

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

-----

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE

ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

(FMPOS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN Peuple - Un But - Une Foi

\*\*\*\*\*

*Année Universitaire : 2005 – 2006*

N°-----

# THESE

*Présentée et Soutenue Publiquement le : ..... /...../ 200.*

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'odonto – Stomatologie.

*Par Mr CAMARA Mamady*

*Pour l'Obtention du Grade de Docteur en Médecine*

**(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président du Jury : ***Pr Mamadou TRAORE***

Membre du Jury : ***Dr Adama DIAWARA***

***Co-directeur de Thèse*** : Docteur TOURE Amidou Ababa

***Directeur de Thèse*** : Professeur ***KEITA Somita***

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Moussa TRAORE - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : Massa SANAGO - MAITRE DE CONFERENCE

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : Gangaly DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPALE : Yenimegue Albert DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : M<sup>me</sup> COULIBALY Fatoumata TALL CONTROLEUR DES FINANCES.

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie traumatologie-Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-physiologie
Mr Yaya FOFA NA	Hématologie
Mr Mamadou L TRAORE	Chirurgie
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Aly Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Ali GUINDO	Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE**

**D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-traumatologie, <i>Chef de D.E.R</i>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amdou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhouseyni Ag MOHAMED	O.R..L

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M<sup>me</sup> SY Aïda SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Filifing SISSOKO

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

M<sup>me</sup> DIALLO Fatimata S DIABATE

Mr Sadio YENA

Mr Issa DIARRA

Mr Youssouf COULIBALY

Mr Samba Karim TIMBO

Mr TOGOLA Fanta KONIPO

### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

M<sup>me</sup> Djénèba DOUMBIA

Mr Mamadou L DIOMBANA

Mr Sekou SIDIBE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Tieman COULIBALY

Mme TRAORE . J. THOMAS

Mr Nouhoum ONGOIBA

Mr Zanafon OUATTARA

Mr Zimogo Zié SANAGO

Mr Adama SANGARE

Mr Sanoussi BAMANI

Mr Doulaye SACKO

Mr Ibrahime ALWATA

Mr Lamine TRAORE

Mr Mady MAKALOU

Mr Aly TEMBELY

Mr Niani MOUNKORO

Mr Tiémoko D COULIBALY

Mr Souleymane TOGORA

Mr Mohamed KEITA

Chirurgie Générale

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie Viscérale

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Chirurgie Générale

Gynéco Obstétrique

Chirurgie Générale et Thoracique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie- Réanimation

O.R.L

O.R.L

Anesthésie-Réanimation

Stomatologie

Orthopédie-Traumatologie

Anesthésie- Réanimation

Orthopédie Traumatologie

Ophtalmologie

Anatomie et Chirurgie Générale

Urologie

Chirurgie Générale

Orthopédie- Traumatologie

Ophtalmologie

Ophtalmologie

Orthopédie-Traumatologie

Ophtalmologie

Orthopédie-Traumatologie

Urologie

Gynéco-Obstétrique

Odontologie

Odontologie

O.R.L

## ***D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES***

### ***1. PROFESSEURS***

Mr Daouda DIALLO	Chimie générale et Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie- Pathologie- Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie

### ***2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES***

Mr Yénimegué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de DER
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie - Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

### ***3. MAITRES DE CONFERENCE***

Mr Bakary M CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamne S MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANAGO	Chimie Analytique

### ***4. MAITRES ASSISTANTS***

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F M TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie - Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique

### ***5. ASSISTANTS***

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie
Mr Mangara M BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y SACKO	Biochimie

## ***D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES***

### ***1. PROFESSEURS***

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
MrMahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie <i>Chef de D.E.R</i>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro- Entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie

### ***2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES***

Mr Toumany SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Mr Boubacar DIALO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

### ***3. MAITRES ASSISTANTS***

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
<b>4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES</b>	
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANAGO	Gastro-Entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr kassoum SANAGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie

## ***D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES***

### ***1. PROFESSEURS***

Mr Boubaca Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <i>Chef de D.E.R</i>

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie chimique  
Mr Drissa DIALLO Matières médicales

## **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Boulkassoum HAIDARA Legislation  
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Benoît KOUMARE Chimie Analytique  
Mr Alou KEITA Galénique  
Mr Ababacar I MAIGA Toxicologie  
Mr Yaya KANE Galénique

## **5. ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie  
Mr Saïbou MAÏGA Legislation  
Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

## **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique *Chef de D.E.R*

### **2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE**

Mr Moussa A MAIGA Santé Publique

### **3. MAITRE DE CONFERENCE**

Mr Sanoussi KONATE Santé Publiqu

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G TOURE Santé Publique  
Mr Adaùma DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massabou SACKO Santé Publique  
Mr Alassane A DICKO Santé Publique

### **5. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale  
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie  
Mr Oumar THIERO Biostatistique

***CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES***

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOGONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yéya COULIBALY	Legislation

***ENSEIGNANTS EN MISSION***

Pr. Doudou BAH	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

## ***DEDICACES***

---

**Bissimillahi Rahamaani Rahiim**  
**Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux**  
**Je dédie cette Thèse**

✓ *A ALLAH Soubanah wa Allah*  
*Lis, au nom de ton Seigneur,*  
*Qui a crée l'homme d'une adhérence,*  
*Lis ! Ton Seigneur est très noble,*  
*Qui a enseigné par la plume « le calame »,*  
*A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.*  
***Sourate 96 « l'Adhérence » verset 1 à 5.***

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie, Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toute circonstance et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « **CHAHADA** ».

- ✓ A tous les malades du monde,
- ✓ A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande, ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

- ✓ A mon Père feu Bréhima **CAMARA**.

Exemple de fermeté et de droiture,

Tu es parti très tôt.

Ton calme n'a sans doute pas été une indifférence, mais celui de la sagesse et de la conviction religieuse.

Que le travail, fruit de tes efforts soit le témoignage de ma très reconnaissance et de ma profonde affection.

Oh ! Père repose en paix, que la terre te soit légère et que le paradis soit ta demeure.

- ✓ A ma mère, Cissé **SOUCKO**

Toi qui dirigeas mes premiers pas, toi, qui à chaque instant de mon évolution, as été présente.

Ce travail te revient intégralement. Que ce travail soit un réconfort et une revanche

sur les temps difficiles de ta vie.

✓ A mes grands parents paternels.

Vous avez quitté ce bas monde sans avoir eu la joie de nous connaître. Votre droiture, votre sens de l'honneur et de la dignité nous a été conté.

Recevez, à titre postum, ce travail comme une des réalisations de vos vœux, pour un avenir prometteur de votre descendance.

✓ A mes grands-parents maternels.

Votre sens de la dignité et de persévérance dans l'accomplissement de vos tâches nous a toujours inspiré.

Recevez ici la preuve de ma grande admiration.

✓ A mon grand frère Moussa **CAMARA**.

Toi qui a contribué de façon louable à la réalisation de cette Thèse et à la réussite de mes études grâce à ton sens inné de parenté.

Ce travail est à ton honneur.

✓ A mes petits frères et petites sœurs : Makan, Youssouf, Sadio, Mariame, Sira, Aminata **CAMARA** et Seydou **KONATE**.

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans la souffrance. J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

A mon Informaticien et ami : Oumar **KONATE**.

Je n'oublierai jamais ton aide inestimable et les temps que j'ai passé avec toi. Ce travail est l'occasion de te réaffirmer ma considération et ma profonde gratitude.

A mes Amis et collègues Internes : D<sup>r</sup> Boubacar **DEMBELE**, Lamine **KANE**, Amadou **BANE**, Aboubacar **CAMARA**, Faguimba **KEITA**, Abdoulaye Layé **DIAKITE**, Ibrahima **TRAORE**, Sekouba **KEITA**, D<sup>r</sup> **KONE** Moussa et Mariam **DIANE**.

A tous ceux dont le nom ne figure pas ici, qu'ils trouvent l'expression de ma considération.

A toute la Promotion 2005

Pour l'esprit d'équipe et de collaboration étroite. Que ce travail resserre d'avantage nos liens d'amitiés.

✓ Au D<sup>r</sup> **KEITA** Modibo :

Votre grande disponibilité, votre aide inestimable et vos conseils pour vos cadets m'ont permis de réaliser ce travail.

Trouvez dans ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

# ***REMERCIEMENTS***

---

**Mes**

**Remerciements vont :**

- ✓ A tout le personnel de l'Hopital Fousseyni Daou de kayes ;
- ✓ A tout le personnel de l'unité de dermatologie de l'Hopital Fousseyni Daou de Kayes ;
- ✓ A tout le personnel du CNAM ;
- ✓ A toute ma promotion ;
- ✓ A tous les amis de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Je garde de vous un heureux souvenir. Je ne citerais pas de noms de peur d'en n'oublier.

- ✓ A la Direction, le corps enseignant et tout le personnel de la FMPOS.
- ✓ A tous ceux qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin.

***AUX MEMBRES DU JURY***

---

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Mamadou TRAORE**

**Professeur agrégé en gynéco obstétrique**

**Secrétaire général adjoint de la SAGO (Société africaine de Gynécologie et Obstétrique)**

**Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.**

Votre sens de l'organisation, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité constante nous ont fasciné et font de vous un maître admiré de tous. C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Vos critiques seront les bienvenues et contribueront nous en sommes convaincus, à son amélioration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

**A**

**NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur FAYE Ousmane**

**Spécialiste en Dermato-vénérologie**

**Spécialiste en Dermato-anapath**

**Maître assistant de Dermatologie à la Faculté.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève.

Votre respect et votre amour pour le travail bien fait ont forcé en nous estime et admiration. Vous constituez pour nous un modèle de simplicité, de courtoisie et de cordialité.

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

**A**

## **NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur KEITA Somita**

**Professeur titulaire des universités en Dermato-Vénéréologie**

**Chef du département de Dermato-Lépro-Vénéréologie à la FMPOS**

**Chevalier du Mérite de la Santé**

**Chef de l'Unité de Dermato-Vénéréologie au CNAM**

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet. Vous êtes toujours restés disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, Cher Maître, vos dimensions sociales inestimables. Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, Cher Maître l'expression de ma grande sympathie et mon profond respect.

**NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr Diadié Maiga**

**Pharmacien Spécialisé en Santé publique ULB Belgique**

**Chef de section Réglementation.**

Très cher maître, nous vous remercions d'être membre de notre jury en dépit de vos multiples occupations.

Votre sympathie, votre courtoisie et votre sens du devoir ont fait de vous un maître adorable. Homme de science et de formation, cher maître, veuillez accepter ici notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

## ***LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.***

<b>IST :</b>	Infection sexuellement transmissible.
<b>RCFM :</b>	Régie du Chemin de Fer du Mali.
<b>ORL :</b>	Oto-rhino-laryngologie.
<b>HFDK :</b>	Hôpital Fousseini Daou de Kayes.
<b>USAC :</b>	Unité de soins ambulatoires de conseils.
<b>VIH :</b>	Virus immunodéficience humaine.
<b>SIDA :</b>	Syndrome immunodéficience acquise.
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>NFS :</b>	Numération formule sanguine
<b>CNAM :</b>	Centre national d'appui à la lutte contre la maladie
<b>FMPOS :</b>	Faculté de Médecine de Pharmacie D'odonto- stomatologie

# ***SOMMAIRE***

<b><i>I- INTRODUCTION.....</i></b>	<b><i>1</i></b>
<b><i>II - OBJECTIFS.....</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>III - GENERALITES.....</i></b>	<b><i>7</i></b>
<i>A – Rappel sur la structure de la peau .....</i>	<i>8</i>
<i>B - Rappel des dermatoses courantes observées .....</i>	<i>11</i>
<b><i>IV- MATERIELS ET METHODES.....</i></b>	<b><i>42</i></b>
<b><i>V- RESULTATS.....</i></b>	<b><i>51</i></b>
5.1. – Caractéristiques socio-démographiques.....	52
5.2. – Caractéristiques cliniques.....	56
5.3. – Sur le plan thérapeutique .....	68
5.4 – Iconographie.....	69
<b><i>VI - COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....</i></b>	<b><i>74</i></b>
<b><i>VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</i></b>	<b><i>79</i></b>
<b><i>VIII- REFERENCES.....</i></b>	<b><i>82</i></b>
<b><i>IX- ANNEXES.....</i></b>	<b><i>86</i></b>
<i>Fiche signalétique</i>	
<i>Fiche d'enquête</i>	
<i>Serment d'Hypocrate</i>	

# ***INTRODUCTION***

---

## I - INTRODUCTION

La dermatologie est une discipline médicale qui concerne la peau (sa structure, ses fonctions, ses maladies et leurs traitements) **(1)**.

Elle occupe une place importante en pathologie humaine car près de 30% des consultants en médecine générale présentent une dermatose et/ ou une IST **(2)**.

Au Brésil, entre 1974 et 1975, une enquête épidémiologique des maladies de la peau chez les écoliers vivant dans la vallée du Purus notamment à Rio Branco révèle que 90% présentaient une dermatose.

En Jamaïque les dermatoses représentent 6% des consultations dans les centres de santé périphériques en milieu rural **(3)**.

En Tunisie, entre 1992 et 2002, 797 cas de teigne ont été diagnostiqués dans les régions de Sfax avec une nette prédominance des teignes inflammatoires (12%) suivi des kérions (6,02%) **(4)**.

En Zambie, de septembre 1977 à septembre 1978 dans le service de dermatologie du CHU de Lusaka, 12 610 cas de dermatoses ont été observés dont 8 343 (66,2%) patients adultes et 4 267 (33,81%) enfants **(1)**.

Au Mali près de 30% des consultants en médecine interne présentent une dermatose et ou une IST **(2)**.

En 1990, 9 894 consultations ont été enregistrées au bureau des entrées de l'Institut Marchoux (l'actuel CNAM). Cet effectif allant de 11 416 en 1991 à 13 019 en 1992 ne cesse d'augmenter. La pathologie dermatologique observée dans cette structure de 3<sup>ème</sup> niveau est donc importante en nombre et assez variée. En effet, on y rencontre des affections virales (rougeole, varicelle, zona, herpes, condylome acuminé), parasitaires (scabiose ou gale, myase rampante, onchocercose, leishmaniose cutanée), fongiques (pityriasis versicolor, dermatophytie, herpes circiné, teigne du cuir chevelure), les affections microbiennes (impétigo, syphilis, tuberculose), de mécanisme immuno-allergique (eczéma, prurigo strophulus, urticaire) et des affections de causes inconnues (lichen plan, psoriasis, vitiligo) **(2)**.

Par ailleurs des cas de dermatoses sont référés dans cette structure assez souvent à des stades de complications.

Le coût de la prise en charge de ces affections semble non négligeable.

Les complications et l'augmentation du coût de la prise en charge des dermatoses semblent liées notamment à la mauvaise qualité de la prise en charge par des agents de santé pour la plupart non formés dans ce domaine. A cet effet, l'absence de service de dermatologie dans les structures de 2<sup>ème</sup> niveau appelées centre de santé de référence doit être corrigée.

Face à cette situation les autorités sanitaires commencent à créer des unités de dermatologie dans les centres de santé de référence et hôpitaux régionaux, et à y affecter des jeunes médecins spécialisés en dermatologie. Cette nouvelle stratégie de la politique sanitaire vise à apporter aux personnels non spécialisés une ligne de conduite adéquate face aux problèmes des affections cutanées. **(1,4)**

D'autre part la création d'une unité de dermatologie a pour but de prendre en charge les références provenant des structures périphériques de niveau I et de référer au centre hospitalier de niveau de III tous cas dépassant le niveau II.

L'Hôpital Fousseyni Daou est considéré comme pionnier de cette approche décentralisée de la dermatologie dans le pays.

Plusieurs dermatoses font l'objet d'une consultation et d'une hospitalisation dans le service de dermato-vénéréologique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

L'hospitalisation est motivée soit par la gravité du tableau clinique, soit pour intérêt scientifique (dermatoses incluses dans des protocoles de recherche).

Nous avons constaté, ces dernières années une augmentation des activités portant sur certaines pathologies notamment :

**. Les dermatoses infectieuses et IST 43,9% :**

*- Les infections bactériennes communes et ulcératives ; les infections virales ; les infections mycosiques associées ou non à l'infection par le VIH ; les infections parasitaires ; les infections sexuellement transmissibles*

**2. Les dermatoses immuno-allergiques 41,4% :**

*Les maladies bulleuses auto-immunes ; les dermatoses immuno- allergiques acquises ; les connectivites les dermatoses immuno-allergiques congénitales*

**3. Les dermatoses erythémato-squameuses 2,6%:**

**4. Les tumeurs cutanées 2,5%**

**5. Autres dermatoses 9,2% :**

Aucune étude antérieure n'a porté sur l'activité dermato-vénérologique à l'HFD de kayes. Notre étude est la première du genre et a pour but de rapporter le bilan de l'activité dermatologique au cours des 5 cinq dernières années dans cet Hôpital Régional (2<sup>ème</sup> niveau de référence).

Ce travail comportera trois étapes :

- L'introduction et l'énoncé des objectifs.
- Un rappel de généralités qui portera sur les dermatoses et IST les plus couramment observées dans cet hôpital.
- Notre étude proprement dite.

# ***OBJECTIFS***

---

## **II- OBJECTIFS :**

***A. Objectif général :***

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques et prise en charge des dermatoses et IST dans le service de dermato-vénérologie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

***B. Objectifs spécifiques :***

- Déterminer les aspects socio-démographiques et épidémiologiques des dermatoses ayant motivé la consultation et l'hospitalisation dans le service ;
- Décrire les aspects cliniques des différents cas observés;
- Evaluer les modalités de prise en charge des cas et leurs résultats.

# ***GENERALITES***

---

## **III – GENERALITES**

### ***A-RAPPEL DE LA STRUCTURE DE LA PEAU (18)***

Le revêtement cutané comporte la peau, ses annexes et les muqueuses superficielles. La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 zones distinctes :

### ***L'épiderme, le derme et l'hypoderme.***

#### ***1-1. L'épiderme :***

L'épiderme est un épithélium malpighien pluristratifié composé de 5 couches cellulaires superposées de la surface à la profondeur :

- ***La couche cornée*** : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse et est dépourvue de noyaux.
- ***La couche épineuse ou corps muqueux de malpighie*** : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les kératinocytes. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.
- ***La couche granuleuse*** : comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvres en mitochondries.
- ***La couche claire*** : est formée d'une seule assise de cellules claires très aplaties.
- ***La couche basale*** : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche génératrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogenèse : les mélanocytes.

#### ***1-2. Le derme :***

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes, fibrocytes).

#### ***1-3. L'hypoderme :***

C'est un tissu adipeux divisé en lobes graisseux par des travées conjonctivo-vasculaires. Dans le derme et l'hypoderme cheminent les formations vasculaires et nerveuses.

## **2. LES ANNEXES :**

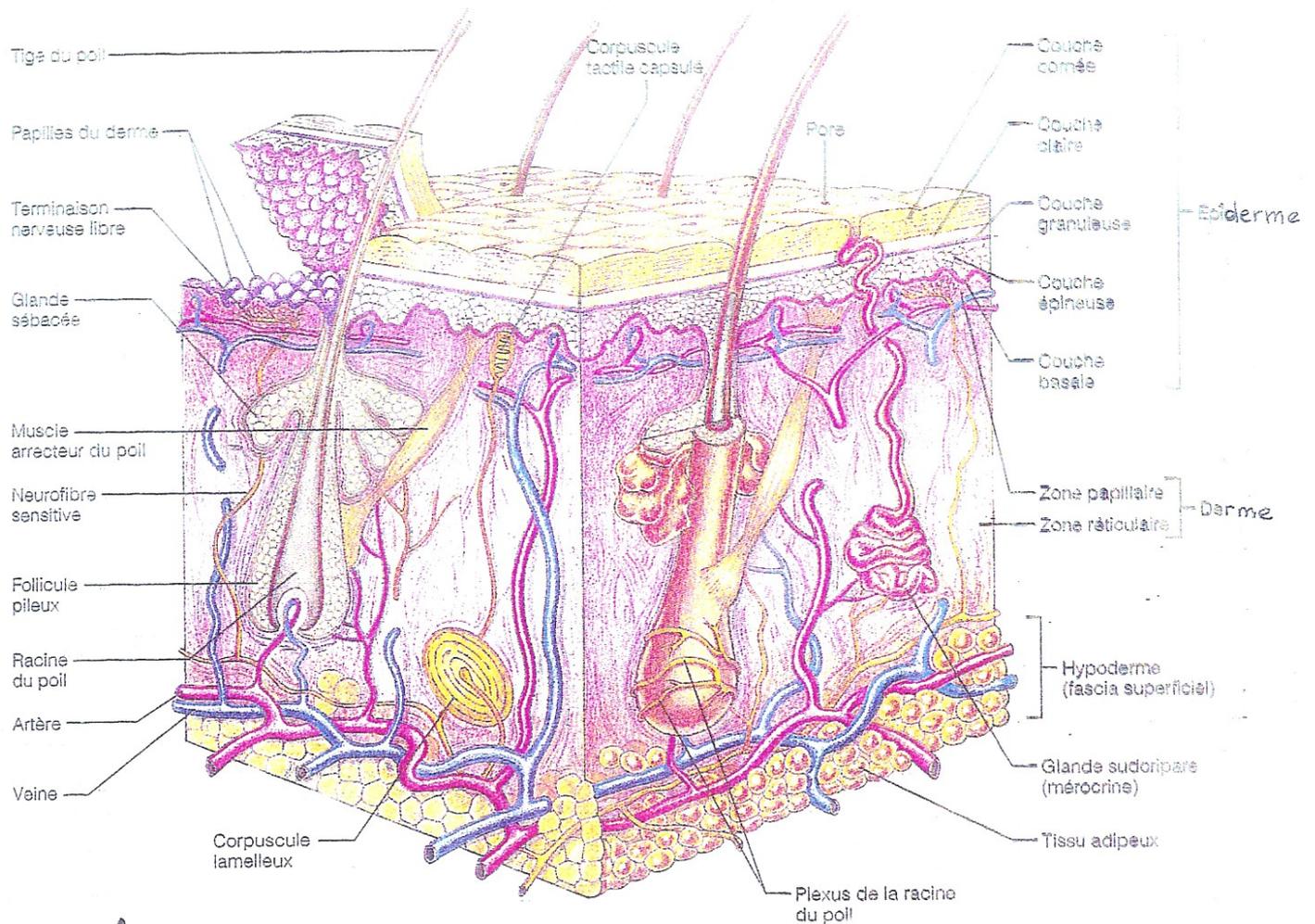
La peau renferme diverses formations dites annexes :

- Le follicule pilo-sébacé formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileux.
- Les glandes sudorales eccrines ; dessinent un canal qui perce le derme et l'épiderme pour s'aboucher à la surface de la peau par l'intermédiaire d'un orifice appelé pore (ostium).
- Les glandes sudorales apocrines, sont des glandes qui déversent leurs produits de sécrétion dans le follicule pileux.

## **3. AUTRES COMPOSANTS CELLULAIRES DE L'EPIDERME**

- Les mélanocytes, sont des cellules intercalées entre les cellules germinatives de la couche basale.
- cellules de langherans.
- Les corpuscules et terminaisons nerveuses ou cellules de Merckel installées entre les cellules germinatives, véhiculent l'information sensitive.

## STRUCTURE DE LA PEAU

**FIGURE 1**

**Structure de la peau.** Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

Tiré de Anatomie et physiologie humaine,  
Elaine N Maried, 4<sup>e</sup> édition ; 1999.

## **B- RAPPELS DES DERMATOSES COURANTES OBSERVEES**

### ***1- LES INFECTIONS MICROBIENNES ET ULCERATIVES :***

#### **1-1. LES INFECTIONS BACTERIENNES :**

##### **Les pyodermites primitives :**

La localisation anatomique principale de l'infection dans les structures cutanées confère aux pyodermites primitives des aspects cliniques évolutifs particuliers que modifie encore le germe en cause **(19)**.

##### ***a) les infections superficielles non folliculaires :***

- ***L'impétigo*** : est la forme la plus superficielle des pyodermites. La lésion initiale est une vésicule sous cornée remplie de sérosité, de germes et de polynucléaires

neutrophiles. Cependant l'impétigo est le plus souvent diagnostiqué aux stades évolutifs secondaires sous forme de lésions vésiculo-pustuleuses bien limitées, ultérieurement d'aspect mélicérique puis croûteux.

Classiquement l'impétigo croûteux périfolliculaire est streptococcique, le staphylocoque n'y jouant un rôle accessoire.

- **L'ecthyma** : est un impétigo creusant, habituellement localisé aux membres inférieurs. Il guérit en laissant des cicatrices dyschromiques mais peut aussi évoluer vers l'ulcération avec « synergie microbienne ». Ces ulcérations chroniques de jambe à bord calleux peuvent, en l'absence de traitement, durer des années et dégénérer en épithélioma spinocellulaire.

L'ecthyma non traité peut se compliquer en ulcère phagédémique qui à son tour comporte un risque évolutif de cancérisation.

#### **b) Les infections folliculaires :**

Le staphylococcus aureus est responsable de la majorité des inflammations aiguës du follicule pilo-sébacé.

- **Folliculite et ostiofolliculite primitives** : des papulo-pustules inflammatoires centrées par un poil en sont l'expression la plus superficielle. Elles sont favorisées par les pansements occlusifs, la macération et le frottement par les habits lourds.

- **Le furoncle** : peut faire suite à une folliculite ; c'est une atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse, aboutissant en quelques jours à une suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un gros bourbillon jaune.

#### **c) L'érysipèle :**

C'est une dermo-épidermite œdémateuse avec participation lymphatique due au streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A. Il est caractérisé par un placard érythémateux douloureux, infiltré, chaud, avec bordure périphérique saillante, d'extension centrifuge, accompagné d'une adénopathie régionale sensible. La douleur et la fièvre avec frissons peuvent précéder la lésion cutanée. L'érysipèle peut se

compliquer de phlébite et de cellulite nécrosante.

### **Traitement des pyodermites :**

Il comporte un traitement local nécessaire et suffisant dans les formes superficielles circonscrites, et un traitement général antibiotique adapté pour les formes extensives et profondes **(19)**.

L'amoxicilline et l'érythromycine sont des molécules prescrites en première intention : 20 mg/kg/j. Cette antibiothérapie est associée à un traitement antiseptique local.

### **Les ulcères chroniques de jambe :**

« S'il n'est habituellement pas mortel, l'ulcère de jambe peut néanmoins devenir très invalidant en l'absence de soins appropriés. Le traitement soulage beaucoup cette maladie des plus fréquentes qui soient » **(7)**.

Cependant, le risque de cancérisation nous impose sa prise en charge précoce.

### **Définition :**

Un ulcère est défini par une perte de substance profonde au niveau du revêtement cutané ; d'évolution chronique avec défaillance du système de cicatrisation. C'est donc le déséquilibre entre la cause destructrice et la réparation tissulaire qui détermine l'aspect clinique d'un ulcère. Les ulcères trophiques d'origine vasculaires des jambes sont les plus fréquents, avec une prévalence parfois plus grande chez l'homme. La malnutrition, les anémies avec ou sans hémoglobinopathie, l'hygiène déficiente sont des facteurs aggravant **(17, 7, 18)**.

### **Clinique :**

Chaque lésion débute suite à un microtraumatisme banal, auquel fait suite une pustule, une papule érythémateuse entourée d'un anneau hyperpigmenté. Elle se nécrose et s'ulcère rapidement. Elle dévient douloureuse ou bourgeonnante. L'ulcère s'étend, s'approfondie et détruit les tendons et le tissu ostéoarticulaire. L'évolution peut durer des mois ou des années avec un risque de cancérisation **(7, 18)**.

### **Traitement :**

Il comporte un volet symptomatique et étiologique.

- **Traitement symptomatologique** : les soins de propriétés de la plaie ; usage d'antiseptique et de détergent, antibiothérapie parfois adaptée et sédatif de la douleur.

- **Traitement étiologique** : ulcère artériel ; proposition d'un traitement chirurgicale avec correction ou ablation du trajet artériel en cause.

Ulcère veineux ; administration des veinotoniques.

Ulcère diabétique ; équilibrage du type de diabète avec l'utilisation des antidiabétiques oraux ou parentéraux.

## **1-2- LES INFECTIONS MYCOSIQUES :**

### **1-2-1. Les dermatophyties :**

#### **- Définition :**

Constituent l'ensemble des manifestations cutanéomuqueuses et phanériennes dues à des champignons caractérisés par leur affinité pour la kératine. Ces champignons sont appelés dermatophyties.

Elles constituent 15 à 20% des consultations dermatologiques, c'est une affection en recrudescence avec le VIH, dépigmentation. Elles causent un préjudice esthétique et fonctionnel (19).

#### **- Epidémiologie :**

##### **Facteurs favorisants :**

VIH, Diabète, toutes les causes d'immunodépressions, la chaleur, une hygiène déficiente.

**Classification des dermatophytes** : sont réparties en trois genres

Trichophyton ( TR)

Epidermophyton (E)

Microsporum (M).

#### **- Clinique:**

##### **Type de description:**

Dermatophytie de la peau glabre ou Dermatophytie circinée ou herpes circiné.

C'est une macule qui est arrondie ou ovalaire érythémateuse à centre squameux mais c'est une macule hyperpigmentée sur peau noire. C'est une macule à extension centrifuge. Le centre a tendance à la guérison alors que la périphérie ou la bordure est active, elle est en relief et micro vésiculeuse.

Le prurit est d'intensité variable dans la plupart des cas **(19)**.

**Autres formes cliniques :**

***L'atteinte des grands plis :***

***Intertrigo :*** c'est la plus fréquente particulièrement l'atteinte inguinale appelée eczéma marginé de hebra ou Dermatophytie inguinale.

***L'atteinte des plis petits :***

Les pieds sont plus souvent intéressés que les mains. Le pli prend un aspect macereux blanchâtre avec une fissure centrale. Le 4<sup>ème</sup> espace inter orteil est le plus fréquemment atteint. Les lésions débordent souvent sur la face plantaire et la face dorsale du pied et des orteils sous forme d'un processus vésiculeux et desquamatifs représentant ce qu'on appelle "l'Athlétic foot". L'Athlétic foot est favorisé par la macération, l'humidité, le port de chaussures en caoutchouc.

***L'atteinte des ongles*** ou onyxis Dermatophytie ou onychomycose est une atteinte laterodistale. Elle débute par une tâche blanchâtre qui s'installe progressivement. La lame unguéale perd sa transparence et sa brillance, l'ongle devient jaunâtre ou verdâtre et s'épaissit devient friable. L'ongle se réduit se détache de son lit : c'est l'onycholyse.

***L'atteinte du cuir chevelu :*** teigne.

**Teignes tondantes (19,5) :**

- ***Teigne microsporique :*** elle est due à des microsporums d'origine humaine (M. Audouinii) d'origine animale (M.Canis). Atteint les enfants d'âge scolaire et préscolaire et guérit spontanément à la puberté ou même avant pour le M.Canis. Elle ne laisse pas de cicatrice après guérison, la repousse du poil est donc total, la contamination se fait d'une façon directe ou indirecte. La lésion commence par une tâche rose qui se couvre rapidement

de squames fines, poudreuses, cendrées et les cheveux cassent à quelques millimètres de leur émergence. Sur les plaques, il n'y a pas de Cheveux sains, généralement peu nombreuses une ou deux.

- ***Teigne trichophytique*** : Due à un champignon du genre trichophyton.

Les lésions débutent par des taches roses nombreuses (plusieurs dizaine, parfois) pouvant passer inaperçues, puis elles se couvrent de fines pellicules et les cheveux cassent, souvent très court apparaissant parfois sous la forme de points noirs (comme des comédons), ailleurs, ils sont tortillés, tordus en S en Z. Au sein des plaques, émergent quelques cheveux sains si bien que cette teigne est dite imparfaitement tondante.

L'examen du cuir chevelu ne montre pas de fluorescence à la lumière de Wood.

L'examen microscopique du cheveu parasité montre un parasitisme endothrix.

- ***Teigne favique*** :

Son début est insidieux, se manifeste par des plaques croûteuses surélevées, grises, jaunâtres ou jaune soufre, irrégulières de contour, d'étendues variables. Ces plaques sont constituées de "godets faviques" agglomérés. Le godet est une cupule centrée par un poil, il est de couleur jaune soufre, fait de matière friable (masse compacte de mycélium), d'odeur "niche de souris". Au dessous des plaques, la peau est déprimée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante. Les cheveux persistant par touffes sont ternes, décolorés, atrophiés.

L'examen à la lampe de Wood montre des cheveux fluorescents sur toute leur longueur.

- ***Teignes inflammatoires (kérion)***

Le type est le kérion de Celse transmis généralement par les animaux.

Ces teignes débutent par une plaque squameuse qui gonfle brusquement, devient rouge et suppure. Il y aura formation de pu à la base de chaque poil. Entraînés avec le pu les poils tombent spontanément au bout de quelques jours. Le parasitisme est le type megaspore.

- **Diagnostic :**

**Diagnostic positif :** est basé sur la clinique et l'examen mycologique.

**Diagnostic différentiel :** atteinte de la peau : se fait avec :

Dermatophytie de la peau glabre.

Eczéma nummulaire.

Psoriasis.

Intertrigo, eczéma, psoriasis des plis.

Cuir chevelu : lupus, psoriasis, dermite seborrhéique.

**Traitement : (19)**

A la fois prophylactique et curatif.

- Prophylactique : faire couper la chaîne en traitant les individus et les animaux malades dans l'entourage du patient, il faut désinfecter les objets souillés contaminés.

**Curatif :**

**Traitement local :**

Les imidazolés topiques : kétoconazole, éconazole, miconazole, isoconazole, ciclopiroxolamine, terbinafine.

**Général :**

Griséofulvine 15 à 25 mg/kg/j pendant 2 mois dans les teignes.

**Indications :**

***Les lésions de la peau :***

Dans les épidermatophyties circonscrites, un traitement local poursuivi pendant trois à quatre semaines suffit dans les cas peu étendus.

Dans les cas étendus il faudra ajouter un traitement par voie générale et de longue durée.

***Les teignes :***

***Les teignes tondantes et favus***

Le traitement associe la griséofulvine, per os (15 à 20mg/kg) à un traitement local, 2 fois par jour, consistant en l'application d'un antifongique imidazole en lotion ou en crème (exemple : l'éconazole).

Ce traitement est à poursuivre pendant au moins 6 semaines. Faire le rasage du cuir chevelu 2 fois par semaine.

### ***La teigne inflammatoire***

Dans ce cas en plus du traitement précédent on ajoute un anti inflammatoire ou un anti infectieux.

### ***Les onyxix dermatophytiques***

Ici le traitement est souvent décevant de part sa durée et son efficacité peu probable.

Il faut un traitement par voie générale à la Griséofulvine ou à la Terbinafine per os pendant 3 à 6 mois pour les ongles des doigts et 6 à 12 mois pour les ongles des pieds. Un traitement local comportant le mélange a intervalle régulier de l'ongle et l'application 2 fois par jour d'une crème antifongique telle que la Naftinine ou mieux la Terbinafine pendant la même durée que le traitement général. Il est conseillé de surveiller l'hémogramme pendant ce long traitement.

### ***Effets secondaires***

- De la Griséofulvine : ils sont rares et généralement réversibles a l'arrêt du traitement : Céphalées, vertiges, nausées, diarrhées, réactions allergiques cutanées.
  
- Des dérivés azolés : des manifestations d'intolérance mineure existe : nausées, céphalées, troubles digestifs, épigastralgies. Le risque majeur est le déclenchement d'une hépatite toxique (1 cas pour 10 000).

### ***Les moyens préventifs :***

. Ce sont essentiellement :

- La bonne hygiène corporelle et vestimentaire
- Le nettoyage avec une serviette personnelle ;
- La réduction du contact pieds nus avec certaines surfaces (sol, piscine, salle de gymnastique) ;
- Le port de sou vêtements et de chaussures en coton ;

- Le respect de la durée du traitement antimycosique ;
- L'éviction scolaire temporaire pour les cas de la teigne.

### **1-2-2. Les mycétomes :**

C'est une lésion nodulaire peu ou pas inflammatoire unique ou multiple causée par une grande variété de champignon (eu mycétome) ou d'actinomycète (actinomycétome).

#### **Clinique :**

Gros pied induré, polyfistulisé et érobé ; libérant un matériel serosanglant avec des grains de couleur blanchâtre, rouge ou noire selon l'espèce fongique en cause. Les lésions souvent *acrales* et initiées par une effraction cutanée. Un nodule vite abcédé et des trajets fistuleux apparaissent et déforment considérablement les tissus mous. Destruction des muscles, articulation et os avoisinants **(17)**.

#### **Examens complémentaires : (17, 18).**

La biopsie est essentielle, révèle les grains dont l'identification précise révèle de la culture.

#### **Traitement :**

L'excision chirurgicale (pour extraire des grains) n'est pas indispensable.

**Mycétome bactérien:** l'association du cotrimoxazole à raison de 2 comprimés matin et soir et streptomycine 1g I.M tous les jours pendant 45 jours avec des fenêtres de 15 jours d'intervalle (1).

**Mycétome fongique :** on administre les antifongiques notamment la Terbinafine (lamisil) per os dosée à 250 mg le comprimé à raison de 1 comprimé par jour jusqu'à l'amélioration de l'aspect clinique.

### **1-3- LES INFECTIONS PARASITAIRES :**

#### **1-3-1-La gale (scabiose) (11, 5).**

La promiscuité et le manque d'hygiène en sont des facteurs favorisants :

#### **Clinique :**

La gale est une éruption caractérisée par un prurit inconstant à recrudescence nocturne, mais il peut être féroce. On observe des lésions croûteuses et

hyperkératosiques fissuraires des paumes, des plaintes des pieds et des zones de pression (coude, genou, fesses, cuir chevelu, organe génital externe (gland) oreilles). Les ongles sont épaissis et décolorés par accumulation de débris sous unguéaux.

Des lésions érythémateuses ou squamo-croûteuses peuvent se voir sur le visage, le cou, le cuir chevelu, le tronc. Elles peuvent se généraliser réalisant un tableau d'érythrodermie avec des grandes plaques squamo-croûteuses. De grosses adénopathies palpables. Elle est extrêmement contagieuse.

### **Examen complémentaire :**

#### **Diagnostic positif :**

La numération formule sanguine révèle une éosinophilie sanguine quasi constante, permettant une orientation du diagnostic qui sera confirmé par l'examen direct des squames au microscope ordinaire qui peut montrer 5 à 10 millions de sarcoptes (18). Rarement on a recours à la biopsie qui aussi peut révéler des parasites.

#### **Traitement :**

Le traitement du patient de l'entourage intime est fait par le benzoate de benzyle (Ascabiol) ou une solution de DDT à 6% (benzochloryl) selon la méthode suivante : toutes les personnes vivantes sur le même toit doivent simultanément être traitées.

- Faire une toilette avec eau et savon.

- Puis appliquer sur tout le corps, à l'exception du visage, ascabiol en insistant sur les régions qui démangent le plus.

- Laisser le produit en place pendant :

24 heures chez les adultes et les enfants de plus 2 ans.

12 heures chez les enfants de moins de 2 ans.

- En cas d'impétiginisation importante, le traitement de celle-ci doit précéder celui de la scabiose.

- Le linge porté dans les 3 jours précédents, la literie doivent être traités avec l'Aphtiria pendant 24 heures (8, 9).

### **1-3-2. La leishmaniose (17,18)**

La leishmaniose tégumentaire est une infection parasitaire causée par un protozoaire du genre leishmania et transmise par un insecte, le **phlébotome**.

#### **Clinique :**

La période d'incubation est difficile à évaluer, elle varie habituellement entre 15 jours à 1 mois, parfois plusieurs mois.

La symptomatologie clinique est influencée par la virulence de la souche, l'importance de l'inoculation parasitaire et le degré de résistance de l'hôte.

Cliniquement on observe des petites papules apparues au point d'inoculation qui se transforment en quelques jours en un nodule infiltré, rouge, lisse, ou squameux de 1 à 3 cm de diamètre surmonté d'une squame ou d'une couche épaisse, brunâtre au centre, très adhérente. Le fond de l'ulcération est plus ou moins sero-hémorragique et végétant.

#### **Examens complémentaires :**

- Prélèvement et examen direct : met en évidence le corps de leishmanes.
- NFS : augmentation des polynucléaires.

#### **Traitement :**

Le traitement de choix est le glucantime injectable (ampoule de 5ml dosée à 1,5g) à la dose de 0,6mg/kg/j pendant 15 jours. Le traitement doit faire par des doses progressives croissantes.

Les soins locaux sont nécessaires devant les formes franchement ulcérées, on utilise la solution de permanganate de potassium ou de polyvidone iodée (17).

## **1-4. LES INFECTIONS VIRALES :**

### **1-4-1. Définition :**

C'est une ganglioradiculite postérieure aiguë liée à la réactivation du VZV. Il se caractérise par une éruption érythémato-vésiculeuse unilatérale et hyperalgique siégeant dans le territoire d'un dermatome.

### **1-4-2. Aspects cliniques : le zona intercostal (18, 19)**

Au début, le patient ressent une douleur intercostale en hémicinture plus ou

mois intense à type de brûlure associée à une adénopathie axillaire à un discret syndrome infectieux. Deux à trois jours plus tard, débute l'éruption localisée tout d'abord au niveau du rachis pour atteindre la région axillaire, puis le sternum sans dépasser la ligne médiane. Il s'agit d'élément papuleux plus ou moins nombreux qui conflue pour former un placard se recouvrant en 12 à 24 h de vésicules d'abord groupées en bouquet puis confluentes pour former éventuellement des bulles. Plusieurs poussées peuvent se succéder expliquant les lésions d'âges différents avec parfois quelques éléments aberrants. Ces vésicules vont se troubler, se flétrir et se dessécher pour laisser place aux croûtes brunâtres ou jaunâtres vers le 5-7 jours.

La douleur est d'intensité variable soit modérée chez le sujet soit intense en éclair, insomniante. Des douleurs vasomotrices peuvent s'observer, associées à une hypo sudation. Le zona guéri en trois quatre semaines conférant habituellement une immunité mais des récurrences peuvent se voir surtout si immunodépression.

Le problème majeur est représenté par les algies post zostériennes :

Des douleurs avec accès paroxystiques modérées chez l'adulte et intolérable chez le sujet âgé, s'associe à une hypœsthésie du territoire atteint. Ces douleurs peuvent persister pendant longtemps et être invalidantes. Elles pourraient être d'origine hypothalamique.

### **1-4-3. Formes cliniques :**

Tous les dermatomes peuvent être atteints donnant autant de manifestations cliniques.

- **Zonas cervicaux :** de C1 à C3 : Zona cervico-occipital (la nuque, le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille). C3-C4 : zona cervico-sus claviculaire ; C4-C7 : zona cervicobrachial.
- **Zona lombo-abdominal :** atteinte de l'abdomen, région inguinale et organes génitaux externes.
- **Zona des membres :** il peut s'accompagner d'une paralysie des nerfs moteurs avec paralysie du SPE (steppage).
- **Zona des nerfs crâniens.**

- **Zona ophtalmique** : le plus grave des zones céphaliques, traduit l'atteinte du ganglion de Gasser.
- **Zona du ganglion géniculé** intéresse les branches sensibles du II, otalgies vives, adénopathie prétragienne, agnésie des  $\frac{2}{3}$  de l'hémi langue et une éruption au niveau du conduit auditif externe, tympan et la conque de l'oreille, s'y associe une paralysie faciale vers le 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> jours.

#### **1-4-4. Complications**

Les complications neurologiques sont les plus fréquentes : il s'agit principalement d'une paralysie des nerfs crâniens et une paralysie périphérique dans le territoire du nerf atteint (1 à 6%).

Le zona généralisé, grave et nécrotique s'observe chez les sujets immunodéprimés.

#### **1-4-5 Traitement :**

Dans le zona simple localisé, le traitement local comporte essentiellement des antiseptiques.

Une antibiothérapie per os est prescrite s'il y a une surinfection le plus souvent staphylococcique. Si douleurs : Antalgiques habituels (dérivés salicylés, paracétamol) sont généralement suffisants, sinon il faut recourir à des analgésiques plus puissants ou à des benzodiazépines.

Zona des sujets immuno compétents de plus de 50 ans : valaciclovir (zelitrex 1g 3 fois/jour pendant 7 jours per os) et le famciclovir (oravir) 500mg 3fois/jour pendant 7 jours prescrit dans les 72 heures de l'éruption préviennent les douleurs à la phase aiguë et des algies post-zostériennes.

Chez l'immunodéprimé que le zona soit localisé ou disséminé aciclovir (10mg/kg/8H pendant 7 à 10 jours IV) ou valaciclovir (zelitrex 1g 3 fois/jour per os) et le famciclovir (oravir) 500mg 3fois/jour pendant 7 à 10 jours.

## **2- LES DERMATOSES IMMUNO-ALLERGIQUES :**

### **2-1. LES ECZEMAS**

L'eczéma est le plus fréquent des dermatoses 1/3 des malades d'une consultation externe de dermatologie sont atteints d'eczéma. (17)

#### **2-1-1. Définition**

L'eczéma est une dermatose érythémato-vésiculeuse prurigineuse, en nappes ou en placards très récidivante et dont la région histologique prédominante est la spongiose du corps muqueux de Malpighi (19).

#### **2-1-2. Etude clinique (18,19)**

Ce groupe d'eczéma, comporte deux entités bien définies :

- L'eczéma de contact allergique ;
- L'eczéma constitutionnel encore appelé dermatite atopique.

#### **L'eczéma de contact allergique dans sa forme typique :**

Sur le plan séméiologique, les lésions élémentaires sont représentées par :

- **L'érythème** : il s'agit d'un érythème congestif inflammatoire qui disparaît à la vitro-pression,
- **Les micros vésicules** de la taille d'une tête d'épingle, sont remplies d'un liquide clair, l'eczéma évolue par poussée. Le prurit est pratiquement constant, la poussée d'eczéma évolue en quatre phases :

#### **- La phase érythémateuse :**

Un placard érythémateux, oedémateux, chaud, inflammatoire, parsemé de petites élevures, donnant un aspect chagriné de la peau. A ce stade initial, le prurit est toujours intense.

#### **- La phase vésiculeuse :**

Les vésicules caractéristiques de l'eczéma, apparaissent sur les lésions érythémateuses, elles sont transparentes et renferment une sérosité claire. Elles peuvent confluer pour réaliser des petites bulles. Ces vésicules sont fragiles, elles se rompent spontanément ou à la suite du grattage et nous entrons dans la troisième phase.

### **- La phase de suintement :**

Les vésicules se rompent et laissent s'écouler un liquide séreux jaunâtre, le placard se couvre alors de petites croûtes jaunâtres, résultat de la coagulation, de la sérosité (assèchement).

En quelques jours, les croûtes vont se dessécher et tomber, nous entrons alors dans la dernière phase.

### **- La phase de réparation : phase desquamation :**

Lorsque les croûtes sont tombées, le tégument prend un aspect érythémateux, lisse. Rapidement la rougeur diminue, la surface de la peau se craquelle et se recouvre de squames fines.

Ces squames tombent et peu à peu la peau reprend son aspect normal. Dans certains cas d'eczéma chronique ou le prurit est extrêmement important, la peau garde un aspect épaissi, lichénifié, infiltré.

Il faut retenir que :

- les bords des lésions d'eczéma sont généralement émiettés ;
- le prurit est constant ;
- un cas de ces 4 aspects peut prédominer voire être en apparence isolé.

#### **• Formes cliniques :**

##### **Formes symptomatiques :**

Plusieurs aspects sémiologiques peuvent être observés dans les deux grandes formes évolutives de l'eczéma de contact allergique.

**Au cours de l'eczéma aigu :** on peut observer :

##### ***L'eczéma papulo-vésiculeux :***

Il se présente sous forme de petites élevures papuleuses, légèrement infiltrées, de teinte rose vif avec, au centre, une vésicule. Ces papulo-vésicules sont analogues à celles du prurigo simplex.

##### ***L'eczéma nummulaire : (en pièces de monnaies)***

Il est très prurigineux, les vésicules sont groupées sous forme de petits médaillons bien limités.

### ***L'eczéma bulleux :***

Les vésicules sont grandes et prennent la forme de bulles, se voient surtout aux mains et aux pieds.

**Au cours de l'eczéma chronique :** on peut observer :

### ***L'eczéma sec :***

Il est constitué de tâches rosées recouvertes de squames sèches : c'est une forme dans laquelle la vésiculation est atténuée.

### ***L'eczéma kératosique :***

Il est caractérisé par un épaissement marqué de la couche cornée. Il réalise de véritables carapaces kératosiques blanc grisâtre, épaisse et fissurés.

### **Formes topographiques**

L'eczéma peut apparaître sur n'importe quel territoire cutané. Nous ne décrivons que l'atteinte particulière du visage et des extrémités des membres.

### ***L'eczéma aigu du visage :***

Il est caractérisé par une rougeur intense oedémateuse avec suintement, simulant un érysipèle dépourvu de bourrelets périphériques, les lésions sont prurigineuses, sans adénopathies, sans phénomènes généraux.

### ***L'eczéma dysidrosique des paumes et plantes :***

Il se localise essentiellement au niveau des mains et des pieds, surtout au niveau des faces latérales des doigts, il est fait de vésicules profondes enchâssées dans l'épiderme du fait de l'épaisseur de la couche cornée.

### **Formes compliquées :**

#### ***L'eczéma surinfecté : eczéma impétigénisé***

La rupture de la barrière cutanée, par rupture des vésicules lors du grattage est une porte d'entrée des germes infectieux.

Le suintement perd son caractère sereux : il devient louche, puis purulent. Les placards d'eczéma recouvrent de croûtes épaisses, jaunâtres. Dans certains cas l'eczéma s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire de lymphatique afférent, parfois de poussés fébriles.

### ***L'eczéma lichénifié :***

C'est un eczéma de longue durée, le prurit persiste et la peau soumise à un grattage incessant réagit en s'épaississant et ou en se pigmentant.

### ***L'eczéma généralisé : érythrodermie***

L'eczéma débute à l'endroit de la peau avec l'allergène, mais peut ensuite pour des raisons mal connues s'étendre à distance. Au maximum les 2/3 ou toute la peau est atteinte, réalisant une érythrodermie érythémato-vésiculeuse.

### **2.1.3 .Diagnostic positif :**

Plusieurs critères sont nécessaires : cliniques, histologiques et étiologiques.

#### **Affirmer le diagnostic d'eczéma**

- Devant les lésions cliniques associées au prurit au cours des quatre phases évolutives : l'érythème, la vésicule, le suintement, la desquamation.
- Devant les lésions histologiques : il est important de reconnaître trois signes histologiques de l'eczéma, la spongiose, la vésiculation, l'exocitose à lymphocyte T.

#### **Affirmer la nature allergique de l'eczéma de contact :**

Par une enquête allergologique aboutissant au diagnostic étiologique. Deux étapes sont nécessaires au cours de cette enquête :

L'interrogatoire

Il a une importance fondamentale et il faut y consacrer le temps nécessaire. Les deux questions préalables sont :

- Où l'eczéma a-t-il débuté ? cette localisation aidera à s'orienter vers des allergènes précis. Exemples :
  - ✓ Dos des mains : contact professionnel, ménagère...
  - ✓ Visage : cosmétique, produits aéroportés...
  - ✓ Paupières : vernis à ongles, collyres...
  - ✓ Poignet : montre, bracelet...
- Quant l'eczéma a-t-il débuté et comment évolue-t-il ? les poussées sont rythmées de façon nette par les contacts.

Exemple : dans les eczémas professionnels, l'eczéma s'améliore pendant les vacances ou arrêt de travail récidive dès la réexposition à l'allergène.

#### **2.1.4 .Principaux allergènes de contact :**

- Sels de chrome : bichromate de potassium : c'est une cause fréquente d'eczéma de contact professionnel ; ciments, peintures, eau de javel, solution pour chromage, huiles de coupe (soudure)...
- Nickel : accessoires vestimentaires, boutons métalliques, bijoux de fantaisie,...
- Caoutchouc : pneus, câbles, objets domestiques, bottes, gants,
- Le groupe des aminés en paraphénylène diamine, colorante, sulfamides, teinture de cheveux, constituant des cosmétiques (lanoline, parfum... donnent des allergies croisées).

#### **2.1.5 .Traitement de l'eczéma de contact allergique (19)**

##### **Buts :**

- Guérir la poussée de l'eczéma et calmer le prurit
- Eviter la récurrence par suppression du contact avec l'allergène.

##### **Traitement symptomatique :**

##### **- Moyens et posologie :**

##### **▪ Moyens locaux :**

##### **Médicaments spécifiques : les dermocorticoïdes**

***Bétamétazone*** : il se représente sous forme de crème et pommade.

Pour le traitement d'attaque : une application matin et soir pendant une semaine.

Pour le traitement d'entretien : une application par jour pendant une semaine, puis une application tous les deux jours, ensuite une application tous les trois jours jusqu'à l'arrêt progressif du traitement avec la disparition des lésions.

##### **Adjuvants :**

***Les antiseptiques*** : les lotions aqueuses légèrement antiseptique.

***Permanganate de potassium*** : sous une forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500mg ; on l'utilise dilué à 1/25000 dans l'eau en lavage deux fois par jours.

***L'éosine aqueuse à 2%*** : éosine 2g+eau distillée sous forme de compresse matin et soir.

***L'antibiotique local : l'acide fucidique :***

Sous forme de crème et pommade. Il est utilisé pour supprimer la surinfection. On l'applique sur la lésion matin et soir jusqu'à guérison de la surinfection.

***Les kératolytiques : l'acide salicylique :***

Il est utilisé avec les corticoïdes pour renforcer leur activité.

La posologie est de 3 à 5% chez les enfants ;

5 ou 10 ou 20% chez les adultes.

▪ **Moyens généraux :**

**Les antihistaminiques anti H1 :**

***Hydroxyzine*** (Atarax ®) sous forme de comprimé dosé à 25mg et de sirop dosé à 400mg (1cuillerée à café = 10mg, 1cuillerée à soupe = 40mg).

Posologie : chez l'enfant 1mg/kg/j ; chez l'adulte 25 à 75mg/j soit 1 comprimé et ½ par jour.

***Dexchlorphéniramine*** (Poloramine ®) sous forme de comprimé de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1cuillerée à café = 0,5mg)

Posologie : chez l'enfant de 1 à 6 ans ½ à 1 cuillerée mesure par jour, de 6 à 12 ans 1comprimé de 2mg par jour ; chez l'adulte 1comprimé de 6mg par jour.

**Les antibiotiques :**

Ils ne sont utilisés que lorsqu'il existe une surinfection caractérisée et que la dermatose est très étendue pour que cette surinfection soit contrôlable par un topique.

***L'érythromycine*** sous forme de comprimé dosé à 500mg et de poudre en sachet dosé à 125mg et 250mg.

***L'amoxiciline*** sous forme de gélule dosée à 500mg et de sirop dosé à 125mg et 250mg.

Posologie des antibiotiques :

Chez l'enfant 1g par jour pendant 7 jours.

Chez l'adulte 2g par jour pendant 7jours

## **Les corticoïdes par voie générale**

**Prédnisonne** (Cortancyl ®) : voie orale, comprimé dosée à 1mg et 5mg

Posologie : l'administration se fera de préférence en une prise unique le matin à 8H, chez l'adulte 1 à 2mg/kg/j et chez l'enfant 0,5 à 1mg/j, ensuite la posologie sera réduite de façon progressive jusqu'à l'obtention de la dose minimale efficace.

### ▪ **Indications :**

- ***Dans l'eczéma très aigu et généralisé*** : corticoïde local, bain permanganate de potassium.
- ***Dans l'eczéma vésiculeux et suintant*** : bain permanganate de potassium, pommade de Dalibour, Hydroxyzine comprimé ou sirop.
- ***Dans l'eczéma surinfecté avec des croûtes*** : bain permanganate de potassium, antibiotique en pommade, Erythromycine en poudre ou comprimé, Hydroxyzine en sirop ou comprimé, Dermocorticoïde après guérison de la surinfection.
- ***Dans l'eczéma chronique, kératosique ou lichénifié*** : corticoïde pommade associé à l'acide salicylique.

### ▪ **Contre indications et effets secondaires :**

**Les dermacorticoïdes** : classe 2 (Bétamétazone)

*Contre indication* : infections bactérienne, virales, fongiques et parasitaires même si elles comportent une composante inflammatoire ; lésions ulcérées, acnés, hypersensibilité à l'un des constituants.

*Effets secondaires* : atrophie cutanée, vergetures, dermite périorale, dépigmentation.

### **Les adjuvants :**

Les colorants aqueux (éosine, permanganate de potassium) : l'inconvénient est de tâcher la peau.

### **Les antibiotiques :**

#### ***L'érythromycine***

*Contre indication* : allergie à l'érythromycine (rare)

*Effets secondaires* : nausées, vomissements, gastralgiques, diarrhée.

## **Les antihistaminiques :**

***Dexchlorphéniramine (Polaramine\*), hydroxyzine (Atarax\*)***

*Contre indication* : Glaucome à angle aigu, rétention urinaire

*Effets secondaires* : sédation, excitation, sècheresse de la bouche, constipation.

## **Traitement étiologique :**

Il consiste à éliminer l'allergène qui est à l'origine de l'affection.

## **Prophylaxie :**

- Réduire et limité le nombre des produits d'hygiène.
- Utiliser de simples savons (savon de Marseille, savon Koulikoro)
- Ne pas utiliser les produits purs, ne pas les mélanger, respecter les dilutions prévues par les fabricants.
- Préférer les fibres textiles naturelles (coton) aux fibres synthétiques.

## **2-2. Eczéma constitutionnel ou dermatite atopique (5, 6,7).**

**2-2-1. Définition :** L'atopie désigne un état particulier caractérisé par une prédisposition génétique à la synthèse accrue d'IgE et aux maladies allergiques : rhinite allergique, conjonctivite, asthme, urticaire, eczéma.

## **2-2-2. Signes cliniques :**

### **Dermatite atopique du nourrisson :**

La maladie débute vers le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois de la vie. Il s'agit d'un eczéma toujours prurigineux érythémato-suintant et croûteux.

Le visage est souvent le premier atteint : front et joue (la bouche, nez, mentons sont respectés). L'éruption peut s'étendre aux oreilles, au cuir chevelu. Des lésions sur les membres peuvent se voir.

Bien que la D.A soit de diagnostic facile, il existe des critères qui orientent vers l'atopie. Trois critères majeurs :

- Prurit
- Chronicité
- Topographie

Un critère est présent dans 70% : antécédents familiaux d'atopie.

## **Les dermatites atopiques de l'adulte et du grand enfant :**

- Placards eczématiformes mal limité
- Lésions lichénifiées et épaissies.
- Papules indurées de prurigo définissant le prurigo de Besnier
- Lésions nummulaires
- La topographie reste symétrique, localisée tantôt aux plis, tantôt sur les convexités, plus ou moins généralisée.

La sécheresse de la peau reste toujours majeure dans la plupart des cas.

### **2-2-3. Traitement de la dermatite atopique (6).**

#### **Traitement symptomatique**

- *Antiseptiques moussants* : cyteal\*, asepsil\*... ou non moussants : hexomédine, septeal, amuchina... et aussi les colorants (éosine, fluorescéine)
- *Les dermocorticoïdes* : on utilise en général une forme crème, (CF cours de thérapeutique). Pour les plaques lichénifiées, les pommades ou goudrons (carbodome\*) sont indiqués.
- *Les antihistaminiques et les antibiotiques* sont également utiles.

### **2-3. URTICAIRE (18,19).**

#### **2-3-1. Définition**

L'urticaire est une dermatose extrêmement fréquente, s'observant à tout âge. Elle se définit comme une éruption papulo-oedémato-prurigineuse fugace dont le diagnostic est facilement posé par l'examen clinique.

#### **2-3-2. Classification :**

*Selon l'évolution* : on distingue

- Les urticaires aiguës et fugaces
- Les urticaires chroniques durant par définition plus de trois mois

*Selon la topographie* : on distingue

- L'urticaire banale qui touche le derme superficiel
- L'œdème de Quincke qui touche le tissu sous cutané

*Selon les médicaments responsables* : on distingue

- Les urticaires histaminiques
- Les urticaires cholinergiques

### 2-3-3. Signes cliniques :

#### Type de description : l'urticaire commune

L'urticaire commune (supercielle) est de diagnostic facile. C'est une papule oedémateuse ortiée, érythémateuse, de taille variable, fugace, disparaissant en quelques heures, très prurigineuse et répartie sans ordre sur tout le tégument.

### 2-3-4. Formes cliniques :

**Urticaire profonde** (œdème de Quincke) réalise une tuméfaction sous cutanée aiguë de couleur de la peau normale, non prurigineuse avec sensation de tension cuisante ou même douloureuse, siégeant au visage (lèvres paupières) et aux organes génitaux et peut atteindre les muqueuses (œdème de la glotte).

**Urticaire aiguë** : est un accident brutal. De début spectaculaire et de disparition rapide, composé d'une ou de plusieurs poussées qui durent de plusieurs minutes à quelques heures. La crise d'urticaire dure 4 à 7 jours sa gravité tient à l'association possible :

- A un choc anaphylactique
- A la localisation laryngée d'un angio-œdème.

**Urticaire chronique** : est défini arbitrairement le délai fixé pour parler de chronicité varie selon les auteurs, se situe entre 6 semaines à 3 mois, période pendant laquelle surviennent des poussées quasi quotidiennes.

### 2-3-5. Etiologie de l'urticaire :

#### Urticaires induites par voie générale :

- **Urticaires médicamenteuses** : Pénicilline, Sulfamide, Barbituriques, Aspirine, Polymixine...
- **Urticaires alimentaires** :
  - *Aliments riches en histamines* (crustacés, fromages...)
  - *Aliments histamino-libérateurs* (fraise, chocolat, œuf, gruyère...)
  - *Allergie* : protéine de lait de vache, œufs, poissons, colorants, tartrasines,

conservateurs, contaminants : Pénicillines, Fongicides, Levures.

- **Causes infectieuses :**

- *Phase préictérique de l'hépatite B ;*
- *Foyer infectieux (caries, sinusites) ;*
- *Parasitoses (parasites intestinaux, ascaris, ankylostome, oxyures).*

- **Pneumallergène :** plus rare

### **Urticaires induites par voie locale**

- **Urticaires de contacts :**

- *Végétaux :* orties, plantes marines (méduses)...
- *Animaux :* piqûres d'insectes, chenilles...
- *Produits chimiques :* certains cosmétiques...
- *Médicaments :* usage externe (rare).

- **Urticaires physiques :**

- *Urticaire mécanique :*

Dermographisme : strie urticarienne consécutive au frottement de la peau par une pointe mousse ;

Urticaire retardée à la pression survient après une pression appuyée (ceinture)

- *Urticaire thermique :*

Urticaire cholinergique : conjonction (chaleur, effort) compétition sportive, petite papule, partie supérieure du tronc.

Urticaire au froid : déclenché par le contact avec les liquides froids.

### **2-3-6. Traitement (7) :**

**Traitement étiologique :** consiste dans la suppression du ou des agents responsables s'ils ont été mise en évidence.

**Traitement symptomatique :** la principale cible est la diminution ou l'inhibition de l'activité de l'histamine.

**Les antihistaminiques H 1 sont nombreux :**

**Hydroxyzine** (Atarax\*) se présente sous forme de comprimé dosé à 25mg et de sirop dosé à 400mg (1cuillère à café =10mg, 1cuillère à soupe = 40mg)

## **Posologie**

Chez l'enfant 1mg/kg/j

Chez l'adulte 25 à 75mg/j soit 1 comprimé ½ par jour

**Dexchlorephéniramine** : (Polaramine\*) se présente sous de comprimé de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1cuillère à café = 0,5mg)

## **Posologie**

Chez l'enfant de 1 à 6 ans : 1cuillère mesure par jour ; de 6 à 12 ans : 1 comprimé de 2mg/j

Chez l'adulte 1 comprimé de 6mg/j

**Loratadine** ( Clarytine\*) se présente sous forme de comprimé dosé à 10mg et de sirop dosé à 60mg et 120mg.

## **Posologie**

Chez l'enfant de 2 à 12 ans : 1cuillère mesure par jour ;

Chez l'adulte et l'enfant > à 12 ans 1 comprimé par jour.

## **Traitements locaux :**

Sont peu actif sur la crise d'urticaire.

## **Indications :**

Sont fonction de l'intensité et de la localisation des crises, de leur fréquence et le gêne fonctionnel qu'elles entraînent.

La corticothérapie générale n'est indiquée, pour une courte durée que dans les situations aiguës : urticaire géante, angioedème.

### ***3 - LES DERMATOSES ERYTHEMATO- SQUAMEUSES***

#### **3-1. LE PSORIASIS :**

C'est une maladie auto-immune qui se développe chez des individus génétiquement prédisposés, comme le suggèrent la prédominance de certains groupes HLA et l'existence fréquente d'antécédents familiaux. La maladie peut se manifester pour la première fois à tout âge et l'évolution se fait par poussées. Le diagnostic est le plus souvent aisé malgré la multiplicité des formes cliniques. Les noirs de l'Ouest Africain et d'Amérique sont beaucoup moins sujets au psoriasis que ceux vivants en Afrique de l'Est. La couleur rouge brique des placards recouverts de squames blanches, friables est caractéristique. D'autre part, certaines lésions prennent une teinte violacée ou bleu noir due à une incontinence pigmentaire massive. Cet aspect peut donc persister, même après guérison de psoriasis. Il met rarement la vie du patient en danger (17,18).

#### **Aspects cliniques (17) :**

##### **Type de description : le psoriasis vulgaire**

La lésion élémentaire le plus souvent observée est une plaque érythémato-squameuse à limites nettes, légèrement en relief par rapport à la peau avoisinante. Ces plaques sont variables par leur taille et leur nombre, pouvant réaliser des aspects divers, allant du psoriasis en goutte jusqu'au psoriasis généralisé : psoriasis universalis. Les localisations les plus évocatrices sont : les coudes, les genoux avec tendance à la symétrie, le cuir chevelu et la région lombo-sacrée, mais n'importe quelle zone du corps peut être atteinte. Le cuir chevelu est une localisation des localisations les plus fréquentes. Il se manifeste par des plaques squameuses peu ou pas prurigineuses, souvent épaisses, aux limites bien nettes qui débordent en nappes érythémateuses sur le front et dans la région rétro auriculaire. Le psoriasis du visage peut poser un problème de diagnostic différentiel avec une dermatite seborrhéique, une dermatite atopique ou un lupus érythémateux. Le psoriasis peut rarement être responsable d'une alopecie.

Le polymorphisme clinique s'observe davantage avec les autres localisations : le psoriasis palmoplantaire, souvent bilatéral, comporte des placards squameux kératosiques bien limités, bordés d'un halo érythémateux. Le psoriasis des ongles est fréquent. La tablette peut être ponctuée en dé à coudre, ou recouverte de lignes transversales ou de sillons longitudinaux. Une hyper kératose sous unguéale peut soulever le bord libre de l'ongle ; plus caractéristique est le décollement en demi-cercle de l'ongle à partir de bord libre de l'ongle, bordé dans sa convexité par un halo rouge cuivré.

L'atteinte génitale se caractérise par des tâches rouges, arrondies, bien limitées, peu ou pas squameuses, indolores et tenaces. Des atteintes linguales à type de langue plicaturée ou de langue géographique sont généralement décrites. Le phénomène de **KOEBNER** est en général observé. C'est une plaque de psoriasis typique apparue en une dizaine de jours sur un site traumatisé de la peau.

#### **Autres formes :**

Plusieurs formes sont décrites :

- Psoriasis pustuleux, la lésion élémentaire est une petite pustule amicrobienne. L'histologie montre une pustule spongiforme ou multiloculaire de kogöj.
- Rhumatisme psoriasique, associe et manifestation ostéoarticulaire.
- Psoriasis de l'enfant, le psoriasis débute avant l'âge de 10 ans, le psoriasis en goutte.

#### **Diagnostic positif :**

Posé par l'histologie qui révèle : un épiderme épaissi, para kératosique à sa partie supérieure des collections amicrobiennes polynucléaires, des micro abcès de **MUMMO-SABOURAUD**. Le stratum spinosum est acanthosique et plonge profondément dans le derme entre les papilles dermiques. Ces papilles contiennent dans leur partie superficielle des veinules post capillaires hypertrophiques et dilatées ainsi qu'un infiltrat périvasculaire lymphohistiocytaire avec polynucléaires neutrophiles dans les lésions jeunes **(17, 18)**.

### **Diagnostic différentiel :**

*Psoriasis commun* : le diagnostic peut se poser avec ; la syphilis secondaire, les lymphomes, la dermatite seborrhéïque mais la sérologie syphilitique est positive dans ce cas ; on observe dans ce cas une adénopathie, la biopsie rectifie le diagnostic d'une dermatite seborrhéïque, une dermatite atopique, un lupus érythémateux.

### **Traitement :**

Les traitements disponibles actuellement sont à visé symptomatique. Ils peuvent donner une rémission ou une guérison plus ou moins durable, sans faire éviter une rechute.

**Local :** ce traitement est basé sur

- La corticothérapie locale est un traitement du psoriasis, propre et non irritant. Le résultat n'est pas souvent spectaculaire, avec les effets secondaires locaux et généraux en cas d'utilisation prolongée. Leur utilisation est bonne surtout dans le psoriasis de cuir chevelu.
- Les antiseptiques (éosine à l'alcool 30° ou 60°), les kératolytiques (vaseline salicylé : 1 à 10%) et les réducteurs peuvent être alternés ou associés à la corticothérapie.

### **Général :**

La corticothérapie générale est contre indiquée dans le traitement du psoriasis et à l'origine de complications souvent sévères **(17, 18, 6)**.

On discutera l'usage des immunosuppresseurs, des rétinoïdes.

## **4- LES DERMATOSES TUMORALES:**

### **4-1. LA MALADIE DE KAPOSI :**

#### **Définition et étiopathogénie :**

La maladie de *KAPOSI* est une tumeur vasculaire dont l'étiologie virale (HHV8) se précise actuellement, d'évolution lente et atteignant particulièrement les sujets masculins. Elle est fréquemment associée au SIDA. Autre la forme profuse associée au SIDA, on distingue la forme acrale (kaposi méditerranée) et la forme endémique agressive africaine.

#### **Aspects cliniques :**

La lésion élémentaire est une macule, d'abord érythémateuse qui devient progressivement violacée. Après quelques semaines ou quelques mois, les lésions s'infiltrant et se transforment en nodule de taille variable pouvant s'ulcérer. Les lésions ne disparaissent pas à la vitropression. Elles régressent exceptionnellement dans le SIDA alors que c'est un phénomène rencontré dans les formes classiques et endémiques. Leur topographie est variable. Les membres inférieurs sont le site prépondérant, voir unique dans les formes classiques, tout le revêtement cutané peut être atteint dans la maladie de *KAPOSI* du SIDA particulièrement le visage. Un début au niveau des membres serait un facteur de meilleurs pronostics.

Les atteintes viscérales existent dans environ 10 % des formes classiques et dans près de 75 % des cas associés au SIDA et serait même un moyen pour la distinguer de la forme endémique (17,18).

#### **Histologie :**

La maladie du *KAPOSI* est caractérisée par une prolifération dense des cellules fusiformes dans le derme superficiel et profond mêlées à de nombreux vaisseaux dilatés et tortueux à parois bien formé ou de type fente vasculaire avec des hématies extravasées. Un infiltrat lymphoplasmocytaire périvasculaire est présent (17).

#### **Physiopathologie :**

La maladie de *KAPOSI* serait de nature hyperplasique plutôt que néoplasique. En effet, on retrouve peu d'anomalie cellulaire et de mitoses. De plus une régression

spontanée est fréquente. La responsabilité d'agent infectieux dans la survenue de l'affection est discutée depuis longtemps. Actuellement l'herpes virus humain de type 8 (HHV8) incriminé, qui serait récemment découvert par **CHARG et COLLABORATEURS (22)**.

#### **Traitement :**

En dehors des formes associées au SIDA, la maladie de KAPOSÍ ne met pas directement en jeu le pronostic vital, et le choix peut alors, en fonction du nombre de lésions vers l'abstention thérapeutique de petit moyen locaux (exérèse, cryothérapie), la radiothérapie, l'interféron ou une chimiothérapie peu cytopénisante comme la bléomycine (17, 18, 6).

#### **4-2. LES CHELOÏDES :**

Les chéloïdes sont des tumeurs fibroblastiques apparaissant dans deux circonstances :

- Les chéloïdes post lésionnelles, secondaires à des plaies opératoires, des brûlures, des vaccinations ou des lésions inflammatoires de la peau en particulier l'acné du tronc.
- Les chéloïdes spontanées, plus fréquentes chez les sujets à peau noire, multiple, apparaissant surtout dans la région cervicothoracique et quelques fois très invalidantes (17, 18).

#### **Diagnostic :**

En général facile d'une tumeur saillante, dure, à surface lisse rouge et tendue, parfois spontanément sensible ou prurigineux et de forme un peu bosselée avec en périphérie des expansions en "patte de crabe". Une notion capitale pour le diagnostic est l'évolution en fonction du temps.

#### **Histologie :**

Elle est également évocatrice montrant une prolifération conjonctive intradermique bien limitée comportant de gros trousseaux de collagènes souvent hyalinisés, associés à de nombreux fibroblastes, myofibroblastes et à quelques mastocytes.

**Traitement :(19)**

**Corticothérapie** : inefficace dans les chéloïdes anciennes elle peut être tentée sur les chéloïdes jeunes ou pour certains à titre préventif avec chirurgie d'exérèse. Elle permet parfois de bien contrôler la symptomatologie fonctionnelle (douleur, prurit).

**5 - AUTRES DERMATOSES :**

Les kératodermies, les acnés, les vitiligos, les naevus, les maladies de Reckling Hausen,

# ***MATERIELS ET METHODES***

---

## ***METHODOLOGIE :***

### **1°) Cadre de l'étude :**

L'étude a été menée au service de dermato-vénérologie de l'Hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes.

#### **a) Description du lieu d'étude (14).**

La région de Kayes, 1<sup>ère</sup> région administrative du Mali est située entre le 12° et 17° de latitude Nord à cheval sur le haut Sénégal et ses affluents à l'extrême Ouest du Mali. Elle s'étend approximativement d'Est à Ouest et du Nord au Sud sur une distance de 400 Km. Elle est limitée à l'Est par la Région de Koulikoro, à l'Ouest par la République du Sénégal, au Nord par la République Islamique de Mauritanie et au Sud par la République de Guinée Conakry.

La région couvre une superficie de 120 760 Km<sup>2</sup>, représentant 9,7% de superficie totale du territoire nationale. La loi N° 96-059ANRM du 4 Novembre 1996 portant création de communes subdivise la région en 7 cercles composés de 117 communes rurales et 12 communes urbaines.

Le cercle de Kayes occupe l'extrême Ouest de la région de Kayes avec une superficie de 22 190 Km<sup>2</sup>. Il s'ouvre sur les deux pays frontaliers (République du Sénégal et de la Mauritanie).

Les ethnies dominantes sont : les Sarakolés, les Khasonkés, les Malinkés, les Peuhls, les Bambaras, les Ouolofs. Une particularité est la forte proportion d'émigrés. La majorité des maliens vivant en France sont des Sarakolés originaires de la région.

La communication à l'intérieure du cercle est rendue peu facile grâce à certains réseaux routiers goudronnés.

La commune de Kayes abrite d'autres structures sanitaires publiques, parapubliques et privées qui sont : le dispensaire de la garnison militaire, le dispensaire de la RCFM, la poly clinique YONKI SAHA, la Clinique Fraternité, le Cabinet du Fleuve, le Cabinet TOUBA le dispensaire de la Croix Rouge, Institut National de Prévoyance Sociale, Centre de Santé de Référence, Centre de Santé

Communautaire de Kayes N'DI, de Lafiabougou.

**b) L'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :**

L'hôpital est une vieille structure créée en 1883 par les militaires français en mission dans l'Ouest africain. L'Hôpital FDK est l'une des formations sanitaires les plus vieilles du Mali. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France.

En 1959 il devient Hôpital secondaire ; avec la réorganisation des formations hospitalières en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et de l'Italie.

En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousseyni Daou du nom d'un de ses Médecin Directeur assassiné la même année. Il est situé au Sud - Est de la ville de Kayes au Quartier Plateau (un des cinq grands quartiers de la ville) au voisinage de la gare ferroviaire.

Il s'étend sur une superficie de 12 Hectares.

Il comprend :

• **Infrastructure :**

La structure de HFD est composée de :

- Un bloc administratif et financier ;
- Un bloc pour la médecine avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 28 lits ;
- Un bloc pour la gynéco-obstétrique avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 22 lits ;
- Un bloc pour l'urologie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits ;
- Un bloc pour la pédiatrie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits ;
- Un bloc pour le laboratoire et la pharmacie ;

- Un bloc pour la chirurgie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits;
- Un bloc pour l'ophtalmologie avec une capacité de 8 lits ;
- Un bloc pour la dermatologie;
- Un bloc pour la buanderie ;
- Un bloc d'hospitalisation VIP avec une capacité de 8 lits ;
- Un bloc pour les urgences et soins intensifs avec une capacité de 8 lits ;
- 9 logements d'astreintes ;
- Une morgue ;
- Un bloc pour l'Odonto-stomatologie.

Le service de radiologie est incorporé au bloc chirurgical, le service social est logé dans le bloc administratif.

Un centre pour la formation continue qui abrite en même temps l'école derrière le bloc de l'Odonto- Stomatologie.

- **Les moyens logistiques :**

L'hôpital dispose comme :

- 3 ambulances ;
- 2 motos Yamaha 100 ;
- 1 Toyota Hilux double cabine en épave ;
- 1 Toyota Mitchibuchi double cabine en épave.

- **Le personnel :**

Le personnel de l' HFDK est composé de :

De médecins, des infirmiers, des sages femmes, des aides soignants.

En plus on signale la présence de l'équipe Cubaine qui vient appuyer le personnel de l'hôpital.

- **Activités et Missions :**

Actuellement l'HFD de Kayes assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau.

Il s'agit :

- Consultation externe ;
- Consultation prénatale ;
- Accouchements ;
- Suivi des malades hospitalisés ;
- Interventions chirurgicales ;
- Activités de laboratoire ; de Radiologie ; d'Ophtalmologie ; de Stomatologie.

➤ **Le service de Dermato-Vénéréologie :**

Il prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, des six (6) autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry. En plus de son activité dermatologique, le service à travers son Unité de soins ambulatoire et conseils (USAC) prend en charge les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Il fait en moyenne 1 284 consultations et 9 hospitalisations/an.

Le service de Dermato-vénéréologie et l'USAC se trouvent à l'étage. Il comporte 1 bureau pour la consultation externe ; 1 salle d'hospitalisation de 4 lits ; une salle de soins séparée du bureau par un paravent ; une salle de réunion pour l'association des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Au réz de chaussé nous avons la kinésithérapie, le centre d'orthopédie d'appareillage et de rééducation fonctionnelle.

Le personnel se compose :

Un (1) dermato-vénéréologue ;

- Deux (2) Internes ;
- Une (1) aide soignante ;
- Un (1) manœuvre.

Les activités du services sont programmées comme suit :

- Une consultation externe trois (3) fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi) ;
- Une visite des malades hospitalisées tous les jours au niveau du service de médecine ;

- Une rencontre hebdomadaire (tous les dimanches) des personnes vivant avec le VIH ;
- Notons que les malades du service nécessitant un séjour à l'hôpital sont hospitalisés en médecine

## **2°) Type d'étude :**

Notre travail est une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des malades reçus, traités et suivis au service de dermato-vénérologie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes (HFDK).

## **3°) Période d'étude :**

Notre étude a porté sur les dossiers des patients dermatologiques vus ou hospitalisés au cours des cinq dernières années de novembre 2004 en octobre 2005.

## **4°) Population d'étude :**

Les malades consultants à l'hôpital Fousseyni Daou pour dermatose et ou une IST quel que soit l'âge, le sexe et la provenance.

## **5°) Echantillonnage :**

- **Critère d'inclusion :** Tout dossier de malades présentant une dermatose notifié dans le registre de consultation externe, d'hospitalisation ou tout autre support pendant la période d'étude.
- **Critère de non-inclusion :** Tout dossier de malades ne présentant pas une dermatose.

## **6°) Technique de la collecte des données :**

Les données de l'examen clinique, les résultats du bilan paraclinique ainsi que le traitement ont été enregistrés sur une fiche d'enquête.

La durée et les résultats de prise en charge des cas ont été notés ;

**Guérison :** disparition totale des lésions c'est à dire l'élimination de l'agent causal et guérison clinique.

**Amélioration :** disparition partielle.

**Récidive :** réapparition de lésions.

**Perdus de vue :** Il s'agit des patients qui ne sont revenus pour le contrôle après avoir

reçu un premier traitement.

**Décès** : malades décédés au cours du traitement.

**Evacuation** : il s'agit des cas référés à Bamako.

### **SCHEMA THERAPEUTIQUE :**

Les schémas suivants ont été élaborés pour la prise en charge des dermatoses et IST inclus.

#### **Schéma I : Teigne :**

**Schéma I-a : Teignes sèches** (durée moyenne de traitement : deux mois)

**Miconazole crème** : 2 app/j pdt 8 semaines

**Griséofulvine** 500mg cp : 1 comprimé 2fois/j pdt 2 mois chez l'adulte

15mg/kg chez l'enfant

Si guérison : IEC

#### **Schéma I-b : Teignes suppurées**

**Désinfectant  $KMNO_4$**  : 1app x 2/j (diluée à 1/10 000<sup>ème</sup> ou 1/20 000<sup>ème</sup>)

**Erythromycine** 500mg cp : 2 cp x 2/j pdt 7j chez l'adulte

30 à 50 mg/kg/j chez l'enfant

**Auréomycine pommade** 1app x 2/j pdt 7j ou Bétadine pommade ou Fucidine crème

**Relais avec Miconazole crème** : 1app x 2/j et Griséfuline 500mg cp : 1cp x 2/j pdt 2 mois chez l'adulte et 15mg/kg chez l'enfant

#### **Schéma II : Eczéma**

##### **Schéma II-a : Eczéma aigu**

- **Non suintant**
- **Bétaméthazone crème** : 2 app/j pdt 7j puis arrêt dégressif 1 app/j pdt 1 semaine puis 1 app tous les 2j.
- **Antihistaminique** (chlorphénamine ou prométhazine cp) 1cp x 2/j si prurit

Si guérison : IEC (éviction de l'allergène)

Si amélioration : continu traitement plus IEC

Si pas amélioration : Référer

- **Suintant et surinfecté**

**Désinfectant  $KMNO_4$**  : 1 ou 2 app/j,  $\frac{1}{2}$  cp pour 5 litres d'eau chez l'adulte

$\frac{1}{2}$  cp pour 10 litres d'eau chez l'enfant

**Pommade asséchant** : Pommade Dalibourg 1-2 app/j pdt 1 semaine

Relais avec Betamethazone crème 1app x2/j pdt 15jours puis arrêt **Antibiothérapie** :

Erythromycine 500mg cp 2 cp x2/j chez l'adulte.

30 à 50mg/kg/j chez l'enfant.

**Bétamethazone à dose dégressive** : 1 app/j pdt 1semaine puis 1 app tous les 2 jours (15 jours).

**Antihistaminiques** : chlorphenamine cp 1cp 3 x /j si prurit

Si guérison : (éviction de l'allergène)

Si amélioration continu traitement +IEC

Si pas amélioration référer

**Schéma II-b** : Eczéma **chronique**

**Désinfectant  $KMNO_4$**  : 1 ou 2 app/j

**Betamethazone crème** 1 app x 2/j pdt 1semaine, puis 1 app 1j sur 2j pdt 7j, puis 1 app 1j sur 3j pdt 15j.

**Antihistaminique** : Hydroxigizine

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement plus IEC

Si pas amélioration : Référer

**Schéma III** : *Pyodermite*

**Schéma III- a**

▪ **Pyodermite localisée sèche**

**Désinfectant  $KMNO_4$**  : 1 app x 2/j (diluée à 1/10 000<sup>ème</sup> ou 1/20 000<sup>ème</sup>) +

**Tétracycline pommade** 3% + Erythromycine 500mg cp 2cp 2 fois/j chez l'adulte, 30 à 50mg/kg/j pdt 7 à 15j.

Bandage si possible

▪ **Pyodermite localisée humide** :

Polyvidone iodé 1 ou 2 app/j

Bandage si possible

**Erythromycine** 500mg cp 2cp 2 fois/j chez l'adulte, 30 à 50mg/kg/j pdt 7 à 15j.

**Schéma III-b : Pyodermite généralisée**

**Désinfectant  $KMnO_4$**  : 1 app x 2/j (diluée à 1/10 000<sup>ème</sup> ou 1/20 000<sup>ème</sup>)

**Alcool iodé** : 1 app x 2/j

**Antibiothérapie par voie générale** : Erythromycine ou Amoxicilline 2grs/j pdt 15j.

Bilan à la recherche d'un diabète, d'une insuffisance rénale ou d'un VIH.

**Schéma IV : Gale**

**Schéma IV-a : Gale Simple**

Lotion type Benzoate de Benzyle (Ascabiol) : 1 app sur tout le corps sauf le visage, attendre 24 H pour se laver chez l'adulte et 12 H pour les enfants.

**Traitement des contacts**

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : référer

**Schéma IV-b : Gale surinfectée**

**Désinfectant  $KMnO_4$**  : 1 app x 2/j (diluée à 1/10 000<sup>ème</sup> ou 1/20 000<sup>ème</sup>)

**Antibiothérapie locale** : Tétracycline pommade 3% 1 app x 2/j pdt 7j ou Polyvidone iodée.

**Antibiothérapie générale** : Amoxicilline 500mg (2grs/j pdt 15j)

Relais avec Benzoate de benzyle (Ascabiol) : 1 app sur tout le corps sauf

Le visage, attendre 24 h pour se laver chez l'adulte et 12 h pour les enfants.

**Traitement concomitant des contacts.**

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : référer

**7°) Plan d'analyse :**

La saisie et l'analyse des données ont été faites *au logiciel EPI info version 6.*

# ***RESULTATS***

---

## 5-1°) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES :

**Tableau 1** : Répartition des malades selon le sexe et l'année.

Variable	Malade/ Sexe			
	Année	Homme		Femme
		Effectif	Fréquence (%)	Effectif
2000	397	6,1	493	7,0
2001	622	9,6	755	11,7
2002	699	10,8	775	12,0
2003	652	10,1	737	11,4
2004	593	9,2	701	10,9
<b>Total</b>	<b>2963</b>	<b>46,1</b>	<b>3461</b>	<b>53,9</b>

Les femmes ont plus fréquemment consulté que les hommes dans cette série et cela pour toutes les années. Le sexe ratio est de 1,16 en faveur des femmes.

**Tableau 2** : Répartition des malades selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Commerçant	558	9,2
Chauffeur	102	1,6
Fonctionnaire	481	7,5
Enfant	1270	19,8
Elève/Etudiant	1273	19,8
Ouvrier	471	7,3
Paysan	357	5,6
Ménagère	1791	27,9
Autres*	91	1,4
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

**Tableau 3** : Répartition des malades selon la résidence.

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Commune de Kayes	4954	77,1
Cercle de Kayes (Hors Commune)	1097	17,1
Région de Kayes (Hors Cercle)	329	5,1
Autres*	44	0,7
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients résidaient dans la commune de Kayes (soit 77,1%)

Autres\* : hors de la région de Kayes.

**Tableau 4** : Répartition des malades selon le centre qui a référé

<b>Référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Présentation spontanée	5828	90,7
CSCOM	34	0,5
Centre de Santé Cercle	100	1,6
Hôpital FDK	389	6,1
Autres*	73	1,0



**Tableau 5** : Répartition des cas de dermatose selon l’Ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Sarakolé	1446	22,5
Peulh	1268	19,7
Malinké	776	12,1
Bamanan	757	11,8
Khasonké	672	10,5
Ouolof	270	4,2
Sénoufo	452	7,0
Sonrhaï	383	5,9
Autres*	400	6,2
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

Notre étude nous montre une prédominance des Sarakolés suivis des peulhs et khasonkés.

**Autres\*** : Bobo (60); Bozo (65); Dogon (88); Haoussa (13); Mianka (83); Mossi (14); Maure (39); Touareg (16); Non précisées.

## 5.2°) CARACTERISTIQUES CLINIQUES

**Tableau 6**: Répartition des malades selon le groupe de dermatose isolée.

<b>Dermatose isolée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
-------------------------	-----------------	----------------------

---

Oui	6374	99,2
Non	50	0,8
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

Dans 0,8% des cas la dermatose était associée à d'autres pathologies.

**Tableau 7** : Répartition des cas de dermatose associée à d'autres pathologies.

<b>Dermatose plus autres</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Dermatose plus infections respiratoires aiguës	6	12
Dermatose plus hypertension artérielle	8	16
Dermatose plus infections VIH	23	46
Dermatose plus infections urinaires	8	16
Dermatose plus autres affections*	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Autres affections\* : Fièvre typhoïde ; hémorroïde ; constipation.

**Tableau 8** : Répartition des cas de dermatoses selon les examens complémentaires.

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Sans bilan	5261	81,9
Numération formule sanguine	267	4,2
Glycémie	7	0,1
Sérologie VIH	363	5,7
NFS + Glycémie + Créat-urée + Sérologie VIH	403	6,3
Autres*	123	1,9
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

Seulement dans 18,1% des cas, nos patients avaient reçu un bilan.

Autres\* : Radiographie pulmonaire ; Bacille acido-alcoolorésistant (BH); Biopsie cutanée; SNIP..

**Tableau 9** : Répartition des malades selon l'hospitalisation.

<b>Hospitalisé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	45	0,7
Non	6379	99,3
<b>Total</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

Le service hospitalisait très peu de malades soit 0,7% de nos patients.

**Tableau 10** : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation.

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
2-7 jours	4	8,9
8-14 jours	8	17,7
15-21 jours	11	24,4
22-28 jours	4	8,9
29 jours et plus	18	40,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

40% de nos patients hospitalisés avaient fait plus de 29 jours d'hospitalisation.

**Tableau 11** : Répartition des malades selon le groupe de dermatose et l'hospitalisation.

<b>Hospitalisation</b>	<b>Malades</b>	
<b>Dermatose</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Dermatose erythémato-squameuse	1	2,2
Dermatose immuno-allergique	9	20,0
Dermatose bactérienne	13	28,8
Dermatose parasitaire	0	00,0
Dermatose virale	5	11,1
Infection sexuellement transmissible	8	17,1

Mycose superficielle et profonde	3	6,6
Dermatose tumorale	6	13,3
Autres*	0	00,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

C'était le cas de dermatose bactérienne qui faisait plus fréquemment l'objet de l'hospitalisation (soit 28,8% des hospitalisés) suivie de dermatose immunoallergique (soit 20% des hospitalisés).

**Tableau 12:** Répartition des cas de dermatose d'origine bactérienne selon l'âge.

Dermatoses	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
Folliculite	179	2,80	155	2,43	30	0,31	364	5,54
Furoncles	+ 8	0,12	39	0,61	13	0,20	60	0,93
Anthrax								
Mal perforant	0	0	9	0,14	4	0,06	13	0,2
plantaire								
Impétigo	172	2,69	92	1,44	15	0,23	279	4,36
Erysipèle	0	0	23	0,36	4	0,04	27	0,42
Ulçère de jambe	12	0,18	26	0,4	10	0,15	48	0,73
Lèpre	0	0	5	0,07	3	0,04	8	0,11
Fascite	0	0	1	0,01	3	0,04	4	0,05
nécrosante								
<b>TOTAL</b>	<b>371</b>	<b>5,79</b>	<b>350</b>	<b>5,46</b>	<b>72</b>	<b>1,09</b>	<b>803</b>	<b>12,34</b>

**Tableau 13** : Répartition des cas de dermatose d'origine virale selon l'âge

Age	1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
<b>Dermatoses</b>								
Varicelle	22	0,34	10	0,15	0	0	32	0,49
Zona	5	0,07	72	1,12	22	0,34	99	1,23
Molluscum contagiosum	80	1,25	17	0,26	0	0	97	1,51
Verrue vulgaire et palmo-plantaire	9	0,14	33	0,51	8	0,12	50	0,77
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>1,8</b>	<b>132</b>	<b>2,04</b>	<b>30</b>	<b>0,46</b>	<b>278</b>	<b>4,29</b>

**Tableau 14** : Répartition des cas de dermatose d'origine mycosique selon l'âge.

Dermatoses	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
Dermatophytie	186	2,91	357	5,6	66	1,03	609	9,54
Candidose cutanéomuqueuse	25	0,39	221	3,46	68	1,06	314	4,75
Pityriasis versicolor	7	0,10	55	0,86	11	0,17	73	1,13
Teigne	297	4,65	22	0,34	1	0,01	320	5
Onychomycose	4	0,06	45	0,7	3	0,04	52	0,8
Intertrigo interdigito-orteil	1	0,01	27	0,34	11	0,17	39	0,036
Mycétome	0	0	4	0,06	1	0,01	5	0,07
Chérite	7	0,10	25	0,39	6	0,09	38	0,19
<b>TOTAL</b>	<b>527</b>	<b>8,16</b>	<b>756</b>	<b>11,75</b>	<b>167</b>	<b>2,58</b>	<b>1450</b>	<b>21,84</b>

Les infections mycosiques ont dominé les dermatoses d'origine infectieuse avec 21,84%.

**Tableau 15 :** Répartition des cas de dermatose d'origine parasitaire selon l'âge

	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
<b>Dermatoses</b>								
Scbiose	34	0,53	54	0,84	11	0,17	99	1,54
Leishmaniose cutanée	3	0,04	25	0,39	0	0	28	0,43
Myase	4	0,06	2	0,03	1	0,01	7	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>0,63</b>	<b>81</b>	<b>1,25</b>	<b>12</b>	<b>0,18</b>	<b>134</b>	<b>2,07</b>

**Tableau 16 :** Répartition des cas d'IST selon l'âge.

	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
<b>Dermatoses</b>								
Condylome	1	0,01	55	0,86	6	0,09	62	0,96
Herpes Génital	0	0	22	0,34	4	0,06	26	0,4
Urétrite	0	0	24	0,37	2	0,02	36	0,39
Ulcération génitale	0	0	36	0,56	0	0	0	0,56
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,01</b>	<b>127</b>	<b>2,13</b>	<b>12</b>	<b>0,17</b>	<b>150</b>	<b>3,31</b>

**Tableau 17 :** Répartition des dermatoses d'origine immuno-allergique selon l'age.

Dermatoses	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
Eczéma	340	5,33	640	10,04	200	3,13	1180	18,5
Dermatite atopique	84	1,31	167	2,62	22	0,34	273	4,27
Urticaire	19	0,29	244	3,82	57	0,89	320	5
Prurigo	140	2,19	142	2,22	23	0,36	305	4,77
Prurit sans	22	0,34	94	1,47	51	0,8	167	2,61
lésions cutanées								
Toxidermie	13	0,20	11	0,17	5	0,07	29	0,44
Kératose pilaire	26	0,30	29	0,45	3	0,04	58	0,79
Ochoronose	0	0	13	0,20	1	0,01	14	0,21
Pemphigus	1	0,01	1	0,01	5	0,07	7	0,09
Pemphigoïde	0	0	0	0	1	0,01	1	0,01
ttEczématide	80	1,25	169	2,65	36	0,56	285	4,46
<b>TOTAL</b>	<b>715</b>	<b>11,22</b>	<b>1510</b>	<b>23,65</b>	<b>404</b>	<b>6,28</b>	<b>2639</b>	<b>41,15</b>

Les eczémas ont dominé les dermatoses immuno-allergiques avec 18,5%.

**Tableau 18 :** Répartition des dermatoses érythemato-squamées selon l'age.

	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
<b>Dermatoses</b>								
Psoriasis	9	0,13	75	1,16	24	0,37	108	1,66
Pityriasis Rosé	11	0,17	17	0,26	2	0,03	30	0,46
Gibert								
Erythrodermie	0	0	1	0,01	1	0,01	2	0,02
Lupus	0	0	6	0,09	8	0,12	14	0,21
Ichtyose	6	0,09	1	0,01	0	0	7	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>0,39</b>	<b>100</b>	<b>1,53</b>	<b>35</b>	<b>0,63</b>	<b>161</b>	<b>2,55</b>

**Tableau 19** : Répartition des dermatoses tumorales selon l'âge.

Dermatoses	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
Botriomycome	3	0,04	9	0,14	3	0,04	15	0,22
Chéloïde	15	0,23	86	1,34	17	0,26	118	1,83
Hydradénome	0	0	4	0,06	0	0	4	0,06
Mélanome	0	0	2	0,02	3	0,04	5	0,05
Kaposie	0	0	6	0,09	2	0,02	8	0,11
Lipome	2	0,02	11	0,17	5	0,07	18	0,26
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>0,29</b>	<b>118</b>	<b>1,82</b>	<b>30</b>	<b>0,39</b>	<b>168</b>	<b>2,53</b>

Les cheloides ont dominé les dermatoses tumorales avec 1,83%.

**Tableau 20** : Répartition des cas d'autre dermatose selon l'âge.

Dermatoses	Age 1 à 14 ans		15 à 44 ans		45 ans et plus		TOTAL	
	Effectif	Freq	Effectif	Freq	Effectif	Freq		
Kératodermie	78	1,22	135	2,11	37	0,58	250	3,91
Vitiligo	16	0,25	15	0,23	8	0,12	39	0,6
Noevus	5	0,07	12	0,17	4	0,06	21	0,3
Acnée	10	0,15	235	3,68	9	0,14	254	3,97
Reckling hausen	0	0	2	0,02	1	0,01	3	0,03
Nevrodermie	0	0	6	0,09	1	0,01	7	0,1
Xerose cutanée	8	0,12	7	0,10	3	0,04	29	0,26
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>1,81</b>	<b>412</b>	<b>6,4</b>	<b>63</b>	<b>0,96</b>	<b>591</b>	<b>9,17</b>

### 5-3°) SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE :

**Tableau 21** : Répartition des cas de dermatoses par an selon le devenir.

Année	2000		2001		2002		2003		2004		TOTAL	
Devenir	EFF	(%)	EFF	(%)	EFF	(%)	EFF	(%)	EFF	(%)		
Amélioration	405	6,3	519	8,07	627	9,76	609	9,48	616	9,58	2776	43,71
Guérison	370	5,75	744	11,58	712	11,08	604	9,4	522	8,12	2952	45,93
Perdu de vu	58	0,9	32	0,49	45	0,7	104	1,61	90	1,4	329	5,1
Récidive	53	0,82	66	1,02	64	0,99	45	0,7	37	0,57	265	4,1
Evacuation	2	0,02	13	0,2	22	0,34	27	0,42	26	0,39	90	1,37
Décès	2	0,02	3	0,04	4	0,06	0	0	3	0,04	12	0,16
<b>TOTAL</b>	<b>890</b>	<b>13,81</b>	<b>1377</b>	<b>21,4</b>	<b>1474</b>	<b>22,93</b>	<b>1389</b>	<b>21,61</b>	<b>1294</b>	<b>20,1</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

**Tableau 22** : Répartition des cas selon le devenir et le sexe.

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
Devenir	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Amélioration	1246	19,3	1530	23,8	2776	43,1
Guérison	1386	21,5	1566	24,4	2952	45,9
Perdu de vu	179	2,7	150	2,3	329	5,0
Récidive	111	1,7	154	2,4	265	4,1
Evacuation	36	0,5	54	0,8	90	1,3
Décès	5	0,0	7	0,1	12	0,1
<b>Total</b>	<b>2963</b>	<b>46,1</b>	<b>3461</b>	<b>53,9</b>	<b>6424</b>	<b>100</b>

Notre étude nous avait montré qu'il y'a plus de décès de femmes que d'hommes.

## ***ICONOGRAPHIE***

---

**Photo 1** : Herpes génital ulcéré



**Photo 2 :** Cellulite necrosante



**Photo 3 :** Dermatophytie inguino-crurale



**Photo 4 :** Leishmaniose cutanée (jambe droite)



**Photo 5 :** Psoriasis étendu du dos



**Photo 6:** Lichen plan (jambes)



**Photo 7 :** Kaposi des pieds



**Photo 8 :** Eczéma suintant



# ***COMMENTAIRES ET DISCUSSION***

---

## **VI- Commentaires Et Discussion.**

### **1) Discussion de la méthodologie.**

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur tous les malades consultants à l'HFDK pour dermatose et IST de 2000-2004.

**6424** cas conformes à la définition ont été inclus dans cette étude.

Les malades provenaient de la commune, des 6 cercles et des pays frontaliers de Kayes avec une forte prédominance de la commune de

Kayes.

Notre échantillon représente 18,3% de l'ensemble des consultations médicales.

Les résultats ici de cet échantillon permettent de nous faire une idée sur les caractères socio- démographiques,épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cas de dermatoses et IST pris en charge à l'HFDK .

## **2) Sur le plan épidémiologique :**

### **2-1. Le sexe :**

Notre étude nous montre la prédominance du sexe féminin. Le sexe ratio est de 1,16 en faveur de sexe féminin. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la femme en prenant soin de sa peau utilise certains produits de beauté qui fragilisent la peau, la rendant ainsi vulnérable aux dermatoses, les motivant beaucoup plus à venir en consultation.

### **2-2. L'âge.**

L'âge moyen des malades était de 43 ans avec un extrême allant de 1- 85 ans.

Cependant les adultes et les enfants ont été plus fréquemment vus avec respectivement 55,2 % pour les adultes, 31,3% pour les enfants et 13,5% pour les vieux.

On pourrait penser que certaines pathologies seraient favorisées chez l'adulte par certaines substances chimiques industrielles dans le cas des eczémas ; l'automédication engendrant des cas de toxidermies ; la promenade ou la marche dans les zones sahéliennes pieds nus ou sans protection particulière, dans le cas des mycétomes ou des leishmanioses.

Cependant Konaté M (10) a rapporté que 34% plus ou moins 4 des dermatoses observées dans la région de Koulikoro l'ont été chez les enfants.

Une autre étude menée au Brésil (12) en milieu scolaire a retrouvé une prévalence de dermatose allant de 21% à 87% chez les enfants.

Ces deux études n'ont pas intéressé la population générale.

### **2-3. Du point de vue référence.**

La majorité des malades a consulté spontanément, car le service de dermato-vénérologie de l'Hôpital Fousseyni Daou est depuis sept (7ans) le seul centre de référence de la région. Ce centre est maintenant bien connu par les populations.

### **2-4. Hospitalisation :**

Le service hospitalisait très peu de malades, les hommes étaient plus fréquemment hospitalisés que les femmes. Ceci pourrait expliquer que par le fait que la femme prenant soin de sa peau, consulte tôt devant toute lésion cutanée et l'homme ne se fait consulter qu'à un stade gravissime nécessitant une hospitalisation.

Traoré B a rapporté le même résultat au cours de son étude (15).

### **2-5. La durée d'hospitalisation :**

La durée du séjour hospitalier a semblé plus élevée pour les adultes que les enfants et les personnes âgées. Le service hospitalisait très peu et la durée d'hospitalisation était longue, 40% de nos hospitalisées avaient fait un séjour de plus 29 jours. Ces différences semblent être liées aux types de dermatoses et aux terrains des malades (le cas de pemphigus, des mycétomes).

### **2-6. La résidence des patients :**

La majorité des malades était originaires de la commune urbaine de Kayes (77,1%). Ceci s'expliquerait par le fait que le centre de référence se trouve dans la commune de Kayes. Très peu de malades venaient hors commune de Kayes. Cela serait lié aux difficultés d'accès de l'Hôpital Fousseyni Daou (qui peut être lié à l'état défectueux de certains réseaux routiers, ou à un manque de moyen financier) ce qui justifiait un taux de 5,1% de malades perdus de vue.

## **2-7. La profession des malades :**

Notre étude a montré une fréquence plus élevée des ménagères (27,6%), des enfants (19,7%). Ces deux catégories sont en contact dans la plupart du temps, les femmes amènent le plus souvent les enfants en consultation, ceci pourrait expliquer la transmission rapide de certaines dermatoses (Exemple : la dermatophytie, la gale).

## **3) Sur le caractère clinique :**

Parmi les différentes dermatoses ayant motivé la consultation et l'hospitalisation, nous avons constaté :

- La prédominance de la dermatose infectieuse et IST (dermatose bactérienne, virales, mycosique, parasitaire et infection sexuellement transmissible) ; suivi de la dermatose immunoallergique, de la dermatose tumorale, de la dermatose érythémato-squameuse. Selon la littérature (9), les principaux motifs de consultation et d'hospitalisation étaient : les pyodermites, les furoncles et les eczémas.
- La majorité des malades de notre étude présentait une dermatose isolée. Dans 0,8% des cas, la dermatose était associée à d'autres pathologies. Parmi la dermatose associée à d'autres pathologies, nous avons constaté que la dermatose était associée à l'infection VIH dans 46% des cas. Les dermatoses les plus fréquemment associées à l'infection VIH étaient : Les mycoses, la maladie de Kaposi, les pyodermites et les cellulites nécrosantes.
- La fréquence des dermatoses infectieuses et IST est supérieure (43,9%), aux dermatoses immunoallergiques (41,4%) avec seulement 2,5% pour les dermatoses érythémato-squameuses. Une étude menée au Nigeria (11) a rapporté la prédominance des dermatoses infectieuses chez les patients examinés au cours d'une enquête dans 7 villages (282 cas de dermatoses infectieuses sur 1 112 cas de dermatoses, soit 25%).

## **4) Sur le plan thérapeutique :**

Un grand nombre de malades de notre étude ont été améliorés voire une guérison complète au cours du suivi thérapeutique. Nous avons constaté que 5,1% des malades ont été perdus de vue, 4,1% de cas de récurrence dominés par la pathologie tumorale, 1,4% des malades évacués à Bamako pour prise en charge et 0,1% des malades décédés (soit 12 cas de décès en 5 ans).

La prise en charge de cas chroniques connaît assez de difficultés liées à la non disponibilité des molécules appropriées pour le traitement, et à la limitation des moyens financiers des malades.

# ***CONCLUSION***

## ***RECOMMANDATIONS***

---

### ***CONCLUSION***

Notre étude a été justifiée par le fait que les maladies de la peau constituent un problème de santé publique majeur dans les pays en voie de développement. Elle avait pour but de rapporter les modalités de prise en charge des dermatoses au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire.

Ainsi nous avons mené une étude rétrospective descriptive de 12 mois à l'hôpital Fousseyni Daou.

Cette étude nous a permis de faire un bilan général de l'activité du service en 5 ans :

- La prévalence des dermatoses infectieuses et IST (43,9%) par rapport aux autres dermatoses ;
- Une nette prédominance du sexe féminin dans la population étudiée ;

- Un polymorphisme clinique de nos cas de dermatoses.

Les points faibles des activités résident dans l'insuffisance de la tenue des supports, un local non adapté et non commode pour l'hospitalisation engendrant souvent le refus d'hospitalisation.

Le point positif concerne le bon niveau de qualification du personnel qui se reflète sur les résultats de la prise en charge des malades.

## RECOMMANDATIONS

A l'issue de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

✓ ***Aux agents sanitaires :***

Education, information et conseils auprès de la population à fin qu'elle puisse se présenter précocement à la consultation dermatologique.

- ✓ ***A la population :*** D'amener sans délai les malades à la consultation devant toute lésion cutanée. D'éviter l'automédication. D'assurer une bonne hygiène corporelle et alimentaire.

- ✓ *Aux autorités sanitaires du pays* :Faire des études analogues dans les différentes structures de santé en vue de dégager les principales pathologies fréquemment vues en consultation, fréquemment hospitalisées, pour permettre d'orienter la politique hospitalière du Mali.

Sensibiliser les autorités sanitaires pour améliorer les conditions de travail et d'hospitalisation.

# ***REFERENCES***

---

## REFERENCES

1. **Mahé et collaborateurs.** Dermatose en milieu tropical 1994- N° 214-215.
2. **Mahé. A, CISSE. IA, FAYE. O, N'DIAYE. HT, NIAMBA.T,** skin diseases in Bamako (Mali). Int J Dermatol 1988, 37: 373-676.
3. **Coulibaly A** Dermatoses de l'enfant : etude clinique, épidémiologie et thérapeutique à l'Institut Marchoux (Bamako-Mali) Thèse Médecine 2000 N°129.
4. **Verhagen AR, Koten JW, Chaddah VK, Patel RI.** Skin disease in Kenya. Arch Dermatol 1968; 98: 577-5860.
5. **Geantillini M** Médecine tropicale 2 ème tirage actualisé, 1995 : 289-308.
6. **Daniel F** Dictionnaire de dermatologie Paris 1990.
7. **Buxton PK** ABC de dermatologie 1<sup>ère</sup> édition Française 1990 : 36-39. of leprosy 1966; 34: 255-273.
8. **Traoré B** Dermatoses infectieuses courantes à l'Institut Marchoux : Aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques. Thèse de Médecine Bamako 1996.
9. **N'diaye A T** Prévalence des affections dermatologiques dans le District de Bamako. Mémoire CES Bamako 1996.
10. **Konaté M** Evaluation de la prévalence des maladies de la peau dans la population infantile dans la région de Koulikoro. Thèse de Médecine Bamako 1993 (93-M-32).
11. **Shrank Ab A** A field. Survey in Nigeria Trans of the Saint-John's Hospital dermatological society, 1965; 51: 85-94.
12. **Belchelli LM et Coll.** Epidemiological survey of skin diseases in school children living in the pinus valley (Acre, State, Amazonia, Brazil). Dermatologica 1981; 163: 78-93.
13. **Chang Y et Al.** Identification of herpes virus. Like DNA sequences in AIDS Associated Kaposi's Sarcoma.. Science 1994; 266: 1865-9.
14. **Direction Nationale de Statistique et de l'Informatique.** Présentation de la région de Kayes en 2000.
15. **Traoré B.** Bilan de huit années d'hospitalisation

à l'Institut Marchoux Thèse de Médecine 1999. **16.**

**Pherion.** Dermatose et infections cutanées en milieu tropical. Far 90 – 035 : 3.

**17. Gentillini M et Coll.**

Dermatologie tropicale. Edition de l'université de Bruxelles/AUPELF.D/ 1993 ; 017 : 6.

**18. Jh SAURAT.**

2ème édition revue et augmentée 1990.

**19. Jh SAURAT et Coll.** Précis de dermatologie et vénéréologie, 2ème tirage

1987. **20. Chor PJ et Al.** Kaposi's sarcoma – A clinicopathologic review and

differential Ignis. I cutan pathol 1992; 19; 6-20. **21. Tapero W et Al.** Kaposi's

sarcoma – epidemiology, pathogenesis, histology, clinical spectrum, staging

criteria and therapy. I am Acad dermatol 1993; 28: 371-95..

# ANNEXES

---

## *Fiche signalétique*

**Nom :** CAMARA **Prénom :** Mamady  
**Nationalité :** Malienne **Titre :** Aspects Epidemio-cliniques et prise en charge des Dermatoses et IST à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Année Universitaire :** 2004 - 2005 **Ville de soutenance :** BAMAKO  
**Pays d'origine :** MALI **Lieu de**

**dépôt :** Bibliothèque de la FMPO **Secteur d'intérêt :** Dermatologie

**RESUME :** Les objectifs de notre étude étaient de rapporter la fréquence annuelle des motifs de consultation et d'hospitalisation des malades atteints de dermatoses, IST/SIDA. Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de dermatoses et IST/SIDA ayant motivé la consultation et l'hospitalisation. Rapporter les modalités de prise en charge des cas et leurs résultats. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée à l'Hôpital Fousseyni Daou de novembre 2004 à septembre 2000 sur des registres de consultation, d'hospitalisation et dossiers de malades. L'analyse au logiciel EPI6info des données recueillies au cours de l'étude nous a permis de noter : La prédominance du sexe féminin parmi les malades de notre population d'étude, le sexe ratio est de 1,16 en faveur du sexe féminin. Une forte proportion de la tranche d'âge de 15 à 44 ans (adolescents et adultes). L'âge moyen est de 43 ans avec des extrêmes allant de 1- 85 ans. La majorité de nos malades est originaire de la commune de kayes. Cependant les malades venaient de toutes les communes, les cercles et des états voisins (Sénégal, Guinée, Mauritanie). Le plus grand nombre de nos malades étaient des ménagères et des enfants, très peu de fonctionnaires. La majorité des cas étaient des dermatoses isolées. Parmi les cas d'association, on a pu noter 0,8% des cas de dermatoses associées à d'autres pathologies. Une proportion non négligeable de dermatoses était associée à l'infection par le VIH. Parmi elles nous avons noté : les mycoses, la maladie de

kaposi, l'herpes génital ulcéré. La durée du séjour hospitalier était plus de 29 jours dans 40% des cas. Les cas de dermatose bactérienne étaient les plus fréquemment hospitalisés (soit 28,8%) suivis des cas de dermatose immunoallergique (soit 20%). Les cas de sclérodermie et de mélanodermie n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation. Les résultats de la prise en charge étaient bons pour les dermatoses isolées. Un grand nombre de malades a eu une guérison complète au cours du suivi thérapeutique. Le taux de décès a été relativement faible (0,1% des cas soit 12 malades décédées/6424). L'insuffisance de la tenue des registres de consultation, d'hospitalisation, des dossiers et les mauvaises conditions d'hospitalisation engendrant souvent le refus d'hospitalisation par les malades ont diminué la population d'étude. Les résultats issus de l'analyse de notre étude ne peuvent pas représenter l'ensemble de l'activité de service au cours des 5 ans. Le point positif concerne le bon niveau de qualification du personnel qui se reflète sur les résultats de la prise en charge des malades.

## FICHE D'ENQUETE1. N°

**Fiche**.....2.  
**Date** :...../\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/3.  
**Nom et Prénom** :.....4.  
**Âge** : /\_\_\_\_\_/5. **Sexe** : /\_\_\_\_\_/ 1=  
Masculin 2= Féminin6. **Profession** :  
**7. Résidence** : /\_\_\_\_\_/ 1= Commune de Kayes 2= Cercle de Kayes (Hors  
Commune) 3= Région de Kayes (Hors cercle de  
Kayes) 4= Autres (Hors Région).8. **Référence** :  
/\_\_\_\_\_/ 1= Non référé 2= CSCOM 3= CSREF  
4= Hôpital FDK 5= Hôpital National  
6= Privée 7= Autres (INPS, CFM, Camp militaire)  
**9. Ethnie** : **10. Diagnostique** :- Dermatose isolée : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui  
2= Non- Dermatose plus autres : **11. Examens complémentaires** : /\_\_\_\_\_/ 1= NFS,  
2= Glycémie, 3= Sérologie VIH, 4=  
Créatininémie 5= Autres (Rx, Biopsie  
cutanée, Recherche de BH, SNIP, Recherche du corps de leishmanies).  
6= 1+2+3+4, 7= 1+2, 8= 2+3+4. **12. Hospitalisation** : /\_\_\_\_\_/  
1= Oui 2= Non**13. Durée d'hospitalisation** : /\_\_\_\_\_/ 1=  
2 à 7 jours, 2= 8 à 14 jours, 3=  
15 à 21 jours, 4 = 22 à 28 jours, 5=  
29 jours et plus.4. **Modalité de prise en charge.Traitement antibiotique** : /\_\_\_\_\_/  
1= Oui 2= Non - Famille antibiotique :  
- Forme galénique antibiotique :**Traitement anti-inflammatoire** : -  
Famille anti-inflammatoire : - Forme galénique anti-  
inflammatoire :**Traitement dermocorticoïde** : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui  
2= Non**Traitement antimycosique** : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2=  
Non**Autres traitements** : **15. Devenir** : 1= Amélioration, 2= Guérison complète,  
3= Perdu de vue, 4= Récidive, 5= Décès, 6= Référence /  
Evacuation à Bamako.

## ***SERMENT D'HYPOCRATE***

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie D'HYPOCRATE, 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à

corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie 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. **R**espectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. **Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! **Q**ue je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !