

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2010/2011

Thèse N°...../2011

TITRE :

**ASPECT CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DE LA
DERMATITE SEBORRHEIQUE
DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE
AU CHU Gabriel Touré**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 20/12/2011

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par M. TOURE Serge Mohamed

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr. Abdoulaye Ag Rhaly

Membres : Pr. Idrissa Ahmadou Cissé

Dr. Broulaye Traoré

Directrice de thèse : Pr. Konaré Habibatou Diawara

MEDICACES

Sourate 1

AL-FĀTIYA

(PROLOGUE OU OUVERTURE)

1. Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.
2. Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers.
3. Le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux,
4. Maître du jour de la rétribution.
5. C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.
6. Guide-nous sur le droit chemin,
7. Le chemin de ceux que Tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.

Je dédie ce travail à :

→ **Ma mère AssétouSamaké** : Mère, ma pensée pour toi me donne nuit et jour la force nécessaire pour réussir dans mes entreprises. Merci pour tes soins, tes efforts incommensurables et tes nuits blanches pour que ma vie soit une réussite.

Nous prions le Bon Dieu qu'il te donne longue vie. AMEN

→ **Mes pères Ibrahima et Abel** : Pour vos courages à l'éducation de vos enfants, vos encouragements constants, vos soutiens matériels, financiers et moraux sans lesquels ce travail verrai difficilement le jour.

Nous prions le Bon DIEU, qu'IL vous donne longue vie et fasse en sorte que nous puissions continuer à mériter vos confiances. AMEN !

→ **Ma tante Aissata Samaké** : Merci pour tout ce que tu fais pour nous.

Nous prions le Bon DIEU, qu'IL te donne longue vie. AMEN !

→ **Ma tante Mariam Samaké** : Pour tes bénédictions, ton amour, ton soutien moral, matériel et financier incommensurable durant toutes ces années d'études. Les mots nous manquent pour te remercier.

Nous prions le Bon DIEU, qu'IL te donne longue vie et fasse en sorte que nous puissions continuer à mériter ta confiance. AMEN !

→ **Mes frères et sœurs Aboubacar, Seydou dit Blondi, Adama, Diakaridia, Assetou, Hanriette, Jean, Laurent et tous les autres** : Pour votre soutien quotidien.

Que le Bon DIEU fasse en sorte que nous restons unis. AMEN !

REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord ALLAH, le Tout puissant, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux qui nous a permis de franchir de multiples obstacles dans la paix et la santé. Qu'IL fasse de nous des musulmans pieux et sincères. AMEN !

Mes sincères remerciements à :

→ **Mes Immémoriaux,**

→ **Mes grands parents,**

→ **Mes tontons,**

→ **Mes tantes,**

→ **Mes oncles,**

→ **Mes cousins et cousines,**

→ Toutes les amies de mes mères,

→ Tous les amis de mon père,

→ La famille DIALLO DRAMANE à N'Tomikorobougou,

→ La famille COULIBALY à Sabalibougou,

→ La famille TOURE à Sikasso,

→ La famille KEITA à Darsalam,

→ La famille SAMAKE ' Kangaba et Ouélessébougou,

→ La famille SACKO au Point G,

→ La famille KONATE à Sokonafing,

→ La famille DIAWARA à Oulofobougou.

→ A mes amis promotionnaires du service :

Dr CISSE Abdoulaye, Dr FOFANA Ramata B, Dr DIARRA Yacouba,

Dr TRAORE Zana, Dr SOW Sala, Dr KEITA Mafing, TOURE Saidou,
COULIBALY Maissata, DIARRA Youssouf, TRAORE Korotoumou,
DIAWARA Ousmane, TRAORE Louis, SANOGO Abdoulaye.

Nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine bonheur.
Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles.

→ A mes cadets du service : Abdoulaye M Sanogo, Louis Traoré : En
témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail.

→ A mes aînés qui sont passés par le service, les Docteurs: Oumar Mallé,
Boubacar Nanakassé, Fousseîni Traoré, Safiatou Idrissa et Djénéba Diagne, pour
leur affection.

→ A mes amis Dr TAORE Moriba, Dr TRAORE Moussa, Dr GUINDO Balla,
Dr DIAWARA Ismael, Dr KAMISSOKO Moussa, Dr KAMISSOKO Sory
Ibrahim, Dr COULIBALY Mouctar K, Dr TOURE Mamadou B dit Pélé,
COULIBALY Lassana, SACKO Boubacar, DIARRA Mamadou, SACKO
Adaman, TRAORE Mamadou Mpiè, KONATE Soumaila, DIAWARA
Mamoutou.

Tous mes amis, camarades et collègues de l'IOTA (institut d'ophtalmologie
tropical de l'Afrique).

A mes amis d'enfance pour leur amitié.

A tous ceux ou celles qui dont le nom ne figure pas ici.

AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr. Abdoulaye Ag Rhaly.

Professeur Titulaire en Médecine interne.

Ancien Directeur Général de l'INRSP.

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE.

Secrétaire permanent du comité d'éthique national pour la santé et les sciences de la vie.

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil Africain et Malgache pour l'enseignement général.

Cher maître

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de présider le Jury de notre thèse. C'est le sourire aux lèvres que vous nous avez toujours habitués et nous n'avons jamais douté que vous aurez accepté notre proposition. Merci pour tout.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Idrissa Ahmadou CISSE

Maître de Conférences en Rhumatologie

Ancien Maître Assistant en Dermatologie

Diplômé en médecine tropicale et parasitaire

Diplômé en Endoscopie digestive

Chef du service de rhumatologie du CHU du Point G

Membre international de la Société Française de
rhumatologie (SFR)

Secrétaire Principal de la FMPOS

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Homme de science, vous nous avez appris l'ABC de la médecine à la Faculté.

Nous retenons de vous un maître modeste, simple, rigoureux au contact facile et souriant. Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Broulaye TRAORE

Praticien hospitalier

Chef de service de la Pédiatrie Générale au CHU

Gabriel TOURE

Président de l'Association Malienne de Lutte contre les
Déficiences Mentales chez l'enfant (AMALDEM).

Chargé des cours de Pédiatrie à l'Institut National de
Formation en Science de la Santé (INFSS) de Bamako.

Cher maitre

Votre présence dans notre jury malgré vos multiples préoccupations
est un honneur pour nous. Durant de nombreuses années nous avons
été séduis par votre culture, votre disponibilité et votre modestie.

C'est le lieu de témoigner notre gratitude et notre grande admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Pr Konaré Habibatou Diawara

Maître de Conférences à la FMPOS

Chef de service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré

Chère maître,

Vous nous avez honoré en nous acceptant dans votre service comme étudiant thésard.

Vous nous avez appris au cours de notre séjour au service de dermatologie, le savoir et le savoir être médical indispensables à l'exercice de la médecine.

Votre modestie, votre disponibilité constante, votre rigueur et vos conseils font de vous un maître auprès de qui nous aimerons toujours apprendre avec plaisir.

Recevez ici chère maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

Pages

<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>OBJECTIFS</i>	<i>2</i>
<i>GENERALITES</i>	<i>3</i>
<i>METHODOLOGIE</i>	<i>19</i>
<i>RESULTATS</i>	<i>23</i>
<i>COMMENRAIRES ET DISCUSSION</i>	<i>28</i>
<i>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</i>	<i>33</i>
<i>REFERENCES</i> <i>BIBLIOGRAPHIQUES</i>	<i>35</i>
 <i>ANNEXES</i>	

LISTE D'ABREVIATION :

AMM : autorisation de mise sur le marché.

ARV : antirétroviraux

CI, II, III, IV, V, VI: commune I, II, III, IV, V, VI.

CESAC : centre d'écoute, des soins, d'animation et des conseils.

C.H.U : centre hospitalier universitaire.

Cm : centimètre.

CNAM : centre national d'appui à la lutte contre la maladie.

°C : degré Celsius.

DA : dermatite atopique.

DS : dermatite séborrhéique.

EA : effectif absolu.

IES : informer, éduquer et sensibiliser.

J : jour.

Kg : kilogramme.

M : malassezia.

NB : nota bénin.

ORL : otorhinolaryngologique.

% : pourcentage.

Ph : potentiel d'hydrogène.

SI : système immunitaire.

UV : ultra violet.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION :

La dermatite séborrhéique est une dermatose de connaissance ancienne (19^{em} siècle) [1]

C'est une dermatose chronique et récidivante [2]. Elle est assez fréquente [3] avec une prévalence de 1 à 3% en France [4] ; aux Etats Unis jusqu'à 5% [5] et 3 à 10% des malades qui consultent en dermatologie. [6]

Elle est le plus souvent associée à une colonisation par des levures du genre *Malassezia*. [1]

Elle survient le plus souvent chez les nourrissons et chez les adultes entre 30 et 60 ans [7] ; mais principalement le sujet jeune, [1] avec un pic de fréquence se situant entre 18 et 40 ans, elle n'atteint quasiment que les hommes. [8]

Les poussées seraient rythmées par le stress. Le traitement des poussées est en général efficace, mais la localisation des lésions et leur récurrence peuvent avoir un retentissement psychologique et sur la qualité de vie. [9]

Les lésions sont érythématosquameuses en plaques localisées au niveau des zones séborrhéiques de la tête et du tronc. [1] La dénomination idéale devrait être « dermite des régions séborrhéiques ». [6]

Elle évolue généralement par poussées et régresse souvent sans laisser des séquelles. [3]

Elle est plus particulièrement associée à l'infection VIH, survenant dans 40% des cas chez les sujets séropositifs, et jusqu'à 80% des cas chez les malades au stade SIDA. Une DS grave et/ou chronique, doit conduire un test de dépistage du VIH. [4]

La dermatite séborrhéique est bien donc une dermatose possédant une prévalence considérable aussi bien dans la consultation dermatologique que dans la population générale.

Par conséquent elle représente bien un problème de santé publique.

A cet effet, nous avons donc jugé opportun, de mener cette étude, dans le but d'analyser les situations de DS au Mali.

L'objectif principal de notre étude est de préciser les caractéristiques de DS, dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL:

Etudier la dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré au Mali.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Identifier le profil sociodémographique des patients atteints de DS.
- Décrire les différents aspects cliniques de la DS.
- Formuler des recommandations pour une meilleure prise en charge.

I. GENERALITES :

A. Définition :

La dermatite séborrhéique est une dermatose inflammatoire chronique, évoluant par poussée et touchant principalement le sujet jeune. Les lésions sont érythémato-squameuses en plaques localisées sur les zones séborrhéiques de la tête et du tronc. [1]

B. Histoire naturelle :

L'importance de l'érythème et de la desquamation est variable dans le temps. Sur le cuir chevelu, ces lésions sont variables, allant d'une simple desquamation sèche à des croûtes épaisses associées à un érythème. Dans des formes plus profuses, les squames engainent les cheveux.

Cette dermatite apparaît le plus souvent à la puberté, et atteint surtout les adolescents et les adultes jeunes ; elle s'observe aussi après l'âge de 50ans.

Les lésions régressent spontanément, sans laisser de séquelles, mais cette dermatite évolue par poussées, avec parfois une aggravation pendant l'hiver et lors des périodes de stress. La DS du cuir chevelu est améliorée par des shampooings dits « antipelliculaires » et différentes substances médicamenteuses. Les rechutes sont fréquentes comme en témoignent les résultats de nombreux essais.

C'est une affection bénigne, mais le prurit et certaines formes étendues sont parfois gênants. [10]

C. Epidémiologie :

L'épidémiologie de la dermatite séborrhéique est relativement mal connue. S'il est évident qu'il s'agit d'une maladie « fréquente », il est pourtant difficile d'en établir la prévalence de façon fiable et reproductible, essentiellement en raison des imprécisions nosologiques et des difficultés de définition. En effet, ce que certains dénommeront dermatite séborrhéique dans une forme mineure, sera considéré par d'autres comme un état séborrhéique «normal ». Les modalités évolutives, par alternance de poussées et de rémissions, rendent quant à elles difficiles l'analyse des facteurs de risque (distinguer les facteurs de risque de maladie et les facteurs de risque de poussée) et celle des facteurs pronostiques. [11]

1. Prévalence de la dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique est indéniablement une pathologie courante ; sa prévalence est généralement évaluée à approximativement 3 %, mais peu d'études ont évalué cette prévalence de manière précise. [2]

Elle touche 20-40% des séropositifs asymptomatiques, et 40-80 des sidéens. [12]

2. Maladie associées à la dermatite séborrhéique :

Il est par ailleurs constaté une augmentation de la prévalence de la dermatite séborrhéique au cours de certaines maladies. [2]

a. Dermatite séborrhéique et infection par le VIH :

Des éruptions cutanées ressemblant à des dermatites séborrhéiques graves sont observées à une fréquence atteignant dans la pire estimation. La gravité de l'éruption semble corrélée au degré d'altération de l'état du malade et à son taux de lymphocytes CD4. Elle s'améliore sous traitement antirétroviral (ARV), mais rechute à l'arrêt. [6]

Par ailleurs, dans les populations où la dermatite séborrhéique est rare, comme au Mali, l'apparition de cette dermatose chez un patient a une valeur prédictive positive de l'infection par le VIH, ce qui n'est pas le cas dans les populations occidentales où la prévalence de la dermatite séborrhéique est élevée.

b. Stress et dermatite séborrhéique :

Il est constaté que les patients suivis en psychiatrie ont une fréquence plus élevée de dermatite séborrhéique. [2]

c. Dermatite séborrhéique et cancer des voies aérodigestives :

La DS est plus fréquente chez les malades traités pour des carcinomes des voies aérodigestives supérieures, où l'incidence (44%) est très supérieure à celle de la population générale.

d. Dermatite séborrhéique et maladie de Parkinson :

Des DS graves et étendues de la face surviennent chez les malades atteints de maladie de parkinson et de syndromes extrapyramidaux induits par des

médicaments. L'état cutané de ces malades s'améliore avec le traitement antiparkinsonien et ne nécessite pas forcément un traitement plus spécifique. [6]

3. Facteurs inducteurs de poussées de dermatite séborrhéique :

La dermatite séborrhéique est une maladie chronique. Les facteurs induisant la survenue ou des poussées de DS ont été peu étudiés et sont donc mal connus. Quelques uns sont suspectés : les facteurs climatiques (amélioration pendant la période estivale) et le stress, sans que cela ne soit formellement démontré. [1]

Le rôle de la nutrition dans la DS est souvent discuté, mais aucune étude n'a objectivé un lien entre la nutrition, en particulier la consommation d'alcool et la DS.

D. Physiopathologie :

La physiopathologie de la DS reste encore à l'heure actuelle mal connue et sujette à la polémique. [2]

La DS relève de trois facteurs étiologiques : les *Malassezia*, [13] levures saprophytes, lipophiles kératinophiles de la peau humaine [1] ; les sécrétions sébacées et la sensibilité individuelle. [13]

Mais la pathogénèse et le mécanisme exact de l'inflammation provoquée par ces levures ne sont pas totalement élucidés. [14]

1. Rôle de *Malassezia* :

Malassezia est la dénomination définitivement adoptée par la commission internationale de taxonomie et remplace les anciennes désignations : *Saccharomyces* et *pityrosporum*. Les levures du genre *Malassezia* sont au nombre de sept (*M. furfur* ; *M. obtusa* ; *M. globosa* ; *M. sloffiea* ; *M. sympodialis* ; *M. pachydermatis* et *M. restricta*). Il existe à présent des techniques biochimiques qui peuvent les différencier. Ces levures sont difficiles à cultiver. Elle nécessite une température comprise entre 28°C et 38°C, un PH compris entre 5,5 et 6,5 et un milieu de culture lacté ou enrichi d'huile d'olive. La facilité de culture relative de *Malassezia furfur* par rapport aux autres espèces à probablement conduit à surestimer son rôle dans la pathogénie de la DS. Les techniques d'analyses génétiques identifient plutôt *Malassezia restricta* et *Malassezia globosa* sur les cuirs chevelus pityrosporiques, tandis que *Malassezia globosa* et *Malassezia furfur* ont été isolées à partir d'échantillons de peau lésionnelle du visage atteint de DS.

a. Les arguments en faveur du rôle de Malassezia :

- les aires cutanées préférentiellement atteintes sont celles où les levures de Malassezia atteignent leur plus forte densité, 500.000 levure/cm² sur le cuir chevelu. Toutefois, une relation étroite entre la survenue et l'intensité des lésions de DS et la densité de ces levures n'est pas dûment établie et paraît même plutôt controversée.

Certains auteurs pensent que l'absence de relation quantitative plaide contre le rôle infectieux de Malassezia dans la pathogénie de la DS.

- L'efficacité des médicaments antifongiques a aussi attiré l'attention sur le rôle des levures Malassezia. La plupart des médicaments, qui améliorent les signes cliniques, réduisent aussi la flore de Malassezia de la surface cutané. Ceci a plus particulièrement été constaté avec le kétoconazole d'abord, puis avec d'autres dérivés imidazolés dont l'efficacité a été démontré dans cette affection.

c. Arguments contre le rôle de Malassezia :

Les faits et constatations suivantes plaident contre mais n'excluent pas ce rôle :

- Malassezia est une levure ubiquiste, constamment présente à la surface cutanée et dans les ostiums folliculaires des régions séborrhéiques ; cependant, seulement 2 à 3% des personnes ont des manifestations cliniques de dermatite séborrhéique.

- Il n'y a pas de relation quantitative entre la gravité de la maladie et la flore levurique, même chez les malades immunodéficients, VIH séropositifs ayant pourtant des DS profuses. Mais il se pourrait que la DS associée au sida soit une entité distincte.

- les médicaments antifongiques qui améliorent l'état clinique pourraient agir par une autre voie pharmacologique que l'activité antifongique : inhibition de leucotriène, inhibition de la prolifération de l'épiderme et par conséquence de la formation de squame, interférence avec le métabolisme des rétinoïdes épidermiques, inhibition et excrétion sébacée par interférence avec agonistes et récepteurs androgéniques, etc....

- des moyens thérapeutiques dépourvus d'activité antifongique peuvent améliorer l'état clinique de ces malades : succinate de lithium par voie topique, dermocorticoïdes, isotretinoïde, photothérapie ultraviolette.

- Enfin, des faits cliniques sont difficiles à concilier avec l'idée d'une maladie infectieuse ou immunitaire due à des levures résidentes : les variations rapides de l'expression clinique, l'influence flagrante des stress émotionnels, le polymorphisme des aspects cliniques, allant du pityriasis simple aux éruptions carcinées du cou et du tronc. [6]

2. Rôle du sébum :

L'implication de la séborrhée dans la physiopathologie de la DS repose d'une part sur des arguments chronologiques, en effet, cette dermatose survient aux âges où l'activité sébacée est maximale [2] : enfant nouveau née, adulte de 18 à 40ans. [6]

Un autre argument est d'ordre topographique : en effet cette dermatose se localise dans la région où l'activité sébacée est la plus élevée : la zone medio faciale, le cuir chevelu et la région pré sternale. [2]

Chez les adolescents ayants pourtant une excrétion accrue du sébum, l'incidence de la DS n'est pas plus élevée. A l'inverse, dans les formes graves, la réduction de l'excrétion sébacée sous l'effet de l'isotrétinoïde est suivie d'une amélioration durable de l'affection cutanée.

Le sébum joue un rôle permissif dans la localisation des lésions, sans être directement impliqué dans la pathogénie. [6]

3. Rôle de la susceptibilité individuelle :

Les acides gras insaturés libérés après dégradation du sébum par *Malassezia* (acide oléique et palmitoléique) s'accumulent à la surface de la peau. Chez certains sujets, ces acides gras pénètrent dans le stratum cornéum, interrompant la fonction barrière de la peau et entraînent une inflammation cutanée. Il existerait une susceptibilité individuelle concernant la toxicité de ces acides gras libres.

Elle serait liée à la fois à un défaut de la fonction barrière de la peau favorisant leur pénétration, mais aussi à l'intensité de la réponse inflammatoire cutanée à l'effet des différents stimuli et notamment à ces acides gras libres, qui ont une action irritante et induisent une réponse kératinocytaire hyperproliférative. En effet, cette réponse inflammatoire semble différente entre les sujets atteints de DS et les sujets ne présentant pas de DS.

En conséquence de ces observations, nous avons tenté de proposer une nouvelle approche des mécanismes étiologiques de la DS.

Il semblerait que, les sujets susceptibles de développer des lésions de DS présenteraient primitivement une hyperactivité du système immunitaire(SI) cutané aux stimuli environnementaux. En réponse à ces stimuli, les kératinocytes et autres cellules du SI cutané sécrèteraient des cytokines inflammatoires. Ceci entraînerait l'existence d'un microenvironnement inflammatoire cutané. L'association à une hyperséborrhée favoriserait la colonisation par *Malassezia* et la prolifération de ces levures. Secondairement, la modification de la composition du sébum due au *Malassezia* pourrait entraîner une rupture de la barrière cutanée et favoriser la pénétration de *Malassezia*. Ce dernier, par ses activités biochimiques, pourrait pérenniser l'inflammation. Ceci réalise donc un véritable cercle vicieux. *Malassezia* jouerait donc un rôle important mais non exclusif dans la genèse des lésions de DS. La séborrhée en elle-même ne serait pas un véritable facteur causal mais seulement permissif puisqu'elle favoriserait la persistance et la multiplication de *malassezia*. Le paramètre essentiel au développement de lésions de DS serait donc l'existence d'une susceptibilité du SI cutané à déclencher une réaction inflammatoire intense. Ainsi, chez ces sujets, la présence de *Malassezia*, même en faible quantité, entraînerait une réponse inflammatoire cutanée et une altération de la fonction barrière de la peau, induisant secondairement une réponse hyperproliférative et des anomalies de la différenciation cellulaire.

E. Clinique :

La DS est une dermatose inflammatoire et squameuse chronique, affectant l'extrémité céphalique et le tronc, touchant les zones particulièrement riches en glandes sébacées

1. La lésion élémentaire :

La lésion élémentaire associe un érythème, parfois à renforcement folliculaire en périphérie, a des squames jaunâtres plus ou moins épaisses. Les plaques érythemosquameuses ne sont pas infiltrées. Elles confluent pour former des lésions à contour polycyclique, assez bien limitées. L'évolution des plaques se fait globalement de manière centrifuge, l'érythème apparaissant plus accentué en périphérie, plus pale au centre. La topographie est caractéristique, impliquant les zones séborrhéiques (cuir chevelu, zones mediofaciales médiothoraciques).

L'aspect peut varier en fonction de l'ancienneté des lésions, de la topographie et des traitements appliqués. Les lésions sont souvent prurigineuses et s'accompagnent souvent d'une sensation de brûlure superficielle.

L'étendue des lésions est variable selon les individus et dans le temps chez un même patient.

2. Le profil évolutif :

Le début se manifeste en général chez l'adulte jeune. Les lésions s'installent très progressivement, sauf dans certaines formes cliniques (infection par le VIH).

L'influence saisonnière est classique : amélioration en été, aggravation en hiver.

L'évolution se fait par poussées, déclenchées par le stress, l'effort, certains facteurs nutritionnels. Entre deux poussées, la peau est d'aspect normal, souvent légèrement érythémateuse. Elle est dans l'ensemble, sensible aux toxiques irritants, aux frottements et à l'humidité.

3. Anatomopathologie :

Elle n'est pas nécessaire au diagnostic. L'aspect n'est pas spécifique. Il existe des altérations de l'épiderme avec une hyperprolifération et un excès de lipide intra et intercellulaire. Il s'y associe une spongiose et une inflammation dermique superficielle, périvasculaire et périfolliculaire, principalement lymphocytaire. On peut parfois noter une légère spongiose de l'épithélium des infundibula pileux et de l'épiderme autour des ostia pileux, hébergeant des levures de *Malassezia*.

Dans les lésions plus anciennes, on peut noter une acanthose irrégulière et une parakératose proche de l'histologie du psoriasis. Pour certains auteurs, les lésions de DS et de psoriasis sont proches cliniquement et histologiquement.

Cependant, à la différence du psoriasis, il n'y a pas en règle générale d'exocytose à polynucléaire neutrophile.

On peut aussi observer une atteinte des zones pileuses des régions génitales, le pubis dans les deux sexes, le périnée, la vulve.

4. Les localisations :

Elles sont par ordre de fréquence : le cuir chevelu, la face et le tronc.

a. Le cuir chevelu :

La DS du cuir chevelu est souvent précoce, longtemps isolée, parfois toujours isolée. Elle se manifeste par un prurit et un état pelliculaire. Le cuir chevelu est érythémateux de manière plus ou moins diffuse, recouvert de squames fines, qui évoluent vers des squames-croûtes plus ou moins adhérentes, posant alors un problème diagnostique avec un psoriasis. [1]

A l'extrême, les squames sont très épaisses et les lésions prennent l'aspect d'une pseudo-teigne amiantacée. [2]

b. La face :(visage)

Forme clinique la plus typique, elle se présente sous la forme de plaques légèrement érythémateuses, recouvertes de petites squames non adhérentes, dans une distribution topographique caractéristique : les sillons nasolabiaux avec une extension asymétrique sur les joues, les têtes des sourcils et les sillons cutanés verticaux de la glabella, la lisière antérieure de la chevelure, les parties concaves de l'oreille externe. Dans les formes étendues, il peut y avoir une atteinte du sillon transversal du menton et des bords ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique).

L'affection touche le plus souvent les hommes adultes de 18 – 40ans. [6]

Dans la majorité des cas, les lésions sont asymptomatiques, plus rarement, le patient ressent un prurit, ou une sensation de brûlure ou de picotement. [2]

Mais l'intensité du prurit est moins nette qu'au niveau du cuir chevelu. [1]

c. Le tronc :

Au cou et sur le tronc, les lésions se présentent souvent sous la forme de plaques annulaires ou carcinées ; elles débutent par des macules péripilaires, puis s'élargissent en larges plaques de 2 à 10 cm de diamètre avec une bordure squameuse.

La plupart des hommes ne sont pas conscients de la présence de ces lésions, surtout si elles sont localisées sur le dos, le long de la gouttière médiodorsale. Une dépigmentation partielle peut être observée au centre des lésions figurées.

La DS est significativement associée à d'autres lésions du tronc imputable à la levure du genre *Malassezia* : les folliculites pityrosporiques et le pityriasis versicolore sont plus fréquentes chez ces malades. [6]

d. les localisations plus rares :

- L'atteinte des cils entraînent une blépharite chronique d'origine non allergique
- L'atteinte de la muqueuse génitale (gland, sillon balano-préputial) est fréquemment responsable de balanites récidivantes. [1]

F. Formes cliniques :

1. DS chez le nouveau-né :

Il existe une sécrétion sébacée naturelle, la peau est grasse, de même que le cuir chevelu. Il peut s'y ajouter un érythème, particulièrement du visage, des croutes du cuir chevelu. Le siège est habituellement indemne avant l'âge de 3 à 4 semaines. L'atteinte peut rester limitée dans la zone où la dermatose est apparue, ou plus diffuse, réalisant une atteinte bipolaire, voire une érythrodermie. L'état général n'est pas modifié. Il n'y a pas de prurit (mais le grattage n'est pas présent avant l'âge de 3 mois). L'atteinte peut survenir aussi bien chez les garçons que chez les filles. Si un prélèvement mycologique est effectué, les levures du genre *Malassezia furfur* en grandes quantités sont mises en évidence. Parfois, ces levures provoquent une éruption pustuleuse. La signification à cet âge est donc la suivante : il existe une hyperséborrhée physiologique due aux hormones de la mère, des levures lipophiles prolifèrent, entraînant une réaction d'irritation. Les choses doivent rentrer dans l'ordre en quelques jours

2. DS chez le nourrisson :

On peut observer parfois la poursuite des lésions du nouveau-né, c'est assez rare. Plus souvent, une éruption érythémato-squameuse ou érythémato-croûteuse apparaît vers la fin du premier mois de vie ou au deuxième mois. Le cuir chevelu est le plus souvent atteint. Le cuir chevelu peut être recouvert de croûte jaune épaisses. Il peut s'y associer un érythème rouge vif du siège, réalisant la DS bipolaire. Le visage est souvent atteint. Si l'atteinte du siège ressemble au psoriasis avec des lésions érythémato-squameuses bien limité, on parle de napkin psoriasis. Parfois, il y a une atteinte des grands plis au cou, au creux axillaires ou une généralisation réalisant l'érythrodermie de Leiner-Moussous. Cet aspect est de moins en moins rencontré sans que l'on sache pourquoi.

A cet âge, le nourrisson ne manifeste aucun grattage. Ces lésions disparaissent en quelques semaines. Si elles ne disparaissent pas, il faut suspecter un déficit immunitaire et demander les examens immunologiques, en particulier la maladie de Leiner familiale, liée à un déficit d'un facteur du complément, la DS disséminée s'accompagne d'une diarrhée persistante, d'infections locales et générales, d'un déficit du complément (fraction C3). Il peut y avoir une période difficile pour le diagnostique différentiel quand la DS est en voie de disparition, alors que des signes de dermatite atopique apparaissent.

Notons qu'une corticothérapie locale n'a pas d'effet néfaste sur l'évolution d'une DS et qu'en cas de doute d'utilisation de dermocorticoïdes à titre d'essai n'a aucune raison d'être retardée. Certains ont essayé de relier DS et dermatite atopique (DA). Le pronostic différent des ces deux affections mérite de les séparer nettement et ne pas utiliser un terme commun comme « séborrhéic pattern of infantile eczéma » pour le désigner. Une étude portant sur 96 enfants atteints de DA et autant de témoins n'a pas montré de lien entre les deux. De même, il vaut mieux ne pas utiliser un terme commun pour DS et psoriasis.

Cette éruption précoce, évolutive disparaît progressivement, même en l'absence de traitement ; il ne reste rien à l'âge de 4 mois. La survenue d'une DS à l'âge adulte serait plus fréquente. L'évolution à long terme est mal connue. Une étude a été réalisée avec un recul moyen de 7 ans : 19,1% n'avaient plus aucune lésion cutanée, un psoriasis était retrouvé dans 86,8% des cas.

Le lien avec le psoriasis était suspecté depuis longtemps, il serait intéressant de connaître l'incidence du psoriasis à long terme, d'autant que parfois la dermatite du siège a un aspect très ressemblant au psoriasis. Un deuxième problème est, à cette période, le diagnostique différentiel avec une DA débutante.

Les autres diagnostics différentiels sont les dermatites du siège et le psoriasis. Aucun examen complémentaire n'est indispensable dans les formes habituelles. Si des prélèvements locaux sont effectués, ils permettent de trouver *Malassezia* sp ou *Candida albicans*. Ceci n'a habituellement pas de conséquences thérapeutiques.

3. DS dans l'enfance :

La peau devient sèche, jusqu'aux prémices de la puberté. La DS est très rare à cet âge. Des lésions érythémato-squameuses doivent faire discuter avant tout un psoriasis.

Un cas particulier est l'infection VIH qui, comme chez l'adulte, peut être révélée par une DS du cuir chevelu, du visage. Une atteinte du siège, des grands plis, voire une érythrodermie peuvent survenir. En dehors de l'infection HIV, un déficit immunitaire doit être recherché : en particulier déficit de la 5^e ou de la 3^e fraction du complément.

Un déficit nutritionnel en biotine peut être en cause. Les enfants atteints de DS peuvent avoir une atteinte des plis axillaires. L'aspect peut être plus évocateur d'un psoriasis que d'une DS. Les diagnostics différentiels sont le psoriasis, l'impétigo, le pityriasis rosée de Gibert.

4. DS chez le grand enfant et l'adolescent :

L'aspect est très différent et proche de ce qui est observé chez l'adulte. La peau devient grasse vers l'âge de 10 ans. Cette séborrhée peut s'accompagner d'un érythème ou d'un état érythématosquameux du front, des sillons nasogéniens, de la région médio-sternale. [16]

5. DS et infection par le VIH :

Des éruptions cutanées ressemblant à des DS graves sont observées à une fréquence atteignant dans la pire estimation 80% chez les malades au stade sida et 40% chez les sujets séropositifs pour le VIH. [6]

Au cours de l'infection par VIH, il existe des caractéristiques qui la différencient de la forme classique :

- Le développement rapide.
- L'atteinte préférentielle et parfois exclusive du visage.
- L'extension des lésions.
- L'aspect plus infiltré, psoriasiforme des lésions.
- La résistance au traitement classique de la DS.

-L'aspect anatomopathologique atypique : présence de nécrose kératinocytaire et d'un infiltrat inflammatoire plus dense que dans la forme classique, au sein duquel s'observent des plasmocytes et des polynucléaires neutrophiles.

La corrélation entre lymphopénie CD4 et l'intensité de la DS a été mise en avant, de même que l'amélioration sous traitement ARV.

Certains auteurs en font un marqueur de mauvais pronostic, notamment quant à la corrélation avec survenue des maladies opportunistes. [1]

Les manifestations cutanéomuqueuses se rencontrent à tous les stades de l'infection par le VIH. Leur fréquence et leur gravité sont souvent étroitement liées aux degrés de déficit immunitaire provoqué par le VIH.

En Afrique noire où le taux d'infection par le VIH s'accroît désespérément et le diagnostic biologique peu accessible aux formations sanitaires, il s'avère important de connaître ces lésions, afin de démasquer aisément l'infection par le VIH. [17]

G. Le diagnostic positif : le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans prélèvement biopsique ou autre examen biologique. [3]

H. Le diagnostic différentiel

1. psoriasis des régions séborrhéiques :

Le diagnostic différentiel avec le sébopsoriasis peut s'avérer impossible, même avec l'aide de biopsies cutanées. Les formes de passages sont fréquentes et, dans la plupart des cas, le diagnostic de la nature psoriasique d'une dermatite desquamative du cuir chevelu ou des régions séborrhéiques de la face ne devient indiscutable qu'à l'apparition de lésions psoriasiques des coudes, des genoux, des ongles. Le sébopsoriasis est amélioré par tous les traitements qui sont habituellement efficaces dans la DS. Chez les malades qui ont un sébopsoriasis et du psoriasis ailleurs, les lésions du cuir chevelu et de la face réagissent mieux à ces traitements que celles du tronc et des membres. Un sébopsoriasis peut être suspecté cliniquement quand les lésions sont très squameuses, permanentes, quand elles s'étendent à tout le cuir chevelu et débordent au-delà de la lisière des cheveux, dans les plis de l'oreille externe et dans les plis rétro auriculaires.

2. DA de la tête et du tronc :

Chez les adultes aux antécédents de DA, des lésions prurigineuses peuvent ne persister qu'à la tête et au cou. Ces malades ont des lésions eczémateuses croûteuses du cuir chevelu, de la face, du cou, du haut du thorax et des épaules. Elles n'ont pas la distribution typique limitée aux régions séborrhéiques.

Cependant, elles s'aggravent en saison froide et le prurit est exacerbé par l'exposition de ces malades à la chaleur et par la transpiration ; elles sont améliorées par le soleil et par la plupart des mesures thérapeutiques qui s'avère bénéfiques dans la DS.

Chez ces malades, le prick tests et même le patche tests sont positifs avec un extrait aqueux de *Malassezia* sp, et ils ont aussi des RAST-IgE positifs pour les antigènes de *Malassezia* dans une plus forte proportion (61,7%) que les atopiques sans dermatite de la tête et du cou (16,6%).

3. Dermatose mixte de la face :

Ce n'est pas vraiment un diagnostic différentiel, mais la constatation des lésions de DS associées à des lésions de rosacée papulopustuleuse ou à tendance hypertrophique du nez et des joues. La composante « rosacée » est souvent irritée ou aggravée par les soins de la composante « DS ».

Celle-ci n'est pas améliorée par les traitements plus spécifiques de la rosacée. Ces dermatoses mixtes représentent un créneau original l'isotrétinoïne, qui agit souvent favorablement sur les deux composantes. [6]

I. Traitement :

Le traitement de la DS est un problème fréquent dans l'exercice de la dermatologie. Différents topiques ont actuellement l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Dans la majorité des cas, ces traitements sont efficaces. Le problème principal auquel nous sommes tous confrontés est celui des récurrences. Celles-ci engendrent une gêne importante pour le patient et souvent un certain découragement quant au traitement. Il est donc essentiel de conseiller un traitement d'entretien pour réduire le risque de récurrences. [2]

1. Principes généraux de traitement :

Deux formes de DS peuvent être distinguées : une forme légère, souvent limitée au cuir chevelu, et une forme plus inflammatoire et plus diffuse. A ces deux formes correspondent deux cadres thérapeutiques différents.

- Dans le premier cas, le médecin n'est pas souvent consulté. Les champoings antipelliculaires et les différents topiques proposés en pharmacie sont habituellement suffisants. L'efficacité de ces produits n'a pourtant été que rarement contrôlée par des études rigoureuses.

- Dans le deuxième cas, il faut distinguer un traitement des poussées et un traitement d'entretien. On peut proposer au moment des poussées deux applications par semaine de kétoconazole en gel moussant pour le cuir chevelu, le visage ou le tronc. Les autres imidazoles ont une efficacité équivalente.

Les champoings au sulfure de sélénium pour le cuir chevelu ou la crème au bifonazol pour le visage peuvent aussi être employés. Le succinate de lithium devrait constituer une alternative de choix aux imidazolés et aux corticoïdes topiques dans les localisations faciales.

Les lotions, gels ou crèmes aux corticoïdes doivent être employés pendant une durée très limitée. Ils sont rapidement efficaces mais la corticodependance fréquente rend leur utilisation délicate et limitative. Le kétoconazole per os, les rétinoïdes ou la puvathérapie sont des traitements de seconde intention dans les formes modérées. Le traitement d'entretien peut consister à espacer les applications ou à utiliser des champoings antipelliculaires, kératolytiques ou antifongiques pour le cuir chevelu. Pour le visage et le tronc, les imidazoles, les émoullients, le kéluamide, la piroctone olamine peuvent être utiles. Le traitement d'entretien a été rarement envisagé au cours d'essais thérapeutiques randomisés, à l'exception du miconazole et du kétoconazole.

Des considérations étiopathogéniques ci-dessus se dégagent les cibles thérapeutiques suivantes :

- * La réduction de la colonisation de la peau par les levures du genre *Malassezia*.
- * Le nettoyage du sébum résiduel dans les sites préférentiels de la maladie.
- * Le contrôle de la réaction inflammatoire de l'hôte.

Les moyens et choix thérapeutiques sont récapitulés dans ce tableau ci-dessous.

Tableau de recommandation thérapeutique dans la DS.

Pellicule	trois lavages hebdomadaires avec un shampoing commercial à la pyrithione de zinc, à la piroctoneolamine, à la ciclopiroxalamine, au sulfure de sélénium, au climazole, au Clotrimazol
Dermite séborrhéique de la face Et du tronc	toilette quotidienne avec un savon ou un gel corporel la pyrithione de zinc. traitement local avec un topique médicamenteux contenant un dérivé imidazolé (kétoconazole, bifonazol), du succinate de lithium, de la ciclopiroxalamine ou du peroxyde de benzoyle traitement d'entretien avec un produit en vente libre
Formes graves, formes associées aux Follicules pityrosporiques, formes Associées au sida. Sébopsoriasis	traitements symétriques -kétoconazole 200mg/jour pendant 4-6 semaines -isotretinoïde 0,5mg/kg/jour pendant 5-6mois - photothérapie ultraviolette comme dans le psoriasis
Dermatite séborrhéique infantile	pas de traitement spécifique dans les formes bipolaires non compliquées Traitement local avec du kétoconazole ou du bifonazol Dans les formes étendues et...si les parents sont inquiets

2. Traitement du nourrisson :

Compte-tenu des données restreintes retrouvées dans la littérature, il semble impossible de définir une attitude thérapeutique « standard » au cours de la DS du nourrisson. Les soins d'hygiène (décapage, bain antiseptique, émoullients), par leur effet mécanique, sont toujours nécessaires permettant l'élimination plus rapide des squames et minorant le risque de surinfection. L'utilisation d'imidazoles trouve sa justification dans la présence de pityrosporum ovale au sein des lésions de DS du nourrisson, et dans le spectre d'action de la plus part d'entre eux incluant les cocci gram positifs trouvés fréquemment sur la peau des nourrissons avec une DS. Elle peut également faciliter le décapage dans les localisations du cuir chevelu. L'utilisation du kétoconazole, en particulier, a fait l'objet de dosages sanguins après application locale et l'absence de taux sanguins significatifs a été démontrée. Enfin, l'utilisation des dermocorticoïdes présente un intérêt évident sur la composante inflammatoire de cette DS du nourrisson même si leur effet est purement suspensif.

3. Traitement chez les malades infectés par le VIH :

Le traitement est classiquement d'abord local et antifongique (kétoconazole). Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés pendant une période courte. Les champoings à base de goudron, d'antifongiques et d'acide salicylique sont très utiles. Un traitement d'entretien est nécessaire. Dans les formes sévères, un traitement par kétoconazole per os ou par rayons ultraviolets A ou B peut être proposé. Nous n'avons pas retrouvé d'études contrôlées concernant spécifiquement les malades VIH positifs qui viennent appuyer ces démarches thérapeutiques, pourtant habituellement reconnus. La zidovudine, efficace dans le psoriasis, n'a pas fait la preuve de son utilité contre la DS. [18]

II. METHODOLOGIE :

A. Cadre et lieu d'étude

L'étude a été menée au Mali dans le district de Bamako ; plus précisément au CHU Gabriel Touré dans le service de Dermatologie qui fait partie du service de Médecine interne. Il a été ré-ouvert en juillet 2005 après sa fermeture en 1991. Il est constitué d'un box de consultation situé au premier étage du nouveau bâtiment, dirigé par un médecin spécialiste.

1. Historique

L'ancien dispensaire central de Bamako fut transformé en hôpital en 1958. Cette nouvelle structure inaugurée le 17 juin 1959 a été baptisée : "l'Hôpital Gabriel Touré". Elle doit son nom à la mémoire d'un étudiant malien en médecine au Sénégal décédé le 17 juin 1934 en pleine activité lors d'une épidémie de peste qui sévissait dans ce pays.

2. Situation

Situé en plein centre de la ville de Bamako, capitale du Mali, le CHU Gabriel Touré demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois hôpitaux nationaux du district à cause de sa position géographique. Il est fréquenté non seulement par la population de Bamako, mais également par celle provenant des autres régions du Mali et de certains pays voisins. Le CHU Gabriel Touré est constitué de plusieurs services spécialisés dont :

- le service de Médecine interne : qui est constitué par le service de Gastro-entérologie, le service de Cardiologie, le service de Diabétologie et le service de Dermatologie ;
- le service de Traumatologie et Chirurgie Orthopédique ;
- le service de Pédiatrie ;

- le service de Réanimation ;
- le service de Chirurgie Infantile ;
- le service de Chirurgie Viscérale ;
- le service d'ORL ;
- le service d'Urologie ;
- le service de Gynéco Obstétrique ;
- le service de Radiologie ;
- le service des Urgences ;
- le service de Neurochirurgie ;
- Un Laboratoire ;
- Une Pharmacie ;
- Une Morgue
- Un nouveau bâtiment de trois étages abritant un grand parking pour véhicule en sous sol ; le bureau des entrées avec ses guichets, une boutique, les boxes de consultations externes au rez de chaussée et au premier étage ; les bureaux des médecins et l'administration du deuxième au troisième.

Le C.H.U Gabriel Toure comporte d'autres unités :

- Un Poste de police ;
- Une Lingerie ;
- Une Cuisine.

B. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive de tous les cas de DS dans le service de Dermatologie pendant la période du 02 janvier 2008 au 02 juin 2009.

C. Population d'étude

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

1. Critères d'inclusion

- ✓ A été inclus tout patient, présentant des lésions cutanées ; squameuses et/ou érythémateuses, prurigineuses ou non, localisées sur le cuir chevelu, le visage, le cou, le tronc et les membres, patient vu en consultation dermatologique pendant la période de l'étude.
- ✓ Le consentement volontaire, libre et éclairé du patient ou du tuteur ayant été obtenu.

2. Critères de non inclusion :

- ✓ Tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion :
- ✓ Patient atteint de DS mais ne souhaitant pas participer à l'étude.
- ✓ Patient atteint de DS vu en dehors de la période d'étude.
- ✓ Refus du patient.

D. Méthode utilisée :

Une fiche d'enquête a été établie pour chaque patient comportant les paramètres suivants :

1. Les données sociodémographiques : l'âge; le sexe ; l'ethnie ; la profession ; le statut matrimonial ; le niveau d'instruction et la provenance.

2. Les données cliniques :

- ✓ Examen clinique :

Tous les patients ont été examinés de façon détaillée par un spécialiste.

- ✓ Examen physique : a établi l'aspect, le siège des lésions et les dermatoses associées.

3. Les données para cliniques :

Le diagnostic était le plus souvent évident cliniquement.

E. Collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire porté en annexe.

Pour l'analyse, nous avons utilisé EPI INFO Windows version 3.2.2. et Word 2007 pour la saisie.

F. Considération éthique et réglementaire :

- ✓ Consentement volontaire, libre et éclairé du patient obtenu.
Anonymat et confidentialité des données recueillies.
- ✓ Secret médical conservé.
- ✓ Accord du CHU.
- ✓ Les données feront l'objet d'une publication.

III. RESULTATS :

Ont été vus en consultation, dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré, de janvier 2008 à juin 2009, soit 18 mois, 2619 patients.

Nous avons recensé 62 patients présentant une DS, soit 2,37% des consultations. Ils étaient âgés de 14 jours à 70ans.

3.1 Résultats sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon la classe d'âge.

Classe d'âge	EA	Pourcentage (%)
0-3 mois	11	17,7
Supérieure à 40 ans	9	14,5
4mois-5ans	8	12,9
21-35ans	6	9,7
16-20ans	6	9,7
26-30ans	6	9,7
11-15ans	5	8,1
6-10ans	4	6,5
36-40ans	4	6,5
31-35ans	3	4,8
Total	62	100

L'âge moyen des patients était 20,97.

Les patients entre 0-3 mois étaient au nombre de 11 : soit 17,7%.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

SEXE	EA	Pourcentage (%)
Masculin	32	51,6
Féminin	30	48,4
Total	62	100

Le sexe masculin a prédominé avec 32cas ; soit 51,6%.

Tableau III : Répartition des patients dans le district de Bamako.

Commune	EA	Pourcentage(%)
Commune V	19	42,2
Commune I	9	20,0
Commune VI	6	13,3
Commune IV	5	11,1
Commune II	3	6,7
Commune III	3	6,7
Total	45	100

Nous avons reçu 19 patients de la commune V : soit **42,2%**.

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession.

Profession	EA	Pourcentage(%)
Enfants non scolarisés	22	35,5
Elève/étudiant(e)	22	35,5
Femme au foyer	5	8,1
Commerçant/vendeur	2	3,2
Paysan	2	3,2
Transporteur/chauffeur	1	1,6
Médecin	1	1,6
Enseignant	1	1,6
Policier	1	1,6
Retraité	1	1,6
Garçon de salle	1	1,6
Technicienne électricité	1	1,6
Comptable	1	1,6
Mécanicien	1	1,6
Total	62	100

Les enfants non scolarisés et les élèves/étudiants étaient plus nombreux avec **35,5%**.

Tableau V : Répartition des malades selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	EA	Pourcentage(%)
Enfants de moins de 15ans non mariés	28	45,2
Célibataire	19	30,6
Marié(e): polygame/monogame	13	21,0
Veuf (ve)	2	3,2
Total	62	100

Les enfants de moins de 15 ans non mariés ont prédominé avec 28 cas soit 45,2%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	EA	Pourcentage(%)
Primaire	11	17,7
Secondaire	6	9,7
Supérieur	5	8,1
Autre	40	64,5
Total	62	100

*Autre correspond aux enfants préscolaires et aux adultes non scolarisés.

Nous avons obtenu 11 patients au niveau primaire, soit **17,7%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	EA	Pourcentage(%)
Bamako	45	72,6
Koulikoro	6	9,7
Kayes	3	4,8
Mopti	3	4,8
Ségou	3	4,8
Sikasso	2	3,2
Total	62	100

Les patients résidant à Bamako étaient au nombre de 45 ; soit **72,6%** des cas.

3.2 Résultats cliniques :

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'aspect des lésions.

Aspect des lésions	EA	Pourcentage(%)
Squame	58	75,3
Erythème	12	15,6
Croute	3	3,9
Papule	3	3,9
Pustule	1	1,3
Total	77	100

La squame a prédominé dans **75,3%** des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon le statut sérologique du VIH.

Terrain VIH	EA	Pourcentage(%)
VIH1 positif	14	73,7
VIH négatif	4	21,1
VIH2 positif	1	5,3
Total	19	100

La sérologie VIH1 était positive chez 14 patients, soit **73,7%** ; (dont huit femmes).

Tableau X : Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes.

Durée d'évolution des symptômes	EA	Pourcentage(%)
Plusieurs années	31	50,0
< 3mois	23	37,1
3-6mois	5	8,1
9-12mois	3	4,8
Total	62	100

L'évolution était chronique chez la moitié des patients.

Tableau XI : Répartition des malades selon la topographie des lésions.

Siege des lésions	EA	Pourcentage(%)
Cuir chevelu	51	56,0
Visage	18	19,8
Oreilles	7	7,8
Haut du dos	4	4,4
Cou	2	2,2
Poitrine	2	2,2
Membres supérieurs	2	2,2
Fesses	2	2,2
Membres inférieurs	2	2,2
Plis inguinaux	1	1,1
Total	91	100

Le cuir chevelu était atteint dans **56,0%** des cas.

Tableau XII : Répartition des malades selon les dermatoses associées.

Dermatoses associées	EA	Pourcentage(%)
Candidose buccale	12	33,3
Mycose des plis	4	11,1
Dermatophytose	3	8,3
Chéloïde	2	5,6
Eczéma	2	5,6
Ichtyose	2	5,6
Prurigo	2	5,6
Pyodermite	2	5,6
Acné	1	2,8
Cicatrice de zona	1	2,8
Furonculose	1	2,8
Kératose pilaire	1	2,8
Onychomycose	1	2,8
Scabiose	1	2,8
Sudamina	1	2,8
Total	36	100

La candidose buccale était associée dans **33,3%** des cas.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

A. Méthodologie :

1. Cadre de l'étude :

L'Hôpital Gabriel Touré est un CHU situé en plein centre de Bamako. Il est l'un des principaux sites pour le diagnostic et la prise en charge des affections dermatologiques au Mali. Il est en pleine rénovation avec un nouveau service d'ORL ; de médecine interne et de neurochirurgie : tous les trois déjà fonctionnels.

2. Lieu d'étude :

Cette étude a été possible :

-d'une part, grâce à l'existence d'un service de Dermatologie au sein du CHU Gabriel Touré.

-d'autre part, à l'étroite collaboration entre les différents services du CHU.

3. Type d'étude :

IL s'agit d'une étude prospective à visée descriptive allant du 02 janvier 2008 au 02 juin 2009, soit 18 mois. Elle a concerné les patients ayant présenté la dermatite séborrhéique.

4. METHODE :

-Nous avons utilisé une fiche d'enquête qui comportait trois chapitres et treize variables.

Cette fiche d'enquête a été confectionnée par nous-mêmes, corrigée par la directrice de thèse.

-Nous avons utilisé les registres de consultation et les dossiers des malades.

L'enquête consistait à recueillir les informations données par le malade lui-même et/ou son accompagnateur.

-Pour l'analyse et le traitement de texte, nous avons utilisé les logiciels Epi Info version 3.2.2 et Microsoft Word 2007.

5. limites de l'étude :

Nous avons recensé quelques difficultés au cours de ce travail, liées à :

- La méconnaissance du service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré par les populations.
- La mauvaise orientation des malades à partir du service d'Accueil.
- Certains patients n'ont pas souhaité faire la sérologie VIH.
- La mauvaise observance.

Par contre, les patients ont accepté verbalement la photographie des lésions pour l'étude.

B. Résultats

Nous avons recensé au total 2619 patients dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré entre le 02 janvier 2008 et le 02 juin 2009, soit 18 mois.

Nous avons obtenu 62 cas de dermatite séborrhéique, soit 2,37% ; ce n'est donc pas une pathologie rare. Ce résultat est comparable à ceux des études réalisées aux Etats Unis en 1970 et en 2003 qui trouvent une prévalence de 2% [1] et en France aussi en 2005. [11]

Cette forte prévalence de la DS observée chez nos patients s'explique par l'effet immunomodulateur des fortes expositions aux UV auxquels ils sont soumis.

a. Données sociodémographiques

Age :

La tranche d'âge (0-3mois) était la plus représentée (17,7%). La moyenne d'âge était de 20,97ans avec des extrêmes de 1mois et 70ans.

Ce résultat est comparable à celui de l'étude menée par FOLEY P en Australie en 2003, avec une prévalence beaucoup plus élevée (71%) avant l'âge de 3 mois. [11]

Cet âge relativement fréquent s'explique par le fait que chez les nouveau-nés, il existe une sécrétion sébacée naturelle, due aux hormones maternelles, responsable d'une hyperséborrhée physiologique du visage et du cuir chevelu. [1]

Sexe :

Le sexe ratio 1,1 a été en faveur des hommes (51,6%). Dans la littérature, la DS atteint les hommes dans une proportion plus élevée que les femmes [10].

Notre résultat se compare à celui réalisé par MISERY L et collab en France à Brest entre septembre 2003 et mai 2004, avec une prédominance masculine (56%). [9]

Profession :

Les élèves/étudiants ont été plus nombreux, avec 35,5%.

Ce résultat s'explique par le stress que subissent les élèves/étudiants au cours de l'année scolaire.

Le rôle du stress dans les poussées de DS a été démontré par MISERY L et collab. Ils ont confirmé d'après leur étude qu'un événement stressant précédait souvent les poussées de DS et que le rôle du stress serait un facteur pronostique péjoratif. [9]

Le niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction des patients était dominé par les enfants du niveau d'étude primaire avec 17,7%. Le rôle du stress est toujours incriminé à ce niveau, déjà démontré dans une étude effectuée par les auteurs cités ci-dessus.

Le statut matrimonial :

Les enfants de moins de 15 ans non mariés ont dominé, avec 28 cas; soit 45,2%. Cela s'explique aisément par l'âge des patients majoritaires (les enfants de moins de 15 ans). Nous n'avons recensé aucun divorcé.

La provenance :

La majorité des malades résidait dans le district de Bamako, le service de Dermatologie se trouvant en plein centre du district ; suivi de la région de Koulikoro dont l'accès au CHU pour ces populations est facile.

b. Résultats cliniques :

L'aspect des lésions :

La squame a été la plus observée : 58cas, soit 75,3% ; suivie de l'érythème avec 12 cas, soit 15,6% ; la dermatite séborrhéique se présentant cliniquement sous la forme de plaques érythémateuses, recouvertes de squames non adhérentes. [6]

L'érythème est souvent difficile à voir sur peau noire.

Le siège des lésions :

Le cuir chevelu a été le siège le plus atteint avec 51cas, soit 56% ; suivi du visage avec 19,8%. MISERY L et collab ont trouvé une prédominance du cuir chevelu chez 82% des patients ; suivi du visage avec 33%. [9] Dans d'autre document [17], les lésions prédominent dans la partie médiane du visage, en particulier le sillon nasogénien, le pli sous-labial, les sillons intersourcilliers, les plis des pavillons auriculaires et la lisière du cuir chevelu. Les lésions se localisent au niveau des zones séborrhéiques de la tête et du tronc. [1]

La durée d'évolution des symptômes :

Nous avons trouvé une évolution chronique de la DS chez la moitié des patients (50%). Les patients n'étaient pas au préalable sous traitement ; ils ont consulté tardivement après le début d'apparition des lésions.

Les patients n'arrivaient pas à donner des précisions sur la durée d'évolution des lésions.

La DS est une dermatose d'évolution chronique, émaillée de poussées et de remissions spontanées ou après traitement [18].

Misery L et collab ont trouvé une durée d'évolution des symptômes supérieure à 10 ans chez la majorité des patients. [9]

La dermatose associée :

Nous avons recensé 12 cas de candidose buccale (33,3%) chez les patients dont 10 séropositifs au VIH. Dans notre étude, la candidose buccale est liée à l'immunodépression induite par l'infection VIH observée chez les patients.

Sa fréquence au cours de l'infection VIH varie selon les études : 12% chez YDOMON HG et collab à Cotonou ; 3,3% chez ALESI E et collab et 32,2% chez KAPLAN MH et collab au Etats Unis. [17]

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de lien particulier entre la candidose buccale et la dermatite séborrhéique.

Le terrain VIH :

La sérologie VIH n'a pas été réalisée chez certains patients :

- ceux n'ayant pas donné leur accord, pour des raisons personnelles.
- Les nouveau-nés, chez qui il existe une sécrétion sébacée naturelle, due aux hormones maternelles, responsable d'une hyperséborrhée physiologique du visage et du cuir chevelu. [1]

L'étude a trouvé 24,19% de séropositifs parmi les malades, dont 12,9% chez les femmes et 11,29% chez les hommes.

Une étude effectuée à Cotonou par YEDOMON HG et collab entre 1988-1990, a observé 16% de séropositivité chez des patients présentant une DS. [17]

La dermatite séborrhéique a occupé la deuxième place après le zona chez les patients VIH positifs selon une étude réalisée par Mahé A et collab à l'Institut Marchoux (CNAM) de Bamako, au Mali entre juin 1991 et septembre 1994 ; [19] deuxième place après le prurigo, selon l'étude réalisée dans trois centres de Bamako (CHU Gabriel Touré, CHU point G et CESAC) en 2005 par SANGARE S. [20]

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

❖ CONCLUSION :

L'étude a porté sur l'aspect épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré durant la période du 02 janvier 2008 au 02 juin 2009.

Nous avons procédé à une étude prospective portant sur les sujets atteints de dermatite séborrhéique. Au total 62 patients ont été retenus pour l'étude.

L'étude a montré que 2,37% des consultations dermatologiques avaient comme motif, la dermatite séborrhéique. Le VIH était positif chez 24,2% des patients.

La dermatite séborrhéique a touché surtout les enfants de 0 – 3 mois. Le sexe masculin a été le plus affecté. La couche sociale la plus affectée a été celle des enfants d'âge préscolaire et des élèves/étudiants. La squame a été la lésion la plus observée chez nos patients. Le cuir chevelu et le visage ont été les plus atteints. La candidose buccale était fréquente chez les patients séropositifs au VIH et l'évolution était chronique chez la moitié des patients.

❖ RECOMMADATIONS :

Nous formulons les recommandations suivantes :

- A la population :
Consulter rapidement en cas d'apparition de lésions dermatologiques.
Eviter l'automédication.
- Au personnel de santé :
Référer tout cas de dermatose vers un centre spécialisé.
Informé, éduquer, sensibiliser les populations(IES).
Faire le test de dépistage du VIH devant certaines dermatoses.
- Aux autorités sanitaires :
Formation du personnel.
Créer un service de Dermatologie plus performant avec des lits
d'hospitalisation et une unité d'Anatomopathologie.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1]. BALLANGER F.

Mise en évidence des effets anti-inflammatoires du gluconate de lithium dans la dermatite séborrhéique :

Thèse de médecine, Université de Nantes, Faculté de médecine.

Année 2007, N°112

[2]. QEREUX G.

La dermatite séborrhéique :

EMC-dermatologie cosmétologie 2005 ; 2 : 147-159.

WWW.emc-consulte.com.

Consulté le 11/10/2008

[3]. CHOSIDOW O, AMBLARD P, BAZEX J, BERNARD PH.

Dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Venerol 2002 ; 129 : 191-193

[4]. MOLINARI E, DEQUATREBARBES J, ANDRE T.

Dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Venerol 2005 ; 132 : 186-187

[5]. BIKOSWKI J.

La dermatite séborrhéique du visage : un rapport sur la situation actuelle et thérapeutiques horizons.

PMID : 19213227 [PubMed- classé pour MEDLINE]

Consulté le 23/10/2008

[6]. SAURAT JM , GROSSHANS E , LANGIER P, LACHAPELLE JM.

Dermatite séborrhéique.

Masson, 4^o édition, 2004 ; p856-860.

[7]. JANNIGER CK, SCHWARTS RA

Dermatite séborrhéique

PMID : 16848386[PubMed-indexed for MEDLINE]

Consulté le 28/10/2008

[8]. KIERZEK G, TOUREL E, MARIE P.

Dermatite séborrhéique :

Http : www.santepratique.fr/dermatite-seborrhéique.php

Consulté le 03/10/2008.

[9]. TOUBOUL M, DUTRAY V, CONSOLI R.J, TOUBOUL S.

Stress et dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Vénérol 2007; 134 : 833-837

[10] MURA P, GHESTEM H, JUILLARD J.

La dermatite séborrhéique chez les adultes :

Association mieux prescrire 2005 ; 594-602.

[11]. DUPUY A.

Epidémiologie de la dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Vénérol 2004 ; 131 : 117-118

[12]. BESSIS D, GUILHOU J.J.

La pathologie dermatologique en médecine interne.

Edition Arnette : juillet 1999 N°6513 p542.

[13]. DE ANGELIS YM , GEMMER CM , KACZVINSKYJR , KENNEALLY DC, SCHWARTZ JR, DAWSON TL.

Trois aspects étiologiques de la dermatite séborrhéique et les pellicules : champignons *Malassezia*, lipides sébacés et la sensibilité individuelle

PMID: 16382685[PubMed- classé pour MEDLINE]

Consulté le 23/10/2008

[14]. ZISOVA LG.

Links Malassezia species and seborrheic dermatitis:

Departement of dermatology and venerology, Medical University, Plovdiv,
Bulgaria

Jan-Mars 2009

PMID: 19437895 [PubMed- in process]

Consulté le 23/10/2008

[15]. SCRIVENER Y, CRIBIER B.

Pathogénie de la dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Venerol 2005 ; 131 : 119-122

[16]. LORETTE G.

La dermatite séborrhéique de l'enfant

Ann Dermatol Venerol 2004 ; 131 : 123-125

**[17]. YEDEMON HG, DO ANGON PADONON F, ADJIBI A, ZOHOUN I,
BIGOT A.**

Manifestations cutaneo- muqueuses au cours de l'infection par le virus de
l'immuno- déficience humaine (VIH).

Service de Dermato- Vénérologie du CNHU Cotonou, Benin.

Méd Afri Noire 1991 ; 38 (12) : 807-814

[18]. MISERY L, PLANTIN P.

Dermatite séborrhéique :

Ann Dermatol Venerol 1997 ; 124 : 30-36

[19]. MAHE A, BOBIN P, COULIBALY S, TOUNKARA A.

Dermatite révélatrice de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
au Mali.

Ann Dermatol Vénérol 1997 ; 124 (2) 144-150

[20]. SANGARE. S.

Etude des dermatoses inflammatoires et tumorales observées chez les patients vivant avec le VIH sous traitement ARV dans trois centres de Bamako (HNPG, HNGT, CESAC).

Thèse de médecine : 05-M-187, P26.

Année 2005.

VI. ICONOGRAPHIE :

Photo1



DS du cuir chevelu et du visage de l'adulte : photo du Pr Konaré H.D.

Photo 2



DS du cuir chevelu chez une jeune dame : photo du Pr Konaré H.D.

Photo 3



DS du cuir chevelu chez une patiente de 62 ans : photo du Pr konaré H .D.

Photo 4



Maladie de Leiner-Moussous : photo du Pr Konaré H.D.

Photo 5



DS chez le nouveau-né: photo du Pr Konaré H.D.

Photo 6



DS du visage de l'enfant : photo du Pr Konaré H.D.

Photo7



DS du cuir chevelu du nourrisson: photo du Pr Konaré H.D.

ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA DERMATITE SEBORRHEIQUE
DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU C.H.U Gabriel Touré

Fiche d'enquête :

Numéro de fiche/-----/

Date/-----/-----/-----/

1. Prénom:.....

2. Nom :.....

I. Données sociodémographiques :

3. Age :

0 - 3mois	<input type="checkbox"/>	21 -25 ans	<input type="checkbox"/>
4mois - 5 ans	<input type="checkbox"/>	26-30 ans	<input type="checkbox"/>
6 - 10 ans	<input type="checkbox"/>	31-35ans	<input type="checkbox"/>
11-15ans	<input type="checkbox"/>	36-40ans	<input type="checkbox"/>
16-20ans	<input type="checkbox"/>	plus de 40ans	<input type="checkbox"/>

4. Sexe :.....masculin. Féminin...

5. Provenance :

-région de Kayes <input type="checkbox"/>	- région de Koulikoro .. <input type="checkbox"/>
- région de Sikasso <input type="checkbox"/>	- région de Ségou ... <input type="checkbox"/>
- région de Gao..... <input type="checkbox"/>	- région de Tombouctou <input type="checkbox"/>
- région de Kidal.... <input type="checkbox"/>	- région de Mopti..... <input type="checkbox"/>

6. Adresse dans le district de Bamako :

- Commune I... <input type="checkbox"/>	- commune IV... <input type="checkbox"/>
-commune II... <input type="checkbox"/>	- commune V... <input type="checkbox"/>
- commune III... <input type="checkbox"/>	- commune VI... <input type="checkbox"/>

7. niveau d'instruction :

- a. primaire
b. secondaire..
c. supérieur...

8. profession :

- mécanicien femme au foyer élève/étudiant(e)
cultivateur policier commerçante(e) enseignant(e)
comptable médecin transporteur.....
g. autre.....

9. statut matrimonial :

- Célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e)

II. Données cliniques :

10. La durée dévolution des lésions:

- < 3 mois 9 mois - 1 an
3 - 6 mois plusieurs années
6 - 9 mois

11. Type de lésion :

- macule :..... oui papule:..... oui érythème : oui
non non non
squame :.....oui croute :..... oui pustule : oui
non non non

Autre.....

12. topographie :

cuir chevelu :... oui visage : oui cou : oui

non non non

tronc :..... oui fesses : oui

non non

membres supérieurs : oui membres inférieurs : oui

non non

autre.....

13. sérologie VIH du patient : VIH1 positif

VIH2 positif

VIH négatif

III. Dermatose(s) associée(s) : oui non

Type de dermatose associée.....



FICHE SIGNALÉTIQUE :

NOM : SERGE MOHAMED

CONTACT : Tél. : 0022369794207

PRENOM : TOURE

Titre de la thèse : Aspect épidémiologique et clinique de la dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

SECTEUR D'INTERET : Dermatologie

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE : 2011

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

RESUME :

Les objectifs de ce travail étaient d'identifier le profil sociodémographique des patients atteints de dermatite séborrhéique, décrire la présentation clinique et de formuler des recommandations pour une meilleure prise en charge.

Nous avons recensé 62 cas de dermatite séborrhéique dans le service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

L'étude était prospective de 18 mois : du 02 janvier 2008 au 02 juin 2009.

Elle a représenté 2,37% de l'ensemble des consultations. Le sexe ratio a été de 1,1 en faveur des hommes. La squame et l'érythème ont été les lésions les plus observées. Le cuir chevelu et le visage ont été les plus atteints. La candidose buccale était beaucoup observée chez les patients VIH positifs. La sérologie VIH était positif dans 14 cas, soit une prévalence de 24,2% dont 12,9% chez les femmes et 11,29% chez les hommes. L'évolution était chronique chez la moitié des patients.

MOTS-CLES : Dermatite séborrhéique, Dermatologie, CHU Gabriel Touré.

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

Je le jure !