

**Ministère de l'Enseignement  
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 2009-2010**

**Thèse N°.....**

## **THESE**

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE  
DES DERMATOSES COURANTES CHEZ LES ELEVES  
CORANIQUES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO (MALI)**

Présentée et soutenue publiquement le.....2010 à.....Devant le jury de la  
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

**Par Monsieur Boubacar MOUNKORO**

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

## **JURY**

**Président** : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

**Membre** : Docteur Adama DICKO

**Codirecteur** : Médecin colonel Pierre Paul TRAORE

**Directeur de Thèse** : Professeur Somita KEITA

## DEDICACES

**A Dieu le Père tout puissant et à son fils Jésus Christ** qui m'ont donné la santé et l'énergie nécessaire pour la réalisation de ce travail.

Gloire à Dieu et à son Fils !!!

**A mes grands parents in memoriam:**

**-Feu Sery André Mounkoro**

**-Feu Louhan Koné**

**-Feu Kouabé Diarra**

**-Feu Matè Mounkoro**

Le souvenir que vous m'avez laissé prouve que vous aimiez le travail bien fait, la rigueur la vertu et la droiture. Puisse votre mémoire être honorée et votre âme reposer en paix.

**A mon oncle in memoriam :**

**Feu Karaba Gervais Mounkoro**; je ne sais comment exprimer ma peine devant le destin tragique qui t'a arraché à notre affection alors que j'étais à mi parcours de mes études de médecine. Homme vertueux, courageux admirable et travailleur ; tu resteras pour nous le modèle de l'abnégation et de la sagesse. Nous ne pleurons jamais assez ta mort. Puisse le seigneur t'accorder sa miséricorde.

Dors en paix cher oncle !

**A mes parents :**

**A mon père Kabaye Birawé Mounkoro et à ma mère Deboutjiri Diarra** : je dois ma réussite à votre courage et à vos sacrifices consentis faisant de moi ce que je suis aujourd'hui. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma tendresse et mon amour. Soyez les premiers à jouir avec moi de ce que ce travail pourra m'apporter. Que Dieu vous donne une longue vie.

**A ma mère Hakiri Théa** pour les sages conseils.

**A mes oncles : Kalifa Kouabé dit Frederic Mounkoro, Soboua, Dofini Diarra :**

Vous m'avez encouragé sans cesse durant ces longues années de durs labeurs. Ce long chemin est aussi le votre et n'aurait été parcouru sans votre appui combien précieux. Trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

**A mes frères et sœurs :**

**Lopo Karim, Tandin, Handouba, Bessimba et Remy ;** puisse ce travail vous servir d'exemple de fraternité, de considérations, de courage et de persévérance.

**A mes cousins et cousines :**

**Bernard, Irené, Maurice, François, Jules, Paulin, Madeleine, Edith, Monique, Thérèse, Yiro dit Mathieu Sery, Joseph et Agnès.**

Pour l'unité de la famille.

**A Maître Towefo Jacques Mounkoro et sa famille à Kayes:** merci pour vos encouragements.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont aux familles:

**Moukoro:**

**Feu Vray Moukoro,**

**Feu Niamana Moukoro,**

**Feu Philomène Diarra,**

**Tiekanou Alain Moukoro, Marie Pascale, Arahan Louise, Niana, Gnisin Jean, Odette Koné** ; rien ne s'aurait exprimé ma reconnaissance pour votre soutien qui n'a jamais fait défaut.

**Sanou, Dakouo, Diarra** de l'ex base Aérienne.

**Aux membres de mon « grin »** :Salif Kamaté, Alain Kamaté, Michel Koné dit « Wa bayaré », Jean Paul Koné, Salif Sylvain, Oumar Olivier Moukoro, André Kamaté.

**A mes amis : Dr. Alphonse Dembélé, David Moukoro, Emilien Diarra, M. Jean Pierre Dibi Sanou, Joséphine Koné.**

**A tout le personnel du service de dermato lèpro vénéréologie** en reconnaissance de votre esprit de bonne collaboration.

**A Tout le personnel du service de Enda tier Monde** : principalement à **Abou Cissé** et à **Satao** ; pour l'esprit d'équipe qui nous a animé tout au long de ces enquêtes.

**Aux Maîtres coraniques** pour leur bonne compréhension.

**A tous les A.SA.CO et centres de santé** qui nous ont aidé dans la prise en charge des pathologies chez les élèves coraniques.

A tout le personnel de **L' A.SA.CO.BOUL (I)** pour vos encouragements

A toute la communauté catholique de l'ex base aérienne ; merci pour vos prières. Que le seigneur vous bénisse !

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

A la direction et tout le personnel du CNAM pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires et internes.

**A tout le personnel du service de dermatologie** : votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable ; merci pour tout je vous serai reconnaissant.

**A tout mes maîtres de stages** : Pr. Somita Kéita, Dr. Pierre Traoré, Dr. Ousmane Faye, Dr. Karim Coulibaly, Dr. Adama Dicko, Pr. Carydad Carballito Lias. Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A Mme Dakouo Sanata Koné Mme Sogoba Jokebet Koné Mme Martha Samaké merci pour votre disponibilité.

A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie : le major Guimba Camara, Alexis Thienou, Lassana Coulibaly, Namory Camara, les infirmiers et infirmières, sans vous ce travail serai périlleux, je vous suis reconnaissant.

**Aux D.E.S** : Dr. Tamadian Kéita ; Amos Sibibé ; Alima Kéita ; Lassine Cissé ; Binta Guindo ; Hawa Sagara ; Boubacar S. Nanakassé ; Koureïssi Tall. Merci pour votre soutien et pour vos encouragements.

**A mes aînés** : Dr Sadio Kéita Mamadou Bah, Nouhoum Waigalo ; Hassane Coulibaly ; Abraham Koné ; Mamadou Gassama ; Jean Gabiel Coulibaly ; Daouda Sympara ; Gassaga Sissoko ; Alou Kéita ; Oumar Kampo.

**A mes collègues internes** : Jean Sery Dembélé ; Amadou Dicko ; Chaka Fomba ; Moussa Soumouthéra ; Mamadou Sissoko ; Bakary Bagayogo : nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles !

**A mes cadets** : Aboubacrine Traoré Ibrahim Traoré Fatoumata Diarra ; Lassine Kéita ; Lamissa Cissé ; Ousmane Sylla en témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à tout les délégués médicaux des laboratoires : Pierre Fabre, Sandos, Innotech, Schering-Plough, UCB Pharma, Novatis.

## ABREVIATIONS

**C** : cuillerée

**C.F.A** : confédération française en Afrique

**C.H.U** : centre hospitalier universitaire

**Cm** : centimètre

**Com.** : commune

**Dr.** : docteur

**g** : gramme

**I.E.C** : information éducation communication

**I.S.T** : infection sexuellement transmissible

**J** : jour

**KMno4** : permanganate de potassium

**mg** : milligramme

**ml** : millilitre

**N.F.S** : numération formule sanguine

**O.G.E** : organes génitaux externes

**P.R.G** : pityriasis Rosé de Gibert

**%** : pourcentage

**N.F.S** : numération formule sanguine

**C.N.U.A.M** : Centre National Universitaire d'Appui à la Lutte

**Sup.** : supérieur

**Inf.** : inférieur

# SOMMAIRE

<b>I-</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>page 2</b>
<b>II-</b>	<b>Objectifs.....</b>	<b>page 4</b>
	<b>1- Objectif général</b>	
	<b>2- Objectifs spécifiques</b>	
<b>III-</b>	<b>Généralités.....</b>	<b>page 5</b>
<b>IV-</b>	<b>Matériels et Méthodes.....</b>	<b>page 50</b>
<b>V-</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>page 62</b>
<b>VI-</b>	<b>Iconographie.....</b>	<b>page 86</b>
<b>VII-</b>	<b>Commentaires et Discussions.....</b>	<b>page 88</b>
<b>VIII-</b>	<b>Conclusion et Recommandations.....</b>	<b>page 96</b>
<b>IX</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>page 100</b>
	<b>Annexes</b>	

## I- INTRODUCTION

La république du Mali indépendant depuis le 22 Septembre 1960, est un pays laïc qui adopte deux types d'enseignements : l'enseignement conventionnel et l'enseignement religieux. Les conditions d'exécutions de ces deux types d'enseignements diffèrent :

- l'enseignement modulaire conventionnel dispose d'écoles modernes avec des bâtiments appropriés, des enseignants diplômés.
- l'enseignement coranique mal structuré ne comporte que des huttes des paillotes, des lieux à ciel ouvert et des enseignants de qualité difficile à apprécier.

Les lieux de cet enseignement coranique sont sous la direction d'un maître coranique.

Du fait de l'éducation religieuse dans la culture islamique et pour mieux se rapprocher des principes de la religion musulmane, des familles obligent leurs enfants à résider dans ces lieux inconfortables. Cet environnement les oblige à vivre en communauté dans une situation de précarité les exposant à plusieurs dangers notamment les maladies infectieuses liées à la malpropreté.

Pendant le jour ils doivent mendier pour se nourrir et rapporter si possible de l'argent au maître coranique.

Parmi les maladies observées chez ces élèves les dermatoses infectieuses occupent une grande place, notamment les pyodermites, la gale, les mycoses.

La situation est encore plus préoccupante dans la mesure où les élèves coraniques ne bénéficient d'aucun soin [1].

La fréquence des dermatoses observées chez les élèves coraniques dans l'unité de dermatologie du CNUAM pour prise en charge n'a cessé d'augmenter ces dernières années :

19 élèves en 2004 sur 12199 consultations soit 15,5/1000

38 élèves en 2005 sur 13192 consultations soit 29/1000

98 élèves en 2006 sur 14512 consultations soit 67,5/1000.

Cette fréquence croissante des dermatoses observées chez les élèves coraniques dans le service et l'absence d'étude rapportée sur le sujet nous ont motivé à mener ce travail.

## **II OBJECTIFS**

### **II. 1- Objectif général :**

1. Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et la prise en charge des dermatoses courantes observées chez les élèves coraniques dans le district de Bamako.

### **II- 2- Objectifs spécifiques :**

- Décrire les aspects socio démographiques et épidémiologiques des dermatoses observés chez les élèves coraniques.
- Décrire les aspects cliniques des dermatoses observés.
- Rapporter les modalités de prise en charge et leurs résultats.

### **III- Généralités**

#### **A. Historique de l'enseignement coranique au Mali [1]:**

L'introduction des écoles coraniques au Mali remonte à la pénétration de l'islam, religion dont la pratique se fait selon les enseignements du prophète Mahomet (P.S.L.) sur ALLAH, tout rite, toute prière exige dans l'islam la connaissance d'un certain nombre de versets et de sourates de son livre Saint, le Coran.

Au Mali, comme dans bon nombre de pays africains qui ont accueilli la religion islamique, la conversion à l'islam implique nécessairement l'apprentissage des versets, sourates et autres actes religieux, dont l'établissement s'est traduit par la mise en place d'un système d'enseignement admis dès le commencement comme utilité. Du point de vue historique, le pèlerinage de Kankou Moussa (1324-1325) un des plus populaires souverains de l'Empire du Mali, marque le début d'une véritable islamisation du Soudan (actuel Mali) dont la splendeur fut très grande au temps de l'Empire Songhaï (fin XV siècle). Ce pèlerinage facilita donc une large diffusion et l'implantation dans les mœurs de cette religion.

Kankou Moussa contribua largement à la réalisation de ces lieux fixés destinés à l'exercice du culte. Leur fréquentation était un signe ardent de l'adhésion à l'islam. Ils étaient animés par les maîtres coraniques chargés de guider les musulmans et d'enseigner aux néophytes, les obligations et les traditions que nul croyant ne doit ignorer.

Cette splendeur s'épuisa à partir de 1591 à la suite de l'invasion marocaine qui réprima énergiquement les hommes de science pourtant drapés d'une grande considération à la hauteur des services qu'ils rendaient à savoir guider la prière et trancher les litiges et différends suivant la charia (loi Islamique). Il a fallu attendre la fondation de l'Empire Peulh du Macina en 1818 par Sékou Ahmadou pour que l'islam s'éveille encore.

L'organisation de l'enseignement religieux par la Dina (religion foi) en Peulh fondée par Sékou Ahmadou a marqué profondément le fonctionnement des

écoles coraniques du Mali. La Dina était le fondement sociopolitique de l'Empire Peulh du Macina (dans l'actuel 5<sup>ème</sup> région du Mali : Mopti) établi sous le principe de l'Islam. Un gouvernement théocratique administrait l'Empire avec un grand conseil de 40 maîtres comme organe suprême. Appelé BATOU Mawodo (grand conseil en Peulh) cet organe regroupait donc les maîtres les plus respectés pour leur science et leur conduite exemplaire. Une des grandes reformes que Sékou Ahmadou entreprit, fut la mise en place d'un système scolaire structuré avec à sa tête un membre du grand conseil. Le premier qui assumait cette fonction fut Alpha Nouhoum Tayrou un des grands savants les plus réputés du Macina. Le système mis en place à la suite de cette reforme comprenait des écoles libres et des écoles publiques.

- Les écoles libres étaient ouvertes à l'initiative propre des maîtres avec l'autorisation du responsable de l'enseignement siégeant au grand conseil qui veillait et vérifiait le degré de connaissance de chaque promoteur. Ces maîtres étaient entretenus par la piété publique et par les droits que payaient les parents d'élève, une cotisation hebdomadaire de sept cauris.
- Les écoles publiques : ouvertes pour le bénéfice du plus grand nombre de la population ; fondées par le grand conseil dans les chefs lieux de province ou de canton donnaient un enseignement islamique gratuitement aux auditeurs. Au niveau de ces écoles, animées aussi par les membres du grand conseil, y compris Sékou Ahmadou, les élèves travaillaient également pour les maîtres. A cette époque, les élèves étaient chargés de l'approvisionnement des maîtres en bois et eau. Ils nettoyaient la maison du maître et les édifices religieux, prenaient soin du bétail et des champs. En outre quelle que soit l'origine sociale des élèves ils devaient vivre de la charité publique en allant mendier leur nourriture de porte en porte. Fait significatif : Sékou Ahmadou se considérait comme le doyen de ces élèves et leur assurait sa protection face aux habitants qui pouvaient se sentir importunés.

L'Islam était considéré comme l'apprentissage de l'humilité. Son but était d'acquérir le savoir théorique dans la douleur, l'obéissance et la soumission. Il était admis que si l'étude des actes apportait la science, seuls les actes d'endurance et de soumission préparaient à la piété qui se traduirait par la dévotion et le respect pour Dieu, pour les choses et la religion.

Sous le strict contrôle du grand conseil, ses compagnons étaient inspirés uniquement des trois sources fondamentales qui sont le coran, la Souna, et l'Ijma.

Son enseignement de base consistait en l'apprentissage du Coran et des obligations pratiques de l'Islam. Dès que cette base était acquise, commençait l'étude de la traduction de la vie du prophète et de ces compagnons (étude de la traduction islamique à travers les hadiths). L'interprétation du Coran et les commentaires juridiques et philosophiques constituaient le 3<sup>ème</sup> niveau supérieur de cet enseignement (Tafsir). A signaler aussi que quelques rares écoles enseignaient la grammaire, la syntaxe, la rhétorique et la logique arabe dont la maîtrise était une condition indispensable pour ceux qui voulaient approfondir leur propre culture.

Pour évaluer le degré de connaissance des élèves on organisait une séance publique de récitation du Coran qui regroupait leurs parents et amis et d'autres grands maîtres qui jouaient le rôle d'examineur.

Celui qui avait une maîtrise parfaite des textes du Coran, qui pouvait les réciter à tout moment et en toute circonstance sans se tromper recevait le titre de Hafiz.

C'est El Hadj Oumar TALL qui mettra fin en 1862 à cet enseignement pourtant bien structuré et dont certaines pratiques persistent encore dans les écoles coraniques du Mali. C'est aussi El Hadj Oumar TALL qui développa le caractère itinérant des écoles coraniques avec ses adeptes appelés Talibés ceci permettrait de mieux connaître l'environnement (faune et flore) mais aussi les groupes ethniques. L'enseignement coranique au Mali reste historiquement lié au développement de trois grandes villes :

Tombouctou, Djenné et Hamdallaye (Capitale de l'Empire Peulh du Macina).

## **B. Rappel de la structure de la peau :**

Le revêtement cutané comporte la peau, ses annexes et les muqueuses superficielles.

La peau est constituée de l'extérieur vers l'intérieur par 3 zones distinctes.

L'épiderme, le derme, l'hypoderme.

### **a. L'épiderme :**

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

**La couche basale** : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale [2]. Cette couche génératrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la melanogenèse : les mélanocytes [3].

**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 Keratinocytes [2,3]. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.

**La granuleuse** : comporte 1 à 4 assises de cellule très aplaties pauvres en mitochondries.

**La couche claire** : est formée d'une seule assise de cellules très aplaties.

**La couche cornée** : elle est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse et est dépourvue de noyaux.

### **b. Le derme :**

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

**c. L'hypoderme :**

C'est un tissu adipeux divisé en lobules par des travées conjonctives.

Dans le derme et l'hypoderme cheminent les formations vasculaires et nerveuses.

**d. Les annexes :**

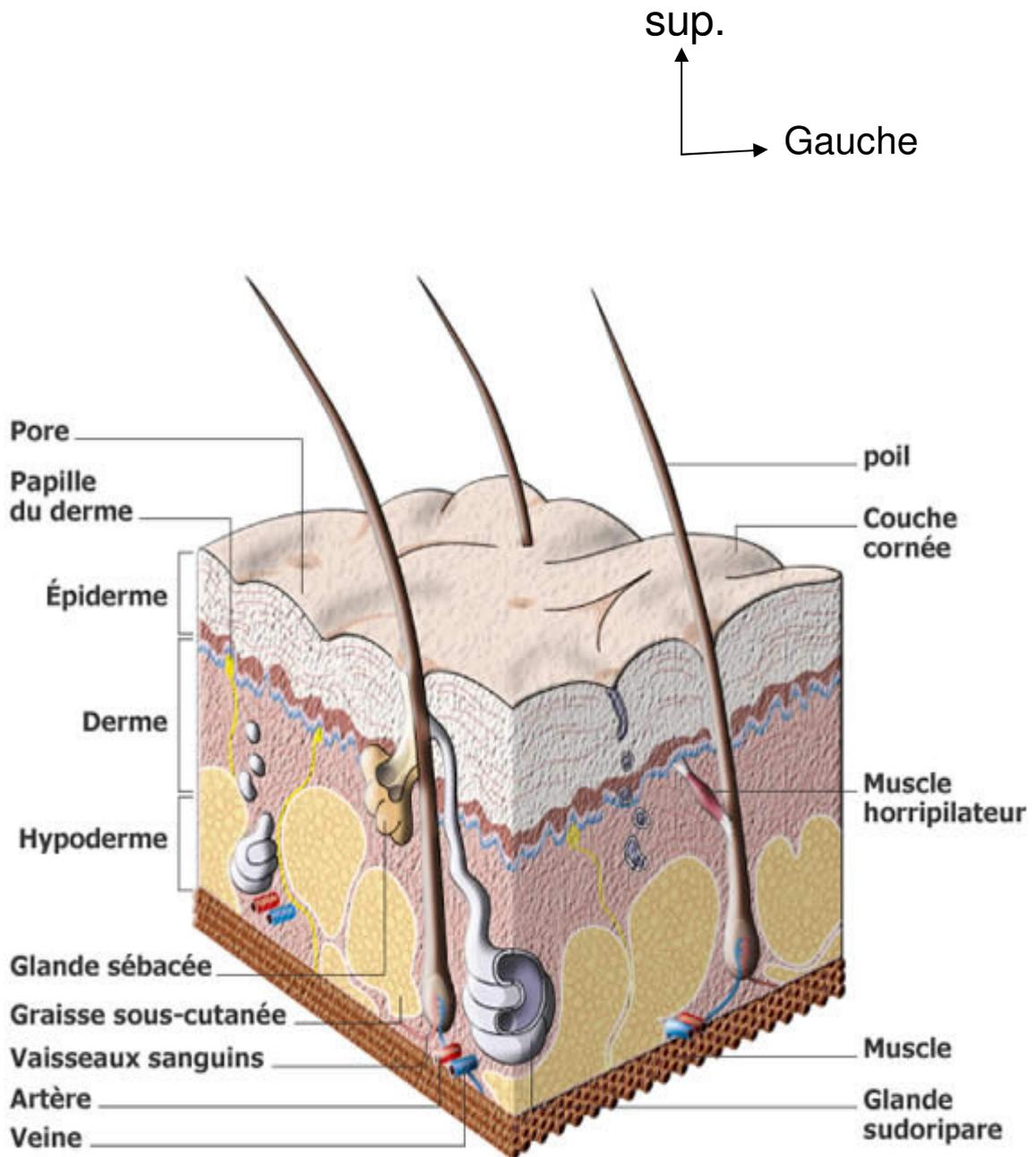
La peau renferme diverses formations dites annexes : Le follicule pilo-sébacé formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileaire.

Les glandes sudorales écrines et apocrines.

**C. Autres composantes cellulaires de l'épiderme :**

Les mélanocytes : responsables de la synthèse de la mélanine. Les cellules de Langherans sentinelles immunoallergiques de la peau. Les corpuscules et terminaisons nerveuses : récepteurs des stimuli et points de départ de l'influx nerveux.

## STRUCTURE DE LA PEAU



**Figure 1 : Structure de la peau : vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous cutanés.**

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

## C. Etude des dermatoses courantes au Mali :

### I. LES DERMATOSES INFECTIEUSES :

**1. Mycoses superficielles cutanéomuqueuses :** les mycoses sont des infections causées par des champignons microscopiques. Elles peuvent être superficielles intéressant épiderme et muqueuses. Elles peuvent être profondes, semi profondes ou systémiques [4]. Nous allons nous limiter à l'étude des mycoses superficielles. Trois grands groupes de microorganismes sont à l'origine des diverses entités cliniques : les dermatophytes, les levures et les moisissures.

Epidémiologies (Agents causales) :

Trois types de dermatophytes sont à l'origine des dermatophytoses (ou dermatophyties)

Les dermatophytes anthropophiles : ceux-ci sont strictement d'origine humaine et la transmission directe ou indirecte se fait toujours d'homme à homme.

Ces agents sont :

- *Trichophyton rubrum* agent cosmopolite.
- *Trichophyton interdigital*.
- *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton. Rosaceum* ; *Trichophyton Tonsurans*, *Trichophyton Soudanensae*, *Trichophyton schoenleinii*
- *Epidermophyton Floccosum*.
- *Microsporum Audouinii*.

Les dermatophytes zoophiles : Ils sont transmis à l'homme par les animaux.

Les agents responsables sont :

- *Microsporum Canis*, transmis le plus souvent par le chat, mais aussi par le chien, le lapin, le hamster...
- *Trichophyton Mentagrophytes* transmis par le cheval et la souris blanche.
- *Trchophyton ochraceum* transmis par les bovidés.

Dermatophytes géophiles : Ceux-ci sont transmis à l'homme par le sol le principal agent est le *microsporium gypseum*.

Ces notions d'épidémiologies sont intéressantes à connaître car elles permettent de dépister le contamineur, de le traiter et de prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Aspects cliniques des dermatophytoses :

Les dermatophytes sont à l'origine des lésions de la peau glabre, des ongles, des plis et du cuir chevelu (teignes).

### **1.2.1 Dermatophytoses de la peau glabre :**

L'aspect clinique est aussi celui des lésions arrondies, circonscrites annulaires (appelées aussi herpes circonscrits, terme abandonné), recouvertes de squames avec une bordure d'extension ayant tendance à la vésiculation alors que le centre tend à guérir, les lésions sont plus ou moins prurigineuses [5]. L'examen des squames montre des filaments mycéliens. Les dermatophytoses de la peau glabre sont le plus souvent dues au *Microsporium canis*, *Trichophyton mentagrophytes* et *Trichophyton rubrum*.

### **1.2.2 Dermatophytoses des grands plis :**

Les plis inguino-cruraux, le pli inter fessier et les plis axillaires peuvent être atteints. Les agents en cause sont les dermatophytes anthropophiles : *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum* et *Trichophyton interdigitale*.

La dermatophytose inguino-crurale (eczéma marginé de Hébra, terme ancien aujourd'hui discuté) est la plus fréquente. Elle se localise à la racine des cuisses d'un ou des deux côtés, parfois déborde sur le périnée et le pli inter fessier et même les fesses. Elle se manifeste par une plaque prurigineuse, qui part du fond du pli, s'étend de façon excentrique sur la face interne des cuisses alors que le centre a tendance à guérir, la périphérie reste active polycyclique, squameuse et vésiculeuse [3,4,5].

### **1.2.3 Dermatophytoses 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<sup>ème</sup> espace inter orteil est le plus fréquemment atteint les lésions débordent souvent sur la face plantaire et la face dorsale du pied et des orteils sous forme d'un processus vésiculeux et desquamatif représentant ce qu'on appelle [4,5] "Athétic foot". L'athétic foot est favorisé par la macération, la transpiration, l'humidité, le port de chaussures en caoutchouc.

### **1.2.4 Dermatophytoses ungueales :**

Le *Trichophyton rubrum* est le plus souvent en cause. Les ongles des orteils sont plus fréquemment atteints que les ongles des doigts. L'ongle devient épaissi, jaunâtre, friable, ailleurs il est rongé, détruit. Cette atteinte commence toujours par son bord libre et ne s'accompagne pas de périonyxis. Le diagnostic doit être confirmé par un prélèvement pour examen mycologique.

### **1.2.5 Teigne du cuir chevelu :**

#### **A. Teignes tondantes :**

Teignes microsporique : Elle est due à des *Microsporums* d'origine humaine (*Microsporums audouinii*) ou d'origine animale (*Microsporums canis*). Cette forme de teigne atteint les enfants d'âge scolaire et préscolaire et guérit spontanément à la puberté ou même avant pour le *Microsporums canis*. La teigne microsporique ne laisse pas de cicatrice après guérison ; la repousse du poil est donc totale. La contagion se fait d'une façon directe ou indirecte (objets de toilette, chapeaux...) pour le *Microsporums audouinii*, souvent au contact de l'animal pour le *Microsporums canis* (chat, chien) [2]. La lésion commence par une tâche rose qui se couvre rapidement de squames fines, poudreuses, cendrée et les cheveux cassent à quelques millimètres de leur

émergence (cheveux en poils de brosse). Sur les plaques il n'y a pas de cheveux sains les plaques sont généralement peu nombreuses (une à deux), rarement plus. Les cheveux cassés sont fluorescents à la lampe de Wood.

### **B. Teigne trichophytique :**

Due à un champignon du genre *Trichophyton*. Les lésions débutent par des taches roses nombreuses (plusieurs dizaines parfois) pouvant passer inaperçus, puis elles se couvrent de fines pellicules et les cheveux cassent, souvent très court apparaissant parfois sous la forme de points noirs (comme des comédons) parfois il sont entortillés, tordus en I en Z. Au sein des plaques émergent quelques cheveux sains si bien que cette teigne est dite imparfaitement tondante.

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

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

### **B. Teigne favique :**

Son début est insidieux et se manifeste par des plaques croûteuses surélevées, grises, jaunâtres ou jaune soufre, irrégulières de contour et d'étendues variables. Ces plaques sont constituées de " godets faviques" agglomérés. Le godet est une cupule centrée par un poil il est de couleur jaune soufre, fait de matières friables (masse compacte de mycélium), d'odeur "niche de souris"[6]. Au dessous des plaques la peau est déprimée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante. Les cheveux persistants par touffes sont ternes, décolorés atrophiés.

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

### **C. Teigne inflammatoire (Kérion) :**

Le type est Kérion de Celse transmis généralement par les animaux. Ces teignes débutent par une plaque squameuse qui gonfle brusquement, devient rouge et suppure [7]. Il y aura 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 le type mégaspore.

#### **1.3 Traitement :**

##### **1.3.1 Buts :**

Guérir le malade de ses lésions

Guérir les sujets contacts atteints

Donner des conseils pour éviter la récontamination.

#### **Moyens et posologies :**

##### **a- les molécules utilisées en traitement général :**

- La griséofulvine : Griséfuline® dosée à 125, 250, 500mg. Elle est administrée à la dose de 15 mg/kg/j chez les adultes et les enfants en deux prises au moment des repas. La durée est de 4 à 8 semaines sauf pour les onychomycoses ou la prise peut être prolongée jusqu'à 12 et même 18 mois.

- Les dérivés azolés : les imidazolés (Miconazole, Ketoconazole) et les triazolés (Itraconazole, Fluconazole) ont un large spectre d'action.

Le nitrate de Miconazole (Daktarin®) : sous forme de gel et comprimé de 125 mg. Il est administré chez l'adulte à la dose de 1g/j pendant 10j et chez l'enfant ¼ de comprimé/kg/j.

Le Kétoconazole (Nizoral®) : la dose moyenne pour l'adulte est de 200 mg/j ; pour l'enfant 3 -4 mg/kg/j au moment des repas.

L'Itraconazole : les doses requises sont de 100 – 200mg/j en prise post-prandiale immédiate.

La Terbinafine (Lamisil®) : à la dose de 250 mg/j est un fongicide pour les dermatophytes et fongistatique à l'égard du *Candida albicans*.

## **b. Moyens utilisés en traitement local :**

De nombreux topiques sont actifs sur les champignons.

Les dérivés azolés : ce sont le Miconazole (Dacktarin®), le Kétoconazole (Kétoderm®), l'Econazole (Pévaryl®), le Difonazole (Amylor®), le Sulconazole (Myk® 1%) l'Isoconazole (Fasol®), le Tioconazole (Trosyd®).

Les allylamines avec la Terbinafine (Lamisil®), la Naftaline (Exoderil®) sont fongicides et fongistatiques.

La Ciclopiroxolamine (Mycoster®) doué d'un large spectre sur les agents fongiques mais aussi sur les bactéries à gram plus et gram négatif pénétrant la kératine.

### **1.4 Indication :**

#### **1.4.1 les lésions de la peau glabre :**

Dans les épidermatophyties circinées, un traitement local poursuivi pendant 3 à 4 semaines suffit dans les cas peu étendus.

Dans les cas étendus il faut ajouter un traitement par voie orale pendant 2 à 4 semaines.

#### **1.4.2 les Teignes :**

##### **1.4.2.1 les teignes tondantes et favus :**

Le traitement associe la griséofulvine, per os (15mg/kg/à un traitement local, deux fois par jour, consistant en l'application d'un antifongique Imidazole en lotion ou en crème (exemple : Incomazole) ce traitement est à poursuivre pendant 8 semaines. Faire le rasage du cuir chevelu 2 fois par semaine.

##### **1.4.2.2 la Teigne inflammatoire :**

Dans ces formes en plus du traitement précédant on ajoute un anti-inflammatoire ou un anti-infectieux si surinfection.

### **1.4.2.3 les onyxis dermatophytiques :**

Ces formes nécessitent un traitement par voie générale à la griséofulvine ou à la Terbinafine per os pendant 3 à 6 mois pour les ongles des doigts et 6 à 12 mois pour les ongles des pieds. Un traitement local comportant le meulage à intervalle régulier de l'ongle et l'application deux fois par jour d'une crème antifongique telle que la Nafitine ou mieux la Terbinafine pendant la même durée que le traitement général. Il est conseillé de surveiller l'hémogramme par ce long traitement et les transaminases.

### **1.5 Effets secondaires :**

De la griséofulvine : les effets secondaires sont rares et généralement réversibles à l'arrêt du traitement : céphalées, vertiges, nausées, diarrhées, réactions allergiques cutanées. Des dérivés azolés : on observe des manifestations d'intolérance mineure telle que : nausées, céphalées, troubles digestifs, épigastalgies ; le risque majeur est le déclenchement d'une hépatite toxique (un cas pour 10 000) [4].

### **1.6 Les moyens préventifs :**

Ce sont essentiellement :

- La bonne hygiène corporelle et vestimentaire.
- Le nettoyage du corps avec une serviette personnelle.
- La réduction du contact pieds nus avec certaines surfaces (sol, piscine, salle de gymnastique).
- Le port de sous-vêtement en coton et de chaussure en cuir.
- Le respect de la durée du traitement antimycosique.
- L'éviction scolaire temporaire pour les cas de teignes.

## 2. Les infections cutanées bactériennes :

### L'impétigo :

#### 2.1.1 Définition :

L'impétigo est une infection superficielle contagieuse de la peau qui peut être due au streptocoque, au staphylocoque ou à l'association des deux [2].

#### 2.1.2 Signes cliniques :

##### Type de description : l'impetigo de l'enfant

L'impétigo de l'enfant d'âge scolaire débute par une ou quelques petites tâches érythémateuses sur lesquelles surviennent des bulles fragiles à liquide clair ou légèrement trouble, entourées d'un liseré érythémateux ; rapidement le contenu des bulles devient purulent, leur toit se rompt, laissant place à des croûtes jaunâtres mélicériques (couleur miel) et à des érosions arrondies groupées en élément annulaire.

Chez l'adulte l'impétigo primitif est rare, il s'agit en règle de l'impétiginisation d'une dermatose préexistante, habituellement prurigineuse (eczéma, gale....)

#### 2.1.3 Forme clinique :

**a- Impétigo bulleux** : touche surtout le nourrisson, il est généralement staphylococcique.

**b- Impétigo milliaire** : fait de vésicules confluentes en nappes.

**c- Impétigo sec et circiné** : réalise de petites plaques à bordure polycyclique faite de vésicules confluentes.

### **2.1.4 Complications :**

Les complications de l'impétigo non traité sont :

l'ecthyma,  
la lymphangite,  
la glomérulonéphrite aiguë,  
la septicémie (rare),  
la généralisation par auto inoculation.

### **2.1.5 Traitement :**

Le traitement comporte obligatoirement une antibiothérapie générale par macrolides, quinolones, betalactamines. Cette thérapeutique a une action très rapide visant :

- La suppression de la contagiosité,
- Arrêt de l'évolution et cicatrisation des lésions en 2 à 5 jours.

Le traitement local par les antiseptiques tend à éviter la dissémination des germes.

Les pommades antibiotiques (Fucidine® crème ou pommade, la mupirocine (Bactroban®) vont ramollir les croûtes et facilitent leur ablation.

## **2.2 Le Furoncle :**

### **2.2.1 Définition :**

Est une infection aiguë du follicule pilo-sébacé, due au staphylocoque doré et ayant une évolution spontanée nécrosante. L'infection touche la partie moyenne du follicule pilo-sébacé qui s'élimine avec les zones voisines dermiques nécrosées sous forme de " bourbillon"[8].

### **2.2.2 Epidémiologie :**

Facteurs favorisants : on recherchera toujours un terrain fragilisé : diabète, alcoolisme, immunodépression primitive ou secondaire à un traitement.

### **2.2.3 Diagnostic :**

Le furoncle est de diagnostic assez facile. Le début est une simple folliculite, puis rapidement apparaît une zone indurée rouge, chaude, douloureuse, avec au centre une pustule jaunâtre. La douleur peut être intense et s'accompagner d'une adénopathie et d'une fièvre.

En quelques jours, le bourbillon s'élimine laissant place à une cicatrice déprimée. Le furoncle peut siéger n'importe où, mais il est favorisé par le frottement sur le dos, les fesses, le périnée. Sur le visage il est surtout dangereux s'il est localisé à la région médiane du visage (aile au nez, lèvre supérieur).

Dans cette localisation médio-faciale, il faut toujours craindre la complication majeure qu'est la staphylococcie maligne de la face. Elle se voit surtout après manipulation intempestive du furoncle et se traduit par un syndrome infectieux majeur avec frisson, fièvre à 40°C, oedème du visage [4]. Les hémocultures sont positives et l'évolution spontanée est mortelle, par thrombophlébite des sinus caverneux et atteinte méningée.

### **2.2.4 Traitement :**

Devant un simple furoncle :

- Désinfection locale par des lotions antiseptiques.
- Elimination du bourbillon au bistouri.
- Pansements avec crème antibiotiques (Fucidine®) si lésion humides.
- Pansement avec crème antiseptique liquide (solution AgNO<sub>3</sub>).

Sur le terrain débilite, une antibiothérapie générale sera instaurée. Il faudra conseiller : une hygiène acceptable de la peau avec savons antiseptiques, brossage des ongles matin et soir et traitement antiseptique des gîtes microbiens, tels que le nez et la marge anale. Par ailleurs il faut assurer la désinfection des lésions cutanées à l'aide de l'alcool à 70%, septéal, hexomédine, Betadine® solution dermique. Dans tous les cas, la prévention étant préférable, il faudra toujours traiter un furoncle pour éviter l'apparition

d'un anthrax.

- **2.3 Anthrax :**

- 2.3.1 Définition :**

- Il résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles.

- 2.3.2 Signes cliniques :**

- Il est surtout vu dans les zones de transpiration importante. Il se traduit par une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, chaude, dont on sent la profondeur au palper et qui est centrée par une ulcération nécrotique d'où sort un pus franc. Ce pus est riche en staphylocoque doré.

- L'anthrax s'accompagne de fièvre et d'une adénopathie locale.

- L'anthrax doit être différencié du kyste sébacé infecté ou d'un abcès fistulisé.

Traitement :

L'antibiothérapie doit être générale, poursuivie pendant dix jours. Localement, on favorisera la collection du pus par des pansements alcoolisés. Une mise à plat chirurgicale sera faite suivie d'un nettoyage soigneux ; on recherchera toujours une pathologie métabolique associée (diabète).

### **3. Les viroses cutanées :**

#### **3.1 La varicelle :**

##### **3.1.1 Définition :**

Maladie infectieuse contagieuse, correspondant à la primo invasion du virus varicelle zona (VZV) du groupe des herpes virus [2].

##### **3.1.2 Epidémiologie :**

L'homme est le seul réservoir du virus, la contamination se fait essentiellement par les voies aériennes supérieures. Il s'ensuit une brève

virémie expliquant le passage du virus à travers le placenta et la possibilité de la contamination du fœtus. La varicelle est endémique et évolue par poussées épidémiques surtout en hiver et au printemps.

La grande contagiosité de la varicelle explique qu'elle atteint surtout l'enfant entre 2 et 10 ans. Les formes de l'adulte sont très rares mais souvent plus sévères ; exceptionnellement, la varicelle peut atteindre l'enfant avant 6 mois car il est habituellement protégé par les anticorps maternels. La contagiosité débute 48 heures avant l'éruption et se prolonge jusqu'au 6<sup>ème</sup> jour de l'éruption. Les sujets non immunisés peuvent contracter l'affection en présence d'un zona.

### **3.1.3 Manifestations cliniques :**

- Incubation : 14 jours avec des extrêmes de 10 à 20 jours.
- la phase d'invasion est souvent inapparente, elle est très courte (24h) marquée par une fébricule à 38°C, un malaise générale et parfois une éruption scarlatiniforme.
- La phase d'état : éruption faite de macules roses, arrondies bien limitées, chacune se recouvrant très rapidement en quelques heures d'une vésicule à liquide clair posée comme une goutte de rosée. Après 24 à 48 h, le contenu vésiculaire se trouble, dévient jaunâtre, la vésicule se plisse en son centre, c'est le stade de dessiccation. Du 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> jour, se forme une croûte brunâtre qui tombera vers le 8<sup>ème</sup> jour laissant une cicatrice rose, puis blanche qui disparaît en quelques mois.

L'ensemble du revêtement cutané peut être touché, mais c'est surtout le tronc et la face qui sont atteints, le cuir chevelu est souvent touché de façon précoce. Les muqueuses sont aussi intéressées par l'éruption, surtout la cavité buccale mais aussi les muqueuses génitales et oculaires.

Le prurit est souvent intense, occasionnant des lésions de grattage avec des cicatrices indélébiles.

Le syndrome général est réduit à un discret décalage thermique avec des

micropolyadénopathies.

La N.F.S. montre une leucopénie avec lymphomonocytose. La guérison survient au bout de 8 à 10 jours.

### **3.1.4 Complication :**

Elles sont rares et peuvent être entre autre :

- une surinfection généralisée ;
- une atteinte oculaire à type de kératoconjonctivite ;
- une complication pulmonaire (pneumopathie varicelleuse)
- une complication cérébrale (ataxie cérébelleuse).

La varicelle chez l'immunodéprimé se caractérise sur le plan clinique par un tableau infectieux souvent accompagné d'une éruption cutanéomuqueuse plus ou moins disséminée, faite de lésions ulcéronécrotiques et hémorragique [4].

### **3.1.5 Traitement :**

Localement, les antiseptiques sont prescrits pour éviter la surinfection bactérienne, qui sera traitée si elle survient par antibiotiques anti-staphylococciques.

Le prurit est habituellement bien calmé par les anti-histaminiques ; l'acyclovir (zovirax®) est indiqué chez les immunodéprimés par voie intra veineuse 500 mg/m<sup>2</sup> toutes les 8 H chez l'enfant 10mg/Kg/8H chez l'adulte pendant 8 à 10 jours. Il est également prescrit dans les formes sévères de l'adulte immunocompétent, de la femme enceinte et chez le nouveau né à risque de varicelle néonatale. Chez les sujets à risques (femme enceinte, immunodéprimé), l'immunisation passive par les immunoglobulines polyvalentes en intra veineuse doit être réalisée dans les 72 heures suivant un contact possible.

### **3.2 Le Zona :**

#### **3.2.1 Définition :**

C'est une ganglioradiculite postérieure aiguë liée à la réactivation du V.Z.V. Il se caractérise par une éruption, érythémato-vésiculeuse unilatérale et hyper algique siégeant dans le territoire d'un dermatome [9].

#### **3.2.2 Aspects cliniques :**

**Type de description :** le zona intercostal

Au début, le patient ressent une douleur intercostale en demi-ceinture plus ou moins intense à type de brûlure associé à une adénopathie axillaire et à un discret syndrome infectieux. Deux à trois jours plus tard, débute l'éruption localisée tout d'abord au niveau du rachis pour atteindre la région axillaire, puis le sternum sans dépasser la ligne médiane. Il s'agit d'éléments papuleux plus ou moins nombreux qui confluent pour former un placard se recouvrant en 12 à 24 heures 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 les 5<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> jours.

La douleur est d'intensité variable ; soit modérée chez le sujet jeune, soit intense en éclair, insomnante chez l'adulte. Des douleurs vasomotrices peuvent s'observer, associées à une hyposudation. Le zona guérit en 3-4 semaines conférant habituellement. Une immunité mais les récurrences peuvent se voir surtout chez l'immunodéprimé.

Le problème majeur est représenté par les algies post zostériennes entraînant des douleurs avec accès paroxystiques chez l'adulte et intolérables chez le sujet âgé, s'associant à une hypoesthésie du territoire atteint [4]. Ces douleurs peuvent persister longtemps et être invalidantes; elles pourraient être d'origine hypothalamique.

### 3.2.3 Formes cliniques :

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

- Zona cervicaux : de C<sub>1</sub> à C<sub>3</sub> zona cervico-occipital (la nuque, le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille). C<sub>3</sub> C<sub>4</sub> : zona cervico sus claviculaire ;  
C<sub>4</sub>-C<sub>7</sub> : zona cervico branchial.
- Zona lombo-abdominal : atteinte de l'abdomen, région inguinale et organes génitaux externes.
- Zona des membres : il peut s'accompagner d'une paralysie des nerfs moteurs avec paralysie du SPE (Steppage).
- Zona des nerfs crâniens
- Zona ophtalmique, le plus grave des zona céphaliques, traduit l'atteinte du ganglion de Gasser.
- Zona du ganglion géniculé intéresse les branches sensibles du III, il entraîne une otalgie vive aux adénopathies prétragienne agueusie des 2/3 de l'hemi-langue et une éruption au niveau du conduit auditif externe (tympan et conque de l'oreille), une paralysie faciale peut se voir vers les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> jours.

### 3.2.4 Complications :

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

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

### **3.2.5 Traitement :**

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

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

Zona des sujets immunocompétents de plus de 50ans : valanciclovir (Zelitrex®1g 3f/j pendant 10J per os) et le famciclovir (Oravir® 500mg 3 f/j pendant 7 j) prescrit dans les 72 heures de l'éruption préviennent les douleurs à la phase aiguë et post-zostérienne. Chez l'immunodéprimé, que le zona soit localisé ou disséminé, le traitement se fait avec l'acyclovir (10 mg/kg/8h pendant 7 à 10 j) ou valaciclovir (Zelitrex®1g 3f/j per os) ou le famciclovir (Oravir®) 500 mg 3f/j pendant 7J à 10 j.

## **4- Les infections cutanées parasitaires :**

### **4.1 La gale acarienne humaine :**

#### **4.1.1 Définition :**

La gale est une maladie ectoparasitaire due à un acarien, le *Sarcoptes scabiei hominis*, qui vit dans la couche cornée de l'épiderme [3].

#### **4.1.2 Epidémiologie :**

Elle est transmise dans l'immense majorité des cas par contact inter humain direct. Elle se fait par les femelles fécondées qui sont noctambules. Le parasite ne survit que quelques jours en dehors de son hôte.

L'acarien femelle adulte a une bonne mobilité pour des températures de 25 à 30 °C ; en dessous de 20°C, il est immobile et meurt rapidement ; au dessus de 55°C, il est tué en quelques minutes.

La gale se transmet par contact :

- direct : chez les personnes partageant le même lit et lors des rapports sexuels : il s'agit aussi d'une IST,
- en raison de la fragilité de l'acarien en dehors de son hôte humain le contact indirect (draps, vêtement infestés) est une éventualité plus rare.

#### **4.1.3 Signe cliniques :**

##### **Dans sa forme typique :**

L'incubation est très variable, de 2 jours (en cas de réinfestation) à plusieurs semaines (3 semaines en moyenne).

Elle se caractérise par un signe subjectif important : le prurit initialement localisé aux régions interdigitales et aux fesses. Il s'agit souvent d'un prurit généralisé ne respectant que la tête et le dos présentant une recrudescence nocturne, et un caractère conjugal ou familial. Devant un prurit si caractéristique, on recherchera :

- Des lésions objectives spécifiques de gale :

Le " sillon scabieux" est pathognomonique, il se traduit par un trait fin sinueux, filiforme de 5 à 15mm de long : on le recherchera soigneusement entre les doigts et les faces antérieures des poignets.

A l'une des extrémités du sillon on peut avoir parfois une élevation de couleur nacré : c'est "l'éminence acarienne" : elle correspond à la position de la femelle adulte ; le reste du sillon est occupé par les œufs pondus.

Les nodules scabieux sont de grosses papules infiltrées et excoriées siégeant dans la région axillaire et génitale ("chancre" scabieux de la verge et du scrotum).

- Des lésions non spécifiques de la gale :

Il s'agit de lésions de grattage, de papules excoriées et de placards lichenifiés.

Ces lésions de grattage ont une topographie antérieure (à l'exception des fesses) et symétrique très évocatrice : ainsi les lésions siègent dans les espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets, les coudes, les fesses et la face antérieure des cuisses.

Chez les femmes, le prurit bilatéral du mamelon et de l'aréole mammaire avec lésions excoriées et croûteuses est un signe évocateur. Chez l'homme l'atteinte des organes génitaux externes se traduit par : "chancre" scabieux. Le visage, le cou, et le dos sont épargnés.

Nous insisterons sur le fait que les lésions objectives de la gale peuvent être extrêmement discrètes, notamment chez les gens propres parfois tout se résume à un prurit dont le caractère persistant, parfois familial et nocturne justifie pleinement un traitement d'épreuve [10].

#### **4.1.4 Formes cliniques :**

##### **a. Gale des gens propres :**

Les signes spécifiques sont souvent très discrets : on s'appuiera sur les caractères évocateurs du prurit (familial, exacerbation nocturne). On recherchera l'existence du "chancre" scabieux.

De toute façon, au moindre doute un traitement d'épreuve, véritable test diagnostique est justifié.

##### **b. Gale du nourrisson et de l'enfant :**

Elle se caractérise par : la présence de nodules scabieux sur le périnée et les aisselles, des lésions papulo-pustuleuses des paumes et surtout des plantes sont particulièrement évocatrices, l'atteinte du visage a pu être observée, la gale est volontiers impétiginisée.

### **C. La gale norvégienne :**

L'aspect est déroutant : le prurit est d'intensité très variable, de modéré à féroce parfois absent. Ces lésions sont croûteuses et hyperkératosiques. Elles prédominent sur les zones de pression (coudes, genoux, fesses) et les extrémités (paumes, plantes, verges). Les ongles sont épaissis.

Parfois un tableau d'érythrodermie squamo-croûteuse est réalisé pouvant prêter à confusion avec un psoriasis.

#### **4.1.5 Evolution :**

Non traité, la gale persiste indéfiniment et peut être à l'origine de complications qui sont :

- l'impétiginisation des lésions,
- l'eczématisation favorisée par le prurit persistant et les traitements locaux.

Traité efficacement le prurit disparaît le plus souvent en quelques jours. Parfois, il persiste plus longtemps et s'atténue spontanément en 2 à 3 semaines ; passé ce délai, on envisagera la possibilité d'une réinfestation ou d'une persistance de l'affection (désinfection insuffisante).

#### **4.1.6 Diagnostic :**

Il est habituellement facile et repose sur :

le prurit à recrudescence nocturne, épargnant le visage avec notion de contagé familial ou conjugal,

la topographie caractéristique de l'éruption,

la mise en évidence des sillons : test à l'encre imprégnant électivement les sillons de gale.

C'est dans les formes déroutantes que l'on s'aidera : de l'examen au microscope des squames ou de l'extrémité d'un sillon ou du scotch test, enfin et surtout du test thérapeutique.

#### **4.1.7 Diagnostic différentiel :**

Il peut se poser avec la pédiculose corporelle (association fréquente), l'eczéma, l'impétigo..., la gale acarienne due à des variantes de sarcoptes d'origine animale (chats, chiens) qui guérissent spontanément en 48 heures quand cesse le contact avec l'animal responsable.

#### **4.1.8 Traitement :**

Benzoate de benzyle (Ascabiol ®) ; en application sur tout le corps sauf le visage ; et attendre 24 heures pour rincer chez l'adulte et 12 heures chez l'enfant.

Mettre le linge et la literie au soleil. Traitement des contacts (toutes les personnes vivant sous le même toit que le patient).

### **5. Les dermatoses immuno-allergiques :**

#### **5.1. Les eczémas :**

L'eczéma est le plus fréquent des dermatoses, 1/3 des malades d'une consultation externe de dermatologie est atteint d'eczéma [9].

##### **5.1.1. 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 [2].

##### **5.1.2. Etude clinique :**

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

l'eczéma de contact allergique, l'eczéma constitutionnel encore appelé dermatite atopique.

a) l'eczéma de contact allergique dans sa forme typique : sur le plan sémiologique, les lésions élémentaires sont représentées par :

- l'érythème : Il s'agit d'un érythème congestif inflammatoire qui disparaît à la vitro pression,

- les micros vésicules : de la taille d'une tête d'épingle, sont remplies d'un liquide clair.

L'eczéma évolue par poussée. Le prurit est pratiquement constant, la poussée d'eczéma évolue en 4 phases :

- la phase érythémateuse :

Un placard érythémateux, oedémateux, chaud, inflammatoire, parsemé de petites élevures, donnant un aspect chagriné de la peau.

A ce stade initial, le prurit est toujours intense.

- la phase vésiculeuse :

Les vésicules caractéristiques de l'eczéma, apparaissent sur les lésions érythémateuses, elles sont transparentes et renferment une sérosité claire. Elles peuvent confluer pour réaliser de 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 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 d'eczéma chronique où le prurit est extrêmement important, la peau garde un aspect épaissi, lichénifié, infiltré.

Il faut retenir que :

les bords des lésions d'eczéma sont généralement émiettés,

le prurit est constant

un de ces 4 aspects peut prédominer voire être en apparence isolé.

### **5.1.3 Les formes cliniques :**

#### **a. Formes symptomatiques :**

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

Au cours de l'eczéma aigue on peut observer :

L'eczéma papulo-vésiculeux :

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

L'eczéma nummulaire : (en pièces de monnaie)

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

L'eczéma bulleux :

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

Au cours de l'eczéma chronique on peut observer :

L'eczéma sec :

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

L'eczéma kératosique :

Il est caractérisé par un épaissement marqué de la couche cornée.

Il réalise de véritables carapaces kératosiques blancs grisâtres, épaisses et fissurés.

## **b. Les 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 (mains et pieds).

L'eczéma aiguë du visage :

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

L'eczéma dysidrosique des paumes et plantes :

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

## **C. Les formes compliquées :**

L'eczéma surinfecté : eczéma impétiginisé

La rupture de la barrière cutanée par érosion des vésicules lors du grattage est une porte d'entrée pour les 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 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 débute à l'endroit du contact de la peau avec l'allergène, mais peut ensuite pour des raisons mal connues s'étendre à distance. Les 2/3 ou toute la peau est atteinte, réalisant une érythrodermie érythemato-vésiculeuse.

#### 5.1.4 Diagnostic positif :

Plusieurs critères sont nécessaires pour affirmer le diagnostic positif :

a. Le diagnostic d'eczéma est affirmé :

devant les lésions cliniques à types d'érythème, de vésicule, de suintement, de desquamations associées au prurit. Devant les lésions histologiques telles que la spongiose, la vésiculation, l'exocytose à lymphocyte T.

b. la nature allergique de l'eczéma de contact est affirmée :

Par une enquête :

- l'interrogatoire allergologique aboutissant au diagnostic étiologique. Deux étapes sont nécessaires au cours de la maladie

Il a une importance fondamentale et il faut y consacrer le temps nécessaire.

Les deux questions préalables sont :

Où l'eczéma a-t-il débuté ? Cette localisation aidera à s'orienter vers des allergènes précis. Exemples :

- dos des mains : contact professionnel, ménagère....
- visage : cosmétiques, produits aéroportés.....
- poignets : montre, bracelet.....
- paupières : vernis à ongles, collyres.

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.

- Les principaux allergènes de contact :

- sels de chrome : bichromate de potassium : c'est une cause fréquente d'eczéma de contact professionnel ;
- ciments peintures, eau de javel, solution pour chromage, huiles de coupe (soudure), ...
- nickel : accessoires vestimentaires, boutons métalliques, bijoux de fantaisie,

- caoutchouc : pneus, câble, objets domestiques, bottes, gants.
- le groupe des aminés en paraphénylène diamine, colorants, sulfamides, teinture de cheveux, constituant des cosmétiques (lanoline, parfum) donnent des allergies croisées.

### **5.1.5 Le traitement de l'eczéma de contact allergique :**

#### **A – Buts :**

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

#### **B- traitement symptomatique :**

- Moyens et posologie
  - Moyens locaux :

- médicaments spécifiques : les dermocorticoïdes.

Betaméthasone : 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 forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500 mg ; on l'utilise dilué à 1/10000<sup>e</sup> ou 1/20000<sup>e</sup> dans l'eau en lavage deux fois par jour.

L'éosine aqueuse à 2% : éosine 2 g + eau distillée 100 ml sous forme de

compresse humide matin et soir.

L'antibiotique local : l'acide fucidique

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

Les kératolytiques : l'acide salicylique.

Il est utilisé avec les corticoïdes pour renforcer leur activité.

La posologie est de 3% à 5% chez l'enfant.

5% ; 10% ou 20% chez l'adulte.

•Moyens généraux

- les antihistaminiques anti-H<sub>1</sub> :

Hydroxyzine (Atarax<sup>®</sup>) sous forme de comprimé dosé à 25 mg et 2 mg et de sirop dosé à 400mg (1C à café=10 mg) ; 1C à soupe = 40mg

Posologie : chez l'enfant de 1mg/kg/j ; chez l'adulte 25 à 75mg/j soit 1cp et 1/2j.

Dexchlorphéniramine (Polaramine<sup>®</sup>) sous forme de comprimé de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1C à café = 0,5 mg)

Posologie : chez l'enfant de 1 à 6 ans 1/2 c à 1 cuillère mesure par jour, de 6 à 12 ans A comprimé de 2 mg ; chez l'adulte 1 comprimé de 6 mg/j.

- les antibiotiques : ils ne sont utilisés que lorsqu'il existe une surinfection et que la dermatose est trop étendue pour que cette surinfection soit incontrôlable par un topique.

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

L'amoxicilline sous forme de gélules dosées à 500 mg et de sirop dosé à 125 et 250 mg.

Posologie des antibiotiques :

Chez l'enfant : 1 g/J pendant 7 jours.

Chez l'adulte 2 g/J pendant 7 jours.

- Les corticoïdes par voie générale

Prèdnisone (Cortancyl®) : voie orale, comprimé dosé à 1 mg et 5 mg.

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

• Les indications :

- dans l'eczéma très aigu et généralisé : corticoïde local, bain permanganate de potassium.

- dans l'eczéma vésiculeux et suintant : bain permanganate de potassium, pommade de Dalibour, hydroxyzine comprimé ou sirop.

- dans l'eczéma surinfecté avec des croûtes : bain permanganate de potassium, antibiotique en pommade, Erythromycine en poudre ou comprimé, hydroxyzine en sirop en comprimé dermocorticoïde après guérison de la surinfection.

- Dans l'eczéma subaigu : corticoïde en crème.

- dans l'eczéma chronique, kératosique ou lichénifié : corticoïde pommade associé à l'acide salicylique.

• Contre indication et effets secondaires :

- les dermocorticoïdes : classe 2 (Bétaméthasone).

Contre-indications : infections bactériennes, virales, fongiques et parasitaires même si elles comportent une composante inflammatoire ; lésions ulcérées, acnés, hypersensibilités à l'un des constituants.

Effets secondaires : atrophie cutanée, vergeture, dermite péri-orale, dépigmentation.

- les adjuvants :

Les colorants aqueux (éosine, permanganate de potassium) tachent la peau.

• Les antibiotiques :

L'érythromycine

Contre indication : allergie à l'érythromycine (rare)

Effet secondaires : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées.

•les antihistaminiques :

Dexchlorphéniramine (polaramine ®), hydroxyzine (Atarax ®).

Contre indication : glaucome à angle aigu, rétention urinaire.

Effets secondaire : sédation, sécheresse de la bouche constipation.

### **C. Traitement étiologique :**

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

### **D. 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 (eau de javel), ne pas les mélanger, respecter les dilutions prévues par les fabricants.

- préférer les fibres textiles naturelles (coton) aux fibres synthétiques.

## **5.2 Eczéma constitutionnel ou dermatite atopique :**

### **5.2.1 Définition :**

L'atopie désigne un état particulier caractérisé par une prédisposition génétique à la synthèse accrue de l'IgE et aux maladies allergiques : rhinites allergiques, conjonctivite, asthme, urticaire, eczéma [2].

## **5.2.2 Les Signes cliniques :**

### **a. Dermatite atopique du nourrisson :**

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

Le visage est souvent le premier atteint : front et joues (la bouche, le nez, menton sont réputés). L'éruption peut s'étendre aux oreilles, au cuir chevelu.

Des lésions sur les membres peuvent se voir.

Bien que la dermatite atopique soit de diagnostic facile, il existe des critères qui orientent vers l'atopie. Trois critères majeurs sont à distinguer :

le prurit,

la chronicité,

la topographie.

Un critère est présent dans 70% des cas : antécédents familiaux d'atopie [3].

### **b. la dermatite atopique de l'adulte et du grand enfant :**

Les lésions sont très polymorphes :

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 sur les parties convexes plus ou moins généralisées.

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

## **5.2.3 Traitement de la dermatite atopique :**

Traitement symptomatique :

Antiseptiques moussants (Cytéal<sup>®</sup>, Aseptil<sup>®</sup>, Bétadine Scrub 4%<sup>®</sup>) ou non moussants (Hexomedine<sup>®</sup>, Septéal<sup>®</sup>, Amuchina<sup>®</sup>) et aussi les colorants (éosine, fluorescéine).

Les dermocorticoïdes : on utilise en générale une forme crème

bétaméthazone), pour les plaques lichenifiées les pommades ou goudron (Carbodome ®) sont indiquées.

Les antihistaminiques et les antibiotiques sont également utiles.

### **5.3. Urticaire**

#### **5.3.1 Définition :**

L'urticaire est une dermatose fréquente (15 à 20% de la population), s'observant à tout âge [10]. Elle se définit comme une éruption papulo-oedemateuse prurigineuse fugace dont le diagnostic est facilement posé par l'examen clinique et par l'interrogatoire [4].

#### **5.3.2 Classification :**

##### **a. Selon l'évolution on distingue :**

- les urticaires aiguës fugaces (moins de 6 semaines)
- les urticaires chroniques (allant de 6 semaines à 3 mois).

##### **b. Selon la topographie on distingue :**

- l'urticaire banale qui touche le derme superficiel
- l'œdème de Quincke qui touche le tissu superficiel

##### **c. selon les médiateurs responsables on distingue :**

- les urticaires histaminiques
- les urticaires cholinergiques.

#### **5.3.3 Signes cliniques :**

##### **a. Type de description :**

L'urticaire commune (superficielle) est de diagnostic facile. Ce sont des papules oedémateuses ortiées, érythémateuses, de tailles variables fugaces, disparaissant en quelques heures, très prurigineuses et réparties sans ordre sur tout le tégument.

## **b. Les formes cliniques :**

L'urticaire profonde (œdème de Quincke) réalise une tuméfaction sous cutanée aiguë de couleur de la peau normale, non prurigineuse avec une sensation de tension cuisante ou même douloureuse siégeant au visage (lèvre, paupière) et aux organes génitaux et pouvant atteindre les muqueuses (œdème de glotte).

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

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

L'urticaire chronique est définie arbitrairement, le délai fixé pour parler de chronicité varie selon les auteurs, il se situe entre six semaines à trois mois, période pendant laquelle surviennent des poussées quasi quotidiennes.

### **5.3.4 Etiologie de l'urticaire :**

Urticaires induites par voie générale :

Urticaires médicamenteuses : pénicilline, sulfamides, barbituriques, aspirine, polymixine.....

Urticaire alimentaire :

- Aliments riches en histamine (crustacés, fromages...)
- Aliments histamino libérateurs (fraises, chocolat, œuf gruyère)
- Les allergies vraies : protéines de lait de vache, œuf, poissons, colorants, conservateurs, pénicillines, fongicides, levures...

Causes infectieuses : phase pré- ictérique de l'hépatite B, foyer infectieux (caries, sinusites), parasitose (parasites intestinaux, ascaris, ankylostome,

oxyures).

Pneumallergènes : plus rares.

Urticaire induite par voie locale :

Urticaire de contact :

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

Urticaires physiques :

- Urticaires mécaniques

Dermographisme : stries urticariennes consécutives au frottement de la peau par une pointe mousse,

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

- Urticaire thermique :

Urticaire cholinergique : conjonction (chaleur, effort) compétition urticaire au froid : déclenché par le contact avec les liquides froids.

### **5.3.5 Traitement :**

#### **5.3.5.1 Traitement étiologique :**

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

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

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

Les antihistaminiques H<sub>1</sub> sont nombreux : Hydroxysine (Atarax<sup>®</sup>) se présente sous forme de comprimés dosés à 25 mg et de sirop dosé à 400mg (1C à café =10 mg,

1C à soupe = 40 mg)

Posologie : Chez l'enfant 1 mg/kg/j

Chez l'adulte 25 à 75 mg/kg/j soit un comprimé et demi par jour.

Dexchlorpheniramine (Polaramine<sup>®</sup>) se présente sous forme de comprimés de 6 mg et 2 mg et de sirop dosé à 125 mg (1 c à café = 0,5 mg).

Posologie chez l'enfant de 1 à 6 ans une cuillère mesure par jour de 6 à 12 ans un comprimé de 2 mg par jour.

Chez l'adulte un comprimé de 6 mg/j.

Loratadine (Clarytine<sup>®</sup>) se présente sous forme de comprimées dosés à 10 mg et de sirop dose à 60 mg et à 120 mg.

Posologie chez l'enfant de 2 à 12 ans Une cuillère mesure par jour ;

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

### **5.3.5.3 Traitements locaux :**

Sont peut actifs sur la crise d'urticaire ; on peut cependant appliquer des corticoïde en pommade.

### **5.3.5.4 Indications :**

Sont fonction de l'intensité et de la localisation des crises, de leurs fréquences et du gêne fonctionnel qu'elles entraînent.

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

## **6. Les dermatoses cosmopolites :**

### **6.1. Le lichen plan :**

#### **6.1.1. Définition :**

Dermatose inflammatoire bénigne, mais chronique, le plus souvent papuleuse, prurigineuse, et pouvant comporter des localisations muqueuses préoccupantes. Le lichen plan est de cause inconnue.

### **6.1.2 Epidémiologie :**

Le lichen plan représente moins de 1% de l'ensemble des dermatoses, il est moins fréquent que l'eczéma et le psoriasis.

Il atteint avec une égale fréquence les 2 sexes. Il débute à l'âge de 20 à 30 ans, rarement avant 10 ans.

### **6.1.3. Etude clinique :**

#### **a- Dans sa forme typique :**

La lésion élémentaire est une papule, dont l'aspect est très caractéristique : petite, violine légèrement saillante, à bords nets et polygonaux, à surface plate, brillante à jour frisant, parfois finement striée (stries de Wickham).

Ces papules sont prurigineuses.

Elles se groupent en nappes de taille variable. Les sièges de prédilection sont la face antérieure des poignets et des avant bras la région lombaire, moins souvent les membres inférieurs. Le visage est épargné.

Des papules se groupent en une file le long d'une strie de grattage, c'est le phénomène de Köbner.

L'évolution est variable, chronique, capricieuse. Les poussées sont parfois liées à des difficultés psychologiques. Le plus souvent le traitement hâte la guérison, des macules pigmentées peuvent persister.

### **6.1.4. Formes cliniques :**

#### **6.1.4.1 Formes topographiques :**

- **Lichen buccal :** localisation fréquente souvent associées à un lichen cutané. La face externe des joues (en regard des dernières molaires) est la localisation la plus évocatrice. Le lichen se présente sous forme de stries blanches (porcelainées) formant un réseau pseudo papuleux à la palpation. La muqueuse est souple, pas d'infiltration ni des signes fonctionnels.

Diagnostic différentiels : lupus chronique, leucoplasie.

- **Lichen lingual** : se localise sur la face dorsale de la langue. Il réalise des tâches lenticulaires, rondes blanches, très bien limitées aspect en feuilles de fougères.

- **Lichen des lèvres** : très rares, réalise des lésions finement réticulées.

- **Lichen du cuir chevelu** : il s'agit d'un lichen péri-pilaire réalisant une alopécie cicatricielle à type de pseudo pelade.

Diagnostic différentiel : lupus chronique.

- **Lichen palmo-plantaire** : réalisant des papules cornées isolées ou confluentes ; kératodermie palmo-plantaire lichénienne.

Diagnostic différentiel : syphilis secondaire.

- **Lichen des ongles** : rare, à type de striations longitudinales ou d'onycholyse.

#### **6.1.4.2 Les formes évolutives :**

- lichen aigu ;
- lichen bulleux ;
- lichen érosif.

#### **6.1.4.3 Etiologie :**

La cause du lichen plan n'est pas identifiée. Les arguments en faveur d'un processus auto immunisant sont actuellement les plus convaincants mais aucun signe sérologique n'accompagne l'infiltration lymphocytaire cutanée.

#### **6.1.4.4. Traitement :**

- Antiseptiques locaux :

Permanganate de potassium : sous forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500 mg ; on l'utilise dilué à 1/10 000<sup>e</sup> ou 1/20 000<sup>e</sup> dans l'eau en lavage deux fois par jour.

L'éosine aqueuse à 2% : éosine 2 g plus eau distillée 100 ml sous forme de compresse humide matin et soir.

- Corticothérapie locale :

Betamethasone : 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 du traitement avec la disparition des lésions.

Une courte corticothérapie générale, les anxiolytiques, la griséofulvine peuvent être aussi utiles.

## **6.2. Le psoriasis :**

### **6.2.1 Définition :**

Le psoriasis est une dermatose fréquente (2 à 3% de la population mondiale), définie par des plaques érythémato-squameuses bien limitées [4]. Il correspond à une hyper prolifération épidermique, toujours limitée et bénigne, à support génétique, et de mécanisme très complexe, encore mal connu malgré de très nombreux travaux.

### **6.2.2 Epidémiologie :**

Le psoriasis débute à un âge variable, souvent avant 20 ans, et évolue par poussées, les 2 sexes sont atteints. L'affection reste le plus souvent bénigne, il en existe cependant des formes graves.

### **6.2.3 Aspects cliniques :**

**Type de description :** Le psoriasis vulgaire, en plaques.

La lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse arrondie à limites nettes. Habituellement, les squames, épaisses, nacrées, recouvrent la totalité de la tâche érythémateuse. Le grattage à la curette les détache jusqu'à obtention d'une " rosée sanglante" (abrasion du sommet des papilles dermiques).

La plaque psoriasique est parfois entourée d'un anneau clair (de Woronoff). Typiquement non prurigineux, le psoriasis l'est cependant, dans 1/3 des cas environ.

Les lésions psoriasiques sont souvent symétriques, peuvent siéger n'importe où, mais ont des zones de prédilection : coudes, genoux, sacrum, cuir chevelu. On observe parfois le psoriasis à l'endroit d'un traumatisme : c'est le phénomène de Koebner [4,9].

#### **6.2.4 Formes cliniques :**

##### **6.2.5. Selon l'aspect on observe :**

- des formes très hyperkératosiques : crétacées (coudes, genoux)
- des formes très peu squameuses
- des formes en petits éléments : psoriasis en gouttes, psoriasis guttata qui s'observe surtout chez l'enfant et fait volontiers suite à une infection rhino pharyngée,
- des formes en plaques annulaires.

A noter que l'eczématisation et la surinfection sont rares.

##### **6.2.6 Selon la localisation :**

- cuir chevelu : plaques épaisses de " grosses pellicules ", squames blancs grisâtres, que les cheveux traversent. Il n'y a pas d'alopecie.
- plis : aspect d'intertrigo sec, rouge, peu squameux, bien limité non prurigineux (c'est le psoriasis inversé).
- paumes et plantes : hyperkératose importante, parfois fissuraires, très peu érythémateuse (kératodermie palmo-plantaire) posant un diagnostic différentiel avec une mycose (examen mycologique), un eczéma (prurit+), un lichen (prurit, aspect violacé) ou une syphilis secondaire (sérologie, papules squameuses).
- visage : Tâches rouges bien limitées, avec des fines squames sèches ou plus grasses et alors difficiles à distinguer de la dermite séborrhéique.

- ongles : ponctués en dé à coudre, hyperkératose sous unguéale, onycholyse.
- muqueuses : langue géographique (glossite exfoliatrice marginée), taches rouges et squameuses du gland.

### **6.2.7 Evolution :**

Les poussées de psoriasis connaissent parfois des facteurs déclenchants infectieux et surtout psychologiques, plus ou moins nets selon les sujets. Ailleurs, elles sont imprévisibles. Leur fréquence est très variable, et il faut se garder de tout pronostic.

L'exposition solaire a le plus souvent une influence favorable sur le psoriasis. Noter que les bêtabloquants et le lithium, la corticothérapie générale peuvent révéler ou aggraver un psoriasis [4].

### **6.2.8 Traitement :**

Il ne peut être que symptomatique, " blanchit" la maladie mais ne met pas à l'abri des récurrences. L'essentiel du traitement est dermatologique ; il pourra être aidé, en cas de lien avec des difficultés psychologiques, par un abord psychothérapeutique (entretiens, prescription du psychotrope). Il faut savoir en outre que l'effet placebo, ici plus qu'ailleurs est important.

#### **a. Les psoriasis localisés :**

Le traitement est habituellement local :

Décapage des lésions hyperkératosiques :

bain émollient (savon Caditar ® Aveenoderm®, Polytar®)

vaseline salicylée à 5 ou 10% (kératolytique).

7. Traitement réducteur : à l'aide d'une préparation contenant un ou des goudrons (salissants mais efficaces) : carbodone, préparation magistrale, shampooing à l'huile de cade ou au goudron.

- de l'anthraline dioxanthranol (Anaxeryl®, Dithrasis®) en application prolongée ou en traitement court (30 mm) à fortes concentrations (1 à 3%).
- corticothérapie locale, justifiée dans les psoriasis localisés : on utilise les dérivés puissants : Diprosone® ; Topsyne®, ...en crèmes, en pommades, gels ou lotions sur le cuir chevelu (très bonne indication). Attention aux consommations abusives (d'autant que les interruptions de traitement entraînent des rebonds) source de complication et d'inefficacité.

#### **b. Chez l'enfant :**

Grande prudence thérapeutique, l'évolution est très facilement régressive. On se limite aux préparations réductrices (Ichtyol, goudron), tous les autres traitements ont des effets secondaires (y compris la vaseline salicylée qui trop concentrée peut provoquer une intoxication salicylée).

Pommade à l'urée et dermocorticoïdes classe III ou IV.

#### **Le prurigo :**

Ce terme est très utilisé mais assez mal défini. La papule de prurigo est érythémateuse, parfois surmontée d'une vésicule ; en générale celle-ci est excoriée. Les lésions sont très prurigineuses ; elles sont situées le plus souvent sur les membres ou sur le tronc. La cause principale est «parasitaire » ; une forme particulière est le prurigo strophilus qui évolue par poussée chez les enfants de deux à sept ans ; les lésions sont la conséquence d'une hypersensibilité retardée à la salive des parasites ; chez les immunodéprimés le prurigo est volontiers profus [2,12].

#### **Traitement :**

- Pommade de crotamiton (Eurax®)
- Corticoïdes locaux
- Antihistaminiques per os
- Prophylaxie : la protection individuelle contre les insectes.

## **IV- Matériels et méthodes**

**1- Lieu d'étude :** l'étude s'est déroulée dans le district de Bamako (Fig.2) et dans l'unité de dermatologie du CNUAM (Centre National Universitaire d'Appui à la Lutte Contre la Maladie).

### **Présentation du District de BAMAKO [2].**

Bamako, la capitale du Mali a été fondée par la famille Niaré (des Bamanans) bien avant l'arrivée du colonisateur français en 1889. Cette ville a connu à la fois un développement économique, démographique spatial et culturel. A l'origine, Bamako était un petit village Bamanan situé entre les monts manding et le fleuve Niger. Devenu capitale coloniale en 1908, Bamako ne comptait en 1922 qu'un centre commercial entouré de huit (8) quartiers. Il a fallu attendre 1968 pour que les autorités administratives du Mali créent huit (8) autres quartiers. C'est aussi en 1968 que le phénomène de quartiers spontanés se développe sous la pression démographique.

A la date d'aujourd'hui le District de Bamako (selon l'ordonnance N°7832/CMLN du 18/08/1978, compte 63 quartiers repartis dans 6 Communes numérotées de 1 à 6. Les 1<sup>ers</sup> quartiers qui sont au nombre de 44 quartiers s'alignent d'Est en Ouest à la rive gauche du fleuve Niger encore appelé Djoliba.

Les deux autres Communes regroupant 19 quartiers, s'étendent le long de la rive droite du fleuve. Les deux parties de la ville sont reliées par deux ponts : (pont des martyrs et pont du Roi FAHD).

Sous l'effet combiné de l'accroissement démographique naturel et de l'exode rural lié à la fois à la paupérisation du monde paysan, à l'attraction des populations vers la ville à travers ses nouvelles fonctions ; Bamako a connu une véritable explosion démographique, cette explosion est entretenue voire renforcée par la concentration des activités économiques (usines, commerce) touristiques communicationnelles (aéroports, gares,

Hôtels) et culturelles écoles, centres culturels, mosquées. Voici quelques données pour mieux visualiser cette évolution de la population dans le temps.

Dates	Populations
1881	2 500
1960	129 000
1976	404 175
1998	1 016 167

Il est fondamental de souligner la part de migration dans le peuplement du district de Bamako à cause notamment de sa forte attraction des populations.

En 1976 les personnes nées hors de Bamako étaient estimées à 147 816 soit 35% de la population totale. Par ailleurs son taux d'urbanisation est estimé à 14% ; les nouveaux arrivants de 15 à 30 ans atteignent 10 000 par an. Ce fait expose de l'importance des enfants et des jeunes dans la composition de la population du District on parle de 55% de moins de 20 ans qui du coup pose ce problème de la forte demande de santé d'éducation d'insertion socio économique et d'infrastructure.

Soulignons également que le District de Bamako abrite :

- les grandes Unités industrielles et commerciales du pays
- les grandes infrastructures de communication et de tourisme
- les représentations diplomatiques
- es plus grands centres de santé et d'éducation
- le plus grand marché moderne du Mali
- les grands centres culturels et sportifs
- les plus hautes institutions de l'Etat
- les grandes routes intra urbaines avec feu de signalisation.

Bamako est donc la vitrine du pays à travers ses routes, ses monuments et grands immeubles toutes choses qui non seulement attirent les enfants et

les pauvres mais forgent aussi l'image d'une certaine réussite et du confort des citoyens.

Ceci est par ailleurs un facteur de taille dans la ruée des mendiants auprès de ces «supposés riches» disposés à donner l'aumône. Donc pour son fonctionnement et son dynamisme le District de Bamako fait émerger la couche des exclus dont les enfants en situation difficile.

Aspects épidémiolo-Cliniques et prise en charge des Dermatoses courantes chez les élèves Coraniques dans le District de Bamako (Mali)

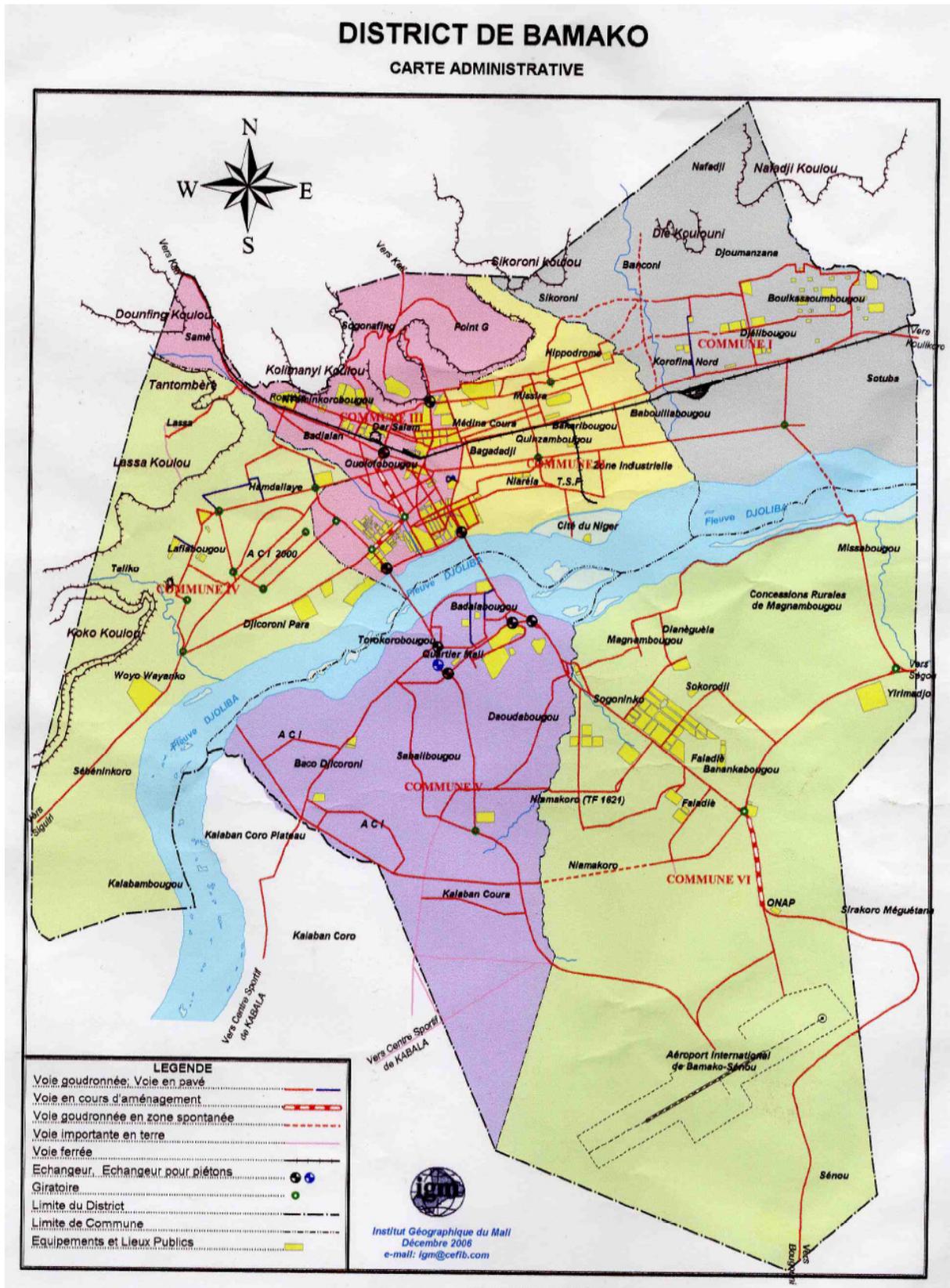


Figure 2 : carte administrative de la ville de Bamako

**CNUAM** : Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie à Bamako-Mali. Le CNUAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique rattaché au secrétariat Général du ministère de la Santé, créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifié par la loi N°02-009 du 4 Mars 2002 et né de la restructuration de l'Institut Marchoux. La signature d'une convention entre cette institution et l'université du Mali, lui a conféré le statut hospitalo-universitaire ainsi le CNAM a pris la dénomination de Centre National Universitaire d'Appui a la Lutte contre la Maladie (CNUAM) depuis l'adoption de cette convention.

**Présentation du CNUAM** : il comprend plusieurs unités fonctionnelles : la léprologie, la dermatologie vénérologie, la réhabilitation, l'imagerie médicale, une unité de soins d'accompagnement et de conseils (U.S.A.C) pour les VIH /S.I.D.A, la biologie, l'animalerie expérimentale, le bureau des entrées pour le tri des malades.

L'unité de dermatologie se compose de cinq salles de consultations, un laboratoire d'histopathologie, une salle réservée à la petite chirurgie et à la biopsie, deux (2) pavillons d'hospitalisation (Laviron et Pierre Richet).

Chacune de ces unités est dirigée par un chef d'unité. Un directeur administratif et financier assurent la gestion globale du centre.

Au sein de ce centre, il y a un autre service dénommé CVD (centre pour le développement des vaccins).

**Mission :**

- Formation médicale continue (F.M.C).
- Promotion de la recherche sur les maladies endémo-épidémiques.
- Maintien des acquis en matière de recherche de formation et de lutte contre : la lèpre, le paludisme, la tuberculose, le VIH /sida, l'onchocercose, la trypanosomiase et autres pathologies apparentées.
- Développement des capacités.

- Promotion de la coopération nationale et internationale.
- Appui aux structures sanitaires périphériques en matière de lutte contre la maladie.

**2- Population d'étude :** élèves fréquentant les écoles coraniques du district de Bamako présentant ou non une dermatose.

**3- Type et durée d'étude :** étude descriptive à double passage des dermatoses survenant chez les élèves dans les écoles coraniques sur une période de 10 mois d' Octobre 2007 à Juillet 2008

#### **4 –Echantillonnage :**

##### **Critères d'inclusion :**

Tous les élèves des écoles coraniques présentant une dermatose donnant son consentement ou assentiment à participer à l'étude et acceptant d'être vus au moins une fois pour un contrôle

##### **Critères de non inclusion :**

les élèves des medersas et des écoles publiques,  
les élèves n'acceptant pas de participer à l'étude et non vus pour un contrôle,  
les enfants de la rue.

Nous avons au préalable procédé à un recensement des écoles coraniques et leur effectif dans le district de Bamako.

Sur la base de ce recensement, nous avons effectué un tirage au sort de 1 à 2 établissements par commune. Au total 11 établissements ont été inclus conformément aux critères d'inclusions.

Tout patient inclus a fait l'objet d'un interrogatoire permettant de recueillir les données socio- démographiques épidémiologiques les critères de propreté, la mendicité et les occupations autres que l'apprentissage du coran.

Un examen dermatologique minutieux faisant noter les symptômes et signes permettant d'évoquer un diagnostic, un traitement basé sur les schémas thérapeutiques élaborés en fonction des diagnostics.

Les données enregistrées sur une fiche d'enquête comportaient les renseignements épidémiologiques de l'école à savoir :

- le nom de l'école
- sa localisation
- la présence ou non de tas d'ordures la présence de latrine fonctionnelle ou de source d'eau potable l'identité des élèves présents le jour de la visite à savoir :
- le nom et prénom, son âge
- le lieu de résidence des parents,
- le nombre d'année passé dans l'école comme élève coranique,
- s'il est orphelin ou non.

L'appréciation de l'hygiène corporelle et vestimentaire de l'élève présent le jour de la visite avec la cotation suivante :

**Bon** : l'élève se lave une fois ou plus par jour et ses vêtements sont lavés au moins une fois par semaine,

**Passable** : l'élève se lave au moins une fois par semaine et ses vêtements sont lavés une fois tous les 15 jours,

**Mauvaise** : l'élève se lave au plus une fois par mois ou pas du tout et ses vêtements sont lavés au plus une fois par mois ou pas du tout.

##### **5- Condition de vie et d'habitat :**

Les centres talibés (lieux d'habitation des élèves coraniques) sont constitués de petites cases avec un toit en paille ou des habitats en chantier dépourvus d'électricité sans adduction d'eau potable. Les conditions d'hygiène sont défectueuses avec la présence des tas d'ordures parfois éparpillés. Les latrines sont généralement pleines et ne sont pas évacuées pendant plusieurs mois. Les élèves dorment sur des nattes ou à même le

sol, entassés, sans couverture ni drap. Les bains sont effectués en groupe pour les plus jeunes et individuel pour les plus grands avec le même filet de toilette parfois sans savon et quelques fois dans le fleuve ou le cours d'eau le plus proche. La nourriture provient des offrandes reçues pendant la mendicité. L'enseignement coranique se déroule sous les hangars, à l'ombre des arbres, dans les vestibules des maisons ou dans la cours des mosquées avec une durée moyenne de deux heures par jour. Le reste de la journée est consacrée à la mendicité et à d'autres travaux (cirage coiffure, manoeuvre, travaux domestiques).

### **6-Schéma thérapeutique :**

Les schémas suivants ont été élaborés pour la prise en charge de la majorité de dermatoses. Des cas nécessitant une référence immédiate n'ont pas bénéficié de schémas.

#### **Schéma I : Teigne**

##### **a- teigne sèches :**

Myconazole crème 1% 2 applications pendant 8 semaines

Griséofulvine 500 mg 1 comprimé 2 fois par jour pendant 2 mois chez l'adulte ; 15mg par kg/jour chez l'enfant.

I.E.C après guérison

Référence en l'absence de guérison

##### **b- Teignes suppurées :**

Désinfectant KMNO<sub>4</sub> 1 application 2 fois par jour (diluer à 1/10000 ou 1/20000)

Erythromycine 500mg : 2 comprimés 2 fois par jours pendant 7 jours chez l'adulte ; 30 – 50 mg/kg/jour chez l'enfant

Auréomycine pommade 3% 1 application 2 fois/jour pendant 7 jours ou Bétadine® pommade ou Fucidine® crème.

Relais avec Myconazole crème 1 application 2 fois/jours et griséofulvine 500mg : 1 comprimé 2 fois/jour pendant 2 mois chez l'adulte ; 15mg/kg chez l'enfant.

## **Schéma II : eczéma**

### **Eczéma aigu :**

Betaméthasone crème : 2 applications par jour pendant 7 jours puis arrêt progressif ; 1 application par jour pendant 1 semaine puis un application tous les 2 jours. Ce traitement s'accompagne de l'arrêt de contact avec l'allergène.

Antihistaminique (Chlorphéniramine ou Prométhazine comprimé) 1 comprimé 2fois/jour en cas de prurit intense.

Si guérison I.E.C (mesures accompagnants le traitement) ;

Si amélioration : continu traitement +I.E.C ;

Si pas amélioration : référer

Si suintant et surinfecté :

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> 1 ou 2 applications, ½ comprimé pour 5 litres d'eau chez l'adulte ; ½ pour 10 litres d'eau chez l'enfant.

Pommade asséchante : pommade Dalibour® 1 – 2 application/jour pendant 1 semaine.

Relais avec Betaméthasone crème 1application 2 fois/jour pendant 15 jours puis arrêt dégressif, 1 application/jour pendant 1 semaine puis application tous les 2 jours (15jours).

Antibiothérapie : Erythromycine crème 500mg, 2 comprimés 2fois/jours chez l'adulte 30-50mg/kg/jour chez l'enfant.

Antihistaminique : Chlorphéniramine 1cp 3fois/jour si prurit.

Si guérison I.E.C (éviction de l'allergène).

Si amélioration continu traitement+I.E.C.

Si pas amélioration : référer

**b- eczéma chronique :**

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> : 1 ou 2 application/jour ;

Betaméthasone crème : 2 applications/jour pendant 1 semaine puis 1 application pendant 1 semaine, puis 1 application 1 jour sur 3 pendant 15 jours.

Si guérison : I.E.C ;

Si amélioration continu traitement pendant 1 mois (1 application 1j/3) puis I.E.C ;

Pas amélioration : referez.

**Schéma III pyodermite (impétigo) :**

**a- Pyodermite localisée sèche :**

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> : 1 ou 2 applications/jours 1/10000 ou 1/20000 +tétracycline pommade 3%. Bandage si possible.

Pyodermite localisée humide :

polyvidone iodé 10% 1 ou 2 applications/jour, bandage si possible.

Dans tous les cas en présence de fièvre et/ou d'adénopathie satellite ;

érythromycine 500mg : 2 comprimés 2 fois/jour chez l'adulte ;

30-50 mg/kg/jour chez l'enfant.

**b- pyodermites généralisée :**

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> :1 ou 2 applications/jour (à diluer au 1/10000 ou 1/20000) ATB par voie générale : érythromycine ou amoxicilline 2 grammes/jour pendant 15 jours.

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

**Schéma IV : varicelle :**

**a - varicelle simple :**

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> : 1 ou 2 applications/jour ;

Antihistaminique : chlorphénamine 1 comprimé 3fois/jour chez l'adulte si

prurit, Prométhazine sirop 1 cuillère à café 3fois/jour chez l'enfant si prurit.

Antipyrétique : paracétamol 500mg 2 comprimés 2fois/jour chez l'adulte si fièvre 20-30mg/kg/jour chez l'enfant si fièvre.

#### **b - varicelle surinfectée :**

Antiseptique : KMNO<sub>4</sub> 1 ou 2 applications/jour (1/10000 ou 1/20000)

Antihistaminique : chlorphénamine 1 comprimé 3fois/jour chez l'adulte si prurit.

Prométhazine sirop 1 cuillère à café 3fois/jour chez l'enfant si prurit.

Antibiothérapie : Erythromycine 500mg 2 comprimés 2 fois/jour pendant 7 jours chez l'adulte ; 30-50mg chez l'enfant.

Paracétamol 500mg, 2 grammes/jour chez l'adulte si fièvre 20-30mg/kg/jour chez l'enfant si fièvre.

#### **Schéma v : Gale**

##### **Gale simple :**

Lotion type benzoate de benzyle (Ascabiol®) : 1 application sur tout le corps sauf le visage, attendre 24h pour se laver chez l'adulte et 12h pour les enfants.

Traitement des contacts :

Si guérison : I.E.C.

Si amélioration : continu traitement avec benzoate de benzyle pendant 24h chez l'adulte et 12h chez l'enfant + I.E.C.

Si pas amélioration : referez

##### **Gale surinfectée :**

Antiseptique KMNO<sub>4</sub> : 1 ou 2 applications/jour (1/10000ème ou 1/20000ème) ;

Antibiothérapie locale : tétracycline pommade 3% 1 application 2fois/jour pendant 7 jours ou polyvidone iodée 10%.

Antibiothérapie générale : amoxicilline 500mg (2g/jour pendant 15jours)

Relais avec benzoate de benzyle (Ascabiol®) : 1 application sur tout le corps  
sauf le visage, attendre 24h pour se laver chez l'adulte et 12h chez l'enfant.

Traitement concomitant des contacts :

Si guérison : I.E.C.

Si amélioration : continu traitement + I.E.C ;

Si pas amélioration : referez.

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

La durée et les résultats de prise en charge des cas seront notés

Bon : guérison totale (disparition totale des lésions c'est à dire élimination de  
l'agent causale et guérison clinique)

Moyen : guérison partielle ou amélioration (disparition partielle des lésions)

Mauvais : aggravation (cas rebelle au traitement ayant fait l'objet d'une  
référence).

Perte de vue : il s'agit des patients qui ne sont pas revus après avoir reçu un  
premier traitement adapté ou pas.

La saisie et l'analyse de données ont été faites sur le logiciel Epi info  
version 6.

## **7- Aspects éthiques :**

Nous avons au préalable reçu le consentement des parents ou tuteurs  
légaux, les maîtres coraniques et l'assentiment des élèves coraniques à  
participer l'étude.

## V- Résultats

**Tableau I : Répartition des élèves par commune, par quartier et par centre coranique**

Commune	Quartier	Nom du centre	Présence de tas d'ordure	Effectif des élèves coraniques
I	Banconi	Sounan	Oui	483 (10,2%)
	Korofina sud	Bamoussa	Oui	86 (1,8%)
II	San fil	Bougounikoro	Oui	621 (13,1%)
	Médina coura	Issa kalanden	Oui	912 (19,3%)
III	Samé	Des enfants	Oui	389 (8,2%)
IV	Lafiabougou taliko	Famille Cissé	Oui	121 (2,6%)
	Hamdallaye	Kalapo	Oui	620 (13,1%)
V	Baco djicoroni	Mosquée	Oui	337 (7,1%)
	Kalanban coura	Islamic	Oui	250 (5,3%)
VI	Magnambougou	Kolossy	Oui	467 (9,9%)
	Sogonico/faladjè	Dougoutiguila	Oui	446 (9,4%)
<b>Total</b>				<b>4732(100%)</b>

Le centre « Issa kalanden » avec 19,3% a constitué l'effectif le plus élevé.

**Tableau II : Répartition par commune et par âge**

Âge	Com. I		Com. II		Com III	Com. IV		Com. V		Com. VI		Total
	Sou nan	Ba mous sa	Bou gou nikoro	Issa kalan den	Des enfants	Cissé	Kalapo	Mos- quée	Isla- mic	Kolos- sy	Dougou tiguila	
<b>6-10 Ans</b>	96 (19,9%)	60 (69,8%)	62 (10%)	76 (8,3%)	138 (35,5%)	74 (61,2%)	129 (20,8%)	55 (16,3%)	28 (11,2%)	160 (34,3%)	102 (28,9%)	980 (20,7%)
<b>11-15 ans</b>	295 (61,1%)	26 (30,2%)	230 (37%)	350 (38,4%)	251 (64,5%)	47 (38,8%)	296 (47,7%)	231 (68,6%)	202 (80,8%)	180 (38,5%)	198 (44,4%)	<b>2456 (51,9%)</b>
<b>16-20 ans</b>	92 (19%)	0	257 (41,4%)	302 (33,1%)	0	0	195 (31,5%)	51 (15,1%)	20 (8%)	127 (27,2%)	146 (32,7%)	1040 (22%)
<b>21-25 ans</b>	0	0	72 (11,6%)	184 (20,2%)	0	0	0	0	0	0	0	256 (5,4%)
<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>86</b>	<b>621</b>	<b>912</b>	<b>389</b>	<b>121</b>	<b>620</b>	<b>337</b>	<b>250</b>	<b>467</b>	<b>446</b>	<b>4732</b>

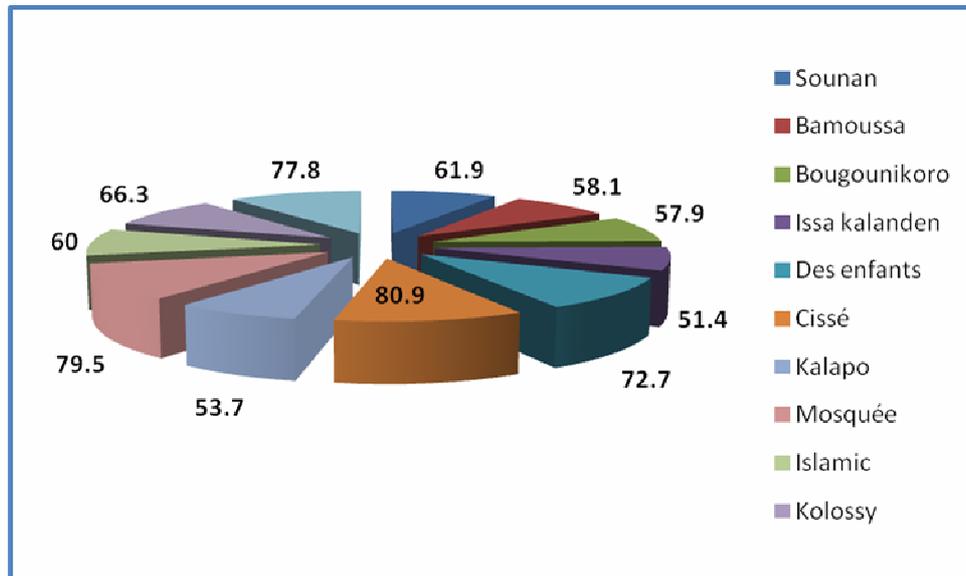
La tranche d'âge 11-15 ans représentait 51,9%.

**Tableau III : Répartition en fonction de la présence ou non de dermatose par centre**

Dermatoses	Com. I		Com. II		Com. III	Com. IV		Com. V		Com. VI		Total
	Sounan	Ba-moussa	Bougou-nikoro	Issa Kalanden	Des enfants	Cissé	Kalapo	Mosquée	Islamic	Ko-lossy	Dougou tiguila	
<b>Oui</b>	299 (61,9%)	50 (58,1%)	360 (57,9%)	469 (51,4%)	283 (72,7%)	98 (80,9%)	333 (53,7%)	268 (79,5)	150 (60%)	310 (66,3%)	347 (77,8%)	2977 (63%)
<b>Non</b>	220 (38,1%)	36 (41,8%)	261 (42,1%)	443 (48,6%)	106 (37,3%)	23 (19,1%)	287 (46,3%)	69 (20,5%)	100 (40%)	157 (43,7%)	99 (32,2%)	1755 (37%)
<b>Total</b>	483 (100%)	86 (100%)	621 (100%)	912 (100%)	389 (100%)	121 (100%)	620 (100%)	337 (100%)	250 (100%)	467 (100%)	446 (100%)	4732 (100%)

**Les dermatoses ont été plus fréquemment observées chez les élèves du centre «Cissé » dans 80,9% des cas.**

**Figure 3: Répartition en fonction de la présence ou non de dermatose.**



**80,9% des élèves coraniques du centre Cissé  
ont présenté des dermatoses.**

**Tableau IV : répartition en fonction de la provenance**

Pays	Région	Localité	Effectifs	pourcentage
MALI	DISTRICT	BAMAKO	571	12,1
	REGION DE KAYES	KITA	144	3,0
		NIORO DU SAHEL	124	2,6
		KAYES	82	1,7
		YELIMANE	46	1,0
		BAFOULABE	27	0,6
		MAHINA	25	0,5
	REGION DE KOULIKORO	KATI	197	4,2
		KOLOKANI	90	1,9
		NARA	83	1,8
		DJOILA	47	1,0
		BANAMBA	43	0,9
		FANA	38	0,8
		BAGUINEDA	36	0,8
		BANCOUMANA	20	0,4
		KOULIKORO	12	0,3
		REGION DE SIKASSO	BOUGOUNI	612
	KOUTIALA		116	2,5
	SIKASSO		45	1,0
	KADIOLO		32	0,7
	KOLONDJEBBA		14	0,3
	YANFOLILA		14	0,3
	REGION DE SEGOU	SEGOU	450	9,8
		SAN	114	2,6
		MACINA	17	0,4
		TOMINIAN	15	0,3
		MARKALA	14	0,3
	REGION DE MOPTI	BLA	10	0,2
		MOPTI	165	3,5
		DJENNE	100	2,1
		SOFARA	69	1,5
		BAKASS	58	1,2
		DIAFARABE	41	0,9
BANDIAGARA		40	0,8	
KORO		30	0,6	
TENINKOU		21	0,4	
DOUMENTZA	17	0,4		

Aspects épidémiolo-Cliniques et prise en charge des Dermatoses courantes  
chez les élèves Coraniques dans le District de Bamako (Mali)

		SEVARE	14	0,3
		YOUWAROU	12	0,3
	REGION DE TOMBOUCTOU	NIAFOUKE	14	0,3
		DIRE	6	0,2
	REGION DE GAO	BOUREM	15	0,3
BURKINA FASSO	AUTRES LOCALITES		180	3,8
	BOBO DDJOULASSO		60	1,3
	OUAGADOUGOU		17	0,4
GUINEE			<b>649</b>	<b>13,7</b>
COTE D'IVOIRE			109	2,9
SIERRA LEONNE			82	1,7
SENEGAL			15	0,3
<b>TOTAL</b>			<b>4732</b>	<b>100</b>

**13,7% soit 649 élèves coraniques provenaient de la GUINEE.**

### Tableaux V : Répartition en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
<b>BAMBARA</b>	<b>1596</b>	<b>33,7</b>
PEUHL	949	20,1
MALINKE	883	18,7
SONINKE	372	7,9
DOGON	233	4,9
BOZO	202	4,2
MIANKA	132	2,8
MOSSI	77	1,6
SENOUFO	73	1,5
SONRHAI	52	1,1
DAFING	48	1,0
ETHNIES GUINEENNE*	39	0,8
KAKOLO	31	0,7
SAMOGO	21	0,4
BWA	15	0,3
MAURE	9	0,2
TOTAL	4732	100,0

\* Sosso et autres

**Les Bambaras avec 33,7% constituaient l'ethnie majoritaire.**

**Tableau VI Répartition en fonction de la nationalité**

NATIONALITE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
MALIENNE	3620	76,5
GUINEENNE	649	13,7
BURKINABE	258	5,5
IVOIRIENNE	109	2,3
SIERRA LEONNAISE	82	1,7
SENEGALAISE	15	0,3
TOTAL	4 732	100,0

**76,5% des élèves coraniques étaient de nationalité malienne.**

**Tableau VII : Répartition en fonction de la propreté corporelle et vestimentaire et de l'âge chez les élèves présentant des dermatoses**

Âge (année)	Propre	Passable	Mauvaise	Total
6 – 10	0	754(87,7%)	96(11,3%)	860
11 – 15	177(15,1%)	960(81,8%)	36(3,1%)	1173
16 – 20	250(33,8%)	489(66,2)	0	739
21- 25	81(39,5%)	124(60,5%)	0	205
Total	518 (17,4%)	2327 (78,2%)	132 (4,4%)	2977

**81,8% des enfants de 11 à 15 ans avaient une hygiène corporelle et vestimentaire passable**

**Tableau VIII : Répartition en fonction du type de dermatose**

Type de dermatose	Effectifs	Pourcentage
Teigne	<b>701</b>	<b>23,6</b>
Gale	512	17,2
Eczéma	350	11,8
Dermatophytie	278	9,4
Pyodermite	166	5,6
PV	164	5,5
Prurigo	117	3,9
Varicelle	92	3
Chéloïde	76	2,5
Pédiculose	60	2
Molluscum contagiosum	52	1,8
Urticaire	48	1,6
Kératodermie	47	1,6
Acné chéloïdienne	35	1,2
Onychomycose	33	1,1
Ecthyma	26	0,9
Lichen	17	0,6
Verrue	15	0,5
PRG	14	0,5
Durillon	13	0,4
Vitiligo	10	0,3
Total	2977	100

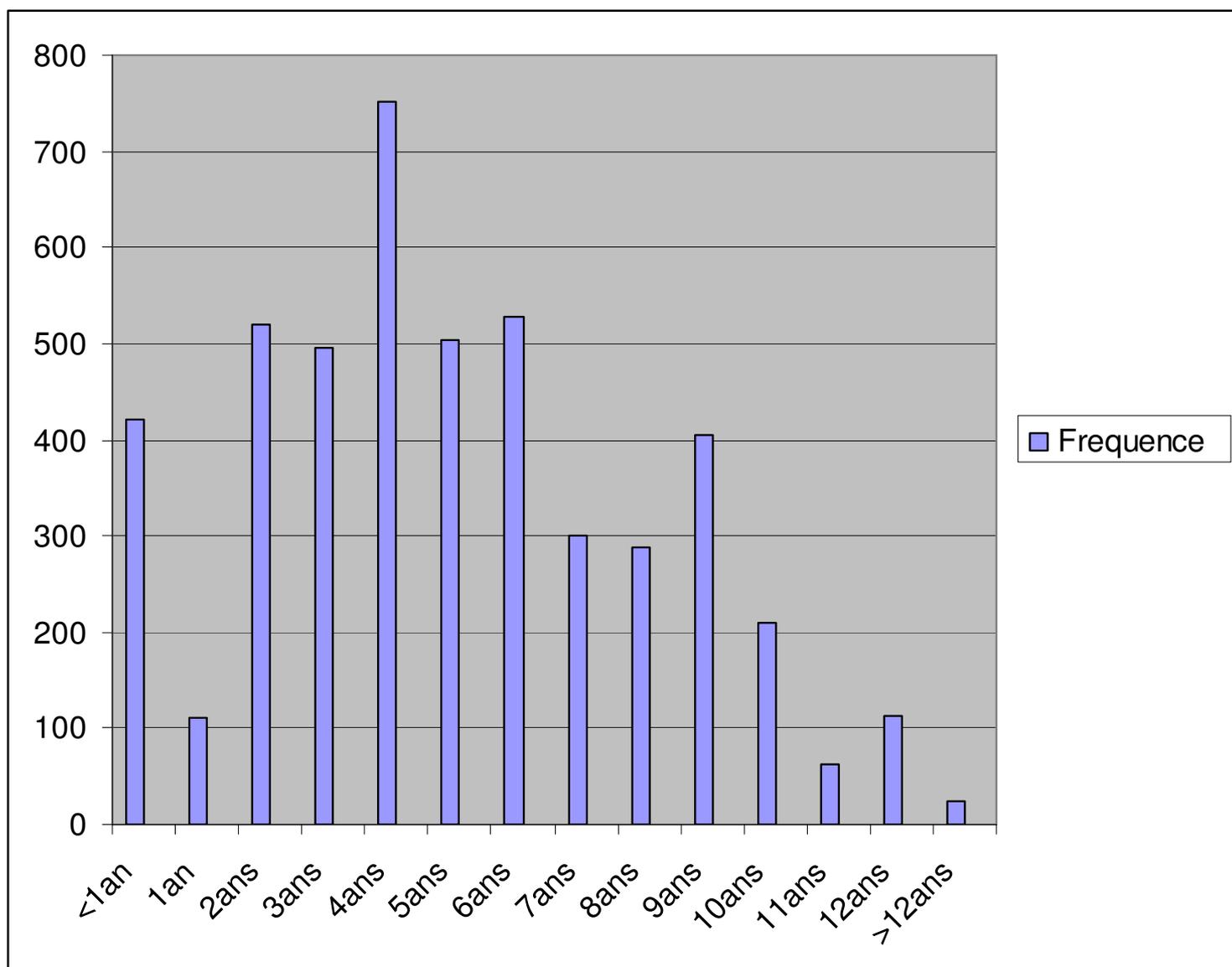
**La teigne avec 23,6% a été la pathologie la plus fréquente des dermatoses rencontrées.**

**Tableau IX : Répartition en fonction des dermatoses associées**

Dermatoses associées	Effectifs	Pourcentage
Teigne et gale	131/2977	4,4%
Gale et eczéma	116/2977	4,3%
Teigne et eczéma	106/2977	3,6%
Gale teigne et dermatophytie	60/2977	2,0%
Teigne pyodermite et dermatophytie	56/2977	1,9%
Gale et pyodermite	35/2977	1,2%
Pédiculose et pyodermite	13/2977	0,4%
Varicelle et teigne	12/2977	0,4%
Pyodermite et teigne	11/2977	0,3%
Prurigo et teigne	10/2977	0,3%
<b>Total</b>	<b>550/2977</b>	<b>18,4%</b>

**18,4% des dermatoses étaient associées.**

**Figure 4 : Répartition selon l'ancienneté des élèves vivants dans les centres**



**851 élèves coraniques ont vécu pendant 4 ans dans les centres.**

## Tableaux X : Répartition des dermatoses en fonction de l'âge chez les orphelins

Type de dermatose	6-10 ans	11-15 ans	16- 20 ans	21 – 25 ans	Total
Teigne	29	40	0	0	69
Dermatophytie	0	41	35	0	76
Gale	0	15	38	30	83
Eczéma	8	17	9	0	34
Kératodermie	8	30	23	6	67
Pédiculose	12	8	0	0	20
Pyodermite	17	21	0	0	38
Prurigo	24	19	0	0	43
P V	0	0	0	33	33
Ecthyma	0	14	0	0	14
Varicelle	9	21	0	0	30
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>226</b>	<b>105</b>	<b>69</b>	<b>507</b>

La gale a été l'affection la plus fréquente chez les orphelins.

## Tableau XI : Répartition des dermatoses par commune

Type de dermatoses	Com. I		Com. II		Com. III	Com. IV		Com. V		Com. VI		Total
	Sounan	Ba-moussa	Bougou nikoro	Issa kalanden	Des enfants	Cissé	Kalapo	Mos-quée	Islamic	Ko-lossy	Dougou-tiguila	
Teigne	103	26	52	100	53	21	80	60	30	92	84	701
Gale	0	0	144	154	47	0	0	52	22	41	52	512
Eczéma	7	0	19	34	68	26	42	45	25	36	48	350
Dermatophytie	12	8	29	60	29	18	30	12	3	50	27	278
Pyodermite	21	6	16	24	19	4	3	28	15	17	23	166
P V	13	0	36	38	15	0	29	23	10	0	0	164
Acné	51	0	10	16	0	0	68	0	0	6	10	151
Prurigo	6	4	19	20	0	0	0	8	5	10	7	117
Varicelle	33	3	9	12	16	0	0	0	0	8	12	92
Chéloïdes	0	0	9	4	13	0	0	6	10	10	17	76
Pédiculose	0	0	0	0	0	9	17	6	8	0	0	60
Molluscum contagiosum	21	4	0	0	0	0	0	0	0	10	17	52
Kératodermie	0	0	0	0	0	10	26	5	6	0	0	47
Urticair	21	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	48
Acné chéloïdienne	0	0	0	0	0	17	0	0	0	8	10	35
Onychomycose	0	0	0	0	23	0	0	0	0	6	4	33
Ecthyma	0	0	0	0	0	0	0	6	8	7	5	26
Lichen	0	0	0	0	0	7	10	0	0	0	0	17
Verrue	0	0	0	0	0	0	0	9	6	0	0	15
P R G	0	0	0	0	0	3	11	0	0	0	0	14
Durillon	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Vitiligo	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0	0	10
<b>TOTAL</b>	299 (10,1%)	50 (1,7%)	15,9 (12,1%)	469 (15,7%)	289 (9,8%)	98 (3,3%)	333 (11,20)	268 (8,3%)	150 (5,7%)	310 (10,5%)	347 (11,6%)	2977 (100%)

LA commune II avec 27,9% a été la commune la plus atteinte.

**Tableau XII : Répartition des dermatoses en fonction de l'âge**

Type de dermatose	6 – 10 ans	11 – 15 ans	16 – 20 ans	21- 25 ans	Total
Teigne	435	266	0	0	701
Gale	63	160	212	77	512
Eczéma	48	125	109	68	350
Dermatophytie	34	129	115	0	278
Pyodermite	77	79	10	0	166
P V	10	45	99	10	164
Acné	0	64	87	0	151
Prurigo	50	67	0	0	117
Varicelle	42	50	0	0	92
Chéloïde	15	42	19	0	76
Pédiculose	13	37	10	0	60
Molluscum contagiosum	40	12	0	0	52
Urticair	0	11	25	12	48
Kératodermie	25	12	10	0	47
Acné chéloïdienne	0	0	17	18	35
Onychomycose	0	7	11	15	33
Ecthyma	0	26	0	0	26
Lichen	0	12	0	5	17
Verrue	0	0	15	0	15
P R G	0	14	0	0	14
Durillon	8	5	0	0	13
Vitiligo	0	10	0	0	10
Total	860 (29%)	<b>1173 (39%)</b>	739 (25%)	205 (7%)	2977(100%)

**Les élèves de 11 à 15 ans ont été les plus atteints avec 39%.**

**Tableau XIII : Répartition des élèves atteints de dermatoses en fonction du nombre d'élève par chambre**

Type de dermatose	Nombre d'élève par chambre				
	1 – 5	6 - 10	11 -15	16 - 20	Total
Teigne	9	34	202	456	701
Gale	17	20	143	322	512
Eczéma	48	174	128	0	350
Dermatophytie	0	54	103	121	278
Pyodermite	0	16	27	123	166
P V	6	24	42	92	164
Acné	0	135	0	16	151
Prurigo	0	0	11	106	117
Varicelle	9	20	12	51	92
Chéloïde	32	16	28	0	76
Pédiculose	0	0	60	0	60
Molluscum contagiosum		0	12	40	52
Urticaire	11	0	16	21	48
Kératodermie	0	29	18	0	47
Acné chéloïdienne	18	0	17	0	35
Onychomycose	0	7	12	14	33
Ecthyma	0	0	12	14	26
Lichen	0	17	0	0	17
Verrue	0	15	0	0	15
P R G	0	0	14	0	14
Durillon	0	0	13	0	13
Vitiligo	10	0	0	0	10
<b>Total</b>	<b>160 (5,374%)</b>	<b>561(18,8%)</b>	<b>870 (29,6%)</b>	<b>1376 (46,2%)</b>	<b>2977</b>

**46,2% des élèves coraniques atteints de dermatoses étaient repartis entre 16 et 20 personnes par chambre.**

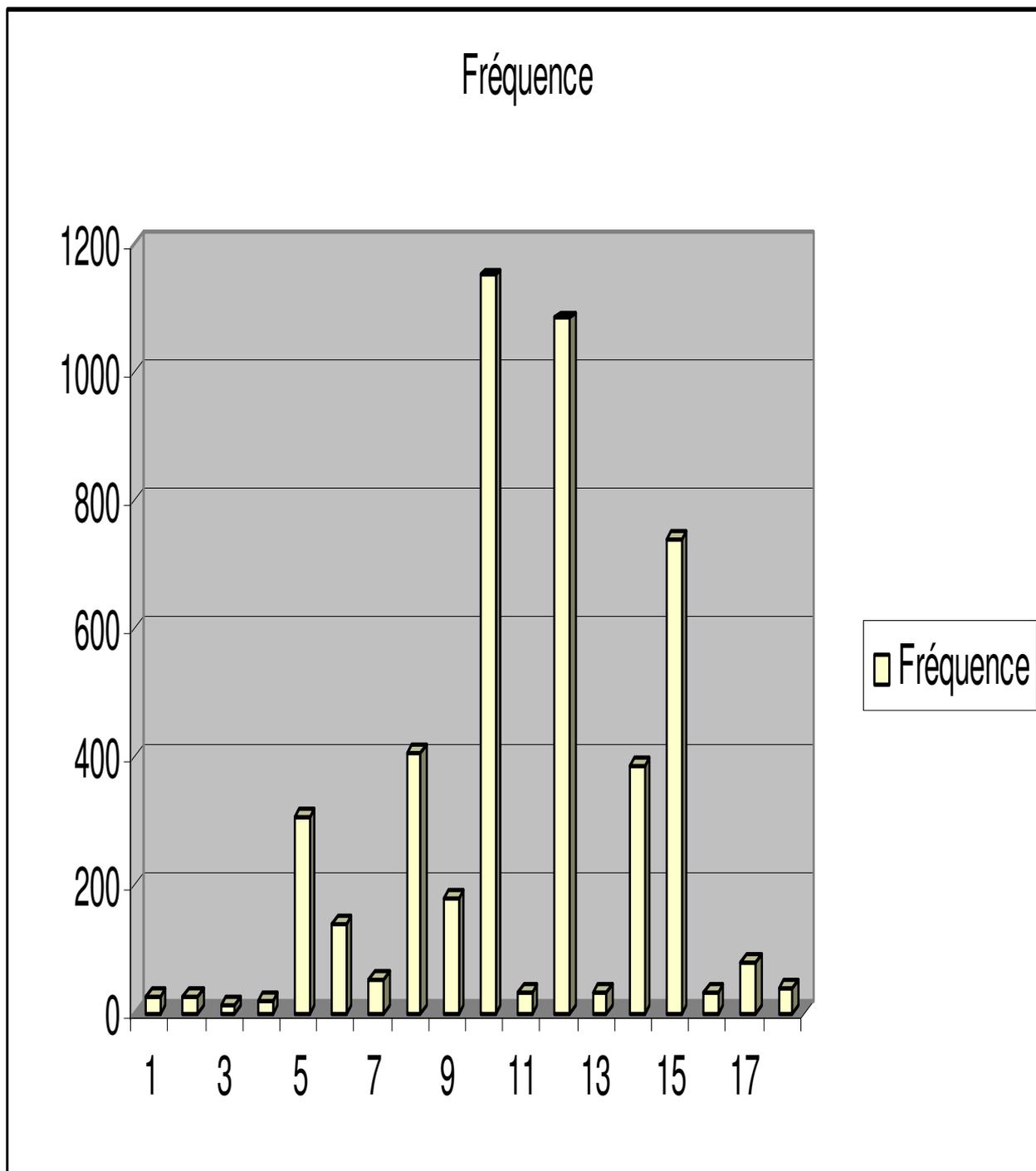
**Tableau XIV : Répartition en fonction des activités autres que l'apprentissage du coran**

Type dermatose de	Mendicité	Berger	Cireur	Coiffeur	Manceuvre	Tailleur	Vendeur	Autres*	Total
Teigne	388	0	71	0	0	14	52	176	701
Gale	274	0	61	0	68	0	0	109	512
Eczéma	251	0	0	0	40	0	15	44	350
Dermatophytie	175	0	0	0	15	19	14	55	278
Pyodermite	51	31	15	0	13	0	24	32	166
P V	0	0	0	33	8	40	28	55	164
Acné	0	0	33	0	68	18	0	32	151
Prurigo	35	20	10	0	12	0	11	29	117
Varicelle	30	4	8	0	0	0	15	35	92
Chéloïde	23	10	0	20	15	0	0	8	76
Pédiculose	15	30	0	0	0	0	0	15	60
Molluscum contagiosum	23	19	0	0	0	0	0	10	52
Urticaire	21	0	0	27	0	0	0	0	48
Kératodermie	11	0	0	0	28	0	0	8	47
Acné chéloïdienne	0	0	0	0	0	17	0	18	35
Onychomycose	0	2	5	0	15	0	0	11	33
Ecthyma	0	0	0	0	0	0	0	26	26
Lichen	0	0	0	0	0	0	0	17	17
Verrue	0	0	0	0	0	0	0	15	15
P R G	2	0	8	0	0	0	0	4	14
Durillon	13	0	0	0	0	0	0	0	13
Vitiligo	0	0	0	0	10	0	0	0	10
Total	1312	116	211	80	292	108	159	699	2977
<b>Pourcentage</b>	<b>44,0 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>7,1 %</b>	<b>2,6 %</b>	<b>9,8 %</b>	<b>3,6 %</b>	<b>5,3 %</b>	<b>25,3%</b>	<b>100%</b>

\*Travaux ménagers et agricoles

**44,1% des élèves coraniques pratiquaient la mendicité.**

**Figure 5 : Répartition selon le nombre d'élèves par chambre**



La fréquence la plus élevée est de 10 élèves par chambre 24,3% soit 1151.

**Tableau XV : Répartition en fonction de l'âge des orphelins atteints de dermatose**

Type de dermatose	6-10 ans	11- 15 ans	16- 20 ans	21-25 ans	Total
Teigne	29	40	0	0	69
Dermatophytie	0	41	35	0	76
Gale	0	15	38	30	83
Eczéma	8	17	9	0	34
Kératodermie	8	30	23	6	67
Pédiculose	12	8	0	0	20
Pyodermite	17	22	0	0	39
Prurigo	24	19	0	0	43
P v	0	0	0	33	33
Ecthyma	0	14	0	0	14
Varicelle	9	21	0	0	30
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>226</b>	<b>105</b>	<b>69</b>	<b>508</b>

La gale était l'affection la plus fréquente chez les orphelins.

**Tableau XVI : Répartition en fonction de la taille des lésions**

Type de dermatose	Taille des lésions en cm		Total
	≤ 2Cm	> 2Cm	
Teigne	324	377	701
Gale	0	512	512
Eczéma	111	239	305
Dermatophytie	158	120	278
Pyodermite	113	53	166
P V	0	164	164
Acné	151	0	151
Prurigo	117	0	117
Varicelle	92	0	92
Chéloïde	54	22	76
Pédiculose	60	0	60
Molluscum contagiosum	52	0	52
Urticaire	48	0	48
Kératodermie	0	47	47
Acné chéloïdienne	35	0	35
Onychomycose	33	0	33
Ecthyma	15	11	26
Lichen	0	17	17
Verrue	15	0	15
P R G	0	14	14
Durillon	13	0	13
Vitiligo	8	2	10
<b>Total</b>	<b>1399 (47%)</b>	<b>1578 (53%)</b>	<b>2977</b>

53% des élèves avaient des lésions de taille supérieure à 2 cm de diamètre.

**Tableau XVII : Répartition en fonction du nombre de lésions**

Type de dermatose	Nombre de lésions		
	1 à 2 lésions	> à 2 lésions	Total
Teigne	361	340	701
Gale	90	462	512
Eczéma	84	266	305
Dermatophytie	198	80	278
Pyodermite	19	147	166
P V	0	164	164
Acné	0	151	151
Prurigo	0	117	117
Varicelle	0	92	92
Chéloïde	63	13	76
Pédiculose	0	60	60
Molluscum contagiosum	5	47	52
Urticaire	0	48	48
Kératodermie	15	32	47
Acné chéloïdienne	18	17	35
Onychomycose	24	9	33
Ecthyma	18	8	26
Lichen	0	17	17
Verrue	3	12	15
P R G	0	14	14
Durillon	13	0	13
Vitiligo	7	3	10
<b>Total</b>	<b>918 (31%)</b>	<b>2059 (69%)</b>	<b>2977(100%)</b>

**69% des élèves atteints de dermatoses courantes avaient plus de 2 lésions.**

**Tableau XVIII : Répartition des types de dermatoses selon leurs étiologies**

<b>Etiologie</b>	<b>Type de dermatose</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dermatoses mycosiques (39,6%)</b>	<b>Teigne</b>	<b>701</b>	<b>23,6</b>
	Dermatophytie	278	9,4
	P V	164	5,5
	Onychomycose	33	1,1
<b>Dermatoses bactériennes (6,5%)</b>	Pyodermite	166	5,6
	Ecthyma	26	0,9
<b>Dermatoses virales (5,2%)</b>	Varicelle	92	3
	Molluscum contagiosum	52	1,7
	verrue	15	0,5
<b>Dermatoses parasitaires (19,3%)</b>	Gale	512	17,3
	Pédiculose	60	2
<b>Dermatoses inflammatoires auto immunes et réactionnelles (27,5%)</b>	Acné	151	5
	Prurigo	117	3,9
	Urticaire	48	1,6
	Kératodermie	47	1,6
	Lichen	17	0,6
	P R G	14	0,5
	Durillon	13	0,4
	Vitiligo	10	0,3
<b>Dermatoses tumorales (3,7%)</b>	Chéloïde	76	2,5
	Acné chéloïdienne	35	1,2
<b>Total</b>		<b>2977</b>	<b>100</b>

**Les dermatoses d'étiologie mycosique ont été les plus fréquentes avec 39,6% des types de dermatose**

**Tableau XIX : Répartition des dermatoses d'étiologie mycosique en fonction de la localisation**

Type de dermatose	Cuir chevelu	Visage	Pli	Tronc	Fesse	Membres sup.+ inf.	ongle	Total
Teigne	701	0	0	0	0	0	0	701 (59,6%)
Dermatophytie	0	24	50	116	42	46	0	278 (23,6%)
P. V	0	43	0	85	0	36	0	164 (13,9%)
Onychomycose	0	0	0	0	0	0	33	33 (2,9%)
<b>Total</b>	<b>701 (59,6%)</b>	<b>67 (5,7%)</b>	<b>50 (4,2%)</b>	<b>201 (17,1%)</b>	<b>42 (3,5%)</b>	<b>82 (7%)</b>	<b>33 (2,9%)</b>	<b>1176</b>

59,6% des dermatoses d'étiologie mycosique sont localisées au cuir chevelu.

**Tableau XX : Répartition des dermatoses d'étiologie immuno allergique et réactionnelle selon la localisation**

Type de dermatose	Visage	Tronc	Membre sup.+ inf.	Cou	Mains	Pieds	Tout le tégument	Total
Eczéma	37	103	123	8	32	47	0	350 (45,6%)
Acné	112	39	0	0	0	0	0	151 (19,7%)
Prurigo	38	17	62	0	0	0	0	117 (15,2%)
Urticaire	0	0	0	0	0	0	48	48 (6,3%)
Kératodermie	0	0	0	0	17	30	0	47 (6,2%)
Lichen	0	2	15	0	0	0	0	17 (2,2%)
P R G	0	0	0	0	0	0	14	14 (1,8%)
Durillon	0	0	0	0	0	13	0	13 (1,6%)
Vitiligo	4	0	6	0	0	0	0	10 (1,3%)
<b>Total</b>	<b>191 (26%)</b>	<b>161 (21%)</b>	<b>206 (26,9%)</b>	<b>8 (1%)</b>	<b>49 (6,3%)</b>	<b>90 (11,8%)</b>	<b>62 (8%)</b>	<b>767 (100%)</b>

Les localisations au niveau des membres supérieurs et inférieurs ont été les plus fréquentes avec 26,9%.

**Tableau XXI : Répartition des dermatoses d'étiologie parasitaire selon la localisation**

Type de dermatose	Cuir chevelu	O G E	Espace interdigitaux	Fesse	Localisation multifocale	Membres sup.+ inf	Total
Gale	0	69	31	198	172	42	<b>512 (89,5%)</b>
Pédiculose	60	0	0	0	0	0	<b>60 (10,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>60 (10,5%)</b>	<b>69 (12,1%)</b>	<b>31 (5,4%)</b>	<b>198 (34,6%)</b>	<b>172 (30,1%)</b>	<b>42 (7,3%)</b>	<b>572</b>

Les fesses ont été les localisations les plus fréquentes avec 34,6%

**Tableau XXII : Répartition des dermatoses d'étiologie bactérienne selon la localisation**

Type de dermatose	Cuir chevelu	Visage	Membres sup.	Membres inf.	Localisation multifocale	Total
Pyodermite	14	38	23	50	41	<b>166 (86,5%)</b>
Ecthyma	0	0	0	26	0	<b>26 (13,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>14 (7,3%)</b>	<b>38 (19,8%)</b>	<b>23 (12%)</b>	<b>76 (39,6%)</b>	<b>41 (21,3%)</b>	<b>192</b>

Les membres inf ont été les localisations les plus fréquentes avec 39,6%.

**Tableau XXIII : Répartition des dermatoses d'étiologie virale selon la localisation**

Type de dermatose	Cuir chevelu	Visage	Tronc	Membre sup. +inf	Tout le tégument	Total
Varicelle	0	0	0	0	92	<b>92 (57,9%)</b>
Molluscum contagiosum	6	25	21	0	0	<b>52 (32,7%)</b>
Verrue	10	0	0	5	0	<b>15 (9,4%)</b>
<b>Total</b>	<b>16 (10%)</b>	<b>25 (15,8%)</b>	<b>21 (13,2%)</b>	<b>5 (3,1%)</b>	<b>92 (57,9%)</b>	<b>159</b>

La localisation au niveau du tégument a été plus fréquente avec 57,9%.

**Tableau XXIV : Répartition des dermatoses d'étiologie tumorale selon la localisation**

Type de dermatose	Cuir chevelu	Tronc	Membre sup.	Membre inf.	Total
Chéloïdes	0	40	20	16	76 (68,5%)
Acné chéloïdienne	35	0	0	0	35 (31,5%)
<b>total</b>	<b>35 (31,5%)</b>	<b>40 (36%)</b>	<b>20 (18%)</b>	<b>16 (14,5%)</b>	<b>111 (100%)</b>

36% avaient des localisations au niveau du tronc.

**Tableau XXV : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie mycosique**

Type de dermatose	Squame + prurit	Squame sans prurit	Sans squame ni prurit	Impétiginisation + douleur	Suintement + douleur	Total
Teigne	374	131	59	97	40	701 (59,6%)
Dermatophytie	133	65	0	44	36	278 (23,6%)
P V	33	92	39	0	0	164 (13,9%)
Onychomycose	0	0	18	15	0	33 (2,9%)
<b>Total</b>	<b>540 (46%)</b>	<b>288 (24,5%)</b>	<b>116 (9,8%)</b>	<b>156 (13,3%)</b>	<b>76 (6,4%)</b>	<b>1176(100%)</b>

Les lésions squameuses et prurigineuses ont été les plus fréquentes avec 46%.

**Tableau XXVI : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie immuno allergique et réactionnelle**

Type de dermatose	Vésicules + prurit	Papules + prurit	Papules sans prurit	Impetiginisation sans prurit	Lichenification + prurit	Fissures +douleurs	Macules sans prurit	Total
Eczéma	169	23	0	71	55	32	0	350
Acné	0	20	83	48	0	0	0	151
Prurigo	0	80	0	37	0	0	0	117
Urticaire	0	48	0	0	0	0	0	48
Kératodermie	0	0	0	0	17	30	0	47
Lichen	0	15	0	0	2	0	0	17
P R G	0	4	10	0	0	0	0	14
Durillon	0	0	0	0	0	13	0	13
Vitiligo	0	0	0	0	0	0	10	10
<b>Total</b>	<b>169 (22%)</b>	<b>190 (24,8%)</b>	<b>93 (12,2%)</b>	<b>156 (20,4%)</b>	<b>74 (9,6%)</b>	<b>75 (9,7%)</b>	<b>10 (1,3%)</b>	<b>767 (100%)</b>

L'aspect de papules prurigineuses a été le plus fréquent avec 24,8% des dermatoses d'étiologie immuno allergique.

**Tableau XXVII : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie parasitaire**

Type de dermatose	Papules + prurit	Pustules + prurit	Vésicules + prurit	Impetiginisation + prurit	Total
Gale	207	120	22	163	512 (89,5%)
Pédiculose	8	22	0	30	60 (10,5%)
<b>Total</b>	<b>215 (37,4%)</b>	<b>142 (24,6%)</b>	<b>22 (3,7%)</b>	<b>197 (34,3%)</b>	<b>572 (100)</b>

Les lésions papulo prurigineuses ont été les plus fréquentes avec 37,4%.

**Tableau XXVIII : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie bactérienne**

Type de dermatose	Pustules+prurit	Pustules +douleurs	Ulcération + douleurs	Ulcération +suintement	Total
Pyodermite	45	31	36	54	166 (86,5%)
Ecthyma	0	0	14	12	26 (13,5%)
<b>Total</b>	<b>45 (23,4%)</b>	<b>31 (16,1%)</b>	<b>50 (26%)</b>	<b>66 (34,5%)</b>	<b>192 (100)</b>

Les lésions d'ulcération et de suintement ont été les plus fréquentes avec 34,5%

**Tableau XXIX : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie virale**

Type de dermatose	Papules sans douleurs	Nodules ulcérés	Nodules ombiliqués	Croûtes + douleurs	Vésicules + douleurs	Total
Varicelle	0	0	0	39	53	92 (57,9%)
Molluscum contagiosum	0	17	35	0	0	52 (32,7%)
Verrues	15	0	0	0	0	15 (9,4%)
<b>Total</b>	<b>15 (9,4%)</b>	<b>17(10,7%)</b>	<b>35 (22%)</b>	<b>39 (24,5%)</b>	<b>53 (33,4%)</b>	<b>159 (100%)</b>

Les vésicules et la douleur ont été les signes les plus fréquents avec 33,4%.

### Tableau XXX : Aspects sémiologiques des dermatoses d'étiologie tumorale

Type de dermatose	Nodules ulcérés	Nodules douleurs +	Nodules prurit +	Total
Chéloïde	24	0	52	76 (68,5%)
Acné chéloïdienne	0	17	18	35 (31,5%)
<b>Total</b>	<b>24 (21,7%)</b>	<b>17 (15,3%)</b>	<b>70 (63%)</b>	<b>111 (100%)</b>

63% des aspects sémiologiques sont dominés par des nodules et le prurit.

### Tableau XXXI : Répartition en fonction des signes cliniques associés

Type de dermatose	Affections respiratoires	Affections digestives	Fièvres et frissons	Affections urinaires	Total
Teigne	35	11	51	172	269
Pyodermite	24	14	35	7	80
Varicelle	20	0	49	10	79
Gale	0	0	18	58	76
Dermatophytie	0	15	0	41	56
Eczéma	0	0	0	48	48
P V	0	15	0	30	45
Prurigo	0	0	10	14	24
Acné	0	0	0	17	17
Acné chéloïdienne	0	0	0	17	17
Chéloïde	0	0	0	17	17
Urticaire	0	0	0	11	11
Kératodermie	0	0	0	8	8
Onychomycose	0	0	0	8	8
Lichen	0	0	0	0	0
Molluscum contagiosum	0	0	0	0	0
P R G	0	0	0	0	0
Durillon	0	0	0	0	0
Pédiculose	0	0	0	0	0
Ecthyma	0	0	0	0	0
Verrue	0	0	0	0	0
Vitiligo	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>79 (10%)</b>	<b>55 (7%)</b>	<b>163(22%)</b>	<b>458(61%)</b>	<b>755 (100%)</b>

Les dermatoses courantes étaient associées aux affections urinaires dans 61%.

**Tableau XXXII : évolution selon la durée d'évolution**

Type de dermatose	Ancienneté			Total
	≤ 1mois	2 mois- 1an	≥ 1 an	
Teigne	166	458	77	701
Gale	242	270	0	512
Eczéma	23	227	100	350
Dermatophytie	33	142	103	278
Pyodermite	132	34	0	166
P V	0	70	94	164
Acné	0	72	79	151
Prurigo	68	49	0	117
Varicelle	92	0	0	92
Chéloïde	0	21	55	76
Pédiculose	0	22	38	60
Molluscum contagiosum	33	19	0	52
Urticaire	38	10	0	48
Kératodermie	0	20	27	47
Acné chéloïdienne	0	0	35	35
Onychomycose	0	15	18	33
Ecthyma	14	12	0	26
Lichen	0	0	17	17
Verrue	0	0	15	15
P R G	14	0	0	14
Durillon	0	0	13	13
Vitiligo	0	0	10	10
<b>Total</b>	<b>855 (0,29%)</b>	<b>1441 (0,48%)</b>	<b>681 (0,23%)</b>	<b>2977(100%)</b>

**48% des lésions évoluaient entre 2 mois et 1an.**

**Tableau XXXIII : Durée du traitement**

Type de dermatose	1 – 10 Jours	11 – 30 Jours	31 – 60 Jours	> à 60 Jours	Total
Teigne	0	0	240	461	701
Gale	367	145	0	0	512
Eczéma	0	182	100	68	350
Dermatophytie	0	60	164	54	278
Pyodermite	113	53	0	0	166
P V	0	0	33	131	164
Prurigo	0	43	50	24	117
Varicelle	0	92	0	0	92
Pédiculose	19	41	0	0	60
Urticaire	32	16	0	0	48
Kératodermie	0	0	0	47	47
P R G	0	0	4	10	14
<b>Total</b>	<b>591(21%)</b>	<b>632(25%)</b>	<b>591(23%)</b>	<b>795(31%)</b>	<b>2549(100%)</b>

**31% des élèves ont été traité pendant plus de 2 mois.**

**Tableau XXXIV : Evolution des dermatoses après traitement**

Type de dermatose	Guéris	Amélioration	stabilisation	Référé	Total
Teigne	290	340	71	0	701
Gale	427	85	0	0	512
Eczéma	182	100	68	0	350
Dermatophytie	114	90	12	54	278
Pyodermite	113	46	7	0	166
P V	0	33	131	0	164
Acné	0	0	0	151	151
Prurigo	0	93	24	0	117
Varicelle	84	6	0	0	92
Chéloïde	0	0	0	76	76
Pédiculose	41	19	0	0	60
Molluscum contagiosum	0	0	0	52	52
Urticaire	32	16	0	0	48
Kératodermie	0	47	0	0	47
Acné chéloïdienne	0	0	0	35	35
Onychomycose	0	0	0	33	33
Ecthyma	0	0	0	26	26
Lichen	0	0	0	17	17
Verrue	0	0	0	15	15
P R G	14	0	0	0	14
Durillon	0	0	0	13	13
Vitiligo	0	0	0	10	10
<b>Total</b>	<b>1297 (44%)</b>	<b>875(29%)</b>	<b>313 (10,5%)</b>	<b>492(16,5%)</b>	<b>2977 (100%)</b>

**44% des lésions ont été complètement guéris.**

### **Tableau XXXV : Dermatoses référées aux structures spécialisées**

Type de dermatose	Effectifs
Acné	151
Chéloïde	76
Molluscum contagiosum	52
Acné chéloïdienne	35
Onychomycose	33
Ecthyma	26
Lichen	17
Verrue	15
Durillon	13
Vitiligo	10
Total	428

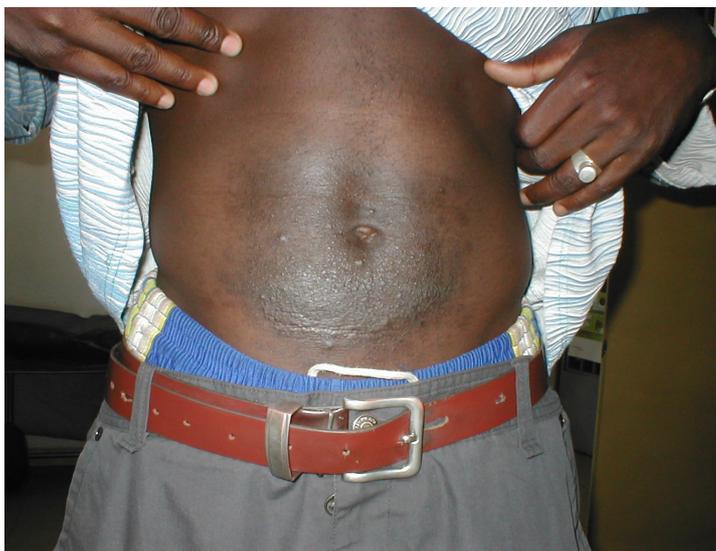
**428 élèves coraniques ont été référés dans des structures de santé pour une meilleure prise en charge.**

### **Tableau XXXVI : Coût du traitement**

	Cas simple	Cas surinfecté
Schéma I	6000	8000
Schéma II	4500	6500
Schéma III	1000	3000
Schéma IV	3000	5000
Schéma V	2000	4000
Total	16500	26500

**Le coût moyen du traitement est estimé à 3300 francs pour les cas simples et à 5300 francs pour les cas compliqués.**

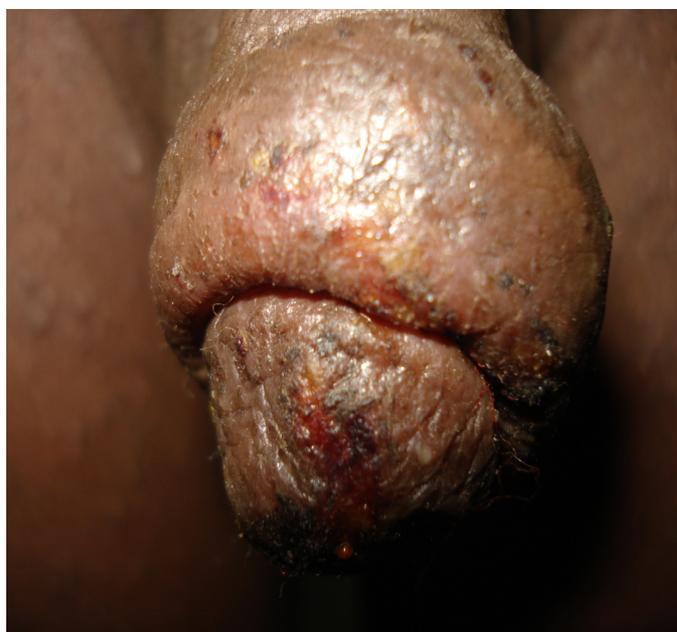
# Iconographie



**Photo1 : Eczéma de contact (Dr Karim)**



**Photo 2 : dermatophytie de la peau glabre (Dr Karim)**



**Photo 3 : Gale surinfectée (Dr Tall)**



**Photo 4 : Gale simple (Dr Tall)**



**Photo 5 : Acné chéloïdienne (Dr Tall)**



**Photo 6 : Teigne surinfectée (Dr Tall)**

## **VI- Commentaire et Discussion**

### **Méthodologie :**

Nous avons mené une étude descriptive des dermatoses courantes chez les élèves coraniques du district de Bamako [fig1] sur une période de 10 mois d'octobre 2007 à juillet 2008. Elle a porté sur 11 centres talibés choisis au hasard parmi plusieurs centres logés de façon anarchique dans le district de Bamako. Sept des onze centres étaient situés sur la rive gauche du fleuve Niger qui sont des quartiers populaires. Les quatre autres centres sur la rive droite sont situés dans des quartiers périphériques.

Une consultation était effectuée par un dermatologue chez tous les talibés résidents dans les centres. Les données enregistrées sur une fiche d'enquête comportaient le nom, l'âge, l'origine géographique le statut orphelin ou non , les conditions de vie, d'hygiène, d'habitat, les activités quotidiennes, l'examen clinique, l'évolution sous traitement durant la période d'étude. Un traitement adapté était institué en cas d'affection (antibiotiques, antimycosiques ou antiparasitaires. Les médicaments étaient donnés par les organisations caritatives (Enda tier Monde, Caritas Mali). Les cas plus compliqués étaient référés aux structures spécialisées pour une meilleure prise en charge.

### **2- Epidémiologie :**

#### **2-1 Fréquence :**

Les dermatoses les plus fréquemment observées étaient les dermatoses infectieuses avec 70,6%, dont les dermatoses mycosiques avec 36,6% ; 19,3% pour les dermatoses parasitaires, 6,5% pour les dermatoses bactériennes et 5,2% pour les dermatoses virales. Cette prédominance des dermatoses surtout infectieuses a aussi été observée dans une étude statistique réalisée par une association d'aide aux talibés [1,25] qui avait recensé les différentes affections rencontrées chez 1515 talibés repartis dans

77 daaras. Elle a ainsi noté que 42% des affections étaient des dermatoses infectieuses, 16% des douleurs abdominales, 11% des céphalées, 9% des caries dentaires et 7% un paludisme. Aussi ces résultats sont comparables à ceux de Konaté M. [14] et Coulibaly Aminata. [13] qui rapportent une fréquence élevée des dermatoses infectieuses (teigne, gale pyodermite dermatophytie.....) par rapport aux autres dermatoses.

De même Camara M. [15] a retrouvé une fréquence élevée des dermatoses infectieuses (43,9%) par rapport aux dermatoses immuno-allergiques (41,4%) avec seulement 2,5% pour les dermatoses Tumorales. Nos résultats diffèrent cependant de ceux d'une étude menée au Togo à Lomé [16] où les principales affections retrouvées étaient : la dermatite atopique (20,8%), la scabiose (13%), le prurigo (13,4%) les mycoses superficielles (7%), le PRG (3,7%), le molluscum contagiosum les verrues et condylomes (3,6%). La différence peut s'expliquer par le fait que cette étude a été réalisée chez les enfants.

La majeure partie de nos patients atteints de dermatoses mycosiques affirmait qu'il existait dans leur entourage des personnes portantes des lésions similaires. Cette notion de contamination interhumaine a été décrite par Coulibaly Aminata. [13]. Le partage du linge de toilette par les élèves et la présence des animaux domestiques dans les différents centres (moutons chèvres chiens et chats) ont été des facteurs de contaminations non négligeables. Traoré Amadou [17], au cours de son étude, a observé la présence d'animaux domestiques chez 181 patients, chez qui les espèces anthropophiles ont été isolées.

La gale dermatose infectieuse parasitaire, sévit sur un mode endémo-épidémique au Mali au cours de notre étude la fréquence de cette affection a été estimée à 17,5% de l'ensemble des dermatoses observées. Konaté M. [14] dans son étude a estimée la prévalence de la gale à 15% chez les enfants de la région de Koulikoro en milieu rural. Cette endémicité de la scabiose peut s'expliquer par les mauvaises conditions d'hygiène et de

promiscuité. C'est ainsi que la gale du fait de sa contagiosité est très fréquente chez les enfants en âge ; scolaire, dans les hôpitaux et les maisons de retraites [24,26]. Aux Brésil Heukelbach [27] a démontré son endémicité dans de nombreuses communautés pauvres.

Parmi les autres dermatoses rencontrées on peut citer les dermatoses immuno-allergiques (25,7%), et les dermatoses tumorales (3,7%).

## **2-2 L'âge et le sexe :**

L'âge moyen est de 14,25 ans avec des extrêmes de 6 à 25 ans. La majorité des cas de dermatoses au cours de notre étude a été observée dans la tranche d'âge de 11 à 15 ans soit 39% de l'ensemble des dermatoses. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est plus sujette à la mendicité et autres travaux que les autres. Nos résultats peuvent être comparés à ceux de Diallo et AL. [1], et plusieurs autres auteurs [5,13]. Cependant dans l'étude de Camara [15] les dermatoses courantes ont été plus fréquentes chez les adultes (55,2%) que chez les enfants (31,3%) et les personnes âgées (13,5%). Ceci peut s'expliquer par le fait qu les adultes ont plus accès aux service de santé que les enfants.

En ce qui concerne le sexe nous n'avons pas d'élément de comparaison car tous les élèves étaient de sexe masculin. Soulignons tout de même que les études effectuées par Coulibaly Aminata [13] ont montré une fréquence élevée de cas en ce qui concerne les mycoses superficielles chez les garçons (68,28%) contre (37,32%) chez les filles. Traoré Amadou [17] n'a pas trouvé de différence entre les sexes dans la survenue des mycoses superficielles. Cette tendance est inversée dans les résultats de Badame A. et AL. [18] avec 80% chez les femmes et 20% chez les hommes. Cette différence s'expliquerait par l'usage des cosmétiques agressives sur la peau.

### 3- Clinique :

#### 3-1 la localisation

**Dermatoses d'étiologie mycosique :** l'atteinte du cuir chevelu a été observée avec une fréquence de 59,6%. La localisation au niveau du tronc a été notée avec une fréquence de 17,1%. Notre étude a permis de noter la rareté de l'onychomycose. Ces résultats sont comparables à ceux d'Amadou Coulibaly [22] avec 60,8% et Coulibaly Aminata [13] qui avait observé 82,5% de la même localisation. Nos résultats diffèrent de ceux Amadou Traoré [17] qui a observé une fréquence élevée des lésions au niveau de la peau glabre (61%) par rapport à l'atteinte du cuir chevelu (38,5%) et 0,5% pour l'onychomycose. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette étude a été réalisée surtout chez les adultes.

A Ouagadougou [19] les différentes formes topographiques ont été les suivantes :

Intertrigo mycosiques : 54%

Onychomycose : 17%

Atteinte palmo-plantaire : 11%

Atteinte de la peau glabre : 9%

Teigne du cuir chevelu : 9%.

**Dermatoses d'origine immuno allergique et réactionnelles :** les localisations principales de l'eczéma ont été les membres supérieurs et inférieurs : 35,1% ; le visage : 29,4%. Ces mêmes localisations ont été rapportées par Konaté Madina [14] et Coulibaly Amadou [22] cela s'expliquerait par le contact fréquent et répété des pieds avec des chaussures et d'autre part des mains avec les produits de diverses natures. Quant au visage ce sont les parfums contenus dans les mixtures (nassi) qui seraient surtout la cause. Les lésions d'acné ont été surtout localisées au niveau du visage et du tronc. Les lésions de prurigo sont surtout localisées au

niveau des parties découvertes (visage, membres supérieurs et inférieurs comme signalé dans la littérature [3,4]. Cela s'expliquerait par le fait que les parties découvertes sont le plus exposées aux piqûres des moustiques. Les lésions d'urticaire et de lichen étaient localisées partout sur le corps. Les lésions de kératodermie étaient localisées sur la paume des mains et la plante des pieds.

**Dermatoses d'étiologie parasitaire :** les lésions de la gale étaient localisées principalement au niveau des fesses dans 34,6% des cas, les localisations multifocales ont été observées dans 30% (O.G.E espaces interdigitaux coudes) ce qui est une localisation habituelle de la gale. Ces localisations diffèrent de celle de Traoré A. [22] qui a rapporté une topographie principale au niveau du tronc. Le cuir chevelu a été la principale localisation de la pédiculose comme dans l'étude Brésilienne [20]. Nous n'avons pas observé de cas de bilharziose cutanée.

**Dermatoses d'origine bactérienne :** parmi les patients atteints de pyodermite la localisation au niveau des membres inférieurs a été la plus prédominante dans 39,6% ; suivi de l'atteinte du visage 19,8%. Ces résultats peu sont proches de ceux de Traoré A. [22] avec une localisation de 20,8% au niveau des membres et 4,8% au niveau du visage, ce qui est contraire aux études effectuées par Basset et AL. [21] qui ont rapporté une prédominance au niveau de la région céphalique des pyodermites. L'ecthyma a été exclusivement retrouvé au niveau des membres inférieurs témoignant probablement de la surinfection de traumatismes négligés.

**Dermatoses d'étiologie virale :** chez nos élèves les cas de varicelle observés étaient des formes généralisées. Les lésions de molluscum contagiosum étaient localisées au niveau du visage 15,8 %, et du tronc 13,2%. Konaté M. [14] a rapporté les mêmes localisations. Les lésions de verrues ont été localisées au niveau du cuir chevelu dans 10% des cas

contre 5% au niveau des membres.

**Dermatoses d'étiologie tumorale :** les chéloïdes ont été localisées au niveau du tronc dans 36% des cas, 18% au niveau des membres supérieurs, 14,5% au niveau des membres inférieurs.

Les lésions d'acné chéloïdienne ont été essentiellement localisées au niveau du cuir chevelu conformément à la littérature [2].

### **3-2 Sur le plan de la sémiologie :**

**Dermatoses d'étiologie mycosique :** Les lésions squameuses et prurigineuses ont été les plus fréquemment observées dans 46% des cas ces résultats sont proches de Diarra Sadia avec 51,28% [23] ; Coulibaly A. (66,02%) [22] qui ont obtenu une fréquence élevée des lésions squamo-prurigineuses. Ils diffèrent de ceux Traoré Amadou [17] qui a observé des lésions squameuses sans prurit dans 31,02%.

Nous avons constaté une impétiginisation dans 13,3% des cas et un suintement dans 6,4%. Ces résultats diffèrent de ceux de Traoré A. [17] qui a observé une surinfection dans 37,1% des cas.

### **Dermatoses d'origine inflammatoire auto-immune et réactionnelle :**

L'aspect sémiologique le plus observé a été les papules avec prurit (24,8%), 22% de lésions de vésicules et de prurit. L'impétiginisation a été constatée dans 20,4% soit 156 élèves. Les lésions de lichenification ont été constatées dans 9,5%. Ces résultats diffèrent de ceux de Diarra Sadia [23] qui a observé 42,85% de lésions de papules prurigineuses, 14,28% d'impétiginisation et 17,14% de lichenification.

### **Dermatoses d'étiologie parasitaire :**

L'aspect sémiologique a été marqué par des papules prurigineuses dans 37,4%. Cet aspect est surtout rencontré dans les cas de scabiose. La surinfection a été constatée dans 197 cas soit 34,3%. Le prurit a été

observé dans tous les cas.

Des cas de papules prurigineuses ont été rapportés par Konaté Madina [14] dans 45,7% des cas de gale.

### **Dermatoses d'étiologie bactérienne :**

L'aspect sémiologique a été surtout marqué par des ulcérations et un suintement dans 34,5% des cas et des pustules avec prurit dans 23,4% des cas. Traoré Bouyagui [28] avait obtenu 57,3% d'impétiginisation pour les dermatoses bactériennes. Nous n'avons pas rencontré de cas de lésions syphilitiques.

### **Dermatoses d'étiologie virale :**

Les lésions vésiculeuses et douloureuses ont été observées dans 33,4% des cas de varicelle. L'aspect sémiologique le plus observé a été les nodules ombiliqués avec 22% des cas dans le molluscum contagiosum. 15 cas de verrue avec un aspect de papules ont été observés soit 9,4%. Au cours de notre étude nous n'avons pas rencontré de cas de dermatose pouvant évoquer le V.I.H

### **Dermatoses tumorales :**

L'aspect de nodules avec prurit a été retrouvé dans 63% soit 70 élèves. 24 cas d'ulcération soit 21,7%.

### **3-3 Nombre et taille des lésions :**

69% de nos patients étaient porteurs de lésions multiples (supérieures à 2 lésions) et 53% étaient porteurs de lésions assez étendues (supérieures à 2 cm). Ces résultats sont comparables à ceux de Coulibaly Aminata [12] qui avaient observé 66,2% de lésions étendues et 76,6% de lésions multiples.

### **3-4 Les pathologies associées :**

Les dermatoses étaient associées entre elles dans 18,4% soit 550 élèves talibés. Cette même association a été retrouvée chez Oumou Suzanne [25]

dans 34,5% dans son étude chez les élèves coraniques à Dakar.

755 cas de dermatoses étaient associées à d'autres pathologies parmi les quelles 458 auraient des affections urinaires se traduisant par une hématurie terminale soit 61%. Et même chez les élèves n'ayant pas présenté de dermatoses.

Cette situation peut s'expliquer par le fait que les élèves sont le plus souvent en contact avec l'eau du fleuve et autres rivières infestées de parasites pour laver les habits et effectuer d'autres travaux. Les autres maladies associées aux dermatoses sont : les fièvres et frissons (22%), les affections respiratoires (10%) et les affections digestives (7%) soit 55 malades.

### **3-5 l'ancienneté des lésions :**

Seulement 29%des malades avaient des lésions dermatologiques évoluant depuis moins d'un mois. Le reste des lésions dermatologiques évoluaient entre 2 mois et 1 an dans 48% des cas et dans 23% des cas les lésions évoluaient depuis plus d'un an. Traoré B. [28] avait constaté que 54,92% attendaient plus d'un mois pour venir consulter contre 91,1% qui venaient consulter avant 1 mois d'évolution chez Traoré A. [17]

### **3-6 Evolution après traitement :**

44% de nos malades ont été totalement guéris. 16,5% ont été référés dans le service de dermatologie car ne pouvant être prise en charge dans les structures périphériques. Les cas d'améliorations et de stabilisations ont été de 39,5%. Ce faible pourcentage du taux de guérison peut s'expliquer par la précarité et la persistance des facteurs de contagiosité. Ceci est comparable aux résultats observés par Oumou Suzanne et coll. Et Diallo [1, 25].

Le coût du traitement a été de 3300 francs CFA pour les cas simples et 5300 francs CFA pour les cas compliqués avec des extrêmes entre 1000 francs CFA et 16000 francs CFA.

Le schéma I a été le plus utilisé.

## VII- Conclusion et Recommandations

### 1- Conclusion :

Les maladies de la peau constituent un problème de santé publique dans nos pays en développement. Nous avons ainsi mené une étude descriptive et transversale pendant 10 mois dans 11 écoles coraniques du district de Bamako tirées au sort. Nous avons constaté :

Une prédominance des dermatoses infectieuses chez les élèves coraniques.

L'hygiène corporelle et vestimentaire passable chez 80% des élèves.

Une fréquence plus élevée des mycoses superficielles dans 39,6% des dermatoses observées.

La gale avec 17,5% des cas de dermatoses, la nuisance importante qu'elle occasionne a constitué une priorité dermatologique exprimée par la fréquence des recours thérapeutiques.

44% de nos malades ont été complètement guéris, parmi les protocoles thérapeutiques appliqués le schéma I a été le plus prescrit aux malades.

Notre étude doit déboucher sur une enquête nationale, ciblée sur toutes les catégories de populations afin de mieux connaître l'ampleur du problème posé par ces affections et prendre des mesures adéquates de prise en charge.

## **2-Recommandations :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux niveaux des écoles coraniques, prendre des dispositions pour améliorer les conditions de vie par :

- l'hygiène en sensibilisant les parents et maîtres coraniques,
- un contrôle périodique dans les centres,
- organiser un dépistage régulier et un traitement collectif des cas avérés de dermatoses dans les centres (par exemple la gale la teigne etc....) par les autorités ou les représentants,
- faire une étude épidémiologique dans les différentes régions du pays afin d'apprécier le taux de prévalence pour les mycoses si possible établir la distribution des différentes espèces de dermatophytes rencontrées,
- intensifier les campagnes d'I.E.C. ciblées sur la population afin d'obtenir la prise en charge précoce des dermatoses superficielles,
- l'abandon des comportements et pratiques néfastes,
- l'amélioration de l'hygiène corporelle, vestimentaire et environnementale.

Sensibiliser les autorités sanitaires afin de :

- améliorer le plateau technique des structures sanitaires des centres de santé périphériques pour faciliter le diagnostic et la prise en charge de ces affections,
- rendre disponible les produits à usage dermatologique sous leurs noms génériques accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- promouvoir la formation continue du personnel de santé, surtout des centres de santé périphériques pour une meilleure prise en charge adéquate des affections.

## **IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

- 1-Diallo SM.** Ecoles et mendicité des élèves coraniques dans le district de Bamako 1999; 7-10.
- 2- JH. Saurat et Coll.** Précis de dermatologie et vénéréologie, 3ème tirage. Masson ; Paris 1999; 199-201.
- 3-Gentillini M.** Médecine tropicale 2eme édition actualisé. Masson ; Paris 1995 : 289-308.
- 4-Gentillini M.** Dermatologie tropicale. Edition de l'université de Bruxelles/AUPELF. ED/1993 ; 16 -17.
- 5-Touraine R. et Coll.** Dermatoses mycosiques. Dermatologie clinique et vénéréologie, Paris 1984 : 111- 117.
- 6-Othman T, Vacher C.** Les teignes du cuir chevelu en Egypte. Bull. Soc Path Ex. 1983, 76: 127-128.
- 7-Ekanem LS, Gugnami HC.** Etiology of dermatophytoses among school children in Cross River State of Nigeria. Mycosen, 1987, 30: 493-498.
- 8-Verhagen AR.** Pyodermite, mycose. Dermatose chez l'Africain. Laboratoire Ciba-Geiby, Basel Switzerland, 1976.
- 9-Mahé A., Cissé IA., Faye O.; N'Diaye HT., Niamba T. :** Skin diseases In Bamako (Mali) . Int. J Dermatol 1988, 37: 373 676.
- 10-Doutre Ms, D. Vervloet A. Magnan.** Urticaire. In : Traité d'Allergologie. Paris, 2002 : ED. Flammarion, pp. 669-882.
- 11-Mahé et coll. :** Dermatose en milieu tropical. Ann. Dermatol Vénérol 1994 : 214-215.
- 12-Daniel F.** Dictionnaire de dermatologie, Masson ; Paris ; 1990, 400-2.
- 13-Coulibaly AM.** Aspects épidémiologiques ; cliniques ; biologiques et thérapeutiques des mycoses superficielles observées en milieu scolaire à Bamako. Thèse Méd. Bamako, 2000 ; 100P.
- 14-Konaté M.** Evaluation de la prévalence des maladies de la peau dans la population infantile dans la région de Koulikoro. Thèse méd. Bamako, 1993 (93-M-32).

- 15-Camara Mamady.** Aspects épidémiocliniques et prise en charge des dermatoses et I.S.T à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes de 2000 à 2004. Thèse Méd. Bamako, 2006 ; 68P.
- 16-Toute Schaefer C, Depouy Camet J, Vincens I et al.** Aspects épidémiologiques des teignes du cuir chevelu au Togo. Bull. Soc. Path Ex ; 1991 84 :673 – 674.
- 17-Traoré A.** Aspects épidémiologiques et étiologiques des dermatophyties à Bamako. Thèse de Phar. 1997 N°7.
- 18-Badame AJ.** Incidence of skin disease. Int J Dermatol 1998; 27: 109-111.
- 19-Compaoré L.** Etude des teignes du cuir chevelu en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso).Thèse Méd. Ouagadougou ; 1993 N°17.
- 20-Belcheli LM et coll.** Epidemiological survey of skin diseases in school children living in the Punus valley (Acre, State, Amazonia, Brazil). Dermatologica; 1981; 163: 78-93.
- 21-Basset A, Malleville J, Basset M, Liaulau B.** Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. Edit Pradel: 31-37.
- 22-Coulibaly A.** Dermatoses de l'enfant : études cliniques épidémiologiques et thérapeutiques à l'Institut Marchoux (Bamako – Mali). Thèse de Méd. Bamako, 2000 ; N°129.
- 23-Diarra Sadia.** Aspects épidémiologiques – cliniques et prise en charge des dermatoses et I.S.T au centre de santé référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse de méd. Bamako, 2006 ; 85 P.
- 24- Blum L, Bourrat E.** Pathologies cutanées de la misère. REV prat. 1996 ; 46 (15) : 1833-43.
- 25- Niang Suzanne Oumou et coll.** La prévalence des dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar (Sénégal). Mali médical tome XXIII N°2.

- 26- Arfi C, Dehen L, Benassaria E, Faire P, et coll.** Consultation dermatologique chez des personnes en situation précaire : étude prospective médicale et sociale à l'hôpital de Saint Louis de Paris. *Ann Dermatol* 1999; 126(10):682-6.
- 27- Heukelbach J, De Oliviera FA, Feldmeir H.** Ectoparasitoses public health in Brasil : challenge for control. *Cad Saude Publica* 2003; 19(5): 1534-40.
- 28- Traoré B.** Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux : Aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques. Thèse Méd. Bamako, 1995 ; N°55.