

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DIRECTION NATIONALE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI  
(ENMP)

ANNÉE 1995

N°

CONTRIBUTION A LA RECHERCHE D'UN TRAITEMENT TRADITIONNEL DE  
L'ECZÉMA - ETUDE PRÉLIMINAIRE SUR LA FAISABILITÉ D'UN PROTOCOLE  
D'ESSAI CLINIQUE

## THÈSE

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

Par  
**Bandiougou TRAORE**  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

## JURY

Président : Professeur Ogobara DOUMBO  
Membres : Docteur Somita KEÏTA  
Docteur Sanoussi NANACASSE  
Directeur : Professeur Arouna KEÏTA

ECOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE  
PHARMACIE DU MALI.  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1993 - 1994

ADMINISTRATION

Doyen : Issa TRAORE - Professeur  
1<sup>er</sup> Accesseur : Boubacar S. CISSE - Professeur  
2<sup>ème</sup> Accesseur : Amadou DOLO - Maître de Conférence Agrégé  
secrétaire Général : Bakary CISSE - Maître de Conférence  
Conseiller Technique: Bernard CHANFREAU - Chargé de cours  
Econome: Mamadou DIANE - contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR DER ET  
PAR GRADE

DER CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoul Karim KOUMARE	Chef de DER Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gyneco-obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr A.K. TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCE

Mme Sy Aïda SOW	Gynéco-Obstetrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhouseini AG AMOHAMED	O.R.L
Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Ortho- traumatologie
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiénan COULIBALY	Ortho-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Ibrahim ALWATA	Ortho- Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

### DER DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARÉ	Bactériologie - Virologie
Mr Sinè BAYO	Anatomie - Path- Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de DER
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

#### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

#### 3. MAITRE DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A DEMBELE	Chimie organique
Mr Massa SANAGO	Chimie analytique
Mr BAKARY M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahmane S. MAÏGA	Parasitologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABA	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'Yenigüe Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahmane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGOU	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie

## 5. ASSISTANT

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

## DER DE MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye AG RNALY	Méd int Chef de DER Medecine
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Méphrologie
Mr Aly Nouhoun DIALLO	Médecine interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiâtre
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr MamadouM. KEÏTA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine interne

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEÏTA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Ali DIALLO	Hémato-médecine interne

### 3. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Mr Moussa Y. MAÏGA	Gastroentérologie
Mr Somita KEÏTA	Dermato-leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine interne

### 4. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatre
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine interne
Mr Adama D. KEÏTA	Radiologie
Mme Tatiana KEÏTA	Pédiatrie

## DER DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEÏTA

Matière médicale

### 3. MAITRE DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAÏDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie clinique Chef de DER
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO	Matière médicale
Mr Alou KEÏTA	Galénique

### 5. ASSISTANTS

Mr Boubacar I. MAÏGA	Toxicologie
----------------------	-------------

## DER DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique Chef de DER
---------------------	----------------------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

### 3. MAITRE DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Sory I. KABA	Santé Publique
Mr Alain PRUAL	Santé Publique

### 5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO	Santé Publique
--------------------	----------------

## CHARGES DE COURS ET ENSEIGNEMENTS VACATAIRES

Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Mr N'golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANAGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie générale et minérale
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Yoro DIAKITE	Maths
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

Mme MA GA Fatoumata SOKONA  
Mr Niamanto DIARRA  
Mr Moussa I. DIARRA  
Mr Mamadou Bakary DIARRA

Hygiène du milieu  
Maths  
Biochimie  
Cardiologie

### PERSONNEL D'ENGAGEMENT (STAGES ET TRAVAUX PRATIQUES)

Dr Madani TOURE	H.G.T
Dr Tahirou BA	H.G.T
Dr Amadou MARIKO	H.G.T
Dr Badi KEÏTA	H.G.T
Dr Antoine NIANAO	H.G.T
Dr Kassim SANOGO	H.G.T
Dr Yéya I. MAÏGA	I.N.R.S.P
Dr Champere KONE	I.N.R.S.P
Dr Bamarie P. DIALLO	I.N.R.S.P
Dr Almahdi DICKO	P.M.I SOGONIGO
Dr Mohamed TRAORE	KATI
Dr Arkia DIALLO	P.M.I. CENTRALE
Dr Reznikoff	I.O.T.A
Dr P. BOBIN	I. MARCHOUX
Dr N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A
Dr Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Dr Hubert BALIQUE	C.T.MSSPA
Dr Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Dr Youssouf SOW	H.G.T.

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M. CISSE	Hydrologie
Mr B. FAYE	Pharmacodynamie
Pr M.L. SOW	Médecine Légale
Pr S.S. GASSAMA	Biophysique
Pr D. BA	Bromatologie
Mr G. FARNARIER	Physiologie.

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL



À LA MÉMOIRE :

- DE MA MÈRE HADIA IDOUAL

- DE MA GRAND-MÈRE MATERNELLE BIBATA MAÏGA

- DE MON ONCLE MATERNEL BOUBACAR MAÏGA

QUE LA MORT A BRUTALEMENT ARRACHÉ A NOTRE AFFECTION AVANT LA FIN DE CE TRAVAIL.

"QU'ILS DORMENT TOUS EN PAIX"

- A mon oncle Andédéou MAÏGA

Vous m'avez inculqué les vertus de la probité, de l'amour du travail bien fait. Vous n'avez cessé de me témoigner votre affection et votre estime. Vous avez été d'un grand secours tout au long de ma vie scolaire en consentant de lourds sacrifices pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Puisse ce travail couronner la juste récompense de vos peines.

- A mon père Mamadou TRAORE

Vous avez compris qu'éduquer un enfant, c'est aussi lui apprendre à être utile à son peuple pour les sacrifices consentis en vue de mon épanouissement moral et intellectuel.

Toute mon affection et ma gratitude, que Dieu vous prête longue vie.

- A ma tante Hadiaratou MAÏGA

Cette créature qui a tant consentis pour moi, qu'elle ne la fait que pour ses propres enfants. Je vous dois beaucoup.

Que Dieu le tout puissant, vous prête longue vie.

Puisse ce travail, le votre, constituer un motif de légitime fierté pour vous.

- Au capitaine de Gendarmerie Rhissa Ag BILAL et sa famille

Vous qui, par bonté et générosité m'avez accepté parmi vous à un moment important de ma vie scolaire.

Trouvez ici un témoignage de mon attachement.

- A mes frères et soeurs

Puissent se préserver d'avantage les sentiments fraternels que nous nous portons.

Ne me considérez pas comme un exemple, mais plutôt une étape à transcender.

- A mes neveux et nièces

Que j'aime beaucoup et auxquels je souhaite beaucoup de succès dans leur vie.

- A tous les miens

Pour leur sympathie, leur soutien moral et matériel. Soyez assurés de ma reconnaissance et de mon profond respect.

- A mes amis et amies

Je préfère ne pas les citer de peur d'en oublier.

- A mes camarades de promotion

Un signe de sincère et fraternelle amitié.

- A mes collaborateurs

Pour leur sympathie qu'ils ont toujours manifesté à mon égard.

# REMERCIEMENTS

- Aux Docteurs Ené Augustin ARAMA, Drissa DIALLO pour votre disponibilité et tous vos conseils.

- Aux Docteurs Ibrahima Sory TOURE, Ibrahima DOUARE, Monsieur Dramane CAMARA, pour vos conseils.

- A mes amis et amies, en souvenir des moments que nous avons passé ensemble.

- A tout le personnel de la D.M.T dont la franche collaboration nous a beaucoup aidés dans l'élaboration de ce travail.

- A tous ceux qui ont facilité ce travail, une grande reconnaissance.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

## AUX MEMBRES DU JURY

- A notre Président de Jury,

**Professeur Ogobara DOUMBO**

Professeur de Parasitologie à l'ENMP

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous nous réjouissons d'avoir bénéficié de vos cours de parasitologie, que vous avez toujours dispensé avec clarté et bienveillance.

Votre souci pour l'amélioration de la qualité de la formation et votre lutte pour la cause de la médecine au Mali, nous ont beaucoup impressionné.

Nous vous adressons ici nos sentiments de respect et de remerciement.

**Au docteur Somita KEÏTA**

Assistant Chef de clinique

Chargé de cours de Dermatologie à l'ENMP,

Dermatologue au Service de Dermato-Léprologie de l'Institut Marchoux.

Cher maître,

Je suis très honoré de votre appartenance au jury de cette thèse.

Honoré car votre présence dans ce jury est celle du spécialiste attiré que vous êtes, mais surtout celle d'un maître disponible à établir un véritable pont scientifique entre la dermopharmacie traditionnelle et la dermatologie clinique.

A l'Institut Marchoux, aussi bien qu'à domicile j'ai découvert le médecin qui a pour souci majeur, la santé du malade, oui, j'ai retrouvé l'homme.

Cher Maître, rassurez-vous des connaissances dont vous nous avez édifié.

**Au Docteur Sanoussi NANACASSE**

Chef de la clinique de Dermatologie du Dr Sanoussi NANACASSE

Votre disponibilité, votre esprit de collaboration et votre dynamisme font de vous un homme averti, soucieux du travail bien fait. Vos conseils et suggestions dignes

d'esprit scientifique qui n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail, nous témoignent de l'immense qualité d'homme de la société et d'homme de science.

Nous vous disons sincèrement merci. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A mon Directeur de Thèse, **Professeur Arouna KEÏTA**

Professeur de Pharmacognosie à l'ENMP

Chef du Département Médecine Traditionnelle/I.N.R.S.P.

Votre brillant esprit de recherche, votre doigté et votre endurance, seront un bel exemple pour nous.

Vos directives et vos conseils n'ont cessé de nous éclairer tout au long de ce travail. Par ailleurs votre lutte pour la revalorisation de la Médecine Traditionnelle force notre admiration.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre attachement.



## LISTE DES ABREVIATIONS

E.C.A : Eczéma de contact allergique.

E.N.M.P: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

D.D.L.: Degré de Liberté.

D.M.T.: Département Médecine Traditionnelle.

I.N.R.S.P.: Institut National de Recherche en Santé  
Publique

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé.

S.R.T: Série de Rapports Techniques.

# SOMMAIRE

TITRES	PAGES
1. INTRODUCTION	1 - 2
2. PREMIÈRE PARTIE	
TRAVAUX ANTÉRIEURS	
2.1. RAPPELS SUR LA PEAU	5 - 6
2.2. CONCEPTION ET TRAITEMENT DES ECZEMAS EN MEDECINE TRADITIONNELLE	
2.2.1. Définition	8
2.2.2. Manifestation dans le système traditionnel bamanan	8
2.2.3. Causes	8
2.2.4. Traitement	9
2.3. CONCEPTION ET TRAITEMENT DES ECZEMAS EN MEDECINE MODERNE	
2.3.1. Définition	10
2.3.2. Aspects cliniques communs au syndrome d'eczéma	10 - 12
2.3.3. Histopathologie	12 - 13
2.3.4. Physiopathologie	13
2.3.5. Classification	13 - 19
2.3.6. Traitement	19 - 24
2.4. RAPPELS SUR PSOROSPERMUM GUINEENSE	
2.4.1. description	25 - 26
2.4.2. Chimie Pharmacologie	26
DEUXIEME PARTIE	
TRAVAUX PERSONNELS	
3. METHODOLOGIE	27
3.1. Lieu d'étude	27
3.2. Période d'étude	27
3.3. Type d'étude	27
3.4. Randomisation	27 - 28
3.5. Médicament	28
3.6. Principe du traitement	28
3.7. Paramètres mesurés	28 - 29
3.8. Analyse des données	29
4. RESULTATS	30 - 41
5. COMMENTAIRE - DISCUSSION	42 - 44
6. CONCLUSION	45 - 46
7. PHOTOGRAPHIE D'ECZEMAS TRAITES PAR LA PSOROSPERMINE POMMADE A J - J.	47 - 53
8. BIBLIOGRAPHIE	54 - 57
9. ANNEXES	58 - 60

*INTRODUCTION*

# 1. INTRODUCTION

L'eczéma est une dermatose qui dérive d'un verbe grec se traduisant par "sortir en bouillonnant" (27).

Sur le plan clinique on observe une vésiculation précédée soit d'un érythème, soit d'un oedème. Les vésicules se rompent le plus souvent laissant de petites exulcérations qui suintent, puis se recouvrent de croûtes. Plus tard survient la desquamation voire la lichénification. La dermatose est prurigineuse.

Histologiquement, il s'agit d'une lésion inflammatoire de la peau qui débute par l'épiderme et se caractérise à sa période d'état par l'oedème et la vésiculation, accessoirement par l'arcanthrose et la parakérose.

Le diagnostic est le plus souvent clinique (27).

Au Mali, très peu de données épidémiologiques sont disponibles sur la prévalence de cette dermatose qui pose cependant un problème réel de santé publique. Une étude effectuée en 1990 à l'unité de dermatologie de l'Institut Marchoux de Bamako estime un taux de prévalence de 11% sur 3473 consultants enregistrés (10).

Dans nos pays en Développement le coût des médicaments importés en particulier les "spécialités" est très élevé par rapport au revenu moyen des populations. A cela s'ajoute le problème de l'approvisionnement.

La pharmacopée traditionnelle apparaît donc comme une alternative possible, pour diminuer les charges financières liées au coût élevé des médicaments et promouvoir les soins de santé des populations. En effet, près de 80% de la population malienne ont recours aux ressources de la médecine traditionnelle (16) ; (29).

Ainsi nous envisageons de tester l'efficacité clinique d'un médicament traditionnel amélioré à base d'extrait organosoluble de racines de *Psorospermum guineense*

Hochr (Hypericaceae) dans le traitement des eczémas. Ce médicament, qui est une pommade, est dénommé la "**Psorospermine**". L'efficacité de ce produit a été mesuré par rapport à un placebo.

Cette étude a été réalisée par le Département Médecine Traditionnelle de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (DMT/INRSP) en collaboration avec l'Unité de Dermatologie de l'Institut Marchoux et le Service de dermatologie du Dr NANAKASSE.

Dans la première partie de notre travail nous avons fait un rappel sommaire sur la peau et donné les conceptions et traitements des eczémas en médecines traditionnelle et moderne. Nous avons ensuite décrit la plante faisant l'objet de l'étude et indiqué sa chimie et sa pharmacologie. Dans la seconde partie nous présenteront notre méthodologie. Dans la partie résultats nous avons comparé l'effet du médicament par rapport au placebo et en deuxième partie l'effet du médicament sur les lésions eczémateuses. Dans la dernière partie nous commentons les différents résultats obtenus.

2

PREMIERE PARTIE  
TRAVAUX ANTERIEURS

*2.1 RAPPELS SUR LA PEAU*



## RAPPEL SOMMAIRE SUR LA PEAU

La peau est formée de plusieurs tissus (Figure 1) :  
l'épiderme, le derme et l'hypoderme :

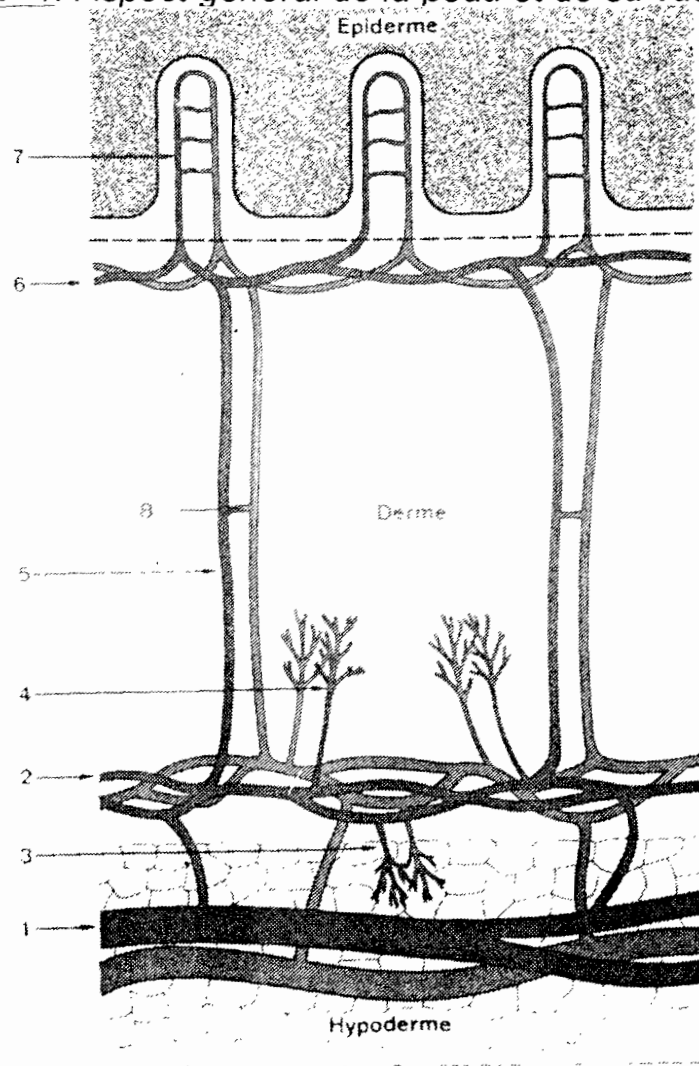
- Le tissu le plus superficiel, l'épiderme, comprend deux couches :

- . Une couche externe
- . Une couche interne.

- Le derme, situé sous l'épiderme, est un tissu fibreux, riche en collagènes, en vaisseaux sanguins et en terminaisons nerveuses spécialisées.

- L'hypoderme est adipeux ; son épaisseur et sa richesse en graisse varient selon sa localisation. Il assure l'isolation thermique et la protection mécanique de notre corps (13).

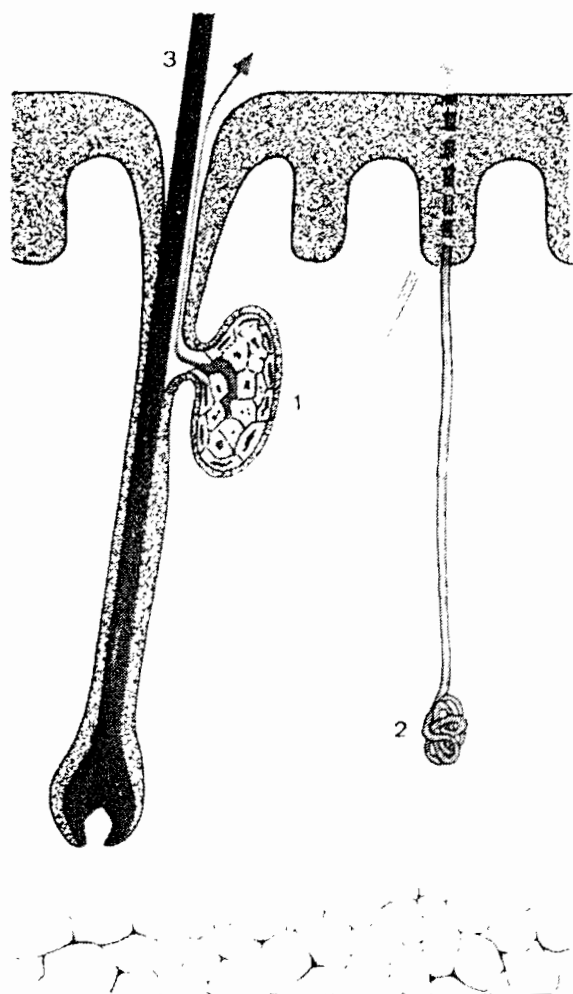
**Figure N° 1: Aspect général de la peau et de sa vascularisation**



La thermorégulation de la peau résulte de l'ouverture ou de la fermeture d'anastomoses artério-veineuses (8). Les artères sous-cutanées (1) forment le plexus artériolaire profond (2). De là partent les réseaux dermiques (4) et hypodermiques (3). Les branches artériolaires ascendantes (5) forment le plexus sous-papillaire (6). C'est ce dernier qui donne naissance au réseau papillaire (7).

Les annexes les plus importantes de la peau sont les glandes sébacées (1), les glandes sudoriques (2) et les follicules (3). Les follicules pileux forment la racine du poil, à laquelle la glande sébacée est annexée (Figure 2).

*Figure 2: Aspect général des annexes de la peau*



*2.2 CONCEPTION ET TRAITEMENT DES ECZEMAS EN MEDECINE  
TRADITIONNELLE*

### 2.2.1. DEFINITION

Le mot eczéma peut se traduire en bamanan par *ɔama* "ou" *ɔonɔɔ* (10).

Il s'agit alors de *ɔama* dans sa manifestation cutanée car en bamanan *ɔama* recouvre bien d'autres entités nosologiques.

### 2.2.2. MANIFESTATIONS DANS LE SYSTEME TRADITIONNEL

Dans le milieu traditionnel bamanan les manifestations cliniques du *ɔama* "ou" *ɔonɔɔ* "ou" parfois même *Boɔɔa*, sont bien identifiées par les thérapeutes. (10).

L'interrogatoire et l'inspection des malades leurs permettent de faire un diagnostic. Le *ɔama* dans sa forme cutanée est une maladie de tous les âges et de tous les sexes. Le début serait brutal par un prurit, à n'importe quelle partie du corps. La peau prend un aspect oedémateux dans la zone de grattage avec une couleur blanchâtre ou rougeâtre au début. Par suite de grattage répété, on voit apparaître de petites vésicules, qui peuvent grossir. Ces vésicules éclatent par la suite laissant échapper un liquide clair. A ce stade le *ɔama* "ou" *ɔonɔɔ* devient le *ɔama* joli "ou" *ɔama* jibota, "ou", *ɔonɔɔ* jibota. Une surinfection peut survenir ; la lésion prend alors un aspect jaunâtre.

En absence de traitement les vésicules éclatées se transforment en croûtes, avec persistances de prurit. L'évolution se fait généralement vers la chronicité. La peau prend un aspect très marqué et dur avec un prurit intense. A ce stade le *ɔama* prend le nom de kabafin.

### 2.2.3. CAUSES

Le *ɔama* "ou" *ɔonɔɔ* "ou" *Boɔɔa* serait causé par :

- L'usage de matériel de toilette de personne atteinte, (8),
- L'insalubrité des couchettes,
- Les eaux sales,
- Le contact avec certains animaux. (11).

#### 2.2.4. TRAITEMENT TRADITIONNEL

Plusieurs plantes sont signalées pour le traitement des eczémas. Parmi ces plantes nous citons :

NOMS SCIENTIFIQUES	NOMS BAMANANS	DROGUES	REFERENCES
<i>Anacardium occidentale</i> Linn.	Somo	Fruit	4-15
<i>Cassia nigricans</i> Vahl	Dimogotenè	Plante entière	8
<i>Cassia sieberiana</i> Dc.	Sindian	Feuilles Ecorces Racines	5
<i>Cissus quadrangulensis</i>	Wulujoloko	Plante	2
<i>Khaya senegalensis</i>	Jala	Ecorces	1-6-9
<i>Mitracarpus scaber</i> Zucc.	N'Géré-Ka-da	Plantes	3
<i>Psorospermum senegalensis</i> Spach	Kari jakuma	Feuilles Ecorces Racines	5
<i>Zizyphus mauritiana</i> lam	N'tomono	Feuilles Ecorces	2

*2.3. CONCEPTION ET TRAITEMENT DES ECZEMAS EN MEDECINE  
MODERNE*

### 2.3.1. DÉFINITION :

Pendant longtemps, le mot "eczéma", consacré par le langage populaire, a eu un contour flou, Il dérive d'un verbe grec qui se traduit par "sortir en bouillonnant", l'eczéma a une signification précise, si on lui accorde une définition anatomoclinique (27).

- **Cliniquement**, on observe une vésiculation précédée soit d'érythème, soit d'oedème. Les vésicules se rompent le plus souvent laissant de petites exulcération qui suintent, puis se recouvrent de croûtes. Plus tard survient la desquamation et souvent la lichénification. Il en résulte que peuvent coexister chez le même malade ces diverses lésions élémentaires. Celle-ci sont tantôt réparties d'une façon diffuse, tantôt groupées en placards à contours généralement irréguliers et émiettés, quelques fois cependant réguliers et nettement arrêtés. La dermatose est prurigineuse.

Elle évolue généralement par poussée et récidive souvent.

- **Histologiquement**, c'est une lésion inflammatoire de la peau qui débute par l'épiderme, et se caractérise à sa période d'état, par de l'oedème et de la vésiculation, accessoirement par de l'arcanthose et de la parakératose. IL s'y ajoute des lésions contingentes du derme.

Ces définitions permettent de comprendre l'évolution actuelle du vocabulaire dermatologique. On parle d'eczéma de contact allergique puisque cette affection possède à l'état pur tous les caractères anatomocliniques d'eczéma. Par ailleurs on préfère aujourd'hui le terme de dermite atopique à celui d'eczéma constitutionnel puisque dans cette maladie, outre les lésions eczémateuses proprement dites, existent d'autres signes cliniques tout aussi cardinaux : xérose et réaction vasomotrices aberrantes par exemple.

### 2.3.2.Aspects cliniques communs au syndrome d'eczéma

#### 2.3.2.1. Eczéma aigu :

L'eczéma aigu est une dermatose d'apparition habituellement soudaine. Il est en général prurigineux et se caractérise par des placards érythémateux souvent infiltrés, à bords émiettés et mal délimités. Sur socle érythémateux, plus ou moins induré, apparaissent en nombre variable des lésions élémentaires caractéristique, c'est à dire des vésicules claires de la taille d'une tête d'allumette. Les vésicules sont tantôt nettement isolées les unes des autres, 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).

L'image qui vient d'être décrite n'est pas systématiquement

observée. Certains eczémas aigus sont discrets, caractérisés par du prurit, de l'érythème et une légère infiltration papuleuse.

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 laissant s'écouler une sérosité plus ou moins abondante : on parle d'eczéma suintant. Le liquide de suintement est transparent ou légèrement jaunâtre.

Lorsqu'on éponge soigneusement la surface suintante, on aperçoit qu'elle est criblée de petites ulcérations arrondies ou ponctiformes : ce sont les puits eczématisés de Devergie. C'est par ces puits que s'écoule de façon incessante la sérosité. Les lésions confluent parfois en de vastes nappes dénudées. A cette phase une surinfection microbienne est fréquente. Le suintement devient louche, purulent ; les croûtes prennent l'aspect de croûtes impétigineuses, épaisses jaunâtres. Cet eczéma impétiginisé doit être différencié de l'eczéma microbien d'emblée.

Il n'est pas rare qu'un véritable placard de dermoépidermite microbienne remplace et masque l'eczéma primitif. Des placards de lymphangite, des pustulettes (staphylococciques) une adénopathie inflammatoire, de la fièvre accompagnent parfois cette surinfection secondaire.

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.

#### 2.3.2.2. Eczéma chronique :

L'eczéma chronique est un eczéma sec formé de placards érythémato-squameux, mal délimités, habituellement purigineux. 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 par des stries de grattage. L'épiderme se craquelle et se desquame de manière continue. (27)

#### 2.3.2.3. Eczéma lichénifié :

L'eczéma lichénifié est un eczéma de longue durée car le prurit subsiste longtemps en pareil cas : la peau est soumise à un grattage incessant. Le tableau classique qui en résulte est caractérisé par des placards assez bien circonscrits, 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 lichénifié, apparaissent parfois des vésicules groupées qui correspondent à des phases évolutives, plus aigus de l'eczéma.



L'eczéma atopique est une affection génétiquement transmise très prurigineuse, qui entraîne des lésions de grattage aboutissant à une lichénification et une hyperpigmentation. Les lésions prédominent au visage et aux plis de flexion (27)

L'eczéma lichenifié est en particulier, la modalité habituelle de la dermatite atopique chronique de l'adolescent et de l'adulte.

#### 2.3.2.4. 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 et parfois de poussées fébriles. De temps à autre, la surinfection est tellement marquée qu'elle masque l'eczéma sous jacent.

#### 2.3.2.5. Signes associés :

Il n'existe pas de marqueurs (signes cliniques ou biologiques) spécifiques du "syndrome eczéma en dehors des aspects anatomo-cliniques décrits ci-dessus. En pratique, on doit savoir qu'un eczéma qui persiste peut expliquer des adénopathies superficielles même en l'absence d'infection. Une éosinophilie sanguine parfois importante (1000/cm<sup>3</sup>) peut accompagner un eczéma quelle qu'en soit la cause. (27)

### 2.3.3. HISTOPATHOLOGIE DE L'ECZÉMA :

#### 2.3.3.1. Eczéma aigu :

Dans l'épiderme, la lésion histologique la plus constante est la spongieuse qui résulte d'un oedème intercellulaire (exosérose) d'intensité variable écartant les kératinocytes les uns des autres, les ponts intercellulaires sont fortement étirés. La spongieuse est surtout marquée dans les couches les plus inférieures de l'épiderme. Une accumulation plus importante de liquide abouti à la formation des vésicules (vésicules spongiotiques). Les bulles spongiotiques résultent de la coalescence des vésicules. Il existe une migration de cellules inflammatoires, essentiellement de lymphocytes, plus accessoirement de polynucléaires neutrophiles et des éosinophiles qui s'accumulent dans les vésicules spongiotiques (exocytose). Les puits eczématisés de Devergie, consécutifs à la rupture des vésicules spongiotiques apparaissent; comme des perforations de l'épiderme. Au dessus des papilles dermiques mise à nu existe un véritable puit intraépidermique dans lequel flottent des débris cellulaires et par lequel s'écoule la sérosité issue du derme papillaire. Le derme superficiel est le siège d'un oedème important. Les capillaires lymphatiques sont souvent dilatés. Il

existe un important infiltrat inflammatoire autour des capillaires du derme superficiel et moyen. Les cellules de l'infiltrat migrent des espaces périvasculaires vers l'épiderme.

#### 2.3.3.2. Eczéma chronique:

Ici, les différents caractères histopathologiques s'atténuent parfois même, certains d'entre eux font défaut dans les prélèvements. Spongiose et vésiculation sont réduites. La couche cornée de l'épiderme est habituellement épaissie, parakératosique, avec ici et là, la présence d'une croûte qui correspond à une ancienne vésicule. Dans le derme, l'infiltrat et oedème sont habituellement plus discrets.

Parfois, il existe au niveau de l'épiderme, des signes histologiques correspondant à la lichénification. La lésion prend une allure presque psoriasiforme : hyperplasie épidermique, crêtes épidermiques allongées et épaissies le plus souvent de taille variable arcanthose, hyperkérathose focale. (27).

#### 2.3.4. PHYSIOPATHOLOGIE

On admet que les eczéma correspondent à une réaction d'hypersensibilité à médiation immunitaire de type cellulaire. En fait ce mécanisme n'a été démontré expérimentalement que dans l'eczéma de contact allergique.

Dès lorsque les autres eczéma partagent avec l'eczéma de contact allergique un aspect anatomo-clinique similaire, il apparaît raisonnable dans l'état actuel de nos connaissances tout au moins de penser que ce dernier peut provisoirement servir de modèle de référence physiopathologique.

#### 2.3.5. CLASSIFICATION DES ECZEMAS

Il est classique de ranger les eczéma en deux grandes catégories:

- ceux qui relèvent avant tout des facteurs déclanchants extérieurs à l'individu (exogène) et;
- ceux dont l'origine, en grande partie méconnue serait propre à l'individu lui même (endogène).

Dans cette manière d'exprimer les choses transparait en filigrane un certain manque d'adéquation lié à nos incertitudes physiopathologiques, devant toute réaction eczémateuse. Le clinicien doit apprécier la part respective des facteurs exogènes, parfois intriqués de façon complexe dans un cas déterminé.

Pour bien saisir la difficulté d'une classification adéquate des eczéma, il importe d'en connaître les deux types principaux,

l'eczéma de contact allergique et la dermatite atopique, qui serve en quelque sorte de référence. C'est pourquoi nous reproduisons ici un tableau de classification simple.

**TABLEAU N°1**: Classification des eczémas (27)

### **ECZEMA D'ORIGINE "EXOGENE"**

- Eczémas de contact allergique;
- Eczémas allergiques par voie systémique.

### **ECZEMA D'ORIGINE "ENDOGENE"**

- Dermatite atopique
- Autres variétés d'eczéma
  - . Eczéma nummulaire
  - . Eczéma dysidrosique et dysidrose
  - . Eczéma dit microbien
  - . Eczéma de stase
  - . Eczéma craquelé
  - . Eczéma nutritionnels (ou métabolique)
  - . Dissémination secondaire d'un eczéma
  - . Eczéma séborrhéique.

#### **A. Eczéma de contact allergique**

##### ***Caractères généraux***

L'eczéma de contact allergique peut présenter les caractères cliniques d'un eczéma aigu ou chronique. Lorsqu'il évolue de manière chronique il se lichénifie fréquemment par grattage répété ou se surinfecte.

Il se développe sur les territoires cutanées en contact direct avec l'allergène. Lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec l'agent responsable, il n'apparaît en général que cinq à sept jours après le début du contact, parfois plus tardivement (sauf s'il ne s'agit pas en réalité d'un premier contact par le biais d'une sensibilisation croisée par exemple). Ultérieurement chaque contact avec l'allergène entraîne la réapparition beaucoup plus rapide des lésions c'est-à-dire

après 24 à 48 heures phase de révélation d'une réaction immunologique type retardé c'est-à-dire à médiation cellulaire. Dans la plupart des cas un eczéma de contact allergique s'étend au delà du territoire strict d'application de la substance allergisante: néanmoins, il correspond de manière précise à la zone de mise en contact avec l'allergène.

L'eczéma correspond de manière précise à la zone de mise en contact lorsqu'il est consécutif à l'utilisation de produits adhésifs comme le sparadrap, ou qu'il résulte d'une coulée sur la peau d'un liquide allergisant à évaporation rapide (eau de toilette). Dans la plupart des cas cependant, il s'étend au delà du territoire strict d'application de la substance allergisante.

Certains eczémas de contact allergique ont une localisation aberrante: exemple le vernis à ongle qui se localise volontiers aux paupières.

### Physiopathologie

L'étude de la physiopathologie de l'eczéma de contact allergique (E.C.A.) comporte l'analyse de trois facteurs, d'ailleurs étroitement intriqués qui ne sont séparés ici que pour des raisons didactiques:

1. Introduction d'une réaction immunitaire par l'application épicutanée d'un corps chimique et les lésions tissulaires qui résultent de cette réaction: c'est l'immunopathologie de E.C.A.
2. Le processus physiochimique qui conduit à la formation de l'antigène: ce sont les bases moléculaires de l'E.C.A..
3. Les raisons pour lesquelles seuls certains sujets développent un E.C.A. Il s'agit de l'épidémiologie et de la génétique de l'E.C.A, étroitement liées à la régulation de la réaction immunitaire.

### Immunopathologie

On a coutume de distinguer deux phases dans l'immunopathologie de l'E.C.A, la phase de sensibilisation ou d'introduction et la phase de révélation.

## B. Eczéma allergique "systématique"

Par définition, ce terme regroupe des réactions eczémateuses dues à des allergènes introduits dans l'organisme par voie systématique (injection, ingestion, implantation....) chez des sujets préalablement sensibilisés à ces allergènes par contact externe, c'est-à-dire par absorption transcutanée antérieure.

Les aspects cliniques sont variés: dysidrose palmaire de la face latérale des doigts; eczemas bien délimités, rouge sombre, des régions génitale et fessière, des plis de flexion des coudes, des paupières, des aisselles, du cou, etc., éruption maculo-papuleuse généralisée, plus exceptionnellement vascularites papuleuses ou purpuriques violemment excoriées, symptômes généraux tels que malaises, céphalées, etc.

## C. Dermatite atopique

Le terme dermatite atopique désigne l'ensemble des manifestations cutanées qui surviennent chez un sujet prédisposé génétiquement au développement d'autres affections atopiques (asthme bronchique et rhinite allergique par exemple) sans que cette association ne soit absolue et/ou nécessaire.

Les manifestations cliniques varient dans leur nature et leur distribution selon l'âge du patient; mais l'âge moyen d'apparition des symptômes se situe au environ de 8 mois.

- Entre 0 - 2 ans: les placards eczémateux de couleur rouge vif sont souvent oedémateux, parfois vésiculo-suintants et prédominent sur les zones convexes du visage front, joues, menton.

-Après l'âge de 2 ans: les placards sont lichénifiés, très prurineux, et se localisent aux régions concaves: plis des coudes, creux poplites, autres (sous fessier; du cou, du pied, retro-auriculaire etc.).

- A l'âge adulte: le tableau clinique revêt un polymorphisme lésionnel très particulier: peau sèche et rugueuse, placards lichénifiés papule type prurigo.

A tout âge on peut observer d'autres signes cliniques comme:

\* La chéilite: l'atteinte de la région péribuccale est souvent importante.

\* Le pityriasis alba: siégeant surtout au niveau des zones exposées à la lumière, est fréquent mais n'est pas un symptôme spécifique.

Le diagnostic est habituellement si évident chez l'enfant

qu'il est inutile de recourir à l'utilisation de critères diagnostiques, dont trois majeurs et trois mineurs par conventions autorise le diagnostic.

### Critères majeurs

- Prurit
- Topographie et aspect typique de lésions
  - . lichénification des plis chez l'enfant, ou à disposition linéaire chez l'adulte.
  - . visage et face d'extension des membres chez les enfants et les nourrissons.
- Eruption récidivante et/ou chronique
- Antécédents personnels et familiaux (asthme bronchite, rhinite allergique).

### Critères mineurs

- Xérose (sécheresse cutanée), ichtyose et/ou kératose pileaire et/ou hyperlinéarité palmaire.
- Chéilite, pityriasis alba
- Prurit à la transpiration.

## D. Eczéma nummulaire

L'adjectif nummulaire du latin nummulaire = pièce de monnaie, désigne la forme et la taille habituelle des lésions. Ces lésions sont constituées de plaques érythémateuses rondes ou ovulaires bien limitées et isolées les unes des autres. La vésiculation avec suintement peut survenir au cours de l'évolution, qui se fait vers la chronicité.

Le diagnostic clinique est en général aisé. Les tests épicutanés ne sont d'aucune utilité en raison de leur constance négativité, sauf en cas d'eczéma de contact allergique surajouté. (27)

## E. Dysidrose et eczéma dysidrosique

Dans sa variété la plus typique, la dysidrose se caractérise par une poussée de petites vésicules tendues profondément enchâssées dans l'épiderme. Cette poussée s'accompagne d'un prurit féroce. Les vésicules se développent dans l'épiderme palmo-plantaire. On parle d'eczéma dysidrosique quand les

vésicules se développent sur un fond érythémateux.

La dysidrose correspond à un mode réactionnel à divers stimulus. Certaines dysidroses sont cependant idiopathiques.

Le diagnostic clinique est le plus souvent évident.

### F. Eczéma dit microbien

L'eczéma dit "microbien" regroupe toute une série d'affections eczémateuses dans lesquelles des bactéries et/ou les produits de leur métabolisme semblent jouer un rôle. La définition de ce groupe d'affections est mal aisée étant donné les nombreuses polémiques qu'elles ont engendrées au cours des années quant à la pathogénie et au rôle véritable joué par les germes, les lésions se présentent sous forme de placards érythémato-érosifs, souvent suintants, avec localisation préférentielle au niveau des plis. La macération et la surinfection sont la règle.

Le diagnostic est essentiellement clinique.

### G. Eczéma destase

Il est secondaire à l'hypertension veineuse des membres inférieurs. Il semble lier d'avantage à une perfusion accrue des tissus qu'à une stase proprement dite. L'eczéma se présente sous forme de grands placards érythémato-suintants ou érythémato-squameux, souvent recouverts de petites croûtelles. Les lésions sont habituellement prurigineuses.

Le diagnostic est essentiellement clinique.

### H. Eczéma craquelé

L'image clinique est assez stéréotypée: il s'agit d'un eczéma sec squameux ou érythémato-squameux envahissant de manière diffuse des territoires plus ou moins étendus. Ces limites sont imprécises et son apparence clinique évoque un "dallage" irrégulier en pierres plates.

Les lésions sont tantôt prurigineuses, tantôt franchement douloureuses.

Le diagnostic est purement clinique.

### I. Eczéma associé à une mal absorption intestinal

Il s'agit d'un eczéma associé à une mal absorption intestinale. Les tests de mal absorption doivent être réalisés et en cas de positivité, il convient de procéder à une biopsie jéjunale.

## J. Dissémination secondaire d'un eczéma

Par dissémination secondaire, on regroupe toutes les situations au cours desquelles un eczéma limité au départ à un territoire précis du tégument présente plus au moins subitement une "Flambée" extensive avec invasion de région jusqu'ici épargnée.

## K. Eczéma séborrhéique

D'ordinaire la topographie différente des lésions et la présence de squames jaunâtres et grasses permettent le diagnostic.

### 2.3.6. TRAITEMENT CONVENTIONNEL DES ECZEMAS

#### PRINCIPE DE TRAITEMENT DU SYNDROME ECZEMA (27)

Le traitement de l'eczéma, c'est celui de sa cause lorsque celle-ci est accessible. Comme on le verra la cause d'un eczéma échappe parfois à une enquête portant minutieuse et le seul recours est la mise en oeuvre d'un traitement symptomatique adapté. Lorsque la cause est identifiée et accessible au traitement spécifique, le traitement symptomatique doit également être mis en oeuvre parallèlement.

L'eczéma étant une réaction inflammatoire, il est logique de traiter par anti-inflammatoire, la lésion étant accessible il est tout aussi logique d'appliquer l'anti-inflammatoire directement sur celle-ci. On conçoit dès lors que les corticoïdes topiques aient révolutionné le traitement de l'eczéma. Pour autant, le traitement symptomatique d'un eczéma ne se résume pas à la prescription de n'importe quel corticostéroïde topique mais relève d'une stratégie complexe et évolutive dans laquelle les habitudes thérapeutiques de l'ère "anti corticostéroïde" gardent une place = stratégie complexe parcequ'elle doit tenir compte du siège, du type de la cause de l'eczéma donc de sa guérison probable au décours du traitement symptomatique ou au contraire du risque de rebond dès l'arrêt de l'anti inflammatoire. Stratégie évolutive car le traitement doit être régulièrement adapté en fonction du développement chronologique des phases de la réaction inflammatoire (eczéma aigu; évolution eczéma chronique) du processus de réparation, de l'acceptabilité du traitement et des conditions socio-professionnelles du sujet.

#### 1. 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.

### Eczéma aigu

Cette phase étant caractérisée par la possibilité de suintement, on a coutume de dire qu'il faut "assécher". Ceci implique notamment de ne pas utiliser de corps gras occlusifs. L'attitude classique est de prescrire:

- Des lotions aqueuses légèrement antiseptiques = Hexomedine, chlorhexidine, nitrate d'Argent à 0,5 %; permanganate de potassium 1/20000 (les deux dernières ayant l'inconvénient de tâcher) appliquées sous formes de compresses humides. L'effet anti inflammatoire de ces mesures n'est pas nul et elles ont l'avantage de procurer un certain confort au patient les pulvérisations d'eau avec l'appareil de lucas championnière sont également utiles à ce stade si la zone atteinte le permet.

- Une "pâte à l'eau" qui par ses vertus astringentes et absorbantes contribue à tarir le suintement tout en protégeant l'épiderme érodé. La réalité de ces effets pharmacologiques n'a toutefois pas été démontrée. 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 par jour après la lotion aqueuse antiseptique. La phase de traitement d'attaque dure en principe 4 à 5 jours.

Phase de réparation d'un eczéma = à ce stade il convient de respecter la réparation naturelle qui succède à la phase inflammatoire aigu.

On peut poursuivre l'application de la lotion antiseptique et commencer le sevrage des corticoïdes (un jour sur deux puis un jour sur trois) et lui substituer une base neutre, il existe dans le commerce les excipients de certains corticoïdes, que l'on pourra utiliser à cette fin ceci permet un sevrage progressif sur une dizaine de jours. Lorsque le corticoïde est définitivement arrêté, le patient peut continuer, surtout pour des raisons psychologiques de confort,

à appliquer la base neutre.

### Eczéma chronique:

Le principe est ici de contrôler la réaction inflammatoire chronique et de réduire l'hyperplasie épidermique réactionnelle ceci implique un traitement initial plus actif (stéroïdes de niveau plus élevé et plus long, qu'une période de sevrage plus prudente et prolongée.

Le traitement d'attaque est identique à celui de l'eczéma aigu (lotion antiseptique, mais l'excipient du corticoïde peut être plus gras (ceci n'est plus une nécessité absolue avec les corticostéroïdes puissants dont les formes crèmes sont aussi adaptées à ces situations que les pommades). Le sevrage sera plus progressif, il conviendra d'utiliser le corticoïde topique quotidiennement pendant au moins une semaine puis garder une application un jour sur deux jusqu'au contrôle complet après ceci une période de 15 jours de traitement alterné un jour sur trois est souvent nécessaire à un résultat durable.

Par exemple la bétaméthasone est un dermocorticoïde à activité très forte dans le traitement des eczémas de contact, des eczémas variqueux, des dermatites atopiques et séborrhéiques, des eczémas lichénifiés (Betneval, celestoderm<sup>®</sup> et diprosone<sup>®</sup>. Par diminution de la dose (Aclosone<sup>®</sup>, celestoderm relais<sup>®</sup>) elle est prescrite également pour les dysidroses et les eczémas nummulaires.

Elle peut être associée à un anti inflammatoire comme l'acide salicylique (Betnesalic<sup>®</sup>, Diprosalic<sup>®</sup>, Glido). C'est pendant la période de sevrage en traitement alterné que l'on peut utiliser, soit l'excipient du corticoïde, une préparation au goudron ou à l'ichtyol qui aide à consolider la rémission.

### Pièges et cas particuliers

#### - Le siège de l'eczéma

Implique souvent de modifier légèrement le schéma ci-dessus. Au visage, les organes génitaux et dans les plis (surtout chez l'enfant) l'usage de corticoïdes doit être prudent et se

limiter à des produits de niveau anti inflammatoire faible. Aux paumes et aux plantes la pénétration médiocre des topiques justifie parfois le recours à un traitement occlusif voire à des traitements systémiques.

- L'étendue de l'eczéma:

Dès lors que la surface traitée dépasse 30 % de la surface corporelle, des effets, systémiques des traitements topiques sont à redouter et incitent à une prudence particulière.

- Problème de l'infection:

La plupart des eczémats sont finalement colonisés par des bactéries. Il est improbable que les lotions antiseptiques utilisées suffisent à contrôler ces surinfections, c'est pourquoi certains prônent l'utilisation systématique d'antibiotiques topiques, cette pratique ne saurait être généralisée (sauf) pour la dermatite atopique et certains eczémats dit microbiens car elle expose à des sensibilisations.

- Eczéma qui ne répond pas au traitement

Il s'agit là d'une situation particulièrement complexe qui expose à des erreurs thérapeutiques en chaîne. D'une façon schématique, on doit voir dans cette résistance trois causes possibles et y remédier au plus vite.

L'absence de réponse est due au traitement : choix d'un stéroïde de niveau insuffisant; allergie à l'un des constituants du traitement topique (antiseptique, conservateur, voire... stéroïde lui même). Il faut alors modifier l'ensemble du traitement après une pause de quelques jours où l'on utilise uniquement du sérum physiologique ou autre lotion antiseptique.

. L'absence de réponse est due à un élément surajouté en premier lieu une surinfection : il est en effet difficile devant un eczéma chronique et suintant de faire la part de l'inflammation allergique et de la surinfection. Il importe ici de faire des prélèvements pour identifier le germe prédominant et choisir l'antibiotique adapté, que l'on pourra administrer par voie locale ou générale selon l'étendue de la

dermatose.

. L'absence de réponse due au caractère particulièrement rebelle de l'eczéma : il est rare que les corticostéroïdes topiques puissants actuels ne parviennent pas à contrôler un eczéma. Si tel est le cas, il convient de rechercher la persistance de l'exposition au facteur sensibilisant qui entretient l'inflammation et interdit tout sevrage stéroïdien. Ces cas justifient des mesures particulières d'éviction lorsque le sensibilisant est identifié, ainsi que des traitements plus complexes (Puvathérapie, traitements immunosuppresseurs par voie générale) qui ne sont décidés qu'après une évaluation critique de la situation.

## 2. Traitement général

Il est souvent inutile.

. Les antihistaminiques anti H sont souvent administrer pour calmer le prurit, dermite atopique mise à part , il n'existe pas à notre connaissance d'étude contrôlée indiquant qu'ils soient utiles.

. Les antibiotiques ne sont indiqués que lorsqu'il existe une surinfection caractérisée et que la dermatose est trop étendue pour que cette surinfection soit contrôlable par un topique le cas de la dermite atopique est encore particulier en raison de la localisation constante par du staphylocoque doré.

. Les corticostéroïdes : la décision de traiter un eczéma par une corticothérapie générale est lourde de conséquence; on peut la prendre que dans des cas très particuliers et lorsqu'on prévoit un sevrage rapide possible et sans rebond (par exemple eczéma très aigu du visage ou des mains, on utilise alors 0,5 mg par kg par jour de prednisone pendant 3 jours avec un sevrage en une semaine) on ne traite pas un eczéma chronique par des petites doses de stéroïde au long cours. Cela expose à toutes les complications de la corticothérapie et à des rebonds lors de l'arrêt.

. La Puvathérapie et les ultraviolets: ces méthodes sont utilisées soit pour des eczémas palmoplantaires (irradiation

locale), soit pour des eczémas chroniques étendus. Elles représentent un appoint très utile pour permettre le sevrage des corticoïdes topiques et consolider une rémission.

. Les immunosuppresseurs: malgré le caractère très invalidant de certains eczémas chroniques généralisés, le recours aux immunosuppresseurs reste exceptionnel car leurs complications létales potentielles sont inacceptables dans une maladie qui ne met pas en jeu le pronostic vital. (27).

## 2.4.RAPPELS SUR PSOROSPERMUM - GUINEENSE

## LA PLANTE

### 2.4.1. DESCRIPTION

Psorospermum guineense Hchr: est une hypericaceae buissonnante de 2 à 5 m de hauteur. Les écorces, beige rougeâtre, se desquament par petites plaques. Les feuilles sont opposées, parfois verticillées par 3 ou subopposées (15).

La limbe est elliptique, long de 6 à 12 cm, large de 3 à 6 cm; sa base est cunéiforme, parfois arrondie; son sommet est en coin, ou arrondi avec une courte pointe brusque. On observe cinq à six nervures latérales principales. Le limbe est vert foncé sur la face supérieure et devient glabre et tomenteux sur la face inférieure: cette pubescence est souvent saumonée sur la nervure médiane. Le dessous du limbe est criblé de points noirs, visibles quand la pubescence n'est pas trop dense. Dans la pubescence, on distingue des poils étoilés.

Le pétiole est long de 6 à 12 mm, à pubescence tomenteuse roussé de même que les jeunes tiges(15).

Psorospermum guineense Hchr est une espèce soudano-guinéenne que l'on rencontre surtout dans les savanes arbustives et boisées et dans les jachères car elle rejette facilement. Elle est répandue du Sénégal au Cameroun. elle est fréquente de façon dispersée dans le sud et l'Est du Mali. (10); (15).

#### Synonymie

Pour G. Penso, Psorospermum guineense décrit par Hochr est identique à Psorospermum Senegalensis décrit par Spach. Cet auteur identifie également l'espace au Vismia guineensis décrit par Guil et Perr.

#### Noms vernaculaires

Bambara: Karidjakuma

Malinké: Kiti dankuma, Kato dakuma

Peulh: Koti dankuma, Kotidakuma

#### Place dans la systématique (12)

Règne	Végétal
Sous-règne	Eucaryotes
Groupe	Eucaryotes chlorophylliens
Sous- groupe	Embryophytes vasculaires
Embranchement	Spermaphytes

Sous embranchement	angiospermes
Classe	Dicotylédones
Sous-classe	Dialypétales
Série	Thalamiflores
Sous-série	Méristémones
Ordre	Gutiférales ou Hypéricales
Famille	Hypéricacées
Genre	Psorospermun
Espèce	Guineense

#### 2.4.2. CHIMIE - PHARMACOLOGIE

Nous ne signalerons ici que les constituants de la racine, qui constitue la drogue.

Elle renferme: 9,54 % de tanins cathéchiques (23); (24). Les propriétés antiseptiques des tanins sont bien connues.

- 1,53 % de composés anthracéniques (23); (24) qui participent, pour une large part, à son activité dans le traitement de dermatose. ce sont essentiellement l'acide chrysophanique, les dérivés de la geranyloxy-dihydroxyanthrone (7) et de la vismione (7).

- Des xanthomes méthoxylées dont la "Psorospermun " ou tétraméthoxy-xanthome (26).

- Des xantholignanes.

Des essais pharmacologiques effectués sur la souris blanche ont prouvé que le **Psorospermun guineense** Hochr, a une toxicité qui lui est conféré par un pigment rouge de nature anthraquinonique contenu dans l'écorce de racine.

L'action comparable à celle de l'hypéricine, se manifeste par une hypertrophie rénale avec congestion et par des hémorragies intestinales (12).



DEUXIEME PARTIE  
TRAVAUX PERSONNELS - ESSAI CLINIQUE

## 3. METHODOLOGIE

### 3.1. Lieu d'étude.

Nos patients ont été recruté au cours des consultations externes à l'Unité de Dermatologie de l'Institut Marchoux, à l'Hôpital Gabriel TOURE et à la Clinique de dermatologie du Docteur Sanoussi NANACASSE.

Notre produit la Psorospermine et le Placebo ont été préparés et conditionnés à la DMT.

### 3.2. Période d'étude

Cet essai s'est déroulé de novembre 1992 à juillet 1993.

### 3.3. Type d'étude

Il s'agit d'un essai clinique correspondant à la phase III sur un produit provenant d'une plante connue pour ses vertus thérapeutiques (8), (11), (15). Il s'agit d'un essai clinique à double aveugle comparant la Psorospermine à un placebo.

#### - Critères d'inclusion

Age supérieur ou égal à 3 ans. La limite inférieure de l'âge a été fixée à 3 ans par-ce-que la structure de la peau de l'enfant n'acquiert celle de l'adulte qu'à partir de cet âge (13).

- . Consentement à adhérer au protocole d'etude.
- . Eczéma confirmé par un Dermatologue.

#### - Critères d'exclusion

- . Age inférieur à 3 ans
- . Non consentement à adhérer complètement au protocole d'étude (association d'une autre médication: antibiotique; antihistaminique; dermocorticoïde).
- . Avoir reçu un autre traitement de l'eczéma sept jours avant celui de l'étude.

### 3.4. RANDOMISATION

Ces deux (2) produits ont été conditionnés dans des pots équivalents en taille et couleur par un pharmacien de la DMT, et codifiés DE et DO de sorte que ni l'expérimentateur, ni le patient ne pouvaient faire la différence entre le produit expérimental et le placebo pendant toute la durée de l'essai. Selon l'ordre de recrutement des patients, les pots étaient distribués par l'expérimentateur. Le premier malade choisit le

premier entre les deux lots, le deuxième malade devait alors être servi dans le deuxième lot de façon à avoir un effectif égal pour les deux lots à la fin de l'enquête.

Au cours de cet essai, le Placebo se trouve justifier par le fait que le pronostic vital est difficilement mis en jeu dans l'eczéma.

### 3.5. MEDICAMENT

#### 3.5.1. Médicament testé

##### Composition

. Extrait de Psorospermun guineense..... 1 g  
. Beurre de Karité désodorisé qsp.....100 g  
Conditionnement en pot

#### 3.5.2. Placebo

##### Composition

. Beurre de Karité désodorisé

Conditionnement en pot

L'homogénéité des lots a été contrôlée par l'équipe de la DMT (Pharmaciens):

- Macroscopique: l'aspect de chaque produit était observé à l'oeil nu après étalage sur lame.

- Microscopique: La répartition des composés organiques était observée sous microscope après étalage du produit sur lame.

### 3.6. PRINCIPE DU TRAITEMENT

- Après lavage des lésions à l'eau savonneuse, le produit (DE ou DO) est appliqué deux (2) fois par jours (matin et soir) pansement avec une bande ordinaire chaque fois que c'est possible (topographie de l'eczéma oblige).

- Une fiche de traitement avec explication, était remise au patient ou à son parent (cas des enfants).

- Les soins étaient ainsi pratiqués par les patients eux mêmes et le suivi est effectué par l'expérimentateur à J et J<sub>15</sub>.

Le traitement dure 15 jours. Pendant le traitement le patient doit éviter tout contact avec les allergènes.

### 3.7. PARAMÈTRES MESURÉS

Les résultats : efficacités et effets secondaires étaient consignés sur une fiche d'observation. Sur cette fiche d'observation sont mentionnés à J, les circonstances de déclenchement de l'eczéma, les aspects cliniques, les traitements antérieurs, la durée évolutive.

A J et J<sub>14</sub> étaient mentionnés :

. Les effets bénéfiques du produit :  
Cessation du prurit, tarissement du suintement;  
Cicatrisation des lésions, disparition totale de l'eczéma  
. L'inefficacité du produit sur:  
le prurit; le suintement, la persistance de l'eczéma  
. Les effets secondaires :  
Brûlures; irritation cutanée autour de l'eczéma, aggravation.  
. L'abandon du produit avec motif.

### 3.8. Analyse des données.

Nous avons comparé l'effet du produit à celui du placebo sur un certain nombre de lésions eczémateuses. La comparabilité du produit avec le placebo a été testée avec un certain nombre de paramètres. Nous avons utilisé le test de X corrigé de Yates et le test de Fisher pour comparer l'efficacité des produits des deux lots à j7 et j14..

Dans notre échantillonnage le lot DO a un quotâ plus important que le lot DE, cela s'explique par le fait que certains patients qui ont associé une autre médication à leur traitement ont été éliminés, d'autres patients par contre n'ont pas été retrouvés car, le suivi a été fait en externe (aucun cas n'a nécessité une hospitalisation).

#### 4. RÉSULTATS

##### 4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau N° I: Répartition en fonction du sexe et de l'âge

**LOT DE**

Sexe /Age	3-15	16-45	> 45	Total	%
Masculin	6	12	5	23	46 %
Féminin	2	22	3	27	54 %
Total	8	34	8	50	-
%	16 %	68 %	16 %	-	100%

Nous notons parmi les 50 malades du LOT DE que 23 patients étaient du sexe masculin (soit 46 %) et 27 patients étaient du sexe féminin soit 54 %).

- La répartition par tranche d'âge :

16 % de nos patients ont entre 3 et 15 ans;

68 % de nos patients ont entre 16 et 45 ans;

16 % de nos patients ont plus de 45 ans.

Tableau N° II: Répartition en fonction du sexe et de l'âge

**LOT DO**

Sexe/Age	3-15	16-45	> 45	Total	%
Masculin	6	13	8	27	45 %
Féminin	3	28	2	33	55 %
Total	9	41	10	60	-
%	15 %	68,66 %	16,33 %	-	100 %

Nous notons parmi les 60 malades du LOT DO que 27 patients étaient du sexe masculin (soit 45 %) et 33 patients étaient du sexe féminin soit 55 %).

- La répartition par tranche d'âge :

15 % de nos patients ont entre 3 et 15 ans;

68,66 % de nos patients ont entre 16 et 45 ans;

16,33 % de nos patients ont plus de 45 ans.

Tableau N° III: Répartition en fonction de la profession

Profession /Echantillon	DE	DO
Artiste	-	1
Chauffeur	3	2
Commerçant (e)	2	4
Coiffeur	1	-
Couturier	3	2
Cultivateur	1	1
Elève	3	6
Enfant	5	5
Enseignant (e)	1	4
Etudiant (e)	3	1
Gardien	1	-
Imprimeur	1	-
Infirmier (e)	2	3
Informaticien	-	1
Juriste	1	-
Maçon	1	2
Mécanicien	-	3
Ménagère	19	20
Menuisier	2	-
Militaire	1	4
Téléphoniste	-	1

les ménagères constituent le groupe professionnel dominant de notre échantillon. Les deux lots étaient comparables sur le plan professionnel.

Tableau N° IV: Répartition en fonction des circonstances de début de l'eczéma

Echantillon/Circonstance de début	Spontanée	Secondaire
DE	23	27
DO	27	33

Pour le LOT DE

- 23 patients présentaient un eczéma d'une façon spontanée, soit 46 %;

- 27 patients présentaient un eczéma d'une façon secondaire, soit 54 %.

Pour le LOT DO

- 27 patients présentaient un eczéma d'une façon spontanée, soit 45 %;

- 33 patients présentaient un eczéma d'une façon secondaire, soit 55 %.

Les deux lots sont comparables sur le plan circonstance de début  $\chi^2 = 0,01$ ,  $P = 0,93$

Tableau N° V: répartition en fonction de la durée de l'évolution de l'eczéma

Echantillon/ Durée de l'évolution	< mois	< 1 an	> 1 an
DE	35	8	7
DO	42	10	8

Pour le LOT DE

- 35 patients ont présenté un eczéma ayant apparu en moins d'un (1) mois soit 70 %;

- 8 patients ont présenté un eczéma ayant apparu en moins d'un (1) an soit 16 %;

- 7 patients ont présenté un eczéma ayant apparu il y a plus d'un (1) an soit 14 %.

Pour le LOT DO

- 42 patients ont présente un eczéma ayant apparu en moins d'un (1) mois soit 70 %;

- 10 patients ont présenté un eczéma ayant apparu en moins d'un (1) an soit 16,66 %;

- 8 patients ont présenté un eczéma ayant apparu il y a plus d'un (1) an soit 13,33 %.

Les deux lots sont parfaitement comparables sur le plan durée de l'évolution de l'eczéma.  $\chi^2 = 0,02$ ,  $P = 0,98$ .

Tableau N° VI: Répartition en fonction de l'allergène

Allergène/ Echantillon	DE	DO
Chaussure Militaire	1	3
Chaussure plastic	5	5
Ciment	1	2
Cosmétique	15	17
Huiles lourdes	3	4
Médicaments	1	1
Vernis	1	1
Nom identifié	23	27

Les allergènes comme le ciment et les huiles lourdes sont bien connus dans la littérature, et rentrent même dans le cadre de maladies professionnelles (30).

Les allergènes comme les cosmétiques, les médicaments et les vernis sont également signalés par la littérature (17); (25), les chaussures plastiques sont aussi signalées dans certains cas d'eczéma de contact. (18); (19).

Dans le cas d'allergène non identifié il peut s'agir d'eczéma d'origine endogène, ou simplement dû à l'incapacité du patient d'identifier un allergène donné avec lequel il a pu entrer en contact.

Tableau N°VII: Répartition en fonction du traitement eczémateux antérieur

Traitement/ Echantillon	DE	DO
Cidermex	2	3
Diprosalic	1	3
Diprosone	3	4
Kenalcol	-	1
Locacortène	2	5
Locasalène	3	2
Nérisone	1	2
Aucun traitement	38	40



Pour le LOT DE

- 12 patients ont appliqué un traitement anti eczémateux antérieur, soit 24 % ;  
38 patients soit 76 % n'ont appliqué aucun traitement anti eczémateux antérieur.

Pour le LOT DO

- 20 patients ont appliqué un traitement anti eczémateux antérieur, soit 33,33 % ; 40 patients soit 66,66 % n'ont appliqué aucun traitement anti eczémateux antérieur. Les deux lots sont parfaitement comparables sur le plan antécédant de traitement anti eczémateux.  $X^2 = 0,74$ ,  $P = 0,38$ .

Tableau N°VIII: Evolution du prurit en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J <sub>1</sub>	J <sub>7</sub>	J <sub>15</sub>
DE	50	38	29
Pourcentage	100 %	76 %	58 %
DO	60	30	8
Pourcentage	100	50 %	13,33 %

$$X^2 = 6,75$$

$$P = 0,009$$

$$X^2 = 22,42$$

$$P = 2.10^{-4}$$

Pour le LOT DE

A J<sub>1</sub>, 50 patients ont présenté un prurit contre 29 patients à J<sub>15</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté un prurit a passé de 100 % à J<sub>1</sub> à 58 % à J<sub>15</sub>.

Pour le LOT DO

A J<sub>1</sub>, 60 patients ont présenté un prurit eczémateux contre 8 patients à J<sub>15</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté un prurit a passé de 100 % à J<sub>1</sub> à 13,33 % à J<sub>15</sub>.

Il existe différence significative dans la distribution du prurit entre le lot DE et le lot DO à J<sub>7</sub> ( $X^2 = 6,75$ , ddl=1,  $P=0,009$ ) et à J<sub>15</sub> ( $X^2 = 22,42$ , ddl=1  $P = 2.10^{-4}$ ).

DO favorise la guérison du prurit eczémateux plus que DE.

Tableau N° IX: Evolution de l'érythème et / ou oedème en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J	J <sub>15</sub>
DE	11	8	8
Pourcentage	22 %	20	16 %
DO	10	5	2
Pourcentage	16,16 %	8,33	3,33 %

P=0,38 (Fischer) P=0,02 (Fischer)

Pour le LOT DE

- A J<sub>7</sub> 11 patients ont présenté érythème et / ou oedème eczémateux contre 8 patients à J<sub>15</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté érythème et / ou oedème eczémateux a passé de 22 % à J<sub>7</sub> à 16 % à J<sub>15</sub>.

Pour le LOT DO

- A J<sub>7</sub> 10 patients ont présenté érythème et / ou oedème eczémateux contre 2 patients à J<sub>15</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté érythème et / ou oedème eczémateux a passé de 16,16 % à J<sub>7</sub> à 3,33 % à J<sub>15</sub>.

Nous n'avons pas noté une différence significative dans la distribution de l'érythème et / ou oedème eczémateux entre le lot DE et le lot DO à J<sub>7</sub> P=0,38 au test de Fischer, par contre à J<sub>15</sub> le taux de guérison est plus élevé avec DO P= 0,02 par le test de Fischer.

Tableau N°X Evolution des vésicules et / ou bulles en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J	J <sub>15</sub>
DE	12	12	10
Pourcentage	24 %	24	20 %
DO	18	12	2
Pourcentage	30 %	20	3,33

X<sup>2</sup>=0,24 P=0,03(Fischer) P=10<sup>-1</sup>(Fischer)  
P=0,63

Pour le LOT DE

- A J<sub>7</sub> 12 patients ont présenté cliniquement vésicules et / ou bulles eczémateuses contre 10 patients à J<sub>15</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté cliniquement vésicules et / ou bulles eczémateuses a passé de 24 % à J<sub>7</sub> à 20 % à J<sub>15</sub>.

Pour le LOT DO

- A J 18 patients ont présenté cliniquement vésicules et / ou bulles eczémateuses contre 2 patients à J<sub>1</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté vésicules et / ou bulles eczémateuses a passé de 30 % à J<sub>1</sub> à 3,33 % à J<sub>15</sub>.

Nous avons noté une différence significative dans la distribution des vésicules et / ou bulles eczémateuses entre le lot DE et le lot DO ; à J7 P =0,03 et à J15 P=0,0001 .

Tableau N°XI : Evolution du suintement en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J <sub>1</sub>	J	J <sub>15</sub>
DE Pourcentage	12 24 %	12 24 %	10 20 %
DO Pourcentage	14 23,33 %	6 10 %	1 1,66 %

$X^2=0,02$       P=0,002 (Fischer)   P=4.10<sup>-4</sup> (Fischer)  
P=0,88

Pour le LOT DE

- A J 12 patients ont présenté cliniquement un suintement eczémateux contre 10 patients à J<sub>15</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté cliniquement un suintement eczémateux a passé de 24 % à J<sub>1</sub> à 20 % à J<sub>15</sub>.

Pour le LOT DO

- A J 14 patients ont présenté un suintement eczémateux contre 2 patients à J<sub>15</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté un suintement eczémateux a passé de 23,33 % à J<sub>1</sub> à 1,66 % à J<sub>15</sub>.

A J la distribution du suintement eczémateux est identique dans les deux groupes ( $X^2=0,02$  P=0,88).

La distribution du suintement eczémateux diffère significativement entre les deux groupes entre le lot DE et le lot DO à J, P=0,003 par le test de Fischer et à J<sub>15</sub> P = 10<sup>-4</sup> (Fischer)

DO favorise mieux la disparition clinique du suintement eczémateux que DE.

Tableau N°XII Evolution des squames et / ou desquamation en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J	J <sub>1</sub>
DE	11	11	10
Pourcentage	22,22 %	22,22 %	20,00 %
DO	10	8	2
Pourcentage	16,66 %	13,33 %	3,33 %

$$X^2=0,22 \quad P=0,64 \quad P=0,2 \text{ (Fischer)} \quad P=10^{-1} \text{ (Fischer)}$$

Pour le LOT DE

- A J, 11 patients ont présenté cliniquement squames et / ou desquamation eczémateuse contre 10 patients à J<sub>1</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté des squames et ou desquamation eczémateuse a passé de 22,22 % à J à 20,00 % à J<sub>1</sub>.

Pour le LOT DO

- A J, 10 patients ont présenté cliniquement des squames et / ou desquamation eczémateuse contre 2 patients à J<sub>1</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté des squames et / ou desquamation eczémateuse a passé de 16,66 % à J à 3,33 % à J<sub>1</sub>.

Nous avons noté une différence significative dans la distribution des squames et / ou desquamation eczémateuse entre le lot DE et le lot DO ; à J<sub>1</sub> P = 0,001

DO favorise mieux la disparition clinique des squames et / ou desquamation eczémateuse que DE.

Tableau N°XIII Evolution de la Lichenification en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J	J <sub>1</sub>
DE	4	4	4
Pourcentage	8,00 %	8,00 %	8,00 %
DO	8	8	4
Pourcentage	13,33 %	13,33 %	6,66 %

$$X^2=0,34 \quad P=0,56 \quad P=0,53 \text{ (Fischer)}$$

Pour le LOT DE

- A J 4 patients ont présenté une lichenification eczémateuse. A J<sub>1</sub> 4 patients présentent toujours une lichenification eczémateuse.

- Le pourcentage de malades ayant présenté une lichenification eczémateuse est resté le même de J à J<sub>1</sub> soit 8,00 %.

Pour le LOT DO

- A J. 8 patients ont présenté cliniquement une lichénification eczémateuse contre 4 patients à J<sub>10</sub>.

La distribution de la lichénification est identique dans DO et DE aussi bien à J. (X<sup>2</sup>=0,34 et P=0,56), J<sub>1</sub> (P=0,56) et J<sub>10</sub> (P=0,53 par le test de Fisher).

Tableau N°XIV : Evolution des eczemas aigus en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J <sub>1</sub>	J <sub>10</sub>
DE Pourcentage	35 70 %	34 68	29 58 %
DO Pourcentage	42 70 %	23 38,33	5 8,33 %

$$X^2 = 0,04 \quad P=0,83 \quad X^2 = 8,46 \quad P=0,004 \quad X^2 = 29,22 \quad P < 10^{-4}$$

Pour le LOT DE

- A J. 35 patients ont présenté cliniquement un eczéma aigu contre 29 patients à J<sub>10</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté cliniquement un eczéma aigu a passé de 70 % à J<sub>1</sub> à 58 % à J<sub>10</sub>.

Pour le LOT DO

- A J. 42 patients ont présenté un eczéma aigu contre 5 patients à J<sub>10</sub>.

- Le pourcentage de malades ayant présenté un eczéma aigu a passé de 70 % à J<sub>1</sub> à 8,33 % à J<sub>10</sub>.

Nous avons noté une différence significative dans la distribution des eczemas aigus entre le lot DE et le lot DO; à J X<sup>2</sup> = 0,04 P=0,83 ; à J<sub>1</sub> X<sup>2</sup> = 8,46 P=0,004 ddl=1 et à J<sub>10</sub> X<sup>2</sup> = 29,22 P < 10<sup>-4</sup>

DO favorise plus la guérison clinique des eczemas aigus que DE.

Tableau N°XV : Evolution des eczemas chroniques en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J	J <sub>1</sub>	J <sub>10</sub>
DE Pourcentage	15 30 %	15 30	14 28 %
DO Pourcentage	18 30 %	16 26,66	6 10 %

$$X^2 = 0,04 \quad P=0,83 \quad P=0,28 \text{ (Fisher)} \quad X^2 = 12,34 \quad P=0,001$$

Pour le LOT DE

- A J<sub>0</sub> 15 patients ont présenté cliniquement un eczéma chronique contre 14 patients à J<sub>1</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté cliniquement un eczéma chronique a passé de 30 % à J<sub>0</sub> à 28 % à J<sub>1</sub>.

Pour le LOT DO

- A J<sub>0</sub> 18 patients ont présenté un eczéma chronique contre 6 patients à J<sub>1</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté un eczéma chronique a passé de 30 % à J<sub>0</sub> à 10 % à J<sub>1</sub>.

Nous avons noté une différence significative dans la distribution des eczemas chroniques entre le lot DE et le lot DO; à J<sub>0</sub>  $X^2=0,04$   $P=0,83$   $ddl=1$ ; et à J<sub>1</sub>  $X^2=12,34$   $P=0,001$   $ddl=1$ . Les deux lots étaient comparables à J<sub>0</sub>  $P=0,28$  au test de Fisher.

DO favorise plus la guérison clinique des eczemas chroniques que DE.

Tableau N°XVI : Evolution des eczemas en fonction de la durée du traitement

Echantillon/Durée	J <sub>0</sub>	J <sub>1</sub>	J <sub>2</sub>
DE	50	49	43
Pourcentage	100 %	98 %	86 %
DO	60	51	11
Pourcentage	100 %	85 %	18,33 %

$P=0,017$  (Fisher)  $X^2=47,3$   $P<10^{-7}$

Pour le LOT DE

- A J<sub>0</sub> 50 patients ont présenté cliniquement un eczéma contre 43 patients à J<sub>2</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté cliniquement un eczéma a passé de 100 % à J<sub>0</sub> à 86 % à J<sub>2</sub>.

Pour le LOT DO

- A J<sub>0</sub> 60 patients ont présenté un eczéma contre 11 patients à J<sub>2</sub>.
- Le pourcentage de malades ayant présenté un eczéma a passé de 100 % à J<sub>0</sub> à 18,33 % à J<sub>2</sub>.

Nous avons trouvé une différence significative dans la distribution des eczemas entre les deux lots; J<sub>0</sub>  $P=0,017$  et à J<sub>2</sub>  $X^2=47,30$   $P<10^{-7}$

DO favorise plus la guérison clinique des eczemas que DE.

Tableau N°XVII : Evaluation de l'efficacité du traitement par le malade

Effacité/Echantillon	DE		DO	
Excellente	-		2	
Bonne	7	14 %	47	81,66 %
Moyenne	5		3	
Médiocre	38	86 %	8	18,33 %
TOTAL	50	100 %	60	100 %

$$\chi^2=47,30 \quad P<10^{-4}$$

Pour le LOT DE

L'efficacité du traitement évaluée par les malades eux-mêmes, a été bonne ou excellente dans 14 % des cas; moyenne ou médiocre dans 86 % des cas.

Pour le LOT DO

L'efficacité du traitement évaluée par les malades eux-mêmes, a été bonne ou excellente dans 81,66 % des cas; moyenne ou médiocre dans 18,33 % des cas.

Nous avons trouvé une différence significative dans la distribution de l'évaluation de l'efficacité de traitement par les malades entre le lot DE et le lot DO;  $\chi^2=47,30 \quad P<10^{-4}$

DDL=1

DO est plus efficace dans le traitement des eczemas que DE.

Tableau N°XVIII: Evaluation globale par le malade de la tolérance du traitement

Echantillon/Tolérance	DE		DO	
Excellente	3	96 %	2	88,33 %
Bonne	45		51	
Moyenne	1	4 %	4	11,66 %
Médiocre	1		3	
TOTAL	50	100 %	60	100 %

Pour le LOT DE

La tolérance évaluée par les malades eux-mêmes, a été bonne ou excellente dans 96 % des cas; moyenne ou médiocre dans 4 % des cas.

Pour LOT DO

La tolérance évaluée par les malades eux-mêmes, a été bonne ou excellente dans 88,33 % des cas; moyenne ou médiocre dans 11,66 % des cas.

Cependant, ces effets indésirables n'ont pas entraîné une interruption du traitement. La tolérance était comparable dans les deux groupes  $P=0.13$  au test de Fisher.

Au cours de notre essai nous avons rencontré un certain nombre d'eczémas. Il s'agit essentiellement:

- eczemas de contact allergique,
- eczemas nummulaires,
- eczemas dit microbien,
- eczemas séborrhéiques,
- eczemas dysidrosiques.



COMMENTAIRE - DISCUSSION

## 5.COMMENTAIRE - DISCUSSION

Il est nécessaire de faire ressortir un point essentiel avant tout commentaire à savoir:

C'est le patient lui-même qui est le mieux habilité à juger de l'efficacité d'un traitement. (14).

Dans cet essai la tranche d'âge la plus représentative est celle de (16 - 45 ans) pour les deux produits (tableau N°I et N°II). Les proportions en fonction de la tranche d'âge pour les deux (2) produits sont presque identiques.

Nos deux produits par ailleurs, sont parfaitement comparables, sur le plan profession, circonstance de début, durée de l'évolution de l'eczéma, traitement anti eczémateux antérieur.

Cet essai nous a permis de faire certaines constatations:

### **\* Prurit:**

Si on se réfère aux résultats ci-dessus nous pouvons affirmer que le produit DO a un effet très bénéfique sur le prurit eczémateux. A J 100 : de prurit, à J<sub>1</sub> seulement 13,33 présentent un prurit.

DE à J 100 de prurit, à J. 58 présentent un prurit (tableau N°VIII).

### **\* Eczéma :**

Nous avons eu une disparition de 81,67 des eczémas pour le produit DO à J<sub>1</sub> contre 14 pour le produit DE (tableau N°XVI).

**\* Tolérance:**

Des effets indésirables à type de brûlure, et d'irritation ont été signalés chez 2 patients pour le produit DE soit 4 % chez 7 patients pour le produit DO soit 11,66 %. Cependant, ces effets indésirables n'ont pas entraîné une interruption du traitement (tableau N°XVIII).

Ces différents résultats, vu la différence qui existe entre le lot DE et le lot DO nous permettent d'écrire que le produit DO a une action efficace certaine dans le traitement des eczémas. Sa tolérance a été bonne ou excellente dans 88,33 % des cas.

Ces résultats sont obtenus grâce à un extrait de racine de *Psorospermum guineense* qui n'est autre que le principe actif du produit DO.

Nous avons découvert la "Psorospermine" à la fin de l'expérimentation.

Si l'on se réfère à la littérature, le **Psorospermum guineense** est signalé pour ces effets bénéfiques dans le traitement des dermatoses prurigineuses, squameuses, croûteuses, suintantes ou non dont les eczémas. (8); (11); (15).

Cependant pour ce produit DO 18,33 % des eczémas n'ont pas disparu à la fin du traitement.

Ces résultats restent appréciables, car si on se réfère à la littérature l'eczéma bien souvent ne répond pas au traitement.

Notre préparation galénique s'appuyant sur les normes spécifiées de la Pharmacopée internationale (21), la "**Psorospermine**" pommade riche en composés du groupe des anthracéniques (10), comme le dithranol médicament essentiel (22), et surtout en composés de type xanthones et xantholignanes est une contribution aux objectifs du département médecine traditionnelle de l'Institut National de Recherche en Santé Publique.

Cet essai étant la première phase d'un programme ambitieux de recherche devant se dérouler à l'Institut Marchoux, nous a permis de faire une orientation dans le traitement traditionnel des eczémas.

Il a permis en plus de répondre à certaines exigences de l'O.M.S.: à savoir en matière de médicaments traditionnels, se limiter à ceux dont l'efficacité clinique a été prouvée. (20).

Notre espoir par cet essai est de faire la réconciliation des deux (2) systèmes moderne et traditionnel au grand soulagement de nos populations, et prouver une fois de plus que médecine moderne et traditionnelle ont le même objectif qui est de soulager et guérir. (28).

**CONCLUSION**

## 6. CONCLUSION

L'eczéma est une dermatose qui évolue généralement par poussée. Elle récidive très souvent cela suppose un traitement adapté à son évolution.

Notre essai bien que constitué d'un échantillon moyen a concerné tous les stades évolutifs de la dermatose, et nous a permis d'aboutir à la conclusion suivante :

Le produit DO (Psorospermine) en application locale pendant deux (2) semaines favorise la guérison clinique des eczémas.

Nous avons noté une disparition de 81,67 % des eczémas chez nos patients pour le produit DO (Psorospermine), contre 14 % pour le produit DE (Placebo). La différence est significative dans la distribution des eczémas entre la Psorospermine et le Placebo à J<sub>1</sub> et J<sub>2</sub> (tableau N°XVI).

La Psorospermine pommade a également un effet bénéfique sur le prurit eczémateux.

Nous avons noté une disparition du prurit chez 86,67 % de nos patients pour la Psorospermine pommade contre 42 % pour le Placebo. La différence est significative dans la distribution des eczémas entre la Psorospermine et le Placebo à J<sub>1</sub> et J<sub>2</sub> (tableau N°VIII).

La tolérance du traitement par la Psorospermine pomade a été excellente ou bonne dans 88,33 % des cas.

Aux termes de ce premier essai clinique nous pouvons dire, que la Psorospermine pommade doit être considérée comme un traitement traditionnel de l'eczéma.

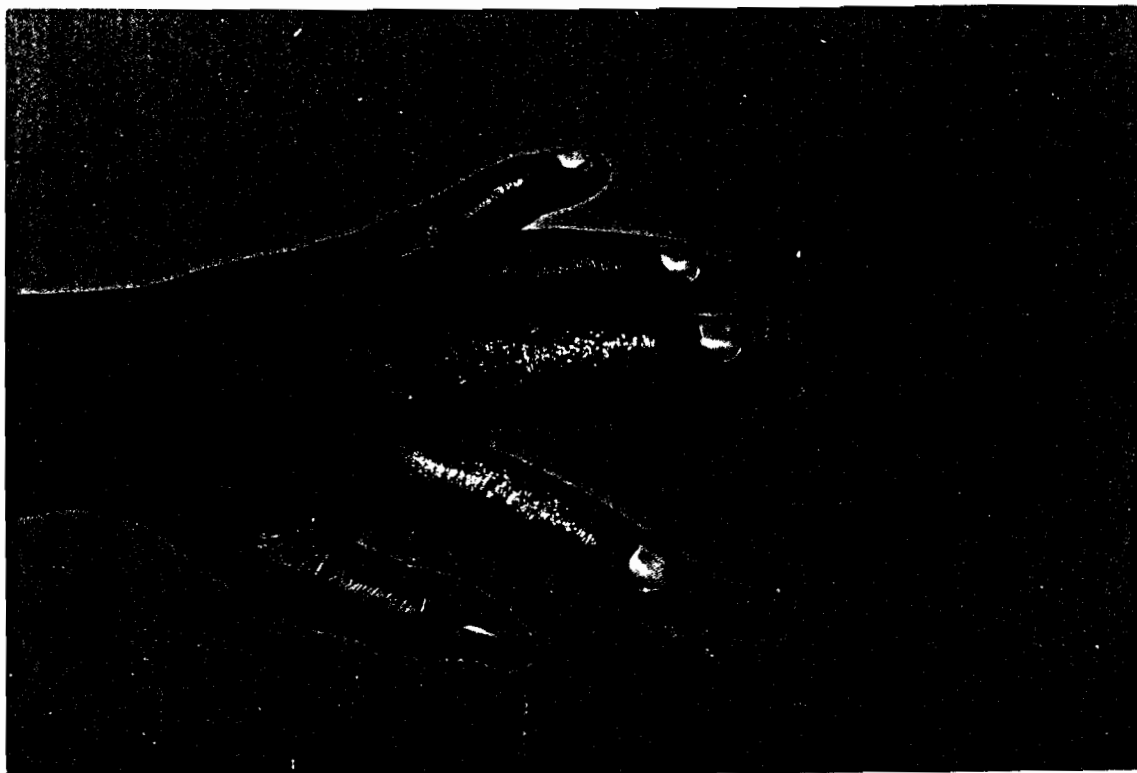
Nous souhaitons la poursuite de ce travail, afin d'approfondir les connaissances sur ce produit au grand soulagement des malades qui souffrent d'eczéma.

7. PHOTOGRAPHIE D'ECZEMAS TRAITES PAR LA PSOROSPERINE  
POMMADE A  $J_0$  -  $J_{15}$

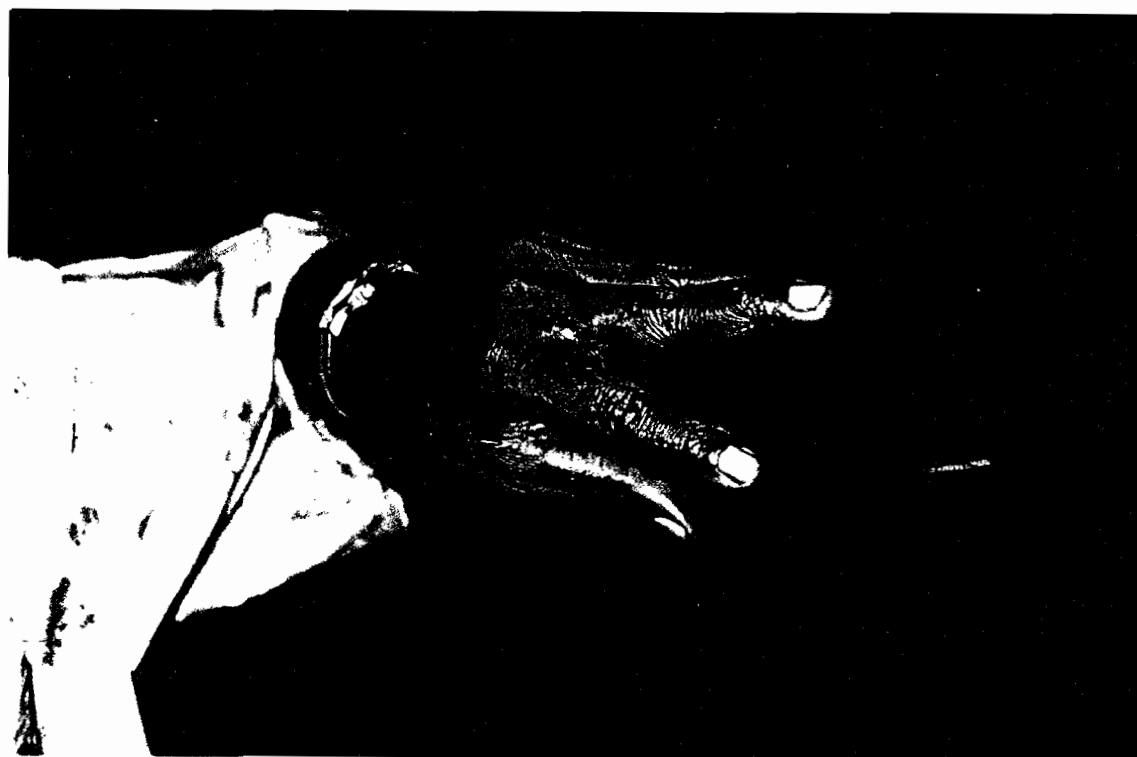


ECZEMA VESICULO -SUINTANT TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



OBSERVATION N°1 : *Eczéma vésiculo-suintant traité par la "Psorospermine" pommade*

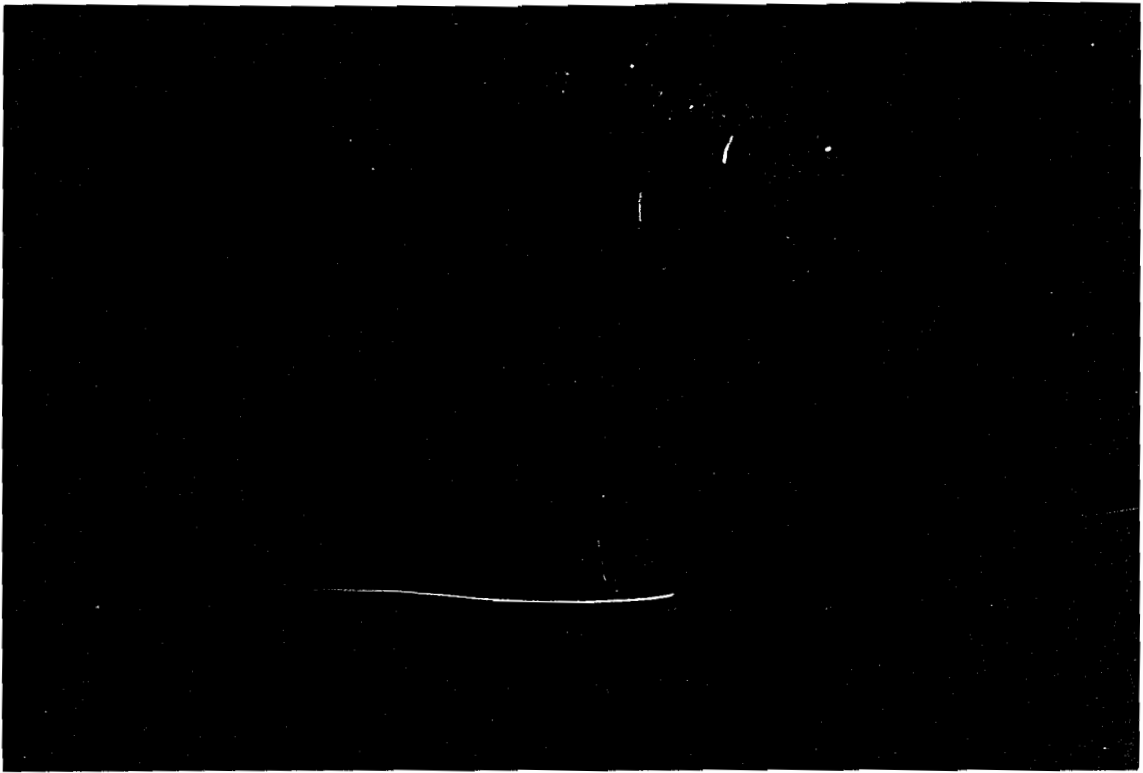
A J0 Eczéma vésiculo-suintant niveau de la face dorsale de l'index et du majeur de la main gauche. Les vésicules dispersées donnent un aspect rugueux à la peau, le suintement donnant un aspect brillant sur la photo.

La photo est prise au niveau de la D.M.T/I.N.R.S.p

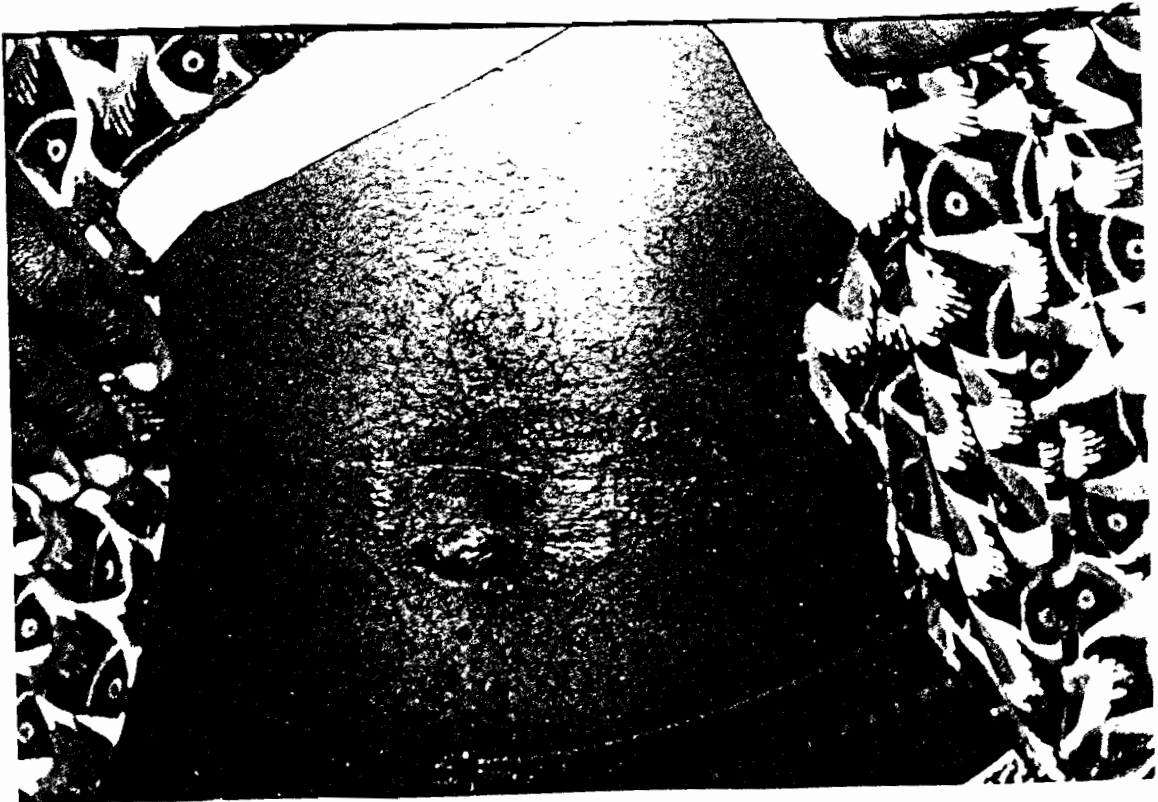
A J15 Après traitement: la cicatrice clinique est lisse.  
photo prise dans un studio.

ECZEMA AIGU OEDEMATEUX TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



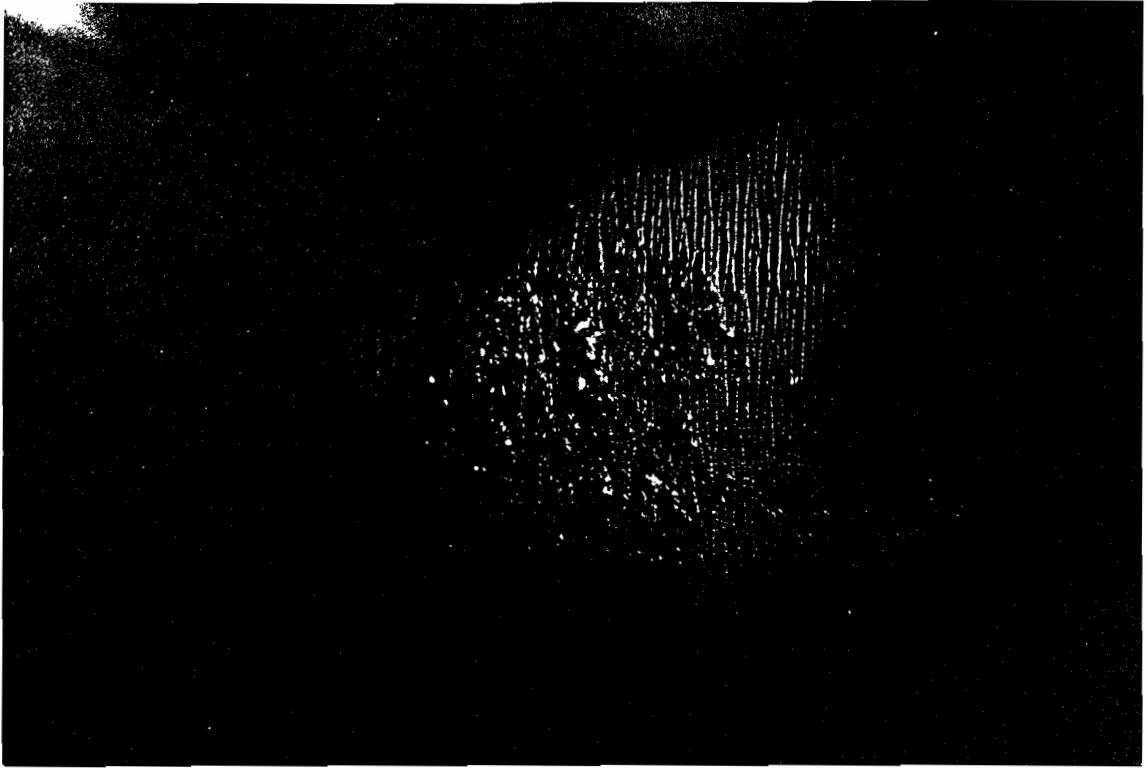
OBERVATION N° 2 : *Eczéma aigu oedémateux traité par la "Psorospermine"*  
*pommade*

A J<sub>0</sub>. Eczéma oedémateux au niveau du cadran supéro-externe du nombril . La lésion donne un aspect ridé, avec un pôle supérieur bien distinct du reste de la peau.  
photo prise à la D.M.T/I.N.R.S.P.  
photo prise le jour par un premier photographe.

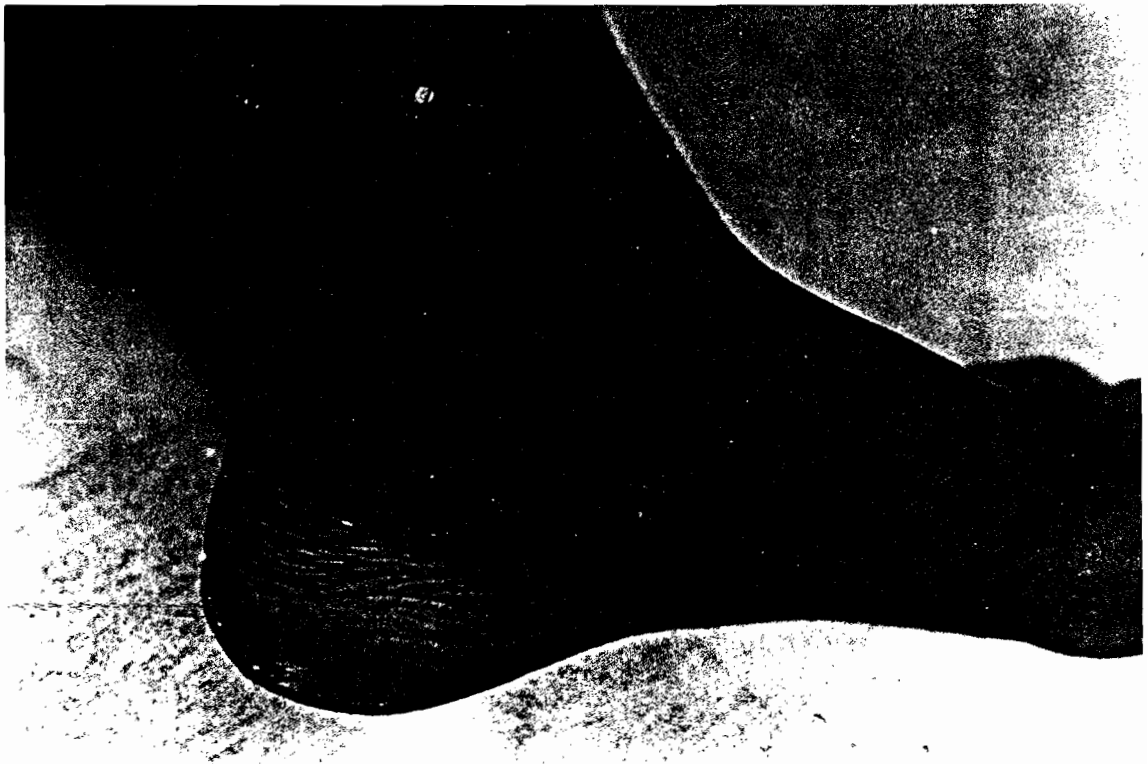
A J<sub>1</sub>. Après traitement, régression de l'oedème, la cicatrice est visible autour du nombril.  
photo prise au domicile du malade par un deuxième photographe.

ECZEMA VESICULO -BULLEUX TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



OBSERVATION N° 3 : *Eczéma vésiculo-bulleux traité par la*  
*"Psorospermine" pommade*

A J0 Eczéma vésiculo-bulleux au niveau de la face dorsale du pied. La lésion constituée de vésicules, de bulles et de croûtes donne un aspect rugueux à la peau, la lésion est bien distincte.

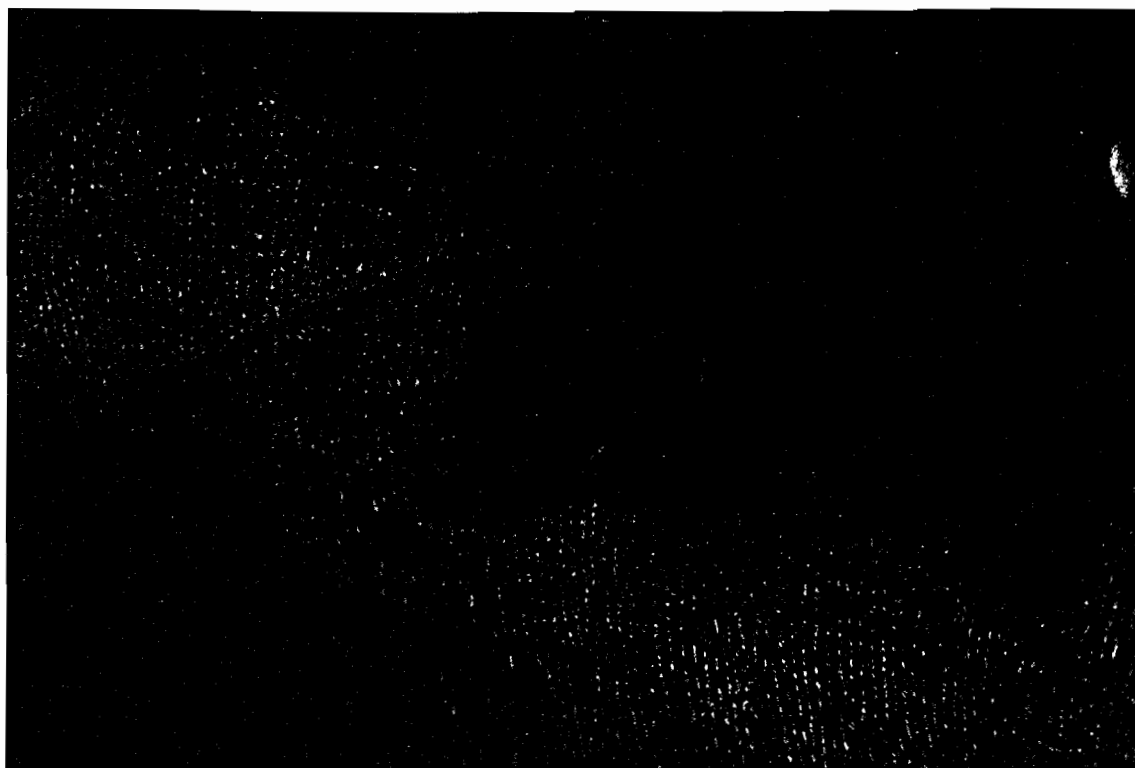
photo prise à la D.M.T/I.N.R.S.P par le premier photographe le jour.

A J15 Après traitement, décalpage de la lésion, avec une cicatrice lisse.

photo prise au domicile du malade par un deuxième photographe, la nuit.

ECZEMA SUINTANT TRAITE PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



OBERVATION N°4 : Eczéma suintant traité par la "Psorospermine" pommade

A j0 Eczéma suintant au niveau de la plante du pied droit. La lésion est visible au niveau de la partie centrale de la photo.

Photo prise à la D.M.T/I.N.R.S.P, le jour par le premier photographe.

A J15 Après traitement; la cicatrice clinique de la lésion est lisse.

photo prise au domicile du malade par le deuxième photographe, la nuit.



ECZEMA CHRONIQUE SQUAMEUX TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



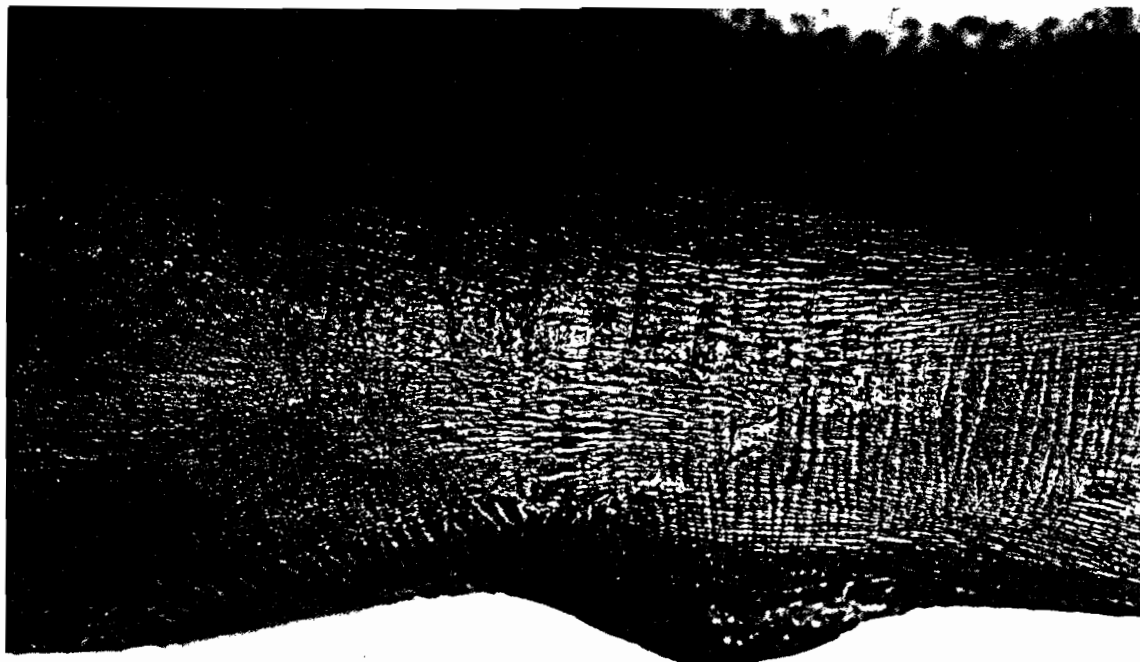
OBERVATION N°5 : *Eczéma chronique squameux traité par la  
"Psorospermine" pommade*

AJo Eczéma chronique squameux à la limite du poignet  
s'étendant vers le bord de l'éminence sthenart de la main  
droite; la lésion réalise un placard squameux caractéristique.  
photo prise dans un studio, le jour sous projecteurs.

A J15 Après traitement, décalpage de la lésion, avec une  
cicatrice clinique lisse.  
photo prise au domicile du malade par le deuxième photographe,  
la nuit.

ECZEMA LICHENIFIE TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



OBSERVATION N° 6 : *Eczéma lichénifié traité par la "Psorospermine"*  
*pommade*

A J0 Eczéma lichénifié au de la face dorsale du pied gauche.  
La lésion donne un aspect ride et dur, plus une sécheresse de  
la peau, avec présence de fines squames.  
photo prise au niveau de la D.M.T/I.N.R.S.P par le premier  
photographe, le jour.

A J15 Après traitement, décalpage de squames, de la  
lichénification, la peau devient souple.  
photo prise au domicile du malade par le deuxième  
photographe, au crépuscule.

ECZEMA LICHENIFIE TRAITÉ PAR LA  
"PSOROSPERMINE" POMMADE

A J<sub>0</sub>



A J<sub>15</sub>



OBSERVATION N°7 : Eczéma lichénifié traité par la "Psorospermine"  
pommade

A J0 Eczéma lichénifié de la face dorsale du pied droit. La lésion réalise un aspect ride et dur, avec présence d'une sécheresse cutanée et de squames. La lésion reste très marquée sous l'effet du grattage.

photo prise au niveau de la D.M.T/I.N.R.S.P, par le premier photographe, le jour.

A J15 Après traitement, décalpage de squames, la peau devient souple, avec disparition de la lésion de grattage. La cicatrice clinique ressemble au reste de la peau.

photo prise au domicile du malade par le deuxième photographe, la nuit.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. ADJANOHOUM. (E.J).

Médecine traditionnelle et pharmacopée

Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Mali; Ed. A.C.C.T; Paris, 1985.

2. ADJANOHOUM. (E.J).

Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Niger; Ed. A.C.C.T; Paris, 1985.

3. ADJANOHOUM. (E.J).

Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Togo; Ed. A.C.C.T; Paris 1986.

4. BERHAUT JEAN

Flore illustré du Sénégal ;

Dakar, 1971, Tome I, Ministère du Développement Rural et de l'Hydraulique.

5. BERHAUT JEAN

Flore illustré du Sénégal ;

Dakar, 1975, Tome IV, Ministère du Développement Rural et de l'Hydraulique.

6. BERHAUT JEAN

Flore illustré du Sénégal ;

Dakar, 1976, Tome V, Ministère du Développement Rural et de l'Hydraulique.

7. BOTTA (B), DELL (M.F), DELLE (M.G),  
MARINE

(B.G B) and OGUAKWA (J.U).

3.Geranyloxy methyl 1.8.Dihydroxyanthraquinone and  
Vismiones C. D ant E from phytochemistry, 1983, 22 (2) :  
539-542.

8. CAMARA (D)

Sur l'utilisation des plantes à action cicatrisante et  
antiseptique externe ;



Thèse pharm, ENMP, Bamako, 1984.

9. CESAR fernandez de la Predella

Des plantes qui nous ont guéris,  
Haute Volta ; Ouagadougou, 1981  
Petit seminaire de Pabre BP 4393,

10. DIARRA (I.I)

Contribution à l'étude de quelques aspects des dermatoses  
en médecine traditionnelle au Mali ; Thèse pharm, ENMP,  
Bamako, 1990.

11. DIAKITE (D)

Essais sur les traditions sanitaires et médicales Bambara  
du Bélé Dougou ; Bamako, ENMP, 1988.

12. GUIMARD J.L.

Abrégé de Botanique.  
Paris, 1986, 6ème ed, Masson 170-172.

13. Journal de Pharmacie de Belgique

Les pathologies cutanées courantes et leurs traitements.  
Paris, Milan, Barcelone, Mexico, 1993, Tome XLXIII (4).

14. Journal International de Médecine

Traitement des douleurs lombaires aiguës: Essai ouvert non  
comparatif du Piroxicam injectable, N°168.

15. KERHARO (J), ADAM (J.C)

La pharmacopée traditionnelle sénégalaise: plantes  
médicales et toxiques; 1974, Paris Vigot et Frère éd :  
1011P

16. KOÏTA (M)

A comparative study of "Sumakala and chloroquine Malaria  
treatment In a area. Mali: Rapport submitted at the London  
School Hygien and tropical medecine MSL.

17. Nouvelles dermatologiques, Nov 1991, 10 (9 )
18. Nouvelles dermatologiques, Janvier 1993, 12 (1)
19. Nouvelles dermatologiques, 1993, 12 (10)
20. O.M.S.

La réglementation des produits pharmaceutiques dans les pays en développement : Problèmes juridiques et approches possibles, Genève, 1986.

21. O.M.S.

Comités d'experts de spécification relatives aux préparations pharmaceutiques, S.R.T, 1993, N° 834 .

22. O.M.S.

L'utilisation des médicaments essentiels, S.R.T, 1992, N° 825.

23. PLANCHE (O)

Etude d'une hypericaceae de Guinée, la karidjakima (Psorospermum guineense Hochr), Thèse Doct Pharm, Paris, 1948.

24. PLANCHE (O)

Le Psorospermum guineense Hochr ou "Karidjakuma" de la guinée française Ann Pharm; Thèse Doct Pharm, Paris, 1948.

25. PUISSANT (A)

Maladies de la peau et maladies vénériennes, 1982.

26. ROBIN. (R.P), GRAHAMC. (R)

Antinéoplastic agents from higher plants application of tander mass spectrometry to xanthomes from Psorospermum febrifrigum, , Journal of naturel products, 1990, 49 (3) : 412 - 423.

27. SAURAT (J.H) GRASSHANS (E) LAUGIER  
(P) LACHAPPELLE (J.M)

Dermatologie-Vénérologie, Paris, Milan, Barcelone,  
Mexico, éd Masson, 1990.

28. SCHATZ (J)

Un objet en commun,  
Sant. mond. , O.M.S, 1979.

29. UNICEF

Enfants et femmes au Mali : une analyse de situation,  
1989.

30. TOURAINÉ (R), REVUZ (J).

Dermatologie clinique et vénéréologie, éd Masson révisée,  
1984.

1. *Handwritten text inside a rectangular box, likely a signature or stamp.*

Annexe 1: Fiche d'enquêtes

LOT

I. FILLIATION DU PATIENT

Nom:----- Prénom:-----

Age:----- Sexe:-----

Profession:-----

Adresse Complète:-----

-----

-----

II. ANTECEDENTS MEDICAUX

- Familiaux:-----

-----

-Personnels:-----

-----

III. HISTOIRE DE LA MALADIE

- Date de la première apparition:-----

- Facteurs favorisants:-----

- Mode évolutif (en une poussée ou non):-----

- Les signes d'accompagnement:-----

-----

- Autres:-----

-----

IV. TRAITEMENTS ANTERIEURS

Préciser:-----

-----

Donner l'évaluation sous ces traitements

-----

-----  
Indiquer la date de l'arrêt définitif du dernier traitement.  
-----  
-----

V. DIAGNOSTIC Eczéma:-----  
-----  
-----

VI. ETIOLOGIE  
-----  
-----  
-----

VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- NFS:-----

- Prélèvements:-----

- Autres:-----

RESULTATS  
-----  
-----  
-----

VIII. EVOLUTION SOUS TRAITEMENT (OBSERVATIONS)

Nature de l'affection:-----

Signes cliniques:-----  
-----  
-----

J -----  
-----  
-----

J.

J.

J.

J.

CONCLUSION

# SERMENT D'HYPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, de vant l'effigie d'Hyppocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honnaires.

Admis dans 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 à s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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



Nom: TRAORE  
Prénom: BANDIOUGOU

TITRE DE LA THESE:      *CONTRIBUTION A LA RECHERCHE D'UN  
TRAITEMENT TRADITIONNEL DE  
L'ECZEMA - ETUDE PRELIMINAIRE  
DUR LA FAISABILITE D'UN  
PROTOCOLE D'ESSAI CLINIQUE.*

ANNEE : 1995

VILLE DE SOUTENANCE:      *BAMAKO*

PAYS D'ORIGINE:      *MALI*

LIEU DE DEPOT: *Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de  
Pharmacie*

SECTEUR D'INTERÊT: *Médecine Traditionnelle et Dermatologie*

## RESUME :

Cet essai préliminaire à double issu a concerné deux (2) produits un placebo et un médicament testé, dans le traitement des Eczémas.

Ces deux produits ont été codifiés avant le début de l'expérimentation DO et DE.

Sous l'échantillonnage DO identifié à la fin de l'expérimentation comme étant le médicament testé "**Psorospermine**", nous avons noté une amélioration considérable des eczémas par rapport à l'échantillonnage DE (placebo).

A J. : Une disparution de 81,67 % des eczémas pour DO "**Psorospermine**" contre 14 % pour le produit DE placebo.

**Mots clés:** Eczéma, "Psorospermine" Placebo.

# FICHE TECHNIQUE DE PROJET DE RECHERCHE

**TITRE** : Etude clinique de l'activité antifongique et antibactérienne en dermatologie de préparations galéniques tirées de la pharmacopée traditionnelle.

## ENONCE DU PROBLEME

Les dermatoses infectueuses sont fréquentes en milieu tropical et s'observent au Mali dans une population où 80 % des patients ont un faible pouvoir d'achat. Le retard à la consultation ou même le refus de consulter sont souvent liés à l'incapacité des malades à se procurer les médicaments prescrits en dermatologie.

La pharmacopée traditionnelle et la politique de médicaments essentiels apparaissent comme des alternatives possibles pour accroître l'accessibilité financière des soins de santé. Ainsi l'OMS encourage le développement de la phytothérapie dans les pays en développement, mais exige au préalable que l'efficacité des recettes utilisées soit prouvée.

## OBJECTIF GENERAL

Evaluer l'efficacité clinique de différentes préparations galéniques tirées de la pharmacopée traditionnelle sur les dermatoses d'origine mycosique et bactérienne.

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Tester l'activité antifongique en dermatologie de quatre préparations galéniques tirées de :
  - racines de psorospermum guineense
  - feuilles de Cassia alata
  - feuilles de Mitracarpus Scaber
  - feuilles de Bryophyllum Pinnatum.
- Tester l'activité antibactérienne en dermatologie de quatre préparations galéniques tirées de :
  - feuilles de Vépris heterophilla
  - feuilles de Mitracarpus Scaber
  - feuilles de Bryophyllum Pinnatum.
  - Inflorescence de cymbopogon giganteus

## METHODOLOGIE

- Population cible : personnes âgées de plus de cinq ans consultant en dermatologie à l'Institut Marchoux pour des dermatoses d'origine mycosique ou bactérienne.
- Echantillonnage : deux échantillons
  1. 200 cas d'épidermomycose non eczématisée et non surinfectées (ptyriasis versicolor, dermatophyties) de la peau

glabre et du cuir chevelu confirmé par l'examen mycologique de prélèvement au niveau des lésions et n'ayant pas été traitées au cours des 7 jours précédant la consultation.

2. 200 cas de dermatoses bactériennes (impétigo, ecthyma) n'ayant pas été traitées au cours des 7 jours précédant la consultation et dans lesquelles l'examen microscopique direct ou de prélèvement révèle la présence de l'un ou de l'association des germes suivants : Staphylocoque doré, Streptocoque.

Inclusion dans l'essai thérapeutique par randomisation des patients entre les traitements proposés et un placebo (beurre de karité) pour les épidermomycoses.

Randomisation des patients entre les traitements proposés et un médicament de référence (la pommade à l'acide fusidique) les dermatoses bactériennes.

#### **Exclusion :**

. Toute dermatose infectueuse dont l'agent pathogène n'est ni le staphylocoque doré, ni le streptocoque ni l'association des deux.

Les épidermomycoses des plis (prédisposés à la macération) .

#### **METHODE DE COLLECTE DES DONNEES**

Recueil sur fiche des données cliniques et biologique les 1<sup>er</sup>, 7<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> jours.

#### **LIEU DE COLLECTE DES DONNEES**

Unité de dermato-léprologie et biologie.

#### **ANALYSE DES DONNEES**

Entrée et analyse des données sur logiciel EPIINFO

**DUREE DE L'ETUDE :** 6 mois (Février à juin 1994)

#### **RESULTATS ATTENDUS**

- Mise en évidence ou non de l'efficacité des préparations galéniques testées.
- Promotion des préparations galéniques efficaces.
- Augmentation de l'arsenal thérapeutique des dermatoses.
- Soutien de la recherche en matière de phytothérapie.