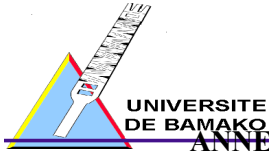


**=Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2010-2011 N°...../

Thèse

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES DERMATOSES CHEZ LES ENFANTS DANS LE SERVICE DE
DERMATOLOGIE AU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 20/12/2011

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto-Stomatologie**

Par Mme Sangaré Maïssata B Coulibaly

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)*

Jury

Président: Pr Abdoulaye Ag Rhaly

Membres : Pr Idrissa Ah. Cissé

Dr Broulaye Traoré

Directrice: Pr Konaré Habibatou Diawara

Dédicaces

AU nom d'ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux, et à son prophète Mohamed, pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie ce modeste travail à :

➤ **La mémoire de mon père : Boubacar Coulibaly**

Grace à l'éducation rigoureuse que tu nous as donnée, tu as su guider, nos pas dans la vie tu nous as quitte prématurément que Dieu t'accorde sa grâce et sa mise corde .Amen!

➤ **Mon tonton : Dramane Traoré**

Vous avez été arraché très tôt à notre affection, vous avez été pour nous un tonton exemplaire et unique à votre genre.

➤ **Ma mère : Tata Bouaré**

Ce travail est aussi le couronnement de tes nombreuses sacrifices, tu m'as toujours encourage et soutenu. Reçois ici toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements

➤ **Ma tante : Bintou Bouaré**

Ta sympathie, ta simplicité, et tes soutient m'ont permit de surmonter des difficultés .Je te dis merci infiniment. Que dieu t'accorde longévité et prospérité

Remerciements

➤ **Ma tante : Maria Sangaré**

Merci pour tes soutiens et tes conseils .Que Dieu t'accorde longue vie, bonne santé.

➤ **Mon marie : Kalifa Sangaré**

Tu as été pour moi un soutien moral et financier durant ma vie scolaire et estudiantine. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

➤ **Mes frères, cousines, sœurs :**

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon éternelle reconnaissance.

➤ **A tous les personnels du ministère de l'industrie :**

Particulièrement, Nafissatou et sa copine. Merci a tous

➤ **A tous les personnels du c f p :**

Recevez ici toute ma reconnaissance.

➤ **A mes aînés du service de dermatologie :** Dr Malle, Dr Boubacar Nanakassé, Dr Fousséyni, Dr Safi, Dr Djénéba, Dr Yaya, Dr Sangata

➤ **A tous les internes du service de dermatologie**

Merci à tous, bon courage et bonne réussite

➤ **A toute la famille**

-Diarra : Sanata

-Maïga : Hawa Maïga

-Fané : Diatigui, Tiéoulé, Mariamou

-Diallo : Tamadé, Janette, Fatoumata

-Diarra : Madou

-Traoré: Mamoutou, Hawa, Aminata, Biba, Adjaratou, Binamourou

-Coulibaly : Gaoussou, Solomane, Sidi, Yaya, Abdoulaye, Madou

Recevez ici toute ma reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT 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 supérieur

Cher maître

Vous nous avez fait honneur en acceptant d'être le président du jury de ce travail. Votre modestie et votre rigueur scientifique pour l'encadrement des étudiants nous ont beaucoup émerveillées. Votre éloquence qui nous fait rêver, fait de vous un enseignant hors du commun. Acceptez ici nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Idrissa Ahmadou CISSE

Praticien Hospitalier

Diplômé en médecine tropicale et parasitaire

Diplômé en endoscopie digestive

Maitre de Conférences en Rhumatologie

Ancien Maître Assistant en Dermatologie Vénérologie

Chef du service de Rhumatologie du CHU du point G

Secrétaire General du ROMY (Réseau- Ouest-Africain de la prise en charge des Myopathologie)

Secrétaire Principal à la FMPOS

Membre international de la SFR (Société Française de Rhumatologie)

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury et ce malgré vos multiples et importantes occupations.

Vos qualités humaines, votre simplicité et votre modestie forcent notre admiration

Veillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Dr Broulaye TRAORE

Praticien hospitalier.

Chef de service de la Pédiatrie Générale au CHU

Gabriel TOURE.

Président de l'association malienne de lutte contre les déficiences mentales chez l'enfant (AMALDEME).

Chargé des cours de Pédiatrie à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) de Bamako.

Cher maître

Votre présence dans notre jury malgré vos multiples sollicitations est un honneur pour nous. Durant de nombreuses années nous avons été impressionnés par votre culture, votre disponibilité, et votre modestie. C'est le lieu de vous témoigner notre gratitude et notre grande admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Pr KONARE Habibatou DIAWARA

Maître de Conférences à la F.M.P.O.S.

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Chef de service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

Cher maître

Vous nous avez confié ce travail. Je ne trouverai certainement pas la formule pour vous exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour votre soutien total tout au long de ce travail.

Votre simplicité ; votre rigueur et votre respect dans le travail nous ont beaucoup marqué. Veuillez accepter ici, modestement, l'expression de notre admiration à votre égard.

Que ce travail soit pour nous le début d'une longue collaboration.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	2
GENERALITES.....	3
METHODOLOGIE.....	44
RESULTATS.....	50
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	61
CONCLUSION RECOMMANDATIONS	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

C M V	: Cytomégalo v irus
D A	: Dermatite Atopique
D S	: Dermatite Séborrhéique
E A	: Effectif Absolu
H I V	: Virus d'Immuno-défici an ce Humaine
L X	: l'Ichthyose Liée au Sexe
IEC	: I nformation, E ducation, C ommunication
Ig E	: Immunoglobuline E
Kg	: Kilogramme
MC	: Molluscum Contagiosum
M P C	: Malnutrition Protéine Calorique
Mg	: Milligramme
N F 1	: Neurofibromatose de type 1
O M S	: Organisation Mondiale de la Santé
P R G	: Pityriasis Rosé de Gibert
P V	: Pityriasis Versicolor
%	: Pourcentage
S I D A	: Syndrome de l'Immuno Défici en ce Acquis
T C L	: Tâche Café au Lait
V Z V	: Virus Zona- varicelle

1- Introduction

Les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays émergents.

Les infections cutanées sont fréquentes chez l'enfant.

Elles occupent une place de choix dans les consultations dermatologiques en Afrique et englobent des infections bactériennes, parasitaires mycosiques et virales.

Malgré le caractère banal de la plupart de ces infections cutanées, leur prise en charge précoce et adaptée est nécessaire pour éviter les complications qui peuvent être très graves. [5]

En effet, une étude faite au Burkina Faso au CHU de Ouagadougou de janvier 1995 à décembre 1996, a montré que sur 1234 enfants vus en consultation dermatologique, 486 présentaient une infection cutanée ce qui correspondait à 39,4% des infections. [5]

Une étude réalisée à l'Institut Marchoux sur les dermatoses infectieuses en 1996 montre que la tranche d'âge la plus touchée a été celle comprise entre 0 – 14 ans. [21]

Une autre étude menée sur les dermatoses infantiles au Mali en 2000 montre que la tranche d'âge la plus atteinte est comprise entre 0 – 4 ans avec une moyenne de 7. [12]

- à Bamako A. Mahé et col ont estimé la prévalence des pyodermites à 2,5% dans la population étudiée. [13]

- Les travaux menés au Mali et en Guinée Conakry sur les teignes ont rapporté respectivement : 13,2% et 3%. [24,28]

Toutes ces études ont démontré que les enfants constituent une couche vulnérable face aux dermatoses.

Le but de notre travail est d'étudier les dermatoses observées chez les enfants au CHU de Gabriel Touré.

Les Objectifs :

1. Objectif général :

Etudier les dermatoses observées chez les enfants au cours des consultations dermatologiques au CHU Gabriel TOURE.

2. Objectifs spécifiques :

1. Décrire le profil épidémiologique
2. Rapporter les différentes dermatoses observées
3. Décrire les aspects cliniques des cas observés
4. Formuler des recommandations visant à améliorer la prise en charge des dermatoses infantiles.

2- GENERALITES

Elles porteront sur une revue succincte des dermatoses couramment observées chez les enfants au CHU de l'Hôpital Gabriel TOURE Bamako (Mali)

2-1-Les dermatoses d'étiologie bactérienne

2-1-1 Pyodermites : ce sont des agressions de la peau par des agents pathogènes qui sont habituellement le staphylocoque aureus et le streptocoque β hémolytique du groupe A. Elles peuvent compliquer certaines dermatoses. [17]

-Description Clinique :

Nous décrivons essentiellement les agressions primitives de la peau par ces agents pathogènes, c'est-à-dire les pyodermites primitives. Parmi elle on rencontre :

.Les folliculites et ostéofolliculites primitives :

Des papulopustules inflammatoire centrée par un poil en sont l'expression la plus superficielle. Elles s'associent volontiers à d'autres pyodermites staphylococciques : impétigo, périonyxis, perlèche. Elles sont favorisées par les pansements occlusifs et la macération.

. Furoncle : peut faire suite à une folliculite, c'est une atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse aboutissant en quelque jour à une suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un gros bourbillon jaune

. Impétigo : est une infection cutanée superficielle très contagieuse. [30] c'est la forme la plus superficielle des pyodermites. La lésion initiale est une vésicule sous cornée remplie de sérosité, de germes et de polynucléaire neutrophile. Rapidement en quelque jours, la vésicule se trouble, devient purulente et se dessèche, donnant des croûtes de couleurs jaune (aspect melicérique). [17]

.L'impétigo de l'enfant survient surtout au visage autour du nez et de la bouche. Il peut diffuser les mains, les pieds sont cependant rarement atteints. [30]

Classiquement l'impétigo croûteux périorificiel est streptococcique à pyogène (impétigo de tilbury-fax), le staphylocoque est accessoirement retrouvé. La contamination est favorisée par la promiscuité et les mauvaises conditions d'hygiène et socio-économique.

. L'ecthyma : est un impétigo creusant, habituellement localisé aux membres inférieurs. Il guérit en laissant des cicatrices dischromiques mais peut aussi évoluer vers ulcération chronique avec synergie microbienne comme dans les ulcères dite tropicaux. Ces ulcérations chroniques de jambe à bord calleuse peuvent en l'absence de traitement, durée des années et exceptionnellement dégénère en épithélioma spino-cellulaire.

.L'ecthyma gangréneux : est une ulcération nécrotique secondaire a une bulle opaline ou hémorragique, est assez caractéristique des affections à *Pseudomonas aeruginosa*, en particulier des septicémies chez les sujets immunodéprimés ou débilisés.

. L'ecthyma gangréneux du siège chez le nourrisson (ecthyma vaccinoforme syphiloïde), le bacille pyocyanique peut provenir par contiguïté d'un foyer intestinal, après une antibiothérapie responsable d'une substitution de flore microbienne.

. Pyodermites végétales :

Impétigo et ecthyma, sous l'effet de la macération peuvent prendre un aspect papuloérosif comme dans les dermites fessières (syphiloïde post érosif de Seveste et Jacquet) ou franchement végétant et papillomateux. Le granulome télangiectasique peut en être rapproché, il s'agit d'une petite tumeur globuleuse inflammatoire, saignant facilement, étranglé à sa base qui complique habituellement d'une petite plaie. [17]

. L'érysipèle : est une cellulite aiguë streptococcique. A début brutal (fièvre frisson) précédant l'apparition d'un placard érythémateux douloureux, infiltré, chaud, avec bordure périphérique saillante avec une marche centrifuge, accompagnée d'une adénopathie sensible traduisant la participation lymphatique. Mais les formes du membre inférieur sont plus fréquentes. Il est du au streptocoque A β hémolytique et au streptocoque des groupes B C et G. [30]

- Les formes classiques du visage sont actuellement plus rares que les formes compliquées les plaies ulcère de jambe. Celle –ci est souvent de véritables cellulites ou dermohypodermes infectieuses la lymphangite adénopathie inguinale est quasi constante et le tableau est celui de « grosse jambe rouge aiguë fébrile ». Ces lésions présentent un caractère récidivant et progressivement s'installe aussi un état éléphantiasique du membre atteint.

-Diagnostic positif

Il est évoqué devant un enfant vivant en zone tropicale âgé de 0 à 10 ans et présentant un des tableaux cliniques ci-dessus décrits.

La confirmation diagnostique est apportée par l'identification de germes retrouvés dans les prélèvements examinés au laboratoire.

-Diagnostic différentiel

- L'impétigo bulleux peut faire évoquer

* La syphilis congénitale : qui réalise un tableau de pemphigus syphilitique avec éruption periorificielle et palmoplantaire. La découverte tréponéma pâle dans les sécrétions et le BW (Bordet Wasserman) apportent le diagnostic.

* Le pemphigus auto-immun qui est fait des bulles à Nikolski positif et la confirmation est rapporté par la biopsie et l'immunofluorescences direct.

* La dermatite à une IgA linéaire faite des petites bulles qui sont localisées aux extrémités. L'immunofluorescences direct apporte le diagnostic.

* Epidermolyse bulleuse congénitale : il s'agit des nourrissons présentant des bulles de tailles différentes, flasques de localisation ubiquitaire. L'immunofluorescences direct apporte le diagnostic.

- L'ecthyma peut faire évoquer :

* Une leishmaniose cutanée « bouton d'orient » c'est une lésion ulcéro-croûteuse, parfois nodulaire localisé à la zone découverte. D'identification du corps de leishmani apporte le diagnostic.

* un pian : lésion en choux fleure. La découverte du tréponème et la positivité de la sérologie syphilitique apportent le diagnostic.

-Evolution :

* Favorable

L'évolution favorable est obtenue sous traitement avec ou sans cicatrice

* Complications des pyodermites

- streptococcique :

* locale : fasciite, gangrène

* toxinique : glomérulonéphrite - post streptococcique

Choc toxique streptococcique

Erythème périnéal récidivant

-staphylococcique

Local : ecthyma, staphylococcie maligne de la face

Toxinique : impétigo bulleux, épidermolyse staphylococcique, scarlatine streptococcique

-Traitement :

. But

Stérilisé le foyer infectieux

Guérir les lésions

. Moyens, indications, modalité thérapeutiques

Ils associent un traitement local nécessaire suffisant dans les formes superficielles, à un traitement général adapté aux germes en cause.

Traitement local : il consiste à une désinfection et une détersion des croûtes et des débris des lésions par des antiseptiques avec ou sans topique antibiotique.

Les antiseptiques couramment utilisé sont :

Dakin solution, permanganate de potassium est dilué au 1/mille il se présente en comprimé de 0,50g ou en sachet de 500mg. Les effets secondaires, risque avec des concentrations élevées.

Traitement général : dans les folliculites profuses, l'ecthyma, l'érysipèle, l'antibiothérapie aura l'avantage d'éradiquer les gîtes de portage chronique, responsable de la réinfection ou de la contamination de l'entourage.

Les familles d'antibiotiques couramment utilisées sont :

Pénicilline retard : 50mg/kg

Macrolide dose 50mg/kg/j

IEC (Information, Education, Communication) sur le respect des règles d'hygiène classique

Hygiène corporelle et vestimentaire

Eviction scolaire pendant 8 jours.

2-2-Dermatose d'étiologie parasitaire :

2-2-1- Larva migrans cutanée :

- **Epidémiologie** : elle est liée à la pénétration transépidermique des larves d'ankylostome infestant diverses espèces animales. [2]

- **Symptomatologie** : elles débutent par des papules prurigineuses peu évocatrices à laquelle succède un trajet spergineux, inflammatoire.

La migration parasitaire va de quelques millimètres à un centimètre par jour et peut durer plusieurs semaines, délais au bout duquel la larve en impasse parasitaire chez l'homme, meurt entraînant la guérison clinique.

La dermatite rampante ankylostomienne se développe en tout cas au niveau d'une zone découverte ayant été en contact avec un sol contaminé.

Les lésions siègent aux endroits du corps en contact avec le sol souillé par les déjections : mains, pieds, fesses. Au point de pénétration des larves apparaissent rapidement des papules prurigineuses.

- Diagnostic :

Diagnostic : il repose sur la clinique. La notion d'un séjour en pays endémique chaud et humide et des contacts avec un sol infeste (plage).

La biopsie cutanée révèle d'une inflammation dermique riche en éosinophile mais non pathognomonique.

Le diagnostic différentiel se pose avec la dermatite rampante à anguillule (larva currens) siège le plus souvent dans la région péri anale ou fessière.

- **Traitement** : Le traitement est basé sur le thiobendazole (mintézol) par voie locale ou albendazole ou d'ivermectine par voie générale.

2-2-2. La scabiose : (la gale) Est une ectoparasitose de contamination interhumaine due à un acarien de la famille des sarcoptidesi (*Sarcoptes hominis scabiei*). Elle est une dermatose très prurigineuse et très contagieuse.

- Epidémiologie de la scabiose

Epidémiologie :

Maladie ectoparasitaire due à un acarien (*sarcoptes scabiei hominis*) : la gale est transmise dans l'immense majorité des cas par contact interhumain direct. [8]

En effet, le sarcopte responsable est un parasite humain obligatoire.

Sa durée de survie en dehors du corps humain est brève, elle est de l'ordre de 1 à 2 jours. L'acarien femelle adulte a une bonne mobilité à la température de 25° à 30° ; en dessous de 20°C, ils dévient immobile et meurt rapidement. Au dessus de 55° il est tué en quelque minute. Sa longueur est de plus ou moins 0,4mm et n'est donc pas visible à l'œil nue. La gale est une maladie cosmopolite. [12]

- Pathogénie :

Cette maladie atteint préférentiellement la couche cornée de l'épiderme. La lésion initiale est le tunnel ou sillon. Sous sa partie antérieure dans la couche de Malpighi, se trouve une petite réaction œdémateuse locale la vésicule perlée. Dans une forme particulière, la gale norvégienne existe une forme d'hyper kératose et une parakératose aboutissant à la formation de croûtes lamelleuses et spongineuses (à l'inverse de la gale normal) remplies de galeries contenant des acares très nombreux.

L'affection est accompagnée d'une hyperéosinophilie généralement modérée, le prurit est le signe capital de la gale.

- Clinique :

. Type de description : la scabiose de l'enfant jeune bien portant

Sa période d'incubation est de 3 à 8 semaines en moyenne. Et elle est réduite à quelque jour en cas de réinfestation. C'est la période pendant laquelle le sujet est sensible aux sarcoptes. Le symptôme principal de la gale installée est le prurit. Il est d'une intensité variable. Cette intensité

croie surtout au moment du couché. Les localisations en sont en faite la caractéristique avant tout.

Les faces latérales des doigts, les espaces interdigitaux des mains, la Face antérieure des poignets et des coudes, le bord antérieur des creux axillaires (nodule scabieux), le nombril, le fourreau de la verge (chancre scabieux), les seins.

L'examen permet de découvrir le sillon (petite trainée en zig-zag de 1 à 2 cm). Il est difficile à voir chez les gens aux mains propres, plus facile à reconnaître chez ceux dont le sillon a été progressivement rempli de crasse, ce qui lui donne une teinte grisâtre. Sa face antérieure est marquée par la vésicule perlée.

Généralement ses signes sont difficilement reconnaissables car ils sont masqués par des lésions de grattage et des surinfections souvent importantes. Leurs localisations caractéristiques restent évocatrices

Le diagnostic en est cliniquement aisé au début. La recherche des œufs des sarcoptes par effondrement du sillon (scratching test), ou la mise à nu des sarcoptes adultes à l'extrémité des sillons à l'aide d'une aiguille confirme le diagnostic, mais cette recherche est en faite difficile et assez aléatoire pour des mains non expertes

- **Gale du nourrisson** : Elle présente des spécificités cliniques.

L'éruption est le plus souvent vésiculo pustuleux, parfois pustuleuse, prurigineuse, prédominant aux extrémités en particulier aux pieds (8). Mais pouvant être plus diffus. Le visage habituellement épargné. Une atteinte du cuir chevelu est possible. Parfois les lésions peuvent prendre un aspect bulleux ressemblant à une dysidrose. Les sillons sont inconstants, mais des nodules scabieux prédominant aux aisselles, aux bras, du dos, aux organes génitaux ne sont exceptionnels, ils peuvent être la seule manifestation clinique et persiste plusieurs semaines. Le retard diagnostique est source d'épidémie (8).

-Les formes compliquées :

. Gale impétigénisée : il s'agit d'une surinfection fréquente des gales aquarienne chez les sujets à hygiène corporelle mauvaise.

.Gale eczématisée : s'observe au cours d'une automédication mal adaptée cherchant à calmer le prurit ou après un traitement anti-scabieux intempestif.

- Diagnostic positif :

Il est basé sur

Les signes cliniques évocateurs (la notion d'un prurit à recrudescence nocturne, existence de prurit familial ou conjugal, ou dans l'entourage.

L'éruption de séropapule et de sillon à topographie particulière

La mise en évidence sur sarcopte après grattage des lésions. Le produit obtenu sera examiné au microscope optique pour visualiser les sarcoptes.

- Diagnostic différentiel :

Le prurit peu faire évoquée :

Le prurigo non parasitaire : caractérisé par des séropapules prurigineuses localisées aux parties découvertes (membres et fronts). Ils observent au cours des piqûres d'insecte en milieu tropical. Il ne correspond pas à la topographie élective de la gale.

Lichen plan : la lésion élémentaire cutanée est une papule ferme consistante polygonale, brillante à jour frisante, de coloration rouge rosée (chez les individus de peau blanche) dont la surface plane de 1 à 3 cm est parcourue de fine strie grisâtre. Des lésions muqueuses peuvent y être associées. Le prurit est constant de jour et de nuit.

Urticaire : est fait des papules prurigineuses, d'aspect érythémateux avec 2 à 3 cm de diamètre. La topographie est ubiquitaire et l'évolution se fait par poussées de périodicité variable.

L'eczéma : c'est une dermatose d'hypersensibilité à un allergène externe ou interne, caractérisée par l'éruption de plaque érythémato-vésiculeuses et prurigineuse, de localisation ubiquitaire.

Larva migrans : fait de sillon sinneux et prurigineux de plusieurs centimètres de longueur et d'aspect inflammatoire. Il est dû aux larves d'ankylostomes pénétrant de façon accidentelle dans la peau en contact avec les sols souillés d'éjections d'animaux.

Dans tous ces cas, l'absence de :

Sarcoptes dans les lésions, prurit familial ou collectif, réponse aux tests thérapeutique permettent d'exclure la gale.

Cependant des associations sont possibles entre deux dermatoses prurigineuses.

- Traitement :

. **But** : traiter le sujet malade, le sujet contact, désinfecter l'environnement.

. **Moyen** :

. **Spécifiques** :

Benzoate de Benzyle (ascabiol) : en application sur tout le corps à l'exception de la tête en insistant sur les régions qui démangent le plus. Laisse le produit en place pendant 24h pour les adultes et les enfants de plus de 2 ans et 12 heures pour les enfants de moins de 2 ans.

Le clofenotamine (benzochloryl).

Les pyrèthrine (spregal) : il consiste à une pulvérisation sur tout le corps sauf la tête et laisser le produit pendant 24h durant 2 nuits successive

. **Le traitement adjuvant** :

Il concerne la désinfection des linges et literies.

Lindane ou hexachlorocyclohexane (aphtiria).

La pyrprthroïde (Apar)

- Indication :

. **La gale non surinfectée** : on utilise l'un des acaricide pour traiter le sujet malade et les sujets contacts. La désinfection des linges et literies par la poudre aphtiria et laisser le produit en contact pendant 72h

. **La gale surinfectée non eczématisée** : on traite d'abord la surinfection. Le traitement spécifique anti scabieux s'effectuera comme celui d'une gale simple.

. **La gale eczématisée** : le traitement se fait par des bains de permanganate associé au traitement scabieux. En fin on traitera l'eczématisation par des topiques à base des corticoïdes dont la concentration est fonction de l'eczématisation.

2-3- Dermatoses d'étiologie mycosique

Les mycoses cutanées font partie des infections superficielles semi-profondes ou profondes, causées par des champignons microscopiques.

2-3-1-Mycoses superficielles :

Les mycoses superficielles de la peau et des phanères sont le plus souvent dues aux dermatophytes, Champignons filamenteux qui se caractérisent pour leur affinité pour la kératine et par leur sensibilité à la griséofulvine. La levure de mallassezia, saprophyte de l'homme, est fréquemment à l'origine des lésions cutanées surtout en milieu tropical. D'autres champignons sont responsables des mycoses plus rares au niveau du système pileux (trichospore beigelu, piedraia hortai), de la peau (exophiale wernecku, cladosprium castellanu) et les ongles.

-Pityriasis versicolor (la dartre)

Le pityriasis versicolor est une mycose cutanée due à mallassezia furfur, levure lipophile pouvant être saprophyte de la peau saine, surtout séborrhéique. [20]

. Symptomatologie :

Elle se manifeste par des macules périfolliculaire finement squameuses, et s'étendant en périphérique et pouvant confluer entre elle pour former des placards de couleur variable : rose ou brun sur peau claire et achromique sur peau bronzée ou noire. Les squames sont plus marquées dans les lésions colorées et sont facilement mis en évidence en raclant légèrement la tache (signe de copeau). L'affection est généralement asymptomatique mais parfois un léger prurit peut être associé.

Les lésions prédominent sur le tronc et la racine des membres supérieurs.

. Diagnostic :

Il est facile à reconnaître souvent très extensif. Cliniquement le Pityriasis versicolor est constitué de macules de coloration chamois ou rosée de taille variable sur peau noire. Les macules chamois sont bruns foncées ou grises très squameuses voire kératosique. Cette hyperkératose donne souvent un <<signe de copeau positif>> c'est-à-dire décollement d'une petite squame cornée au grattage à l'ongle ou à la curette.

Le prélèvement est effectué en raclant les macules afin d'obtenir des squames infectées. Au microscope, les squames sont parasitées par des courts filaments mycéliens et des petits amas de levures ovalaires. En culture sur milieu de Dixon ou de sabouraud recouvert d'huile, les colonies de malassezia se développent en 4 à 5 jours à 28°C.

. Diagnostic différentiel : pityriasis versicolor se discute cliniquement avec le : vitiligo, Pityriasis alba, l'érythrasma, pityriasis rosé de Gibert la dermatite séborrhéique.

- **Traitement** :

Dérivée de l'imidazole (les antifongiques)

Vaseline salicylée

Les antifongiques en application sur les lésions deux à trois fois par jour pendant trois semaines.

Désinfection des linges

L'évolution est généralement chronique.

- **Candidose superficielle** :

Les candidoses sont des mycoses cosmopolites, sur les très nombreuses espèces du genre candida (environ 150) une dizaine peu se développer à 37°C et devenir pathogène pour l'homme.

Des circonstances particulières sont nécessaires pour que les candidats deviennent pathogènes : diminution des défenses immunitaires, modification hormonales spontanées ou iatrogènes, altération préalable de la peau ou des muqueuses pouvant être liées à des facteurs exogènes (chaleur, macération ou à des maladies de système (diabète, obésité, hémopathie maligne grossesse, infection à VIH) les infections à levure peuvent être liées à la pullulation d'un endosaprophyte (*C. albicans*) ou à une contamination exogène directe ou indirecte tous les autres espèces pathogènes.

. **Aspect clinique** :

Perlèche : la perlèche est une inflammation aiguë ou chronique des commissures labiales et le principal agent pathogène est *Candida albicans*.

La perlèche candidosique doit être différenciée de la perlèche streptococcique de l'herpès labiale, de la syphilis commissurales, de la syphilis secondaire et des dermatites de contact (dentifrice rouge à lèvres)

L'évolution est chronique en absence de traitement adaptée.

. Chéilite candidosique :

La chéilite candidosique est un état inflammatoire chronique ou subaigu des vermillons des lèvres et candida albicans est plus indiqué. Elle accompagne volontiers une perlèche et ou une stomatite candidosique. Elle se traduit par un érythème, un œdème desquamation des lèvres qui peuvent se fissurer en certaines lésions évolutives peut évoquer un état pseudoepithéliomateux.

• Intertrigo candidosique :

L'intertrigo est une inflammation des plis cutanés candida albicans est le plus souvent responsable de ces lésions.

La lésion prurigineuse débute au fond du pli par une vésiculo pustule et s'étend symétriquement de part et d'autre sur les surfaces cutanées.

Le fond du pli est fissuré, souvent macéré.

Les berges sont recouvertes d'un érythème en nappe, lisse, rouge fonce, vernissé.

La présence de vésiculo pustule satellites est inconstante mais très évocatrice.

L'intertrigo candidosique devra être différencié de l'intertrigo microbien ou dermatophytique, de l'eczéma du psoriasis, de l'érythrasma.

Onyxis et perionyxis candidosiques.

L'onyxis est une infection de la lame unguéale. Le perionyxis est une tuméfaction inflammatoire du repli sus unguéale. Candida albicans est responsable environ 70% des cas. L'atteinte unguéale débutant par perionyxis gagne de proche en proche toute la tablette à partir de la région proximale.

Ces lésions devons être distingue des perionyxis microbiens, du psoriasis unguéal et de onyxis dermatophytique.

- Diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des levures à l'examen direct et l'identification de l'espèce par la culture.

- Traitement :

Les traitements antifongiques couramment utilisés sont :

Les antifongiques locaux : nystatine, fongizone, miconazole en gel buccal +les antifongiques par voie générale (ketoconazole, fluconazole, itraconazole) sont utilisés devant les formes chroniques et sévères.

- Dermatophyties :

Les dermatophyties sont des affections causées par des champignons filamenteux microscopiques qui ont une affinité pour la kératine. Ces champignons très répandus déterminent chez l'homme un certain nombre de maladies dermatologiques appelées dermatophyties.

. Agents pathogènes :

Ces champignons appartiennent aux genres Trichophyton(T), Epidermophyton(E), Microsporum(M).

. Epidémiologie :

Epidémiologie : les dermatophytes ont en général une répartition géographique ubiquitaire. Quelques espèces sont présentées dans certaines régions du globe mais leur importation peut être responsable de cas autochtone. [32]

La survenue des dermatophyties a été indépendante de l'âge, sexe, de la profession et de la promiscuité. [25]

Les dermatophytes sont repartis en trois groupes anthropophiles, antropozoophile, géophile.

- **Les espèces anthropophiles** : parasite humain exclusif, se transmettent soit directement par contact interhumain soit indirectement par (les linges, les vêtements les sols, des salles de bains, des salles de sport, des douches collectives, des piscines, plages...).

Parmi ces espèces on retrouve : M.audouinu, T.rubrum , T. interdigitale, T.violaceum, T. schönleinii, E. floccosum , T. rubrum est l'espèce la plus fréquemment rencontrée.

- **Les espèces anthrozoophiles** : se transmettent à l'homme par le contact d'un animal contaminé.

M.canis transmis généralement par le chat est l'espace la plus souvent isolée .T. mentagrophytes est transmis par les chevaux et les petits rongeurs (souris de laboratoire notamment), mais il existe également sur le sol T. ochraceum est transmis par les bovidés et se rencontrent chez les ruraux et les vétérinaires.

- **Les espèces géophiles** :

Se trouve sur le sol. Exemple : M. gypseum.

Aspects cliniques :

Dermatophyties de la peau glabre : herpès circiné

Les épidermophytes sont cosmopolites et tous les dermatophytes peuvent être incriminé. Le M. canis et T. rubrum sont le plus fréquemment responsable des lésions.

L'herpès circiné débute par une macule érythémateuse, prurigineuse, squameuse, à bord vésiculo papuleux et à extension centrifuge, parfois en cocarde.

Les diagnostics différentiels se font avec une dermite nummulaire, eczématide, pityriasis rosé de Gibert ou d'un psoriasis.

Dermatophytie des grands plis

La localisation élective est la face interne de la racine des cuisses ou la lésion débute dans le creux inguinal par une petite plaque érythémateux d'évolution centrifuge de part et d'autre du plis l'extension aboutis à la formation d'un vaste placard limité par une bordure active, érythémato vésiculeuse et squameuse. La lésion est souvent prurigineuse. Elle est

parfois associée à une mycose inter digitale ou unguéale, à l'origine des rechutes.

Il faut le différencier de l'érythrasma, de l'intertrigo candidosique et des affections infectieuses (eczéma, psoriasis). [32]

Les dermatophyties interdigitales, plantaires, palmaires :

Les dermatophyties des pieds sont fréquentes, cosmopolite et touchent surtout l'adulte.

L'intertrigo s'observe le plus souvent au niveau du troisième ou du quatrième espace interdigital des pieds et entraîne des fissurations, une macération ou des lésions squameuses, plus rarement une dyshidrose est observée non traitée la lésion peut s'étendre sous la tante ou sur le dos du pied ou elle se limite par un bord desquamant.

Les dermatophyties plantaires à T. rubrum d'origine interdigital peuvent aboutir à une pachydermie des plantes avec un aspect en « mocassin ».

Les dermatophyties palmaires sont plus rares, en général unilatérales et observées presque uniquement dans le sexe masculin.

Teignes du cuir chevelu :

Les teignes du cuir chevelu sont dues à des parasites kératinophile du genre *Microsporum* (M. canis ou M. langeronii essentiellement) ou trichophyton (T. soudanense, T. violaceum, et T. tonsurans). Elles touchent essentiellement les enfants d'âge scolaire avant la puberté, ou elles sont la première cause d'infection fongique. [1]

Elles restent d'une part un problème d'actualité car elle sévit à l'état endémique touchant des nombreux enfants. [29]

Les facteurs de risques demeurent cependant peu connus et controversés même si l'on décrit des fréquences élevées dans certains milieux notamment les établissements scolaires, les orphelinats et les consultations des centres de protection maternelles et infantiles. [29]

Elles sont contagieuses et transmises soit de l'animal (zoophile), soit d'un malade à un porteur sain (anthropozoophile). [28]

Les teignes retrouvées sont majoritairement anthropophile et les deux espèces les plus fréquents isolées sont T. soudanense et M. langeronii. C'est deux pathogènes sont également retrouver avec une grande fréquence en Afrique de l'ouest. [1]

Teignes tondantes :

Dermatophyties cosmopolite du cuir chevelu et des cheveux chez les enfants. Les lésions guérissent spontanément à la puberté sans alopecie cicatricielle, sauf dans certains cas de teignes tondantes trichophytique qui peuvent persister et être à l'origine des teignes chronique chez l'adulte.

Teignes tondantes microsporiques : elle se présente sous forme de placard érythémato squameux unique ou en petit nombre de trois à six centimètre de diamètre, sur le quel sont cassés à 2 ou 3 mm de leur émergence. Le diagnostic différentiel se fait avec la teigne trichophytique, avec le favus.

Teignes tondantes trichophytiques : ces teignes se manifestent par de nombreuses petites plaques érythémato squameux du cuir chevelu, de 1 à 2 cm de diamètre. Les plaques peuvent confluer et les cheveux cassés au ras du cuir chevelu. Les teignes trichophytiques peuvent s'accompagner d'atteinte de la peau glabre et des ongles.

Teignes suppurées : ou kérion de Celse

Sont observées au niveau du cuir chevelu de l'enfant et plus rarement de la femme adulte. Chez l'homme le kérion se développe à la barbe d'autre parties du corps peuvent être le siège d'un kérion à l'exception des aisselles et du pubis où les poils seraient réfractaire aux agents des teignes.

Les lésions débutent par une ou plusieurs placards érythémato squameux, arrondis et prurigineux qui évolue en un macaron inflammatoire, le plus souvent unique sur le cuir chevelu alors que sur la barbe il excite fréquemment des lésions secondaires. On observe une suppuration des orifices folliculaires du kérion avec une chute des cheveux. Elles confèrent en général une immunité durable.

*favus : la teigne favique est une dermatophytie du cuir chevelu, observée à tout âge et caractérisée par le godet favique aboutissant à une alopecie définitive.

L'agent responsable est T. schönleini qui se trouve en Afrique du nord, au proche orient et en inde.

La lésion caractéristique est de godet favique petite masse de 0,5 à 1,5cm de diamètre, jaune soufre cupuliforme, périfolliculaire, pouvant confluer les godets voisins. Les cheveux deviennent mats et se cassent à quelque centimètre de leurs émergences. En absence de traitement, l'affection évolue vers une alopecie cicatricielle laissant un cuir chevelu fragilise qui apparaît à la long le lit des carcinomes cutanés.

Onychomycoses : quatre formes sont décrites dans les atteintes dermatophytiques des ongles.

Onychomycoses sous unguéales distales: cette forme probablement la plus fréquente débute par une invasion fongique dans le tissu sous unguéal qui, s'épaississant soulève l'extrémité distale de l'ongle.

La couleur de l'ongle peut varier du jaune au brun. Avec le temps la lame superficielle est attaquée par le dessous aboutissant à la destruction totale de l'ongle : onychomycodistrophie totale.

Onychomycoses sous unguéales proximales:

Il s'agit d'une atteinte sous unguéale qui débute au niveau de la lunule et qui progresse distale ment avec un blanchissement de l'ongle cette forme rare est assez observée au cours du syndrome de l'immunodéficience

humaine. Plusieurs trichophytons anthropophiles sont impliqués. Il s'agit d'une atteinte sous unguéale qui débute au niveau de la lunule qui progresse distalement avec blanchissement des ongles.

Leuconychie superficielle: elle se traduit par l'apparition d'une ou de plusieurs tâches blanches dans la lame superficielle de l'ongle. La localisation superficielle de l'infection permet souvent un traitement local par l'élimination mécanique du tissu parasite, associé à un anti-fongique appliqué sur l'ongle.

Onychomycodystrophie totale : l'aspect clinique des lésions est généralement évocateur d'une dermatophyte mais il est toujours préférable d'effectuer un examen mycologique qui permet de confirmer le diagnostic et constituer un moyen de surveillance au cours du traitement.

- Diagnostic différentiel

Diagnostic différentiel : le psoriasis, la pelade, la dysidrose, l'érythrasma, l'intertrigo, la dermatite séborrhéique et les dystrophies unguéales d'origine circulaire, métabolique ou traumatique.

- Traitement

le traitement des dermatophyties s'effectue par application des topiques locaux associés ou non à un traitement par voie orale selon la localisation et sévérité de la mycose.

- Traitements généraux. :

- la griséofulvine : 10-20mg /kg/ j Chez les enfants

- l'itraconazole : 100-200mg /j pendant 2-4 semaines

- le kétoconazole : 4-7mg /kg/j

- la terbinafine : 250mg /J

- Traitements locaux.

* Les dérivés de l'imidazole : sont commercialisés sous forme de pommade, crème, lotion.

*L'acide salicylique (vaseline salicylée de 2 à 10/1000)

*pommade de Winfield (acide benzoïque 4g, acide salicylique 2g, lanovaseline 25g).

* dérivés de l'acide benzoïque, ammonium quaternaires quelque soit le produit utilisé, il doit être appliqué sur les lésions deux fois par jour pendant au moins deux semaines.

Indications Thérapeutiques :

Un traitement local de 2 à 4 semaines suffit dans la plupart des infections de la peau glabre. Les formes extensives nécessitent l'addition d'un traitement per os prescrit jusqu'à la guérison.

Il faut décontaminer les vêtements (chaussette, chaussure) par l'usage des aérosols de dérivés imidazole.

*Onychomycoses : thérapeutique souvent longue et difficile. Le traitement per os est de règle sauf dans la leuconychie superficielle à T. interdigitale, dans la leuconychie le raclage direct de la partie infectée permet l'élimination mécanique du tissu atteint et on complète le traitement par l'application de topique locaux. L'application de vernis (mycoester).

Par voie générale, l'itraconazole et la terbinafine sont les plus prometteurs. Le traitement per os peut durer trois à six mois en cures courtes espacées de fenêtre thérapeutique. L'avulsion chirurgicale ou chimique de la partie infestée de l'ongle permet d'améliorer le résultat et de réduire la durée du traitement.

*teigne et favus : pour les teignes tondantes, on associe un traitement par voie orale aux applications biquotidiennes de topique locaux en crème, lait, lotion. Le traitement est suivi en moyenne deux mois et n'est interrompu qu'après guérison clinique et mycologique. Les kériions peuvent bénéficier d'une corticothérapie per os qui ne doit pas dépasser deux semaines.

2- 4 Dermatoses d'étiologie virale

2- 4 -1-molluscum contagiosum [18 – 22]

Tumeur virale bénigne fréquente chez l'enfant, le molluscum contagiosum est due à un gros virus du groupe des poxvirus qui infectent les cellules épidermiques. Des papules perlées, hémisphériques de 1 à 5mm de diamètre parfois davantage sont disposées en semis, particulièrement au visage, aux régions axillaires et génitales. Leur ombilication centrale qui, à la pression laisse échapper une matière blanchâtre correspondant aux cellules épidermiques altérées est très caractéristique.

-Epidémiologie : Les études épidémiologiques du M.C sont rares. Les enfants de 1 à 4 ans ont l'incidence la plus élevée soit plus du double que pour les enfants de 5 à 14 ans et l'incidence de la petite enfance (1an) était plus élevée que pour les adultes

Diagnostique : se fait généralement sans teste laboratoire

-Aspect clinique :

Très évocateur dans la plupart des cas permettent d'identifier le molluscum contagiosum. Ce n'est que devant un élément solitaire, très volumineux, non ombiliqué remanié par la surinfection et (ou en localisation inhabituelle sur les muqueuses que l'on peut hésiter.

L'histologie très spécifique permet alors d'affirmer le diagnostic dans l'épiderme acanthosique invaginé en lobules piriformes, les cellules infectées, disposées comme les fruits dans une vasque, contiennent un très volumineux corps d'inclusion intracytoplasmique, hyalin éosinophile

puis basophile, le corpuscule du molluscum contagiosum, résultant de l'agrégation des particules virales. [22]

- Traitement : [18 – 26]

Les traitements sont disponibles comme le curetage, la cryochirurgie, l'acide trichloracétique cantharidine, etc.) Tous ces modalités de traitements sont associées à une importance douleurs, destruction des tissus, et des fréquentes récurrences, et ne conviennent pas aux enfants. [1]

. L'électro coagulation nécessite une anesthésie locale et laisse une cicatrice.

. La cryothérapie à l'azote liquide ne nécessite habituellement pas d'anesthésie bien que douloureuse (moins que pour une verrue, le temps d'application étant plus court). C'est une méthode rapide, pratique mais pas toujours efficace en une application.

.Compte tenu de l'évolution spontanément résolutive du molluscum contagiosum, il est possible de ne pas traiter. [18]

En cas de surinfection du molluscum contagiosum on utilise les antiseptiques.

2 4-2 Varicelle :

-Définition :

La varicelle est une maladie infectieuse éruptive ubiquitaire due à un virus de la famille herpes viridae, le virus varicelle zona. Egalement responsable du zona. La maladie touche essentiellement l'enfant.

- Epidémiologie

La maladie évolue par épidémie qui survient à la fin de l'hiver et au printemps. Le virus se transmet par voie respiratoire et sa contagiosité est élevée.

- Aspects cliniques :

Elle est suivie d'une éruption de macule rosée, vite surmontée d'une vésicule en « goutte de rosée ». La vésicule s'ombiliqué, se dessèche, formant une croûte qui tombe en une semaine, laissant une tache atrophique. L'éruption débutant sur le tronc, le cuir chevelu puis s'étendre aux membres respectant la paume et plante et enfin au visage.

Complications :

Les principales complications observées dans les cas de varicelle compliquée ont été les complications digestives, neurologiques, broncho-pulmonaires, et des infections cutanées. [10]

.Complications digestives (gingivostomatite, diarrhée, anorexie, vomissement, déshydratation)

.Complications neurologiques : les différents types convulsion, ataxie cérébelleuse, encéphalite, méningite, syndrome de Reye.

.Les complications broncho-pulmonaires : pneumonie bactérienne, staphylococcie pleuro-pulmonaire, pneumonie virale, hémoptysie.

.Complications infectieux cutanées : elles ont principalement été des surinfections cutanées (impétigo, impétiginisation, cellulite nécrosante

- **Diagnostic**: est le plus souvent clinique

-Traitement :

- Antiseptique
- Anti histaminique
- Antipyrétique

2-4-3 Le Zona

-**Définition** : il s'agit d'un ganglion radiculite post aigue, le plus souvent due à la réactivation du V Z V resté latent dans les neurones des

ganglions nerveux sensitifs crâniens et rachidiens, qui est secondaire à une nouvelle exposition exogène au virus.

- Aspect clinique :

Le zona intercostal : il débute pendant 3 à 4 jours par une douleur thoracique radiculaires unilatérale à type de brûlure avec syndrome infectieux discret et adénopathies axillaires sensibles. Il s'agit d'un placard érythémato-Vésiculeux groupe en bande, confluant parfois en bulles polycycliques.

.Evolution du zona est habituellement bénigne chez l'enfant.

.Zona congénital : une varicelle maternelle contractée dans le 2ème et troisième trimestre de la grossesse peut entraîner un zona chez le nourrisson ou le petit enfant (survenue entre 2 mois et quatre ans). En cas de zona maternel, le risque d'atteinte fœtale semble exceptionnel.

-Diagnostic : Il est fait dès le premier coup d'œil dans la plus part des cas.

Le virus peut être mis en évidence à l'examen direct ou par culture dans le liquide de vésicule, en immunofluorescence, par immunohistochimique ou par P C R détectant l'ADN virale.

.La biopsie, rarement faite montre l'effet cytopathogène du groupe herpès virus.

Les diagnostics différentiels se fait par l'herpès simplex quand il est étendu et à une topographie zoniforme.

La nécrose du scalp de l'artérite de Horton peut être confondue avec un zona céphalique.

Complications : Les complications neurologiques sont les plus fréquents (méningite lymphocytaire, polyradiculonévrite, myélite, encéphalites exceptionnelles.

-Traitement

.Antiseptique (désinfection de la lésion)

.Antalgique

.Antihistaminique en cas de prurit important.

2- 4-4-Pityriasis Rosé de Gibert

Est une dermatose bénigne caractérisée par les médaillons, lésion maculo-papuleuse de 2 à 10 cm de diamètre.

L'étiologie virale longtemps suspecté devant les prodromes, les caractères saisonniers, les épidémies au sein de petites communautés et l'identification de particule virus dans les biopsies a pu être rattachés récemment au virus de type herpes HV7. [3]

-Aspect clinique :

La plaque initiale ou médaillon principal est quelque fois la seule manifestation du PRG, lésion maculo-papuleuse, ovale, bien limitée. La lésion s'accroît lentement de façon centrifuge. Il siège sur le tronc le plus souvent, le cou (en respectant le visage), la partie proximale des membres

-Diagnostic : est clinique

Il est identique dans le médaillon principal et l'éruption secondaire.

-Diagnostic différentiel :

- Dermatophytose
- Dermite séborrhéique. pityriasiforme
- Eczéma nummulaire
- Eczéma acromiales.

-Complications : L'eczématisation ou l'impétiginisation des lésions sont les principales complications de PRG due au prurit.

L'évolution se fait sur 3-6 semaines, l'éruption disparaît sans laisser des traces si ce n'est qu'une hypo ou hyperpigmentation. [14]

-Traitement : Aucun traitement n'est nécessaire. [3]

- Application des kératolytiques.

- Les dermocorticoïdes sont indiqués si les lésions sont inflammatoires et cuisantes.
- La guérison est obtenue au bout de 2 à 4 semaines

2 5 Les Génodermatoses

2- 5 -1 Les ichtyoses héréditaires

Définition : Sont des maladies cutanées héréditaire et monogéniques apparaissent durant les premiers mois ou les premières années et persistant toute la vie. Ces anomalies héréditaires de la kératinisation forment un groupe hétérogène des maladies caractérisées par l'accumulation de squames épidermiques avec ou sans hyperprolifération épidermique ou inflammation du derme.

-Les ichtyoses congénitales

Étant pathologiques permanents ou évoluant sur de longues périodes caractérisés par une desquamation épidermique visible : écailles géométriques mal imbriquer squames furfuracées, kératoses plus ou moins noirâtre, squames figurées ou circinées.

La classification de ces états ichthyosiques est basées sur :

. **La transmission génétique** : récessive, dominante, autosomique liée au sexe.

. **l'aspect clinique** : ichtyose vulgaire, banale, érythrodermie ichtyosiforme sèche ou bulleuse, ichtyose figurée linéaire, en cocardes en bande.

Ichtyose vulgaire : apparait au cour des premières années de vie. Elle est caractérisée par une hyperkératose de rétention avec absence ou diminution de la couche granuleuse.

Bébé collodion : aspect clinique congénital, caractérisé par des téguments érythémateux, vernissés brillants, luisante, tendue et infiltrés, ressemblant à une pellicule de collodion desséchée et rigide évoluant vers La craquelure et la desquamation.

- **Evolution** : Vers la mort par sur infection et déshydratation (ces enfants doivent être soignés au centre de réanimation).les soins actuels ont limité la mortalité.

.Guérison sans séquelles

.Ichtyose vulgaire

.Erythrodermie ichtyosiforme congénital sèche

- Kératome malin, fœtus arlequin

Affection de transmission autosomique récessive.

Aspect cutané congénital monstrueux par hyperkératose en plaques cornées, létal en quelques jours.

- **La structure histologique** :

Hyperkératose orthokeratosique avec disparition paradoxale de la granuleuse (ichtyose par rétention) ; hyperkératose orthokeratosique avec un déficit en stéroïde de sulfatases (ichtyose liée à (x) ; hyperkératose ortho kératose avec hypergranulose, hyperkératose acanthokératolytique (érythrodermie congénitale ichtyosiforme bulleuse.

-**Les associations pathologiques** :

L'ichtyose vulgaire est souvent associée à l'atopie. Une érythrodermie ichtyosiforme sèche fait partie du syndrome de sjögren-larson (dégénérescence de la rétine, paraplégie spasmodique, retard mental : oligophrénie, épilepsie).

D'autres associations sont possibles :

Syndrome de Tay (troubles immunitaires : retard psychomoteur et de croissance, dystrophie pileaire) ; syndrome de Rud (maniome avec oligophrénie). [12]

- Traitement des ichtyoses :

Il est symptomatique et simplement suspensifs.

- Traitements locaux :

L'utilisation d'un topique sur une grande surface de peau lésée augmente le risque d'accidents de pénétration, la concentration des principes actifs devra être limitée

.L'acide salicylique est kératolitique/ concentration de 2% sur une grande surface à 20%. Dans le cold La vaseline, le glycérol d'amidon ou le virage . L'urée à 10% facilite l'hydratation de la kératine. le propylène glycol à la même action à des concentrations allant de 30-60%, l'application de la solution aqueuse est effectuée après le bain et le malade porteur un pyjama en plastic permettant une meilleure hydratation.

Les moyens dermatologiques classiques sont parfois suffisants ou ils réalisent un bon adjuvant : bain émollient, lotion à base d'acide lactique ou de glycérol d'amidon salicylé.

- Traitements généraux :

Le rétinoïde aromatique (Tigason) est utilisé à la dose de 1mg/kg/j pendant 20. Jours ne sont indiqués que dans les formes ichtyoses graves. L'acitrétine (Néotigason, soriatane) dose de 35mg/0,5mg/kg/j

-Indications:

. Dans l'ichtyose vulgaire et l'ichtyose liée au sexe (Ilx), les traitements locaux sont suffisants dans l'ILX l'utilisation d'un pansement occlusif est nécessaire (urée 10% ; propylène glycol en solution à 30%) durant l'été, les bains et le soleil rendent inutiles les traitements.les mêmes soins sans bonnet au niveau du cuir chevelu sont actif.

. L'érythrodermie ichtyosiforme congénital sèche nécessite des soins constants sans occlusifs avec du propylène glycérol à 60% occlusion associés à la prise d'etretinate (Tigason).

Dans l'érythrodermie ichthyosiforme bulleuse, le même traitement est appliqué, mais il est difficile à conduire car chez le jeune, on provoque souvent des poussées bulleuses.

.Dans les autres types d'ichtyose, on utilise le même principe thérapeutique dans l'erythrodermie variable de mendes Da costa, L'etretinate (Tigason) est très actif avec blanchissement complet en deux mois.

- **Conduite de traitement**

Il faut éviter que les nourrissons soient traités de façon excessive et à l'inverse lutter contre le laisser- aller quand les enfants sont en âge d'être scolarisé

2-5-2- Neurofibromatoses : [23]

Les neurofibromatoses regroupent au moins deux maladies différentes à transmission autosomique dominante, la neurofibromatose de type1(NF1) et la neurofibromatose de type 2(NF2). Le gène NF1 a été localisé sur le chromosome 17, le gène NF2 sur le chromosome 22. La NF1 représente 99% de l'ensemble des neurofibromatoses.

- Neurofibromatoses de type 1 ou maladie de Von Recklinghausen

. Critères diagnostiques :

Le diagnostique de NF1 peut être porté chez un individu si au moins deux de sept critères sont trouvés. Parmi ces sept critères diagnostiques trois sont dermatologiques :

- Présence d'au moins 6 taches « café au fait » ou plus de 5 mm dans leur plus grand diamètre des individus pré pubères est de plus de 15 mm chez des individus pubères.
- Présence d'au moins deux neurofibromes de n'importe quel type ou un neurofibrome plexi forme.

- Présence de pseudo éphélides (lentigines) axillaires ou inguinales
- D'un gliome optique
- Présence d'au moins 2 nodules de lisch (harmatomes iriens)
- Présence d'une lésion osseuse caractéristique comme une dysplasie sphénoïde, un amincissement de la corticale des os longs avec ou sans pseudarthrose.
- un parent de premier degré atteint de NF1 suivant les critères précédents.

-Signes Cardinaux Dermatologiques de la NF1

* Les taches <café au lait> : les TCL sont les premières manifestations de la NF1. Elles sont souvent congénitales et apparaissent rarement après l'âge de 2 ans. Leur réapparition est aléatoire, leurs contours sont nettement tracés et leur teinte marron plus au moins foncé à la limite de la visibilité.

Le diamètre varie de 0,50 à 50 cm. A l'adolescence les TCL sont présentes dans plus de 90% des cas. Au cours de la vie adulte, les TCL deviennent souvent plus pâles, peu visibles et certaines disparaissent.

* les lentigines : elles ressemblent à des taches café au lait de petites tailles, 1 à 3 mm de diamètre qui siège électivement dans les plis inguinaux et sous mammaires. Elles peuvent toucher la nuque, l'espace sous mentonnier ou encore être diffuses. Rarement présent avant l'âge de 2 ans, on les retrouve dans 80% des cas après la puberté.

*les neurofibromes cutanés : ce sont des tumeurs bénignes .deux types de neurofibromes cutanés doivent être individualisés : les neurofibromes dermiques(ou superficiel) et les neurofibromes nodulaires périphériques isolés ou en grappe. Les neurofibromes se développent dans le derme et

l'épiderme : ce sont des petites tumeurs molles, mobiles avec la peau, de couleur rosée violacée. Certains de ces neurofibromes ressemblent à des molluscums pendulum. Les neurofibromes dermiques se développent à partir de la puberté ; 95% des malades en ont l'âge adulte. Les neurofibromes varient en taille, de 0,1cm à quelques centimètres et en nombre de quelques unes à plusieurs milliers.

Les neurofibromes nodulaires ou sous-cutanés sont présents à l'âge adulte chez 20% des malades. Ils apparaissent rarement avant la seconde enfance. Ils sont plus palpables que visible, bombant sous la peau, Sphériques ou ovoïdes, isolés ou en «chapelet», fermés toujours sensibles au douloureux à la pression.

Les neurofibromes plexiformes : ils sont différents des autres neurofibromes par l'importance de la composante Schwannienne et la structure entravées irrégulières envahissantes ; il existe probablement deux types :

- * neurofibromes plexiformes diffus
- * neurofibromes plexiformes nodulaires
- *Autres signes cardinaux de NF1

Nodules de lisch : sont de petits hamartomes iriens qui n'entraînent aucun trouble visuel

- Gliomes des voies optiques
- Atteintes osseuses spécifiques

Atteintes préférentiellement le tibia

Dysplasie des os longs : elles sont congénitales atteignent préférentiellement le tibia

- dysplasie des ailes sphénoïdes : elles sont congénitales
- dysplasie vertébrale

2-1-3 Problèmes associés

* atteintes vésiculaires : dysplasies artérielles

* les atteintes endocriniennes

* le phéochromocytome puberté précoce

Les difficultés d'apprentissage

Complications cutanées : complications esthétiques majeures

- complications ophtalmiques : le gliome optique peut parfois retentir dangereusement sur la fonction visuelle

- atteinte gastro-intestinal : tumeurs carcinoïdes et d'autres tumeurs peut être rapportée au cours de la NF1

- cancer et NF1

La prise en charge est pluridisciplinaire et spécialisée. Doivent être systématiquement demandés : NFS. Radiographie thoracique, examen ORL avec audiogramme, dosage des metanéphrines urinaires (urine de 24H acidifiée), échographie abdominale et pelvienne, tests psychométriques de référence préscolaire

Le traitement est réduit à celui des différentes complications

- Conseil génétique

- **Neurofibromatose de type 2:**

- **Critères diagnostiques :**

Schwannomes vestibulaires ou un parent au 1^{er} Degré ayant une neurofibromatose de type 2 et soit :

Un Schwannome vestibulaire

Deux des manifestations suivantes :

- Neurofibrome
- Méningiome
- Gliome
- Schwannome

- Opacité subcapsulaire postérieure

2-5-3 Angiomes et malformations vasculaires

- **Définition** : Il est désigné actuellement un ensemble de malformations et tumeurs vasculaires bénignes.

-**Hémangiome du nourrisson** : cet angiome qui était encore récemment dénommé angiome immature, est caractérisé par son profil évolutif triphasique. Il est très fréquent puisqu'il survient chez près de 10% des nourrissons ou souvent chez la fille. Le risque accru chez le prématuré ne serait réel que pour les grands prématurés de 25 à 29 semaines.

- **Clinique** : l'hémangiome du nourrisson peut être tubéreux rouge vif, à bord net, en relief saillant sur le tégument normale avoisinant de surface grenue expliquant la comparaison traditionnelle à une « fraise » sous cutanée, tuméfaction saillante sous une peau soit normale, soit bleutée ou télangiectasique ; mixte associant une composante superficielle tubéreuse et une composante profonde sous cutanée qui déborde la première d'un halo inflammatoire quelque soit son type.

L'hémangiome est de consistance ferme, élastique, légèrement chaud à la palpation et indolore.

-Angiome plan :

Est une macule érythémateuse, congénitale d'observation fréquente, rose pale à lie de vin. Il siège avec prédilection à la face et aux membres, asymétrique par rapport à la ligne médiane (d'où son appellation de naevus télangiectasique latéralisée, par opposition aux formes médianes décrites ci-dessous) et peut déborder sur les muqueuses.

2-6 Dermatoses des états d'hypersensibilité

2-6-1 Prurigo : c'est une dermatose saisonnière, prurigineux, caractérisé par des papules excoriées qui siègent cependant de préférence

sur les parties découvertes : sur la face d'extension des membres, le haut du tronc et les fesses.

- Prurigo strophulus

Le prurigo strophulus est fait d'une éruption essentiellement disséminée et parfois profuse de papules ortiées très prurigineuses, entourées d'un halo rouge et à base inflammatoire parfois très œdémateuse. Cette zone périphérique s'estompe, après quelques heures et ne laisse persister qu'une papule formée, surmonté d'une minuscule vésicule acuminée, qui se dessèche en 5-8 jours, laissant une tache brune ne s'effaçant qu'à la longue.

Dans certains cas la lésion est tellement inflammatoire qu'elle est vésiculeuse ou même bulleuse, aboutit à des excoriations à des croûtes hémorragiques et à une impétiginisation qui pérennise l'affection. De nouvelles poussées surviennent, souvent rythmées par des séjours à la campagne.

- Diagnostic différentiel :

La gale ; urticaire ; dermatite herpétiforme, pemphigoïde bulleuse, le lichen plan etc.

-Traitement :

Le traitement consiste tout à une désinfection des lésions pour éviter l'impétiginisation :

- . Les antihistaminiques per - os
- . Eucorex crème – prurex crème

Le traitement essentiel consiste à éviter allergène

Eviction de contact de l'enfant avec les parasites (piqûre d'insecte)

2-6-2 Eczéma :

Cette appellation regroupait un ensemble d'affection Immuno-allergiques dont la manifestation clinique est la vésicule prurigineuse.

Sur le plan histologiquement, il s'agit d'une lésion inflammatoire de la peau qui se caractérise par les œdèmes, vésicule et du para kératose. [9]

Actuellement ces affections s'individualisent et en distingue :

-Dermatite atopique

DA est une affection cutanée inflammatoire prurigineuse chronique récidivante associée à l'atopie, fréquent chez l'enfant, qui est sous la dépendance des facteurs héréditaires. [6]

L'atopie est une tendance personnelle et ou familiale à produire des anticorps : immunoglobuline E (IgE) lors de l'exposition à des allergènes protéiques (des acariens, des poils ou de la salive d'animaux, des pollens, des aliments.....).

L'atopie est une prédisposition héréditaire du système immunitaire à privilégier des réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobines E (IgE) vis-à-vis d'antigène commun dans l'alimentation, l'environnement extérieur ou domestique. [19]

. Clinique :

Les éléments de descriptions les plus utiles pour établir un score lésionnel d'intensité chez les nourrissons sont : l'érythème, œdème (papulooedème) prurit

La symptomatologie clinique comporte :

Le prurit : est souvent marqué et accompagne les lésions d'Eczéma

L'érythème : le début de l'éruption se caractérise par un érythème finement granité, disposé en placards mal limités.

Les microvésicules : sur l'érythème apparaissent les microvésicules caractéristiques.

.La topographie : la notion de terrain atopique familial, l'âge des malades. Le mode évolutif des lésions fait évoquer la nature atopique de l'eczéma.

Atteinte symétrique des convexités des membres, du visage avec un respect assez net de la région, médio faciale, en particulier la pointe du nez. Sur le tronc, les lésions s'arrêtent généralement à la zone protégée par les couches.

-Dermatite atopique du nourrisson :

Le front et les joues sont atteints alors que la partie medio-faciale du visage est plus souvent respectée. L'atteinte des plis est parfois présente dès cet âge. Sur le cuir chevelu certains enfants ont une atteinte initialement « séborrhéique, comportant des squames jaunâtre, grasse ». [6]

Chez les nourrissons la sécheresse cutanée (xérose) est un élément plus constant et pose fréquemment les problèmes d'une ichtyose vulgaire transmise en dominance associée.

L'aspect des lésions est variable selon la gravité de la D.A et les moments de l'examen (poussée ou rémission). Les lésions aiguës sont mal limitées suintantes puis crouteuses et souvent impétiginisée .Dans les formes mineures les lésions sont peu inflammatoire et palpable sous forme de rugosité cutanée des convexités.

.Diagnostic : Clinique et anamnestique. Aucun un examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif.

.Diagnostic différentiel :

Gale, dermatite séborrhéique, psoriasis, syndrome de Gianotti-crosti

-Dermatite atopique de l'enfant

Les lésions cutanées sont volontiers plus localisées aux plis (cou, coudes, genoux) ou comportent des « zones bastion » (mains et poignets, cheville, mamelons rhagades sous auriculaire, fissures sous auriculaire.

- **Diagnostic différentiel :**

Psoriasis et eczéma de contact

La dermatite atopique de l'enfant :

Elle constitue le plus souvent la suite évolutive d'eczéma du nourrisson dont l'aspect se modifie. Les lésions sont plus souvent fixes, squamo-croûteuses ou lichenifiées, localisées aux grands plis (cou, coude, genoux) mains et poignets, chevilles, fissures sous – auriculaire.

- **Traitement**

Traitement de la poussée aiguë : il s'agit de lutte contre la surinfection, le prurit et l'inflammation cutanée.

Le permanganate de potassium dilué au 1/10000 Pour bain.

- ❖ Crème antibiotique
- ❖ En cas de suintement très importantes, des attouchements avec des antiseptiques (dakine solution).
- ❖ Dermocorticoïde classe II
- ❖ Les anti-histaminique.

Si les lésions sont infectées, une cure d'antibiotique (macrolide) per-os sera effectué.

. **Traitement d'entretien** :

But :

Eviter la surinfection ;

Lutter contre la sécheresse cutanée.

Les conseils font partie intégrante du traitement, il faut mettre en garde les malades contre tout ce qui peut irriter la peau : bains moussants, savon liquide, topiques divers, usage d'éponges rugueuses par le lavage.

- **Eczéma de contact** :

Correspond à une réaction d'hypersensibilité retardée (hypersensibilité de type IV de Gell et coombs encore dénommé immunocellulaire.

Eczéma de contact est rare chez le petit enfant et surtout le nourrisson.

. **Clinique** :

Chez l'enfant comme chez l'adulte, son allure clinique peut être caractéristique : éruption érythémato-vésiculeuse très prurigineuse, se singularise par :

Sa topographie reproduisant celle du contact avec la substance responsable.

Sa survenue à l'occasion du contact avec cette substance que l'interrogatoire doit mettre en évidence ;

Sa guérison lors de son éviction et sa reprise à sa réintroduction.

. Etiologie :

Chez le grand enfant et surtout à partir de 10 ans, la positivité des tests se rapproche de celle de l'adulte. Les substances qui donnent le plus de réponses positives sont le baume du Pérou, les allergènes végétaux, le mercure, le nickel, les phénothiazines, la lanoline, les constituants du caoutchouc. Ceci est probablement en rapport avec une sensibilisation progressive par des topiques médicamenteux des produits de toilettes, des pièces vestimentaires.

. Prévention et Traitement :

La prévention devant commencé très tôt chez le nourrisson surtout atopique en évitant les produits des parapharmacies potentiellement allergisant utilisés pour la toilette, les bijoux, les parures.

Le traitement consiste en éviction de l'allergène, désinfection locale non irritante, application crème corticoïde.

2.7 – Dermatose inflammatoire :

2-7-1-Psoriasis de l'enfant :

Psoriasis, dermatose érythémato-squameuse récidivante, débute dans 15% des cas avant l'âge de 10 ans et le contexte familial est alors plus fréquemment trouvée.

La lésion élémentaire :

Il s'agit d'une lésion érythématosquameuse, généralement arrondie et, parfois en relief par rapport à la peau voisine.

Tache de bougie (le grattage des squames à la curette permet de constater d'abord un blanchiment très net de la lésion) ensuite de fine gouttelettes hémorragiques traduisant la mise à nu des papilles dermiques (signe de la rosée sanglante).

- le psoriasis aigu en goutte est très fréquent. Il succède fréquemment à une infection rhinopharyngée, parfois à une vaccination.

-Le psoriasis spinulosique (avec kératose folliculaire) des coudes et des genoux posent des problèmes délicats de diagnostic différentiel avec le lichen et le pityriasis rubra pilaire.

-Le psoriasis du visage rare chez l'adulte est plus fréquent chez l'enfant, en goutte ou nummulaire ; le cuir chevelu est souvent atteint avec un aspect de fausse teigne amiantacée.

-Le psoriasis palmoplantaire : se présente comme pulpites sèches ou une dermatose plantaire juvénile, qui ne sont pas spécifiques du psoriasis.

-Les aspects peuvent en effet se rencontrer également dans la dermatite atopique, l'ichtyose vulgaire, les dermatites orthoergiques ou allergiques.

2-7-2 Chez le nourrisson : la dermatite du siège et l'érythrodermie de leiner moussous peuvent prendre un aspect très sec et très squameux ressemblant à un psoriasis.

-Le psoriasis des langes du nourrisson est un psoriasis de la zone des langes qui apparaît vers l'âge de 3 Mois dans les plis et sur les convexités en culotte.

Le diagnostic est extrêmes délicat car la dermatite séborrhéique, les candidoses, les dermatites orthoergiques peuvent revêtir des aspects très proches et l'examen histologique n'apporte pas toujours des éléments formels

2-7-3- Chez le grand enfant : Il peut exister des psoriasis tout à fait typique avec placards érythémato-squameux bien limités des coudes, des genoux, donnant à la manœuvre du grattage des signes classiques de la tache de bougie et de la rosée sanglante.

L'atteinte est parfois plus diffuse. Les ongles sont habituellement ponctués « en dé à coudre » caractéristique, mais souvent épaissis et opaques comme dans les mycoses.

2-7-4- Les formes graves :

L'érythrodermie psoriasique congénitale est rare et peut être confondue avec l'érythrodermie congénitale ichthyosiforme non bulleuse. Ils font suite à des infections, les traumatismes, les vaccinations, les facteurs médicamenteux.

-Diagnostic est clinique et la biopsie est inutile ;

-Diagnostic différentiel se pose avec les autres dermatoses érythémato – squameuses ;

-Le pityriasis rosé de Gibert : qui se caractérise par les médaillons de plus grande surface, arrondie ou ovulaire à bordure érythémato-squameuse et dont le centre plus clair paraît en voie de guérison. L'éruption reste presque toujours limitée au tronc et à la racine des membres épargnant visage et cuir chevelu.

-Eczématides pityriasiforme : finement squameuses, plus ou moins achromiantes, également dénommées dartre sur le visage, eczéma atopique

-Dermatite séborrhéique : est localisée aux sillons nasogéniens, à la racine du nez, aux sourcils cuir chevelu où elle est constituée de nappes érythémateuses couvertes de squames jaunâtre et dans lesquelles s'engluent les cheveux. Il faut rechercher minutieusement les lésions psoriasiques à distance

-Pityriasis rubra pilaire : qui se caractérise par des papules cornées folliculaires sur les plaques, le visage est couvert de fines squames lui donnant un aspect plâtreux.

-Dan les formes Atypiques :

Le psoriasis des plis pose le problème des intertrigos.

2-7-5-Le psoriasis du nourrisson : pose des problèmes avec les dermatites séborrhéiques, malade Leiner Moussous et l'eczéma atopique.

2-7-6- Traitement :

- corticoïde ;

- vaseline salicylée, sauf chez le jeune nourrisson ;

- pommade à l'urée.

-Lichen plan [15 -16]

Est une affection cutanée et ou muqueuse, bénigne souvent chronique, récidivante, prurigineuse. [15]

Le lichen plan est de cause inconnue.

Le lichen plan représente moins de 1% de l'ensemble des dermatoses, il est moins fréquent que l'eczéma et le psoriasis. Il atteint avec égale fréquence les 2 sexes. Il débute à l'âge de 20 – 30 ans, rarement avant 10 ans. [16]

La lésion élémentaire est une papule ferme, consistante, polygonale, brillante à jour frisant, de coloration rouge rosé, violacée dont la surface plane de 1 à 3 mm, discrètement ombiliquée, est parcourue de fines stries grisâtres, les stries de Wickham, sallantes, formant des arborisations translucides, mieux perçues après application d'huile.

Lichen plan :

Le prurit est un des signes cardinaux de la maladie des papules se groupant en une file le long d'une strie de grattage. C'est un phénomène

de Köbner. Les signes de prédilection sont la face antérieure des poignets et des avant-bras, la région lombaire, les membres inférieurs mais la totalité des téguments peut être atteinte à l'exception du visage.

Le diagnostic est clinique

Le traitement : corticothérapie locale

L'évolution est favorable sous traitement

3 – Méthodologie

3.1 Cadre et lieu d'étude

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

- Historique

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

-Situation

Situé en plein centre de la ville de Bamako, capitale du Mali, le CHU Gabriel Touré demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois

hôpitaux nationaux à cause de sa position géographique. Il est fréquenté non seulement par la population de Bamako, mais également par celle provenant des autres régions du Mali et de certains pays voisins. Le CHU Gabriel Touré est organisé en sept (7) départements comprenant vingt-six (26) services.

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 Medico-Techniques
- Le Département de Pédiatrie
- Le Département d'Imagerie Médicale

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

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

Le Département de Médecine est composé de six (6) services et d'une unité qui sont les suivants :

- ✓ Le service de Gastroentérologie
- ✓ Le service de Cardiologie
- ✓ Le service de Neurologie
- ✓ Le service de Diabétologie

- ✓ Le service de Dermatologie
- ✓ Le service d'Infectiologie
- L'Unité de Consultations Externes.

Le Département de Chirurgie est composé de sept (7) services qui sont les suivants :

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

Le Département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence Comprend trois (3) services qui sont :

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

Le Département de Gynécologie comprend deux (2) Services :

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

Le Département des services Médico-Techniques comprend deux (2) services qui sont :

- ✓ Le service de Laboratoire
- ✓ La pharmacie Hospitalière

Le Département d'Imagerie Médicale comprend deux (2) services :

- ✓ Le service de Scanner
- ✓ Le service de Mammographie et Radiologie Conventiennelle

Le Département de Pédiatrie est composé de deux (2) Services :

- ✓ Le service de Pédiatrie Générale
- ✓ Le service de Néonatalogie et des Urgences Pédiatriques.

La Morgue est rattachée à la Direction Médicale,

La Cuisine est rattachée à la Direction Administrative.

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

L'HGT comporte d'autres unités :

- Un poste de police
- Une lingerie
- Une Cuisine

3.2 Durée de l'étude :

L'étude a eu lieu dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel TOURE du 20 Mai 2008 au 31 Décembre 2009.

3.3 Type d'étude :

Nous avons mené une étude transversale et prospective à visée descriptive chez les enfants âgés de 0-15ans, atteints de dermatose et vus en consultation dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré ;

3.4 Population d'étude :

L'étude a porté sur la population infantile, ayant consulté dans le service de Dermatologie au CHU de Gabriel Touré.

3-5 Echantillonnage

L'étude a été exhaustive de tous les cas qui correspondent à nos critères d'inclusion

3.5.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les enfants âgés de 0-15 ans
- Présentant une dermatose
 - vus en consultation dans le service Dermatologie au CHU Gabriel Touré du 20 mai 2008 au 31 Décembre 2009.
- accord des parents ou du tuteur.

3.5.2 Critère de non inclusion

Tout enfant ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

Refus du patient

3.6 Recueil des données

Une fiche d'enquête (voir annexe) a permis de recueillir les données suivantes.

3.6.1 Identification de l'enfant

Elle a comporté le recueil des données sociodémographiques de l'enfant : âge, le sexe, provenance, l'ethnie, résidence, scolarité, profession des parents.

3.6.2 Données cliniques

Un interrogatoire minutieux des parents et un examen clinique complet de l'enfant à permis de préciser : le motif de la consultation, le mode de

début : le mode d'apparition, l'ancienneté des lésions, l'évolution la topographie, les signes fonctionnels et les aspects morphologiques de la dermatose observée.

L'appréciation de l'état général et la recherche d'une affection associée ont complété les données cliniques.

3.6.3 Données para-cliniques

Les bilans para-cliniques n'ont pas été systématiquement demandés pour les raisons suivantes :

- le tableau clinique évident dans la majorité des cas a permis de poser le diagnostic des dermatoses rencontrées.
- le revenu faible des parents du patient, dans la plupart des cas ne permet pas de prendre en charge les frais des analyses.

3.6.4 prise en charge

Selon le tableau clinique et l'accord des parents, l'enfant était soit hospitalisé, soit traité en ambulatoire.

Au cours de la prise en charge des références ont été demandées en cas de nécessité pour avis d'autres spécialistes.

3-7 Considération éthique et réglementaire

- consentement libre et éclairé des parents et ou du tuteur, obtenu
- anonymat et confidentialité des données recueillies observés,
- secret médical conservé,
- accord du CHU obtenu.
- les résultats seront publiés

3-8 Analyse des données

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête (voir annexe) et analysées au logiciel Epi version 6.

4- RESULTATS

Nous avons obtenu les résultats suivants : ont été vus en consultation 3146 patients dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré de Mai 2008 à Décembre 2009. Nous avons recensé 685 patients âgés de 0-15 ans ayant tous présenté une dermatose soit 21,8%.

4-1. Données sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âge	E A	Pourcentage
(ans)		
0-5 ans	462	67,4

6-10 ans	99	14,5
11-15 ans	124	18,1
Total	685	100

La tranche d'âge de 0-5 ans est la classe modale avec 67,2%.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	E A	Pourcentage
Masculin	357	52,1
Féminin	328	47,9
Total	685	100

Le sexe masculin était au nombre de 357 soit 52,1% .le sexe ratio a été 1,08

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	E A	Pourcentage
Bamako	610	89,1
Koulikoro	49	7,2
Kayes	8	1,2
Ségou	6	0,8
Sikasso	4	0,6
Mopti	2	0,3
Autres *	6	1,8
Total	685	100

Autres : Congo : 1 (0,1%), Ethiopie : 2 (0,3%), Mauritanie 1 (0,1%),
Dakar : 1 (0,1%), Paris : 1(0,1%)

Pour Le district de Bamako, il y a eu 610 patients, soit (89,1%)

Tableau V : Répartition des patients dans le district de Bamako

Commune	E A	Pourcentage
Commune VI	187	30,6
Commune V	121	19,8
Commune I	111	18,2
Commune II	103	16,9
Commune III	52	8,6
Commune IV	36	5,9
Total	610	100

Les patients résidant dans la Commune VI étaient les plus nombreux avec 30,6%.

Tableau VI : Répartition des patients selon la scolarisation

Niveau scolaire	E A	Pourcentage
Maternelle	214	31,2
Primaire	256	37,4
Fondamentale	95	13,9

Non scolarisés	120	17,5
Total	685	100

Les enfants scolarisés étaient au nombre de 214, soit 51,3%

Tableau VII : Répartition des patients selon la profession de leur père

Profession du père	E A	Pourcentage
Fonctionnaire	249	36,4
Commerçant	185	27
Cultivateur	100	14,6
Ouvrier	63	9,2
Artisan	53	7,7
Autres	35	5,1
Total	685	100

*Autres : berger : 6 (0,8%), pêcheur : 7 (1,2%), tailleur : 5 (0,7%),
Boucher : 7(1%), Chauffeur : 10 (1,5%)

Les pères fonctionnaires constituaient (36,4%) dans notre échantillon

Tableau VIII : Répartition des patients selon la profession de leur mère

Profession de la mère	EA	Pourcentage
Femme au foyer	500	73
Fonctionnaire	98	14,3
Commerçante	61	8,9
Autres	26	3,8
Total	685	100

*Autres : coiffeuse : 7(1,6%), élève : 3(0,7%), Teinturière : 8(1,2%)

Les femmes au foyer étaient majoritaires soit 73%

4.2. Données cliniques

Tableau IX: Répartition des patients selon les lésions élémentaires

Lésions élémentaires	E A	%
Papule	208	28,3
Vésicule	124	16,9
Squame	122	16,6
Ulcération	92	12,5
Macule	63	8,6
Bulle	38	5,2
Croûte	27	3,7
Pustule	25	3,4
Excoriation	24	3,3
Nodule	7	0,9
Perlèche	3	0,4
Total	733	100

Les papules sont retrouvées dans (28,3%) des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	E.A	%
Prurit	247	36,1
Douleur	3	0,4
Pas de signe fonctionnel	435	63,5
Total	685	100

Les patients qui ne présentaient pas de signes fonctionnels, étaient au nombre de 435, soit 63 ,5%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le siège des lésions

Siège des lésions	E A	fréquence
Tête cou	273	31
Tronc Poitrine	39	4,4
Dos	87	9,9
Membres supérieurs	144	16,4
Membres inférieurs	165	18,8

Région génitale	33	3,7
Pli (axillaire, inguinaux)	70	7,9
Fesses	70	7,9
Total	881	100

La localisation céphalique constituait (31%) des cas.

L'atteinte des plis était au nombre de 70 avec 16 cas axillaires (1,8%) et 54 cas inguinaux (6,1%)

Tableau XII : Répartition des patients selon l'étiologie de la dermatose

Origine de la dermatose	EA	Pourcentage
Dermatoses d'Etat d'hypersensibilité	189	27,6
Mycosique	178	25,9
Bactérienne	98	14,4
Virale	80	11,2
Génodermatose	39	5,7
Parasitaire	31	4,5
Inflammatoire	17	2,48

Tumorale	9	1,3
Autres	45	6,2
Total	685	100

Les dermatoses des états d'hypersensibilité étaient au nombre 189 avec un pourcentage égal à 27,6%

Tableau XIII : Répartition des patients selon les dermatoses Mycosiques

Dermatoses mycosiques	EA	Pourcentage %
Teigne	70	39 ,3
Dermatite Séborrhéique	46	25,8
Dermatophytie de la peau glabre	19	10,7
Pityriasis versicolor	16	9
Kératodermie	13	7,3
Intertrigo	10	5,6
Erythème fessier	3	1,7
Onyxis	1	0,6
Total	178	100

La teigne était recensée chez 70 patients soit 39 ,3%

Tableau XIV : Répartition des patients selon les dermatoses bactériennes

Dermatoses bactériennes	E A	Pourcentage
Impétigo	75	76,6
Acné	17	17,3
Erysipèle	3	3,1
Furonculose	1	1
Ecthyma	1	1
Folliculite	1	1
Total	98	100

L'impétigo a été retrouvé chez 75 patients soit 76,6%

Tableau XV : Répartition des patients selon des dermatoses parasitaires

Dermatoses parasitaires	EA	Pourcentage
--------------------------------	-----------	--------------------

Gale	24	77,4
Larva migrans	6	19,4
Leishmaniose cutanée	1	3,2
Total	31	100

La gale était rapportée dans 24 cas soit 80,6%

Tableau : XVI : Répartition des patients selon les dermatoses virales

Dermatoses virales	EA	Pourcentage
Molluscum contagiosum	41	53,3
Pityriasis rose de Gibert (PRG)	8	10
Verrues planes	8	10
Varicelle	7	8,9
Exanthème	6	7,5
Zona	4	5
Herpès labial	3	3,8
Maladie de HECK	2	2,5
Syndrome de Gianotti Crosti	1	1,2
Total	80	100

Le molluscum a représenté **(53,3%)**

Tableau XVII : Répartition des patients selon les génodermatoses

Génodermatoses	E A	Pourcentage
Angiome plan	13	33,3
Ichtyose congénitale	8	20,5
Epidermolyse bulleuse congénitale	7	18
Harmatome	6	15,4
Naevus verruqueux	4	10,2
Neurofibromatose	1	2,6
Total	39	100

L'angiome plan a été retrouvé chez 13 patients avec 33,3%

Tableau XVIII répartition des patients selon les dermatoses d'Etat hypersensibilité

Allergie ou Immuno allergique	E A	Pourcentage
Eczéma de contact	71	37,6
Prurigo	64	33,9
Dermatite atopique	41	21,7
Toxidermie	11	5,8
Urticaire	2	1
Total	189	100

Nous avons recensé d'autres dermatoses parmi lesquelles : 32cas de miliaire sudorale (59,3%) ,5 cas de pelade (14,8%) ,3cas Durillon 11,1%, et 1cas de mal perforant plantaire 2,1%.

Tableau XIX : Répartition des patients selon leur statut sérologique

VIH	E.A.	%
VIH1 +	33	4,8
VIH1+ VIH2	1	0,2
VIH-	651	95
Total	685	100

Les patients VIH 1+ étaient au nombre de 33, soit 4,8%.

La coinfection VIH1 et VIH2 était constatée chez un patient de sexe masculin soit 0,2%.

Tableau XX : Répartition des patients VIH+ observés selon le sexe.

Sexe	EA	Pourcentage
Masculin	21	63,6
Féminin	12	36,4
Total	33	100

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 63,6%.

Tableau XXI : Répartition des patients VIH+ selon les dermatoses observées.

Dermatoses	VIH₁	VIH₁ + VIH₂
d'Etat d'hypersensibilité	13	0
Mycosique	20	0
Virale	8	0
Inflammatoire	2	0
Bactérienne	1	1
Parasitaire	0	0
Autres	4	0
Total	49	0

Deux e 2 cas de sudamina, un cas de granulome annulaire et un cas de MPC ont été aussi recensée.

Tableau XXI : Répartition des patients VIH+ selon les dermatoses mycosiques

Mycoses	E A	Pourcentage
Dermatophytie De la peau glabre	5	25
Teigne	5	25
Dermatite séborrhéique(DS)	4	20
Candidose buccale	4	20
Intertrigo	1	5
Onychomycose	1	5
Total	20	100

Les mycoses ont représenté 20 cas

Tableau XXII : Répartition des patients VIH + selon les dermatoses virales

Dermatoses virales	E.A	%
Molluscum contagiosum	3	42,9
Verrues plane	2	28,5

Varicelle	1	14,3
Zona	1	14,3
Total	7	100

Les patients présentant le molluscum contagiosum étaient trois soit 42,9%.

Tableau XXIII Répartition des patients VIH + selon les dermatoses des états d'hypersensibilité

Dermatoses d'hypersensibilité	E A	Pourcentage
Prurigo	10	76,9
Dermatite atopique	1	7,7
Dermite de contact	1	7,7
Toxidermie	1	7,7
Total	13	100

Le prurigo a été retrouvé chez 10 patients avec un pourcentage de 76,9%.

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Méthodologie :

5.1.1 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 en construction.

5.1.2 Lieu d'étude :

Cette étude a été possible :

- d'une part, grâce à l'existence du service de Dermatologie au sein du CHU Gabriel Touré ;
- la présence à côté du seul service de pédiatrie de la république du Mali

- et d'autre part, à l'étroite collaboration entre les différents services du CHU et les autres services de santé.

5.1.3 Type d'étude :

Notre étude, a été de type transversal et prospectif à visée descriptive allant du 20 Mai 2008 au 31 Décembre 2009. Elle a porté sur la population infantile.

5.1.4 Les difficultés rencontrées:

Au cours de ce travail, quelques difficultés ont été rencontrées comme :

- la méconnaissance du service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré par la population ; ce qui a été un motif de la diminution de la taille de l'échantillon.
- l'insuffisance de l'orientation de certains malades par le service d'accueil.

5 - 2 RESULTATS :

Pendant la période d'étude, 3146 patients ont consulté dont 685 avaient un âge ≤ 15 ans. Tous ces enfants présentaient au moins une dermatose soit 21,80% des consultations dermatologiques. Tandis que d'autres auteurs au Mali (en 2007) et au Burkina Faso (en 2002) ont eu 30,5% sur 354 consultants âges de 0-15 ans et 39,4%. [33,5]

5-2-1 Données Sociodémographiques :

❖ le sexe :

Le sexe ratio a été 1,08 en faveur des garçons dans notre série. D'autres études réalisées au Mali(en 2000) et au Burkina Faso(en 2002) ont observé la même prédominance masculine. [12- 5]

❖ **l'âge**

Les enfants de 0-5 ont été les plus atteints avec 67,4%. d'autres auteurs au Burkina Faso en 2002 ont démontré que les enfants de plus de 5 ans étaient les plus représentés 52,6%. [5]

❖ **La provenance**

Les patients provenant de la deuxième région ont été les plus nombreux. C'est la région la plus proche du lieu d'étude.

❖ **Résidence des patients**

Au cours de notre travail la majorité des patients résidait à Bamako. Les patients résidant dans La commune VI ont été les plus nombreux. Cela s'explique par la situation géographique du CHU Gabriel Touré.

❖ **Niveau scolaire :**

Les enfants scolarisés ont prédominé 51,3%. Les enfants scolarisés sont mieux suivis : l'école aussi joue un rôle dans ce suivi.

5-2 - 2 Données cliniques :

❖ **Selon le terrain:** une minorité des patients était positive au VIH 5% ; parmi eux, la majorité l'était au VIH1 4,8%. Nous avons noté un seul cas d'association de VIH1etVIH2 chez un patient de sexe masculin. Le sexe masculin a été le plus affecté 63,6%.

❖ **Lésion élémentaire :** la lésion la plus observée a été la papule 28,3%, puis de la vésicule 16,9%, et les squames 16,6%.

❖ **Signes fonctionnels :**

Les dermatoses étaient prurigineuses chez la plupart des patients avec 36,1%. La douleur n'a existé que dans 0,4%.

❖ **Siège des lésions :**

La tête et le cou ont été les deux sièges prédominants (31%), suivis des membres (16,4% ; 18,8%). Cela s'explique par leur exposition aux agressions externes, physiques, climatiques, etc....

❖ **Dermatoses observées :**

- **Dermatoses d'Etat d'hypersensibilité:**

L'Etat d'hypersensibilité a prédominé, 27,6%. Notre étude a trouvé 10,2% d'eczéma de contact sur les dermatoses observées. D'ailleurs nous avons noté une prédominance de l'eczéma de contact 37,6% suivi du prurigo 33,9%. D'autres études [12.7] menées au Mali et en Inde ont trouvé des résultats inférieurs des nôtres : qui sont respectivement : eczéma (9,3% ; 8,6%) ; prurigo (11% ; 5,2%).

Le prurigo a été retrouvé chez 76,9% des patients HIV positifs.

Une étude faite au Togo [34], a elle aussi constaté une prédominance des dermatoses d'Etat d'hypersensibilité 36,04%.

- **Dermatoses mycosiques :**

Elles ont occupé le premier rang dans notre étude : 25,9%. La teigne a été la seconde dermatose observée, dans notre travail avec 10,2% ; mais la plus fréquente des mycoses : avec 39,3% des cas.

Ce résultat diffère de ceux des travaux effectués au Mali [24 -12], en Haut de seine d en [1], en Guinée Conakry [28], qui sont respectivement : (62,5% ; 18.2% ; 21% ; 18.1%); par contre il se rapproche d'une étude menée au Burkina Faso (36,3%). [5]

Quelques cas de teignes suppurées ont été rapportées 14,3%.

L'onxyxis a été le moins rencontré : avec 0,6% des cas

- **Dermatoses bactériennes :**

Elles ont occupé le deuxième rang avec un pourcentage égal à 14%.

D'après notre étude, l'impétigo a été l'affection la plus fréquemment observée avec 10,9% sur l'ensemble des dermatoses. Nous avons eu un

taux faible d'infections bactériennes par rapport à une étude menée au Burkina Faso [5] avec 39,5%.

Certains patients séropositifs (0,9%) ont présenté des infections bactériennes

Par contre au Burkina Faso, (0, 5%) de séropositifs ont présenté une infection bactérienne. [35]

Elles sont favorisées par une hygiène défectueuse, des conditions socio-économiques modestes et une prise en charge inadaptée.

-Dermatoses virales :

Les dermatoses virales ont représenté 11,2% dans notre étude. Le molluscum a été le plus observé (53,2%) suivi du Pityriasis rosé de Gibert (PRG) 10%. D'autres études réalisées au Mali et au Burkina Faso ont prouvé que le zona et la verrue plane ont été les plus nombreux. [33, 34]

- Dermatoses parasitaires :

Les dermatoses parasitaires ont occupé la 6^{ème} position avec (4,5%). La gale a été vue chez 3,6% des patients ; elle a été la dermatose parasitaire la plus fréquente avec 77,4%. Cette prédominance de la gale a été prouvée par certaines études antérieures [12,21] en 2002 et au Burkina Faso en 2001 qui sont respectivement : 50,7% ; 96,2%.

En Inde 2007 des résultats inférieurs des nôtres ont été observés (30,6%) [7].

Le larva migrans a occupé le deuxième rang dans notre étude (19,4%), et constamment prouvé par d'autres études [12,5].

- Génodermatoses :

Les génodermatoses ont représenté (5,7%) ; l'angiome plan a été la plus fréquente 33,3% ; suivi de l'ichtyose congénitale ; la neurofibromatose a été la moins observée.

Nous avons eu dix-sept cas de dermatose inflammatoire soit 2,4% et neuf cas de dermatose tumorale soit 1,3% et qui ont occupé le bas de l'échelle. D'autres études réalisées au Mali en 2000 et au Burkina Faso en 2000 ont trouvé des résultats différents des nôtres. [12]

-La miliaire sudorale : nous avons eu 32 cas de sudamina soit 59,3%. C'est une dermatose climatique favorisée par la chaleur.

-selon le terrain : les dermatoses mycosiques ont été les plus fréquentes (36,7%) suivies des dermatoses d'Etat d'hypersensibilité (30,6%), virales (14,3%), bactériennes (4,1%). Des résultats proches des nôtres sont rapportés par d'autres auteurs lors d'une étude menée sur les enfants VIH positifs à Bamako Mali 2007. [33]

Les enfants dont la mère est « femme au foyer » et dont le père est fonctionnaire ont été les plus représentés dans notre étude.

Les affections cutanées sont fréquentes chez l'enfant. Elles constituent un problème majeur de santé publique dans les pays émergents. Elles occupent une place de choix dans les consultations dermatologiques en Afrique et sont constituées par différentes dermatoses : bactériennes, virales, parasitaires, mycosiques génétiques d'état hypersensibilité, inflammatoires, tumorales.

6- CONCLUSION RECOMMANDATIONS

-CONCLUSION

Notre étude a porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques des dermatoses observées chez les enfants durant la période du 20 mai 2008 au 31 décembre 2009. L'étude a concerné 685 patients de la population infantile.

Nous avons mené une étude prospective descriptive pendant 20 mois chez les enfants de 0 -15 ans ayant consulté dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 0-5 ans.

Le sexe masculin a été le plus affecté.

La tête et le cou, suivis des membres ont été les sièges de prédilection des différentes dermatoses.

Les patients séropositifs au VIH ont représenté 5%, parmi eux, la majorité l'était au VIH1+. Nous avons eu une association de VIH1+VIH2. Les enfants dont la mère est femme au foyer et dont le père est fonctionnaire ont été les plus représentés.

Les enfants scolarisés ont été les plus nombreux 51, 3%.

La teigne a été la plus fréquente des dermatoses mycosiques.

La pyodermite a prédominé parmi les dermatoses bactériennes.

La gale a été la dermatose parasitaire la plus observée.

Il ya eu une prédominance des angiomes parmi les géno-dermatoses. Six cas de dermatose tumorale et dix-sept cas de dermatoses inflammatoires ont été rapportés.

La miliaire sudorale est une dermatose climatique favorisée par la chaleur.

- RECOMMANDATIONS

Les résultats issus de cette étude nous autorisent les recommandations suivantes :

1°) A la population :

- Consulter rapidement en cas d'apparition de lésions dermatologiques.
- Améliorer l'hygiène corporelle, vestimentaire et environnementale.

2°) Au personnel de santé :

- Intensifier les campagnes d'IEC (Information, Education, Communication) ciblée sur la population.
- Procéder à une prise en charge précoce des dermatoses.
- Avoir le réflexe des références vers les spécialistes.

3°) Aux Autorités sanitaires :

- la formation du personnel de santé en diagnostic et prise en charge thérapeutique des dermatoses courantes.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CHE D, GALEAZZI G, AÏTKEN G, MOREL P.

La transmission des teignes en milieux scolaire et familial.
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, France 2001 N°49, p : 221.

2 .HEID E, SAURAT JH, GROSSHANS E, LAUGIER P.

Larva migrans cutanée.
Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.
Masson, Paris 4^{ème} édition: 198 – 199-2004

3. DENGUEZLI M.

Pityriasis rosé de Gibert.
Journal de la Société Tunisienne de Dermatologie Atlas 2006, p : 27-32
http://www.atlas-dermato.org/atlas/pv_fin.htm
Consulté le 10/6/2008

4. LETHEL V, MANCINI. J

Zona de l'enfant. Journal pédiatrique Marseille France puériculture N°3
– 2002 :15 ; 131-6

5. TRAORE A.

Les dermatoses infectieuses de L'enfant.
Med tropicale, Burkina Faso, revue pédiatrique 2002. P: 278-301
<http://www.chu-rouen.fr/chnpo/annales/pub10.htm>
Consulté le 10/6/2008

6. TAÏB A, BERARD F.

Dermatite atopique : Allergies cutané – muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Annale de dermatologie. Masson, Paris, p.79-83 ,2005 .

7. KARTHIKEAN K, THAPPA D M, JEEVANKUMR J M.

Plan des dermatoses pédiatriques dans un centre de référence en Inde du sud
Int J Dermatol 2004 ; 605-6

8. CEULEMANS B, TENNSTEDT D, LACHAPELLE J M.

La gale humaine : réalités d'aujourd'hui.
Université catholique de Louvain (Belgique)
Revue Douvain 2005 ; 125.S133

9. FLORET D, SAURAT J H.

Syndrome eczéma.
Dermatologie et vénérologie

Masson, Paris 4^{ème} édition. P : 49 – 52-2004.

10 .MALLET E.

Evaluation des complications de la varicelle en France.

Département de pédiatrie médicale, CHU Charles- Nicolle, Rouen, France. Journal Elsevier SAS 2004, p: 1145-1151.n°10

11. GATHSE A, OBENGUI, NTSIBA H.

Etude rétrospective de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville, Congo.

Bull Soc Pathol Exot 2006; 99: 3-4.

12. COULIBALY A.

Dermatose chez les enfants : étude clinique épidémiologique et thérapeutique à l'Institut Marchoux.

Thèse méd. 2000- Bko Mali.

13. MAHE A, FAYE O, FANELLO S.

Dermatologie et santé dans les pays en voie de développement.

Bull Soc Pathol Exot 2000; 96 (5): 351-356.

14. KONSTANTOPOULO K, PAPADOGIANNI A, DIMOPOULO M. KOURELIS C, MELETIS J.

The Natural History of pityriasis rosé of children. Revue des manuels scolaires et de descriptions de pityriasis rosé. 2007 : 161(5) ; 503-506.

15. PIGUET V, LANGIER P, SAURAT JH.

Lichen Plan et Dermatoses Lichénoïdes.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. P : 380-383. 2004.

16. DENGUEZLI M.

Lichen plan.

<http://www.atlas-dermato.org/cours/lichen.htm>

Journal de la société Tunisienne de dermatologie ATLAS 2006, p : 75-78

Consulté le 10/6/2008

17. MALEVILLE J, LEANTE LABREZE C, TAÏEB A.

Pyodermites primitives.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. P: 143 – 150. 2004

18 MARY G, REYNOLD S, ROBERT G.

The indice of molluscum contagiosum among american Indian and

<http://www.plosone.org>

Consulté le 20/06/2008

19. SAURAT J H, TAÏEB A, BERNARD F, NICOLAS J F.

Dermatite atopique.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. P : 69 – 77. 2004

20. PIERARD G E, PIERARD D, FRANCHINANT F.

Pityriasis versicolor, dermatite séborrhéique.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. P : 186 – 187. 2004

21. TRAORE B.

Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux, aspects épidémiologiques et approches diagnostique et thérapeutique

Thèse Med.1994 BKO-Mali.

22. SAURAT J H, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHAPELLE J M.

Molluscum contagiosum.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. p : 67-69-2004

23. ZELLER J, HAVNANIAN A, WOLKENSTEIN P.

La maladie de Von Recklinghausen

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition. P: 488-490 -2004

24. COULIBALY A.

Aspect épidémio-clinique, biologique et thérapeutique des mycoses superficielles observées en milieu scolaire à Bamako (mali)

Thèse Med.2004

25. TRAORE A.

Aspect épidémio-clinique, biologique et étiologique des dermatophyties à Bamako.

Thèse Pharm. 1997 n°7 Mali.

26. METKAR A, PANDE S, KHOPKAR U.

Molluscum contagiosum.

Journal de Dermatologie, Vénérologie, léprologie Indien

vol 74 ; n°6 2008.

27. BENSOUDA S.

L'épidermolyse bulleuse congénitale à propos d'un cas Clinique.

28. CISSE M, DIARE F S, KABA A.

Les teignes du cuir chevelu.

Guinée Med Tropical 2004; 4: 119

29. ASSOUMOU A, HADDAD R N, ADOU BRYNK D.

Epidémiologie des Teignes à Abidjan.

Med Trop 2004 ; 64 :171 – 175.

30. TOURRAINE R.

Infection cutanée Streptococcique.

Dermatologie clinique et vénéréologie.

Revue Jean Masson paris P : 74-81- 2002

31. JEAN MARIE M.

Psoriasis de l'enfant.

Paediatrica vol.17, (6) 2008: 24-27

32. FEUILHADE M, BAZE J, CLAUDY. A

Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.

Ann Dermatol Venereol. 2002; 129:2s47-2552.

33. DIAGNE D.

Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la prise en charge des dermatoses observées chez les enfants VIH positifs.

Thèse Med. 2007 BKO-Mali.

34. TCHANGAÏ WALLA K, PITCHE P, AGBERE A, BAKONDE B.

Les motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo).

Med Afrique Noire, 1995 ;42:391-2.

35. TRAORE A, NIAMBA P, OUEDRAGO T.

Manifestations dermatologiques au cours du sida pédiatrique en milieu hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso).

Nouv Dermatol 2000 ; 19(1) :39-43.

I. Données Sociodémographiques

Nom :
Sexe : Féminin Prénom Masculin
Age : 0 - 5 ans

6 - 10 ans

11 - 15 ans

Ethnie :

. Bamanan . Soninké
. Malinké . Dogon
. Peulh . Sonrhäï
. Senoufo . Autres

District de Bamako

Com I **Com II** **Com III**

Com IV **Com V** **Com VI**

Provenance

Kayes **Sikasso**
Koulikoro **Ségou**
Mopti **Gao**
Tombouctou **Autres**
Kidal

Niveau d'instruction

Enfant Scolarisé **Non Scolarisé**

Primaire

Secondaire

Profession des parents

Père :

Commerçant **Fonctionnaire**

Artisan **Cultivateur**

Manœuvre **Autres (à préciser)**

Mère

Commerçante

Artisane

Femme au foyer

Fonctionnaire

Sans emploi

Autres (à préciser)

II. Données Cliniques :

Signes Fonctionnels :

Prurit :

Douleur

Type des lésions élémentaires

Macule **Vésicule** **Papule**

Nodule **Ulcération** **Squames**

Lésions associées

. Siège des lésions

Tête **Cou** **Tronc** **poitrine** **Dos**

Membre supérieur **Membre inférieur** **région génitale**

Plis **fesse** **Autres**

Diagnostic Clinique :

Virale **Bactérienne** **Mycosique**

Parasitaire **généodermatose** **immuno-allergique**

Tumorale **Inflammatoire**

III. Les Données para cliniques

Glycémie

Sérologie VIH

Test D'Emmel




Bilan parasitaire (selle POK, recherche urine parasite)



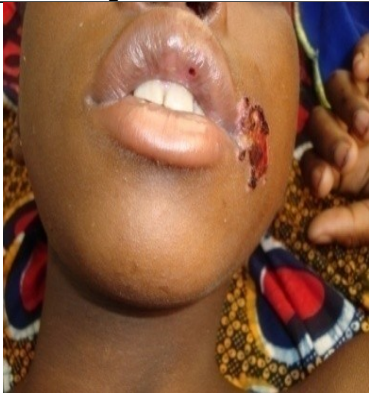
ECB du pus (Antibiogramme)


AUTRES




ICONOGRAPHIE

<p>Photo 1: larva migrans de la face interne de la cuisse</p>	<p>Photo 2: lichen plan sur le haut du dos</p>	<p>Photo 3: kérion de Celse sur le cuir chevelu</p>
		
<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>

<p>Photo 4: hamartome verruqueux frontal gauche</p>	<p>Photo 5: angiome plan face postérieure de l'oreille droit</p>	<p>Photo 6: noevus géant hyper pigmenté du dos</p>
		
<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>

<p>Photo 7: larva migrans du pli inter fessier et des fesses</p>	<p>Photo 8: syndrome de Lyell lésions du membre inferieur droit</p>	<p>Photo 9: syndrome de Lyell lésions buccales et péri labiales</p>
		
<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>

<p>Photo 10: impétigo lésions du pli cervical</p>	<p>Photo 11: zona de la jambe droite</p>	<p>Photo 12: Pityriasis rosé de Gibert</p>
		
<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>

<p>Photo 13: prurigo des membres inférieurs face postérieure</p>	<p>Photo 14: pyodermite du cuir chevelu</p>	<p>Photo 15: dermatite séborrhéique du cuir chevelu et du visage</p>
		
<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>	<p>Pr Konaré H.D.</p>

<p>Photo 16: gale lésions de la plante des pieds</p>	<p>Photo 17: psoriasis de la face antérieure des jambes</p>	<p>Photo 18: eczéma du dos des pieds</p>
-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

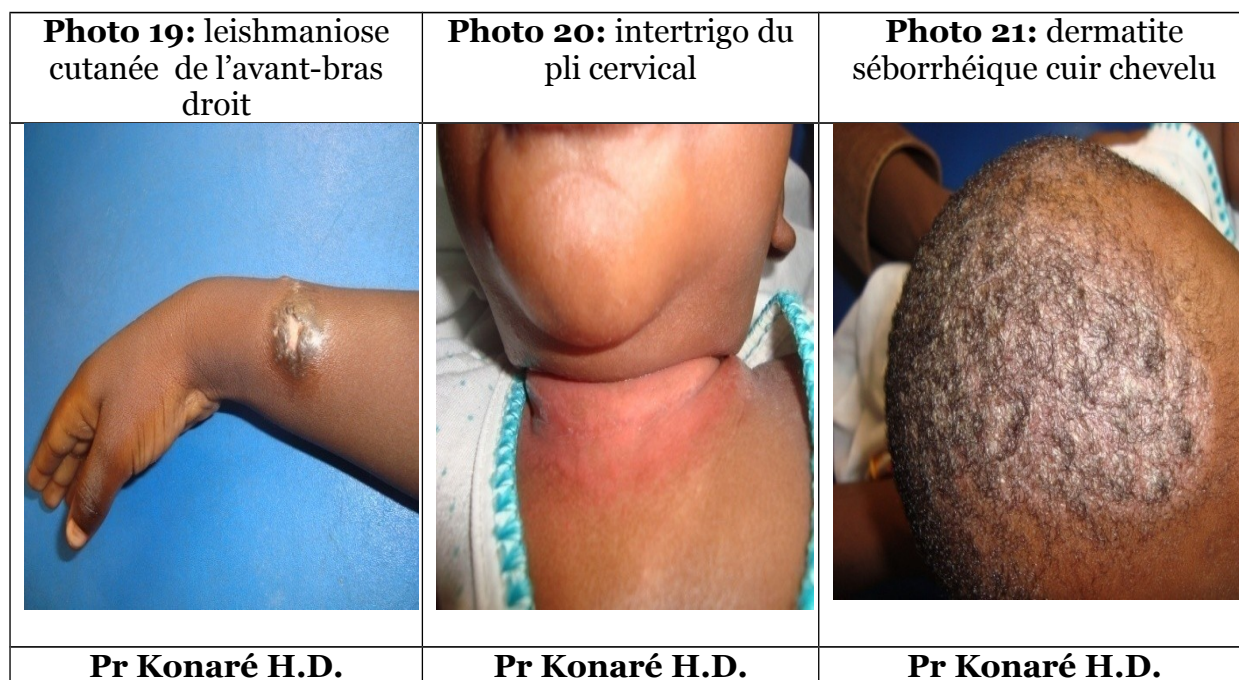


Photo 22: Maladie de Leiner moussous



Pr Konaré H.D.

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : Sangaré née Coulibaly

PRENOM : Maïssata Boubacar

TITRE de la thèse : étude épidémiologique-clinique des dermatoses observées chez l'enfant

Année : 2011

Pays d'origine :

MALI

Lieu de dépôt :

Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt :

dermatologie

Résumé :

Du 20 Mai 2008 au 31 décembre 2009 nous avons réalisé une étude transversale descriptive à visée prospective.

Les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays émergents.

Les enfants représentent le groupe cible le plus touché. Le but était de déterminer les aspects épidémiologiques, et cliniques des dermatoses observées chez les enfants vus en consultation au CHU Gabriel Touré et de formuler des recommandations à l'attention de la population, du personnel de santé, aux autorités sanitaires.

Sur 3146 consultations dermatologiques 685 enfant ont été retenus

La tranche d'âge de 0- 5 ans a été la plus touchée (67,4%).

Le sexe masculin était le plus touché.

De l'ensemble des dermatoses, l'impétigo a été l'affection la plus observée (10,9%).

Une minorité des patients était positive au VIH (5%); parmi eux, la majorité l'était au VIH1.

Cliniquement : 387 enfants avaient une infection, (25,9%) d'affections mycosiques, (27,6%) des dermatoses des états d'hypersensibilité.

Les dermatoses sont favorisées par une hygiène défectueuse, la pauvreté et l'insuffisance de soins médicaux. Une amélioration de la couverture sanitaire dermatologique peut permettre d'en réduire la prévalence. /.

-Mots clés : dermatoses, enfant, CHU Gabriel Touré

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 reçu 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 !

Je le jure !