

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

=====

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

=====

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
Année : 1994 - 1995

N

TITRE :

**ETUDE DE QUELQUES APPROCHES SIMPLIFIEES
DE DIAGNOSTIC ET DETRAITEMENT DES
DERMATOSES COURANTES APPLICABLES DANS
LES STRUCTURES DE SOINS
NON SPECIALISEES DU MALI.**

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le.....1995
devant

L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Par

Mr. DABO JACOB

Pour obtenir le grade de Docteur en Medecine

(Diplome d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Examineurs : - Docteur Mountaga COULIBALY

- Docteur Bourama MAIGA

Directeur de Thèse : Docteur Somita KEITA

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

ADMINISTRATION

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

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

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

3. MAITRES DE CONFERENCE

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

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

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

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

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

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

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

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

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

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

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

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

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ

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

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

3. ASSISTANTS

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

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ

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

3. MAITRES DE CONFERENCE

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

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

A MON PERE Joseph DABO

Tu nous a tracé la voie de la vertu, de l'honnêteté et l'amour du prochain.

Merci pour les sacrifices consentis.

A MERE Marie Reine DIARRA

Tu n'a menagé aucun effort pour notre réussite.

Tu demeures la femme idéale. Patience, tolérance, générosité, ne sont elles pas quelques unes de tes qualités ?

Ce modeste travail est une des récompenses de ton courage, de tes peines et sacrifices.

A MES FRERES ET SOEURS

Puisse la sincérité, la spontanéité avec laquelle nous nous sommes aidés rester inébranlables.

Ce travail est aussi le votre.

A TOUTES MES BELLES SOEURS

Et particulièrement à ma belle soeur

Mme DABO née Françoise SIDIBE

pour sa patience et sa tolérance. Votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais manqué

Veillez retrouver toute ma reconnaissance.

A MES BEAUX FRERES

- Sidi SANGARE
- Marcelin KEITA
- Marcel KONE
- Lamine SANGARE

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MES AMIS

- Idrissa TOURE
- Drissa CISSE
- Batougounè SYLLA
- Seydou WATTARA
- Dr Djibril BAGAYOKO
- Dr Boubacar S. TANGARA
- Dr Mamoutou TRAORE
- Dr Issa BEN ZAKOUR

Votre réconfort moral ne m'a jamais manqué.
Toute ma reconnaissance.

AU DOCTEUR SIDIBE Felix Lajou

Votre aimabilité, votre constante disponibilité et abnégation totale envers autrui font de vous un être aimé de tous.

Toute ma profonde gratitude.

MES REMERCIEMENTS

A Tout le Personnel de l'Ecole Nationale de Medecine
et de Pharmacie du Mali.

A tous mes Collègues de la Promotion 1984 - 1990

A tous le Personnel de l'Institut Marchoux

A tout le Personnel du Dispensaire Quartier-Mali

A tout le Personnel du Dispensaire de Baguinéda

Merci pour votre Collaboration.

A Monsieur

Boureïma MAIGA

Medecin Chef du Centre de Santé du

Quartier-Mali

Spécialiste en gyneco-obstétrique

Tout le plaisir est pour moi de vous voir parmi les membres de ce jury de Thèse malgré vos multiples préoccupations. Votre compétence a fait du centre de Santé du Quartier-Mali une référence sur le plan national.

Recevez toute ma reconnaissance.

A Monsieur

Mountaga COULIBALY

Medecin Spécialiste en Santé Publique

Inspecteur de Santé Publique

Votre aimabilité, votre constante disponibilité, votre gentillesse forcent l'admiration de tous.

Vous resterez toujours un exemple de bonté et de gaieté.

Toute notre admiration.

**A notre Directeur de Thèse
Monsieur Somita KEITA
Assistant Chef de Clinique à l'Unité
dermato-léprologie de l'Institut Marchoux**

Durant notre séjour à l'unité dermato-léprologie, nous avons apprécié votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait et votre envie de partager vos connaissances avec les autres et le sérieux avec lequel vous vous rattachez à la formation des Etudiants en médecine. Ce sont là quelques unes de vos qualités humaines qui ont fait de vous le maître admiré de tous les étudiants.

Soyez rassuré de l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Président du Jury
Monsieur le Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Agregé en Santé Publique
CHEF D.E.R Santé Public à l'ENMP
Directeur de l'E.S.S**

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de présider le Jury de Thèse, malgré vos multiples occupations tant administratives qu'universitaires. Votre immense qualité humaine et haute conscience professionnelle attestent la grande audience que vous aviez auprès de vos pairs. Votre grande expérience de la Santé Publique nous a éclairé et guidé dans l'élaboration de ce travail.

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Soyez pour nous un exemple à suivre et assuré Monsieur le Président, l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

E.S.S	: Ecole Secondaire de la Santé
BH	: Bacille de Hansen
BL	: Forme borderline lépromateuse
BT	: Forme borderline tuberculoïde
L	: Forme lépromateuse
LL	: Lèpre lépromateuse
MB	: Multibacillaire
T	: Forme tuberculoïde
PB	: Paucibacillaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P 1
<u>CHAPITRE I</u> : GENERALITES	P 4
1. 1°) Rappel	
- Revue de quelques dermatoses courantes.	
- Notions de thérapeutiques dermatologiques	
<u>CHAPITRE II</u> : MATERIELS ET METHODES	P 20
2. 1°) Lieux d'Etude	
2. 2°) Méthodologie	
<u>CHAPITRE III</u> : RESULTATS	P 29
3. 1°) Résultats de l'enquête d'évaluation sur la qualité du diagnostic et des soins dermatologiques dans les deux dispensaires (quartier Mali et Baguinéda).	
3. 2°) Résultats de l'application des arbres de décision dans le diagnostic - et le traitement des dermatoses courantes.	
3. 3°) Coût des différents arbres décisionnels.	
<u>CHAPITRE IV</u> : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	P 36
CHAPITRE V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	P 43
<u>CHAPITRE VI</u> : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	P 46
<u>CHAPITRE VII</u> : ANNEXES.	P 48

INTRODUCTION

La dermatologie est l'étude des maladies et des Etats pathologiques de la peau (selon Larousse). La recherche d'une approche simplifiée de diagnostic, de traitement dans le domaine de la dermatologie vise à apporter, aux personnels non spécialisés ; une ligne générale d'action face aux problèmes des affections cutanées courantes.

Au Mali, la dermatologie comporte les affections spécifiques au climat chaud, à la peau noire et les affections cutanées rencontrées dans les pays tempérés ; déterminant ainsi une pathologie vaste et complexe créant même un réel problème de santé publique.

En 1990 ; 9 894 consultants ont été enregistrés au Bureau des Entrées de l'Institut Marchoux. Cet effectif est passé de 11 416 en 1991 et de 13 019 en 1992 ; et cette fréquence ne cesse d'augmenter.

On y rencontre : des affections virales (rougeole, varicelle, zona, herpès, condylome acuminé) ; des affections parasitaires (scabiose ou la gale, myase rampante, onchocercose, leishmaniose cutanée) ; des affections cutanées dues aux champignons (pityriasis verticolor, dermatophytie, herpès circine, teignes du cuir chevelu) ; des affections microbiennes (lèpre, impetigo, syphilis, tuberculose) des affections de mécanisme immuno - allergique (eczema, prurigo strophulus, urticaire) et toutes les affections de cause inconnue (lichen plan, psoriasis, vitiligo).

Ces maladies de peau ont ceci de particulier que le malade voit sa lésion. A ce titre, il souhaiterait une disparition rapide de sa maladie qui lui semble-t-il l'enlaidit ou le salit.

Voulant hâter la guérison, car supposant parfois à une malédiction ou conjuration d'un mauvais sort. Il modifie les lésions en entreprenant un traitement traditionnel ou médical conseillé verbalement le plus souvent par un ami, un voisin ou un personnel médical non qualifié. Il en découle parfois des complications parmi

lesquelles : l'eczématisation, la dépigmentation, les surinfections. Ces lésions auto entretenues peuvent se pérenniser aboutir à long terme à des conséquences comme atrophie dermo-épidermique (amincissement de l'épaisseur du derme et de l'épiderme) ; une lichenification. Sous cette lichenification (épaississement réactionnel de la peau) ; l'affection causale continue d'évoluer ce qui entraîne le plus souvent un préjudice esthétique susceptible de poser des problèmes psychiques sociaux et thérapeutiques.

Cependant, des soins dermatologiques sont assurés à travers le pays, dans les centres de santé et dispensaires. Ces soins ne répondent pas, à la satisfaction des malades, et beaucoup d'entre eux sont vus par les spécialistes avec des lésions aggravées ou modifiées. Cette insuffisance de la qualité des soins semble être liée à la faible connaissance des affections cutanées par un personnel médical n'ayant reçu aucune initiation à la dermatologie.

De nos jours, la dermatologie hospitalière n'est pratiquée qu'à l'Institut Marchoux. Ce centre reçoit un nombre important de consultants pour des dermatoses banales qui auraient pu être prises en charge au niveau périphérique, évitant ainsi les longues files d'attente devant les bureaux de consultation. Pour pallier à cet encombrement et permettre à l'Institut Marchoux de se consacrer d'avantage à ses vocations de soins spécialisés, de formation et de recherche en dermato-leprologie. Nous voulons à travers ce travail mettre au point des schémas simplifiés, peu coûteux de diagnostic et de traitement de quelques dermatoses courantes. Les résultats de ce travail permettront de doter les structures de soins non spécialisées en outil, facilitant une prise en charge de qualité des dermatoses courantes.

Nos objectifs spécifiques sont :

- Evaluer la qualité des soins dermatologiques dispensés au niveau de deux dispensaires : un dispensaire urbain au Quartier-Mali et un dispensaire rural à Baguinéda.
- Elaborer des arbres de décision diagnostic et thérapeutique des dermatoses courantes.
- Tester l'efficacité de ces arbres de décision.
- Evaluer le coût de ces arbres de décision.

GENERALITES

REVUE DE QUELQUES DE DERMATOSES COURANTES :

ECZEMA DE CONTACT ALLERGIQUE

DEFINITION : affection cutanée vésiculeuse prurigineuse et suintante due à un mécanisme allergique (9)

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Evolution habituellement cyclique.

ECZEMA AIGU :

- **Premier stade** : la lésion est érythémateuse (rouge) vésiculeuse, prurigineuse et suintante.
- **Deuxième stade** : le suintement tarit et la lésion se couvre de croûtes. Le prurit s'amende.
- **Troisième stade** : Desquamation et réparation du tissu cutané à condition que l'allergène soit évité.

ECZEMA CHRONIQUE

Si l'allergène n'est pas évité, on peut observer une récurrence avec une évolution subaiguë, voir chronique. Le prurit persiste, les lésions deviennent squameuses, kératosiques ou fissurées. A la longue, on observe un épaissement cutané c'est la lichenification (eczema chronique).

CAUSES

- Produits ménagers, vêtements, cosmétiques
- Médicaments
- Professions : produits divers utilisés dans l'artisanat, l'industrie chimique, industrie de bâtiments, la menuiserie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Candidoses des grands plis
- Dermatophytie
- Psoriasis

TRAITEMENT*** Traitement des lésions sèches, squameuses et lichenifiées**

- Bain emollient : Bain permanganaté
- Dermocorticoïde pommade
- Anti histaminique

*** Traitement des lésions suintantes et inflammatoires**

- Bain permanganaté
- Eosine à l'alcool 60° - 2 %
- Crème associant dermocorticoïdes aux antibiotiques
- Erythromycine.
- Antihistaminique

DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT**DEFINITION :**

Ensemble des manifestations cutanées à prédominance érythématovésiculeuse prurigineuse, touchant des enfants avec terrain atopique, encore dénommé eczema constitutionnel.

MODE DE FORMATION

Trois ordres de facteurs interviennent dans le déterminisme de la dermatose :

- un facteur génétique avec transmission multifactorielle non liée au groupe HLA
- des facteurs immunologiques tant humuraux, déficit initial en IgA globulines et hyperproduction d'IgE globulines, que cellulaires :
Perturbation des populations T lymphocytaires et des polynucléaires nutrophiles.
- Des facteurs pharmaco dynamiques avec bloc bêta-adrénergique responsable de troubles vasomoteurs multiples.

DIAGNOSTIC

Il repose sur la constatation d'une éruption répondant à 5 critères majeurs :

- prurit important et constant
- éruption symétrique
- sécheresse importante du tégument
- évolution chronique par poussée
- notion de terrain atopique personnel et familial.

1. Chez le nourrisson :

Débutant dès le 4ème mois, par fois plus précocement, elle donne des placards eczematiformes mal limités, avec oedème et suintement, touchant les convexités : front, joues et menton sur le visage, convexités des membres et du tronc.

2. Chez l'enfant entre 2 ans et la puberté.

Les lésions suivent la forme précédente ou apparaissent d'emblée. Elles donnent des placards lichenifiés, violines et épaissis touchant les grands plis : aisselles, muque, aines et plus rétro-auriculaires.

3. Dans tous les cas :

La sécheresse de la peau est importante, parfois associée à l'Ichtyose.

Les anomalies vasomotrices associent paleur, dermographisme blanc, crises sudorales brutales.

4. De nombreux aspects cliniques sont possibles :

- formes localisées, en particulier dermatose plantaire juvenile
- formes achromiantes souvent rebelles.

Diagnostic différentiel

- . Eczema seborrhéique précoce et non prurigineux
- . prurigo parasitaires.

Conduite à tenir :

Examens complémentaires :

- antécédents d'atopie respiratoire ou oculaire.

DIAGNOSTIC

Il repose sur la constatation d'une éruption répondant à 5 critères majeurs :

- prurit important et constant
- éruption symétrique
- sécheresse importante du tégument
- évolution chronique par poussée
- notion de terrain atopique personnel et familial.

1. Chez le nourrisson :

Débutant dès le 4ème mois, parfois plus précocement, elle donne des placards eczématiformes mal limités, avec oedème et suintement, touchant les convexités : front, joues et menton sur le visage, convexités des membres et du tronc.

2. Chez l'enfant entre 2 ans et la puberté.

Les lésions suivent la forme précédente ou apparaissent d'emblée. Elles donnent des placards lichenifiés, violines et épaissis touchant les grands plis : aisselles, muque, aines et plis rétro-auriculaires.

3. Dans tous les cas :

La sécheresse de la peau est importante, parfois associée à l'Ichtyose.

Les anomalies vasomotrices associent paleur, dermographisme blanc, crises sudorales brutales.

4. De nombreux aspects cliniques sont possibles :

- formes localisées, en particulier dermatose plantaire juvénile.
- formes achromiantes souvent rebelles.

Diagnostic différentiel

- . Eczema seborrhéïque précoce et non prurigineux
- . prurigo parasitaires.

Conduite à tenir :

Examens complémentaires :

- antécédents d'atopie respiratoire ou oculaire.

Traitement

1. Mesures d'Hygiène strictes :

- lavage du linge au savon de Marseille, sans adoucisseurs ni produits parfumés
- vêtements uniquement en coton
- régime alimentaire si le rôle déclenchant d'antigènes d'origine alimentaire est formellement démontré
- lutte quotidienne contre le dessèchement cutané par bains d'amidon et laits corporels adaptés.

2. Traitement des poussées :

- antihistaminiques généraux et neuro sédatifs
- antiseptiques locaux et dermocorticoïdes de faible niveau d'activité : hydrocortisone (R) crème à espacer progressivement.

3. Prévention des complications

- antibiothérapie antistaphylococcique si surinfection
- prévention de la pustulose varioli forme par éviction de tout contact viral, vaccination antivirale ou contact avec sujets herpétiques.

Exemple N°2 : IMPETIGO

DEFINITION : L'Impétigo est une infection microbienne, bulleuse la plus superficielle, d'origine streptococcique ou staphylococcique ou mixte.

DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Il est habituellement évoqué chez l'enfant de moins de 10 ans devant :

Des lésions vesiculo-pustuleuses d'évolution cyclique. Elles débutent par de petites vésicules bulles flasques au contenu clair, cernées par une aréole inflammatoire.

Elles se troublent rapidement pour donner des pustules jaunâtres. Les lésions se dessèchent et se recouvrent de croûtes méliceriques (jaunâtres).

Elles se localisent sur les régions peri-orificielles, le cou, le cuir chevelu, les plis axillaires et inguinaux. Elle est contagieuse et peut se généraliser.

Elles s'associent à des adénopathies et en quelques jours ou semaines, il se produit une desquamation des croûtes et restitution du tissu.

FORMES CLINIQUES :

- * Impetigo bulleux phlyctenulaire surtout chez le nouveau-né et le nourrisson, par petites épidémies de crèche. Pemphigus épidémique d'origine staphylococcique le plus souvent cutané sans laisser de cicatrice.
- * Impetigo circine, polycyclique, sans bulle véritable prédominant aux joues.
- * ECTHYMA : Impetigo creusant, surtout sur les membres inférieurs.
- * Tourniole : Impetigo staphylococcique siégeant à la région périunguëale (6)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nouveau-né et nourrisson : Syphilis congénitale

Epidermolyse bulleuse congénitale

Enfant - Adulte : Impetiginisation d'autres dermatoses

Dermatoses non infectieuses : Pemphigus superficiel

Maladies bulleuses auto-immunes

Pustuleuse amicrobienne (psoriasis)

Conduite à tenir :**a) Forme localisée, circonscrite sans retentissement général**

- Soins locaux rigoureux :

. Lavage à l'eau savonneuse

. Eosine à l'alcool 30° 1 %

- Oxacilline : 35 à 50 mg/Kg/j par voie orale ou Erythromycine
30 à 50 mg/kg/j.

b) Forme profuse avec retentissement général

- Soins locaux rigoureux

. Lavage à l'eau savonneuse

: Eosine à l'alcool 30° 1 %

. Pommade Dalibour ou pâte à l'eau en cas de suitement

. Oxacilline : 35 à 50 mg/Kg/j par voie orale ou Erythromycine
30 à 50 mg/kg/j.

Mesures prophylactiques :

- Rechercher et traiter les foyers infectieux responsables
staphylococciques : portage cutané, otorhinolaryngologique
(O.R.L), dentaire ou rhinopharyngé.

- Eviction scolaire 8 à 10 jours.

- Recherche d'un terrain déficient favorisant :
dénutrition, immunosuppression, diabète. Ces facteurs sont à
l'origine de l'infection chez l'adulte.

Exemple N°3 : GALE (SCABIOSE)

DEFINITION : La gale est une parasitose cutanée très prurigineuse due à un acarien : sarcopte scabiei

ASPECT CLINIQUE :

L'examen retrouvera les lésions de grattage, une éruption polymorphe faite de vésicules, de papules mais surtout de sillons courbes, sinueux contenant le sarcopte.

Les lésions prédominent :

- Chez le nourrisson

sur les faces palmo-plantaires (main-pied), chevilles et poignets fesses, région génitale.

- Chez la femme

les lésions vésiculeuses ou vésiculo-pustuleuses sont localisées sur les fesses, les poignets, les espaces entre les doigts, la région périmamelonnaire, les faces internes des cuisses, les coudes, les genoux, et le pubis.

- Chez l'adolescent et l'adulte

Les lésions siègent sur les organes génitaux externes (verge), les espace entre les doigts, les poignets, les fesses, les coudes, les genoux, et les faces internes des cuisses.

Chez l'immuno-déprimé et le sujet à hygiène défectueuse

la gale est profuse (atteinte de tout le tégument) c'est la forme de gale norvégienne.

Signe fonctionnel : Le prurit accompagne les lésions cutanées. Il est particulier :

- collectif, toute la famille se gratte
- diffus, à prédominance nocturne, empêchant le sommeil avec un état le plus souvent conservé.

Mode de transmission :

- Directe : contact inter-humain
- Indirecte : literies, linges.

Complications :

On note deux complications possibles :

- La surinfection staphylococcique et ou streptococcique, les lésions sont érosives et croûteuses.
- L'eczématisation secondaire à un traitement inapproprié. Les lésions siègent sur un fond oedematié parfois suintant.

TRAITEMENT**GALE SIMPLE :**

Application des Lotions : BENZOATE DE BENSYLE
ASCALIOL R
ou BENZOCHLORYLE.

- En BADIGEON sur le corps mouillé sauf le visage et la tête :
Faire 2 applications à 15 mn d'intervalle et attendre 24h sans se laver.
- Vêtements et linges de lit seront bouillis ou mis pendant quelques jours dans des sacs en plastiques après avoir été soupoudrés de DDT ou APHTIRIA.
- TRAITEMENT de tous les sujets contacts.

Gale surinfectée : - Bain KMNO4 1/10 000
- Eosine à l'alcool 60° 2 %
- Pommade Dalibour
- Antihistaminique

Adénopathie satellite : Erythromycine.

Après maîtrise de la surinfection / Procéder au TRAITEMENT SPECIFIQUE

GALE ECZEMATISEE : TRAITER L'ECZEMATISATION par :
- Bain KMNO4 1/10 000
- Eosine à l'alcool 60° 2 %
- Pommade DALIBOUR si suintement
- Crème corticoïde s'il n'y a pas de suintement.



Handwritten text, possibly a name or title, located at the top center of the page.

Handwritten text, possibly a name or title, located in the upper middle section of the page.



Handwritten text, possibly a name or title, located in the middle section of the page.



Handwritten text, possibly a name or title, located in the lower middle section of the page.



Small handwritten text or mark at the bottom left of the page.

Small handwritten text or mark at the bottom center of the page.

Exemple N°4 : LEPRE : Maladie de HANSEN

DEFINITION : La lèpre est une maladie infectieuse chronique qui touche essentiellement la peau et les nerfs périphériques, l'agent étiologique est le mycobacterium leprae bacille de Hansen (7)

SIGNES CLINIQUES :

* Signes cutanés :

- La macule hypochromique peut être :

- 1) Une tache claire, dépigmentée, absolument plane et lisse sans squame, non prurigineuse, à bords relativement nets de taille variable (1 à 5 cm de diamètre), en nombre limité ou unique. Siégeant surtout au visage : hypochromique centro ou latéro faciale (forme de lèpre indéterminée ou forme de début). La sensibilité sur les taches ou à distance est le plus souvent négatif, les nerfs sont parfois hypertrophiés.
- 2) Des taches dépigmentées multiples mais peu nombreuses et asymétriques avec des micro papules en relief sur la bordure, particulièrement à jour frisant (forme de lèpre tuberculoïde).
- 3) Des taches dépigmentées nombreuses, symétriques plutôt de couleur cuivrée, à surface luisante, brillante (et non sèches, squameuses), la bordure est floue (dyschromie nuageuse) : on peut noter des nodules (lépromes) indolores de taille variable : grain de mil très souvent associés à un oedème de la surface cutanée et assemblés dans certaines zones : visage, front, menton, les joues, les lobules des oreilles, la région inter-sourcilliaire, les lèvres (aspect léonien du visage), chute des sourcils, les nodules sont parfois confluent, en placards bosselés ou infiltrés en peau d'orange. Au niveau de la jambe, l'infiltration peut réaliser un éléphantiasis au niveau des pieds et des mains : l'aspect boudiné des extrémités est évocateur de la forme de lèpre lépromateuse.

Les signes muqueux de la lèpre lépromateuse : est l'atteinte précoce de la muqueuse nasale se traduisant par une rhinite

abondante, érosive, hémorragique, qui va évoluer vers la destruction du cartilage et du squelette avec effondrement progressif de la muqueuse pharyngée qui se traduira par une dysphonie.

Autres manifestations

Signes généraux avec baisse de l'état général, température à 38°. Atteintes osseuses et ostéo-articulaire.

Lésions génitales : l'atteinte du parenchyme testiculaire réalise une orchidépidymite qui aboutira à l'atrophie testiculaire

Signes nerveux

Lèpre tuberculoïde : la neuropathie périphérique précède ou est concomitante à l'apparition des taches. Elle se traduit par l'un ou les trois signes de la triade habituelle.

- troubles de la sensibilité superficielle (hypo-esthésie) à la chaleur puis à la piqûre, donc brûlures superficielles et plaies indolores et surinfectées.

- troubles moteurs et trophiques (atrophie cutanée et musculaire, altérations osseuses), disparition de sudation

- douleurs (névrites électivement déclenchées par le froid, la nuit ou l'effort, ou la pression du nerf).

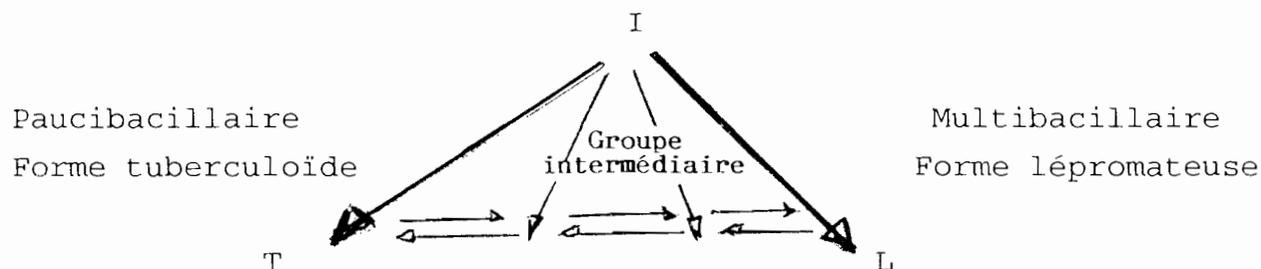
Lèpre lépromateuse :

La neuropathie est plus tardive, moins destructrice, mais plus diffuse que dans la lèpre tuberculoïde. Les signes de la névrite sont les mêmes.

Classification des cas de lèpre :

Schéma de de classification de la lèpre

Forme indéterminée ou forme de début



Tuberculoïde polaire		BT	BL	LL	Lépromateuse polaire	
TT						
Recherche du BH						
Peau	-	+	++		+++	
Mucus	-	+/-	++		+++	
Mitsuda						
	++	+	-		-	

En outre cette classification, l'OMS et les Etats membres ont adopté une classification simple, pour faciliter le traitement de masse. Cette classification est faite selon le statut bactériologique des patients et on distingue la lèpre paucibacillaire (BH négatif) et la lèpre multibacillaire (un bacille ou plus dans le prélèvement cutané).

Diagnostic de la maladie de HANSEN

- Lèpre tuberculoïde

* Diagnostic différentiel :

Devant une tache hypochromique :

il faut éliminer :

- . un noevus achromique
- . une hypochromie centro-faciale d'origine seborrhéique
- . des eczematides achromiantes (dartres)
- . les pigmentations iatrogènes

- . vitiligo
- . lésions cicatricielles d'onchocercose (prétibiale)
- . de brûlures
- . sclerodermie

En présence d'une lésion annulaire avec bordure :

il faut éliminer :

- . une dermatophytie
- . psoriasis
- . lichen plan

*** Diagnostic positif**

- La lépromino-réaction de Mitsuda est positive
- La bacilloscopie est négative
- Examen histomathologique (biopsie)

- Lèpre lépromateuse :

*** Diagnostic différentiel :**

Devant les lésions nodulaires :

il faut éliminer :

- . la neurofibromateuse de Recklinghausen
- . kystes sébacés
- . cysticercose
- . molluscum contagiosum geants disséminés
- . lipomes
- . cheloïdes

*** Diagnostic positif :**

- Mitsuda est négatif
- La bacilloscopie : un bacille ou plus
- Biopsie : est démonstrative

TRAITEMENT

La polychimiothérapie (P.C.T) : Traitement standard recommandé par l'O.M.S

LEPRE PAUCIBACILLAIRE : PB

Médicaments : RIFAMPICINE et Disulone

Posologie : prise supervisée

RIFAMPICINE : 600 mg/mois

Disulone : 100 mg

prise non supervisée : 100 mg de Disulone/j

Durée de traitement : 06 mois.

LEPRE MULTIBACILLAIRE MB

Médicaments : - RIFAMPICINE

CLOFAZIMINE

DISULONE

Prise supervisée : - RIFAMPICINE 600 mg

CLOFAMIZIMINE 300 mg

Disulone 100 mg

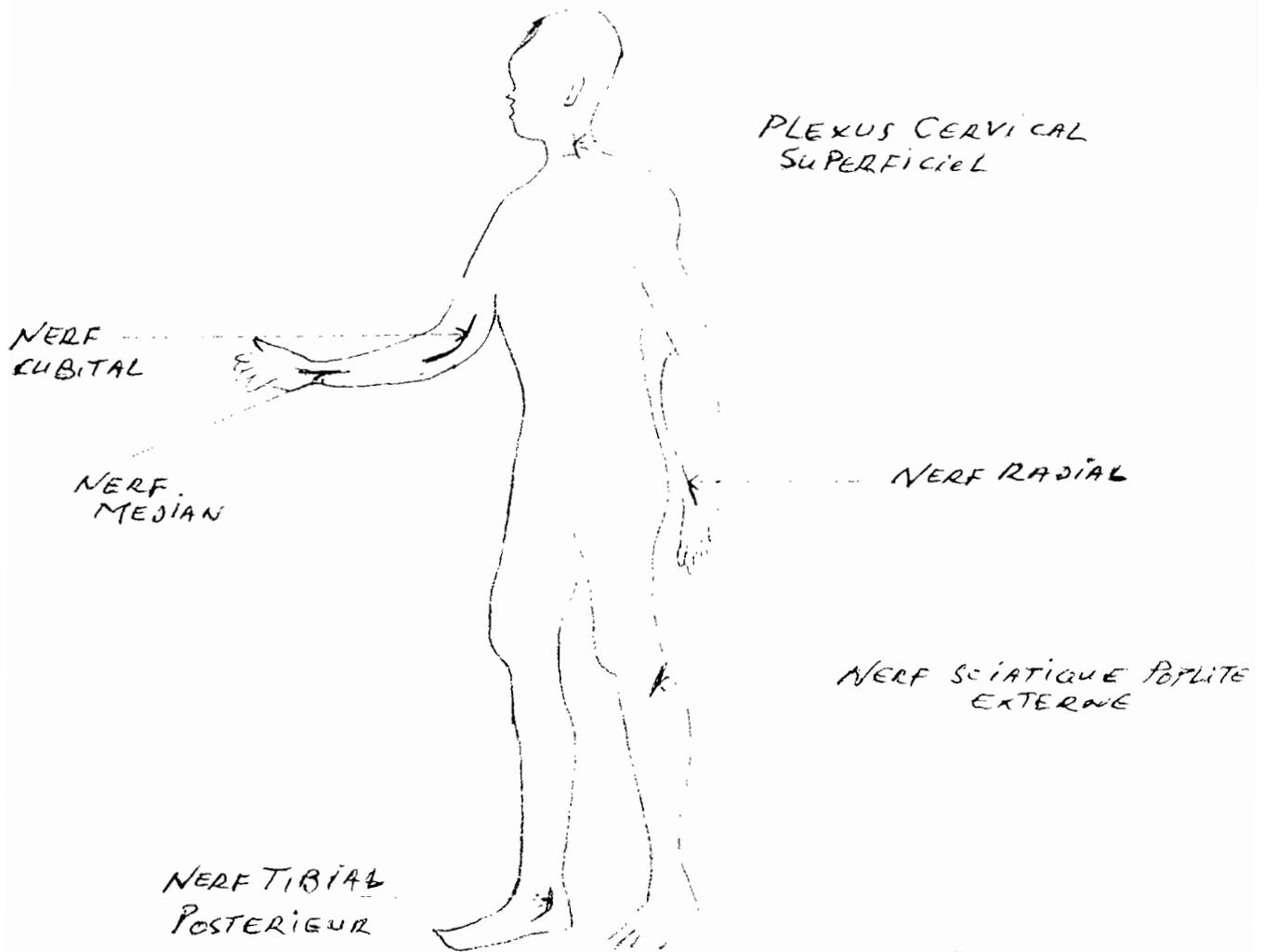
Prise non supervisée : - Clofazimine 100 mg/j

- Disulone 100 mg/j

Durée de traitement : 24 mois

Enfant : moitié - dose de l'adulte.

TERRITOIRES DE PALPATION DES TRONCS NERVEUX
PERIPHERIQUES: On observe une hypertrophie
souvent douloureuse de ces Troncs.



DERMATOPHYTIES

Définition : Ensemble des manifestations cutané-phanériennes dues à des champignons ayant une affinité particulière pour la kératine, les dermatophytes.

Diagnostic clinique :

Il doit être évoqué devant de nombreuses lésions.

1. Atteintes superficielles de la peau glabre.

. Herpès circiné

lésion typique en médaillon d'extension centrifuge, très bien limitée, prurigineuse, avec bordure périphérique érythématovésiculocroûteuse active, et centre déprimé érythématopigmenté. Il réalise sur la face interne des cuisses l'aspect classique de l'eczéma marginé de Hebra.

Des variantes érythémateuses, pustuleuses ou rosacéiformes sont possibles.

Diagnostic différentiel :

Eczéma nummulaire, lupus érythémateux classique, granulome annulaire, érythrasma

. dermatophyties palmoplantaires :

- dysidrose chronique, avec microvésicules laissant place à des lésions érythématofissurées prurigineuses sur paume des mains, plantes des pieds et bords latéraux palmoplantaires.
- hyperkératose sèche, fissurée et douloureuse, d'évolution chronique
- intertrigo fissuré, classique pied d'athlète avec suintement et macération.

Diagnostic différentiel : dermatites de contact, psoriasis pustuleux, intertrigo à levures.

2. Atteintes unguéales

Elles se traduisent :

- avant tout par une atteinte disto-latérale, avec :
 - . hyperkératose gris verdâtre sous-unguéale
 - . onycholyse
 - . couleur brun verdâtre des bords de l'ongle
- parfois par une atteinte superficielle de la lame unguéale : taches blanches superficielles de la lame.

Diagnostic différentiel : candidose unguéale

3. Atteintes du cuir chevelu : **Teignes**

4. Atteintes folliculaires :

- tantôt superficielles : folliculites dermatophytiques, en particulier sur la face interne des jambes.
- tantôt profondes : kerions et sycosis, touchant surtout la barbe et les régions pileuses, à différencier des sycosis staphylococciques.

Conduite à tenir :

Les prélèvements mycologiques doivent être systématiques :

- l'examen direct retrouve des filaments mycéliens
- les cultures (au bout d'un mois) peuvent seules identifier la variété de dermatophyte en cause et préciser ainsi le mode de contamination : inter-humain, animalier ou bien tellurique.

Traitement

1. **Traitement local**

- alcool iodé ou Betadine (R)
- antifongiques locaux
 - griséo fulvine en pommade
- dérivés imidazolés : Pevaryl (R), Fazol (R)
- et en raison de leur bonne pénétration unguéale
 - AMYCOR (R), et MYCOSTER (R)

2. Traitement général

Surtout dans les formes rebelles ou profondes

- griséofulvine : Grisefuline (R) comprimés à 125, 250 et 500 mg (produit photosensibilisant)
- Kétoconazole : Nizoral (R) avec surveillance hépatique. La durée du traitement varie de 30 jours (peau glabre) à 6 mois voire un an, en cas d'atteinte unguéale.

NOTION DE THERAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

1°) PREPARATION DES LESIONS DERMATOLOGIQUES

En dermatologie, il ne suffit pas de poser un diagnostic exact ; de choisir un principe actif adéquat, pour obtenir une guérison rapide. Il faut aussi :

- Entreprendre une bonne préparation des lésions
- Choisir une forme galénique adaptée à la lésion et à sa localisation (13).

Au déshabillage, le patient se gratte depuis plusieurs jours, il montre avec un certain dégoût, un eczéma croûteux, un intertrigo suintant ou une lésion auto entretenue par l'application intempestive de divers topiques sans résultat, et réclame une "injection" ou une pommade qui serait selon lui un traitement radical pour l'en débarrasser rapidement.

Après s'être rassuré du diagnostic, il faut rassurer le malade, pour que le traitement agisse au siège de la lésion. Il faut au préalable :

- décaper, désinfecter, déterger les croûtes et les squames.
- calmer le Prurit,
- arrêter le suintement.

C'est déjà faire la moitié du chemin ; c'est quelques fois décider du succès thérapeutique avec le respect de toutes ces étapes.

La thérapeutique prescrite pour 10 - 15 jours sera appliquée par le patient devenu son propre infirmier. Il est donc important de le conseiller, de bien détailler la prescription, de la commenter et de lui faire répéter l'ordre des opérations. Cependant dans les cas

sévères (Dermatose bulleuse étendue, atteinte cutanée généralisée). Il est préférable de référer le patient chez le spécialiste.

LES LESIONS SUINTANTES OU SUPPUREES

Elles doivent être baignées 10 à 20 mn dans l'eau tiède additionnée d'antiseptique (permanganate de potassium 1/10 000). Ceci permet de calmer le suintement et ramollit suffisamment les croûtes pour qu'elles puissent être détergées sans effort, ni saignement à la compresse, la pince ou à la curette. Un badigeonnage des lésions ainsi propres sera effectué avec une solution aqueuse d'éosine à 2 % ou de Nitrate d'argent à 2 %. Parfois on a recours à la pâte à l'eau ou à la pommade DALIBOUR pour mieux assécher les lésions. Une antibiothérapie par voie générale est parfois nécessaire.

- LES LESIONS IRRITEES :

Elles seront savonnées par un savon surgras (savon hyppo) puis douchées avec l'eau tiède. La solution aqueuse d'éosine à 2 % peut ainsi être utilisée en badigeonnage. L'Éviction de la substance irritante est impérative.

- LES LESIONS SQUAMEUSES :

Les lésions très hyperkératosiques doivent être poncées (polies) puis savonnées avec un savon décapant (savon de Marseille), un bain émollient (Exemple : Bain permanganaté) peut, avec profit, procéder le décapage. Des Keratolytiques (exemple : vaseline salicylée de 5 à 10 %) sont indiqués pour accélérer le décapage des lésions hyperkeratosiques.

Trop souvent ce travail de préparation de ces différentes lésions est bâclé pour appliquer à la hâte la pommade salvatrice. Mieux vaut assigner un temps précis à ces soins (15 à 20 minutes) matin et soir, rarement moins) et exiger que cet horaire soit respecté.

Pour cela insister auprès des Malades pour qu'ils consacrent le temps nécessaire. (12)

QUELQUES PRODUITS COURANTS
UTILISES EN DERMATOLOGIE AU MALI

Sur le plan thérapeutique, nous conseillons les produits disponibles sur le marché et d'utilisation facile et acceptable par les malades.

Dans l' Arsenal thérapeutique on y trouve :

Les Antiseptiques :

Il en existe sous différentes formes galéniques (savon, solution, mousse, pommade, poudre). Pour raison pratique nous conseillons trois d'entre eux.

- Les Amidines : Exemple Hexamidine (Hexomédine)
Avantages : emploi facile, ne tache pas le linge
Inconvénient : coût élevé.
- Les composés halogènes : Exemple polyvidone iodée
solution dermique (Betadine) très efficace à condition de débarrasser les lésions cutanées de leurs croûtes et pus

Colorants :

- Les colorants : Fluorescéine, Eosine, Cristal violet, Sulfate de cuivre. Leur usage est trop méprisé aujourd'hui. Ils se présentent en solution aqueuse ou alcoolique (30 à 60°).

Avantages : Actifs sur les gram-négatifs et sur candida albicans. Ils sont d'un apport précieux par leur fonction asséchante.

Inconvénients : Ils salissent le linge, parfois photosensibilisants.

LES TOPIQUES : Excipients Dermatologiques

- LES PREPARATIONS EN TUBES : pâtes, crèmes, pommades

. **Les pâtes** : Combinent une poudre (contenant le principe actif) à un corps gras. Elles conviennent aux dermites suintantes ou humides. Elles ne doivent pas être appliquées sur les lésions irritées qu'elles aggravent, leur usage doit être limité dans le temps.

. **Les crèmes** : Elles sont onctueuses et douces. Ce sont des émulsions eau dans l'huile (plutôt que Huile dans l'eau) qui conviennent aux lésions érythémateuses et peu squameuses.

. **Les pommades** : Sont des préparations plus grasses. Les pommades du commerce contiennent presque toutes de l'huile de vaseline qui a des propriétés humectantes et hydratantes. Ce sont les dermites squameuses kératosiques et très croûteuses ainsi que les lésions ulcérées.

En raison de leur caractère occlusif, il ne faut pas les indiquer en cas de surinfection ou de suppuration.

- LES EXCIPIENTS LIQUIDES

. **Les laits** : Crèmes très fluides. L'utilisation d'un lait se justifie sur les lésions très irritées et sur les peaux fragiles (nourrisson), ainsi que sur les demi-muqueuses (balanites, vulvites).

. **Les lotions** :

Leur utilisation est indispensable dans les régions pileuses et sur certaines lésions très étendues. Elles assèchent les dermatoses vésiculeuses et bulleuses.

L'excipient peut-être : l'alcool à 30° ou à 60° choisi pour son pouvoir assèchant et antiseptique. A 90° l'alcool est irritant de plus coagule rapidement les protéines, il laisse pulluler les germes de surface ; on répugne à l'utiliser sur les grandes surfaces chez l'enfant en raison de sa résorption cutanée.

Les Produits courants utilisés en Lotion

- Les colorants
- Acide salicylique, sulfate de cuivre
- Les Antifongiques
- Les corticoïdes.

Les poudres : Elles s'utilisent électivement dans les plis où leur effet assèchant sur la sudation permet de combattre la macération souvent complice de l'intertrigo.

LES ANTIBIOTIQUES : Quatre familles sont couramment prescrites.

- . MACROLIDES : Erythromycine
- . PENICILLINE : Benzathine - Penicilline G
Extencilline
- . SULFAMIDES : Trimethoprim - Sulfamethoxazole
- . CYCLINES : Doxycycline - Tétracycline.

Il est préférable de les utiliser par voie générale pour éviter de créer des résistances.

Proscrire l'usage d'antibiotique tels : la néomycine et la pénicilline sur la peau, risque de sensibilisation.

LES ANTITRISTAMINIQUES :

On distingue deux groupes d'antihistaminiques administrés par voie générale.

- Antihistaminique : dépourvu d'action sur le système nerveux central et d'effet anticholinergique.

Exemples : Astemizole (Hismanal "R")
Loratadine (clarityne "R")
Cétirizine (zyrtec "R")

- Antihistaminique : pourvu d'action sur le système nerveux central et risque de somnolence.

Avantage : Coût faible

Exemples : - Dexchlorphéniramine (Polaramine "R")
- Méquitazine (Primalam "R")

Proscrire le phenergan en topique cutané risque de sensibilisation.

LES CORTICOÏDES

Les corticoïdes, sur le marché, se rencontrent sous diverses présentations : Lotion, crème, pommade. Ils possèdent des niveaux d'action différents.

Leur utilisation doit être réservée aux spécialistes en dermatologie, car les effets secondaires sont nombreux et souvent catastrophiques. Ce sont les corticoïdes de niveau II que l'on rencontre sur le marché au Mali.

Exemples :

- . Diflucortolone vélérianate : Nérisonne "R"
- . Dipropionate de Bétaméthasone : Diprosome "R"
- . Fluocinonide : Topsyne "R"
- . Halcinonide : Halog "R".

**MATERIELS ET
METHODE**

MATERIEL ET METHODE

- LIEUX D'ETUDE :

Les observations ont été faites dans un dispensaire rural (dispensaire de Baguinéda), un dispensaire urbain (dispensaire du quartier-Mali) et un centre référence : Institut Marchoux.

a) Dispensaire rural de Baguinéda

Il est situé à 35 kms de Bamako, sur la route de Segou, le dispensaire dispose :

Infrastructure

- Une salle d'accueil contiguë à la salle de consultation de l'infirmier diplômé d'État (I.D.E).
- Une salle de soins
- Un magasin.

Personnel

- Un I.D.E
- Deux aide-soignants.

La consultation est assurée par l'I.D.E. Toutes les consultations sont externes. Les cas graves sont évacués à Bamako. L'un des aide-soignants s'occupe des soins (pansement, injections) ; l'autre s'occupe du matériel et des locaux.

b) Dispensaire urbain quartier-Mali

Il est situé en commune V, sur la rive droite du fleuve Niger ; le dispensaire desserve une population de 106 717 habitants (recensement de 1981) et dispose :

Infrastructure

- Une grande salle d'accueil
- Un bureau du médecin
- Un bureau de l'I.D.E
- Une salle de soins

- Un laboratoire d'analyses courantes
- Une pharmacie pour l'acquisition de médicaments essentiels.

Personnel

- Deux I.D.E
- Un infirmier du premier cycle
- Deux aide-soignants.

La consultation des malades est assurée par l'I.D.E, qui fait appel au médecin de la localité lorsqu'un cas dépasse sa compétence.

Tous les malades sont traités à titre externe. Les cas sévères sont orientés vers l'Institut Marchoux.

a) Institut Marchoux

Il est une institution spécialisée de l'OCCGE (Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies). Cette organisation regroupe huit (8) Etats membres de l'Afrique de l'Ouest et compte neuf (9) Instituts et Antennes spécialisés donc :

- Le centre de Muraz : centre de recherche contre le paludisme siège à Bobo-Dioulasso (BURKINA FASO)
- Le centre d'Etude et de Recherche sur les Méningites et les Schistosomiasés à Niamey (NIGER)
- I.R.T.O (Institut de Recherche contre la Trypanosomiase et l'Onchocercose à Bouaké (COTE D'IVOIRE)
- I.O.T.A (Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique) à Bamako (MALI).
- ORANA (Organisation pour la Recherche de l'Alimentation, de la Nutrition en Afrique à Dakar (SENEGAL).
- Institut Marchoux à Bamako (MALI).

Son objectif principal est la lutte contre les grandes endémies tropicales et intertropicales.

L'Institut Marchoux de Bamako est un des Instituts spécialisés dans la lutte contre la lèpre et les affections dermatologiques. Il compte huit (8) unités techniques dont une unité de dermatoleprologie. Cette unité est le seul service de dermatologie

hospitalière au MALI. Ces activités sont ; les soins spécialisés, l'examen histopathologique, mycologique et des explorations allergologiques ; la formation constitue un volet important de ses activités ; elle est destinée aux personnels médicaux, aux étudiants préparant le C.E.S (Certificat d'Etude Spécialisé) de dermatologie. Le service compte trois (3) medecins dermatologues, trois (3) I.D.E, un infirmier du premier cycle, une aide-soignante, et trois manoeuvres. L'Institut Marchoux compte en outre un Bureau des Entrées qui reçoit en moyenne 15 000 consultants par an.

Notre travail s'est déroulé en quatre étapes :

- Evaluation de la qualité diagnostique et thérapeutique de deux dispensaires : un dispensaire urbain (dispensaire du quartier Mali) et un dispensaire rural (dispensaire de Baguinéda) ;
- Elaborer des arbres de décision diagnostic et thérapeutique des dermatoses couramment observées dans ces dispensaires ;
Tester sur les consultants du Bureau des Entrées de l'Institut Marchoux, la validité de nos arbres de décision ;
- Evaluer à partir des différentes ordonnances délivrées et des renseignements recueillis auprès des pharmaciens le coût des arbres décisionnels.

1) Enquête d'évaluation de la qualité des diagnostics et des traitements dans les deux dispensaires :

Après l'acquisition de l'autorisation écrite des autorités sanitaires et administratives et l'information du personnel de santé des deux dispensaires, nous avons assisté aux consultations des I.D.E (Chef de poste) de ces deux formations sanitaires. L'I.D.E (observé) consultait les patients, posait son diagnostic, instituait le traitement ou référait le patient.

A côté de lui, nous (observateur) notions sur une fiche d'enquête (voir annexe) la démarche diagnostique et thérapeutique de l'I.D.E. Dans un deuxième temps chaque patient était revu par nous et nous notions sur la même fiche d'enquête notre diagnostic et les modalités de prise en charge.

Ainsi se trouvait confronter pour chaque patient atteint de dermatose, la conduite diagnostique et traitement de l'I.D.E et celle de l'enquêteur. Cette méthode nous a permis de mettre en évidence les degrés de concordance des niveaux de prestation entre l'I.D.E et l'enquêteur. "Il ne s'agit donc pas de savoir, si dans l'absolu, on avait découvert la vérité ; mais beaucoup plus simplement si dans les conditions habituelles de travail, la vérité de l'infirmier coïncidait avec celle de l'observateur (10)".

2) Elaboration des arbres de décision diagnostic et traitement :

Nous nous sommes basés sur les plaintes des malades à l'interrogatoire (prurit, douleur, brûlure) et sur les signes physiques des dermatoses observées (suintement, squames, croûtes, trouble pigmentaire) pour élaborer nos arbres de décision n°1, 2, 3, 4. 5, 6.

3) Test de validité

Le processus décisionnel fut testé par une enquête sur un échantillon de 200 patients, venus en consultation au Bureau des Entrées de l'Institut Marchoux. La réponse thérapeutique de l'arbre de décision était notée sur une échelle de 0 à 10.

Tous résultats autour de 5 (50 %) étaient notés bons : cela signifie qu'au bout de 21 jours, nous avons obtenu une guérison partielle, (arrêt de l'évolution de la maladie, maîtrise de la surinfection mais une persistance de la lésion et quelques signes fonctionnels.

- Entre 5 et 10 (50 - 100 %) la réponse thérapeutique était notée excellente : disparition de la lésion et des signes fonctionnels (guérison clinique)

- Entre 0 et 5 (0 à moins de 50 %) la réponse thérapeutique était notée mauvaise : pas de guérison, disparition ou amendement des signes fonctionnels sous traitement, à l'arrêt du traitement réapparition des signes fonctionnels.

4) Evaluation du coût thérapeutique des arbres de décision :

Cette évaluation a porté essentiellement sur les médicaments utilisés dans le traitement des arbres de décision. Les coûts de ces médicaments ont été relevés à partir des ordonnances et auprès des pharmaciens. Le coût moyen d'un traitement d'une dermatose a été ainsi calculé par cumule des différents coûts unitaires des médicaments.

QUELQUES CONSEILS PRATIQUES

D'UTILISATION DES ARBRES DECISIONNELS

1. UNE DERMATOSE SALE NE GUERIT PAS

2. STOPPER L'USAGE DE TOUT PRODUIT COSMETIQUE :
POMMADE, PARFUM, ET SAVON PARFUME

3. LAVER LES LESIONS AVEC DU SAVON ORDINAIRE
(SAVON HYPPO)

4. SI PAS D'AMELIORATION APRES 15 JOURS DE TRAITEMENT OU PLUS PAR
ARBRE DE DECISION, REFERER LE PATIENT.

TACHE ENQUÊTEUSE

ARBRE DECISIONNEL N° 1
CONDUITE A TENIR DEVANT
UNE TACHE HYPOCHROMIQUE

PROBTE

ACQUISE

... avec une lame

OUI

NON

ANTI-FONGIQUE

Crème ou pommade (NITRATE D'ECONAZOLE)

1 à 2 application (s)/jour

pendant 21 jours.

1 à 2 tubes en

fonction de la surface

à traiter.

Puis mise en observation
pendant 1 mois

Guérison

Pas de guérison

A REFERER

Avec trouble de la sensibilité
(Insensibilité à la piqure par une
pointe mousse)

A REFERER

LESION VESICULAIRE

ARRÊTÉ DÉCISIONNEL N° 3

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE LÉSION VÉSICULAIRE

PRIORITÉ

OUI

NON

Vésicules groupées ou localisées à une région particulière du corps
Première poussée ou caractère récidivant
Évolution cyclique
(Suintement, croûtes, desquamation)

Vésicules disséminées
Age, différent des éléments
(Vésicules, papules, croûtes)
Centre orbilique (Groûte en trace)
HYPERHÉMIÉ

ÉRUPTION DOULEUREUSE DE VÉSICULES

Penser à une dermatite allergique

EZÉMA

Penser à une varicelle

TRAITEMENT

- Nettoyage biquotidien d'une solution antiseptique (Bain KANOU) et Asséchante (Eosine à l'alcool 60°)

- Puis appliquer une pommade asséchante (pâte à l'eau ou DALIBOUR FOMADE)
ANTHISTAMINIQUE
ANTHISTAMINIQUE

- Présence d'ADÉNOPTILIE SATÉLITE
(ANTIBIOTIQUE PÉROS)

- ÉVICTON DE L'ALLERGÈNE

Nettoyage Biquotidien (Eosine à l'alcool 60° 2%)
ANTIPYRÉTIQUE (PARACÉTAMOL.)
ANTHISTAMINIQUE (DÉXCHLORPHÉNIRAMINE)
Si surinfection (ÉRYTHROMYCINE)

QUÉRISON

PAS DE QUÉRISON

QUÉRISON

PAS DE QUÉRISON

- Vésicules groupées en bouquet de fleurs
- Localisation péri-buccale ou périgénitale
- Première poussée ou caractère récidivant

Penser à un HÉRPÈS

TRAITEMENT

Nettoyage (EOSINA l'alcool 60° 2%)

Vésicules disposées en Bande sur un Hémithorax à la cuisse, au bras, au cou ou à la région péri-orbitaire (hemi-face)

Penser à un ZONA

TRAITEMENT

Nettoyage Biquotidien d'une solution asséchante (Eosine à l'alcool) - Puis appliquer pommade asséchante (DALIBOUR OU PÂTE A L'EAU) - ANALGÉSIQUE (PARACÉTAMOL.)

QUÉRISON

PAS DE QUÉRISON (PERSISTANCE D'UN OU PLUSIEURS SYMPTÔMES)

A RÉPÉTER

A RÉPÉTER

A RÉPÉTER

QUÉRISON

PAS DE QUÉRISON

A RÉPÉTER

ARRIVE DECISIONNEL N°2
CONDUITE A TENIR DEVANT
UNE DERMATOSE SUIVANTE

DERMATOSE SUIVANTE
GURONSCRITE OU LOO REGIONALE

OUI

PROBIT

NON

ADENOPATHIE SATELLITE

ADENOPATHIE SATELLITE

OUI

NON

OUI

NON

Bain KMNO4 (1/10.000)

Bain KMNO4

Bain KMNO4

- Bain KMNO4

- 10 comprimés/5 J
(Eosine à 1'alcool 60° 2 %)

Eosine à 1'alcool 60° 2 %
Poudre DALIBOUR ou pâte à 1'Eau

Eosine à 1'alcool 60° 2 %
Pâte à 1'Eau ou pomade

(- Eosine - - 29
(- Alcool 60° - 100 ml

- 1 fl

DEXCHLORHEMIRAMINEPEROS

DALIBOUR

- DALIBOUR OU
PATE A 1'Eau

Pâte à 1'eau ou pomade
DALIBOUR - 1 tube de 50 g
à 100 g

ERYTHROMYCINE PEROS

PAS DE QUERISON APRES 7 JOURS

ERYTHROMYCINE PEROS

QUERISON

PAS DE QUERISON APRES 7 JOURS

QUERISON

PAS DE QUERISON APRES 7 JOURS

DEXCHLORHEMIRAMINE PEROS

A RETENER

A RETENER

A RETENER

1 bte (Polaramine
traitement de 5 à 7 jours

QUERISON

PAS DE QUERISON
APRES 7 JOURS

QUERISON

PAS DE QUERISON APRES 7 JOURS

ULCERATION CUTANEE

ARBRE DECISIONNEL, N° 4
CONDUITE A TENIR DEVANT
UNE ULCERATION CUTANEE

RECENTE

FOND CRELISANT

Ceste de propriété
. Lavage à l'eau savonneuse
Enlever corps étranger
et débris de tissus morts

- Ceste de propriété
. Lavage à l'eau savonneuse

Puis pansement avec compresse
de polyvidone iodée (Bétadine R)
SERUM ANTITETANIQUE
OU
VACCINATION ANTITETANIQUE
LE PUIS MEILLEUR

Bain permanganate puis appliquer
et enlever débris de tissus morts
dans l'eau permanganate puis appliquer
- une pomme tétracycline à 3 %
- COMPRESSE ET BANDAGE - ANTIBIOTIQUE PER-OS
TRAITEMENT QUOTIDIEN

UNE FOIS LE BOURGEONNEMENT
OBTENU

QUIERISON PAS DE QUIERISON
(15 - 21 J)

PANSAMENT AVEC COMPRESSE
DE POLYVIDONE IODÉE (BETADINE)
ET BANDAGE

QUIERISON PAS DE QUIERISON
(21-30 Jours)

A REFERER

A REFERER

ANCIENTE

FOND BOURGEONNANT

Ceste de propriété
. Lavage à l'eau savonneuse
Enlever débris de tissus morts
dans l'eau permanganate (1/10.000)
Puis cauteriser les Bourgeons
avec crayon de nitrate +
TRAITEMENT QUOTIDIEN

APRES ELIMINATION DU BOURGEON
TRAITEMENT QUOTIDIEN

PANSAMENT AVEC COMPRESSE
DE POLYVIDONE IODÉE (BETADINE)

QUIERISON PAS DE QUIERISON

A REFERER

ARBRE DECISIONNEL N° 5
CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DERMATOSE SECHE
ET SCAMEUSE

DERMATOSE SECHE SCAMEUSE

- LESION CHRONOSCRITE
- BORDURE ARRONDIE OU POLYCYCLIQUE

PRURIT

OUI

NITRATE D'ECONAZOLE
(PEVAVL : 2 applications/j
pendant 21 jours

QUIERISON

PAS DE QUIERISON

A REPETER

NON

Lavage à l'eau savonneuse puis VASELINE BLANCHE
2 applications/j pendant 21 jours

QUIERISON

PAS DE QUIERISON

A REPETER

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DERMATOSE A PRURITS REGIONAUX

ERUPTION POLYMORPHE

- Vésicules
- Papules
- Erosions croûteuses

DERMATOSE PRURIGINIEUSE

LA TOPOGRAPHIE DES LESIONS DERMATOLOGIQUES DESIGNÉ L'AGENT ETIOLOGIQUE RESPONSABLE

ERUPTION

- Vésicules
- Papules ou sero-papules
- Erosions et ulcérations
- Croutes

LOCALISATIONS

- Mains et espaces interdigitaux
- Poignets
- Coudes
- Genoux
- Chevilles
- Fesses
- Régions génitales (gland)
- Seins (femme)
- Face palmo-plantaire (nourrison)

Prurit à prédominance nocturne
Présence de cas familiaux
ou dans le voisinage

PENSER A UNE CALE (SCABIOSE)

NON SURINFECTEE

TRAITEMENT SPECIFIQUE

- Benzate de Benzyle (Ascabiol) en bandageon sur tout le corps excepté le visage et faire 24 h sans se laver
 - Traiter les sujets contacts
 - Poudre AHTERIA
- saupeudrer linges et literies

QUESTION PAS DE QUESTION

A REPONDRE

NON SURINFECTEE

- Antiseptique local
- Dexchlorphéniramine
- Crème crofomiton (EUFAX)

SURINFECTION +

ADDONOPATHIE SATELLITE

- Fosine + Alcool 60° 2 %
- Poudre DALIBOUR
- Dexchlorphéniramine

- Erythromycine 30-50 mg/kg/j
- Puis après avoir maîtrisé la surinfection

TRAITEMENT SPECIFIQUE

QUESTION

PAS DE QUESTION

A REPONDRE

LOCALISATION : PARTIES DECouvertes

(Visage, avant-bras - Jambes)

Survenues chez adulte-jeune et enfant

Penser à un Prurigo de piqure d'insectes
(Prurigo strophulus)

TRAITEMENT

SURINFECTION

- (Fosine - 2 g
- (- Alcool 60° - 100 ml
- Poudre DALIBOUR
- Dexchlorphéniramine
- Erythromycine
- (30 - 50 mg/kg/j)

PAS QUESTION

QUESTION

PAS DE QUESTION

A REPONDRE

A REPONDRE

RESULTATS

Les résultats porteront successivement sur :

1) Les taux de concordance (%) d'agrement)

Les taux de concordance, que nous présentons proviennent des accords sur les décisions diagnostiques thérapeutiques et les cas de référence entre l'observé (I.D.E) et l'observateur (interne thésard).

Dans ce cadre trois niveaux ont été différenciés

- a) Au niveau du dispensaire rural de Baguinéda (Tableau 1)
- b) Au niveau du dispensaire urbain du Quartier-Mali (Tableau 2)
- c) Le taux cumulatif des deux dispensaires (Tableau 3)

2) Les différents dermatoses traitées par les arbres de décision

A l'Institut Marchoux, nous avons établi, les corrélations entre les diagnostics basés sur la symptomatologie clinique de l'I.D.E dans les deux dispensaires et les dermatoses courantes ; et dégagé le taux de réussite et d'échec thérapeutique sur un échantillon de zoopatients. Afin de confirmer l'applicabilité et l'efficacité du traitement par les arbres de décision (Tableau 4).

3) Les coûts des différents arbres de décision

Dans le souci, d'éliminer une contrainte d'applicabilité des arbres de décision dans le diagnostic et traitement des dermatoses courantes ; pour un meilleur rapport coût - efficacité. Nous avons évalué le coût (prix de revient) des différents arbres décisionnels ; selon que les affections cutanées soient à un stade de complication (eczématisation et surinfections) ou à un stade sans complication (Tableau 5).

TABLEAU N°1 : TAUX DE CONCORDANCE SUR LES DECISIONS
DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES ENTRE L'I.D.E
ET L'ENQUETEUR AU DISPENSAIRE BAGUINEDA

CONCORDANCE

DIAGNOSTIC	NBRE DE CAS	DIAGNOSTIC		TRAITEMENT		REFERENCE	
		ACCORD	DESAC- CORD	ACCORD	DESAC- CORD	EFFEC- TIF	ACCORD
BASE SUR LA SYMPTOMATO- LOGIE	17	0 0 %	17 30,36%	7 12,50%	10 17,86 %	0 0 %	0
ORIENTE VERS UNE ETIOLOGIE	11	5 (8,93%	6 10,71%	0 0 %	8 14,28%	3 5,36%	3
EVASIF	28	0 (0 %)	28 50 %	2 3,57%	12 21,43%	14 25 %	2
TOTAL	56	5 (8,9%)	51 91,1%	9 16,07%	30 53,57%	17 30,36%	5

Les taux élevés de désaccord dans le diagnostic et le traitement témoignent de l'insuffisance de niveau de qualification des I.D.E. dans le dispensaire rural de Baguineda.

TABLEAU N°2 : TAUX DE CONCORDANCE SUR LES DECISIONS
DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES ENTRE L'I.D.E.
ET L'ENQUETEUR AU DISPENSAIRE QUARTIER-MALI

CONCORDANCE

DIAGNOSTIC	NBRE DE CAS	DIAGNOSTIC		TRAITEMENT		REFERENCE	
		ACCORD	DESAC- CORD	ACCORD	DESAC- CORD	EFFEC- TIF	ACCORD
BASE SUR LA SYMPTOMATO- LOGIE	17	0 (0%)	17 18,09%	4 4,26%	8 8,5%	5	0
ORIENTE VERS UNE ETIOLOGIE	29	29 (30,85%	0 0%	20 21,27%	0 0%	9	0
EVASIF	48	0 0%	48 51,06%	13 13,83%	31 32,95%	4	0
TOTAL	94	29 (30,85%	65 69,15%	37 39,36%	39 41,49%	18 19,15%	0%

TABLEAU N°3 : TAUX CUMULATIFS DE CONCORDANCE SUR LES DECISIONS
DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES AUX DISPENSAIRES
BAGUINEDA ET QUARTIER -MALI

CONCORDANCE							
DIAGNOSTIC	NBRE DE CAS	DIAGNOSTIC		TRAITEMENT		REFERENCE	
		ACCORD	DESAC- CORD	ACCORD	DESAC- CORD	EFFEC- TIF	ACCORD
BASE SUR LA SYMPTOMATO- LOGIE	34	0 0%	34 22,67%	11 7,33%	18 12%	5	0
ORIENTE VERS UNE ETIOLOGIE	40	34 22,67%	6 4%	20 13,33%	8 (5,33%)	12	3
EVASIF	76	0 0%	76 50,66%	15 10%	43 28,67%	18	2
TOTAL	150	34 22,67%	116 77,33%	46 30,67%	69 46%	35 (23,33 %)	5

Sur 150 patients, seulement 30,67% bénéficient d'un traitement acceptable et nous notons qu'il existe un abus dans les références (23,33%).

TABLEAU N°4 : DIFFERENTES DERMATOSES COURANTES TRAITÉES PAR ARBRE DE DECISION EN FONCTION DES ASPECTS CLINIQUES

% de réponse
thérapeutique à
l'arbre de décision

DIAGNOSTIC BASE SUR LA SYMPTOMATOLOGIE	AFFECTIONS DERMATO- LOGIQUES TRAITÉES PAR ARBRE DE DECISION	NOMBRE DE CAS	SUCCEs	ECHEC
DERMATOSE PRURIGINEUSE	GALE	35	100	0
	PRURIGO STROPHULUS	5	0	100
	URTICAIRE	1	0	100
DERMATOSE SECHE SQUAMEUSE	DERMATOPHYTIE	9	100	0
	TEIGNE CUIR CHEVELU	7	100	0
	ECZEMA	7	0	100
	HERPES CIRCINE	6	100	0
	PITYRIASIS ROSE DE GIBERT (PRG)	6	100	0
	INTERTRIGO CANDIDOSIQUE NON MACERE	4	100	0
	ERYTHRASMA	3	100	0
DERMATOSE SUINTANTE	ECZEMA MARGINE DE HEBRA	2	100	0
	GALE IMPETIGINISEE ET/ OU ECZEMATISEE	42	100	
	ECZEMA AIGU	33	100	0
	IMPETIGO	13	100	0
	TEIGNE SUPPUREE	2	100	0
DERMATOSE VESICULEUSE	PRURIGO SUINTANT SURINFECTE	1	100	0
	ZONA	7	100	0
	ECZEMA	7	0	0
DERMATOSE HYPOCHROMIQUE	VARICELLE	5	100	100
	ECZEMATIDES	5	0	100
TOTAL		200	175 87,5%	25 12,5%

Selon ces résultats de test des arbres décisionnels seulement 12,5 % des 200 malades doivent être référés aux centres spécialisés.

TABLEAU N°5 : COUT EN FRANCS CFA DES DIFFERENTS ARBRES
DE DECISION

COUT DU TRAITEMENT

DIFFERENTS ARBRES DE DECISION	CAS NON COMPLIQUES	CAS COMPLIQUES	
		SURINFECTION	ECZEMATISATION
TACHE HYPOCHROMIQUE ACQUINE	1 940	4 410 F	2 855 F
DERMATOSE SUINTANTE CIRCONSCRITE OU LOCO-REGIONALE	1 550 F à 2 580 F	4 020 F à 5 050 F	2 980 F
DERMATOSE SECHE CIRCONSCRITE	1 365 F à 1 940 F	3 835 à 4 410 F	2 565 F
DERMATOSE PRURIGINEUSE	2 215 à 3 345	4 685 F à 5 815 F	3 695 F
DERMATOSE VESICULEUSE	700 F 2 125 F	3 170 F à 4 595 F	2 325 F

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

Nos résultats proviennent de l'évaluation de la qualité des soins dermatologiques dans deux dispensaires, de l'étude de l'applicabilité et le coût des arbres de décision dans le diagnostic et le traitement des affections cutanées courantes.

Les résultats obtenus loin d'être représentatifs de l'ensemble des dispensaires du pays, nous permettent néanmoins de faire une approche de la qualité des prestations dermatologiques offertes aux patients des dispensaires enquêtés. Nous n'avons pas eu besoin, de faire recours à des prélèvements bactériologiques et mycosiques pour asseoir un diagnostic de certitude des dermatoses courantes. Le diagnostic des dermatoses courantes peut presque toujours être posé par un examen clinique soigneux au Mali. En effet, sur 245 malades reconnues cliniquement atteints d'infections mycosiques, nous n'avons eu que 62 résultats positifs à l'examen mycologique soit 25, 3 % (12).

De l'étude analytique des données de l'observation dans les deux dispensaires, nous constatons, que les taux de concordance diagnostique, thérapeutique et de référence entre l'observé (I.D.E) et l'observateur (interne thésard) sont bas même très bas.

Ainsi à Baguinéda, pour le diagnostic, nous avons eu seulement 8, 9 % d'accord contre 91, 1 % de désaccord. Sur 39 cas traités, nous avons été d'accord à 16, 07 % contre 53, 57 % de désaccord et dans les 17 cas de référence (soit 30, 36 %), nous sommes d'accord sur 5 cas de référence. Cette fréquence (taux élevé) de désaccord s'explique par une absence de connaissance de base de l'I.D.E en dermatologie. Il y a une méconnaissance totale des temps importants de l'examen clinique en dermatologie (inspection et palpation). L'interrogatoire est réduit à sa plus simple expression. Très souvent une dermatose est confondue à une autre (exemple une bourbouille est diagnostiquée comme une acné).

Pour le traitement ; l'I.D.E ignore les règles élémentaires de la thérapie des affections cutanées (bonne préparation de la lésion, forme galénique adaptée à la lésion et sa localisation. Dans la grande majorité des accords thérapeutiques. Nous n'avons jamais été en accord total sur un seul cas. Mais chaque fois que le traitement était acceptable (c'est-à-dire un ou deux éléments justifiés dans le contenu du traitement de l'I.D.E.), nous étions d'accord avec l'observé.

Au niveau rural, l'arsenal thérapeutique en dermatologie de l'I.D.E se compose : de produits antibactériens, des antihistaminiques (des pommades ou crèmes antiprurigineuses). Dans le contenu du traitement de l'I.D.E, le constat amer est l'utilisation abusive des produits antibactériens. Les familles les plus utilisées sont les Bêta Lactamines, les sulfamides. Contrairement parfois à leur emploi pour les maladies de peau d'origine microbienne (impétigo, érysipèle etc...) ou les dermatoses secondairement surinfectées. Ils sont prescrits pour les dermatoses dues aux parasites aux virus. Outre leur mauvais emploi ; ils sont l'objet de mauvaise administration.

Dans ce dispensaire rural, près de 83, 93 % de patients auraient pu être traités sur place et seulement 8, 93 % auraient pu avoir besoin de soins dans un centre spécialisé.

Quant au dispensaire urbain du Quartier - Mali, les résultats obtenus (Tableau n°2) montrent 30, 85 % d'accord diagnostique contre 69, 15 % de désaccord. Au plan thérapeutique, 76 malades ont bénéficié chacun un traitement de l'I.D.E ; soit 80, 85 %. Nous avons obtenu 48, 68 % d'accord thérapeutique contre 51, 32 % de désaccord.

L'arsenal thérapeutique se compose au niveau urbain en plus de ceux rencontrés en milieu rural, des dermocorticoïdes, des antifongiques. De la méconnaissance des points fondamentaux et des

éléments de diagnostic entre infection mycosique et eczéma et les états secondairement surinfectés et ces dites dermatoses. L'I.D.E utilise pour parer à cette méconnaissance un produit contenant trois principes actifs : Le MYCOLOG = Triamcénolone (corticoïde), néomycine (antibiotique) et Nystatine (antimycosique).

Les antihistaminiques sont prescrits de façon abusive contre les prurits d'origine diverse. Parmi eux prométhazine, dexchlorpheniramine et les corticoïdes injectables.

Ces derniers sont très largement utilisés pour leur action rapide. Ces produits antiprurigineux ne sont qu'un élément dans le traitement des dermatoses et ne peuvent être une médication à part entière. Telle est souvent le cas dans les centres de santé de premier recours.

Dans la prise de décision de référer, 18 cas ont été l'objet de référence inutile ; soit 19, 15 %.

Probablement ce dispensaire urbain reçoit des cas moins graves par rapport à ceux vus en milieu rural. Les cas sévères de maladies cutanées consultent d'emblée au centre spécialisé. Les 19, 15 % de référence viennent encombrer le service spécialisé de consultation. Malgré, la faiblesse globale du niveau de connaissance des I.D.E des deux dispensaires, une légère différence semble cependant exister entre les résultats du dispensaire du Quartier - Mali et ceux obtenus au dispensaire de Baguinéda. En dépit de la différence des effectifs de patients, la qualité des prestations dermatologiques est meilleure au dispensaire du Quartier - Mali. Ceci peut être lié à deux faits probables. L'I.D.E du centre urbain reçoit probablement des cas non compliqués, les cas compliqués se rendent spontanément au centre spécialisé.

La deuxième éventualité, est que l'I.D.E de ce dispensaire urbain est en contact avec les délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques qui lui procurent échantillon des médicaments documents médicaux pouvant contribuer à sa formation en dermatologie.

L'analyse de ces quelques points saillants de notre étude, nous permet de faire quelques constatations suivantes :

- Un nombre important de disconcordance (99 cas soit 2/3 de notre échantillon sont référés ou ont un traitement inadéquat.

Une fréquence de plus en plus croissante de complications suites à des erreurs thérapeutiques. Exemple pour traiter une scabiose (gale) l'I.D.E a prescrit :

- Kenacort 40 - 4 fl
- Extencilline 2, 4 - n°5 fl
- Locasalène pommade - 1 tube
- Bactrim forte - 2 btes
- Polaramine 'R' - 1 bte.

soit environ : 13 635 F CFA (avant dévaluation) où Kenacort R 40 et Locasalène R pommade sont une contre-indication dans la scabiose.

Grand pléthore de consultants de dermatoses courantes qui auraient pu être pris en charge dans les postes de santé périphériques.

Face à cette demande de soins dermatologiques de plus en plus croissante à l'Institut Marchoux, soit une augmentation de 76 % de 1990 à 1992, les affections cutanées constituent un réel problème de santé publique. Cette augmentation de demande des soins en dermatologie s'explique par le fait qu'au Mali, pays en voie de développement, il y a, un mauvais fonctionnement des services de santé et comme les différents éléments d'un système de santé sont naturellement interdépendant si la prise en charge assurée par un élément est inadéquate, cette carence se

répercutera fatalement sur l'autre élément, de telle sorte que ces inadéquations en cascade constituent l'une des formes les plus courantes de mauvais fonctionnement des services de santé (11).

Au total, dans notre étude, sur l'observation de 150 patients, il ressort, que le niveau de connaissance des I.D.E de ces dispensaires est faible en dermatologie.

Pour le diagnostic, 34 fois (soit 22, 67 %) nous étions d'accord et 116 fois (soit 77, 33 %) nous étions en désaccord. Quant aux traitements 46 fois soit (30, 67 %) il y avait accord et 69 fois soit (46 %) il n'y avait pas d'accord et la référence ne se justifie que 5 fois sur 35.

Dans certains pays, comme le Mali, une conduite à tenir a été élaborée face aux maladies diarrhéïques (S.R.O) pour prévenir et réduire la mortalité dans la population cible. Malheureusement aucune enquête exploitable statistiquement n'a pu être menée sur l'efficacité de l'introduction de la stratégie, que nous puissions nous baser à titre de comparaison. Par contre une étude similaire effectuée au Niger, sur l'élaboration d'une stratégie plainte - traitement. Nous avons noté que la dermatologie avait été l'une des situations les plus mal gérées. Sur 90 observations d'affections cutanées ; l'I.D.E a effectué :

- * 2 références inutiles
- * 13 références manquées
- * 54 mauvais traitements

Soit environ : 17 % de références inutiles et manquées
60 % de mauvais traitements.

Ainsi au Mali, comme partout ailleurs, dans les pays en voie de développement, les affections cutanées sont des problèmes courants de santé, qui se posent dans la collectivité ; par leur grande fréquence (30 % des consultations médicales (10) et leur diversité sur la base de cette méconnaissance totale ou partielle des agents de santé (médecins et I.D.E), dans le diagnostic et traitement des affections cutanées dans les centres de soins d'enseignement secondaires, de services et d'Entreprises d'Etat et des centres publics (dispensaires).

Comment faire pour améliorer cette situation ?

L'utilisation d'une stratégie Diagnostic - Traitement des dermatoses courantes est une réponse à notre problème. Nous avons donc pensé qu'il serait utile d'essayer ces notions aux possibilités diagnostiques et thérapeutiques locales afin de pouvoir systématiser la conduite à tenir devant les principales dermatoses courantes. A cet effet nous avons élaborer et testé des arbres de décision sur 200 patients à l'Institut Marchoux. De cette étude nous pouvons conclure que 87, 5 % de dermatoses courantes, pourront avoir une meilleure prise en charge au niveau périphérique contre 12, 5 %, qui échappent à nos arbres de décision. C'est le cas des affections cutanées de mécanisme immunologique comme le prurigo strophulus, l'urticaire et l'eczéma et dont la prise en charge doit à priori s'effectuer dans les services spécialisés.

Ces arbres de décision n'ont pas la prétention de représenter l'idéal de la conduite diagnostique et thérapeutique pour le personnel de santé devant les dermatoses. Ils permettent néanmoins de donner des lignes directrices pour une bonne pratique en dermatologie courante. Comme aux États-unis les "guides lines" ont été l'outil qui a donné les résultats les plus immédiats dans l'amélioration de la qualité des soins. Pour leur efficacité, elles doivent être simples, explicites documentées par des études bien construites (15). C'est la raison, pour laquelle nos arbres décisionnels peuvent eux-mêmes être repris à tout moment afin de les adapter et les rendre plus performants et moins coûteux.

Outre, la recherche à améliorer le sort des patients qui se présentent pour une consultation dermatologique curative au premier niveau par une stratégie diagnostic - traitement qui est une ligne générale d'action de caractère général en vue d'atteindre des objectifs bien définis (8).

Nous avons évalué, le coût de chaque arbre de décision, dont le meilleur rapport coût - efficacité est un facteur déterminant dans l'utilisation de la stratégie.

Ainsi pour les cas simples, le coût du traitement de l'arbre varie de 1 365 F CFA à 3 345 F CFA. Dans les cas compliqués en absence de surinfection le coût va de 2 325 F à 3 695 F CFA et au stade de surinfection le coût va de 3 170 à 5 815 F CFA. Ces différents coûts, en réalité sont très variables à cause de la politique de libéralisation du prix des médicaments.

Ailleurs nous notons parfois que le coût maxima d'une dermatose simple peut dépasser le coût minima du traitement de l'arbre de décision d'un cas compliqué. Cela se voit dans le traitement des dermatoses dues aux champignons où la durée des traitements est plus longue et les médicaments prescrits (antifongiques) ont une grande majorité qui n'est pas touchée par la politique de médicaments essentiels.

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

Au cours de cette étude, nous nous sommes attachés, de donner une conduite à tenir, qui permettra une approche pratique et peu coûteuse de prise en charge des affections cutanées courantes.

Il ressort de nos enquêtes d'évaluation de la qualité des soins dermatologiques, une connaissance très faible avec 77, 33 % de cas d'affections cutanées, sans diagnostic, 46 % de mauvais traitement et 23, 33 % de références inutiles. Pour solutionner ce problème préoccupant ; nous avons adopté une stratégie par le système des arbres de décisions, qui nous a permis d'obtenir un meilleur résultat avec 87, 5 % de succès thérapeutique contre 12, 7 % d'échec.

Au total, l'on s'aperçoit que les affections cutanées posent à l'heure actuelle, de réels problèmes de santé publique au Mali ; par leur fréquence, leur diversité et leur mauvaise prise en charge dans les centres de santé de Sociétés et d'Entreprises d'Etat, d'enseignement secondaire et scolaire et Universitaire, et dans les centres de santé publics.

Face à cette situation, cette étude suggère :

- La mise en place d'un système actif de recueil des données épidermiologiques, selon les cas, du minimum de données utiles en vue d'une exploitation et d'une orientation plus judicieuses des activités de santé.

La formation d'agents statistiques en nombre suffisant et le recyclage du personnel à cet égard.

- La nécessité pour les médecins généralistes d'avoir une formation dermatologique, qui leur permettra de donner des soins de qualité et de savoir à partir de quand les troubles relèvent d'une prise en charge spécialisée.

D'organiser périodiquement des enquêtes d'évaluation du niveau de compétence du personnel de santé, en vue d'identifier les besoins de recyclage.

· D'encourager les structures spécialisées de santé à élaborer de plus en plus des algorithmes décisionnels ou arbres de décisions ou des "guides lines" dans le but de standardiser la prise en charge de certaines affections courantes.

Ce travail, certes modeste doit être mis à la disposition du personnel de santé non initié à la dermatologie. Il constitue une ébauche de stratégie visant à améliorer les prestations dermatologiques des services de santé de premier recours. Il y a tout lieu d'encourager l'initiative d'une étude sur le terrain, par l'introduction d'arbres de décision lors des consultations curatives aux postes de premier recours. Cette instruction écrite n'est toute fois jamais définitive, lors de l'application, des problèmes surgiront, la thérapeutique disponible et la pathologie cutanée locale évolueront. Une évaluation périodique de la validité et l'applicabilité de la stratégie permet alors de l'améliorer progressivement.

RESUME

Dans notre étude, de recherche d'une stratégie diagnostic - traitement face aux dermatoses courantes, nous nous sommes attachés de savoir, si les services rendus pour les soins dermatologiques, à cet échelon de premier contact sont de bons services sinon comment les améliorer ?

Nous avons ainsi pu constater, que les soins dermatologiques sont l'une des situations les plus mal gérées.

- Sur 150 cas de consultation dermatologique, 77, 33 % sont sans diagnostic ;
- 115 malades ont bénéficié d'un traitement. Nous avons obtenu 30, 67 % d'accord thérapeutique contre 46 % de désaccord ;
- 35 malades ont été l'objet de références inutiles.

Pour améliorer cette situation, nous avons élaboré et testé des arbres de décision Diagnostic - Traitement en dermatologie sur un échantillon de 200 patients, venus en consultation au Bureau des Entrées de l'Institut Marchoux. Les résultats obtenus ont été de 87, 5 % de succès contre 12, 5 % d'échec thérapeutique.

Il s'avère nécessaire que la santé pour tous d'ici l'an 2 000 passe aussi par la santé de la peau. Nous ne pouvons assurer une meilleure santé de la peau, qu'en dispensant des soins dermatologiques essentiels ; aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique.

Nous osons espérer que l'introduction de ces arbres décisionnels en dermatologie, permettra de réduire les erreurs, occasionnant parfois des dépenses inutiles. Pour qu'on puisse afin mieux utiliser les ressources limitées en personnel spécialisé et en médicament.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. BEGUIN - D - DUJARDIN ET WOLLAST. E
Une conception souple de l'évaluation d'un système de santé
FORUM MONDIAL DE LA SANTE 1989 Vol : 10 n°1 P:42-43

2. BROWNHEE ANN ET NCHINDA - C - THOMAS
Comment élaborer des projets de recherche axés sur les
problèmes de santé prioritaires.
Cours de Recherche sur les services de santé organisé par
l'O.M.S Bureau Régional de l'Afrique 1983 P:31

3. CANIZARES ORLANDO
Les Dermatoses chroniques
Filiale Française de Schering Corporation U.S.A Services
Professionnels LABO UNICET 1979

4. DJIBO YACOUBA HAMADOU
Contribution à l'élaboration d'une stratégie plainte -
Traitement à la première consultation de la C.M. de Niamey
commune. A propos de 2020 cas. Thèse de Médecine 1985. Niger.

5. DREY FUSS. G ET COLL
Etude comparative de l'efficacité de divers anti fongiques sur
différents champignons pathogènes. Concours Med. 1988, 25,
110, 2186-2188.

6. Fichier THERAPEUTIQUE en Dermatologie
EDITIONS SAATCHI ET SAATCHI MEDICAL AVRIL 1989
LABO - UNICET

7. GROSSETTE
Panorama de la lèpre
Développement et Santé n°62 1986

8. INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE
Prince Leopold - ANVERS
STANDARISATION DES SOINS CURATIFS

9. MAZER ANDRE ET SANKALE MARC
Guide de Medecine en Afrique et Océan Indien
EDIT 1988 P:279

10. Medecine DIGEST
Dermatoses et Infections cutanées en Milieu Tropical
Vol XXI n°4

11. NON DASUTA - A ET KOTRAJARAS - R
Les Affections cutanées : Un problème de Santé Publique
FORUM MONDIAL 1985 VOL :6, n°1

12. TRAORE Moussa
Les Mycoses Humaines du Mali
Thèse de Médecine 1974 n° Bamako-Mali

13. UNILABO Filiale de SCHERING - PLONG - CORPORATION
92, Rue Baudin, 92307 Levallois - Perret Tel : 7.39.94.80
Les Excipients en dermatologie
DUPUY - COMPTON MEDICAL D.I.P DV 3079 10 FB

14. WHEATE H.W, PEARSON J.M. H
Guide Pratique pour le diagnostic et le traitement de la
lèpre dans les postes sanitaires de Base. Association
Raoul FOLLEREAU 1988

15. ZALESKI - DURAND I, AUDET H.M, GREENFIELD.S ET JOLLY. D
Evaluation de la qualité des soins aux Etats-Unis
Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique
VOL : 39, 1991 N°5.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE D'EVALUATION DU NIVEAU
DE PRESTATION DES I.D.E.

N°	OBSERVATEUR		OBSERVE		REFERENCE
	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	

FICHE D'ENQUETE DU TEST DE VALIDITE
DE L'ARBRE DECISIONNEL

INDENTIFICATION DU MALADE

N° DOSSIER

NOM EXAMINATEUR

NOM

--	--	--

PRENOM

SEXE

AGE

PROFESSION

LIEU DE RESIDENCE

Antécédents du Malade

Personnels :

Familiaux :

TRAITEMENT DEJA EFFECTUE

Médical

Traditionnel

Aucun Traitement

OBSERVATION CLINIQUE

HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE

TRAITEMENT PAR ARBRE DECISIONNEL

SUIVI

J0

J7

J14

J21

CONCLUSION

ECHELLE D'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE

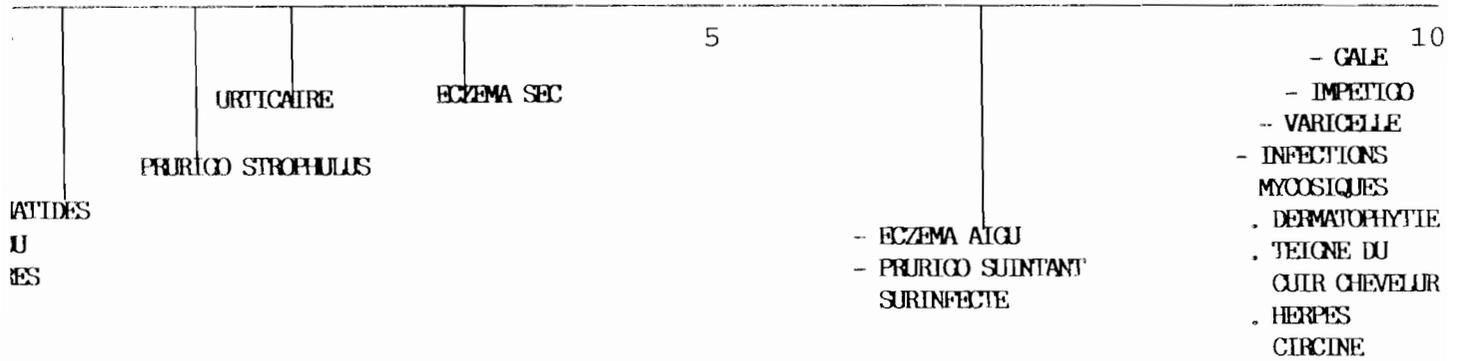
50 à 100 %

5

10

0 %

à 50 %



DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
PUBLIQUE DU DISTRICT DE BAMAKO

-- /) /OTE DE SERVICE -- N° 189 /DRSP/DE

Monsieur Jacob Dabo, Etudiant en Médecine est autorisé à mener des recherches dans les dispensaires du District.

Les Médecins-chefs de centres de santé sont priés de tout mettre en oeuvre pour lui faciliter la tâche.

Ampliations :

- C.S.C.....6
- Int.....1
- DES.....1
- Archives.....1/9

