

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE (MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



## Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022 – 2023

N°...../

### MÉMOIRE

# Profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Présenté et soutenu publiquement 21 /Mars /2024

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mme. Djeneba DIAGNE

Pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées de dermatologie

Léprologie vénéréologie

### JURY

**PRESIDENT :** M. Ousmane Faye (Professeur)

**MEMBRE DU JURY :** M. Ousmane Sylla (Docteur)

**Co- DIRECTEUR :** M. Bekaye Traore (Docteur)

**DIRECTEUR :** M. Yamoussa Karabinta (Maître de conférences)

# DÉDICACES

## Dédicaces

*BISMILLAHI RAHMANI RAHIMI*

*Je dédie ce modeste travail :*

*Au Tout Puissant Allah Soubanah wa taallah, le Clément, le Miséricordieux qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.*

*A ma très chère maman : Feu **Tan Sanata DEMBELE** J'ai souhaité vous voir assis là en ce jour solennel, mais hélas, Dieu en a décidé autrement. Dormez en paix.*

*A mon très cher papa : **Aliou DIAGNE** Vous resterez toujours pour moi un père modèle. Il n'est point nécessaire pour moi de vous dire ce que je ressens ; mais recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance. Qu'Allah vous accorde encore une longue vie afin que vous puissiez jouir du fruit de vos peines. Car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et mes pensées.*

*A mon époux **Oumar GUINDO**, Aucun mot ne traduira ce que je pense de toi, compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et maternel constants ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de te remercier très sincèrement. Qu'Allah t'accorde une longue et paisible vie pour bénéficier aux fruits de ce travail.*

*A mes oncles, tantes, frères (Feu **Moussa et Papou**) et sœurs Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos prières, votre encouragement et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Puisse ce modeste travail vous donner une légitime fierté. Qu'Allah nous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie.*

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements**

*Au bon Dieu, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux, le maître du monde et des cieux. Pour m'avoir donné la santé et la chance de poursuivre mes études. Grâce à vous, nous avons pu mener à bout ce travail.*

*A notre maître : **Pr Ousmane FAYE** : Directeur de l'hôpital de dermatologie de Bamako. Ce travail est le fruit de l'effort conjugué de toute une équipe de recherche à laquelle vous avez su inculquer l'esprit de la compétitivité dans l'honnêteté scientifique. Puisse ce travail exprimer toute ma profonde reconnaissance et mon admiration.*

***A l'ensemble des Dermatologues du Mali***

*Recevez tous mon profond respect.*

*Merci pour tout.*

***A l'ensemble de mes collègues en spécialisation***

*Ce travail est la fin d'un parcours à vos côtés.*

***A l'ensemble du personnel de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako(HDB)***

*Merci pour la convivialité.*

***A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et Odontostomalogie (FMOS), merci pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensée.***

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS : .....	3
□ Objectif général .....	3
□ Objectifs spécifiques .....	3
METHODOLOGIE :.....	4
1. Type et période d'étude.....	4
2. Site d'étude.....	4
3. Population.....	6
3.1. Population d'étude.....	6
3.2. Définition de cas :.....	6
3.3. Critères d'inclusion : .....	6
3.4. Critere de Non-inclusion : .....	6
4. Collecte des données : .....	6
5. Considérations éthiques :.....	7
6. Saisie et analyse des données .....	7
RESULTATS : .....	8
Iconographie.....	19
DISCUSSION .....	20
1. Discussion de la méthode : .....	20
2. Discussion des données : .....	20
CONCLUSION : .....	23
RECOMMANDATIONS :.....	24
Aux populations : .....	24
Aux dermatologues :.....	24
Aux autorités sanitaires : .....	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	25
ANNEXES .....	27
Fiche d'enquete .....	27
Fiche signalitique.....	29

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES**

**ATCD** : Antécédent

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie

**USTTB** : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

**KP** : Kératodermie Plantaire

**HDB** : Hôpital de Dermatologie de Bamako

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**(%)** : Pourcentage

**SPSS** : Paquet statistique pour les sciences sociales

**VIH** : Virus Immunodéficience Humain

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau I : répartition des patients selon la profession .....	10
Tableau II : répartition des patients selon le nombre de port de chaussures fermées .....	14
Tableau III : répartition des patients selon les pathologies associées .....	15
Figure 1 : situation géographique de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako	5
Figure 2 : répartition des patients selon le sexe .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 3 : répartition des patients selon l'âge.....	9
Figure 4 : répartition des patients selon la provenance .....	9
Figure 5 : répartition des patients selon le niveau d'instruction .....	10
Figure 6 : répartition des patients selon les groupes d'ethniques .....	11
Figure 7 : répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux ..	11
Figure 8 : répartition des patients selon la fréquence de récurrence .....	12
Figure 9: répartition des patients selon les antécédents familiaux .....	12
Figure 10 : répartition des patients selon les habitudes de vie.....	13
Figure 11 : répartition des patients habitudes des soins des pieds .....	13
Figure 12 : répartition des patients selon le port de chaussure fermée .....	14
Figure 13 : répartition des patients selon la durée d'évolution.....	15
Figure 14 : répartition des patients selon le traitement déjà fait .....	16
Figure 15 : répartition des patients selon le type de pied .....	16
Figure 16 : répartition des patients selon la topographie des durillons au niveau des deux pieds.....	17
Figure 17 : répartition selon le nombre de lésion par patient .....	18

## INTRODUCTION

Le durillon ou coussinet des points d'appui est une callosité peu étendue, une zone circonscrite d'hyperkératose à des endroits de pression ou de friction qui se traduit sur le plan clinique par une zone épaisse dure de couleur jaune ou de peau siège généralement au niveau des pieds en regard des reliefs osseux comme calcanéum, arcade métatarsienne. L'absence de bouchon central le distingue du cor plantaire et des myrmécies. En-dehors du pied, le durillon peut siéger à n'importe quelle zone exposée à un traumatisme répété (clavicule chez le violoniste). [1] [2]

Le mécanisme de survenue du durillon fait toujours intervenir un traumatisme répété (frottement), un comportement (port de chaussures non adaptées) et une anomalie anatomique du pied. Certaines caractéristiques anatomiques des pieds permettent de définir les différents types de pieds. Le type de pied peut être classé selon la longueur des orteils (pied égyptien, grec et carre) et selon l'état la voûte plantaire (pied creux, plat). Parmi ces différents types de pied, les anomalies de la voûte plantaire sont les plus fréquentes à développer des durillons. La présence de durillons sur un terrain particulier (diabétique, lépreux, neuropathie périphérique) fait toute la gravité de la maladie à cause du risque infectieux et vasculaire. [3] [4]

Les durillons représentent un préjudice fonctionnel important, notamment les douleurs au cours de la marche. Les complications les plus fréquentes sont essentiellement infectieuses. Il est souvent le point de départ d'un pied diabétique en raison des troubles neurologiques périphériques.

En Afrique, quelques études portées sur les durillons ont décrit le lien entre l'apparition de durillon et la perte de la sensibilité au niveau du pied. Ces études concluaient à une bonne relation entre la survenue de durillon et la perte de la sensibilité locale. Des considérations culturelles sont associées à certaines formes cliniques. Les lésions au niveau du dos du pied ont été aussi dénommées nodules des prieurs. Plusieurs cas ont été rapportés par des auteurs. [5][6] [7]

Au Mali, aucune étude n'a été faite sur ce sujet ; mais selon les registres de consultation de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako, en 2022, nous avons rapporté 0,3% des durillons sur l'ensemble des consultations. Une description du profil des patients atteints de cette affection permettra d'améliorer la prise en charge et surtout de prévenir certaines complications.

Le but de ce travail est de décrire le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

## OBJECTIFS

### ❑ Objectif général :

Décrire le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

### ❑ Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients ;
- Décrire les présentations cliniques ;
- Identifier les différentes pathologies associées ;
- Déterminer la fréquence selon la localisation ;
- Étudier les facteurs associés.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de 6 mois allant de juillet 2023 à décembre 2023.

### **2. Site d'étude**

La présente étude fut menée au sein de l'HDB. Créé par l'Ordonnance n°2019-010/P-RM du 27 mars 2019 et ratifié par la loi n°2019-10/AN-RM du 9 août 2019, l'HDB est situé dans la commune IV du district de Bamako plus précisément dans le quartier de Djicoroni para.

C'est une structure hospitalière publique spécialisée. Pour assurer une prise en charge effective des affections de la peau, elle abrite plusieurs services qui sont entre autres :

- Le service de Dermatologie -Vénérologie ;
- Le service de Léprologie ;
- Le service de Kinésithérapie Réhabilitation ;
- Le service de Chirurgie plastique et d'Oncologie ;
- Le service de Chirurgie générale ;
- Le service d'Anesthésie- Réanimation- Urgences ;
- Le service d'Imagerie Médicale ;
- Le service d'Histopathologie cutanée ;
- Le service d'Analyses biomédicales ;
- Une pharmacie ;
- Unité de prise en charge des patients vivants avec le VIH.

Le service de Dermatologie assure la prise en charge de toutes les pathologies et conditions dermatologiques y compris l'albinisme. Au niveau de ce service travaillent des dermatologues, des médecins généralistes inscrits pour un diplôme d'études spécialisées (DES) en dermatologie vénérologie, des étudiants en médecine et des infirmiers (apprenants et diplômés).

Ce service est composé d'un pavillon d'hospitalisation et des boxes de consultation.

➤ Pavillon d'hospitalisation

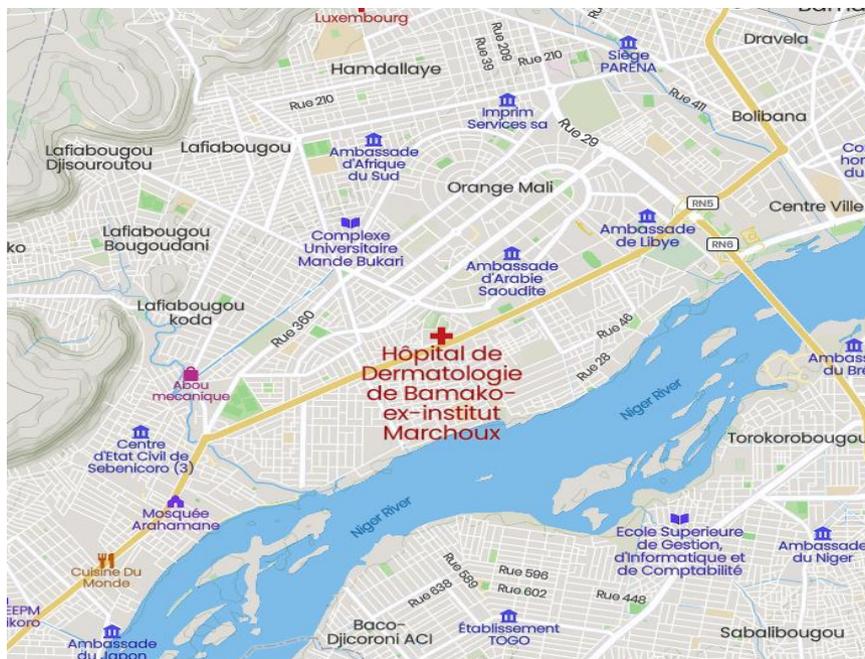
Le pavillon d'hospitalisation est subdivisé en quatre salles d'hospitalisation et contient 13 lits au total réparti comme suit :

- Une salle réservée aux hommes de quatre lits
- Une salle réservée aux femmes de cinq lits
- Une salle VIP de deux lits
- Une salle de chirurgie de deux lits

Le service de dermatologie possède : des boxes de consultations, une salle pour la petite chirurgie, une salle pour la cryothérapie, une salle de soins.

Chaque box est muni :

- D'un lit de consultation pour la réalisation de l'examen clinique
- D'un Ordinateur disposant du logiciel Cinz@n pour la numérisation des renseignements des patients déjà rapportés dans le registre de consultation



**Figure 1 :** situation géographique de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Source : Google MAPS

[https://www.google.com/maps/place/H%C3%B4pital+de+Dermatologie+de+Bamako,+Mali/data=!4m7!3m6!1s0xe51cdfa7a1d175:0xfd96f6dc0cf62da0!8m2!3d12.6223294!4d-8.0287565!16s%2F%2F11tk6nvg1h!19sChIJddGhp\\_3NUQ4RoC32DNz2lv0?authuser=0&hl=fr&crll=1](https://www.google.com/maps/place/H%C3%B4pital+de+Dermatologie+de+Bamako,+Mali/data=!4m7!3m6!1s0xe51cdfa7a1d175:0xfd96f6dc0cf62da0!8m2!3d12.6223294!4d-8.0287565!16s%2F%2F11tk6nvg1h!19sChIJddGhp_3NUQ4RoC32DNz2lv0?authuser=0&hl=fr&crll=1)

### **3. Population**

#### **3.1. Population d'étude :**

Tous les patients consultant pour durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pendant la période d'étude juillet 2023 à décembre 2023.

#### **3.2. Définition de cas :**

Tout patient présentant une zone circonscrite d'hyperkératose à des endroits de pression ou de friction, zones épaisses et dures, souvent de couleur jaune, localisée au niveau du pied, ayant été consulté à l'HDB durant ladite période.

#### **3.3. Critères d'inclusion :**

Les données de tous les patients répondant à la définition de cas;

#### **3.4. Critères de non-inclusion :**

Patient ne répondant pas à la définition de cas, et les causes virales.

### **4. Collecte des données :**

Après l'obtention de consentement du patient ou de l'adulte qui l'accompagnait. Le malade était examiné sur le plan clinique. Nous avons collecté les données sur une fiche d'enquête préétablie avant de les nettoyer pour les analyses.

- **Variables socio-démographiques :**

Sexe : comportaient deux modalités (masculin, féminin).

Profession : La variable a été catégorisée en administrateur, commerçants, couturière, cultivateurs, élèves, ménagère, militaire, autres (Transporteur, électricien, expatrié).

Résidence : cette variable a été regroupée en communes (I, II, III, IV, V et VI) du district de Bamako, Kati, Koutiala, Ségou, Selingue.

- **Variables de l'étude (cliniques):**

Elles portaient sur le motif de consultation, les antécédents, la durée d'évolution et le type de pied.

## **5. Considérations éthiques :**

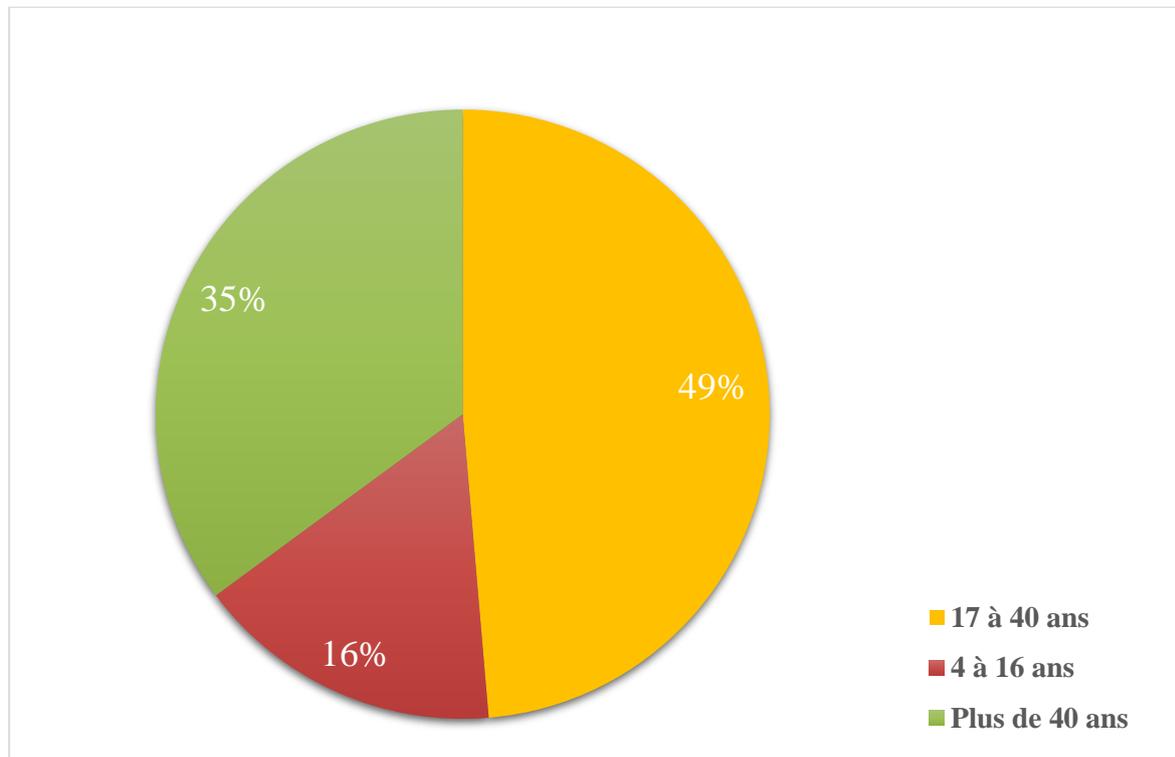
L'anonymat était garanti et l'inclusion à l'étude ne comportait pas de danger car il n'y avait pas de prélèvement sanguin. Les données collectées ont été gardées anonymes.

## **6. Saisie et analyse des données**

Les données collectées ont été traitées et analysées avec le Microsoft Office Word, Excel 2013 et le logiciel SPSS 25.0 for Windows. L'analyse descriptive a utilisé le calcul des proportions pour les variables catégorielles. Les variables continues ont été catégorisées en plusieurs tranches. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux, de figures et de schémas.

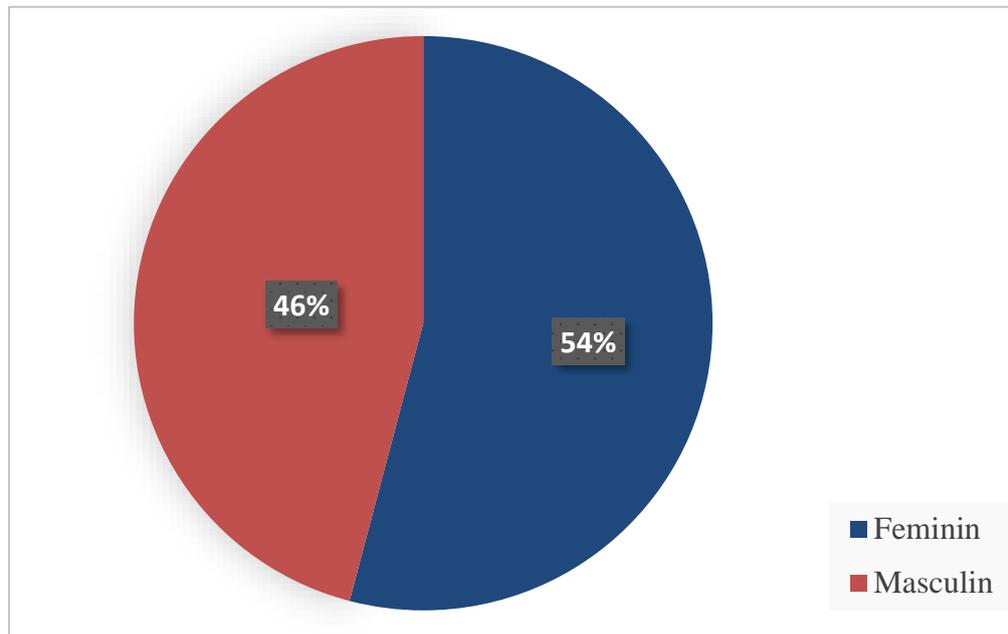
## RESULTATS

Au total nous avons recruté 37 patients durant la période d'étude. La totalité (100%) des patients portaient des chaussures à semelles dures.



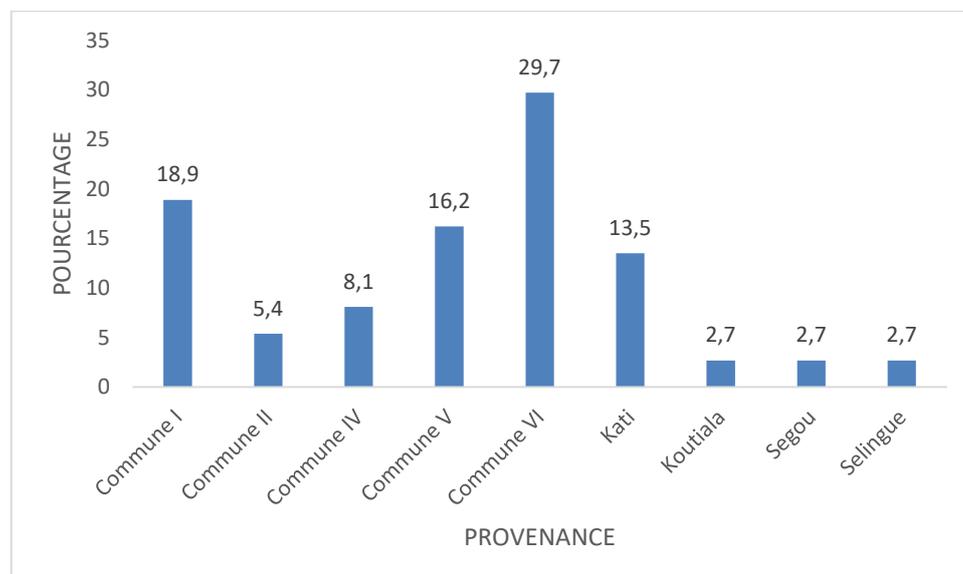
**Figure 2:** répartition des patients selon l'âge.

La tranche d'âge de 17 à 40 ans était la plus représentée avec 49%.



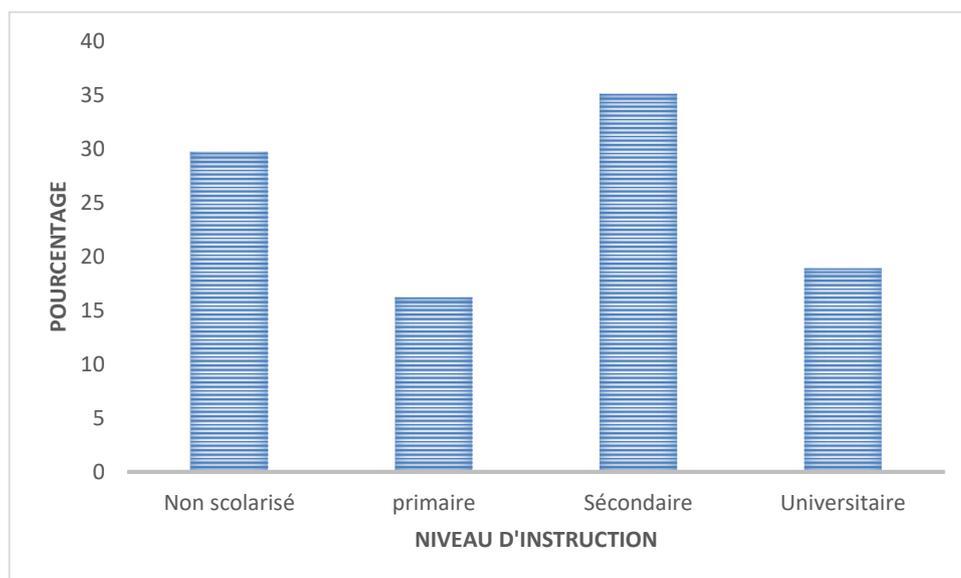
**Figure 3 :** répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin prédominait dans notre étude avec 54 % des cas avec un sex ratio de 0,8.



**Figure 2 :** répartition des patients selon la provenance

La commune VI a été la provenance la plus représentée avec 29,7 %.



**Figure 3 :** répartition des patients selon le niveau d'instruction

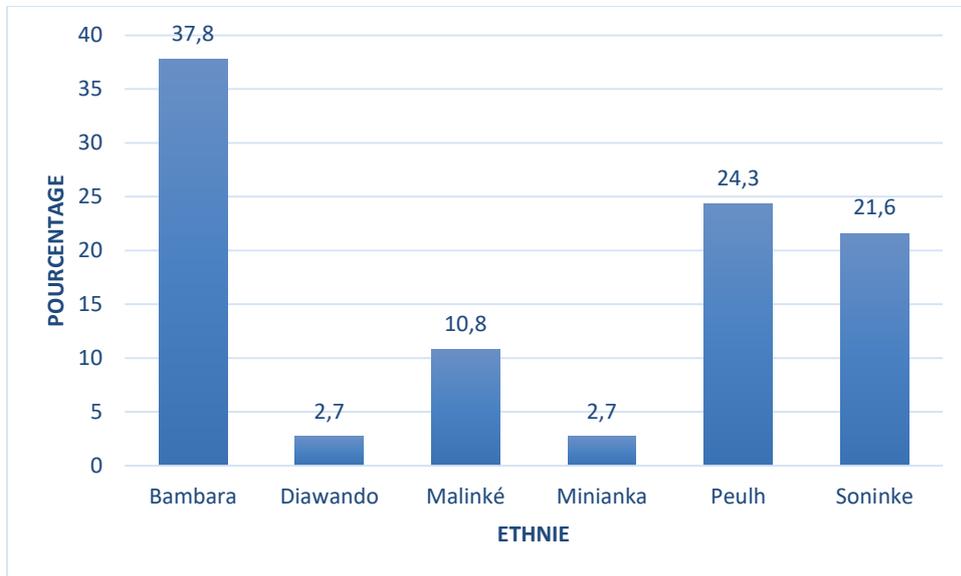
Parmi nos patients, 35% avaient un niveau secondaire et 30 % n'étaient pas scolarisés.

**Tableau I :** Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Administrateur	4	10,8
Commerçant	3	8,1
Couturière	2	5,4
Cultivateur	3	8,1
Elève	10	27
Ménagère	8	21,6
Militaire	4	10,8
Autres	3	8,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

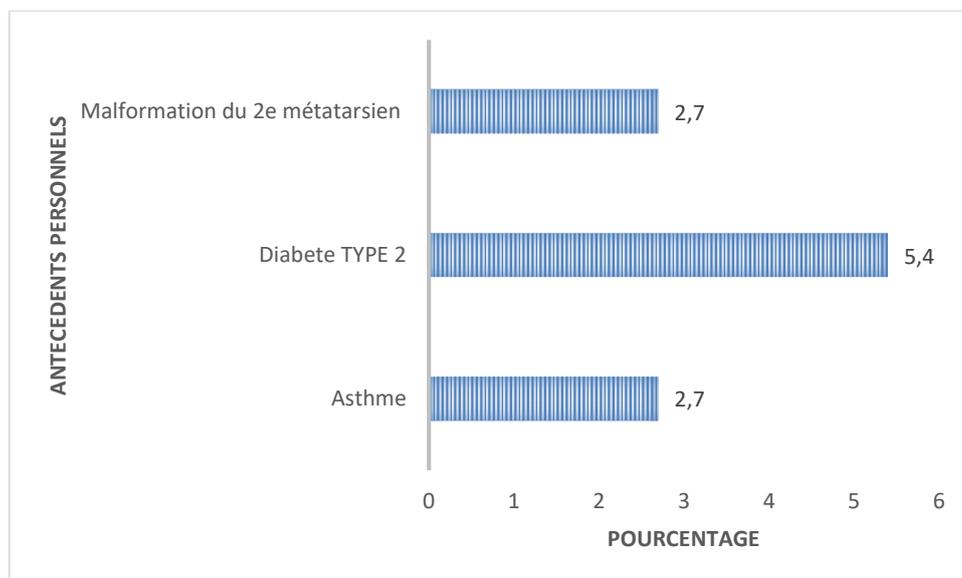
Autres : Transporteur, électricien, ouvriers

Les militaires/administrateurs /élèves étaient prédominants avec 10,8 % ; 10,8 % et 27 %.



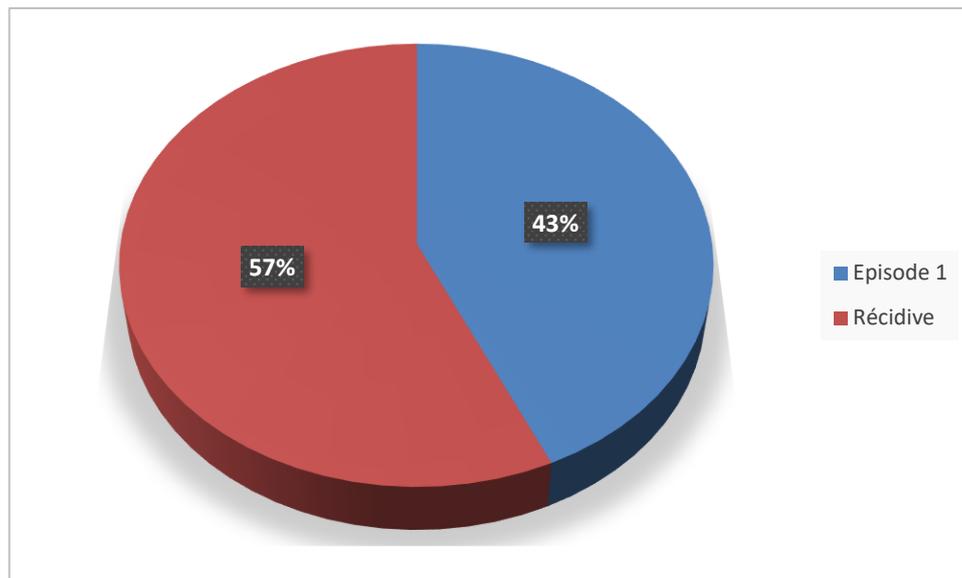
**Figure 4 :** répartition des patients selon les groupes d'ethniques

Le groupe ethnique le plus représenté était celui des peulhs avec 37,8 %.



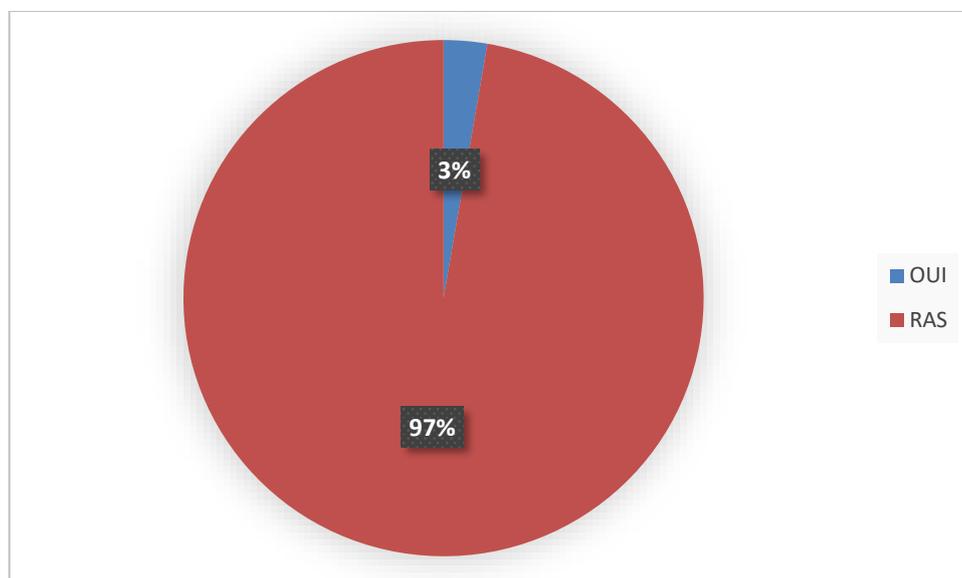
**Figure 5 :** répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

Le diabète type 2 représentait 5,2 %.



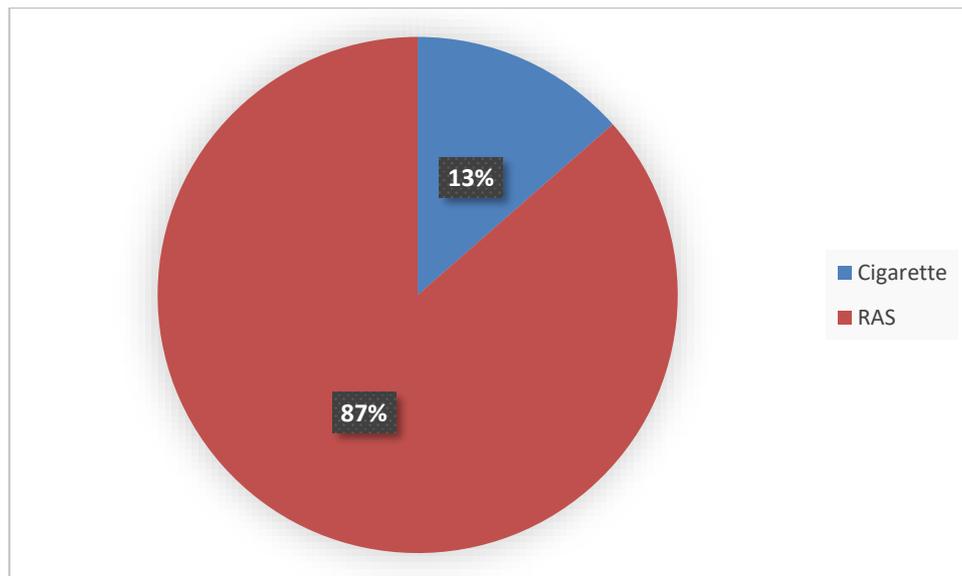
**Figure 6 :** répartition des patients selon la fréquence de récurrence

Dans notre série, les patients qui étaient à leur récurrence représentaient 57 %.



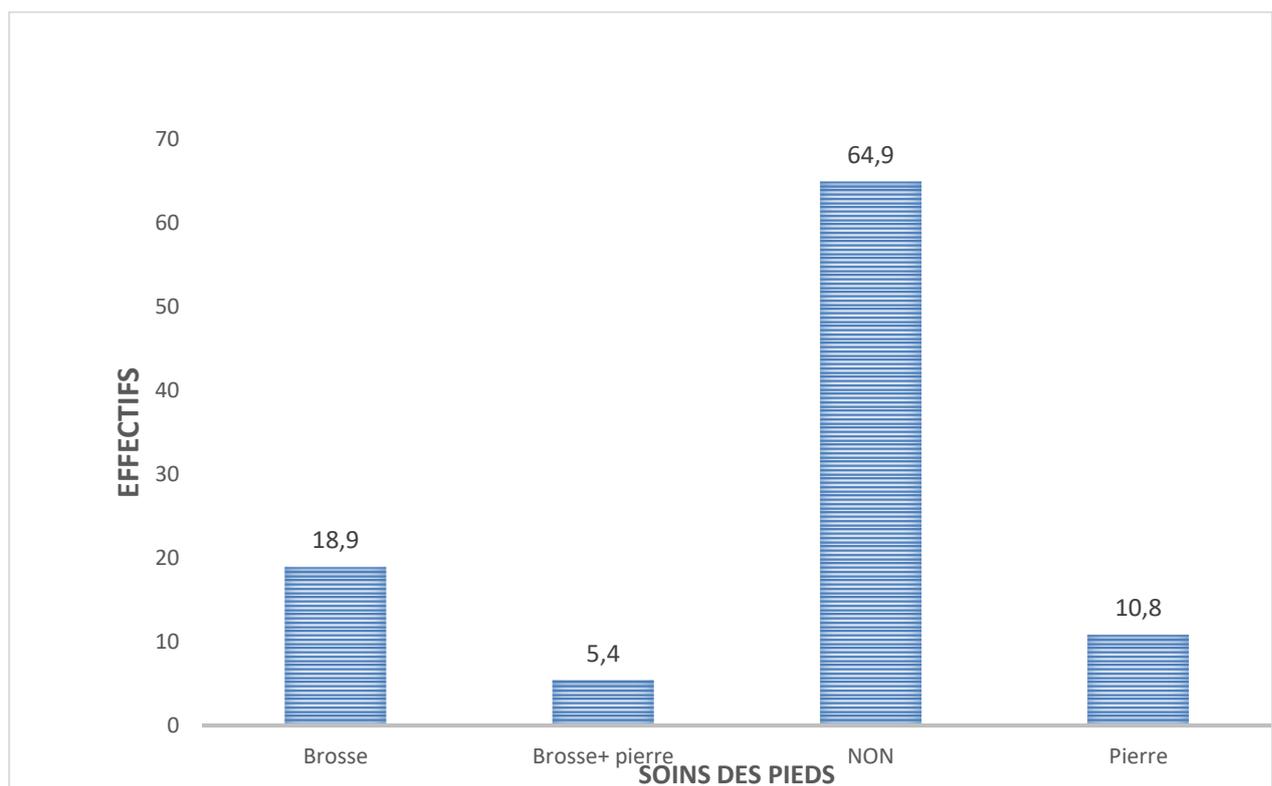
**Figure 7:** répartition des patients selon les antécédents familiaux

Parmi nos patients seul 3 % avaient un antécédent familial



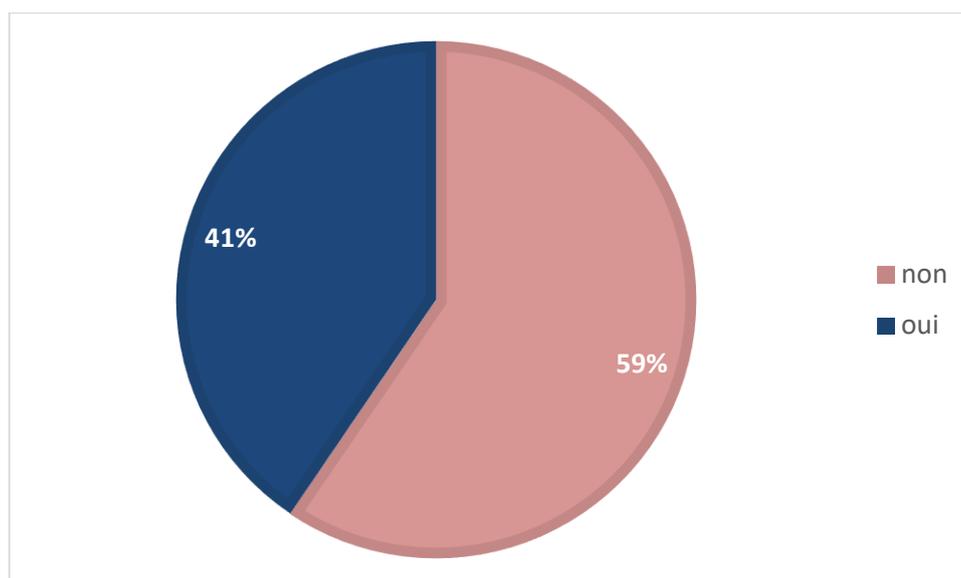
**Figure 8 :** répartition des patients selon les habitudes de vie

Sur l'ensemble des 37 patients cinq étaient tabagiques (13%).



**Figure 9 :** répartition des patients habitudes des soins des pieds

Parmi les habitudes de soins, 5,4 % utilisaient des pierres et brosses



**Figure 10** : répartition des patients selon la notion de port de chaussures fermées

Le port régulier de chaussures fermées était décrit chez 41% de nos cas

**Tableau II** : répartition des patients selon le nombre de port de chaussures fermées dans la semaine

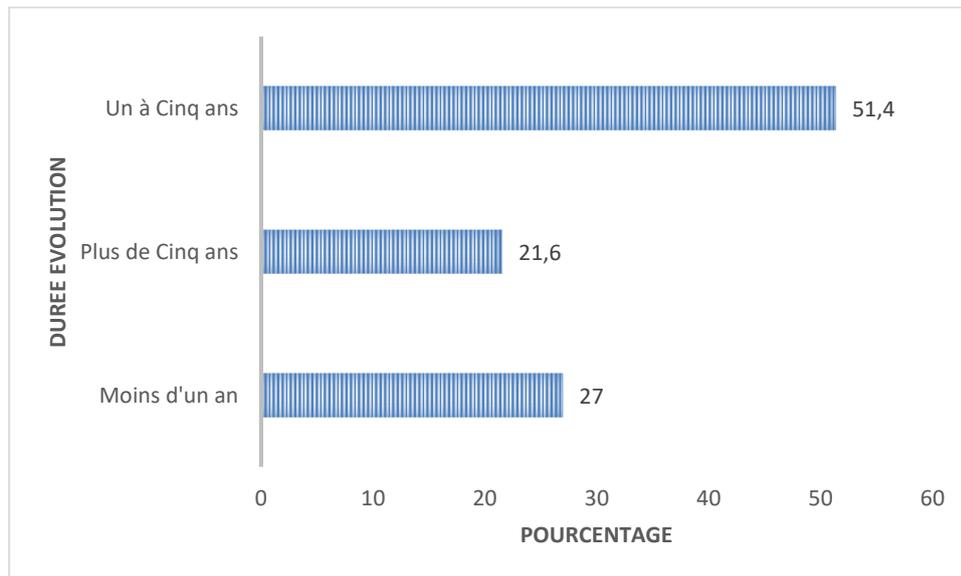
Port de chaussure fermée (sur 7 jours)	Effectif	Pourcentage
Deux	1	2,7
Trois	1	2,7
Cinq	2	5,4
Six	7	18,9
Sept	4	10,8
Ne porte pas de chaussure	22	59,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Le port de chaussure fermée six jours sur 7 avait la fréquence la plus élevée avec 18,9 %.

**Tableau III : répartition des patients selon les pathologies associées**

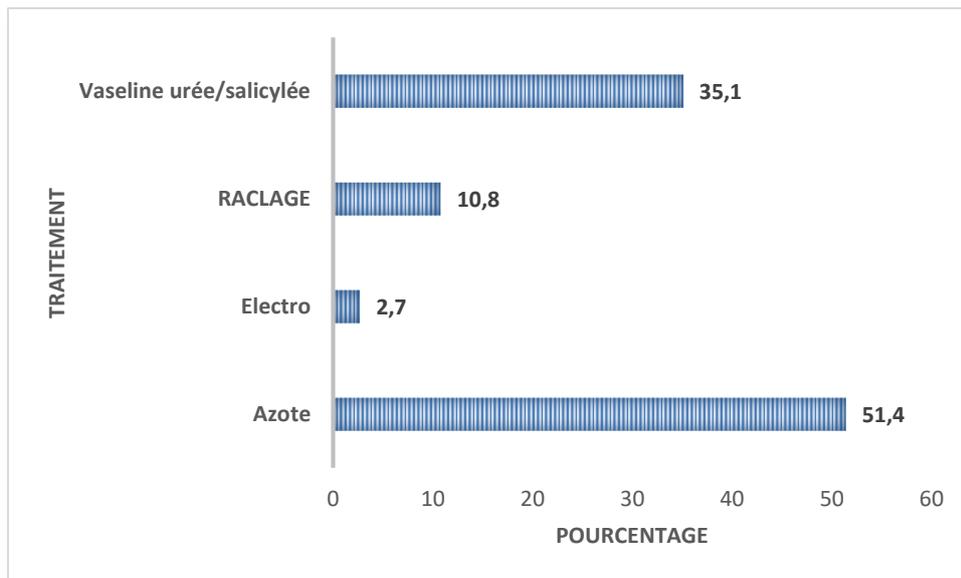
<b>Pathologies associées</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Intertrigo inter orteil	1	2,7
Kératodermie plantaire	2	5,4
Mutilation des orteils	1	2,7
Onychomycoses	1	2,7
Hallux valgus pied gauche	2	5,4
Pied gauche Malformation 2/3/4 orteils	1	2,7
Sclérodermie systémique	1	2,7
Pas de pathologies associées	28	75,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Parmi les pathologies associées la kératodermie plantaire et l'Hallux valgus pied gauche étaient les plus représentés avec 5,4 % pour les deux.



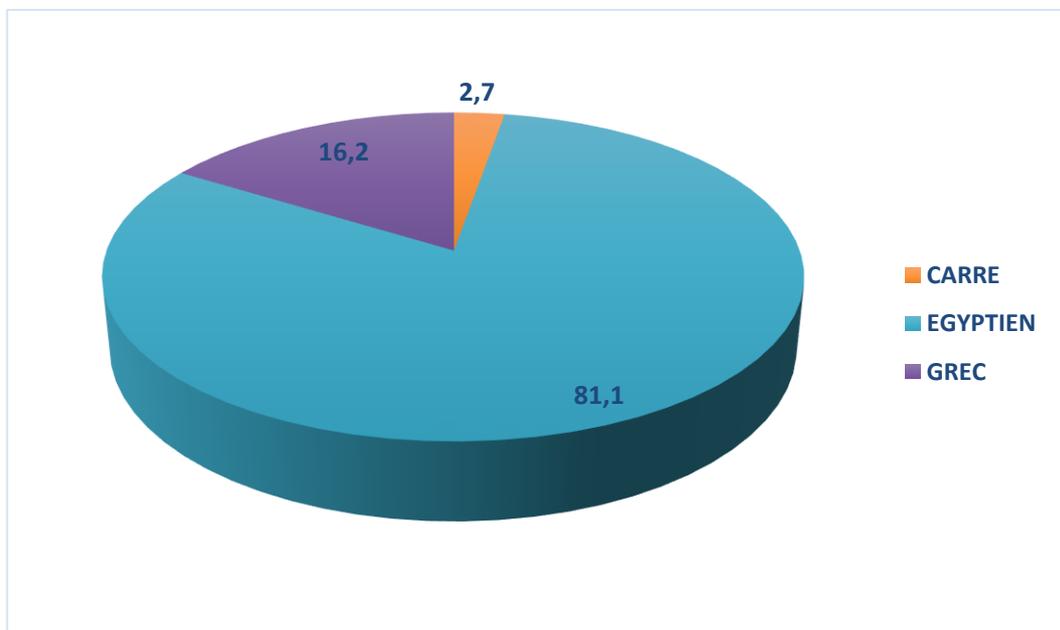
**Figure 11 : répartition des patients selon la durée d'évolution**

La durée d'évolution d'un à cinq a été la plus représentée avec 51,4 %



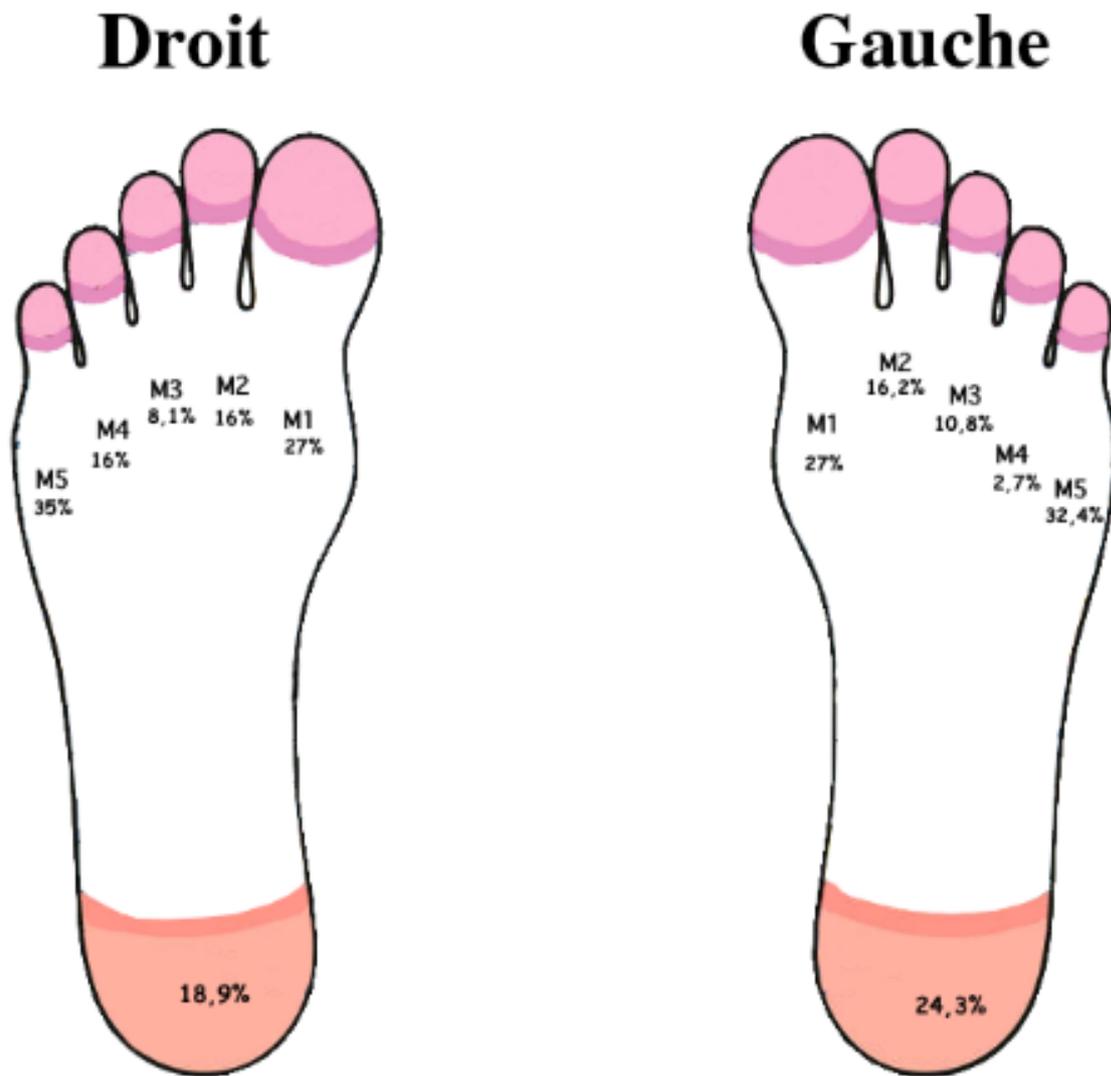
**Figure 12 :** répartition des patients selon le traitement antérieur

Parmi nos patients 51,4 % fut traité par azote



**Figure 13 :** répartition des patients selon le type de pied

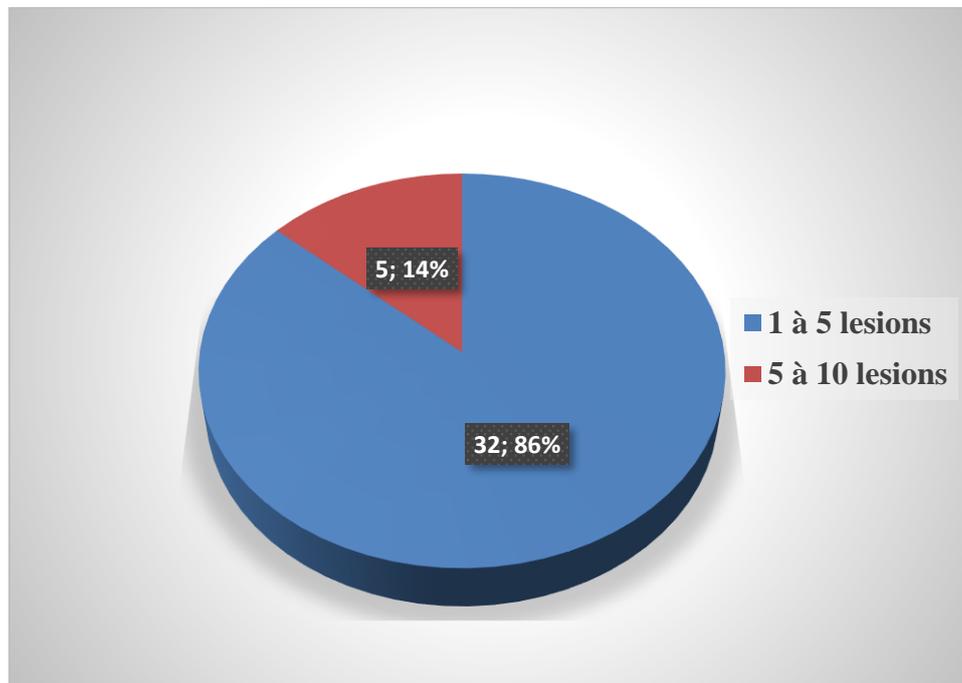
Le pied Egyptien a été le type le plus fréquemment observé avec 81,1%.



**Figure 14** : répartition des patients selon la topographie des durillons au niveau des deux pieds

Le 5e métatarsien était la localisation du durillon chez 35 % des patients suivis du 1er métatarsien avec 27 % et du talon avec 18,9 % pour les localisations au niveau du pied droit dans notre échantillon.

Le 5e métatarsien était la localisation du durillon chez 35% des patients suivis du 1er métatarsien avec 27% et du talon avec 18,9% pour les localisations au niveau du pied gauche dans notre échantillon.



**Figure 15** : répartition selon le nombre moyen de lésions par patient

La tranche de 1-5 lésions a été la plus représentée avec 86 %

## ICONOGRAPHIE



Figure A : durillon situé au niveau du 5e métatarsien du pied gauche chez une femme de 40 ans (source HDB)



Figure B : durillon au niveau du 3e métatarsien du pied droit (source HDB)

## **DISCUSSION**

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako sur une période de 6 mois allant de juillet 2023 à décembre 2023.

### **1. Discussion de la méthode :**

Le but de ce travail était de décrire le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako. Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude transversale descriptive sur une mode prospective chez les patients ayant consulté dans le service de dermatologie de l'HDB sur une période de six mois.

Les limites de notre travail étaient : le recrutement limité au service de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako, la taille de l'échantillon qui est faible, mais aussi le mode de recrutement des patients qui n'était pas exhaustif et l'absence d'examen complémentaire.

Toutefois, les résultats obtenus de cette étude ont permis d'améliorer nos connaissances sur le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon.

### **2. Discussion des données :**

Nos cas étaient majoritairement des sujets adultes. Il s'agit de la frange de la population la plus active. Les activités multiples exposent les sujets jeunes au traumatisme répété, lui-même favorisant la survenue de durillons. Des auteurs espagnols ont déjà décrit la corrélation entre l'indice de pression du pied et la prévalence de l'hyperkératose plantaire. Les adultes étaient prédominants, peut-être en raison du contact prolongé et du frottement chronique. [8]

Le sexe féminin était dominant dans notre étude. Cette prédominance peut être fortuite, elle peut s'expliquer aussi par les habitudes d'hygiène chez les femmes. Ces habitudes consistent à la friction prolongée au cours de la toilette pouvant

engendrer une hyperkératose locale. Des auteurs ont déjà rapporté l'utilisation fréquente de pierre ponce pour l'hygiène des pieds. [9]

L'utilisation de ce matériel reste toutefois controversée, si elle permet d'enlever les callosités ramollies l'utilisation continue peut favoriser la récurrence sur peau sèche. [9] Le côté esthétique chez la femme qui nécessite une consultation fréquente de cette couche.

Toutefois, la prédominance féminine reste relative. Cette fréquence élevée des femmes pourra s'expliquer par leur prédominance dans la population générale comme le rapporte certaines études démographiques.

La douleur était le motif de consultation rapportée chez tous nos cas. Il s'agit de douleurs mécaniques impactant à la marche.

Parmi nos cas, les professions les plus fréquentes étaient les élèves, les administrateurs, les militaires. Il s'agit de professions caractérisées par le port de chaussures fermées. Le port de chaussures fermées est répandu chez les militaires, les administrateurs et les élèves. Les habitudes de friction cutanée sont plutôt courantes chez les ménagères. Des auteurs indiens ont déjà rapporté des cas dans une communauté de cultivateur. [8]

Parmi les antécédents personnels, le diabète type 2 était rapporté chez 2 patients et l'asthme chez un patient. Des auteurs ont déjà décrit la fréquence de survenue de callosité. Il s'agit de callosités souvent localisées sur les proéminences osseuses. Ces callosités peuvent s'ulcérer secondairement, ce qui représente le classique pied diabétique. [10]

Un antécédent familial de durillon était retrouvé seulement dans 3 % des cas.

Le durillon était surtout une affection liée à la personne à ces pratiques plutôt qu'au facteur génétique. [11]

Chez nos cas, une pathologie associée était régulièrement recherchée. La plupart des cas n'avaient aucune pathologie associée au durillon.

Les durillons sont des affections chroniques, avec une durée d'évolution supérieure à 1 an chez plus de 70 % des cas. Plusieurs auteurs rapportent le caractère chronique de cette affection. [3]

Parmi les pathologies retrouvées, le pied valgus et la kératodermie plantaire étaient les plus fréquents.

Selon l'anatomie du pied, le pied égyptien était le plus courant chez nos cas. Il s'agit d'un pied caractérisé par un gros orteil plus long que les autres orteils. Cette prédominance peut s'expliquer par la fréquence de ce type de pied dans la population. Cependant, il n'y a pas de lien évident entre la longueur des orteils et la survenue de durillons. [8]

Le port régulier de chaussures fermées n'était pas courant chez nos cas. Cependant, quel que soit le type de chaussure, il s'agissait de semelles dures. Des auteurs estiment que la formation de callosité est liée à la pression et à la contrainte de cisaillement. [12]

Les lésions siégeaient le plus souvent sur les 5es métatarsiens. Il s'agit de zone exposée à la contrainte de cisaillement décrite plus haut. Les chaussures fermées à bout pointu augmentent le risque de pression et de cisaillement au niveau des métatarsiens. Le pied à une forme trapèze ne peut s'adapter à une forme triangulaire.

Les deux autres zones de prédilection étaient respectivement le 1er métatarsien et le talon. Il s'agit de zones d'appui classiquement exposées aux pressions.

## **CONCLUSION**

Les durillons sont des affections chroniques avec un préjudice fonctionnel important le plus souvent liées à la personne et à ses pratiques de vie. D'autres travaux sont nécessaires à l'échelle du pays pour comprendre les facteurs de risque de survenue de durillon.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux populations**

- Le port de chaussures aux semelles souples.
- Eviter les chaussures étroites à bout pointu.
- Eviter la friction du pied avec les pierres poncees et les brosses.
- Eviter de marcher pieds nus.

### **Aux dermatologues**

- Renforcer l'éducation thérapeutique, l'information, l'éducation et la communication sur les durillons.

### **Aux autorités sanitaires**

Formation et mise à disposition de podologues.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Singh D, Bentley G, Trevino SG. Callosities, corns, and calluses. *BMJ*. 1 juin 1996;312(7043):1403-6.
2. Crépy MN. Skin diseases in musicians. *Eur J Dermatol EJD*. 2015;25(5):375-83.
3. Pennycook KM, McCready TA. Clavus. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546598/>
4. Al Aboud AM, Yarrarapu SNS. Corns. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470374/>
5. Curran MJ, Ratcliffe C, Campbell J. A comparison of types and thicknesses of adhesive felt padding in the reduction of peak plantar pressure of the foot: a case report. *J Med Case Reports*. 24 sept 2015;9:203.
6. Sadrzadeh-Afsharazar F, Raizman R, Saiko G. Utility of Thermographic Imaging for Callus Identification in Wound and Foot Care. *Sensors*. 23 nov 2023;23(23):9376.
7. Verma SB, Wollina U. Yoga Sign-A Locus Minoris Resistentiae to Remember. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12(5):760-1.
8. Sánchez-Rodríguez R, Martínez-Quintana R, Martínez-Nova A, Martínez-Rico M, Pedrera-Zamorano JD, Chicharro-Luna E. Correlation between the foot pressure index and the prevalence of plantar hyperkeratosis. *J Tissue Viability*. août 2023;32(3):401-5.
9. Baden HP. The pumice stone in dermatologic therapy. *J Am Acad Dermatol*. janv 1980;2(1):29-30.

10. Ak B, Hb M. Incorrectly fitted footwear, foot pain and foot disorders: a systematic search and narrative review of the literature. *J Foot Ankle Res* [Internet]. 28 juill 2018 [cité 5 mars 2024];11. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30065787/>
11. Arosi I, Hiner G, Rajbhandari S. Pathogenesis and Treatment of Callus in the Diabetic Foot. *Curr Diabetes Rev*. 2016;12(3):179-83.
12. Walker M, Fan HJ. Relationship between foot pressure pattern and foot type. *Foot Ankle Int*. juin 1998;19(6):379-83.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

**Questionnaire**

Date : .....

Numéro de dossier : .....

#### ❖ Caractéristique démographiques

**Age :**

**Sexe :** Féminin : Masculin :

**Provenance :** .....

Bamako : Hors de Bamako :

**Niveau d'instruction :** scolarisé Non scolarisé

#### **Profession**

#### ❖ Donnés cliniques

##### **Antécédents**

Traumatisme/...../malformation du pied..... /

Port de chaussure fermée : .....

Semelle des chaussures : souple..... .. dure.....

Nombre de jour/semaine : .....

Fréquence : .....

Habitude de soins des pieds: frictions..... Brosse..... pierre

Tabac .....Alcool .....VIH/...../

Cas familial concomitant/.....Autres/...../

❖ **Pathologie associée :** HTA...../ Diabète...../Asthme.....

❖ **1er épisode/..... récidive/.....**

**SF :** brulure...../dx...../Autres.....

**Automédication** si oui laquelle.....

Durée de traitement antérieur : .....

**Type de lésion :**

durillon/...../autres...

**Type de pied :** Egyptien.....Grec.....Carré

**Topographie :**

*Pied droit* : 1M...2M...3M...4M...5M...Talon...Dos du pied...

*Pied gauche* : 1M...2M...3M...4M...5M...Talon...Dos du pied...

**Démarche :**

**Traitement au centre :**

Raclage/...../Vaseline      salicylée...../Vaseline      urée.....

Autre/...../

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** DIAGNE

**Prénoms :** Djeneba

**Titre :** Profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

**Année de soutenance :** 2022-2023.

**Nationalité :** Malienne

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS du Mali.

**Service :** Dermatologie

Email : [anaidasanata@gmail.com](mailto:anaidasanata@gmail.com)

**Tel :** +223 96383445

### **Résumé :**

#### **Introduction**

Le durillon est une callosité peu étendue, une zone circonscrite d'hyperkératose à des endroits de pression ou de friction qui se traduit sur le plan clinique par une zone épaisse dure de couleur jaune ou peau siégent généralement au niveau des pieds en regard des reliefs osseux calcanéum, arcade métatarsienne. Le but était de décrire le profil épidémio-clinique des patients atteints de durillon à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

#### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur une période de 6 mois allant de juillet 2023 à décembre 2023. Ont été retenues les données des patients ayant été consultés pour durillon.

#### **Résultats**

Au total, nous avons recruté 37 patients durant la période d'étude. La totalité (100%) des patients portaient des chaussures à semelles dures. La douleur était le motif de consultation chez tous nos cas. La tranche d'âge de 17 à 40 ans était la plus représentée avec 49 %. Le sexe féminin dominait dans notre étude avec 54%

des cas, avec un sex-ratio de 0,8. La topographie préférentielle des lésions des deux pieds se situaient au niveau du 1er métatarsien et de 5e métatarsien. L'attitude thérapeutique antérieure était par l'application de l'azote liquide.

**Conclusion :** Les durillons sont des affections chroniques avec un préjudice fonctionnel important le plus souvent liées à la personne et à ses pratiques de vie. D'autres travaux sont nécessaires à l'échelle du pays pour comprendre les facteurs de risque de survenue de durillon.

**Mots-clés :** profil épidémio-clinique, durillon, HDB