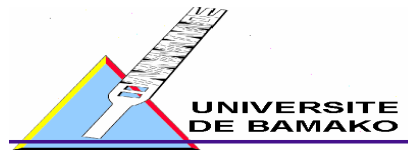


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Scientifique



**Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

N°.....

TITRE

*Les références en dermatologie au CHU de
Gabriel Touré de Mai 2008 à Avril 2009*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 16/09/2010

**Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par M^{lle} Fofana Ramata Boubacar

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

JURY

Président : Professeur Abdoulaye Ag Rhaly

Membres : Docteur Abdoulaye Nènè Coulibaly

: Docteur Idrissa Ahmadou Cissé

Directrice de thèse : Docteur Konaré Habibatu Diawara

Dédicaces

Et

Remerciements

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

ALLAH le tout puissant, le Miséricordieux.

- Mon père, Boubacary Fofana

Ton soutien et ton combat d'éducateur ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Que le bon Dieu t'accorde sa grâce afin que nous puissions bénéficier de tes bénédictions et qu'il te fasse cueillir le fruit de ton effort.

Papa, c'est le lieu de te dire que tu es formidable et que je t'aime très fort.

- Ma maman, Fatimata Kané

Tu as cultivé en nous le respect, l'honnêteté, le courage et le travail bien fait .Merci Maman de m'avoir soutenu jusqu'au bout.

- Mes frères-sœurs-cousins-cousines

Pour leur encouragement tout au long de ces années.

- Alpha Sanogo

Pour toute l'attention et la présence d'esprit que tu n'as cessé de m'apporter. Trouve ici l'expression de toute ma tendresse.

- Mes tantes

Je suis fière de vous, pour votre soutien et votre éducation de qualité. Que Dieu m'accorde sa grâce afin que chacun de vous en profite.

- Ma grand-mère

Merci pour tes bénédictions.

Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit des Familles

Fofana à Bolibana, Touré à Daoudabougou, Sissoko à Banankabougou, Keita à Kalandbacoura, Coulibaly à Magnambougou, Singaré, Dembélé, Dolo, Diakité, Niang, N'Diaye.

A mes collègues de la faculté de médecine

Docteur Ousmane Koné, Docteur Boubacar Barry, Docteur Mahamadou Diakité, Docteur Modibo Diarra, Djénèba Sidibé, Mariam Dolo, Gaoussou Fofana, Oumar Fofana, Agnès Coulibaly, Samba Sow, Madani Diarra.

A mes aînés des services de Médecine interne, de Cardiologie, de la Pédiatrie, du centre de santé de référence commune II

Docteur Sanogo Abass, Docteur Soumaoro Adama, Docteur Keita.

A mes aînés du service de dermatologie du CHU Gabriel Touré

Docteur Mallé Oumar, Docteur Traoré Fousseyni, Docteur Nanakasse Boubacar.

A mes collègues du service de dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Aux membres de l'association santé plus commune VI.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ce travail.

Hommage aux Membres du Jury

A notre Maitre et Président du Jury

Pr Abdoulaye Ag Rhaly

Professeur Honoraire à la FMPOS

Ancien Directeur General de l'INRSP

Ancien Secrétaire général de l'OCCGE

Secrétaire permanent du comité d'éthique national pour la santé et les sciences de la vie

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil africain et Malgache pour l'enseignement Supérieur

Cher Maitre vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre Jury. Votre rigueur scientifique, votre Amour du Travail bien fait et capacité de transmettre vos connaissances font de vous un Maitre exemplaire.

Vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Soyez rassuré de notre Profonde gratitude.

A notre Maitre et Juge

Dr Idrissa Ahmadou Cissé

Maitre Assistant en Rhumatologie ;

Diplômé en Médecine Tropicale et parasitaire ;

Diplômé en endoscopie digestive ;

Ancien Maitre assistant en dermatologie ;

Secrétaire General du ROAMY ;

Chef de service de Rhumatologie du CHU du point G ;

Secrétaire principal à la FMPOS.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté tout d'abord d'apporter votre appui dans la conception de ce travail et aujourd'hui de siéger à ce jury. Votre énorme expérience en Dermatologie fait de vous une personne incontournable dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre infinie gratitude.

A notre Maitre et juge

Dr Abdoulaye Nèè Coulibaly

Diplômé de Médecine d'Urgence et catastrophe Paris XII ;

Diplômé d'Administration et d'économie de la Santé Paris VI ;

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital Villeneuve St George ;

Directeur Général du CHU-Gabriel Touré ;

Ancien chargé de Mission ;

Ancien Directeur du CНИЕCS ;

Membre de Différentes Associations (CRA-SOS Tabagisme ; MC-PDES)

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur.

Permettez-nous, cher Maitre de vous adresser ici nos sincères remerciements.

A notre Maitre et directrice de Thèse

Dr Konaré Habibatou Diawara.

Maitre assistant à la FMPOS

Chef de service de la dermatologie du CHU de Gabriel Touré.

Nous avons été fiers de compter parmi vos élèves .Vous incarnez des qualités sociales enviables : une modestie exemplaire, un sens élevé de l'honneur, d'humilité et de don de soi.

Nous avons été fascinés par votre savoir-faire, votre souci inébranlable de toujours mieux faire et vos qualités scientifiques.

Nous avons bénéficié et continuons de bénéficier de votre concours désintéressé, votre solidarité inestimable.

Soyez –en remercié du fond du cœur et recevez cher Maitre nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie.

ABREVIATIONS ET SOMMAIRE

Abréviations

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

AMM : autorisation de mise sur le marché

ASACOYIR : centre de santé communautaire de yirimadjio

CES : certificat d'étude spécialisée

CI : commune I

CII : commune II

Cm : Centimètre

CNAM : centre national d'appui à la lutte contre la maladie

CNIECS : centre national d'information, d'éducation, et de communication pour la santé.

CSCOM : centre de santé communautaire

DES : Diplôme d'études spécialisées

E.A : effectif absolu

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

G/J : gramme par jour

HGT : hôpital Gabriel Touré

HHV : Human herpes virus

I.D : immunodéprimé

INRSP : institut national de recherche en santé publique

IOTA : institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique

IST : Infection sexuellement transmissible

I.V : intraveineuse

K : kyste

MK : maladie de kaposi

MG/KG/J : milligramme par kilogramme et par jour

OCCGE : organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies

ORL: otorhinolaryngologie

P.G : point .G

% : pourcentage

PVH: human papillomavirus

ROAMY : réseau ouest Africain de prise en charge des myopathies

SIDA : syndrome immunodéficience acquise

SUC : service d'urgence et de chirurgie

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VZV : virus Zona-Varicelle

Sommaire

Introduction	1
Objectifs	3
1. Généralités	4
1.1 Historique et Epidémiologie	4
1.2 Description des dermatoses rencontrées	5
2. Méthodologie	47
2.1 Cadre d'étude	46
2.2 Type d'étude	50
2.3 Population d'étude	50
2.4 Méthode de recueil	50
2.5 Echantonnage	50
--Critères d'inclusion	50
--Critères de non inclusion	50
2.6. Saisie et analyse des données	50
2.7 Aspect éthique	50
3. Résultats	52
4. Commentaires et discussion	79
Conclusion et Recommandations	83
Références bibliographiques	85
Annexes	

Introduction

Les hôpitaux du point G, de Kati, le centre national d'odontostomatologie tout comme l'hôpital Gabriel Touré sont reconnus par l'autorité nationale comme hôpitaux de référence nationale assurant un service public, en d'autres termes ils doivent répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques. [1]

L'organisation du système de santé national respecte un schéma pyramidal ayant à sa base les structures périphériques qui constituent le premier maillon du système de santé et au sommet les structures de référence nationales. Entre les deux niveaux il existe plusieurs étages correspondant aux structures intermédiaires. [1]

Il devrait exister normalement une parfaite collaboration entre les différents niveaux de la pyramide, afin de rapprocher les structures sanitaires le plus proche possible des populations, la pyramide sanitaire permet de référer les patients dont le problème de santé nécessite une compétence dépassant celle du personnel se trouvant au niveau primaire. Elle vise à créer un véritable contact entre les différents niveaux en matière de formation et de gestion. [2]

Institut Marchoux, rétrocedé au Mali le 13 mars 1998, la création du centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) par l'ordonnance n° 036p-RM du 15 août 2001 dont l'une des missions est de développer un pool d'excellence en dermatologie [3] était la seule structure de référence des malades atteints d'affections dermatologiques. La référence étant le transfert d'une formation sanitaire à une autre de cas, qui pour une raison ou pour une autre, ne trouve pas satisfaction. Ces raisons sont d'ordre soit :

- médical : le niveau de qualification du personnel disponible ne permet pas d'assurer une bonne prise en charge des malades ;

- social : raisons de famille ou économique ;

- organisationnel : s'agissant de la répartition des rôles ou des fonctions par niveau. On peut citer par exemple la décentralisation par pathologie, si on se réfère aux différents programmes : Sida, Lèpre, Tuberculose etc. [2]

La situation en Afrique est telle que la moitié des pays n'ont pas de dermatologues et au moins 150 spécialistes doivent couvrir les besoins médicaux des pays sahélo-sahariens. Dans les pays tropicaux et en développement 90% des malades de la peau sont pris en charge par des auxiliaires médicaux qui n'ont aucune qualification en dermatologie. [4]

Le Service de dermatologie du CHU de Gabriel Touré, réouvert en juillet 2005 après sa fermeture en 1991 a pour objectif d'assurer la formation des étudiants en médecine et des Médecins en CES ; de prendre en charge les patients atteints de Dermatoses. Situé en plein centre du District de Bamako, le CHU de Gabriel Touré est une infrastructure facilement accessible ; ce qui favorise l'affluence des patients.

Notre étude a pour but de répertorier et d'analyser les différentes orientations des malades vers le service de Dermatologie du CHU de Gabriel Touré, pour avis et prise en charge spécialisés.

Objectifs

Objectif général

Etudier les références en dermatologie au CHU de Gabriel Touré

Du 22 mai 2008 au 21 Avril 2009.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des références
2. Recenser la provenance des références
3. Décrire le profil des patients référés
4. Enumérer les affections dermatologiques chez les patients référés
5. Comparer le diagnostic de la référence à celui du service de dermatologie

1. Généralités

Historique et épidémiologie

La richesse de la dermatologie sous les tropiques tient non seulement à la fréquence élevée des dermatoses cosmopolites mais aussi à l'existence d'affections cutanées originales. [5]

La dermatologie change de visage. Elle est de moins en moins tropicale et de plus en plus cosmopolite mais les infections continuent d'y tenir une place importante si ce n'est la plus importante. [6]

Historiquement la dermatologie tropicale s'est surtout consacrée à l'étude des maladies infectieuses spécifiquement tropicales ayant une expression cutanée riche telle la lèpre ou les tréponématoses endémiques. [7]

Les dermatoses représentent un motif très fréquent lors des consultations médicales. A ce titre constituent un problème de santé publique dans les pays en voie de développement dans les zones tropicales peu de données sont disponibles en général sur l'épidémiologie des dermatoses dans ces pays [8], même s'il est établi qu'un climat chaud surtout humide peut favoriser la survenue des pyodermites et des infections mycosiques, l'hygiène individuelle et collective constituent un facteur de risque établi des pyodermites. En ce qui concerne la gale, et sans doute également les teignes il semble s'agir ici plus d'un problème de promiscuité que d'hygiène, une hygiène défectueuse favorisant cependant la surinfection. [7]

Au niveau des centres de santé périphériques, les infections représentent encore les plus fréquentes des dermatoses. [6]

Les dermatoses restent un motif très fréquent de consultation dans les pays tropicaux. Elles représentent 6% des consultations dans les centres de santé périphériques en milieu rural en Jamaïque et 11% des consultations à Bamako au Mali. La plupart de ces dermatoses sont d'origine infectieuses mais il s'agit plutôt de maladies cosmopolites que tropicales.[6]

Les dermatoses sont un problème de santé publique dans les pays en développement et nécessitent un plaidoyer pour le traitement des maladies banales de peau au niveau des centres de santé périphériques (comme cela se fait pour les IST). [6]

Les Affections rencontrées

Les dermatoses bactériennes [9]

Elles sont fréquentes et de gravité variable.

1. les pyodermites primitives

Les pyodermites sont par définition des lésions cutanées purulentes qui sont dues le plus souvent à des germes banals cosmopolites notamment les staphylocoques et les streptocoques.



Photo 1 : Pyodermite du cuir chevelu (Photo Dr KONARE HD)

1.1.1. Les infections folliculaires

Le staphylococcus aureus est responsable de la majorité d'inflammation aigue du follicule pilo-sébacé.

1.1.1. A. Les folliculites et ostiofolliculites primitives à *staphylococcus aureus*.

Elles se définissent comme des lésions papulopustuleuses inflammatoires centrées par un poil. Elles sont favorisées par les pansements occlusifs ; les macérations et atteignent avec prédilection les sujets noirs avec cheveux frisés.

Son traitement repose sur l'arrêt de tout rasage et l'application d'antiseptique.

1.1.1. B.Le furoncle

Il peut compliquer une folliculite, c'est une atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse, aboutissant en quelques jours à une suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un bourbillon jaune.

Son traitement repose sur l'éviction de la manipulation des lésions, appliquer des compresses imbibées d'antiseptique pour éviter la diffusion des staphylocoques, les crèmes à l'acide fusidique peuvent être employées.

1.1.1. C.La furonculose

Elle se définit comme étant une répétition des furoncles, sa découverte doit faire rechercher une altération de résistance organique à savoir un diabète, un surmenage, les maladies intercurrentes, un déficit immunitaire, une carence martiale etc. mais surtout un réservoir cutané de *Staphylococcus aureus*.

1.1.2. Les infections superficielles non folliculaires

1.1.2. A. L'impétigo

Il est la forme la plus superficielle des pyodermites d'origine streptococcique (streptocoque du groupe A) ou staphylococcique ou l'association des deux ;il est fréquent chez le nourrisson et l'enfant de moins de 10 ans ,la promiscuité et l'hygiène précaire favorisent son apparition. Il est caractérisé par des vésicules qui donnent des croutes jaunâtres avec un exsudat purulent.

Il est à différencier de l'impetiginisation, qui est la surinfection secondaire d'une dermatose préexistante reconnaissable à son plus grand polymorphisme associant excoriations dues au prurit, folliculite et lymphagite, cela est habituel pour la gale, la pédiculose, la varicelle, le prurigo strophulus, la dermatite atopique d'ou l'aphorisme « : chercher ce qui se cache sous un impétigo. »

La forme bulleuse est fréquente en zone tropicale et essentiellement chez le nouveau né et le nourrisson.

Le traitement de l'impétigo repose sur une antibiothérapie, genre Macrolide pendant 10jours et un antiseptique local.

1.1.2. B Ecthyma

C'est un impétigo creusant siégeant au niveau des membres inferieurs, il est douloureux et guérit sous traitement en laissant des cicatrices dyschromiques.

En absence de traitement l'ecthyma peut dégénérer en épithélioma spinocellulaire.

1.2. Les pyodermites secondaires

1.3. L'érysipèle

C'est une dermoépidermite localisée, fibrineuse et œdémateuse due à une infection focale par un streptocoque beta hémolytique du groupe A selon la classification de Lanceféld. [10]

Cliniquement il se manifeste par un début brutal et solennel (fièvre et frisson) précédant l'apparition d'un placard érythémateux douloureux infiltré chaud avec bordure périphérique saillante associé à une adénopathie régionale ; il siège le plus souvent au visage et aux membres inferieurs ; le diagnostic différentiel se fait avec les thromboses veineuses, le zona à son début, l'eczéma aigu.

Son traitement repose sur la recherche d'une porte d'entrée, une antibiothérapie : betalactamine du genre amoxicilline 3g/J pendant 15jours.

L'évolution peut être émaillée de multiples récives entrainant des troubles trophiques (lymphoedeme) ; selon certains auteurs une penicillinothérapie prophylactique peut être instituée pour éviter ses complications [9].

1.4 Tuberculose cutanée

L'infection due à l'envahissement de la peau par *le Mycobactérium tuberculosis* ou bacille de koch d'origine humaine ou bovine sévit dans les régions déshéritées du globe mais aussi dans les pays occidentaux chez les immigrés, les personnes VIH positives et les personnes âgées.

L'infection peut être primaire survenant par inhalation ,par ingestion ou plus rarement par inoculation cutanée du bacille tuberculeux chez les individus qui n'ont pas eu de contact préalable avec la tuberculose souvent sur les zones exposées au traumatisme atteignant surtout l'enfant cliniquement se manifestant par une ulcération indolore à bords irréguliers et décollés,



Photo 2 : Tuberculose cutanée (Photo Dr KONARE HD).

une adénopathie régionale se développe rapidement formant ainsi le complexe primaire dont l'évolution se fait vers le ramollissement et la fistulisation avec écoulement de pus bacillifère. Le diagnostic positif repose sur la biopsie et l'évolution est favorable sous traitement, ou peut se compliquer exceptionnellement d'un érythème noueux, d'une miliaire, d'une méningite ou d'une

Ostéomyélite. Le diagnostic différentiel se pose avec les ulcérations néoplasiques mycosiques syphilitiques ou la leishmaniose, ou secondaire due à une dissémination ou à une réinfection avec le bacille tuberculeux. On peut citer :

les tuberculoses : orificielle, verruqueuse, gommeuse ; miliaire congénitale et le lupus tuberculeux .Cependant le scrofuloderme est le prototype de l'atteinte cutanée par contiguïté d'une tuberculose ganglionnaire, osteoarticulaire ou plus rarement epidydimaire. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du bacille et le diagnostic différentiel se fait avec la gomme syphilitique ou mycosique.

La plupart des tuberculoses cutanées justifient une antibiothérapie combinée comme celle préconisée dans la tuberculose pulmonaire. L'association classique chez l'adulte comporte 10mg/kg/jour de rifampicine avec 5 mg/kg/jour pendant 6 a 12 mois auxquels sont adjoints 15 à 30 mg/kg/jour de pyrazinamide et 15 à 25mg/kg/jour d'ethambutol durant les deux premiers mois de traitement. Le choix de ces molécules est à adapter en fonction du profil de résistance de la souche isolée.

une surveillance

hépatique(rifampicine,isoniazide ,pyrazinamide) ,rénale(rifampicine ,pyrazinamide), oculaire (ethambutol) .

1.5 La lèpre

La lèpre est une infection chronique contagieuse due au *Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen, bacille acidoalcoolo résistante à parasitisme intracellulaire obligatoire dans les macrophages.

La maladie touche soit des patients originaires des départements et territoires d'outre mer ou ayant séjourné en pays d'endémie soit des patients d'origine immigrée.

Le principal réservoir de bacille est humain et classiquement limité aux sujets multi bacillaires lépromateux non traités.

Le mode de transmission du bacille de Hansen reste encore mal connu, elle serait favorisée par l'existence d'altération de la muqueuse, cependant certaines voies sont possibles, la contamination accidentelle par blessures cutanées ont été rapportées, la transmission in utero responsable d'une contamination transplacentaire.

Seuls les patients ayant une réponse immunitaire cellulaire déficiente vis-à-vis du bacille de Hansen développeront la maladie après une période d'incubation longue de 3 à 5 ans dans les formes tuberculoïdes et de 7 à 10 ans dans les formes lépromateuses.

Cliniquement elle se manifeste par des macules, ce sont des lésions planes mal limitées en petit nombre de taille et de forme variables hypochromiques à peine visibles

parfois érythémateuses violettes ou cuivrée éparpillées sur les membres, les fesses le front et les épaules.



Photo 4 : lèpre multibacillaire présence de macules cuivrées (Photo Dr KONARE HD).

Ces macules hyperesthésiques peuvent passer inaperçues et cette forme indéterminée peut guérir spontanément. Ailleurs se développe une lèpre, maladie caractérisée par son polymorphisme lésionnel lié au degré de l'immunité cellulaire qu'a le sujet vis-à-vis de *Mycobacterium leprae*,



Photo 5 : lèpre multibacillaire (Photo Dr KONARE HD).

et c'est de là que sont venues les diverses classifications de la lèpre dont la plus admise actuellement est celle de Ridley et Jopling qui distingue cinq types de lèpre qui vont de la lépromateuse polaire (ll) à la tuberculoïde polaire (tt) en passant par les formes intermédiaires dites borderlines (formes inter polaires) borderline borderline (bb) borderline tuberculoïde (bt) et borderline lépromateuse (bl) .

Le diagnostic est essentiellement clinique évoqué devant des lésions cutanées et névritiques plus rarement devant des atteintes névritiques isolées et exceptionnellement devant des atteintes d'autres organes (œil, os), cependant les autres paramètres histologie, bactériologie et immunologie permettant de le confirmer, de classer la lèpre et de faire un suivi thérapeutique convenable.

Devant de telles lésions, il faut éliminer les eczématides hypochromiantes, une hypopigmentation post inflammatoire, une sarcoïdose hypopigmentée, un naevus

hypochromique ou un vitiligo, une syphilis secondaire, un pityriasis versicolor.

Le traitement repose sur la polychimiothérapie de 6 mois pour la forme paucibacillaire, le schéma thérapeutique associe

Disulone (dds) comprimé de 100mg, 1 comprimé par jour auto administré et rifampicine gélule de 300mg, 2 gélules en prise unique mensuelle supervisée.

Et de 12 mois pour la forme multi bacillaire, il associe clofazimine(lamprene) gélule de 100 mg,3 gélules en une prise unique mensuelle supervisée ou b663 500mg par jour auto administré .

2. Les dermatoses virales

2.1. Herpes simplex [9]

L'herpes cutanéomuqueux est une maladie virale due au virus herpes simplex(HSV) dont il existe deux types antigéniques différents HSV-1 ; HSV-2.

Nous traiterons ici celui du type 1.

La transmission est strictement interhumaine par contact direct avec le liquide vésiculaire ou la salive.

Les manifestations cliniques peuvent être dues à la primo-infection ou à la réactivation du virus.

La primo infection survient tôt dans l'enfance surtout entre 6mois et 3 ans, rarement à l'âge adulte, elle est particulièrement intense chez les topiques.

Cliniquement elle se manifeste par une gingivostomatite avec dysphagie, d'hyper sialorrhée, une haleine fétide, fièvre dépassant souvent les 39°C, quelques vésicules groupées en bouquet ou déjà crouteuses sont visibles sur les lèvres ou le menton.

L'évolution est favorable en 10 à 15jours.

Le diagnostic différentiel peut se faire avec un syndrome de Stevens-Johnson, une aphtose ou une stomatite candidosique etc.

Herpes récurrent

Au décours d'une défaillance transitoire de l'immunité cellulaire ,20% des sujets sont victimes de récurrences.

Les facteurs déclenchant sont entre autres les infections générales, soleil, les menstrues, les rapports sexuelles, le stress les médicaments, les aliments.

La clinique, est stéréotypée mais varie selon les individus et le siège.

Le tableau habituel est fait d'une sensation de cuisson, des picotements ou de prurit, une plaque érythémateuse précédente de quelques heures l'apparition de vésicules en tête d'épingle, groupées en bouquet qui confluent en formant une bulle puis se rompent laissant place à une érosion suivie d'une croute qui tombe en quelques jours. L'évolution si elle n'est pas prolongée par des traitements locaux intempestifs, notamment corticoïdes, dure 1 à 2 semaines.

Herpès récurrent peut siéger dans diverses localisations mais pour un malade donné la récurrence a lieu au même endroit déterminé par le siège de la primo-infection herpétique.

TRAITEMENT : conférence de consensus de 2002

- **CURATIF** : Le traitement est général (Aciclovir :Zovirax®,Valaciclovir : Zélitrex®) et éventuellement local (Zovirax crème dermique 5 applications par jour pendant 5 à 10 jours). La primo-infection est une indication du traitement dans les 72 heures. Le traitement des récurrences est débuté dès les prodromes.

HERPÈS GÉNITAL :

Aciclovir (Zovirax®)			
Primo-infection	200 mg x 5	Orale	10 jours
Récurrences	5 mg/kg/8h	IV	5 jours
	200 mg x 5	orale	5 jours
Valaciclovir (Zélitrex®) : adulte non immunodéprimé			
Primo-infection	500 mg x 2	Orale	10 jours
Récurrences	500 mg x 2 en 1 ou 2 prises	Orale	5 jours

HERPÈS CUTANÉOMUQUEUX : Aciclovir (Zovirax®) : 200 – 400 mg x 5 par voie orale pendant 10 jours

Patient immunodéprimé : Aciclovir (Zovirax®) : 200 – 400 mg x 5, par voie orale pendant 10 jours ou 5 à 10 mg /kg/8h en IV pendant 10 jours.

Gingivostomatite : réhydratation par voie orale, bains de bouche avec eau bicarbonatée et aspirine, sucralfate, alimentation, Zovirax® par voie orale ou en IV si déglutition difficile.

HERPES CORNÉEN : Contre-indication absolue des anesthésiques locaux et corticoïdes, son traitement est local : Zovirax® pommade ophtalmique 5 applications/j avec pansement occlusifs si nécessaire. Les Kératites et kérato-uveïtes sont d'une indication du Zovirax® per os 400 mg x 4/j. En cas de kératite profonde le Zovirax®

en IV est nécessaire : 5 mg/kg/8h en hospitalisation. Il faut toujours un avis spécialisé.

- **PRÉVENTIF :**

Herpes Génital :

Aciclovir (Zovirax®)	400 mg x 5	Orale	Plus de 6 à 9 mois
-----------------------------	------------	-------	--------------------

Valaciclovir (Zélitrex®)

immunocompétent	500 mg	Orale	6 à 9 mois
------------------------	--------	-------	------------

immunodéprimé	500 mg x 2	Orale	6 à 9 mois
----------------------	------------	-------	------------

Herpes Génital chez la femme enceinte : En cas de primo-infection proche du terme, il est procédé à un accouchement par césarienne complétée par l'administration de Zovirax® IV au nouveau-né et pour certains à la mère par crainte d'une hépatite herpétique. Une récurrence d'herpès dans la semaine précédant le terme nécessite un avis spécialisé pour indication de césarienne.

2.2 La varicelle [9]

Maladie de l'enfance très contagieuse bénigne dans la plupart des cas elle survient par petites épidémies.

Cliniquement elle se manifeste par après une incubation de 2 semaines environ, on note une éruption de macules rosées vite surmontées d'une vésicule en goutte de rosée, le lendemain le liquide se trouble.

La vésicule s'ombilique et dans les 3 jours se dessèche formant une croûte qui tombe en une semaine laissant une tache dépigmentée.

Les éléments sont en nombre variable d'âge différent, l'éruption débutant sur le tronc, le cuir chevelu puis s'étendant aux membres respectant paumes et plantes et enfin au visage.



Photo 6 : varicelle chez un adulte (Photo Dr KONARE HD).

Les muqueuses buccale et vulvaire sont précocement atteintes de petites érosions arrondies.

Les complications peuvent survenir au cours de l'évolution à type de surinfections par les staphylocoques favorisées par le grattage, de cellulites nécrosantes probablement favorisées par la prescription intempestive d'AINS.

Le diagnostic différentiel se fait surtout avec le prurigo strophulus vesiculobulleux et le pityriasis lichenoïde aigu.

LE TRAITEMENT DE LA VARICELLE : *conférence de consensus de 2004*

Une atteinte viscérale (pneumonie varicelleuse, ataxie aiguë, méningite), un terrain immunodéprimé ou une varicelle chez la femme enceinte dans les 10 jours avant l'accouchement imposent l'hospitalisation.

Le traitement local et symptomatique :

- Douches ou bains quotidiens (pain ou savon ou lavant dermatologique sans antiseptique) et prévention des lésions de grattage par antihistaminique, coupe des ongles très court.

- Toute application locale de talc, pommade, gel, colorant aqueux, antibiotique ou antiviral est à éliminer.

- L'aspirine est contre-indiquée (risque de syndrome de Reye).

Le traitement curatif est basé sur l'acyclovir (Zovirax) par voie IV (10 à 15 mg /kg/8h), administré à l'hôpital n'est indiqué qu'en cas de complication, chez les patients immunodéprimés pendant 10 jours (AMM), chez la femme enceinte dans les 10 jours précédant l'accouchement. Il est prescrit aussi par voie IV chez le nouveau-né atteint de varicelle ou lorsque la mère présente une varicelle dans les 5 jours avant ou les 2 jours après l'accouchement et chez l'enfant, les enfants de moins de 1 an dans les formes graves (hors AMM)

L'isolement : éviction scolaire jusqu'à décrustation pour éviter la contagion. Il faut que le malade évite tout contact avec des immunodéprimés et des femmes enceintes.

Chez les sujets à risque (femme enceinte, ID), l'immunisation passive par les immunoglobulines polyvalentes IV doit être réalisée dans les 72 heures suivant un contage possible.

2.3 Le zona [9]

Il s'agit d'une ganglioradiculite postérieure aigue le plus souvent due à la réactivation du VZV resté latent dans les neurones des ganglions nerveux mais parfois secondaire à une nouvelle exposition exogène au virus.

Sa gravité et la sévérité des complications augmentent avec l'âge et favorisé par les états d'immunodépressions.

La localisation est le plus souvent intercostale, se manifestant cliniquement par une douleur thoracique radiculaire unilatérale à type de brûlure pendant 3 à 4 jours puis survient l'éruption unilatérale en bande s'arrêtant à la ligne médiane ; des placards érythémateux se couvrent en quelques heures de vésicules à liquide clair confluant parfois en bulles polycycliques.



Photo 7 : zona intercostal (Photo Dr KONARE HD)

Après 2 à 3 jours, les vésicules se troublent, se dessèchent en crotelles qui tombent une dizaine de jours plus tard.



Photo 8 : zona cicatriciel du membre supérieur droit (Photo Dr KONARE HD).

Le zona peut se compliquer de trouble neurologique à type de troubles rétentionnels urinaires et rectaux s'il s'agit d'une localisation sacrée, le problème essentiel est celui des algies post zostériennes, douleurs continues et ou paroxystiques souvent intolérables, persistant plus d'un mois après l'épisode aigu.

Le diagnostic différentiel se fait avec l'herpes.

LE TRAITEMENT DU ZONA : conférence de consensus de 1998

Le traitement local : pour le zona cutané : douches ou bains quotidiens (pain ou savon ou lavant dermatologique sans antibiotique), talcs, crèmes, pommades, colorants, antibiotiques ou antiviraux ne sont pas recommandés. Le zona ophtalmique nécessite une prise en charge spécialisée.

-Les antiviraux par voie générale

Acyclovir (Zovirax) en administration précoce

Zona ophtalmique : adulte non immunodéprimé	800 mg x 5	Orale	7j
Zona ophtalmique : adulte immunodéprimé*	10 mg/kg/8h	IV	7-10j

Valaciclovir (Zélitrex) début du traitement 72h après le début de l'éruption

Zona : adulte > 50 ans non immunodéprimé	1 000 mg x 3	Orale	7j
Z ophtalmique : adulte non immunodéprimé	1 000 mg x 3	Orale	7j

Famciclovir (Oravir) début du traitement 72h après le début de l'éruption

Zona : adulte > 50 ans non immunodéprimé	500 mg x 3	Orale	7j
--	------------	-------	----

- Le traitement des douleurs

Phase aiguë : Douleurs modérées : antalgique de palier II (paracétamol + codéine, paracétamol + dextropropoxyphène), si insuffisant : morphine (adulte : sulfate, sujet âgé : chlorhydrate). La corticothérapie générale n'est pas recommandée par la conférence de consensus, mais son usage est controversé dans la littérature.

Algies post-zostériennes : Amitriptyline 75 mg/j (AMM), carbamazépine 400 à 1 200 mg/j (hors AMM).

2.4 Pityriasis rosé de Gibert [9]

C'est une dermatose bénigne aigue spontanément résolutive.

Il survient plutôt chez l'enfant ou l'adulte jeune entre 10 et 35 ans mais peut se voir aux âges extrêmes de la vie.

L'étiologie longtemps considérée comme la plus probable était infectieuse et en particulier virale (HHV7) : prodromes, caractère saisonnier, épidémies au sein de petite communautés.

Cliniquement on note la plaque initiale ou médaillon principal, siégeant le plus souvent sur le tronc, mais aussi au cou à la partie proximale des membres consiste à une lésion arrondie ou ovale bien limitée maculo-papuleuse de quelques centimètres, la bordure est rose vive, le centre est clair ou brunâtre. La lésion s'accroît lentement de façon centrifuge.

L'éruption secondaire apparaît entre 2 et 20 jours après le médaillon principal par vagues successives identiques au médaillon primaire donnant un aspect en arbre de Noël.

L'évolution se fait sur 3 à 6 semaines et disparaît sans laisser de traces si ce n'est une hypo ou une hyperpigmentation transitoire.

Le diagnostic différentiel se fait avec : les dermatophytoses, une dermatite séborrhéique pityriasiforme, un eczéma nummulaire ou des eczématides achromiantes etc.

Le traitement est basé sur l'abstention thérapeutique, il convient d'éviter les agents irritants pour la peau et de privilégier les agents émoullissants.

3. Les viroses tumorales [9]

3.1. Molluscum contagiosum

Ils sont dus à un virus du groupe des pox virus, très fréquent chez l'enfant et particulièrement fréquent lorsqu'il existe un déficit de l'immunité cellulaire congénital ou acquis, au cours de l'infection par le VIH, témoins de la sévérité l'immunodépression.

La contamination est interhumaine et sexuelle chez les adultes.



Photo 9: Molluscum contagiosum (Photo Dr KONARE HD)

Cliniquement, ce sont des papules hémisphériques translucides ou rosées de 1 à 5 mm de diamètre leur ombilication centrale qui à la pression laisse échapper une matière blanchâtre correspondant aux cellules épidermiques altérées est très caractéristique.

Leur traitement repose habituellement sur l'ablation à la curette, par cryothérapie ou par application de préparation salicylée.

3.2 Les verrues

Ou papillomes viraux comprennent les lésions cutanées et muqueuses causées par des papillomavirus humains.



Photo 10 : Verrues (Photo Dr KONARE HD)

La fréquence des verrues cutanées est évaluée à 7 à 10% de la population générale, en nette augmentation depuis deux ou trois décennies. Les enfants scolarisés et les adultes jeunes constituent le principal réservoir de virus des verrues vulgaires.

Leur transmission peut être sexuelle (condylomes), verticale maternofoetale et est favorisée par les microtraumatismes mains genoux et la fréquentation des piscines (verrues plantaires).

--les verrues plantaires

Elles siègent à la plante des pieds, la plus fréquente est la myrmécie (PVH1), une verrue endophytique profonde douloureuse généralement unique ou réduite à quelques unités ; il s'agit d'une lésion discoïde circonscrite par un épais anneau keratosique recouvrant partiellement la région centrale dont la surface keratosique est piquetée de points noirâtres (capillaires thrombosés ou inclusion de poussières)

Devant cette forme il faudra éliminer une cicatrice fibreuse ou un granulome à corps étranger.

L'autre variété moins fréquente représentée par des verrues superficielles (PVH2) non douloureuses souvent multiples et confluentes en un placard keratosique, correspondant aux verrues dites mosaïques.

Il faut les distinguer :

Des kératolyse ponctuées ou une keratodermie circonscrite, l'évolution est spontanément régressive et est très précoce chez l'enfant que chez l'adulte, caractérisée

par l'apparition d'une pigmentation noirâtre et la disparition de la douleur dans le cas des myrmécies.

➤ verrues vulgaires

Localisées essentiellement sur la face dorsale des mains et des doigts, plus rarement palmaires, leur surface hémisphérique ou aplatie est hérissée de saillies villoses keratosiques parfois sillonnée de crevasses.

Les verrues periungueales et sous unguéales peuvent donner lieu à des altérations unguéales, elles sont souvent douloureuses lorsqu'elles sont situées sous le bord libre distal ou latéral.

Les verrues des mains sont facilement reconnues, on éliminera une tuberculose verruqueuse d'inoculation, une exostose ou une tumeur sous unguéale etc.

➤ verrues planes communes

Elles siègent avec prédilection au visage sur le dos des mains et des doigts bras genoux et faces antérieures des jambes .Elles sont plus fréquentes chez les sujets immunodéprimés.

Ce sont de petites papules à peine surélevées jaunes ou chamois à surface lisse ou finement mamelonnée à disposition souvent linéaire.

Une éruption de verrues planes peut simuler un lichen plan

➤ condylomes anogénitaux

Ils sont dus à plusieurs types de PVH ; la grossesse favorise leur développement comme les déficits immunitaires, ils régressent mais récidivent souvent ou persistent plusieurs années.

➤ condylomes acuminés

Ce sont des formations charnues, pédiculées roses ou rouges vives confluant en masses molles parfois exubérantes.

Chez l'homme, elles siègent électivement sur le prépuce, le frein, le sillon balanopreputial et le méat uretral.Chez la femme, elles prédominent à la paroi postérieure du

vestibule vaginal et aux lèvres mais peuvent s'étendre au vagin, à l'urètre, au périnée et au col utérin.

Le traitement des verrues est basé sur la cryothérapie ou par application des préparations à l'acide salicylique.

4 .Les mycoses [5]

4.1.Les mycoses superficielles

4.1.1Le pityriasis versicolor

Une affection bénigne très fréquent, il atteint surtout l'adulte jeune dans les pays chauds et humides causée par pityrosporum orbiculaire, favorisée par la sudation.

Cliniquement, elle se manifeste par des macules planes hypochromiques (peau noire) ou café au lait (sur peau blanche) finement squameuses à extension centrifuge.

Le diagnostic différentiel se fait avec le vitiligo, les dartres, la lèpre etc.

Le traitement repose sur les antifongiques en application locale pendant 3 semaines associé à des mesures vestimentaires.

4.1.2 Les dermatophyties

Ce sont des lésions de la peau et des phanères, provoquées par des champignons appelés dermatophytes.Elles sont fréquentes chez l'enfant et favorisées par la promiscuité, l'hygiène défectueuse .Elles atteignent la peau et les phanères.

➤ Atteintes de la peau glabre

L'agent causal est le microsporum ou trichophyton, cliniquement elle se manifeste par une tache érythemosquameuse s'étendant de façon excentrique à guérison centrale et à bordure micro vésiculeuses.

✓ Dermatophytoses des grands plis ou eczéma marginé de Hebra du générale-ment à trichophyton rubrum ou epidermophyton floccosum, se localise au niveau des plis cutanés notamment inguinaux, d'évolution trainante ; cette évolution peut être émaillée de surinfection, d'eczématisation ou de lichenification.

Le diagnostic différentiel se fait avec les intertrigos candidosiques, l'érythrasma.

✓ Dermatophytoses des petits plis ou pied d'athlète

Il se présente comme des lésions macérées et desquamantes interdigitales favorisé par la macération dont le port de chaussures en climat chaud.

➤ atteintes des phanères (poils ongles cheveux)

✓ Teignes du cuir chevelu, très répandues en zone tropicale notamment chez les enfants, elles débutent insidieusement par une petite tache rose du cuir chevelu puis apparaissent des plaques parfois confluentes parfois uniques recouvertes de squames poudreuses avec perte de cheveux.

✓ Trichophyties suppuratives de la barbe et du cuir chevelu(ou kerion de Celse ou teigne inflammatoire

Sont surtout dues à T. mentagrophytes, elles réalisent des macarons inflammatoires qui suppurent régulièrement.

✓ l'onyxis dermatophytique

Elle se caractérise par une atteinte de l'extrémité (bord libre de l'ongle qui prend un aspect feuilleté, épaissi et rogné, il n'y a pas de perionyxis à la différence des candidoses.



Photo 11: Onychomycose Dermatophytique (Photo Dr KONARE HD)

4.1.3 Les atteintes candidosiques [9]

➤ les intertrigos candidosiques

Ils sont favorisés par l'obésité, la macération et le manque d'hygiène .ils se localisent aux creux axillaires aux plis sous mammaires, inguinaux inter et sous fessiers, interdigitaux des mains et plus souvent des plis. Cliniquement l'éruption est érythémato-pustuleuse et devient rapidement suintante, formant un placard rouge sombre peu infiltré à bord festonné bien limité le fond du pli est fréquemment le siège d'une rhagade recouverte d'un enduit blanchâtre dégageant une odeur fétide.

Le diagnostic différentiel se fait avec un intertrigo bactérien.

➤ Candidoses bucco digestives

Elles peuvent atteindre tous les segments de l'appareil digestif.

Perlèche : atteintes des commissures labiales

La chéilite : atteintes des lèvres, la stomatite (muguet)

Atteinte de l'ensemble ou une partie de la cavité buccale (joues, langue, palais gencives etc.)

Le traitement des dermatophytoses repose sur les antifongiques

Dermatophytoses de la peau glabre : les antifongiques en application locale pendant 3 semaines.

Teignes : griséofulvine à la dose de 20mg /kg/j en deux prises

Onyxis : antifongique par voie générale pendant 3 à 6mois

4.2. Les mycoses profondes [5,9]

4.2.1. Cryptococcose cutanée

Elle est due au *Cryptococcus neoformans*, levure saprophyte présente dans l'environnement (sol, fiente de pigeons) qui se développe chez l'Homme à l'occasion d'un déficit immunitaire.

La transmission est transcutanée ou pulmonaire, les lésions cutanées peuvent être intradermiques ou profondes réalisant des nodules ulcérés des papulopustules acnéiformes, des papules en dôme ressemblant au molluscum contagiosum.

Le traitement repose sur les antifongiques.

4.2.2 Eumycétomes

Dénommés également mycétomes eumycosiques ou pied de Madura sont des tuméfactions inflammatoires subaigües ou chroniques, correspondant à une infection de la peau et des tissus sous cutanées par des champignons du groupe des maduromycetes, très fréquent en régions tropicales et subtropicales sèches et semi – désertiques.

La contamination se fait au travers de la peau suite à un traumatisme par divers végétaux épineux, les pieds sont les plus fréquemment atteints.

Cliniquement ce sont des tuméfactions présentant quelques fistules libérant un matériel sérosanglant contenant des granules.

Le diagnostic différentiel se fait avec les maladies de Kaposi, la lèpre, la tuberculose etc.

La prophylaxie se résume à la désinfection minutieuse des plaies et au port mythique de chaussures.

Le traitement repose sur les antifongiques souvent associés à l'exérèse chirurgicale la moins invalidante possible.

5. Affections cutanées tumorales tropicales

5.1. Maladie de Kaposi [9]

Devenue une maladie phare depuis l'épidémie de sida, due au Human Herpes virus type 8(HHV8), elle est caractérisée histologiquement par une double prolifération dermique l'une d'aspect endothélial, l'autre d'aspect fusocellulaire, fibroblastique.

Les lésions élémentaires sont faites de nodule, de papule et la plaque violine angiomatose ou pigmentée.

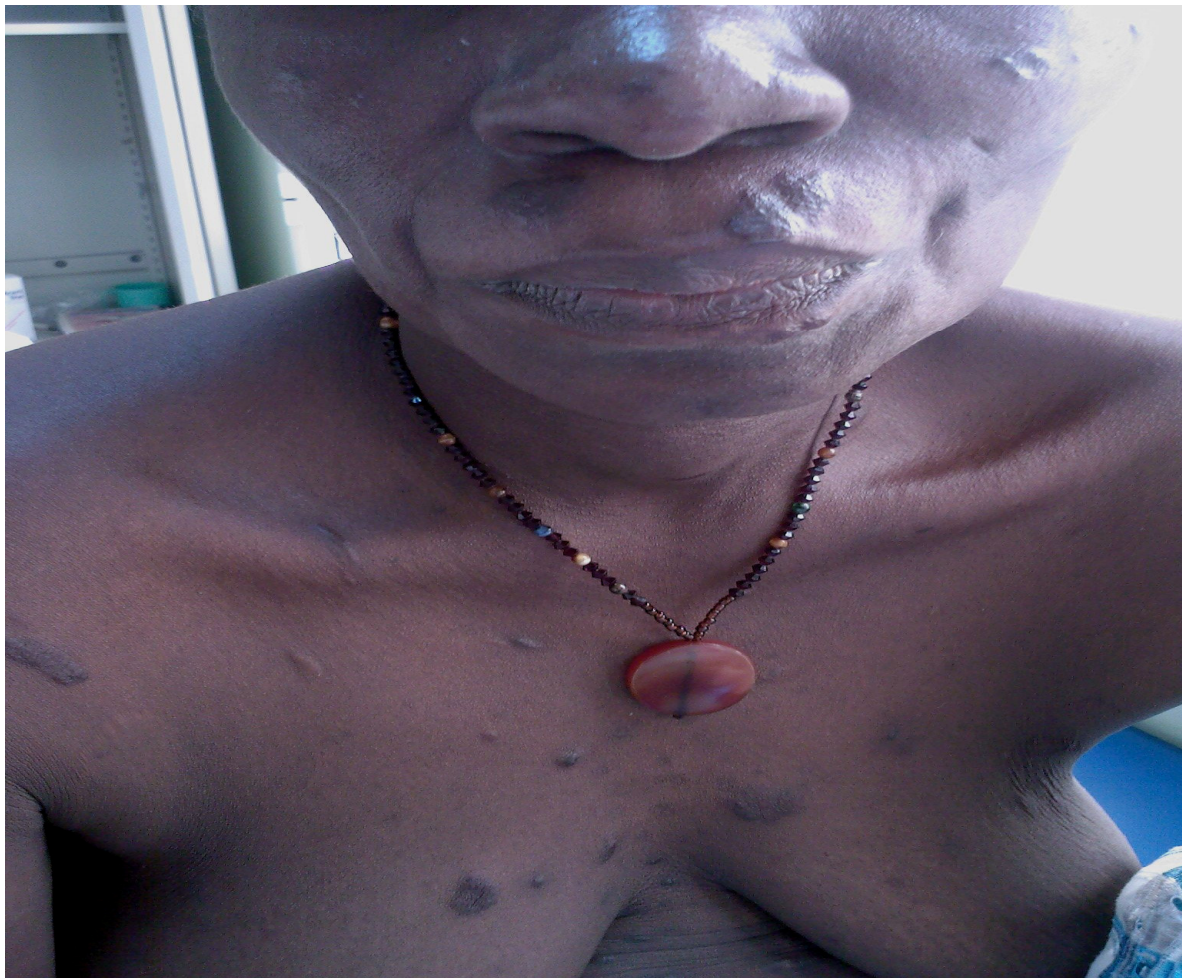


Photo 12 : Maladie de Kaposi (Photo Dr KONARE HD)

On distingue actuellement 4 formes de maladies de Kaposi.

5.1.1. Maladie de Kaposi classique ou méditerranéenne

Survient généralement chez l'homme au delà de la cinquantaine, les lésions, se localisent surtout aux membres inférieurs avec une fréquente atteinte lymphatique associée, l'atteinte viscérale est exceptionnelle. l'évolution est lente avec des survies dépassant 20 ans.

5.1.2. Maladie de Kaposi africaine

Survient chez des malades plus jeunes d'Afrique équatoriale.

- Forme nodulaire, plus fréquente touchant les hommes de 30 à 70 ans, les lésions, d'évolution lente prédominent sur les membres inférieurs.
- Forme Floride

Végétation à évolution raide avec de volumineuses lésions tumorales et une extension osseuse touchant les hommes de 30 à 70 ans.

- Forme infiltrante

Souvent accompagnée d'un œdème régional.

- Forme lymphadenopathique

Epargnant la peau, touchant les enfants et évoluant vers la mort en 1 an environ.

5.1.3. Maladie de Kaposi au cours des immunodépressions acquises iatrogènes

Elle atteint les greffés rénaux ou cardiaques sous immunosuppresseurs au long cours et les sujets atteints de lymphomes et traités par chimiothérapie etc., avec atteinte fréquente de la peau ainsi que les organes profonds, sa résolution est fréquente lors de la diminution de l'immunodépression.

5.1.4 Maladie de Kaposi et sida

Très fréquente et précoce, survient chez des patients à un stade plus avancés du sida (taux de CD4 circulants bas).

Le diagnostic différentiel se fait avec la cryptococcose, l'angiomatose bacillaire etc.

5.2. Les chéloïdes [12]

Ce sont des tumeurs cutanées fibroblastique qui peuvent être soit lésionnelles, secondaires à un traumatisme varié,



Photo 13 : Acné Chéloïdienne de la nuque (Photo Dr KONARE HD)

Mécanique, plaie opératoire, vaccin, infection, brûlure physique ou chimique, tatouage voire infection (varicelle) soit de survenue spontanée dans les régions cervico-thoraciques.

Elles n'ont aucune tendance à la régression spontanée.

Il est actuellement admis qu'après 18 mois, au stade de chéloïde, l'espoir de régression spontanée est nul et le traitement chirurgical doit être couplé à d'autres méthodes.

Plusieurs associations thérapeutiques peuvent être proposées, à savoir : une chirurgie d'exérèse avec corticothérapie locale ou une chirurgie avec radiothérapie ou injections intra lésionnelles de corticoïdes.

5.3. Neurofibromatoses [9] nous ne traiterons que celle du type 1

Elle est la plus fréquente des neurofibromatoses avec une incidence d'environ 1 pour 3000 à 3500 naissances .Elle est transmise sur le mode autosomique dominant.

La lésion élémentaire est une tache café au lait, elles sont souvent congénitales et apparaissent rarement après l'âge de 2 ans, à l'âge adulte, les taches café au lait sont présentes dans plus de 90% des cas, ensuite leur nombre semble se stabiliser voire diminuer.

Les neurofibromes cutanés, il en existe deux : les neurofibromes dermiques ou superficiels et les neurofibromes nodulaires périphériques isolés ou en groupe.

Les premiers se développent dans le derme et l'épiderme, ce sont de petites tumeurs molles, mobiles avec la peau de couleur rosée ou violacée de taille et de nombre variable siégeant préférentiellement sur le tronc mais les autres parties du corps ne sont pas épargnées ;



Photo 14 Neurofibromatose de Von Recklinghausen "Neurofibromes" (Photo Dr KONARE HD)

Ils se développent à partir de la puberté dans un quart des cas.

Les seconds sont présents chez une minorité de malades atteints de neurofibromatose de type 1, ils se développent sur les troncs nerveux et ont une consistance

ferme ; ce sont des tuméfactions sous cutanées de taille variable quelque cm à une partie entière du corps.

Les neurofibromatoses peuvent se compliquer de scolioses, d'hydrocéphalie, les phéochromocytomes, les gliomes des voies optiques agressifs.etc

Le diagnostic différentiel se fait avec les mélanoses cutanées, syndrome de Klippel-Trenaumay etc.

6. Les dermatoses lichenoides [9] nous ne traiterons que le lichen plan idiopathique

C'est une affection cutanée et /ou muqueuse souvent chronique et récidivante, maladie de l'adulte, rare chez les enfants.

L'étiologie étant mal connue, mais on considère que les arguments en faveur d'un processus auto-immun sont actuellement les plus convaincants, le lichen plan idiopathique qui atteint souvent des sujets antidépressifs a depuis toujours été considéré comme une maladie psychosomatique par les plus somaticiens des dermatologues ; l'association à une hépatopathie chronique a été rapportée.

La lésion élémentaire est une papule ferme consistante polygonale brillante à jour frisant de coloration rouge rosée, violacée, le prurit est un des signes cardinaux de la maladie, il est parfois très intense et le grattage qui en résulte favorise l'éclosion de nouvelles papules disposées en stries linéaires : c'est le phénomène de Kobner.

Le lichen est le plus souvent localisé à la face antérieure des poignets et des avant bras, aux membres inférieurs et dans la région lombaire, la totalité des téguments peut être atteinte à l'exception du visage, il peut y avoir une atteinte des muqueuses notamment buccale, génitale, œsophagienne.

Le diagnostic différentiel se fait avec la syphilis secondaire cutanée ou muqueuse, granulome annulaire, les verrues planes etc.

Le traitement repose sur la dermocorticothérapie.

7. Les dermatoses allergiques et dysimmunitaires [9]

7.1. Les toxidermies

Les réactions cutanées aux médicaments ou toxidermies désignent les effets indésirables à expression cutanée des xenobiotiques administrés par voie systémique.

Elles compliquent 2 à 3% des traitements hospitaliers et motivent 1% des consultations et 5% des hospitalisations en dermatologie.

Il existe une prédominance féminine modérée des réactions cutanées aux médicaments de 1,2 à 2 femmes pour un homme, s'expliquant en partie par une consommation plus importante de médicaments par les femmes.

La fréquence des toxidermies augmente également avec l'âge.

7.1.1. Exanthèmes maculopapuleux

Ils constituent la forme de toxidermie la plus fréquente.

Cliniquement, ces exanthèmes sont très variés et très polymorphes. Ils débutent souvent aux coudes, aux genoux et au tronc, et s'étendent progressivement à la majeure partie du corps en 3 à 5 jours, fièvre et prurit les accompagnent fréquemment, une hyperéosinophilie peut être présente à l'hémogramme.

L'évolution est le plus souvent favorable, en général en moins d'une semaine avec une fine desquamation secondaire.

Le prurit, les brûlures cutanées, l'œdème du visage, le décollement cutané avec signe de Nikolsky, altération de l'état général signent la gravité de la maladie et font craindre l'évolution vers une toxidermie grave, syndromes de Lyell ou de Stevens – Johnson.

Le diagnostic différentiel se fait avec les exanthèmes d'origine virale ou toxémique (streptocoques staphylocoques). Les médicaments le plus souvent en cause sont les antibiotiques (sulfamides antibactériens, céphalosporines, antituberculeux, les anti-comitiaux, le captopril et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

7.1.2 Urticaire et angioœdème

L'urticaire médicamenteuse n'a pas de particularité sémiologique, un angioœdème peut survenir seul ou être associé à l'urticaire. Le pronostic vital peut être engagé par asphyxie en cas de localisation oropharyngée. Des signes généraux fièvre, arthralgies, troubles digestifs peuvent accompagner l'urticaire et angioœdème.

Le diagnostic différentiel se fait avec les autres causes d'urticaire aigue. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont actuellement la cause la plus fréquente d'angioœdèmes.

7.1.3.Érythème pigmenté fixe

Il est défini comme une éruption récurrente laissant une pigmentation résiduelle, il débute de manière brutale par un prurit, et des brûlures localisées puis apparaissent rapidement une ou quelques plaques ovalaires érythémato-violacées ou brunes œmateuses, parfois vésiculeuses ou bulleuses. Les muqueuses notamment génitales peuvent être touchées isolément ou avec des lésions cutanées. Il n'y a pas de signe systémique.

L'évolution est favorable en quelque jour avec des séquelles pigmentées, après réintroduction, les récurrences se font aux mêmes endroits, mais d'autres zones peuvent être touchées. Dans les rares cas d'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé, le diagnostic peut être difficile avec le syndrome de Lyell.

7.1.4. Le syndrome de Stevens-Johnson [13]

Il est considéré comme une forme mineure de nécrolyse épidermique toxique avec une atteinte muqueuse prédominante (ectodermatose pluriorificielle) dont le décollement cutané est inférieur à 10%.



Photo15 : Syndrome de Stevens Johnson. (Photo Dr KONARE HD)

- le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition de la réaction est compris
Entre 7 et 21 jours.



Photo16 : Syndrome de Stevens Johnson « photo 15 après une semaine de traitement » (Photo Dr KONARE HD)

Le traitement repose sur l'arrêt du médicament en cause.

Les antihistaminiques en cas d'urticaire médicamenteuse.

Les toxidermies graves nécessitent l'hospitalisation en milieu spécialisé, le traitement en est symptomatique, réanimation hydro-électrolytique, lutte contre les chocs thermiques, lutte contre l'infection par antiseptie rigoureuse.

7.2. Les eczémas [9]

Réunion d'un groupe de symptômes et de signes qui se reproduisent en même dans un certain nombre de maladies.

On admet que les eczémas correspondent à une réaction d'hypersensibilité à médiation immunitaire de type cellulaire.

On distingue

- L'eczéma aigu, une dermatose d'apparition habituellement soudaine. Il est en général prurigineux et se caractérise par des placards érythémateux, souvent infiltrés, œdémateux à bords émiétés et mal limités, sur ce socle érythémateux plus ou moins induré apparaissent les vésicules claires, nettement isolées les unes des autres tantôt rapprochées au point de confluer en de petites bulles (vesiculobulleux), parfois l'eczéma est caractérisé par la présence de bulles volumineuses translucides (eczéma bulleux) il s'accompagne parfois d'un œdème très important notamment en certaines régions comme aux paupières au scrotum, à la verge.
- Eczéma subaigu, elle exprime l'évolution d'un eczéma aigu vers un assèchement progressif, les placards érythémateux sont recouverts de croûtes et de squames.



Photo 17 : Eczéma de contact provoqué par les gants en plastique (Photo Dr KONARE HD)

➤ Eczéma chronique, c'est un eczéma sec formé de placards érythémato-squameux, mal délimités, habituellement prurigineux ; les squames sont parfois très fines, furfuracées, poussiéreuses ; dans d'autres cas, la desquamation est plus intense, les squames plus épaisses et de plus grande taille.

Les nappes d'eczéma sont parcourues par des stries de grattage. L'épiderme se craquelle et desquame de manière continue.

➤ Eczéma lichenifié, c'est un eczéma de longue durée, comme le prurit subsiste indéfiniment en pareil cas, la peau est soumise à un grattage incessant.

Le tableau clinique qui en résulte est caractérisé par des placards assez bien circonscrits, de couleur rose ou rouge foncé ou encore légèrement violacée. Le tégument est épaissi, infiltré sillonné par un quadrillage de stries blanchâtres.

➤ Eczéma surinfecté

Les lésions peuvent s'infecter, on emploie le terme d'eczéma impétiginisé (infection staphylococcique le plus souvent) le suintement perd son caractère séreux,



Photo 18 : Eczéma impétiginisé (Photo Dr KONARE HD)

Il devient louche, puis purulent, les placards d'eczéma se recouvrent de croûtes épaisses, jaunâtres, dans certains de ces cas, l'eczéma s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire lymphatique afférent, parfois de poussées fébriles.

Le traitement de l'eczéma repose sur la dermocorticothérapie, traitement antiseptique et antibiotique en cas de surinfection.

7.3. Dermatite atopique [9]

Ce terme désigne les manifestations inflammatoires cutanées chroniques et /ou récidivantes associées à l'atopie.

L'atopie est une prédisposition héréditaire du système immunitaire à privilégier des réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines E vis-à-vis d'antigènes communs dans l'alimentation, l'environnement extérieur ou domestique.

La dermatite atopique commence communément dans les premiers mois de vie généralement vers 3 mois mais parfois dès le premier mois et comporte une atteinte grossièrement symétrique des convexités des membres, du visage avec un respect assez net de la partie médiane, en particulier la pointe du nez.

L'atteinte des plis est parfois notée dès cet âge.

Le diagnostic différentiel se fait avec la gale, l'acropustulose infantile, dermatite séborrhéique et le psoriasis, les éruptions sudorales etc.

Au cours de l'évolution, la dermatite atopique peut se compliquer d'infection par le staphylocoque, l'herpes (syndrome de Kaposi Juliusberg)

7.4. Urticaire [13]

L'urticaire est un syndrome cutanéomuqueux inflammatoire, prurigineux caractérisé par un œdème localisé au niveau du derme. C'est une affection extrêmement fréquente, environ 20% des individus vont présenter au moins un épisode d'urticaire au cours de leur vie.

Elle peut survenir à tout âge, mais atteint surtout les adultes jeunes (entre 20 et 40 ans)

Les lésions élémentaires sont des papules œdémateuses, érythémateuses à centre parfois blanchâtre à contours bien limités, consistance ferme, élastique de taille variable pouvant parfois confluer pour former de vastes plaques de nombre très variable.

Localisées ou diffuses à tout le corps le plus souvent très prurigineuses, apparues brutalement, d'évolution fugace (disparition en trente minutes à quelques heures sans laisser de trace)

Les étiologies sont nombreuses : médicamenteuses, alimentaires, systémiques (hyperthyroïdie, lupus systémique), parasitaires, virales etc.

8 .Les anomalies de la pigmentation, nous ne traiterons que

Le vitiligo [9,11]

Dans plus d'un tiers des cas, le vitiligo est familial, les gènes de susceptibilité au vitiligo sont inconnus, mais plusieurs régions du génome humain ont été associées à cette dermatose, il se présente généralement comme une lésion acquise, mais il est déterminé génétiquement dans plus d'un tiers des cas.

L'affection a une fréquence mondiale d'environ 1%, les deux sexes sont également atteints. Il peut apparaître à tout âge, mais il se déclare le plus souvent chez l'adulte jeune au cours des deuxième et troisième décennies de la vie. Cliniquement, il se manifeste sous forme de macules hypochromiques réalisant des lésions d'un blanc neigeux bien limitées localisées à une région du corps ou généralisées. Diagnostic différentiel se fait avec la lèpre.



Photo 19: Vitiligo (Photo Dr KONARE HD)

9. Les dermatoses parasitaires

9.1. La gale [14]

Maladie ectoparasitaire due à un acarien *sarcoptes scabiei*, transmise dans l'immense majorité des cas par contact interhumain, actuellement le diagnostic de gale humaine est régulièrement posé en consultation de dermatologie, vu la recrudescence de cette pathologie au sein des collectivités, le plus souvent mais également chez des personnes isolées.

La symptomatologie clinique pouvant être très discrète, il ne faut pas hésiter à envisager ce diagnostic devant un prurit rebelle, celui-ci, au début, peut être localisé aux régions interdigitales, aux fesses. Le plus souvent, il s'agit d'un prurit généralisé à recrudescence nocturne et épargnant le visage, l'interrogatoire permet d'établir le caractère conjugal ou familial du prurit.

Cliniquement les lésions à type de vésicules, papules voire pustules touchent, en effet, les espaces interdigitaux des mains, la face antérieure des poignets, des coudes, la région ombilicale, le sommet de la courbure des fesses, la face antérieure des cuisses, les seins, la verge chez l'homme. Le visage et le cou sont en règle épargnés ; le dos est souvent moins atteint que les autres régions du corps.

Le diagnostic différentiel se fait avec la pédiculose corporelle, la gale onchocercienne, acropustulose infantile etc.

Les complications peuvent survenir en absence de traitement à type de surinfection staphylococcique.

Le traitement repose sur les antiscabiei avec traitement de l'entourage, désinfecter les literies.

9.2. Le prurigo [9]

Il s'agit d'une dermatose prurigineuse excoriée, une dermatose de l'enfance.

La lésion élémentaire est une séropapule parfois très inflammatoire pouvant aller jusqu'à la formation de bulles, il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à des arthropodes de l'environnement.

Le diagnostic différentiel se fait avec la gale, une dermatite herpétiforme, une urticaire etc.

Le traitement repose sur les antihistaminiques et les antiparasitaires en application locale plus mesures vestimentaires.



Photo 20 : Prurigo chez une patiente séropositive au VIH. (Photo Dr KONARE HD)

10. Les connectivites

10.1. Le lupus érythémateux systémique [13]

L'érythème en est le signe majeur, il atteint avec prédilection les régions photo exposées : le visage, décolleté, puisque l'on sait l'importance du soleil dans le déclenchement et l'aggravation des lésions.



Photo 21 : Lupus érythémateux chronique (LEC) (Photo Dr KONARE HD).

- Sur le visage, l'érythème réalise un loup (lupus), un aspect en ailes de papillon, parfois il forme de petites taches érythémateuses disséminées sur l'ensemble du visage. Les lésions débordent volontiers sur le cou, le décolleté, la partie supérieure du dos, cet érythème est variable, fugace évoluant souvent par poussées de quelques jours ou quelques semaines, il n'est pas prurigineux. Un œdème peut s'y associer.
- Une autre localisation importante est représentée par la face palmaire des doigts et la face plantaire des orteils, les lésions de la face dorsale des mains et des pieds étant plus rares, sauf dans la région péri unguéale.

- Les coudes et les genoux sont également le siège d'un érythème qui est volontiers kératosique.
- Le cuir chevelu est fréquemment envahi par des taches érythémateuses non atrophiques dans la règle, mais pouvant parfois évoluer vers l'atrophie et l'aspect pseudo-peladique cicatriciel, une alopécie sans atteinte du cuir chevelu, accompagne volontiers les poussées de lupus érythémateux systémique.
- Les lèvres sont en particuliers atteintes avec l'existence de petites stries blanchâtres formant un réseau. Ces lésions sont très évocatrices du diagnostic.

Le traitement repose sur les antipaludéens de synthèse (hydroxychloroquine : plaquenil, utilisée en première intention à la posologie de 6 à 6,5mg /kg /jour, remplacée par la chloroquine (Nivaquine) à la posologie de 3,5 à 4mg/kg/jour en cas d'échec.

11. Autres affections

11.1. Acné [15 ,9]

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pileux, elle est très répandue dans le monde entier, affectant des adolescents de 75-80% avec un impact sur leur qualité de vie. [15]

L'évolution est spontanément régressive dans la majorité des cas.

Cliniquement, elle se manifeste par

- ✓ La séborrhée, elle est la condition préalable au développement des lésions acnéiques ; la peau a un toucher gras et elle a un aspect huileux et brillant (siège nez, joues, région thoracique supérieure etc.
- ✓ Les Comédons, ce sont les points noirs, ou petits bouchons cornés de 1 à 3mm situés dans les orifices des follicules sébacés, facilement exprimable par la pression des doigts, ils apparaissent sous la forme de petits filaments gras compacts de couleur jaunâtre avec une extrémité noire.
- ✓ Les Microkystes, ce sont de petites élevures blanches (points blancs) de 2 à 3mm, siégeant dans les mêmes localisations, préférentiellement sur les joues et le menton.

Ils correspondent à l'accumulation dans l'entonnoir fermé d'un follicule sébacé de sébum et de kératine mélangés à des colonies bactériennes.

✓ Les Papules, qui sont des lésions inflammatoires d'un diamètre inférieur à 5 mm, généralement issues d'un microkyste, élevures rouges, fermes quelquefois douloureuses, pouvant évoluer vers la résorption ou la formation de pustules.

✓ Les Pustules, ce sont habituellement des papules à contenu purulent jaune, apparaissant à leur partie apicale ; leur survenue d'emblée doit faire suspecter une surinfection par des staphylocoques dorés, des germes gram négatif, les candidas.

✓ Les Nodules, sont des lésions inflammatoires ayant souvent une évolution vers l'abcédation.

Le diagnostic différentiel se fait avec : la rosacée, la dermatite péri orale etc.

La principale complication est la survenue des cicatrices indélébiles, cicatrices déprimées et rétractées ou des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdiennes. [9]

11.2. Prurit [5]

C'est un symptôme dermatologique banal, il peut être associé à une dermatose ou isolé, il, est primitif ou secondaire.

En zone tropicale, le prurit est généralement d'origine parasitaire (onchocercose, larva migrans, gale, pédiculose etc.)

Il ne faut cependant pas négliger les causes systémiques (maladies thyroïdiennes, hépatiques, rénales, diabète, hémopathies malignes et autres cancers), et chez les sujets âgés, tenir compte de la sécheresse de la peau favorisée par une exposition excessive au soleil.

Les prurits anogénitaux relèvent d'une affection proctologique, d'une oxyurose, d'une infection génitale (trichomonas, candida, gonocoques), d'une dermatite de contact, d'une dermatose localisée, de troubles psychosomatiques.

Le traitement est celui de la cause.

11.3. Miliaire sudorale ou bourbouille [5]

La miliaire est une éruption papulo-vésiculeuse secondaire à la rétention sudorale par occlusion du canal eccrine par suite de la macération.

Elle est fréquente chez les enfants et les personnes non acclimatées en zone chaude et humide, le port des vêtements inadaptés, le séjour dans les locaux mal aérés, des efforts musculaires excessifs, l'abus des douches ou au contraire une hygiène insuffisante sont autant de facteurs favorisants.

Le traitement repose sur l'antisepsie, les lotions antibourbouilles, les poudres inertes (Talc) voire des kératolytiques et antibiotiques en cas de surinfections.

11.4. Ichtyoses [9]

Les ichtyoses sont des maladies cutanées héréditaires et mono géniques apparaissant durant les premiers mois ou les premières années et persistant toute la vie.

Elles peuvent être acquise traduisant un syndrome paranéoplasique, une malnutrition, une réaction médicamenteuse ou peuvent survenir au décours des maladies systémiques (insuffisance rénale, lupus, sarcoïdose, lèpre, sida, etc.)

Elles sont caractérisées par l'accumulation de squames épidermiques avec ou sans hyperprolifération épidermique ou inflammation du derme.

Le traitement repose sur les kératolytiques, les salicylées sont contre indiquées chez le nourrisson et l'enfant à cause du risque d'intoxication salicylée grave.

Dans les ichtyoses graves, en plus du traitement local, on peut associer un traitement général à base de rétinoïdes.

La guérison de la maladie de base est ce qui permet de traiter au mieux l'ichtyose acquise.

11.5. Dermatite séborrhéique [13]

La dermatite séborrhéique est beaucoup plus fréquent au cours de l'infection à VIH que chez les sujets immunocompétents, elle affecte 20 à 40 pour cent des sujets séropositifs asymptomatiques et 40 à 80 pour cent des sujets au stade de Sida ,elle est parfois révélatrice de l'infection à VIH en particulier en cas d'atteinte profuse affectant le visage, le cuir chevelu, le tronc et les plis.

Le traitement repose sur les antifongiques en application locale.



Photo 22 : Maladie de Leiner-Moussous (Photo Dr KONARE HD)

2. Méthodologie

2.1 Cadre D'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré à Bamako (République du Mali)

--Description du lieu d'étude : L'étude a été menée au CHU de Gabriel Touré dans le service de Dermatologie qui fait partie du service de Médecine. Il a été réouvert en juillet 2005 après sa fermeture en 1991. Il est constitué d'un bureau pour le médecin spécialiste et d'un box de consultation situé au premier étage du nouveau bâtiment, dirigé par un médecin spécialiste.

- Historique

L'ancien dispensaire central de Bamako fut transformé en hôpital en 1958. Cette nouvelle structure inaugurée le 17 juin 1959 a été baptisée : "l'Hôpital Gabriel Touré". Elle doit son nom à la mémoire d'un étudiant malien en médecine au Sénégal décédé le 17 juin 1934 en pleine activité lors d'une épidémie de peste qui sévissait dans ce pays.

➤ Situation

Situé en plein centre de la ville de Bamako, capitale du Mali, le CHU Gabriel Touré demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois hôpitaux nationaux à cause de sa position géographique. Il est fréquenté non seulement par la population de Bamako, mais également par celle provenant des autres régions du Mali et de certains pays voisins. Le CHU Gabriel Touré est organisé en sept (7) départements comprenant vingt-six (26) services dont deux placés en staff à la Direction.

Les Départements sont les suivants :

- Le Département de Médecine ;
- Le Département de Chirurgie ;
- Le Département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence ;
- Le Département de Gynécologie ;

- Le Département de Pédiatrie ;
- Le Département des services Medico-Techniques ;
- Le Département d'Imagerie Médicale ;

-Le service de Maintenance et le service social sont placés en staff à la Direction.

Chaque Département est organisé en services et chaque service en unités selon la configuration de la spécialité.

Le Département de Médecine est composé de six (06) services et d'une unité qui sont les suivants :

- ✓ Le service de Gastroentérologie ;
- ✓ Le service de Cardiologie ;
- ✓ Le service de Neurologie ;
- ✓ Le Service de Diabétologie ;
- ✓ Le Service de Dermatologie ;
- L'Unité de Consultations Externes.

Le Département de Chirurgie est composé de sept (07) services qui sont les suivants :

- ✓ Le Service de Chirurgie Générale ;
- ✓ Le service de Traumatologie et d'Orthopédie ;
- ✓ Le Service d'Oto Rhino Laryngologie ;
- ✓ Le Service de Chirurgie Pédiatrique ;
- ✓ Le Service d'Urologie ;
- ✓ Le Service de Neurochirurgie ;
- ✓ Le Service de Médecine physique (Kinésithérapie).

Le Département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence Comprend trois (03) Services qui sont :

- ✓ Le Service d'Anesthésie ;
- ✓ Le Service de Réanimation ;
- ✓ Le Service de Médecine d'Urgence.

Le Département de Gynécologie comprend deux (02) Services :

- ✓ Le Service de Gynécologie ;
- ✓ Le Service d'Obstétrique.

Le Département des Services Medico-Techniques comprend deux (02) services qui sont :

- ✓ Le service de Laboratoire,
- ✓ Le Service de pharmacie Hospitalière.

Le Département d'Imagerie Médicale comprend deux (02) services :

- ✓ Le Service de Scannographie ;
- ✓ Le Service de Mammographie et Radiologie Conventiennelle.

Le Département de Pédiatrie est composé de deux (02) Services :

- ✓ Le Service de Pédiatrie Générale ;
- ✓ Le Service de Néonatalogie.

La Morgue est rattachée à la Direction Médicale,

La Cuisine est rattachée à la Direction Administrative.

Un nouveau bâtiment de trois étages abritant un grand parking pour véhicule en sous sol ; le bureau des entrées avec ses guichets, une boutique, les box de consultations externes au rez de chaussé et au premier étage ; les bureaux des médecins et l'administration du deuxième au troisième.

L'HGT comporte d'autres unités :

- Un poste de police ;
- Une lingerie.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive sur douze mois (du 22 mai 2008 au 21 avril 2009) portant sur les données des malades référés en dermatologie du CHU de Gabriel Touré.

2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les malades vus en consultation dans notre service et qui ont été référés par d'autres services quelque soit l'âge et le sexe entre mai 2008 et avril 2009.

2.4 Méthode de recueil

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire comportant : l'identité du malade, le sexe, l'âge, l'ethnie, la profession, la provenance, le statut matrimonial, le service de référence, le diagnostic proposé, le diagnostic retenu.

2.5 .Echantillonnage

L'échantillonnage a été exhaustif.

--Critères d'inclusion

- Tout patient référé, vu en consultation dans notre service quelque soit l'âge et le sexe durant la période de notre étude.
- Consentement libre et éclairé du patient et /ou du tuteur.

--Critères de non inclusion

- Tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion.
- Refus du Patient.

2.6. Saisie et Analyse des données

Le traitement de texte et des tableaux ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft word 2007. Toutes les données ont été saisies et analysées sur SPSS 12.0 for Windows version française.

2.7. Aspect éthique

Après un entretien dont l'objectif a été de faire comprendre à nos patients de la présente étude, ces patients ont été retenus.

L'anonymat et la confidentialité des données ont été observés. Le secret Médical a été conservé. Le consentement libre et éclairé de ces patients et /ou des parents a été obtenu pour l'étude, et la diffusion, publication des résultats obtenus.

3 Résultats

3.1. La fréquence

Ont été vus en consultation entre 22 mai 2008 et 21 avril 2009, 1656 patients.

Parmi ces patients 226 ont été référés vers le service de dermatologie du CHU de Gabriel Touré soit 13,64%.

3.2. La provenance des références.

Tableau I : Répartition des patients selon les structures sanitaires

Structures sanitaires	E.A	%
HGT	213	94,2
Autres structures	13	5,8
Total	226	100%

Ont été référés par les différents services du CHU de Gabriel Touré 94,2% de l'ensemble de nos patients.

Tableau II : Répartition des patients selon les différents services référents de HGT

Différents services de HGT	E.A	%
Pédiatrie	68	31,9
Gastro-entérologie	63	29,6
Médecine	31	14,5
ORL	20	9,4
Chirurgie Générale	10	4,7
Traumatologie	6	2,8
Urologie	4	1,9
Gynéco-obstétrique	4	1,9
Réanimation	3	1,4
Chirurgie pédiatrique	3	1,4
SUC	1	0,5
Total	213	100,0

La Pédiatrie a référé 68 patients avec un pourcentage égal à 31,9% suivie de la Gastroentérologie avec 63 cas soit 29,6%.

Tableau III : Répartition des patients selon les autres structures sanitaires référentes

Autres structures sanitaires	E.A	%
Médecine interne P.G	3	23,1
IOTA	2	15,3
Centre de lutte contre le diabète	1	7,7
Centre de référence CI	1	7,7
Dispensaire des assemblées de Dieu	1	7,7
Clinique de l'Espérance	1	7,7
CSCOM de Boniaba	1	7,7
Asacoyir	1	7,7
Infirmierie centrale de la Garde nationale	1	7,7
Centre de Référence CII	1	7,7
Total	13	100,0

Le service de Médecine Interne du CHU du P.G a orienté 3 patients : Ce qui correspond à 23,1%.

3.3. Données sociodémographiques

Tableau IV : Répartition des patients selon les tranches d'âges

Tranches d'âges	E.A	%
< d'1an	21	9,3
1-5ans	40	17,7
6-10ans	17	7,5
11-15ans	11	4,9
16-20ans	13	5,8
21-25ans	15	6,6
26-30ans	18	8
31-35ans	13	5,8
36-40ans	24	10,6
41-45ans	19	8,4
46-50ans	6	2,6
51ans et plus	29	12,8
Total	226	100,0

L'intervalle d'âge de 1 à 5ans constituait 17,7% pour des extrêmes de 0 à 70ans.

Tableau V : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	E.A	%
Masculin	96	42,5
Féminin	130	57,5
Total	226	100,0

Le sexe féminin constituait 57,5% des patients avec un sex ratio de 0,73.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	E.A	%
Bamanan	71	31,4
Soninké	40	17,6
Peulh	26	11,5
Malinké	22	9,7
Sonrhaï	12	5,3
Dogon	10	4,4
Maure	9	3,9
Autres	8	3,3
Dianwado	7	3,0
Senoufo	7	3,0
Minianka	5	2,2
Bobo	3	1,3
Bozo	2	0,8
Somono	2	0,8
Kassoké	1	0,4
Dafing	1	0,4
Total	226	100,0

Nous avons observé d'autres Nationalités, ce qui correspond aux « Autres » dont 4 Nigériens soit 1,7%, un Ivoirien soit 0,4%, un Guinéen : 0,4% et un Mauritanien avec un pourcentage égal à 0,4.

Les bamanans étaient au nombre de 71 soit 31,4%.

Tableau VII : Répartition des patients selon les activités professionnelles.

Catégories sociales et professionnelles	E.A	%
Sans Emploi	68	30,1
Femme au foyer	64	22,3
Elèves et Etudiants	30	13,3
Commerçants	19	8,4
Ouvrier	13	5,8
Cultivateur	12	5,3
Fonctionnaire	9	4
Couturier(e)	5	2,3
Coiffeuse/coiffeur	2	0,9
Footballeur	1	0,4
Retraité	1	0,4
Restauratrice	1	0,4
Marabout	1	0,4
Total	226	100,0

N.B : Les « Sans Emploi » correspondent aux enfants.

Les Femmes au foyer étaient au nombre de 64 soit 22,3%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	E.A	%
District de Bamako	142	62,8
Région de Koulikoro	45	20
Région de Sikasso	10	4,4
Région de Kayes	9	4
Autres	7	3,0
Région de Ségou	5	2,2
Région de Mopti	4	1,8
Région de Tombouctou	2	0,9
Région de Gao	2	0,9
Total	226	100,0

En dehors du Mali, il y avait 4 Nigériens : 1,7%, un Ivoirien : 0,4%, un Guinéen : 0,4%, un Mauritanien : 0,4%.

Le district de Bamako a représenté 62,8% des cas.

Tableau : IX Répartition des patients selon les communes de Bamako

Commune	E.A	%
Commune I	46	32,4
Commune II	23	16,2
Commune IV	23	16,2
Commune VI	20	14,1
Commune V	19	13,4
Commune III	11	7,7
Total	142	100,0

Les patients référés par la Commune I étaient au nombre de 46 : 32,4%.

Tableau X : Répartition des patients selon le Statut Matrimonial.

Statut Matrimonial	E.A	Pourcentage
Célibataire	18	13,2
Marié(e)	105	77,2
veuf (Ve)	9	6,6
Divorcé(e)	4	3
Total	136	100,0

N.B : Les 90 patients restants étaient des enfants.

Nous avons recensé 105 mariés soit 77,2%, dont 42,6% polygames et 34,6% monogames.

Tableau XI : Répartition des patients selon la sérologie VIH

Sérologie VIH	E.A	%
VIH1	59	90,8
VIH2	4	6,1
VIH1 et VIH2	2	3,1
Total	65	100,0

Parmi nos patients séropositifs au VIH,90,8 % étaient VIH1 positif.

La présentation clinique des 161patients n'a pas motivé une demande de sérologie HIV soit 71,2%.

Tableau XII : Répartition des patients selon l'âge et VIH

Tranches d'âge	VIH1	VIH2	VIH1, 2	Total	%
36-40ans	9	1	0	10	15,4
26-30ans	8	0	0	8	12,3
41-45ans	7	1	0	8	12,3
21-25ans	7	0	0	7	10,8
51ans et plus	7	0	0	7	10,8
1-5ans	4	0	1	5	7,7
11-15ans	4	1	0	5	7,7
16-20ans	5	0	0	5	7,7
6-10ans	4	0	0	4	6,1
31-35ans	2	1	1	4	6,1
46-50ans	2	0	0	2	3,1
Moins d'1an	0	0	0	0	0,0
Total	59	4	2	65	100,0

Les patients VIH positifs avaient un âge compris entre 36 et 40 ans : 15,4%.

3.4 Données cliniques

Tableau XIII : Répartition des patients selon les dermatoses rencontrées

Dermatoses		E .A	%
Dermatoses infectieuses	Fongique	41	18,1
	Bactérienne	40	17,7
	Virale	30	13,3
	Parasitaire	9	4
Des états d'hypersensibilité		70	31
Autres		12	5,3
Tumorales		9	4
Genodermatoses		7	3,1
Cosmétiques		3	1,3
Auto-immunes		3	1,3
Nutritionnelles		2	0,9
Total		226	100,0

Les autres dermatoses étaient au nombre de 12 dont :

- *Le sudamina : 4 cas, correspondant à un pourcentage égal à 1,7.*
- *L'escarre a été observée dans 0,9% des cas.*
- *Les ongles incarnés ont été observés chez un patient soit 0,4%.*
- *La crise drépanocytaire a été constatée chez un patient.*

- *Les malades qui souffraient de xérose Cutanée étaient au nombre de 2, soit un pourcentage égal à 0,9.*
- *Il y a eu 1 cas de psoriasis.*
- *Une patiente souffrait du syndrome de sweet soit 0,4%.*

Les dermatoses infectieuses constituaient 53,1% des motifs de Consultation.

Tableau XIV : Répartition des dermatoses d'origine Fongique

Dermatoses d'origine Fongique	Fréquence	%
Dermatophytie de la peau glabre	19	46,4
Intertrigo	8	19,5
Dermatite séborrhéique	6	14,6
Teigne	4	9,8
Keratodermie	2	4,9
Pityriasis Versicolor	1	2,4
Cryptococcose cutanée	1	2,4
Total	41	100,0

Il y avait 46,4% de dermatophyties de la peau glabre.

Tableau XV : Répartition des dermatoses d'origine bactérienne et mycobactérienne

Dermatoses d'origine bactérienne	Fréquence	%
Pyodermite	20	62,5
Erysipèle	5	15,6
Lèpre	2	6,3
Tuberculose Cutanée	2	6,3
Furonculose	2	6,3
Cellulite nécrosante	1	3,0
Total	32	100,0

Les pyodermites ont représenté 62,5% soit 20 cas.

Tableau XVI : Répartition des dermatoses d'origine Virale

Dermatoses d'origine virale	Fréquence	%
Verrue	9	30
Zona	7	23,3
Molluscum Contagiosum	5	16,7
Condylome	4	13,3
Maladie de kaposi	2	6,7
Pityriasis rosé de Gibert	2	6,7
Varicelle	1	3,3
Total	26	100,0

Les verrues étaient au nombre de 9 soit 30%.

Les dermatoses parasitaires étaient représentées par la gale avec 100% des cas.

Tableau XVII : Répartition des dermatoses des états d'hypersensibilité

Dermatoses des états d'hypersensibilité	Fréquence	%
Prurigo	20	28,6
Toxidermie	12	17,1
Eczéma	10	14,3
Prurit généralisé	7	10
Dermatite atopique	5	7,1
Dermite de Contact	5	7,1
Urticaire	4	5,7
Lichen	3	4,3
Sclerodermie	3	4,3
Lupus	1	1,5
Total	70	100,0

Nous avons observé 20 cas de prurigo soit 28,6% suivi des toxidermies et l'eczéma soit respectivement 17,1% et 14,3%.

Tableau XVIII : Répartition des dermatoses d'origine tumorale

Tumorales		E.A	%
Bénignes	Chéloïde	6	66,7
	Kyste épidermoïde	2	22,2
Malignes	Carcinome spinocellulaire	1	11,1
	Total	9	100

Les chéloïdes ont été observées chez 66,7% des patients.

Tableau XIX : Répartition des Genodermatoses

Génodermatoses	E.A	%
Ichtyose congénitale	2	28,6
Angiome	2	28,6
Neurofibromatose	2	28,6
Epidermolyse bulleuse congénitale	1	14,2
Total	7	100,0

Il y avait 2 cas d'ichtyose ,2 cas de neurofibromatose soit 28,6% chacun.

**Les dermatoses auto-immunes ont été représentées essentiellement par le Viti-
ligo avec 3 cas : 1,3%.**

Comparaison des Diagnostics retenus après consultation dermatologique avec les différents diagnostics proposés

Tableau XX selon les dermatoses rencontrées

Dermatoses	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Fongique	7	(17,1)	34	(82,9)	41	(18,1)
Bactérienne	12	(30)	28	(70)	40	(17,7)
Virale	9	(30)	21	(70)	30	(13,3)
Parasitaire	0	(0,0)	9	(100)	9	(4)
Des états d'hypersensibilité	15	(21,4)	55	(78,6)	70	(31)
Autres	1	(8,3)	11	(91,7)	12	(5,3)
Tumorale	6	(66,7)	3	(33,3)	9	(4)
Genodermatoses	1	(14,3)	6	(85,7)	7	(3,1)
Cosmétique	0	(0,0)	3	(100)	3	(1,3)
Auto-immune	0	(0,0)	3	(100)	3	(1,3)
Nutritionnelle	0	(0,0)	2	(100)	2	(0,9)
Total	51		175		226	

Nous avons observé 82,9% d'incorrection pour les dermatoses fongiques, 100% d'incorrection pour les dermatoses parasitaires.

Tableau XXI dermatoses d'origine Bactérienne et Mycobacterienne

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Pyodermite	4	(20)	16	(80)	20	(50)
Acné	2	(25)	6	(75)	8	(20)
Erysipele	4	(80)	1	(20)	5	(12,5)
Lepre	0	(0,0)	2	(100)	2	(5)
Tuberculose cutanée	0	(0,0)	2	(100)	2	(5)
Cellulite nécrosante	1	(100)	0	(0,0)	1	(2,5)
Furonculose	1	(50)	1	(50)	2	(5)
Total	12		28		40	

Le diagnostic de pyodermite était incorrect à 80% des cas.

Les différents diagnostics proposés ont été :

1. Pour la pyodermite :

Le diagnostic de « Dermatose » a été formulé 12 fois : 60% ;

La « dépigmentation » 1 fois :5% ;

La « furonculose » a été proposée 1fois 5% ;

Celui de « l'eczéma » une fois : 5% ;

« L'éruption » a été proposée une fois : 5%.

2. Pour l'acné :

Le diagnostic de « Dermatose » a été proposé 3 fois : 37,5% ;

Celui de « l'éruption Cutanée » a été formulée une fois : 12,5% ;

« Les lésions papuleuses », une fois 12,5% ;

« La conjonctivite allergique » a été proposée une fois : 12,5%.

3. Pour l'érysipèle :

« La Plaie chronique » a été proposée soit 20%

4. Pour la lèpre :

Le diagnostic de « Dermatose » a été formulé deux fois avec un Pourcentage égal à 100.

5. Pour la tuberculose :

Le diagnostic de « Dermatose » a été proposée une fois soit 50% ;

« L'ulcération » a été proposée une fois soit 50%.

Tableau XXII : dermatoses d'origine Virale

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Verrue	0	(0,0)	9	(100)	9	(30)
Zona	1	(14,3)	6	(85,7)	7	(23,3)
Molluscum contagiosum	5	(100)	0	(0,0)	5	(16,7)
Condylome	3	(75)	1	(25)	4	(13,3)
Maladie de Kaposi	0	(0,0)	2	(100)	2	(6,7)
Pityriasis rosé de Gibert	0	(0,0)	2	(100)	2	(6,7)
Varicelle	0	(0,0)	1	(100)	1	(3,3)
Total	9		21		30	

Le diagnostic de verrue était incorrect à 100%.

Les différents diagnostics proposés ont été :

1. Pour la verrue :

Le diagnostic de « Dermatose » a été formulé 7 fois avec un pourcentage égal à 77,8%.

La « tache maculaire » a été proposée une fois soit 11,1%

« La cicatrice de furoncle » a été Proposée une fois avec un pourcentage égal à 11,1%.

2. Pour le zona :

Le diagnostic de « Dermatose » a été proposé cinq fois soit 71,42%.

La « lésion papuleuse » a été formulée une fois avec un pourcentage égal à 14,28%.

3. Pour le condylome :

La « dermatose » a été Proposée une fois soit 25%.

4. Pour la varicelle :

« L'éruption Cutanée » a été formulée une fois avec un Pourcentage égal à 100%

5. Pour le pityriasis rosé de Gibert et la maladie de Kaposi : le diagnostic de « Dermatose » a été proposé 2fois, soit 100 pour cent pour chacune de ces dermatoses.

Tableau XXIII : dermatoses d'origine fongique

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	Total	%
			%		
Dermatophytie de la peau glabre	3	(15,8)	16 (84,2)	19	(46,3)
Intertrigo	1	(12,5)	7 (87,5)	8	(19,5)
Dermatite séborrhéique	0	(0,0)	6 (100)	6	(14,7)
Teigne	1	(25)	3 (75)	4	(9,8)
Keratodermie	1	(50)	1 (50)	2	(4,9)
Pityriasis versicolor	1	(100)	0 (0,0)	1	(2,4)
Cryptococcose	0	(0,0)	1 (100)	1	(2,4)
Total	7		34	41	

Le diagnostic de dermatite séborrhéique était incorrect à 100%, celui de la dermatophytie de la Peau glabre était incorrect dans 84,2% des cas.

L'intertrigo a été observé avec 87,5% de Diagnostics incorrects.

Les diagnostics proposés ont été :

1. Pour les dermatophyties :

La « dermatose » a été proposée 14 fois avec un pourcentage égal à 73,7%.

Le « prurit » a été formulé 2 fois soit 10,5%.

2. Pour la dermatite séborrhéique :

« La dermatose » a été proposée deux fois soit 33,2%.

Le diagnostic de « mycose » a été formulé une fois avec un pourcentage égal à 16,7.

« Le vitiligo » a été proposé une fois soit 16,7%.

« L'éruption cutanée » a été proposée une fois avec un pourcentage égal à 16,7%.

« Le prurit » a été formulé une fois soit 16,7%.

3. Pour l'intertrigo :

La « dermatose » a été proposée quatre fois avec un pourcentage égal à 50%.

Le « Prurit » a été formulé 3 fois soit 37,5%.

4. Pour la teigne :

La « dermatose » a été proposée trois fois soit 75%.

5. keratodermie :

La « dermatose » a été formulée une fois soit 50%.

----Pour la Gale (Dermatose parasitaire), le diagnostic proposé était incorrect à 100%

Les différents diagnostics proposés ont été :

La « dermatose » a été proposée 7 fois avec un pourcentage égal à 77,8%.

La « tache prurigineuse » a été formulée une fois soit 11,1%.

Le « Prurit », une fois soit 11,1%.

Tableau XXIV: dermatoses des états d'hypersensibilité

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Prurigo	5	(25)	15	(75)	20	(28,6)
Toxidermie	3	(25)	9	(75)	12	(17,1)
Eczéma	1	(10)	9	(90)	10	(14,3)
Prurit généralisé	4	(57,1)	3	(42,9)	7	(10)
Dermite de contact	0	(0,0)	5	(100)	5	(7,1)
Dermatite atopique	0	(0,0)	5	(100)	5	(7,1)
Urticaire	1	(25)	3	(75)	4	(5,8)
Lichen	0	(0,0)	3	(100)	3	(4,3)
Sclérodermie	1	(33 ,3)	2	(66,7)	3	(4,3)
Lupus	0	(0,0)	1	(100)	1	(1,4)
Total	15		55		70	

La dermite de contact a représenté 100% de non concordance ainsi que la dermatite atopique. Le diagnostic de l'eczéma était incorrect à 90% des cas.

Les différents diagnostics proposés ont été :

1. Pour le prurigo :

La « dermatose » a été proposée 15 fois avec un pourcentage égal à 75%.

2. Pour les toxidermies :

La « dermatose » a été proposée six fois soit 50%

Le « phlyctène » a été formulé une fois soit 8,3%

« L'allergie » a été formulée une fois avec un pourcentage égal à 8,3%.

Les « lésions purpuriques » ont été proposées une fois soit 8,3%.

3. Pour L'eczéma :

La « dermatose » a été proposée 8 fois avec un pourcentage égal à 80%.

La « pyodermite » a été une fois soit 10%.

4. Pour l'urticaire :

Le « prurit » a été proposé trois fois soit 75%.

5. Pour la dermite de contact :

La « dermatose » a été proposée 4 fois avec un pourcentage égal à 80%.

« L'allergie » a été formulée une fois 20%.

6. Lichen :

La « dermatose » a été proposée deux fois soit 66,7%.

La « tache prurigineuse » a été formulée une fois soit 33,3%.

7. Sclérodermie :

La « dermatose » a été proposée deux fois soit 66,7%.

8. Lupus :

La « dermatose » a été formulée une fois avec un pourcentage égal à 100%.

Tableau XXV : dermatoses d'origine Tumorale

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Chéloïde	6	(100)	0	(0,0)	6	(66,7)
Kyste epidermoïde	0	(0,0)	2	(100)	2	(22,2)
Carcinome spino-cellulaire	0	(0,0)	1	(100)	1	(11,1)
Total	6		3		9	

Le diagnostic de Chéloïde était correct à 100%

Pour le kyste epidermoïde ainsi que le carcinome spinocellulaire, le diagnostic de « dermatose » a été formulé.

Tableau XXVI : Genodermatoses

Diagnostics	Corrects	%	Incorrects	%	Total	%
Ichtyose congénitale	0	(0,0)	2	(100)	2	(28,6)
Angiome	0	(0,0)	2	(100)	2	(28,6)
Neurofibromatose de Von Recklinghausen	1	(50)	1	(50)	2	(28,6)
Epidermolyse bulleuse congénitale	0	(0,0)	1	(100)	1	(14,2)
Total	1		6		7	

Le diagnostic d'ichtyose et celui d'angiome étaient incorrect à 100%.

Les différents diagnostics proposés ont été :

1. Pour l'ichtyose, l'épidermolyse et la neurofibromatose : le diagnostic de « dermatose » a été formulé.

2. Pour l'angiome :

La « dermatose » a été proposée une fois soit 50%.

La « tuméfaction » a été formulée une fois avec un Pourcentage égal à 50.

-----Dermatose Auto-immune

Le diagnostic de vitiligo a été incorrect à 100% avec comme diagnostic proposé : « dermatose ».

4. Commentaires et discussion

4.1 Selon la méthodologie

Cette étude a été possible grâce à la création d'un service de dermatologie au sein du CHU de Gabriel Touré et à la collaboration des différents services du dit établissement et des autres structures de santé. Cependant, les contraintes de notre étude ont été l'insuffisance d'études précises qui ont traité notre sujet ; ceci explique souvent l'absence d'éléments pour comparer et discuter les différents résultats.

Les maladies de peau ont été récemment considérées comme un problème de santé publique dans les pays en développement [16]. Elles ont représenté 23,4% en France en 2005[17]

Notre échantillon représente 13,64% de l'ensemble des consultations durant cette période.

Une étude similaire à Marseille en 2009 avait rapporté 5% de l'ensemble des consultations durant une période de trois mois [18]

4.2. Provenance des références

La majorité de nos patients a été référée par les différents services du CHU de Gabriel Touré : La Pédiatrie : 31,9% puis de la gastroentérologie : 29,6%.

Ce résultat s'éloigne de celui d'une étude faite à Marseille en mars 2009 avec 61% des patients en provenance de la médecine, suivi de la gastro-entérologie et de la pédiatrie. [18].

4. 3 Données sociodémographiques

Age

Durant notre étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 1 à 5 ans.

Par contre à Marseille, la majorité des patients était âgé de plus de 60 ans. [18].

Ces résultats s'expliquent par le fait que la pédiatrie du CHU de Gabriel Touré a référé plus de malades et qu'à Marseille, la majorité des malades provenait du service de médecine où prédominent les adultes.

Le Sexe

Le sexe féminin était prédominant avec un sex ratio H/F : 0,73, ce qui diffère de l'étude faite à Marseille avec un sex ratio H/F 1,07. [18]

L'ethnie bamanan a été majoritaire. (Ethnie dominante au Mali).

Les femmes au foyer ont été les plus touchées.

Les patients résidant à Bamako ont été les plus nombreux en raison du lieu d'étude.

Sept patients venaient d'autres républiques dont quatre nigériens.

La commune I du District de Bamako avait une fréquence plus élevée.

Soixante dix sept virgule deux pour cent de nos patients étaient mariés.

Nos patients étaient séropositifs au VIH dans 28,8% des cas. Le VIH1 a été fréquemment rencontré dans notre étude soit 90,8%. Le service de gastro-entérologie du CHU de Gabriel Touré étant l'un des principaux sites de diagnostic et de prise en charge des personnes vivants avec le VIH, ces personnes sont plus susceptibles à développer des dermatoses du fait de leur état immunologique. Ceci pourrait expliquer la fréquence élevée du VIH.

La tranche d'âge la plus affectée a été celle de 36-40ans.

4.4 Résultats cliniques

Pour des avis dermatologiques, 13,64% des patients ont été vus en Consultation.

4.4.1 Les Dermatoses Observées :

Les dermatoses infectieuses constituaient la première cause des motifs de consultation dans notre étude : Bactériennes, parasitaires, fongiques virales, dominées par les dermatoses fongiques suivies des dermatoses des états d'hypersensibilité avec le prurigo en tête.

Même constat fait à Marseille avec comme premier motif de consultation les dermatoses infectieuses, par contre, ils avaient trouvé comme deuxième motif de consultation les dermatoses inflammatoires suivies des dermatoses tumorales. [18]

Les Dermatoses Bactériennes constituaient 17,7% de toutes les Dermatoses dominées par les pyodermites avec 62,5%.

Les dermatoses fongiques ont représenté 18,1% de toutes les dermatoses dominées par les dermatophyties avec 46,4%.

La gale a représenté les dermatoses parasitaires soit 100%.

Les dermatoses virales, nous en avons observé 13,3% de toutes les dermatoses prédominées par les Verrues avec 30%.

Les dermatoses tumorales ont représenté 4% de toutes les dermatoses dominées par les chéloïdes soit 66,7%.

Les genodermatoses ont été observées avec 7 cas soit 3,1% du fait de la fréquence élevée des enfants en consultation.

Le Vitiligo a représenté les Dermatoses auto-immunes avec un pourcentage égal à 1,3%.

4.4.2 Comparaison des Diagnostics retenus après consultation dermatologique avec les différents diagnostics proposés

La non concordance des diagnostics était marquée.

Concernant les dermatoses bactériennes, nous avons recensé en tout 70% de diagnostics incorrects ; parmi lesquels, les pyodermites ont représenté 80% d'incorrections.

Le diagnostic des dermatoses virales a été faux dans 70% des cas, avec une prédominance pour les verrues et les condylomes.

Le diagnostic des dermatoses fongiques était incorrect dans 82,9% des cas avec une prédominance pour les dermatophyties de la peau glabre.

La gale qui a représenté les dermatoses parasitaires, n'a en aucun cas, été correctement diagnostiquée. Le diagnostic de gale méconnu en périphérie interpelle sur la nécessité de formation.

Celui des dermatoses des états d'hypersensibilité, 78,6% d'incorrections ont été observées, dominées par le prurigo avec 75% de diagnostic incorrect.

Le diagnostic des dermatoses tumorales était bon dans 66,7 % et parmi ces dermatoses, les chéloïdes ont été majoritaires avec 100% de diagnostics corrects.

Le diagnostic des genodermatoses était faux dans 85,7% des cas.

Le diagnostic de vitiligo n'était pas du tout évoqué. Le vitiligo, pathologie fréquente selon la littérature. Mais cependant, méconnu en milieu non spécialisé d'où la non spécificité du diagnostic de référence qui a été : dermatose dans 100% des cas.

Conclusion et recommandations

Conclusion

Cette étude a montré l'importance des consultations dermatologiques au sein du CHU Gabriel Touré, l'étude a porté sur les dossiers des patients référés en dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période allant de mai 2008 à avril 2009.

Nous avons procédé à une étude prospective portant sur les données des patients référés en dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Au total 226 patients ont été retenus pour l'étude, 13,64% des consultants ont été référés en dermatologie du CHU Gabriel Touré.

La majorité de nos patients venait du CHU d Gabriel Touré : les services de pédiatrie et de gastroentérologie ont référés plus de malades.

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 1 à 5 ans.

Le sexe féminin était nettement affecté.

Les Bamanans ont été majoritaire dans notre étude.

Les femmes au foyer ont consulté plus.

Les patients VIH positifs étaient au nombre de 65, la tranche d'âge la plus affectée a été celle de 36-40ans.

Les dermatoses infectieuses constituaient les premiers motifs de consultation dominées par les dermatoses fongiques suivies des dermatoses des états d'hypersensibilité dominées par le prurigo.

La concordance des diagnostics pour ces dermatoses était moins bonne pour les pyodermites (20%), la gale (0,0%), et les verrues (0,0%) ; par contre la chéloïde a été bien diagnostiquée.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes

1-Aux Populations

- Les informer, éduquer et conseiller pour les inciter à consulter tôt dans les services de santé.
- Eviter l'automédication.

2-Au personnel de santé

- Qu'ils aient le réflexe de la référence vers les services spécialisés.

3-A la Direction du CHU de Gabriel Touré

- Créer un véritable service de Dermatologie bien équipé avec possibilité d'hospitalisations.

4-Aux Autorités sanitaires et politiques

- Aider la Direction du CHU Gabriel Touré à créer un service de Dermatologie performant et utile pour la population.
- Promouvoir la formation continue du personnel de santé surtout en périphérie : Infirmiers et Médecins.

Les Références bibliographiques

1. Dackouo G.

Etude du rôle de référence des hôpitaux Nationaux et le centre national d'odontostomatologie

Thèse de Médecine Bamako FMPOS 1996 N°10.

2. Maiga B.

Etude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré Thèse de médecine, Bamako 2003-55P ; 39.

3. Conseil d'administration du CNAM : 6eme session.

Rapport Annuel d'activités 2006 et programme opérationnel 2007

4. Traoré B M.

Etude des dermatoses et MST /Sida associés à la lèpre chez les Malades de l'institut Marchoux

Thèse de Med, Bamako 1998 N°4

5. Gentilini M., Duflo B.

Médecine tropicale, Flammarion-Médecine – sciences 4è édition Mai 1990. Pages :247-248, 259,562.

6. Caumes E

La dermatologie tropicale change de visage

Bull soc Pathol Exot, 2003, 96, 5,347-349

Volume20 Issue 1 January 1999, Pages 13-17.

7. Mahé A , Faye O ,Fanello S

Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement.

Bull soc pathol exot, 2003 96 ,5 ,351_356.

8. Clyti E, Sayasone S, Chanthavisouk k, Sisouphane S, Martinez-aussel B, Strobel M.

Notes sur les dermatoses en RDP LAOS.

Bull soc pathol exot. 2007 ; 100 : (3) :205-206.

9. Saurat J H. et coll.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles

Masson 4^{ème} Edition, 2004 Pages : 49-50 ,69-78,101-108 ,110 ,117-118 ,135 ,142-143 ,163-169 ,241-249 ,385-389 ,997.

10. Pitche P,Tchangã walla K

Les Erysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé(Togo) 1997, vol.90, N°3, pp.189-191(16ref)

11. Kodio B.

Fréquence des consultations dermatologiques dans les activités du service de médecine interne de l'hôpital national du point .G de 1997 -2000

Thèse de médecine ; Bamako, 2007-105P ; 39

12. Gathse A, Ibaraj R, Obengui, Moyen G

Chéloïdes géantes post varicelle. A propos d'1 cas.

Bul Soc pathol exot, 2003, 96, 5,401-402.

13. Bélaich S.

Livre de l'interne, dermatologie et maladies sexuellement transmissibles

2è Edition Médecine science Flammarion.2003 pages : 145, 209-213, 328,393-396.

14. Ceulemans, Tennstedt D, Lachapelle J M

La gale humaine : Réalités d'aujourd'hui.

2005, vol124, N°6(57p.)(9ref.)pp. S127-S133

15. Kane A, Niang So, Diagne AC, Ly F, N'diaye B.

Epidemiologic, Clinical and Therapeutic features of acne in Dakar.

Int J Dermatol.2007; 46(1):36-8

16. Mahé A, Cissé IAh,Faye O,N'diaye HT, Niamba P

Skin diseases in Bamako (Mali).

Int J Dermatol.1998.Sept 37(9):673-6

17. Ansart S, Perez L, Vergely O, Danis M, Bricaine F, Caumes E

Illnesses in travelers returning from the tropics the prospective study of 622 Patients.

Voyage J Med.2005.12 (6):312-8

18. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand J-J, Berbis P, GROb J J, M-A-Richard

Evaluation de l'activité hospitalière de consultation liaison en dermatologie à partir d'une enquête prospective multicentrique au sein d'un CHU Français

Annales de dermatologie et de vénéréologie

Volume 136, Numero3

Pages 241-248(Mars2009)

19. Keita A.

Evolution quinquennale (1996-2000) des motifs de consultation dermatologique au CNAM.

Thèse de médecine Bamako ; FMPOS 2008 N°293

20. Simpara D

Etude de l'impact d'une formation dermatologique de courte durée sur la prise en charge des maladies de peau en commune IV, Bamako(Mali)

Thèse de Médecine Bamako 2008

21. Souissi A, Zeglaoui F, Zouari B, Kamoun MR.

A study of skin diseases in tunis. An analysis of 28,244 Dermatological out patient cases.

Acta dermatovenerol Alp panonica Adriat.

2007; 16(3):111-6.

22. Traoré A, Kouetaf Sanou I, Kam kl Dao L, Barro F, Sawadogo N O, Sawadogo AS

Dermatose courante de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical ouaga (Burkina Faso).

Disponible sur : <http://WWW.chu-rouen.fr/chnpo/Annales/pubped9.htm>

23. Sangaré S

Etude des dermatoses inflammatoires et tumorales observées chez les patients vivants avec le VIH sous traitement antirétroviral dans trois centres de Bamako(Mali)

Thèse de Med 187.2004.2005.Mali

24. Niang S O, Kane A, Diallo M, Kane S, Dieng M, N'diaye B

La prévalence des dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar(Sénégal

Disponible sur : <http://ehp.niehs.nih.gov/malimed/2008/5b.pdf>

25. Karthikeyan K, Thappa DM, Jeevankumar B

Pattern of pediatric dermatoses in referral center in south India.

India pediater 2004, 41(4):373-7

26. Lando MJ,Mboua jn,Mboua, Tardy M,Noumsi N,Nzeuseu V,Kouanfack C

Affections cutanéomuqueuses au cours de l'infection à VIH/Sida à l'hôpital central de Yaoundé, Décembre 2003. Disponible sur : http://WWW.gfmer.ch/medical-education-En/cameroon/pdf/Affections_cutanées.pdf.

27. Malle O.

Dermatoses chez les adultes séropositifs au VIH à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 106 CAS

Thèse de Med Bamako 2006 ; 42P

28. Pitche P, Bakonde B, Tdjani O, Tchangaï walla K

Le Prurigo au cours du sida en milieu hospitalier à Lomé : Med d'Afr Noire : 1997,44(1) ; pages 10-12.

Annexe1

Fiche signalétique

Nom : Fofana

Prénom : Ramata Boubacar

Titre de la thèse : les références en dermatologie au CHU de Gabriel Touré.

Année : 2010

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : dermatologie

Résumé

Une étude prospective de douze mois a été menée afin de répertorier les demandes d'avis dermatologiques provenant des autres services médicaux.

Ont été retenus ,226 patients soit 13,64% de toutes les consultations durant cette période. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 1 à 5 ans. Le sexe féminin a prédominé. L'ethnie majoritaire était les bamanans.

Le service de pédiatrie a référé plus de malades (31,9%).

Les dermatoses dominantes ont été celles des dermatoses infectieuses suivies des dermatoses des états d'hypersensibilité.

La concordance des diagnostics était moins bonne pour la pyodermite (20%), la gale(0,0) les verrues(0,0) et les dermatophyties (15,8%).

Mots clés : Dermatose-référence-CHU Gabriel Touré-Mali

Annexe2.

Fiche d'enquête N°

I. Données Sociodémographiques

➤ **Nom**.....

➤ **Prénom**.....

➤ **Age**

Moins d'un 1an De 1an à 5ans

6ans à 10ans De 11ans à 15ans

16ans à 20ans 21ans à25ans

26ansà 30ans 31ans à 35ans

36ans à 40ans 41ans à45 ans

46ans à 50ans 51ans et plus

➤ **Sexe**

Masculin Féminin

➤ **Ethnie**

➤ **Profession**.....

➤ **Provenance** District de Bamako

Région de Kayes Région de Koulikoro

Région de Ségou Région de Sikasso

Région de Mopti Région de Tombouctou

Région de Gao Région de Kidal

Autres

➤ **District de Bamako**

Commune 1 Commune2

Commune3 Commune4

Commune5 Commune6

➤ **Statut Matrimonial**

Célibataire Marié(e)

Monogame polygame

Divorcé(e) Veuf(Ve)

II. Service de la référence

III. Diagnostic proposé

IV. Diagnostic retenu

.....

IV. Données Paracliniques

➤ **Glycémie** élevée Diminuée Normale

➤ **SerologieVIH** Negative Positive

➤ **Bilan Parasitaire** Négatif.. Positif à préciser

.....
.....

➤ **Transaminases** élevées Diminuées Normales

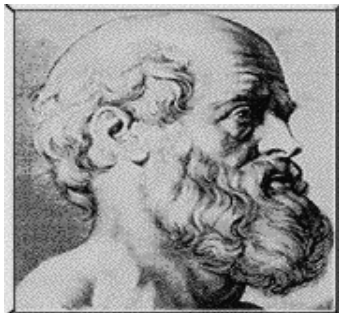
➤ **Azotémie** Normale élevée Diminuée

➤ **prélèvement de Pus** Culture stérile Autre

.....

➤ **Écho doppler** Normale Autre

.....



Serment d'Hippocrate

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

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

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes condisciples si j'y manque.

JE LE JURE

