

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ENMP

Année 1994

N°

**EVALUATION DE LA PREVALENCE
DES MALADIES DE PEAU DANS LA
POPULATION INFANTILE DE LA
REGION DE KOULIKORO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
le Décembre 1994

Par

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

Jury

Président :	Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membres :	Dr. Alain PRUAL Dr Somita KEITA
Directeur :	Dr Antoine MAHE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2^{ème} ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatire
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie

3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr_Saharé FONGORO_	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.N. MOULIN
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISSE	HYDRLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

À feu mes grands parents paternels

Vous avez quitté ce bas monde sans avoir eu la joie de nous connaître. Votre droiture, votre sens de l'honneur et de la dignité nous ont été conté.

Recevez à titre postum ce travail comme la consécration de vos prévisions pour un avenir prometteur de votre descendance.

À mes grands parents maternels

Votre sens de la dignité et de la persévérance dans l'accomplissement de vos tâches nous a toujours inspiré.

Qu'ils reçoivent ici la preuve de mon grand respect.

À mon père

Votre respect de la chose d'autrui, de votre parole donnée et votre goût du devoir bien accompli, vous avez par votre éducation fait de moi la fille que je suis aujourd'hui.

Trouvez dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance pour le sacrifice que vous avez consenti.

À ma mère

Toi qui a dirigé mes premiers pas, toi qui à chaque instant de mon évolution a été présente. Ce travail te revient intégralement.

Que ce travail soit un réconfort et une revanche sur la vie pour toi.

À toute la famille Ousmane DIARRA

Vous avez contribué de façon louable à la réalisation de cette thèse, grâce à votre sens inné de cousinage. Ce travail est à votre honneur.

À mes oncles

Boubacar DIALLO

Daouda DIALLO

Abdoulaye DIALLO

Karim DIARRA

Souleymane DIARRA

Zoumana KONATE

Sékou KONATE

Soumaïla KONATE

A tous ceux dont le nom ne figure pas ici, qu'ils trouvent l'expression de toutes mes considérations.

A mes tantes

A mes frères et sœurs

Que chacun de vous reçoive ce travail comme un facteur d'émulation.

A mes amis (es)

MANGANE, MALINKE, SANGHO, DIARRA, DJIRE, SYLLA, COULIBALY.

A toute la promotion 1994

Particulièrement à **Fanta SANGHO, Fanta COULIBALY, Ouassa SANOGO, Binta TOURE.**

A Docteur **MAIGA** Mohamoud

Votre grande disponibilité pour vos cadets m'a permis de réaliser ce travail.

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance

A tout le personnel de la Dermatologie de l'**Institut Marchoux**, particulièrement **Youssef R. MAIGA, à Siaka SANOGO, à Guimba CAMARA**

A **Lassine KONE** du laboratoire de Marchoux

Aux chauffeurs de Marchoux

Emmanuel KEITA, Ténémakan KEITA, Mady DIALLO et à Abdoulaye DIALLO.

A toute la population de la région de Koulikoro pour sa sympathie et sa disponibilité durant la période de notre enquête.

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

REMERCIEMENTS

Au membres du jury

A notre président du jury

Monsieur le professeur, Sidi Yaya SIMAGA, **Chef de D.E.R** de santé publique, **Directeur de l'E.S.S**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples préoccupations.

Nous avons toujours apprécié la clarté de votre enseignement et vos méthodes pédagogiques à travers vos cours de santé publique

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de tout le respect dû à votre personne

Au Docteur Alain PRUAL

Assistant chef de Clinique en santé publique

En acceptant de siéger à ce jury vous nous donnez encore la preuve de votre grande sagesse, que vous ne cessez de mettre au service de vos étudiants

Vous avez été l'initiateur de notre enquête, mais aussi présent à toutes les phases de la réalisation de ce travail. Si ce travail est une réussite, il vous revient tout entier

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude

Au Docteur Somita KEITA

Assistant Chef de Clinique, chargé de cours de Dermatologie à l'ENMP,
Dermatologue au service de Dermatologie à **Marchoux**

Cher maître,

Je suis honorée de votre appartenance au jury de cette thèse.

Votre dévouement pour une bonne formation de vos étudiants a forcé notre admiration

Permettez nous de vous adresser l'expression de notre vive reconnaissance.

A notre Directeur de thèse le Docteur Antoine MAHÉ

**Spécialiste en Dermatologie, Anatomopathologiste.
Chef d'unité de Dermatologie à l'Institut Marchoux.**

Votre constance, votre persévérance, votre ardeur dans le travail n'ont d'égales que vos grandes qualités d'initiateur

Nous ne saurions taire votre grande disponibilité à aider vos étudiants en mettant à leur profit une culture d'une rare facture

Si ce travail est une réussite, il est la traduction de votre persévérance

Recevez ici le témoignage de toutes mes reconnaissances

A l'UNICEF et au Docteur El Abassi responsable des programmes santé (UNICEF Bamako)

Vous qui avez permis de réaliser ce travail. Si ce travail est une réussite, si nos reconnaissances aboutissaient un jour, ce serait grâce à votre sens de la recherche et de la protection de tous les enfants du monde

Vous nous avez permis de réaliser ce travail sans difficulté financière

Trouvez ici l'expression de notre vive reconnaissance

A tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail

Samba DIOP (Laboratoire de Parasitologie de L'ENMP)

Docteur Christian Boulais (D.E).

Germain (saisie informatique).

Zeinabou A MAIGA (INRSP) pour le sacrifice que vous avez consenti pour la frappe de cette thèse.

A la Direction Nationale de la Santé.

A la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro.

Aux médecins chefs, adjoints, infirmiers, aides soignants, matrones de la région de Koulikoro.

A l'IOTA (Appui Logistique).

A Amadou Ouane et famille.

S O M M A I R E S

I Introduction

II Etat des connaissances : Revue de la littérature

III Etude :

A Objectifs

B Matériels et méthodes

C Résultats

IV Discussion

V Conclusion

VI Recommandations

VII Bibliographie

VIII Annexes

INTRODUCTION

Les "grandes endémies" à expression cutanée (lèpre, bégel, onchocercose, dracunculose...) ont été l'objet de nombreux travaux. A côté de ces pathologies, les maladies de peau courantes constituent dans les pays en voie de développement un motif fréquent de consultations médicales

Selon les sources, les dermatoses courantes représentent le quatrième ou cinquième motif de consultation après les consultations motivées par le paludisme, les affections respiratoires, diarrhéiques et celles motivées par des parasites intestinaux, dans les centres de santé non spécialisés.

La pathologie cutanée est dominée, si l'on se réfère aux motifs de consultations cités dans la littérature (30) par les dermatoses infectieuses notamment la gale, les pyodermites et les dermatophyties. Cette pathologie est particulièrement fréquente chez les enfants. Un retentissement général (complications rénales des streptococcies cutanées provoquées par certaines souches néphritigènes) est possible

On peut donc penser qu'en Afrique, la prévalence des maladies de peau, tout particulièrement chez l'enfant, est élevée. En fait, peu d'éléments de la littérature viennent documenter cette supposition. Quelques rares études, à la méthodologie le plus souvent imparfaite, parfois menées dans des circonstances particulières comme une épidémie de gale (40), ou focalisées sur une seule maladie, (essentiellement les pyodermites) (8) ont été conduites. Du fait de cette méthodologie incorrecte, la plupart de ces études ne peuvent dès lors être considérées comme représentatives. En définitive, la prévalence des maladies de peau au sein de la population générale n'a pas été évaluée de façon satisfaisante dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique. Il s'agit pourtant d'une donnée essentielle pour identifier un problème de santé publique, et définir une stratégie de lutte.

On peut même avancer que l'absence d'étude épidémiologique correcte est une des raisons qui font que les maladies de peau ne sont pas jusqu'à présent reconnues comme étant un réel problème de santé publique. L'absence de létalité de ces maladies constitue sans doute une autre explication de cet état de chose. Pourtant, outre le risque néphrologique des pyodermites, les maladies de peau représentent une réelle nuisance pour les population concernées, ainsi que l'atteste la fréquence des consultations motivées par ces problèmes.

Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence globale des maladies de peau dans la population infantile d'un pays en voie de développement, ainsi que la gravité des dermatoses observées, et les recours thérapeutiques spontanés des familles. Ces données sont en effet essentielles pour identifier la réalité du problème et pour définir une stratégie efficace de leur prise en charge.

**ETAT DES CONNAISSANCES:
REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Epidémiologie des maladies de la peau dans
les pays en voie de développement

Les maladies de peau dans les pays en voie de développement ont 3 origines : les centres de santé non spécialisés, les consultations dermatologiques hospitalières et les études de prévalence dans la population générale

I Les données provenant d'hôpitaux possédant une consultation spécialisée en dermatologie et celles provenant des centres de santé non spécialisés

I Données provenant d'hôpitaux possédant une consultation spécialisée en dermatologie (tableau I)

Nous commencerons par donner un court résumé de chacune des études de ce type.

1 - Une impression de la dermatologie en Ouganda : (53)

Lieu : Hôpital de Kampala (urbain) à la clinique dermatologique spécialisée. De 900 nouveaux cas en 1971, la clinique passa de 4 à 5000 consultations par an (octobre 1971 à octobre 1972) : une analyse de 3097 patients avec 3520 maladies vus pendant la période d'étude a été présentée dont 2100 cas étaient nouveaux

Au cours de cette étude 40 % du total des maladies étaient des infections et des infestations parasitaires

66 cas de syphilis sont vus à la clinique dermatologique de l'hôpital de Kampala alors que au centre des maladies vénériennes, 2300 hommes et 3000 femmes se présentaient par an pour "syphilis".

2 Les maladies de peau en Zambie (30)

Lieu : En 1977 une collecte et une analyse des données recueillies l'année précédente dans le service de dermatologie du CHU de Lusaka. Dans cette étude, seuls les noirs Zambiens sont inclus.

Pendant une période d'étude d'un an (septembre 1977 à septembre 1978), 12610 patients ont été vus dont 7870 de sexe masculin (62,4 %) et 4740 de sexe féminin (37,6 %).

66,2 % des 12610 patients sont des adultes (8343 patients) et 33,8 % sont des enfants (4267 patients).

3 Problèmes de dermatologie tropicale en Ethiopie (56)

Lieu : clinique dermatologique de l'hôpital Princesse Zenebe-Worp à Addis-Ababa

Les auteurs ont constaté de nombreux cas de syphilis qui était la maladie la plus fréquente.

4 Scabioses et pyodermites à Lilongwe, Malawi (20)

Lieu : clinique dermatologique de l'hôpital central de Kamuzu à Lilongwe.

Nombre de patients : 34002 patients dont 15526 enfants (45,7 %) et 18476 adultes (54,3 %)

Un taux d'incidence de 832 cas pour 10000 a été signalé en 1987 au centre du Malawi.

Durée : janvier 1988 à juin 1989 (18 mois)

Le terme de prévalence de la gale (enfants 40,4 % et adultes 31,6 %) utilisé par les auteurs est inadéquat.

Ces taux ne sont que des pourcentages parcequ'on ne peut parler de prévalence que si les données sont recueillies sur un échantillon représentatif de la population, taille convenable et un échantillonnage aléatoire (randomisation).

5 Différentes sortes de maladies cutanées dans la savane guinéenne au Nigéria (16, 55)

Lieu : CHU Amadu Bello du 1er octobre 1973 au 31 mai 1975 (20 mois) CHU de Kaduna de novembre 1973 en août 1974 (10 mois).

Nombre de patients : 8013

Au terme de cette étude un taux de 12 % de gale, 15,5 % de mycose, 3,13 % de pyodermites et 1 % de pédiculose ont été retrouvés.

Ces différents chiffres sont des fréquences relatives.

6 Prévalence des maladies de peau au Rwanda (19)

Lieu : CHU de Butare (urbain) autres cliniques du pays (groupe rural)

Nombre de malades : 2819 dont 861 patients vus au CHU de Butaré et 1958 patients vus dans d'autres cliniques du pays (groupe rural)

Au terme de cette étude un taux de 66,8 % d'infections cutanées, un taux de 29,6 % de maladies parasitaires, 13,3 % de gale ont été observés.

Ces données sont des proportions c'est-à-dire des fréquences relatives.

Le terme de prévalence est ici aussi erroné

Résumé

Dans toutes les études faites en milieu hospitalier dans les structures spécialisées en dermatologie nous retrouvons une proportion importante de consultations motivées par trois étiologies principales : Infections bactériennes, mycosiques et parasitaires (essentiellement la gale).

Les pyodermites

Représentant l'un des principaux motifs de consultation en milieu spécialisé : 20,9 % des malades en Ouganda (1972), 20,3 % en Zambie (1978), 17,5 % au Malawi (1989) Cependant leur fréquence relative est assez faible dans certains pays : Nigéria (3,13 %) ; Ethiopie (6,4 % en milieu hospitalier et 2,7 % en milieu rural)

Les principaux facteurs favorisants soulignés par les auteurs sont : le manque d'hygiène, les fluctuations saisonnières, surtout l'humidité d'où la variation de la fréquence des pathologies cutanées d'un pays à l'autre.

Quand bien même, ces taux ne reflètent pas bien la situation qui prévaut sur le terrain en particulier en milieu rural où les structures spécialisées n'existent pas.

Les ectoparasites : la gale

Principal motif de consultation dermatologique dans certains pays : 35,6 % au Malawi ; 32,2 % en Zambie ; 30,7 % au Rwanda en milieu hospitalier et 29 % en milieu rural
Par contre les taux sont faibles parfois 6,6 % en Ouganda.

Les principaux facteurs favorisant soulignés par les auteurs sont la promiscuité, l'exode, la saison froide

Les pédiculoses du cuir chevelu

Relativement faibles en Afrique : en Ouganda (3,6 %), au Nigéria (1 %)

Les mycoses :

Surtout fréquentes en milieu rural 17,7 % au Rwanda en milieu rural. Ces proportions sont variables en milieu spécialisé : 15,5 % au Nigéria, 3,1 % au Rwanda. Ces données sur les mycoses ne reflètent pas la situation qui prévaut sur le terrain. Les facteurs favorisant sont l'hygiène défectueuse, la promiscuité

Conclusion

Les mycoses et les pédiculoses sont très fréquentes dans la population rurale, mais elles ne motivent une consultation spécialisée que dans de rares cas (surinfection le plus souvent). Il en est de même pour les pédiculoses du cuir chevelu. Ces données hospitalières ne sont pas représentatives du fait de la difficulté d'accès à une consultation spécialisée pour la majeure partie de la population.

2 Dans les centres de santé non spécialisés

Incidence des maladies cutanées en milieu rural en Jamaïque (6)

Lieu : Centre de santé de Cambridge

Nombre de patients : 14179
période d'étude : janvier à décembre 1985

Population cible : population consultant dans le centre de santé

Les maladies de peau représentent 6 % du nombre total des consultations en milieu rural en Jamaïque.

Un taux de 30,5 % de gale, taux de pyodermites de 10,7 %, un taux de mycoses de 11,8 % sont enregistrés

(Le terme d'incidence est ici toutefois erroné car on ne peut parler d'incidence que si la population cible est bien définie et les nouveaux cas seulement pris en compte pendant la période d'étude).

Prévalence des affections dermatologiques dans le district de Bamako (26)

Lieu : huit centres de santé non spécialisés dans trois communes de Bamako :

Commune I : PMI Korofina, ASACOBA, Sikoro.

Commune II : PMI Missira, PMI Niaréla, PMI Centrale.

Commune III : Dispensaire de Bolibana, Dispensaire de Dravéla.

Il s'agit d'une étude sur registres qui a porté sur les consultations pour problème de peau de janvier 1993 à juin 1993

Nombre de consultation pendant cette période

14058 dont 1639 (11,66 %) pour dermatoses

Résultats

On ne peut pas parler de prévalence mais de pourcentage des motifs de consultation. Ce terme est erroné.

Un taux de 8,49 % de gale, 0,42 % de teigne, 23,83 % de pyodermites, 0,3 % pour les molluscum et verrues. La pathologie infectieuse prédomine ici aussi.

Annuaire du Mali

L'annuaire statistique édité par la division épidémiologique du Mali en 1990, attribue 5,67 % du nombre total des consultations déclarées à des maladies de la peau (à l'exclusion des grandes endémies : lèpre, onchocercose, bégel, dracunculose).

L'annuaire statistique édité par la division épidémiologique du Mali en 1991, attribue 6 % du nombre total des consultations déclarées aux maladies de la peau à l'exclusion des grandes endémies ci-dessus citées.

L'annuaire statistique édité par la division épidémiologique du Mali en 1993, attribue 7 % du nombre total des consultations déclarées aux maladies de la peau à l'exclusion des grandes endémies.

Conclusion :

En Jamaïque, en milieu rural, les maladies de la peau représentent 6 % du nombre total des consultations (6).

A Bamako (Mali), les maladies de la peau représentent 11,66 % du nombre total de consultations dans 8 centres de santé (26).

Dans ces structures non spécialisées encore la pathologie infectieuse domine et la gale est l'une des dermatoses les plus fréquentes (30,5 % en milieu rural en Jamaïque, 8,49 % à Bamako). (Eu égard au faible niveau de connaissance de certains agents de santé sur la gale, nous pouvons supposer que la réalité est probablement sous évaluée).

D'après certains auteurs, la pathologie cutanée est la 4ème cause de consultation après les affections digestives, respiratoires et fébriles.

Ces données des centres de santé non spécialisés sont plus représentatives de la situation qui prévaut sur le terrain, mais ne sauraient remplacer une étude de prévalence.

Structures spécialisées en dermatologie Etudes (Réf).	Description Centres et recrutement	Nombre de malades	Dermatoses						
			% CSP Dermato	Gale	Pyod	Ecz.	Myc.	Pédic	Lèpre
Ouganda (71-72)	CS dermatologie Hôpital	3097	-	6,6 %	20,9 %	24,2 %	5,7 %	3,6 %	8,3 %
Zambie (77-78)	"	12610	-	32,2 %	20,3 %	14,7 %	6 %	-	1,1 %
Ethiopie (59-63)	"	6100	-	9,4 %	7,1 %	23 %	7,8 %	-	7,9 %
Malawi (88-89)	"	34002 Enfants Adultes	-	35,6 % 40,4 % 31,6 %	17,5 % 26,0 % 10,4 %	- - -	- - -	- - -	- - -
Nigeria (78)	CS dermatologie Hôpital	8031	-	12 %	3,13 %	-	15 %	1 %	-
Rwanda (80)	CS dermatologie Hôpital-rural	Hôpital : 861 Rural : 1958	-	30,7 %	6,4 %	-	3,1 %	-	-
Structures non spécialisées	Description Centres et Recrutement	Nombre de malades	Dermatoses						
Jamaïque (85)	CSP rural	179	% des malades CSP Dermato	Gale	Pyod	Eczéma	Myc	Pédicule	Lèpre
Mali 1990	CS Déclaration	1214903	6 %	30,5 %	10,7 %	6,1 %	11,8 %	1,6	-
Mali (91)	"	1338690	5,67 %	Inconnu					
Mali (93)	"	-	6 %	Inconnu					
Mali (Bko) 1994	CS non spécialisés	14058	7 %	Inconnu					
			11,66 %	8,48 %	23,83 %	15,4 %	-	-	-

Tableau I : Etudes hospitalières/centres de santé

II Enquêtes de prévalence dans la population générale : Tableau II

1 Enquête épidémiologique des maladies de la peau chez les enfants d'école vivant dans la vallée du Purus Amazonie Brésil)

(7)

L'enquête a été effectuée par une partie du personnel de la chaire de dermatologie et du département de Médecine sociale (Université de São paulo) en 1974-1975

L'étude qui visait à établir la présence des dermatoses chez les écoliers a porté sur 9955 enfants âgés de 6 à 16 ans d'une région tropicale (Vallée du Purus, Etat d'Acre dans l'Amazonie au Brésil) appartenant à des familles de classe moyenne ou pauvre.

Le diagnostic était généralement basé sur les renseignements cliniques qui ont été appuyés quelques rares fois par des examens de laboratoire

Résultats

Environ 90 % des écoliers de Rio Branco présentaient une dermatose. Les dermatoses les plus fréquentes étaient la pédiculose (50 %), les naevi (16,8 %), le pityriasis versicolor (13,2 %) et les pyodermites (12,2 %). L'anné était rare, seulement 2,7 %.

La lepre (qui serait hyperendémique dans la zone concernée) n'affectait que 0,08 % des écoliers examinés.

Le climat, les conditions socio-économiques défavorables semblaient être responsables de la prévalence élevée de certaines dermatoses (pyodermites, scabiose, pédiculose).

Type de sélection

Exhaustif pour les écoliers par contre le très faible taux de scolarisation en milieu rural enlève toute valeur représentative à cette étude uniquement scolaire

2 Une enquête de terrain au Nigéria (34)

L'enquête a été faite par les départements académiques de l'Université d'Ibadan en 1963

Cette étude visait à établir la présence des dermatoses dans la population rurale de sept villages situés dans la zone tropicale forestière humide non loin de la ville d'Ibadan.

L'étude a porté sur 1121 individus de cette zone rurale pour déterminer l'incidence des maladies dermatologiques.

Les dermatoses les plus fréquentes étaient les infections bactériennes (13 %), les affections fongiques (8 %), la gale (0,3 %) et l'eczéma (0,44 %).

Le climat et les conditions socio-économiques étaient des facteurs favorisants.

Mode de sélection

Il y a eu stratification pour les sept villages mais le mode de sélection pour les habitants n'a pas été précisé. En pratique, il a été quasiment exhaustif.

Cette étude paraît au mieux représentative des quelques villages où elle a été conduite et peut difficilement être extrapolée. La sélection des sept villages était en effet arbitraire.

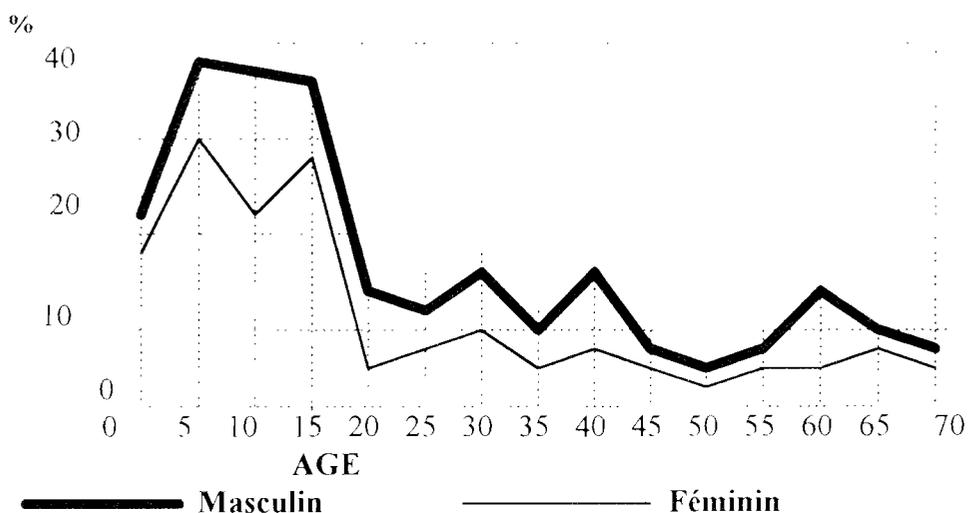
3 Pyodermite endémique au Ghana : une enquête villageoise (8, 9, 2, 3, 27)

L'étude visait à évaluer la prévalence des pyodermites dans les 20 villages sélectionnés par randomisation parmi les 256 villages du "Danfa projet" 95 % des résidents de ces 20 villages ont été examinés (3770 individus).

Des pyodermites ont été diagnostiquées chez 19,4 % des villageois examinés. Le pic est atteint chez les enfants de 5 à 9 ans (graphique). La prévalence de la pyodermite est plus élevée chez les cultivateurs et les fermiers que chez les sédentaires ayant d'autres occupations.

La pyodermite non bulleuse était plus fréquente (72 % des lésions) et contrairement aux autres études les streptocoques qui ne sont pas du groupe A sont prépondérants dans ces lésions (82 % de Streptocoque du groupe G).

Distribution des pyodermites selon l'âge spécifique chez 3770 individus en 1975



Mode de sélection

Une enquête par stratification et sondage aléatoire à plusieurs degrés. Cette étude est correctement menée, mais ne s'est limitée qu'à une dermatose : les pyodermites

4 Infections bactériennes de la peau chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire en Tanzanie côtière

(3, 10, 14, 15, 24, 54)

L'enquête visait à évaluer la prévalence des pyodermites bactériennes (à l'exclusion des pyodermites secondaires à la gale), et celle de la gale dans deux environnements écologiques différents (urbain et rural)

Lieu : ville de Dar-es-salam et 5 villages Ujamaa

Dans l'environnement urbain : 794 nourrissons fréquentants les centres de vaccination dans 5 quartiers différents de la ville 305 enfants de la maternelle dans différentes parties de la ville et enfin 120 enfants fréquentants une école secondaire.

Dans le milieu rural : 483 préscolaires dans l'ensemble des villages et 193 enfants du primaire dans 2 villages. En tout 1855 enfants préscolaires et scolaires (3 mois à 19 ans)

La pyodermite était présente chez 6,9 % des enfants et la gale 16,6 % des enfants.

Le taux le plus bas de pyodermites (3,9 %) a été observé dans la tranche d'âge au dessous d'un an qui suivait la vaccination et le taux le plus élevé (9,4 %) chez les enfants des villages Ujamaa.

Le taux le plus bas de gale (0,75 %) chez les enfants de la maternelle et le taux le plus élevé chez les enfants des villages Ujamaa (31,6 %).

Les principales bactéries isolées dans les cultures étaient le Streptocoque pyogène dans 12,6 % des lésions, Staphylococcus aureus isolé dans 22,9 % des lésions et le Corynebacterium diphtheriae dans 5,3 % des lésions.

Le Staphylococcus aureus était plus fréquent chez la population rurale que chez la population urbaine.

La majorité des lésions hébergeaient des infections mixtes.

Le statut socio-économique, la population animale dans les concessions, le domaine scolaire et aux alentours, la malnutrition et la mauvaise hygiène sont les facteurs favorisants avancés pour ces deux dermatoses.

Type de sélection

- stratification (urbaine-rurale),
- exhaustif au niveau des villages,
- sondage aléatoire simple au niveau des écoles et des centres de vaccination

Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la région en raison de la sélection arbitraire au niveau des villages, et de la sélection représentée par la fréquentation d'un centre de santé ou de l'école.

5 Dermatologie Communautaire et prise en charge des maladies cutanées dans les pays en voie de développement (13)

Lieu : l'Etat de Guerrero (Mexique).

La population cible . 20966 habitants , 7626 questionnaires ont été donnés dans les ménages, 3812 consultations effectuées. L'enquête a été faite dans deux environnements différents (rural et urbain)

Résultats

La gale a un taux plus élevé en milieu rural (15 %) qu'en milieu urbain (11 %) Les pyodermites ont un taux comparable en rural (6 %) et en milieu urbain (7 %) Les mycoses représentaient 5 % en milieu urbain et 4 % en milieu rural

Type de sélection

- pour les sujets, le type de sélection n'a pas été défini

Les résultats ne peuvent pas être extrapolés parce que seuls les patients qui se sont présentés à la consultation ont été examinés.

Cette étude pêche par sa méthodologie qui est mal décrite (questionnaire ? Sur qui ont porté les consultations ?) Y compris dans ses résultats (le terme de "prévalence" n'apparaît pas)

6 Gale et infection streptococcique de la peau au Ghana (1, 55)

Examen de 2 communautés bien définies . une prison de 1063 individus, un village de 3000 habitants.

75 échantillons d'urine ont été prélevés et 290 sujets ont été examinés

Résultats

17, 6 % de la population avait la gale. Elle est la dermatose la plus fréquente. Sur 59 patients examinés, 28 patients avec pustules (11,7 %) ont une culture positive de Streptocoque BETA hémolytique du groupe A Une protéinurie positive a été retrouvée dans 32 % des urines.

Type de sélection

Stratification (ruraux-prisonniers).

Critique

Représentatif du village uniquement et de la prison. Les données sont très anecdotiques

7 Prévalence de la pyodermite streptococcique en relation avec le climat et l'hygiène (37, 54)

Lieu : Colombie

Une étude de prévalence de deux populations différentes : enfants et soldats, dans 4 zones climatiques différentes.

Nombre de patients

1269 enfants et 213 soldats sont étudiés, 199 cas de pyodermites (12,6 %) sont mis en culture.

Le Streptocoque BETA hémolytique est responsable de 82 % des cas de pyodermites

Le Staphylocoque doré responsable de 76 % des pyodermites dans les cultures La région de Bogota a un climat froid avec un taux de 5,2 % de pyodermites sur 518 enfants examinés

La région de Medellin a un climat tempéré avec un taux de 12,2 % de pyodermites sur 411 enfants examinés.

La région d'Apartado a un climat tropical 340 enfants examinés avec un taux de 26,8 % de pyodermites

La prévalence la plus élevée est retrouvée chez les militaires dans la jungle d'Apartado, avec un taux de 38 %

Cette étude montre :

- la relation existant entre pyodermites et humidité Cette affection étant plus fréquente dans un environnement type forêt tropicale humide

- la relation avec l'hygiène.

Type de sélection

Il y a eu une stratification (enfants-soldats), mais le mode de sélection des sujets n'a pas été précisé.

Critique

Malgré le haut intérêt de cette étude, qui montre la relation entre pyodermites, climat et hygiène, les données de prévalence sont difficiles à admettre dans la mesure où les modalités de sélection des sujets n'ont pas été précisées.

Conclusion . toute ces études sont en faveur d'une prévalence élevée des maladies de peau mais en dehors des pyodermites, il n'y a pas d'enquête correcte permettant d'établir clairement cette prévalence

Il nous a semblé intéressant de présenter une étude de prévalence des maladies de peau menée dans un pays occidental (Lambeth, Grande Bretagne) ; d'abord du fait de sa qualité. D'autre part, pour donner une idée des différences dans le type des maladies observées dans cette région par rapport aux pays en voie de développement

8 Maladie de la peau à Lambeth :

Etude de la prévalence et l'utilisation des soins médicaux dans une communauté (31)

Une étude de prévalence faite en 1969 par questionnaires, qui ont été distribués à un échantillon stratifié de 2180 adultes et un sous groupe de 614 personnes, a été réalisée

92 conditions sont identifiées et classées en 13 groupes

Résultats

La prévalence des dermatoses justifiant un soin médical était de 22,5 %, le plus important problème était l'eczéma avec un taux de prévalence de 6,1 %

Les dermatoses sont classées selon trois degrés de sévérité : légère, modérée, sévère.

Le groupe des tumeurs et des naevi avait la prévalence la plus élevée mais 90 % de ces lésions étaient de grade léger.

Les 2/3 des eczémas (68 %) étaient de sévérité modérée, ce qui faisait une prévalence de 61,2 % justifiables de soins médicaux dans ce groupe.

Dans le groupe des prurigos, 38,8 % avaient une sévérité modérée

L'âge, le sexe, la classe sociale avaient une place importante dans certaines dermatoses

Mode de sélection

Il y a eu une stratification puis un sondage aléatoire simple

Critique

Les résultats peuvent être extrapolés à la localité d'où sont issues les strates, et sans doute à une grande partie des pays de développement économique analogue.

Tableau II : Etudes de prévalence

Etudes (Réf)	Population étudiée	Méthodologie	Nombre de patient	Dermatoses						
				Gale	Pyod.	Pédic.	Ecz.	Myc.	Lèpre	
Bésil (74-75)	Scolarisés de 6-16 ans	Exhaustif	9955	3 %	12.2 % ^a	50 %	0.44 %	6.2 %	0.08 %	
Nigéria (63) (Ibadan)	Sept villages	Stratification Exhaustif hbts	1121	0.3 %	13 % ^a	0 %	0 %	8 %	-	
Tanzanie (75)	Scolarisés prescolaire	Stratification Exhaustif Sondage aléat.	1855	16.6 %	6.9 % ^a	-	0 %	-	-	
Colombie (73)	Enfants Soldats	Stratification Exhaustif	1269 213	0 %	5.2 % ^a 12.2 % ^b 26.8 % ^b	-	-	-	-	
Ghana (Belcher 75)	Vingt villages	Stratification Sondage aléatoireX degrés	3770	0 %	19.4 % ^a	-	-	-	-	
Ghana (Mampougng 88)	Prison village	Stratification Sondage aléatoireX degrés	290	0 %	11.7 % ^a	-	-	-	-	
Mexique (Guerrero 92)	Zone rurale zone urbaine	Stratification Sélection sujet ?	3812	15 % 11 %	6 % 8 %	-	3 % 7 %	4 % 5 %	-	
Laubeth (GB 1969)	Communauté urbaine	Sondage aléatoire simple	614				6.1 % ^a	-	-	

RAPPORTS ANECDOTIQUES

A côté de ces études, il nous semble intéressant de rapporter des données plus anecdotiques, rapportées lors d'événements ponctuels épidémiques.

Contrôle communautaire de la gale : Un modèle basé sur l'utilisation de la crème perméthrine (36, 35, 38, 39, 40)

Une étude faite au Panama, sur une île de 756 habitants.

Résultats

245 individus soit 33 % de la population avaient la gale (juillet 1986).

30 % des sujets atteints avaient moins de 10 ans et 13 % des sujets atteints avaient entre 13 et 18 ans.

Un mois après le traitement, il n'y avait que 19 cas de gale (2,5 %).

3 mois après (octobre 1986) 5 cas de gale (0,7 %) une interruption de traitement pendant 3 semaines, la prévalence s'élève à 3,6 % (31 cas) Enfin en mars 1990 la prévalence a atteint 12 %. Cette étude montre de plus la nécessité d'une prise en charge communautaire de la gale. En effet, dans cette étude menée dans l'île Panamienne de 756 habitants, après échec pour contrôler l'épidémie en traitant les cas à la demande, seule une prise en charge communautaire avec traitement de toute la population et surveillance épidémiologique prolongée avec traitement des nouveaux cas ont pu contrôler l'épidémie.

Eradication des grandes épidémies de la gale par une éducation communautaire (11, 18, 35)

Lieu : un village arabe en Galilée occidental (Israël).

Population cible : 3000 habitants

En 5 ans le nombre de cas de gale augmente 22 % dans le village représentant 66 % de toutes les familles.

Cette étude signale de plus les difficultés rencontrées lors des tentatives de traitement de la gale dans la communauté, qui n'a été possible que grâce à l'implication quotidienne d'une équipe de sept personnes en plein temps.

Infections cutanées à Tanna, Vanuatu en 1989 (17)

Lieu : Vanua

18223 individus sont examinés ce qui représente 90 % de la population méridionale de l'île de Tanna à Vanuatu.

On trouve 16 % de gale et 12 % pour les autres affections cutanées (furoncles, abcès, pyodermes, cellulites).

Scabiose épidémique dans 4 îles du Caraïbe, 1981-1988 (32)

Lieu : Centre épidémiologique de caraïbe.

Rapport d'une épidémie de gale à Trinidad et Tobago en 1991 avec une incidence de 1200/100000 habitants.

La gale à Bamako (41)

Dans la thèse de Mr TOUNKARA Cheickna intitulée "Aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques de la gale à *Sarcoptes Scabiei hominis* à Bamako", présentée en janvier 1994 : une prévalence de 4 % de gale sur un total de 1103 écoliers examinés dans trois écoles de Bamako a été observée.

**DERMATOSES LES PLUS FREQUENTES
DANS LES PAYS EN VOIE
DE DEVELOPPEMENT:**

**description des symptômes et des modalités
de prise en charge classiques**

I Pyodermites

1 Description clinique et bactériologique

1-1 Agents causals

- streptocoque,
- staphylocoque

1-2 Pyodermites primitives (44)

1-2-1 Impétigo : c'est la forme la plus superficielle des pyodermites. La lésion initiale est une vésicule sous-cornée remplie de sérosité, de germes et de polynucléaires neutrophiles. Cependant l'impétigo est le plus souvent diagnostiqué aux stades évolutifs secondaires sous forme de lésions vesiculo-pustuleuses bien limitées ultérieurement d'aspect melicerique c'est-à-dire couleur de miel puis croûteux

Il est difficile cliniquement de distinguer impétigo streptococcique et impétigo staphylococcique. Classiquement l'impétigo croûteux peri-orificiel est localisé aux zones péri-orificielles, au cuir chevelu et aux parties découvertes. L'impétigo predomine chez l'enfant de moins de dix ans, surtout en saison estivale dans les milieux d'hygiène précaire. La contagiosité est nette mais s'explique surtout par la promiscuité au sein de la cellule familiale ou des communautés d'enfants.

L'impétigo bulleux staphylococcique, plus fréquent chez le nouveau-ne et le nourrisson, est parfois observé sous forme d'épidémie de crèche ou de maternité (52)

1-2-2 Ecthyma : c'est un impétigo creusant habituellement localisé aux membres inférieurs ; en région tropicale il peut servir de porte d'entrée à d'autres germes pathogènes (*Corynebacterium diphtheriae*, *Treponema pertenue*). Il guérit en laissant des cicatrices dyschromiques mais peut évoluer vers l'ulcération chronique avec "synergie microbienne" comme dans les ulcères tropicaux (43)

Ces ulcérations chroniques de jambe à bord calleux, peuvent en l'absence de traitement, durer des années et dégénérer en épithélioma spino-cellulaire.

1-2-3 Pyodermites végétantes : impétigo et ecthyma, sous l'effet de la macération peuvent prendre un aspect papulo-erosif comme dans les dermites fessières ou franchement végétant et papillomateux.

1-2-4 Erysipèle : l'érysipèle est une cellulite aiguë streptococcique, localisé au niveau du visage et au niveau d'un membre, la jambe le plus souvent (44) :

L'érysipèle du visage : un tableau stéréotypé début brutal, fièvre élevée, frissons, malaise intense puis apparition d'une plaque douloureuse, rouge vif, infiltrée, chaude, limitée par un bourrelet saillant à extension centrifuge, caractéristique, à surface lisse ou parsemée de vésicules. L'adénopathie régionale est douloureuse. Cet aspect permet de le distinguer d'un eczéma vésiculo-oedémateux ou d'une staphylococcie maligne.

La pénicilline G ou V, l'érythromycine entraînent une défervescence très rapide de la fièvre et une disparition du placard.

L'érysipèle de jambe : est plus fréquent, il peut être apparemment primitif avec la même symptomatologie mais sans bourrelet net. Les récurrences ne sont pas rares. Le traitement antibiotique doit être précoce.

1-2-5 Le charbon : est dû à un bacille en spores. La contamination directe par l'animal est exceptionnelle, mais se fait par manipulation d'os, de bois et de déchets. Il réalise la pustule maligne : papule s'élargissant rapidement devenant oedémateuse avec une bulle centrale, fréquemment hémorragique entourée d'oedème et accompagnée d'adénopathie. Les formes systémiques sont exceptionnelles. La pénicillinothérapie ou les tétracyclines sont très actives (43).

1-3 Pyodermites secondaires : impétiginisation

1-3-1 Eczéma surinfecté

On emploie parfois le terme d'eczéma impétiginisé. Le suintement perd son caractère séreux : il devient louche puis purulent.

Les placards d'eczéma se recouvrent de croûtes épaisses jaunâtres. Dans certains de ces cas, l'eczéma s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire lymphatique afférent, parfois de poussées fébriles. De temps à autre, la surinfection est tellement marquée qu'elle masque l'eczéma sous-jacent.

1-3-2 Gale impétiginisée

Des lésions croûteuses, pustuleuses ou pustulo-bulleuses peuvent être observées. Elles s'accompagnent habituellement d'adénopathies volumineuses dans les aires ganglionnaires palpables voisines.

Cet impétigo alerte par le fait :
- qu'il est prurigineux,
- rare chez l'adulte.

Tout impétigo chez l'adulte doit être à priori considéré comme une gale impétiginisée jusqu'à preuve de contraire. Chez l'enfant l'atteinte pustuleuse palmo-plantaire est évocatrice de gale.

1-3-3 Molluscum surinfecté

Lésions douloureuses excoriées et suintantes.

1-3-4 Plaies surinfectées

Une plaie non soignée ou mal soignée peut s'impétiginiser. C'est une situation extrêmement fréquente.

1-4 Complications (44)

1-4-1 Liées au Streptococcus pyogenes

La plus importante, actuellement rare en Europe, est la glomérulonéphrite aiguë post streptococcique qui survient en règle trois semaines après l'impétigo. Les souches néphritigènes, isolées dans les zones endémiques subtropicales, appartiennent aux types M49,55 et 57. On ne craint classiquement pas de rhumatisme articulaire aigu dans les suites de streptococcies cutanées.

Les ASLO n'augmentent qu'inconstamment dans les streptococcies cutanées. L'anti-DNASE B est le marqueur de choix des streptococcies cutanées.

Le risque néphritique des infections streptococciques existe également en cas d'impétiginisation, en particulier après une gale (Witlle Zaria-Nigeria).

Cependant, ce risque est en pratique faible : seul 3 % des patients infectés par un Streptocoque néphritigène développeront une GNA (glomerulo-néphrite aiguë). De plus, de nombreux streptocoques A ne sont pas néphritigènes, et de nombreuses pyodermites ne sont pas dues à des streptocoques A (Belcher).

1-4-2 Liées à Staphylococcus aureus :

* Les complications septico-pyohémiques sont dominées par les portes d'entrée iatrogéniques. Cependant, la classique staphylococcie maligne de la face constituée à partir d'un furoncle manipulé demeure une urgence. C'est une septicémie par thrombophlébite suppurée se drainant vers le sinus caverneux. Elle est caractérisée par un œdème rouge vineux sans bourrelet périphériques du visage avec frissons, fièvre et altération intense de l'état général.

* Complications d'origine toxinique : les staphylococcies exfoliantes, dont la terminologie encore confuse mériterait d'être normalisée, réalisent des tableaux cliniques s'échelonnant de l'impétigo bulleux profus au "syndrome d'épidermolyse staphylococcique aiguë" du nouveau-né.

1-5 Traitement des pyodermites

1-5-1 Impétigo

Sauf dans l'impétigo minime le traitement comporte classiquement :

- antibiothérapie générale : pénicilline V par os (oracilline) 2 à 4 millions/jour pendant 7 jours, ou Erythromycine 0,50g à 2g/jour pendant 7 jours ;

- traitement local antiseptiques actifs : chlorhexidine*, halogènes (Betadine*), hexamidine (hexomédine*), solution aqueuse de nitrate d'argent à 0,5 % Bain permanganaté de potasse à 1/10000 (1g pour 10 litres).

- pommade antibiotique : auréomycine peut-être prescrite au début

1-5-2 Erysipèle :

Antibiothérapie antistreptococcique :

Pénicilline G : 20 millions/jour en perfusion pendant 4 jours

Pénicilline V per os (oracilline) 4 millions par jour, poursuivie 10 jours après la chute thermique ou macrolide de type érythromycine (2g par jour)

II La gale (4)

Comme depuis l'antiquité la gale et son agent responsable Sarcoptes scabiei, variété hominis, ne sont décrits et étudiés qu'à partir du XVII^e siècle

1 Le parasite

1-1 L'animal

C'est un acarien du nom de Sarcoptes Scabiei hominis. Parasite strict de l'homme qui vit dans l'épiderme superficiel.

C'est un parasite blanchâtre, hémisphérique morphologiquement indistinguable des autres races de cette espèce largement répandue. Le mâle mesure 0,2 à 1,5mm la femelle 0,4 à 0,3mm. Son corps est marqué de sillons transversaux, sa surface dorsale recouverte d'épines et de poils marron, le nombre de pattes est de 4

La femelle a un rôle capital dans l'infestation parasitaire. Elle creuse dans le stratum cornéum, des sillons sinueux longs d'environ 2mm chaque jour, dans lesquels elle pond 2 à 3 oeufs pour aboutir à un total de 10 à 25. Puis elle meurt ensuite dans le sillon.

3 à 4 jours après la ponte, des larves pourvues de 6 pattes sortent des oeufs et vont jusqu'à la surface cutanée où elles forment de petites poches très superficielles au niveau de la couche cornée. Les larves sont fragiles, seules 10 % d'entre elles arrivent à maturité. Elles subissent 3 mues avant de devenir adultes en 14 à 22 jours suivant le sexe.

La copulation a lieu alors dans les poches, où de là, la femelle fécondée, creusera ses sillons ; les mâles meurent alors rapidement.

1-1-1 Où se loge t-il ?

Le sarcopte se retrouve préférentiellement dans les zones où la peau est glabre.

La distribution de la population acarienne n'est pas influencée par le site initial de l'inoculation . 85 % de la population se retrouve au niveau des mains, 30 % au niveau des coudes, des pieds, des poignets et du pénis.

En revanche, certaines localisations cutanées diffèrent suivant l'âge et le sexe de l'hôte. Chez les femmes, les acariens préfèrent les paumes des mains et les aréoles mammaires. Chez l'enfant ce sont les paumes et les plantes.

1-2 Combien de parasites ?

En moyenne 10 à 11, alors que dans la gale norvégienne la densité au mm carré est extrêmement élevée.

Lors d'une première infestation le nombre d'acariens s'élève en 2 à 3 mois, pour diminuer sensiblement ensuite chez une personne recolonisée qui aurait d'une gale, le nombre d'acariens serait de 2 à 3.

2 Transmission

Elle est en majeure partie directe lors des contacts familiaux étroits. La contamination indirecte par les draps, les vêtements est infime.

En dehors de l'être humain l'acarien ne peut pas vivre plus de 48 heures.

Il meurt à 55 degrés en 10 minutes et s'immobilise à 20 degrés.

3 Epidémiologie

La gale évolue par épidémies dont la périodicité n'est pas encore parfaitement comprise.

Certes, les mauvaises conditions d'hygiène, les guerres, les collectivités, la surpopulation, l'émigration sont des facteurs favorisants. Il est intéressant de noter qu'il existe une certaine recrudescence saisonnière et que l'épidémiologie de la gale à l'heure actuelle est proche de celle des maladies vénériennes c'est la raison pour laquelle on fera théoriquement pratiquer chez un malade porteur de gale une réaction de bordet Wassermann. Mais la recrudescence actuelle ne peut s'expliquer par ces simples faits.

4 Signes d'appel :

Le Prurit : Toujours le premier signe d'appel qui motive la consultation. Il est important, tenace, à recrudescence nocturne, empêchant le sommeil, mais il peut être permanent.

Il débute habituellement deux semaines ou plus longtemps après

l'infestation, plus tôt dans les récurrences. Il siège aux zones d'élection mais est plus volontiers diffus, respectant le visage et le cuir chevelu. Plusieurs membres d'une même famille présentent ce même symptôme ce qui permet d'orienter franchement le diagnostic.

Lésions spécifiques sont les vésicules, les sillons et les nodules scabieux.

Toutes les autres lésions cutanées ne sont que la conséquence du grattage, de la surinfection ou d'une eczématisation. Elles doivent être recherchées dans les zones de prédilection qui sont l'objet d'un examen attentif. Dans les deux sexes ce sont les faces dorsales des espaces interdigitaux, les faces antérieures des poignets, les emmanchures antérieures des aisselles, la région péri-ombilicale et les plis sous-fessiers ; chez l'homme la verge, chez la femme les aréoles mammaires.

4-1 Les sillons sont caractéristiques

Ce sont de fins trajets sinueux de 5-15mm de long, grisâtres ou couleur de la peau normale légèrement en relief. Ils se terminent à l'une de leur extrémité par un petit renflement translucide qui contient l'acarien. Ces sillons sont observés au niveau des paumes et des plantes et sur les faces latérales des doigts. Mais on peut les voir aussi sur tout le corps, ils sont rares sur peau noire.

4-2 Les vésicules perlées

Siègent sur les faces internes des doigts ou dans les espaces interdigitaux. De 1 à 3mm de diamètre, elles sont saillantes, translucides.

4-3 Nodules scabieux

Ce sont des nodules de 1/2 centimètre de diamètre, infiltrés, marron, brun ou violacés, parfois eczématisés. Ils siègent avec prédilection au niveau des creux axillaires, du scrotum, de l'abdomen, du périnée, du pénis et de l'ombilic.

Dans ces endroits ils sont les plus nombreux mais on peut les retrouver sur tout le corps. Ils sont volontiers prurigineux et persistent plusieurs semaines ou mois après le traitement. L'histologie, montrerait un infiltrat lympho-histiocytaire, un épiderme hyperplasique. Ils contiennent parfois des débris acariens et ne sont en fait qu'une réaction cutanée vis à vis d'un corps étranger.

5 Les lésions secondaires

- lésions de prurigo : éléments papuleux ou papulo-vésiculeux ;
- lésions d'eczéma parfois secondaires au grattage. Elles sont fréquentes chez la femme autour des aréoles mammaires et chez les enfants. Rarement vésiculaire, cet eczéma se présente le plus souvent sous la forme de petites croûtes (vésicules excoriées) reposant sur une peau sèche érythémateuse ;
- lésions impétiginisées, des lésions croûteuses pustuleuses ou pustulo-bulleuses peuvent être observées. Elles s'accompagnent habituellement d'adénopathies volumineuses dans les aires ganglionnaires palpables voisines

Cet impétigo alerte par le fait :

- qu'il est prurigineux,
- et rare chez l'adulte.

Tout impétigo chez l'adulte doit être à priori considéré comme une gale impétiginisée jusqu'à preuve de contraire. Chez l'enfant l'atteinte pustuleuse palmo-plantaire est évocatrice de gale.

6 Formes cliniques

6-1 Gale de l'enfant et du nourrisson

Lésions spécifiques sur le tronc et les membres, éléments papulo-pustuleux sur les paumes et les plantes, nodules scabieux sur le périnée, les aisselles et le scrotum

La gale de l'enfant revêt volontiers l'aspect d'un impetigo ou d'un Eczéma atopique. L'atteinte du visage a pu être observée de même que celle des oreilles

6-2 La gale sans lésion cutanée

Elle s'observe au début de la contamination et chez les gens ayant une hygiène soignée on devra y penser devant tout prurit à recrudescence nocturne, surtout s'il existe un contexte familial.

6-3 La gale norvégienne

Variante rare de l'infestation à Sarcoptes scabiei. Elle survient chez les retardés mentaux (en particulier les mongoliens) et chez les lépreux atteints de lèpre lépromateuse, chez les sujets présentant une immuno-dépression importante, cliniquement il y a un prurit inconstant mais il peut être féroce. On observe des lésions croûteuses et hyperkeratosiques fissuraires des paumes, des plantes et des zones de pressions (coude, genou, fesses, cuir chevelu, oreilles). Les ongles sont épaissis et décolorés par accumulation de débris sous l'ongle.

Des lésions érythémateuses ou squamo-croûteuses peuvent se voir sur le visage, le cou, le cuir chevelu, le tronc. Elles peuvent se généraliser réalisant un tableau d'érythrodermie avec de grandes plaques squamo-croûteuses. De grosses adénopathies palpables.

Une éosinophilie sanguine est quasiment constante. Le nombre d'acariens dans la gale norvégienne est extrêmement élevé. Alors que dans la gale normale la moyenne est d'environ 10 à 11 acares, dans la gale norvégienne on l'estime à plusieurs millions.

Elle est extrêmement contagieuse. Ceci permet parfois de faire un diagnostic rétrospectif, lorsque médecins et infirmiers d'un même service sont tous atteints d'une gale après avoir examiné un même malade.

7 Comment faire le diagnostic d'une gale ?

La découverte d'un sillon chez un sujet qui souffre de prurit à recrudescence nocturne suffit à affirmer le diagnostic et l'extraction de l'acarien par une petite

aiguille peut en faire la preuve si besoin. Trois éléments permettent en fait de faire le diagnostic d'une gale. C'est surtout dans les formes frustres, débutantes qu'ils prennent tout leur intérêt.

7-1 Contact

La transmission de la gale se fait le plus souvent la nuit. La découverte d'un prurit dans l'entourage proche du malade ou chez la famille est un argument diagnostique important.

7-2 L'examen au microscope

des squames ou de l'extrémité d'un sillon permet de voir et d'observer l'acarien. En pratique, ce test est peu utilisé.

7-3 Test thérapeutique

Le traitement entraîne un soulagement du prurit dans les heures qui suivent son application. La gale étant une des causes les plus fréquentes du prurit récent, il ne faut pas hésiter à pratiquer un traitement anti-scabieux bien conduit devant un prurit qui reste sans étiologie.

8 Traitement

Le traitement du patient et de l'entourage intime est fait par le benzoate de benzyle (Ascabiol*) ou une solution de DDT à 6 % (Benzochloryl*) selon la méthode suivante.

Toutes les personnes vivant sous le même toit doivent être traitées simultanément.

- faire une toilette avec eau et savon ;
- puis appliquer sur tout le corps, à l'exception de la tête, Ascabiol, en insistant sur les régions qui démangent le plus.

- laisser le produit en place pendant :
 - 24 H chez les adultes et les enfants de plus de 2 ans ;
 - 12 H chez les enfants de moins de 2 ans.
- en cas d'impétiginisation importante, le traitement de celle-ci doit précéder celui de la scabiose .

- le linge porté dans les trois précédents le traitement et la literie doivent être saupoudrés d'APHTIRA pendant 24 H.

9 La gale : particularité chez l'Africain (48)

Les lésions consistent essentiellement en papules prurigineuses. Dans beaucoup de cas chroniques, il n'est pas facile, chez l'Africain, de déceler un sillon typique.

On remarque également des vésicules (espaces interdigitaux) et une infection bactérienne secondaire

Chez le sujet vivant dans les mauvaises conditions d'hygiène, des croûtes et une lichenification généralisée constituent des lésions secondaires

III Infections à dermatophytes (28, 42)

I Dermatophytie : définition

Ce sont des affections dermatologiques de l'homme dues à des champignons : les dermatophytes, filamenteux, keratinophiles se développant dans la couche cornée de l'épiderme et dans les phanères.

Ces champignons n'ont aucune affinité pour les muqueuses et les tissus profonds

2 Agents pathogènes . trois genres .

- Epidermophyton qui n'attaque jamais les cheveux et les poils.
- Microsporum attaque la peau, les cheveux et les poils.
- Trichophyton attaque la peau, les ongles, les poils et les cheveux

3 Epidémiologie

Les dermatophytes sont répartis en 3 groupes :

- Anthropophiles,
 - Anthro-Zoophiles,
 - Géophiles.
- les espèces anthropophiles, parasites humains exclusifs, se transmettent soit directement par contact interhumain, soit indirectement par le linge, les vêtements, les sols de salles d'eau, des piscines, des plages. Parmi ces espèces on retrouve : Microsporum audouinii, Trichophyton rubrum, T. interdigitale, T. violaceum, T. schoenleini, E. floccosum, T. rubrum est l'espèce la plus fréquemment rencontrée ;
- les espèces anthro-zoophiles se transmettent à l'homme par le contact d'un animal contaminé. Microsporum canis transmis généralement par le chat est l'espèce 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 rencontre chez les ruraux et les vétérinaires ;
- les espèces géophiles se trouvent sur le sol, exemple : Microsporum gypseum.

4 Teignes

Ce sont des lésions correspondant à l'attaque des cheveux ou des poils par les dermatophytes

4-1 Teignes tondantes sèches

La présence du dermatophyte dans les cheveux provoque des plaques d'alopécie par rupture des cheveux parasités, le bulbe n'étant pas attaqué. Les cheveux sont cassés courts à quelques millimètres du cuir chevelu.

Ces teignes s'observent chez les enfants d'âge scolaire entre 4 et 12 ans

Deux variétés de teignes tondantes :

4-1-1 Teignes tondantes sèches microsporiques

- Microsporum canis est l'espèce la plus fréquemment isolée ,

- Microsporum ferrugineum : espèce d'Extrême Orient, ces teignes réalisent des plaques au niveau du cuir chevelu, de grande taille (4 à 7 cm), peu nombreuses (1 à 4) de forme arrondie avec une surface "sale" recouvertes de squames grisâtres. La plaque est hérissée de cheveux cassés courts, mais encore visibles.

L'examen à la lumière de Wood révèle le plus souvent une fluorescence intense

Les teignes microsporiques d'origine animale prennent souvent un aspect inflammatoire.

La dissémination à la peau glabre est fréquente sous forme d'herpès circiné. La barbe est également atteinte.

L'examen microscopique permet d'observer le type microsporique. L'intérieur du cheveu contient des filaments mycéliens et l'extérieur du cheveu est entouré d'une gaine continue de petites spores de 2 microns de diamètre, en chaînettes indissociables.

4-1-2 Teignes tondantes sèches trichophytiques

Très contagieuses, elles sont dues à divers espèces de Trichophyton. T. violaceum et T. soudanense. Ces teignes diffèrent des teignes tondantes microsporiques par le nombre de plaques beaucoup plus nombreuses, beaucoup plus petites (5 millimètres de diamètre). Le cheveu est cassé bien court au ras du cuir chevelu, à peine visible, englué dans de nombreuses squames qui le masquent. L'examen à la lumière de Wood ne montre pas de fluorescence. Dans certains cas ces teignent ne guérissent pas à la puberté. Des lésions de la peau glabre peuvent coexister avec des teignes.

Le parasitisme pileaire est de type endothrix, seul l'intérieur du cheveu est parasité. De très nombreux filaments mycéliens, souvent dissociés en arthrospores, de 4 microns de diamètre remplissent la totalité du cheveu.

4-2 Teignes faviques

Dues à Trichophyton schonleini, strictement anthrophile se rencontrent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Cet agent est cosmopolite, très fréquent en Afrique du Nord.

La teigne favique ou favus est caractérisée par la formation d'un godet favique, localisé à la base du cheveu dans l'orifice folliculaire. Le favus débute par une tache érythémato-squameuse du cuir chevelu, de forme circinée. C'est après des mois d'évolution que l'on peut observer des lésions déjà étendues, se traduisant par des plaques croûteuses d'où sortent des cheveux ternes et grisâtres. Ces lésions siègent sur le vertex et les régions fronto-parietales.

Elles sont formées de multiples godets faviques de quelques millimètres de diamètre. Ils sont centrés par un cheveu, de couleur jaune soufre, friable, d'odeur fétide reposant sur l'épiderme déprimé inflammatoire.

Les cheveux ne sont pas cassés mais rarefiés. Leur teinte grisâtre et terne. Ils sont éliminés au fur et à mesure de l'évolution de la teigne avec formation d'une alopecie cicatricielle définitive. La chute des cheveux est due aux filaments mycéliens qui forment un bourrelet dans le pourtour épidermique du follicule, réfoulant en profondeur la portion non cornée de l'épiderme ce qui constitue le godet. Celui-ci entraîne l'expulsion du bulbe pileux et une chute définitive des cheveux.

Le favus n'a aucune tendance à guérir à la puberté. Il ne guérit jamais spontanément sans traitement. Il est favorisé par le manque d'hygiène. Il est à l'origine d'une alopecie définitive.

La lumière de Wood montre une fluorescence verdâtre des cheveux et des godets.

Le parasitisme pileaire est de type favique. A l'intérieur du cheveu, on observe d'assez nombreux filaments mycéliens, polymorphes, ne remplissant pas le cheveu.

4-3 Teignes suppurées

Elle se rencontrent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Les dermatophytes habituellement responsables sont des champignons zoophiles : Trichophyton mentagrophytes, T. ochraceum (ou T. verrucosum). Ces teignes suppurées sont appelées kériens de Celse, elles débutent par une plaque érythémato-squameuse circulaire. Le kérien réalise un macaron inflammatoire surélevé de quelques centimètres de diamètre, bien limité, les orifices folliculaires sont dilatés et purulents. Ceci entraîne une chute du cheveu momentanée. Au bout de quelques temps, la suppuration se tarit, les signes d'inflammation s'amenuisent et cette amélioration clinique s'accompagne d'une repousse des poils et des cheveux. Ces kériens ne sont ni douloureux ni fébriles. Ils ne s'accompagnent pas d'adénopathies. Ils peuvent siéger sur le cuir chevelu mais aussi sur toutes autres zones pileuses (particulièrement la barbe, la moustache).

L'examen à la lumière de Wood ne montre pas de fluorescence

Le parasitisme pileaire par T. mentagrophytes ou par T. ochraceum est ecto-endothrix, mais individualisé en 2 types :

- microïde dû à T. mentagrophytes : on observe des filaments mycéliens peu nombreux à l'intérieur du cheveu et des chaînettes de spores de 2 microns de diamètre à la surface .

- megaspore dû à T. ochraceum : les spores sont grosses (5 à 6 microns)

5 Intertrigos interdigitaux plantaires

Lésions très fréquentes de l'adulte, rares chez l'enfant avant la puberté. Débutant au 4ème espace interorteil, la lésion est souvent limitée à une légère desquamation de débris épithéliaux plus ou moins macérées. Souvent méconnue parcequ'elle n'entraîne aucune manifestation pathologique. elle peut s'étendre sur le dos, du pied de façon arciforme. Dans d'autres cas tous les espaces interdigitaux sont touchés et ont un aspect suintant comme dans les intertrigo candidosiques

Les agents responsables sont : T. rubrum et T. interdigitale

La transmission est indirecte par les sols souillés

6 TRAITEMENT DES DERMATOPHYTOSES

La griséofulvine (Griseofuline*, Fuleine*, Biogrisin*) est l'antibiotique fongistatique spécifique des dermatophytes. Il est indispensable dans toutes les teignes du cuir chevelu et des ongles chez l'adulte la dose quotidienne est e 500mg à 1g en deux prises pendant les repas chez l'enfant, c'est la demi-dose

La durée du traitement dépend de la localisation

- la peau glabre et plis inguinaux 2 semaines,
- paumes et plantes 2 à 4 semaines :

- teigne : 4 à 6 semaines,
- ongles : 3 à 12 mois.

Le ketoconazole peros apparaît intéressant dans les formes diffuses et les localisations ungueales.

Un traitement minute par 1g de griséofulvine a été proposé pour des traitement de masse, son efficacité n'a jamais été évaluée (Shrank)

Traitement local : est suffisant pour les dermatophyties très superficielles.

Dérivés de l'imidazole éconazole (pevaryl*), miconazole (daktarin*) en crème ou en lotion

7 Dermatophyties particularité en Afrique (52)

7-1 Teigne du cuir chevelu

la teigne du cuir chevelu est très courante dans la plupart des pays d'Afrique. Les principales espèces de dermatophytes impliquées sont : Trichophyton violaceum et Microsporum ferrugineum en Afrique Orientale, T. soudanense et Microsporum adouini en Afrique occidentale

Le favus est fréquent dans la plupart des pays arabes, et on le trouve aussi au sud du Sahara, jusqu'au 10^e parallèle nord.

Absent dans les régions équatoriales, il réapparaît des le 10^e parallèle sud, notamment au Botswana et au Namibie (Sud-Ouest Africain).

(Réf. : Verhagen A.R. Dermatoses chez l'Afrique partie V.)

IV Pédiculoses du cuir chevelu (5, 45)

1 Le parasite Pédiculus capitis

La femelle est un insecte grisâtre de 1 à 3mm de long , le mâle est légèrement plus petit. Il possède 3 paires de pattes qui permettent au parasite de s'agripper aux cheveux ; leur abdomen est long, formé de 8 segments Ces mâles et ces femelles sont hémato-phages. Ils injectent leur salive en même temps qu'ils se nourrissent 2 à 3 fois par jour.

Privés de leur repas, ils ne tardent pas à mourir. La femelle vit environ 1 mois. Elle pond une dizaine d'oeufs par jour, qu'elle dépose dans de petits sacs blanchâtres à parois polysaccharidiques : les lentes. Les oeufs éclosent en 8 jours, les nymphes ne deviendront adultes qu'après avoir subi 3 mues en 18 jours.

2 Pédiculose du cuir chevelu

C'est la plus fréquente des péculoses à l'heure actuelle. Elle est largement répandue dans le monde. Elle se voit le plus souvent chez les enfants d'âge scolaire et tend à diminuer au cours de l'adolescence. Mais aucun âge n'est épargné. Les poux sont confinés au niveau du cuir chevelu, mais ils peuvent parfois envahir la barbe et exceptionnellement les autres régions pileuses.

Leur nombre est habituellement faible, voisin de 10 (60 %), rarement supérieur à 100 (2 à 5 %) exceptionnellement supérieur à 1000. Leur siège préférentiel est surtout la région occipitale et retroauriculaire

3 Transmission

La transmission de la maladie d'un enfant à l'autre est favorisée par les brosses, les peignes, les échanges de chapeau. Le port de cheveux longs et l'absence de lavages fréquents sont autant de facteurs favorisant. Le prurit est le symptôme essentiel. Il prédomine au niveau de la nuque et sur le cuir chevelu. Un examen attentif pourrait retrouver à ce niveau des lésions urticariennes provoquées par les piqûres

4 Clinique

En l'absence de traitement, la persistance du prurit favorise les lésions de grattage qui sont source de surinfections. On observe alors des lésions croûteuses, suintantes, jaunâtres, meliceriques, associées à la présence d'adénopathies spinales et occipitales. Ces lésions prédominent au niveau de la nuque et au niveau du pourtour du cuir chevelu. Il n'est pas rare cependant de les observer sur la partie supérieure du dos. Si l'infection persiste et en l'absence de traitement les cheveux s'agglutinent entre eux, réalisant une sorte de calotte épaisse, d'odeur fétide : la plique

5 Comment faire le diagnostic ?

C'est surtout la découverte des lentes qui permet le diagnostic. Ce sont de petits sacs blanchâtres, translucides, adhérant fortement aux cheveux, sur lesquels, ils ne peuvent coulisser, ce qui permet d'ailleurs de les différencier des pellicules qui se détachent facilement en soufflant sur le cheveu

Ces lentes ont encore mieux vues à la loupe et mieux identifiées à la lampe de Wood sous laquelle les capsules sont très facilement reconnaissables.

Tout prurit du cuir chevelu doit faire rechercher systématiquement la présence de lentes. Tout impétigo du cuir chevelu doit faire rechercher systématiquement une pédiculage du cuir chevelu sous-jacent. En cas de doute, il faut faire un traitement, même en l'absence de lésion visible.

Aucune étude n'a été faite sur les pédiculoses en particulier chez l'africain, on estime parfois (à tort) que les poux seraient plus rares sur cheveux crépus.

6 Traitements des poux

- DDT en poudre, hexachlorocyclohexane ou lindane (Aphitiria*, Eulentol*) : deux applications nocturnes à 8 jours d'intervalle ;

- eau vinaigrée (répétée sur le cuir chevelu) avec peignage au peigne fin est indispensable pour éliminer les lentes ;

- le traitement du groupe est indispensable.

V Prurigo (51)

Ce terme est très utilisé mais assez mal défini. La papule de prurigo est érythémateuse, parfois surmontée d'une vésicule, en général celle-ci est excoriée. Les lésions sont très prurigineuses, elles sont situées le plus souvent sur les membres ou sur le tronc.

La cause principale est "parasitaire", une forme particulière est le prurigo strophulus qui évolue par poussées chez des enfants de deux à sept ans ; les lésions sont la conséquence d'une hypersensibilité retardée à la salive des parasites.

1 Prurigo parasitaire

Le prurigo est constitué de papules surmontées d'une très petite vésicule ou plus souvent excoriées. Il existe chez l'enfant des prurigos chroniques dont l'étiologie est souvent difficile à affirmer ; dans l'enfance la majorité des prurigos est de cause parasitaire, ils sont dus à la piqûre d'insectes ou d'arthropodes.

2 Prurigo strophulus

Survient vers l'âge de 5-6 ans. Les papulo-vésicules sont réparties à la face antérieure des jambes, elles sont parfois beaucoup plus diffuses atteignant, les cuisses, l'abdomen voire le thorax et les membres supérieurs ; elles peuvent prendre un aspect urticarien ou bien vésiculeux et même bulleux. Une surinfection peut survenir favorisée par le grattage.

La cause n'est pas alimentaire mais elle est la conséquence d'une piqûre par des parasites de l'environnement (insectes ou acariens).

Des lésions de même type mais des localisations différentes (visage, tronc, membres) et de plus grande taille peuvent survenir à la suite de piqûres par différents arthropodes (puce, moustique).

Quand un animal (chien en particulier) vit auprès de l'enfant il est difficile de faire accepter aux parents l'idée que cet animal est porteur de parasites.

Le traitement essentiel consiste à éviter au maximum le contact de l'enfant avec les parasites (moustiquaire). Les lésions si elles sont prurigineuses sont traitées par une topique corticoïde.

3 Traitement :

- pommade au crotamiton (Eurax*),
- corticoïdes locaux,
- antihistaminique peros,
- déparasitage systématique avec les antihelminthiques

4 Prurigo : particularité chez l'Africain (51)

4-1 Strophulus

Une infection secondaire par un grattage constant, risque de se produire à un stade avancé.

Dans certaines parties d'Afrique, le strophulus s'observe le plus fréquemment chez l'enfant, mais fait poser souvent à tort le diagnostic de gale. Les morsures et piqûres d'insectes en sont parfois la cause.

Au début les lésions sont de type urticarien alors qu'à un stade ultérieur, elles prennent la forme de petites papules, dures multiples et rugueuses

Eczéma (33)

1 Définition

Il s'agit d'une dermatose chronique caractérisée par la formation d'une lésion anatomo-clinique appelée la vésicule, qui est formée par la spongiose épidermique et par un mécanisme immuno-allergique de type IV

2 Aspects cliniques

2-1 Eczéma aigu

C'est une dermatose d'apparition habituellement soudaine. Il est en général prurigineux et se caractérise par des placards érythémateux souvent infiltrés, oedémateux à bords émiettés et mal délimités.

Sur ce socle érythémateux, plus ou moins induré, apparaissent en nombre variable, des lésions élémentaires caractéristiques de l'eczéma, c'est-à-dire des vésicules claires de la taille d'une tête d'allumette. Les vésicules sont tantôt rapprochées au point de confluer en de petites bulles (Eczéma vésiculo-bulleux). Parfois, l'eczéma est caractérisé par la présence de bulles volumineuses translucides, (Eczéma bulleux). Il s'accompagne parfois d'un oedème très important, notamment en certaines régions comme aux paupières, au scrotum, à la verge.

L'image qui vient d'être décrite n'est pas systématiquement observée. Certains eczémas aigus sont discrets, caractérisés par un prurit, de l'érythème et un légère infiltration papuleuse. La vésiculation est très limitée et il faut la rechercher minutieusement à la loupe, en particulier en bordure des lésions. Parfois, l'eczéma vésiculeux ou vésiculo-bulleux peut évoluer vers l'assèchement progressif sans apparition de suintement. D'autre fois, les vésicules se rompent et laissent s'écouler une sérosité plus ou moins abondante : on parle alors d'un Eczéma suintant.

Le liquide de suintement est transparent ou légèrement jaunâtre. Lorsqu'on éponge soigneusement la surface suintante, on s'aperçoit qu'elle est criblée de petites exulcérations arrondies ou punctiformes : ce sont les puits eczématisés de Devergie. C'est

par ces puits que s'écoule de façon incessante la sérosité. Les érosions confluent parfois en de vastes nappes dénudées.

L'appellation "eczéma subaigu" est un peu artificielle. Elle exprime l'évolution d'un eczéma aigu vers un assèchement progressif, les placards érythémateux sont recouverts de croûtelles et de squames.

2-2 Eczéma chronique

L'eczéma chronique est un eczéma sec, formé de placards érythémato-squameux, mal délimités, habituellement prurigineux. Les squames sont parfois très fines, furfuracées, poussiéreuses, dans d'autres cas, la desquamation est plus intense, les squames plus épaisses et de plus grande taille. Les nappes d'eczéma sont parcourues de stries de grattage. L'épiderme se craquelle et desquame de manière continue.

2-3 Eczéma lichenifié

L'eczéma lichenifié est un Eczéma de longue durée comme le prurit subsiste indéfiniment en pareil cas, la peau est soumise à un grattage incessant. Le tableau clinique qui résulte est caractérisé par des placards, assez bien circonscrits de couleur hyperpigmentés sur peau noire, de couleur rose ou rouge foncée ou encore légèrement violacée. Le tégument est épaissi, infiltré, sillonné par un quadrillage de stries blanchâtres. Sur ce fond lichenifié, apparaissent parfois des vésicules groupées qui correspondent à des phases évolutives, plus aiguës de l'eczéma.

2-4 Eczéma surinfecté

L'eczéma peut se surinfecter : on emploie parfois le terme d'eczéma impétiginisé. Le suintement perd son caractère séreux : il devient louche, puis purulent. Les placards d'eczéma se recouvrent de croûtes épaisses, jaunâtres. Dans certains de ces cas, l'eczéma s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire lymphatique afférent, parfois de poussées fébriles. De temps à autre la surinfection est tellement marquée qu'elle masque l'eczéma sous-jacent.

3 Traitement

Le traitement de l'eczéma est d'une part symptomatique, d'autre part celui de la cause.

Traitement local

Il a pour but de réduire la réaction inflammatoire, de permettre la réparation de l'épiderme, de calmer le prurit et d'éviter les rebonds. Il dépend du stade, du type et du siège de l'eczéma.

- lotions aqueuses légèrement antiseptiques (Hexamidine, chlorhexidine, nitrate d'argent à 0,5 %, KMNO₄ à 1/20000, les 2 dernières ayant l'inconvénient de tacher) appliquées sous forme de compresses humides ;

- pâte à l'eau qui par vertus astringentes et absorbantes contribue à tarir le suintement tout en protégeant l'épiderme érodé

La prescription de corticostéroïde topiques dès ce stade n'est pas proscrite, on doit cependant choisir des crèmes hydrophiles que l'on appliquera une fois/jour après la lotion aqueuse antiseptique. La phase de traitement d'attaque dure en principe 4 à 5 jours. Les corticoïdes locaux sont contre indiqués en cas de surinfection.

4 Eczéma - particularité Africaine ((46)

La concomitance de l'hyperpigmentation et de l'érythème fait apparaître la couleur violette caractéristique de l'eczéma chez l'Africain. En fait, l'érythème est visible pour un oeil un peu habitué. Certaines dermatites graves et prolongées entraînent parfois une dépigmentation partielle

L'eczéma atopique infantile est fréquent, surtout dans les villes, par contre cette affection est rare en milieu rural (Réf. Verhagen partie VII)

VII Molluscum contagiosum (50)

L'élément caractéristique est hémisphérique, il mesure 1 à 3mm de diamètre, de surface lisse avec une zone plus claire au sommet. Les lésions récentes ou au contraire anciennes sont difficiles à identifier. Après grattage la sérosité produite est riche en poxvirus est extrêmement contagieuse pour l'enfant lui-même. Il peut n'exister qu'un ou deux éléments, mais bien souvent en raison de l'auto-contamination, ceux-ci sont profus en particulier chez les enfants atteints de dermatite atopique.

L'ablation à la curette tranchante constitue le traitement radical mais mal supporté et difficile à accepter s'il existe de nombreux éléments.

L'application d'azote liquide est moins efficace et également douloureuse. Certains topiques en particulier la vitamine A acide sont actifs mais souvent responsables

d'eczématisation. Dans les formes très profuses l'ablation à la curette peut être réalisée sous anesthésie générale.

Traitement

- ablation à la curette,
- cryothérapie à l'azote liquide,
- soins locaux avec antiseptique.

Particularités africaines

Chez le petit africain, les lésions sont plus souvent hypertrophiques

VIII Dartres (21)

Pityriasis alba (ou dartres). Cette affection est très fréquente chez l'enfant (particulièrement entre 6 et 11 ans) en été. La lésion est une macule blanche, discrètement squameuse parfois de couleur rosée

Chaque élément mesure 2 à 3cm de diamètre. Les éléments sont peu nombreux et siègent préférentiellement sur les joues. Les taches sont asymptomatiques, elles disparaissent spontanément en quelques semaines.

On peut s'abstenir de traiter ou proposer une pommade émolliente. En cas de persistance au delà de 5 mois, il faut soupçonner une autre cause, en particulier une épidermo-mycose. L'association à un parasitisme chronique est discutée.

Dartres : particularités africaines : (pityriasis alba)

Plaques rondes et irrégulières de squames persistantes, fines, granuleuses et poudreuses, hypopigmentation et souvent légère hyperkératose folliculaire. Cette maladie est très courante chez les enfants africains (47).

Ichtyose (22)

Définition

Les cellules de l'épiderme se renouvellent régulièrement, leur squelette arrivé à la partie supérieure de l'épiderme contribue à la formation de la couche cornée, celle-ci desquame régulièrement de façon insensible. Les ichtyoses sont la conséquence d'un trouble de la kératinisation aboutissant à une accumulation des squames épidermiques par prolifération anormale de l'épiderme, ou par défaut de desquamation de la couche cornée.

Le terme ichtyose désigne un état pathologique caractérisé par l'existence de squames épidermiques, visibles, disposées en écailles ; cet état est permanent ou a une évolution saisonnière.

L'épiderme est responsable d'une desquamation permanente, physiologique, mais caractérisant les ichtyoses réside dans la visualisation de cette desquamation.

Xérose : c'est la sécheresse de la peau.

Ichtyose : particularité chez l'Africain

L'ichtyose vulgaire est le type le plus bénin et le plus commun. Se caractérisant par la présence de fines squames semblables aux écailles de poissons sur la surface d'extension des membres, les plis de flexion étant respectés (49).

Un état ichtyosique à minima, xérotique, est très fréquent à la saison sèche.

ETUDE

A Objectifs

- Déterminer la prévalence, la nature et la gravité des maladies de peau au sein de la population infantile dans la région de Koulikoro (2^e région).
- Evaluer l'influence de l'hygiène, du niveau d'éducation et de la promiscuité dans la prévalence des dermatoses
- Evaluer les modalités de prise en charge de ces maladies par les familles (recours à l'automédication, aux tradi-thérapeutes ou aux structures de santé existantes)
- Evaluer le retentissement rénal des pyodermites (par la recherche systématique d'une protéinurie à la bandelette).

B Matériel et méthodes :

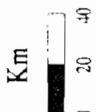
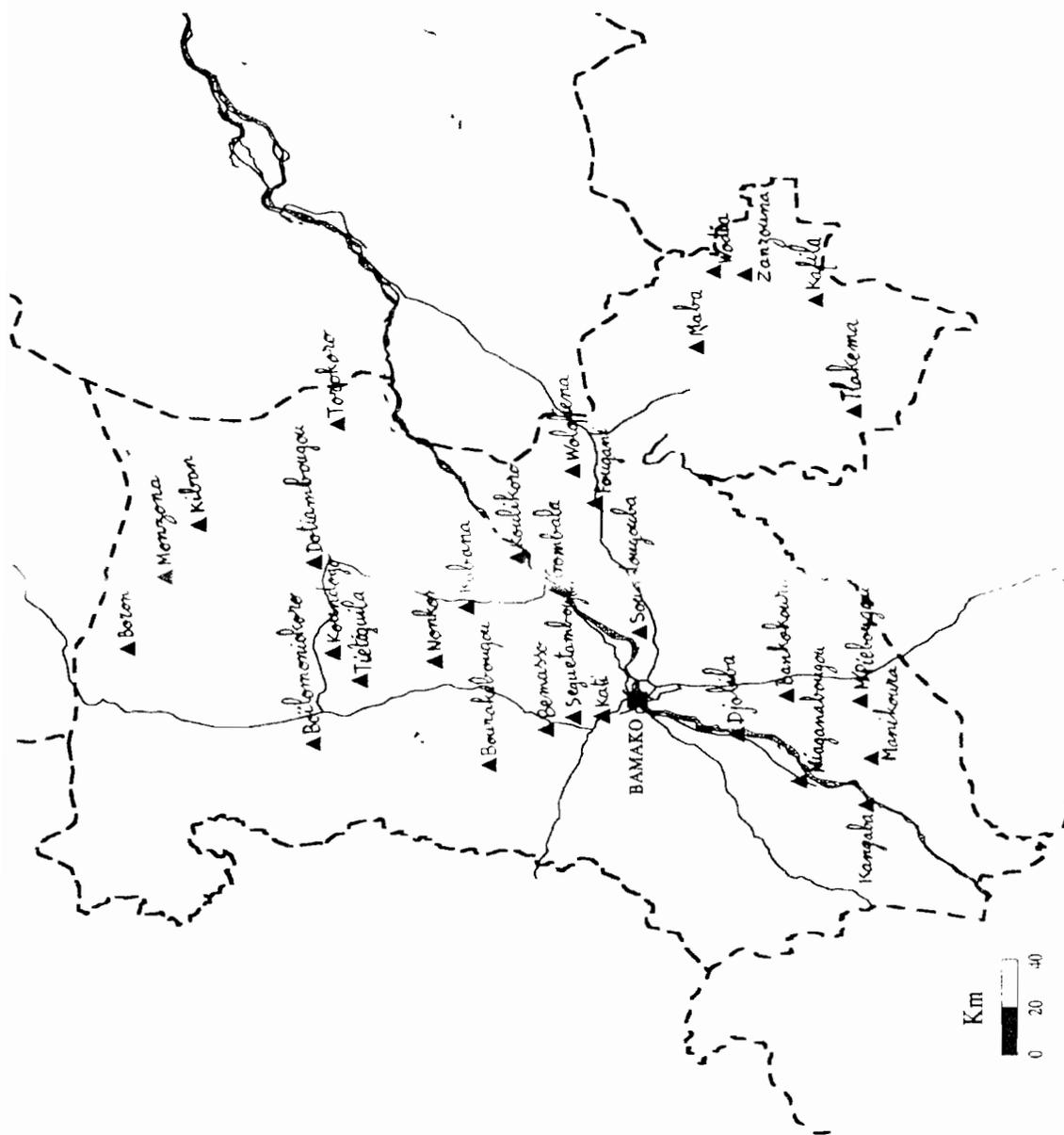
Choix du lieu de l'étude :

La région de Koulikoro a été choisie du fait de sa proximité par rapport à la ville de Bamako rendant l'enquête plus commode, tout en conservant un caractère rural et semi-rural reflétant à priori la situation d'habitat, ainsi que climatique, prévalant sur une grande partie du pays (la ville de Bamako n'a pas été retenue du fait de son caractère intégralement urbain, susceptible de donner à la pathologie cutanée qui y est observée des caractéristiques propres et possiblement différentes de ce qui existe dans le reste du pays) Le cercle de Nara a été exclu pour des raisons de sécurité.

L'accord des autorités nationales et régionales maliennes (Directions Nationale et Régionale de la Santé) a été obtenu.

La région ainsi choisie a une superficie de 64330 km² et une population au dernier recensement de 1987 de 1 038 365 habitants ayant connu un accroissement de 2,5 % par an, ceci porte son chiffre actuel à 1200000. Le climat y est sahélien, avec des précipitations annuelles entre 500 et 800 mm. La population y est à 80 % rurale

CARTE DE LA REGION DE KOULIKORO



- Routes principales
- Fleuves
- - limites de la région de Koulikoro
- Capitale
- ▲ Villages enquêtés

Population cible :

La population d'étude était représentée par la population infantile âgée de 0 à 12 ans de la région de Koulikoro (soit environ 480000 enfants)

Echantillonnage

L'échantillonnage a été obtenu à partir d'un sondage en grappe à plusieurs niveaux, la taille de l'échantillon a été calculée de façon à dépister des dermatoses ayant au moins une prévalence de 5 % avec une précision de 1 %, au risque 5 % (n = 1825 enfants)

On a choisi de mener l'enquête sur trente grappes de 60 enfants. Le tirage au sort s'est déroulé en plusieurs temps : tirage au sort des 30 localités, effectué à partir du recensement de la population effectué en 1987 (technique des effectifs cumulés), puis à l'intérieur des localités choisies, tirage au sort des concessions, puis à l'intérieur de chaque concession choisie, recensement des enfants et tirage au sort des enfants.

L'enquête a été menée d'octobre 1993 à avril 1994, la période sèche et relativement fraîche de l'année.

Déroulement de l'enquête

Le mois précédent la date choisie pour l'enquête de terrain, un contact était pris avec le Médecin Chef du cercle concerné. Un agent de santé du cercle était désigné par le Médecin Chef pour guider et participer à l'enquête.

Dans les jours précédents l'enquête, les chefs des villages retenus étaient contactés. L'enquête en elle-même se déroulait en deux temps : J1 : recensement de la population dans les concessions choisies, J2 : enquête dermatologique proprement dite.

Les données d'interrogatoire étaient recueillies par l'intermédiaire d'un interprète auprès des adultes présents (il s'agissait dans la grande majorité des cas des mères des enfants sélectionnés).

Lorsque l'enquête était terminée, une consultation dermatologique était proposée aux habitants du village (adultes ou enfants) le désirant.

Recueil des données :

Données socio-démographiques :

L'âge, le sexe, le degré d'éducation de l'enfant et de la personne la plus éduquée de la famille étaient recueillis.

Examen dermatologique :

Chaque enfant sélectionné était entièrement déshabillé et examiné de façon systématique : peau dans son intégralité (y compris la plante des pieds et les espaces inter-digitaux plantaires); cuir chevelu, lèvres et cavité buccale. Les diagnostics

dermatologiques étaient posés par une équipe médicale entraînée à reconnaître ce type de pathologie (comportant un dermatologue qui contrôlait tous les diagnostics Dr Antoine Mahé, Madina Konaté) Seuls les diagnostics cliniquement typiques étaient retenus. Les critères diagnostiques étaient les suivants : **Pyodermite** : présence de pus, ou de signes caractéristiques d'impétigo (bulles flasques, croûtes mélicériques), ou d'impétiginisation, ou d'echthyma (ulcération cratériforme sanieuse). La sévérité de la pyodermite était codée de la façon suivante : grade 1 : présence d'1 ou 2 lésions d'un diamètre inférieur à un cm ; grade 2 : présence de 2 à 5 lésions, ou d'une lésion ayant un diamètre compris entre 1 et 2 cm ; grade 3 : présence de 6 à 10 lésions, ou présence d'une lésion de 2 à 3 cm de diamètre ; grade 4 : présence de plus de 10 lésions, ou présence d'une lésion de plus de 3 cm de diamètre, ou d'une adénopathie satellite inflammatoire, ou de fièvre, ou d'une collection de pus.

Gale : association des symptômes suivants : prurit à prédominance nocturne ; lésions excoriées au niveau des sites caractéristiques de la maladie (espaces inter-digitaux palmaires, poignets, fesses chez le grand enfant, paumes et plantes chez le plus jeune) ; symptômes identiques chez d'autres membres de la famille. **Teigne** : présence sur le cuir chevelu de plaques squameuses avec cheveux cassés très court ; la proportion du cuir chevelu pathologique était évaluée. **Molluscum contagiosum** : présence de papules hémisphériques de couleur chair ombiliquées ; leur nombre était noté. **Poux** : présence de lentes. **Prurigo** : présence de papules prurigineuses ne siégeant pas dans les zones typiques de la gale, ou cas douteux (en particulier cas isolés) de scabiose n'ayant pas été confirmés par un examen parasitologique.

Pour chaque dermatose, on appréciait son ancienneté (< 1 mois, 1 mois < et < 4 mois, 4 mois < et < un an, et > un an). L'examen se terminait par un recueil d'un échantillon d'urines des enfants de plus de 3 ans afin d'y effectuer une recherche de protéinurie à la bandelette (Albustix r) (les enfants présentant une hématurie macroscopique étaient exclus pour cet examen).

Hygiène : on appréciait :

- l'hygiène familiale : sur l'accès à l'eau (eau courante, puits, fleuve), la présence de douches ou de latrines, de puisards, de tas d'ordure dans la concession, ou d'animaux en divagation dans la cour de la concession. A l'issue de cette appréciation objective, un score plus subjectif était attribué, l'hygiène étant classée dans l'une des 3 catégories suivantes : bonne, moyenne, mauvaise ;

- hygiène individuelle : sur le nombre de bains hebdomadaires, l'usage du savon (en précisant s'il s'agissait de savon manufacturé ou de savon traditionnel), ainsi que sur une appréciation subjective de l'hygiène de l'enfant et sur le nombre mensuel de lavage des vêtements.

Attitude thérapeutique des familles :

Quatre attitudes possibles étaient définies : abstention, auto-médication (à l'aide de produits manufacturés), médecine traditionnelle (à l'aide de produits à base organique, végétale ou animale); recours aux centres de santé.

Une prise en charge thérapeutique standardisée était proposée selon les protocoles suivants :

Gale : Benzoate de benzyle pendant 24 heures chez les enfants de plus de 2 ans, 12 heures chez les enfants de moins de 2 ans. Traitement simultané de tous les membres

de la famille Nettoyage du linge porté, sans application de produit particulier. Si pyodermite associée : selon le grade de la pyodermite, si grades 1, 2 ou 3 : traiter simultanément gale et pyodermite ; si grade 4, selon possibilités locales : commencer par le traitement de la pyodermite puis traiter la gale après 72 heures, ou traiter simultanément en n'appliquant pas sur les zones largement ulcérées

Pyodermite : selon le score de la pyodermite ; grades 1 et 2 : antiseptie simple (permanganate de potassium, Polyvidone iodé); grade 3 : antiseptie pendant 72 heures ; si absence d'amélioration à ce moment, passer à antibiothérapie générale ; grade 4 : antibiothérapie générale + antiseptie.

Choix de l'antibiothérapie : âge < 2 ans : érythromycine 30 mg/kg, âge > 2 ans : pénicilline retard 600000 à 1200000 unités IM selon le poids.

Teigne : rasage tête systématique ; griséofuline 1g en prise unique (si poids > 20 kg)

Analyse statistique

Le calcul des écarts types des prévalences a été calculé à l'aide de la formule suivante : $\text{écart-type} = \sqrt{\frac{n_i(n_i-1)}{N(N-1)}}$ ($n_i = n_i/60 =$ prévalence de la dermatose pour chaque grappe , $p = n/1817 =$ prévalence globale de la dermatose , $N = 30 =$ nombre de grappes) Les prévalences sont présentées de la façon suivante : prévalence +/- 1,96 écarts-types

Les calculs statistiques ont été faits à l'aide du test du chi², du t-test et du test de Kruskal-wallis

B Résultats

I Description de l'échantillon

1817 enfants ont été inclus dans l'étude. Il s'agit de 959 garçons (51,7 %) et de 878 filles (48,3 %). L'âge moyen était de 5,7 années \pm 3,5 et allait de 1 mois à 12 ans. La distribution des différentes classes d'âge était analogue à celle de la population infantile de la région. La majorité des enfants (80 %) vivait en milieu rural. Le nombre moyen d'enfants par concession était 11 ± 10 , d'adultes 9 ± 7 . 46 % des familles étaient illetrées et 87 % des chefs de familles étaient agriculteurs. Parmi les 725 enfants scolarisables, 8,3 % allaient à l'école primaire et 28 % à l'école coranique

La plupart des maisons avaient un accès facile à l'eau, 97,1 % des foyers ayant un puits dans la concession ou vivaient à moins de 100 mètres d'un puits collectif ; seuls 2,9 % des foyers avaient l'eau courante. 61 % des maisons avaient des latrines, 18,5 % disposaient de puisards. L'hygiène de la maison a été globalement jugée bonne dans 5 % des foyers, moyenne dans 65 % et mauvaise dans 30 % des foyers.

L'Hygiène individuelle : le nombre moyen de bains par semaine était de 10 ± 9 ; chez 85 % des enfants, le savon était utilisé dont la répartition était la suivante : 55 %

utilisant du savon manufacturé (type savon Koulikoro) et 45 % utilisant du savon traditionnel à base de potasse. L'hygiène subjective était jugée correcte chez 70 % des enfants et mauvaise chez 30 % des enfants

Les différents facteurs d'appréciation de l'hygiène individuelle étaient liés entre eux

L'hygiène était meilleure chez les filles que chez les garçons pour tous les paramètres

1061 (58 %) enfants bénéficiaient de l'application régulière de produits cosmétiques (beurre de karité : 38 % de tous les enfants). Cette attitude était quasisystématique chez les enfants en bas âge, pour disparaître chez les grands garçons et persister chez les filles, avec une utilisation grandissante de produits cosmétiques manufacturés (16 % de tous les enfants)

II Prévalence des dermatoses

Un nombre total de 674 dermatoses a été diagnostiqué chez 615 enfants, donnant une prévalence globale de 34 % \pm 1 % (intervalle de confiance IC à 95 % : 30 % - 38 %)

Tableau I : les différentes dermatoses dans les 30 grappes

Villages	Toutes maladies	Gale	Pyod NG	teigne	Prurigo	Ecz.	Poux	Moll
Maliboug	24	2	8	2	3	2	5	3
Bemasso	16	2	9	19	4	0	1	4
Segnetem	20	0	8	7	1	0	1	7
Niagana	13	3	9	5	3	1	6	3
Soundou	19	5	11	4	2	1	3	4
M'Banco	25	7	9	2	0	2	2	0
Bourake	23	0	5	9	1	1	3	2
M'Picboug	10	5	4	7	0	0	1	3
Manicoura	10	8	7	5	0	0	5	2
Djoliba	16	6	4	10	0	1	5	2
Koulikoro gale	16	2	1	4	2	2	3	2
Goumbala	27	4	3	0	1	0	2	0
Kaban	19	1	6	10	3	1	3	0
Nonkon	30	2	9	3	0	0	2	2
Tietiguila	14	2	4	5	0	0	1	1
Koundogo	18	2	8	5	0	1	2	4
Boilo	23	0	4	14	0	0	2	0
Dotianb	30	1	9	3	0	0	1	2
Kangaba	25	0	2	5	0	0	9	2
Torokoro	26	3	7	3	0	0	9	6
Kiban	20	2	8	8	1	2	5	3
Boron	20	1	5	4	2	1	2	1
Monzon	27	0	4	7	1	0	5	0
MABA	29	1	3	3	0	0	0	2
Kafila	35	2	5	2	0	1	0	1
zanzou	19	1	5	12	0	0	0	1
Wodia	12	0	8	6	2	0	0	4
Tlakma	17	10	2	4	0	0	1	2
Woulouf	19	3	3	1	1	1	3	1
Fougan	13	3	2	4	0	1	3	1
Total	615	78	172	173	27	18	85	65

Tableau II : prévalence des dermatoses

	Nombre total de cas	Prévalence
Toutes maladies	615	34 ± 4 %
Gale	78	4,29 ± 1,5 %
Pyodermite	172	9,47 ± 1,6 %
Eczéma	18	1 ± 0,9 %
Teigne	173	9,5 ± 2,5 %
Prurigo	27	1,5 ± 0,7 %
Poux	85	4,7 ± 1,4 %
Molluscum	65	3,6 ± 1 %

La gale a été diagnostiquée chez 78 enfants donnant une prévalence de 4,29 ± 1,5 % (IC à 95 % : 2,8 - 5,8). 52 cas de gale (67 %) étaient surinfectés. Les sites les plus atteints étaient les paumes, les plumes, les cuisses et les fesses et les membres chez les plus grands. 47 % des enfants avaient la gale depuis plus de 4 mois (plus d'un an : 13 %). Les lésions les plus anciennes étaient impressionnantes par leur caractère extensif et très surinfectés. Les enfants en bas âge n'étaient pas épargnés par la maladie (cas le plus jeune : 3 mois). Dans chaque famille où un enfant était atteint de gale, il y avait en moyenne 6 autres cas.

La pyodermite non galeuse a été diagnostiquée chez 172 enfants donnant une prévalence de pyodermites isolées de 9,47 ± 1,6 %

Les scores de gravité des pyodermites isolées étaient les suivants : grade 1 : 46,1 % , grade 2 : 29,2 % ; grade 3 : 15,7 % ; grade 4 : 9 %

Les pyodermites non galeuses avaient les localisations suivantes : membres inférieurs : 47 % ; visage : 29 % ; cuir chevelu : 14 % ; membres supérieurs : 14 % ; fesses : 9 % ; tronc : 3,5 % . Parmi les 50 cas de pyodermites de la face, 16 (soit 2 % de toutes les filles de l'échantillon) présentaient une infection au site de percement des oreilles, souvent dans un contexte épidémique à la suite du percement "en chaîne" des oreilles de toutes les filles d'une même tranche d'âge à l'aide d'une seule aiguille.

Relations entre ces 2 dermatoses et les conditions d'hygiène

1° Hygiène maison :

Les conditions d'hygiène pour la maison ont été classées en groupe : bonne, mauvaise et moyenne.

Bonne hygiène maison : 88
Moyenne hygiène : 1139
Mauvaise hygiène : 589
Au total : 1816

Les dermatoses comme les pyodermites et la gale n'ont pas de relation avec l'appréciation subjective de la bonne ou la mauvaise hygiène de la maison. Donc différence non significative.

Tableau III : pyodermites non galeuses et présence d'un tas d'ordures dans la concession

Tas d'ordures	Pyodermites		
	Absence	Présence	Total
Présence	618	81	699
Absence	1020	91	1111
Total	1638	172	1810

$\chi^2 = 5,76$

$p < 0,016$

OR = 0,96 (0,93-0,99)

La différence est significative.

°° Hygiène subjective individuelle

Tableau IV : pyodermite - hygiène

Pyodermite	Hygiène		
	Bonne	Mauvaise	Total
Présence	135	89	224
Absence	1134	458	1592
Total	1269	547	1816

$\chi^2 = 5,76$

$p < 0,016$

OR = 1,68 (1,2-2,35)

La différence est significative.

Pour la gale, la différence est non significative

Usage de savon

Utilisateurs : 1530

Non utilisateurs : 264

L'utilisation ou non du savon n'a aucune signification en ce qui concerne la gale et les pyodermites.

Types de savon

Manufacturé : 843

Traditionnel : 685

Le type de savon utilisé n'a aucune différence significative en ce qui concerne l'existence de la gale et des pyodermites.

Le nombre de bains par semaine : La moyenne globale est 10,09 bains par semaine.

Tableau V : relation nombre de bains - pyodermites

	Nombre de bains/semaine
Pyodermite +	9,9
Pyodermite -	10,1

La différence est non significative. Donc la présence ou l'absence des pyodermites n'est pas liée au nombre de bains par semaine.

Gale - densité

Le nombre d'habitants par rapport au nombre de pièce par concession n'a pas de différence significative en ce qui concerne la gale.

Gale - nombre d'enfants par concession

Gale + : 12,9 enfants/concession.

Gale - : 11,5 enfants/concession

$P < 0,04$ (Kruskall - Wallis).

La différence est significative, mais n'a pas grande portée pratique.

Pyodermites - protéinurie

Tableau VI

Protéinurie	Pyodermites		
	Présence	Absence	Total
0 croix	123	595	718
1 croix	8	56	64
2 croix	5	30	35
3 croix	3	2	5
total	139	684	823

$\text{Khi}^2 = 5,76$

$P = 0,12$

La différence est non significative.

(Tout a été calculé avec les pyodermites isolées et les pyodermites scabieuses).

Gale - scolarité difference non significative

Scolarité : 0 = 1092
 2 = 60 (primaire)
 1 = 203 (Ecole coranique EC)
 10 = 462 (en âge d'être

Le taux de scolarisation = $\frac{\text{nbre enfts du primaire}}{\text{somme EC + AES}}$

$$= \frac{60}{203 + 462} = \frac{60}{665} \times 100 \text{ sensib } 10\%$$

Gale - niveau d'éducation

Entre enfants et personnes plus éduquées, la différence est non significative.

Gale - villages isolés ou non isolés

Tableau VII : relation entre gale et isolement ou non des villages (défini par une proximité vis à vis des grands axes routiers)

Villages	Gale		
	Présence	Absence	Total
Villages isolés	8	5	13
Villages non isolés	16	1	17
Total	24	6	30

$$p = 0,06$$

La différence est non significative, mais tout juste.

Teigne

La surface moyenne atteinte était de 16 % du cuir chevelu.

55 % des teignes existaient depuis plus d'un an.

Tableau VIII nombre de cas total de teigne

	Filles	Garçons	Total
Teigne présence	70	103	173
Teigne absence	808	836	1644
Total	878	939	1817

$$\text{Khi}^2 = 4,39$$

$$P = 0,03$$

$$\text{OR} = 1,42 (1,02-1,98)$$

La différence est significative.

La teigne est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Teigne - âge moyen

L'âge moyen chez les enfants atteints de teigne était de 81 mois et 67 mois chez les enfants non atteints.

$$\text{Kruskall - Wallis} = 20 \quad P < 10^{-5}$$

Nous avons remarqué que la teigne était exceptionnelle avant 2 ans - 5 cas seulement

Poux

Tableau IX . nombre total de cas de poux

	Filles	Garçons	Total
Présence poux	78	7	85
Absence poux	800	932	1732
Total	878	939	1817

$$\text{Khi}^2 = 67,39$$

$$P < 10^{-6}$$

$$\text{OR} = 1,99 (1,83-2,16)$$

$$\text{Prévalence de poux chez les filles} = \frac{78}{878} = 9\%$$

Plus fréquents chez les filles que les garçons.

Ancienneté : 42 % des poux existaient entre 1 et 4 mois

Age : l'âge moyen en cas de présence de poux était de 96 mois. En cas d'absence de poux, l'âge moyen était de 67 mois.

$$\text{Kruskall - Wallis} = 40,9$$

$$P < 10^{-6}$$

La différence est significative.

Les poux n'existaient pas chez l'enfant avant 2 ans.

A partir de 5 ans, une prévalence de 5 % (8/168) était observée et la prévalence maximale se voyait entre 7 et 12 ans (environ 9 %)

Molluscum

Nombre total de cas : 65 cas ; taux de prévalence 3,6%

Le siège : visage : 28 cas/65
tronc : 31 cas/65

Le nombre moyen de molluscum était de 4,12 molluscums par enfant.

58 % des molluscums existaient entre 1 et 4 ans. L'âge moyen en cas d'existence de molluscum était de 57 mois ; l'âge moyen en cas d'absence de molluscum était de 69 mois

$P = 0,029$
La différence est significative

Le pic de prevalence des molluscums etait entre 1 et 2 ans (sensiblement 10 %)

Le sexe n'avait aucun rapport avec l'existence ou non de molluscum.

Autres dermatoses

Mycoses des plis

(intertrigo, interdigito-plantaire) 9 cas dont 8 dans les petits plis et 1 grand pli.

Le sexe : 4 garçons et 5 filles

L'âge : l'âge moyen pour les enfants atteints était de 89 mois contre 69 mois pour les enfants sains.

La différence est non significative.

Prurigo : 27 cas

Le siège :

18/27 sur les membres supérieurs
17/27 sur les membres inférieurs
13/27 sur le tronc
6/27 sur les fesses.

Le sexe : 14 filles et 13 garçons

L'âge : l'âge moyen chez les sujets atteints était de 67 mois contre 68 mois chez les sujets sains.

La différence est non significative.

Eczéma : 18 cas

sexe : 8 filles et 10 garçons

Le siège

Face	: 4
Tronc	: 2
Petit pli	: 3
Membres supérieurs	: 4
Membres inférieurs	: 8
Fesses	: 1
Parties génitales	: 1
Paumes	: 2

Age : L'âge moyen était de 52 mois chez les sujets atteints contre 68 mois chez les sujets sains

La différence est non significative

Eczématides : 24 cas

Siège : le tronc et le visage

Herpès labial : 5 cas

Perlèche : 4 cas

Pityriasis versicolor : 4 cas

Keratodermie palmo-plantaire : 2 cas

Ichtyose 2 cas

Chéilite actinique : 2 cas

Zona : 1 cas

Verrues : 1 cas

Lèpre : 1 cas de lèpre BT chez un enfant de 12 ans.

Enfin **l'albinisme** : 3 enfants albinos dans une famille tous porteurs de nombreuses et sévères lésions d'impétigo. Un seul des enfants faisait parti de l'échantillon

III Attitude thérapeutique

a) Tableau X dermatoses - attitude thérapeutique

	Abstention	Auto-méd	Tt. trad	Cent santé
Pyod NS	54 %	24 %	18 %	9 %
Teigne	60 %	19 %	23 %	1 %
Gale	22 %	43 %	41 %	9 %
Poux	21 %	73 %	6 %	0 %
Molluscum	94 %	6 %	0 %	0 %
Total	51 %	30 %	19 %	4 %

b) Description des différentes attitudes

1° Abstention

Dans 51 % des cas de dermatoses, aucun traitement de quelque nature qu'il soit n'était donné. Cependant le degré d'abstention variait selon les dermatoses

et 29 % au grade 4.

L'abstention pour la gale était minime par rapport aux autres dermatoses (22 %). En un mot la gale était la dermatose ayant le moins d'abstention et le plus de recours thérapeutiques.

Les molluscums étaient l'affection ayant le plus d'abstention, particulièrement négligés avec 94 % d'abstention.

2° L'automédication

2-1 Automédication - pyodermites

Il y a eu 51 interventions chez 41 patients.

"Bleu"	: 2
Poudre de cycline	: 5
Huile moteur	: 3
Déjection ver de terre	: 3
Pommade auréomycine	: 3
Baume chinois	: 14
Poudre de piles	: 4
Soufre	: 1
Henné	: 1
DDT	: 1
"Bouse de vache"	: 1
Beurre de karité	: 7
Savon ghanéen	: 6
Bétadine	: 1
Alcool	: 1

5 adaptés sur 51 (alcool, bétadine, pommade auréomycine).

2-2 Automédication - gale

28 actes :

Citron	: 2
Soufre	: 1
Mercurochrome	: 1
Baume chinois	: 14
Huile de frein	: 2
Savon ghanéen	: 5
Poudre de cycline	: 3

Seul le soufre est éventuellement adapté dans ce cas

2-3 Automédication - poux

DDT (non médicalisé)	: 34
Huile de frein	: 3
Potasse	: 1
Beurre tête	: 3
Timor	: 68
Gasoil	: 5
OMO	: 1

115 interventions toutes non médicalisées.

2-4 Automédication - teigne

"Bleu"	: 3
Savon ghanéen	: 8
Potasse	: 1
Baume chinois	: 5
Whitfield	: 1
Citron	: 1
Sel germe	: 1
Pénicilline poudre	: 1
Boue	: 1
Beurre de karité	: 1
Urine de cheval	: 1
Mercurochrome	: 1

25 interventions, une seule à peu près adaptée (pommade Whitfield).

3 Médecine traditionnelle

Les produits utilisés étaient en général d'origine végétale : rônier pour les teignes, caillédrat ou jus de citron pour la gale, déjections animales occasionnellement sur les plaies. Apparemment ces produits sont sans grande efficacité.

4 Recours aux centres de santé

Seulement 9 % des gales et des pyodermites ont consulté dans un centre de santé.

Il faut ici signaler la demande très pressante des populations pour un traitement du "korossa-korossa", terme bambara reproduisant phonétiquement le bruit d'un prurit féroce, et désignant la gale avec une assez bonne précision (ce terme désigne une maladie de peau prurigineuse et familiale, ce qui semble une définition assez correcte de la gale).

Le recours aux centres de santé selon leur proximité : on a classé les villages selon leur accès à un centre de santé :

- 17 villages étaient situés à plus de 5 km/ 1^h heure de marche,
- 13 villages étaient situés à moins de 5 km/1^h heure de marche.

Tableau XI : Recours aux centres de santé selon leur proximité

La gale

Recours	Centre de santé		Total
	Non	Oui	
CS	3	4	7
Autres recours	36	37	73

La différence est non significative.

Pyodermites

Recours	Centre de santé		Total
	Non	Oui	
CS	6	11	17
Autres recours	94	76	170

P = 0,11

La différence est non significative.

Ce n'est donc pas la difficulté d'accès aux centres de santé qui explique le faible recours

Résultats complémentaires concernant l'efficacité des traitements proposés :

L'absence de suivi chez la plupart des enfants traités interdit toute interprétation précise quant à l'efficacité de ces traitements. Toutefois, nous croyons pouvoir faire les remarques suivantes :

- la faisabilité des protocoles proposés est correcte de par sa simplicité, aussi bien pour les prescripteurs que pour les patients ;

- l'efficacité à court terme du traitement de la gale à des contacts immédiats par le benzoate de benzyle à 20 % appliqué par les familles elles-mêmes est certaine
L'autogestion d'un petit stock de benzoate de benzyle concentré laissé en dépôt aux villageois sous couvert d'un agent de santé est faisable ;

- le coût global thérapeutique de l'enquête était finalement assez faible (moins de 100 000 F CFA), ayant permis le traitement des enfants, de leur famille et de nombreux patients ayant consulté au cours de l'enquête

DISCUSSION

Cette étude conduite sur un échantillon représentatif d'enfants montre que les maladies de peau ont une prévalence élevée dans la région de Koulikoro. Ces résultats sont probablement susceptibles d'être étendus à une grande partie de l'Afrique sub-saharienne. Par ailleurs, certaines dermatoses constituaient une nuisance certaine pour les familles, en particulier la gale.

A l'exception d'une étude focalisée sur les pyodermites au Ghana (8), on ne dispose pas d'étude de prévalence correcte sur les maladies de peau dans les PVD. Une étude menée au Brésil (7) en milieu scolaire a retrouvé une prévalence allant de 21 % à 87 % des enfants selon les écoles, proportion d'interprétation délicate car ayant été calculée uniquement chez des enfants scolarisés dans une région faiblement scolarisée, d'autant plus que la dermatose la plus souvent rencontrée était la pédiculose du cuir chevelu. Une étude menée au Nigéria (34) sur 7 villages voisins et ayant consisté en l'examen quasi-exhaustif de la population a retrouvé une dermatose d'origine infectieuse chez 282/1121 des sujets examinés (soit 25 %). Si les taux que nous rapportons sont du même ordre de grandeur, la méthodologie utilisée permet d'attribuer une valeur beaucoup plus générale à nos chiffres de prévalence.

Une prévalence globale de 34 % de maladies de peau n'a pas grand sens en soi. Elle est cependant un indice de gravité objective de ces dermatoses, ainsi que la gravité subjective du côté des personnes concernées, c'est-à-dire des familles.

La prévalence de 9,5 % de pyodermites retrouvée dans notre étude est faible comparée à celle de Belcher et al. (8), qui retrouvait au Ghana une prévalence atteignant chez les enfants 35 %. Ceci est peut-être dû au climat plus sec de notre région d'étude, dans la mesure où Taplin (37) ont démontré l'influence favorissante d'un climat humide sur l'incidence des pyodermites. Notre étude ne permet pas d'apprécier ce facteur dans la mesure où elle a été conduite en totalité durant la saison sèche. Le siège le plus fréquent de ces pyodermites était les membres inférieurs, et témoignait probablement de la surinfection de plaies traumatiques négligées.

Nous n'avons pas retrouvé dans notre étude de corrélation entre la présence d'une pyodermite et la présence d'une protéinurie à la bandelette. Le risque néphrologique de certaines souches de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A est cependant bien documenté. On peut avancer les hypothèses suivantes à nos résultats : le risque de néphrite est en fait faible (3 % environ des sujets infectés par une souche néphritique), et difficile à mettre en évidence dans une étude comme la nôtre ; toutes les souches de streptocoque ne sont pas néphritigènes, et le staphylocoque doré ou d'autres germes sont des agents souvent rencontrés dans ces pyodermites d'évolution prolongée, (Belcher a notamment démontré au Ghana la prédominance de streptocoques du groupe G) (8) ; enfin, la méconnaissance de complications néphrologiques peut s'expliquer par le fait que l'apparition d'une protéinurie est retardée par rapport à la dermatose bactérienne, et donc que les protéinuries observées dans notre étude chez les sujets apparemment indemnes de pyodermites étaient en fait la conséquence d'une infection antérieure, guérie au moment de l'enquête.

La gale dans les pays tropicaux a surtout été étudiée à l'occasion d'épidémies dans les petits foyers bien circonscrits, ou au niveau hospitalier. Notre étude retrouve une prévalence inférieure à celle décrite dans les foyers épidémiques, où elle peut atteindre 30 %, mais préoccupante dans la mesure où cette maladie semble être présente dans

pratiquement tous les villages d'étude, y compris dans ceux où aucun enfant de l'échantillon n'était atteint de cette pathologie. Ceci pose des problèmes de prise en charge globale complexes, dans la mesure où il a bien été montré qu'un traitement individuel des cas au coup par coup, même s'il soulageait temporairement les patients, ne pouvait éradiquer la gale d'un foyer donné, et que des mesures communautaires assez lourdes étaient nécessaires. Les programmes réalisés dans les îles panaméennes par Taplin semblent difficilement applicables dans le contexte africain.

En définitive, la gale, de par sa prévalence "endémique", la fréquence des surinfections, la nuisance importante occasionnée aux populations (exprimée en particulier par la fréquence des recours thérapeutiques) constitue à notre sens une priorité dermatologique de santé publique

Les autres dermatoses n'ont pas à notre sens cette gravité. Les teignes sont très fréquentes, mais en général peu étendues, et en définitive peu prises en charge par les familles qui en connaissent l'évolution spontanément favorable à la puberté. Les difficultés du traitement de cette maladie (en principe, traitement oral de 4 à 6 semaines) font que, d'un point de vue de santé publique, ce problème ne peut à notre sens être considéré comme une priorité. Il en est de même pour les molluscums contagiosums, qui semblent également voués dans une grande mesure à une guérison spontanée, ainsi que l'atteste la diminution avec l'âge de la prévalence de cette dermatose malgré une abstention thérapeutique quasi-systématique. Les cas disséminés sont l'exception, mais posent alors difficiles problèmes thérapeutiques (y compris d'ailleurs dans les centres de santé, spécialisés ou non). Les poux sont en général contrôlés par une auto-médication certes criticable, mais à laquelle on ne peut pas clairement proposer d'alternative. Le rasage de la tête semble une mesure radicale, mais difficile à accepter chez les filles.

Les données sur les relations entre l'hygiène et les maladies de peau dans les pays en voie de développement sont peu nombreuses. De façon intéressante, nous avons retrouvé, alors que la très grande majorité des familles vivait dans des conditions d'hygiène villageoise collective assez médiocre, une relation persistante entre certains indicateurs d'hygiène individuelle et familiale (en particulier la présence de tas d'ordures dans la concession) et la survenue de pyodermites. Ceci laisse supposer que des comportements individuels sont susceptibles d'influencer la survenue des pyodermites, ce qui est intéressant dans une optique de prévention qui serait alors basée sur l'éducation. Plus surprenant, aucune des autres dermatoses, en particulier la gale, ne semblait associée à l'hygiène. L'hygiène collective pourrait être ici un facteur déterminant, de même que la promiscuité (difficile à isoler en tant que facteur de risque du fait de sa généralisation dans notre population d'étude), et la persistance de lésions non traitées, favorisant la dissémination du sarcopte

La fréquence des recours thérapeutiques de toute sorte était notable, et témoignait de la nuisance que représentent ces dermatoses pour les sujets concernés et leurs familles. Malheureusement, le recours le plus fréquent était l'auto-médication, très généralement inefficace quand elle n'était pas nocive. Une éducation simple sur l'intérêt d'un antiseptique apparaît ici encore du domaine du faisable, dans la mesure où elle répondrait à une demande indiscutable. Le recours aux centres de santé était rare, même s'il était plus élevé pour les dermatoses les plus graves (pyodermites de haut grade et gale). On peut en évoquer plusieurs raisons : l'éloignement des centres (pour certains villages seulement), le coût élevé de certains médicaments, des habitudes culturelles, mais aussi peut-être le manque de formation des agents de santé pour cette pathologie. On peut ici signaler la très grande demande de tous les agents de santé avec laquelle nous sommes entrés en contact au cours de cette enquête,

pour une formation en dermatologie courante (formation qui leur était d'ailleurs dispensée au cours de l'enquête).

CONCLUSION

En conclusion, la prévalence élevée des maladies de peau dans la population infantile de notre région d'étude, la nuisance importante ainsi réalisée chez les populations, et la gravité potentielle de certaines d'entre elles, témoignent à notre sens d'un problème de santé publique réel et jusqu'à présent relativement méconnu. Les premiers objectifs de santé publique souhaitables devraient à notre sens s'orienter vers une éducation des familles (amélioration de l'hygiène individuelle, élimination des tas d'ordures à l'intérieur des concessions), la formation des agents de santé, et l'approvisionnement des centres de santé en médicaments essentiels. Le contrôle de l'endémie que semble représenter la gale nécessite l'invention de nouvelles stratégies. Enfin, l'implication directe et active des populations concernées dans ces programmes est envisageable, du fait de la motivation dont elles ont fait preuve tout au long de l'enquête.

RECOMMADATIONS

Vu le taux de prévalence élevé des maladies peau (34 %) dans la région de Koulikoro, nous faisons les recommandations suivantes :

- faire des études analogues dans d'autres régions du Mali ;
- élaborer des protocoles standardisés de prise en charge des dermatoses les plus courantes, notamment la gale qui pose d'énormes problèmes de prise en charge globale ;
- approvisionner en médicaments essentiels les centres de santé ;
- la formation des agents de santé sur le terrain face à ces prévalences élevées justifiant en notre avis un effort de formation portant sur les dermatoses les plus fréquentes ;
- faire une éducation sanitaire du fait des rapports entre conditions d'hygiène et l'existence de certaines dermatoses

BIBLIOGRAPHIE

- 1** ACHEAMPONG, J.W., WHITTLE H.C, HARMAN R.R.M
Scabies and Streptococcal Skin infection in Ghana
Trop Doc., 1988, **18**, 151-152
- 2** ALLEN, A.M AND TAPLIN D :
Skin infections in eastern Panama survey of two representative communities
Am J Trop Med. Hyg., 1974, **23**, 930-956
- 3** ALLEN AM, TAPLIN D, TWIGG L
Cutaneous Streptococcal infections in Vietnam
Arch Dermatol, 1971, **104**, 271-280
- 4** AUFFRET N.
Gale Pratique médicale 1982 ; **41** : 13-18
- 5** AUFFRET N.
Pédiculose du cuir chevelu.
Pratique médicale 1982 ; **41** : 21-22.
- 6** BADAME A.J
Incidence of skin disease in rural Jamaica.
Int J Dermatol. 1988 ; **27** : 109-111.
- 7** BELCHELLI L.M, HADDAD N., PIMENTA W.P., PAGNANO P.M.G., MELCHIOR .E.,
FREGNAM R.C., ZANIN L.C., AND ARENAS A.
Epidemiological survey of skin diseases in school children living in the Purus valley (Acre
state, Amazonia, Brazil).
Dermatologica 1981 ; **163** : 78-93.
- 8** BELCHER DW, AFOAKWA SN, OSEIL.
Endemic pyoderma in Ghana : a survey in rurals villages
Trans R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1977 ; **71** : 204-209.
- 9** BELCHER, D.W, WURAPA, F.K, NICHOLAS, D.D, KPEDEKPO, G.M.K.,
OFOSU-AMAAH, DERBAN, L.K AND ASANTE, R.O. (1975).
Conducting a rural health survey : experience from the village health survey, Danfa project,
Ghana.
UCLA Danfa project, monograph n° 9.
- 10** BEZJAK V. FARSEY S.J. :
Corynebacterium diptheriae in skin lesions in Uganda children.
Bull W.H.O, 1970, **43**, 643-650.
- 11** BLUMENTHOL D.S, TAPLIN D, SCHULTZ M.G. A
Community Outbreak of scabies.

Am J Epidemiol 1976 , **104** : 657-672

12 CANIZARES O.

Dermatological priorities in developing countries
Trop Doc., 1986, **16**, 50-53.

13 CASTANON, R.E., ANDERSON N., HAY, R.

Community Dermatology and the management of skin diseases in developing countries
Trop Doc. 1992, **22** (suppl 1), 3-6.

14 DAJANI A.S, FERRIER P, WANNAMAKER L . Endemic superficial pyoderma in children

Arch Dermatol **1**, 1974, 517-522.

15 DILLON H.C. .

Pyoderma and nephritis.
Ann Rev.Med, 1967, **18**, 207-218.

16 FEKETE H.

The prevalence of skin diseases in the Nigerien Children
Int J Dermatol 1978 ; **17** : 331-337.

17 HARRIS M, NAKO D, HOPKINS T, POWELL DM, KENNYC, CARROLL C, CARROLL K.

Skin infections in Tanna, Vanuatu in 1989.
PNG Med J 1992 ; **35** : 137-143

18 HATIM A.K, KANNAANEH. M, SAID A, RABI. AND SUBHI M. BADARNEH.

The eradication of a large scabies outbreak Using Community-Wide Health Education.
Am J Public Health, 1976 **66**, 564-567.

19 HION E.V; BUGINGO G.

Prevalence of skin disease in Rwanda.
Int. J. Dermatol. 1980 ; **19** :526-529.

20 KRISTENSEN J.K

Scabies and pyoderma in Lilongwe, Malawi.
Prevalence and seasonal Fluctuation. Int. J. Derm. 1991 ; **30** : 698-702

21 LORETTE G. ET COLL.,

Dartres.
Pratique de la Dermatologie Pédiatrique, G. Lorette, M. Larregue, Doin éditeurs, Paris, 1989, 44p

22 LORETTE G. ET COLL.

Ichtyose.
Pratique de la Dermatologie pédiatrique, G. Lorette, M. Larregue, Doin éditeurs, Paris, 1989, 30p.

- 23** LOSCH E.E, FRENKEL, V , VARDY, P A , BERGNER-RABINOWITZ, S., OFEK , I AND RABINOWITZ, K.
Endemic glomerulonephritis in Israel.
J Inf Dis., 1971, **24**, 141-147.
- 24** MASAWA A E.J, NSANZUMUHIRE H .
Bacterial skin infections in preschool and school children in Coastal Tanzania,
Arch Dermatol, 1975, **111**, 1312-1316
- 25** MHALU FS :
Bacteriological study of superficial skin infections in Tanzanian children
A preliminary report. E Afr Med J, 1973, **50**, 272
- 26** N'DIAYE HAWA THIAM,
Prévalence des affections dermatologiques dans le district de Bamako,
Rapport technique Institut Marchoux, 1994, 1-12.
- 27** NSANZUMUHIRE, H., TAPLIN D. AND LANSDELL, L
. Pyoderma among Ugandan children
East Afr Med J, 1972, **49**, 84-88
- 28** O'FELA :
Dermatophytie. Parasitologie Mycologie.
Editions C et R : Paris. 1982. 349p.
- 29** ORFIZ JS, FINKLEA JF, POLTER EV, ET AL :
Endemic nephritis and streptococcal infections in South Trinidad
Arch Intern Med, 1970, **126**, 640-646.
- 30** RATNAM A.V., JAYARAJU K
Skin diseases in Zambia.
Brit. J Derm 1979 ; **101** : 449-453.
- 31** REA J.N., NEWHOUSE M.L. AND HALIL .T.
Skin Disease in Lambeth;
Brit. J. Prev. Soc. Med., 1976 ; **30** : 107-114.
- 32** REID H F, BIRJU B, HOLDER Y, HOSPEDALES J, POON-KING T
Epidemic scabies in four Caribbean Islands.
Trans R Soc.Trop. Med Hyg. 1990 ; **84** : 298-300.
- 33** SAURAT J.H ET COLL. :
Eczema In Dermatologie et Vénérologie/Jean Hilaire Saurat ;
Edouard GROSSHANS et coll.- Paris ; Masson ; 1990, 29-34.
- 34** SHRANK A.B. A FIELD
Survey in Nigeria.
Trans of the Saint-John's Hospital Dermatological Society, 1965 ; **51** : 85-94.

- 35 SVARTMAN M, FOTTER EV, FINKLEA JF, POOM-KING, EARLE DP**
Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad
Lancet, 1972 ; i : 219-251.
- 36 TAPLIN, D ARRUE C, WALKER JG. ROTH WI. RIVERA A.**
Eradication of scabies with a single treatment Schedule
J Am Acad Dermatol, 1983, **9** : 546-550
- 37 TAPLIN D, LANSDELL L, ALLEN A.M, et AL**
Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climatic and hygiene,
Lancet, **i** : 1973, 501-503
- 38 TAPLIN, D , MEINKING TL, PORCELAIN SL. CASTILLERO PM, CHEN J.A**
permethrin 5 % dermal cream : a new treatment for scabies,
J. Am Acad Dermatol (1986) ; **15** : 955-1001.
- 39 TAPLIN, D RIVERA A, WALKER JG. ROTH WI, RENO D, MEINKING T**
A comparative trial of three treatment schedules for the eradication of scabies
J.Am Acad Dermatol 1983 ; **9** : 550-554
- 40 TAPLIN, D, PORCELAIN SL, MEINKING TL, ATHEE RL CHEN JA, CaSTILLERO PM, SANCHEZ R**
Community control of scabies : a model based on the use of permethrin cream.
Lancet, 1991, ii, 337, 1134-1137.
- 41 TOUNKARA (CHEICKNA).**
Aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques de la gale à *Sarcoptes scabiei hominis* à Bamako-Mali/
Cheickna Tounkara.- Bamako : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ; thèse de Doctorat en Médecine 1994.
- 42 TOURAINÉ R. et COLL.**
Dermatoses mycosiques. Dermatologie clinique et Vénérologie,
René Touraine ; Jean Revuz, Masson, Paris, 1984, 111-117
- 43 TOURAINÉ R. COLL.,**
Infections bacillaires. Dermatologie Clinique et Vénérologie
, René Touraine ; Jean Revuz, Masson, Paris, 1984, 84p.
- 44 TOURAINÉ .R. et COLL. :**
Infections streptococciques Dermatologie clinique et Vénérologie.
René Touraine; Jean REVUZ, Masson, Paris, 1984, p76-78.
- 45 TOURAINÉ R. COLL.**
Pédiculoses. Dermatologie Clinique et Vénérologie,
René. Touraine ; Jean Revuz, Masson, Paris, 1984, 129.

- 46 VERHAGEN. A.R**
, Eczéma
Dermatoses chez l'Africain, VII, 1976
- 47 VERHAGEN A.R,**
Eczématide pityriasiforme.
Dermatoses chez l'Africain, VI, 1976
- 48 VERHAGEN A.R,**
Gale
Dermatoses chez l'Africain, IV, 1976
- 49 VERHAGEN A.R, I**
chtyose vulgaire
Dermatoses chez l'Africain, III, 1976.
- 50 VERHAGEN A.R,**
Molluscum contagiosum
Dermatoses chez l'Africain, I, 1976
- 51 VERHAGEN. A.R,**
Prurigo Strophulus.
Dermatoses chez l'Africain, II, 1976
- 52 VERHAGEN. A.R,**
Pyodermite, Mycose
Dermatoses chez l'Africain. V, 1976
- 53 VOLLUM D.I.**
An impression of dermatology in Uganda
Transaction of the st John's hospital Dermatological society 1973 ; **59** : 120-128
- 54 WANNAMAKER L.W :**
Differences between streptococcal infections of the throat and of the skin.
N Engl J Med 1970 **282**, : ,78-85.
- 55 WHITTLE, H.C., ABDULLAHI, F.F, PARRY, E.H.O., RAJOVIC, A.D.**
Scabies, pyoderma and nephritis in Zaria, Nigeria. A clinical and epidemiological study.
Trans. Roy Soc. Trop. Med. Hyg , 1973, **67**, 349-363.
- 56 WIEST L.G.,**
Problems of tropical dermatology in Ethiopia
Int. j. Derm., 1977 ; **16** : 507-511.

NOM : KONATE

PRENOMS : MADINA

TITRE de la THESE :

**Evaluation de la prévalence des maladies
de peau dans la population infantile
de la région de Koulikoro**

ANNEE : 1994 - 1995

VILLE de SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU de DEPOT : BIBLIOTHEQUE

Faculté Nationale de Médecine de Bamako

SECTEUR D'INTERET : **Recherche en Dermatologie**

RESUME:

Notre enquête a été faite dans la région de Koulikoro, sur les enfants âgés de 0 à 12 ans.

Le but de notre étude était :

- de déterminer la prévalence, la nature et la gravité des maladies de la peau;
- d'évaluer l'influence de l'hygiène, du niveau d'éducation et de la promiscuité dans la prévalence des dermatoses.

1817 enfants ont été inclus dans l'étude. Il s'agit de 959 garçons (51,7 %) et de 878 filles (48,3 %).

Un nombre total de 674 dermatoses a été diagnostiqué chez 615 enfants, donnant une prévalence globale de 34 % \pm 4 %

(6) MOTS-CLES:

Dermatose
Prévalence
Hygiène
Niveau d'éducation

ANNEXES

Abréviations

C. diphteriae : Corynebacterium diphteriae

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

T. violaceum : Trichophyton violaceum

T. schoenleini : Trichophyton schoenleini

E. floccosum : Epidermophyton floccosum

T. rubrum : Trichophyton rubrum

T. mentagrophytes : Trichophyton mentagrophytes

T. ochraceum : Tichophyton ochraceum

T. soudanense : Trichophyton soudanense

T. verrucosum : Trichophyton verrucosum

T. interdigitale : Trichophyton interdigitale

NS	: non scabiose
Km	: kilomètre
Mm	: millimètre
%	: pourcentage
Cs	: centre de santé
Pyodermite +	: présence de pyodermite
Pyodermite -	: absence de pyodermite
Maliboug	: Malibougou
Seguetem	: Seguetembougou
Niagana	: Niaganabougou
Soundou	: Soundougouba
M'Banco	: M'Banco-coura
Bouraké	: Bourakebougou
M'Pieboug	: M'Piebougou
Boilo	: Boilo-Monicoro
Dotiamb	: Dotiambougou
Monzon	: Monzona
Zanzou	: Zanzouna
Woulouf	: Wouloufiena
Fougan	: Fougani
NG	: non galeuse
Pyod	: pyodermite
Moll.	: molluscum
Hbts	: habitants

Aléat.	: aléatoire
AléatoireX	: aléatoire plusieurs degrés
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
OR	: Odds ratio

ENQUETE PREVALENCE DERMATOSES CHEZ LES ENFANTS, REGION DE KOULIKORO

FICHE N°2

FAMILLE

VILLAGE: _____

GRAPPE: NUMERO ENFANTS de à

DATE

NOM DU CHEF DE FAMILLE: _____

PROFESSION DU CHEF DE FAMILLE: _____

NOMBRE DE PERSONNES ENFANTS ADULTES

SURFACE HABITABLE DANS LA CONCESSION:

HYGIENE

Y A T IL DE L'EAU COURANTE DANS LA CONCESSION ? OUI
NON

Y A T IL UN PUIT DANS LA CONCESSION ? OUI
NON

SI NON DISTANCE DU PREMIER POINT D'EAU

NOMBRE DE DOUCHES

NOMBRE DE FOSSES SEPTIQUES

PRESENCE DE PUISARDS
FERME OUI
NON
EXTERIEUR
INTERIEUR

TAS D'ORDURE DANS LA CONCESSION OUI
NON

ANIMAUX EN DIVAGATION OUI
NON

NIVEAU D'EDUCATION LE PLUS ELEVE DANS LA CONCESSION
Illétré=0; école coranique =1; primaire=2; secondaire=3; supérieur=4.

PERSONNE LA PLUS EDUQUEE AGE
PERE
MERE
ENFANT RANG
AUTRE

NIVEAU SOCIO ECONOMIQUE

CENTRE DE SANTE FREQUENTE

DATE DE DERNIERE CONSULTATION

ATTITUDE VIS A VIS DE LA DERMATOSE

Personne questionnée : _____

Codification dermatose					
Nom de la maladie Bambara					
Abstention					
Auto-médication					
Médecine traditionnelle					
Centre de santé					
Nbre cas familiaux					

RECHERCHE DE SARCOPE OUI NON Résultat

RECHERCHE AVITAMINOSE A CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Peau normale Xérose légère Xérose franche
 Ichtyose Kératose folliculaire Kératodermie

EXAMEN GENERAL Affection intercurrente :

Appréciation globale BON MAUVAIS MALNUTRITION

Examen d'urine FAIT NON FAIT

Résultats

Hématurie macroscopique Négatif
 1 Croix 2 Croix Plus de 2 croix

HYGIENE

Appréciation Subjective BONNE MAUVAISE

Nombre de bains/ sem.

Usage du savon OUI NON Nbre par jour

Type de savon Manufacturé Traditionnel Précisez

Nombre de lavage des vêtements/ sem.

Habitudes cosmétiques éventuelles

TRAITEMENT : STANDARDISE PRECISEZ _____
 NON STANDARDISE PRECISEZ _____

ENQUETE PREVALENCE DERMATOSES CHEZ LES ENFANTS, REGION DE KOULIKORO

FICHE N°1

VILLAGE

Zone

Urbaire viabilisée	
Urbaire non viabilisée	
Rurale	

Activité principale

Agriculture		Pêche		Urban		Autre	
-------------	--	-------	--	-------	--	-------	--

Nombre d'habitants

Accès aux grands axes de circulation

Présence d'un dispensaire

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Puit villageois aménagé ou forage

OUI		NON		Nombre	
-----	--	-----	--	--------	--

Accès à un circuit de distribution

MAGASINS	Nombre :	
MARCHE	OUI	
	NON	

Présence d'un plan d'eau

	OUI	NON
Marigot		
Mare		
Fleuve		

	KM
Distance du village	
Distance du village	
Distance du village	

ECHELLE DE GRAVITE DES PRINCIPALES DERMATOSES OBSERVEES

GALE

- 1 = prurit isolé (le diagnostic de gale étant affirmé du fait d'un contacte familial de gale typique)
- 2 = gale simple avec moins de 10 lésions élémentaires par site (les sites retenus sont les suivants: fesses, OGE, seins, mains, poignets, chevilles, coudes, genoux, paumes et plantes chez l'enfant en bas âge)
- 3 = gale profuse avec plus de 10 lésions élémentaires par site, ou lésions en nappe innombrables, ou site inhabituel (visage)
- 4 = gale eczématisée

En cas de **gale surinfectée**, cochez "Pyodermite" (code dermatose = 2), et grader la pyodermite

PYODERMITE

- 1 = 1 ou 2 éléments de petite taille, quelque soit les autres caractéristiques
- 2 = 3, 4 ou 5 éléments n'ayant pas les caractéristiques citées en 4
- 3 = 6 à 10 éléments idem
- 4 = plus de 10 éléments (4n, n =), ou inférieur ou égal à 10 éléments avec l'une des caractéristiques suivantes: Adénopathie satellite palpable (4a), 1 élément étendu (en surface ou en profondeur) (4e), Fièvre (4f), altération de l'état Général (4g), Impétigo primitif (4i)

TEIGNE

noter la surface du cuir chevelu intéressée

PRURIGO, MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, MYCOSES, VERRUES et toutes lésions pouvant être comptées:

noter le nombre d'éléments.

ECZEMA

Selon les cas: nombre d'éléments (lésions discontinues), surface (lésions en nappe)

(suite)

Le but de cette cotation, relativement complexe, est double: 1) Disposer d'une échelle objective de gravité, et donc justifier les conduites thérapeutiques sur des arguments non subjectifs. 2) Elaborer à partir de cette échelle et à partir des résultats (quels scores de gravité sont le plus souvent rencontrés?) des scores de gravité plus simples utilisables de façon pratique sur le terrain.

TRAITEMENTS STANDARDISES:

GALE

Protocole G1, gale simple: Benzoate de benzyle pendant 24 heures chez les enfants de plus de 12 ans, 12 heures chez les enfants de moins de 2 ans. Simultanément, simultanément à tous les membres de la famille (nettoyage du linge porté, sans application de produit particulier¹). **Si pyodermite associée**: selon le grade de la pyodermite, **si grades 1, 2 ou 3** traiter simultanément gale et pyodermite (protocole G2), **si grade 4**, selon possibilités locales: commencer par le traitement de la pyodermite puis traiter la gale après 72 heures (protocole G3), ou traiter simultanément en n'appliquant pas sur les zones largement ulcérées (G2)

PYODERMITE:

Selon le score de la pyodermite:

Grade 1 = antiseptie simple (savon, KmnO₄) = protocole P1

Grade 2 = antiseptie énergique (KmnO₄, Polyvidone iodée) = protocole P2

Grade 3 = antiseptie type P2 pendant 72 h; si absence d'amélioration à ce moment, passer à P4 = protocole P3

Grade 4 = antibiothérapie générale + antiseptie type 2 = protocole P4.

Choix de l'antibiothérapie: âge < 2 ans: erythromycine 30 mg/kg, âge > 2 ans: pénicilline retard 600 000 à 1 200 000 unités IM selon le poids.

TEIGNE

Rasage tête systématique

Griséofulvine 1g en prise unique (si poids > 20 kg)² = protocole T1

Ces protocoles thérapeutiques sont susceptibles d'évolution selon les résultats de l'enquête, si par exemple les dermatoses justifiant une antibiothérapie générale selon cette échelle étaient très fréquentes. D'autre part, il serait alors prévu bien entendu une simplification de ces schémas.

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 se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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