant Chef de Clinique en
Médecine Interne au Point G

Nous vous remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

Votre rigueur dans le travail, vos qualités d'éminent pédagogue font de vous un maître dont la sagesse nous a conquis. Veuillez trouver ici, l'expression de nos hommages respectueux.

Au :

Docteur Habibatou KONARE
Adjointe–Chef du Service
de Dermato–Léprologie
à l’Institut Marchoux

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans notre jury. Votre dynamisme, votre respect et votre amour pour le travail bien fait ont forcé en nous estime et admiration. A présent, vous constituez pour nous un modèle de simplicité, de courtoisie et de cordialité. Vous avez été d’un contact facile et toujours disponible tout au long de ce travail. Nous vous remercions pour vos encouragements qui nous ont beaucoup aidé. Veuillez trouver ici l’expression de notre profonde gratitude.

A notre Directeur de thèse :

Docteur Somita KEITA
Assistant–Chef de Clinique
Chef du Service de Dermato–Léprologie
à l’Institut Marchoux

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève. Vous m’aviez confié ce travail et avez dirigé avec bienveillance toute sa réalisation. Vous êtes toujours resté disponible et c’est le moment de vous rendre un hommage mérité. Durant mon stage effectué auprès de vous, j’ai pu apprécier et admiré le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d’évoquer votre compétence, vos qualités scientifiques et humaines. J’ai bénéficié de votre enseignement clair et concis. Veuillez recevoir ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

* * * * *

* * *

*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
GENERALITES	3
I. GALE	3
1. Epidémiologie.....	3
1.1. Le réservoir de germe	3
1.2. La transmission	3
1.3. Facteurs favorisants	4
2. Clinique	5
2.1. Type de description	5
2.2. Formes cliniques	6
3. Diagnostic positif	7
3.1. Diagnostic clinique	7
3.2. Données épidémiologiques	7
4. Diagnostic différentiel	8
4.1 Avec les autres dermatoses prurigineuses	8
4.2 Avec d'autres Ectoparasitoses	9
5. Evolution	10
5.1. Favorable	10
5.2. Complications	10
6. Traitement	11
6.1. Buts	11
6.2. Moyens	11
6.3. Indications et modalités de traitement	13
6.4. Effets secondaires	14

II. PYODERMITES	15
1. Epidémiologie.....	15
1.1. Germe	15
1.2. Terrain	15
1.3. Mode de contagion	16
1.4. Facteurs favorisants	16
2. Etude clinique	16
2.1. Impétigo	16
2.2. Autres pyodermites	17
3. Diagnostic	18
3.1. Diagnostic positif	18
3.2. Diagnostic différentiel	18
4. Evolution	19
4.1. Favorable	19
4.2. Complication	19
5. Traitement	20
5.1. Buts	20
5.2. Moyens , Indications et modalités thérapeutiques	20
 III. DERMATOPHYTIES DU CUIR CHEVELU (ou TEIGNES)	 22
1. Epidémiologie	22
2. Diagnostic clinique	23
2.1. Teignes tondantes	23
2.2. Teignes suppurées : kérion de Celse	24
2.3. Favus	25
3. Diagnostic positif	25

5. Traitement	26
5.1. Buts	26
5.2. Moyens	26
5.3. Indications et modalités de traitement	26
5.4. Effets secondaires	27
MATERIELS ET METHODES	28
1. Cadre de l'étude	28
2. Population de l'étude	28
3. Echantillonnage	29
4. Recueil des données	30
5. Mise au point et évaluation de schémas thérapeutiques applicables à chaque dermatose	30
6. Analyse des données	31
ETUDES DE DOSSIERS	32
RESULTATS	41
DISCUSSION	47
CONCLUSION	51
RECOMMANDATIONS	52
BIBLIOGRAPHIE	
RESUME	

LEGENDE

P.V.D.	Pays en voie de développement
V.I.H.	Virus de l'immuno-déficience acquise
M.S.T.	Maladie sexuellement transmissible
KMN04	Permanganate de potassium
< 1M	inférieur à 1 mois
> 1M	supérieur à 1 mois
Trad.	traditionnel
Autok	automédication
Med mo	Médecine moderne
Op. cit	opéra citera
ddl.	degré de liberté

INTRODUCTION

Les affections cutanées déterminées par les agents infectieux sont polymorphes et fréquentes sous les tropiques. Le climat chaud, l'insuffisance de l'hygiène corporelle, la promiscuité et les mauvaises conditions socio-économiques sont des facteurs qui concourent à l'augmentation de leur fréquence [1, 2, 7, 14, 21, 23, 27, 29, 32, 42, 46].

La Gale, les pyodermes et les teignes sont parmi ces affections, trois groupes de pathologie les plus fréquemment observés au cours de nos consultations dermatologiques à l'Institut Marchoux. Leur prévalence quoique subissant des variations en fonction des pays, reste globalement élevée.

Les travaux menés sur la Gale rapportent des prévalences hospitalières variant de 11% de la population consultante au NIGERIA à 32% de la population consultante en ZAMBIE [27].

A Bamako, Toukara [42] a estimé la prévalence hospitalière à 20% et la prévalence scolaire à 4,5%. Konaté [23], dans sa thèse sur la population infantile de la 2^e région (Mali) a estimé la prévalence de la Gale à 4,5%.

La prévalence moyenne des Pyodermes dans la population infantile des pays en voie de développement (PVD) est estimée à 10% de l'ensemble des dermatoses. Les extrêmes allant de 4% au RWANDA à 20% en ZAMBIE et au NIGERIA [27].

A Bamako, N'Diaye, à l'issue de son enquête dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) a estimé la prévalence hospitalière des pyodermes à 42,09% [32].

Tandis que Konaté (Op. cit.), a estimé la prévalence des pyodermes à $9,47 \pm 1,6\%$ dans la population infantile de la région de Koulikoro (Mali) [23].

Les Teignes s'observent chez 10% environ des enfants dans les PVD. Elles sont en général bénignes et l'évolution spontanée vers la guérison semble justifier le désintérêt que la plupart des familles portent à cette affection [2, 11, 15, 23, 27]. Cependant, cette guérison spontanée se fait souvent au prix d'alopecie cicatricielle définitive, notamment au cours des teignes suppurées et des teignes faviques.

Le diagnostic de ces trois groupes d'affection n'est correctement posé dans nos pays que par de rares agents de santé initiés à la dermatologie.

La survenue de l'infection à VIH au sein des populations modifie l'épidémiologie, le tableau clinique et l'évolution de ces maladies rendant ainsi leur diagnostic et leur prise en charge difficiles.

Dans la littérature africaine, très peu d'études portent sur ces dermatoses. Face à cette insuffisance de travaux, et devant la grande fréquence de ces pathologies, nous avons voulu mener cette étude dont les objectifs sont :

- Rapporter les aspects généraux actualisés de ces affections
- Rapporter les aspects épidémiologiques et cliniques des cas rencontrés au cours de notre étude
- Mettre au point des schémas thérapeutiques adaptés à ces dermatoses
- Evaluer l'efficacité et le coût de ces schémas thérapeutiques utilisés.

GENERALITES

I – LA GALE HUMAINE

C'est une ectoparasitose, due à un acarien *Sarcoptes scabiei hominis* [2, 14, 20, 23, 27, 32, 44].

1. Epidémiologie

1.1 Le réservoir de parasite : est l'homme contaminé. Le *Sarcoptes scabiei hominis* est un parasite de l'homme. 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 [2, 20, 27, 42].

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, 19, 20, 42].

1.2 La transmission : est inter-humaine

Directe : qui se fait par contact le plus souvent inter-humain (promiscuité) et les contacts intimes et prolongés notamment au cours des rapports sexuels. Ce dernier mode de contagion fait de la gale une maladie sexuellement transmissible (MTS).

Indirecte : la transmission se fait par l'intermédiaire du linge et de la literie. Elle doit être prépondérante en Afrique à cause de la promiscuité. Ce mode de contagion semble rare d'après certains auteurs [2, 20].

En dehors de la sous espèce *S. s. hominis* étroitement adaptée à l'homme, il existe de nombreuses autres espèces adaptées aux animaux: chats, chiens et porcs. Leur transmission à l'homme est exceptionnelle en raison de l'adaptation de chaque variété à son hôte [20, 42].

épidémique sur tout le continent africain, mais également en Amérique du Sud et en Asie [18].

1.3 Facteurs favorisants :

1.3.1 Environnementaux :

La Gale est favorisée par la promiscuité, la diminution ou l'absence d'hygiène corporelle. L'acarien femelle a une bonne mobilité pour des températures de 25 à 30°C. Par contre, elle est immobile au-dessous de 20°C et meurt rapidement. Au dessus de 55°C, il meurt en quelques minutes [20].

1.3.2 Socio-économiques :

La Gale atteint avec une même fréquence les deux sexes. Elle s'observe à tous les âges et dans les différents milieux sociaux, mais avec une fréquence élevée dans les collectivités aux conditions socio-économiques défavorables et miséreux (prisons, asiles, etc.) [25].

1.3.3 Terrain :

La misère physiologique, les états d'immunodépression congénitale ou acquise, constituent des terrains propices au développement de cette parasitose. Une forme particulière de l'affection, la gale norvégienne, se développe sur ces terrains [20, 27, 43].

2. Clinique

2.1 Le type de description : Gale de l'Adulte

2.1.1. Incubation :

Elle dure en moyenne trois semaines en cas de primo-infection. Elle est plus brève de l'ordre de 1 à 3 jours en cas de réinfestation [2, 18, 20].

2.1.2 Le signe subjectif : le prurit

Le prurit est le premier symptôme. Après la phase d'incubation, le malade commence à ressentir un prurit surtout nocturne et particulièrement prononcé chez le sujet nerveux [17, 42], condamnant le malade à un grattage perpétuel et occasionnant l'insomnie. Il épargne la région céphalique.

2.1.3 Les signes objectifs :

On constate quelquefois une éruption érythémateuse et urticarienne [20, 25, 42]. Les lésions apparaissent plus tard en 5 à 6 jours. Les lésions non spécifiques sont constituées de sero papules et de vésicules perlées. Elles sont prurigineuses ; de petite taille vite érodées par le grattage. Dans les 2 sexes, on les trouve au niveau des régions des coudes, fesses, genoux, plis interdigitaux, des mains et des poignets. Chez la femme, les lésions peuvent également siéger aux mamelons. Chez l'homme, elles siègent au gland et au scrotum [6, 20, 25, 27, 42].

Le signe pathognomonique à rechercher est le sillon qui réalise une ligne sinueuse, filiforme, de quelques millimètres de long. Il correspond au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme [6, 20, 42]. Sa partie terminale est renflée.

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 [20].

Ces 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 [42].

2.2 Formes cliniques :

- Gale du sujet propre :

Elle est fruste, le prurit est discret et seules quelques papules ou vésicules sont observées [42].

- Gale de l'enfant et du nourrisson :

Se caractérise par l'apparition de séropapules 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 [20, 25, 42].

- Gale des Immunodéprimés :

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 squamo-croûteuses grisâtres, dures, d'aspect poreux et épais.

Les croûtes sont adhérentes à la peau. Les lésions atteignent tout le corps mais particulièrement les coudes, genoux, les fesses, les mains et pieds, le gland, la face, les oreilles et le cuir chevelu. Le reste du corps est parsemé de croûtes, d'érythèmes et de

squames. Les ongles sont soulevés par une matière poreuse et engainés de croûtes réalisant une pachyonychie souvent marquée [2, 20, 23, 25, 27, 42].

Dans la littérature, des cas de Gale Norvégienne ont été décrits dans les cas d'immuno-déficience humaine [39] et de la Trisomie 21 [44]. Une centaine de cas ont été publiés en 1844 par Boeck et Danielsen chez les lépreux de Norvège [9, 17]. Cette forme est très contagieuse.

2.2.3 Les formes compliquées :

- La Gale impétiginisée:

Il s'agit d'une surinfection fréquente des gales anciennes chez le sujet à hygiène corporelle mauvaise. L'infection prend alors un aspect généralisé avec des adénopathies satellites à la lésion. Elle peut se compliquer de glomérulonéphrite aiguë [20, 23, 27, 42].

- La Gale eczématisée:

Elle s'observe au cours d'une automédication mal adaptée cherchant à calmer le prurit ou après un traitement antiscabieux intempestif [20, 42].

3. Le diagnostic positif

Il est basé sur :

- les signes cliniques (l'éruption de seropapules et de sillons à topographie particulière) ;
- les données épidémiologiques (existence de prurit familial ou dans l'entourage).
- un argument plus plausible peut être apporté par la mise en évidence du sarcopte après grattage des lésions. Le produit obtenu sera examiné au microscope optique pour visualiser les sarcoptes [2, 20, 23, 27, 32, 42].

4 Le diagnostic différentiel

Le prurit peut faire évoquer :

4.1 Avec les autres dermatoses prurigineuses :

- Le prurit et le prurigo non parasitaire : caractérisés par des séropapules prurigineuses localisées aux parties découvertes (membres et front). Ils s'observent au cours des piqûres d'insectes en milieu tropical. Ils ne correspondent pas à la topographie élective de la Gale [27].

- le lichen plan : la lésion élémentaire cutanée est une papule ferme, consistante, polygonale, brillante à jour frisant, de coloration rouge rosée (les individus de peau blanche) et hyperpigmentation sur peau noire, dont la surface plane de 1– 3 mm est parcourue de fines stries grisâtres. Des lésions muqueuses peuvent y être associées. Le prurit est constant de jour et de nuit [20].

- l'urticaire : fait de papules prurigineuses, d'aspect érythémateux avec 2 à 3 cm de diamètre. La topographie est ubiquitaire et l'évolution se fait par poussées de périodicité variable. La durée d'une papule est variable [20].

- l'eczéma : c'est une dermatose d'hypersensibilité à un allergène externe ou interne, caractérisé par l'éruption de plaques érythémato-vésiculeuses et prurigineuses de localisation ubiquitaire [17, 27].

- le psoriasis : qui pourrait ressembler à une Gale Norvégienne mais la lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse peu ou pas prurigineuse, localisée aux sommets (genoux, coudes, lombes) et le cuir chevelu [20, 30].

4.2 Avec les autres Ectoparasitoses :

- l'onchocercose : le prurit est féroce et ne respecte pas la topographie de la gale. Le contexte épidémiologique aide au diagnostic qui est évoqué devant un sujet originaire d'une zone d'endémie avec existence de la cécité villageoise. Les symptômes sont la pachydermie, kystes ou nodules sous cutanés et l'atteinte oculaire.

L'identification des microfilaires à la Biopsie Cutanée Exsangue (BCE) donne la confirmation diagnostique.

- le Larva migrans : fait de sillons sinueux et prurigineuses de plusieurs centimètres de longueur et d'aspect inflammatoire. Il est dû aux larves d'Ankylostome de chiens pénétrant de façon accidentelle dans la peau en contact avec les sols souillés d'éjections de ces animaux [20, 23].

- la Pediculose : le prurit a une topographie inverse à la Gale (aisselle, dos, ceinture), les lésions de macules rouges avec point central hémorragique. Le diagnostic est fait devant les lentes et les poux retrouvés dans les vêtements [27, 44].

Dans tous ces cas, l'absence de :

- sarcoptes dans les lésions ;
- prurit familial ou collectif ;
- réponse au test thérapeutique

permettent d'exclure la Gale.

Cependant, des associations sont possibles entre deux ou plusieurs dermatoses prurigineuses.

5. Evolution

Dans le tiers-monde et particulièrement en Afrique noire, beaucoup d'auteurs (Svartman et coll., 1972; Whittle et coll., 1973; Marchang 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. En l'absence de traitement, la guérison spontanée est exceptionnelle [24].

5.1 Favorable :

L'évolution est favorable et on obtient la sédation du prurit et la disparition de l'éruption cutanée. Souvent on note la persistance d'un certain nombre de syndrome après le traitement :

- le prurit post scabieux qui n'a rien d'inquiétant et doit disparaître au bout de quelques jours au-delà duquel il faut penser à une recontamination ou une autre étiologie notamment l'acarophobie [20, 27].

- 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'affaissent progressivement et finissent par disparaître sans traitement. Parfois, une corticothérapie locale s'avère nécessaire [2, 20, 27, 42].

5.2 Complications :

Elles sont surtout dues aux surinfections à type d'Impétigo ; de glomerulonéphrites post-streptococciques ont été observées [23, 27, 42] ; et d'eczématisation par un traitement mal adapté (application répétée de Benzoate de Benzyle).

6. Traitement

6.1 Buts :

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

6.2 Moyens :

Il s'agit des moyens spécifiques et adjuvants :

Les Moyens spécifiques :

6.2.1 Acaricides :

- 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 ethylique, de polysorbate et de l'eau purifié.

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'ethyle.

- 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 [20, 42].

6.2.2 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 150µg/kg chez les personnes âgées de 5 ans et plus [16, 26, 22*].

6.2.3 Le traitement adjuvant :

Il concerne la désinfection des linges et literies.

- Lindane ou Hexachlorocyclohexane (*Aptiria*)

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.

- Pyrethriinoïde (*Apar*) : il se présente sous forme de flacon de 200ml en spray contenant de la pyrethriinoïde.

A pulvériser sur les linges et la literie.

6.3 Indications et modalités de traitement :

6.3.1 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 [20, 27, 42].

La désinfection des linges et literies par la poudre Aphtiria et laisser le produit en contact pendant 72 heures [10, 20, 42].

6.3.2 Gale surinfectée non eczématisée :

On traite d'abord la surinfection par des bains de permanganate dilués au 1/10000 ou 1/20000 (soit 0,25g ou 0,50g pour 5 litres d'eau) associé ou non à une antibiothérapie générale à base d'Erythromycine à la dose de 50mg/kg/j.

Le traitement de la Gale se fera après guérison de la surinfection comme la gale simple [20, 27, 42].

6.3.3 La gale eczématisée :

Le traitement se fait par des bains de permanganate. Puis on applique des acaricides pour diminuer la population de la gale. Enfin on traitera l'eczématisation par des pommades à base de corticoïdes locaux dont la concentration est fonction du degré d'eczématisation [20].

6.4 Résultats

Après ces traitements, si le prurit persiste il faudra penser à une autre étiologie qui peut être la pédiculose, le prurigo etc...

6.5 Effets secondaires :

Ils sont rares en cas d'une bonne observation du traitement. Ils peuvent survenir à type 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

Les pyodermites regroupent plusieurs entités cliniques d'appellation variée. Ce sont :

- Pyodermite superficielle : Impétigo, dont une variété profonde Ecthyma
- Pyodermite localisée au niveau des follicules pilo-sébacés : Furoncles, folliculites et anthrax.
- Pyodermite profonde : de localisation dermo-épidermique (érysipèle) ou dermo-hypodermique (cellulite). [2, 4, 23, 27, 32, 35, 37]

1. Epidémiologie de l'impétigo

1.1 Germe :

Selon des études récentes aux Etats-Unis., le Staphylocoque est retrouvé seul dans 70 à 95% des Impétigo. Dans d'autres cas, Staphylocoque et Streptocoque sont associés [4, 32, 37, 44].

1.2 Terrain :

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

La cible préférentielle c'est le nourrissons et les enfants d'environ 10 ans [4,27,32,37]. Cependant, on note de plus en plus de cas chez les adultes immuno-déprimés et les diabétiques [44].

Les pyodermites secondaires surviennent sur des traumatismes négligés et sur des dermatoses prurigineuses pré-existantes [27, 37].

1.3 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 [27, 32].

1.4 Facteurs favorisants :

Les pyodermites sont favorisées par la chaleur, l'hygiène corporelle défectueuse, traumatismes mal soignés, frottement par habits serrés [2, 37].

2. **Etude clinique de l'impétigo**

2.1 Impétigo :

Type de description : impétigo bulleux

Il s'agit généralement d'enfant. Il est caractérisé par une évolution en deux temps.

– phase bulleuse :

Il est phlycténulaire surtout chez le nouveau né et le nourrisson. Les bulles sont de grande taille flasques à contenu initialement clair se troublant rapidement en quelques jours. Elles surviennent sur peau saine ou sur une base érythémateuse. Leur rupture entraîne une érosion suintante [35, 44].

Le staphylocoque est retrouvé dans la majorité des cas et appartient au groupe phagique II type 71, capable de sécréter une toxine exfoliante [35].

– phase croûteuse :

Lorsque les bulles sont rompues, reconnaissables à leur forme parfaitement ronde, se constituent secondairement des croûtes d'aspect mélicérique caractéristique.

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 [27,35,44].

2.2 Autres pyodermites :

2.2.1 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 [35].

2.2.2 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 [27,35].

3 Diagnostic

Diagnostic positif

Il est évoqué devant un enfant vivant en zone tropical de 10 ans environ et présentant des lésions bulleuses phlyctenulaires avec par endroits des cicatrices de bulles recouvertes de croûtes mélicériques associées ou non à des adénopathies satellites.

La confirmation diagnostique est apportée par les germes retrouvés dans les prélèvements après étude biologique.

Diagnostic différentiel

Il se pose devant :

* les dermatoses bulleuses :

- Maladies bulleuses auto-immunes qui sont faites de bulles A. 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 erythématosquameuses aux sommets [35, 44].
- Epidermomyse bulleuse congénitale : il s'agit des nourrissons présentant des bulles de taille différente, flasques de localisation ubiquitaire. La biopsie et l'immunofluorescence confirment le diagnostic.
- Syphilis néonatale : il s'agit de bulles palmoplantaires et la découverte du tréponème pale dans les sécrétions 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. La durée de l'évolution pose le diagnostic.

4. Evolution

Favorable

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

Complications

Elles surviennent en l'absence de traitement.

– A type de pyodermites profondes, de septicémie, de glomérulo-néphrites post streptococciques ont été observés [14, 27, 35].

– le Syndrome toxinique : 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»).

La prise en charge est multidisciplinaire engageant les services de dermatologie et de réanimation.

* Dans la forme abortive, la scarlatine staphylococcique. La guérison est obtenue rapidement avec ou sans traitement [35,37].

5. Traitement

5.1 Buts :

- traiter les malades
- prise de mesures épidémiologiques.

5.2 Moyens, Indications et 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 follicules profuses, l'ecthyma, la cellulite, l'antibiothérapie aura l'avantage d'éradiquer les foyers extracutanés, d'agir sur les porteurs chroniques, responsables de réinfection de l'entourage.

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

Ce traitement est indiqué dans les pyodermites constituées de plusieurs éléments.

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

- Eviction scolaire pendant 8 jours;
- Lavage des mains;
- Nettoyage des ongles;
- Changement de sous-vêtements.

Ces règles compléteront le traitement.

III - DERMATOPHYTIES du cuir chevelu (ou Teignes)

1. Epidémiologie

Les Dermatophytes sont des champignons pathogènes pour l'homme et les animaux. Ils se répartissent en trois genres :

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

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 Zoophiles et Géophiles, mal adaptés à l'homme, y provoquent des réactions inflammatoires [11].

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. Canis</i>	<i>M. gypseum</i>
<i>M. Audouini</i>	<i>M. nanum</i>	<i>M. fulvum</i>
	<i>M. persicolor</i>	
<i>T. violaceum</i>	<i>T. mentagrophytes</i>	
<i>T. soudanense</i>	<i>T. verrucosum</i>	
<i>T. tonsurans</i>	<i>T. ochraceum</i>	
<i>T. rosaceum</i>		
<i>T. rubrum</i>		
<i>T. interdigitale</i>		

D'après Meynadier et Coll. [34]

D'après Meynadier, J. et Coll. [34], celles qui atteignent le cuir chevelu sont des Dermatophyties bénignes dans la majorité des cas et guérissent spontanément à la puberté. Elle prend une allure extensive chez les sujets infectés par le virus d'immunodéficience acquise (VIH). C'est une dermatose dont le diagnostic est posé cliniquement [2, 10, 11, 27].

2. Diagnostic clinique

1.1 Les teignes tondantes :

1.1.1 La teigne microscopique : ce sont des enfants, spécialement d'âge scolaire, qui en sont atteints. Contagieuse, la Teigne microscopique provoque des épidémies étendues (*M. audouini*) ou focales (*M. canis*).

Elle se présente sous forme de placards érythémato-squameux, unique ou en petit nombre de 3 à 6 cm de diamètre, sur lesquels tous les cheveux sont cassés à leur émergence (2 ou 3 mm). Leur moignon est entouré d'une gaine blanchâtre. A la lumière de Wood, ils émettent une fluorescence verte [11, 27].

Le diagnostic différentiel se fait par rapport à la teigne trichophytique et le favus caractérisé par le godet favique.

1.1.2 La teigne trichophytique ou trichophytie sèche du cuir chevelu

Les agents pathogènes en sont *T. violaceum*, *T. tonsurans*, *T. soudanense*, tous anthropophiles.

Elle atteint les enfants des 2 sexes en particulier d'âge scolaire. Moins contagieuse que la microsporie et guérit spontanément à la puberté.

Elle se présente sous la forme de petites plaques érythémato squameuses, de 1 à 2 cm de diamètre, de forme irrégulière, recouvertes de cheveux grisâtres et fragiles, se cassant à leur émergence, parmi lesquels persistent quelques cheveux non parasités.

Les cheveux atteints ne sont pas engainés [2, 11, 27].

Le diagnostic différentiel se fait par rapport à la teigne microscopique et le favus.

1.2. La teigne suppurée : Kérion de Celse

Les agents sont des dermatophytes zoophiles (*T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*, plus rarement *M. canis*) ou parfois Géophiles (*M. gypseum*).

Les enfants et les hommes sont atteints plus souvent que les femmes et l'affection prédomine en milieu rural. La contamination se fait à partir d'animaux domestiques (bovidés, chats, chiens, cobayes, etc.) et parfois à partir d'humain malade.

Chez l'enfant, c'est le cuir chevelu, tandis que chez l'adulte, c'est la barbe et les régions particulièrement velues qui sont touchées.

Le début se fait par un ou plusieurs placards érythémato squameux, de forme arrondie et prurigineuse. Quelques jours après, il y a une tuméfaction des placards qui se couvrent de pustules folliculaires, qui se rompent et donnent un pus jaunâtre. Cette inflammation se traduit par des macarons purulents et alopéciques.

On note des adénopathies satellites douloureuses avec fièvre.

L'alopécie peut être définitive [11, 27].

Le diagnostic différentiel se fait par rapport aux folliculites du cuir chevelu caractérisées par des vésicules suppurées centrées par un poil.

1.3. Favus :

L'agent responsable est *T. schoenleinii*. C'est une affection dont la lésion élémentaire est le «godet favique», croûte squame en cupule, centrée par de rares cheveux de longueur normale. «L'odeur de souris» est classique. Tout le cuir chevelu, à l'exception d'une fine collerette périphérique, est progressivement atteint.

En l'absence de traitement, la maladie continue à évoluer chez l'adulte. L'alopecie cicatricielle est définitive, ce qui fait la gravité de cette pathologie.

Une atteinte unguéale associée est possible, comme dans toutes les mycoses, mais ici elle constitue un réservoir de champignons d'éradication difficile [2, 11, 27].

Le diagnostic différentiel se fait par rapport à la teigne suppurée.

3. Diagnostic positif

Il s'agit généralement d'un enfant vivant dans la zone tropicale de 10 ans environ se présentant avec des lésions erythémato-squameuses du cuir chevelu avec soit :

– des plaques de grande taille uniques ou multiples donnant une fluorescence verte à la lumière de Wood (la teigne microscopique) ;

– des plaques de petite taille multiples avec des cheveux de différentes tailles (la teigne trichophytique).

4. Traitement

5.1 Buts :

- traiter les malades
- prise de mesures épidémiologiques.

5.2 Moyens :

Le traitement des dermatophyties exige un traitement général à base de Griséofuline.

Elle se présente sous forme de comprimés sécables de couleur blanche de 125mg, 250mg et 500mg dont la composition est la suivante :

- la griséofulvine micronisée de 125mg par comprimé et par boîte de 4g
- la griséofulvine micronisée de 250mg par comprimé et par boîte de 7,5g
- la griséofulvine micronisée de 500mg par comprimé et par boîte de 10g

Comme excipient, nous avons la cellulose, amidon de riz.

La durée du traitement est fonction de l'évolution (en général 1 mois).

Le traitement local sous forme de dérivés imidazolés en «spray» ou crème, pourra compléter le traitement général. Les imidazolés se présentent sous forme de crème dans des tubes de 15 à 30g. Ce sont des applications biquotidiennes d'une durée variable suivant l'évolution.

5.3 Indications et modalités thérapeutiques :

On utilise les formes crèmes dans les teignes de petit diamètre de 2 à 3 plaques. On utilise la griséofulvine sous sa forme comprimée à la dose de 10 à 20mg/kg et par jour dans les teignes multiples et dans les teignes trichophytiques.

Le traitement local pourra compléter ce traitement général.

5.4 Effets secondaires :

- manifestations neurologiques (vertiges, céphalées)
 - troubles gastro-intestinaux (nausées, anorexie)
 - réactions allergiques
 - troubles hépatiques (cholestase intrahépatique)
 - troubles hématologiques (leucopenie, neutropenie, anemie).
-
- risque d'irritation locale avec les imidazolés.

Mesures épidémiologiques :

- rasage du cuir chevelu
- éviction scolaire
- déclaration obligatoire.

MATERIELS & METHODES

1. Le cadre de l'étude

L'étude a été menée à l'Institut Marchoux de février 1994 à mars 1995. Cet institut, organe de l'O.C.C.G.E. (Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies) 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.

Il comprend plusieurs unités fonctionnelles : la Léprologie, la Dermatologie, la Chirurgie-Rehabilitation, la Biologie, l'Animalerie Expérimentale, l'Epidémiologie-Formation et un Bureau de tri des malades.

Un médecin directeur général et un directeur administratif et financier assurent la gestion globale de l'Institut.

2. La population de l'étude

Est constituée par les consultants dermatologiques de l'Institut Marchoux.

3. Définition des cas

L'étude a concerné tout malade se présentant en consultation à l'Unité de Dermato-Léprologie et au Bureau des Entrées chez qui le diagnostic de gale, de pyodermite ou de teigne a été porté.

3.1. Le diagnostic des cas de gale a été porté devant les critères suivants :

- le prurit à recrudescence nocturne
- l'éruption de papules au niveau des espaces interdigitaux, les poignets, les fesses et les organes génitaux chez l'adulte ; l'atteinte des paumes des mains et des plantes des pieds constituent une localisation particulière de la gale chez le petit enfant
- la positivité de la recherche de *Sarcoptes* était un critère facultatif.

3.2. Le cas de Pyodermites a été défini par :

- la présence de lésions bulleuses purulentes et/ou de croûtes jaunâtres
- l'ecthyma (ulcération, cratériforme à fond sanieux).

La sévérité des pyodermites a été cotée comme suit :

- Grade I : nombre de lésions inférieur à 5
- Grade II : nombre de lésions supérieur à 5

3.3. Le cas de teigne a été défini par :

- la présence sur le cuir chevelu de plaques alopéciques, squameuses et prurigineuses, avec des cheveux cassés courts, uniques ou multiples. La sévérité a été également cotée en grade :

- Grade I : nombre de lésions inférieur à 5
- Grade II : nombre de lésions supérieur à 5 et plaque de diamètre supérieur à 5 cm.

4. L'échantillonnage

Les critères d'inclusion sont :

- la gale non surinfectée, non eczématisée
- les pyodermites primitives superficielles, non folliculaires
- la teigne non surinfectée et non eczématisée.

L'avis d'adhésion à l'étude a été demandé à tous les malades.

Les critères d'exclusion sont :

- la gale surinfectée et eczématisée
- les pyodermites folliculaires (furuncle, anthrax), les cellulites et les pyodermites secondaires (dermatose surinfectée)
- la teigne surinfectée et eczématisée.
- le refus d'adhésion à l'étude.

Compte tenu de l'effectif moyen du recrutement annuel de ces affections à l'Institut Marchoux, qui est estimé à 500 cas par an, nous avons estimé que 40% de ces cas sont largement suffisant pour la description de ces affections.

Ainsi 213 cas de ces trois dermatoses de l'étude ont été inclus.

5. Mise au point des schémas thérapeutiques

Pour chaque affection, deux schémas thérapeutiques ont été élaborés.

Pour la gale :

G₁ : Benzoate de Benzyle

Lindane

G₂ : Ivermectine

Pour les pyodermites :

P₁ : Déterision des lésions dans les bains de permanganate dilué à 1/10.000 ou 1/20.000

Oxytétracycline pommade à 3%

P₂ : Déterision des lésions dans les bains de permanganate dilué à 1/10.000 ou 1/20.000

Oxytétracycline pommade à 3%

Erythromycine 50mg/kg/j

Pour les teignes :

T₁ : Imidazolés crème/pommade

T₂ : Griséofulvine comprimé 10 – 20mg/kg/j.

Ces schémas ont été appliqués aux patients selon un tirage avec remise. Il n'y a pas eu d'étude en double aveugle. Seuls les malades ignoraient les types de schéma qui leur ont été appliqués. Le résultat du traitement et le suivi se faisaient selon le type de dermatose :

J₀ J₇ J₃₀ pour la gale

J₀ J₇ pour les pyodermites

J₀ J₁₅ J₃₀ pour la teigne.

L'efficacité de ces différents schémas a été évalué à la fin du traitement.

6. Le recueil des données

Chaque malade inclus était enregistré sur fiche individuelle qui comportait :

6.1. les renseignements épidémiologiques : l'âge et le sexe

6.2. les données anamnestiques et cliniques

- l'interrogatoire a porté sur : le mode de survenue des lésions, la durée de l'évolution, le traitement antérieur avant la consultation dermatologique, les symptômes subjectifs

- l'examen clinique a comporté après déshabillage complet du malade, l'inspection avec évaluation du nombre de lésions et leurs étendues

- les données paracliniques n'ont pas été réalisées systématiquement mais à la demande de confirmation du diagnostic, recherche de facteurs associés (diabète, VIH)

- le résultat du traitement appliqué et le suivi

7. L'analyse des données

L'analyse a été faite sur le logiciel Epi-Info Version 5. Le test statistique utilisé est le Chi carré pour comparer les résultats obtenus à ceux attendus. Le test de Kruskal Wallis a été également utilisé pour comparer les moyennes d'âge des différentes affections.

ETUDE DE DOSSIERS

Dossier N°1

Mlle AC âgée de 7 ans a consulté pour des lésions ulcérées du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, ces lésions multiples évoluent depuis un mois environ sur lesquelles elle a fait de l'automédication (alcool, poudre peni G).

A l'examen dermatologique, on retrouve des lésions annulaires, croûteuses d'aspect milécérique avec des adénopathies cervicales douloureuses. Ce tableau clinique permet de poser le diagnostic d'un impétigo croûteux du cuir chevelu.

Le traitement reçu a été le protocole P2.

A la 72^e heure, on notait des adénopathies cervicales moins sensibles. Après une semaine de traitement, il y avait par endroit un début de cicatrisation.

Le protocole a été sans effet secondaire.

Dossier N°2

M. MD âgé de 2 ans a été conduit en consultation pour des lésions bulleuses autour du nez et de la bouche.

A l'interrogatoire, ces lésions sont apparues il y a deux jours associées à des adénopathies cervicales.

A l'examen dermatologique, on notait des lésions bulleuses, flasques à contenu purulent avec d'autres lésions d'aspect circiné. Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'un impétigo bulleux a été posé.

Le traitement reçu a été le protocole P2.

A la 72^e heure, on notait déjà une diminution de la fièvre. La guérison a été obtenue après une semaine de traitement, sans effet secondaire.

Dossier N°3

Mlle KB âgée de 6 ans a consulté pour ulcérations suintantes retro-auriculaires et du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, le début remonte à trois semaines environ par un prurit suivi d'apparition de bulles qui se sont rompues entraînant des ulcérations sur lesquelles elle a fait de l'automédication sans succès. Ces lésions s'accompagnent de fièvre.

A l'examen dermatologique, on retrouve des lésions ulcérées, recouvertes de croûtes d'aspect milécérique. Ce tableau clinique a permis de poser le diagnostic d'un impétigo croûteux avec adénopathie cervicale douloureuse satellite.

Le traitement fut le protocole P2.

A la 72^e heure, on notait une diminution de la fièvre et les adénopathies étaient moins sensibles avec arrêt du suintement. Après une semaine de traitement, on constate un début de cicatrisation.

Dossier N°4

Mlle FT âgée de 7 ans est conduite en consultation pour les lésions ulcérées du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, ces lésions évoluent depuis deux semaines avec prurit suivi de bulles qui se sont rompues laissant place à des ulcérations croûteuses. Devant ces lésions, elle a fait un traitement médical avec ampicilline.

A l'examen dermatologique, on retrouve ces lésions ulcéro-croûteuses de forme arrondie, d'aspect milécérique. Le diagnostic d'un impétigo croûteux a été pose.

Le traitement fut le protocole P1.

A la 72^e heure, la plaie était sans croûte. Après une semaine de traitement, on notait un début de cicatrisation.

Dossier N°5

M. OD âgé de 17 ans se présente en consultation avec une lésion ulcéro-creusante de la jambe droite.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à quarante cinq jours par un prurit suivi de vésicules. Après quelques jours, il y a eu ulcération et suintement. Devant ces lésions, il a fait un traitement traditionnel sans succès.

A l'examen dermatologique, on retrouve une ulcération cratériforme à bord abrupte et à fond recouvert de sérosités purulentes. La lésion est localisée au 1/3 inférieur de la face externe. L'ulcération est accompagnée de fièvre et d'adénopathie inguinale droite douloureuse. Devant cette lésion, le diagnostic d'un ecthyma a été posé.

Le traitement reçu a été le protocole P2.

A la 72^e heure, on note une diminution de la fièvre. A une semaine l'adénopathie était non douloureuse, avec un début de bourgeonnement. On constate un début de guérison après trois semaines de traitement.

Dossier N°6

M. MS âgé de 6 ans est venu consulter pour deux plaques squameuses du cuir chevelu et une lésion circinée du dos de la main droite.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à quarante cinq jours par un prurit suivi d'apparition de plaques de petit diamètre. Devant ces lésions, le patient affirme n'avoir fait aucun traitement.

A l'examen dermatologique, on retrouve la lésion squameuse du cuir chevelu dont les cheveux sont cassés courts. La lésion du dos de la main droite est circinée à bordure active et à guérison centrale. Devant ces lésions, le diagnostic de la teigne a été posé.

Le traitement reçu a été le protocole T2.

Après un mois de traitement, on constate la disparition des squames et la repousse des cheveux.

Dossier N°7

Mlle AT âgée de 9 ans est venue consulter pour quatre plaques confluentes du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à trois mois environ par un prurit suivi d'apparition de deux plaques squameuses dont le diamètre a évolué avec le temps. Devant ces lésions, elle a fait de l'automédication sans succès.

A l'examen dermatologique, on retrouve ces quatre plaques squameuses confluentes dont les cheveux les cheveux sont cassés courts. Devant ces lésions, le diagnostic de la teigne a été posé.

Le traitement reçu a été le protocole T2.

Au début du traitement, la patiente a signalé des vertiges et des douleurs abdominales. Après un mois de traitement, on constate la repousse des cheveux et la disparition des squames.

Dossier N°8

Mlle AC âgée de 7 ans est venue consulter pour deux plaques squameuses du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à deux mois environ par un prurit suivi d'apparition de squames. La patiente a consulté aux Grandes Endémies et le traitement instauré l'avait amélioré.

A l'examen dermatologique, on retrouve deux plaques squameuses dont les cheveux sont cassés courts. Ce qui nous a amené à poser le diagnostic de la teigne.

Le traitement reçu a été le protocole T1.

Après un mois de traitement, on constate la disparition des squames mais pas de repousse totale.

Dossier N°9

M. MC âgé de 7 ans est venu consulter pour une plaque squameuse du cuir chevelu.

A l'interrogatoire, la maladie évolue depuis trois semaines environ. Le patient affirme n'avoir fait aucun traitement.

A l'examen dermatologique, on retrouve la lésion squameuse peu prurigineuse d'où le diagnostic de la teigne.

Le traitement reçu a été le protocole T1.

Après un mois de traitement, on constate la disparition des squames avec repousse par endroits.

Dossier N°10

M. AC âgé de 13 ans est venu consulter pour plusieurs plaques squameuses avec les cheveux de différente taille.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à un mois environ par un prurit suivi d'apparition de multiples petites plaques. Il n'y a eu aucun traitement.

A l'examen dermatologique, on retrouve ces multiples petites plaques squameuses avec les cheveux de différentes tailles cassés courts. Devant ces lésions, le diagnostic de la teigne fut posé.

Le traitement reçu fut le protocole T2.

Après un mois de traitement, on constate la disparition des squames et la repousse des cheveux.

Dossier N°11

M. OC âgé de 38 ans est venu consulter pour un prurit à recrudescence nocturne.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à deux semaines environ par un prurit localisé aux interdigitaux et fesses. Puis le prurit a gagné les coudes, genoux et verge. On note également les mêmes symptômes chez sa femme et ses enfants. Il a fait un traitement traditionnel et médical sans succès.

A l'examen dermatologique, on retrouve des papules prurigineuses localisées aux interdigitaux avec lésion de grattage aux fesses. Sur le gland, on note le «chancre scabieux». Devant ces lésions, le diagnostic de la scabiose fut posé.

Le traitement reçu fut l'ivermectine (G2).

Après une semaine de traitement, on constate la diminution du prurit, mais à la troisième semaine, les mêmes symptômes réapparaissent. D'où l'application du benzoate de benzyle. Après une semaine, on note un amendement des signes.

Dossier N°12

M. MT âgé de 40 ans est venu consulter pour un prurit généralisé accentué à la tombée de la nuit.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à neuf mois environ avec un prurit localisé aux mains, fesses et organes génitaux. Devant ce prurit, il a fait un traitement traditionnel et médical sans succès. Puis le prurit a gagné le reste du corps avec apparition de papules.

Comme antécédent, on note un séjour en Côte d'Ivoire, plus les épisodes de diarrhée depuis plus d'un an.

A l'examen dermatologique, on retrouve une peau hyperpigmentée avec des papules prurigineuses intéressant tout le corps. On note une altération de l'état général. Devant ces symptômes, le diagnostic de la gale norvégienne a été posé confirmé par la mise en évidence du *Sarcoptes scabiei hominis* au niveau du produit de grattage des fesses.

Le traitement reçu fut l'ivermectine, vaseline salicylée à 2%.

Au bout de deux semaines, on constate une amélioration du prurit, mais à la troisième semaine, il était encore présent d'où le benzoate de benzyle. Après deux semaines de traitement, on notait une amélioration notable du prurit avec persistance des nodules aux interdigitaux. La sérologie rétrovirale était positive au test rapide de Clonatec.

Dossier N°13

Mme MC âgée de 32 ans est venue consulter pour une érythrodermie prurigineuse surtout nocturne.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à neuf mois environ par un prurit à recrudescence nocturne localisé aux fesses et interdigitaux. Plus tard la lésion a gagné les genoux, coudes et le reste du corps. Devant ces lésions, elle a fait un traitement traditionnel et médical sans succès.

Comme antécédent, on note un séjour en Côte d'Ivoire, plus un ulcère chronique de la jambe droite évoluant depuis deux ans, plus une altération de l'état général.

A l'examen dermatologique, on retrouve une peau hyperpigmentée avec des papules prurigineuses. Elle présente des adénopathies inguinales droites et axillaires. Devant ces lésions, le diagnostic de la gale norvégienne fut posé, confirmé par la mise en évidence du *Sarcoptes scabiei hominis* au niveau du produit de grattage des fesses.

Le traitement fut l'ascabiol plus de la vaseline salicylée à 2%.

Au bout de trois semaines, on constate une diminution notable du prurit. La sérologie rétrovirale était positive au test rapide de Clonatec.

Dossier N°14

Mlle KC âgée de 5 ans est venue consulter pour des papules prurigineuses aux interdigitaux et aux fesses.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à trois semaines environ par un prurit surtout nocturne des mains, fesses et genoux. Devant ces symptômes, elle a fait un traitement médical qui l'a amélioré. On retrouve la notion de prurit familial.

A l'examen dermatologique, on note des papules prurigineuses localisées aux fesses et interdigitaux. Les mêmes symptômes existent chez sa mère. Le diagnostic de la gale fut posé.

Le traitement reçu fut G1.

Au bout de deux semaines de traitement, le prurit avait disparu et on notait un affaissement des papules.

Dossier N°15

M. BK âgé de 44 ans est venu consulter pour un prurit à recrudescence nocturne localisé surtout aux interdigitaux et au gland.

A l'interrogatoire, le début de la maladie remonte à trois semaines par un prurit suivi d'apparition de papules aux interdigitaux et aux fesses. Devant ces lésions, il affirme n'avoir fait aucun traitement. On retrouve également la notion de prurit familial.

A l'examen dermatologique, on note des papules prurigineuses excoriées localisées aux interdigitaux, fesses et organes génitaux «chancre scabieux». A l'examen du produit de grattage au microscope, nous n'avons pas vu de *Sarcoptes scabiei hominis*.

Mais le patient fut mis sous le protocole G1.

Au bout de trois semaines, le prurit avait disparu et les papules s'affaissaient progressivement. Ce qui nous a permis de poser le diagnostic de la gale.

RESULTATS

De février 1994 à mars 1995 à l'Institut Marchoux, nous avons reçu 10.686 nouveaux consultants. Parmi eux, nous avons colligé 532 cas des trois dermatoses concernées par notre étude soit un taux d'incidence cumulé de 3,28%. Parmi ces cas 213 patients ont été inclus dans l'étude. Les résultats épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été consignés dans les tableaux suivants :

1. Les Résultats épidémiologiques

Tableau I : Répartition des patients inclus selon le diagnostic

Diagnostic	Patients	Fréquence (%)
Gale	108	50,7
Pyodermite	54	25,3
Teigne	51	24
Total	213	100

La gale semble être plus fréquemment observée que la teigne et les pyodermites dans notre étude.

Tableau II : Répartition des cas selon le sexe

Diagnostic	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Gale	70	38	108
Pyodermite	30	24	54
Teigne	37	14	51
Total	137	76	213
%	64,3	35,7	100

$$[\chi^2 = 3,32, P=0,189, \text{ddl}=2]$$

Il n'y a aucune différence statistiquement significative de la répartition des cas selon le sexe.

Tableau III : Répartition des cas par tranches d'âge

Tranches d'âge	Gale	Pyodermite	Teigne	Total
0 - 14 ans	55	49	50	154
15 - 29 ans	32	5	1	38
30 ans et plus	21	0	0	21
Total	108	54	51	213

$$[\chi^2 = 52,31 \quad P = 0,000003 \text{ ddl. } 4].$$

Il y a une différence statistiquement significative de la répartition de ces dermatoses selon l'âge.

L'âge moyen des patients selon le diagnostic se répartit comme suit :

- la gale : 18,75 ans (3 mois à 62 ans)
- les pyodermites : 7,17 ans (6 mois à 22 ans)
- la teigne : 8,06 ans (de 2,5 ans à 7 ans).

Les patients souffrant de la gale ont une moyenne d'âge plus élevée que celle des patients atteints des deux autres dermatoses (Kruskal Wallis = 25,39 et la valeur de $P=0,000003$).

2. Les résultats cliniques

Tableau IV : Répartition des cas selon l'ancienneté des lésions

Dermatoses	Ancienneté		Total
	< 1 M	> 1 M	
Gale	54	54	108
Pyodermite	27	27	54
Teigne	15	36	51
Total	96	117	213

$$[\chi^2 = 6,64 \quad P = 0,036 \text{ ddl}=2].$$

Il y a une différence statistiquement significative du délai de consultation des patients.

Tableau V : Répartition des cas de gale selon le sexe et les principales localisations

Local	Sexe		Total	%
	Féminin	Masculin		
Membre supérieur	34	57	91	42,9
Membre inférieur	17	18	35	16,5
Fesse + Organes génitaux	27	59	86	40,6
Total	78	134	212	100

$$[\chi^2 = 3,18 \quad P = 0,20 \quad \text{ddl. } 2].$$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la fréquence de localisation de la gale selon le sexe.

Selon la sévérité du tableau clinique et du terrain des patients, nous avons observé deux cas de gale norvégienne chez un couple séropositif pour les VIH 1 et 2.

Tableau VI : Répartition des cas de pyodermite selon les localisations

Local	Total	%
Membres supérieurs	11	15,9
Membres inférieurs	20	29
Cuir + Visage	25	36,2
Tronc	13	18,9
Total	69	100

Le visage et le cuir chevelu semblent être les localisations prédominantes de la pyodermite dans l'échantillon.

Tableau VII : Répartition des cas de teigne et de pyodermite selon la gravité exprimée en grade

Cas	Grade		Total
	I	II	
Pyodermite	20	34	54
Teigne	29	22	51
Total	49	56	105

$$[\chi^2 = 1,09 \quad P = 0,29 \quad \text{ddl. } 1].$$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la répartition selon la gravité de ces deux affections.

Pour chaque dermatose les pyodermites de grade II ont été plus fréquemment observées par rapport à celles de grade I ; par contre il a été observé plus de teigne de grade I que de grade II.

3. Les résultats thérapeutiques

Tableau VIII : Répartition des cas selon le traitement reçu avant la consultation dermatologique

Diagnostic	Rien	Trad	Auto K	Med. Mo	Mixte	Total
Gale	39	11	10	36	12	108
Pyodermite + Teigne	22	30	21	21	11	105
Total	61	41	31	57	23	213

$$[\chi^2 = 21,4 \quad P = 0,0002 \text{ ddl}=4].$$

Il y a une différence statistiquement significative de l'itinéraire thérapeutique des patients avant la consultation dermatologique.

Tableau IX : Répartition des cas selon nos schémas thérapeutiques

Diagnostic	Schémas thérapeutiques	Nombre de cas	Pourcentage
G ₁	Benzoate de Benzyle + Aphthiria	71	65,7%
G ₂	Ivermectine	37	34,3%
P ₁	Bains de KMnO ₄ + Auréomycine 3%	20	37%
P ₂	P ₁ + Erythromycine	24	63%
T ₁	Imidazolés pommade	18	35,5%
T ₂	Griséofulvine comp.	33	64,7%

Tableau X : Répartition des cas selon le suivi du traitement

Dermatoses		Gale		Pyodermite		Teigne		Total	%
		G ₁	G ₂	P ₁	P ₂	T ₁	T ₂		
Suivi	Oui	64	28	20	34	17	33	196	92
	Non	7	9	0	0	1	0	17	8
Total		71	37	20	34	18	33	213	100

Le nombre de patients n'ayant pas été assidus lors du suivi semble être plus élevé chez ceux qui sont atteints de gale par rapport aux autres dermatoses.

Tableau XI : Répartition de la gale selon le résultat du traitement

Traitement	Guérison		Total	Taux de guérison
	Oui	Non		
G ₁	64	0	64	100%
G ₂	0	28	28	0%
Total	64	28	92	69,5%

$$[\chi^2 = 92 \quad P = 10^{-8} \quad \text{ddl}=1].$$

Il y'a une différence statistiquement significative de l'efficacité du traitement G1 par rapport au traitement G2.

Tableau XII : Répartition des pyodermites selon le résultat du traitement

Traitement	Guérison		Total	Taux de guérison
	Oui	Non		
P ₁	8	12	20	40%
P ₂	34	0	34	100%
Total	42	12	54	77,7%

$$\text{Test exact de Fisher } P = 4.10^{-7} \quad \text{ddl} = 1$$

Il y'a une différence statistiquement significative de l'efficacité du traitement P1 par rapport au traitement P2.

Tableau XIII : Répartition de la teigne selon le résultat du traitement

Traitement	Guérison		Total	Taux de guérison
	Oui	Non		
T ₁	15	2	17	88,2%
T ₂	38	0	33	100%
Total	48	2	50	96%

$$\text{Test exact de Fisher } P = 9.10^{-3} \quad \text{ddl}=1].$$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de l'efficacité du traitement T1 par rapport au traitement T2.

Tableau XIV : Evaluation du coût du traitement

Diagnostic	Taux de guérison (%)	Coût
G1	100	4 500
G2	0	gratuit
P1	40	400
P2	100	3 845
T1	88,2	3 000
T2	100	4 000

COMMENTAIRES & DISCUSSION

1. Discussion méthodologique

Notre échantillon de **213 malades** soit 40% des 532 cas cumulés de la gale, des pyodermites et de la teigne est représentatif de la population consultante en dermatologie à l'Institut Marchoux et n'a pas la prétention d'être représentative de la population d'un district encore moins du Mali. Nous avons, au cours de l'étude, rencontré les difficultés suivantes :

- le refus d'adhésion de certains malades à notre étude a été une raison de la diminution de la taille de notre échantillon

- les malades perdus de vue ont engendré une difficulté dans l'interprétation de nos résultats.

Nos schémas thérapeutiques n'ont pas été étudiés en double aveugle, et nous n'avons pas non plus adopté une étude cas-témoin. Nous avons simplement essayé de trouver parmi les traitements actuellement utilisés dans le service les schémas plus efficaces, moins coûteux et bien tolérés dans le traitement de ces dermatoses infectieuses. N'Diaye [32] avait aussi essayé des schémas thérapeutiques simples et efficaces mais non randomisés, dans le traitement de ces dermatoses infectieuses au niveau des P.M.I. du District de Bamako. Elle a trouvé des résultats qui se rapprochent aux nôtres.

2. Discussion épidémiologique

Selon la fréquence de ces affections : d'après notre étude, la gale a été l'affection la plus fréquemment observée par rapport aux deux autres affections. Cette fréquence élevée s'explique par le fait que la gale est beaucoup plus contagieuse que les deux autres affections de notre étude. Konaté [23] avait également trouvé une fréquence élevée de la gale par rapport aux autres dermatoses de son étude.

Selon l'âge et le sexe des patients : nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative de la répartition de ces affections selon le sexe. Mais, nous avons observé que ces affections sont prédominantes pour le sexe masculin. Par contre, nous avons trouvé une différence statistiquement significative de ces affections selon l'âge. La tranche d'âge la plus touchée a été celle comprise entre 0 et 14 ans (les enfants).

La gale a eu la moyenne d'âge la plus élevée (18,85 ans) par rapport aux deux autres affections (pyodermites = 7,17 ans ; teigne = 8,06 ans). Cette moyenne d'âge élevée de la gale s'explique par le fait que toutes les tranches d'âge sont atteintes avec des extrêmes allant de 3 mois à 62 ans. D'après l'étude de Konaté [23], la prédominance de ces affections à cette tranche d'âge semble être liée surtout à la promiscuité et à l'hygiène corporelle défectueuse.

3. Discussion clinique

Selon le délai de consultation en dermatologie beaucoup de nos malades attendent plus d'un mois soit 54,92% avant de venir consulter en dermatologie. Ce retard à la consultation s'observe notamment chez ceux atteints de teigne, qui est considérée comme une affection bénigne. Mahé [27] souligne que la teigne est moins prise en compte par les familles qui connaissent l'évolution spontanée de cette affection vers la guérison.

Pour les deux autres dermatoses, ce retard pourrait s'expliquer par l'itinéraire thérapeutique des patients avant la consultation dermatologique.

Selon les localisations, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative de la fréquence de la localisation principale des signes de la gale selon le sexe. Cependant, certaines localisations sont spécifiques selon l'âge (atteintes palmo-

plantaires chez l'enfant) et selon le sexe (atteintes des seins et des fesses chez la femme, les fesses et les organes génitaux chez l'homme)

Toukara [42] d'après son étude, avait trouvé les mêmes sites de localisations principales de la gale. Heid [20] avait lui aussi trouvé que ces sites correspondaient aux localisations principales des signes de la gale.

Selon le terrain, la gale norvégienne a été observée chez deux patients seropositifs (VIH 1&2).

A côté de ces signes, le signe subjectif le prurit à recrudescence nocturne avec notion de contagé familial doit être considéré comme un élément important dans la démarche du diagnostic de la gale.

Parmi les patients de pyodermites, le visage et le cuir chevelu a été la localisation prédominante de l'affection soit 36,2% des cas, puis secondairement les membres inférieurs 29%, le tronc 18,9% et enfin les membres supérieurs 15,9%. La localisation prédominante à la région céphalique est rencontrée surtout chez les enfants. Elle constitue un site préférentiel comme l'a dit Basset [2] dans son ouvrage intitulé : «Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire». La plupart des enfants sont vus à la phase croûteuse.

Quant à la teigne, nous avons eu deux cas associés à des lésions dermatophytiques de la peau glabre.

Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative de gravité entre les pyodermites et la teigne selon nos critères. Cependant, nous avons eu beaucoup plus de pyodermites de grade II (62,9%) que de grade I et plus de teigne de grade I (58,82%) que de grade II. Konaté [23] avait trouvé beaucoup plus de lésion de grade II dans les pyodermites que dans les teignes.

L'observation de pyodermites à la phase croûteuse et au grade II est liée surtout à un retard contracté par les parents à amener les enfants en consultation. Malgré la longue évolution des teignes, nous avons beaucoup plus de lésions de grade I et c'est ce qui explique peut être que cette affection est bénigne. Cependant, on rencontre des épidémies familiales ou scolaires de teigne avec des cas de kerion entraînant une alopecie souvent définitive.

4. La discussion thérapeutique

Selon l'itinéraire thérapeutique des patients avant la consultation dermatologique, nous avons observés une différence statistiquement significative. L'interrogatoire de nos malades a montré que 152 soit 71,3% des cas ont reçu un traitement avant leur consultation dermatologique contre 28,7%. Parmi eux, 57 ont consulté en médecine moderne, 61 se sont abstenus de tout traitement, 41 patients ont été vus par les tradipraticiens, 31 ont fait de l'automédication et 23 ont combiné divers types de traitement. Ces traitements souvent mal adaptés sont à l'origine de la surinfection et/ou de l'eczématisation de ces dermatoses comme l'a souligné Mahé [27].

Selon l'assiduité des malades au contrôle, nous avons plus de perdus de vue parmi les patients atteints de gale. Avec le schéma G1 qui a eu un taux de guérison de 100%, les perdus de vue sont peut être guéris et ils ne se sont pas présenté au contrôle.

Avec le schéma G2, et un taux de guérison de 0%, nous pensons qu'ils ont été ailleurs pour se faire soignés. Ceux qui se sont présentés au contrôle le schéma G1 leur a été appliqué.

Selon l'efficacité de nos différents schémas thérapeutiques :

Pour la gale, le schéma G1 s'est révélé efficace avec un taux de guérison de 100% par rapport au schéma G2 (0%). N'Diaye [32] à l'issue de son enquête a conclu que le meilleur traitement de la gale reste le schéma G1.

Le schéma G2 a été inefficace pour le traitement de la gale. Nos résultats sont en contradiction avec l'étude menée par Glaziou [16] qui a trouvé un taux de guérison de 38%. Mais, nous avons noté que les patients ayant bénéficié de ce protocole ont eu une diminution notable du prurit à la deuxième semaine. A partir de la 3^e et 4^e semaine, les patients revenaient avec un prurit à recrudescence nocturne. Cet échec pourrait s'expliquer par la recontamination de l'entourage ou par l'échec du traitement. Cependant, François Aubin [13] à l'issue de son étude de l'Ivermectine dans le traitement de la gale norvégienne a constaté une diminution du prurit et il a souhaité l'usage de ce médicament dans une épidémie de gale pour évaluer son efficacité.

Pour les pyodermites, le protocole P2 a été plus efficace. Ceci peut s'expliquer par la plus grande fréquence des cas de grade II soumis à ce schéma. N'Diaye et Mahé [32 et 27] ont conclu que ce schéma est le meilleur traitement des pyodermites surtout s'il est associé aux signes généraux (fièvre, adénopathie satellite). Ce protocole favorise aussi l'asepsie du reste du corps à travers les bains de permanganate.

Nous avons observé 100% de guérison des cas de teigne soumis à T2 contre 88,2% de guérison pour ceux soumis à T1. Pour les deux schémas, le taux de guérison globale est de 96%. La différence des deux schémas se semble pas être significative. Le schéma T2 est le meilleur traitement de la teigne en prise quotidienne de 10 à 20 mg par kg et par jour pendant au moins un mois. Ce qui est en contradiction avec l'étude de Konaté [23] dont la dose unique de 1g s'avère insuffisante pour le bon traitement de la teigne.

Selon le coût des différents schémas : pour l'instant nous ne disposons que de G1 très efficace et moins coûteux en traitement individuel de la gale (4500 F) mais en traitement de masse, nous aurons un coût élevé selon le nombre de sujets contacts à traiter.

Vue le coût de P1 dans le traitement des pyodermites, l'effort doit être porté sur le diagnostic et le traitement précoce des malades au grade I avant l'évolution au grade II plus coûteux à traiter.

Pour la teigne, bien qu'il ne semble pas existé de différence assez importante entre le coût des deux schémas, les lésions de grade II méritent d'être traitées avec le schéma T2.

5. Les effets secondaires

Les effets secondaires des traitements ont été rares chez les malades suivis dans notre série. 4 cas des 196 soit 2%. La survenue d'effets secondaires a été surtout constaté avec le schéma G1 (3 cas d'eczématisation liée surtout à l'application répétée du benzoate de benzyle). Quant à la teigne avec le schéma T2 nous avons eu un cas d'effet secondaire à type de douleur abdominale liée à la prise de la griséofulvine à jeun.

CONCLUSION

Les dermatoses infectieuses sont fréquentes dans notre pays. Cette fréquence est favorisée par le climat tropical, la promiscuité et les conditions socio-économiques. Ces affections touchent tous les âges avec une fréquence élevée chez les enfants de 0 à 14 ans. Les deux sexes sont touchés.

Les parents mettent du temps avant de venir avec les enfants en consultation dermatologique. Ils essayent aussi plusieurs traitements souvent inadaptés à ces dermatoses. C'est pour toutes ces raisons, que ces dermatoses sont vues assez souvent à des stades très évolués.

Les aspects cliniques de ces dermatoses infectieuses sont polymorphes et ont tendance à devenir atypique avec l'infection par le VIH. Les cas de gale norvégienne, d'impétigo, de teigne commencent à se faire observés chez les adultes. Face à la diversité du traitement de ces affections, les schémas mis au point et évalués en efficacité et en coût peuvent être des outils précieux pour les praticiens.

Pour les pyodermites, l'usage des différents schémas thérapeutiques sera fonction du degré de gravité. Mais pour diminuer le coût de la prise en charge, il faut amener les parents à se présenter en consultation dès l'apparition des premières lésions de l'affection.

Pour la teigne, l'application des différents schémas est fonction du degré de gravité. Mais, l'usage du schéma T2 doit avoir une place prépondérante dans le traitement de cette affection et ceci pendant au moins un mois.

Ces schémas thérapeutiques seront complétés par l'application de mesures épidémiologiques qui sont :

- trois jours d'éviction scolaire pour la gale
- trois jours d'éviction scolaire pour les pyodermites
- rasage du cuir chevelu pour la teigne
- le diagnostic et le traitement des cas et leurs contacts.

RECOMMANDATIONS

- 1- Information, éducation et conseils sanitaires auprès de la population afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation et à abandonner les attitudes thérapeutiques néfastes.
- 2- La formation des personnels de santé au diagnostic et au traitement précoces de ces dermatoses infectieuses
- 3- Initier une étude prospective randomisée du traitement de la gale par l'Ivermectine.

BIBLIOGRAPHIE

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* : 31 - 37
3. BECHELLI LUIZ M., HADDAD NAGIB, PIMENTA WALTER P., PAGNANO PAULO M.G., MELCHIOR EJR, FREGNAN ROBERTO C., ZANIN LUIZ C. and ARENAS ADEMIR. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus valley (Acre state, Amazonia, Brazil). *Dermatologica*, 1981 ; **163** : 78-93
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. BELCHER D.W., WURAPA F.K., NICHOLAS D.D., KPEDEKPO G.M.K., OFOSU-AMAAH, DERBAN L.K. and ASANTE R.O. Conducting a rural health survey : experience from the village health survey, Danfa project, 1975 monograph N°9
6. BOUREE P. La gale ou scabiose. Aide mémoire de parasitologie et de pathologie tropicale. Paris, Flammarion Medecines Sciences, 1983 : 137
7. CANIZARES O. Predominance of infective parasitic dermatoses in rural communities. *Clinical Medecine Tropical Doctor*, 1986 ; **16** : 50-53
8. DANIEL F. Dictionnaire de Dermatologie. Masson, 1990 : 351-352
9. DANIELSEN D.C., BOECK W. Diseases of the skin, 1948. London New sydenham Society
10. DARDE M.L. *Annale de Dermatologie - Vénérologie*, N°19 : 99-100
11. DELACRETAZ J. GRISORIU D. *Dermatologie et Vénérologie*. Chap. Mycoses. Saurat J.H. (Paris) 2è Ed. Masson, 1990 : 138 - 140
12. FEKETE E. The pattern of diseases of the skin in the Nigeria Guinea Savanna. *Int. J. Dermatol.*, 1978 , **17** : 331-337
13. FRANCOIS A., HUMBERT P. *The New England Journal of Medecine*, March 2, 1996 p. 612
14. GENTILINI M., DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Dermatologie, 1984. Ed. Flammarion ; chap. 15 : 560-561

15. GENTILINI M., DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Troisième Partie. Maladies mycosiques 1986. Ed. Flammarion : 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. GOLVAN Y. J. *Elément de parasitologie médicale*. Flammarion ; 1983 : 199-201
18. GROSSHANS E. *Rev. Prat.* (Paris), 1991 ; **41** (20) : 1257 - 60
19. 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
20. HEID E. Parasites et arthropodes. *Dermatologie et Vénérologie*. Saurat J.H. (Paris) 2è ed. Masson, 1990 p. 150
21. JOHANNES K., KRISTENSEN M.D. Scabies and pyoderma in Lilongwe Malawi. Prevalence and seasonal fluctuation. *Int. J. Dermatol.*, 1991 ; **30** (10) : 699
22. KAR S.K., MAMIA J., PATNAIK S. The use of ivermectin for scabies. *National Medical Journal of India*, 1994 ; **7** (1) : 15-16
23. KONATE M. Aspects épidémiologiques de quelques dermatoses courantes en milieu rural dans la 2è région du Mali. *Thèse Med.*, 1994
24. KOUEKE P. et KUABAN C. La gale acarienne : aspects cliniques et épidémiologiques à Yaoundé. *Afrique Médicale*, 1981 ; **20** (187) : 79 - 84
25. LAFFONT A. et DURIEUX F. Encyclopédie médico-chirurgicale éditée sur fascicules mobiles, 1929, I 12018 A 10 : 1-3
26. MACOTELO RUIZ E., PENA GONZALEZ G. The treatment of scabies with oral ivermectin. *Spanish Gaceta Medica de Mexico*, 1993 ; **129** (3) : 201-5
27. MAHE A. et coll. Dermatoses en milieu tropical. *L'Enfant en milieu tropical*, 1994 N°214-215
28. MAJ ALLEN ALFRED M., TAPLIN D., TWIGG L., Cutaneous streptococcal infections in Vietnam. *Arch. Dermatol.*, 1971 ; **104** : 271
29. MALEVILLE J., TAIED A., MASSICOT P. Affections bactériennes communes. *Dermatologie et Vénérologie*, Saurat J.H. Paris, Masson 1990 : 106 - 115
30. MARCHAND J.P., RENAULT-STEENS, BAQUILLON G., N'DIAYE B. Gale à propos d'une épidémie actuelle au Sénégal et ses complications. *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. Franç.*, 1975 ; **XX** : 74-82

31. MASAWA AARON E.J., NSANZUMUHIRE H., KHALU F., Bacterial skin infections in Preschool and school children in coastal Tanzania. *Arch. Dermatol.*, 1975 ; III : 1312-16
32. N'DIAYE H.T. Prévalence des affections dermatologiques dans le district de Bamako. Juillet 1994
33. ORTIZ T.S., FINKLEA JOHN F., POTTER ELIZABETH V., KING THEO POON M.B., DESMOND ALI and EARLE DAVID P. Surveillance studies during the first year following a major epidemic. *Arch. Inter. Med.*, 1970 ; 126 p. 640
34. PEYRON N., PICOT E., MEUNIER L.P., MEYNADIER J. *Rev. Prat.* (Paris), 1993 ; 43 (44) : 507 - 508
35. PIETTE F., DELAPORTE E. *Rev. Prat.* (Paris), 1993 ; 43 (86) : 748 - 750
36. PORTER MICHAEL J., BURNS JOHN A. Seasonal change and its effect on the prevalence of infectious skin disease in a Gambian village. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1979 , 74 (2) : 164-166
37. PRIVAT Y. *Ann. Dermatologie - Vénérologie*, 118 Supplément I (1991) : 9
38. RATNAM A.V., JAYARAYUK. Skin diseases in Zambia. *Brit. J. Derm.*, 1979 , 101 : 449-453
39. SKINNER S.M., DE VILLEZ R.L. Sepsis associated with norwegian scabies in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 1992 ; 50 (3) : 213-216
40. SVARTMAN MAURI, POTTER ELIZABETH V., FINDEA JOHN F., KING THEO POON, EARLE DAVID P. Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad. *The Lancet*, 1972 : 249
41. TAPLIN D., LANSDELL LYLE, ALLEN A.M., RODRIGUEZ R., CORTES A. Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climate and hygiene. *The Lancet*, 1973
42. TOUNKARA C. Aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques de la gale à *Sarcoptes scabiei hominis* à Bamako. *Thèse Med.*, Bamako 1994.
43. TOURAINÉ R., REVUZ J. *Dermatologie clinique et vénéréologie*, Masson 1984 : 125-128
44. TOURAINÉ R. et REVUS J. *Dermatologie clinique et Vénérologie*. Masson, 1982 : 74-75.
45. VAN NESTE D., MRENA E., MARCHAL G. Le cycle évolutif de sarcopte scabiei (var hominis). *Ann. Dermatol. Venereréol.* (Paris), 1981 ; 108 : 355-361

46. WHITTLE H.C., ABDULLAHI F.F., PARRY E.H.O., RAJOVIC A.D. Scabies, pyoderma and nephritis in Zaria, Nigeria. A clinical and epidemiological study. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1973 , **67** (3) : 349-363

**DERMATOSES INFECTIEUSES COURANTES AU MALI :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
APPROCHES DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUES**

RESUME

Notre étude prospective a porté sur 213 cas durant une période de 12 mois dans le Service de Dermatologie à l'Institut Marchoux.

Sur les 213 cas, la gale a été l'affection la plus fréquente avec 108 cas soit 50,70% , ensuite les pyodermites 54 cas soit 25,35% et la teigne 51 cas soit 23,95%.

Ces affections sont fréquentes chez les enfants dont la tranche d'âge la plus touchée est de 0-10 ans, peu fréquentes entre 11-20 ans et exceptionnelles au-delà de 21 ans.

Cette étude nous a permis de poser le diagnostic de dermatoses, d'assurer leurs prises en charge thérapeutiques.

Mots clés : Gale, pyodermites, teignes, aspects cliniques et thérapeutiques.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Titre : Dermatoses infectieuses courantes au Mali :
aspects épidémiologiques et approches
diagnostique et thérapeutique

Auteur : Monsieur Bouyagui TRAORE

Année : 1996

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'E.N.M.P.
BP. 1805 Bamako - Mali

Secteur d'intérêt : Dermatologie.

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'Être 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 mœurs, 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.

* * * * *

* * *

*