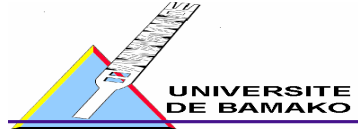


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

N°.....

TITRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
CLINIQUES DU PRURIGO DANS LE
SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU
DE GABRIEL TOURE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.../.../...2010

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

Par MONSIEUR SOW SALA

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

JURY

Président : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membres : Docteur Idrissa Ahmadou CISSE

Directrice : Docteur KONARE Habibatou DIAWARA

DEDICACES

Bissimilahi. Louange à Dieu et à son prophète Mohamed(PSL).A mes grands-parents, d'outre-tombe, que la terre, leur soit légère et que Dieu les accueille en son Paradis Eternel ainsi qu'a tous mes proches qui ne son plus de ce monde.

■ A la mémoire de mon père, Abdoulaye Sow.

Grâce à l'éducation rigoureuse que tu nous as donnée, Tuas su guider nos pas dans la vie. Tu nous as quittés prématurément. Que Dieu t'accorde sa grâce et sa miséricorde Amen.

■ A mes mères,

Hawa Diallo,

Sira Sangaré,

Ce travail est surtout le couronnement de vos nombreux sacrifices. Vous m'avez toujours encourage et soutenu. Reçois ici toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

■ A ma grande mère Souraka Diarra.

Tu ma fait beaucoup de bénédiction, ce travail est une parfaite illustration. Puisse Dieu le tout puissant te garde longtemps.

■ A mes tantes, oncles, autres grands parents,

Vous avez su jouer le rôle de mes parents en présence lointaine. Je m'associe à eux pour vous réitérer leurs remerciements très sincères.

■ Mes frères et sœurs.

Vous avez dû supporter mes absences répétées depuis deux décades. Que Dieu puisse nous rapprocher encore plus. Merci de votre compréhension.

■ A ma famille adoptive.

Grâce à vous, je n'ai jamais perdu la chaleur familiale si douce. Votre hospitalité a été sans pareille. Merci pour tout.

■ A mes cousines et cousins particulièrement Yaya Sow.

Vous avez été pour moi, de vrai frères et sœurs. L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce

travail. Vous resterez pour moi l'image d'une famille d'attente, d'amour et d'entre aide. Que la bénédiction divine vous accompagne Amen.

■ A mes nièces et neveux.

Votre compagnie ma toujours été très agréable. Merci encore pour tout.

■ A mon ami Bacari Kouma.

Que Dieu fasse que tu finisses tes études avec succès aux Etats-Unis.

REMERCIEMENT

Je profite de cette occasion solennelle, pour adresser mes vifs et légère remerciements :

■ A mon ami, le Docteur DoumbiaBassirou pour son affection sa sympathie et son amitié.

■ Au personnel de l'association de santé communautaire de Bozola, Niaréla, Bagadadji(ASACOBONIABA).

■ A mes amis promotionnaires du service : Abdoulaye Cissé, Ramata B Fofana, Saïdou Touré, Yacouba Diarra, Zana Traoré, Youssouf Diarra, Serge Touré, Maïssata Coulibaly, MafingKeïta.

Nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles.

■ A mes cadets du service : Korotoumou Traoré, Abdoulaye M Sanogo, Louis Traoré : En témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail.

■ A mes aînés du service les Docteurs: Dr Oumar Malla, Boubacar Nanakassé, Fousseïni Traoré, Safiatou Idrissa et Djénéba Diagne, pour leur affection.

■ A mes amis d'enfance pour leur amitié.

■ A mon ami Bacari Kouma et sa famille. Vous m'avez toujours apporté votre soutien dans les situations difficiles. Les mots me manquent ici pour vous remercier.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre Maitre et président du Jury

Pr. Abdoulaye Ag Rhaly.

Professeur Titulaire en Médecine interne.

Ancien Directeur général 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 général.**

**Nous sommes honorés que vous ayez accepté de présider le Jury
de notre thèse. C'est le sourire aux lèvres que vous nous avez
toujours habitués et nous n'avons jamais douté que vous aurez
accepté notre proposition. Merci pour tout.**

A notre Maître et Juge

Dr Idrissa Ahmadou CISSE

Maître Assistant en Rhumatologie

**Ancien Maître Assistant en Dermatologie ; en
maladies systémiques**

Praticien hospitalier

Diplômé en médecine tropicale et parasitaire

Diplômé en Endoscopie digestive

Chef du service de rhumatologie du CHU du Point G

Correspondant de SFR

Secrétaire principal FMPOS

**Accepter de juger ce travail nous gratifie car vous l'avez fait
malgré vos multiples occupations. Homme de rigueur vous avez
toujours le souci du travail bien fait.**

**Nous voulons ce jour vous témoigner l'expression de notre
profond respect.**

A notre Maitre et Directrice de thèse

Dr Konaré Habibatou Diawara

Maitre assistant à la FMPOS

Chef de service du CHU de Gabriel Touré

Chère maître; nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce travail.

Vous avez été pour nous une guide éclairé dès notre premier contact.

Avec ce travail vous avez initié et conduit avec dextérité, nous avons su apprécier votre sens de la rigueur, vos qualités humaines et votre esprit d'ouverture. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos exigences. Merci encore chère Maître.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
OBJECTIFS.....	15
GENERALITES.....	17
METHODOLOGIE.....	31
RESULTATS.....	35
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	43
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	47
ICONOGRAPHIE.....	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58

ANNEXES

Fiche signalétique

Fiche d'enquête

Serment d'Hippocrate

Liste des abréviations

C à C : Cuillère à café

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cm : Cuillère mesuré

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

CP : Comprimé

C à S : Cuillère à soupe

E.A : Effectif absolu

E.N.I : Ecole nationale d'ingénieurs

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie

FL : Flacon

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IL : Interleukine

I.I.D.P : Intertrigo inter digito-plantaire

I.S.M : Intertrigo sous mammaire

J : Jour

Kg : Kilogramme

Mg : Milligramme

Mm : Milligramme

OCCGE : Organisation pour la Coopération et la Coordination dans la lutte contre les grandes Endémies

ORL : Otorhinolaryngologie

% : Pourcentage

PRG : Pityriasis Rosé de Gibert

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SP : Sirop VIH : Virus de l'immuno déficience humaine

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Le prurigo est une dermatose inflammatoire récidivante d'aspect clinique polymorphe, non défini cliniquement. Affection fréquente en zone tropicale ; il est marqué par un prurit intense et des lésions papulo-vésiculeuses diffuses de taille variable prédominant initialement sur les faces d'extension des membres (coudes, genoux, dos du pied et des mains), front ; et souvent de distribution symétrique. Ces lésions papuleuses sont associées à des lésions de grattage ; d'excoriations linéaires, de lichénification et des macules hyperpigmentées cicatricielles permettant parfois un diagnostic rétrospectif [1 ; 2].

Les papules œdémateuses vésiculeuses au centre, sont distribuées surtout sur les parties découvertes (membres) mais toutes les localisations sont possibles. Elles sont très prurigineuses et rapidement excoriées, voire secondairement surinfectées (impétiginisation) [3]. Il existe une forme bulleuse.

L'étiologie de l'affection est diversement appréciée :

- Hypersensibilité aux piqûres d'insectes
- Origine infectieuse
- Association à une helminthiase intestinale.

L'évolution est capricieuse, chronique et le traitement est souvent décevant. Cette affection présente plusieurs aspects cliniques dont le prurigo malin observé surtout chez les sujets atteints de VIH particulièrement en zone tropicale [2 ; 3 ; 4].

Le prurigo de l'enfant, lui semble résulter de plusieurs facteurs notamment une hyper sensibilité aux arthropodes favorisée par un terrain atopique probable. Il touche l'enfant de 4 à 5 ans [5 ; 6 ; 7].

L'affection peut être aigue ou chronique. Son étiologie est liée aux parasites touchant essentiellement les enfants d'âge préscolaire ou scolaire entre 1 à 7ans. Depuis l'avènement du VIH, cette affection a connu un regain d'intérêt.

En effet dans sa forme chronique chez l'adulte, elle est hautement évocatrice de l'infection à VIH signalée dès 1986 en Haïti et en Afrique [8].

De toutes les affections cutanées, le prurigo est incontestablement la plus spécifique du SIDA en zone tropicale. De diagnostic facile, essentiellement clinique, sa valeur prédictive positive pour l'infection à VIH est de 70% en Afrique [9].

Selon des études faites au Mali 2007[10 ; 11] la prévalence du prurigo au cours du SIDA était respectivement 25,1% et 30,1%.

Préciser les caractéristiques du prurigo, dans le Service de dermatologie du CHU de Gabriel Touré de Bamako est l'objectif principal de l'étude.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Etudier le prurigo dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Identifier le profil épidémiologique des patients atteints de prurigo;
- Décrire les différents aspects cliniques ;
- Identifier les différents facteurs favorisant le prurigo ;
- Recenser les différentes dermatoses associées ;

GENERALITES

II - GENERALITES :

2.1-Définition-Nosologie :

Le terme de prurigo est universellement utilisé, pourtant il ne correspond pas aux entités clairement définies sur le plan clinique histologique ou étiologique. Il s'agit toujours d'une dermatose prurigineuse excoriée et il est souvent difficile d'affirmer lorsqu'on examine le malade, qu'une lésion préalable existait avant le grattage ou si c'est celui-ci qui à entièrement provoqué des lésions excoriées [1 ; 3 ; 7].

2.2-Intérêt :

Le prurigo est une dermatose fréquente au Mali. Il est au 3eme rang selon le registre de consultation en dermatologie au CHU (Gabriel Touré) après l'eczéma et les mycoses.

2.3- Histologie de la peau :

La peau est une enveloppe de revêtement de l'organisme.

Poids : 4 Kg ; Epaisseur : 0,5 à 5 mm

Elle est constituée de l'extérieur vers l'intérieur par 3 régions distinctes.

2.3.1-L'épiderme :

L'épiderme est un épithélium malpighien pluristratifié composé de 5 couches cellulaires, la majorité étant des kératinocytes. Il comporte de l'extérieur vers l'intérieur :

- La couche cornée : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse, comporte des cellules cornées qui sont dépourvues de noyaux.
- La couche claire : est formée d'une seule assise de cellule kératinocytaire très aplatie et d'aspect claire en microscopique.
- La couche granuleuse : comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvre en mitochondries. Ce sont des kératinocytes à noyaux désintégrés en granule.

- La couche épineuse ou corps muqueux de malpighie :c'est la couche plus épaisse,elle comporte 3 à 10 assises de cellule polygonale qui sont les kératinocytesmalpighien.Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.En profondeur elles sont polyédriques et pourvues de filaments d'attache appelésdesmosomes épine d'union.
- La couche basale ou germinatrice :c'est la couche la plus profonde de l'épiderme, elle estformée d'une seule assise de cellule cuboïde reposant sur une membrane basale.Cette couche germinatrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basale s'intercalent les cellules responsables de la mélanogénèseappelées les mélanocyteset les cellules de langerhans qui représentent la sentinelle immuno – allergique.

2.3.2- Le derme : Tissu fin,richement cellulaire,réseau de collagène de plus en plus dense vers la profondeur.Deux étages :

- Le derme superficiel dans les papilles dermiques + mince bande collagène sous – papillaire.
- Le derme réticulaire :c'est un étage moyen et profond du derme, tissu élastique du derme papillaire, lame discontinue parallèle à la lame basale ponctuée de globe élastique au niveau de la face et des extrémités et de fine arborisation en brosse vers la basale :phénomène de vieillissement cutané.C'est aussi un vaisseau sanguin et lymphatique des nerfs et des terminaisons nerveuses sensibles et annexes cutanées.

2.3.3-Hypoderme : Il est présent partout excepté les paupières, les oreilles et les organes génitaux externes masculins.Tissu conjonctivo – graisseux avec des lobes subdivisés en lobule graisseux, il sépare le derme des plans aponévrotiques ou périostés ou du tissu cellulo – graisseux sous cutanés.

2.4-Les annexes cutanées épidermiques :Elles comportent les follicules pilo - sébacées ;les glandes sudorales ; et les ongles.

2.4.1-Les follicules pilo-sébacés :Constituent une unité physiologique comportant le poil dans son follicule et la glande sébacée qui se forme à partir

d'une invagination de la gaine folliculaire externe du follicule pileux embryonnaire. Elles se présentent sous forme de sac accolé au follicule pileux.

2.4.2- Les glandes sudorales : sont de deux types qui sont les éccrines et les glandes apocrines.

- Les glandes éccrines : elles sont les plus nombreuses (trois millions environs) formées par un peloton sudoripare situé dans la région hypodermique qui se prolonge par un tube excréteur. La sécrétion sudorale (sueur) est formée de 99% d'eau plus des constituants plasmatiques. Elles sont surtout les téguments et plus denses dans la région palmo-plantaires, les aisselles et le front.
- Les glandes apocrines : sont localisées surtout dans les régions axillaires et ano-génital. Les produits sécrétés s'éliminent par un canal excréteur qui débouche dans l'entonnoir folliculaire d'un poil axillaire ou génital.

2.4.3- Les follicules pileux : comme son nom l'indique représente le poil dans son follicule. Le poil comporte 3 parties de bas en haut :

Une partie vivante appelée bulbe responsable du revêtement pileux, une partie isthmique et une 3ème partie appelée tige formée de cellule cornées mortes.

2.4.4- les ongles : la face cutanée dorsale de chaque doigt et de chaque orteil, forme une annexe très spécialisée, l'ongle qui a des fonctions multiples : protection, plan fixe de contrepression dans la sensibilité pulpaire tactile, prise fine, rôle agressif ou esthétique.

2.5-Architecture :

Macroscopiquement, on décrit à l'ongle 2 parties : une partie visible, le corps de l'ongle ou limbe et une partie cachée sous un repli cutané, la racine. La lunule est la partie blanchâtre du limbe située au voisinage de la racine ; elle est particulièrement bien développée au niveau des pouces. La peau qui recouvre la racine de l'ongle est appelée bourrelet unguéal et son extrémité libre très kératinisée éponychium ou cuticule alors que la région située sous le bord libre de l'ongle est l'hyponychium.

2.6-Microscopie optique :

Sur une coupe longitudinale, on distingue de haut en bas :

- le plateau unguéal qui est l'équivalent de la couche cornée de l'épiderme inter folliculaire et est constitué de cellules cornifiées,
- puis le lit unguéal qui est un épithélium pavimenteux stratifié,
- puis le derme qui en avant de la lunule, au niveau de la zone rosée, est directement et fermement attaché au périoste de la phalange distale par des travées conjonctives denses, verticales.

En arrière, la racine de l'ongle s'enfonce profondément dans le derme pour pratiquement atteindre l'articulation inter phalangienne distale.

En avant, l'épiderme du lit unguéal est en continuité avec celui du bout du doigt. Cette portion qui n'est pas recouverte par l'ongle est dénommée sole.

La croissance de l'ongle se fait par prolifération et différenciation de l'épithélium de la racine et de la lunule de l'ongle, encore appelée matrice de l'ongle.

La partie proximale de la matrice produit le tiers supérieur de l'ongle ; les deux tiers inférieurs sont issus de sa partie distale. La matrice produit le plateau unguéal à la vitesse de 1 mm/semaine aux mains et 0,25 mm aux pieds. Ensuite, ce plateau glisse en avant sur le reste du lit unguéal qui ne participe pas activement à la croissance de l'ongle.

Témoignant de son activité prolifératrice intense, l'épithélium de la matrice de l'ongle est plus épais que celui du reste du lit unguéal. Il présente des crêtes épidermiques marquées et une couche granuleuse.

STRUCTURE DE LA PEAU

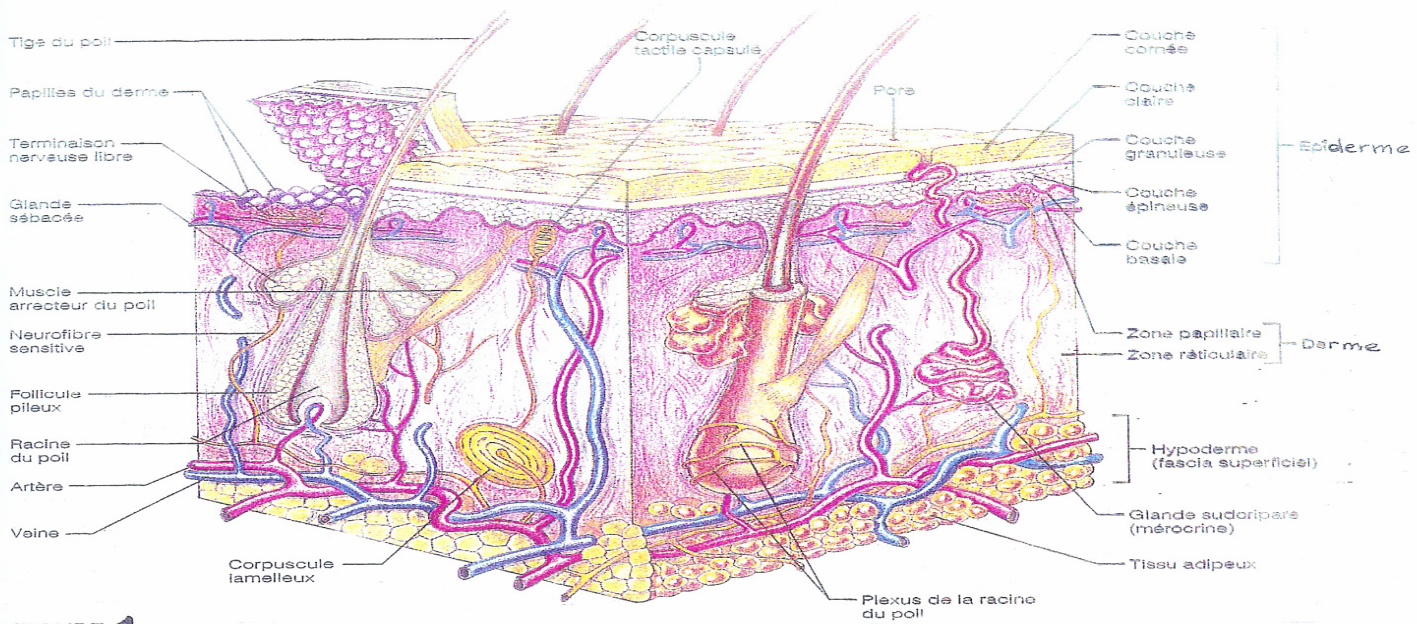


FIGURE 1
Structure de la peau. Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

Tiré de Anatomie et physiologie humaine,
Elaine N Maried, 4^e édition ; 1999.

2.7-Historique :

Hébra partant de son étude a créé la notion de papule en tant qu'une lésion élémentaire et primitive du prurigo. Il isola, du groupe confus des lichens, son prurigo qu'il considéra comme une affection cutanée autonome. Par la suite Tommasoli identifia la séropapule du prurigo aigu, et l'assimila à la papule décrite par Hébra : d'où la confusion qui devait régner dans le groupe de prurigo [8].

Le terme de prurigo est mal défini. C'est un terme issu du bas Latin signifiant démangeaison. Il caractérise des dermatoses causes ou conséquences d'un prurit et se manifeste essentiellement par des lésions de grattage [6].

2.8-Classification :

Il est classique de distinguer :

✓ Le prurigo aigu dont la lésion élémentaire est une séropapule parfois très inflammatoire pouvant aller jusqu'à la formation de bulle. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à des arthropodes de l'environnement, véhiculés notamment par des animaux domestique. Ces prurigo surviennent surtout chez l'enfant et sont décrits avec les parasitoses [7].

✓ Le prurigo subaigu qui se traduit par des lésions si rapidement excoriées qu'il est impossible d'identifier la lésion élémentaire. Les lésions excoriées se situent sur haut du dos ; le visage ; le cuir chevelu ; le cou ; les lombes et les fesses, région facilement accessibles au grattage. Elle donne lieu à des cicatrices dépigmentées [7].

✓ Le prurigo chronique se caractérisant comme la forme (avec laquelle les limites sont floues) par des papules excoriées qui siègent cependant de préférence sur la face d'extension des membres, le haut du tronc et les fesses [7].

2.9-Physiopathologie :

Le mécanisme de formation des lésions a bien été précisé par les études en microscopie électrique et optique on observe successivement:

- ✓ Une acantholyse initiale par rupture des desmosomes responsable de la vésicule primordiale.
- ✓ Et un infiltrat lymphocytaire au début péri vasculaire migrant secondairement dans l'épiderme.

Sur un autre plan on pense que ces réactions locales résultent de l'injection de substances irritantes contenues dans la salive de l'insecte piqueur mais peuvent également traduire l'existence d'une sensibilisation allergique au composant antigénique de la salive de l'insecte [8]

2.10- Etiopathogénie :

L'étiopathogénie du prurigo est encore mal connue ; le fait qu'il soit presque exclusivement rencontré au cours du sida tropical suggère d'emblée d'influence probable des facteurs environnementaux propre à cette région [9].

Cette sensibilisation peut se traduire par une réaction urticarienne, œdémateuse immédiate et par une réaction d'hypersensibilité retardée caractérisant le prurigo ectoparasitaire ou strophulus.

2.11- Etude clinique :

2.11.1- Type de description : Le prurigo strophulus.

Il touche l'enfant de quatre à sept ans. Les papules œdémateuses vésiculeuses au centre, sont distribuées surtout sur les parties découvertes (membres) mais toutes les localisations sont possibles. Elles sont très prurigineuses et rapidement excoriées, voire secondairement surinfectées (impétiginisation) [5 ;6]. Il existe une forme bulleuse.

L'évolution est souvent chronique et récidivante l'année suivante.

L'importance du grattage donne des lésions cicatricielles déprimées et/ou pigmentées. L'origine est une hyperergie (acariens) [1].

La topographie des lésions est ubiquitaire et dépend des habitudes de l'insecte piqueur. En général il s'agit des membres.

Le prurigo au cours de l'infection à VIH doit être différencié d'une part du prurigo strophulus qui est une affection qui atteint essentiellement les enfants et qui disparaît avec l'âge[9].

Le diagnostic est souvent difficile en cas de forme bulleuse ou impétiginisée.

2.11.2- Les formes cliniques :

a- Prurigo aigu :

La lésion élémentaire est une seropapule parfois très inflammatoire pouvant aller jusqu'à la formation de bulle. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité aux arthropodes de l'environnement véhiculés notamment par des animaux domestiques. Ces prurigos surviennent surtout chez l'enfant. On ne les confondra pas avec une gale, la pédiculose, une dermatite herpétiforme, une urticaire. Certains prurigos d'allure aiguë peuvent correspondre à des réactions cutanées aux médicaments ou être contemporains d'un lymphome hodgkinien ou d'un sida [7].

b- Prurigo subaigu :

Il se caractérise par des lésions si rapidement excoriées qu'il est impossible d'identifier la lésion élémentaire (si elle existe). Ainsi certains cas sont-ils considérés comme des excoriations névrotiques. Les lésions excoriées se situent sur le haut du dos, le visage, le cuir chevelu, le cou, les lombes et les régions facilement accessibles aux grattages.

Elles donnent lieu à des cicatrices dépigmentées. Les paumes et les plantes sont toujours épargnées[7].

c- Prurigo chronique :

Il se caractérise comme la forme subaiguë (avec laquelle les limites sont floues) par des papules excoriées qui siègent cependant de préférence sur la face d'extension des membres le haut du tronc et les fesses. Là encore paumes et

plantes sont épargnées. L'affection prédomine chez les femmes plus âgées entre 40 - 60ans et dure des années. L'aspect histologique n'est pas spécifique montrant une excoriation bordéehyperkératose, d'acanthosemodérée, un infiltrat péri vasculaire et périfolliculaire lymphocytaire avec quelques éosinophiles [7].

2.11.3-Forme sémiologique :

- Vésiculeuse
- Bulleuse
- Impétiginisée
- Cicatricielle
- Papuleuse

2.11.4-Formes topographiques :

- Mains pied : leslésions sont uniquement localisées aux niveaux des membres.
- Diffuse : Encore appelée les formes généralisées

2.11.5-Forme compliquées :

- Eczématisation
- Impétiginisée

2.12-Diagnostic positif :

Le diagnostic positif repose sur la clinique qui est caractérisée par une éruption aigue faite de seropapule reposant sur une base érythématourticarienne souvent très apparente,on repère des lésionsmicro pustuleuses dont le centre devient micro vésiculeuse en 24-48 heures .Ce stade vésiculeux est souvent fugace et fait place à des lésions soit suintantes soit excoriées soit croûteuses.

Le prurit est habituel

La topographie évocatrice : membres, ceinture et l'abdomen respectant le visage et le thorax.

Le diagnostic peut cependant être difficile en cas de forme bulleuse ou impétiginisé.

2.13-Diagnostic différentiel :

2.13.1-Acrodermatite papuleuse infantile (syndrome de Gianotti – Crosti) : c'est une éruption monomorphe de l'enfant jeune, durable (plus de 10 jours) comme son nom l'indique dans la forme la plus typique la lésion élémentaire est une papule plane érythémateuse ou couleur de la peau à surface lisse mesurant 2-10 mm de diamètre.

La topographie sur la face d'extension des membres ; des fesses ; de la face et du cou avec respect habituel du tronc est très caractéristique [7].

2.13.2Varicelle :

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

Après une incubation de 14 jours d'environ ; l'invasion est discrète, brève avec fébricule et malaise générale. L'éruption, siège au tronc et la partie proximale des membres, au cuir chevelu, au visage et plus discrètement dans la cavité buccale. Elle est plus ou moins profuse : de quelques dizaines à plusieurs centaines d'éléments survenant en 3 à 4 poussées de vésicules de petite taille isolées, chacune reposant sur une macule rosée, survenant en 3 à 4 poussées de vésicules de petite taille isolées, chacune reposant sur une macule rosée, s'obliquant au centre avant de dessécher puis de former une croûte. Cette dernière phase est largement prurigineuse [7].

2.13.3-Impétigo bulleux :

Infection cutanée très contagieuse et superficielle. Il est traditionnel de décrire des formes streptococciques ; staphylococciques ou mixtes.

Le tableau clinique est en général celui d'érosions bulleuses, des croûtes jaunâtres, mélicériques, adhérentes à bords érythémateux parfois légèrement décollés.

Le siège chez l'enfant est surtout au visage au tour du nez et de la bouche. Il peut diffuser : les mains, les pieds sont cependant rarement atteints [8].

2.13.4-Le lichen :

Il est caractérisé par des papules de couleur brunâtre ou violine recouvertes de petites stries blanchâtres en réseau. Ces papules prédominent à la face antérieure des poignets ; des avant bras ; des coudes ; des genoux de la région lombaire de façon symétrique. Elles sont fermes [12].

2.14- Diagnostic étiologique :

Il est impératif d'éliminer une cause [13]

- Hématologiques : lymphome hodgkinien, maladie de Waldenström...
- Néoplasie profonde.
- Réactions médicamenteuses
- Cholestase : cirrhose biliaire primitive, hépatite virale, adénocarcinome de la tête du pancréas
- Causes endocriniennes : diabète, dysthyroïdie
- Parasitoses.

2.15-Traitement :

2.15-1-Bilan pré thérapeutique

- Transaminases hépatiques et gamma GT
- Glycémie à jeun
- Recherche de POK dans les selles
- Sérologie VIH

2.15-2 - But :

- De soulager le malade
- De faire disparaître les lésions
- D'éviter les complications et récurrences

2.15-3- Moyens :

a-Moyen spécifique

- Déparasitant topiques :

Crotamiton : Eurax ou Prurex sous la forme crème de 10 à 15 gramme

Posologie : une application biquotidienne par jour.

- Les dermocorticoïdes : topique

Les dermocorticoïdes topiques qui sont utilisées pour faire disparaître les tâches.

Il s'agit essentiellement :

-Première classe : Propionate de clobetasol (Dermoval, Diproléne)

Il se présente sous la forme crème ou pommade de 15 à 30 grammes

- Deuxième classe : Corticoïdes fluorés les plus utilisés :

Betaméthasone (Betneval, Diprosone).

Corticoids non fluorés: (Locatop)

- Troisième classe : Moyennement puissant illustrée par le Desonide (Locapred)

- Quatrième classe : Classe faible illustrée par l'hydrocortisone (Hydrocort)

Ils sont utilisés sous la forme crème ou pommade.

Leur fréquence d'utilisation serait d'une application biquotidienne sur les lésions.

Leur effet secondaire est essentiellement l'atrophie cutanée.

b-Traitement adjuvant :

- Les antihistaminiques : indique dans les cas de prurit exacerbant. Ils sont

- Hydroxyzine (Atarax) se présente sous la forme de comprimé doses à 25 milligrammes ou de sirop dosé à 400 milligramme (1C à C : 10 mg ; 1C à S : 40 mg).

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

Chez l'adulte 25 à 75 mg /j soit 1CP et demi par jour

6 – 12 ans 1Cp de 2mg/j

- Loratadine(Tirlor) : Cp de 10 mg, 1Cp /j

- Cetrizine et ses dérivés(Zyrtec ; Xyzall) : respectivement Cp de 10 mg et 5 mg

Posologie : 1Cp /j

- Les antibiotiques : Ils sont indiqués dans le cas de surinfection.

Toutes les classes d'antibiotiques peuvent être utilisées.

- L'amoxicilline : géluledosé à 500 mg, Posologie 2gel 2fois/j chez l'adulte.

Sirop dosé a 250 mg, posologie : 50 à75 mg /j chez l'enfant.

- L'érythromycine : Cp dosé à 500 mg posologie 2Cp 2 fois/j chez l'adulte

L'antibiotique est utilisé pendant une semaine au moins.

- Mesurespréventives

Protection des parties découvertes

Dormir sous moustiquaire

La lutte contre les vecteurs

METHODOLOGIE

III -Méthodologie :

3.1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel Touré. Hôpital situé en plein centre ville limité à l'EST par le quartier Medina Coura à l'OUEST par l'ENI et le quartier Dar- Salam, au sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire.

Le CHU est organisé en 7(sept) départements comprenant 26(vingt-six)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 des services Médico-Techniques ;
- Le département de Pédiatrie ;

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

3-2 Local :

Le service de Dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la Chirurgie. Ce CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- un sous sol réservé pour le parking
- rez de chaussée où nous avons le bureau des entrées, les box de consultation traumatologie et de médecine : gastroentérologique, cardiologique, diabétologique.
- Le premier étage est réservé aux consultations : pédiatriques, ORL, dermatologique, gynécologique, chirurgicale.

-Au deuxième étage se trouvent les bureaux des médecins dont celui du dermatologiste.

-Le troisième étage et le reste est réservé à l'administration. Récemment un service d'urgence chirurgical a été construit dont l'ouverture officielle a eu lieu le 26 mars 2008.

3.3-Population cible :

Elle est constituée par tous les consultants du CHU Gabriel Touré vus en dermatologie pendant l'intervalle du 19 Mai 2008 au 31 Décembre 2009.

3.4-Type d'étude :

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive de tous les cas de prurigo dans le service du 19 Mai 2008 au 31 Décembre 2009

Population d'étude.

Tous les patients vus en consultation dermatologique pour prurigo, quelque soit l'âge, le sexe et la provenance.

3.4.1-Critères d'inclusion :

■ A été inclu, tout patient, présentant des lésions cutanées, prurigineuses, localisées ou diffuses, sous forme de papules, vésicules, bulles et/ou nodules ; patient vu en consultation dermatologique pendant la période de notre étude.

■ Le consentement libre et éclairé du patient ou du tuteur a été obtenu.

3.4.2-Critère de non inclusion :

■ Tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

3.5-Collecte des données :

Chaque patient a subi :

-Un interrogatoire permettant de recueillir les données sociodémographiques.

-Un examen dermatologique, à la recherche de lésions cliniques.

Chacun a reçu des demandes d'examen complémentaires à la recherche d'étiologies et/ou de pathologies associées.

3.6-Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur WORD 2007 et analysées sur EPI INFO 6.0.

3.7- Considération éthique et réglementaire :

- Consentement éclairé de l'accompagnant, ou accord du patient obtenu.
- Anonymat et confidentialité des données recueillies observées.
- Secret médical conservé.
- Accord du CHU.
- Publication,diffusion des résultats obtenus.
- Bonne pratique médicale (BPM) respectée.

RESULTATS

IV -RESULTATS :

Sur un total de 3140 consultations dermatologiques nous avons inclus 158 patients pour prurigo durant la période d'étude [du 19 Mai 2008 au 31 Décembre 2009] soit 5,03% de consultation pour prurigo. Les patients étaient âgés de 3mois à 70ans.

4.1- Résultats sociodémographiques**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge**

Tranches d'âge	E.A	Pourcentage
0 – 5 ans	53	33,54
6 – 10 ans	13	8,22
11 – 15 ans	19	12,02
16 – 20 ans	16	10,12
21 - 25ans	13	8,22
26 – 30 ans	8	5,06
31 – 35 ans	8	5,06
36 – 40 ans	6	3,8
41 – 45 ans	10	6,33
46 – 50 ans	4	2,53
51 et plus	8	5,06
Total	158	100

L'âge moyen des patients était de 18,4 ans \pm 17,3 avec des extrêmes de 3 mois et 70 ans.

La tranche d'âge 0-5ans est la classe modale **33,54%**.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	E.A	Pourcentage
Masculin	70	44,30
Féminin	88	55,7
Total	158	100

Le sexe ratio M/F était de **0,8%**.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	E.A	Pourcentage
Sans emplois	53	33,54
Elève/Etudiant	50	31,64
Femme au foyer	22	13,92
Cultivateur	10	6,33
Commerçant	8	5,06
Fonctionnaire	5	3,16
Ouvrier	3	1,9
Tailleur	2	1,26
Coiffeur	2	1,26
Hôtelier	2	1,26
Marabout	1	0,63
Total	158	100

Les sans emplois ont représenté (**33,54%**).

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	E.A	Pourcentage
Bamanan	55	34,81
Soninké	31	19,62
Peulh	23	14,55
Malinké	14	8,86
Dogon	7	4,43
Bobo	4	2,53
Sonrhäï	3	1,19
Maure	3	1,19
Bozo	3	1,19
Sénoufo	3	1,19
Touareg	2	1,26
Kassonkhé	2	1,26
Diawando	2	1,26
Minianka	1	0,63
Kakolo	1	0,63
Dafing	1	0,63
Autre	3	1,19
Total	158	100

Le tiers de nos patients était des bamanans avec **34,81%**.

Tableau V : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	E.A	Pourcentage
Bamako	128	81,01
Kayes	3	1,19
Koulikoro	10	6,33
Sikasso	6	3,8
Ségou	4	2,53
Mopti	4	2,53
Tombouctou	2	1,26
Autre[Nigerien,Nigerian,Ivoirien]	3	1,19
Total	158	100

Les patients résidaient à Bamako dans **81,01%** des cas.

Tableau VI: Répartition des patients dans le district de Bamako

Commune	E.A	Pourcentage
Commune I	31	24,22
Commune II	24	18,75
Commune III	13	10,15
Commune IV	11	8,59
Commune V	19	14,84
Commune VI	30	23,43
Total	128	100

Les patients provenaient surtout de la commune I avec **24,22%** des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	E.A	Pourcentage
Primaire	47	29,74
Secondaire	25	15,82
Supérieur	21	13,29
Non scolarisé	65	41,14
Total	158	100

Nous avons recensé 65 patients non scolarisés soit **41,14%** des cas.

4.2- Résultats cliniques :

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'aspect de la lésion

Aspect de la lésion	E.A	Pourcentage
Papule excoriée	55	34,81
Cicatrice	44	27,85
Croute	18	11,39
Papule	15	9,49
Vésicule	14	8,86
Bulle	12	7,59
Total	158	100

Les papules excoriées étaient présentes chez 55 de nos patients soit **34,81%**.

Tableau IX : Répartition des patients selon la topographie de la lésion

Topographie de la lésion	E.A	Fréquence
Membres inférieurs	147	93,04
Membres supérieurs	139	87,97
Visage	26	16,45
Tronc	24	15,18

Les membres inférieurs ont été atteints chez 147 patients : soit **93,04%**.

Les membres supérieurs chez 139 patients soit **87,97%**.

Tableau X : Répartition des patients selon la dermatose associée

Dermatose associée	E.A	Pourcentage
Candidose buccale	32	29,35
Scabiose	15	13,76
Impétigo	12	11
Dermatophytose	10	9,17
Intertrigo	9	8,25
Dermatite seborrheique	7	6,42
Zona	6	5,50
Teigne	6	5,50
Dermatite atopique	4	3,67
Lichen	3	2,75
Autres*	6	5,50
Total	110	100

La candidose buccale a représenté **29,35%** des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le statut sérologique du VIH

Sérologie VIH	E.A	Pourcentage
Positive	27	77,14
Négative	8	22,86
Total	35	100

La sérologie VIH1 était positive chez 27 patients soit **77,14%**.

Dans notre série il n'y a pas eu de cas de VIH2 soit 0%.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A-Méthodologie :

1-Cadre de l'étude : L'Hôpital Gabriel Touré est un CHU situé en plein centre de Bamako. Il est l'un des principaux sites pour le diagnostic et la prise en charge des affections dermatologiques au Mali. Il est en pleine rénovation avec un nouveau bâtiment pour les consultations externes, un nouveau service d'Urgences bien équipé : tous les deux déjà fonctionnels et un nouveau bloc chirurgical.

2-Lieu d'étude :

Cette étude a été possible :

- d'une part, grâce à la réouverture du service de Dermatologie après 15 ans de fermeture au sein du CHU Gabriel Touré ;
- d'autre part, à l'étroite collaboration entre les différents services du CHU.

3-Méthode :

Les malades provenaient de toutes les régions et du district de Bamako (excepté Gao et Kidal).

4-Limite de l'étude :

Nous avons recensé quelques difficultés aux cours de ce travail :

- Certains patients n'ont pas été vus avec les résultats des examens para cliniques.
- Mauvaise observance du traitement.

B-Résultats :

Au total nous avons trouvé 3140 patients dans le service de dermatologie de l'hôpital Gabriel Touré du 19 Mai 2008 au 31 Décembre 2009.

Nous avons recensé 158 cas de prurigo soit 5,03%.

1-Données Socio Démographiques :

-La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 0- 5 ans (33 ,54%). Au cours de notre étude, notre population était relativement jeune d'âge préscolaire ou scolaire. Cet âge relativement fréquent pourrait s'expliquer par l'immaturation du système immunitaire.

Ce fait a été signalé par d'autres en 2008 et 2006 [1 ; 13].

Ce résultat est comparable à d'autres études effectuées, au Mali, à Lomé, au Sénégal en ; 2008 ;1997 et 2008[8 ;9 ; 16] ; mais supérieur à une étude effectuée àAddis-Abeba en 1998 [17] avec 2%.

Au Mali en 2000 [18]40% de cas de prurigo ont été observé.

Le sexe Ratio 0,8a été en faveur du sexe féminin. Cette prédominance féminine pourrait être expliquée par l'aspect inesthétique des lésions, les incitants à la consultation.Selon Sissoko[8] la prévalence est quasi pareille 0 ,82 (50/61) en faveur du sexe féminin. Contrairement à celle de Sangaré en 2005[21] 1,06 en faveur du sexe masculin. Ce résultat est similaire à celui constaté à Abidjan en 2008 et 2001[1 ; 2].

- L'ethnie Bamanan a été la plus nombreuse (34,81 %).La forte représentativité des Bambara dans notre étude s'explique par la prédominance l'ethnie au lieu d'étude.[10 ; 11].

-La plupart de nos malades résidaient à Bamako avec 81,01%.Celle-ci pourrait s'expliquer par la présence de l'unité de dermatologie à Bamako [11].

-Les sans emplois ont été les plus représentatifs (34,54 %).

- Les patients non scolarisés représentaient 41,14% cela explique par une grande majorité d'enfants. Ce résultat est similaire à une étude faite au Mali en 2007 [7].

2- Données cliniques :

-Les membres inférieurs ont été atteints dans 93,04% ; les membres supérieurs dans 87,97% des cas.

Ceci est dû au fait que les membres sont plus exposés aux piqûres d'insectes ; puis le visage.

Ce résultat est comparable à celui de Sissoko [8].

- Nous avons observé 34,81 % de papules excoriées.

- Dans notre série, la sérologie VIH1 est positive chez 27 de nos patients soit 77,14%. Il n'y a pas eu des cas de séropositivité au rétrovirus VIH2.

Ce résultat est comparable à celui obtenu par d'autres au Mali à Yaoundé et au Gabon [8;14 ; 15].

Par contre au Benin et en Tunisie [19 ; 20] le taux était plutôt supérieur.

Par ailleurs nous n'avons pas jugé opportun de demander la sérologie VIH chez 123 patients, puisque leurs tableaux cliniques ne présentaient aucun signe de gravité nécessitant cette demande ; parmi ces 123 patients, 85 étaient des enfants ; le prurigo est une dermatose de l'enfance, hormis la séropositivité.

Le prurit était présent chez tous nos patients c'était le constat de Sissoko aussi [8].

Nous avons recensé 17 cas (29,35%) de cas de candidose buccale, dont tous étaient séropositifs au VIH. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Pitche [22] qui est de 25%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI -Conclusion :

Le prurigo représente 5,03% des consultations dermatologique et prurit en est le principal motif.

Le prurigo atteint les deux sexes.

La tranche d'âge 0-5 ans a été la plus touchée avec 33,54% de même que le sexe féminin.

Le siège du prurigo peut être local ou généralisé et prédomine aux membres.

Les papules excoriées étaient les manifestations cutanées les plus représentées.

Le prurigo était présent chez les patients séropositifs au VIH et le diabète non associé.

VII -Recommandations :

□ A la population :

Consulter rapidement.

Eviter l'automédication.

La protection contre les insectes.

Informé, éduquer, sensibiliser les populations(IES).

□ Aux personnels de santé :

Avoir le réflexe de la référence devant tout prurit trainant avec ou sans lésion de grattage.

□ Aux autorités sanitaires :

.Formation du personnel

. Décentraliser et vulgariser les soins dermatologiques par la création d'un service de Dermatologie dans toutes les Aires de santé du MALI.

. Optimiser le fonctionnement du service de Dermatologie avec le démarrage effectif des hospitalisations au CHU de l'hôpital Gabriel Touré.

. Doter le service d'un laboratoire d'histopathologie cutanée adapté.

ICONOGRAPHIE

Photo1



Prurigo lichénifié des membres inférieurs: Photo du Dr Konaré H.D

Photo 2



Prurigo cicatriciel des membres inférieurs : Photo du Dr Konaré H.D

Photo 3



Prurigo ulcéro-croûteux des membres inférieurs : Photo du Dr Konaré H.D

Photo 4



Prurigo bulleux des membres inférieurs : Photo du Dr Konaré H.D

Photo 5



Prurigo impétiginisé des membres supérieurs : Photo du Dr Konaré H.D

Photo 6



Prurigo papuleux des

membres inférieurs : Photo du Dr Konaré H.D

Photo 7



Prurigo excorié des 4 membres: Photo du Dr Konaré H.D

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1- AHOGOC ; SANGARE A ; YOBOUE P ; BAMBAMBA V ; KALOGA M ; GBERY I ; KANGA JM ; SOCADJO T.

Aspects épidémiologiques et étiologiques sur peau noire à Abidjan, Côte d'ivoire.

Centre de dermatologie du CHU Treichville Abidjan, Côte d'ivoire.

MédAfri Noire 2008-55(6).

2- SANGARE A;KACOU D.E; YOBOUE P; GBERY I; AKA B; ECRA E; BAMBAMBA V; DJEHA D; KANGA JM.

Aspects épidémiologiques et sérologie rétrovirale de 213 cas de prurigo

Centre de dermatologie du CHU Treichville Abidjan (RCI) BP V3.

MédAfri Noire 2001-48(6).

3 – MAYE A

Dermatologie sur peau noire.

Doin, Groupe LiaisonsEd, 2000, 206P.

4 – YEDEMON HG; DO ANGON PADONON F; ADJIBI A; ZOHOUN I; BIGOT A

Manifestations cutaneo- muqueuses au cours de l'infection par le virus de l'immuno- déficience humaine (VIH).

A propos des 25 observées dans le service de dermato- vénéréologie du CNHU de Cotonou. MédAfri Noire : 1991,38(12)

5 – BARBAUD.A

Prurigo Strophulus

Thérapeutique, dermatologie, médecine- science

Editions Flammarion © 2001

6- PRIGENT F

Consultation de dermatologie, Hôpital Saint Michel, 33 rue Olivier –de serres
75 015, Paris, France

2003 Edition Scientifique et Médicale Elsevier SAS

7 – PRINS C ; SAURAT J-H

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles

Saurat 4eme Edition Masson, Paris 2004, Page 997- 1000

8 – SISSOKO G.

Etude des dermatoses inflammatoires et prise en charge des prurigos dans le service de dermatologie vénéréologie du CNAM (Ex : Institut Marchoux)
Bamako, MALI.

TheseMed: Bamako 2008 N°08-M-330

9 – PITCHE P; BAKONDE B; TIDJANI O; TCHANGAI WALLA

Le prurigo au cours du SIDA en milieu hospitalier à Lomé

MédAfri Noire 1997, 44 (1)

10- DIAGNE D.

Dermatoses chez les enfants VIH positive dans le service de dermatologie de l'hôpital Gabriel Touré.

ThèseMed: Bamako 2007. N°07-M-111

11- MALLE O.

Dermatoses chez les adultes séropositifs au VIH à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 106 cas en 2006.

ThèseMed : Bamako 2007. N°08-M-33

12 –VAILLANT L ; BARBIS P ; CHEVRANT GRETON ; BONNET BLANC JM.

Orientation diagnostic devant : Prurit

Ann Dermatolvenereol 2002 ; 129 : 2S213 – 18

13 – DENGUEZLI M

ATALS de dermatologie

Faculté de médecine IBN El Jazzar

Sousse – Tunisia ; 01/10/2006

**14-LANDO M.J ; MBOUA JN ; TARDY M ; NOUMSI N; N ZEUSEU V;
KOUANFACK C;**

Affections cutané- muqueuses au cours de l'infection au VIH / SIDA

Décembre 2003.

15-OKOME-NKOUMOU M;BOUNJA-LACLO ME;KOMBILA M

Panorama des affections opportunistes au cours de l infection par le VIH à Libreville ; Gabon

Cahier d'étude et de recherches francophones/sante volume 10

5.329/37 2000.

**16-MONSEL G; LY F; CANESTRI A; DIOUSSE P; N'DIAYE B;
CAUMES E.**

Prévalence des troubles de la peau des patients VIH au Sénégal et en relation avec le degré d'immunosuppression

AnnDermatol Venereol.2008 Mar; 135(3):187-93.

17-HILETEWORK M

Skin diseases seen in Kazanchis health center.

Departement of Dermatology, Yekatit 12 Hospital, P.O.Box 257, Addis Abeba.

Ethiop Med. 1998 oct; 36(4): 254(4).

**18- KEITA S; FAYE O; TRAORE P, COULIBALY K; N'DIAYE H T;
SAGARA H M BA**

La pathologie dermatologique observée au cours du VIH/ SIDA

Dermato-Lepro -vénérologie au CNAM

(Ex institut Marchoux) Bamako (Mali)

5.329/37 2000.

19-ATADOKPEDE F ; YEDOMONH ; ADEGBIDI H ; SEHONOU JJ ; AZONDEKON A; Do ANGO-PADONOU F.

[Mucocutaneous manifestation of human immunodeficiency virus infection in Cotonou, Benin]

Med Trop 2008; 68 (3): 273 – 6 French

20-AMRIM; BELHADJALI N; DOARIKA A; KHORCHANI H; KERKEN I; ZILI J

Le prurit : Profil épidémiologique et étiologique : Etude prospective de 300 cas. Service de dermatologie, CHU ; Monastir ; Tunisie

2002, vol. 21, N°7, pp. 331-334.

21- SANGARE S.

Etude des dermatoses inflammatoires et tumorales observées chez les patients vivant avec le VIH sous traitement ARV dans trois centres de Bamako (MALI) en 2005

Thèse Med: Bamako 05-M-187

22- PITCHE P; TCHANGAÏWALLA K; NAPO-KOURA G, MIJIYAWA M; AGBERE A; TATAGAN A

Prévalence des manifestations dermatologiques au cours du SIDA au centre Hospitalo- universitaire de Lomé Tokoin(TOGO)

Cahier de santé 1995 ; 5 :349-52

Commune I.....

Commune III...

Commune V...

Provenance :

Kayes.....

Sikasso.....

Mopti.....

Gao.....

Bamako.....

Niveau d'instruction :

Primaire.....

Supérieur.....

Statut matrimonial :

Marié(e).....

Divorcé.....

Diagnostic clinique :

Signe fonctionnel :

Douleur.....

Autre (préciser).

Siège des lésions :

Membre supérieur.

Visage.....

Autre (préciser)...

Aspect de la lésion :

Papule.....

Cicatrice.....

Vésicule.....

Bulle.....

Dermatose associée :

Commune II.....

Commune IV.....

Commune VI.....

Koulikoro.....

Ségou.....

Tombouctou.....

Kidal.....

Secondaire.....

Non scolarisé...

Célibataire.....

Veuf (ve).....

Prurit.....

Membre inférieur.....

Tronc.....

Croûte.....

Excoriation.....

Pustule.....

Intertrigo.....	<input type="checkbox"/>	Dermatite atopique.....	<input type="checkbox"/>
Herpès.....	<input type="checkbox"/>	Candidose buccale.....	<input type="checkbox"/>
Eczéma.....	<input type="checkbox"/>	Dermatite séborrhéique.	<input type="checkbox"/>
Lichen.....	<input type="checkbox"/>	Zona.....	<input type="checkbox"/>
Impétigo.....	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser).....	<input type="checkbox"/>

Diagnostic para clinique :

Sérologie HIV

Glycémie à jeun

Transaminase hépatiques

Selle POK, Urine parasite

NFS

Azotémie

Fiche Signalétique

Nom : SOW

Prénom : SALA

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques et cliniques du prurigo dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Année Universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré du 19 Mai 2008 au 31 Décembre 2009.

Les objectifs ont été de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des malades vus pour prurigo ; de décrire les modalités de prise en charge des cas.

Nous avons inclus 158 patients.

La fréquence élevée chez les enfants d'âge scolaire ou préscolaire ; et le sexe féminin a prédominé avec un sex-ratio à 0,8 ;

La papule excoriée a été la plus fréquente ; et préférentiellement localisée aux membres.

L'infection par le VIH était associée dans 77,14% des cas.

Mots clé : Prurigo ; épidémiologie ; clinique ; CHU.

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.

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

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

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

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

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

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

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