

Ministère de l'Enseignement Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple- Un But- Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008-2009

Thèse N°.....

THESE

ETUDE DES MOTIFS DE CONSULTATION DERMATOLOGIQUE DANS UN HOPITAL REGIONAL : CAS DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU (MALI)

Présentée et soutenue publiquement le.....2009; à..... ; Devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par Mr KAMPO OUMAR MAOUDO

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

JURY

Président : Professeur TOUMANI SIDIBE

Membre : Docteur PIERRE TRAORE

Codirecteur : Docteur OUSMANE FAYE

Directeur de Thèse : Professeur SOMITA KEITA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Bismillahi Rahmaani Rahiim
Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux
Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah Wa t'Allah
Lis, au nom de ton Seigneur qui a crée,
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 toutes circonstances 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

MAHAMANE MAOUDO KAMPO.

Exemple de fermeté, de droiture et de rigueur,

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

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

A ma mère : Kadidia dite Dado Traoré

Femme sage, humble, prévenante, attentionnée, vigilante : tu es un exemple de vertu et de modestie, 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.

Qu'Allah le tout puissant te garde le plus longtemps possible à nos côtés !

A mon oncle ALI kampo :Ce travail est plus que jamais le votre, vous m'avez accueillie très tôt dans votre foyer et avez été pour moi plus qu'un père . mes remerciements à mon oncle Pathé Kampo, Noumouké Camara ainsi que toute sa famille .

A ma tante madame kampo korotoumou kampo : à aucun moment de mon parcours tu n'as faillit à ton devoir. Que Dieu te garde longtemps a nos cotés pour nous guider sur le bon chemin.

A mes grands frères et grandes sœurs : Ali, Chérif, Fatoumata, Mariam, Kadidia

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans la souffrance.

Vous avez contribué de façon louable à la réalisation de cette Thèse et à la réussite de mes études.

Ce travail est à votre honneur.

A mes petits frères et petites sœurs : youssouf, Amirou konna,

Barema, Idy Fatoumata dite lala, djeneba, nana , Aissata

J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

A la famille Diarra et Kassibo: vous avez été pour moi plus qu'une famille. Vous m'avez donné le réconfort et la confiance dont j'avais besoin pour finir ce travail.

A mes amis : Mamadou Guindo dit ZITO, Adama Bah, Yaya Koita, Mochi Bourama, Papa Issa Sidibé Modibo Dombia et tous les autres dont je ne saurai citer le nom merci pour votre amitié.

A mes promotionnaires d'étude : Djibril Diallo, Thierno Diallo, Yacouba Guindo, Sidiki Togo, Binta Guindo, Bakari Yarro ; Etienne Togo , Yaya koita
Nous avons traversé la galère ensemble ; puisse Dieu consolider notre amitié et nous récompenser de notre effort.

A mes beaux Frères : Elhadj Doucouré, Vieux Diawara , Ousmane Bocoum , vous avez été d'un soutien inestimable dans les moments difficiles. Recevez ici toute ma gratitude.

Mes remerciements vont :

A la direction et au corps enseignant de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie pour la qualité des formations données.

A notre Maître Professeur Somita KEITA, Chef de Service de Dermato vénérologie, pour m'avoir accepté et encadré dans votre service. Votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et vos compétences scientifiques font de vous un excellent maître et un exemple à suivre. Puisse Dieu vous accorder longue vie et plein de succès pour le reste de votre carrière.

Au Dr Colonel Pierre Paul TRAORE, votre accueil, votre disponibilité et votre amour pour le travail m'ont beaucoup touché. Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Que le Seigneur tout puissant vous accorde une longue vie et une riche fin de carrière.

Au Dr Lieutenant Colonel Karim COULIBALY, votre grande simplicité et votre humilité ont forgé l'admiration et le respect de tous les étudiants. Merci et pardon pour toutes les fois où nous vous avons déçu.

Au Dr Ousmane FAYE, Assistant Chef de Clinique, votre courtoisie, votre rigueur scientifique, votre amour pour la recherche et la formation continue font de vous un maître à imiter. Merci pour l'encadrement et pardon pour toutes les fois où nous n'avons pas été à hauteur de vos ambitions. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une belle et riche fin de carrière.

Au Dr Adama DICKO, votre simplicité, votre amour pour le travail et surtout vos soucis constants à former et à partager vos connaissances

avec vos cadets font de vous un maître à suivre. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue et riche carrière médicale.

Au Dr Hawa SAGARA, merci pour tout ce que vous faites pour la bonne marche du service. Que le seigneur vous protège et vous accorde une brillante carrière médicale.

A tout le personnel de la Dermato Vénérologie notamment : Guimba CAMARA, Siaka SANOGO, Alexis THIENOU, Youssef COULIBALY, Sanata KONE, Marthe SAMAKE et Jokebette KONE, merci pour les services que vous m'avez rendu et pardon pour mon mauvais comportement .

A moumini Cissé (technicien de laboratoire au CNAM): merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez guidé et conseillé tout au long de ce travail. Recevez cher oncle, toute ma gratitude.

A mes aînés du service : Dr Jacque gnossinké, Dr Nouhoun WAÏGALO, Dr Sadio KEITA, Dr Lassine CISSE, Dr Hassan COULIBALY, Dr Amos SIDIBE, Dr Mamadou GASSAMA, Dr Mamadou BAH, Dr Binta GUINDO, Dr Korotoumou KEITA, Dr Abraham KONE, Dr Alou KEITA, Dr Gassaga SISSOKO, Dr Kouréïchi TALL, Dr Jean Gabriel COULIBALY, merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Que Dieu vous accorde une longue et riche carrière médicale.

A mes collègues : Amadou DICKO, Bakary BAGAYOGO, Madou SISSOKO, Prosper MOUNKORO, ce travail est le votre, puisse Dieu nous aider à accomplir notre devoir de futurs médecins et qu'il nous accorde une fructueuse carrière.

A mes cadets : Jean DEMBELE, Chacka FOMBA, Adama KEITA,
Ousmane SYLLA, je vous exhorte à plus de courage et de persévérance
dans le travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury Professeur Toumani Sidibé

- **Professeur agrégé de Pédiatrie à la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie,**
- **Directeur National de la Santé**
- **Chef de service de pédiatrie « B » du centre hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré.**
- **Directeur général de la revue Mali Médica.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre calme, votre modestie fait de vous un être d'un abord facile. Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.

Recevez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance.

A notre maître et juge Dr PIERRE TRAORE

➤ **Spécialiste en dermatovénérologie, allergologie, mycologie et chirurgie dermatologique**

Votre amour pour le travail, votre dévouement pour l'enseignement de vos étudiants stagiaires et vos multiples qualités humaines font de vous un excellent maître et un exemple à suivre. Veuillez accepter, nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre Maître et Co-directeur de thèse : Docteur Ousmane Faye

- **Spécialiste en Dermato-vénérologie**
- **Spécialiste en Histopathologie cutanée**
- **PHD en Santé Publique, épidémiologie, et Science de l'information biomédicale**
- **Maitre Assistant à la FMPOS et chargé de recherche au CNAM.**

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants. Puisse Dieu vous accompagner et vous assister tout au long de votre Carrière.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre maître et directeur de thèse Pr Somita KEITA

- **Professeur titulaire de l'université en dermato-lépro-vénérologie.**
- **Spécialiste en anatomo-pathologie dermatologique**
- **Chef du département de dermato-lépro-vénérologie à la FMPOS**
- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Chef de l'unité de dermatovénérologie au CNAM**

C'est un honneur pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet. Vous êtes toujours resté 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. Nous avons pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Recevez par ce travail, l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS ET SIGLES :

AOC : albinisme oculocutané.

CNAM : centre national de lutte contre la maladie.

FMC : Formation médicale continue.

EPST : Etablissement public à caractère scientifique et technologique.

HFDK : hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HNFS : hôpital NIANKORO FOMBA de Ségou

IST : infection sexuellement transmissible.

Kb : Kilo balte.

KG: Kilogramme

KPP: Keratodermie palmo-plantaire

MG: Milligramme

M²: Mètre carré

PCR: Proeitein C reactive

PRG: pityriasis rosé de Gilbert

TYRP : Tyrosinase related protein.

UVA : ultraviolet A.

Sommaire

Introduction	3
I. Objectifs.....	6
II. Généralités.....	8
III. Méthodologie.....	41
IV. Résultats.....	45
V. Iconographie.....	68
VI. Commentaires et discussions.....	71
VII. Conclusion et recommandations.....	78
VIII. Références bibliographiques.....	81
IX. Annexes.....	87

***fiche signalétique**

***fiche d'enquête**

***serment d'Hippocrate**

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dermatologie est la discipline médicale qui s'occupe de la peau, des ongles et cheveux (maladies et leurs traitements) [1]. Elle occupe une place non négligeable en pratique médicale car près de 30% des consultants en médecine générale présentent une dermatose et / ou une IST (2). De nos jours, on dispose de plus en plus d'arguments, pour considérer les maladies de peau comme un véritable problème de santé publique, notamment, dans les pays en voie de développement (3). Les études épidémiologiques effectuées ces dernières années, ont montré que la prévalence des maladies de la peau, variait de 30 à 90% selon les régions (4). En outre, seules quelques dermatoses courantes : pyodermite, gale, mycoses superficielles, représentent les $\frac{3}{4}$ des pathologies observées dans les centres de santé spécialisés (4). Cependant, cette relative homogénéité des cas de dermatoses observées, contraste avec le manque de compétence des agents de santé des services de premier recours qui assurent la majorité des demandes de soins. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, il y a moins d'un dermatologue par million d'habitants (données non publiées). Il en résulte que, dans ces régions, les affections dermatologiques sont globalement mal prises en charge en termes de diagnostic, d'efficacité des traitements et dépenses de santé. Face à cette situation les autorités sanitaires ont en 1998 créé des unités de dermatologie dans les centres de santé de référence et hôpitaux régionaux, et y affecté des jeunes médecins spécialisés en dermatologie. Cette nouvelle stratégie de la politique sanitaire visait à apporter aux personnels non spécialisés un répondant en matière de soins dermatologiques afin de prendre en charge les patients provenant des structures périphériques de niveau 1. Ainsi, des unités de

consultation dermatologique dirigées par de jeunes spécialistes ont été ouvertes à Ségou, Kayes et le Centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako. Les motifs de consultation dermatologique ont fait l'objet d'études dans les deux dernières structures.

Le but de cette étude est de rapporter les motifs de consultation enregistrés durant trois ans dans l'Unité de Dermatologie de l'hôpital régional de Ségou.

OBJECTIFS

-OBJECTIF GENERAL :

Etudier les motifs de consultation enregistrés dans l'Unité de Dermatologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou durant les 3 années de fonctionnement du service.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques et épidémiologiques des consultants
- Décrire les motifs de consultation dermatologique.
- Décrire les pathologies dermatologiques rencontrées.

GENERALITES

GENERALITES

A - RAPPEL DE LA STRUCTURE DE LA PEAU

Le revêtement cutané comporte la peau, ses annexes et les muqueuses superficielles. La peau comporte, de l'extérieur vers l'intérieur 3 zones distinctes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme

1- L'épiderme

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

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

2- Le derme :

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

3- L'hypoderme

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

4- LES ANNEXES

La peau renferme diverses formations dites annexes : Ces annexes sont . Le follicule pilo-sébacé formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileux.

. Les glandes sudorales eccrines dessinent un canal qui perfore 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. Elles sont localisées dans les zones pileuses du tégument, notamment les plis.

B – RAPPELS DES DERMATOSES COURANTES OBSERVEES

1- LES INFECTIONS MICROBIENNES

1-1 LES INFECTIONS BACTERIENNES : [7]

a- les infections superficielles non folliculaires :

-L'impétigo : c'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, ou de lésions croûteuses d'aspect mélicérique.

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

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

b-Les infections folliculaires :

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

-folliculite et ostio-folliculite primitive : des papulo-pustules inflammatoires centrées par un poil en sont l'expression la plus superficielle. Elles sont favorisées par les pansements occlusifs et la macération.

-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 (bourbillon).

c-L'erysipèle :

C'est une dermo-épidermite avec participation lymphatique due au streptocoque β 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. L'érysipèle peut se compliquer de phlébite et de cellulite nécrosante.

Traitement des pyodermites

Le traitement de la pyodermite proprement dite varie selon sa gravité.

Traitement des pyodermites bénignes : IL repose en première intention sur les antiseptiques :

-le permanganate de potassium dilué à la concentration de 1 pour 20.000 ou 1 pour 10.000

-ou la polyvidone iodée en solution dermique à 10%

En cas d'échec de ce traitement, jugé lors d'une évaluation pratiquée à une semaine, il faut traiter comme une pyodermite sévère.

Le traitement des pyodermites sévères repose d'emblée sur une antibiothérapie orale d'une durée de 8 jours. Les antibiotiques recommandés en première intention sont :

- l'érythromycine à la posologie de 30 mg/kg/j (soit 2g/j chez l'adulte)

-l'amoxicilline = 30 mg/kg/j (2g/j chez l'adulte) et le grand enfant.

50 mg/kg/j chez le nourrisson.

1-2-LES INFECTIONS MYCOSIQUES [9]:

Dans ce chapitre nous allons décrire les dermatophyties

1-2-1.Les dermatophyties :

-Définition

Les dermatophyties constituent l'ensemble des manifestations cutanéomuqueuses et phanériennes dues à des champignons

caractérisés par leur affinité pour la kératine. Ces champignons sont appelés dermatophytes.

Elles constituent la première cause des motifs de consultations dermatologiques avant les eczémas et les pyodermes. C'est une affection en recrudescence, notamment chez les malades immunodéprimés et chez les utilisatrices de produits dépigmentants. Ces affections comportent un préjudice esthétique et se compliquent de surinfection **(10)**.

-Les facteurs favorisants :

Parmi eux, on peut citer : l'infection par le VIH, le diabète, toutes les causes d'immunodépressions, la chaleur, une hygiène défectueuse et certaines attitudes vestimentaires.

Classification des dermatophytes

On distingue trois genres de dermatophytes qui sont ;

- Le trichophyton [TR]
- L'epidermophyton[E]
- Le Microsporum [M].

- Les aspects cliniques

Type de description :

Dermatophytie de la peau glabre ou dermatophytie circinée ou herpes circiné [14]:

La lésion élémentaire est une macule arrondie ou ovalaire érythémateuse sur peau blanche ou claire, à centre squameux hyper pigmentée sur peau noire. C'est une macule à extension centrifuge, le centre a tendance à la guérison alors que la périphérie ou la bordure active est en relief et micro vésiculeuse.

Le prurit est d'intensité variable dans la plupart des cas.

Autres formes cliniques :

L'atteinte de grands plis

C'est la plus fréquente, particulièrement l'atteinte inguinale, appelée eczéma marginé de Hébra ou dermatophytie inguinale.

L'atteinte des petits plis :

Les pieds sont plus souvent intéressés que les mains. Le pli prend un aspect macéré blanchâtre avec une fissure centrale. Le 4^{ème} 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 desquamatif représentant ce qu'on appelle (pied d'athlète). Il est favorisé par la macération, l'humidité, le port de chaussures en caoutchouc.

L'atteinte du cuir chevelu : teigne

Teigne tondante : [14]

Teigne microsporique : Elle est due à des microsporums d'origine humaine (*M.audouinii*) et d'origine animale (*M.Canis*). Elle atteint les enfants d'âge scolaire et préscolaire et guérit spontanément à la puberté ou même avant (*M.Canis*). Elle ne laisse pas de cicatrice après guérison. La repousse du poil est donc totale et la contamination se fait de façon directe ou indirecte. La lésion commence par une tache rose qui se couvre rapidement de squames fines, poudreuses, centrées et les cheveux cassés à quelques millimètres de leur émergence. Les plaques sont peu nombreuses et de grande taille. L'examen à la lumière de Wood montre une fluorescence verdâtre.

Teigne trichophytique : Due à un champignon du genre trichophyton.

Les lésions débutent par des taches roses nombreuses (plusieurs dizaines, parfois) pouvant passer inaperçues, puis elles se couvrent de fines pellicules et les cheveux se cassent, souvent très court. Les cheveux apparaissent 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 fluorescences 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 jaunes soufre, irrégulières de contour et d'étendue variable. Ces plaques (godets faviques) sont constituées de poils agglomérés .Le godet favique, de couleur jaune soufre, est fait de matière friable (masse compacte de mycélium) et d'odeur niche de souris. En dessous des plaques, la peau est dépliée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante. Les cheveux persistant par touffes sont ternes, décolorés sur toute leur longueur.

.Teigne inflammatoire (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 a formation de pus à la base de chaque poil .Entraînés avec le pus, les poils tombent spontanément au bout de quelques jours. Le parasitisme est de type mégaspore.

-L'atteinte des ongles : ou onyxis dermatophytique ou onychomycose est une atteinte latérodistale. Elle débute par une tache blanchâtre qui s'installe progressivement. La lame unguéale perd sa transparence et sa brillance, l'ongle devient jaunâtre, grisâtre ou verdâtre, s'épaissit et devient friable. L 'ongle ainsi désintégré se détache de son lit : c'est l'onycholyse.

Diagnostic des mycoses:

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

Diagnostic différentiel :

Atteinte de la peau :

-La dermatophytie de la peau glabre: se fait avec :

*L'eczéma nummulaire

*Le psoriasis.

-Intertrigo : eczéma, psoriasis des plis.

Cuir chevelu : lupus, psoriasis, dermite séborrhéique.

Traitement : [14]

A la fois prophylactique et curatif

-Prophylactique : consiste à traiter les individus et les animaux malades dans l'entourage du patient. Il faut désinfecter les objets souillés (bonnet, gants).

-Curatif :

.Traitement local :

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

. Traitement Général :

Griséofulvine 15 à 20mg /kg/j pendant 2 mois dans les teignes.

Indications :

Les lésions de la peau :

Dans les dermatophyties, un traitement local à base de topique actif doit être poursuivi pendant 3 à 4 semaines et suffit dans les cas peu étendus.

Dans les cas étendus il faudra ajouter un traitement par voie générale et de longue durée durant 8 semaines.

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 une application d'un antifongique imidazole en lotion ou en crème

Ce traitement sera poursuivi pendant au moins 8 semaines.

1-3.LES DERMATOSES PARASITAIRES :

Nous allons décrire essentiellement la gale et la leishmaniose

1-3-1 La gale (Scabiose) [15,16 ,17] :

C'est une dermatose parasitaire (ectoparasitose) due à un parasite : le sarcopte (*sarcoptes scabiei*, variété *hominis*).

Clinique :

A -Dans la forme classique : elle se manifeste par le prurit :

Il est constant et à recrudescence nocturne souvent insomniant localisé d'abord puis généralisé avec exacerbation aux sites de prédilection (coude, genou, fesses, organe génital externe, le mamelon de la femme et oreilles ; épargnant la face et les régions palmo-plantaires chez l'adulte) .C'est une dermatose de contamination conjugale et ou familiale.

- Des signes physiques : sont 3 types : ce sont les sillons, les vésicules et les papules.

B- Autres formes cliniques : ce sont :

- La gale des immunodéprimés ou gale norvégienne :

Elle s'observe chez les retardés mentaux, les lépreux (forme lépromateuse surtout), les sujets présentant une immunodépression importante et chez le sujet âgé. On note un prurit inconstant, mais il peut être féroce. Cette forme réalise une éruption maculo-papuleuse diffuse, puis érythrodermique associée à des lésions croûteuses ou hyperkératosiques notamment au niveau des extrémités (mains, oreilles).On peut noter la présence de grosses adénopathies. Les ongles sont épaissis et décolorés par accumulation de débris sous les ongles. La gale ne respecte alors plus ni le visage ni le cuir chevelu.

- La gale des gens propres : ou intempestivement traitée par dermocorticoïdes et avant que n'apparaisse une dissémination débordant les sites habituels.

- La gale de l'enfant et du nourrisson : ou la localisation peut être toute particulière (palmo-plantaire) et se manifestant sous forme de lésions vésiculo-bulleuses. Elle revêt, volontiers, l'aspect d'un impétigo ou d'un eczéma atopique. L'atteinte du visage a pu être observée de même que celle des oreilles.

Examens complémentaires

L'examen parasitologique direct d'un prélèvement portant sur les lésions caractéristiques de la gale met en évidence les sarcoptes adultes, les œufs ou les déjections.

La numération formule sanguine peut révéler une éosinophilie sanguine quasi constante, permettant une orientation diagnostique. Rarement on a recours à la biopsie qui aussi peut révéler des parasites [15].

Traitement :

Le traitement du patient et de son entourage intime est obligatoire. Toutes les personnes vivant sous le même toit doivent simultanément être traitées même si elles ne se grattent pas. Les médicaments scabicides utilisés à cet effet sont : le benzoate de benzyle (Ascabiol), une solution de DDT à 6% (benzochloryl). Le traitement se fait de la manière suivante

-Effectuer le soir avant le coucher.

-Faire une toilette à l'eau et au savon se rincer et se sécher.

-Puis appliquer sur le corps y compris le cuir chevelu, à l'exception du visage, le benzoate de benzyle à 10% ou Ascabiol en insistant sur les régions où sont localisées les lésions.

-Laisser le produit en place pendant 24 heures .En cas de toilette d'une partie du corps (toilette des mains avant de manger ou les seins

avant d'allaiter etc....), il importe de rappliquer le produit afin que la durée de 24 heures soit respectée.

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

-Le linge porté dans les 3 jours précédent et la literie doivent être traités avec la poudre « Aphtiria » pendant 24 heures [16].

1-3-2. La leishmaniose [8,10]

A- Aspects Cliniques :

La leishmaniose est une anthroponose due à un protozoaire flagellé appartenant au genre leishmania et transmise par la piqûre d'un insecte : le phlébotome.

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. Ainsi on observe 3 types de manifestations cliniques :

- La leishmaniose cutanée
- La leishmaniose cutanéomuqueuse
- La leishmaniose viscérale

Type de description : Bouton d'Orient

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

Cliniquement on observe une papule apparue au point d'inoculation qui se transforme en quelques jours en un nodule infiltré, rouge, lisse, ou squameux de 1 à 3 cm de diamètre surmonté d'une croûte, brunâtre au centre, très adhérente. Le fond de l'ulcération est plus ou moins séro-hémorragique et végétant (c'est le bouton d'orient). C'est la forme rencontrée dans nos pays.

B- Examens complémentaires :

- L'examen direct : met en évidence le corps de leishmane (macrophages bourrés de Leishmanies).

- La culture
- PCR

C- Traitement :

Le traitement de choix est le glucantine injectable (ampoule de 5 ml dosée à 1,5 g) à la dose de 0,6mg /kg/j pendant 15 jours. Le traitement doit se faire de façon progressivement croissante.

Le traitement des lésions isolées repose sur les infiltrations bihebdomadaires in situ de glucantine. Dans les lésions étendues le glucantine est utilisés en injection intramusculaire à doses progressives.

Les soins locaux sont nécessaires devant les formes franchement ulcérées. On utilise la solution de permanganate de potassium ou de polyvidone iodée **(10)**

1-4. LES INFECTIONS VIRALES :

1-4-1 Zona :

a. Définition :

C'est une glanglio-radiculite postérieure aiguë liée à la réactivation de la varicelle zona virus .Il se caractérise par une éruption érythémato-vésiculeuse unilatérale et hyper algique siégeant dans le territoire d 'un dermatome.

b. Aspects cliniques : le zona intercostal [12]

- Type de description : le zona intercostal

Au début, le patient ressent une douleur intercostale en hémi ceinture plus ou moins intense à type de brûlure associée à une adénopathie axillaire et 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'éléments papuleux plus ou moins nombreux qui confluent pour former un placard se recouvrant en 12 à 24 h de vésicules d'abord groupées en bouquets 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^{ème} et 7^{ème} jour.

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

Le problème majeur est représenté par les algies post zostériennes.

Des douleurs paroxystiques modérés chez l'adulte et intolérables chez le sujet âgé, s'associent à une hypoesthésie du territoire atteint. Ces douleurs peuvent persister pendant longtemps et être invalidantes.

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 % des cas)

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

c- Formes cliniques :

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

. **Zona 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** : on note une atteinte de l'abdomen, la région inguinale et les organes génitaux externe.

. **Zona des membres** : il peut s'accompagner d'une paralysie des nerfs moteurs avec paralysie du SPE entraînant un steppage à la marche.

. **Zona des nerfs crâniens.**

. **Zona ophtalmique** : le plus grave des zones céphaliques, traduit l'atteinte du ganglion de Gasser.

. **Zona du ganglion géniculé ou Zona otitique** : IL affecte le nerf VII-bis (intermédiaire de Wrisberg). IL se caractérise par des otalgies vives, une adénopathie prétragienne. L'éruption siège dans la zone de Ramsay-Hunt (versant externe du tympan, conduit auditif externe, conque, tragus, anthélix) et atteint parfois les deux tiers antérieurs de l'hémilangue. Une paralysie faciale périphérique peut y être associée.

d. Traitement :

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

Une antibiothérapie pers os est prescrite en cas de surinfection. En cas de douleur on pourrait prescrire des antalgiques habituels (dérivés salicylés, paracétamol) qui s'avèrent généralement suffisants, sinon on pourrait recourir à des analgésiques plus puissants (exemple : trabar comprimé ou injectable) ou à des benzodiazépines.

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

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

2. LES DERMATOSES IMMUNO-ALLERGIQUES :

2-1. LES ECZEMAS :

L'eczéma est le plus fréquent des dermatoses immunoallergiques et représente 30% des motifs de consultation dermatologique. [3,5]

2-1-1. Définition

L'eczéma est une dermatose érythémato-vésiculeuse prurigineuse, en nappes ou en placards, très récidivante et dont la lésion histologique prédominante est la spongiose du corps muqueux de Malpighi [21].

2-1-2. Etude clinique [18,21]

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 évolue en 4 phases :

– La phase érythémateuse :

Un placard érythémateux, œdémateux, 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.

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

-La phase de réparation : phase de 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 l'évolution se fait vers un stade chronique au cours duquel le prurit est extrêmement important, la peau présente un aspect épaissi, lichénifié.

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 pièce de monnaie)

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 taches 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 grisâtres, épaisses et fissurées.

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 œdémateuse avec suintement, simulant un érysipèle dépourvu de bourrelet périphérique, les lésions sont prurigineuses, sans adénopathies, sans phénomènes généraux.

L'eczéma dyshydrosique 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 ou 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 séreux : il devient louche, puis purulent. Les placards d'eczéma se recouvrent de croûtes épaisses, jaunâtres. Dans certains cas l'eczéma surinfecté s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire lymphatique afférent et parfois de poussées 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 où la peau est en contact 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 Diagnostique positif :

Plusieurs critères sont nécessaires : clinique, 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 faut rechercher, en cas d'eczéma aigu, 2 signes élémentaires fondamentaux :
 - *la spongiose, qui est un oedème intra-épidermique dissociant les kératinocytes les uns des autres et aboutit à la formation de vésicules intra-épidermique ;
 - *l'exocytose, caractérisée par la présence de lymphocytes dans l'épiderme.

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 :

- . Ou 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. . .
- Pieds : Henné
- . 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 et 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, huile 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, colorants, sulfamides, teinture de cheveux, les constituants des cosmétiques (lanoline, fragrance mixte).

2-1-5. Traitement de l'eczéma de contact allergique [21]

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

Bétaméthasone : il se présente 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 antiseptiques.

. **Permanganate de potassium** : sous une forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500 mg ; on l'utilise dilué à 1/10000 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 les croûtes. 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 5 à 10 % chez l'adulte et de 1 à 5% chez l'enfant.

Moyens généraux :

- **Les antihistaminiques anti H1 :**

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

Posologie : chez l'enfant 1mg/kg/j ; chez l'adulte 25 à 75 mg/j, soit 1 à 3 comprimés par jour.

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

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

- **Les antibiotiques :**

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

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

. **L'amoxicilline** 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** : leur indication est exceptionnelle, utilisés en courte cure, ils peuvent aider à maîtriser un eczéma aigu.

- **Contre indications et effets secondaires :**

Les dermocorticoïdes : classe II (Bétaméthasone)

Contre indication : infections bactériennes, 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 péri orale, dépigmentation.

Les adjuvants :

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

Les antibiotiques :

L'érythromycine

Contre indication : allergie à l'érythromycine (rare)

Effets secondaires : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée.

Les antihistaminiques :

Dexchlorphéniramine (polaramine), hydroxyzine (atarax)

Contre indication : glaucome à angle aigu, rétention urinaire.

Effets secondaires : sédation, excitation, sécheresse de la bouche, constipation.

Traitement étiologique :

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

Prophylaxie :

- Réduire et limiter 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 Autres dermatoses atopiques

2-2-1 Eczéma constitutionnel ou dermatite atopique [18].

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.

Signes cliniques :

2-2-2- Dermatite atopique du nourrisson ;

La maladie débute vers le 2^{ème} et 3^{ème} 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

- A ces 3 critères peut s'ajouter un 4^e : la xérose cutanée.

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

2-2-3 Les dermatites atopiques de l'adulte et du grand enfant

. Placards eczématiformes mal limités

. 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

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. Pour les plaques lichénifiées, les pommades ou goudrons (carbodome) sont indiqués.
- Les antihistaminiques et les antibiotiques sont également utilisés.

2-3 L'urticaire [20]

2-2-1. 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.

2-2-2. Classification :

Selon l'évolution : on distingue

- Les urticaires aiguës
- Les urticaires chroniques durant par définition plus de (3) 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

2-2-3. Signes cliniques :

Type de description : L'urticaire commune

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

2-2-4. 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 :

C'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 la survenue d'un choc anaphylactique ou à sa localisation laryngée.

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

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

Urticaires induites par voie générale :

. **Urticaires médicamenteuses** : Pénicilline, Sulfamide, Barbituriques, Aspirine, polymixine....

. **Urticaires alimentaires :**

- Aliments riches en histaminiques (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 pré ictérique 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).

. **Urticaire physique :**

- **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) au cours d'une compétition sportive. On note une petite papule localisée à la partie supérieure du tronc.

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

2-2-6. Traitement (20) :

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

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

Les antihistaminiques H1 sont nombreux :

L'hydroxyzine (atarax) se présente sous forme de comprimé dosé à 25 mg et de sirop dosé à 400 mg (1 cuillère à café = 10 mg, 1 cuillère à soupe = 40 mg)

Posologie

Chez l'enfant 1mg/kg/j

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

Le Dexchloréphéniramine : (polaramine) se présente sous forme de comprimé de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1 cuillère à café = 0,5mg)

Posologie

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

Chez l'adulte 1 comprimé de 6mg/j.

La 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 : 1 cuillerée mesure par jour,

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 12 ans : 1 comprimé par jour

Traitements locaux :

Sont peu actifs sur la crise d'urticaire.

Indications :

Sont fonctions 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 que pour une courte durée dans les situations aiguës ; urticaire géante, angioedème.

3- LES DERMATOSES ERYTHEMATO-SQUAMEUSES

3-1 LE PSORIASIS [21]:

C'est une maladie auto-immune qui se développe chez des individus génétiquement prédisposés et l'existence fréquente d'antécédents familiaux est souvent signalée. La maladie peut se manifester à tout âge. L'évolution se fait par poussées. Le diagnostic est le plus souvent aisé malgré la multiplicité des formes cliniques. Les noirs d'Afrique et d'Amérique sont beaucoup moins sujets au psoriasis. La couleur rouge des placards, recouverts des squames blanches friables, dont le grattage méthodique, mettant à nu les papilles dermiques (signe de la rosée sanglante) est caractéristique. D'autres parts, certaines lésions prennent une teinte violacée ou bleu noir due à une incontinence pigmentaire massive. Cet aspect peut donc persister, même après guérison du psoriasis. Il met rarement la vie du patient en danger.

ASPECTS CLINIQUES :

Type de description : le psoriasis vulgaire

La lésion élémentaire le plus souvent observée est une plaque erythémato-squameuse à limites nettes, légèrement en relief par rapport

à la peau avoisinante. Ces plaques sont variables par leur taille et leur nombre, il peut souvent 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 peu être atteinte. Le cuir chevelu est l'une 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 séborrhéique une dermatite atopique ou un lupus érythémateux. Le psoriasis peut rarement être responsable d'une alopecie.

Le polymorphisme clinique s'observe d'avantage avec d'autres localisations : le psoriasis palmo-plantaire, souvent bilatéral, comporte des placards recouverts de squames 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 hyperkératose sous unguéale peut soulever le bord libre de l'ongle, plus caractéristique est le décollement en demi cercle de l'ongle a partir de bord libre de l'ongle, bordé dans sa convexité par un halo rouge cuivré.

L'atteinte génitale se caractérise par des taches rouges, arrondies, bien limitées ; peu ou pas squameuses, indolores et tenaces. Des atteintes linguales à types 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 jour sur un site traumatisé de la peau.

AUTRES FORMES :

Plusieurs formes sont décrites :

- . Psoriasis pustuleux, la lésion élémentaire est une pustule amicrobienne.

L'histologie montre une pustule spongiforme ou multiloculaire.

- . Rhumatisme psoriasique, s'associe à des manifestations ostéoarticulaires.

- . Psoriasis de l'enfant, le psoriasis débute avant l'âge de 10 ans.

- . Le psoriasis en goutte

DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diagnostic positif de psoriasis repose sur l'examen clinique. L'examen histologique est rarement nécessaire mais peut être utile dans certaines formes atypiques ou compliquées.

L'histologie révèle : un épiderme épaissi, para keratosique et à sa partie supérieure on note des collections amicrobiennes de polynucléaires.

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 péri vasculaire lymphohistiocytaire avec polynucléaires neutrophiles dans les lésions jeunes.

Diagnostic différentiel :

Psoriasis commun : le diagnostic peut se discuter avec la syphilis secondaire, les lymphomes, la dermatite séborrhéique, mais la sérologie TPHA\VDRL syphilitique est positive dans ce cas. La biopsie rectifie le diagnostic d'une dermatite séborrhéique, une dermatite atopique, un lupus érythémateux ou un lymphome.

Traitement :

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

- **Local** : ce traitement est basé sur

. La corticothérapie locale est un traitement de psoriasis, propre et non irritant. Le résultat n'est pas souvent spectaculaire, avec des effets secondaires locaux et généraux en cas d'utilisation prolongée. Leur utilisation donne d'assez bons résultats surtout dans les psoriasis de cuir chevelu.

. Les antiseptiques (éosine a l'alcool 30 ou 60), les kératolytiques (vaseline salicylée : 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 est à l'origine de complications souvent sévères.

On discutera l'usage des immunosuppresseurs et des rétinoïdes

4- LES DERMATOSES TUMORALES :

4-1. LA MALADIE DE KAPOSI :

Définition et étiopathogenie :

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. Outre, la forme profuse associée au SIDA, on distingue la forme acrale (KAPOSI méditerranée) et la forme endémique agressive africaine.

Aspect clinique :

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 nodules de tailles variables pouvant s'ulcérer. Les lésions ne disparaissent pas à la vitropression. Elles régressent exceptionnellement au cours du 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 KAPOSÍ, au cours du SIDA, particulièrement le visage. Un début au niveau des membres serait un facteur de meilleurs pronostics.

Les atteintes viscérales existent dans environs 10 % des formes classiques et dans près de 78 % des cas associés au SIDA et serait même un moyen pour la distinguer de la forme endémique [23, 24].

Histologie :

La maladie de KAPOSÍ est caractérisée par une prolifération dense des cellules fusiformes dans le derme superficiel et profond mêlée à de nombreux vaisseaux dilatés et tortueux à parois bien formées ou de type fente vasculaire avec des hématies extravasées. Un infiltrat lymphoplasmocytaire péri vasculaire est présent (23).

Physiopathologie :

La maladie de KAPOSÍ serait de nature hyperplasique, en effet on retrouve peu d'anomalies cellulaires 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'herpès virus humain de type 8 (HHV8) est incriminé et serait récemment découvert par CHANG et COLLABORATEURS [11].

Traitement :

En dehors des formes associées au SIDA, la maladie de KAPOSÍ ne met pas directement en jeu le pronostic vital. Parfois on opte pour l'abstention thérapeutique. Le choix des moyens thérapeutiques varie en fonction du nombre de lésions. On peut utiliser de petits moyens locaux (exérèse, cryothérapie), la radiothérapie, l'interféron ou une chimiothérapie peu cytopénisante comme la bléomycine [23,24].

4-2. LES CHELOIDES :

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 **(25)**.

Diagnostic :

En général facile, C'est une tumeur saillante, dure, à surface lisse rouge et tendue, parfois spontanément sensible ou prurigineux, de forme peu bosselée dont la périphérie présente des expansions en « patte de crabe ». Une notion capitale pour le diagnostic, c'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 :(25)

Corticothérapie : inefficace dans les chéloïdes anciennes elle peut être tentée sur les chéloïdes jeunes ou sur certaines à titre préventif après chirurgie d'exérèse. Elle permet parfois de bien contrôler la symptomatologie fonctionnelle (douleur, prurit).La préssothérapie après ablation chirurgicale permet également d'éviter la récurrence (expérimentée dans le service de dermatologie du CNAM)

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE :

1°) Cadre de l'étude :

L'étude a été menée sur les dossiers des consultants du service de dermato-vénérologie de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

a) Description du lieu d'étude :

La région de Ségou, 4^{ème} collectivité territoriale du Mali créée par la loi N°99-035 du 10 août 1999 est située dans la partie centrale du pays entre les 12°30 et 15°30 de latitude Nord et 4° et 7° de longitude ouest du Mali.

Elle couvre une superficie de 64974 km² soit environ 5% de l'étendue du territoire national. Elle est limitée au sud par la région de Sikasso, à l'est par les régions de Tombouctou et de Mopti, au sud par le Burkina Faso et à l'ouest par la région de Koulikoro.

On recense 5 communes urbaines : Ségou, San, Nioro, Markala et Dioro.

La prédominance de la Zone sahélienne, soit 69% du territoire régionale, fait de Ségou une zone semi-aride.

Ségou compte une population de 1769201 habitants dont plus de 48% de moins de 15 ans.

L'activité économique est dominée par l'agriculture, l'élevage, la pisciculture, l'industrie et le commerce.

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

De nombreuses O.N.G nationales et non nationales opèrent dans le secteur de la santé, de l'agriculture de l'élevage, et de l'éducation (CARE, WORLD VISION, AMPPF, ALPHA LOG ...)

b) L'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :

Situé au centre de la ville de Ségou, il a un caractère de deuxième référence parce qu'il assure toutes les évacuations venant des cercles, des arrondissements et des villages

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

Il s'agit d'un service qui a vu le jour en juin 1998 et a fermé ses portes en mai 2001 avec l'affectation du médecin spécialiste à Bamako. Ses activités ont alors été prises en main par le service de médecine de l'hôpital. Il prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Ségou, des quatre (4) autres cercles de la région et des localités frontalières du Burkina.

Le personnel se composait de :

Un (1) dermato-vénérologue ;

- Une (1) aide soignante ;
- Notons que les malades du service nécessitant un séjour à l'hôpital sont hospitalisés en médecine
- Le service réalisait des biopsies et des examens anatomopathologiques.

2) Type et durée d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers et registres des malades reçus et traités dans l'Unité de dermato-vénérologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de 1998 à 2001.

3) Population d'étude :

Notre étude a porté sur les dossiers et registres des patients vus en consultation dermatologique.

4) Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les dossiers colligés durant la période de l'étude.

a) critère d'inclusion :

Tout dossier comportant un motif de consultation relatif à une dermatose ou une IST.

b) critère de non inclusion :

Tout dossier comportant un motif non dermatologique et non une IST.

c) Technique de la collecte des données :

Les données suivantes ont été enregistrées sur une fiche d'enquête comportant : âge, sexe, année, mois, le ou les motifs de consultation et les commentaires.

d) Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur épi info version 6. L'analyse a été faite sur le logiciel SPSS.

RESULTATS

Résultats :

Au total 1653 dossiers de consultation ont été colligés pour l'étude. Il y avait 1708 cas (dermatoses et IST).

1) Données socio-démographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Féminin	922	55,8
Masculin	731	44,2
Total	1653	100

Les Féminin représentait 55,8% ; soit un sexe ratio 1,26 en faveur des femmes.

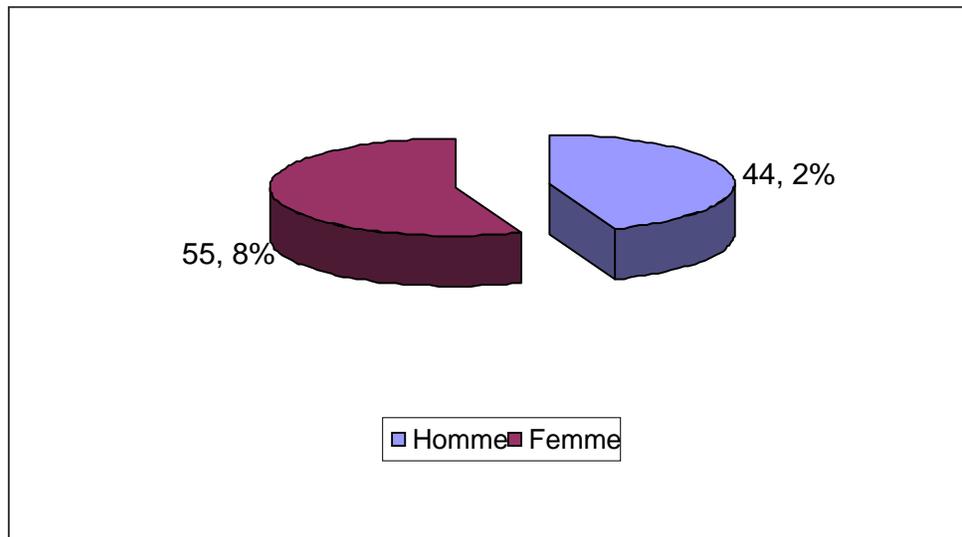


Figure 1 : Répartition selon le sexe.

Tableau II : Répartition des patients selon l'année de consultation

Année	Effectif	Fréquence
1998	388	23,47%
1999	537	32,49%
2000	498	30,12%
2001	230	13,92%
Total	1653	100%

32,49 % des patients ont été vus en 1999.

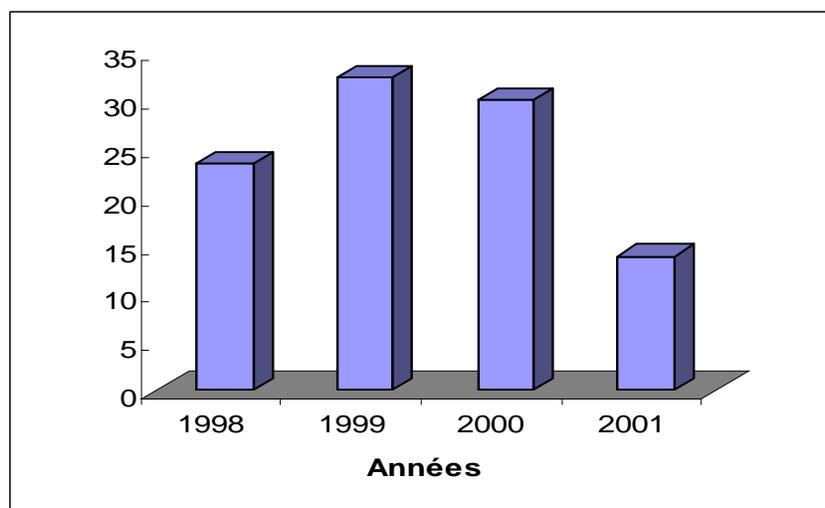


Figure 2 : fréquence de la population d'étude selon l'année.

Tableau III: Répartition des patients selon le mois de consultation

Mois	Effectif	Fréquence
Janvier	142	8,59%
Février	122	7,38%
Mars	119	7,20%%
Avril	160	9,67%
Mai	120	7,26%
Juin	46	2,78%
Juillet	85	5,14%
Août	213	12,88%
<i>Septembre</i>	155	9,38%
Octobre	190	11,50%
Novembre	143	8,65%
Décembre	158	9,55%
Total	1653	100%

12,88% des malades ont consulté au mois août et 11,50% en octobre.

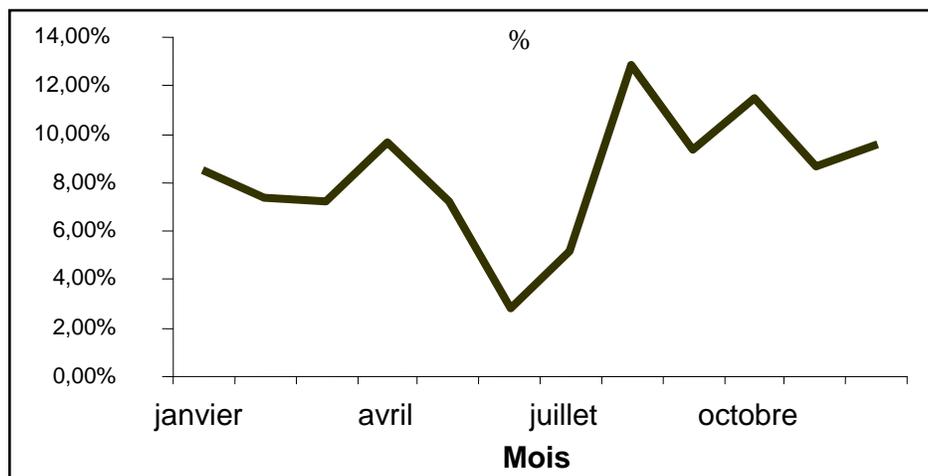


Figure 3 : Répartition des consultants selon les mois de consultation.

Tableau IV : Répartition des patients selon la classe d'âge

Classe d'âge (année)	Effectif	Fréquence
0-9	398	24,07%
10 -19	313	18,94%
20-29	356	21,53%
30-39	258	15,62%
40-49	173	10,48%
50-59	83	5,02%
60-69	50	3,02%
70-79	15	0,90%
80 et plus	7	0,42%
Total	1653	100%

L'âge des malades variait de **1 mois à 86 ans**.

La moyenne d'âge était **de 42,5 ans**, avec une classe modale : **[0 – 9] ans = 24,07%** et une médiane = **[40-49] ans**

B. Les motifs de consultation dermatologiques

Tableau V: Répartition des patients présentant une dermatose isolée ou non.

Type de Dermatose	EFFECTIF	Fréquence (%)
Isolée	1653	96,78%
Associée	55	3,22%
Total	1708	100%

Dans **3,22%** des cas, le patient présentait plus d'une dermatose.

Tableau VI : Répartition des dermatoses observées selon le type

Dermatoses	Effectif	Fréquence
Immuno-allergiques	471	27,57%
Mycosiques	391	22,90%
Bactériennes	243	14,23%
Virales	76	4,45%
Parasitaires	64	3,74%
Tumorale	49	2,86%
IST	43	2,52%
Autres*	371	21,72%
Total	1708	100

Les dermatoses immuno-allergique représentaient 27,57%, suivies des mycoses superficielles (22,90%)

Les autres pathologies étaient représentées par : acné (24,80%), lichen plan (12,15%), KPP (23,10%), vitiligo (4,52%), PRG (3,95%), psoriasis (3,67%), ichtyose (2,55%), érythrodermie (3,10%), chéilite (1,35%)

Nœvus (3,10%), Neurofiromatose (0,28%), xérose cutanée (17,52%).

Tableau VII: Répartition des cas de dermatose d'origine bactérienne.

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Folliculite + Furoncles	44	18,11%
Fasciite nécrosante	5	2,06%
Impétigo	172	70,79%
Erysipèle	5	2,05%
Ulcère de jambe	8	3,29%
Lèpre	9	3,70%
TOTAL	243	100%

Les principaux motifs de consultation parmi les dermatoses bactériennes ont été l'impétigo (70,79%) suivies des folliculites et furoncles (18,11%) et la lèpre avec (3,70%) des cas.

Tableau VIII : distribution des pyodermites dans la population selon l'âge spécifique.

Classe d'âge (années)	Sexe			
	Masculin		Féminin	
	Nombre de cas	Fréquence	Nombre de cas	Fréquence
0-9	20	22,47%	17	20,48%
10-19	16	17,98%	13	15,66%
20-29	12	13,48%	15	18,07%
30-34	5	5,61%	7	8,43%
35-39	7	7,87%	6	7,23%
40-49	7	7,87%	5	6,02%
50-59	8	8,98%	8	3,70%
60-69	9	10,11%	6	7,23%
70-80	5	5,61%	6	7,23%
Total	89	100%	83	100%

La classe d'âge [0-9] ans a été la plus concernée par les pyodermites.

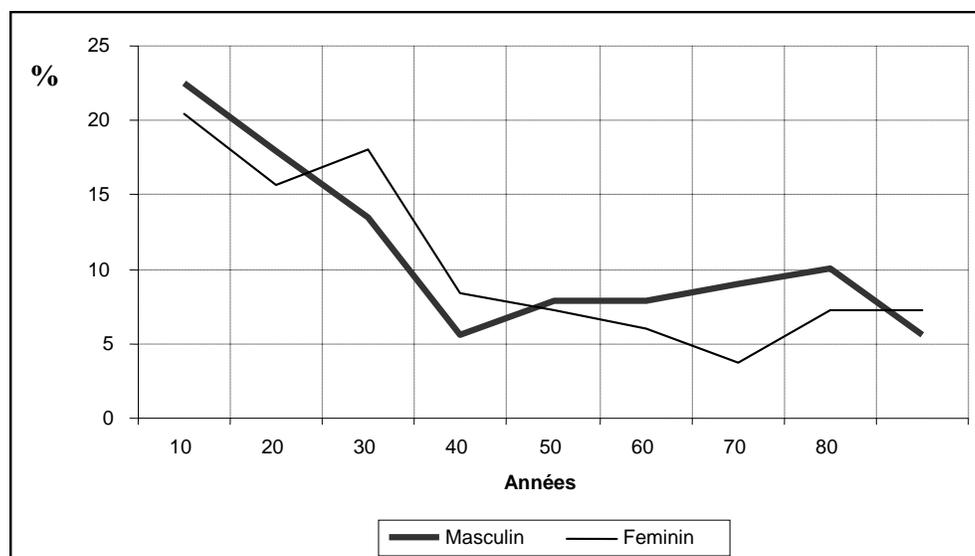


Figure 4 : La distribution des pyodermites dans la population selon l'âge spécifique montre un pic avant 10 ans.

Tableau IX : Répartition des cas de dermatose d'origine virale

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Varicelle	21	27,63%
Zona	33	43,42%
Molluscum contagiosum	16	21,05%
Verrues	6	7,90%
TOTAL	76	100%

Le zona avec **43,42%** était la virose la plus observée parmi les dermatoses virales.

Tableau X : Répartition des cas de dermatose d'origine mycosique.

Dermatoses	Nombre de cas	Fréquence
Dermatophyties :		
. Peau glabre	144	36,82%
. Teigne	135	34,52%
. Intertrigo interdigital et ou interorteil	53	13,55%
. Onyxis	15	3,84%
Candidose cutanéomuqueuse	9	2,30%
Pityriasis versicolor	19	4,86%
Mycétome	7	1,80%
Chéilite mycosique	9	4,86%
TOTAL	391	100%

Les principaux motifs de consultation parmi les dermatoses d'origine mycosique étaient les dermatophyties de la peau glabre avec **36,82%**, suivies des teignes avec **34,52%**.

Tableau XI : Répartition des cas de dermatose d'origine parasitaire

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Scabiose	41	64,06%
Leishmaniose cutanée	9	14,06%
Larva migrans	7	10,94%
Bilharziose vulvaire	5	7,81%
Bilharziose cutanée	2	3,13%
TOTAL	64	100%

La gale était présente chez **64,06%** des cas; la bilharziose chez 7 patients dont 5 présentations vulvaires.

Tableau XII : Répartition des cas d'IST

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Condylome	8	18,60%
Herpes Génital	7	16,28%
Urétrite	1	2,32%
Ulcérations génitales	27	62,80%
TOTAL	43	100%

Les ulcérations génitales avec **62,80%** des cas ont largement dominé dont 14 cas d'origine syphilitique, 7 chancres mous, 6 balanites érosives.

Tableau XIII : Répartition des dermatoses d'origine immuno-allergique

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Eczéma	155	32,91%
Dermatite atopique	47	9,98%
Urticaire	44	9,34%
Prurigo	65	13,80%
Prurit sans lésions	54	11,46%
Toxidermie	16	3,40%
Erythème noueux	9	1,91%
Lupus	19	4,03%
Pemphigus	23	4,88%
Pemphigoïde	13	2,76%
Eczématides	41	8,70%
TOTAL	471	100%

Les eczémas ont dominé les dermatoses immunoallergiques avec **32,91%** des cas.

Tableau XIV : Répartition des dermatoses tumorales.

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
Chéloïde	21	42,85%
Maladie de Kaposi	9	18,36%
Lipome	7	14,28%
Mélanome	7	14,28%
Botriomycome	3	6,12%
hidradénome	2	4,08%
TOTAL	49	100%

Les chéloïdes ont dominé les dermatoses tumorales avec **42,85%** des cas.

Tableau XV : Répartition des cas d'autres dermatoses

Dermatoses	Nombre de cas	fréquence
acné	92	24,80%
vitiligo	16	4,52%
Pytiriasis rosé de Gilbert	14	3,95%
Ochronose	17	4,58%
noevus	11	3,10%
psoriasis	13	3,67%
ichtyose	9	2,55%
Erythrodermie	11	3,10%
Keratodermies	82	23,16%
Recklin Ghausen	1	0,28%
Lichen plan	43	12,15%
Xérose cutanée	57	15,37%
Chéilite sèche	5	1,35%
TOTAL	371	19,07%

L'acné avec **24,80%** a dominé les autres motifs.

Tableau XVI : Répartition des dermatoses chez les enfants d'âge < 1 an.

Dermatoses	Nombre de cas	Fréquence
Eczemas	39	39,79%
Mycose	22	22,45%
Pyodermite	14	14,28%
Prurigo	9	9,18%
Tumeur	2	2,04%
kérotodermie	2	2,04%
Scabiose	2	2,04%
Autres*	8	8,12%
TOTAL	98	100%

Les eczéma avec **39,79%** avaient été largement observés chez les enfants de – 1 an ; suivis des mycoses avec **22,45%**.

Tableau XVII : Fréquence des surinfections selon les dermatoses

Dermatoses	Nombre de cas	Fréquence
Eczemas	49	50,51%
Mycose	16	16,50%
Scabiose	15	15,47%
Autres*	17	17,52%
TOTAL	97	100%

Parmi les dermatoses surinfectées on notait : les eczémas (50,51%), les mycoses (16,50%) et la scabiose (15,47%) des cas.

Tableau XVIII: Répartition des dermatoses associées à la dépigmentation.

Dermatoses	Dépigmentation	
	Nombre de cas	Fréquence
mycose	72	50,70%
Acné	33	23,20%
Eczéma	27	19,00%
Pyodermite	4	2,80%
Folliculite	4	2,80%
Lichen plan	1	0,70%
Prurigo	1	0,70%
Total	142	100%

Les mycoses ont été les plus associées à la dépigmentation avec **50,70%**.

Tableau XIX : Répartition des dermatoses associées au VIH\ SIDA

VIH\SIDA Dermatoses	VIH\SIDA	
	Effectifs	Fréquence
Zona	17	31,57%
Pyodermite	8	14,28%
Kaposi	8	14,28%
Prurigo	7	12,28%
condylome	5	8,77%
Eczéma	3	5,26%
Mycose	3	5,26%
Lichen profus	4	7,14%
Varicelle maligne	1	1,76%
Total	56	100%

Le zona avec **31,57%** des cas a été le plus associé à l'infection VIH/SIDA, suivi des pyodermites et de la maladie de Kaposi (**14,28%**) des cas.

3) Profil évolutif des consultants et motifs observés

A- Plan socio-démographiques :

Tableau I : Répartition des dermatoses en fonction des années.

Années	Effectifs	Fréquence
1998	391	22,90%
1999	553	32,37%
2000	498	29,15%
2001	266	15,58%
Total	1708	100%

32,37% des dermatoses ont été recensées en année 1999, suivie de l'année 2000 avec 29,15%.

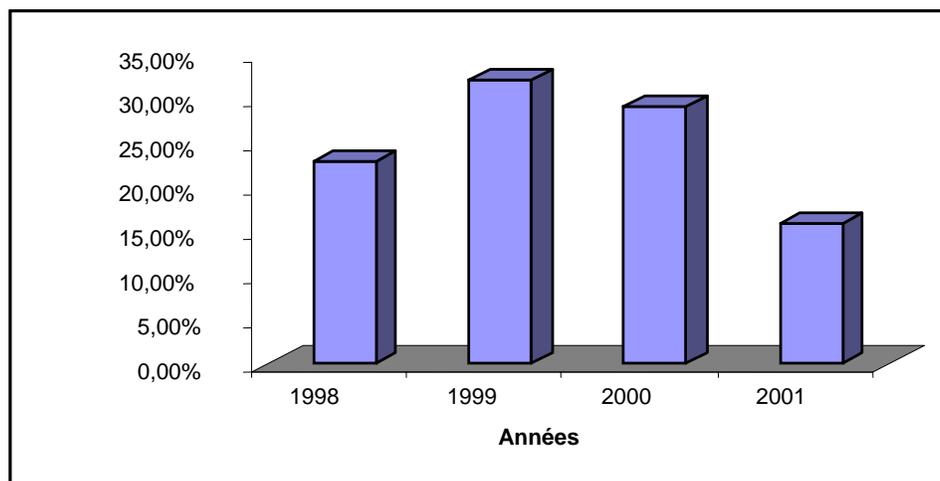


Figure 1 : Fréquence des dermatoses au cours des années montre un pic en **1999** avec **32,37%** des effectifs.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des années et du sexe.

Variable	Malade/ Sexe			
	Homme		Femme	
Année	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
1998	181	10,95%	207	12,52%
1999	245	14,82%	292	17,67%
2000	216	13,07	282	17,05
2001	89	5,39	141	8,53
Total	731	44,23%	922	55,77

Le sexe féminin avec **55,77%** a dominé durant toutes les années de consultation le sexe masculin. On note un pic en **1999 et 2000**.

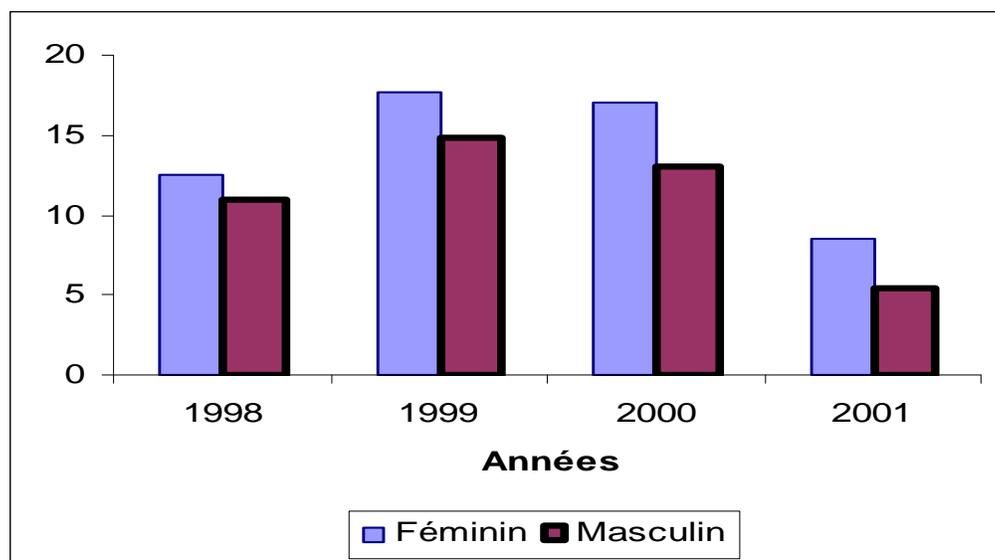


Figure 2 : La fréquence des motifs de consultation selon le sexe des patients.

Tableau III : Répartition des consultants en fonction des années et de l'âge.

Tranches d'âges (années)	ANNEES				Total
	1998	1999	2000	2001	
0-9	98	114	127	59	398
10 -19	91	84	94	44	313
20-29	66	144	113	33	356
30-39	61	79	71	47	258
40-49	35	56	51	31	173
50-59	19	34	21	9	83
60-69	11	20	15	4	50
70-79	5	4	3	3	15
80 et plus	2	2	3	0	7
Total	388	537	498	230	1653

Les classes modales sont :[0-9] et [20-29]

La tranche d'âge [0-9] ans a dominé toutes les années de consultation sauf en 1999 ou la tranche d'âge [20-29] a dominée.

Iconographie



Photo 1 : Pemphigus végétant (O. Faye)



Photo 2 : Ulcère de Buruli (O. Faye)



Photo3 : Zona ophtalmique (A.Dicko)



Photo4 : Dermatophitie (O. Faye)



Photo5 : Teigne surinfectée (O. Faye)



Photo6 : Intertrigo (A.Dicko)



Photo7 : Gale impétiginisée (A.Dicko)



Photo 8 : Bilharziose vulvaire (O. Faye)



Photo 7: Leishmaniose (A. Dicko)



Photo 8: Lèpre (A. Dicko)

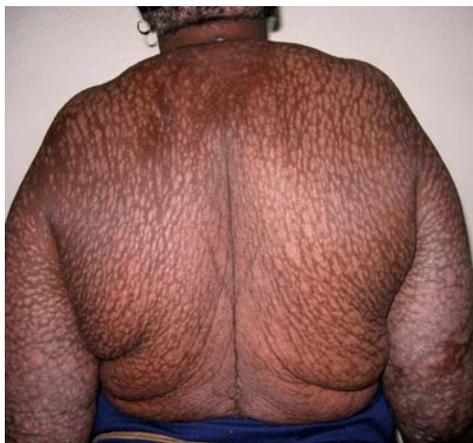


Photo 9: psoriasis (O. Faye)



Photo 10 : Toxidermie (O . Faye)

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI- Commentaires Et Discussion.

Discussion de la méthodologie.

Notre étude avait pour but de rapporter les motifs de consultation et de dresser le profil épidémiologique et évolutif des consultants et des pathologies rencontrées dans le service de dermato-vénérologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de 1998 à 2001.

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur tous les dossiers et registres des malades ayant consultés à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou (HNFS) pour dermatose et IST de 1998 à 2001.

1654 dossiers conformes à la définition ont été inclus dans cette étude. Notre échantillon représentait 85,87% de l'ensemble des dossiers et registre.

272 dossiers (14,13%) ont été exclus de notre étude pour cause de données manquantes (age, mois, années et diagnostic) et non-conformité aux critères retenus.

Certaines limites de notre travail, notamment le contexte du service, méritent d'être signalées:

- Le site du service: le local n'était pas approprié car le service se limitait à une seule salle de consultation sans possibilités d'hospitalisation en son sein. Nouveau service ayant fermé ses portes avant même que tous les usagers potentiels aient eut le temps de le connaître.

- le personnel : un (1) seul spécialiste et une aide soignante pour tout le service, n'était pas commode, limitant les possibilités de travail,

- un manque d'information de la part des autorités vers les autres services et les usagers sur les réelles potentialités du service.

Ce travail est une contribution à l'étude des motifs de consultation dermatologique dans un hôpital régional. C'est le troisième du genre. Il nous a, entre autre, permis de montrer que les maladies de la peau (MDP) constituent un réel problème de santé dans notre pays. Une remarque importante ressort du fait que nos résultats présentent une relative homogénéité à ceux obtenus dans les études antérieures réalisées dans des conditions similaires [27, 28, 29].

2) Sur le plan épidémiologique :

2-1. Le sexe :

Nous avons observé une prédominance féminine dans la clientèle du service avec une fréquence de 55,8%. Le sex- ratio était de 1,26 en faveur de sexe féminin. Ce qui va dans le même sens que l'étude de CAMARA [27] et DIARRA [28] qui ont respectivement observé 53,9% et 57,4%.

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 :

Dans notre étude l'âge variait de 0 à 86 ans avec une prédominance pour les tranches de [0-9] ans (24,9%) et [20-29] ans (21,53%).

Cette même prédominance est retrouvée dans l'étude de DIARRA [28] avec 32,34% pour les [0-9] ans et Keita [29] avec 25,9%. La fréquence élevée des dermatoses chez les enfants de moins de 10 ans pourrait s'expliquer par l'immaturation cutanée des enfants et le manque d'hygiène fréquemment rencontrée en milieu rural (25).

2.3- Selon le mois :

Au cours de notre étude, nous constatons une fréquentation plus élevée pendant les mois Août (12,88%) et octobre (11,50%). Cela pourrait s'expliquer par l'hivernage qui entraînerait une recrudescence de certaines dermatoses notamment les prurigos et pyodermites en rapport avec la présence des insectes, la pullulation des mouches et l'humidité.

2.4- Selon l'année :

A partir de notre étude nous avons constaté une augmentation du nombre des consultants dans le service en 1999 et une diminution sensible en 2000 et 2001. Cela s'expliquerait par une meilleure amélioration du recueil des données en rapport avec les efforts de l'administration pour améliorer la logistique du service.

3-Sur le plan clinique :

➤ Selon le groupe de dermatoses :

➤ On note une prédominance des dermatoses immuno-allergiques (27,57%), suivies des dermatoses mycosiques (22,90%).

Nos résultats concordent avec ceux de Keita [29]. Par contre ils diffèrent de ceux rapportés par Diarra [28] qui a trouvé une prédominance des mycoses (34,73%), suivies des dermatoses immuno-allergiques.

➤ Selon le type spécifique de dermatoses:

-Dermatoses immuno-allergiques : les eczémas avec 32,91% ont été les plus recensés, suivis du prurigo avec 13,80% des cas. Les mêmes prédominances ont été rapportées par Camara [27] avec respectivement 18,5% pour les eczémas et 4,77% pour le prurigo.

Par contre dans l'étude de Diarra [28], nous avons noté une nette prédominance du prurigo ; suivi des eczémas.

-Dermatoses d'étiologie mycosique : dans ce groupe, l'atteinte de la peau glabre a été la plus observée avec une fréquence de **36,82%**, suivie de l'atteinte du cuir chevelu, avec 34,52%.

Camara [27] avait trouvé une prédominance des teignes suivies de l'atteinte de la peau glabre. En réalité les mycoses représentent la majorité des motifs de consultation [2,5].

-Dermatoses d'étiologie bactérienne :

Chez nos patients, l'impétigo a été la plus observée avec une fréquence de 70,79%. L'atteinte était plus élevée chez les enfants de moins de 10 ans. Ces résultats sont similaires aux travaux antérieurs effectués [34]. Selon certains auteurs la survenue des pyodermites serait favorisée par une hygiène corporelle défectueuse et un climat tropical humide [35].

-Dermatoses d'étiologie tumorale :

La plus part des tumeurs furent diagnostiquées et confirmées par un examen anatomopathologique dans le service (prouesse unique dans un centre de santé de niveau II) .Ainsi les chéloïdes ont dominé avec 42,85%, suivis de la maladie de Kaposi avec 18,36% des cas.

Camara [27] avait trouvé les mêmes résultats.

-Dermatoses d'étiologie virale : le zona a été dominant avec 43,42% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par la recrudescence de l'infection VIH dans notre pays durant la période d'étude. Notre résultat est similaire à celui de Keita [29], avec 37,78% des cas.

-Dermatoses d'origine parasitaire : La pathologie la plus observée a été la scabiose avec 64,06%. Dominance également retrouvée dans l'étude de Camara [27] et Keita [29].

Certaines études ont fait état de situations paroxystiques en occurrence d'épidémies de gale en Afrique [4, 31,32 ,33]

- **IST :** les ulcérations génitales ont dominé avec 62,80% des cas dont une majorité d'origine syphilitique.

-D'autres dermatoses :

Parmi les autres dermatoses fréquemment rencontrées, on notait l'acné et les kératodermies palmo-plantaires. Cette fréquence s'explique par un biais de recrutement. Ces pathologies relèvent du domaine privilégié du spécialiste. Elles sont très mal connues des généralistes.

-Dermatoses chez les enfants de moins de 1 an : les eczémas ont dominé avec 39,79% ; suivis des mycoses 22,45%. Le faible taux de recrutement des enfants de moins de 1 ans s'explique par le fait qu'ils étaient pris en charge par le service de pédiatrie.

-Sur le plan de la surinfection : les eczémas ont été les dermatoses les plus à l'origine de pyodermites secondaires (50,51%). Ce qui motive le plus souvent la consultation plutôt que la dermatose initiale. L'une des complications majeures à redouter au cours d'une pyodermite est la glomérulonéphrite post streptococcique largement décrite par certains auteurs [26, 30, 31, 32, 34,] . Dans notre étude aucun cas n'a été rapporté.

-Association dermatoses VIH\SIDA : La dermatose la plus associée à l'infection VIH a été le zona (31,57%), suivie de la maladie de Kaposi et des pyodermites (14,28%). Un (1) cas de varicelle maligne

associée au VIH à été rapporté .Ces pathologies sont connues comme étant fortement associées à l'infection VIH [36].

Camara [27] a rapporté que les mycoses étaient les plus fréquemment associées au VIH \SIDA, suivies de la maladie de Kaposi et les pyodermites.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Depuis quelques années une évaluation de l'activité dermatologique de l'HFD de Kayes et du centre de centre de référence de la commune V du district de Bamako à été faite dans ces deux structures comportant une unité de dermatologie. L' HNF de Ségou qui représente la 3ème structure n'a pas fait l'objet d'une évaluation. La présente étude a pour but de combler cette lacune. Ainsi le bilan général en 3 ans d'activité du service a permis de révéler :

- une prédominance féminine au sein des malades.
- Une grande diversité du tableau clinique des dermatoses observées.
- Une prévalence non négligeable du zona associé à l'infection VIH a été observée.
- une assez bonne tenue des dossiers et registres
- la majorité des dermatoses observées relève du 1^{er} niveau de santé
- Une fréquentation assez faible du service

RECOMMANDATIONS

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

- ***Aux agents de santé :***

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

- ***Aux autorités sanitaires dermatologiques du pays :***

-D'appuyer le projet de formation dermatologique des agents de santé initié par la fondation internationale de dermatologie (F.I.D) et les dermatologues du CNAM. Ce projet s'appuie sur des modules de formation comportant la majorité des dermatoses dont souffre la population.

- Redynamiser l'unité de dermato-vénérologie du CNAM et celle des autres centres afin qu'elle réponde aux normes internationales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Mahé et coll. Prise en charge communautaire. Dermatose en milieu tropical. Centre international de l'enfance, Paris. 1994 : 214-215 ; 55-57.

2- Mahé. A, CISSE. IA, FAYE. O, N'DIAYE. HT, NIAMBA. T. Skin diseases in Bamako (Mali). Int J Dermatol 1998, 37 : 373-676.

3- Badam AJ. Incidence of skin diseases. Int J Dermatol 1998; 27:109-111

4 - Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. Trans R Soc Trop Med Hyg 1995; 89: 467-70.

5- Anonymous. Skin disease and public health medicine. Lancet 1991; 337: 1008-1009.

6- Badam AJ. Incidence of Skin disease in rural Jamaica. Int J Dermatol 1988; 27: 109-111.

7- Buxton PK. Infections bactériennes in ABC de dermatologie 1^{ère} édition Française. Paris 1990 : 36-39.

8- Gentilini M. Maladies parasitaires in Médecine tropicale. 2^{ème} édition Flammarion. Paris 1995 : 289-308.

9- G.E. Piérard, C.Piérard-Franchimont. Mycose in Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.4^{ème} édition, Paris : Masson, 2004. 147-154

10 - Basset. A .Leishmaniose cutanée. Rév.Med.1970. P1031

11- Chang Y, Cesaman.E, Pessin .MS, Lee. F, Culpepper. J, Knowles DL, Morre. PS. Identification of herpes virus. Like DNA sequences in AIDS Associated Kaposi's sarcoma. Science 1994; 266: 1865-9.

12- C. Beylot, M.S. Doutra, M. Beylot. Groupe des herpès virus in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3^{ème} édition.Paris : Masson, 1999.P :83-91

13- Shrank Ab A field, Survey in Nigeria Trans of the Saint-John's Hospital dermatological society, 1965; 51:85-93.

14- J. Delacrétaz, D. Grigoriu. Dermatophytie du cuir chevelu, de la peau glabre et ongles in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3^{ème} édition.Paris : Masson, 1999. P : 102-103

15- Pherion. Dermatose et infections cutanées en milieu tropical, 3 : 35-90.

16 - Gentilini. M. scabiose in Dermatologie tropicale. Edition de l'université de Bruxelles/ AUPELF, 1993 ; 17 : 6.

17- E.Heid. Gale in Précis Dermatologie et vénérologie. .Edition masson.Paris : 1989.P : 114

18- J- M. Lachapelle, P. Gengoux. Eczéma in Précis de Dermatologie et Vénérologie. Edition masson.Paris : 1989.P :25-31

19- J. sayag, J. M.C. Koepfel, A.Prost Int impact internat ; 1996 ; 85 :238-253.

20- C. Schmied. Urticaire in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3èm édition.Paris : Masson, 1999. P : 295-303

21- J- M. Lachapelle. Eczéma de contact allergique in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3èm édition.Paris : Masson, 1999.P: 34

22- J-H. Saurat. J.J. Guilhou, .Psoriasis in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3ème edition. Paris: Masson, 1999. P : 135-140.

23- Tapero W et Al. Kaposi's sarcoma. Epidemiology, pathogenesis, histology, clinical spectrum, staging criteria and therapy. I am acad dermatol 1993; 28: 371-95.

24- Chor PJ et Al. Kaposi's sarcoma. A clinicopathologie review and differential Ignis. I cutan pathol. 1992; 19: 9-20.

25- E. Grosshans. Chéloïde in Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3^èm édition.Paris : Masson, 1999.P : 611-617

26 - Hers C. Acute glomerulonephritis due to skin diseases, zith special reference to scabies.S Afr Med J, 1967, **41**, 29-34

27- Camara M. Aspects épidémiologiques et prise en charge des dermatoses et IST à l'hôpital Fousseini Daou de Kayes de 2000-2004. Thèse Med. 2006. (5-M-245-91P).

28- Diarra S. Aspects épidémiologiques et prise en charges des Dermatoses et IST au centre de référence de la commune II. (4-M-197-85P).

29- Keita A : Evolution quinquennale (1996 – 2000) des motifs de consultation dermatologique au CNAM (Ex Institut Marchoux).Thèse médecine 2008. (8-M-293-75P)

30- Svartman M, Potter EV, Finklea JF, Poom-King, Earl DP. Epidemic Scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad. Lancet, 1972; i: 219-251.

31- Taplin D, Porcelin S. L., Meinking, T. L., ATHEY R. L., CHEN J.A et al. Community control of scabies: a model based on use of permethrin cream. Lancet, 1991; 337, 1016-1018.

32- Reid HF, Birju B, Holder Y, Hosperdales J & Poon- King T. Epidemic scabies in four Caribbean islands.1981-1988.Trans R Soc Med Hyg, 1990; 84, 298-300.

33- Mahé A- Les maladies de peau chez l'enfant dans les pays en voie de développement : problème de santé publique ? L'exemple du Mali. Thèse de doctorat pour l'Université Paris 6, spécialité "santé publique et pays en voie de développement", 1999; 247 p.

34- Belcher DW, Afoakwa SN, Osei-Tuti, E. Wurapa. FK. Ossei et al. Endemic pyoderma in Ghana: a survey in rural villages. Trans R Soc Trop Med. Hyg 1977; **71** : 204-209.

35- Taplin D, Lansdell L, Allen A.M, et al. Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climatic and hygiene. Lancet, i: 1973; 501-503.

36- Mahé A, Bobin P, Coulibaly S, Tounkara A. Skin diseases disclosing human immunodeficiency virus infection in Mali. Ann Dermatol Venereol. 1997; 124:144-50

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: Kampo **Prénom** : Oumar Hamane

Année : 2009 **Ville** : Bamako **Pays d'origine** : MALI

TITRE DE LA THESE : Etude des motifs de consultation dermatologique dans un hôpital régional : Cas de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Motifs de consultation - Dermatologie

Résumé

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la fréquence et l'évolution des dermatoses à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au cours de 3 années d'exercice de la dermatologie. Par ailleurs, nous nous sommes intéressés à décrire les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des patients observés au cours de ces trois (3) années.

A cet effet nous avons mené une étude rétrospective et descriptive portant sur les données de malades vus et prise en charge dans le service de dermatologie de l'HNFS de 1998 à 2001.

L'analyse des données avec le logiciel EPI 6 nous a permis de noter :

La prédominance du sexe féminin parmi les malades de notre population le sexe ratio est de 1,26 en faveur du sexe féminin ; une forte proportion de la tranche d'âge (de 0 – 9) ans ;

L'âge moyen était de 42,5 ans avec des extrêmes allant 0 à 86 ans.

Nous avons constaté une fréquentation de l'unité beaucoup plus élevée pendant les mois d'août et octobre par les consultants. Parmi les dermatoses observées, la pathologie immuno-allergiques a occupé le

premier rang (27,57%), suivie des dermatoses mycosiques (22,90%). Nous avons cependant observé une moindre fréquence des IST (2,57%) au cours de la période d'étude. La majorité des dermatoses observées relève du domaine du généraliste. Une fréquentation assez faible a également été observée.

Mots clés : motifs de consultation, dermatoses, Eczéma, mycoses, pyodermite, zona, Sida.

FICHE D'ENQUETE

Motifs de consultation dermatologique dans le service de dermatovénérologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et leur évolution de 1998 à 2001

Numéro : Année : Mois : Age : Sexe :

Motifs :

Commentaires :

Numéro : Année : Mois : Age : Sexe :

Motifs :

Commentaires :

Numéro : Année : Mois : Age : Sexe :

Motifs :

Commentaires :

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 religions, de nations, de races, 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.

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 leurs 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 !