

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple- Un But- Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008-2009

Thèse N°.....

THESE

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES PRURIGOS DANS LE SERVICE DE DERMATO- VENEREOLOGIE DU CNAM (ex Institut Marchoux) ; Bamako(Mali).

Présentée et soutenue publiquement le.....2008 à.....Devant la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Monsieur Gassaga SISSOKO**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Dapa Aly DIALLO

Membre : Docteur Adama DICKO

Codirecteur : Docteur Ousmane FAYE

Directeur de Thèse : Professeur SOMITA KEITA

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **Anatole TOUNKARA** - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR **Drissa DIALLO** : - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
2^{ÈME} ASSESSEUR : **Sekou SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCE
SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE**- PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : **Madame COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie- Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Medicine interne
Mr Ali GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1 PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstetrique

2 MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie viscérale

3 MAITRES DE CONFERENCES

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Mme SY Aïda SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortopédie Traumatologie

4 MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique

5 ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme Togola Fanta KONIPO	O.R.L
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie Traumatologie
Mr ALY TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco Obstétrique
Mme Djèneba DOUMBIA	Anesthésie réanimation
Mr Tiemogo D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1 PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie Virologie
Mr Siné Bayo	Anatomie pathologie Histo-embryologie
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie-Chef de D.E.R

2 MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Yénimegue Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Amadou TOURE	Histo embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

3 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdramane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

4 MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie medicale
Mr Abdouleye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Boureima KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

5 ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medecine interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R
Mr Moussa TRAORE	Nephrologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entéro-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie

2 MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

3 MAITRES ASSISTANTS

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO
Mme TRORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA.

Médecine interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phthisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Sahari FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assetou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Daouda K. MINTA
Mr Soungalo DAO

Néphrologie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie
Pneumologie
Psychiatrie
Maladie infectieuses
Maladie infectieuses

5 ASSISTANTS

Mr Cheick Oumar GUINDO

Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie Analytique

2 MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA (in mémorium)
Mr Ousmane DOUMBIA

Matiere Médicale
Pharmacie chimique

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

3 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie Chef de D.E.R

4 MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoit KOUMARE
Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA
Mr Yaya KANA

Chimie Analytique
Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1PROFESSEUR
Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2 MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3 MAITRE DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4 MATRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama Diawara
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassana A. DICKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymana GUINDO
Mme Dembele Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Arouna COULIBALY
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Souleymana COULIBALY
Mr Yaya COULIBALY
Mme Rokia SANOGO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Saibou MAIGA

Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du milieu
Mathématiques
Génétique
Psychologie Médicale
Législation
Pharmacognosie
Pharmacognosie
Législation

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Mr Oumane KOITA
Mr Samba DIOP
Mr Seydou Doumbia
Mr Oumar THIERO
Mr Mangara M. BAYOKO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO

Parasitologie Moléculaire
Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Bio Statistique
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie
Pharmacodynamie
Pathologie infectieuse

Biochimie

DEDICACES

Bismillahi Rahmaani Rahiim

Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux

Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah wa t'Allah

Lis, au nom de ton Seigneur qui a crée,

Qui a crée l'homme d'une adhérence,

Lis ! Ton Seigneur est très noble,

Qui a enseigné par la plume « le Calame »,

A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'Adhérence » verset 1 à 5.

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

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

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

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

❖ **A ma grande mère feu FATOUMATA SISSOKO**

Les mots me manquent pour vous dire une fois de plus merci.

Que votre âme repose en paix !

❖ **A mon père MOUSSA SISSOKO**

Exemple de fermeté et de droiture,

Ton calme n'a sans doute pas été une indifférence, mais celui de la sagesse et de la conviction religieuse. Que ce travail, fruit de tes efforts soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

❖ **A ma mère : SIDI DIALLO dite Maman**

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

Maman, tu as aujourd'hui un fils qui a choisi la médecine comme métier.

Puisse ce travail être un début de couronnement de tes efforts.

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

❖ **A mes frères :**

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans les souffrances. J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

❖ **A mes sœurs :**

Je crois que vous serez fières de ce travail.

❖ **A ma tante SADIO KONATE**

Tu m'as été et sera toujours pour moi un refuge idéal. J'ai toujours trouvé le réconfort souhaité et la sérénité nécessaire pour mieux affronter les lendemains difficiles. Par tes sages conseils et ta forte présence, j'ai évité beaucoup d'embûches. Tu n'as ménagé aucun effort pour l'aboutissement de ce travail.

Je profite de ce canal pour te réitérer ma profonde affection et ma gratitude.

❖ **A mon tonton MOUSSA SISSOKO**

Tu m'as toujours soutenu, grâce à tes conseils, j'ai acquis une certaine expérience dans ce monde. Tu es un repère pour moi. Du fond de mon cœur je t'exprime ma reconnaissance. A toi longue vie et prospérité.

❖ **A TOUS MES ONCLES ET MES TANTES**

REMERCIEMENTS

MES REMERCIEMENTS VONT :

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

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

A tout le personnel du service de dermatologie, votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, et il fait aussi bon d'être à votre compagnie ; merci pour tout, je vous serai reconnaissant.

A tous mes maîtres de stage : Pr. Keita Somita, Dr Traoré Pierre, Dr Hawa Sagara, Dr Ousmane Faye, Dr Karim Coulibaly et Dr Dicko Adama. Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A Mme Dako Sanata Koné, Mme Sogoba Jokebet, Mademoiselle Martha Samaké pardonnez moi de mes plaisanteries quelque fois de mauvais goût et merci pour votre disponibilité.

A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie : le Major Guimba Camara, Siaka Sanogo, Alexis Tienou, Lassana Coulibaly, Namory Camara les infirmiers et infirmières ; sans vous ce travail serait périlleux, je vous suis reconnaissant.

A mon frère et ami DOCTEUR MAMADOU BABA SYLLA et sa femme cher ami merci de ton soutien et tes conseils aux moments difficiles. Que Dieu donne longue vie à votre foyer.

A mes amis: Dr Madiassa Konaté, Dr Bréhima Coulibaly, Mamadou Dembélé, Sergent Sory Ibrehima Tangara dit Bry, Dr Sory Ibrahima Pamanta dit Niaré, Soumaila Tamboura, Makamba Diallo, Sidi B Sissoko

Je ne saurais vous remercier pour tout le soutien et la disponibilité dont vous faites preuve. J'espère un jour pouvoir vous le rendre au centuple. Que Dieu vous bénisse !

A Dr Waigalo Nouhoum et Dr Coulibaly Hassane : Je ne saurais vous remercier pour le soutien moral physique et matériel que vous m'avez accordé. Merci une fois de plus. Que Dieu vous bénisse !

A mes amis et compagnons d'études : Dr Traoré Kalifa, Dr Cissé Seybou, Dr Diamouténé Abdoulaye, Dr Dissa Labassou, Dr Sanogo Chaka T, Dr Camara Djibril S ; je vous remercie pour votre soutien.

A mes aînés : Dr Kader Alzouma, Dr Sidiki Sangaré, Dr Alima Keita, Dr Boubacar Cissé, Dr Lassine Cissé, Dr Sadio Keita

A mes collègues internes: Mamadou Bah, Abraham Koné, Mamadou Gassama, Koureïssi Tall, Amos Sidibé, Binta Guindo, Alou Keïta. Nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles !

A mes cadets : Jean Dembélé, Jean Coulibaly, Oumar Kampo, Daouda Simpara, Moussa Soumouthera, Prosper Mounkoro, Korotoumou Coulibaly en témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail

Mes remerciements s'adressent particulièrement à tous les délégués médicaux des laboratoires : Pierre Fabre, Sandoz, Innotech, Schéring Ploug, UCB Pharma, Novartis.

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES ET JUGES

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire.

Et le simple alors est de recourir aux bons offices d'un maître compétent ».

(GEORGES GUSDORF)

**A notre Maître et Président du jury, Professeur DAPA ALY
DIALLO**

➤ Professeur d'hématologie.

➤ Chef de service d'hématologie oncologie médicale de l' HPG

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

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

A notre Maître et juge Dr DICKO ADAMA

➤ Spécialiste en dermatologie

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

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

A notre Maître et codirecteur: Docteur OUSMANE FAYE.

- **Spécialiste en dermatologie et en histo-pathologie cutanée dermatologique.**
- **Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM).**

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse : Professeur SOMITA KEITA

- Professeur titulaire de l'université en dermato-Lepro-vénéréologie.
- Chef du département dermato-lépro-vénéréologie à la FMPOS
- Chevalier du mérite de la santé
- Chef de l'unité de dermato-vénéréologie au CNAM.

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

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

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

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma grande

Sympathie et de mon profond respect.

Puisse Allah vous accordez longue vie

ABREVIATIONS ET SIGLES :

P : Prurigo.

PS : Prurigo Strophulus.

VIH : Virus de l'immuno déficience Humaine

PAV : Prurigo Associe au VIH.

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise.

% : Pourcentage.

CNA M : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.

NFS : Numération Formule Sanguine.

GT : Glutanyl Transférase

Mg : Milligramme.

G : Gramme.

Posol. : Posologie.

TNF: Tumor Necrosis Factor.

J: Jour.

Kg: Kilogramme.

Cp: Comprimé.

C a C : Cuillerée à Café.

C a S : Cuillerée à Soupe.

Cm : Cuillerée mesure

F : Fois.

Sp. : Sirop.

Fl : Flacon.

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

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

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	19
RESULTATS.....	22
ICONOGRAPHIE.....	34
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	40
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47

ANNEXES

Fiche signalétique
Fiche d'enquête
Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION

Le terme de prurigo est assez mal défini dans la littérature et donc source de confusion. On observe dans la littérature plusieurs synonymes : Prurigo strophulus, P. simplex (chronicus), P. infantile, P. ectoparasitaire, lichen, (à différencier des P. estival, P. gravidique, P. de Besnier, P. nodulaire de Hyde qui sont des entités différentes). Parmi ces termes nous emploierons celui du prurigo strophulus qui a cependant le mérite de résumer les caractéristiques de l'affection.

Le prurigo strophulus, communément appelé prurigo est une dermatose d'hypersensibilité, immuno allergique. Cliniquement, il se présente sous forme de lésions papuleuses, vésiculeuses voire bulleuses prurigineuses. L'affection peut être aiguë ou chronique. Son étiologie est liée aux parasites ; touchant essentiellement les enfants d'âge préscolaire ou scolaire entre 1 à 7ans (1, 2,3).

Depuis l'avènement du VIH, cette affection a connu un regain d'intérêt. En effet, dans sa forme chronique chez l'adulte, elle est hautement évocatrice de l'infection à VIH signalée dès 1986 en Haïti et en Afrique (4, 5). La valeur prédictive positive pour l'infection à VIH est estimée à 70% en Afrique (5).

Comme le prurigo infantile, il témoigne d'une réactivité particulière aux piqûres d'arthropodes qui paraît exagérée dans l'infection par le VIH (6).

Selon des études faites au TOGO, en GUADELOUPE, en HAÏTI, au BENIN et au ZAIRE ; la prévalence du prurigo au cours du SIDA est respectivement 33,3% (7) ; 60% (8) ; 49% (9) ; 48% (10) ; 47% (5).

Le prurigo peut être aussi révélateur de certaines hémopathies (leucémies).

Cependant cette relative fréquence contraste avec le peu d'étude consacrée en Afrique, notamment au Mali dans le service de dermatologie.

Le but de cette étude était de rapporter les aspects épidémiocliniques et les modalités de prise en charge des cas de prurigos observés dans le service de dermato-vénérologie du CNAM à Bamako.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologique, clinique et les modalités de prise en charge du prurigo dans le service dermato-vénérologie du CNAM à Bamako.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas de prurigos observés dans le service.
- Décrire les aspects cliniques des cas de prurigo observés dans le service.
- Déterminer la proportion de l'infection VIH (+) parmi les sujets atteints de prurigo.
- Rapporter les différentes modalités de prise en charge des cas.

GENERALITES

I GENERALITES

A-Rappel de la structure de la peau

La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 couches distinctes :

1- L'EPIDERME

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

- La couche cornée : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse, comporte des cellules cornées qui sont dépourvues de noyaux.
- La couche claire : est formée d'une seule assise de cellules kératinocytaires très aplaties et d'aspect clair en vue microscopique.
- La granuleuse : comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvre en mitochondries. Ce sont des kératinocytes à noyaux désintégrés en granules.
- La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les kératinocytes malpighiens. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface. En profondeur elles sont polyédriques et pourvues de filaments d'attache appelés desmosomes ou épines d'union.
- La couche basale ou germinatrice : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche germinatrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogénèse appelées les mélanocytes et les cellules de Langherans qui représentent la sentinelle immuno-allergique.

2- LE DERME

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes, fibrocytes). Il est parcouru par un riche réseau vasculaire et nerveux. Par ailleurs il abrite les annexes épidermiques (follicules pilo-sébacés, glandes sudorales).

3- L'HYPODERME OU COUCHE ADIPEUSE

C'est un tissu conjonctif constitué de cellules grasses appelées adipocytes. Les adipocytes sont rassemblés en lobules et en lobes gras séparés par des travées conjonctivo-vasculaires et nerveuses.

4- LES ANNEXES CUTANÉES ÉPIDERMIQUES

Elles comportent les follicules pilo-sébacés, les glandes sudorales, et les ongles.

a- **Les follicules pilo-sébacés** : constituent une unité physiologique comportant le poil dans son follicule et la glande sébacée.

Glandes sébacées : Les glandes sébacées se forment à partir d'une invagination de la gaine folliculaire externe du follicule pileux embryonnaire. Elles se présentent sous forme de sacs accolés aux follicules pileux.

b- **Les glandes sudorales** : sont de deux types : les glandes eccrines et les glandes apocrines.

- **Les glandes eccrines** : Elles sont les plus nombreuses (trois millions environ) formées par un peloton sudoripare situé dans la région dermo-hypodermique qui se prolonge par un tube excréteur. La sécrétion sudorale (sueur) est formée de 99% d'eau plus des constituants plasmatiques. Elles sont présentes sur tous les téguments et plus denses dans les régions palmo-plantaires, les aisselles et le front.
- **Les glandes apocrines** sont localisées surtout dans les régions axillaires et ano-génitales. Les produits sécrétés

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

s'éliminent par un canal excréteur qui débouche dans l'entonnoir folliculaire d'un poil axillaire ou génital.

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

une partie vivante appelée bulbe responsable du renouvellement pileux, une partie isthmique et une 3^{ème} partie appelée tige formée de cellules cornées mortes.

d- **Les ongles** : anatomiquement l'ongle comprend 3 régions distinctes :

La racine, la tablette sous laquelle se trouve le lit unguéal et le bord libre.

La racine est partiellement recouverte par le repli sus unguéal proximal ou repli postérieur qui se prolonge par les replis sus unguéaux latéraux.

En distalité du repli proximal se trouve l'éponychium qui recouvre une partie de la lunule (c'est le croissant pâle). En distalité la face ventrale du bord libre de la tablette se trouve au contact d'un repli épidermique épais appelé hyponichium. Les ongles poussent en moyenne de 0,1mm par jour plus vite en été qu'en hiver et plus vite aux doigts qu'aux orteils.

STRUCTURE DE LA PEAU

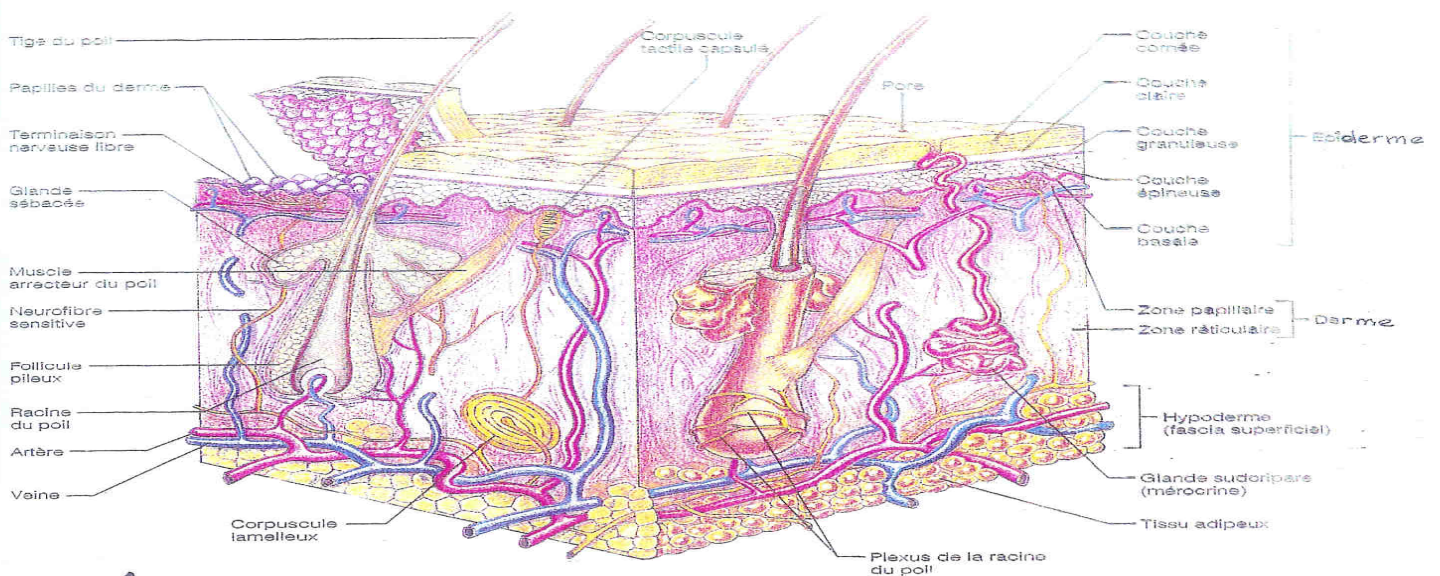


FIGURE 1
Structure de la peau. Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

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

B-RAPPEL SUR LES PRURIGOS

B- Rappel sur les prurigos

1-Définition- Nosologie

Le terme de prurigo est universellement utilisé ; pourtant il ne correspond pas à une entité clairement définie sur le plan clinique, histologique ou étiologique. Il s'agit toujours d'une dermatose prurigineuse excoriée (11).

Il est source de confusion. Dans la littérature plusieurs synonymes : Prurigo strophulus, P. simplex (chronicus), P. infantile, P. de Besnier, P. nodulaire de Hyde, sont utilisés pour désigner souvent des affections complètement différentes du prurigo strophulus. C'est le cas du prurigo de Besnier qui n'est autre chose que la dermatite atopique.

2-Interet

Le prurigo est une dermatose fréquente au Mali. Il est au 3^{ème} rang selon le registre de consultation en dermatologie au CNAM après l'eczéma et les mycoses.

Il révèle souvent d'autres pathologies comme le VIH ; lymphomes.

Le traitement est parfois difficile.

3-Historique :

Hebra partant de son étude a créé la notion de papule en tant que lésion élémentaire et primitive du prurigo. Il isola, du groupe confus des lichens, son prurigo, qu'il considéra comme une affection cutanée autonome. Par la suite, Tommasoli identifia la séropapule du prurigo aigu, et l'assimila à la papule décrite par Hebra : d'où la confusion qui devait régner dans le groupe des prurigos (12).

4-Classification

Il est classique de distinguer :

Le prurigo aigu dont la lésion élémentaire est une séropapule parfois très inflammatoire pouvant aller jusqu'à la formation de bulles. Ils surviennent surtout chez l'enfant.

Le prurigo subaigu, qui se traduit par des lésions si rapidement excoriées qu'il est impossible d'identifier la lésion élémentaire (si elle existe).

Le prurigo chronique se caractérisant comme la forme subaiguë par des lésions excoriées, de papules ou nodules lichenifiés (13).

5- Physiopathologie

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

- ✓ Une acantholyse initiale par rupture des desmosomes responsable de la vésicule primordiale.

Une bulle secondaire par lyse des fibres collagènes et élastiques du derme superficiel.

- ✓ et un infiltrat lymphohistocytaire au début péri vasculaire, migrant secondairement dans l'épiderme (14).

Sur un autre plan on pense que ces réactions locales résultent de l'injection de substances irritantes contenues dans la salive de l'insecte piqueur mais peuvent également traduire l'existence d'une sensibilisation allergique aux composants antigéniques de la salive de l'insecte. Cette sensibilisation peut se traduire par une réaction urticarienne oedémateuse immédiate et surtout par une réaction d'hypersensibilité retardée caractérisant le prurigo ectoparasitaire ou strophulus (11).

6-Etude clinique

6-1- Type de description : le prurigo strophulus de l'enfant (ou prurigo mitis).

Le prurigo strophulus de l'enfant est une éruption aigue caractérisée par des séropapules entourées par une tache ortiée fugace (15). On repère des lésions micro papuleuses dont le centre devient microvésiculeux en 24-48 heures. Ce stade vésiculeux est souvent fugace et fait place à des lésions soit suintantes, soit excoriées, soit croûteuses.

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Affection d'origine parasitaire touchant essentiellement les enfants d'âge scolaire entre 1 à 7 ans.

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

La nature ectoparasitaire de ce prurigo est, à l'heure actuelle reconnue (16 ; 17).

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

6-2- Les formes cliniques :

Formes évolutives :

a- Prurigos aigus

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

b- Prurigos subaigus

Ils se caractérisent par des lésions si rapidement excoriées qu'il est impossible d'identifier la lésion élémentaire (si elle existe). Ainsi certains cas sont-ils considérés comme des excoriations névrotiques. Les lésions excoriées se situent sur le haut du dos, le visage, le cuir chevelu, le cou, les lombes et les fesses, régions facilement accessibles au grattage. Elles donnent lieu à des cicatrices dépigmentées. Les paumes et les plantes sont toujours épargnées. L'affection touche avant tout les femmes d'âge moyen << gérant mal un stress ou une difficulté émotionnelle>> ; on discute avec les psycho dermatoses les implications de ces généralisations. Bien que la pathogénie soit inconnue, dans une série de 46 biopsie, une spongiose du follicule pileux (suggérant donc un << eczéma localisé >> à cet endroit) a pu être objectivée dans 28 cas. Ceci pourrait expliquer le respect des paumes et des plantes et être un argument pour ceux qui pensent que le prurigo subaigu n'est pas << purement >> une psycho dermatose.

c- Prurigos chroniques

Ils se caractérisent comme la forme subaiguë (avec laquelle les limites sont floues) par des papules excoriées qui siègent cependant de préférence sur la face d'extension des membres, le haut du tronc et les fesses. Là encore, paumes et plantes sont épargnées. L'affection prédomine chez les femmes plus âgées entre 40 et 60 ans et dure des années. L'aspect histologique n'est pas spécifique, montrant une excoriation bordée d'hyperkératose, d'acanthose modérée, un infiltrat péri vasculaire et périfolliculaire lymphocytaire avec quelques éosinophiles. La peau lésionnelle contient des quantités considérables d'ARNm d'IL-4, 5 et 10, ce qui suggère l'intervention de lymphocytes Th2 (11).

6-3 Formes sémiologiques :

- Vésiculeuse
- Bulleuse
- Nodulaire
- Urticarienne

6-4 Formes associées à d'autres pathologies

-VIH : Il se caractérise sur le plan cutanéomuqueux d'une éruption non prurigineuse faite de maculopapule bien isolées les unes des autres, siégeant à la face antérieure du thorax, aux paumes et aux plantes, ce qui peut évoquer une syphilis secondaire et des érosions douloureuses buccales et génitales. Le diagnostic repose sur la virémie VIH.

-Hémopathies

6-5 Formes topographiques

- Mains pieds : Les lésions sont uniquement localisées au niveau des membres.
- Diffuses : encore appelées les formes généralisées

6-6 Formes compliquées

- Eczématisation
- Impétiginisées

6-3-Diagnostic positif

Le diagnostic positif repose sur la clinique qui est caractérisée par une éruption aiguë faite de seropapules reposant sur une base érythémato-urticarienne souvent très apparente ; on repère des lésions micropapuleuses dont le centre devient microvésiculeux en 24-48

heures. Ce stade vésiculeux est souvent fugace et fait place à des lésions soit suintantes soit excoriées soit croûteuses.

Le prurit est habituel.

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

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

61-4 Diagnostic différentiel

a-Varicelle

Affection bénigne de l'enfant contagieuse et plus rarement de l'adulte jeune survient après une incubation de 14jours. Elle est accompagnée de signes généraux modérés dont la fièvre. L'éruption siège au tronc et la partie proximale des membres, au cuir chevelu, au visage et plus discrètement dans la cavité buccale. Elle est plus ou moins profuse : de quelque dizaines à plusieurs centaines d'éléments survenant en 3 à 4 poussées de vésicules de petite taille, isolées, chacune reposant sur une macule rosée, s'ombiliquant au centre avant de dessécher puis de former une croûte. Cette dernière phase est légèrement prurigineuse (18).

b- Impétigo bulleux

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

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

Le siège chez l'enfant est surtout au visage autour du nez et de la bouche. Il peut diffuser ; les mains, les pieds sont cependant rarement atteints (18).

c- Dermatose bulleuse à Ig A linéaire

Ou encore dermatose bulleuse à Ig A linéaire observée chez l'enfant et l'adulte, elle est vésiculeuse, souvent à disposition arciforme ou circulaire (18).

d- Acropustulose infantile (syndrome de Gianotti-Crosti)

Il s'agit d'une éruption vésiculo-pustuleuse des paumes et des plantes du nourrisson d'étiologie inconnue, très prurigineuse. Elle peut s'étendre au visage et au tronc ; souvent confondue à une gale. Elle évolue par poussée, récidive sur plusieurs années et disparaît spontanément vers l'âge de 2 ou 3 ans.

6-5 Diagnostic étiologique

Il est impératif d'éliminer une cause systémique telle qu'obstruction biliaire, hépatite C, lymphome leucémie à cellule T de l'adulte, lymphome hodgkinien surtout, maladie de Vaquez, cancer profond, parasitoses, réaction médicamenteuse, infestation ectoparasitaire, insuffisance rénale, diabète, lymphocytopenie CD4 idiopathique. Souvent aucune de ces causes n'est trouvée. On considère alors le rôle d'une atopie, de facteurs psychologiques (11).

7-Traitement

7-1 Bilans pré thérapeutiques

- .- NFS-VS
- Transaminases hépatiques et gamma GT
- Creatininémie
- Urée sanguine
- Glycémie a jeun
- Recherche de POK dans les selles
- Biopsie cutanée des lésions
- sérologie VIH

7-2- But

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

7-3- Moyens

7-3-1 Moyens spécifiques

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

a- Les dermocorticoides : -Topiques :

Les dermocorticoides topiques qui sont utilisés pour faire disparaître les taches. Il s'agit essentiellement :

Première classe : Propionate de Clobetasol (DERMOVAL, DIPROLENE) : Il se présente sous la forme crème ou pommade de 15 à 30 grammes.

Deuxième classe : Corticoides fluorés les plus utilisés : Betamethasone (BETNEVAL, DIPROSONE) ;

Corticoïde non fluoré : (LOCATOP).

Troisième classe : Moyennement puissant, illustrée par le Désonide (LOCAPRED)

Quatrième classe : classe faible, illustrée par l'Hydrocortisone (HYDRACORT).

Ils sont utilisés sous la forme crème ou pommade.

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

Leur effet secondaire est essentiellement l'atrophie cutanée.

- Voie générale :

DAPSONE : comprimé dosé à 100mg, Posol : 100mg/j chez l'adulte, Indiquée surtout dans le cas du prurigo pigmentosa (19).

- En Intralésionnel : TRIAMCINOLONE :

Propriété : ramollissement de la lésion

Indication : Prurigo nodulaire

Posol : 1 infiltration chaque 2 semaines

b- Déparasitant topiques

Crotamiton : EURAX OU PRUREX sous la forme crème de 10 à 15G

Posol : 1 application biquotidienne par jour

c- Les agents immuno-modulateurs : La THALIDOMIDE, utilisée seule ou avec les corticostéroïdes topiques dans les cas de rechute multiple donne également un bon résultat.

Elle peut supprimer la production excessive de facteur de nécrose de la tumeur (TNF). Elle règle des molécules de l'adhésion de la surface cellulaire sélectionnée impliquée dans la migration du leucocyte.

Posol adulte : 100 à 300mg/j à prendre avec beaucoup d'eau

Posol enfant : 0,5 à 2,5mg/kg/j avec beaucoup d'eau

A commencer par la plus faible dose.
Elle est contre indiquée en cas de grossesse (20).

d-Autres moyens

- Cryothérapie : AZOTE LIQUIDE : utilisé dans le cas de prurigo nodulaire dans le but d'obtenir un aplatissement des lésions.

La cryothérapie peut être associée au traitement local.

-Les Anti Paludéens de Synthèses :

Hydroxychloroquine (PLAQUENIL) : dosé à 100- 200mg de cp

Indication : Prurigo actinique

Posol : Adulte : 200mg/j

Enfant : 4mg/Kg/j

Contre- indications : Allergie connue, psoriasis retinal, changement de champ visuel attribuable au 4- aminoquinolines

Propriété : exerce l'activité anti- inflammatoire en supprimant la transformation du lymphocyte (4).

-L'interféron gamma : Son efficacité plaiderait pour la participation des cellules Th2 dans la pathogenèse du prurigo (11, 24).

7-3-2 Traitements adjuvants

a- Les antihistaminiques : indiqués dans les cas de prurit exacerbant. Ils sont nombreux, on peut citer :

- Hydroxyzine (ATARAX) se présente sous la forme de comprimés dosés à 25 milligrammes ou de sirop dosé à 400 milligrammes (1c à c=10 mg ; 1c à s =40mg).

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

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

- Deschlorpheniramine (POLARAMINE) : cp dosé à 6mg et 2mg ou sirop dosé à 125mg (1càc =0,5mg).

Posologie : 1 à 6 ans 1c m /j

6 à 12 ans 1cp de 2mg/j

- Loratadine (TIRLOR) : cp de 10mg, 1cp/j .

- Cétirizine et ces dérivés (ZYRTEC, XYZALL) : respectivement cp de 10mg et 5 mg

Posologie : 1cp/j

b-Les antibiotiques : Ils sont indiqués dans le cas de surinfection. Toutes les classes d'antibiotiques peuvent être utilisées.

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

- L'Amoxicilline : gellule dosée à 50mg , Posol : 2gel 2f/j chez l'adulte.

Sirop dosé à 250mg, Posol : 50 à 75mg/j chez l'enfant.

- L'Erythromycine : cp dosé à 500mg, Posol : 2cp 2f/j chez l'adulte.

- La Ciprofloxacine : gellule dosée à 500mg, Posol : 1gel2f/j chez l'adulte.

- La Doxycycline : dosée à 100 et 200mg, Posol : 1 à 2 cp/j chez l'adulte.

L'antibiotique est utilisé pendant une semaine au moins.

c-Les déparasitants par voie orale : systématique chez tous les patients en générale

Albendazole (CALBEN) : cp dosé à 400mg

Sp

Posol : 1cp en prise unique à renouveler 1-2 semaine plutard chez l'adulte.

1 FL de Sp en prise unique à renouveler 1-2 semaine plutard chez l'enfant.

7-3-3 Mesures préventives

Protection des parties découvertes

Dormir sous moustiquaire

La lutte contre les vecteurs.

Utilisation des moustifluids

Imprégnation d'habits par la permebluine.

METHODOLOGIE

II- METHODOLOGIE

A-CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service de dermato-vénérologie du Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM) EX INSTITUT MARCHOUX.

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la santé, créé par l'ordonnance N° 036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N° 02-009 du 04 Mars 2002 en lieu et place de l'Institut Marchoux après la disparition de l'O.C.C.G.E.

Ses missions principales sont : la formation médicale continue ; la recherche opérationnelle et vaccino-logique ; l'appui aux programmes de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermatologie, les infections sexuellement transmissibles et SIDA (IST / SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo épidémiques.

L'unité de dermatologie se compose de 4 salles de consultation, 1 laboratoire d'histopathologie, 1 salle réservée à la chirurgie dermatologie et à la biopsie, 1 pavillon d'hospitalisation.

B-TYPE ET DUREE D'ETUDE

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive de tous les cas de prurigo dans le service de janvier 2006 à décembre 2006.

C- POPULATION D'ETUDE

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

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

1 Définition des cas

Il s'agit de tout patient présentant des papules ou séropapules ou nodules ou excoriations prurigineuses localisés ou diffus avec ou sans confirmation histologique du diagnostic.

2 Critères d'inclusion

Malades des deux sexes et de tout âge venus en consultation dermatologique pour prurigo, donnant leur consentement à participer à l'étude et revus en fin de traitement.

3 Critères d'exclusion

- Tout cas de prurigo n'acceptant pas de participer à l'étude ou perdu de vue.
- Et de diagnostic non confirmé.

D- COLLECTE DES DONNEES

Tout patient inclus a fait l'objet :

- d'un interrogatoire permettant de recueillir les données socio-démographiques, épidémiologiques, les antécédents morbides et les traitements reçus ;
- d'un examen dermatologiste minutieux à la recherche des lésions cliniques ;
- d'un examen para clinique à la recherche de l'étiologie ou de la pathologie associée ;
- d'un traitement essentiellement basé sur un ou plusieurs des procédés ci-après :

- les applications de dermocorticoïdes sur les lésions.

La cryothérapie notamment sur les lésions nodulaires pour obtenir leur affaissement ;

- les applications d'antiparasitaires dans le cadre des lésions localisées ;
- les infiltrations intra lésionnelles de corticoïde retard des prurigos nodulaires.

Les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et les résultats de la prise en charge des cas ont été notées sur une fiche d'enquête.

5- SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies sur EPI info version 6.0 et analysées sur SPSS version 12.0.

RESULTATS

III-RESULTATS

Au total 111 cas ont été colligés.

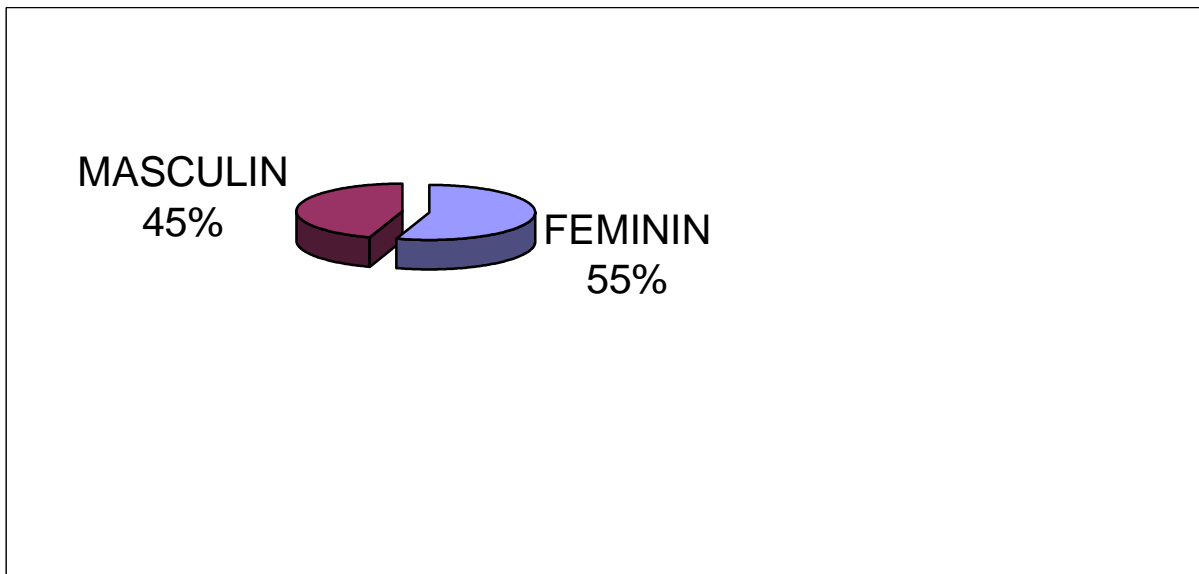
A/ CARACTERISTQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS

Tableau I : répartition des malades en fonction de l'âge :

Ages (an)	Effectif	Proportion (%)
0 – 5	29	26,13
6 – 10	12	10,81
11 – 15	10	9,01
16 – 25	15	13,51
26 – 35	22	19,82
36 – 45	16	14,41
46 – 55	6	5,41
56 - 65	1	0,9
Total	111	100,00

L'âge des patients variait de 1 à 63 ans avec une moyenne de 28,25 et une médiane de 30 ans. La tranche d'âge de 0 – 5 ans représentait l'effectif le plus dominant avec 29 cas soit 26,13% chez les enfants et 22 cas soit 19,82% chez les adultes d'âge compris entre 26-35 ans.

Secteur I : répartition de l'échantillon selon le sexe



Le sex- ratio H/F était 0,82 (50/61) en faveur du sexe féminin.

Tableau II : répartition des malades selon la profession :

Profession	Effectif	Proportion
Informelle	55	59,2
Scolaire	34	36,5
Fonctionnaires	4	4,3
Total	93	100,00
Non applicable*	18	17,12
Total	111	

*La variable groupe professionnel n'était pas applicable chez 18 de nos patients.

Le groupe informel représentait 55 cas soit 59,2%.

Tableau III : répartition des malades selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Proportion
Bambara	28	25,2
Sarakolé	20	18
Malinké	16	14,4
Peulh	16	14,4
Bobo	6	5,4
Kassonkhé	5	4,5
Dogon	5	4,5
Senoufo	4	3,6
Mianka	3	2,7
Maure	2	1,8
Sonrhai	2	1,8
Diawando	2	1,8
Dafing	1	0,9
Total	111	100,00

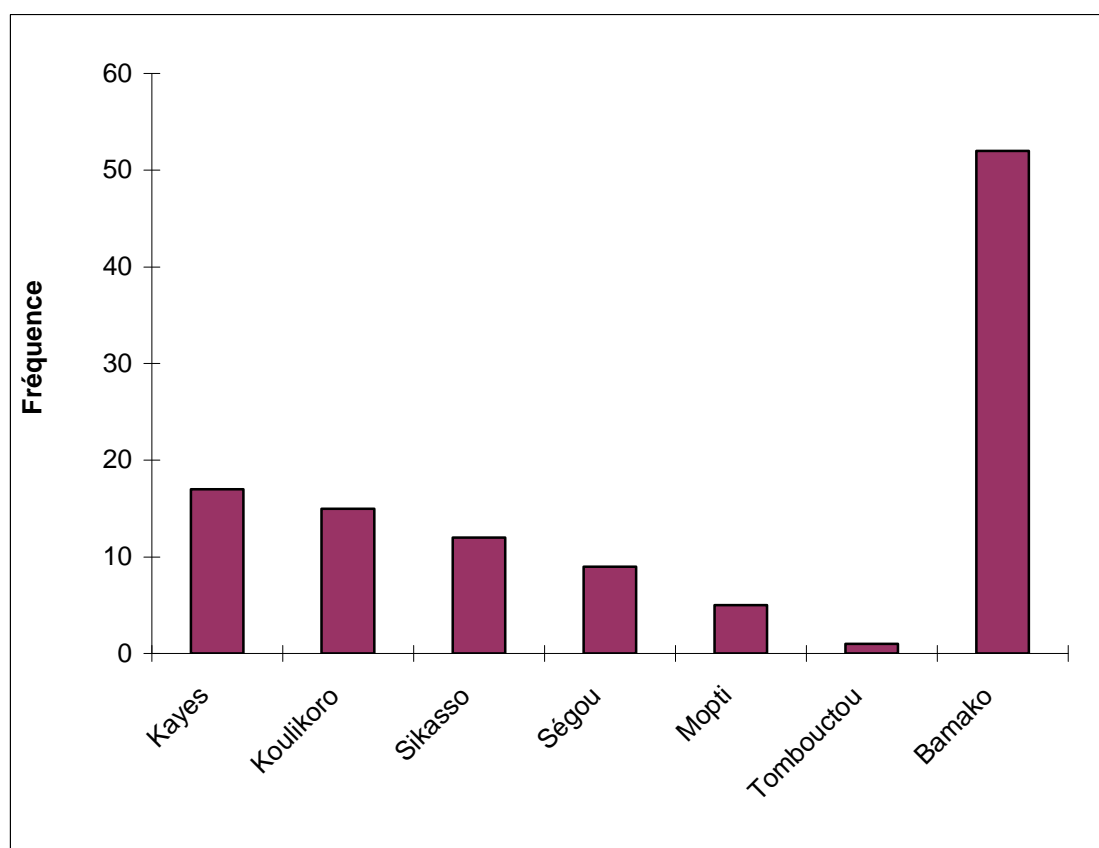
Les Bambaras étaient 28 cas soit 25,2%

Tableau IV : répartition des malades en fonction du rang dans la fratrie :

Fratrie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Effectif	30	31	17	14	5	7	1	2	2	2	111
Pourcentage	27,03	27,93	15,32	12,61	4,50	6,31	0,90	1,80	1,80	1,80	100,0

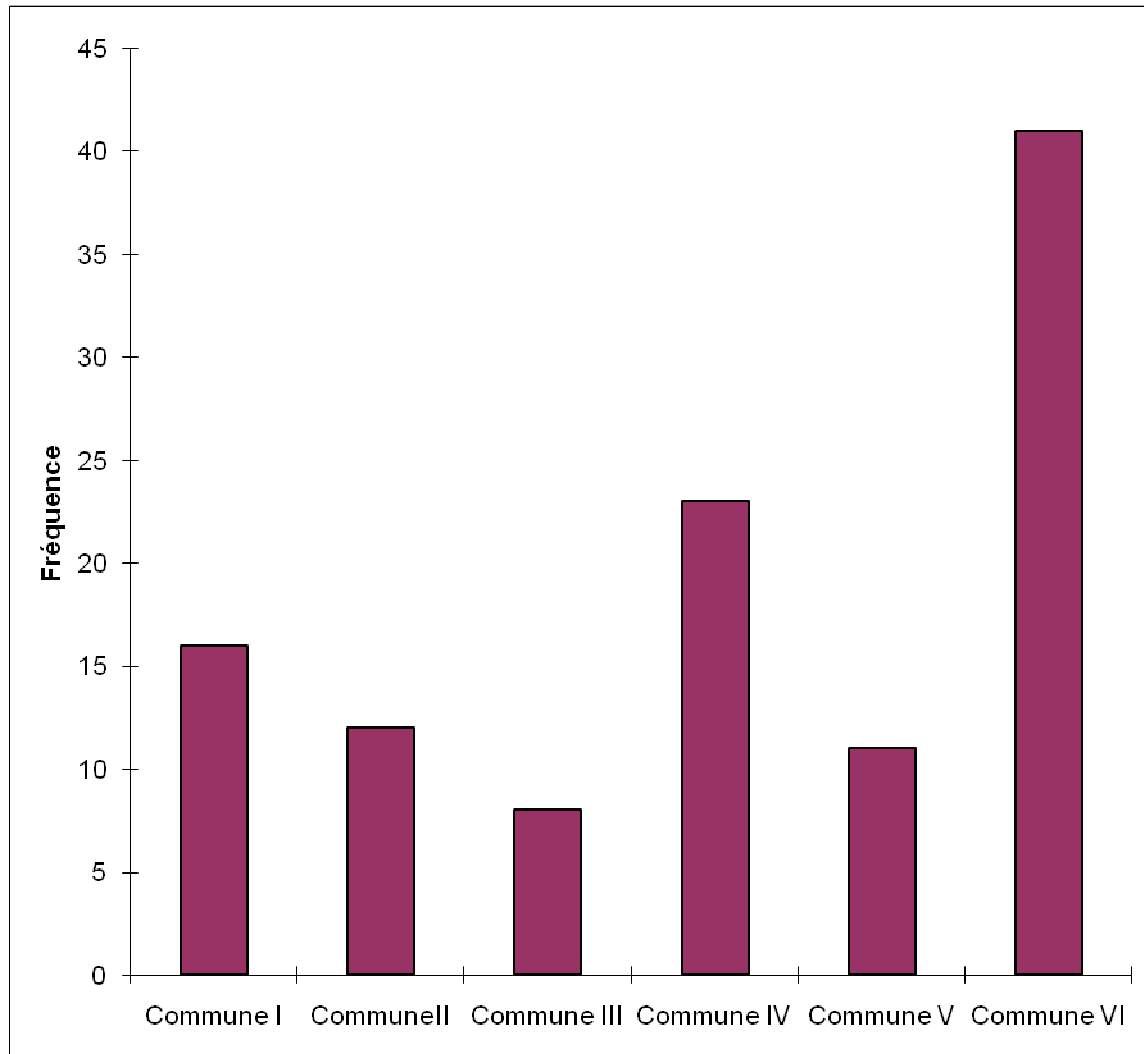
La fratrie la plus dominante était 2 avec 31 cas (27,93%).

Graphique I : répartition des malades selon la provenance



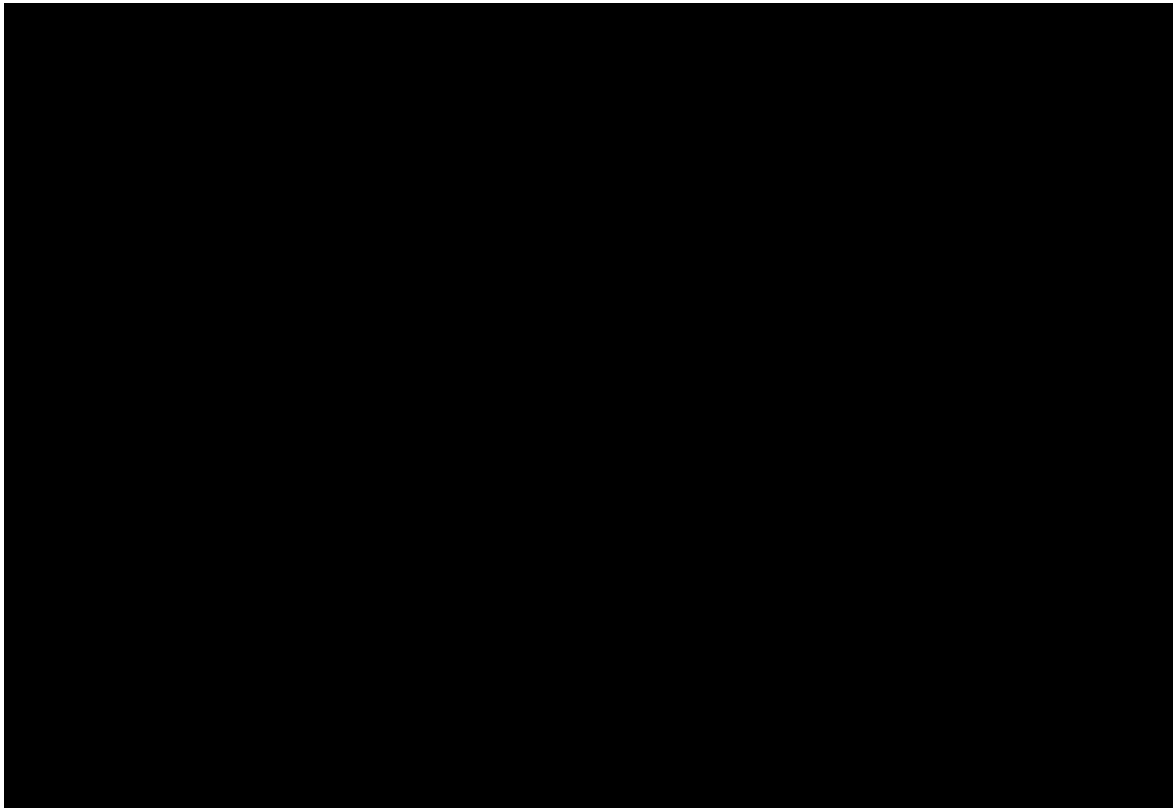
Les cinquantes deux soit 46, 84 % étaient résidant à Bamako.

Graphique II : répartition des malades en fonction du lieu de résidence à Bamako



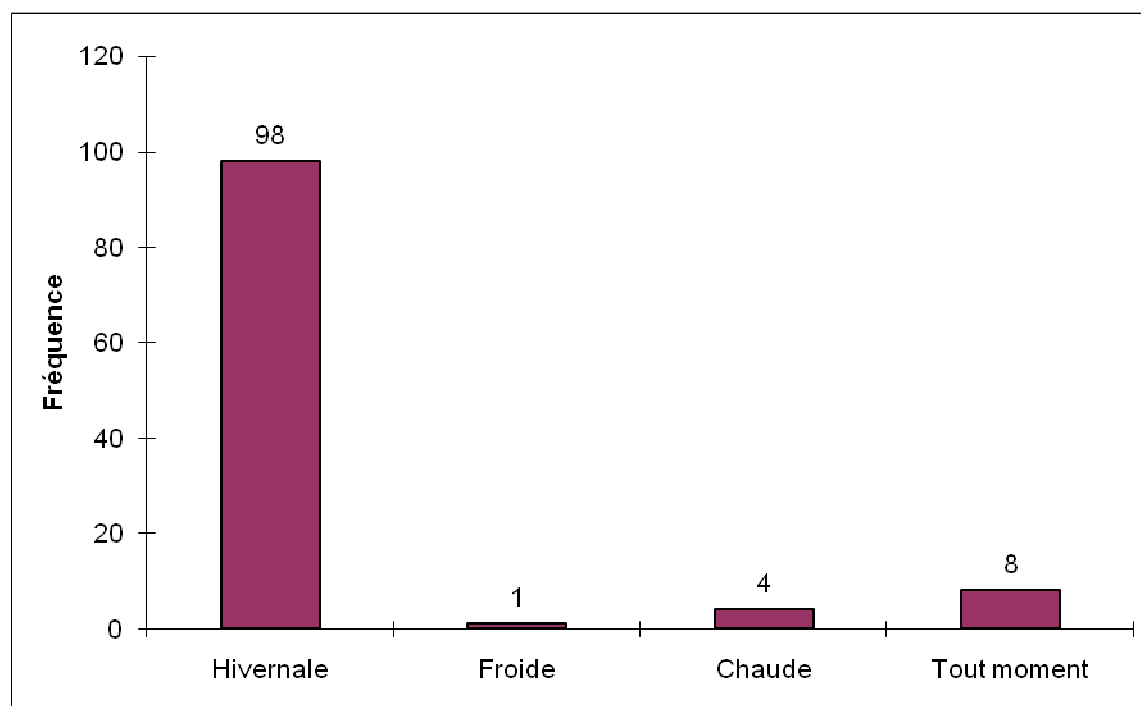
La commune VI était la résidence la plus élevée avec 41 cas soit 36,93%

Secteur II : répartition des malades en fonction de l'utilisation de la moustiquaire



Dans soixante quatre cas soit 57,65% des malades n'utilisaient pas de moustiquaire.

Graphique III : répartition de l'échantillon en fonction de la période de survenue



La période de l'hivernage a été la plus fréquente avec 99 cas soit 89,2 %

Tableau V : répartition des malades en fonction de l'existence d'une atopie

Atopie	Effectif	Proportion
Néant	90	81,1
Rhinite	18	16,2
Eczéma	2	1,8
Asthme	1	0,9
Total	111	100,00

La rhinite représentait 18 cas soit 16,2%

B/ DONNEES CLINIQUES :

Tableau VI : répartition des malades en fonction de la durée d'évolution des lésions :

Evolution (an)	Effectif	Proportion %
0 – 5	101	91
6 – 11	10	9
Total	111	100,00

L'évolution des malades variait de 0 à 11 avec une moyenne d'évolution à 5,5 ans et une médiane comprise entre 0 – 5 ans. L'intervalle de 0 à 5 ans représentait 101 cas (91%).

Tableau VII : répartition des malades en fonction de la lésion élémentaire

Lésion élémentaire	Effectif	Proportion(%)
Séropapule	59	53,2
Papule et excoriation	37	33,3
Excoriation	12	10,8
Nodule	3	2,7
Total	111	100,00

La séropapule représentait 59 cas soit 53,2 %.

Tableau VIII : répartition des malades en fonction de la topographie des lésions :

Topographie	Effectif	Proportion (%)
Membres	78	70,3
Profus	21	18,9
Membres et thorax	12	10,8
Total	111	100,00

Les membres étaient dominant avec 78 cas soit 70,3 %.

Tableau IX : répartition des malades en fonction de la pathologie associée :

Pathologie associée	Effectif	Proportion (%)
Néant	78	70,3
V I H (+)	30	27
Diadète	3	2,7
Total	111	100,00

Le sujet V I H (+) représentait 30 cas soit 27 %.

* A noter que le prurit était présent chez tous les patients.

Tableau X : répartition des malades VIH (+) en fonction de l'âge :

Age (An)	Effectif des cas de VIH	Pourcentage (%)
0 – 5	0	0
6 – 10	2	6,67
11- 15	0	0
16 –25	3	10
26 –35	16	53,33
36-45	6	20
46-55	3	10
56-65	0	0
Total	30	100,00

La tranche d'âge 26-35 ans représentait 16 cas (53,33%)

C/ DONNEES THERAPEUTIQUES :

Tableau XI : répartition des malades en fonction du traitement proposé :

Traitement proposé	Effectif	Proportion (%)
Antiparasitaire local	64	57,7
Dermocorticoïde local	47	42,3
Total	111	100,00

Dans 64 cas soit 57,7 % un traitement antiparasitaire local était institué.

*A noter que tous les patients ont reçus un traitement par voie générale à base d'antiparasitaire et d'antihistaminique.

Tableau XII : répartition des malades en fonction des résultats après traitement

Résultat après traitement	Effectif	Proportion
Guérison	103	92,8
Echec	5	4,5
Perdue de vue	3	2,7
Total	111	100,00

Nous avons obtenu pour l'ensemble des différents traitements une guérison dans 103 cas soit 92,8 %.

Tableau XIII : répartition des malades en fonction de la durée du traitement

Durée du traitement	Effectif	Proportion
2 mois	39	36,1
1 mois	31	28,7
3 mois	20	18,5
4 mois	15	13,9
5 mois et plus	3	2,8
Total	108	100,00
Perdue de vue	3	2,7
Total	111	

Trente neuf cas soit 36,1 % ont fait le traitement 2 mois.

Tableau XIV : résultat du traitement selon le produit utilisé

	Guérison		Echec		Perdue de vue	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Antiparasitaire local	71	68,9	3	60	1	33,3
Dermocorticoïde local	32	31,9	2	40	2	66,7
Total	103	100,00	5	100,00	3	100,00

Soixante onze cas soit 68,9 % de guérison sous Antiparasitaire local, avec un échec à 3 cas soit 60 %.

ICONOGRAPHIE



Figure 1 : Prurigo excorié (Photo Dr Faye O)



Figure 2 : Prurigo strophulus (Photo Dr Faye O)

Figure 3 : Prurigo bulleux (Photo Dr Faye



O)



Figure 4 :Prurigo lichenifié (Photo Dr Faye O)



Figure 5 : Prurigo bulleux (Photo Dr Faye O)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude prospective sur les aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques chez 111 cas de prurigos observés dans le service de dermatologie conformément aux critères d'inclusion.

Les malades provenaient de toutes les régions et du district de Bamako du MALI (excepté Gao et Kidal) avec une prédominance forte pour Bamako (46,8 %).

Cette étude est une première à Bamako (MALI).

B EPIDEMIOLOGIE

Selon l'âge et le Sexe : la tranche d'âge la plus représentée est celle de 0 – 5 ans (26,13%). Au cours de notre étude, notre population était relativement des enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Cet âge relativement fréquent pourrait s'expliquer par l'immaturité du système immunitaire. Cette survenue a été signalée par d'autres auteurs (1, 2, 3, 14, 15, 25, 22).

Nous avons constatés aussi que les adultes de tranche d'âge 26-35 ans représentaient 19,82%.

Le sex. Ratio H/F était égal à 0,82 en faveur du sexe féminin. Cette prédominance féminine pourrait être expliquée par l'aspect inesthétique des lésions, les incitant à la consultation. Ce résultat est semblable à celui trouvé par SANGARE A et al à Treichville (23).

Selon l'ethnie, la résidence, la profession :

L'ethnie Bambara était la plus représentée (25,2 %). La forte représentativité des Bambara dans notre étude s'explique par la dominance de cette ethnie au Mali.

La plupart de nos malades résidaient à Bamako avec 52 cas. Celle-ci pourrait s'expliquer par la présence de l'unité de dermatologie à Bamako.

Le secteur informel a été le plus représentatif (53,8 %). Cependant le groupe professionnel n'était pas applicable chez 18 de nos patients.

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Selon la période de survenue, la présence d'atopie, l'utilisation d'un moustiquaire :

La période de l'hivernage a été la plus représentée 99cas. Cela s'explique par la présence fréquente des insectes à ce moment précis.

Selon l'atopie :

Dans notre étude, nous avons trouvé 18 cas soit 16,2 % qui présentaient une rhinite.

Selon l'utilisation ou non de moustiquaire : 56,8 % n'utilisaient pas une moustiquaire ; 46,2 % l'utilisaient. Les 56,8% expliqueraient l'importance de l'utilisation d'une moustiquaire.

Selon les antécédents : L'antécédent de zona a été retrouvé chez les cas VIH positifs (22) dans 16 cas.

Ce résultat est témoigné par d'autres auteurs SANGARE A et al, PITCHE P et al.

C – DISCUSSION CLINIQUE

Selon la localisation (siège) : Le prurigo localisé était représenté dans 78 cas.

La localisation profuse a été représentée dans 21 cas soit 18,9 %, qui pourrait être expliquée par l'association de l'infection à VIH(+). Ce résultat est comparable à celui de SANGARE A et Al, PITCHE P et Al.

Selon la nature de la lésion : Au cours de notre étude, nous avons trouvé 53,2 % de seropapules, 33,3 % de papules excoriées.

Ce chiffre 53,2 % montre que le prurigo est l'apanage des enfants. Notre résultat est comparable à celui obtenu par d'autres auteurs (1 ; 5 ; 15 ; 24).

Le chiffre 33,3 % représentait les cas d'associations comme le VIH positif que témoigne PITCHE P et al.

Selon l'association ou non d'une autre pathologie :

Dans notre étude nous avons trouvé : 27 % de sujets VIH 1 positifs ; SANGARE et al ont trouvé 63,4 %

Nous avons eu une prédominance de cas dans la tranche d'âge 26-35 avec 16 cas (53,33%).

D- DISCUSSION THERAPEUTIQUE

Selon le traitement proposé : 64 patients dans notre étude ont reçu un traitement à base d'antiparasitaire topique (crotamiton).

Selon la durée moyenne du traitement : au cours de notre étude la durée moyenne du traitement était 3 mois. Ce temps relativement long exprime l'intérêt que portent les patients à leur traitement d'une part, et aussi le caractère rebelle de certaines lésions d'autre part.

Selon les résultats du traitement : nous avons trouvé 92,8 % de nette amélioration ; 4,5 % d'échec ; 2,7 % de perdu de vue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION

Le prurigo constitue un problème de santé significatif en milieu tropical. Il fait l'objet d'une demande de prise en charge de plus en plus fréquente.

Notre étude avait pour but de déterminer les caractéristiques cliniques du prurigo, le degré de corrélation entre le prurigo et l'infection à VIH, et aussi de rapporter les différentes modalités de prise en charge.

L'étude nous a permis de révéler que :

Il atteint tous les âges ; le sexe féminin prédominant.

Le siège du prurigo peut être localisé ou généralisé.

L'infection à VIH positif est une affection prévalante au cours du prurigo chez l'adulte en milieu tropical. De diagnostic facile, essentiellement clinique, le prurigo doit être connu de tous les praticiens car il constitue le plus souvent une manifestation précoce très utile au dépistage de l'infection à VIH en Afrique, et ceci permettra une meilleure prise en charge des patients infectés.

Des schémas thérapeutiques divers dont les thérapeutiques appliquées peuvent être des outils précieux pour les professionnels de santé de notre pays.

VII- RECOMMANDATIONS :

- Aux autorités sanitaires :

L'ouverture d'un DES de dermatologie au MALI.

La décentralisation de l'activité de la dermatologie par la création dans toutes les régions du MALI

- Aux personnels de santé :

Information, éducation et conseils auprès de la population à risque afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation dermatologie pour prurigo et abandonner les attitudes thérapeutiques néfastes.

- Aux cliniciens dermatologistes :

La formation des agents de santé à la maîtrise de nos schémas thérapeutiques pour la prise en charge adéquate des prurigos.

- A la population :

La protection contre les insectes
Eviter les attitudes néfastes

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-BAZEX A, DUPRE A, et BAZEX D.

Le prurigo strophulus. Rev. Prat.. 1974; 24: 2129-2138.

2- JORIZZO J L, GATTI S, ET SMITH E B.

Prurigo, a clinical review. J Am Acad Dermatol. 1981; 4: 723-728.

3- ROOK A.

Skin diseases caused by arthropods

Text book of dermatology, 4^{ème} éd. Black- well. 1986, II : 1031-1080.

4-LAUTAUD B, PAPE J W, DEHOVITZ J A et Al.

Pruritic skin lesions: a common initial presentation of AIDS, Arch., Dermatol. 1989; 125: 629-632.

5-COLEBUNDERS R, FRANCIS H, MANN J et ALL.

Generalized popular pruritic eruption in African patients with HIV infection, AIDS. 1987; 1: 117-121.

6-PRADINAUD R, SAINTE-MARIE D, STROBEL M, DEGARVE B et ROUL S.

Le prurigo en milieu tropical, importance de son association avec l'infection à VIH Bull. Soc. Path. Ex. 1993 ; 86 : 512- 516.

7- PITCHE P, BAKOUNDE B, TIDJANI O, TCHANGAI-WALLA K.

Le prurigo au cours du SIDA en milieu hospitalier à LOME
Medecine d'Afrique noire .1997 ; 44

[http //www.santetropicale.com](http://www.santetropicale.com) du 14 juin 2007.

8-CAUMES E.

Manifestations dermatologiques de l'infection à VIH en zone tropicale. Cahier santé .1991; 22: 58-61.

9-JORIZZO J, GATTI S, SMITH E B.

Prurigo: A clinical review. J Am Acad Dermatol. 1981; 4: 723-728.

10-YEDEMOM H G, AGO-PADONOU F, ADJIBI A, ZOHOUN I, BIGO A.

Manifestation cutaneo-muqueuses au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). A propos de 25 cas observés au CNHU de COTONOU.

Med D'Afr Noire 1991 ; 38(12) : 807-814.

11-SAURAT JH, E GROSSHANS ; P LAUGIER ; J M LACHAPELLE.

Les prurigos dans dermatologie et maladies sexuellement transmissibles.

3^{ème} édition MASSON II 1999 ; 164- 346- 376 -383- 840- 911- 912- 913.

12- ZAVELETA AT ET MOM AM.

Prurigo de Hebra Ann Dermat and Syph. 1948; 57: 998-1008.

13-JORIZZO J L et COLL, J AM Acad.

Dermatologie : Les Prurigos. 1981 ; 4 :723.

14- DANIEL F.

Les prurits et prurigos généralisés en apparence primitifs dans dictionnaire de dermatologie.

3^{ème} édition Masson II 1990 ; 576.

15-WINKLER M.

Prurigo strophulus, pruritus in handauch der haut und geschlecht de Jadassohn, Berlin. 1927; 6/1: 301-370.

16-VIRABEN R.

Prurigo chronic in Ann. Dermatol Venereol. 1996 ; 123 : 751.

17- REBORA A et COLL,

Dermatology. 1993 ; 6 : 187.

18- TOURAINE R, REVUZ J.

Dermatologie clinique et vénéréologie
Masson II 4^{ème} édition. 94 ; 74 :67.

19- ASO, M, MIYAMATO T, MORIMURA T et Al.

Les prurigos pigmentaires qui ont traité avec minocycline avec succès.
BR J Dermatol. 1989 ; 120 : 705-8.

20- ESTRADA G, GARIBAY-ESCOBAR U N, NUNEZ-VAQUEZ U N.

Les évidences que la thalidomide modifie la réponse immunisée des malades qui souffrent de prurigo actinique.
Int J Dermatol. 2004 ; 43 : 893-897.

21-BERNAL J E, DE DURAN RUEDA M M, ORDONEZ C P, AL de l'ét.

Prurigo actinique parmi les indiens CHIMILA en COLOMBIE : HLA étudié. J Acad Dermatol. 1990 juin; 22: 1049- 5.

22- RUIZ-MALDONADO R et TAMAYO-SANCHEZ L.

Prurigo infantil for insectos Rev Mexican, Pediatra. 1973; 42:741-759.

23-SANGARE A, KACOU D E, YOBOUE P, GBERY I, AKA B, ECRA E, BAMBA V, DJEHA D, KANGA J M.

Aspects épidémiologique et sérologique rétrovirale de 213 cas de prurigo au service de dermatologie du CHU de TREICHVILLE.
[http: // www. Santetropicale. Com/resume/64802.pdf](http://www.Santetropicale.Com/resume/64802.pdf) du 14 juin 2007.

24-PENNEYS N S, NAYER J, BERSTEIN H, KNIHGHT J.

Patients with AIDS and chronic pruritic dermatitis have encreased antibody titers to mostique salivary antigens MSA.
Clin Res. 1988; 36: 683.

25- PARKIN J M, EALES L J, GALZKA A R et AL.

Atopic manifestation in the acquired immunodeficiency syndrome: reponse to recombinant interferon therapy, Br Med J. 1987; 294: 1185-86.

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

Erythème

Nodule

Kystes

TOPOGRAPHIE DES LESIONS

Membres supérieurs

Membres inférieurs

Thorax

Autres

Visage

Surinfection Oui Non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-NFS US

-Glycémie à jeun

-Selle POK

-Biopsie

-Transaminases hépatiques+Gamma GT

- Sérologie B83

TRAITEMENT

Dermocorticoïde Oui

Non

Antiparasitaire Oui

Non

Fiche signalétique

Nom : SISSOKO

Prénom : Gassaga

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Aspects épidémio- cliniques et prise en charge des prurigos dans le service de dermato-vénérologie du CNA M (ex INSTITUT MARCHOUX) Bamako (Mali)

Année universitaire : 2007 /2008

Ville de Soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

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

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé :

Notre travail est une étude transversale à visée descriptive menée dans le service de dermato-vénérologie du CNAM de janvier 2006 à décembre 2006 sur tous les malades consultants pour prurigo.

Au cours de ce travail nous nous sommes proposés de déterminer les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des malades vus pour prurigo ; de décrire les aspects cliniques observés et de rapporter les modalités de prise en charge des cas ainsi que les résultats du traitement.

Nous avons colligé 111 cas de prurigo conformes aux critères d'inclusion.

La saisie faite sur le logiciel Epi info et analysée sur SPSS nous a permis de noter :

une fréquence élevée chez les enfants d'âge scolaire ou préscolaire ;

une prédominance du sexe féminin avec un sex-ratio H/F égal à 0.82 ;

la seropapule a été la lésion élémentaire la plus fréquente.

Aspects épidémiocliniques et prise en charge des prurigos

la localisation des lésions plus fréquente aux membres ;
une fréquence élevée de sujets VIH1 ;
un temps de suivi relativement long allant de 1 à 5 mois et plus avec une moyenne de 2 mois.

Mots clés : prurigo, épidémiologies, cliniques, prise en charge dermatologique.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure

