

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But -Une Foi



Université des Sciences Techniques et des
Technologies de Bamako



Faculté de la Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

Année universitaire : 2024-2025

Thèse N.....

THESE :

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA DERMATITE
SEBORRHEIQUE DU NOURRISSON D'AGE INFERIEUR A 3 MOIS A
L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 28//07/2026

Devant le jury de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Par : **Mr Sayon DIARRA**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : M. Adama Aguisa DICKO, (Maitre de conférences)

Directeur : M. Mamadou GASSAMA, (Maitre de conférences)

Membres : M. Karamoko SACKO, (Maitre de conférences)

M. Lamissa CISSE, (Dermatologue)

Mme Binta GUINDO, (Dermatologue)

DEDICACES



DEDICACES

Au nom d'Allah

Le Tout Miséricordieux

Le Très Miséricordieux

Je remercie Allah azwadjal, Le Grand Pourvoyeur par excellence. Aujourd'hui je lui adresse toute ma reconnaissance pour m'avoir donné la vie et fait de moi un homme de science. C'est Lui qui rend la chose difficile en facile, et ce jour est la preuve qu'il m'a facilité mon parcours d'étude en médecine malgré les difficultés qui se sont présentées. J'espère faire bon usage de ce soir acquis par Sa permission. O Allah, répands des bénédictions sur **Mouhammad** et sur la famille de **Mouhammad**, et donne-leur la paix !

Je dédie ce travail à :

→ **Ma mère Doussouba TRAORE** : Mère, ma pensée pour toi me donne nuit et jour la force nécessaire pour réussir dans mes entreprises. Merci pour tes soins, tes efforts incommensurables et tes nuits blanches pour que ma vie soit une réussite.

Nous prions le Bon Dieu qu'il te donne longue vie. AMEN !

→ **Mes pères Moriba DIARRA et feu Adama DIARRA** : Pour vos courages à l'éducation de vos enfants, vos encouragements constants, vos soutiens matériels, financiers et moraux sans lesquels ce travail serait difficile pour nous.

Nous prions le Bon Dieu qu'il accueille le défunt dans son immense paradis. AMEN !

→ **Ma chère épouse Mariam DIARRA** : Compagne de chaque instant, ma distinguée tu as partagé les silences des nuits de travail, les doutes, les espoirs et les sacrifices qu'impose ce long chemin. Par ton amour constant, ta patience et ta force discrète, tu as été mon soutien le plus précieux. Ce travail, aboutissement d'année d'efforts, porte en lui l'empreinte de ton engagement, de ta compréhension et de ta générosité. Qu'il soit le témoignage de ma reconnaissance infinie, de mon profond respect et de mon amour indéfectible.

→ **Mes frères, Cheickné Moriba DIARRA et Monzon DIARRA :** Pour votre soutien quotidien.

Que le Bon Dieu fasse en sorte que nous restons unis. AMEN !

REMERCIEMENTS :

Je remercie d'abord ALLAH, le Tout puissant, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux qui nous a permis de franchir de multiples obstacles dans la paix et la santé. Qu'il fasse de nous des musulmans pieux et sincères. AMEN !

Mes sincères remerciements à :

→ **Mes grands-parents,**

→ **Mes tontons,**

→ **Mes tantes,**

→ **Mes oncles,**

→ **Mes frères et sœurs,**

→ **Mes cousins et cousines,**

→ **Toutes les amies de mes mères,**

→ **Tous les amis de mon père,**

→ La famille DIARRA en France, en Espagne, à Djicoroni-para, à Kati, à Lafiabougou, à Baguinéda, à Doucourakoro, à Sébenicoro, à Niamankoro-courani, et à Kita

→ La famille TRAORE à Yirimadio et à Djicoroni-para

→ La famille FOFANA à Kati, à Faladié, à Garantiguibougou, et à Tiébani

→ La famille COULIBALY à Djicoroni-para, à Sotuba et au Point-G

→ La famille CAMARA à Djicoroni-para

→ La famille KONE à Doucourakoro

→ **Tous les professeurs de la FMOS :**

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble de mes professeurs pour la qualité de leur enseignement, leur disponibilité et leur engagement tout au long de mon parcours médical. Leur rigueur scientifique, leur exigence humaine et leur passion pour la médecine ont largement

contribué à ma formation, tant sur le plan académique que professionnel. Je les remercie sincèrement pour les connaissances transmises, les conseils prodigués et l'exemple qu'ils ont su donner, et qui continueront à guider ma pratique médicale future. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Je remercie sincèrement **mes aînées et les docteurs en spécialisation** pour leur soutien, leurs conseils et le partage généreux de leur expérience. Leur accompagnement m'a beaucoup aidé à progresser et à surmonter les défis de ma formation.

→ **Au personnel de l'hôpital de Dermatologie :**

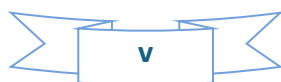
Je souhaite adresser mes sincères remerciements à l'ensemble du personnel de l'hôpital qui m'a accueilli et accompagné tout au long de la réalisation de ce travail. Je leur exprime toute ma reconnaissance pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservée.

→ **Au personnel du Cabinet Médical Nanténin Keita :** Merci infiniment pour les connaissances transmises.

→ **A mes compagnons de tous les jours, mes conseillers, Commissaire de Police Danfing FOFANA, Issa FOFANA, Boubacar DIARRA, Cheickna DIARRA, Mahamadou COULIBALY**

HOMMAGES AUX

MEMBRES DU JURY



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Adama Aguisa DICKO

- **Dermatologue-léprologue-vénérologue**
- **Maitre de conférences agrégé en dermatologie-léprologie-vénérologie**
- **Chef de Service de Dermatologie de l'HDB**
- **Président du comité Médical d'établissement de l'HDB**
- **Chef du département clinique et biomédical**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales**
- **Ancien médecin chef du district sanitaire de Douentza**
- **Cher maitre,**

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle grâce à qui nous avons aimé cette discipline.

C'est un véritable privilège pour nous de compter parmi vos élèves.

Recevez ici, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Mamadou Gassama,

- **Maitre de conférences agrégé en dermatologie-léprologie-vénérologie**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital de Dermatologie de Bamako**
- **Point focal des personnes atteintes d'albinisme au Mali**
- **Chef de Service de la Léprologie**
- **Membre de la société malienne de Dermatologie-léprologie-vénérologie**

Cher maitre,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Durant notre formation nous avons eu le privilège de bénéficier de votre haute courtoisie, votre amabilité, votre amour pour l'enseignement et votre simplicité qui témoignent de la grandeur d'esprit qui vous est propre.

Recevez en ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Binta GUINDO

- **Spécialiste en Dermato-vénérologie ;**
- **Praticienne hospitalière à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako ;**
- **Membre de la société malienne de Dermatologie-léprologie-vénérologie (SOMADEV) ;**
- **Maitre de recherche à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont marqué notre formation. Nous vous remercions sincèrement pour les connaissances transmises. Veuillez recevoir, cher Maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Lamissa Cissé

- **Spécialiste en dermato-vénérologie**
- **Praticien hospitalier à l'HDB**
- **Membre de la société malienne de dermatologie vénérologie**
- **Maitre de recherche à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- **Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie**
- **Membre de l'Académie Européenne de Dermatologie veneréologie.**

Cher maitre,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse.

Vos qualités humaines et sociales, de praticien infatigable, votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité ont beaucoup attiré notre attention.

Veillez recevoir ici toute notre reconnaissance.

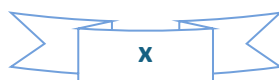
A NOTRE MAITRE ET JUGE

PR KARAMOKO SACKO

- **Maitre de conférences Agrégé en pédiatrie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabril Touré ;**
- **Hépatogastro-entérologue et nutritionniste pédiatrique ;**
- **Responsable de l'unité de pédiatrie II au CHU Gabril Touré ;**
- **Responsable de l'unité de nutrition de pédiatrie au CHU Gabril Touré ;**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED).**

Cher Maître,

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance. Votre engagement constant pour l'excellence académique constitue pour nous une source d'inspiration.



SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

HDB : Hôpital de Dermatologie de Bamako

DS : Dermatite Séborrhéique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PV : *Pityriasis versicolor*

DA : Dermatite Atopique

% : Pourcentage

Cm : Centimètre

°C : Degré Celsius

J : Jour

Kg : Kilogramme

Ph : Potentiel d'hydrogène

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FSH : Hormone de Stimulation Folliculaire

LH : Hormone Lutéinisante

LISTE DES FIGURES

Figure 1: répartition des patients selon le sexe	21
Figure 2: répartition des patients selon le telisman	25
Figure 3: Répartition des patients selon l'utilisation d'autre aliment	28

TABLE DE MATIERES

I – INTRODUCTION.....	1
II - OBJECTIFS.....	3
III - GENERALITES.....	5
IV - METHODOLOGIE.....	16
1- Cadre d'étude et lieu d'étude.....	17
2 – Type d'étude.....	18
3 – Période d'étude.....	18
4 – Population d'étude.....	18
5 – Analyses des données.....	18
V - RESULTATS.....	19
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	31
VII -CONCLUSION	35
VIII - RECOMMANDATIONS.....	37
IX - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39
ANNEXES.....	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge	20
Tableau II: Répartition des patients selon la durée d'évolution de lésion.....	21
Tableau III: Répartition des patients selon le mode de début de lésion	22
Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance	22
Tableau V: Répartition des patients selon le pourcentage de la surface corporelle atteinte	23
Tableau VI: Répartition des patients selon le traitement antérieur	23
Tableau VII: Répartition des patients selon le type de lésion	23
Tableau VIII: Répartition des patients selon la topographie	24
Tableau IX: Répartition des patients selon les habitudes d'hygiène.....	24
Tableau X: selon autres habitudes de soins.....	25
Tableau XI: Selon le nombre de bain par semaine.....	26
Tableau XII: Répartition des patients selon l'utilisation du type de savon.....	26
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'alimentation selon l'allaitement	27

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION :

La dermatite séborrhéique (DS) est une dermatose de connaissance ancienne (19^{ième} siècle). C'est une maladie inflammatoire chronique à forte incidence et prévalence (1 à 3% dans la population générale, 3 à 5% chez les jeunes adultes et 40 à 80% chez les personnes séropositives) [1].

La dermatite séborrhéique est une dermatose érythemato squameuse, inflammatoire liée à la présence d'un champignon, le pityrosporum ovale.

Elle est le plus souvent la première dermatose apparaissant chez le nouveau-né.

Les complications infectieuses sont fréquentes dans le contexte de fragilité cutanée.

La dermatite séborrhéique survient dès les premières semaines de vie, elle régresse après 5 ans.

La prévalence dans la population générale varie de 1 à 3%. Les formes adultes sont les plus décrites en raison du rôle de l'immunité dans la survenue de cette forme.

Les travaux portent le plus souvent sur les formes adultes, avec une recherche de comorbidités et des antécédents. Une partie de ces travaux se sont intéressée à la dermatite séborrhéique dans l'infection à VIH.

En Afrique au sud du Sahara, la dermatite séborrhéique chez l'enfant a été plutôt étudiée parmi un groupe de dermatoses chez le nourrisson.

Dans notre contexte, les pratiques de soins prodiguées aux nouveaux nés et aux nourrissons doivent être étudiées.

Une description de ces pratiques permettra d'améliorer nos connaissances sur la dermatite séborrhéique.

Le but de cette étude était de décrire le profil des cas de dermatite séborrhéique à l'hôpital de dermatologie de Bamako.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1– OBJECTIF GENERAL :

Etudier le profil épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique du nourrisson d'âge inférieur à 3 mois au service de dermatologie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

2– OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Rapporter l'âge de survenu des premiers signes de la dermatite séborrhéique du nourrisson.
- ❖ Rapporter le rôle des soins au bébé.
- ❖ Rapporter la topographie et le mode évolutif de la DS du nourrisson.
- ❖ Rapporter les pratiques d'hygiène chez les cas.
- ❖ Rapporter les pratiques nutritionnelles chez les cas.

GENERALITES

III- GENERALITES :

A – Définition :

La dermatite séborrhéique est une dermatose inflammatoire chronique, évoluant par poussée et touchant principalement le sujet jeune. Les lésions sont érythématosquameuses en plaque localisées sur les zones séborrhéiques de la tête et du tronc [1].

B – Histoire naturelle :

L'importance de l'érythème et de la desquamation est variable dans le temps.

Sur le cuir chevelu, ces lésions sont variables allant d'une simple desquamation sèche à des croûtes épaisses associées à un érythème. Les squames engainent les cheveux dans les formes plus profuses.

Les lésions régressent spontanément, sans laisser de séquelles, mais cette dermatose évolue par poussées avec parfois une aggravation pendant l'hiver et lors des périodes de stress. La dermatite séborrhéique du cuir chevelu est améliorée par des shampoings dit (antipelliculaires) et différentes substances médicamenteuses.

C'est une affection bénigne, mais le prurit et certaines formes étendues sont parfois gênants [2].

C- Épidémiologie :

L'épidémiologie de la dermatite séborrhéique est relativement mal connue. S'il est évident qu'il s'agit d'une maladie fréquente, il est pourtant difficile d'en établir la prévalence de façon fiable et reproductible, essentiellement en raison des impressions nosologiques et des difficultés de définition. En effet, ce que certains dénommeront la dermatite séborrhéique dans une forme mineure, sera considéré par d'autres comme un état séborrhéique (normal).

Les modalités évolutives, par alternance de poussées et de rémissions, rendent quant à elles difficiles l'analyse des facteurs de risques (distinguer les facteurs de risques de maladie et les facteurs de risques de poussée) et celle des facteurs pronostiques [3].

1 – Prévalence de dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique est une pathologie courante : sa prévalence est généralement évaluée à approximativement 3% dans la population, mais peu d'études ont évaluée cette prévalence de manière précise. [4]

Elle touche 20 à 40 % des séropositifs asymptomatiques, et 40 à 80 % des sidéens. [5]

2-Maladies associées à la dermatite séborrhéique :

Ailleurs, on constate une augmentation de la prévalence de la dermatite séborrhéique au cours de certaines maladies. [4]

a. Dermatite séborrhéique et infection par le VIH :

La dermatite séborrhéique est une affection cutanée inflammatoire très fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, touchant jusqu'à 85% d'entre elles. En cas d'infection par le VIH, elle se présente souvent de manière plus sévère, étendue et difficile à traiter qu'en population générale, servant parfois de marqueur d'un affaiblissement du système immunitaire.

b. Stress et dermatite séborrhéique :

Le stress est facteur déclenchant majeur de la DS. Sous l'effet de la tension nerveuse, le corps produit du cortisol, ce qui stimule les glandes sébacées. Cet excès de sébum nourrit la levure *Malassezia*, provoquant l'inflammation, la rougeur et la desquamation sur le cuir chevelu et le visage.

Pour mieux comprendre la relation entre ces deux éléments, voici les points clés à retenir :

- Le cercle vicieux : Le stress accélère l'apparition des poussées, et les symptômes visibles de la dermatite (démangeaisons, inconfort social) génèrent à leur tour de l'anxiété et de la fatigue, aggravant la situation.
- La cause biologique : Les hormones de stress provoquent une réponse immunitaire qui enflamme la peau et modifie son microbiote.

c. Dermatite séborrhéique et maladie de Parkinson :

La DS (plaques rouges, squames et desquamations) est un symptôme cutané très fréquente chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Elle touche environ 20 à 60% d'entre eux et parfois apparaitre comme signe précurseur de la maladie [6]

3- Facteurs inducteurs de poussées de dermatite séborrhéique :

Les poussées de DS sont déclenchées par une combinaison de facteurs favorisant l'excès de sébum et la prolifération de la levure *Malassezia*. Les principaux inducteurs incluent le stress,

la fatigue, les variations climatiques (froid, humidité), la transpiration et une consommation excessive d'alcool ou de tabac.

D- Physiopathologie :

A l'heure actuelle, on connaît les causes de la dermatite séborrhéique mais aucun scientifique n'est aujourd'hui d'accord sur leur enchainement chronologique et leur imbrication entre eux. Trois éléments en cause ont été identifiés :

- le sébum, lorsqu'il est en grande quantité comme dans les zones dites grasses,
- la prolifération d'une levure du genre *Malassezia*,
- et une inflammation de la peau

1- Rôle de *Malassezia* :

Le *Malassezia* est un genre de levure naturellement présent dans le microbiome de la peau humaine. Son rôle varie selon son abondance :

- Sur une peau saine, elle participe à l'équilibre cutané en occupant l'espace, ce qui empêche d'autres microorganismes nocifs de proliférer.
- En cas d'excès de sébum, de stress ou de baisse d'immunité, elle prolifère et cause des affections comme les pellicules, la dermatite séborrhéique, le Pityriasis versicolor ou l'eczéma [7].

a. Les arguments en faveur du rôle de *Malassezia*

Le *Malassezia* se nourrit du sébum produit par les glandes sébacées. En cas de production excessive de sébum, de stress ou d'altération du pH cutané, la levure prolifère de façon anormale et déséquilibre le microbiote de la peau. La levure sécrète des enzymes (lipases) pour dégrader le sébum. Ces substances, associées aux antigènes de la paroi cellulaire de *Malassezia*, peuvent induire une réponse immunitaire inappropriée.

L'un des arguments les plus solides réside dans l'efficacité clinique des traitements antifongiques. L'application locale ou l'ingestion de molécules ciblant le *Malassezia* (comme le kétoconazole ou les pyrithiones) permet de réduire significativement les symptômes de maladies comme la DS ou le PV (Pityriasis versicolor). Les affections cutanées liées au *Pytirosporum ovale* (*Malassezia*) se développent principalement dans les zones riches en glandes sébacées, telles que le cuir chevelu, le visage et le haut du tronc.

b. Les arguments contre le rôle de Malassezia :

La levure est constamment présente chez 95 à 99% des individus sains. Elle fait partie de l'écosystème de la peau sans causer de maladie chez la majorité des personnes. Contrairement au PV où la levure prend une forme invasive (hyphe), aucune forme mycélienne pathogène n'est observée dans les tissus lors de DS. L'éradication ou la diminution de la population de Malassezia via des traitements antifongiques ne s'accompagne pas toujours d'une rémission ou d'une guérison totale des symptômes cutanés. Il est désormais plus souvent admis que ce ne sont pas les levures qui déclenchent la maladie, mais un déséquilibre du terrain (hypersécrétion de sébum, pH altéré, inflammation). La peau réagit de manière excessive à un hôte normal, ce qui fait de Malassezia un révélateur de déséquilibre plutôt que l'unique agent infectieux.

2- Rôle de sébum :

Le sébum est une substance huileuse naturelle sécrétée par les glandes sébacées. Son rôle principal est de constituer un film protecteur (le film hydrolipidique) pour l'hydrater, la lubrifier et la défendre contre les agressions extérieures et les microbes.

3 – Rôle de la susceptibilité individuelle :

La susceptibilité individuelle est l'un des trois piliers physiopathologiques majeurs de la DS, avec la production de sébum et la présence de la levure Malassezia. Elle explique pourquoi, bien que ce champignon vive naturellement sur la peau de tout le monde, seules certaines personnes développent des crises.

Elle se traduit par deux mécanismes principaux chez les personnes atteintes :

- **Réponse immunitaire inadaptée** : Le système immunitaire local réagit de manière excessive à la présence levure Malassezia. Cette hypersensibilité provoque une inflammation chronique, causant des rougeurs, des démangeaisons et desquamation (squames).
- **Barrière cutanée altérée** : Les peaux prédisposées ont souvent une fonction barrière et une composition lipidique modifiées, ce qui permet aux sous-produits issus du sébum digéré par Malassezia de pénétrer plus facilement et d'irriter l'épiderme.

E – Clinique :

La DS est une dermatose inflammatoire chronique et squameuse, affectant l'extrémité céphalique et le tronc, touchant particulièrement les zones riches en glandes sébacées.

1- La lésion élémentaire :

La lésion élémentaire associe un érythème, parfois à renforcement folliculaire en périphérie, a des squames jaunâtres plus ou moins épaisses, les lésions érythematosquameuses ne sont pas infiltrées, elles sont assez bien limitées. L'évolution des plaques se fait globalement de manière centrifuge, l'érythème est plus accentué en périphérie, plus pale au centre. La topographie est caractéristique, touchant les zones séborrhéiques (le cuir chevelu, le visage, le cou, le tronc). L'aspect peut varier en fonction de l'ancienneté des lésions, de la topographie et des traitements appliqués. Ces lésions sont souvent prurigineuses et s'accompagnent souvent d'une sensation de brûlure superficielle.

L'étendu des lésions est variable selon les individus et dans le temps chez un même patient.

2- Le profil évolutif :

Le début se manifeste en générale chez l'adulte jeune. Les lésions s'installent très progressivement, sauf dans certaines formes cliniques (infection par le VIH).

L'influence saisonnière est classique : amélioration en été, aggravation en hiver.

L'évolution se fait par poussées, déclenchées par le stress, l'effort, et certains facteurs nutritionnels. La peau est d'aspect normal entre deux poussées, souvent une légère érythémateuse. Dans l'ensemble, elle est sensible aux toxiques, irritants, aux frottements et à l'humidité.

3 – Anatomopathologie :

Elle montre des lésions d'eczéma non spécifique. L'examen histologique révèle une **hyperkératose** para kératosique (présence de noyaux dans la couche cornée), une **acanthose** modérée, et une **spongiose** (œdème intercellulaire) légèrement modérée. Le derme présente un infiltrat lymphocytaire périvasculaire.

Les caractéristiques histologiques majeurs sont :

- Epiderme :

Parakératose : Les cellules de la couche cornée conservent leurs noyaux, souvent focalement (parfois appelée parakératose dirigée vers les ostia folliculaires)

Spongiose : L'œdème léger entre les cellules de l'épiderme, pouvant former de petites vésicules.

Acanthose : Epaissement de la couche épaisse de l'épiderme.

- **Follicules pileux** :

La présence fréquente d'un bouchon corné ou sébacé au niveau de l'infundibulum folliculaire (bouchon folliculaire).

- **Derme** :

L'infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire est modéré, superficiel, disposé autour des vaisseaux sanguins (infiltrat périvasculaire).

L'œdème papillaire et la vasodilatation expliquent l'érythème clinique.

4- Les localisations :

Elles sont par ordre de fréquence : le cuir chevelu, la face et le tronc.

a. **Le cuir chevelu** :

La DS du cuir chevelu est la forme la plus répandue, elle touche 3% de la population mondiale. Dans plus de 80% des cas de DS, le cuir chevelu est touché seule ou associé à d'autres zones comme le visage ou le torse. Elle se manifeste généralement par des pellicules grasses, jaunâtres et collantes sur les cheveux. La peau est irritée avec des rougeurs et des démangeaisons très intenses.

b. **La face (visage)** :

La DS du visage est la forme la plus évocatrice de l'affection. Bien qu'elle soit moins fréquente que celle qui touche le cuir chevelu (plus de 80% des cas), le visage est tout de même concerné dans plus de 65% des cas de DS. Elle se manifeste par des rougeurs et des squames ou des petites plaques de peau grasses parfois crouteuses, qui apparaissent sur le visage. Les démangeaisons sur le visage sont généralement moins intenses que celles du cuir chevelu.

c. **Le tronc** :

La DS du tronc est beaucoup moins courante que celle du visage (qui touche plus de 65% des cas) ou du cuir chevelu (qui touche plus de 80% des cas).

Elle concerne environ 25 à 30% des personnes atteintes de cette dermatose. Cette forme de dermite séborrhéique se manifeste par des plaques rouges et squameuses au milieu du thorax, surtout entre les seins, et plus rarement sur le dos.

d. Les localisations plus rare :

La DS peut parfois apparaître sur le corps, notamment dans les régions génitales et plis de l'aîne, mais c'est très rare. Elle touche principalement les zones riches en glandes sébacées, ce qui explique pourquoi elle affecte rarement les parties du corps où ces glandes sont moins nombreuses.

F – Formes cliniques :

1- DS chez le nouveau-né :

Vers 3 à 4 semaines peut apparaître un érythème du visage et des croutes au niveau du cuir chevelu. La dermatite peut devenir bipolaire, avec une atteinte du siège ou plus diffuse réalisant une érythrodermie de Leiner-Moussous. Les filles et les garçons sont touchés de façon identique. Ces lésions rentrent habituellement dans l'ordre en quelques jours. Sans que l'on sache pourquoi, cette pathologie est beaucoup moins fréquente que dans le passé (lien avec l'hygiène ?).

2 – DS chez le nourrisson :

Une éruption érythémato-squameuse ou crouteuse peut apparaître vers la fin du premier ou deuxième mois de vie. Bien souvent, la dermatite est bipolaire. L'atteinte du siège peut prendre l'aspect de psoriasis avec des squames on parle alors Napkin psoriasis. Actuellement, une atteinte associée des grands plis, des creux axillaires ou même une érythrodermie généralisée de Leiner-Moussous est plus rare. En quelques semaines, les lésions disparaissent, mais l'évolution peut être prolongée....

3- DS dans l'enfance :

La DS est très rare à cet âge. Des lésions érythémato-squameuses doivent faire discuter avant tout un psoriasis.

L'infection du VIH est un cas particulier qui, comme chez l'adulte, peut être révélée par une DS du cuir chevelu, du visage. Une atteinte du siège, des grands plis, voir une érythrodermie peuvent survenir. Un déficit nutritionnel en biotine peut être en cause. Les enfants atteints de la DS peuvent avoir une atteinte des plis axillaires. L'aspect peut être plus évocateur d'un psoriasis que d'une DS.

4 – DS chez le grand enfant et l'adolescent :

La DS est exceptionnelle jusqu'à la puberté. Chez l'adolescent, l'aspect est différent de la forme infantile de la maladie et devient proche de celle retrouvée chez l'adulte. Les lésions s'installent progressivement, débutant généralement par une atteinte du cuir chevelu. Elle évolue par poussées.

L'atteinte du cuir chevelu est la plus fréquente (95% des cas). Il s'agit de l'état pelliculaire. L'atteinte est assez diffuse mais forme des petites plaques...

5- DS et infection par le VIH :

La dermatite séborrhéique est une affection cutanée inflammatoire très fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, touchant jusqu'à 85% d'entre elles. Elle se manifeste par des rougeurs et des squames sur le visage et le cuir chevelu, s'avérant souvent plus sévère ou étendue en cas d'immunosuppression. Chez les personnes immunodéprimées, la levure *Malassezia* déclenche une réaction inflammatoire plus forte. En cas d'infection par le VIH non traitée ou avancée (avec un faible taux de CD4), la DS peut devenir beaucoup plus étendue, touchant non seulement le cuir chevelu et les sillons nasogéniens, mais aussi le torse, les sourcils et les aisselles. L'apparition soudaine ou la soudaine sévérité d'une DS peut être un signe clinique d'une primo-infection ou d'une progression de l'infection par le VIH. Le traitement de dermatite séborrhéique nécessite une approche globale, centrée sur la restauration immunitaire et le contrôle des symptômes locaux.

G – Le diagnostic positif : Le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans prélèvement biopsique ou autre examen biologique. [8]

H – Les diagnostics différentiels :

1- Pityriasis versicolor (PV) :

La DS et le PV sont deux affections cutanées différentes, bien qu'ils partagent un point commun : ils sont favorisés par la prolifération de levures du genre *Malassezia*, qui vivent naturellement sur la peau.

Le PV est une infection mycosique superficielle bénigne qui se traduit par de petites taches ovales ou rondes de couleur variable (roses, brun clair ou plus pâles/ blanchâtres), qui pèlent finement lorsqu'on les gratte. Elle apparaît surtout sur le tronc (dos, torse, épaules).

2- **Psoriasis** : Il se caractérise par des lésions érythémato-squameuses. Pas toujours évident de les distinguer. Les lésions du psoriasis sont plus sèches, plus épaisses, mieux délimitées, plus érythémateuses et se situent majoritairement sur les zones de frottement (coudes, genoux, tibias, sacrum...). Concernent le visage, la distinction sera plus difficile, on parle alors de sébo-psoriasis.

3- **DA ou eczéma** : se manifeste par des plaques rouges avec des vésicules (boursoflure contenant un liquide clair) et des démangeaisons très intenses associées à une sécheresse cutanée. Leur différence est difficile à établir. C'est en général la localisation des lésions qui permet de distinguer les deux pathologies. Les lésions d'eczéma débordent largement les zones dites grasses et se situent généralement au niveau du pli des articulations (coudes, genoux...).

4- **La rosacée d'origine vasculaire** : se caractérise par des rougeurs chroniques au niveau du visage, des joues et parfois au niveau du menton et du front. Ces symptômes peuvent s'accompagner de sensations de picotement. Les lésions induites par la rosacée peuvent parfois s'apparenter à des lésions de DS, mais une caractéristique permettra de les différencier : l'absence des squames en surface.

5- Dermatite mixte de la face :

Elle est une affection cutanée qui associe les symptômes de la DS (rougeurs et squames grasses) à ceux de la rosacée (vaisseaux dilatés, peau réactive). Elle se traite généralement avec des antifongiques doux pour réduire l'inflammation, des crèmes apaisantes, et parfois des soins anti-rougeurs.

I – Traitement :

Les traitements actuels de la DS consistent à agir sur les symptômes, dès qu'ils apparaissent, pour espacer au maximum les récives :

- . en réduisant la production de sébum ;
- . en limitant la prolifération de la levure de type *Malassezia* ;
- . en diminuant l'inflammation.

Pour traiter la DS, on utilise des traitements locaux comme des crèmes antifongiques anti-mycosiques ou à base de corticoïdes. Ces traitements peuvent être sous forme de médicaments ou de soins dermo- cosmétiques apaisants et anti-inflammatoires. Dans certains cas sévères, un traitement oral peut être prescrit par le médecin, mais c'est rare.

Le traitement peut varier en fonction des zones touchées et l'évolution de la maladie. Dans tous les cas, il est important de ne pas arrêter le traitement tôt, même si vous avez une amélioration, pour éviter que les symptômes ne reviennent.

Les antifongiques sont le principal traitement de la DS. Les imidazolés, dont kétoconazole, sont les plus fréquemment utilisés. On les utilise sous forme de gel moussant ou de crème. Un traitement d'attaque à deux applications par semaine puis un traitement d'entretien à une application par semaine est souvent proposé. D'autres imidazolés, comme le fluconazole, le miconazole, le bifonazole, ou le métronidazole peuvent aussi être utilisés, ainsi la ciclopiroxolamine ou la terbinafine et des shampooings au pyrithione-zinc ou à la piroctone-olamine. Le gluconate de lithium inhibe la synthèse d'acides gras et a une activité anti-inflammatoire. Il est disponible sous forme de crème à 8%.

Les dermocorticoïdes ont un effet rapide mais leur utilisation doit être limitée du fait des rebond et de leurs effets secondaires.

METHODOLOGIE

IV – METHODOLOGIE :

Considération éthique :

Avant de participer à l'étude, tous les participants recevront une explication sur la nature de la recherche, de son objectif, des procédures impliquées et de leur droit en tant que participant. Ils donneront volontairement leur consentement éclairé avant leur inclusion dans l'étude.

Toutes les données collectées dans le cadre de l'étude seront traitées de manière confidentielle.

1 – Cadre d'étude et lieu d'étude :

L'étude a été réalisée à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) situé à Djicoroni-para. Cet hôpital a été créé selon la carte nationale hospitalière 2016-2020 par l'ordonnance n°2019010/P-RM du 23 Mars 2019 ratifiée par la loi n°209-022 du 03 Juillet 2019. Il résulte de récentes réformes du ministère de la santé qui ont conduit à la scission du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et à la redistribution de ces différents services entre deux nouvelles structures :

Une à vocation santé publique : l'Institut National de Santé Publique (INSP) et

L'autre à vocation hospitalière : l'Hospital de Dermatologie de Bamako (HDB) possédant plusieurs services à son actif tels que :

- La dermatologie
- L'imagerie
- La chirurgie (onco-chirurgie et chirurgie plastique)
- La kinésithérapie (unité de réadaptation)
- La léprologie
- L'anesthésie-réanimation
- Le laboratoire d'histo-pathologie
- L'unité de prise en charge des patients vivant avec VIH
- La pharmacie

Les ressources humaines, (17) dermatologues, (04) chirurgiens, (02) anesthésistes-réanimateurs, (02) radiologues et (10) infirmiers.

Cependant le service de dermatologie est composé de :

- Dix (10) box de consultation

- Une (01) salle de petite chirurgie
- Une (01) salle de soin
- Une (01) salle de cryothérapie
- Deux (02) pavillons d'hospitalisation pour homme et femme

2 – Type d'étude : C'est une étude transversale

3 – Période d'étude : C'est une étude de 8 mois allant de novembre 2025 à juin 2026

4 – Population d'étude : Tous les malades admis à l'hôpital

4-1 – Échantillonnage :

Définition opérationnelle : Nourrisson présentant une éruption cutanée faite de squames et ou érythèmes localisés au niveau des zones séborrhéiques.

4-2 – Critères d'inclusion :

Cas : Tout participant répondant à la définition des cas

4-3 -Critères de non-inclusion :

Cas : Tout participant répondant à la définition de cas dont les parents ne sont pas consentants

4-4 – Supports de l'étude : Les cas seront recrutés au cours des consultations de routine

5- Analyses des données :

Les données seront recueillies sur la fiche d'enquête et saisies par les logiciels Microsoft Word et Excel (version2016) et analysées sur le logiciel SPSS22

RESULTATS

V- RESULTATS :

Les patients ont été vu en consultation, dans le service de Dermatologie à l'HDB, de novembre 2025 à juin 2026, soit 8 mois.

Nous avons recensé 49 patients présentant une DS.

TABLEAU I: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE

Age	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 1mois	5	10, 2
1-2 mois	27	55, 1
Supérieur à 2mois	17	34, 7
Total	49	100, 0

Les patients d'âge compris entre 1-2mois étaient au nombre de 27 : soit 55, 1%.

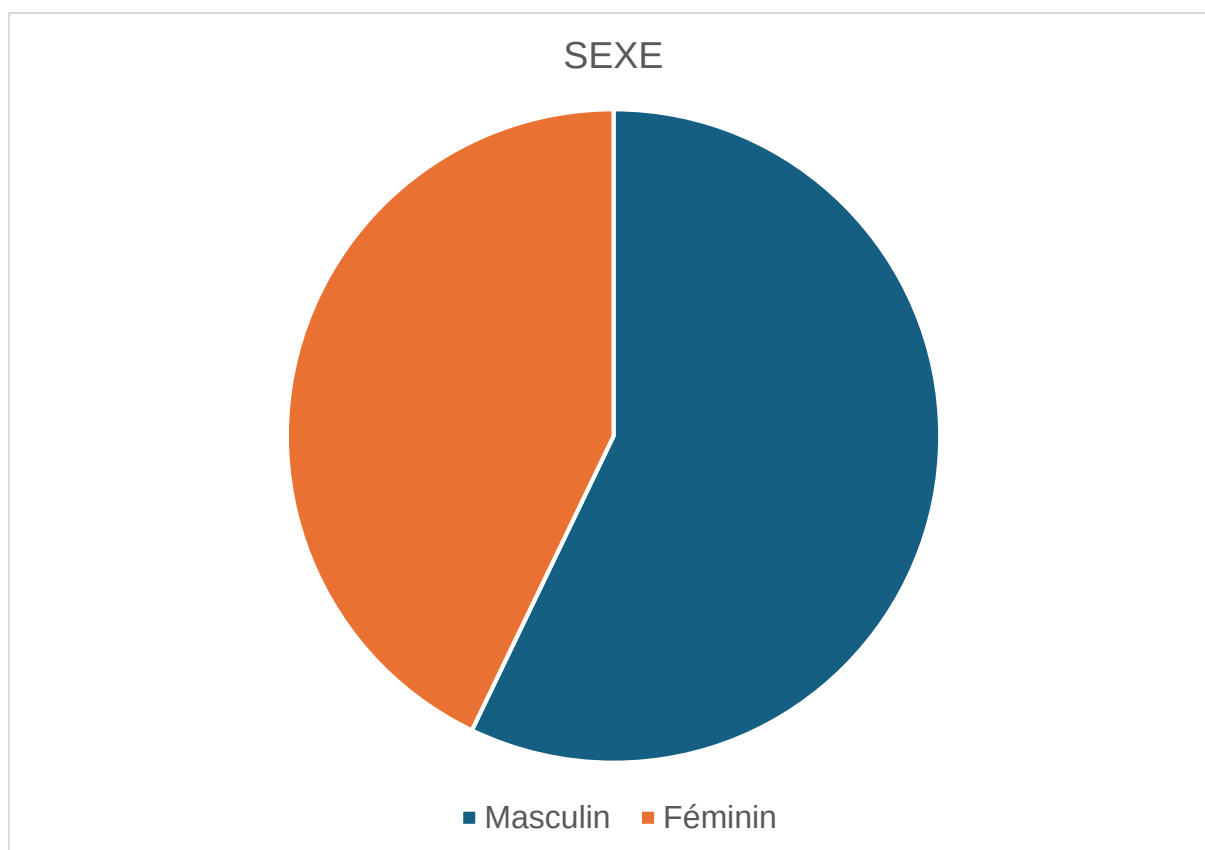


FIGURE 1: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

Le sexe masculin a prédominé avec 28 cas soit 57,1 %

TABEAU II: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DUREE D'EVOLUTION DE LESION

Durée	Effectifs	Pourcentage
6 jours	15	30,6
10 jours	11	22,5
3 jours	8	16,3
5 jours	6	12,2
7 jours	5	10,2
4 jours	4	8,2
Total	49	100,0

La durée d'évolution de lésion était variée, 6 jours chez 15 cas, avec des extrêmes de 3 à 7 jours.

TABLEAU III: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE MODE DE DEBUT DE LESION

Mode de début	Effectifs	Pourcentage
Spontané	19	38, 8
Progressive	30	61, 2
Total	49	100, 0

Le mode de début de lésion était progressif chez la majorité de cas.

TABLEAU IV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROVENANCE

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Commune 1	9	18, 4
Commune 2	5	10, 2
Commune 3	10	20,4
Commune 4	17	34, 7
Commune 5	5	10, 2
Commune 6	3	6, 1
Total	49	100

Nous avons reçu 17 patients de la commune 4 du district de Bamako, commune d'implantation du lieu d'étude, soit 34,7%.

TABEAU V: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE POURCENTAGE DE LA SURFACE CORPORELLE ATTEINTE

Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Céphalique	47	95, 9
Bipolaire	2	4, 1
Total	49	100, 0

L'atteinte **céphalique** a prédominé avec **47 cas**, soit **95, 9%**

TABEAU VI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT ANTERIEUR

Traitement antérieur	Effectifs	Pourcentage
Non	49	100, 0

Aucun des patients n'a reçu de traitement antérieur.

TABEAU VII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE LESION

Types de lésion	Effectifs	Pourcentage
Squame	46	93, 8
Érythème	33	67, 3
Croutes	2	4, 1
Vésicules	3	6, 1

Les **squames** ont prédominé dans **93, 8% des cas**, suivi d'**érythème** dans **67, 3 % des cas**.

TABEAU VIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA TOPOGRAPHIE

Topographie	Effectifs	Pourcentage
Cuir chevelu	49	100, 0
Visage	32	65, 3
Cou	19	38, 7
Tronc	3	6, 1
Plis de l'aîne	2	4, 0
Membres inférieurs	1	2, 0

Le **cuir chevelu** était atteint dans **100, 0% des cas**.

TABEAU IX: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES HABITUDES D'HYGIENE

Habitudes d'hygiène	Effectifs	Pourcentage
Friction	49	100, 0
Filet	46	93, 8
Éponge	44	89, 8
Parfum	42	85, 7
Beurre de Karité	48	97, 9

La friction cutanée était pratiquée chez tous nos cas et le filet chez 46 patients soit 93, 8%.

Le beurre de karité était utilisé chez 48 de nos patients soit 97, 9% et le parfum chez 42 patients soit 85, 7%.

TABLEAU X: SELON AUTRES HABITUDES DE SOINS

Décoction	Effectifs	Pourcentage
Oui	37	75, 5
Non	12	24, 5
Total	49	100, 0

La décoction était pratiquée chez 37 de nos cas, soit 75, 5%.

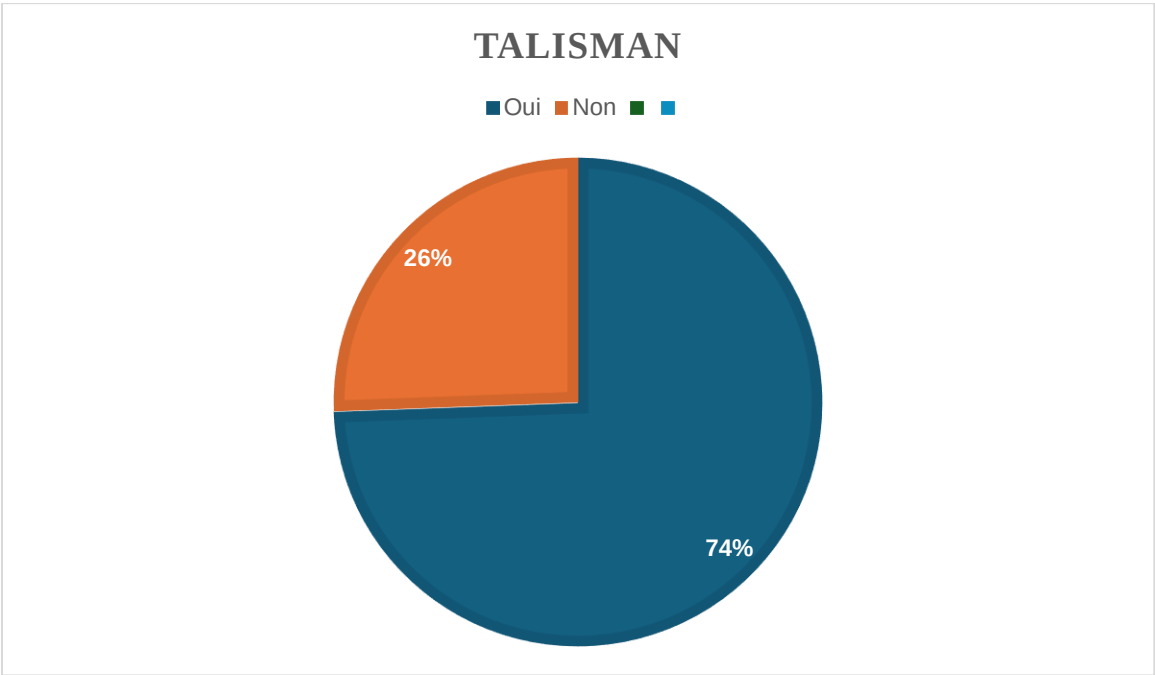


FIGURE 2: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TALISMAN

Le port de talisman était rapporté chez 38 cas, soit 77, 5 %.

TABLEAU XI: SELON LE NOMBRE DE BAIN PAR SEMAINE

Nombre de bain/semaine	Effectifs	Pourcentage
1	6	12, 2
2	14	28, 6
3	17	34, 7
4	9	18, 4
5	1	2, 0
7	2	4, 1
Total	49	100, 0

Le nombre de bain était 3 fois par semaine chez 17 cas, soit 34, 7 %, avec un extrême de 1 à 7.

TABLEAU XII: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DU TYPE DE SAVON

Type de savon	Effectifs	Pourcentage
Savon Koulikoro	29	59, 2
Mixture de savon	15	30, 6
Savon pharma pur	1	2, 0
Savon santex	4	8, 2
Total	49	100, 0

Le savon Koulikoro était utilisé chez 29 cas, soit 59, 2%.

Le rasage était pratiqué chez tous nos patients.

TABLEAU XIII : REPARTITION SELON LE RYTHME DE RASAGE

Rythme de rasage	Effectifs	Pourcentage
1	34	69, 4
2	14	28, 6
3	1	2, 0
Total	49	100, 0

Le rythme de rasage était une fois chez 34 cas, soit 69, 4 %.

-Les tresses, et l'usage de barrettes n'étaient pas retrouvé chez nos cas.

TABLEAU XIIIIV : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ALIMENTATION SELON L'ALLAITEMENT

Allaitement	Effectifs	Pourcentage
Lait maternel exclusif	39	79, 6
Mixte (LME et LA)	10	20, 4
Total	49	100, 0

L'allaitement maternel exclusif était pratiquée chez 39 cas, soit 79, 6 %

TABEAU XV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CONSOMMATION D'EAU DE BOISSON

Eau de boisson	Effectifs	Pourcentage
Non	48	97, 9
Oui	1	2, 0
Total	49	100, 0

Les patients qui ne consomment pas d'eau de boisson étaient 48, soit 97, 9 %.

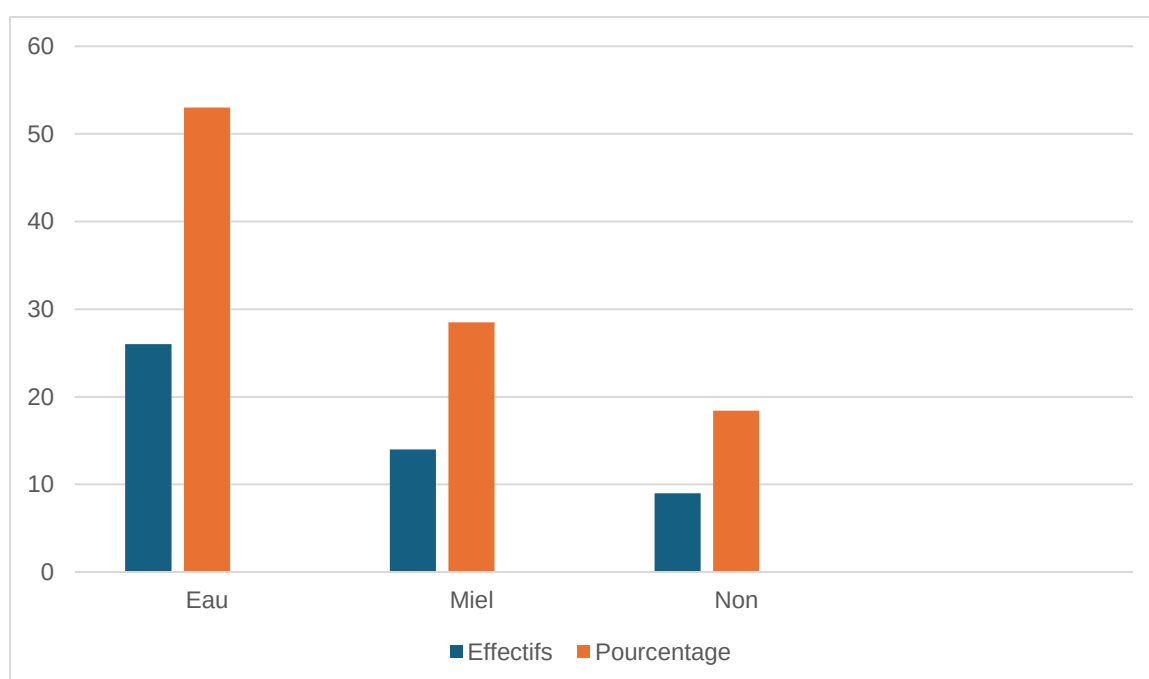


FIGURE 3: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION D'AUTRE ALIMENT

La consommation d'eau était majoritaire chez 26 cas, soit 53 %, suivi de miel chez 14 cas, soit 28, 5 %.

TABEAU XVII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE PORT DE COUCHE

Port de couche	Effectifs	Pourcentage
Oui	40	81, 6
Non	9	18, 4
Total	49	100, 0

La majorité de nos patients portait la couche, soit 81, 6 %

TABEAU XVIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'INTERVALLE DE CHANGER LA COUCHE PAR JOUR

Intervalle de changer	Effectifs	Pourcentage
0	9	18,4
1	1	2, 0
2	26	53, 0
3	8	16, 3
4	5	10, 2
Total	49	100, 0

La majorité de nos cas changeait la couche 2 fois par jour

Tableau XIX : Répartition des patients selon la position de fratrie

Position	Effectifs	Pourcentage
1	7	14, 28
2	11	22, 4
3	9	18, 4
4	11	22, 4
5	5	10, 2
6	5	10, 2
7	1	2, 0
Total	49	100, 0

Les positions de fratrie 2 et 4 étaient de 11 cas chacun, soit 22,4 %.

ICONOGRAPHIE

Photo1 :



DS du cuir chevelu, du cou, du tronc antérieur et des plis de l'aîne (cette DS est dite bipolaire) chez le nourrisson de sexe masculin (source HDB).

Phot 2 :



DS du cuir chevelu chez le nourrisson de sexe masculin de 2 mois (source HDB).

Photo 3 :



DS du cuir chevelu chez le nourrisson de sexe féminin de 2 mois (source HDB).

Photo 4 :



La crise séborrhéique du nourrisson de 2 mois de sexe masculin (source HDB).

Photo 5 :



DS du cuir chevelu d'un nourrisson de 2 mois de sexe masculin (source HDB).

Photo 6 :



DS du cuir chevelu chez le nourrisson (source HDB).

DISCUSSION

VI - DISCUSSION DE LA METHODE :

Nous avons réalisé une étude de 8 mois sur la dermatite séborrhéique. Les cas ont été recrutés pendant les consultations de routine. Le choix de la tranche d'âge de 0 à 3 mois qui couvre les premières semaines de vie à savoir le nouveau-né et le nourrisson de jeune âge fut motivé par les données de la littérature [9] qui rapporte la survenue fréquente de dermatite séborrhéique à cet âge. Les limites de cette étude sont : le caractère monocentrique, la période de recrutement qui ne couvre pas une année entière. Cette période de recrutement ne permet pas de savoir s'il y'a une variation saisonnière de l'incidence de la maladie.

Toute fois ce travail a permis d'améliorer notre connaissance sur la dermatite séborrhéique et les pratiques de soins prodigués chez les cas recrutés à l'HDB.

DISCUSSION DES DONNEES

La proportion de cas dans notre étude semble faible par rapport aux données de la littérature. La prévalence serait de 4,5 à 10 % [10]. Cependant certaines études rapportent une prévalence plus faible de l'ordre de 0,23% [11] chez le nouveau-né. Les auteurs rapportent des variations de la prévalence selon l'âge [12], avec une prévalence plus faible chez le nouveau-né et plus importante chez le nourrisson entre 3 et 8 mois. Les résultats se rapproche de ces observations avec une nette prédominance (55%) de cas d'âge compris entre 1 et 2 mois. Les données de prévalence restent rares, la dermatite séborrhéique du nourrisson a été très peu étudié par les auteurs. Les études portent le plus souvent la dermatite séborrhéique de l'adulte qui a le plus souvent qui peut révéler une immunodépression.

Chez le nourrisson, la période de survenue de la dermatite séborrhéique se situent le plus dans les trois premiers mois de la vie [13]. Cela pourrait s'expliquer par la stimulation précoce des glandes sébacées par les hormones maternelles [14]. Les hormones maternelles sont produites par le placenta pendant la vie intra utérine. Le taux de ces hormones FSH et LH déclinent dès la première semaine de vie chez le nouveau-né à terme. Cette baisse critique, entraine une réaction du système hypothalamo-hypophysaire qui stimule la production d'hormone chez le nouveau-né. Cette production atteindrait un pic entre 1 et 3 mois de vie. Cette chronologie est superposable à la période de survenues de la dermatite séborrhéique chez le nourrisson.

Nous apportons une légère prédominance masculine (57,1%). Les facteurs hormonaux peuvent expliqués la prédominance masculine chez l'adolescent (production accrue de testostérone). Cette explication ne convient pas aux nourrissons, la prédominance masculine peut être fortuite.

Les nourrissons de moins de deux mois étaient les plus nombreux. Le rôle du microbiote cutané dans la survenue de la dermatite séborrhéique était rapporté par la littérature [9]. Les rôles des pics hormonaux de LH et FSH décrit ne saurait expliquer à lui seul la survenue de la dermatite séborrhéique. Les prévalences dans la population pédiatrique varient de 4 à 10 % [15]. La survenue après deux mois de vie pourrait-elle s'expliquer par la persistance des pratiques d'hygiène pouvant provoquer une dysbiose ? Le rôle des hormones maternelles dans la stimulation des glandes sébacées a été rapporté [9]. La régression spontanée vers l'âge de deux à trois ans s'expliquerait par la disparition de ces hormones maternelles.

Le délai avant la consultation dermatologique était assez réduit de cinq jours en moyenne. En effet, la dermatite séborrhéique est souvent la première maladie du nouveau-né ou du nourrisson motivant les parents à consulter en raison de son caractère affichant.

Selon les pratiques d'hygiène, la friction cutanée lors de bain était pratiquée chez tous nos cas. Le matériel de soins utilisé était le filet en plastique chez la majorité des cas (46/49) et une éponge chez les autres. Le nombre de bain par semaine était variable dans notre série. Il était de 3 séances par semaine chez la majorité des cas (36,7%) avec des extrêmes de 1 à 7. Le type de savon était également variable, du savon dit (Koulikoro) au savon artisanal. Dans certains cas (30,6%), l'identification de savon était difficile, il s'agissait d'un mélange de plusieurs types de savons artisanaux. Ces pratiques d'hygiène peuvent être responsable d'un déséquilibre de la flore résidente favorisant la survenue de la maladie. Le beurre de karité était l'hydratant utilisé chez 97% de nos cas. Il s'agit d'un produit facilement accessible qui constitue le premier émollient utilisé chez cette tranche d'âge. Cependant le beurre de karité riche en acide gras peut favoriser la prolifération des levures tel que le *Pytirosporum ovale*.

L'utilisation de corps gras comme émollient chez les nouveaux nés a été rapporté dans de nombreuses études.

Selon les signes cliniques, les squames étaient prédominant suivi de l'érythème, de vésicules et de croûtes. Il s'agit de lésion habituellement décrite par la littérature [16]. Les squames sont décrites dans d'autres affections du nourrisson, une étude rapporte une fréquence de 22% de squames chez les nourrissons en milieu dermatologique [17]. La dermatite séborrhéique était la première étiologie de dermatose squameuse du cuir chevelu chez le nourrisson [17]. Habituellement, l'érythème peut être discret, peu visible, révéler par le grattage des lésions [18]. Par contre les vésicules sont rarement rapportées, elles témoignent de la sévérité de l'inflammation. En effet, le rôle de plusieurs cytokines inflammatoire a été rapporté dans la

genèse de la maladie. Il s'agit de l'interleukine 4, 8, 17 qui sont activés par la présence de champignons, *Pytirosporum ovale* [19]. La présence de vésicules peut aussi témoigner du caractère aigu de l'affection, cette hypothèse est corroborée par les données de l'histopathologie qui décrit une spongiose au début de la maladie [20].

L'atteinte céphalique isolée était majoritaire chez nos cas, l'atteinte bipolaire était rare rapportée uniquement chez deux cas. La prédominance de l'atteinte céphalique peut s'expliquer par la perte d'eau transcutanée insensible (transepidermal water loss) plus marquée sur les régions exposées [21]. Cette perte d'eau transcutanée insensible serait responsable des lésions érythémateuses [21]. Ces lésions érythémateuses sont affichantes facilitant le diagnostic de la DS au niveau céphalique. Cependant, d'autres éléments doivent être prise en compte. Le siège, les plis inguinaux sont tous aussi exposés à la DS en raison de l'occlusion provoquer par le port de couches. Cette occlusion favorise les proliférations bactériennes, notamment *Enhydrobacter*, *Microsmonospora*, *Leptotricha*, qui sont les facteurs de risques de survenu de la DS [22].

L'atteinte céphalique, a été décrite par plusieurs auteurs [23], selon Balder kaur brar la DS représentait 56% des dermatoses du cuir chevelu du nourrisson.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

L'étude a portée sur le profil épidémiologique et clinique de DS dans le service de Dermatologie à l'HDB durant 8 mois allant de novembre 2025 au juin 2026.

Nous avons procédé à une étude transversale portant sur les nourrissons d'âge inférieur à 3 mois atteints de la dermatite séborrhéique. Au total 49 patients ont été retenus pour étude.

La dermatite séborrhéique a touché beaucoup plus les nourrissons d'âge de 1 à 2 mois. Le sexe masculin a été le plus affecté. La squame a été la lésion la plus observée chez nos patients. Le cuir chevelu et le visage ont été les plus atteints.

Les travaux sur la dermatite atopique du nourrisson sont rares. Le profil est caractérisé par une prédominance de l'atteinte céphalique. Les pratiques de soins des nourrissons sont variées.

D'autres travaux sont nécessaires pour décrire les facteurs de risque de survenue de la maladie.

RECOMMENDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS :

Nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités sanitaires :**

Formation continue du personnel médical.

Créer d'autres services de Dermatologie plus performe avec des lits d'hospitalisation et une unité d'Anatomopathologie.

➤ **Au personnel de santé :**

Référer tout cas de dermatose vers un centre spécialisé.

Informé, éduquer, sensibiliser les populations (IES).

Faire le test de dépistage du VIH devant certaines dermatoses.

➤ **A la population :**

Consulter rapidement en cas d'apparition de lésions dermatologiques.

Eviter l'automédication.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1]. Skinmed. 1 juin 2017 ; 15(3) : 187-194. Collection électrique 2017

[2]. MURAP, GHESTEMH, JUILLARD J.

La DS chez les adultes : Association mieux prescrire 2005,594-602

[3]. DUPUYA. Epidemiologie de la dermatite séborrhéique : Ann Dermatol Vénérol 2004 ; 131 : 117-118

[4]. Médecin de famille américain, Nicolas M LeFevre 2025 Aout 112(2) : 166 – 173

[5]. BESSIS D, GUILHOU J.J

La pathologie dermatologique en médecine interne.

Edition Arnette : juillet 1999 N°6513p542.

[6]. [http://: www.dr-lederle-sylvie.com](http://www.dr-lederle-sylvie.com)

[7]. Medizinonline.com

[8]. Damien Malbos, Docteur en pharmacie, 24Rue Pablo Picasso 15000 Aurillac, France.
Année 2022

[9]. Chiriac A, Wollina U. Pediatric dermatitis seborrhoica - A clinical and therapeutic review. Indian Dermatol Online J 2024;15:383-91.

[10]. Schachner L, Ling NS, Press S. A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. Pediatr Dermatol 1983;1:157-64.

[11]. Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1472004;18(1):13-26. doi: 10.1111/j.1468-3083.2004.00693.x

[12]. Henderson CA, Taylor J, Cunliffe WJ. Sebum excretion rates in mothers and neonates. Br J Dermatol. 2000;142(1):110-111. doi: 10.1046/j.1365-2133.2000.03249.x

[13]. Varvarigou AA, Liatsis SG, Vassilakos P, Decavalas G, Beratis NG. Effect of maternal smoking on cord blood estriol, placental lactogen, chorionic gonadotropin, FSH, LH, and cortisol. J Perin Med. (2009) 37:28. 10.1515/JPM.2009.028

- [14]. Kuiri-Hänninen T, Sankilampi U, Dunkel L. Activation of the hypothalamic-Pituitary-Gonadal axis in infancy: minipuberty. *Horm Res Paediatr.* (2014) 82:73–80. 10.1159/000362414
- [15]. 5. Foley P, Zuo Y, Plunkett A, Merlin K, Marks R. The frequency of common skin conditions in preschool-aged children in Australia: Seborrheic dermatitis and pityriasis capitis (cradle cap). *Arch Dermatol* 2003;139:318-22
- [16]. Buja A, Miatton A, Cozzolino C, Monasta L, Grada A, Karimkhani CA, et al. The global, regional, and national burden of seborrheic dermatitis: Results and insights from the Global Burden of Disease 2019 Study. *Arch Dermatol Res* 2023;315:1143-9.
- [17]. D, Silverberg NB. Infantile seborrheic dermatitis. *Cutis* 2006;77:297-300
- [18]. Cole-Adeife OM, Anaba EL, Akinkugbe AO, Ajose FO, Onayemi EO. Clinical Profile of Seborrhoeic Dermatitis Patients Seen in a Tertiary Hospital in Lagos, Nigeria – A Case-Control Study. *Niger Med J* 2025;66(2):770 782.<https://doi.org/10.71480/nmj.v66i2.783>.
- [19]. Park HR, Oh JH, Lee YJ, Park SH, Lee YW, Lee S, et al. Inflammasome-mediated Inflammation by *Malassezia* in human keratinocytes: A comparative analysis with different strains. *Mycoses* 2021;64:29
- [20]. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic dermatitis and dandruff: A comprehensive review. *J Clin Investig Dermatol* 2015;3: 10.13188/2373-1044.1000019
- [21]. uchonwanit P, Triyangkulsri K, Ploydaeng M, Leerunyakul K. Assessing biophysical and physiological profiles of scalp seborrheic dermatitis in the Thai population. *Biomed Res Int* 2019;2019:5128376
- [22]. Kayıran MA, Sahin E, Koçoğlu E, Sezerman OU, Gürel MS, Karadağ AS. Is cutaneous microbiota a player in disease pathogenesis? Comparison of cutaneous microbiota in psoriasis and seborrheic dermatitis with scalp involvement. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2022;88:738-48
- [23]. 143.Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrhoeic dermatitis. *Practitioner.* 2014;258(1768):23.

ANNEXES :

FICHE SIGNALETIQUE :

NOM : SAYON

PRENOM : DIARRA

Email : diarrasayon775@gmail.com

CONTACT : Tél. : 0022377257015

Titre de la thèse : Profil épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique du nourrisson d'âge inférieur à 3 mois à l'HDB.

SECTEUR D'INTERET : Dermatologie

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE : 2026

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

RESUME : Les objectifs étaient de rapporter : l'âge de survenu des premiers signes de le DS du nourrisson, le rôle des soins au bébé, la topographie et le mode évolutif de le DS du nourrisson, les pratiques d'hygiène et nutritionnelles chez cas.

Nous avons recensé 49 cas de dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie l'HDB.

L'étude était transversale de 8 mois : de novembre 2025 au juin 2026.

Le sexe masculin était prédominant avec 28 cas, soit 57, 1%.

La squame et l'érythème ont été les lésions les plus observées. Le cuir chevelu et le visage ont été les plus atteints. Les pratiques de soins des nourrissons étaient variables. Le nombre de bain était 3 fois par semaine chez 17 cas, soit 34,7 % avec un extrême de 1 à 7. L'allaitement maternel exclusif était pratiqué chez 39 cas, 79, 9 %.

MOTS-CLES : Dermatite séborrhéique, Dermatologie, HDB

FICHE D'ENQUETE

Fiche d'enquête

N° Fiche.....

Date le/...../.....

Prénom :

Nom :

1 – Données sociodémographiques :

a) Age précis par :

Inférieur à 1 mois /.../

Entre 1-2 mois / .../

Supérieur à 2 mois /.../

b) Sexe : Masculin /.../ Féminin / .../

c) Ethnie :

d) Provenance :

2– Données clinique :

a) Examen clinique :

Poids :

Taille : ...

T° : ...

FR : ...

Pouls : ...

b) Statut vaccinal :

BCG +Polio 0 : OUI / .../ NON / .../, fait le /..../....

Penta1+Rota1+PCV13_1+VPO1 : OUI /.../ NON /.../, fait le /..../.....

Penta2+Rota2+PCV13_2+VPO2 : OUI / .../ NON /.../, fait le ... /.... /.....

Penta3+Rota3+PCV13_3+VPO3 : OUI / .../ NON / .../, fait le /... /.....

c) La durée dévolution des lésions :

Jours / .../

Mois / .../

Date du début : /.../.../...

Mode du début : Progressive // Spontané /...../

Pourcentage du corps atteint : Céphalique /...../ Bipolaire /...../

Traitement antérieur :

d) Type de lésions :

Macule : Oui / .../ Papule : Oui / .../ Érythème : Oui / .../

Non / .../ Non / .../ Non /.../

Squame : Oui / .../ Croutes : oui / .../ Pustules : Oui /.../

Non / .../ Non / .../ Non / .../

Autres :

e) Topographie :

Cuir chevelu : Oui / .../ Visage : Oui / .../ Cou : Oui / .../

Non / .../ Non / .../ Non /.../

Tronc : Oui /.../ Fesse : Oui / .../

Non / .../ Non / .../

Membres supérieurs : Oui / .../

Non / .../

Membres inférieurs : oui / .../

Non / .../

Autre :

3 – Habitudes d'hygiènes :

Friction cutanée : OUI /.../

NON /.../

Filet : OUI /.../

Eponge : OUI / .../

Gant : OUI / .../

NON : / .../

NON : / .../

NON / .../

Nombres de bain par :

Jour :

Semaine :

Type de savon :

Mixture de savon : OUI / .../

NON /.../

Type spécifique :

Parfum : OUI / .../

Beurre de karité : OUI /.../

NON / .../

NON / .../

Décoction : OUI / .../

Talisman : OUI / .../

NON / .../

NON / .../

Pratiques de coiffures :

Rasage : OUI /.../

Tresse : OUI / .../

NON /.../

NON / .../

Si oui le rythme :

Barrettes (chouchou) de cheveux : OUI /.../

NON/.../

Alimentation :

Lait maternel exclusif : OUI / .../

Lait artificiel : OUI / .../

NON / ... /

NON / .../

Mixte : OUI / .../

Eau de boisson : OUI / .../

NON / .../

NON / .../

Autre :

Soins de bébé :

Toujours garder par la maman : OUI /.../

NON/.../

Garderie : OUI/.../

NON/.../

Si oui, nombres par semaine : /..... /

Durée quotidienne :

Garder par une autre personne : OUI /.../

NON /.../

Si oui, nombres par semaine :

Par moment :

Durée quotidienne :

Port de couche : OUI/.../, si oui : Intervalle de changer la couche :

NON/.../

Domicile :

Position de Fratrie :

Animaux domestiques :

Chat : OUI/.../

Chien : OUI/.../

NON/.../

NON /.../

Elevage :

Volaille : OUI/.../

Mouton : OUI/.../

NON/.../

NON/...

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

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

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

Admis 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 parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient

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

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

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

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

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

Je le jure !