

Ministère des Enseignements supérieur, secondaire
et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – un But – Une Foi

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie**

Année Universitaire 2010 – 2011

Thèse N°

THESE

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES
ET PRATIQUES (CAP) DES PARENTS SUR LA
DERMITE DES LANGES DANS LE SERVICE
DE DERMATO-VENEROLOGIE DU CNAM (EX-
INSTITUT MARCHOUX)
BAMAKO- MALI

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2011 à 10 h00 Devant la faculté de
Médecine, de Pharmacie Et d'Odontostomatologie du Mali

Par Monsieur Chiaka FOMBA

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

JURY

Président : Pr Toumani SIDIBE

Membre : Dr Adama DICKO

Codirecteur : Dr Karim COULIBALY

Directeur de Thèse : Pr Somita KEITA

DEDICACES

Bismillahi Rahmaani Rahiim

Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux

Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah wa t'allah

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie.

Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toutes circonstances et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « **CHAHADA** ».

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

A mes grands parents maternels et paternels (in mémorium)

Je ne vous ai pas bien connus.

Puisse Dieu le tout puissant vous garder en paix.

A mon père Mamadou FOMBA

Exemple de fermeté et de droiture,

Ton calme n'a sans doute pas été une indifférence, mais celui de la sagesse et de la conviction religieuse. Que ce travail, fruit de tes efforts

soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A ma mère Molobaly SIDIBE dite Tanti

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

Tanti, me voir médecin a longtemps été un de tes souhaits. Pour cela, tu as su toujours m'encourager, me soutenir, me prouver ton amour et ta confiance. Que ce travail, soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

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

A mon oncle Karim SIDIBE et son ami Baba KAMIAN.

Pour votre assistance tout au long de mes études , votre amour et votre compréhension ,seul Dieu peut vous gratifier pour tout ce que vous aviez fait pour moi, soyez assuré ici de toute ma reconnaissance et de tout mon amour.

A toute la famille Fomba de Djicoroni para à Bamako et Moribabougou Droit à Koulikoro.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

A mes amis (es) : Mamadou KEITA, Dr SAMAKE Sékou, Aldjouma TOGO, François Julien DIARRA, François DIARRA, Assitan Sekou TRAORE, Nakoumba SANGARE, Alice Fati KONATE.

Nous sommes restés unis malgré le temps et les difficultés, je voudrais vous signifier ma profonde gratitude.

Puisse Allah le tout puissant garde nos pas dans le chemin de l'amitié et

de la fraternité.

Tous les internes du CNAM: Adama Fassi KEITA, Ibrim TRAORE, Hamadoun DICKO, Moussa SOUMOUTERA, Lassine KEITA, Lamissa CISSE, Mme COULIBALY Fatoumata DIARRA, Aboubacrine TRAORE, Mahamane KEITA, Mamadou GASSAMA.

A mes aînés du CNAM : Dr COULIBALY Hassan, Dr SIDIBE Amos, Dr KEITA Tamadjan, Dr GUINDO Binta, Dr TALL Kouressi, Dr CISSE Lassine, Dr KEITA Alima, feu Dr SAGARA Awa (dors en paix) ,Dr BAH Mamadou, Dr COULIBALY Jean Gabriel, Dr GASSAMA Mamadou, Dr KAMPO Oumar, Dr KONE Abraham, Dr GASSAGA Mamadou, Dr BAGAYOKO Bakari ,Dr SISSOKO Madou, Dr Sylla Ousmane, Dr MOUNKORO Prosper ,Dr DEMBELE Jean.

A mes collègues de promotion 2007.

A tous les étudiants et étudiantes de la FMPOS.

A tous les enfants du monde particulièrement à ceux des pays en voie de développement.

A tous les autres que je ne puisse nommer de peur d'en oublier. Mais je sais qu'ils sauront se reconnaître toute ma sympathie.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

- Au Ministère de l'Éducation Nationale.
 - A la direction, et tout le personnel de la FMPOS.
 - A tout le personnel de l'unité dermato-vénérologie du CNUAM :

 - **Prof Somita KEITA**
 - **Prof Caridad (Cubaine en mission au Mali)**
 - **Dr TRAORE Pierre.**
 - **Dr COULIBALY Karim.**
 - **Dr FAYE Ousmane.**
 - **Dr DICKO Adama**

 - Au Major : Guimba CAMARA

 - Aux infirmiers et aides soignants : Alexie THIENOU, Siaka SANOGO, Mme DABO Sanata Koné.

 - Aux Secrétaires : Martha Samaké , Joké Heiberg , Leila Bocoum

 - A mes collègues : Dr SAMAKE Sékou, Adama Fassi KEITA, Dr Mamadou SISSOKO, Assitan TRAORE, Aldjouma TOGO, Ibrim KEITA, Dr KEITA T Mamadou, François DIARRA, François Julien DIARRA .
- Pour votre franche collaboration, courage.
- A toute la promotion.
- Courage et persévérance
- A tous les amis de la FMPOS.

Je garde de vous un heureux souvenir.

- A tout le personnel et les internes de l'ASACODjeneka
- A la maison de la Photographie.
- A la direction du CADS.
- A tout le personnel du cabinet Guérison.
- A tous ceux qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin.

A notre Maître et président du jury:

Professeur Toumani SIDIBE

- **Professeur titulaire de la pédiatrie à la FMPOS.**
- **Chef de service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire(CHU) Gabriel TOURE.**
- **Directeur général de la revue Mali-Médical.**

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, prouve votre disponibilité et votre humilité. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des maîtres appréciés de la faculté.

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

A notre Maître et juge : Docteur Adama DICKO

- **Spécialiste en dermato-vénéréologie.**

- **Maître assistant à la FMPOS en service au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM).**

Cher maître, vous avez toujours été à l'écoute de vos élèves. Votre grande connaissance médicale, votre rigueur dans le travail, votre attention, sans pareille vis à vis des autres vous valent toute notre admiration.

Recevez, à travers cette thèse, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre Maître et codirecteur: Docteur Karim Coulibaly

- **Spécialiste en dermato-vénérologie et médecine tropicale.**
- **Médecin colonel en service au Centre National d'Appui à la**

lutte Contre la Maladie (CNAM).

Nous voulons, en cette circonstance, vous remercier de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail sous votre encadrement. Votre assiduité, votre amour pour le travail bien fait, votre souci constant à former et vos qualités humaines inestimables, font de vous un maître à imiter. Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur SOMITA KEÏTA

- **Professeur titulaire de l'université en Dermato-Lepro-Vénérologie.**
- **Chef du département Dermato-Lépro-Vénérologie à la FMPOS.**
- **Coordinateur de l'enseignement post universitaire de Dermato-**

Lepro-Vénérologie (DES).

- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Chef du département clinique au CNAM.**

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

ABREVIATIONS ET SIGLES

CNAM	= Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
Comp	= comprimé
FTA-abs	= Fluorescent Treponema Antibody absorption test
g	= gramme
Ig M	= Immunoglobine M
I E C	= Information- Education-Communication
Kg	= kilogramme
mg	= milligramme
N	= numéro
ph	= potentiel hydrogène

% = pourcentage

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
I- GENERALITES.....	5
II- METHODOLOGIE.....	22
III-RESULTATS.....	29

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....43

V-ICONOGRAPHIE.....47

VI-CONCLUSION ET RECOMMADATIONS..... .51

VII-REFERENCES.....55

VIII-ANNEXES

INTRODUCTION

La dermite des langes (ou dermite des couches) est une inflammation cutanée provoquée par le contact permanent avec les langes chez l'enfant de 0 à 3 ans (1).

L'altération cutanée est provoquée par l'occlusion plus ou moins permanente de la région fessière et périnéale par des couches surtout en matière synthétique. L'augmentation de la chaleur locale provoquée par l'occlusion entraîne la transpiration et la macération de la peau. Cette macération peut se compliquer d'eczématisation et / ou de surinfection.

La dermite des langes peut se voir à tous les âges mais elle est plus fréquente chez l'enfant de 0 à 2 ans du fait de sa prédisposition liée à :

- l'immaturation du système immunitaire cutané
- l'insuffisance de la sécrétion sébacée
- Le port de couches et vêtements synthétiques

-l'alcalinisation du film hydrolipique

-Le climat chaud (2).

Aucune étude d'ailleurs ou Malienne n'a été rapportée jusqu'ici dans la littérature médicale.

Cependant la fréquence de la maladie est estimée à 2,3 % d'après une enquête menée en 2000 dans le service de dermatologie vénérologie du CNAM chez les enfants de 0 à 4 ans (3).

Le but de ce travail est d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des parents face à la dermite des langes dans le service de dermatologie vénérologie du CNAM.

OBJECTIFS

Objectif général :

- Etudier les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des parents d'enfants de 0 à 3 ans présentant une dermite des langes dans le service de dermatologie- vénérologie du CNAM (ex-institut Marchoux).

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance des mères sur la dermite des langes.
- Décrire les comportements et pratiques adoptées par les mères face à la

dermite des langes.

- Décrire les aspects cliniques des cas observés.
- Proposer les modalités de prise en charge des cas observés.

GENERALITES

A. Rappel de la structure de la peau :

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

La peau est constituée de l'extérieur vers l'intérieur par 3 zones distinctes : l'épiderme, le derme, l'hypoderme.

a. L'épiderme :

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

La couche basale : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale(4). Cette couche génératrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules

responsables de la melanogenèse : les mélanocytes(5).

La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les Keratinocytes (4,5). Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.

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

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

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

b. Le derme :

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

c. L'hypoderme :

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

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

d. Les annexes :

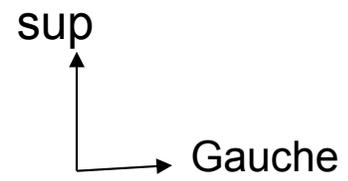
La peau renferme diverses formations dites annexes : Le follicule pilo-sébacé formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileaire.

Les glandes sudorales écrines et apocrines.

e. Autres composantes cellulaires de l'épiderme :

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

STRUCTURE DE LA PEAU



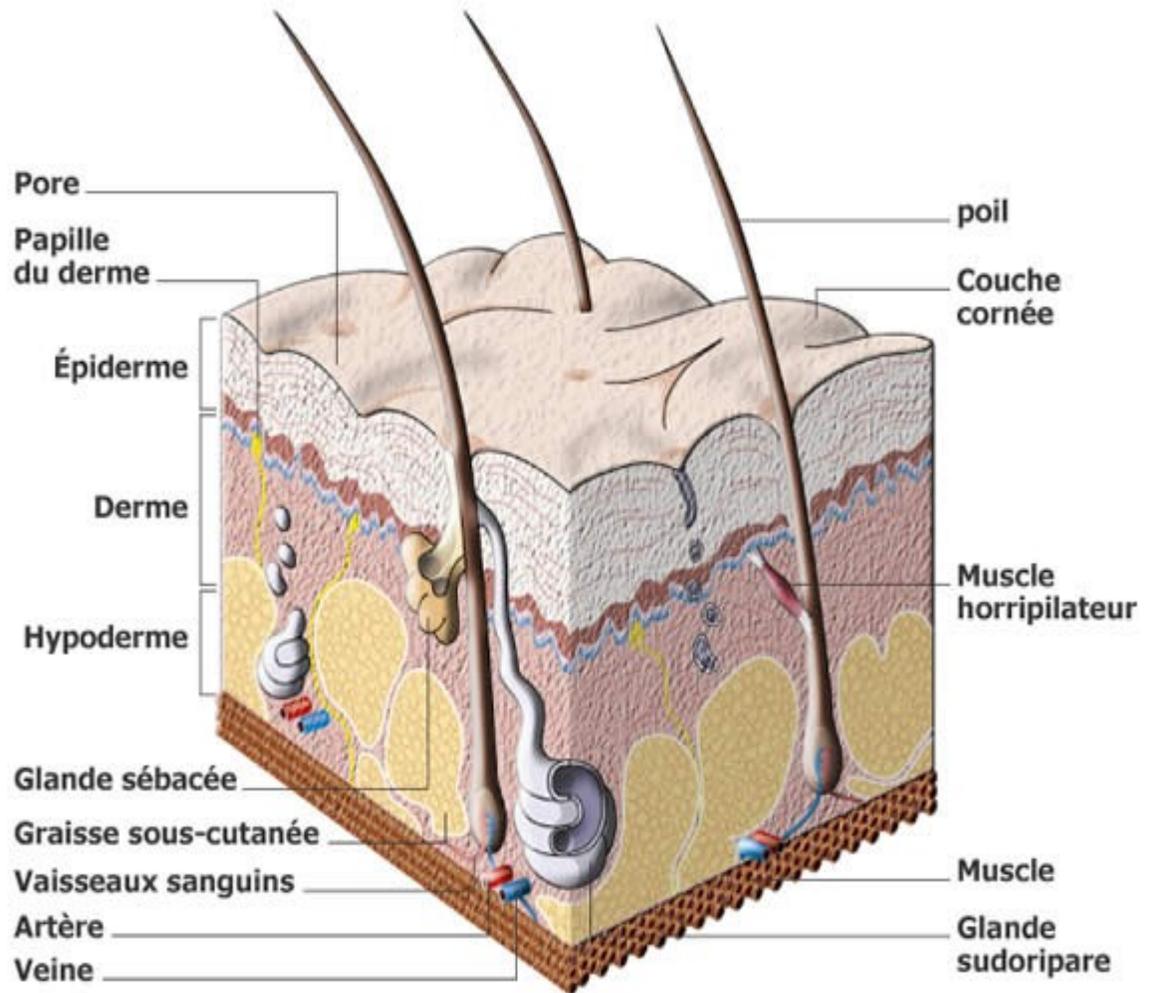


Figure 1 : Structure de la peau : vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous cutanés.

Tiré de anatomie et physiologie humain Elaine N Maried, 4^{ème} édition ; 1999

B. CONCEPTS ÉTIOPATHOGÉNIQUES DE LA DERMITE DES LANGES :

La dermite des langes a été initialement décrite dans la littérature dermatologique par Parrot en 1877. Au début du siècle passé, Jacquet distingua la forme commune de la dermite des langes des lésions de la syphilis congénitale.

Dans les années qui suivirent, la pathogénie de cette dermatose fut liée au port de couches humides et souillées. En 1915, Zahorsky considéra que

l'irritation cutanée était causée par la présence d'ammoniaque dans les langes. Ce concept fut remis en doute il y a une cinquantaine d'années. Plus tard, la démonstration de l'absence d'irritation de la peau intacte par l'ammoniaque a été prouvée (6). Il a fallu attendre le début des années 80 pour que des études cliniques soient entreprises afin d'identifier les facteurs expliquant la fréquence et la sévérité de la dermatite des langes. Ces études ont révélé que l'âge, le régime alimentaire, le nombre de selles, et le type de linge pouvaient être des facteurs étiologiques ou favorisants importants (7,8).

D'autres travaux ont par la suite souligné la grande diversité de ces facteurs étiologiques. Actuellement, Il est admis que l'inflammation cutanée caractéristique de cette dermatose peut être le résultat d'agressions de natures infectieuses, caustiques, mécaniques et allerge- immunologiques. L'occlusion et la macération des plis par les couches et vêtements synthétiques, l'action des enzymes fécales sur les urines et sur la peau, l'accroissement de pH, l'abrasion mécanique involontaire à but cosmétique, l'action de produits d'hygiène non adaptés et la colonisation par les levures du genre *Candida albicans* sont autant de facteurs qui interviennent à des degrés divers dans la pathogénie des dermatites fessières du nourrisson(9).

1. RÔLE DE L'HUMIDITE :

Quelques études ont suggéré que l'occlusion suivie d'un excès d'hydratation de la surface de la peau pourrait être un facteur important dans le développement de la dermatite des langes (10,11).

L'utilisation de couches-culottes plus ou moins étanches accroît l'hydratation de la couche cornée et favorise la résorption de divers xénobiotiques de faible poids moléculaire. Ce mécanisme est

vraisemblablement responsable de l'irritation. De plus, une relation existe entre la quantité d'eau accumulée dans la couche cornée et la valeur du coefficient de friction. Ce phénomène entraîne une susceptibilité particulière à l'abrasion cutanée (12). Il est également prouvé qu'une couche cornée humide représente un milieu favorable à la prolifération de divers microorganismes.

2. RÔLE DU CLIMAT :

La dermatite des langes est plus fréquente pendant la chaleur que par rapport aux autres moments de l'année. A cette période, le port des couches ainsi que l'application des poudres cosmétiques peuvent engendrer une dermatite des langes voir même les complications.

3. RÔLE DES FÈCES ET DES URINES :

Le potentiel d'irritation de l'urine sur la peau serait mineur (13). Les protéases, les lipases et l'uréase normalement présentes dans les fèces sont en revanche responsables pour une grande partie de l'irritation (14). Il s'avère que ces activités enzymatiques augmentent nettement lors d'un accroissement du pH de la peau.

Or, il apparaît que l'uréase fécale produite par les microorganismes exerce une action sur l'urine en produisant de l'ammoniaque qui augmente le pH (15,16). La combinaison féco-urinaire serait donc le facteur étiologique le plus en cause dans la survenue de cette pathogénie. Ces constatations expérimentales sont en accord avec les conclusions d'études cliniques. Toute pathologie urinaire, rhino-pharyngée, vaginale et surtout digestive peut modifier et amplifier ces mécanismes.

C. MANIFESTATIONS CLINIQUES :

L'orientation diagnostique est guidée par deux (2) éléments principaux :

-Le type de la lésion : l'érythème est la lésion élémentaire à la périphérie.

On peut trouver des pustules, des squames, des vésicules, des ulcérations et des nodules.

-La topographie initiale de la lésion : le point de départ est localisé au niveau des plis ou au contraire des convexités (17,20).

Les manifestations cliniques de la dermite des langes sont représentées par :

1. INTERTRIGO PRIMITIF:

Il commence par une lésion érythémateuse et /ou prurigineuse touchant initialement le fond des plis inguinaux et interfessiers .Cette lésion s'observe surtout chez les nourrissons qui ont des plis profonds et fermés.

Il peut s'agir d'une conséquence d'une irritation après mauvais rinçage d'agents nettoyants ou d'une macération. Une surinfection bactérienne et candidosique n'est pas rare.

2. DERMITE DU SIEGE EN « W » :

La disposition la plus fréquente des lésions d'une dermite des langes adopte une topographie en "W". Chez les nourrissons habillés de " body ", cette dermite commence par un érythème pubien sur la zone de frottement. Les lésions érythémateuses peuvent s'étendre aux convexités qui frottent avec le linge, en particulier le pubis, les grandes lèvres, les tubérosités ischiatiques en arrière et le versant externe des plis inguinaux. La surface initialement érythémato-desquamative peut devenir érosive.

L'absence d'atteinte du fond des plis est caractéristique.

Cette présentation évoque une dermite d'irritation par frottement et macération (21).

3. DERMITE PERI-ORIFICIELLE EN « Y » :

Les lésions érythémato-papuleuses peuvent adopter une disposition en "Y". Elles touchent alors le fond des plis inguinaux, la vulve et l'anus. La localisation péri anale est la plus fréquente et souvent inaugurée par une diarrhée. Des lésions consistent en un érythème érosif ou en nappe péri anale. Un autre tableau clinique est composé de ponctuations érosives multiples qui évoquent des lésions post-vésiculeuses.

Ces dernières peuvent correspondre à une manifestation de la dermatite atopique, mais n'en sont pas spécifiques.

L'extension des lésions péri-orificielles en l'absence d'un traitement précoce se fait de façon stéréotypée vers une extension postérieure dans le sillon interfessier et vers l'avant dans les deux plis inguinaux. Cette extension érythémateuse dessine un Y avec les deux branches inguinales en avant et la branche interfessière en arrière d'où le nom de dermite péri-orificielle en «Y».

Il s'agit d'une infection par *Candida albicans* le plus fréquemment. Les variations de pH ou les bacilles Gram négatif sont cependant suffisants pour créer ces lésions. La localisation accompagne certaines vulvites et parfois une infection urinaire.

4. DERMITE EN « CULOTTE ROUGE » :

Dans la dermite dite en "culotte rouge", toute la zone recouverte par les linges est érythémateuse. Le mode d'installation de la dermatite éclaire le

mécanisme initiateur de la dermatose. Une dermite en "culotte rouge" installée rapidement, en quelques heures ou en quelques jours, suggère l'action d'un xénobiotique irritant ou toxique appliqué sur les téguments. Ce qui est souvent le cas pour des intoxications accidentelles par des talcs contaminés (arséniate, hexachlorophène) ou par l'acide borique responsables d'un érythème desquamatif en lambeaux.

Actuellement, ce sont les savons mal rincés et les ammoniums quaternaires qui risquent d'entraîner ce type de lésions

Une dermite en "culotte rouge" installée progressivement à partir de lésions plus limitées (convexités, péri-orificielles ou intertrigos) indique que le processus pathologique s'étend sous la zone occluse. Cet état survient en cas de traitement insuffisant ou inapproprié. A titre d'exemple, l'application d'un dermocorticoïde peut faciliter cette aggravation progressive.

D .EVOLUTION:

En général, elle est favorable sous traitement. Mais elle peut se compliquer à l'absence de traitement.

E.COMPLICATIONS :

Elles peuvent être :

-**Eczématisation** : il s'agit de lésion érythémato-vésiculeuse prurigineuse localisée d'abord sur le siège puis la fesse et les cuisses.

- **Macération**: elle se caractérise par des lésions érythémateuses ou

érosives suintantes localisées sur les plis inguinaux et interfessiers.

- **Surinfection**: elle peut être bactérienne et candidosique.

.**Bactérienne** : induit des papules, pustules ou érosions réalisant la dermite papulo-érosive de Sevestre et Jacquet.

.**Candidosique** : se caractérise cliniquement par un érythème rouge vif confluant à la desquamation périphérique.

F. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :

La dermite des langes doit faire évoquer une série de diagnostics différentiels :

- **La dermite séborrhéique** : dans les trois premiers mois de la vie, elle peut atteindre les plis inguinaux et parfois s'étendre rapidement au siège et à l'ensemble du périnée. Le signe clinique évocateur est la présence de médaillons érythémateux recouverts de squames en périphérie des lésions périnéales. L'examen du cuir chevelu et des plis axillaires et rétro-auriculaires permet souvent de découvrir d'autres lésions squameuses et jaunâtres. En cas de généralisation, la dermite séborrhéique est parfois appelée maladie de Leiner-Moussus (qui est une érythrodermie généralisée avec une desquamation lamelleuse survenant dans les deux premiers mois de l'existence et s'accompagnant de troubles digestifs et altération plus ou moins profonde de l'état général) (22,23).

-**Le psoriasis des couches** : apparaît en règle générale plus tardivement que la dermite séborrhéique. L'érythème peut être intense. Il n'y a pas toujours de lésions de psoriasis sur le reste du corps. La biopsie de surface est l'acte technique qui peut apporter une certitude diagnostique (22,23).

- **La syphilis congénitale** : La forme précoce floride contractée en fin de

grossesse, s'accompagne d'un cortège de lésions cutanées sur le siège. Les lésions sont érythémato-papuleuses mais aussi bulleuses. Le même type de lésions est visible sur le tronc, les paumes et les plantes avec des rhagades peribuccales, des lésions muqueuses et viscérales.

Dans les premières semaines de la vie, il est difficile à différencier une séropositivité par simple transfert d'anticorps de la mère d'une séropositivité par synthèse propre d'anticorps, le FTA abs Ig M n'offrant pas toute garantie (24).

- **L'histiocytose langerhansienne** : ou la maladie de Letterer-Siwe.

Les lésions cutanées se caractérisent par leur grand polymorphisme. Ce sont essentiellement des petites papules infiltrées recouvertes d'une croûte brunâtre, d'épaisseur variable, souvent purpuriques, intéressant principalement le tronc, le cou, le visage, le cuir chevelu et les plis (axillaires, inguinaux, peri-anaux, scrotum et ombilic) .Le diagnostic est histologique(25).

-**La dermatite herpétiforme** : C'est une maladie très prurigineuse caractérisée par une éruption papulo-vesiculeuse symétrique touchant avec prédilection les faces d'extension des membres, les coudes, les genoux et les fesses. Les vraies bulles sont rares, souvent de petite taille et à groupement herpétiforme. Le diagnostic est histologique (26).

-**La dermatite à IgA linéaire** : ou pemphigoïde juvénile. Ces lésions cutanées débutent le plus souvent par des vésicules disposées en rosettes ou en bouquets herpétiformes.

La topographie des lésions cutanées est sans particularité. Les bulles peuvent siéger à la partie inférieure du tronc, aux fesses, le périnée, les

cuisses, la région péri-orale ou le cuir chevelu, la muqueuse est inconstante mais peut être sévère. Le diagnostic est histologique (27).

- **L'acrodermatite entéropathique** : C'est un déficit héréditaire due à une carence en zinc. Le tableau cutané est très évocateur : dermatite érythémato-croûteuse, érosive parfois bulleuse, péri-orificielle (buccale, narinaire, palpébrale) de la sphère génitale, des petits plis de flexion, stomatite, balanite, vulvite et anite. Le diagnostic se fait par le dosage de zinc (28).

E.TRAITEMENT :

a. But :

- Lutter contre la macération et les frottements cutanés.
- Prévenir ou traiter les récives.
- Améliorer la qualité de vie de l'enfant.

b. Moyens :

b-1. Moyens curatifs :

b-1-1. Antiseptiques :

➤ Permanganate de potassium (KMNO₄) : sous forme de comprimé dosé à 500 mg ; poudre en sachet dosé à 250 mg.

- Posologie : diluer à 1 / 10 000^e ou 1 / 20 000^e) dans l'eau en lavage deux (2) fois par jour.

- Indication : antiseptique de la peau, des muqueuses et des plaies. Les agents à visée antiseptique ne sont pas stérilisants, ils réduisent temporairement le nombre de micro-organismes.
- Effets secondaires : possibilité de sensations de brûlure ou d'irritation uniquement sur peau lésée (plaies importantes, chirurgie gynécologique), ne justifiant habituellement pas l'arrêt du traitement.

➤ Hexamidine, Chlorhexidine, Chlorocresol : solution moussante antiseptique, flacon de 250 et de 500 ml.

- Posologie : s'utilise pur suivi d'un rinçage abondant ou diluer à 1 / 10^e deux (2) fois par jour.
- Indication : nettoyage des affections de la peau et des muqueuses primitivement bactériennes ou susceptible de se surinfecter.
- Contre indications : hypersensibilité à l'hexamidine ou la chlorhexidine. Ne doit pas être mis en contact avec l'œil, le cerveau et les méninges, ni pénétrer dans le conduit auditif en cas de perforation tympanique.
- Effets secondaires : manifestation d'intolérance locale à type de picotements, démangeaisons, brûlure, sécheresse cutanée, rougeur, surtout en cas d'emploi répété.

b-1-2. **Dermo-protecteur** :

- l'oxyde de Zinc: pommade, tube de 25 g.
- Posologie : en application locale deux (2) ou trois (3) fois par jour.
- Indication : traitement d'appoint des dermatites irritatives.
- Contre-indications : hypersensibilité à l'un des constituants (graisses de laine ou lanoline), dermatoses infectées.
- Effets secondaires : allergie à l'un des constituants (graisses de laine ou lanoline).

b-1-3. Antifongiques topiques :

➤ La Terbinafine : crème ,tube de 15 g.

- Posologie : en application locale x 1 fois par jour pendant une semaine.

- Indication : dermatophytie (intertrigos génitaux et cruraux ...) ; candidose cutanée (intertrigos en particulier génito-cruraux, anaux et perianaux, vulvite ...)

- Contre-indications : hypersensibilité à la terbinafine ou l'un des excipients.

- Effets secondaires : occasionnellement un érythème ou un prurit ont été observés ; ces symptômes n'ont pas entraîné d'arrêt du traitement.

➤ La ciclopiroxolamine : crème,tube de 30g, poudre de 30g

- Posologie : en application locale x 2 par jour pendant 3 à 4 semaines.

- Indication : dermatomycoses surinfectées ou non par des bactéries, candidoses cutanées (intertrigos génitaux et cruraux ...) pour la forme crème ; l'intertrigo des plis à dermatophytes pour la forme poudre.

- Contre-indications : antécédent d'hypersensibilité à l'un des composants.

- Effets secondaires : rares, souvent une exacerbation transitoire des signes locaux (sensation de brûlure, érythème et prurit).

b-1-4. Anti-histamines: On dispose de nombreuses molécules :

a. Périphérique :

➤ Méquitazine : sous forme de sirop dosé à 30 mg.

- Posologie : 1,25 mg / kg / jour.

NB : indiquée dès la naissance

- Indication : traitement adjuvant symptomatique des affections dermatologiques prurigineuses (eczéma, prurigos...).

- Contre-indications : risque de glaucome par fermeture de l'angle.

- Effets secondaires : l'augmentation de la posologie ne modifie pas l'efficacité du médicament et peut entraîner des effets de type atropinique : sécheresse buccale, trouble de l'accommodation, confusion mentale. Ces troubles sont généralement discrets et transitoires.

b. Central :

➤ Hydroxyzine: sous forme de sirop dosé à 400 mg ;(1 cuillerée à café = 10 mg).

- Posologie : chez l'enfant ; 1 mg / kg / x 2 par jour.

- Indication : traitement symptomatologique des manifestations allergiques diverses (eczéma, prurigos...).

- Contre-indications : l'hypersensibilité à hydroxyzine ; liées à l'effet anticholinergique : risque de glaucome par fermeture de l'angle.

- Effets secondaires : en général transitoires : sédation, excitation, constipation.

b-1-5. Antibiothérapie :

Générale :

➤ Erythromycine : sous forme sirop dosé à 125 et 250mg.

- Posologie : chez l'enfant, 30 à 50 mg / kg / jour en 2 ou 3 prises.

- Indication : limitée aux affections cutanées dues aux germes à gram + et ou gram - .

- Contre-indications : absolue : allergie à l'érythromycine.

Relative : théophylline et aminophylline (interaction).

- Effets secondaires : troubles digestifs : nausées, vomissements, gastralgies et diarrhées.

Manifestations cutanées allergiques.

b-1-6. **Dermocorticoïde** : classe IV

- Locapred : crème à 0,1% ; tube de 15 g.
- Posologie : 1 à 2 applications locales par jour.
- Indication : de circonstance pour une durée brève dans les plis de l'enfant.
- Contre-indications : l'hypersensibilité à l'un des produits contenus dans la préparation ; infections primitives bactériennes, virales, fongiques ou parasitaires ; lésions ulcérées ; acné ; application sur les paupières (risque de glaucome).
- Effets secondaires : l'utilisation prolongée peut entraîner une atrophie cutanée ; des télangiectasies ; une dermatite periorale ; des éruptions acnéiformes...

b-2. **Moyens préventifs** : mesures hygiéno-diététiques

- Faire sécher les gants en serviette après les toilettes.
- laissez votre bébé les fesses à l'air libre le plus souvent.
- Changez les couches de votre bébé le plus possible, dans la journée (8 à 10 fois pendant les 3 premiers mois), afin que ses fesses restent propres.
- Ne pas changer les couches avant les repas mais après.
- A chaque change, nettoyez soigneusement la peau de votre bébé sans frotter à l'eau et avec un savon surgras en faisant attention à ne pas laisser les traces de selles entre les plis cutanés.
- Essayez d'utiliser des couches super absorbantes (surtout en coton) ou celles traitées à la vaseline.
- Convaincre la maman que tous les cosmétiques (laits nettoyants, les serviettes humides, crèmes parfumées) sont à abandonner en raison des dermatites caustiques qu'elles peuvent entraîner.

- Surveillez attentivement les fesses de votre bébé ; s'il a la diarrhée ou s'il prend des antibiotiques et changez ses couches fréquemment.

NB : Lorsqu'un érythème fessier persiste malgré un traitement bien conduit, il convient de rechercher des facteurs de récurrence comme une diarrhée chronique et évoquer des causes plus rares (13).

MATERIELS ET

METHODES

1. **Lieu d'étude** : l'étude s'est déroulée dans l'unité de dermatologie du CNAM à Bamako -Mali.

CNAM : (centre national d'appui à la lutte contre la maladie) est un établissement public à caractère scientifique et technologique rattaché au secrétariat Général du ministère de la Santé.

Présentation du CNAM : il comprend plusieurs unités fonctionnelles : la

léprologie, la dermatologie-vénérologie, la réhabilitation, l'imagerie médicale, une unité de soins d'accompagnement et de conseils (usac) pour les personnes vivants avec le VIH /SIDA, la biologie, l'animalerie expérimentale, le bureau des entrées pour le tri des malades.

L'unité de dermatologie se compose de cinq (5) salles de consultations, un laboratoire d'histopathologie, une salle réservée à la petite chirurgie et à la biopsie, deux (2) pavillons d'hospitalisation (Paul Laviro et Pierre Richet).

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

Au sein de ce centre, il y a une autre unité dénommée CVD (centre pour le développement des vaccins).

Mission :

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

2. Population d'étude : Les enfants consultant au CNUAM pour

dermatose quelque soit le sexe et la provenance.

3. Type et durée d'étude : il s'agissait d'une étude descriptive portant sur des cas de dermite des langes sur une période d'un an, de mars 2008 à février 2009.

4. Echantillonnage :

La taille de notre échantillon a été calculée selon la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot q}{i^2}$$

Nous estimons qu'avec une précision de 5 %, une taille de 108 sujets serait suffisante pour notre étude.

- **Critères d'inclusion** : malades des deux sexes dont l'âge est compris entre 0 et 3 ans, venus consulter pour une dermite des langes dont les parents sont consentants à participer à l'étude et revus au moins une fois pour contrôle.

- **Critères de non inclusion** : Les enfants d'âge > 3 ans ; les enfants dont les parents n'ont pas accepté et les dermatoses d'étiologies autres que la dermite des langes.

5. Collecte des données :

Tout patient inclus a fait l'objet :

- d'un interrogatoire minutieux pour recueillir les données sociodémographiques, épidémiologiques, leur niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques sur la dermite des langes.

- d'un examen dermatologique faisant noté les types de lésions, leurs couleurs, leurs topographies et leurs aspects permettant d'évoquer un diagnostic et la demande d'un bilan para clinique si nécessaire.
- d'un traitement basé sur des schémas thérapeutiques élaborés en fonction des diagnostics et de suivi des patients chaque 10 jours pendant 4 semaines.

Schéma thérapeutique : Les schémas suivants ont été élaborés pour la prise en charge de la majorité des cas.

- **Schéma I** : **dermite des langes non compliquée** :

Schéma I-a : Intertrigo primitif

- Antiseptique : KMNO_4 , $\frac{1}{2}$ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Anti-fongique : Ciclopiroxolamine poudre, 1 application x 2 / j pendant 3 à 4 semaines.
- Les mesures d'hygiène
- Si guérison : I E C

Schéma I-b: Dermite en Y et W

- Antiseptique : KMNO_4 , $\frac{1}{2}$ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Antifongique: Ciclopiroxolamine crème, 1 application x 2 / j pendant 3 à 4 semaines.
- Dermoprotecteur : Oxyde de zinc pde, 1 application / j le matin pendant 2 semaines.
- Anti-histaminique périphérique : Méquitazine sirop, 1,25 mg/kg/j en cas de

prurit.

- Les mesures d'hygiène
- Si guérison : I E C

Schéma I-c : Dermite en culotte

- Antiseptique : KMNO₄, ½ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Dermoprotecteur : Oxyde de zinc pde , 1 application x 2/j pendant 2 semaines.
- Anti-histaminique périphérique : Méquitazine sirop, 1,25 mg/ kg/ j en cas de prurit.
- Les mesures d'hygiène
- Si guérison : I E C

- **Schéma II: Dermite des langes compliquée :**

Schéma II-a : Eczématisation

- Antiseptique : KMNO₄, ½ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Dermocorticoïde classe III : Locapred crème, 1 application x 2/j pendant 1 semaine puis 1 application / j ensuite 1 application chaque 2 j pendant 15 j.
- Anti-histaminique périphérique : Méquitazine sirop, 1,25 mg/ kg/ j en cas de prurit.
- Recours au schéma I.

Schéma II-b : Surinfection

- Antiseptique : KMNO₄, ½ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.

- Antibiothérapie générale : Erythromycine 250 mg sirop, 30 à 50 mg / kg / jour pendant 10 à 14 jours.
- Recours au schéma I.

Les données de l'examen clinique ainsi que le traitement ont été enregistrées sur une fiche d'enquête.

La durée et les résultats de prise en charge des cas ont été notés :

.Bon : guérison totale (disparition complète des lésions).

.Amélioration : guérison partielle (disparition partielles des lésions) pendant 2 semaines.

.Perdu de vue : il s'agit des patients qui ne sont pas revenus pour le contrôle après avoir reçu un premier traitement.

6. Les données ont été saisies sur EPI info version 6.0 et analysées sur SPSS.

RESULTATS

A- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS :

Tableau N°1 : Répartition des malades en fonction du sexe.

SEXE	Fréquence	Pour cent
Masculin	61	56,5
Féminin	47	43,5
Total	108	100,0

Sur 108 malades, 61 étaient de sexe masculin.

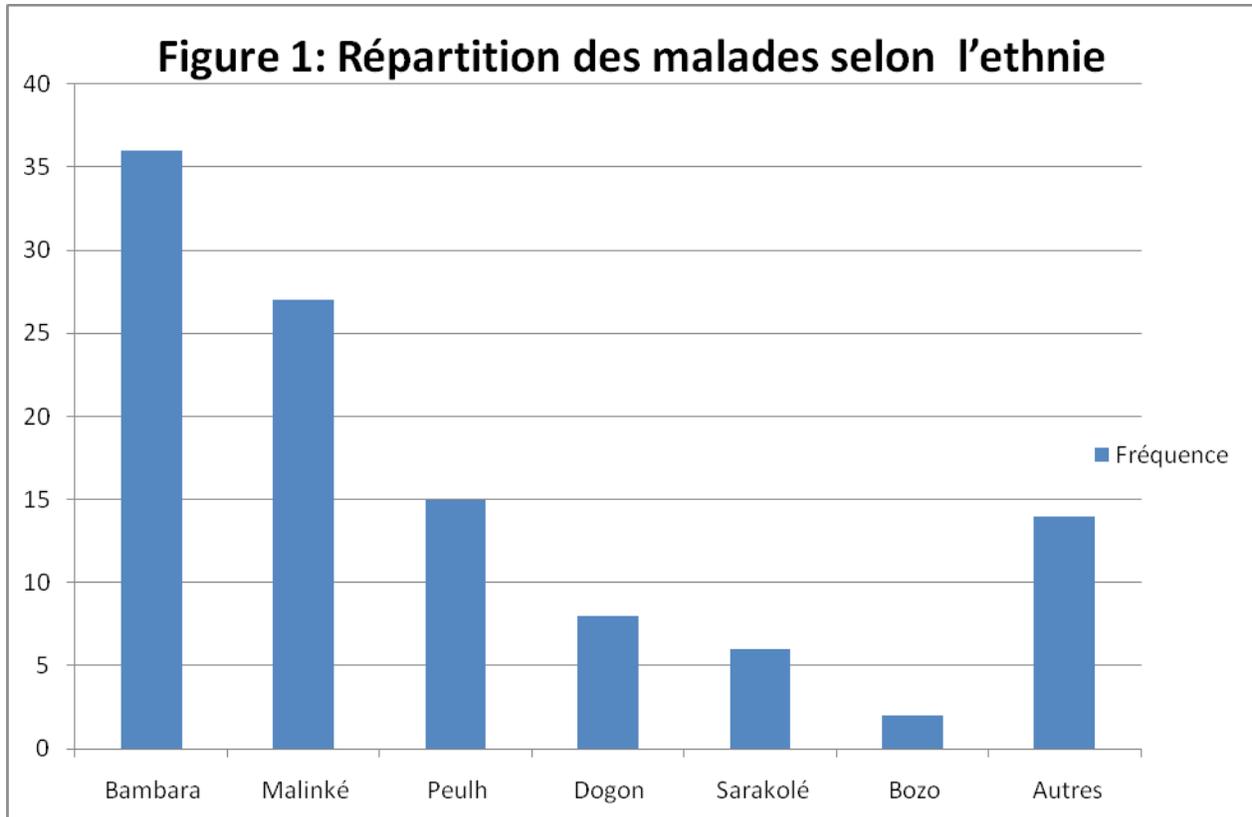
Le sex- ratio était 1,3 (61/47) en faveur du sexe masculin.

Tableau N°2 : Répartition des malades en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pour cent
0 - 6 Mois	78	72,2
7 – 12 Mois	28	25,9
13 - 17 Mois	2	1,9
Total	108	100,0

72 ,2 % des malades avaient moins de 6 mois.

L'âge moyen était de 5,42 mois avec des extrêmes allant de 1 -17 mois.

Figure N°1: Répartition des malades selon l'ethnie.

Les Bambaras et les Malinkés étaient les ethnies les plus prédominantes de l'échantillon soit respectivement 33,3% et 25%.

Tableau N°3 : Répartition des malades en fonction de la résidence

Communes	Fréq	Pour cent
Commune I	7	6,5
Commune II	14	13,0
Commune IV	40	37,0
Commune V	23	21,3
Commune VI	15	13,9
Hors Bamako	9	8,3
Total	108	100,0

La majorité des patients résidaient à Bamako (91,7 %) et provenaient de toutes les communes avec prédominance pour la commune IV (37%).

Tableau N°4 : Répartition des malades selon la profession de la mère.

Professions de la mère	Fréquence	Pour cent
Coiffeuses	3	2,8
Elèves	6	5,6
Étudiantes	23	21,3
Fonctionnaires	24	22,2
Ménagères	39	36,1
Vendeuses	13	12
Total	108	100,0

Les enfants des ménagères ; étudiantes et des fonctionnaires étaient prédominants soit respectivement 36,1 % ; 21,3 % et 22,2 %.

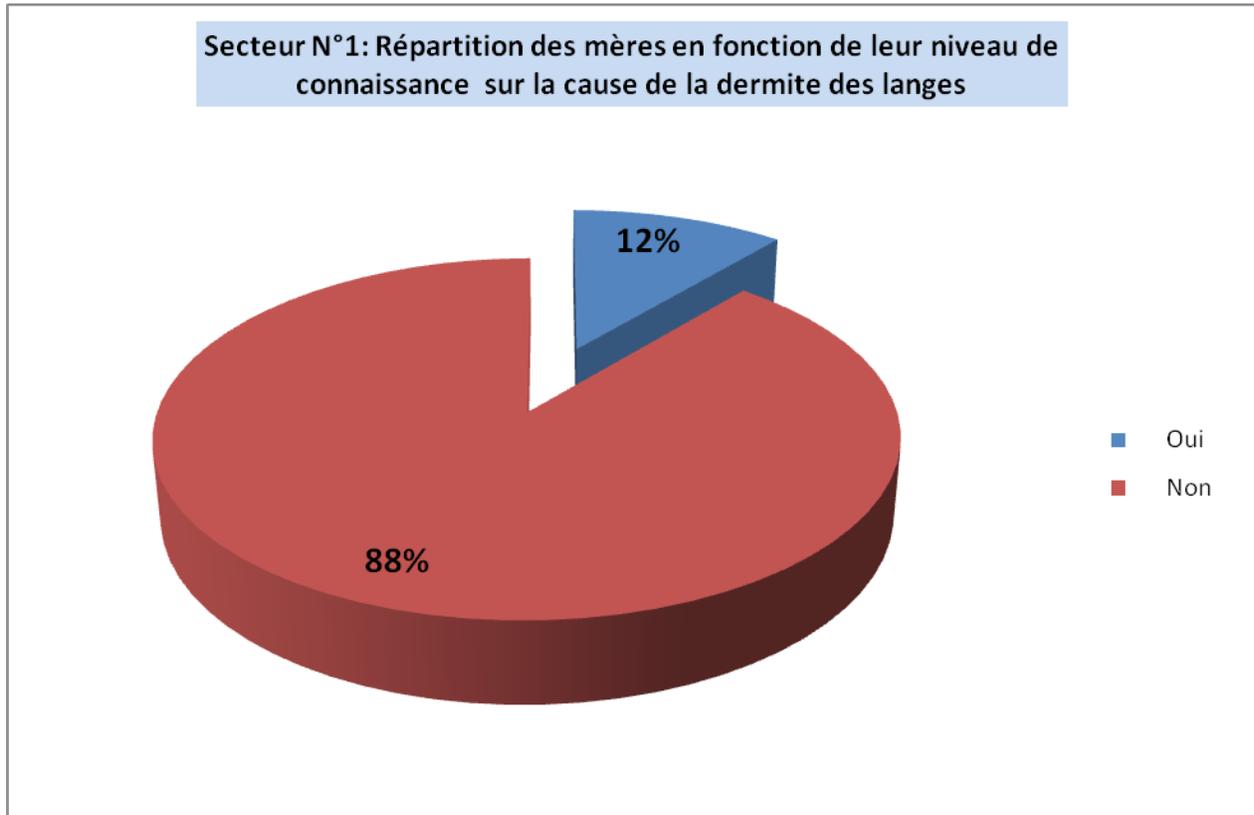
Tableau N°5 : Répartition des malades en fonction de l'âge de la mère

tranche d'âge mère	Fréquence	Pour cent
15 - 25 ans	36	33,3
26 - 35 ans	69	63,9
36 - 45 ans	3	2,8
Total	108	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 26 – 35 ans soit 63,9 %.

B- Résultats sur les connaissances, attitudes et pratiques :

Secteur N°1: Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance sur la cause de la dermite des langes.



12 % des mères pensent que la dermite des langes est provoquée par les ports de couches.

Tableau N°6 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de

connaissance sur les types de cosmétiques favorisant la dermatite des langes.

Cosmétiques	Oui	non	Total	Pour cent
Poudre	7	3	10	9,25
Poudre + crème	29	7	36	33,34
Crème	7	5	12	11,11
Crème+ Parfum	4	2	6	5,55
Pommade	5	3	8	7,4
Pommade + parfum	21	6	27	25
Lait + poudre	3	0	3	2,8
Lait + parfum	4	2	6	5,55
Total	108		100,0	

Les mères pensaient que l'application de (poudre+ crème) pouvait favoriser la dermatite des langes soit 33,34 %.

Tableau N°7 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance sur la contagiosité de la dermatite des langes.

Contagion	Fréquence	Pour cent
Oui	9	8,33
Non	99	91,67
Total	108	100,0

Seulement 8,33 % des mères pensaient que la dermatite des langes est contagieuse.

Tableau N°8 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance sur les types de couches responsables de la dermatite des langes.

Couches	Fréquence	Pour cent
Cotons	84	77,8
Linges	24	22,2
Total	108	100,0

Les couches en coton étaient plus responsables de la dermatite des langes soit 77,8 %.

Tableau N°9 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance sur la fréquence d'utilisation des couches favorisant la

dermite des langes.

Ports couches	Fréquence	Pour cent
Chaque jour	80	74,1
Occasionnel	28	25,9
Total	108	100,0

Les ports de couches chaque jour étaient les plus fréquents soit 74,1 %.

Tableau N°10 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance sur le nombre de changes des couches responsable de la dermite des langes.

Change de couches	Fréquence	Pour cent
deux fois par jour	93	86,1
Après les selles	15	13,9
Total	108	100,0

Les changes de couches deux fois étaient les plus représentées soit 86,1% contre 13,9%.

Tableau N°11 : Répartition des mères en fonction de l'utilisation d'éponges synthétiques en cas de la dermite des langes.

Eponges Synthétiques	Fréquence	Pour cent
Oui	95	88
Non	13	12
Total	108	100,0

Les éponges synthétiques étaient plus utilisées par les mères soit 88 %.

Tableau N°12 : Répartition des mères en fonction du recours à la consultation médicale en cas de la dermite des langes.

Consultations médicales	Fréquence	Pour cent
Oui	32	30
Non	76	70
Total	108	100,0

Les mères ne consultaient pas un centre de santé en cas de la dermite des langes soit 70 %.

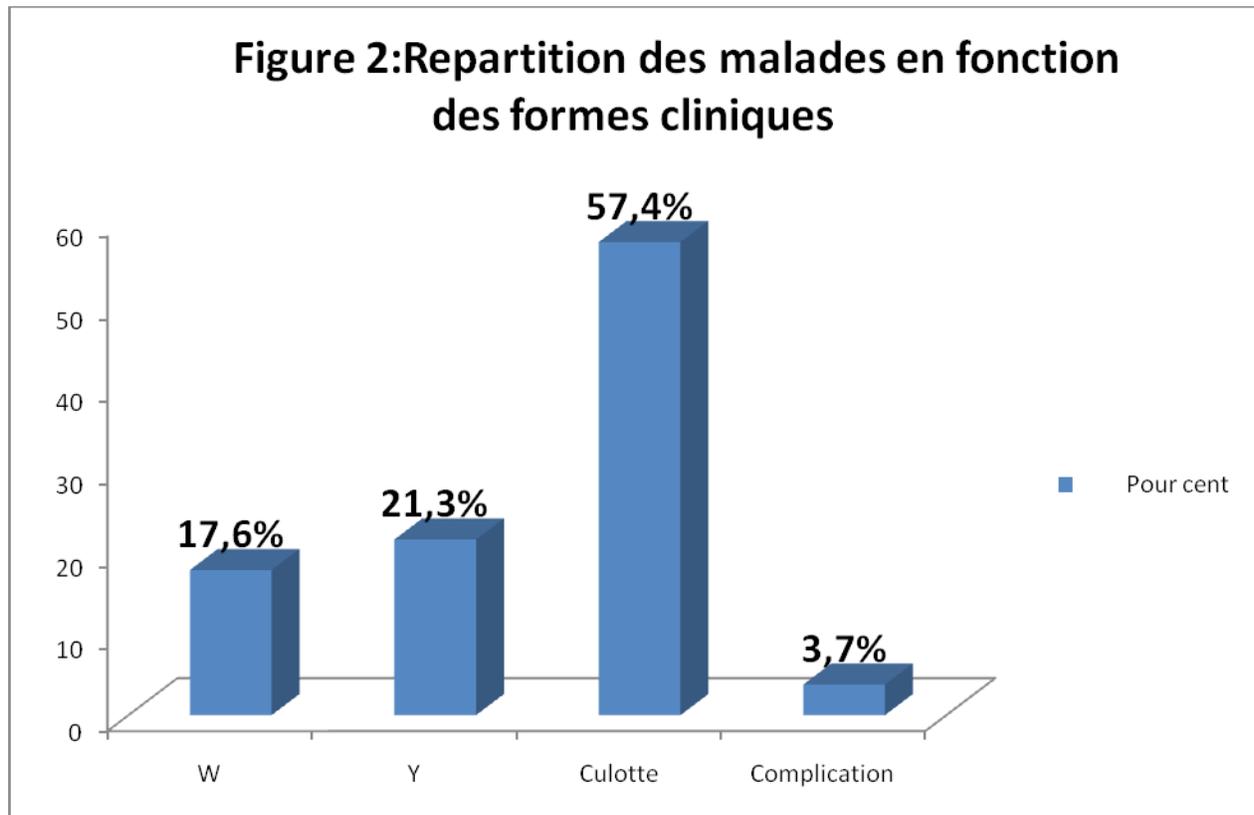
Tableau N°13: Répartition des mères en fonction de leur pratique en cas de la dermite des langes.

Pratique	Fréquence	Pour cent
Beurre de karité	2	1,8
Poudre d'argile	10	9,3
Sirop	2	1,8
Topique	55	51
Aucun traitement	39	36,1
Total	108	100,0

La plupart de ses mères faisaient une pratique moderne avant la consultation dans le service soit 52,8 %.

C- LES DONNEES CLINIQUES

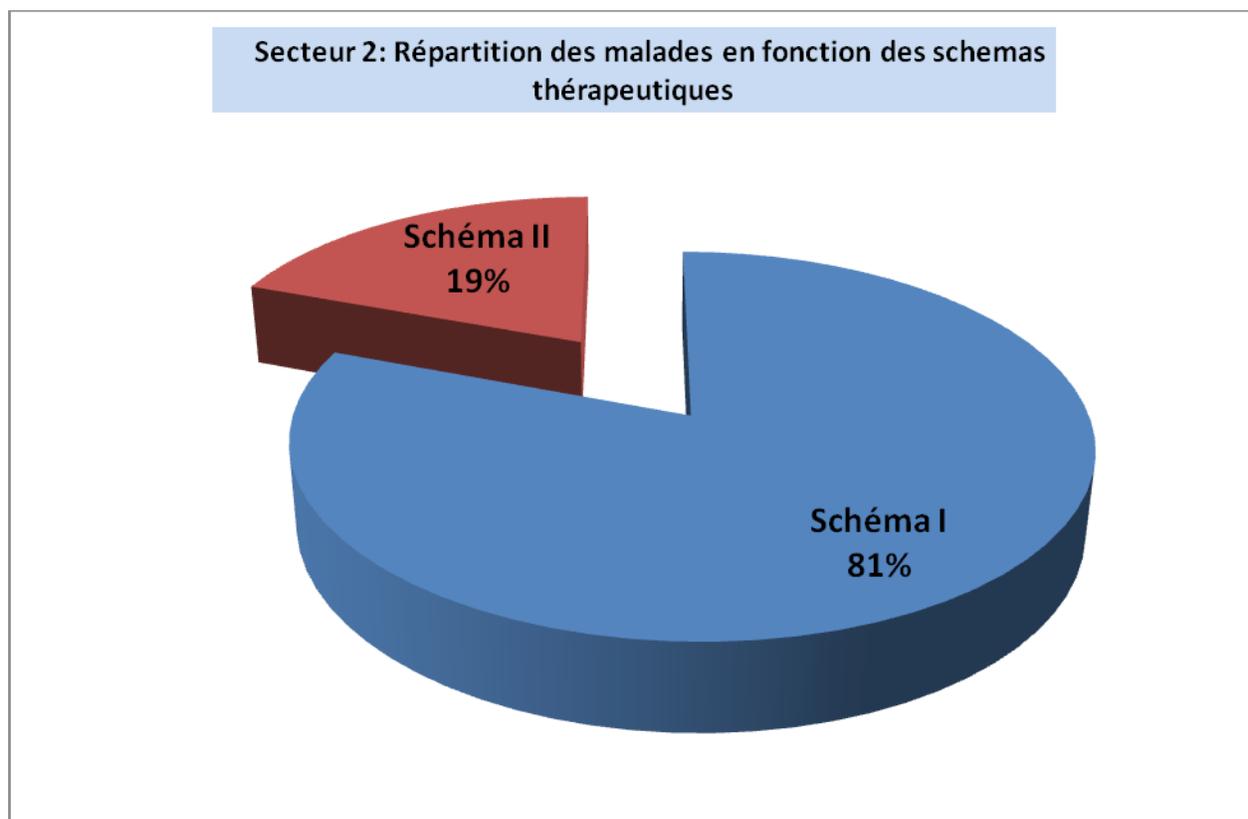
Figure N°2: Répartition des malades en fonction des formes cliniques.



Les dermites en culotte étaient les plus fréquentes soit 57,4 %.

D- LES DONNEES THERAPEUTIQUES

Secteur N°2 : Répartition des malades en fonction des schémas thérapeutiques.



Le schéma I a été plus utilisé soit 81 %.

Tableau N °14: Répartition des malades en fonction des résultats thérapeutiques.

Résultats	Fréq	Pour cent
Guérison	99	91,7
Amélioration	9	8,3
Total	108	100,0

Notre traitement a été efficace dans 91,7 % des cas.

COMMENTAIRES ET **DISCUSSION**

A. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude descriptive portant sur tous les malades consultant au service de dermatologie vénérologie du CNAM pour dermite des langes de mars 2008 à février 2009.

Dans cette étude, 108 cas conformes à la définition ont été inclus contre 20 exclus.

Notre étude, quoique non exhaustive a permis de nous faire une idée sur les connaissances ,attitudes et pratiques des parents face aux cas de dermite des langes pris en charge dans le service de dermatologie vénérologie du CNAM durant la période de l'étude.

B. Epidémiologie :

- **Selon l'âge et le sexe :** la tranche d'âge la plus touchée a été celle de 0- 6 mois (72,2 %) avec une nette prédominance du sexe masculin.

- **Selon l'ethnie, la résidence et le statut social de la mère :**

. Les Bambaras et les Malinkés ont été les ethnies les plus représentées dans l'échantillon avec respectivement 36 cas (33,3 %) et 27 cas (25 %).

. La commune IV a été la plus représentée (37 %).Ceci pourrait s'expliquer par l'existence du service de dermatologie vénérologie du CNAM dans cette commune.

. Les enfants des ménagères (36,1%) et des fonctionnaires (22,2 %) ont été les plus représentés dans notre échantillon.

C. Données sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères :

.Sur la dermite des langes: Seulement 11% des mères connaissaient la dermite des langes comme une maladie contre 88,9%. Cela explique la méconnaissance des parents face à cette dermatose.

.Sur la contagiosité de la dermite des langes : 8,33% des mères pensaient que cette dermatose est contagieuse contre 91,67%.

. Sur les cosmétiques utilisés : L'utilisation d'éponge rugueuse, de poudre parfumée et de crème inappropriée a été révélée par 33,34 % des cas. Ce sont des facteurs qui entretiennent et compliquent la dermite des langes. L'eczématisation et la sur-infection s'observent plus fréquemment chez ces enfants.

. Selon les types de couches : Les couches en coton ont été les plus fréquemment observées soit 77,8 % des cas. Cela s'explique par le fait que les couches en coton peuvent contenir les selles et les urines pendant longtemps ou par la mauvaise qualité des cotons. Telle est l'objectif recherché par les parents.

. Selon l'utilisation des éponges synthétiques : 88% des mères frottaient le siège de l'enfant avec des éponges synthétiques.

. **Selon les pratiques des mères avant la consultation dermatologique :** l'interrogatoire a montré que le traitement médical était le plus fréquent avec 52,8% des cas contre 36,1% de ceux qui n'ont reçu aucun traitement.

D. Discussion clinique :

. **Selon l'aspect des lésions :** La dermite en culotte a été la plus fréquente avec 57,4% des cas contre 3,7% de complications. Saurat avait rapporté une fréquence élevée pour la dermite en W (29).

E. Discussion thérapeutique :

. **Selon l'assiduité des mères au contrôle :** une guérison totale a été observée chez 91,7% des cas contre 8,3% d'améliorations. Il n'a pas eu de cas d'aggravation ni d'échecs thérapeutiques.

ICONOGRAPHIE

Photo 1:dermite de lange étendue chez une fille de 5 mois



Photo: FOMBA .C

Photo 2 : dermite en W chez une fille de 6 mois



Photo: FOMBA .C

Photo 3 : dermatite étendue chez un garçon de 4 mois



Photo: FOMBA .C

CONCLUSION ET
RECOMMADATIONS

CONCLUSION

La dermite des langes représente l'affection dermatologique la plus fréquente chez le nourrisson (108 cas en 1an soit 1cas tous les 3 jours).

Ainsi nous avons mené une étude descriptive pendant 12 mois chez toutes les mères consultants leurs enfants pour dermite des langes dans le service.

A travers nos données, les enfants de 0 – 4 mois (72%) constituent une couche vulnérable vis-à-vis de cette dermatose.

L'étude nous a permis de révéler :

- une méconnaissance des parents sur la dermite des langes (11,1 %).
- une utilisation fréquente des couches en coton (77,8 %) selon le tableau N° 8.
- une nette prédominance du sexe masculin dans la population étudiée.
- la fréquence de la dermite en culotte (57,4%) par rapport aux autres formes cliniques.

RECOMMANDATION

Les résultats de notre étude ayant révélé une amélioration de la qualité de la prise en charge de la dermite des langes dans le service de dermatologie vénérologie du CNAM, nous recommandons :

- Aux autorités sanitaires :

- La formation de spécialistes en dermatologie.
- La formation des agents de santé des structures de 2^e niveau afin de permettre une prise en charge adéquate.

- Aux personnels de santé :

- Ne pas traiter la dermite de siège avec des corticoïdes topiques de classes I ou II.
- Inutile de prescrire un antimycosique par voie orale, sauf en cas de candidose buccale ou digestive.
- Eviter les antiseptiques trop agressifs de types ammonium quaternaire, solution alcoolique.
- Inutile d'utiliser les colorants de types éosine aqueuse, bleu de Milian, fluorescéine car ils masquent les lésions et empêchent d'apprécier l'évolution.

- Informations, éducation et conseils auprès de la population afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation dermatologique en cas de problème de peau et à abandonner les habitudes thérapeutiques néfastes.

- A la population générale :

Informations, éducation et communication de la population pour :

- Utilisation occasionnelle des couches en coton pur et laisser très souvent le siège de l'enfant à l'air libre.
- Eviter l'application des topiques parfumés (poudre, pommade etc....) sur le siège sauf prescription médicale.
- Eviter le lavage des régions périnéo-fessières avec une éponge rugueuse, utiliser les gants en serviette ou éponge nourrisse.
- La consultation dermatologique précoce en cas de problème de peau.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Flagothier C, Pierard-Franchimont C. WWW. Comment j'explore...les dermites des langes. pdf

2. Longhi F, Carlucci G, Belluci R, Di Girolamo R, Palumbo G, Amerio P-
Diaper dermatitis: a study of contributing factors. Contact dermatitis, 1992;
26:248-52

3. Coulibaly A. Dermatoses de l'enfant : étude clinique épidémiologie et
thérapeutique à l'institut Marchoux (Bko-Mali) thèse Med 2000 N 129

4. JH. Saurat et Coll. Précis de dermatologie et vénérologie, 3^{ème} tirage
1999; 199-201.

5. Gentillini M. Médecine tropicale 2^{ème} tirage actualisé, 1995 : 289-308.

6. Leyden JL, Katz S, Stewart R, Kligman AM.— Urinary ammonia and
ammonia - producing microorganisms in infants with and without diaper
dermatitis. Arch Dermatol, 1977;113:1678-1680.

7. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW.— Diaper dermatitis: frequency and
severity among a general infant population. Ped. Dermatol, 1986; 3: 198-
207.

8. **Benjamin L.**- Clinical correlates with diaper dermatitis. *Pediatrician*, 1987;14; suppl 1: 21-26.
9. **Piérard-Franchimont C, Ezzine N, Letawe C, Piérard GE.**— La dermatite des langes. *Rev Med Liège*, 1995; 50: 427-429.
10. **Suskind RR.**— The effects of wetting on cutaneous vulnerability. *Arch Environ Health*, 1965; 11: 529-537.
11. **Osmark K, Wilson D, Maibach H.**— In vivo transepidermal water loss and epidermal occlusive hydration in newborn infants : anatomical region variation. *Acta Dermatovener*, 1980; 60: 403-407.
12. **Akin F, Spraker M, Aly R, et al.**— Effects of breathable disposable diapers : reduced prevalence of *Candida* and common diaper dermatitis. *Ped Dermatol*, 2001; 18: 282-290.
13. **Zimmerer RE, Lawson KD, Calvert CJ.**— The effect of wearing diapers on skin. *Ped Dermatol*, 1986; 3: 95-101.
14. **Buckingham KW, Berg RW.**— Etiologic factors in diaper dermatitis : the role of feces. *Ped Dermatol*, 1986; 3:107-112.
15. **Berg RW.**— Etiologic factors in diaper dermatitis : a model for development of improved diapers. *Pediatrician*, 1987;14: suppl 1; 27-33.

16. Gaudner BN, Plummer E.— Diaper rash : managing and controlling a common problem in infants and toddlers. *J Pediatr Health Care*, 1987;1: 26-34.

17. Berg RW.— Etiology and pathophysiology of diaper dermatitis. *Dermatol*, 1988;3:75-98.

18. Berg RW, Milligan MC, Sarbaugh FC.— Association of skin wetness and pH with diaper dermatitis. *Ped Dermatol*, 1994;1: 18-20 ;180-184.

19. Piérard-Franchimont C, Letawe C, Piérard GE.— Tribologic and mycologic consequences of the use of a miconazole nitrate-containing paste for the prevention of diaper dermatitis : an open pilot study. *Eur J Ped*, 1996;155: 576-578.

20. Rebora A, Leyden JJ.— Napkin (diaper) dermatitis and gastrointestinal carriage of *Candida albicans*. *Br J Dermatol*, 1981;105: 551-555.

21. Keswick BH, Seymour JL, Milligan MC.— Diaper area skin microflora of normal children and children with atopic dermatitis. *J Clin Microbiol*, 1987; 25: 216-221.

22. Ferrazzini G, Kaiser RR, Hirsig Cheng SK, et al.— Microbiological aspects of diaper dermatitis. *Dermatology*, 2003; 206:136-141.

23. Concannon P, Gisoldi E, Phillips S, Grossman R.— Diaper dermatitis : a therapeutic dilemma. Results of a double-blind placebo controlled trial of miconazole nitrate 0.25%. *Ped Dermatol*, 2001;18:149-155.

24. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE JM

P. Morel. Syphilis congénitale

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 181 ; 836

25. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE J M

A. Claudy. Histiocytose Langerhansienne

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 473

26. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE J M

Ph. Bernard, C.Bedane, J- M.Bonnetblanc. Dermatite Herpétiforme

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 280 ; 865

27. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE J M

Ph. Bernard, C.Bedane, J- M.Bonnetblanc. Dermatite à Ig A linéaire

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 281

28. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE J M

J.Chevrant-Breton. Acrodermatite enteropathique

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 863

29. SAURAT JH, GROSSHANS Edouard, LAUGIER Paul, LACHAPELLE J M

A- M.Calza ; J.-F.Stalder.Erythème fessier

Dermatologie et vénéréologie.3^e édition revue et augmentée. Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico ,1999 P : 863

FICHE D'ENQUETE

N° de la fiche

Date.....

I -Identification du malade :

Nom :.....

Prénom :.....

Age :

Sexe :

Ethnie :

Résidence :

II-Identification des parents :

Mère :

Age :

Profession :

Père :

Age :

Profession :

III-Données sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur la dermite des langes:

- Dermite des langes:

Oui: / / , Non: / /

- Contagiosité:

Oui: / / , Non: / /

- Cosmétiques :

Poudre : / / ; Crème : / / ; Parfum : / /

Lait : / / ; Pommade: / /

- Couches :
Coton : / / ; Plastique : / / ; Tissu : / /
- Ports de couches :
Chaque jour : / / ; Occasion : / /
- Changes de couches :
1 fois /jour : / / ; 2 fois /jour : / / ; Apres besoin : / /
- Utilisation d'éponges :
Oui : / / ; Non : / /
- Consultation médicale :
Oui : / / ; Non : / /

IV -Antécédents thérapeutiques : automédications :

Medical:

Per os: / / ; Topique: / /

Traditionnel :

Beurre de karité : / / ; Poudre d'argile : / / ; Aucun : / /

V- Examen clinique :

Examen dermatologique :

a) Types de lésions :

Macules : / / ; Papules : / / ; Vésicules : / /
Pustules: / / ; Bulles : / / ; Nodules : / /
Squames : / / ; Ulcération : / / ; Erosions : / /
Fissuration : / /

b) Coloration des lésions :

Hyperchromique: / / ; Hypochromique: / / Achromique: / /

c) Topographie :

Inguinal: / / ; Inter fessier : / / ; Bourse : / /
Grandes lèvres : / / ; Fesse: / / ; Pubis : / /

Cuisse : / /

d) Aspects des lésions :

W : / / ; Y : / / ; Culotte : / /

VI-Etat général :

Examen général :

Bon : / / ; Passable : / /

VII- Bilan para clinique :

Selles P O K :

E C U B :

Prélèvement mycologique :

TPHA – VDRL :

Biopsie :

Autres :

VIII- Prise en charge :

Moyens :

-Antiseptique :

-Antifongique :

-Anti-histaminique :

-Antibiotique :

-Dermoprotecteur :

-Dermocorticoïde classe IV :

Schéma thérapeutique :

Conseils : / /

Résultats :

Guérison : / / ; Amélioration : / / ; Stabilisation : / / ;

Aggravation : / /

Contrôle : / / ; Si oui ; Jour :

Fiche signalétique :

Nom : Fomba

Prénom : Chiaka

Titre de la thèse : Etude CAP des parents sur la dermite des langes dans le service de dermatologie et vénérologie du CNAM de Bamako.

Année : 2011

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé : La dermite des langes représente l'affection cutanée la plus fréquente chez les nourrissons. Son origine est multifactorielle.

Pour ces raisons, nous avons jugé utile de mener une enquête en vue, d'une part de déterminer le niveau de connaissance des parents sur la dermite des langes et d'autre part de décrire les comportements et attitudes adoptées par les parents face à la dermite des langes.

Nous avons mené une étude descriptive chez les enfants durant 11 mois de mars 2008 à février 2009.

Tous les enfants retenus ont fait l'objet d'un interrogatoire minutieux des mères et d'un examen clinique. Les résultats suivants ont été obtenus :

- Selon le niveau de connaissance : 11% des parents considéraient la

dermite des langes comme une maladie contre 88,9% des cas. L'utilisation de (poudre+crème) par les parents a été la plus représentée soit (33,34 %) des cas.

- Selon les comportements et les attitudes adoptées : 88% des mères frottaient le siège de l'enfant avec des éponges synthétiques.

La plupart de ces parents faisaient un traitement médical avant la consultation dermatologique soit 52,8% des cas contre 11% de traitement traditionnel.

Cette étude nous a permis de révéler que les enfants de 0 à 6 mois constituent une couche vulnérable face à cette dermatose soit 72,2 % des cas.

Mots clés : Dermite, connaissance, attitude, pratique, service dermatologie, CNAM.

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 pas ce qui s'y passa, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servirait pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai que des considérations de religions, 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.

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

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.

